



Innst. 60 S

(2014–2015)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:62 S (2013–2014)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiten, Ruth Grung, Audun Otterstad og Torgeir Micaelsen om økt kapasitet i sykehusene og kortere ventetid for pasientene

Til Stortinget

Sammendrag

Det fremmes i dokumentet følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen påse at ventelistene ved helseforetakene gjennomgås på en hensiktsmessig måte og at de pasientene som står på ventelistene, blir kontaktet for å avklare om tilstanden er uendret, forverret eller om de har fått behandling et annet sted. Samtidig skal pasientene gis aktiv informasjon om mulighet for kortere ventetider gjennom Fritt sykehusvalg i de tilfellene der det er aktuelt. Stortinget ber regjeringen, i tilknytning til statsbudsjettet for 2015, legge frem resultater fra en slik kvalitetsgjennomgang av ventelistene ved helseforetakene.
2. Stortinget ber regjeringen påse at helseforetakene finner effektive måter å følge opp pasientene i forkant av avtalte timer slik at man kan utnytte ressursene optimalt og til beste for pasientene.
3. Stortinget ber regjeringen gjennomgå ordningen Fritt sykehusvalg for å sikre at den fungerer optimalt og så pasientvennlig som mulig.
4. Stortinget ber regjeringen snarest mulig og senest i forbindelse med forslag til statsbudsjettet for 2015 fremme forslag om pilotprosjekt ved noen

sykehus med konkrete mål til ventetidsreduksjon samt vurdere finansiering av forslagene gjennom en definert ventetidspott for å stimulere til smartere organisering ved de offentlige sykehusene.

5. Stortinget ber regjeringen ta initiativ til en særskilt avtale mellom arbeidstaker- og arbeidsgiversiden i helseforetakene for å kunne iverksette ventetidsprosjekter og prosjekter ved poliklinikkene på kvelds- og helgebasis, og fremme forslag om finansiering i statsbudsjettet for 2015 etter gjennomførte forhandlinger.
6. Stortinget ber regjeringen i arbeidet med statsbudsjettet for 2015 sikre en aktivitetsvekst i den offentlige delen av spesialisthelsetjenesten på minimum 12 milliarder kroner i denne stortingsperioden for å sikre økt kvalitet og økt behandlingsskapasitet til beste for pasientene.»

Forslagsstillerne peker på ulempene som det kan innebære å måtte vente lenge på behandling i spesialisthelsetjenesten, og mener det er mange pasienter som venter for lenge på behandling.

Det vises til at én av årsakene til lang ventetid er at mange pasienter ikke møter opp til avtalt time slik at sykehusene ikke får brukt sine ressurser optimalt.

Forslagsstillerne mener det viktigste er økt og forbedret bruk av den offentlige helsetjenesten og at for mange venter for lenge på behandling fordi personell og utstyr ikke utnyttes godt nok og står ubrukt store deler av døgnet.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen, Audun Otterstad og Freddy de Ruiten, fra Høy-

re, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, lederen Kari Kjønnaas Kjos, Harald T. Nesvik og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Venstre, Ketil Kjenseth, og fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, viser til at unødig venting på undersøkelser og behandling på sykehus leder til engstelse og bekymring hos mange pasienter, og det kan bidra til uønsket fravær fra arbeidslivet. Lange ventetider kan også forverre tilstanden til pasienter, bl.a. for dem med uavklarte tilstander. Komiteen merker seg at mange pasienter venter lenge på utredning og behandling selv om det finnes ledig kapasitet.

Komiteen mener det er flere virkemidler som kan brukes for å øke kapasiteten i sykehusene og få ned køer og ventetider.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet for 2014 fikk krav om at gjennomsnittlig ventetid og oppstart til utredning skulle ned. De regionale helseforetakene fikk en budsjettert vekst på 2,7 mrd. kroner i 2014 for å øke pasientbehandlingen. Midlene gikk både til økt aktivitet i sykehus og kjøp av tjenester fra private. Bl.a. ble det øremerket 255 mill. kroner til kjøp av tjenester innen rusbehandling, psykisk helsevern og rehabilitering og 45 mill. kroner til kjøp av billeddiagnostiske tjenester.

