

Møte fredag den 23. april kl. 10

President: E i r i n F a l d e t

D a g s o r d e n (nr. 72):

1. Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo og Sigbjørn Molvik om gjeninnføring av full refusjon for telefonkonsultasjoner (Innst. S. nr. 148 (2003-2004), jf. Dokument nr. 8:20 (2003-2004))
2. Interpellasjon fra representanten Bent Høie til helseministeren:

«Private sykehus og spesialister har i de siste årene blitt i større grad en del av det offentlig finansierte tilbudet til alle pasientene. De regionale helseforetakene har rollen både som eier av de offentlige sykehusene og bestillere av private spesialisthelsetjenester på vegne av befolkningen. Flere private sykehus har i det siste uttrykt bekymring over om de regionale helseforetakene klarer å håndtere denne dobbeltrollen. Det er eksempler på avtaler med svært begrensede diagnoser for et svært begrenset tidsrom, som vanskeliggjør situasjonen både for pasientene og for de private sykehusene. Det er også eksempler på at de regionale foretakene i liten grad lar private konkurrere med egen virksomhet, men bruker private kun som et supplement.

Hvordan kan statsråden sikre at foretakene på dette området følger opp de klare styringssignalene som er kommet fra storting og regjering på dette området?»
3. Referat

Presidenten: Fra Stortingets delegasjon til Europarådets 2004-sesjon, annen del, i Strasbourg foreligger søknad om permisjon, undertegnet av delegasjonens leder, stortingsrepresentant Haakon Blankenborg. Søknaden gjelder permisjon i tiden fra og med 27. april til og med 29. april for representantene Haakon *Blankenborg*, Martin *Engeset*, André *Kvakkestad*, Per Erik *Monsen* og Elsa *Skarbøvik*, og i dagene 27. og 28. april for representantene Bent *Høie* og Jorunn *Ringstad*.

Denne søknad foreslås behandlet straks og innvilget. – Det anses vedtatt.

Første vararepresentant for Vestfold fylke, Inger *Møll*, oppholder seg for tiden utenlands og er av den grunn forhindret fra å møte på Stortinget.

Følgende vararepresentanter foreslås innkalt for å møte i permisjonstiden:

For Akershus fylke: Harald *Espelund*

For Oppland fylke: Reidun *Gravdahl*

For Rogaland fylke: Inger Lise *Aarrestad*

For Sogn og Fjordane fylke: Liv Signe *Navarsete*

For Vestfold fylke: Inger Lise *Hansen* og Vidar *Andersen*

For Østfold fylke: Gretha *Kant*

– Det anses vedtatt.

Inger Lise Hansen foreslås innvalgt i Lagtinget for den tiden hun møter for representanten Elsa *Skarbøvik*.

– Det anses vedtatt.

S a k n r . 1

Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo og Sigbjørn Molvik om gjeninnføring av full refusjon for telefonkonsultasjoner (Innst. S. nr. 148 (2003-2004), jf. Dokument nr. 8:20 (2003-2004))

Presidenten: Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 10 minutter til Kristelig Folkeparti og 5 minutter til hver av de øvrige gruppene.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til fem replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen innenfor den fordelte taletid.

Videre vil presidenten foreslå at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

Asmund Kristoffersen (A) [10:04:27] (ordfører for saken): Ved behandlingen av budsjettet for 2004 ble det vedtatt en økning av egenandelene for legehjelp, psykologhjelp og fysioterapi på 12 pst. fra 1. januar 2004, noe som var å innføre en egenandelsøkning midt i en avtaleperiode. Dette betydde forandringer i framforhandlede honorartakster mellom bl.a. staten og Den norske lægeforening, noe som igjen førte til nye forhandlinger mellom stat og legeforening med følgende utfall:

- egenandeler på 35 kr for enkle kontakter pr. brev og telefonkontakt uten etterfølgende resept, henvisning eller sykemelding
- tillegg i egenandel på 15 kr for konsultasjon og sykebesøk ved allmennleger som er spesialister i allmennmedisin
- tillegg i egenandel på 21 kr for konsultasjon og sykebesøk under legevakt

Egenandelen på 35 kr for enkle kontakter pr. brev og telefon var en helt ny type egenandel. Jeg ble personlig kjent med dette gjennom henvendelser fra pressen 30. desember 2003 og var svært overrasket over resultatet. Jeg gav samme dag uttrykk for i brev til helseministeren at departementet måtte se på denne saken på ny med sikte på å komme fram til en annen løsning på egenandelsøkningen.

Min begrunnelse var at denne type egenandeler kunne ramme svært uheldig, bl.a. ut fra det faktum at i svært mange distriktskommuner og kommuner for øvrig brukes telefonkontakt på en måte som synes gunstig for både pasient og lege, og som kan være økonomisk ved at pasienter i mindre grad enn det som nå skjer, vil møte opp på legekantoret. Frammøte på legekantor betyr i mange tilfeller skyssutgifter og høyere honorarer hos legen. Fastlegeordningen burde også over tid kunne føre til at en større del av kontakten mellom lege og pasient kunne foregå pr. telefon.

Jeg kunne med tilfredshet konstatere at helseministeren allerede 2. januar gav svar, der han bl.a. uttrykte:

«Jeg er derfor innstilt på at staten i de kommende forhandlinger om normaltariffen til våren skal ta sikte på å få rettet opp mulige uheldige utslag av de egenandelsøkninger som er gjennomført fra 1. januar i år.»

Sosialkomiteen har så fått saken til behandling gjennom Dokument nr. 8:20 for 2003-2004, fremmet av Sosialistisk Venstreparti, som har det samme utgangspunkt for å ta opp saken som jeg hadde, og som jeg viste til i min henvendelse til helseministeren. I helseministerens omtale av dette forslaget i brev av 23. februar 2004 oppsummerer han slik:

«Forhandlingene i desember ble kompliserte fordi egenandelsøkningen skulle gjennomføres midt i avtaleperioden, og det foreliggende resultatet har åpenbart uheldige sider. Jeg har derfor tatt initiativ til en dialog med Den norske lægeforening foran vårens takstoppgjør. Ut fra de erfaringene vi da kan oppsummere, er det min innstilling at staten skal ta sikte på å få rettet opp de mulige uheldige utslag av de gjennomførte egenandelsøkningene per. 1. januar».

Flertallet i komiteen mener at den nye egenandelen på telefonkonsultasjoner er uheldig, og at den må tas opp igjen under vårens forhandlinger om normaltariffen, mens mindretallet sier i klartekst at egenandelen må fjernes. Men så sier deretter en samlet komite at den forutsetter at uheldige justeringer fra 1. januar 2004 rettes opp ved vårens takstoppgjør, og har tillit til at partene i fellesskap vil komme fram til en god løsning på egenandelsproblematikken.

Ja, det tror jeg vil skje, og beskjeden fra Stortinget til helseministeren skulle etter dette ikke være til å misforstå. Det betyr at egenandelen for enkle kontakter pr. brev og telefon uten etterfølgende resept, henvisning eller sykemelding blir borte etter at vårens normaltariffforhandlinger er over.

Bent Høie (H) [10:09:08]: Med bakgrunn i Stortingets budsjettforhandling ble det gjennomført nye forhandlinger med Legeforeningen og staten. Resultatet var en egenandel på 35 kr for enkle kontakter pr. brev og telefonkontakt uten etterfølgende resept, henvisning eller sykmelding. Det ble et tillegg i egenandel på 15 kr for konsultasjon og sykebesøk ved allmennleger som er spesialister i allmenntilleggsmedisin, og det ble et tillegg i egenandel på 21 kr for konsultasjoner og sykebesøk under legevakt.

Bakgrunnen for disse endringene var at Stortinget ikke aksepterte Regjeringens forslag om økning i egenandelstak, men valgte en annen innretning på dette. På bakgrunn av det måtte staten gjennomføre nye forhandlinger med Legeforeningen for å foreta endringer i takstsystemet.

Det er mye en kan si om den debatten som fulgte i etterkant av dette, men det er to forhold som jeg vil trekke fram. Det ene er at en så en del utslag av håndteringen av det regelverket som Legeforeningen hadde sluttet seg til, som var noe spesielle. En del av de mest

grelle eksemplene som ble trukket fram i pressen, var ikke relevante og var utenfor det som var hensikten med endringen. Det andre var framstillingen av bakgrunnen for forslaget, og det var ganske spesielt å se at såpass mange leger som var medlem av den organisasjonen som hadde forhandlet fram dette resultatet, så klart gikk ut mot det.

Når det er sagt, er det all grunn til å si at det er absolutt grunnlag for å gjennomgå dette på nytt i forbindelse med forhandlingene med Legeforeningen til våren. Men det er viktig at Stortinget, selv om en har synspunkter på dette, ikke undergraver dette forhandlingsinstituttet ved midt i en periode nå å overstyre et resultat av slike forhandlinger. Jeg tror at staten og Legeforeningen som parter vil kunne komme fram til gode løsninger gjennom de forhandlingene som er, og de rammene som ligger for forhandlingene.

Det er også grunn til å peke på at kanskje en vel så uheldig virkning er at en har fått et totakstsystem knyttet til spesialister i allmenntilleggsmedisin. Vi har jo en fastlegeordning i Norge. Det betyr at de fleste stort sett blir tildelt en fastlege, og det vil da være ulike egenandeler, avhengig av om denne fastlegen er spesialist i allmenntilleggsmedisin eller ikke spesialist i allmenntilleggsmedisin. Det er også et forhold som komiteen har pekt på at det er grunn til å se på. Men vi vil avvente resultatet av de forhandlingene som skal foregå til våren.

