



STORTINGET

Innst. 213 S

(2020–2021)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:154 S (2019–2020)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Jonas Gahr Støre, Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Tuva Moflag, Tellef Inge Mørland og Kari Henriksen om å stoppe privatisering og forhindre en todelt helsetjeneste

Til Stortinget

Bakgrunn

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen avvikle privatiseringsreformen Fritt behandlingsvalg og beholde Fritt sykehusvalg.
2. Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonell ansatt i offentlige sykehus, ikke har private biverv som retter seg inn mot samme type behandling og de samme pasientene som de har ansvar for i det offentlige.
3. Stortinget ber regjeringen utrede om private helseaktører i større grad utfører overbehandling og om disse aktørene i større grad bør bære risikoen for komplikasjoner og skader ved inngrep som ikke er prioritert i den offentlige helsetjenesten, og komme tilbake til Stortinget med en sak om dette.
4. Stortinget ber regjeringen gjennomgå kommersielle engangslegers praksis for legemiddelutskrivning og henvising, og fremme forslag om strengere regulering hvis praksisen tilsier at det er systematiske forskjeller.
5. Stortinget ber regjeringen gjennomgå private aktø-

rens praksis med å holde av plasser for kunder som betaler, og fremme forslag til regulering som sikrer at det er helseprioriteringer og ikke betalingsvillighet som gir raskest behandling.

6. Stortinget ber regjeringen innføre en omsetningsavgift på private helseforsikringer for å styrke den offentlige helsetjenesten.
7. Stortinget ber regjeringen nedsette et offentlig utvalg som skal gjennomgå utviklingen av private helseaktører og privat helseforsikring i Norge, og foreslå tiltak for å forhindre en todelt helsetjeneste.
8. Stortinget ber regjeringen innføre pristak på tannhelsetjenester i de tilfeller der offentlige stønadsordninger skal dekke hele eller deler av tannhelsebehandlingen.»

Det vises til dokumentet for nærmere begrunnelse for forslagene. Forslag 1 ble ved fremsettelse av dokumentet i Stortinget avvist, under henvisning til Stortingets forretningsorden § 39 annet ledd bokstav e, og er derfor ikke til behandling i denne innstillingen.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Tore Hagebakken, Ingvild Kjerkol, Hege Haukeland Liadal, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland, fra Høyre, Mats A. Kirkebirkeland, Erlend Larsen, Mari Holm Lønseth og Sveinung Stensland, fra Fremskrittspartiet, Åshild Bruun-Gundersen og Kari Kjønnaas Kjos, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Sosialistisk Venstreparti, Nicholas Wilkinson, fra Venstre, Carl-Erik Grimstad og fra Kristelig Folke-

parti, lederen Geir Jørgen Bekkevold, viser til forslagene i Dokument 8:154 S (2019–2020) om å stoppe privatisering og forhindre en todelt helsetjeneste. Statsråd Bent Høie har uttalt seg om forslagene i brev til komiteen av 5. oktober 2020. Brevet følger som vedlegg til denne innstillingen. Komiteen har avholdt høring, der i alt 13 organisasjoner deltok.

Komiteen vil understreke at vi har gode helsetjenester i Norge, og at vi også fremover skal ha en god offentlig helsetjeneste tilgjengelig for alle, og som finansieres av fellesskapet. I dag tilbys helsetjenester i hele landet av både offentlige, private kommersielle og ideelle aktører.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at fritt behandlingsvalg (FBV) har gitt mange økt valgfrihet og styrkede rettigheter. Flertallet mener en slik valgfrihet er viktig for alle pasientgrupper, men for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er mangfold i behandlingstilbudet ekstra viktig for å lykkes. Flertallet vil understreke at FBV er tilgjengelig for alle pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, uavhengig av egen økonomi, og at behandlingen betales av det offentlige. Dette motvirker et todelt helsevesen. I tillegg vil flertallet understreke at private ideelle og kommersielle aktører, sammen med det offentlige, kan bidra til mangfold, innovasjon og økt fleksibilitet i helsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at en todeling av helsetjenesten er en reell bekymring i befolkningen. En felles helse- og omsorgstjeneste som gir helsehjelp etter faglige prioriteringer, er en av bærebjelkene i velferdsstaten.

Disse medlemmer viser til at det var samfunnets felles offentlige helsetjeneste som stilte opp i forbindelse med koronakrisen. Land med offentlige helsetjenester, som gir gratis tilgang til alle, står mye bedre rustet til å takle epidemier, ved å kunne tilby behandling til alle, hindre videre smittespredning og samordne virksomhetene uten byråkratiske mellomledd. Disse medlemmer merket seg at regjeringens privatiseringsreform Fritt behandlingsvalg ble midlertidig suspendert med koronalovent, men at den nå dessverre gjeninnføres. Forslagsstillerne mener det må tas en rekke grep for å stagge privatiseringen og forhindre en todeling, for å sikre at Norge fortsatt har en av verdens beste helsetjenester, der det er faglige vurderinger, ikke betalingsvilje, som styrer.