Flertallet har merket seg at det i budsjettproposisjon for 2015 er lagt opp til ytterligere aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten. Sykehusenes økonomi foreslås styrket med om lag 2 mrd. kroner i 2015. Det legger til rette for en forventet vekst i pasientbehandlingen på om lag 2,15 prosent. Flertallet merker seg videre at det i budsjettproposisjonen er foreslått at helseforetakene gis økt fleksibilitet til å inngå leieavtaler, og at det åpnes for å inngå leieavtaler for inntil 100 mill. kroner per avtale.

Flertallet merker seg videre at Helse- og omsorgsdepartementet som en del av Fritt behandlingsvalg-reformen vil gå vekk fra dagens system med streng aktivitetsstyring. Det vil legges til rette for at sykehusene kan øke aktiviteten der kapasitet og økonomi tillater dette. Aktiviteten økes som følge av at ISF-andelen ble vedtatt økt til 50 prosent i forbindelse med statsbudsjettet for 2014.

Flertallet mener private aktører utgjør en viktig del av det samlede spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen. Private aktører, både kommersielle og ideelle, fungerer både som et supplement, et kor-

rektiv og et bidrag til økt mangfold og kvalitet i tilbudet. Flertallet mener at bruk av privat kapasitet vil være med på å redusere ventetiden for pasientene. Flertallet er derfor tilfreds med at regjeringen legger til rette for dette og som en del av Fritt behandlingsvalg-reformen legger opp til økt bruk av anbud for å kjøpe private tjenester for å redusere ventetidene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti understreker at det norske helsevesen ikke får økt behandlingsskapasitet ved å utvide kommersiell sektor gjennom «Fritt behandlingsvalg». Regjeringens forslag har møtt velfundert faglig kritikk. Disse medlemmer er bekymret for hvilke konsekvenser det såkalte frie behandlingsvalget vil få for prioriteringene i det norske helsevesenet. Disse medlemmer vil sterkt advare mot en utvikling der prioriteringer basert på behov og faglig skjønn taper for prioriteringer basert på personlig økonomi eller kommersielle selskapers interesser. Økt rekruttering av kvalifisert personell til kommersielle aktører vil svekke offentlige sykehus og utdanningsskapasiteten og kan, på sikt, få alvorlige følger for opprettholdelsen av et rettferdig, felles helsevesen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil påpeke at tvert imot er mye av den private kapasiteten eksisterende i dag, og utnyttet, samtidig som pasienter venter innen det offentlige. Flertallet finner ingen dokumentasjon for at helsetilbud i regi av private og ideelle stiftelser tapper de offentlige sykehusene for personale.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at en del helsepersonell, særlig leger, har bijobber utenfor sykehuset. Undersøkelser (Dagens Medisin, 23.10.14) viser at leger i sykehusstilling som i tillegg har engasjement utenom det offentlige helsevesen, jobber like mye ved sykehuset som sine kolleger uten slikt engasjement.

Komiteen mener at psykisk helse og rusbehandling må prioriteres i arbeidet med å få ned ventetidene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at innenfor rusbehandling, psykisk helsevern og noen andre fagområder, starter dette arbeidet opp i 2015. Flertal-

let mener det er disse som har størst behov for å få styrket sine rettigheter raskt. Reformen vil gi pasientene økt valgfrihet, mobilisere kapasitet hos private leverandører og stimulere de offentlige sykehusene til å drive mer effektivt.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener det må forutsettes at de regionale helseforetakene gir svar på tilbud fra ideelle og private aktører i forsvarlig tid.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre mener helseforetakenes svar bør gis senest tre måneder før oppdraget i anbudet skal gjøres gjeldende.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at styrking av rettigheter og faktisk tilbud innen både rusbehandling og psykisk helse er avgjørende, men vil advare mot å tro at kommersielle aktører vil bidra til dette. Det er ikke alt som egner seg for butikk. Disse medlemmer vil styrke offentlige og ideelle aktører for å bygge sterkere tjenester for fremtiden.

