

Møte tirsdag den 3. november 2009 kl. 10

President: Dag Terje Andersen

Dagsorden (nr. 8):

1. Interpellasjon fra representanten Bent Høie til helse- og omsorgsministeren:

«I forbindelse med presentasjonen av den nye regjeringsplattformen uttalte helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen at Regjeringen nå åpnet for en mer fleksibel bruk av private sykehus for å få ned helsekøene. Samtidig opprettholdes de tre sentrale begrensningene på bruk av private sykehus i den nye regjeringsplattformen. Det gjelder å begrense bruken av private sykehus, bruke ledig kapasitet i offentlige sykehus først og skille mellom sykehus eiet av ideelle organisasjoner og kommersielle aktører. Når ikke det er pasientens rett til å velge som er styrende, vil det være de regionale helseforetakene som både er eier og bestiller som avgjør omfanget på bruken av private sykehus og spesialister.

Har Regjeringen planer om å øke bruken av private sykehus for å få ned køene, og hvordan skal en få de regionale helseforetakene i tilfelle til å følge opp dette?»

2. Referat

Presidenten: De innkalte vararepresentanter, for Rogaland fylke Terje Halleland og for Vestfold fylke Heidi Ørnlo, har tatt sete.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen overbrakte 9 kgl. proposisjoner (se under Referat).

Presidenten: Representanten Bård Hoksrud vil framsette et representantforslag.

Bård Hoksrud (FrP) [10:02:42]: På vegne av representantene Jan-Henrik Fredriksen, Ingebjørg Godskesen, Arne Sortevik, Harald T. Nesvik og meg selv har jeg den glede å framsette et representantforslag om handlingsplan for forsterket oljevernberedskap.

Presidenten: Trine Skei Grande vil framsette et representantforslag.

Trine Skei Grande (V) [10:03:15]: På vegne av representanten Borghild Tenden og meg selv vil jeg framsette et representantforslag om å innføre en registreringsordning for lobbyvirksomhet i Stortinget, i departementene og på Statsministerens kontor.

Presidenten: Forslagene vil bli behandlet på reglementsmessig måte.

Sak nr. 1 [10:03:44]

Interpellasjon fra representanten Bent Høie til helse- og omsorgsministeren:

«I forbindelse med presentasjonen av den nye regjeringsplattformen uttalte helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen at Regjeringen nå åpnet for en mer fleksibel bruk av private sykehus for å få ned helsekøene. Samtidig opprettholdes de tre sentrale begrensningene på bruk av private sykehus i den nye regjeringsplattformen. Det gjelder å begrense bruken av private sykehus, bruke ledig kapasitet i offentlige sykehus først og skille mellom sykehus eiet av ideelle organisasjoner og kommersielle aktører. Når ikke det er pasientens rett til å velge som er styrende, vil det være de regionale helseforetakene som både er eier og bestiller som avgjør omfanget på bruken av private sykehus og spesialister.

Har Regjeringen planer om å øke bruken av private sykehus for å få ned køene, og hvordan skal en få de regionale helseforetakene i tilfelle til å følge opp dette?»

Bent Høie (H) [10:05:02]: Helsekøene har økt med ca. 60 000 pasienter under Stoltenberg-regjeringen, og 262 671 venter nå på helsehjelp. Ventetiden for behandling øker, og for enkelte pasientgrupper har den økt betydelig, bl.a. for rusavhengige, som nå venter 12 dager lenger, og for gruppen «ubestemte», som venter 19 dager lenger.

I Høyres regjeringstid ble både helsekøen og ventetidene for behandling betydelig redusert. I en artikkel i Dagens Næringsliv 7. januar 2006 skrev Jens Stoltenberg at det var om lag 270 000 som stod i helsekø i 2001. Antall ventende ble dermed redusert med minst 70 000 fram til 1. tertial 2006.

En viktig årsak til at helsekøen og ventetiden ble redusert i de årene Høyre satt i regjering, var vår politikk med å gi flere pasienter mulighet for behandling ved private klinikker på statens regning. Dette framgår bl.a. av SINTEFs helserapport om spesialisthelsetjenesten i 2006, der det heter:

«Samtlige helseregioner har hatt en relativt klar nedgang i ratene for antall ventende pasienter og ventetiden for pasienter på venteliste i løpet av perioden 2002–2004, samtidig som det private kommersielle sykehusforbruket har økt relativt markant. Gitt at den private kommersielle aktiviteten først og fremst er knyttet til elektiv kirurgi er det grunn til å tro at deler av nedgangen i antall ventende og ventetid er et resultat av bruken av private aktører.»

Når ventelistene har vokst og ventetiden økt under den rød-grønne regjeringen på tross av veksten i bevilgningene til spesialisthelsetjenesten, skyldes det bl.a. at en av politiske grunner har valgt å redusere bruken av private helsetjenester og begrenset pasientens rett til å velge. I Soria Moria I-erklæringen het det:

«Regjeringen vil (...) at omfang av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses. Ledig kapasitet i de offentlige sykehus skal utnyttes. Avtaler mellom helseforetak og private kommersielle sykehus skal ikke ha et omfang som undergraver pasientgrunnlaget for de små lokalsykehusene.»

Det står ikke et eneste ord om pasientens rettigheter og behovet for fortsatt å redusere ventetider og ventelister.

Når vi har en organisering av helsevesenet vårt der bukken passer havresekken – nemlig at de som bestiller private sykehusstilbud på vegne av pasienten, er de samme som både betaler regningen og som eier de offentlige sykehusene – er det forståelig at de regionale helseforetakene har grepet Soria Moria-erklæringens formulering med entusiasme.

Ventetiden for psykisk helsevern for barn og unge er i snitt to og en halv måned, eller 76 dager, og 28 pst. får ikke behandling innenfor fristen på tre måneder. Høyre bad allerede i 2006 om at daværende helseminister Brustad skulle kartlegge muligheten for raskere behandling gjennom bruk av private aktører med ledig kapasitet. Dette er ikke fulgt opp. Aleris Privat sykehus får bare lov til å behandle fristbruddpasienter. De får ikke avtale om å behandle pasienter før fristen er brutt. I Stockholms län driver samme selskap hele den psykiske helsetjenesten på vegne av det offentlige, og har lyktes med å redusere køer og ventetider.

En yrkesaktiv trebarnsmor hadde problemer med en skulder og fikk sommeren 2008 beskjed om at hun måtte opereres. Ventetiden var på syv måneder. I mellomtiden måtte hun sykemeldes – hun hadde mye smerter og problemer med sine daglige gjøremål. Damen fant selv ut at hun kunne få behandling ved en privat klinikk, Ringvollklinikken i Askim. De fikk imidlertid ikke lov til å behandle flere pasienter for statens regning det året. Pasienten orket ikke å vente lenger på det offentlige behandlingstilbudet og betalte operasjonen selv, uten å utnytte kapasiteten i offentlig virksomhet, som det heter i regjeringserklæringen.

Det offentliges kjøp av plasser i private rehabiliteringsinstitusjoner er redusert tilsvarende 53 700 behandlingdøgn i perioden 2005–2006. Det var en liten økning i perioden 2006–2007, men ikke stor nok til å kompensere for nedgangen året før. Samtidig økte kapasiteten i de offentlige sykehusene. Utfordringen er imidlertid at mange av pasientene ikke trenger den høyspesialiserte sykehusrehabiliteringen. De trenger det tverrfaglige, helhetlige og langvarige tilbudet som gis i opptreningsinstitusjonene. Dette gjelder f.eks. kvinner med muskel- og skjelettlidelser som har opplevd økt ventetid for behandling ved Jeløya Kurbad etter at Helse Sør-Øst reduserte kjøp av plasser der i 2006 – dette til tross for at pasientforeningen, MS-forbundet, påpekte at deres medlemmer foretrakk Jeløya Kurbad til en brøkdel av kostnaden ved et sykehusopphold. En doktoravhandling om temaet viser at pasientene er mer fornøyd med det rehabiliteringstilbudet som gis i opptreningsinstitusjonene, enn med det som gis i sykehusene.

Som følge av endringer i behandlingen av hjertesyke blir færre pasienter behandlet med åpen hjertekirurgi. Til tross for at Landsforeningen for hjerte- og lungesykes sykehus, Feiringklinikken, er det tilbudet pasientene er mest fornøyd med, og som har høyest score på kvalitetsindikatorer, er det dette tilbudet som må ta de største reduksjonene i antall operasjoner. De offentlige sykehusene og de regionale helseforetakene sørger først og fremst for å fylle opp egen kapasitet, og de ønsker å presse Feiringklinikken ut av dette tilbudet.

Liv Marit Tangen fra Hurdal har invalidiserende hjerte-flimmer og er delvis sykemeldt. Hun har blitt strøket fra sykehusets venteliste fordi ventetiden er for lang. Feiringklinikken i nabokommunen vil gjerne behandle henne, men har fått streng beskjed fra Helse Sør-Øst om at det ikke er ønskelig at klinikken etablerer dette tilbudet, selv om de henter leger fra bl.a. Tyskland og ikke tar noen leger fra de offentlige sykehusene.