Disse medlemmer viser til at Helse Sør-Øst vintertiden 2020 skrev brev til helse- og omsorgsministeren om at det finnes eksempler på leverandører som ikke

har nådd opp i regionale anbudskonkurranser, men som har søkt om og fått opprettet tilbud innen Fritt behandlingsvalg-ordningen. Samtidig har leverandører av helsetjenester innenfor rusbehandling som har avtale med det regionale helseforetaket, vanskelig for å fylle plasser, og får økonomiske utfordringer på grunn av ordningen. I sum er det tydelig at Fritt behandlingsvalg påvirker de helsefaglige prioriteringene i negativ retning.

Disse medlemmer viser til at retten til å velge sykehus ble innført på nasjonalt nivå i forbindelse med at pasientrettighetsloven trådte i kraft fra 2001. Disse medlemmer viser til Riksrevisjonens evalueringsrapport om ordningen (Dokument 3:3 (2011–2012)), som viste at kun fire prosent av brukere av ordningen valgte å bli behandlet i et offentlig sykehus i en annen helseregion. Rapporten viste også at bruken av ordningen øker hvis pasienten har høy inntekt, høyere utdanning og er tilknyttet arbeidslivet. Disse medlemmer mener at denne kunnskapen viser hvor viktig det er å ha gode offentlige sykehus i alle helseregioner for å unngå en todeling av helsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at det var Stoltenberg I-regjeringen som i 2001 ga norske pasienter rett til å velge behandlingssted ved sykdom. Det ble den gang kalt Fritt sykehusvalg og innebar at pasienter har kunnet velge behandling blant alle offentlige sykehus, samt hos private og ideelle aktører som har avtale med et helseforetak. Regjeringen har i tillegg innført finansieringsordningen Fritt behandlingsvalg, der kommersielle behandlingssklinikker og private behandlere gis rett til å drive for de offentlige sykehusbudsjettens regning, frikoblet fra prioritering eller kontroll med behandling, såfremt de har en godkjennelse fra HELFO.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti understreker at begrepet «private» bør nyanseres. Det omfatter mange virksomheter med svært forskjellige eierskap og virksomhetsmål. Fra det svært kommersielle og profittorienterte konsern registrert i et skatteparadis, via samvirkevirksomheter, til den lille lokale virksomheten driftet av Sanitetsforeningen eller menigheten.

Disse medlemmer vil peke på at ideelle organisasjoner bidrar med et viktig supplement til offentlig tjenesteproduksjon, og må sikres stabile og forutsigbare driftsvilkår.

Disse medlemmer vil styrke dimensjonering av de offentlige helse- og omsorgstjenester, slik at stat og kommune gradvis gjør seg mindre avhengig av private kommersielle aktører. Det må utvikles en politikk hvor det offentlige ikke anskaffer velferdstjenester fra profittbaserte virksomheter.

Bierverv

Komiteen viser til forslaget om at helsepersonell ansatt i offentlige sykehus ikke skal ha mulighet for private bierverv som retter seg inn mot samme type behandling og de samme pasientene som de har ansvar for i det offentlige. Komiteen er kjent med at dette kan være begrenset i lov eller gjennom tariff- og arbeidsavtaler, og at det også er tilfeller der en arbeidstaker nektes å ha bierverv dersom dette drives i konkurranse med egen arbeidsgiver. Komiteen viser til at arbeidsgivere i spesialisthelsetjenesten skal innføre meldeplikt om bierverv for ansatt helsepersonell. Helsepersonell har allerede selvstendig opplysningsplikt etter helsepersonelloven § 19 første ledd. Komiteen mener det er svært viktig at det utvikles god oversikt og transparens rundt bierverv hos arbeidsgivere i helsetjenesten. Samtidig er det viktig at det arbeides for å styrke heltidskulturen og reduksjon av deltidsstillinger i helseforetakene.

På den annen side støtter komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, at en arbeidstaker også bør ha muligheten til å velge arbeidsformer som passer bedre for den enkeltes livssituasjon og ønsker.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, vil understreke at den offentlige helsetjenesten skal være bærebjelken i tjenestetilbudet. Dette flertallet anerkjenner at det kan være potensielt uheldige sider ved at helsepersonell har ulike ansettelsesforhold som kan være i konflikt, men mener at så lenge dette er godt lovregulert og basert på åpenhet, kan det være mange positive sider ved at det er mobilitet mellom offentlige og private sykehus.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti understreker at for Norge er kompetente fagfolk landets viktigste ressurs. Det kan oppstå dilemmaer når enkelte ansatte, særlig legespesialister, arbeider i offentlige sykehus og for private oppdragsgivere samtidig.

Disse medlemmer er kjent med at de regionale helseforetakene har innført retningslinjer og systemer for rapportering og kontroll av ansattes bierverv.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag for hindre rolleblanding i helsetjenesten:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonell som er ansatt i offentlige sykehus, ikke har private bierverv som retter seg inn mot samme type behandling og de samme pasientene som de har ansvar for i det offentlige.»

Disse medlemmer viser til Dokument 3:2 (2017–2018), der Riksrevisjonen har gjennomgått helseforetakenes oppfølging av de ansattes plikt til å melde fra om bierverv. Disse medlemmer merker seg at Riksrevisjonen trakk følgende hovedkonklusjoner:

- Ansatte i helseforetakene rapporterer i liten grad om bierverv.
- Systemene som er etablert for å rapportere og følge opp bierverv, brukes i liten grad.
- De regionale helseforetakene har ikke hatt god nok oppfølging av krav som er stilt i foretaksmøter.

