

Dokument nr. 8:36

(2000-2001)

Forslag fra stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo om at vedtatte endringer på statsbudsjettet for 2000 under kap. 2790, post 72 Sykebehandling i utlandet på gitte vilkår kan disponeres til sykebehandling i Norge.

Til Stortinget

Bakgrunn

Den 14. november 2000 behandlet Stortinget Innst. S. nr. 24 (2000-2001) vedr. Dok nr. 8:1 (2000-2001) Forslag fra Carl I. Hagen om endringer i statsbudsjettet for 2000. Stortingsflertallet vedtok at kap. 2790 post 72 Sykebehandling i utlandet ble forhøyet med 975 000 000 kroner fra 27 000 000 kroner til 1 002 000 000 kroner.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Fremskrittspartiet, uttrykte i Innst. S. nr. 24 (2000-2001) at «det er nødvendig med en økning i omfanget av kjøp av pasientbehandling i utlandet. For mange som venter på operasjon i Norge er ventetiden uakseptabelt lang.»

Det synes, utfra finanskomiteens begrunnelse i Innst. S. nr. 24 (2000-2001), klart at tanken med å bevilge ekstra midler for inneværende års (år 2000) budsjett for behandling i utlandet har vært at tilstandene ikke raskt nok har latt seg behandle i Norge på grunn av begrenset eller manglende behandlingsskapasitet.

Etter Stortingets vedtak er det kommet innspill fra norske fagmiljøer om eksisterende restkapasitet til å foreta inngrep som i utgangspunktet er planlagt utført i utlandet. Forslagsstilleren vil vise til brev fra leder av Norsk ortopedisk forening, Henrik Hofgaard, som vedlegges i kopi, og der det siteres fra brevets nest siste avsnitt: «Etter min oppfatning finnes nødvendig kapasitet og kompetanse innenfor landets grenser dersom man er villig til å ta denne i bruk.»

Forslagsstilleren har etter Stortingets vedtak opplevd at flere fagmiljøer har tatt kontakt med samme budskap: Det foreligger en restkapasitet ved norske sykehus som ikke er utnyttet, og som vil kunne benyttes til å avvikle deler av helsekøene uten at den daglige driften (og dermed øvrig avvikling av helsekøene) påvirkes.

Forslagsstilleren mener at denne eventuelle rest-

kapasiteten bør kartlegges nærmere, i det det må ansees som klart fordelaktig at helsekøene primært avvikles ved norske sykehus, og ikke ved at norske pasienter må dra til utlandet for å få medisinsk behandling. Forslagsstilleren vil her peke på problemene med sykehusinfeksjoner og såkalt antibiotikaresistente bakteriestammer, der problemene i hvert fall fram til nå kan synes større ved sykehus i Sentral-Europa enn i Norge grunnet mere utstrakt bruk av antibiotika på kontinentet.

I tillegg er det rimelig grunn til å anta at mange pasienter vil oppfatte det som fordelaktig at behandlingen skjer i hjemlandet, både av språkgrunner, og grunnet større nærhet til familien. Siden oppfølgingen etter primærbehandlingen uansett vil måtte skje i norske helseinstitusjoner, er dette etter forslagsstillerens syn enda et argument som taler for at eventuell restkapasitet ved norske sykehus bør utnyttes der dette er mulig.

Forslagsstilleren vil også påpeke at det vil være av verdi å kartlegge hvilke kostnader norske sykehus beregner seg for behandlinger sammenlignet med utenlandske institusjoner. Dersom anbudsprinsippet legges til grunn for kostnadsberegning vil man oppnå flere effekter: 1) Institusjonene søker å synliggjøre kostnadseffektivitet i stedet for å argumentere for økte bevilgninger. 2) Det vil oppstå et kostnadsfortrinn for institusjoner nær den behandlingstrengendes hjemsted (og nærhetsprinsippet blir dermed en medvirkende faktor for behandlingen) 3) Man får et realistisk overslag over totalkostnadene til gitte typer behandlinger ved norske helseinstitusjoner.

Slike kostnadsberegninger vil også kunne komme til nytte ved beregning av ordinære refusjoner til sykehusbehandling i framtiden, i tillegg til at man vil få kartlagt mulig utnyttet kapasitet ved norske sykehus.

Forslagsstilleren vil påpeke at kostnadene til behandling i utlandet i det vesentlige vil fordele seg

mellom 1) reisekostnader til/fra behandlingsstedet (eventuelt inklusive ledsager) 2) oppholdskostnader (eventuelt inklusive ledsager) 3) behandlingskostnad.

Det er rimelig grunn til å anta at reisekostnadene vil ligge vesentlig høyere ved behandling i utlandet enn ved behandling i Norge, mens det vil være større usikkerhet knyttet til differansen i kostnader knyttet til opphold og behandling. Men spesielt for de sykeste og/eller eldste som trenger behandling, er det rimelig å anta at ledsagerbehovet vil vokse med avstanden fra hjemsted til behandlingssted.

Forslagsstilleren vil foreslå at norske behandlingstilstander skal få levere inn tilbud for behandling i Norge for de tilstander som det nå kartlegges mulig behandling for i utlandet. Dersom norske behandlingstilstander kan foreta behandlingen (inklusive reise-, ledsager- og oppholdskostnader) til en lavere pris enn utenlandske behandlingstilstander, og uten at dette påvirker avviklingen av helsein-

stitusjonenes øvrige aktiviteter, mener forslagsstilleren at behandlingen bør foretas ved de norske helseinstitusjonene. Anbudsprinsippet anbefales lagt til grunn for at behandlingsavtale inngås med aktuelle behandlingstilstander, og det forutsettes at behandlingen ikke skyves ut i tid ved at behandlingen legges til Norge i stedet for utlandet.