Denne utviklingen fører ikke bare til lengre køer og ventetid. Den fører også til et klasseskilt helsevesen. De private tilbudene er ikke blitt borte som følge av Regjeringens politikk – de har bare blitt tilbud til dem som har penger til å betale seg ut av den offentlige helsekøen, eller til dem som har private helseforsikringer.

Det har vært en eksplosjonsartet utvikling når det gjelder kjøp av private helseforsikringer under den rød-grønne regjeringen. Fra 2006 til 2008 vokste det fra 42 000 private helseforsikringer til nær 100 000 – eller 97 000 for å være helt nøyaktig. Det er en økning på 132 pst. på to år. Høyre mener det viser at den rød-grønne helsepolitikken fører til økte klasseskiller mellom dem som har råd til å kjøpe seg ut av køen, og dem som ikke har det. Det har også ført til at de private helsetilbudene i større grad nå retter seg mot enklere lidelser og kosmetiske inngrep. De bruker dermed sin kompetanse på uprioriterte grupper, i stedet for å redusere ventetiden for de pasientgruppene som er prioritert gjennom det systemet som fins i det offentlige helsevesen.

Spørsmålet om å ha et privat tilbud i helsevesenet dreier seg ikke bare om ventetider og ventelister. Det er også et spørsmål om kvalitet og mangfold. Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen begrunnet en mer positiv holdning med at man hadde behov for konkurranse for å få fram prisforskjellene. Jeg mener det i enda større grad er behov for konkurranse for å få fram forskjellene i kvalitet og måter å arbeide på for å skape et mangfold av tilbud til pasientene, som faktisk har behov for andre tilbud enn de ensrettede offentlige tilbudene.

Hensikten med denne interpellasjonen er å få klarhet i om det faktisk er slik at Regjeringen har forlatt denne politikken som har ført til økte køer. I valgkampen var det ikke noe tegn til dette, men den avgåtte helseministeren mente noe annet etter valget. I Redaksjon EN den 8. oktober i år ble han konfrontert med de stadig økende helsekøene. Da sa han:

«Derfor er jeg også veldig glad for at i den regjeringsplattformen som ble offentlig i går så tar vi noen veldig klare nye politiske initiativ for å få bukt med ventetiden. Derfor har jeg vært en veldig aktiv pådriver for å få inn nye formuleringer på det, for eksempel mer fleksibel bruk av private sykehus.»

Kan den nye helseministeren bekrefte at hun vil gjennomføre denne kursendringen, og hvordan kan dette konkret gjøres overfor de regionale helseforetakene?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [10:15:19]: Regjeringens mål er at den offentlige helsetjenesten skal være av høy kvalitet, og at befolkningen skal sikres lik

tilgang på helsetjenester uavhengig av hvor de bor og uavhengig av inntekt.

Denne regjeringen har styrket budsjettet til sykehuse- ne betydelig. Siden vi tiltrådte i 2005, har vi bevilget mer midler til pasientbehandling. Med neste års forslag til øk- ning på 1,45 milliarder kr er bevilgningen til pasientbe- handling reelt sett økt med 8,3 milliarder kr fra 2005 til 2010. I tillegg kommer 4,9 milliarder kr i økte inntekter til pensjoner.

Aldri før har det blitt behandlet flere pasienter ved norske sykehus. Om lag 100 000 flere pasienter ble behandlet i 2008 sammenlignet med 2005.

Regjeringen mener at det offentlige skal utgjøre grunn- pilaren i helsetjenesten. Det er en kjensgjerning at de of- fentlige sykehusene har langt mer sammensatte og kre- vende oppgaver enn det private sykehus har. Et eksempel på dette er øyeblikkelig hjelp, der de offentlige sykehuse- ne i det vesentlige har hele ansvaret. Øyeblikkelig hjelp- pasienter utgjør omtrent to tredjedeler av alle pasienter som behandles ved norske sykehus. Samtidig er private sykehus et viktig supplement til de offentlige sykehusene.

Det er de regionale helseforetakene som skal sørge for at befolkningens behov for spesialisthelsetjenester blir dekket. De regionale helseforetakene ivaretar sitt sørge for-ansvar gjennom egne helseforetak og ved å inngå avta- ler med private tjenesteytere. Den politiske kontrollen av de regionale helseforetakene skjer gjennom foretaksmø- tene og oppdragsdokumentet, slik representanten Høie er godt kjent med. Praksis er at private tjenesteytere må ha avtale med det offentlige for å utløse refusjon, og vi legger vekt på at anbudsregelverket skal følges. Det finnes priva- te aktører på svært mange medisinske områder, og antall og størrelse varierer fra felt til felt. For eksempel er det et betydelig omfang av private aktører innenfor røntgen- og laboratorietjenester og innen opptrening og rusbehandling. Men jeg vil understreke at det kun er et begrenset omfang av private kommersielle sykehus.

Fra 2005 til 2007 gikk bruken av private sykehus noe ned. I samme periode var aktivitetsveksten ved de offent- lige sykehusene større enn reduksjonen i bruken av pri- vate sykehus. Fra 2007 til og med 1. tertial 2009 var det en økning i bruk av private. I 2008 utgjorde slike opphold om lag 2,5 pst. av alle opphold ved sykehus i Norge, iføl- ge Norsk pasientregister. Omgjort i tall er dette omkring 36 000 opphold. Noe av økningen kan knyttes til pasienter som har fått hjelp gjennom ordningen «Raskere tilbake», men dette forklarer ikke hele økningen.

I 2. tertial 2009 var ventetiden til behandling i spesia- listhelsetjenesten 73 dager i snitt. Men omkring 75 pst. av dem som venter, har startet med behandling før det har gått så lang tid. Vi ser likevel alvorlig på de økende vente- tidene og det faktum at noen pasienter må vente så lenge på behandling.

Jeg kan forsikre om at de pasientene som trenger det mest, får behandling først. Ser vi nærmere på hva pasien- tene faktisk står i kø for, viser det seg at hele 80–85 pst. venter på en poliklinisk utredning i spesialisthelsetjenes- ten. Økt bruk av private for å gjennomføre flere opera- sjoner vil derfor ikke alene løse ventelisteproblematikken.

Ventelistetallene sier i stor grad noe om den polikliniske virksomheten i spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter har fått oppfylt sin rett til helsehjelp når de har kommet inn til en poliklinisk konsultasjon. Regjeringen er opp- tatt av å redusere ventetidene og er i gang med arbeidet med å finne treffsikre tiltak. Jeg forventer at de regionale helseforetakene også setter trykk på dette arbeidet. Som representanten Høie er kjent med, legger den nye regje- ringsplattformen vekt på at de regionale helseforetakene skal sette inn tiltak for å redusere ventetidene til diagnos- tisering og behandling. Å bruke private aktører kan gjer- ne være blant de aktuelle tiltakene dersom det bidrar til å redusere ventetidene og gi pasientene raskere behandling.

Det er stilt spørsmål ved om ventelistemålene som be- nyttes i dag, er hensiktsmessige for å styre og planlegge spesialisthelsetjenesten. Som det går frem av Prop. 1 S for 2009–2010, ønsker departementet å gjennomgå da- gens ventelistemål og vurdere om det er behov for å endre dem.

Regjeringen er opptatt av å sørge for en best mulig hel- setjeneste for befolkningen. Vår politikk bygger på fel- lesskapsløsninger. Vi legger derfor også i den nye regje- ringsplattformen vekt på at vi skal ha et sterkt offentlig helsevesen og med private aktører som nyttige partnere.

Bent Høie (H) [10:21:31]: Jeg må innrømme at jeg hadde trodd at en skulle få et svar fra helseministeren som var mer positivt enn dette. Det bekrefter min mis- tanke om at den avgåtte helseministeren hadde et mer po- sitivt syn på bruken av de private helsetjenestene – som han ikke har fått gjennomslag for i regjeringserklæringen. Det bekrefter også det som har vært vår tilbakemelding, at alle de tre vesentligste begrensningene, de ideologiske begrensningene, for bruk av private helsetjenester som lå i Soria Moria I, i realiteten er videreført i Soria Moria II- erklæringen. Dette betyr at det er et helt klart ideologisk skille mellom Regjeringen og opposisjonen på et sentralt område med hensyn til hvordan en skal få kortere venteti- der, kortere ventelister, i helsevesenet vårt, og ikke minst hvordan en skal sikre et mangfoldig tilbud til pasientene.

I Soria Moria II brukes følgende formulering:

«Regjeringen vil at sykehus eid og drevet av frivil- lige organisasjoner skal sikres gode vilkår (...).»

Det gjør meg veldig bekymret i forhold til den store andelen helseinstitusjoner som eies og drives av frivilli- ge organisasjoner som ikke er sykehus, men som bl.a. er opptreningsinstitusjoner. Det er disse som har de store utfordringene i dag.