Disse medlemmer anser Riksrevisjonens funn som uakseptable, og vil understreke viktigheten av at rapporteringsplikten blir fulgt opp.

Overbehandling og ansvar ved komplikasjoner og skader

Komiteen viser til forslag om overbehandling og eventuelt økt ansvar for private aktører ved komplikasjoner og skader. Komiteen viser til at både private og offentlige er underlagt krav om forsvarlige tjenester, internkontroll og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet m.m. Komiteen viser til at også private aktører i fritt behandlingsvalg-ordningen skal følge opp alle deler av helsehjelpen, både undersøkelser, behandling og oppfølging. Helsepersonelloven gjelder også private. I tillegg viser komiteen til at alle i privat helsetjeneste skal melde fra og yte tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning. Dette er lovfestet, og tilskuddets størrelse er fastsatt i forskrift. Komiteen viser til at denne ordningen skal sikre alle pasienter den samme tryggheten, uavhengig av hvem som har behandlet dem.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at overbehandling er en særegen utfordring knyttet til privatisering. Det er et stadig press om mer diagnostikk og behandling, selv der det ikke er medisinsk begrunnet. Disse medlemmer viser til forskning av blant andre John Wennberg, som viser at tilbudssensitive tjenester fungerer slik at jo flere tjenester som tilbys, desto mer blir det av testing, helsepersonell, medisiner, pasientmisnøye og pengebruk.

Disse medlemmer viser også til at infeksjoner, bivirkninger av legemidler og andre skader alltid er en risiko ved medisinsk behandling. Kommersielle helse-tjenester skal også gjøre en slik vurdering, men har et sterkt incentiv til å tilby overbehandling.

Disse medlemmer er bekymret for dette, og mener det er nødvendig å utrede om private helseaktører i større grad utfører overbehandling, og om disse aktørene i større grad bør bære risikoen for skader ved inn-

grep som ikke er prioritert i den offentlige helsetjenesten, og fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede om private helseaktører i større grad utfører overbehandling, og om disse aktørene i større grad bør bære risikoen for komplikasjoner og skader ved inngrep som ikke er prioritert i den offentlige helsetjenesten, og komme tilbake til Stortinget med en sak om dette.»

«Kommersielle engangsleger»

Komiteen viser til forslag om «kommersielle engangsleger». Da dette er et uklart begrep, velger komiteen å legge samme definisjon til grunn som statsråd Bent Høie gjør i brevet til komiteen. At «kommersielle engangsleger» betyr helprivate aktører som konkurrerer med fastlegene, men som ikke kan tilby samme kontinuitet over tid. Komiteen støtter gode gjennomganger av helsetjenestene våre uavhengig av hvem som leverer tjenestene, og understreker at reguleringen stiller like krav til kvalitet og forsvarlighet til både fastleger og de helprivate aktørene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, tar til etterretning at statsråden mener det ikke er hensiktsmessig på nåværende tidspunkt å gjennomgå «kommersielle engangslegers» praksis for legemiddelutskrivning og henvisning når det mangler et datagrunnlag for å avdekke eventuelle forskjeller.

Flertallet viser til at de «kommersielle engangslegene» som forslagsstillerne tar opp i forslaget, har gjort en betydelig innsats med smittetesting under denne pandemien i mange kommuner. Blant annet bidro de «kommersielle engangslegene» med testing av mangfoldige tusen innbyggere i Arbeiderpartiet-styrte Oslo for å få ned køene, og derigjennom med bedre kontroll på smitten. Flertallet viser til flere høringsinnspill, blant annet fra Hjemmelegene, der det fremkommer at Hjemmelegene, på oppdrag fra Oslo kommune, har stått for testingen av ca. ni prosent av alle påviste koronatilfeller i Oslo, også ved utstrakt hjemmetesting. Godt utviklet teknologi, og en evne til å omstille seg raskt, viste seg å bli et meget viktig tilskudd til Oslo kommunes arbeid for å bekjempe pandemien og beskytte eldre, kroniske syke og sårbare innbyggere. Flertallet tror at private, på samme måte som de bidro til smittetesting, også kan bidra til vaksinerings av sårbare pasienter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at fastlegekrisen er et faktum, og at flere større byer har en prekær mangel på fastleger. Resultatet er at det har åpnet seg et marked for helprivate

aktører. Lovverket som regulerer dette, er i all hovedsak helsepersonelloven, som krever at «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (lov om helsepersonell m.v., kapittel 2 § 4).

Disse medlemmer mener at gjeldende lov- og rammeverk ikke er tilpasset disse nye tjenestene, og at kun et fåtall aktører selv har satt begrensninger på egne tjenester for å redusere samfunnets direkte og indirekte kostnader.

Disse medlemmer mener det er nødvendig med en utredning om helprivate tilbydere, og at en slik utredning særlig må ta for seg forskrivningspraksis hos kommersielle legepraksiser som kun tilbyr nettkonsultasjoner – dette i lys av avsløringer om antibiotikafor-skrivning som skjer via nettkonsultasjon, og der pasienter ikke trenger å betale dersom det ikke blir skrevet ut resept. Disse medlemmer konstaterer at dette skaper et økonomisk incitament til å skrive ut antibiotikaresepter. Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunnen følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå helprivate tilbyders praksis for legemiddelutskrivning og henvisning, og fremme forslag om strengere regulering hvis praksisen tilsier at det er systematiske forskjeller.»

