



STORTINGET

Representantforslag 154 S

(2019–2020)

fra stortingsrepresentantene Jonas Gahr Støre, Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken,
Tuva Moflag, Tellef Inge Mørland og Kari Henriksen

Dokument 8:154 S (2019–2020)

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

Til Stortinget

Bakgrunn

En todeling av helsetjenesten er en reell bekymring i befolkningen. Ifølge Helsepolitisk barometer 2019 mente 62 pst. at det er en todelt helsetjeneste. Åtte av ti nordmenn ser et todelt helsevesen som noe negativt. En felles helse- og omsorgstjeneste som gir helsehjelp etter faglige prioriteringer, er en av bærebjelkene i velferdsstaten.

Overbehandling er en særegen utfordring knyttet til privatisering. Det er et stadig press etter mer diagnostikk og behandling, selv der det ikke er medisinsk begrunnet. Økt tilbud gir mer etterspørsel, men overbehandling kan fort ha negative helsekonsekvenser, enten det er snakk om lemfeldig bruk av antibiotika eller unødvendige medisinske inngrep med dertil hørende risiko. I forskningen til John Wennberg utgjorde såkalte tilbudssensitive tjenester ca. 60 pst. av helseøkonomien i USA, der helsetjenesten er dominert av private forsikringsselskaper og private sykehus. Tilbudssensitive tjenester fungerer slik at jo flere tjenester som tilbys, desto mer blir det av testing, helsepersonell, medisiner, pasientmisnøye og pengebruk.

Forslagsstillerne viser til at det var samfunnets felles offentlige helsetjeneste som stilte opp i forbindelse med

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

Avvikle Fritt behandlingsvalg

Det var Stoltenberg I-regjeringen som i 2001 ga norske pasienter rett til å velge behandlingssted ved sykdom. Det ble den gang kalt Fritt sykehusvalg og innebar at pasienter har kunnet velge behandling blant alle offentlige sykehus, samt hos private og ideelle aktører som har avtale med et helseforetak. Regjeringen har i tillegg innført Fritt behandlingsvalg. Den handler om at kommersielle behandlingssklinikker og private behandlere gis rett til å drive for statens regning, frikoblet fra offentlig helsetjeneste eller kontroll med behandling, såfremt de har en godkjenning fra HELFO.

Over 70 pst. av disse er etablert i Østlandsområdet. Her bor også det store flertallet av pasienter som har fått hjelp i ordningen. Distriktssykehusene må konkurrere ytterligere med de mest folkerike regionene om viktig helsefaglig kompetanse. Aktørene i Fritt behandlingsvalg kan fritt etablere seg der de selv vil, og helt uten føringer velge å behandle de pasientgrupper man finner interessante – for eksempel de mest lønnsomme. De bestemmer selv hvor lenge de skal ha for eksempel ruspasienter i behandling. De enkelte helseforetak må betale

for disse tjenestene, selv om de egentlig ville prioritert å bruke midlene til andre tiltak.

Helse Sør-Øst skrev vinteren 2020 brev til helseministeren om at det finnes eksempler på leverandører som ikke har nådd opp i regionale anbudskonkurranser, men som har søkt og fått opprette tilbud innen Fritt behandlingsvalg-ordningen. Samtidig har leverandører av helsetjenester innenfor rusbehandling som har avtale med det regionale helseforetaket, vanskelig for å fylle plasser og får økonomiske utfordringer på grunn av ordningen. I sum er det tydelig at Fritt behandlingsvalg påvirker de helsefaglige prioriteringene i negativ retning.

Begrensninger på bierverv

I et lite land som Norge er kompetente fagfolk landets viktigste ressurs. Dersom kommersielle aktører får bygge seg opp, kan vi risikere at kun de rikeste pasientene får behandling av de flinkeste fagfolkene, i sine egne, private helsetjenester. Det kan oppstå dilemmaer når enkelte ansatte, særlig legespesialister, arbeider i offentlige sykehus og for private oppdragsgivere samtidig. Forslagsstillerne er kjent med at de regionale helseforetakene har innført retningslinjer og systemer for rapportering og kontroll av ansattes bierverv.

Forslagsstillerne støtter ikke Fritt behandlingsvalg, da de mener dette skaper økte forskjeller og mer byråkrati i den felles helsetjenesten. Ordningen har gitt tilbydere av private helsetjenester fri etableringsrett, da er det desto mer relevant å være oppmerksom på bierverv. Hvis det samme helsepersonellet arbeider i et offentlig sykehus som har fristbrudd, kan det oppstå en uklarhet om roller eller en potensiell interessekonflikt som hverken er heldig for pasienten eller for en effektiv bruk av samfunnets ressurser. Det kan også oppstå uklarheter og misforståelser om roller når enkelte private institusjoner har en offentlig avtale på samme tid som de selger tilsvarende tjenester til pasienter som betaler selv.

I media har man sett eksempler på pasienter som har betalt av egen lomme for dyre, private tilbud, selv om de kunne ha fått rask behandling gjennom ulike offentlige ordninger som f. eks. Fritt sykehusvalg. Det er en dårlig løsning for pasientene. Samtidig kan tilliten til helsetjenesten undergraves dersom de legene som skal informere pasientene om deres rettigheter, er de samme som kan ha økonomisk gevinst av at pasienten velger private tilbud.

Risiko for skader

Infeksjoner, bivirkninger av legemidler og andre skader er alltid en risiko ved medisinsk behandling. I helsetjenesten vil det alltid være en vurdering av risikoen ved et inngrep eller et legemiddel og om behandling egentlig er nødvendig. Kommersielle helsetjenester skal også gjøre en slik vurdering, men har et sterkt incentiv til å tilby overbehandling. Forslagsstillerne er bekymret

for dette og mener det er nødvendig å utrede om private helseaktører i større grad utfører overbehandling og om disse aktørene i større grad bør bære risikoen for skader ved inngrep som ikke er prioritert i den offentlige helsetjenesten.