John I. Alvheim (FrP) [10:12:40]: Den foreliggende sak har en prinsipiell politisk side som verken er omtalt i Dokument nr. 8-forslaget eller i sosialkomiteens innstilling, nemlig dette at når ulike politiske konstellasjoner fremforhandler statsbudsjettet og gjør forlik, salderes det ofte med å avgifts- eller skattlegge en tredjepart, i dette tilfellet pasientene, som har fått en ny skatt på sykdom ved å måtte betale egenandel for nødvendig telefonkontakt med sin lege.

Naturlig nok rammer denne ekstraskatten spesielt eldre og kronisk syke mennesker som har et større behov for jevnlig telefonkontakt med sin lege enn yngre mennesker. Dette har ikke minst å gjøre med en trygghetsfølelse for pasienten, men det har like mye å gjøre med viktigheten for behandlende lege av å kunne følge med i om det oppstår bivirkninger av igangsatt behandling og medisiner. Det var derfor helt betimelig at forslagsstillerne til Dokument nr. 8:20 reiste denne saken så raskt og bad om at den nye egenbetalingen for telefonhenvendelser måtte fjernes.

Utfallet av denne saken er slik jeg forstår det, ikke på noen måte gitt ved behandlingen i Stortinget i dag. Slik jeg ser det, slipper både Regjeringen og Arbeiderpartiet litt for lettvinnt unna det problemet de selv har skapt, i foreliggende sak. Har man den mening i dag at egenandel på telefonhenvendelser til lege er urimelig og uakseptabelt, burde man selvfølgelig hatt det samme syn på denne saken før ordningen ble iverksatt. Jeg vil på vegne av Fremskrittspartiet forbeholde meg rett til å komme tilbake til saken når en ser hvordan resultatet blir under forhandlingene med Legeforeningen til våren.

Det er verken rettferdig eller rimelig at de pasienter som tilfeldigvis har fått en spesialist i allmennmedisin – som de fleste allmennleger etter hvert blir – som sin fastlege, skal betale høyere egenandeler enn andre uten å ha blitt informert om det i forkant, da de søkte listeplass hos lege. Like urimelig, og kanskje verre, er forslaget fra helseministeren om at særlig dårlige pasienter som trenger lengre konsultasjonstid, og det gjelder ofte eldre og kronisk syke, skal betale en høyere egenandel for de samme tjenestene.

Generelt sett mener Fremskrittspartiet at egenandelene er høye nok som de er, og at denne nye egenandelen som ble innført fra 1. januar, på telefonhenvendelser, burde fjernes effektivt. Jeg håper det er mulig å komme frem til et slikt resultat uten at denne egenandelen skal forskyves fra telefonhenvendelser og belastes andre typer pasienter som jeg har nevnt.

Sigbjørn Molvik (SV) [10:16:43]: Den egenandelen på telefonkonsultasjoner som ble innført fra 1. januar som et resultat av budsjettforliket mellom regjeringspartiene og Arbeiderpartiet, er bare ett av mange eksempler på at pasienter blir salderingspost når statsbudsjettet skal gjøres opp, enten det nå er etter forslag fra Regjeringa eller gjennom forlik mellom ulike partier her i salen, slik også representanten Alvheim var inne på.

Dersom vi ser på de siste års statsbudsjett, har økningen i egenandelene som rammer pasienter, ligget langt over ordinær prisstigning. Nye egenandeler blir innført, og gamle egenandeler økes kraftig. Dette er det generelle bildet. SV har i sine statsbudsjettforslag gått imot disse økningene.

Den helt spesielle egenandelen vi behandler her i dag, gjelder altså når pasienter ringer til sin lege. Dette er et system med svært mange uheldige konsekvenser, i tillegg til at det er skatt på sykdom, som alle egenandeler i helsevesenet er, og som SV er imot.

For det første vil mange pasienter, spesielt de med dårlig råd, kunne unnlate å ta en telefon til legen sin når det er nødvendig. Dette vil kunne ha svært uheldige konsekvenser, ikke minst for de pasienter som i utgangspunktet vil reservere seg mot kontakt med helsevesenet. Det kan eksempelvis gjelde pasienter med alvorlige psykiske lidelser, personer med rusmiddelavhengighet eller personer med kroniske lidelser.

I tillegg til disse momentene er dette en ordning som er svært byråkratisk, og som vil legge beslag på verdifull tid hos den enkelte lege som ellers kunne vært brukt til nødvendig pasientbehandling.

En kan stille seg spørsmålet om ikke de rene administrasjonskostnadene som er knyttet til denne ordningen, faktisk kan være like høye som det som hittil har vært gitt i refusjon. Jeg tror neimen ikke det er langt unna sannheten, og det viser bare galskapen i denne typen egenandeler.

SV fremmet derfor forslag om at denne egenandelen skulle fjernes raskest mulig, i utgangspunktet innen 1. mars. Jeg er glad for at et samlet storting nå er helt klar på at denne egenandelen skal fjernes ved vårens tariff-

oppgjør. Det kan ikke være noen tvil om at det er det Stortinget vil. Helseministeren har i brev til komiteen sagt at det vil bli gjort endringer på dette området, slik jeg tolker det. Når vi samtidig vet at heller ikke Legeforeningen er glad for denne egenandelen, skulle dermed alle forhold ligge til rette for at en fullstendig håpløs ordning blir avviklet raskt, og det er SV godt fornøyd med.

Vi hadde primært ønsket at dette kunne skje raskere enn det det nå legges opp til, men på grunn av behandlingstida i komiteen, at forhandlingene om normaltariffen nå er nær forestående, og også de svært klare signalene fra både Stortinget og helseministeren lar vi være å fremme et avvikende forslag.

Så vil jeg til slutt understreke at vi nå ikke må havne i den situasjon at den egenandelen som alle nå vil fjerne, blir erstattet av en annen egenandel som har mange av de samme uheldige sidene, for da vil vi være like langt. Så det blir utfordringen for departementet og statsråden: å sørge for at det ikke skjer gjennom de forhandlingene som nå foregår.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF) [10:20:12]:

Budsjettavtalen med Arbeiderpartiet førte til at egenandelene hos legene økte med ca. 12 pst. Det er sjelden at noen jubler over økte egenandeler, men maken til misnøye er det lenge siden jeg har opplevd. Denne gangen var det ikke bare pasientene som protesterte, men også legene – dette til tross for at Den Norske Lægeforening selv var med på å forhandle fram dette resultatet.

Noe av årsaken til at dette kom skjevent ut, var at en måtte forhandle midt i en avtaleperiode for normaltariffen, som utløper 30. juni i år. Dette tidspunktet gir selvsagt mindre frihet til å håndtere egenandelsøkningen på en slik måte at det ikke samtidig rokker ved det inntektspolitiske element i avtalen mellom staten, KS og Legeforeningen.

Bildet ble ekstra komplisert ved at forhandlingsresultatet ble akseptert av spesialistenes del av normaltariffen, men ikke for allmennlegedelen. For de 60 pst. av fastlegene som er spesialister i allmennmedisin, innebærer dette at en konsultasjon hos dem koster 132 kr, altså 15 kr mer enn hos andre allmennleger.

Kristelig Folkeparti er glad for at partene er enige om at et toprissystem i fastlegeordningen er uheldig og skal rettes opp i oppgjøret til våren.

Kristelig Folkeparti synes det er positivt at helseministeren i brev til komiteen sier at han også vil rette opp mulige uheldige utslag med den nye taksten for enkelte kontakter pr. brev og telefonkontakt som ble innført 1. januar i år. Telefonkonsultasjoner har fram til i år vært betalt av Rikstrygdeverket, altså ingen egenandel for pasientene. Taksten utløses enten fastlegen ringer pasienten eller omvendt.

Fra i år må pasienten selv betale en egenandel på 35 kr. Beløpet virker ikke stort isolert sett, men som en samlet komitee understreker, kan dette få uheldige konsekvenser. Mennesker som står i en vanskelig økonomisk situasjon, kan unnlate å ta kontakt med en lege selv om de burde det. Dette kan igjen føre til at den tillitsfulle re-

lasjonen som finnes mellom lege og pasient, kan få en knekk.

Når det gjelder legekontor ute i distriktene, er en helt avhengig av telefonkonsultasjoner. For mange pasienter betyr dette at de slipper lange reiser til legekontor. En sparer skyssutgifter, og en sparer høyere honorarer hos legen ved frammøte. Fastlegeordningen fører til at legen kjenner sine pasienter godt. Derfor er det faglig forsvarlig med sterkere grad av telefonkonsultasjoner. Dette er en vann-vann-situasjon både for pasient og lege.

Det har kommet fram at legene pålegges et gebyr for innkreving av den nye egenandelen. Dette er tidkrevende, upraktisk og byråkratisk. Det kreves et ekspedisjonsgebyr på inntil 45 kr, som også belastes pasientene.

I brevet fra Helsedepartementet 2. januar står det tydelig:

«Dette forutsettes dekket innenfor rammen av legens basistilskudd og honorartakstene.»

Jeg er glad for denne presiseringen. Det er urimelig at pasientene skal betale for fakturagebyr.

Jeg vil avslutningsvis bemerke at mange av pasientene vil ha frikort tidlig på året, og legene slipper dermed å kreve inn den nye egenandelen. Kristelig Folkeparti ser fram til at helseministeren vil oppsummere erfaringene etter et halvt år med denne egenandelen, og at man tar sikte på å rette opp uheldige utslag ved vårens takstoppgjør.