Komiteen mener at tidlig diagnose og behandling av kreft skal ha høy prioritet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til regjeringens satsing på kreftområdet.

Komiteen viser til at i løpet av 2014 vil alle helseregioner, som bestilt i oppdragsbrevet for 2014, ha etablert tverrfaglige diagnosesentre innen kreft. I 2015 innføres innen 30 krefttyper standardiserte pakkeforløp, som skal gi raskere og mer smidige pasientforløp, utredning og behandling. Enkelte steder er dette konseptet allerede tatt i bruk innen brystkreftdiagnostikk og -behandling.

Komiteen viser til at Stortinget i juni 2013 vedtok at fristen for rett til vurdering av henvisning endres fra 30 til 10 virkedager. Videre skal pasienten få et tidspunkt for når behandlingen skal starte. HELFO skal kontaktes av sykehuset dersom man ser at pasienten ikke kan gis hjelp innen den juridiske tidsfristen.

Komiteen mener at dette er tiltak som vil korte ned ventetid og føre til at Fritt sykehusvalg brukes mer aktivt. Komiteen merker seg at tall fra Kontoret for fritt sykehusvalg viser at befolkningens kjenn-

skap til tjenesten øker. Komiteen mener at fastlege og legespesialist har en viktig oppgave i å henvise og hjelpe sine pasienter til sykehus der det er ledig kapasitet. Disse har plikt til å informere om ordningen. Komiteen mener kunnskapsformidling om Fritt sykehusvalg og behandlingalternativ fortsatt må ha høy prioritet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at bruken av Fritt sykehusvalg er sosialt skjev. Ordningen fungerer ikke som den skal. Det er disse medlemmers syn at plikten til konkret informasjon om muligheter for den enkelte må forsterkes.

Komiteen støtter at det bør arbeides for at flere tar i bruk Fritt sykehusvalg, noe som Riksrevisjonen også sier kan redusere ventetidene. Komiteen viser til Riksrevisjonens rapport i 2012 om at ordningen med Fritt sykehusvalg først og fremst ble tatt i bruk av pasienter med høy utdanning og høy inntekt og som er tilknyttet arbeidslivet. Komiteen er derfor opptatt av at informasjon om tilbudet skal komme alle pasienter til gode, og mener fastlegene her har en særlig viktig oppgave.

Komiteen viser til at det fortsatt er mange som ikke møter opp til avtalt time på poliklinikk uten gyldig grunn, og det fører til dårlig ressursutnyttelse i sykehus og lengre ventetider. Dette er med å forlenge ventetidene og fører til mer administrativt arbeid og ineffektivitet. I fire helseforetak, Oslo universitetssykehus, Ahus, Sykehuset Østfold og Sykehuset Vestfold, er det rapportert at så mange som 88 000 ikke møtte til avtalt time i 2013. Det samme var tilfellet for sykehusene i de andre regionene, med mer enn 85 000 i Helse Vest og mer enn 43 000 i Helse Nord.

Komiteen viser til at regjeringen jobber for at pasientene skal få enklere kontakt med helsetjenesten, blant annet ved å ta i bruk digitale verktøy som helsenorge.no. De regionale helseforetakene er bedt om å iverksette bedre rutiner for innkalling og påminnelse og bedre tilgjengelighet for endring av timeavtale.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener at de regionale helseforetakene må fortsette sitt arbeid med å tilrettelegge for mer standardiserte løsninger og effektive oppgaveløsninger.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet er tilfreds med departemen-