Prioritering av pasientene

Komiteen viser til forslag om å gjennomgå private aktørers praksis med å holde av plasser for kunder som betaler. Dette er en problemstilling som ble kommentert av flere deltakere på komiteens høring, og også i statsrådets brev til komiteen. Statsråden presiserer at avtalene mellom de regionale helseforetakene og private leverandører kan regulere hvordan tilbudet skal planlegges og leveres, for eksempel jevnt fordelt over en gitt periode. For leverandører som har avtaler med de regionale helseforetakene, er det slik at leverandører ikke skal markedsføre sitt private tilbud til pasienter som henvender seg til instituttene, med mindre pasienter eksplisitt selv ber om det. Komiteen er kjent med at offentlig finansierte spesialisthelsetjenester skal innfri aktuelle lovkrav knyttet til spesialisthelsetjenesten med tilhørende forskrifter og retningslinjer, og at dette også gjelder prinsippene for prioritering.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er bekymret over meldinger om at private helseaktører som har avtaler med helseforetakene, holder av plasser og tilbyr henviste pasienter raskere behandling mot betaling. Disse medlemmer mener dette strider mot prinsippene om å tilby like gode helse-

tjenester til alle, uavhengig av økonomi og geografi, basert på faglige prioriteringer, og fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå private aktørers praksis med å holde av plasser for kunder som betaler, og fremme forslag til regulering som sikrer at det er helseprioriteringer, og ikke betalingsvillighet, som gir raskest behandling.»

Gjennomgang av utviklingen av private helseaktører og privat helseforsikring

Komiteen viser til forslaget om å innføre en omsetningsavgift på private helseforsikringer for å styrke den offentlige helsetjenesten. Komiteen er enig i at det ikke er ønskelig at omfanget av private helseforsikringer øker. Det skal tilbys så gode offentlige helsetjenester at private helseforsikringer er unødvendige.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, mener den viktigste motvekten til helseforsikringer er en sterk offentlig helsetjeneste som gir befolkningen trygghet for at de får god behandling når de trenger det. Flertallet viser til at regjeringen i 2018 nedsatte et ekspertutvalg som skal gå gjennom og kartlegge bruk av private leverandører innenfor offentlig finansierte velferdstjenester. Utvalget leverte sin innstilling den 20. desember 2020. Rapporten er nå på høring.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det har vært en kraftig økning i private helseforsikringer, over 600 000 har nå en helseforsikring. Disse medlemmer mener dette er en sterk driver for en todeling av helsetjenesten, fordi det gjør at betalingsevne og ikke helsefaglige prioriteringer avgjør om man får hjelp.

Disse medlemmer mener det er rimelig å utrede en avgift på helseforsikringer, slik at mer ressurser kan brukes på å styrke vår felles helsetjeneste. Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede en omsetningsavgift på private helseforsikringer for å styrke den offentlige helsetjenesten.»

«Stortinget ber regjeringen nedsette et offentlig utvalg som skal gjennomgå utviklingen innen private helseaktører og privat helseforsikring i Norge, og foreslå tiltak for å forhindre en todelt helsetjeneste.»

Pristak på tannhelsetjenester

Komiteen viser til forslaget om å innføre pristak på tannhelsetjenester i de tilfeller der offentlige stø-

nadsordninger skal dekke hele eller deler av tannhelsebehandlingen. I dag får 12,8 prosent av voksenbefolkningen stønad til tannbehandling fra folketrygden. Komiteen er enig i at skjermingsordningene for enkelte grupper, også for dyr tannbehandling, gradvis bør utvides.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Senterpartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, er enig i at større deler av tannhelsetjenesten bør dekkes av det offentlige, blant annet ved å videreutvikle tannhelsetjenesten og gradvis utvide skjermingsordningen.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at i dag er det langt flere som mottar stønad til tannbehandling fra folketrygden enn før 2014. Dette flertallet viser til at det nå er over en halv million voksne som hvert år mottar stønad til tannbehandling fra folketrygden. Dette flertallet viser videre til at dette er et område regjeringen kontinuerlig jobber med, men at fokuset først og fremst er rettet mot å styrke tjenesten til dem som har størst behov og med sykdommer og tilstander som gir økt risiko for tannhelseproblemer.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at i dag har private tannleger fri prissetting, noe som fører til at differansen mellom prisen som settes på behandling, og refusjonen som mottas, kan være svært stor. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre pristak på tannhelsetjenester i de tilfeller der offentlige stønadsordninger skal dekke hele eller deler av tannhelsebehandlingen.»

Disse medlemmer vil samtidig minne om at regjeringen snart må komme tilbake til Stortinget med egen sak om styrking av norsk tannhelse, jf. vedtak 20 fattet ved behandlingen av Innst. 39 S (2018–2019).

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener Norge på sikt bør få en offentlig tannhelse, men mener det også snarlig må innføres pristak på tannhelsetjenester i de tilfeller der det offentlige refunderer deler av behandlingen.

Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonell som er ansatt i offentlige sykehus, ikke har private bierverv som retter seg inn mot samme type behandling og de samme pasientene som de har ansvar for i det offentlige.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen utrede om private helseaktører i større grad utfører overbehandling, og om disse aktørene i større grad bør bære risikoen for komplikasjoner og skader ved inngrep som ikke er prioritert i den offentlige helsetjenesten, og komme tilbake til Stortinget med en sak om dette.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen gjennomgå helprivate tilbyderes praksis for legemiddelutskrivning og henvisning, og fremme forslag om strengere regulering hvis praksisen tilsier at det er systematiske forskjeller.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen gjennomgå private aktørers praksis med å holde av plasser for kunder som betaler, og fremme forslag til regulering som sikrer at det er helseprioriteringer, og ikke betalingsvillighet, som gir raskest behandling.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen utrede en omsetningsavgift på private helseforsikringer for å styrke den offentlige helsetjenesten.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen nedsette et offentlig utvalg som skal gjennomgå utviklingen innen private helseaktører og privat helseforsikring i Norge, og foreslå tiltak for å forhindre en todelt helsetjeneste.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen innføre pristak på tannhelsetjenester i de tilfeller der offentlige stønadsordninger skal dekke hele eller deler av tannhelsebehandlingen.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og rå Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k:

Dokument 8:154 S (2019–2020) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Jonas Gahr Støre, Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Tuva Moflag, Tellef Inge Mørland og Kari Henriksen om å stoppe privatisering og forhindre en todelt helsetjeneste – vedtas ikke.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 9. februar 2021

Geir Jørgen Bekkevold

leder

Carl-Erik Grimstad

ordfører



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2020/2400

Vår ref
20/4103-

Dato
5. oktober 2020

Dokument 8:154 S (2019-2020) - Representantforslag om å stoppe privatisering og forhindre en todelt helsetjeneste

Jeg viser til Dokument 8:154 S (2019–2020) oversendt fra Stortingets helse- og omsorgskomiteé i brev av 15. september 2020. Representantforslaget fra stortingsrepresentantene Jonas Gahr Støre, Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Tuva Moflag, Tellef Inge Mørland og Kari Henriksen omhandler privatisering og todelt helsetjeneste. Helse- og omsorgskomiteéen ber om min uttalelse til representantforslaget.

Stortingsrepresentantene fremmer følgende forslag:

- "1. Stortinget ber regjeringen avvikle privatiseringsreformen Fritt behandlingsvalg og beholde Fritt sykehusvalg.*
- 2. Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonell ansatt i offentlige sykehus, ikke har private bierverv som retter seg inn mot samme type behandling og de samme pasientene som de har ansvar for i det offentlige.*
- 3. Stortinget ber regjeringen utrede om private helseaktører i større grad utfører overbehandling og om disse aktørene i større grad bør bære risikoen for komplikasjoner og skader ved inngrep som ikke er prioritert i den offentlige helsetjenesten, og komme tilbake til Stortinget med en sak om dette.*
- 4. Stortinget ber regjeringen gjennomgå kommersielle engangslegers praksis for legemiddelutskrivning og henvising, og fremme forslag om strengere regulering hvis praksisen tilsier at det er systematiske forskjeller.*
- 5. Stortinget ber regjeringen gjennomgå private aktørers praksis med å holde av plasser for kunder som betaler, og fremme forslag til regulering som sikrer at det er helseprioriteringer og ikke betalingsvillighet som gir raskest behandling.*
- 6. Stortinget ber regjeringen innføre en omsetningsavgift på private helseforsikringer for å styrke den offentlige helsetjenesten.*

7. Stortinget ber regjeringen nedsette et offentlig utvalg som skal gjennomgå utviklingen av private helseaktører og privat helseforsikring i Norge, og foreslå tiltak for å forhindre en todelt helsetjeneste.

8. Stortinget ber regjeringen innføre pristak på tannhelsetjenester i de tilfeller der offentlige stønadsordninger skal dekke hele eller deler av tannhelsebehandlingen."

Svar:

Det er et offentlig ansvar å sikre gode helse- og omsorgstjenester til alle. Regjeringen vil sørge for et godt samarbeid med ulike private og ideelle aktører som understøtter dette ansvaret og samtidig bidrar til innovasjon, mangfold, kvalitet og valgfrihet i tjenestetilbudet. Det er viktig at helsekøene reduseres og at tilbudene forbedres gjennom nye og bedre måter å jobbe på. Samarbeid med private, både ideelle og kommersielle aktører, er et viktig virkemiddel for å nå disse målene for den offentlige helsetjenesten.

Forslag 1 om å avvikle Fritt behandlingsvalg og beholde Fritt sykehusvalg er behandlet og avvist etter forretningsorden § 39 annet ledd bokstav e.