Helseministeren sa også at de som trenger det mest, raskt får behandling. Det er jeg dypt uenig i. De som trenger det mest, er de som har opplevd høyest økning i ventetiden, bl.a. de rusavhengige som nå venter tolv dager lenger. Det er de som trenger det mest.

Samtidig er det på det området man ser de regionale helseforetakene nå strammer inn. De konkurranseutsatte frivillige ideelt drevne tilbud som skulle hatt langsiktige forutsigbare avtaler, konkurranseutsettes; de kan kun gi tilbud på spotmarkedet, og de opplever også et press for å redusere behandlingstiden. Blant annet har Helse Sør-Øst

lagt opp til at de private rusinstitusjonene som driver med tverrfaglig behandling, skal ha en kraftig reduksjon i behandlingstiden for rusmisbrukere for å øke gjennomstrømmingen, som det heter. Det er stikk i strid med Rusreform II og Stortingets intensjoner om at tverrfaglig behandling av rusmisbrukere skal være et behandlingstilbud som ikke bare er en spesialisert helsebehandling, men også en rehabilitering der man lærer å komme tilbake igjen til livet og ikke blir bare rusfri. Dette er i strid med rusreformen.

Presidenten: Før statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen får ordet til et treminuttersinnlegg, vil jeg opplyse om at representanten Jan Arild *Ellingsen*, som har vært permittert, igjen har tatt sete.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [10:25:08]: Det skal ikke være noen tvil om at denne regjeringen har som mål å få ned ventetiden når folk skal til behandling – få ned ventetiden i hele landet, slik at folk kan få raskere behandling og bedre tilbud.

Fra representanten Høies side var det mange saker som kom opp. Når vi er opptatt av et godt offentlig helsevesen, er det nettopp fordi det skal være tilgjengelig for alle. Det er ikke slik at vi ikke anerkjenner private virksomheter – det gjør vi. De er helt klart et viktig supplement til det offentlige helsevesenet. Når vi skal bygge et helsevesen som er godt, forutsigbart og som gjelder alle, er det viktig at det er basert på det ansvar som et offentlig helsevesen har.

Jeg har lyst til å kommentere noen av tallene, fordi det er klart det er bekymringsfullt når ventetiden på behandling øker. Det er noe vi skal ha veldig stor oppmerksomhet på. Men 80–85 pst. av de 62 000 som nå står i ventekø, venter på poliklinisk behandling. Derfor er det lagt opp til en større fleksibilitet i finansieringssystemet, slik at vi forhåpentligvis snart skal få ned denne køen og få bedret behandlingstilbudet til flere.

Tore Hagebakken (A) [10:27:20]: For oss rød-grønne er det et hovedhensyn i helsepolitikken å utjevne helseforskjeller. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester. Helseforskjellene i Norge er større enn vi kan akseptere. Helseforskjellene, som gjør seg gjeldende over hele landet, påvirker bl.a. utdanningsnivå, yrkesgrupper, inntekt, helse vår og hvor lenge vi lever. De fleste dødsårsaker er også sosialt skjevfordelt. Mange forhold bidrar til å skape sosiale helseforskjeller. Forebyggende helsearbeid må få, og skal få, langt større prioritet. Nærhet til helsetilbudene er viktig, og de offentlige helsetilbudene må styrkes, ikke svekkes, fordi fellesskapsløsningene best ivaretar alle. Ventetidene for diagnostisering og behandling må ned – også statsråden understreker at hun forventer at de regionale helseforetakene iverksetter tiltak i så måte. Bruk av private kan være blant de aktuelle tiltakene som vurderes som mest hensiktsmessig, slik statsråden var inne på. Men som Bent Høie har fått med seg, og som Høyre-mannen Bent Høie ikke liker, legger vi altså inn begrensninger for å sikre at vi ikke undergraver det offentlige tilbudet, hvor de mindre sykehusene er særlig følsomme for svikt i pasientgrunnlaget.

Jeg vil si det slik at det må være ressursløsende ikke først og fremst å utnytte ledig kapasitet i de offentlige sykehusene. Også derfor må omfanget av avtaler mellom helseforetakene og kommersielle sykehus begrenses. Begrensning handler om å finne den rette balansen mellom de ulike hensyn som må tas, og hensynet til et likeverdig tilbud for alle er det aller viktigste. Det offentlige bruker jo store milliardbeløp årlig på ulike private aktører og kommer til å gjøre det også framover – 35 milliarder kr handler det faktisk om. Og det er helt nødvendig. De har en viktig funksjon som supplement til det offentlige tilbudet. De utfører ikke minst mye godt arbeid, men vi kan ikke la folk selv avgjøre om de vil bruke et privat sykehus eller et offentlig sykehus, og dermed offentlige helsekroner, uten at helseforetakene har styring med omfanget.

Er det virkelig slik Høyre vil ha det? Bent Høie sa at bukken var satt til å passe havresekken. Jeg vil si det slik: Det er en god bukk. Ja, det er faktisk den hesten vi velger å satse på, fordi den sikrer alle. Vi må huske på at vi har ansvar for å sikre et likeverdig tilbud om helsetjenester i hele landet. Det er òg en viktig dimensjon. Distrikts-Norge vil åpenbart tape om grunnlaget for de offentlige helsetjenester svekkes. De private sykehusene og klinikkene finner vi hovedsakelig der befolkningsgrunnlaget og inntektsmulighetene er størst.

Det er bra at Bent Høie er opptatt av å redusere ventetidene. Det er vi enige om. Men jeg tillater meg å uttrykke en aldri så liten mistanke om at Høyre ikke utelukkende er opptatt av å få ned ventetidene, men at de her, som på andre samfunnsområder, ser på økt innpass for private tilbydere som et politisk mål i seg sjøl. Sagt på en annen måte: Jeg tror Høyre ville kjempet for at flere helseoppgaver måtte løses av private, sjøl om det knapt nok fantes ventelister. Eller tar jeg feil?

Som sosialdemokrat er jeg sterkt opptatt av folks frihet, men vel å merke slik at den enkeltes frihet ikke skal gå på bekostning av andres frihet og trygghet. Vi vil ha mindre forskjeller mellom folk, ikke større. For oss er det ikke noe politisk mål å gjøre mer av helsevesenet om til butikk, for å si det slik. Det er definitivt ikke noe mål å bidra til at dyrebare helsekroner skal ende opp som profitt. Det er også derfor vi forsøker å skille mellom sykehus eid av ideelle organisasjoner og kommersielle aktører, samtidig som det skal sies at noen av de kommersielle aktørene er mindre kommersielle enn andre.

Den rød-grønne regjeringa har styrket økonomien i spesialisthelsetjenesten og pasientbehandlinga betydelig. Likevel står vi overfor store utfordringer. Vi skal bruke hver dag til å gjøre helsetjenestene bedre. Eksempelvis tror vi at samhandlinga mellom sykehusene må bli bedre. Vi må få en best mulig effektiv håndtering av og bedre oversikt over ventelistene. Jeg tror nok òg det er viktig at pasienten får en bedre veiledning når det gjelder behandlingstilbud. Kanskje ligger forskjellen mellom høyresiden og oss nettopp i hvilken grad vi aksepterer forskjeller mellom folk. Så jeg er faktisk enig med Bent Høie i at det går et ideologisk skille.

Per Arne Olsen (FrP) [10:32:47]: Det er en meget betimelig debatt interpellanten her reiser, prisverdig nok. I mange sammenhenger får jeg inntrykk av at rød-grønne politikere har en slags form for allergi mot alt som er privat. Jeg sitter dessverre igjen med et inntrykk – også etter de svarene vi har fått her i dag – av at så er riktig, dette til tross for at private og ideelle aktører har vært svært viktige i norsk helsevesen gjennom lang tid, både med tanke på pasientbehandling, forsøk, utvikling og forskning. Hvor hadde man vært på rehabiliteringsfeltet uten innsats fra private og ideelle organisasjoner og ikke minst enkeltpersoners innsats gjennom hundre år? Hva hadde rusomsorgen vært uten bidrag fra private og ideelle institusjoner, som f.eks. Minnesotamodellen, Alfastiftelsen osv., og hva hadde hjertekirurgien i Norge vært uten Feiringklinikens kompetanse og ikke minst kapasitetsbidrag gjennom mange år?

Et annet paradoks for meg er selvsagt at ventetider og ventelister har økt radikalt under de rød-grønnes regjeringstid, både innenfor somatikken, rusomsorgen og rehabiliteringen – dette samtidig som ledig kapasitet hos private og ideelle står ubenyttet over hele landet hver eneste dag. Dette er en usosial og uheldig politikk, som først og fremst rammer de pasientene som har minst ressurser, mest.

Det bringer meg over på et annet forhold, nemlig at LO og andre deler av fagbevegelsen og de rød-grønne politikere brukte store ressurser og lang taletid i valgkampen på å snakke usant om Fremskrittspartiets helsepolitikk. Man hevdet at vi ønsket amerikanske tilstander i norsk helsevesen. Det er usant og ble brukt som skremsepropaganda overfor velgerne. Det skal være lov å ta i hardt i valgkamper, men direkte usannheter hadde jeg ikke forventet.