Ola D. Gløtvold (Sp) [10:24:44]: Fram til 1. januar i år var telefonkonsultasjon med lege refundert fra folketrygden, og slik sett gratis for pasienten, mens det fra årsskiftet ble slik at pasienten måtte betale inntil 80 kr, faktisk, fordelt på 35 kr som en egenandel og inntil 45 kr i ekspedisjonsgebyr. Det bare understreker at denne ordningen var dyrere byråkratisk sett enn den var refusjonsmessig. Slik sett er dette en ganske håpløs sak.

Med bakgrunn i Stortingets behandling av statsbudsjettet og det budsjettforliket som da ble inngått mellom regjeringspartiene og Arbeiderpartiet, ble det innført nye egenandelsordninger midt i avtaleperioden. Det er grunn til å merke seg at dette – ikke bare denne gangen – oppstår ganske ofte. Representanten Alvheim betegnet det som en prinsipiell sak. Jeg vil si at det mer er en utidig og uheldig praksis at en får slike avgiftsøkninger og endringer som et resultat av budsjettsaldering og budsjettforlik i en sen nattetime.

Senterpartiet mener – og har ment det i flere år – at egenandelsøkninger generelt bør unngås, og at egenandelene er høye nok som de er, som en særskatt på sykdom og funksjonshemming. Vi har stemt imot disse økningene ved budsjettbehandlingene de siste årene. Vi synes det er ganske forstemmende at regjeringspartiene her uttaler at en ikke skal overstyre forhandlingsinstituttet, at man ikke må gripe inn nå, og at det er uheldig om vi skal komme med noen veldig sterke innvendinger. Det er faktisk slik at det er regjeringspartiene og Arbeiderpartiet som har grepet inn i forhandlingsinstituttet, når en må reforhandle disse egenandelene midt i en avtaleperiode. Stortinget er

i sin fulle rett når vi sier at dette vil vi ikke være med på, dette må endres raskt.

Jeg er, i likhet med noen av de andre representantene som har hatt ordet til nå, litt skeptisk til hva som skjer nå til våren. En samlet komite sier, med bakgrunn i helseministerens vurderinger gjennom brev som er sendt både til komiteen og til partigruppene, at det vil være mulig å endre på innretningen av egenandelene og få vekk denne egenandelen på telefonkonsultasjoner. Men jeg er redd for at det kan bli en egenandelsendring som bare blir en ny form for egenandel, på en annen og like urettferdig måte. Jeg vil be helseministeren om at en, så sant det er mulig, under disse forhandlingene får til en bedre egenandelsordning, der kostnadene ikke bare skyves over fra det ene til det andre, på pasientens bekostning, og at man kanskje også vurderer hvor mye staten kan ta gjennom trygderefusjon. Det må være en god politikk for noen av de svakeste i samfunnet.

Denne egenandelsordningen på telefonkonsultasjoner er i hvert fall slik at den i stor grad rammer eldre og kronikere, og kanskje også i noen grad småbarnsforeldre, som har behov for ganske hyppige konsultasjoner med lege i perioder eller over lang tid. Dette er meget uheldig ikke minst i forhold til psykiatriske pasienter, der legen bør følge opp pasienten nært og raskt, og her vil telefonkonsultasjoner være en god praksis.

Det er for øvrig også grunn til å si at i kommunehelsetjenesten er det både praktisk og økonomisk gunstig at lege og pasient kan kommunisere på telefon. Det betyr også innsparte offentlige penger. Så jeg synes at dette er en ordning som en snarest mulig må kvitte seg med. Jeg håper derfor at vi ved vårens forhandling kan se at denne blir borte, og at storsamfunnet kanskje kan ta noe mer av de kostnader som pasientene ellers blir belastet med.

Statsråd Dagfinn Høybråten [10:29:14]: Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2004 vedtok Stortinget en økning av egenandelene bl.a. for legehjelp på 12 pst. Justeringene skulle gjennomføres fra 1. januar 2004, dvs. midt i perioden for gjeldende avtale om basistilskudd, driftstilskudd og takster fra 1. juli i fjor. Dette gav færre frihetsgrader til å innpasse økningen på en hensiktsmessig måte, fordi det måtte skje innenfor en uendret økonomisk ramme for legene. Økninger av eksisterende egenandeler ville dermed krevd reduksjon av andre takster. Når en egenandelsøkning derimot skjer i sammenheng med et takstoppgjør, kan den som regel innpasses innenfor den avtalte inntektsøkningen for legene, uten direkte reduksjon av andre takster.

Ved denne anledningen framtvang forhandlingssituasjonen en løsning med innføring av flere nye egenandeler innenfor de gjeldende honorartakstene. Det ble bl.a. opprettet en tilleggs egenandel for konsultasjon og sykebesøk ved allmennlege som er spesialist i allmenntilleggsmedisin. Dermed ble det innført et toprissystem i fastlegeordningen. Begge parter så dette som en uheldig løsning, og slo fast i en protokolltilførsel at denne egenandelen skal fjernes igjen ved takstoppjøret pr. 1. juli, dersom oppjøret gir rom for det. I tillegg ble taksten for enkle pasientkontak-

ter pr. brev eller telefon, såkalte telefonkonsultasjoner, omgjort fra refusjon til egenandel. Det er denne egenandelen som er gjenstand for Stortingets behandling i dag.

Det som kalles enkle pasientkontakter i takstsystemet, kan skje ved frammøte på legekantoret av pasient eller ved bud, eller pr. telefon eller brev. Takster for enkel pasientkontakt kan bare benyttes når kontakten inneholder vurdering og rådgivning fra legen eller dennes hjelpepersonell, f.eks. på grunn av endring i pasientens tilstand eller endring i behandlingsopplegget som følge av foretatte undersøkelser. Ofte er formålet med kontakten å få fornyet en resept eller forlenget en sykmelding. Takstene kan derimot ikke benyttes i forbindelse med f.eks. timebestilling eller en enkel melding om resultat av foretatte prøver. Fram til årsskiftet var det en egenandel på 35 kr for alle slike enkle kontakter, med unntak for kontakter pr. brev eller telefon som ikke resulterer i resept, henvisning eller sykmelding. Dette innebar en forskjellsbehandling mellom ulike typer kontaktformer og et oppsplittet takstsystem. Ved å legge egenandel også på telefonkontaktene ble grunnlaget lagt for å sanere de ulike takstene og ha en felles takst for alle enkle pasientkontakter, uavhengig av kontaktform. Dette representerte således en forenkling i takstsystemet.

Jeg har likevel ingen problemer med å se at det er betydelige ulemper både for pasientene og legene i forbindelse med den nye egenandelen, slik det er beskrevet i det dokumentet som behandles her i dag. I tillegg har nok spørsmålet om faktureringsgebyr på slike småregninger bidratt vesentlig til irritasjonen og til de reaksjonene som er kommet. Jeg tror jeg kan si at ingen av partene i utgangspunktet hadde noe ønske om å innføre nye egenandeler i takstsystemet, og ingen er særlig fornøyd med resultatet. Jeg har hatt et møte med Legeforeningens president om disse spørsmålene, slik jeg varslet i brev til Stortinget, og jeg kan etter det møtet slå fast at vi begge er innstilt på å bidra aktivt til at de uheldige sider ved de justeringene som ble gjennomført i januar, blir rettet opp ved de takstforhandlingene som nå er rett rundt hjørnet.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Asmund Kristoffersen (A) [10:32:42]: Jeg synes helseministeren både i sitt svarbrev til meg og i brevet til komiteen som jeg refererte til i innlegget mitt, og med det han har sagt her i salen i dag, gir klare signaler om at uheldige virkninger skal rettes opp.

Arbeiderpartiet både respekterte og aksepterte at en revurdering av det som ble gjennomført fra 1. januar 2004, måtte skje i de ordinære forhandlingene om normaltariffen.

Det er jo viktig at Stortingets vilje settes ut i livet, og jeg er helt sikker på at helseministeren deler den oppfatningen. Så mitt spørsmål til ministeren, på bakgrunn av det som jeg nå har hørt av innlegg her i salen, er: Har det kommet noen signaler til departementet som tilsier at innføring av denne egenandelen ikke skulle ha vært uheldig? Altså med andre ord: Er det bekvemt å gå videre?

Statsråd Dagfinn Høybråten [10:34:02]: Jeg tror ikke det er nødvendig å gå rundt grøten i denne saken. Statsråden er innstilt på å følge opp det som klart kommer til uttrykk i komiteens innstilling, og balansere det i forhold til det hensyn at det er partene i forhandlingene som må inngå en ny avtale. Det tror jeg vi skal klare, både i respekt for Stortingets vilje og i respekt for at det er forhandlinger, og at det er to parter.

John I. Alvheim (FrP) [10:35:02]: I brevet fra helseministeren til komiteen går det tydelig frem at helseministeren mener at å fjerne egenandelen på telefonkontakter, noe også helseministeren gir uttrykk for at han er positiv til, vil måtte medføre at innteksttapet må dekkes inn ved å øke egenandeler på andre tjenester. Det nevnes her spesielt spesialist i allmenntilleggsmedisin og konsultasjonstid på over 20 minutter.

Men det finnes en annen løsning, og det er nemlig å rette opp ubalansen i forhold til telefonkontaktene i revidert nasjonalbudsjett. Eller er det en tanke som helseministeren ikke har i hodet?

Statsråd Dagfinn Høybråten [10:36:02]: Til representanten Alvheims spørsmål må jeg vel si at jeg som helseminister, og særlig i de senere måneder, har fått god trening i å ha flere tanker i hodet samtidig, og det prøver jeg også i denne saken.