Begrensninger på bierverv

Forslagsstillerne ber regjeringen sørge for at helsepersonell ansatt i offentlige sykehus, ikke har private bierverv som retter seg inn mot samme type behandling og de samme pasientene som de har ansvar for i det offentlige. Innledningsvis vil jeg peke på at det i alle arbeidsforhold vil være begrensninger i adgangen til bierverv. Dette kan være begrensninger som følge av lovbestemmelser, f.eks. bestemmelser om habilitet, begrensninger i tariffavtale eller arbeidsavtale, og begrensninger som følger av arbeidstakers lojalitetsplikt i et arbeidsforhold. Helt unntaksvis har en arbeidstakergruppe et forbud mot å ha bierverv uten samtykke, jf. politiloven § 22. Helsepersonell som har autorisasjon har plikt etter helsepersonellovens § 19 første ledd til å varsle arbeidsgiver om bierverv.

Det klare utgangspunktet er at arbeidsgivere i liten grad kan begrense hva medarbeidere velger å gjøre i egen fritid, inkludert ta ekstrajobb/tilleggsjobb utover de begrensninger som er omtalt over. Det må legges til grunn at en eventuell begrensning må være saklig begrunnet. Hvorvidt arbeidsgiver kan begrense en arbeidstakers bierverv må vurderes konkret, f.eks. at biervervet er så omfattende at det går ut over hovedstillingen, eller at biervervet medfører inhabilitet i hovedstillingen. Det vil også kunne være tilfeller hvor arbeidsgiver vil kunne nekte en arbeidstaker å ha bierverv fordi det kan hevdes at arbeidstaker driver i konkurranse med egen arbeidsgiver. Samtidig vil jeg peke på at Sivilombudsmannen i en uttalelse fra 2007 stilte spørsmål om det var noen form for økonomisk konkurranse mellom et helseforetak og et privat røntgeninstitut.

Håndtering av helsepersonells bierverv er gitt oppmerksomhet over flere år. Eierkrav er formidlet regionale helseforetak gjennom foretaksmøter. Som forslagsstillerne er kjent med ble det i foretaksmøter i januar 2019 stilt krav om at arbeidsgivere i spesialisthelsetjenesten skal innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell. Dette kravet ble stilt med bakgrunn i helsepersonelloven § 19 andre ledd, og omfatter all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller

oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l. Innføring av slik meldeplikt kommer i tillegg til den selvstendige opplysningsplikt helsepersonell allerede har etter helsepersonelloven § 19 første ledd.

Det kan potensielt være uheldige sider ved at helsepersonell har ulike ansettelsesforhold som kan være, eller oppleves å være, i konflikt. Samtidig har mange ansatte i helseforetakene ulike type arbeidstilknytninger, og det er begrenset hvor strengt dette kan og bør reguleres. Fra departementets side har det derfor primært vært viktig at det utvikles god oversikt og transparens rundt bierverv hos arbeidsgivere i helsetjenesten. Selv om det arbeides med å utvikle heltidskultur og redusere deltid i helseforetakene, er det og en kjensgjerning at mange velger å jobbe redusert tid av ulike grunner. Dette gir også anledning til å ta deltidsjobb eller kombinasjonsstilling ved siden av hovedarbeidet. Det vil være krevende dersom det skal legges begrensninger i deltidsansattes mulighet til å utnytte sin kompetanse, selv om deltiden er frivillig eller ufrivillig. Samtidig forventes det at ansatte selv ivaretar ryddighet og informasjon vis-a-vis arbeidsgiver, i samsvar med lovverk og styringskrav. Jeg mener det også vil være utfordrende å innføre begrensning til å inneha bierverv knyttet opp til én spesiell arbeidstakergruppe i samfunnet.

Risiko for skader

Når det gjelder forslaget knyttet til skader og komplikasjoner ved privat behandling, minner jeg om at helsetjenesten er underlagt en rekke lovkrav knyttet til kvalitet som gjelder private leverandører uavhengig om de har avtale med det offentlige. Helselovgivningen stiller blant annet krav om forsvarlige tjenester, internkontroll og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Alle tjenesteytere – både private og offentlige – har ansvar for å overholde disse kravene til enhver tid. I henhold til helsepersonelloven skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det følger videre av loven at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. Når det gjelder private aktører i fritt behandlingsvalg-ordningen, så skal leverandørene følge opp alle deler av helsehjelpen. Dette gjelder undersøkelser, behandling og oppfølging, som for eksempel etterkontroller eller oppfølging av infeksjoner og andre komplikasjoner. Dersom det oppstår komplikasjoner som krever mer omfattende oppfølging, skal selvfølgelig pasienten overføres til et behandlingssted som har kompetanse til å håndtere dette. Det gjelder uavhengig av om komplikasjonen oppstår etter behandling hos en fritt behandlingsvalg-leverandør, hos en avtalespesialist eller ved et offentlig sykehus.

Jeg viser videre til at det er lovfestet at aktørene i privat helsetjeneste skal melde fra og yte tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning. Tilskuddsordningen er selvfinansiert som innebærer at aktørene betaler inn årlige tilskudd til NPE til dekning av alle fremtidige kostnader knyttet til ev. skader de påfører pasientene, herunder saksbehandling, advokatutgifter og erstatningsutbetalinger. Tilskuddene er fastsatt i forskrift og differensiert i grupper av helsepersonell basert på skaderisiko og omfang av virksomheten. Bakgrunnen for ordningen er å sikre at alle pasienter har den samme tryggheten ved en eventuell pasientskade, uavhengig av offentlig eller privat behandling.