Fremskrittspartiet ønsker å likestille private og offentlige institusjoner, sykehus og andre helsetilbud. Finansieringen skal imidlertid skje over skatteseddelen, slik det gjøres i dag. For å si det så tydelig som overhodet mulig: Fremskrittspartiet vil at det offentlige skal finansiere helse- og omsorgstjenester for alle, uavhengig av inntekt, bosted, kjønn og alder. Dersom de rød-grønne og fagbevegelsen fortsatt ikke har fått det med seg, er det all mulig grunn til å tro at det er en bevisst strategi å snakke usant om Fremskrittspartiets helsepolitikk.

La meg stille følgende spørsmål til de rød-grønne politikere generelt og kanskje helseministeren spesielt, som snakker om fellesskap og spleiselag: Hva er det som hindrer ressurssterke mennesker i å kjøpe seg ut av den rød-grønne helsekøen i dag? Hva er det som hindrer en millionær i å kjøpe en operasjon hos et privat sykehus på dagen? Hva er det som hindrer en ressurssterk mor eller far i å kjøpe en rusinstitusjonsplass for sin sønn eller datter på dagen? Svaret er selvfølgelig: Ingenting. I dagens rød-grønne sosialdemokrati er det altså fullt mulig å kjøpe seg bedre helsetjenester eller omsorgstilbud og dermed gå foran i køen. Fremskrittspartiet ønsker at alle skal få et raskt og godt helse- og omsorgstilbud i Norge. Den enkelte må selv kunne velge mellom private, ideelle eller offentlige institusjoner, sykehus eller rehabiliteringsopphold.

Dette handler om å få ned helsekøer og ventetider. Det handler om at 250 000 mennesker ikke skal behøve å stå i rød-grønne køer. Det handler om at 4 500 rusmisbrukere skal få hjelp i tide. Det handler om å satse på rehabilitering til alle som trenger det. Det handler om menneskeverd, det handler om helse, og det handler om trygghet for enkeltmennesker. I tillegg er det god politikk og god samfunnsøkonomi. Det koster samfunnet ufattelig mye penger å ha pasienter gående på sykepenge og at stadig flere blir uføretrygdede.

Sonja Irene Sjøli (H) [10:38:09]: La det være helt klart at Høyre vil ha et sterkt offentlig helsevesen av høy kvalitet. Vi vil ha lik tilgang til helsetjenester over hele landet, uavhengig av økonomi, selv om representanten Hagebakken prøver å framstille det på en annen måte.

Jeg hører at helseministeren sier at man er positiv til å bruke private sykehus, men i handling skjer det motsatte. Jeg hadde faktisk trodd – med de lange helsekøene og de økte ventetidene vi har – at signalene hadde vært mer positive. Det er, som representanten Høie var inne på, 262 000 mennesker som står i helsekø, og det er 60 000 flere enn det var i første kvartal 2006. Samtidig står det altså flere ledige senger i de private sykehusene og klinikkene. Dermed burde det jo være en kurant sak å sørge for at pasienter kommer ut av helsekøene og inn til behandling i de ledige private tilbudene – og dette skal selvfølgelig betales av det offentlige.

Regjeringens hovedansvarliggende i denne saken er tydeligvis ikke å gi pasienten raskere helsehjelp. Hovedsaken er å verne det offentlige helsemonopolet og bekjempe de private sykehusene. I Nettavisen 12. juli 2007 uttalte direktør Aarseth i Helsedirektoratet at reduksjonen i samarbeidet med private klinikker er den viktigste årsaken til økte helsekøer og ventetider.

Men dette handler ikke primært om venteliste-statistikk og aktivitetstall. Dette handler om pasienter som trenger behandling for sine helseproblemer. Det handler om en yrkesaktiv trebarnsmor som måtte betale skulderoperasjonen sin selv, fordi hun ikke kunne vente syv måneder på en operasjon i et offentlig sykehus. Syv måneder er lang tid for en yrkesaktiv mor som må være i full vigør, både på jobb og hjemme. Det handler om teknikeren som ble syk-meldt på grunn av gallesten, og ble forespeilet minst tre måneders ventetid på operasjon. Han benyttet seg i stedet av helseforsikring og ble behandlet ved en privat klinikk i løpet av to uker. Det handler om en ung mor med spiseforstyrrelser som måtte få hjelp av familien til å betale behandling ved en privat klinikk.

Alle tjener på rask helsehjelp. Alle parter tjener på at pasientene får rask behandling. Først og fremst er det bra for pasientene og deres familier, som blir spart for unødige lidelser og unødvendige problemer i hverdagen. Arbeids-giveren tjener på dette fordi de får sine medarbeidere raskere tilbake på jobb, og samfunnet sparer trygdeutgifter og utgifter til helsetjenester.

Så langt ser det ut som om den rød-grønne regjeringen ikke er opptatt av hva pasientene, familiene, næringslivet og samfunnet er tjent med i denne saken. De er mest opp-

tatt av at noen, som de sier, tjener penger på helse. Høyre er mest opptatt av hva som tjener pasientene. Derfor vil vi gi pasientene raskere behandling i private sykehus og klinikker på det offentliges regning.

Det er den rød-grønne regjeringens politikk som fører til privatisering av helsetjenestene og en klassesdelt helse-tjeneste, der bare de som har god økonomi, kan kjøpe seg ut av køen. De andre må stille seg bakerst. Det varme fellesskapet som de rød-grønne snakker om, og som de lofte, har blitt et køfellesskap. Det er et fellesskap som pasientene trolig kunne være foruten. Dette liker selvsagt ikke de rød-grønne å høre. De har hatt flertall i fire år, de har flertall fremdeles, og det skulle vært mulig å gjøre noe. Jeg må avslutningsvis si at jeg ikke er imponert.

Geir-Ketil Hansen (SV) [10:42:15]: Skal vi nå målet om et likeverdig helsetilbud til befolkningen uansett bosted og uavhengig av størrelsen på pengeboka, er vi nødt til å ha et godt utbygd offentlig helsevesen, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Bare ved å ha det, bare ved å satse på det som en viktig ledetråd i årene framover, vil vi kunne nå målet om et godt utbygd offentlig helsevesen. Vi har langt på vei kommet dit i dag.

Vi bruker også penger på private helsetjenester. Det offentlige kjøper av de private i størrelsesorden – hvis jeg ikke tar mye feil – 2 milliarder kr i året, innenfor rusfeltet og innenfor spesialisthelsetjenesten, der hvor ventelistene er for høye, og der man er nødt til å gjøre det for å redusere ventelistene. Det er helseforetakene som i stor grad administrerer dette, og som ser hvor behovet er størst. Slik fungerer det i dag.

Men så kommer det i spørsmålet her at man vil ha økt bruk av det private. Da stiller jeg spørsmålet: Gjelder det også på de områdene hvor det offentlige ikke har ventelister? Skal den føringen gjelde som et generelt pålegg?

Jeg var på besøk på UNN, Universitetssykehuset i Nord-Norge, i forrige uke, hvor de kunne fortelle at de nå langt på vei har kontroll og sågar ikke har ventelister for hjerteoperasjoner. Det gjelder de fleste regionsykehuse, om jeg er rett informert. De kunne fortelle at hvis man skulle få pålegg om å øke bruken av private tjenester – f.eks. av Feiringklinikken – ville man bygge opp en dobbeltkapasitet, og det ville undergrave de strenge prioriteringene de måtte gjøre. Det er jo grunn til å stille spørsmål om det er den helsepolitikken spøreren her og de borgerlige partiene er ute etter, at vi skal bygge opp en privat helsetjeneste parallelt med den offentlige – bygge opp dobbeltkapasitet. Det er nemlig det som kan bli resultatet dersom man følger den politikken som ligger i spørsmålet, nemlig å øke bruken av private. De pengene som skal finansiere dette, må man ta av det offentlige, man må ta dem fra sykehuse og putte dem inn i de private, og slik undergraver man de offentlige. Det er den vanskelige prioriteringen man er nødt til å gjøre for å kunne ha et helsevesen over hele landet, for å kunne ha et desentralisert helsevesen og kunne gi et likeverdig tilbud. Derfor oppfatter vi spørsmålet, appellen i spørsmålet, slik at man ønsker å bygge opp dobbel kapasitet der vi har til-

strekkelig. Eksemplet med hjerteoperasjoner er et sådant eksempel.

Dette går vi i SV imot, og jeg støtter helt opp om det svaret som helseministeren gav spøreren.