tets fokus på å modernisere IKT-løsningene i helse- og omsorgssektoren.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at det i budsjettforslaget for 2015 fra Helse- og omsorgsdepartementet foreslås å øke gebyr ved manglende oppmøte til poliklinisk undersøkelse. Økte gebyrer vil understøtte helseforetakenes arbeid med å redusere antall pasienter som ikke møter til poliklinisk konsultasjon. Flertallet mener at det er riktig å gi adgang til å skjerme rusavhengige og mennesker med psykiske lidelser, og støtter at helseforetakene får i oppdrag å utvise skjønn i praktisering av reglene for denne pasientgruppen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet merker seg at regjeringen i statsbudsjettet for 2015 legger opp til å doble gebyret for uteblitt time for undersøkelse og behandling, fra 320 kroner til 640 kroner. Disse medlemmer er enig i at noe må gjøres med det store antall pasienter som ikke dukker opp til avtalt tid. Men disse medlemmer støtter ikke den foreslåtte økningen, all den tid prosedyrer for informasjon om time, og deretter påminning om denne, på ingen måte kan sies å være tilfredsstillende. Disse medlemmer er derfor bekymret for at dette påslaget vil ramme svært skjevt sosialt. Det kan generelt være problematisk å forstå kompliserte, skriftlige formuleringer slik de ofte framkommer i korrespondanse fra sykehusene, i tillegg til at mange pasienter, f.eks. med et annet morsmål, ikke behersker det norske språk så godt. Disse medlemmer ber derfor regjeringen følge tett det arbeidet sykehusene gjør, med tanke på grunnleggende forbedringer i kommunikasjonen med pasientene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at økte gebyrer for manglende oppmøte løpende må vurderes opp mot negative sosiale og helsemessige konsekvenser, og viser til at regjeringen har en sterk forpliktelse for å sikre at befolkningens helse settes først.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, understreker at det er gitt adgang til å skjerme rusavhengige og mennesker med psykiske lidelser, og at helseforetakene får i oppdrag å utvise skjønn i praktisering av reglene for denne pasientgruppen.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at arbeidet med å redusere ventetid gjøres ved å prioritere arbeid med reformer slik som Fritt sykehusvalg, Samhandlingsreformen og Fritt behandlingsvalg, samt gode og smarte løsninger på det enkelte sykehus.

Komiteen mener godt lederskap og en god kultur for samarbeid mellom ansatte og ledere, samt arbeidstakerorganisasjonene, er med på å lage effektive behandlingsforløp og kvalitet i pasientbehandlingen.

Komiteen viser til at opprettelsen av det felles-eide helseforetaket Nasjonal IKT HF for strategisk samarbeid på IT-området forventes å gi gode resultater. IKT er verktøyet for å forbedre administrative rutiner og effektivisere disse. Komiteen mener at IKT i større grad enn i dag må tas i bruk til blant annet sms-varsling for time til poliklinikk, røntgen og andre undersøkelser. Det må også utvikles enklere måter å meddele at man er forhindret fra å møte til time, slik som det er utviklet for sykehusene i Helse Vest. Komiteen merker seg at noen sykehus har tatt i bruk sms-varsling i aktivitetsplanleggingen og at det arbeides med å etablere elektroniske løsninger.

Komiteen viser til avtalen mellom Spekter og Legeforeningen. Resultatet av forhandlingene mellom partene har gitt et økt handlingsrom for åpningstider i sykehus. Spekter og Legeforeningen har i den nye avtalen kommet frem til at arbeidstid som ikke er vaktjeneste, som hovedregel legges i tidsrommet fra kl. 07.00 til 18.00 i ukens fem første dager. Dette er en utvidelse fra dagens tariffavtale. Dette vil gi sykehusene en mulighet til å planlegge en drift frem til kl. 18.00, noe som vil kunne bidra til å redusere ventelistene. Komiteen viser til at sykehusene har ansvar for å organisere sin drift slik at denne muligheten kan tas i bruk. Komiteen viser til at den fremforhandlede løsningen i utgangspunktet ikke innebærer at legene skal arbeide flere timer, men den åpner for at det enkelte sykehus, ved behov, kan utvide sin åpningstid.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at norske pasienter i valgkampen ble stilt til utsikt av nåværende regjeringspartier at ventetidene for behandling ved våre sykehus raskt skulle gå ned under en eventuell borgerlig regjering. Befolkningen har derfor grunn til å forvente at regjeringens helsepolitikk innen kort tid skal lykkes med dette. Til tross for at ventetidene gikk noe ned i Stoltenberg-regjeringens siste periode, er det fremdeles for mange pasienter som venter for lenge på behandling. Disse medlemmer merker seg at tilgjengelig statistikk viser at det ikke ser ut til å ha skjedd

noen bedring i året som har gått siden regjeringsskiftet.