Forslag.

På denne bakgrunn fremmes følgende

forslag:

Stortinget vedtar at kap. 2790 post 72 Sykebehandling i utlandet for budsjettåret 2000 også kan disponeres til sykebehandling i Norge for pasienter som det vil være rimeligere å behandle i Norge enn i utlandet.

19. desember 2000

Vedlegg

Brev fra Norsk Ortopedisk Forening til Olav Gunnar Ballo, datert 18. november 2000

«Utenlandsmilliarden»

Jeg har gjennom pressen blitt oppmerksom på at Stortinget har bevilget en milliard kroner til kjøp av helsetjenester i utlandet. Som leder av Norsk ortopedisk forening er jeg ikke kjent med at fagmiljøet har vært konsultert i sakens anledning. Jeg tillater med derfor å komme med noen kommentarer.

Det er fortjenestefullt at det taes initiativ til å redusere behandlingsskøer ved våre sykehus. Kjøp av helsetjenester kan i denne sammenheng være et virkemiddel. Imidlertid er det også noen motforestillinger, hvorav infeksjonsmedisinene har fått frem sine i pressen.

Norsk ortopedisk forening har gjennom sitt virke vært opptatt av å ivareta kvalitetsaspektet ved behandling. Dette vil selvfølgelig bli søkt ivaretatt også ved behandling i utlandet. Vi har imidlertid i Norge noen kvalitetsaspekter som er relativt unike. Norsk ortopedisk forening tok på midten av 80-tallet initiativ til etablering av Norsk leddproteseregister. Registeret har siden 1987 fortløpende registrert de fleste implantatoperasjoner samt reoperasjoner, og på den måten kunnet sette et mål på kvalitet. Dette har aktivt medvirket til edruelighet både i valg av implantat og tiltak i forbindelse med den kirurgiske prosedyre. Registeret alarmerte tidlig om «Bonelocementens» dårlige resultater og medvirket til å redusere omfanget av denne katastrofe. Tilsvarende register finnes i våre skandinaviske naboland, men ellers ikke i Europa. Våre europeiske kollegaer er nok også opptatt av kvalitet, men har altså ikke etablert tilsvarende styringsverktøy for kvalitet. En eksport av pasienter for implantatkirurgi vil således i en viss grad svekke vår mulighet for kvalitetsmonitorering. Feilslått implantatkirurgi innebærer en betydelig merutgift i forhold til primæroperasjon. Dette gjør en stadig kvalitetsmonitorering imperativt. Det er av en tidligere statsminister hevdet at det er «typisk norsk å være god». Det vil imidlertid ikke være riktig å hevde at en gjennomsnittlig norsk kirurg er vesentlig bedre enn sin europeiske kollega. Det kirurgiske fagområde skapes i et internasjonalt forum og faller ned nasjonalt med sin egenart. Vi har i Norge i dag en god og kvalitets-sikret praksis med hensyn til implantatkirurgi. Erfar-

ingene de senere år med aktiv rekruttering av kollegaer fra utlandet har vært blandet. Dette skyldes nok at en del av kirurgene som er villig til å være mobile, ikke er blant toppskiktet i sitt hjemland. Tilsvarende må det være riktig å etterspørre kvalitet- og kompetansenivå ved de europeiske sykehus som kan stille med stor ledig kapasitet.

Den nye lov om pasientrettigheter som gjøres gjeldende fra årsskiftet definerer spesielt pasientansvarlig lege. Dette gjøres ut fra en forståelse av at ansvar og kvalitet henger sammen. En eksport av pasienter vil være et alvorlig anslag mot denne tanke. Det er vanskelig å tenke seg pasientansvarlig lege lokalisert i utlandet. Implantatkirurgi medfører regelmessig noen komplikasjoner så som infeksjon, blodpropp samt luksasjon. En effektiv håndtering av disse komplikasjoner innebærer mulighet for oppfølging. Det ville være svært uhensiktsmessig om denne oppfølging må ivaretas av en annen part enn primæroperatøren.

Det kan synes lett vint å påpeke svakheter ved et opplegg uten å komme med konstruktive alternativer. Etter min oppfatning finnes nødvendig kapasitet og kompetanse innenfor landets grenser dersom man er villig til å ta denne i bruk. Erfaringen med de senere års bevilgninger til sykehus har vært nedslående med tanke på produksjon og effektivitet. Det synes som dette henger nøye sammen med organisering. Likhetsprinsippet som ligger til grunn for det norske helsevesens synes å ha fungert best som arbeidsgiverpolitikk. Omfattende tariffreguleringer med time-telling som mal har resultert i oppblåste tjenesteplaner uten forventet produktivitetsøkning. Her ligger imidlertid mye uforløst kapasitet. Statlig finansierte dugnadsprosjekter på henholdsvis Røros og Oslo kommunale legevakt sent på 90 tallet kan dokumentere dette. Dersom man var villig til å ta i bruk effektive incentiver, vil jeg anta at vi i Norge besitter nok ressurser og kompetanse til å dekke vårt behov for implantatkirurgi.

Dette ville i så fall ta vare på kvalitetsaspektet og bidra til verdifull aktivitet innen forskning og utdanning av fremtidige ortopediske kirurger.