Kjersti Toppe (Sp) [10:46:02]: Eg vil først takka representanten Bent Høie som tek opp eit viktig tema. Eg er einig i at det er svært viktig å redusera ventetidene på prioriterte grupper i helsevesenet. Men eg meiner det er ei avsporing å gjera dette til berre eit spørsmål om å auka behandlingsskapasiteten ved å ta i bruk fleire private sjukehussenger. Etter Senterpartiets meining ligg løysinga først og fremst i å førebyggja betre, slik at straumen av pasientar blir mindre. Ei sterkare prioritering av førebyggjande helsearbeid og av kommunehelsetenesta er det viktigaste grepet på sikt for å minska presset og redusera behovet for utgreiing og behandling i spesialisthelsetenesta.

Ein annan viktig del av denne debatten om ventetider er den medisinske utviklinga, som går svært raskt. Vi blir stilte overfor vanskelege etiske spørsmål knytte til behandlingsformer om kvar ressursinnsatsen skal setjast inn. Det må heile tida gjerast avvegingar mellom kva slags tenester og behandlingar som skal vera det offentlege sitt ansvar, og kva slags tenester og behandlingar som ikkje skal vera det.

I regjeringsplattforma til den raud-grøne regjeringa står det at for å sikra eit godt helsetilbod til alle må vi ha ei sterk offentlig helseteneste der sjukehusa i det vesentlege er åtte og drivne av det offentlege, med private verksemdar og avtalespesialistar som nyttige samarbeidspartnarar. Sjukehus som er åtte og drivne av frivillige organisasjonar, skal sikrast gode vilkår gjennom avtalar med det offentlege. Regjeringsplattforma slår vidare fast at ledig kapasitet i dei offentlege sjukehusa skal utnyttast. Avtalar mellom helseforetak og private kommersielle sjukehus skal ikkje ha eit omfang som undergrev pasientgrunnlaget for dei små sjukehusa.

Helseformuleringane i regjeringsplattforma er heilt i tråd med Senterpartiets programformuleringar. I valkampen var eg på besøk på fleire lokalsjukehus i Hordaland, bl.a. i Odda og på Voss. Meldingane var klare, og dei går rett heim i denne debatten. Kvifor meiner Høgre at vi skal auka det private sjukehusstilbodet når vi har offentlege sjukehus som har ledig kapasitet, og som spør etter fleire oppgåver?

Senterpartiet meiner at ein først må nytta kapasiteten i det offentlege før ein vurderer å auka tilbodet av private helsetenester, og føreset at dei regionale og lokale helseforetaka, som skal setja i verk tiltak for å redusera ventetidene, også prioriterer etter desse prinsippa.

Til slutt i denne debatten vil eg nemna det som no skjer med helsevesenet i Skottland. Det skotske parlamentet overtok styringa av National Health Service Scotland i 1999. Dei har sidan brote privatiseringstrenden og bruken av marknadsmekanismar for i staden å levera eit effektivt, offentlig helsevesen. Konkurransetsetjinga er i ferd med å forsvinna heilt. Det finst førebels lite forskning som kan seia sikkert om skottanes endringar gir eit betre og billigare helsevesen, men folk har merka seg at ventetidene

har gått ned. Eg meiner dette er interessant, og det viser at satsing på eit sterkt, offentleg helsevesen kan vera ein god måte å redusera ventetidene i helsevesenet på.

Laila Dāvøy (KrF) [10:49:54]: I forrige uke ble det klart at nok en privat institusjon som driver helsetjenester, denne gang rehabilitering, må legge ned som følge av et regelverk som ikke er til for pasientenes beste, men for juristenes beste.

Bjørnang Rehabiliteringssenter i Skogn i Nord-Trøndelag gjorde en marginal formell feil etter lov om offentlige anskaffelser og fikk dermed ikke være med i konkurransen om en fornyet driftsavtale med Helse Midt-Norge om å trene opp pasienter etter ulykke eller sykdom. 30 ansatte mister jobben, og 36 års erfaring og kompetanse går tapt. Jeg ser ingen spor av en mer fleksibel bruk av ideelle institusjoner her.

Jeg vil takke interpellanten for så tydelig å få fram det doble budskapet som Regjeringen står for i sin regjeringserklæring når det gjelder private sykehus – og for den del andre institusjoner enn sykehus.

Vi har et offentlig helsesystem som det er bred politisk enighet om at vi skal ha. Det er ikke nødvendig å se på private sykehus som en trussel, slik vi føler man gjør i dag. De bør snarere ses på som en ressurs. De kan supplere offentlige sykehus, og de kan korrigere offentlige sykehus. Ja, de er mer enn sporadisk nyttige partnere.

I et system der det offentlige spiller hovedrollen, må det være avklart hva slags rolle private skal spille. Med den uklare styringen fra den rød-grønne regjeringen er ikke dette avklart. I et system der de regionale helseforetakene sitter som både bestillere og utførere, kan ikke bruk av private være helt opp til dem, eller for den del med et stort rom for tolkning av styringssignalene. De private sykehusene og institusjonene skal ikke spille hovedrollen i den norske helsetjenesten, men de må være mer enn statister. De trenger også forutsigbarhet for drift og investeringer. Som vi har hørt, har bruken av private svingt de siste årene. Det må være krevende – og vi vet det er krevende – ikke å kjenne sin rolle. Jeg kunne ha listet opp en rekke institusjoner som er gått tapt de siste årene, både innenfor rus, psykisk helse og rehabilitering.

Etter fire år med rød-grønt styre ser vi klart effektene av den utydelige politiske styringen. Det er ikke politisk vilje til å verdsette – i praksis – de private og ideelle sykehusene og institusjonene. Kristelig Folkeparti er i særdeleshet opptatt av de ideelle institusjonene.

Vi er særlig kritiske til bruken av anbud i spesialisthelsetjenesten. Det benyttes anbud der grupper av tilbydere defineres ut av konkurransen. Eksempel på det er at Helse Vest unntok LAR-behandling fra sine anbud. Her var det ikke snakk om å utnytte ledig kapasitet i Helse Vest, men om å bygge opp egne behandlingstilbud og dermed definere bort flere private institusjoner som hadde drevet LAR-behandling i mange, mange år. Senest i valgkampen var vi vitne til at Bjarne Håkon Hanssen lovet penger til å bygge ny rusakutt i Bergen. Den skal bygges neste år. Samtidig står det en hel avdeling ledig på Bergensklinikene, nettopp til dette formålet. Ja, det er endatil offentli-

ge midler som har investert dette. Dette rammer først og fremst pasientene i kø.

Kristelig Folkeparti har fremmet forslag om å gå gjennom anbudsreglene for anskaffelse av helse-, omsorgs- og barnevernstjenester. I brev fra fornyings- og administrasjonsministeren, datert 28. mai 2008, i behandlingen av saken uttalte hun at dette bør utredes, og at hun ville komme tilbake til Stortinget med denne utredningen. Det har vært sagt i mange andre sammenhenger. Mitt spørsmål til statsråden er: Når vil denne utredningen bli forelagt Stortinget? Det er helt ufattelig for meg at den ikke kom i forrige stortingsperiode, slik det var antydnet.

Når det gjelder representanten fra SV, har jeg lyst til å svare følgende: Det er klart at spørsmålet var om vi skulle bygge opp de private. Jeg vil si det slik at vi skal bevare institusjoner – de ideelle – som faktisk i mange tilfeller har vært de som har startet opp og tatt seg av de aller sykeste, f.eks. ruspasientene i dette land. Det er jo de som nå rammes. Og selvfølgelig, i tråd med det, gjelder det valgfriheten for pasientene, som også er svært viktig.

Are Helseth (A) [10:55:07]: Dagens debatt om balansen mellom offentlige og private helsetjenester i Norge viser betydningen av de helsepolitiske visjonene.

Arbeiderpartiet vil velge organisatoriske løsninger som støtter våre mål for helsetjenesten, i dag og i fremtiden. Et likeverdig helsetjenestetilbud for alle innbyggere kommer ikke av seg selv. Vi vet det er sosiale ulikheter i fordelingen av god helse og gode levekår. De grunnleggende goder som vi vil oppfylle for alle innbyggere, er derfor lik mulighet til gode helsetjenester og gode leveår.

For å klare dette kan ikke politikken abdisere. Politikken må ha en tilstrekkelig nærhet til helsetjenestene selv om feltet er politisk krevende. Det er gjennom tilstrekkelig politisk nærhet at vi får godt nok innsyn i tjenestene og kan korrigere kurs når det er nødvendig. Vi vet at prioriteringsutfordringene i sektoren blir større og vanskeligere i årene som kommer. Da vil politisk ledelse særlig være nødvendig for å motvirke sosial ulikhet i helse.

Moderne helsetjenester er vanskelig å styre i alle land, bl.a. fordi kunnskapsutviklingen er rivende. I 1945 fikk Alexander Fleming Nobelprisen i medisin for oppdagelsen av penicillin. I år går denne prisen til forskere som har funnet ut hvordan små molekyler beskytter arvestoffet i cellene. I dag kan vi kjøpe en penicillintablett på nærmeste apotek for 2 kr. Samtidig er ny og avansert behandling ofte svært kostbar, og kan utfordre vår solidariske bæreevne i årene som kommer – særlig når det gjelder rekruttering av helsepersonell.