I mitt brev til komiteen er det vist til den situasjonen som partene stod overfor etter budsjettforliket og budsjettvedtaket her i salen før jul i fjor, hvor man enten måtte gå på disse andre takstene eller innføre nye. Det er det som er foranledningen til at den problemstillingen er tatt opp. Ved et ordinært takstoppgjør vil man også ha en økt inntektsramme for den aktuelle yrkesgruppen – i hvert fall normalt vil man ha det. Det er jo gjerne den veien inntektene går. Og da vil man også ha muligheten til å finansiere helt eller delvis en slik endring innenfor en økt inntektsramme. Det er det som gjør at man ved et ordinært oppgjør, som man har 1. juli, har større frihetsgrad enn midt i avtaleperioden, da man ikke kan øke inntektene.

Sigbjørn Molvik (SV) [10:37:33]: Jeg må si meg rimelig godt fornøyd med de signalene som helseministeren nå gir, og tar det for gitt at egenandelen på telefonkonsultasjoner blir fjernet ved første anledning.

Så var jeg i mitt innlegg opptatt av at når denne egenandelen nå blir tatt bort, må den ikke bli erstattet med en annen egenandel som har mange av de samme uheldige konsekvensene ved seg, f.eks. for kronisk syke. Vil dette også være en overordnet målsetting for statsråden i de forhandlingene som nå skal foregå?

Statsråd Dagfinn Høybråten [10:38:21]: Jeg kan ikke gå lenger enn det jeg allerede har gjort, når det gjelder å legge føringer for det oppgjøret som ligger der. Jeg har sagt at jeg vil følge opp den klare oppfatning som kommer til uttrykk i innstillingen fra komiteen.

Men når jeg har vært opptatt av at denne endringen skulle tas opp i forbindelse med de ordinære avtaleforhandlingene, er det for å ha muligheten til å finansiere endringer innenfor en økt inntektsramme og dermed unngå den parallelle økningen i andre egenandeler som man tvinges til hvis man tar opp dette midt i avtaleperioden, slik man måtte gjøre i januar.

Ola D. Gløtvold (Sp) [10:39:24]: Det dreier seg mye om det samme nå, men det som uroer både meg og flere her, er det som helseministeren sier i sitt brev av 23. februar:

«Hvilke egenandeler skal innføres i stedet?»

Nå synes jeg at det er litt annen låt i pipa, ved at helseministeren signaliserer at en økt inntektsramme kanskje kan gi inndekning for disse utgiftene, og at dette kan komme i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett. Det er godt å høre.

Det er jo like før disse forhandlingene starter. Forhandlinger kan ikke vi gå inn i, men vi kan jo være nysgjerrige på strategien og på forslagene fra helseministeren. Jeg har lyst til å høre hvilke forslag helseministeren vil fremme for å kunne fjerne egenandelen på telefonkonsultasjoner, uten at pasientene dermed blir belastet en annen type egenandel.

Statsråd Dagfinn Høybråten [10:40:38]: Det avsnittet i brevet av 23. februar som representanten Gløtvold viser til, er knyttet til en situasjon hvor man skulle gjøre disse endringene utenom de ordinære forhandlingene, og da vil man altså ikke ha en inntektsramme å spise av.

Nå ser dette ut til å lande inn mot en situasjon der vi vil være i ordinære forhandlinger. Det vil da være helt galt av meg å si fra Stortingets talerstol hvordan den protokollen skal bli seende ut – før forhandlingene er ført. Men som jeg har varslet Stortinget om, har jeg hatt et møte med Legeforeningens ledelse, og både Legeforeningens og Helsedepartementets ledelse gav i det møtet uttrykk for en klar intensjon om å bidra aktivt til at de uheldige sidene ved disse endringene som har vært tema i dag, skulle rettes opp i forbindelse med de takstforhandlingene som nå er rett rundt hjørnet. Det bør være fullt tilfredsstillende for Stortinget.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk. Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1. (Votering, se side 2522)

S a k n r . 2

Interpellasjon fra representanten Bent Høie til helseministeren:

«Private sykehus og spesialister har i de siste årene blitt i større grad en del av det offentlig finansierte tilbudet til alle pasientene. De regionale helseforetakene har rollen både som eier av de offentlige sykehusene og bestillere av private spesialisthelsetjenester på vegne av befolkningen. Flere private sykehus har i det siste uttrykt be-

kyrning over om de regionale helseforetakene klarer å håndtere denne dobbeltrollen. Det er eksempler på avtaler med svært begrensede diagnoser for et svært begrenset tidsrom, som vanskeliggjør situasjonen både for pasientene og for de private sykehusene. Det er også eksempler på at de regionale foretakene i liten grad lar private konkurrere med egen virksomhet, men bruker private kun som et supplement.

Hvordan kan statsråden sikre at foretakene på dette området følger opp de klare styringssignalene som er kommet fra storting og regjering på dette området?»

Bent Høie (H) [10:43:55]: Private innslag i helsevesenet har gått fra å være et brennbart politisk tema til å være akseptert som et ønsket og nødvendig supplement og korrektiv til det offentlige. Private helsetilbud har nå blitt en liten, men svært viktig del av det offentlig finansierte helsetilbudet til alle.

Selv om de private sykehusene og spesialistene utgjør en liten del av den samlede kapasiteten, har det vært en positiv vekst de siste årene. Samtidig er ventetiden og ventelistene redusert, til stor glede for pasientene. Dette illustreres godt med at antall ventelistepasienter som fikk kirurgisk behandling i fjor, økte med 3,5 pst. De private kommersielle sykehusene stod for nær to tredjedeler av denne veksten. Det viser at det er svært viktig å sikre dette tilbudet, av hensyn til pasientene.

Bakgrunnen for denne interpellasjonen er at jeg har et klart inntrykk av at Regjeringens og Stortingets klare føringer overfor de regionale helseforetakene når det gjelder private sykehus og spesialisters rolle, ikke følges opp i tilstrekkelig grad. Regjeringens og Stortingets føringer kommer klart fram gjennom de siste årenes budsjetter og styringsdokumenter. Sist dette kom til uttrykk, var i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 5 for 2003-2004, der en enstemmig komite sier at det er

«viktig at de private har likeverdige vilkår slik at de kan være sikret langsiktighet og forutsigbarhet i sin drift, noe som er til nytte for pasientene».

Private har også et ansvar overfor sine ansatte og har foretatt store investeringer. De har derfor behov for forutsigbarhet. Det er eksempler på at foretakene ikke fornyer avtaler innenfor tidsfristene, men lar private underleverandører drive med bare muntlige lovnader om at «de nok skal finne en løsning». RHF-ene er på mange måter i en monopolstilling og har derfor all makt i den type forhandlingsposisjoner. Andre foretak inngår korte avtaler på bare noen måneder, og der en har svært begrensede diagnosegrupper i avtalen.

Avtalens omfang er en utfordring både for pasientene og for de private sykehusene. Et eksempel på dette er behandlingen i forbindelse med rekonstruksjoner etter brystkreft. Det er en behandling som foregår med mange inngrep i løpet av en lang tidsperiode. Problemet oppstår når avtalen faktisk tidsmessig er kortere enn et fullstendig behandlingsforløp.

Kvalitet bør også være en vesentlig faktor når helseforetakene velger å kjøpe tjenester fra andre, men det virker som om det ganske ensidig fokuseres på pris.

Jeg vil være den første til å erkjenne de store omstillingsutfordringene som en har i helseforetakene, samtidig som vi allerede nå opplever overkapasitet på enkelte områder. I en slik presset situasjon kan jeg forstå at det kan være fristende å verne om egne foretak og kutte ut private som en har avtaler med. Men det vil ikke være akseptabelt med den type lettvinde løsninger. En slik strategi vil i første omgang gå ut over pasienten og på lengre sikt føre til at vi får mindre igjen for helsekronene.

Når Stortinget er opptatt av at private også skal være et korrektiv til det offentlige, mener en bl.a. at det offentlige kan lære av privates måte å organisere arbeidet på, men også at de regionale helseforetakene får en mulighet til å sammenlikne egen virksomhet med andre, både når det gjelder pris, kvalitet og effektivitet. Det hindres i dag gjennom at foretakene ikke gjennomfører anbudsrunder der egen virksomhet konkurrerer med private. Når det er anbudsrunder, er det private som konkurrerer med private. Det er også klare tegn på at de regionale helseforetakene fortsatt bruker overlegene på den enkelte avdeling til å definere hva som skal settes ut til private. Dermed ser vi tilfeller der en velger å kutte ut private tilbud, selv om det offentlige tilbudet både er dyrere og dårligere for samfunnet og pasientene.

Dette setter søkelyset på at de regionale helseforetakene innehar en dobbeltrolle. De er både bestillere og utførere. Denne dobbeltrollen blir forsterket gjennom at noen foretak har valgt å sette sine egne direktører i styrene til de lokale helseforetakene. Dette gjør at styremedlemmer, med sitt personlige ansvar for totaløkonomien, møter seg selv i døren som den som skal avgjøre om foretaket skal møte konkurranse fra private eller ikke.

Erfaringer fra både kommuner og større private konsern viser at det ikke er umulig å håndtere en slik dobbeltrolle – som bestiller og samtidig eier av en av tilbyderne – men dette krever både stor oppmerksomhet, kompetanse og ikke minst en veldig bevisst organisering. Det er tydelig for meg at de regionale helseforetakene til nå ikke har klart å håndtere dette på en slik måte at det har skapt tillit hos deres private underleverandører.