Regulering av kommersielle engangsleger

Jeg legger til grunn at forslagstillerne med begrepet "kommersielle engangsleger" mener helprivate aktører som konkurrerer med fastlegene, men som ikke kan tilby samme kontinuitet over tid. Reseptregisteret inneholder i dag ikke opplysninger om rekvirent som kan skille på forskrivning av henholdsvis fastleger og helprivate leger, og heller ikke diagnosedata som gjør at vi kan avdekke relevante systematiske kvalitative forskjeller. Vi har heller ikke tilstrekkelig data for henvisningspraksis hos de helprivate aktørene til å gjennomføre slike analyser. Det er viktig å merke seg at reguleringen stiller like krav til kvalitet og forsvarlighet til både fastleger og de helprivate aktørene, og den er uavhengig av finansierings- og avtaleform.

Køer hos private

Forslagsstillerne uttrykker bekymring over meldinger om at private aktører som har avtaler med helseforetak, holder av plasser og tilbyr henviste pasienter raskere behandling mot betaling. Forslagsstillerne viser til eksempler knyttet til røntgen og MR. Jeg mener at det her må skilles mellom tjenester som tilbys på vegne av den offentlige helsetjenesten og tjenester som er privatfinansiert. Private aktørers mulighet til å tilby tjenester i et marked, ut over det som inngår i spesifikke avtaler med helseforetakene, kan vanskelig forhindres eller reguleres bort. Dette ville heller ikke være hensiktsmessig eller i samsvar med gjeldende politikk.

Når det gjelder leverandører som har avtale med de regionale helseforetakene, er det viktig at inngåtte avtaler og forpliktelser følges opp av de regionale helseforetakene og etterleves av private leverandører av helsetjenester. Jeg er kjent med at det er oppmerksomhet i de regionale helseforetakene rundt håndtering av slike problemstillinger i forbindelse med anskaffelsesprosesser og avtaleinngåelser med private leverandører. I kontrakter som inngås uttrykkes dette eksplisitt i form av formuleringer om at leverandører ikke skal markedsføre sitt private tilbud til pasienter som henvender seg til instituttene under avtalen, med mindre pasienter eksplisitt selv ber om det. Tilbydere skal heller ikke i sin kommunikasjon aktivt henvise til eller reklamere for behandlingsalternativer som ligger utenfor aktuell avtale. Det er også slik at avtalene mellom de regionale helseforetakene og private leverandører kan regulerer hvordan tilbudet skal planlegges og leveres, for eksempel jevnt fordelt over en gitt periode.

Offentlig finansierte spesialisthelsetjenester skal for øvrig innfri aktuelle lovkrav knyttet til spesialisthelsetjenesten med tilhørende forskrifter og retningslinjer, eksempelvis prosedyrer og regler som gjelder for henvisning, inntak og utskrivning. Av dette følger også at privat tjenestetilbud som er finansiert av de regionale helseforetakene er underlagt prinsippene for prioritering, herunder prioriteringsforskriften, som gjelder i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Helseforsikring

Det legges til grunn at det med omsetningsavgift på private helseforsikringer menes en særavgift på omsetning av private helseforsikringer i forslag 6. En særavgift på omsetningen av private helseforsikringer vil øke prisen på slike forsikringer og dermed bidra til å redusere omfanget av private helseforsikringer. Redusert omfang av private helseforsikringer vil

imidlertid ikke gi en bedre offentlig helsetjeneste. Hvis formålet er å bedre den offentlige helsetjenesten vil det være mer målrettet å gi økt støtte over statsbudsjettets utgiftsside. Det er ikke behov for å innføre nye avgifter for å øke satsingen på den offentlige helsetjenesten. En slik utgiftsøkning kan eventuelt dekkes inn ved å redusere andre utgifter eller øke eksisterende skatter og avgifter.

Jeg viser til at regjeringen i 2018 nedsatt et ekspertutvalg som skal gå gjennom og kartlegge bruk av private leverandører innenfor offentlig finansierte velferdstjenester. Utvalget skal levere sin innstilling innen utgangen av 2020.

Jeg er enig med forslagsstillerne at det ikke er ønskelig at omfanget av private helseforsikringer øker. Pasienter skal ikke ha behov for helseforsikringer for å få nødvendig helsehjelp. Men vi er uenige i hvor løsningen ligger.

Når det gjelder utviklingen i bruk av private helseforsikringer viser jeg til at den store etterspørselsøkningen etter private helseforsikringer kom i 2010 og 2011. Da var også ventetidene betydelig lengre enn de siste årene. Det var altså under den rødgrønne regjeringen at vi så at markedet for helseforsikringer økte kraftig.

Denne regjeringen har prioritert å få ned ventetidene. Vi har redusert dem med to uker fra 2013 til 2019. Med innføring av fritt behandlingsvalg-ordningen, gir vi pasientene mer valgfrihet og reduserte ventetider – og den stimulerer effektiviteten i offentlige sykehus. Vi gir pasientene rett til å velge behandling hos godkjente private for det offentliges regning. I tillegg øker helseregionene sine kjøp fra private gjennom anbud. Dette er tiltak som reduserer folks behov for private helseforsikringer. Jeg mener at dette er bedre enn en modell der private leverandører er til stede, men kun for dem som kan betale for det. Vår løsning er at de er der for folk flest, ved at private aktører kan utføre oppgaver på vegne av det offentlige. I tillegg har vi innført pakkeforløp på flere områder, med klare forventninger om frister og ventetid.