Da er gode organisatoriske løsninger viktig. Arbeiderpartiet ønsker å bruke et bredt spekter av tjenesteleverandører i helsetjenesten når slike valg støtter visjonen om likeverdige tjenester og gode leveår for hele befolkningen – i dag og i fremtiden.

Det er derfor norsk helsetjeneste i dag er både offentlig og privat. De offentlig organiserte tjenestene dominerer innen akuttmedisin og avansert spesialisthelsetjeneste, samtidig som private fastleger dominerer i førstelinjetjenesten. Mer enn ni av ti fastleger er selvstendig nærings-

drivende. Fastlegene står for 13 millioner konsultasjoner hvert år. Til sammenlikning var det oppunder 4 millioner besøk ved somatiske poliklinikker ved sykehusene i samme periode.

I denne debatten og gjennom valgkampen som vi har bak oss, er det flere ganger blitt sagt av opposisjonen at Arbeiderpartiet har allergi mot private løsninger. Allergi fungerer slik at ved å bli utsatt for et fnugg av et stoff kan man få kjempealvorlige symptomer og bli kjempesyk. Jeg klarer ikke å kjenne igjen det bildet brukt på Arbeiderpartiets helsepolitikk. Vi har et helsesystem hvor 93 pst. av fastlegene er private næringsdrivende. Dette rimer ikke med at vi skulle bli veldig dårlige av å bli utsatt for et fnugg av fastleger. Tvert imot er det slik at vi må si at fastlegene er hovedandelen av kostholdet i hverdagsmedisinen. Dette la vi fram for velgerne gjennom valgkampen. Dette er vår hovedtilnærming til et system, slik at vi skal klare å spre gode og likeverdige helsetjenester til hele befolkningen.

Kari Kjønaas Kjos (FrP) [10:59:38]: Jeg vil benytte denne anledningen til å ta opp en problemstilling tilsvarende den som ligger direkte i interpellasjonen, nemlig det faktum at vi også innen rusomsorgen har mange private tilbydere, og det faktum at til tross for at det står mer enn 4 000 rusmisbrukere i kø og venter på behandling, har et antall behandlingssplasser blitt borte.

Det vil uansett være helt avgjørende å få på plass et godt og helhetlig ettervern i regi av kommunene og i samarbeid og forståelse med den enkelte. Dagens ettervern er svært mangelfullt eller totalt fraværende. Dette har medført at mange har fått et behandlingstilbud, opptil flere ganger. Hadde enda ettervernet fungert, hadde også køen av behandlingstrengende kanskje vært noe kortere.

Samtidig er det en kjensgjerning at altfor mange gode behandlingssplasser har blitt borte under denne regjeringen.

Rusmisbrukere er forskjellige. De har forskjellige begrunnelser for å ha havnet i sitt misbruk. De har forskjellige utfordringer og tilleggsdiagnoser, og de misbruker forskjellige typer rusmidler. I tillegg har noen et lite antall år med misbruk bak seg, mens andre har slitt med sitt misbruk i ufattelig mange år. Dette betyr at om vi skal kunne tilby et godt behandlingsopplegg, trenger vi også et mangfold av tilbud – et mangfold som gjør at den enkelte kan gis det mest optimale tilbudet. Dette mangfoldet har vi i dag, men vi vet også at vi har mistet gode tilbud.

For meg, for Fremskrittspartiet, for rusmisbrukerne i kø og for deres pårørende er det rett og slett uakseptabelt at vi med åpne øyne sitter og ser på at gode plasser forsvinner, bare fordi disse plassene blir drevet av private, bare fordi Regjeringen har en tro på at offentlig omsorg liksom skal være så mye bedre.

For en tid tilbake fikk komiteen kopi av et brev fra en mamma. Brevet var sendt til daværende statsråd. Hun fortalte om sin kamp for å få hjelp til sin datter på snart 21 år, som går på bl.a. heroin. Til tross for sin unge alder har hennes mor kjempet mot systemet i seks år. Etter flere overdoser søkes det i mai om en behandlingss plass. I juli får hun beskjed om at hun vil få en behandlingss plass i feb-

ruar eller mars 2010, altså ti måneders ventetid. Moren skriver i sitt brev følgende:

«Hennes armer og bein er fulle av sprøytestikk, hun er hoven og hun har kuler og hennes årer har kollapse. Hun har brukt opp halsvenene og lysken. Hun er manisk og i abstinente kramper. Hun klarer ikke å ta til seg føde eller væske og hennes kropp får ingen hvile.»

Videre:

«Jeg følte meg maktesløs, hjelpesløs og sint. Jeg hadde nå prøvd alle de veier dere politikere sier vi skal gå, jeg hadde prøvd hele systemet og jeg satt like hjelpesløs som før.»

Mange fagre ord om en styrking av rusomsorgen er blitt gitt. Fremskrittspartiets spørsmål til statsråden blir derfor: Vil statsråden bruke den kapasiteten og den kunnskapen som finnes der ute, uavhengig av hvem som drifter tilbudet? Vil statsråden bruke sin innflytelse og posisjon på en slik måte at jenta og hennes mamma og andre som er i samme situasjon, kan slippe å vente i ti måneder på et behandlingstilbud i framtiden?

Michael Tetzschner (H) [11:04:00]: Jeg merket meg at representanten Helseth i vakre ordelag beskrev hvordan man utvikler et godt helsevesen i Norge, gjennom «politisk nærhet», som det ble sagt. Nå tror jeg kanskje de fleste pasientene ønsker seg noe mer enn politisk nærhet, kanskje innsats av noe mer fagmessig personale enn det vi politikere representerer. For øvrig var det vel ikke politisk nærhet og heller ikke statlig eierskap til et sykehus som gjorde at Alexander Fleming i sin tid påviste penicillin.

Men så til statsråden. Regjeringens begrunnelse for å holde private sykehus unna pasientene er at man ellers ville undergrave pasientgrunnet og, etter hva jeg forstår, særlig for små sykehus. Det ble ytterligere understreket av statsråden her i dag. Men når 250 000 mennesker står i helsekø, må det jo faktisk være en del mennesker og pasienter å dele på. To talere, nemlig representantene Geir-Ketil Hansen og Kjersti Toppe, fremmanet de store farene ved overkapasitet. Men overkapasitet er et mye lettere problem å gå løs på enn underkapasitet, og det er den situasjonen vi er oppe i i dag. Det virker som om man av hensyn til det planøkonomiske helsevesen må ha en lengde på køene som gjør det lett å planlegge – mens man da kanskje heller begynner å se på pasientene mer som køstære og som tall i statistikken.

Jeg må også konstatere at det dessverre virker som om staten nokså systematisk blander sin viktige rolle som helseplanlegger og helsefinansior på den ene siden med sin ikke fullt så viktige rolle som sykehuseier. Som sykehuseier ser det ut til at staten er redd for å få konkurranse og dermed bli målt på kvalitet og effektivitet hver eneste dag. De hindringer som i det daglige er lagt i veien ikke bare av politikere, men også av et lydige byråkrati for at pasientene fritt skal kunne velge private sykehus, er også et utslag av dette. I dag er det frie sykehusvalget mer teori enn praksis, fordi det er subsidiært, dvs. at sykehusvalget først inntreer ved konstaterte fristbrudd.

Jeg har en konkret utfordring til statsråd Strøm-Erichsen: Kunne hun tenke seg å skille statens rolle som syke-

huseier fra bestillerfunksjonen, eller i hvert fall skulle klare? Og kunne statsråden tenke seg at bestillerfunksjonen ble basert på at sykehusene f.eks. var ISO-sertifisert, og ikke nødvendigvis at det fremste kjennemerket på at de skulle levere, var at de var eid av staten? Er det ikke på tide å interessere seg for kvalitet og samlet kapasitet for å få vekk helsekøene, til beste for dem som står i dem? Hva er til hinder for å gi private sykehus som tilfredsstillende objektive kvalitetskrav, en utfordringsrett, som også ville ført til at de statlige sykehusene måtte forbedre sin kvalitet og sin effektivitet? Her jeg har lyst til å legge til at for meg er det ikke avgjørende om det er en privat yter av sykehustjenester eller et statlig sykehus som vinner i den konkurransen, bare vi får alle parameterne på bordet, tilfredsstillende kravene og får unna helsekøene.

Jeg ser frem til at vi kommer utover erklæringsstadiet og tar konkrete midler i bruk, midler som virker og som kan få ned og forkorte helsekøene, og ikke bare kommer med nye ord til denne gruppen.

Inga Marte Thorkildsen (SV) [11:08:11]: Det har blitt sagt her fra talerstolen at man er skuffet over regjeringens partiene, og ikke minst over statsråden. Jeg vil si at jeg er litt skuffet over Høyre. Jeg skjønner hvorfor Høyre reiser den problemstillinga som Høyre gjør, og fortsetter å hamre løs på Regjeringa for at den har allergi for private, som har blitt et mantra som går igjen.