Jeg regner med at de regionale helseforetakenes evne til å håndtere denne dobbeltrollen blir en del av den evalueringen som nå igangsettes av reformen, og at departementet fortløpende vurderer om det skal stilles krav til hvordan disse rollene skal skilles innenfor dagens modell.

Et skille mellom bestiller- og utførerrollen gjør ansvarsforhold og oppgavefordeling mellom myndighetsorgan og tjenesteproducent tydeligere. Det bygger på kontraktsstyring, hvor bestiller definerer innhold og kvalitet på tjenesten og utfører er ansvarlig for produksjon og leveranse i tråd med bestillingen. Kombineres dette med tilbud og konkurranse, vil en også sikre at en får mer helse igjen for kronene. Men rendyrkes modellen i form av mange bestillere, mange avtaler som er kortsiktige og samtidig smale på innhold, er det stor fare for økt byråkrati, store administrasjonskostnader og et stort behov for kompetanse og ressurser i forbindelse med avtaleutforming og oppfølging. Erfaringer fra land som har

prøvd dette, er ikke overbevisende. Både i Storbritannia og på New Zealand gikk en tilbake på dette systemet etter at kostnadene med byråkratiet overgikk de økonomiske gevinstene.

Hensikten med denne interpellasjonen er derfor ikke å ta til orde for den type løsninger. Jeg vil peke på noen vesentlige forhold som må forbedres:

- Private må få langsiktige avtaler som gir forutsigbarhet både for virksomheten og for pasientene.
- Avtalene må ikke utformes slik at de hindrer sykehusene i å gi pasientene en fullverdig behandling.
- De regionale helseforetakene må skape tillit til at de evner å skille mellom bestillerrollen og utførerrollen.
- Når en bruker konkurranse, må også kvalitet og service være et element.
- Konkurransen må også omfatte egen virksomhet.
- Den private delen av helsevesenet må ikke reduseres. I forbindelse med overkapasitet må ikke foretakene ensidig verne om egen virksomhet.

Innledningsvis redegjorde jeg for at etter at reformen ble innført, har pasientene fått et betydelig bedre tilbud, og de private aktørene har fått bedre rammebetingelser og er blitt en del av det offentlig finansierte tilbudet til alle. Dette skal vi ikke glemme, selv om bakgrunnen for interpellasjonen er å trekke fram de forholdene som ikke fungerer etter intensjonen.

Jeg håper denne debatten kan føre til at disse forholdene blir rettet opp, og jeg ser fram til en spennende meningsutveksling.

Statsråd Dagfinn Høybråten [10:52:13]: Det er i helsepolitikken forutsatt at private sykehus og spesialister skal ha en rolle når det gjelder å realisere de helsepolitiske mål. Jeg oppfatter interpellasjonen fra representanten Bent Høie som et spørsmål om hvordan dette følges opp og sikres. Hvordan kan dette gjøres, gitt den organisering som spesialisthelsetjenesten nå har fått gjennom sykehusreformen?

La meg først komme med noen korte merknader til utgangspunktet for problemstillingen. Ofte framstilles motsetningen mellom offentlig og privat som et nærmest grunnleggende politisk tema. Det er ingen dekkende karakteristikk av hvordan helsetjenesten er organisert i Norge. Tvert imot forutsetter organiseringen av spesialisthelsetjenesten at det skal være et godt samspill mellom det offentlige og de private aktørene. Forutsetningen for et slikt samspill kommer bl.a. til uttrykk gjennom tre forhold som spesialisthelsetjenesten er tuftet på:

1. Målet om befolkningens likeverdige tilgang til helsetjenester forutsetter en sterk politisk styring av tjenesten. Blant annet må det offentlige ta et betydelig finansieringsansvar. Jeg oppfatter at ingen er uenig i at det må være en betydelig offentlig styring av tjenesten, og at dette vil gi rammer for private aktørers medvirkning i tjenesten.
2. De offentlige tjenesteutøvende virksomhetene, som altså stort sett vil si helseforetakene, vil både i dag og framover være de virksomhetene som leverer hovedtyngden av de offentlig finansierte helsetjenestene.

Jeg oppfatter også at det er bred enighet om denne forutsetningen. Det er derfor ikke aktuell politikk å overføre en stor andel av oppgaver fra offentlige til private virksomheter. Innenfor disse rammene er det likevel god plass for private virksomheter, og de kan spille en viktig rolle for en god realisering av de helsepolitiske målene – på noen områder en viktigere rolle enn i dag.

3. De private virksomhetenes rolle bør knyttes til stikkord som supplement, alternativ og utfordrer til de offentlige virksomhetene. Det er herunder viktig at private representerer alternativer til den offentlige tjenesten, altså at de kan ha andre ideelle eller organisatoriske innfallsvinkler og brukerorienteringer som gir dynamikk til utviklingen av den samlede helsetjenesten.

Slik interpellanten peker på, ligger det flere utfordringer i håndteringen av private aktører i den organisatoriske modellen som er valgt gjennom foretaksorganiseringen. De fem regionale helseforetakene er gitt det såkalte sørge for-ansvaret for at befolkningen i helseregionene får nødvendige helsetjenester. Gjennom Stortingets årlige bevilgninger får de derfor tilført det alt vesentlige av offentlige ressurser til spesialisthelsetjenester. De har ansvaret for riktig og helhetlig prioritering og for at midlene brukes mest mulig rasjonelt. I tillegg eier de helseforetakene i sin region, dvs. de virksomhetene som leverer den største delen av tjenestene som skal oppfylle sørge for-ansvaret og dermed sikre at befolkningen på en effektiv måte får likeverdig tilgang til helsetjenester.

Jeg vil peke på fire utfordringer som dagens organisatoriske løsning gir – god forståelse for utfordringene er viktig når strategier og tiltak skal velges:

For det første må de regionale helseforetakene håndtere sine to roller på en rasjonell, rettferdig og – jeg vil si – gjennomskinnelig måte. De regionale helseforetakene må ikke bruke sin posisjon til å verne om egne foretak når private virksomheter kan gi bedre løsninger.

For det andre er ikke realisering av helsepolitiske mål bare et spørsmål om å levere helsetjenester. En god helsetjeneste dreier seg også om akuttberedskap, beredskap i et bredere perspektiv, desentraliserte tilbud, undervisning og opplæring av helsepersonell, forskning osv. Gode løsninger for slike oppgaver må ofte integreres med ordinær pasientbehandling. Private bidrag i pasientbehandlingen må ikke svekke forutsetningene for denne type formål. Men som jeg skal komme tilbake til, trenger ikke slike oppgaver alltid å ligge i de offentlige virksomhetene. Kontraktforhold med private virksomheter som får helsetjenesteoppgaver av varighet og omfang, bør mer systematisk ta opp i seg ivaretagelsen av slike bredere forhold som undervisning og forskning.

For det tredje er det viktig at private virksomheter får forutsigbare rammebetingelser, slik interpellanten pekte på. Private virksomheter som har ansatte og investerer i utstyr, må også sikres en rimelig grad av forutsigbarhet i den offentlige etterspørselen. Det kan ikke og skal ikke være slik at de private bare brukes i de tilfeller der det offentlige ikke har den nødvendige kapasiteten.

For det fjerde har vi i Norge tilløp til overkapasitet for enkelte typer behandling. Kapasiteten må da bygges ned, enten i foretakene eller i de private virksomhetene. Slike situasjoner er særlig utfordrende når det gjelder god realisering av helsepolitiske mål og at private bør ha forutsigbare rammebetingelser og behandles på en likeverdig måte i forhold til de offentlige tjenestene.

Så til de strategier og tiltak som kan sikre at private virksomheter brukes på en god måte for å realisere helsepolitiske mål.

Det er sentralt at det er de regionale helseforetakene som skal ha styringen med hvordan private virksomheter brukes. Disse skal også være det organisatoriske nivå der kontraktene inngås – dette for å unngå at sykehusene skal avgjøre om de vil levere tjenestene selv eller kjøpe dem fra private.

Spesialisthelsetjenesten skal være kvalitetsorientert og dynamisk. Det bør naturligvis prege hvordan de regionale helseforetakene utøver overordnet ledelse av utviklingstiltak i egne eide foretak. Men det bør være tilsvarende fokus på hvordan bruken av de private tilbudene kan gi samme effekt. Med de krav som regelverket stiller til likhet i konkurranse, kan foretakene og private virksomheter i praksis ikke delta i de samme anbudskonkurransene om tjenester. De har forskjellige rammebetingelser, og de regionale helseforetakene må ta overordnede beslutninger om arbeidsdelingen mellom de to sektorene. Gjennom disse beslutningene settes rammene for hvordan private skal brukes, herunder hvilke oppgaver som skal settes ut til konkurranse mellom private. Men det er viktig å tilstrebe mest mulig like konkurransevilkår for offentlige og private tjenesteytere.

De regionale helseforetakene står overfor utfordringer knyttet til kravet om at driftsbudsjettene skal være i balanse i 2005. Gitt de utfordringer som ligger i dagens organisasjonsform, og de utfordringer som tjenesten nå står overfor, må det være en overordnet oppfølging av at det ikke utilsiktet skjer større forskyvninger av arbeidsdelingen mellom privat og offentlig sektor. Private virksomheters forholdsmessige bidrag i helsetjenesten skal ikke reduseres gjennom de prosesser som må gjennomføres i de regionale helseforetakene. Det vil også bli vurdert om det skal stilles mer gjennomgående krav til hvordan forholdet mellom sørge for-rollen og rollen som eier av de underliggende helseforetakene skal ordnes.

I dialogen med private registrerer jeg at mange er åpne for å ta på seg oppgaver som går utover selve ytelser av helsetjenester, f.eks. undervisning og forskning. Denne muligheten bør brukes oftere når forutsetningene ligger til rette for det.