Sterkere regulering av kommersielle engangsleger

Fastlegekrisen er et faktum, og flere større byer har en prekær mangel på fastleger. Resultatet er at det har åpnet seg et marked for helprivate aktører. Selv om konsultasjon hos kommersielle engangsleger finansieres fullt ut av pasientene selv, kan disse legene skrive ut medisiner og henvise til spesialister på det offentlige regning. Lovverket som regulerer dette, er i all hovedsak helsepersonelloven, som krever at «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (lov om helsepersonell m.v., kapittel 2, § 4). Disse nye aktørene ser på pasienter som kunder og har sterke incentiver for å holde kundene fornøyde. Balansen mellom fornøyde pasienter og rollen som forvalter av offentlige midler kan fort bli vanskelig. I 2019 viste en stor studie fra USA at nettleger oftere forskriver antibiotika ved akutte luftveisinfeksjoner hos barn enn allmennleger. Forslagsstillerne mener gjeldende lov- og rammeverk ikke er tilpasset disse nye tjenestene. Kun et fåtall aktører har selv satt begrensninger på egne tjenester for å redusere samfunnets direkte og indirekte kostnader.

Køer hos private

Forslagsstillerne er bekymret over meldinger om at private helseaktører som har avtaler med helseforetakene, holder av plasser og tilbyr henviste pasienter raske behandling mot betaling. Det vanligste eksempelet er MR og røntgen, der en pasient som betaler vanlig egenandel, får noen ukers ventetid, men får tilbud om få dagers ventetid, på grunn av ledig kapasitet, hvis de er villige til å betale ekstra for dette. Forslagsstillerne mener dette strider mot prinsippene om å tilby like gode helsetjenester til alle, uavhengig av økonomi og geografi, basert på faglige prioriteringer

Helseforsikring

Det har vært en kraftig økning i private helseforsikringer, over 600 000 har nå en helseforsikring. Forslagsstillerne mener dette er en sterk driver for en todeling av helsetjenesten, fordi det gjør at betalingsevne og ikke helsefaglige prioriteringer avgjør om man får hjelp. Helse- og omsorgsminister Bent Høie selv har uttalt at «hvis alle med jobb har privat helseforsikring, kan det undergrave hele den norske helsetjenesten». Samtidig er landets felles helsetjeneste kronisk underfinansiert og har utfordringer med å holde ventetidene nede. Forslags-

stillerne mener derfor det er rimelig å innføre en avgift på helseforsikringer, slik at mer ressurser kan brukes på å styrke vår felles helsetjeneste.

Tannhelse

Tannhelse kan være dyrt for familier med lite ressurser eller for de som på grunn av sykdom ikke har mye å rutte med. Blant dem som er arbeidsledige, oppgir én av fire at de har et udekket behov for tannlegebehandling. I en undersøkelse i 2018 oppgav én av sju at de hadde tatt opp lån for å gjennomføre nødvendig tannbehandling, og blant de med inntekt under 300 000 kroner hadde halvparten utsatt nødvendig tannbehandling på grunn av økonomi.

Forslagsstillerne mener Norge på sikt bør få en offentlig tannhelse, men mener det også snarlig må innføres pristak på tannhelsetjenester i de tilfeller der det offentlige refunderer deler av behandlingen. I dag har private tannleger fri prissetting, noe som fører til at differansen mellom prisen som settes på behandling, og refusjonen som mottas, kan være svært stor. Forslagsstillerne vil samtidig minne regjeringen om at regjeringen snart må komme tilbake til Stortinget med egen sak om styrking av norsk tannhelse, jf. vedtak 20, Innst. 39 S (2018–2019).

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen utvikle privatiseringsreformen Fritt behandlingsvalg og beholde Fritt sykehusvalg.

2. Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonell ansatt i offentlige sykehus, ikke har private bierverv som retter seg inn mot samme type behandling og de samme pasientene som de har ansvar for i det offentlige.
3. Stortinget ber regjeringen utrede om private helseaktører i større grad utfører overbehandling og om disse aktørene i større grad bør bære risikoen for komplikasjoner og skader ved inngrep som ikke er prioritert i den offentlige helsetjenesten, og komme tilbake til Stortinget med en sak om dette.
4. Stortinget ber regjeringen gjennomgå kommersielle engangslegers praksis for legemiddelutskrivning og henvisning, og fremme forslag om strengere regulering hvis praksisen tilsier at det er systematiske forskjeller.
5. Stortinget ber regjeringen gjennomgå private aktørers praksis med å holde av plasser for kunder som betaler, og fremme forslag til regulering som sikrer at det er helseprioriteringer og ikke betalingsvillighet som gir raskest behandling.
6. Stortinget ber regjeringen innføre en omsetningsavgift på private helseforsikringer for å styrke den offentlige helsetjenesten.
7. Stortinget ber regjeringen nedsette et offentlig utvalg som skal gjennomgå utviklingen av private helseaktører og privat helseforsikring i Norge, og foreslå tiltak for å forhindre en todelt helsetjeneste.
8. Stortinget ber regjeringen innføre pristak på tannhelsetjenester i de tilfeller der offentlige stønadsordninger skal dekke hele eller deler av tannhelsebehandlingen.

19. juni 2020

Jonas Gahr Støre

Ingvild Kjerkol

Tore Hagebakken

Tuva Moflag

Tellef Inge Mørland

Kari Henriksen