Men Høyre har også tradisjon for å ta tak i en annen viktig debatt, nemlig diskusjonen om prioriteringer i helsevesenet, mellom pasienter og mellom sykdommer og også ressursbruken mellom nivåer, og om vi bruker ressursene rett, der folk bor, nært, og forebyggende, eller om vi i for stor grad setter dem inn på f.eks. sykehusnivå. Jeg syns at denne debatten hadde fortjent at Høyres representanter hadde fokusert mer på det. Hvis vi f.eks. tar tak bare i ventetidene, så er det interessant, selvsagt, å se på køene. SV er også opptatt av at vi skal få vekk køer i sykehusvesenet. Men vi må også spørre oss om det er sånn at køene går ned for de pasientene som har størst behov for behandling, om de går ned for de pasientene som gjerne blir kasteballer i systemet, for kronikerne, om kvaliteten blir bedre, og om det er sånn at det er akseptabel ventetid for dem som står kortere tid i kø. Vi må altså gå inn i tallene og ikke bare se oss blind på tallene i seg sjøl. Da mener jeg at vi svikter vår oppgave som folkevalgte. Da går vi bare inn på en tabloid debatt som ikke gir noen svar som vi egentlig har bruk for i helsepolitikken.

Jeg har også lyst til å minne om noe av det som var diskusjonen under den tidligere regjeringa, knyttet nettopp til bruken av private, særlig kommersielle, aktører, som tydeligvis nå har blitt litt glemt, og som jeg syns det er helt på sin plass å trekke fram igjen. Jeg tror mange her kommer fra fylker som har opplevd noe av det samme som det vi har gjort i Vestfold. Vi opplevde at det offentlige, felles sykehuset, som alle innbyggerne i vårt fylke skulle bruke, ble utsatt for en sterk konkurranse fra kommersielle aktører som hadde fått avtaler som var altfor omfangsrike innenfor lukrative områder, der de kunne tjene store penger på å spesialisere seg på områder rettet mot pasienter

som egentlig ikke skulle prioriteres i helsevesenet, og som kunne ventet lenger. Det tappet sykehuset for ressurser, penger, på grunn av DRG-systemet og innsatsstyrt finansiering, og det ble tappet på ressursiden for kompetanse, altså for folk som skulle gjøre jobben. Men ikke nok med det, i tillegg gikk det ut over helheten, slik at man ikke klarte å samarbeide godt nok opp mot f.eks. andre avdelinger i sykehuset som ville være interessert i å vite om den diagnosen som pasientene fikk, også var interessant for dem, slik at de kunne behandle andre deler av pasienten fordi det kanskje var en underliggende sykdom som man måtte ta tak i. Jeg tror det er viktig at vi diskuterer kvalitet i mye større grad, ikke bare kvantitet.

Jeg vil også minne om noen av de overskriftene som vi leste ganske hyppig under den tidligere regjeringa, da det var en sterk økning i kommersielle private sykehus: «Skapte søvnfest for private» var jo én klassiker, «Lønnsomhet skaper ulikhet» og «Privatisering gjør velferden dyrere». Skottland har jo fra Senterpartiets side blitt trukket fram som et eksempel her. Det er veldig interessant å se hva som nå skjer i Skottland. Man prøver å reverse-re noe av dette. Det dreier seg også om etikk, for jo mer marked man introduserer på et område som helse, jo mer vil det også berøre selve kjernen i helsefaget, som handler om etikk, synet på pasientene, om de er lønnsomme eller ulønnsomme. Det er egentlig ganske tragisk når vi ender opp i en situasjon der helsearbeidere i større grad blir nødt til å foreta vurderinger ut fra om pasienter er innbringende for sykehuset.

Jeg vil også si at jeg syns det er på sin plass nå å trekke opp en diskusjon knyttet til bruk av anbud og konkurransepolitikk innenfor helsevesenet, særlig i forhold til ideelle aktører. Vi har sett det på rusområdet. Vi ser det på veldig mange andre områder. Og jeg vil ønske Høyre velkommen til å ta en telefon til sine egne kollegaer i Oslo kommune og andre kommuner der man sitter med makta, som bruker den politikken ganske rått. Og vi, fra regjeringshold, bør også ta tak i dette og sikre langsiktige kontrakter som gjør det mulig å utvikle kvaliteten, særlig for de gruppene av pasienter som i dag blir kasteballer, som Kari Kjønås Kjos beskrev veldig godt. Det er en dramatisk situasjon for de pasienter dette gjelder. Det gjelder for øvrig også spiseforstyrrelser.

Bent Høie (H) [11:13:48]: Denne debatten viser at de rød-grønne politikerne har blitt effektive talspersoner for de overbetalte direktørene i de regionale helseforetakene og varme systemforkjempere, men har glemt fullstendig den enkelte pasients ønsker og behov og ønsket om selv å velge helsetjenester.

Representanten Hagebakken sier at det overordnede målet for den rød-grønne helsepolitikken er et likeverdig helsetilbud til alle. Hvis det er det overordnede målet, la oss da gå inn og se på hva som åpenbart må være kriteriene for å nå det målet. Har f.eks. antallet som kjøper private helsetjenester ut fra sin egen lommebok, økt eller blitt redusert under den rød-grønne regjeringa? Svaret er entydig: Det har økt kraftig. Har antallet som kjøper private helseforsikringer, økt eller blitt redusert under den

rød-grønne regjeringen? Svaret er helt åpenbart: Det har økt med 130 pst. Har ventetiden for alle, altså dem som ikke kjøper seg ut av køen, økt eller blitt redusert under den rød-grønne regjeringen? Svaret er entydig: Den har økt.

Så kan en se på de prioriterte pasientgruppene, som representanten Inga Marte Thorkildsen var opptatt av, og som jeg også snakket om gjennomgående i mitt innlegg, spesielt de pasientene som har behov for tverrfaglig spesialisert rehabilitering, de som er rusmiddelavhengige. Det er den pasientgruppen under den rød-grønne regjeringen som har hatt størst økning i ventetid. Nå er altså ventetiden økt med tolv dager.

Så hvis en skal evaluere den rød-grønne politikken ut fra det som representanten Hagebakken sier er det overordnede målet, er det stryk, stryk, stryk, stryk på alle kriterier. Da hadde det vært interessant om de rød-grønne politikerne var opptatt av kanskje å se på om det er andre virkemidler som kan føre fram til dette målet. Men det er de åpenbart ikke, for de er effektive forsvarere av et system istedenfor effektive forsvarere av de pasientene som sitter nederst ved bordet.

For det er jo ikke slik at det er på de områdene som en her trekker fram fra de rød-grønnes side, innenfor poliklinikk, innenfor høystatusmedisin, innenfor somatikk, at det problemet som jeg tar opp, er størst. Problemet er størst for dem som har behov for oppretning på oppretningsinstitusjoner, for de har ikke råd til å betale dette selv. Problemet er størst for dem som har behov for tverrfaglig behandling for rusmiddelavhengighet, for de har ikke råd til å betale dette selv. Og behovet er størst for dem som ikke har et godt nok tilbud i dag, f.eks. de med spiseforstyrrelser.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen [11:17:20]:

Det kom et skikkelig, ja et skikkelig innlegg fra representanten Høie: Regjeringen er en effektiv forsvarer av et system og tenker ikke på pasientene. Det vil jeg tilbakevise på det sterkeste. Det er helt klart at når vi er opptatt av at vi skal ha et godt helsetilbud i hele dette langstrakte landet vårt, er det for å bistå pasientene, ikke for å vedlikeholde systemet. La det være fullstendig klart, for også jeg ser selvfølgelig at hvis pasienter må vente lenge i et system, vil det kunne forringe livskvaliteten, og selvfølgelig heller ikke være godt for samfunnet.

Men det er altså ikke noe svar bare å si at vi skal bruke alle typer private virksomheter som måtte komme på markedet. Vi er nødt til å ha styring med helsesektoren, og vi har innrettet oss med regionale helseforetak, som i stor utstrekning har avtaler også med private. Det kan virke her som om man ikke har det. Det er jo helt feil – man har jo det i stor utstrekning. Og jeg må si at jeg blir litt overrasket når jeg hører representanten Dávøy snakke om at vi har et dobbelt budskap. Det er faktisk et veldig kort budskap vi har i regjeringserklæringen – det går fint an å lese hvorfor det er viktig med et offentlig helsevesen. Jeg tror egentlig vi deler den oppfatningen at det er viktig, men vi sier også at vi skal ha «private virksomheter og avtalespesialister som nyttige samarbeidspartnere». I tillegg sier vi en

ting som også er viktig i forbindelse med representanten Dávøys innlegg:

«Regjeringen vil at sykehus eid og drevet av frivillige organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med det offentlige.»

En del av disse ideelt drevne sykehusene har jo vært en del av det offentlige helsevesen opp gjennom alle tider, og er det også fremdeles.