De private virksomhetenes påpekning av behovet for forutsigbare rammebetingelser skal tas på alvor. I styringsdialogen med de regionale helseforetakene settes det derfor søkelys på anbuds- og avtaleteknikker som kan ivareta dette hensynet, uten at det på en urimelig måte går på bekostning av behovet som de regionale helseforetakene har for styringsmessig fleksibilitet. Teknikker for dette kan være at det inngås flerårige rammeavtaler, og at dette kombineres med at det innenfor rammeav-

talene inngås årlige avtaler om volum. Dette er tatt i bruk, og det vil bli vurdert om det bør gjøres i større grad.

Jeg går ikke inn på temaet her, men vil varsle at det i budsjettproposisjonen for 2005 vil komme en oppfølging av Stortingets behandling av stortingsmeldingen om inntektssystemet for spesialisthelsetjenesten hva gjelder forholdet til private røntgeninstitusjoner og laboratorier. I opplegget som der vil bli lagt fram, vil håndteringen av de forhold som jeg mer generelt har pekt på i dag, være sentrale.

I innlegget har jeg fokusert på forholdet mellom helseforetak og private virksomheter. Tilsvarende er det viktig at forholdet mellom de private virksomhetene håndteres på en kvalifisert måte. Jeg lar dette være stikkord for å markere og understreke betydningen av at regelverk for kontraktsinngåelser, konkurranse og anbud følges, og følges opp.

Oppsummert vil jeg si følgende: Helsedepartementet og de regionale helseforetakene har et ansvar for at det på en god måte legges til rette for at private virksomheter skal kunne fylle sin rolle i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det er i sykehusreformen valgt en modell uten et entydig organisatorisk skille mellom bestiller- og utføreroppavene. Selv om det teoretisk kunne anføres argumenter for en slik modell, ble det bl.a. vurdert at en slik splittmodell kunne føre til en unødig byråkratisering og ressursbruk. Men jeg er helt enig med representanten Høie i at man innenfor rammen av et slikt prinsipielt valg kan tydeliggjøre og ryddiggjøre rollene på en bedre måte.

Det vises også til de vurderinger som ble foretatt i stortingsmeldingen om inntektssystemet for spesialisthelsetjenesten og Stortingets behandling av den, der man la til grunn en videreføring av en slik integrert modell.

Når man har valgt en slik modell, er det avgjørende at man makter å håndtere de utfordringer som følger av den. I Helsedepartementets budsjettproposisjon for 2004 er det markert at det er et sentralt mål i styringen av de regionale helseforetakene å videreutvikle og forbedre måten disse håndterer sin kombinerte rolle som forvalter av sørge for-ansvaret og som eier av de underliggende helseforetak på.

I det oppfølgingsarbeid som nå skjer mellom Helsedepartementet og de regionale helseforetakene, er det sentralt å etablere rammebetingelser for de private virksomhetene som er både forutsigbare og rasjonelle i forhold til helsepolitikens mål.

Jeg vil avslutningsvis si at jeg støtter det budskap som representanten Høie hadde i sin interpellasjon, at forholdet mellom private og offentlige tjenesteytere, og spesielt de regionale helseforetakenes håndtering av sine roller i forhold til dette, bør være og vil være et viktig tema i den evalueringen av sykehusreformen som jeg har varslet at jeg vil legge fram for Stortinget et opplegg for i statsbudsjettet for 2005.

K j e l l E n g e b r e t s e n hadde her overtatt presidentplassen.

Bent Høie (H) [11:02:27]: Jeg vil takke helseministeren for et godt og viktig svar.

Jeg vil trekke fram spesielt tre deler av svaret som jeg mener har stor betydning:

- at de regionale helseforetakene håndterer sine to roller på en rasjonell og rettferdig måte. De regionale helseforetakene må ikke bruke sin posisjon til å verne om egne foretak når private virksomheter kan gi bedre løsninger
- at det kan ikke og skal ikke være slik at private bare brukes i de tilfellene der det offentlige ikke har den nødvendige kapasitet
- og sist, men ikke minst, at helseministeren i sitt svar sier at private virksomheters forholdsmessige bidrag i helsetjenesten ikke skal reduseres gjennom de prosessene som nå gjennomføres i de regionale helseforetakene

Det siste er ikke minst viktig med tanke på den nye pasientrettighetsloven som skal tre i kraft til høsten, der det er viktig at man som pasient føler sikkerhet for at hvis helseforetaket ikke ivaretar sitt sørge for-ansvar, finnes det faktisk alternativer, slik at pasienten får sin rettighet oppfylt.

Jeg er også glad for at helseministeren signaliserer at det skal bli vurdert om det skal stilles mer gjennomgående krav til hvordan forholdet mellom sørge for-rollen og rollen som eier av det underliggende helseforetaket skal ordnes, og at man understreker at denne rollefordelingen vil være et viktig tema i den evalueringen som skal gjennomføres av foretaksreformen.

Det er imidlertid ett forhold i svaret som er nytt for meg, og det er at helseministeren sier at ifølge regelverket for konkurranse kan helseforetakene og private virksomheter ikke delta i den samme anbudskonkurransen om tjenester. Jeg vil be om at helseministeren i den videre debatten svarer på om han ved en senere anledning kan komme tilbake til Stortinget med en nærmere redegjørelse om det temaet. Vi kjenner jo bl.a. fra kommunal sektor at kommunens egne virksomheter deltar i anbudskonkurranse sammen med private om tjenester – også helsetjenester. Jeg har derfor problemer med å se hva som er forskjellen mellom dette og spesialisthelsetjenesten.

Jeg vil videre slutte meg til helseministerens vurdering at det er forhold som ivaretas av våre helseforetak, som har en overordnet funksjon. Akuttfunksjoner må f.eks. ikke svekkes gjennom at aktivitet flyttes vekk fra foretaket.

Statsråd Dagfinn Høybråten [11:05:23]: Den historiske situasjonen i Norge er at andelen private sykehusenger i landet er helt marginal. Det kan lett føre til en form for offentlig arroganse i den andre delen av tjenesteapparatet. Jeg mener at vi har kommet et godt stykke videre i forhold til det utgangspunktet som lett kan følge av hvordan tilbudet er sammensatt mellom det private og det offentlige. Det er også viktig for den offentlige tjenesten å huske på at sykehusvesenet i Norge historisk sett er drevet fram av det private initiativ, de ideelle og

diakonale initiativ. Det er det også viktig å ha med seg i forståelsen av hva det private tilbudet i dag utgjør, at det også består av ulike typer private løsninger.

Helsedepartementet har hatt en gjennomgang med de regionale helseforetakene og med representanter for de private sykehusene om hvordan situasjonen har utviklet seg etter reformen. Mitt inntrykk er at selv om vi har en del utfordringer, som representanten Høie har pekt på, er de regionale helseforetakene i ferd med å rydde vekk en del av barnesykdømmene og bli mer rollebevisste. Det står klart på kartet i de regionale helseforetakene.

Men det er åpenbart at bestiller/utfører-rollene ikke er klart nok ryddet enkelte steder, og det er også behov for å se på innhold og varighet av kontraktsforholdene til de private. Jeg vil gjerne imøtekomme representanten Høies ønske om å utdype nærmere i et senere framlegg for Stortinget hvordan en kan sikre større likhet i konkurranse mellom de offentlige og private foretakene i forhold til konkurranse om tjenester.

Asmund Kristoffersen (A) [11:08:01]: Jeg har hørt på meningsutvekslingene så langt, og skal prøve å gi uttrykk for Arbeiderpartiets hovedsyn i løpet av tre minutter.

Arbeiderpartiet mener at det definitivt er et offentlig ansvar å gi hele den norske befolkning et godt helsetilbud, også spesialisthelsetjenester. Vi mener også at det offentlige må sørge for å ha en spesialisthelsetjeneste i egne sykehus som i all hovedsak skal dekke behovene. Arbeiderpartiet så store og uakseptable mangler i vårt helsetilbud, der vi på tross av stor ressursinnsats hadde altfor lang ventetid, lange køer og også meget vekslende kvalitet i våre sykehus. Vi måtte handle, og derfor fikk vi helsereformen, som allerede har gitt svært mange gode resultater. En viktig oppgave er å forvise seg om at helsetjenesten styres med åpenhet og demokratisk forankring, og at kvaliteten på tjenestene er gode i ethvert sykehus. Reformen var tydelig på at de regionale helseforetakene skulle ta ansvar for at pasientene fikk god behandling til rett tid. Dette ansvaret har de regionale helseforetakene satt ut i praksis, langt på vei.

Bruken av private helsetjenester er ikke noen ny oppfinnelse gjennom helsereformen. Det var fullt mulig før, selvsagt, og ble brukt, slik også helseministeren dokumenterte det i sitt innlegg. Bruken av private helsetjenester etter reformen er fortsatt beskjedne, og slik bør det være. Opplysninger som komiteen har fått direkte fra regionale helseforetak, viser at pasientbehandling ved private etter oppdrag fra de regionale helseforetakene ligger på noen få prosent – tall fra Helse Midt-Norge viser i overkant av tre prosent i 2003 – oppdrag som da er utført i klare og ordnede avtaleforhold. Men dette har hatt vesentlig betydning, som også Bent Høie var inne på, for avvikling av køer, og det er all grunn til å tro at det er høy kvalitet på denne behandlingen hos de private.