Disse medlemmer er enig i at både diagnose-sentre for kreft og standardiserte behandlingsforløp, som for eksempel «pakkeforløp», er viktige verktøy for å stille tidlig diagnose og gi kreftpasienter rask og god behandling. Disse medlemmer viser til at dette arbeidet ble startet opp under Stoltenberg-regjeringen. I den nasjonale kreftstrategien 2013–2017 «Sammen – mot kreft» står følgende:

«Utvikling av standardiserte pasientforløp som del av de nasjonale handlingsprogrammene vil kunne bidra til å bedre logistikk og samhandling, redusere risikonivået og øke pasientsikkerheten. Standardiserte pasientforløp kan også gi pasienter og pårørende bedre oversikt, forutsigbarhet og forståelse for de ulike trinnene i behandlingen og dermed økt trygghet. Godt organiserte standardiserte pasientforløp med anbefalte forløpstider, skal sikre pasienten et raskt, forutsigbart og helhetlig forløp gjennom diagnostikk, utredning, behandling og oppfølging. Innholdsmessig vil de ha klare likhetstrekk med den danske modellen med 'pakkeforløp' for kreftbehandling, tilpasset organiseringen av den norske helsetjenesten.»

Standardiserte pasientforløp er primært rettet mot systemsiden og utgjør et understøttende supplement for individuell plan, som er et individrettet forløp for den enkelte pasient. Det er altså ingen motsetning mellom standardiserte pasientforløp og individrettede pasientforløp; ifølge helseforetakenes egne analyser er de komplementære og gjensidig støttende. Den danske modellen med «pakkeforløp» er en type standardisert forløp og har vært tatt i bruk både for brystkreft, lungekreft og magekreft med gode resultater, blant annet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, som startet opp med slike forløp i 2010. Disse medlemmer støtter at regjeringen følger opp arbeidet med helhetlige pasientforløp, og ser positivt på at «pakkeforløpet» nå også skal ha med fastlegene og gjelde på tvers av sykehus.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, påpeker at Arbeiderpartiets påstand om at pakkeforløp er noe den forrige regjeringen igangsatte, ikke medfører riktighet. Flertallet vil bemerke at Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti våren 2011 sto sammen om å støtte følgende forslag «Stortinget ber regjeringen igangsette arbeid med å innføre et pakkeforløp innen kreftomsorgen og deler av iskemisk hjertesykdom etter dansk modell.» (Dokument 8:130 S (2010–2011), jf. Innst. 418 S (2010–2011)) Dette stemte de rød-grønne partiene imot.

Pakkeforløp som begrep ble introdusert av Bent Høie og er et ambisiøst oppdrag gitt Helsedirektora-

tet etter regjeringsskiftet. I daværende regjeringens kreftstrategi (2013–2017) var et av delmålene under målområde 2 Etablere standard pasientforløp integrert i alle handlingsprogram.

Flertallet vil påpeke at utviklingen har gått videre, og det er i dag skreddersøm hos den enkelte pasient. Behandlingen er individualisert. Det er ulike kreftpakker alt ettersom hvordan kreften arter seg, jf. brystkreftbehandling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil peke på at regjeringen må sørge for at helseforetakene stiller tydeligere krav til private laboratorie- og røntgeninstitutter som leverer tjenester til offentlige sykehus, dersom «pakkeforløpene» skal ha den forventede virkning. Mange private aktører innen billeddiagnostikk har avtale med helseforetakene om å levere tjenester for offentlig henviste pasienter. Men vanligvis må pasienter vente i lang tid, ofte flere uker, for å ta en røntgen-, CT- eller MR-undersøkelse når denne baserer seg på den offentlige refusjonen som inngår i avtalen mellom den private leverandøren og helseforetaket. Samtidig viser det seg at den samme pasienten kan få tilbud om time nesten umiddelbart for samme undersøkelse dersom pasienten selv betaler. Disse medlemmer mener dette er uholdbart og ber helse- og omsorgsministeren ta opp problemet med de regionale helseforetakene.