Tannhelse

Når det gjelder forslaget om å innføre pristak på tannhelsetjenester, vil jeg innledningsvis understreke at prisregulering på tannhelsetjenester ikke er utredet. Virkningene for pasientene, for private tannklinikker og for staten avhenger av en rekke ulike forhold. Jeg omtaler her noen av aspektene knyttet til prisregulering. Kostnadene for staten og for tannklinikkene er ikke utredet og avhenger av valg av innretning.

Med pristak forstås det at staten innfører maksimalpriser. I helsesektoren fastsetter staten egenandeler samt refusjon til behandler for tjenester fra blant annet lege og legespesialist. Disse størrelsene fastsettes gjennom takstforhandlinger mellom staten og profesjonsforeningene, der inntekt, lønnsvekst og arbeidsmengde er sentrale parametere.

Private tannleger driver i hovedsak sin virksomhet basert på fullt betalende, voksne pasienter. Voksne har i utgangspunktet ansvar for å betale for tannbehandling, med mindre den enkelte har lovfestet rett til vederlagsfri behandling, slik tannhelsetjenesteloven fastsetter for enkelte grupper. De aller fleste voksne i Norge har ikke slike rettigheter. Det er dessuten

et mindretall som har tannhelseproblemer eller medisinske tilstander eller lidelser som gjør at de innfrir krav til stønad fra Folketrygden til tannbehandling. Det anslås at 12,8 prosent av voksenbefolkningen mottar slik stønad.

Et pristak kan innrettes på ulike måter. Ett alternativ er, som representantforslaget omtaler, å innføre et pristak på tjenester som ytes til pasienter som mottar stønad til tannbehandling fra folketrygden. Om lag 12,8 prosent av voksenbefolkningen mottar slik stønad. Et annet alternativ er at kun utvalgte tjenester i tannklinikkenes omfattes av prisregulering. Man kan for eksempel tenke seg at kostbare undersøkelser og behandling, for eksempel kirurgi eller implantater, eller kosmetisk behandling, som for eksempel tannbleking, ikke skal omfattes.

Virkninger for staten

De administrative kostnadene for staten dersom det innføres pristak/prisregulering på tannhelsetjenester, omfatter trolig følgende:

- Det kreves en administrasjon som kan monitorere prisdannelsen på tannhelsetjenester, slik SSB i dag gjør på flere forbrukssteder.
- Med en omfattende prisregulering, kan det være nødvendig for staten å følge med på inntektsdannelsen hos private tannleger og utvikle mål for lønnsvekst.
- For å kunne fastsette maksimalpriser er det nødvendig med en offentlig administrasjon som har innsikt i kostnadsgrunnlaget for de tjenester som ytes, både med hensyn til undersøkelse og behandling, men også øvrige kostnader knyttet til drift og investeringer i tannklinikkenes.
- Det kreves et tilsynsorgan som har i oppgave å kontrollere tannhelsepersonellens faktiske prissetting, og sanksjonere overfor personell som tar høyere priser enn maksimalprisene.

Virkninger for private tannleger

Å innføre prisregulering på tannhelsetjenester, innebærer et relativt stort inngrep i virksomheten til selvstendig næringsdrivende tannleger, som krever en lovendring for å sikre hjemmelsgrunnlag.

Virkninger for pasientene og utilsiktede virkninger

En eventuell prisregulering på tannhelsetjenester vil kunne få konsekvenser som man ikke overskuer med en gang eller som er utilsikket. Maksimalprisregulering for en del av pasientene, for eksempel dem som har rett til stønad fra Folketrygden, kan medføre at tannklinikkenes ønsker å kompensere et mulig inntektstap ved prisøkninger på tannbehandling til øvrige pasienter. Innføres maksimalpriser på noen tjenester, kan det medføre at prisene øker på de tjenestene som ikke omfattes av maksimalprisene.

Med utgangspunkt i at private tannleger i dag eier og driver sin egen virksomhet, at de har fri etableringsrett og fri prissetting, er det også mulig å tenke seg at en del tannleger ikke ønsker å være en del av en ordning med prisregulering. Det er mulig at man dermed får en todeling av den private tannhelsetjenesten, der en del tannklinikker/tannhelsepersonell ikke ønsker å yte tjenester til pasienter som omfattes av prisregulering, eller at disse pasientene prioriteres lavere og får økt ventetid på behandling. I geografiske områder med lav dekning av tannhelsepersonell, kan dette representere et potensielt problem. Konsekvenser for

pasientene og for tilgjengeligheten til tannhelsetjenester er trolig sentrale spørsmål i en eventuell utredning av prisregulering.

Det er bred enighet om at det er et offentlig ansvar å sikre en offentlig finansiert helsetjeneste. Jeg mener at regjeringens politikk som innebærer et samarbeid med private, både ideelle og kommersielle aktører, om å utføre oppgaver på vegne av det offentlige er et viktig virkemiddel for å motvirke privatisering og en todelt helsetjeneste.

Med hilsen



Bent Høie