Arbeiderpartiet mener at de regionale helseforetakene skal ha ansvar i sin region, og det betyr at de kan inngå avtaler med private, men de skal samtidig sørge for at vi har et sterkt offentlig helsevesen. For Arbeiderpartiet er

det selvsagt ikke noe poeng at de private sykehusene skal brukes mer enn det som er nødvendig av hensyn til pasienten, hva gjelder både kvalitet og behandling til riktig tid. Men så vil jeg legge til at vi alle er tjent med at de private helsetilbyderne har mest mulig forutsigbarhet i omfang av tjenester og type tjenester. Det vil være med på å sikre kvaliteten på tjenestene som de regionale helseforetakene gjør avtale om med de private.

John I. Alvheim (FrP) [11:11:27]: Det var både overraskende, positivt og interessant å registrere denne interpellasjonen fra partiet Høyre ved Bent Høie. Jeg håper det er begynnelsen på et større engasjement hos Høyre i helsepolitikken generelt og i sykehuspolitikken spesielt. Så langt i debatten registrerer jeg også at Bent Høie og helseministeren har sammenfallende synspunkter på den problematikken som reises, og det er selvfølgelig også veldig positivt.

Interpellanten stiller et meget betimelig spørsmål, som særlig er aktuelt i 2004, og som vil bli enda mer aktuelt i 2005, da man skal oppnå budsjettbalanse – og det på grunn av den særdeles vanskelige driftsøkonomien som sykehusene i dag har.

På et høringsmøte i sosialkomiteen med helseforetakene og helseministeren den 23. oktober 2003 kom det tydelig og klart frem fra helseforetakenes side at med den vanskelige økonomiske situasjonen som foretakene da var inne i, og som ikke vil bli noe bedret i 2004, måtte dette gå ut over tilbudene til de private helsetilbydere. Det er nettopp det som nå skjer. De regionale helseforetakene er ikke særlig interessert i disse avtalene, noen foretak har sågar ingen, men det har også noe å gjøre med den anstrengte økonomi som foretakene i dag gjennomlever. Det er naturlig at selv ikke private helseforetak kan drive med en slik uforutsigbarhet som det nå utvikler seg til å bli for 2004, og at dette må forsøkes stoppet for 2005. Dette kan føre til dårlig faglighet, det kan føre til utsettelse av investeringer – nytt medisinsk-teknisk utstyr som er livsviktig for den enkelte pasient – og derfor må man tilstrebe langsiktige avtaler med de regionale helseforetakene. Der er jeg og Fremskrittspartiet totalt enige med interpellanten, at den rollen som de regionale helseforetakene har praktisert frem til nå, er temmelig uklar sett i forhold til denne problematikken.

Det bør gjøres noe, og Fremskrittspartiets forslag i så måte er å endre de regionale helseforetakenes rolle ved å gi dem totalansvar for bestillingsrollen, sørge for-rollen, og ta bort fra foretakene eierstyringen og legge den til et statens sykehusdirektorat. Denne typen problemer og andre problemer vil vi da kunne løse på en god måte, og reformen ville bare tjene på det, også overfor den norske befolkning.

Olav Gunnar Ballo (SV) [11:15:01]: Jeg har lyst til å åpne med et spørsmål som jeg synes det er viktig at man stiller seg: Skal organiseringen av helsevesenet i Norge være et offentlig ansvar, ja eller nei?

For SV er det helt åpenbart at svaret på det spørsmålet må være ja. Organiseringen av helsevesenet i Norge må

være et offentlig ansvar. Alle partier har kunnet samle seg om intensjonen om at man skal skape et likeverdig helsetjenestetilbud, uavhengig av hvor folk bor, uavhengig av alder, uavhengig av økonomi. Hvis man tenker seg at helsevesenet i sin helhet var privatisert og basert på et konkurranseprinsipp, ville det vært umulig å ivareta en slik målsetting. Tilbudsforskjellene ville raskt bli mye større, og det ville naturligvis være slik at betalingsevnen ville få avgjørende betydning. Derfor er det viktig for SV å kontrollere ressursbruken i helsevesenet på en slik måte at den intensjonen ivaretas.

Når det stilles spørsmål om ivaretagelsen av de private, er jo en vesentlig grunn til at man gjør det, at begrepet privat brukes med en ukklarhet og mangel på presisjon som gjør at det ikke er mulig å være sikker på hva man snakker om.

SV har gått inn for fastlegereformen, som i praksis innebærer at tidligere kommunalt ansatte leger blir arbeidsgivere og sånn sett gjennom en refusjonsordning på mange måter privatpraktiserende. Men det gjøres jo gjennom inngåelse av en avtale med det offentlige som gir sterke føringer for virksomheten, og som gjør at de i aller høyeste grad fortsatt er en del av det offentlige helsevesen.

SV vil si at når man gjør det samme overfor privatpraktiserende spesialister i en avtale som sikrer at det er for det offentlige helsevesenet man tar et ansvar, er det liten grunn til å være betenkt over det. Tvert imot burde man stimulere til flere slike avtaler. Men hvis det man tilrettelegger for, gir en økt grad av privatisering av helsevesenet uten et offentlig ansvar for å styre virksomheten og uten et ansvar for de private til å være med og styre den virksomheten, og man i tillegg skal bruke offentlige midler på slik refusjon, undergraver man jo hele den helhetlige tenkningen som går ut på å skape likeverdighet. Og man forbruker offentlige midler på en måte som gjør at vi får mindre igjen for hver krone.

Hele dilemmaet med f.eks. Fremskrittspartiets helsepolitikk er jo at man ikke stiller dem man er villig til å bevilge mer til, til ansvar for de tjenestene som de faktisk skal utføre. Jeg oppfatter at det er en ganske stor forskjell mellom det interpellanten tar opp, og det Alvheim sier i sitt innlegg, selv om han søker å gi et inntrykk av at de to partiene mener det samme.

Jeg mener at det er særdeles viktig å skape et flertall i Stortinget som balanserer dette på en slik måte at man utnytter ressursene bedre enn det man gjør i dag. Men den verst tenkelige måten å gjøre det på, vil være å legge opp en helsepolitikk på Fremskrittspartiets premisser.

Takk for oppmerksomheten, president.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF) [11:18:19]: Representanten Høie tar opp et viktig og aktuelt spørsmål i denne debatten. Også Kristelig Folkeparti er opptatt av at de private sykehusene skal få forutsigbare rammer, og at de fortsatt skal få spille en sentral rolle for å realisere de mål som Stortinget har satt.

Overskriften i Dagsavisen på onsdag der det står at «KrF advarer mot privat omsorg», er misvisende. Kriste-

lig Folkeparti ønsker at det offentlige skal ha hovedansvaret og levere hovedandelen av de helsetjenestene som befolkningen trenger. Samtidig er vi helt avhengige av de private virksomhetene. Kristelig Folkeparti har alltid støttet frivillige organisasjoner og andre ideelle eiere som har hatt tjeneste, og ikke fortjeneste, som hovedmål og engasjement.

Lovisenberg Sykehus har f.eks. tradisjoner med sykehusdrift tilbake til 1868 og representerer en arv og verdi-forankring som sier mye om vår kultur og historie. Sykehuset var framsynt og har vært en pådriver for å utvikle ny kompetanse og kvalitetstilbud. Denne kvaliteten på tjenestene er et konkurransefortrinn som kan utfordre det offentlige.

Kristelig Folkeparti vil ta vare på slike gode tilbud fordi de utgjør et svært godt alternativt tilbud til offentlig omsorg. Vi vil at de skal få avtaler med de regionale helseforetakene som gir dem muligheter til å tenke langsiktig i forhold til investeringer og få en forutsigbarhet som gjør både ansatte og pasienter trygge.

Da Stortinget behandlet stortingsmeldingen om inntektssystemet for spesialisthelsetjenesten, var vi opptatt av at de regionale helseforetakene skal ha den overordnede og helhetlige styringen. Gjennom sin sørge for-rolle skal de være bestillere av spesialisthelsetjenester til dem som trenger det.

Den gang presiserte vi at det var viktig at de regionale foretakene ikke brukte sin eierposisjon til å forfordele og verne om egne foretak dersom det var private aktører som kunne gi tjenester med bedre kvalitet.

Kristelig Folkeparti står fremdeles på denne linjen. Det må ikke være slik at de regionale foretakene i liten grad lar private konkurrere med egen virksomhet, men bruker dem «kun som et supplement», slik interpellanten uttrykker det. De offentlige og de private sykehus er gjensidig avhengige av hverandre, og det er viktig å få til et konstruktivt og fleksibelt samspill.

Helseministeren var i sitt svar åpen for at private virksomheter som har kontrakt om et visst omfang av tjenester, kunne få andre oppgaver, som f.eks. desentraliserte tilbud, undervisning, opplæring og forskning.

Kristelig Folkeparti støtter at de private aktørene blir brukt på en slik måte når de har kapasitet og forutsetninger for dette.

Ola D. Gløtvold (Sp) [11:21:43]: La meg først slå fast at Senterpartiet er av den oppfatning at vi både trenger og må basere oss på et sterkt offentlig helsevesen. Det er en offentlig oppgave å se til at alle får likeverdige og gode tilbud når det gjelder helsetjenester, og i den sammenheng også pleie og omsorg. Det må også være slik at det ut fra dette er det offentlige som skal bære hovedtyngden og ha hovedansvaret for dette tjenestetilbudet. Den private virksomheten skal være et supplement til det offentlige tjenestetilbudet. Det er slått fast som en av grunnpilarene i norsk helsepolitikk, og det var også et utgangspunkt som alle i Stortinget sluttet seg til i forbindelse med behandlingen av helseforetaksreformen. Slik sett er jeg godt fornøyd med det

som helseministeren sa i sitt første innlegg, når det gjaldt disse punktene. Jeg synes det er viktig at vi har noen bærebjelker som det er stor enighet om, selv om høyresiden prøver å underminere en del av disse bærebjelkene til stadighet.