Så til rusbehandling, for mange har vært inne på det. Det er klart at det er noe som berører oss alle når vi hører eksempler på at folk står lenge i behandlingsskø. Jeg vil bare understreke at 60 pst. av alle behandlingstusjoner er drevet av private – i veldig stor grad ideelle organisasjoner, men av private.

Og bare til slutt: La det ikke være noen tvil om at jeg som helseminister skal jobbe hver dag med denne problematikken for å få ned ventelistene og gi bedre tilbud til befolkningen.

Presidenten: Da er sak nr. 1 ferdigbehandlet.

Sak nr. 2 [11:21:38]

Referat

1. (69) Innberetning fra valgkomiteen om endringer i de faste komiteers sammensetning (Innberetning 2 (2009–2010))
2. (70) Arbeids- og sosialkomiteen melder å ha valgt Robert Eriksson til leder, Karin Andersen til første nestleder og Anette Trettebergstuen til andre nestleder.
3. (71) Energi- og miljøkomiteen melder å ha valgt Erling Sande til leder, Siri A. Meling til første nestleder og Kristin Eirin Sund til andre nestleder.
4. (72) Familie- og kulturkomiteen melder å ha valgt Gunn Karin Gjøl til leder, Solveig Horne til første nestleder og Øyvind Håbrekke til andre nestleder.
5. (73) Finanskomiteen melder å ha valgt Torgeir Micaelsen til leder, Ulf Leirstein til første nestleder og Jan Tore Sanner til andre nestleder.
6. (74) Helse- og omsorgskomiteen melder å ha valgt Bent Høie til leder, Kjersti Toppe til første nestleder og Tore Hagebakken til andre nestleder.
7. (75) Justiskomiteen melder å ha valgt Per Sandberg til leder, Jan Bøhler til første nestleder og André Oktay Dahl til andre nestleder.
8. (76) Kirke-, utdannings- og forskningskomiteen melder å ha valgt Marianne Aasen til leder, Dagrun Erikssen til første nestleder og Tord Lien til andre nestleder.
9. (77) Kommunal- og forvaltningskomiteen melder å ha valgt Heikki Holmås til leder, Gjermund Hagesæter til første nestleder og Ingalill Olsen til andre nestleder.
10. (78) Kontroll- og konstitusjonskomiteen melder å ha valgt Anders Anundsen til leder, Ola Borten Moe til første nestleder og Martin Kolberg til andre nestleder.

11. (79) Næringskomiteen melder å ha valgt Terje Lien Aasland til leder, Svein Flåtten til første nestleder og Harald T. Nesvik til andre nestleder.
12. (80) Transport- og kommunikasjonskomiteen melder å ha valgt Knut Arild Hareide til leder, Anne Marit Bjørnflaten til første nestleder og Bård Hoksrud til andre nestleder.
13. (81) Utenriks- og forsvarskomiteen melder å ha valgt Ine Marie Eriksen Søreide til leder, Svein Roald Hansen til første nestleder og Bård Vegar Solhjell til andre nestleder.
Enst.: Nr. 1–13 vedlegges protokollen.
14. (82) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Laila Dāvøy, Line Henriette Hjemdal og Kjell Ingolf Ropstad om tiltak for barn som har nedsatt funksjonsevne og deres familier (Representantforslag 10 S (2009–2010)
Enst.: Sendes arbeids- og sosialkomiteen.
15. (83) Kvalitet i barnehagen (St.meld. nr. 41 (2008–2009))
16. (84) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Trine Skei Grande og Borghild Tenden om å innføre en fleksibel foreldrepermisjon (Representantforslag 6 S) (2009–2010)
Enst.: Nr. 15 og 16 sendes familie- og kulturkomiteen.
17. (85) Endring av Prop. 1 S om statsbudsjettet for 2010 under Fiskeri- og kystdepartementet (slepeberedskap Sørlandet - bortfall av foreslått bestillingsfullmakt) (Prop. 1 S Tillegg 1) (2009–2010)
Enst.: Sendes finanskomiteen. Budsjettkapitlene i Prop. 1 S Tillegg 1 fordeles på rammeområder og sendes de respektive komiteer i samsvar med Stortingets vedtak om fordeling til komiteene i Innst. 27 S.
18. (86) Samtykke til å sette i kraft en overenskomst om opplysninger i skattesaker mellom Norge og Caymanøyene, undertegnet i Stockholm 1. april 2009, med tilleggsoverenskomster, undertegnet i Paris 17. juni 2009 (Prop. 24 S) (2009–2010))
19. (87) Endringer i lov om Statens pensjonsfond (Prop. 25 L) (2009–2010)
20. (88) Samtykke til å sette i kraft en overenskomst om utveksling av opplysninger i skattesaker mellom Norge og De britiske jomfruøyene, undertegnet i København 18. mai 2009, med tilleggsoverenskomster (Prop. 29 S) (2009–2010))
Enst.: Nr. 18–20 sendes finanskomiteen.
21. (89) Endringer i legemiddeloven (Prop. 26 L) (2009–2010))
22. (90) Endringer i patentlova (unntak frå patentvernet for utprøvingar av legemiddel) (Prop. 27 L) (2009–2010))
23. (91) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Laila Dāvøy, Dagfinn Høybråten og Hans Olav Syversen om plan for livshjelp (Representantforslag 11 S) (2009–2010))
24. (92) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Sonja Irene Sjøli, Ingjerd Schou og Bent Høie om lov endring i lov om spesialisthelse-tjenesten m.m. for å gjøre det mulig å godkjenne institusjoner som gir tverrfaglig spesialisert behandling som sykehus og dermed omfattes av retten til fritt sykehusvalg (Representantforslag 12 L) (2009–2010))
Enst.: Nr. 21–24 sendes helse- og omsorgskomiteen.
25. (93) Brannsikkerhet. Forebygging og brannvesenets redningsoppgaver (St.meld. nr. 35 (2008–2009))
26. (94) Endringer i statsbudsjettet for 2009 under Justis- og politidepartementet (Ny avtale om arbeidstidsbestemmelser for politi- og lensmannsetaten m.m.) (Prop. 31 S (2009–2010)
Enst.: Nr. 25 og 26 sendes justiskomiteen.
27. (95) Utdanningslinja (St.meld. nr. 44 (2008–2009))
28. (96) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Trine Skei Grande og Borghild Tenden om å tydeliggjøre den akademiske frihet for forskere ved institusjoner som ikke omfattes av universitets- og høyskoleloven (Representantforslag 7 S) (2009–2010))
29. (97) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Anders Anundsen og Bente Thorsen om å be Regjeringen om å ikke anke, eventuelt trekke anke i sak mellom staten og Kirkelig arbeidsgiver- og interesseorganisasjon (KA) (Representantforslag 8 S) (2009–2010)
30. (98) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Dagrun Eriksen, Knut Arild Hareide, Geir Jørgen Bekkevold og Øyvind Håbrekke om forsterket innsats i kampen mot mobbing i skolen (Representantforslag 9 S) (2009–2010)
Enst.: Nr. 27–30 sendes kirke-, utdannings- og forskningskomiteen.
31. (99) Sametingets virksomhet 2008 (St.meld. nr. 43 (2008–2009))
32. (100) Endringer i utlendingsloven (Prop. 30 L) (2009–2010))
Enst.: Nr. 31 og 32 sendes kommunal- og forvaltningskomiteen.
33. (101) Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjettåret 2008 (Dokument 1) (2009–2010)
34. (102) Riksrevisjonens rapport om revisjonen av Statens pensjonsfond for budsjettåret 2008 (Dokument 1, Tillegg nr. 1) (2009–2010))
35. (103) Riksrevisjonens rapport om revisjonen av Arbeids- og velferdsetaten for budsjettåret 2008 (Dokument 1, Tillegg nr. 2) (2009–2010))
Enst.: Nr. 33–35 sendes kontroll- og konstitusjonskomiteen.
36. (104) Klimautfordringene - landbruket en del av løsningen (St.meld. nr. 39 (2008–2009))
37. (105) Dei fiskeriavtalane Noreg har inngått med andre land for 2009 og fisket etter avtalane i 2007 og 2008 (St.meld. nr. 45 (2008–2009))
Enst.: Nr. 36 og 37 sendes næringskomiteen.
38. (106) Endringer i statsbudsjettet for 2009 under Fiskeri- og kystdepartementet (slepeberedskap Sørlandet) (Prop. 28 S) (2009–2010))

39. (107) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Bård Hoksrud, Per Sandberg, Jan-Henrik Fredriksen, Ingebjørg Godskesen og Arne Sortevik om eventuell implementering av direktiv 2006/24/EF («datalagringsdirektivet») i norsk lov (Representantforslag 5 S) (2009–2010))

Enst.: Nr. 38 og 39 sendes transport- og kommunikasjonskomiteen.

Presidenten: Dermed er dagens kart ferdigbehandlet. Er det noen som forlanger ordet før møtet heves?
– Møtet er hevet.

Møtet hevet kl. 11.23.