Disse medlemmer legger til grunn at kravene til tidsbruk og prosedyrer i «pakkeforløpene» også skal gjelde private leverandører av helsetjenester, som for eksempel røntgen og laboratorietjenester.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil påpeke at dersom det ikke skal finnes et privat tilbud som er helt egenfinansiert utenfor det offentlige, så vil enten private aktører måtte forbyes eller kjøpes opp av det offentlige. Det er i så fall ny politikk fra Arbeiderpartiet.

Disse medlemmer vil videre påpeke at vekst i bevilgninger ikke må forveksles med vekst i aktivitet, og at det ikke medfører riktighet at veksten totalt til drift og investeringer i sykehussektoren er den laveste på mange år. For årene 2014 og 2015 er det foreslått en styrking på gjennomsnittlig vel 2 360 mill. kroner. Det er således lagt opp til å styrke pasientbehandlingen med 2 335 mill. kroner. Dette er 942 mill. kroner mer per år sammenliknet med gjennomsnittet i de to foregående regjeringssperiodene.

Disse medlemmer viser til at systemet fungerer slik at de private radiologiske instituttene selger deler av sin produksjon til de regionale helseforetakene, forutsatt at de har vunnet en anbudskonkurranse. Resterende produksjon kan fritt omsettes i private markeder. Velger pasientene å benytte seg av

denne kapasiteten, betaler man alt selv. Det er med andre ord full egenbetaling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet har med en viss undring notert seg at regjeringen til stadighet understreker at det såkalte «aktivitetstaket» i sykehusbehandlingen skal opphøre. Sykehusene skal nå kunne behandle langt flere pasienter uten en slik «tvangstrøye», som helse- og omsorgsministeren har uttrykt det. Disse medlemmer vil i den forbindelse minne om at det var Bondevik II-regjeringen som innførte det omtalte «aktivitetstaket» i en tid da sykehusene var underfinansiert og drev med store underskudd. Under Stoltenberg II-regjeringen ble sykehusrammene økt, langt flere pasienter fikk behandling, og helseforetakene fikk etter hvert orden på økonomien. I løpet av perioden ble det såkalte aktivitetstaket mer og mer irrelevant. De siste årene av den rød-grønne regjeringsperioden var det rett og slett ikke lenger behov for et slikt tak. Ifølge dokumentasjon fra Helsedepartementet var det langt flere pasientbehandlinger enn beregnet i budsjett under Jonas Gahr Støres tid som helse- og omsorgsminister. Disse medlemmer mener derfor det er påfallende at regjeringen insisterer på å fjerne et aktivitetstak som ikke finnes. Det er også noe merkelig at man skal øke pasientbehandlingen, samtidig som man leverer et meget svakt sykehusbudsjett. Disse medlemmer vil peke på at tall fra Finansdepartementet viser at veksten totalt til drift og investering i sykehussektoren i 2015 er den laveste på mange år, tross rekordbruk av oljepenger. Disse medlemmer vil for øvrig nevne at sykehusene har fått beskjed om å ta den angivelig økte pasientbehandlingen gjennom en høyere ISF-andel som øker fra 40 til 50 prosent. Samtidig har helseforetakene fått beskjed om å bruke mer på kronikere som rus- og psykiatripasienter, som altså ikke finansieres gjennom ISF.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil påpeke at det er nettopp fordi man skal unngå at økt ISF-andel og fjernet aktivitetstak leder til en nedprioritering av rusbehandling og psykisk helse, som ikke er omfattet av ISF. Den gyldne regel sikrer at disse områdene fortsatt prioriteres. Økt ISF og fjernet aktivitetstak skal lede til økt effektivitet, smartere organisering og utnyttelse av ledig kapasitet, ikke lede til en vridning vekk fra prioriterte pasientgrupper.

Disse medlemmer vil påpeke at det ikke medfører riktighet at regjeringen insisterer på å fjerne et aktivitetstak som ikke finnes. Regjeringen vil fra 2015 gå bort fra dagens system med streng aktivitetsstyring. Slik vil det bli lagt til rette for at sykehusene kan øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til

dette. Aktivitet ut over budsjettet aktivitet vil utløse 50 prosent ISF-refusjon. Det skal samtidig stilles krav om økonomisk balanse og langsiktig økonomisk bærekraft. I departementets styringsdialog med de regionale helseforetakene er aktivitetsstyringen blitt vektlagt i oppfølgingen.