Det forundret meg litt da jeg hørte representanten Woie Duesund i sitt innlegg si at man ikke måtte komme dit hen at det private tilbudet kun ble brukt som et supplement. Men vi sier jo det at det skal brukes som et supplement. Hva er da definisjonen på å ikke bruke det kun som et supplement? Skal det da være slik at det skal ta over deler av det offentlige tilbudet og erstatte det fullt og helt? Det vil i hvert fall være mot vår politikk. Vi mener at det offentlige tilbudet må være slik, fordi gode helsetjenester også dreier seg om akuttberedskap, og om desentraliserte tjenester når det gjelder både beredskap og planlagt og nødvendig behandling. Et helhetlig tilbud skal gis av det offentlige. Så har vi det som helseministeren var inne på, opplæring, forskning og utvikling, som også det offentlige primært må ta seg av. Det gjør at det er det offentlige som må være bærebjelken her.

Interpellanten, Høie, snakket om at det ikke fungerer i dag, man må skille mer mellom bestillerrolle og utførerrolle. Det er en av fanesakene til Høyre, og også dette med sørge for-ansvaret. Så sier representanten Høie at de private aktørene har fått det bedre, har fått bedre rammevilkår, etter helsereformen. Jeg er ikke sikker på det. Vi har en godt etablert privat sektor innenfor helsevesenet som heter opptreningsinstitusjoner og rehabiliteringsinstitusjoner. Jeg vil bare minne om brevet som kom fra HelseRehab Norge den 1. april i år, som viser at deres rammevilkår er sterkt forverret, etter disse aktørers mening, i forhold til hva det var før helsereformen. Da synes jeg at dette tilbudet i hvert fall burde tilgodeses av dagens regjering. Dette er et tilbud som ikke konkurrerer med det offentlige med hensyn til akuttberedskap og helhetstilbud, som må være der 24 timer i døgnet alle årets dager når det gjelder den somatiske og psykiatriske behandlingssiden. Rehabiliteringssiden burde ses på på en annen måte.

Elisabeth Røbekk Nørve (H) [11:25:14]: Høyre mener at det skal være et offentlig ansvar å sikre gode helsetjenester til alle. Det betyr imidlertid ikke at det offentlige må utføre alle helsetjenestene. Etter vår vurdering er de private et viktig supplement og korrektiv til den offentlige helsetjenesten. Høyre ønsker derfor at de private sykehusene skal ha en viktig plass i spesialisthelsetjenesten.

Det er pasienten som står i sentrum for Høyres helsepolitikk. For pasienten er det av liten betydning hvem som utfører helsetjenesten, bare han eller hun får rask og god helsehjelp. De private har vist at de kan tilby helsetjenester av høy kvalitet og samtidig organisere seg slik at ressursene benyttes effektivt, noe som kommer både pasienten og samfunnet til gode.

Da Helse Øst evaluerte sitt første driftsår i statlig regi, fant de at ventelistene var redusert med 20 pst., og at ventetiden for dem som hadde ventet i mer enn ett år, var

redusert med 40 pst. Administrerende direktør Tor Berge gav følgende uttalelse om utviklingen:

«I tillegg til økt aktivitet ved helseforetakene, vil den samlede behandlingsskapiteten øke ved at vi kjøper helsetjenester av private tilbydere. Gjennom avtaler med private kommersielle tilbydere av spesialisthelsetjenester, utsetter vi våre offentlige helseforetak for konkurranse både med hensyn til pris og kvalitet. Slik får pasienten et bredere tilbud av helsetjenester og kan nyte godt av de tilfeller hvor ventetiden hos private aktører er kortere.»

Når venstresiden nå arbeider for å redusere innslaget av private tilbydere, arbeider de samtidig for lengre ventetid og mindre mangfold i tilbudet til pasientene. Det er etter min mening en farlig høy pris å betale for et dogmatisk standpunkt som bare tjener fagbevegelsens særinteresser, og det er grunn til bekymring dersom dette skal bli en bremsekloss for fritt sykehusvalg i framtiden.

For å sikre et best mulig helsetilbud for pasientene må det være en reell konkurranse mellom offentlige og private tilbydere. Den integrerte foretaksmodellen der RHF er både bestiller og ansvarlig for den statlige utførerfunksjonen, reiser noen særskilte utfordringer i så måte. Etter Høyres vurdering vil modellens framtid bl.a. avhenge av om RHF lykkes i samarbeidet med private aktører. Vi er derfor glad for at Helsedepartementet i styringsdokumentene har tydeliggjort de regionale helseforetakenes rolle som bestiller.

Jeg vil sterkt understreke at de private tilbyderne må få forutsigbare rammevilkår. I motsatt fall risikerer vi at mangfoldet av behandlingstilbud faller bort, og at pasientens valgfrihet begrenses. Høyre vil følge situasjonen for de private tilbyderne nøye, for å sikre at pasientene skal få et best mulig helsetilbud.

Bent Høie (H) [11:28:43]: Jeg vil takke for en god og interessant debatt. Det er en debatt som en ikke skal gå mange år tilbake i den politiske diskusjonen for å se ville vært umulig å holde. Når en her fra hele det politiske spekteret får tilslutning til en understrekning av de private helsetilbydernes – både kommersielle og ideelle – viktige rolle i helsevesenet og som en del av det offentlige helsetilbudet til alle, så viser det at det har skjedd et stort politisk taktskifte på dette området.

Representanten Alvheim var glad for at Høyre nå hadde et helsepolitisk engasjement. Jeg vil jo da understreke at vi er svært glad for at vi i Sem-erklæringen fikk gjennomslag for våre viktigste helsepolitiske prioriteringer, nemlig at det private helsetilbudet skulle bli en del av det offentlige tilbudet til alle, en pasientrettighetslov med individuelt fastsatte tidsfrister og en stor utvidelse av valgfriheten til pasientene.

Men vi er ikke bare glad for at vi fikk gjennomslag i Sem-erklæringen for dette. Vi er også veldig fornøyd med helseministerens oppfølging av disse politiske målene, og at dette er alle mål som nå er gjennomført. Det er derfor en god anledning for å si at Høyre er svært fornøyd med helseministeren og helseministerens arbeid.

Til representanten Ballo vil jeg si at jeg er svært glad, men også en smule overrasket, over at til og med SV nå sier at det faktisk er grunnlag for å stimulere til at en skal få flere private tilbud, men selvfølgelig innenfor rammen av seriøse og gode avtaler. Det er derfor grunn til å si at det nå kun er Senterpartiet som står tilbake med etter min oppfatning en litt bakstreversk holdning i disse spørsmålene, og det er ingen overraskelse.

E i r i n F a l d e t hadde her gjeninntatt presidentplassen.

Statsråd Dagfinn Høybråten [11:31:21]: Etter denne hyllesten fra Høyres side så mistet jeg nesten fatningen her et øyeblikk, men jeg tok meg raskt inn igjen.

La meg takke interpellanten for initiativet til denne debatten, fordi det har bidratt til å sette søkelyset på en veldig viktig del av gjennomføringen av helsereformen. Debatten har også vist at det er bred enighet i denne sal om måten vi nå utvikler samspillet mellom de private og de offentlige tjenestene på. Det synes jeg, i likhet med interpellanten, er et viktig fremskritt.

Jeg tror at vi går inn i en ny tid, der det blir et mer modent forhold mellom den store offentlige sykehussektor og den relativt beskjedne, men likevel viktige, private sykehussektor. Med modenhet mener jeg at det blir en større grad av gjensidig aksepterte spilleregler, og det blir en større grad av gjensidig aksept for ulike roller. Private vil ha en viktig rolle når det gjelder å være utfordrer, å være korrektiv og å være supplement. Det var representanten Woie Duesunds poeng i hennes innlegg. Samtidig skal det ikke være slik at de private tilbyderne skal være rene fløteskummere i forhold til å ta billige poenger, de skal være med og ta et helhetlig samfunnsansvar i større grad. Jeg registrerer med interesse at det er en større åpenhet for å påta seg oppgaver som tradisjonelt har vært forbeholdt det offentlige, og som ikke er knyttet til inntektsgivende produksjon, men først og fremst er samfunnsopp-

gaver à la undervisning, forskning osv. Det synes jeg er et tegn på at vi nærmer oss en mer moden relasjon mellom disse sektorene i helsetjenesten.

Vi vil, i tråd med det jeg sa i mitt hovedinnlegg, følge opp og komme tilbake til de spørsmål som her har vært reist om det rent strukturelle, bl.a. fra representanten Alvheims side, når det gjelder opplegget for evalueringen av sykehusreformen, som jeg varslet i mitt hovedinnlegg.

Presidenten: Ja, dette gikk jo bra til tross for at statsråden sa at han nesten mistet fatningen.

Interpellasjonsdebatten er dermed avsluttet.

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte

presidenten: Vi går da til votering i sak nr. 1.

Votering i sak nr. 1

Komiteen hadde innstillet:

Dokument nr. 8:20 (2003-2004) – forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo og Sigbjørn Molvik om gjeninnføring av full refusjon for telefonkonsultasjoner – vedlegges protokollen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Presidenten: I sak nr. 2 foreligger det ikke noe voteringstema.

S a k n r . 3

Referat

Presidenten: Det foreligger ikke noe referat.

Møtet hevet kl. 11.40.