De regionale helseforetakene har utarbeidet bærekraftige langtidsplaner for investeringer og drift, og det er etablert god kostnadskontroll i alle de regionale helseforetakene. Flere sykehus kan fremover trolig øke aktiviteten uten å pådra seg underskudd eller avvike fra langtidsplaner. Aktivitetsutviklingen vil fremdeles ha stor betydning for økonomisk utvikling, og regjeringen vil derfor også i fremtiden følge opp aktivitetsutviklingen i styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at regjeringens hovedgrep for en ny helsepolitikk er det såkalte Fritt behandlingsvalg. Disse medlemmer har merket seg at så å si samtlige høringsinstanser advarer mot en slik ordning. Også Helse- og omsorgsdepartementets egen vurdering understreker at ordningen har store svakheter. Disse medlemmer mener at regjeringen med Fritt behandlingsvalg etablerer en omstendelig, lite virksom og svært byråkratisk ordning, som koster 20 mill. kroner bare i administrasjon. Disse medlemmer mener det er all grunn til å frykte at en slik ordning på sikt vil tappe det offentlige helsevesenet for ressurser og herigjennom øke forskjellene mellom pasientgrupper og regioner, med tanke på skulle gi likeverdig og god helsehjelp.

Disse medlemmer mener at man heller bør styrke de offentlige sykehusene, og at budsjettøknninger skal gå til disse – både for å øke sykehusenes behandlingsskapasitet, for eksempel ved å lengre åpningstider, og for å kjøpe mer behandling fra private og ideelle samarbeidspartnere, der det ligger til rette for dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet peker på at regjeringen ikke følger opp sine løfter om å styrke sykehusbudsjettene i tråd med det Arbeiderpartiet har lagt til grunn for fireårsperioden, og som regjeringspartiene tidligere sa seg enig i; at sykehusene må ha en vekst på 12 mrd. kroner dersom man skal lykkes med å gi god og rask pasientbehandling, investering i IKT, fornying av bygg og medisinsk utstyr og bruk av nye medisiner. Sykehusbudsjettet for 2015 øker med under 2 mrd. kroner, fordi regjeringen har lagt inn penger til Fritt behandlingsvalg og andre kostnader i rammen. Disse medlemmer merker seg i den forbindelse at blant annet flere krefteksperter har meldt at rammen sannsynlig-

vis er altfor knapp når man for eksempel skal ha en bred satsing på en kreftbehandling med «pakkeforløp» i alle helseregionene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen påse at ventelistene ved helseforetakene gjennomgås på en hensiktsmessig måte, og at de pasientene som står på ventelistene, blir kontaktet for å avklare om tilstanden er uendret, forverret eller om de har fått behandling et annet sted. Samtidig skal pasientene gis aktiv informasjon om mulighet for kortere ventetider gjennom Fritt sykehusvalg i de tilfellene der det er aktuelt. Stortinget ber regjeringen snarest mulig legge frem resultater fra en slik kvalitetsgjennomgang av ventelistene ved helseforetakene.»

«Stortinget ber regjeringen påse at helseforetakene finner effektive måter å følge opp pasientene på i forkant av avtalte timer, slik at man kan utnytte ressursene optimalt og til beste for pasientene.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå ordningen Fritt sykehusvalg for å sikre at den fungerer optimalt og så pasientvennlig som mulig.»

«Stortinget ber regjeringen snarest mulig fremme forslag om pilotprosjekt ved noen sykehus med konkrete mål for ventetidsreduksjon, samt vurdere finansiering av forslagene gjennom en definert ventetidspott for å stimulere til smartere organisering ved de offentlige sykehusene.»

«Stortinget ber regjeringen i behandlingen av statsbudsjettet for 2015 sikre en aktivitetsvekst i den offentlige delen av spesialisthelsetjenesten på minimum 12 mrd. kroner i denne stortingsperioden for å sikre økt kvalitet og økt behandlingsskapasitet til beste for pasientene.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, vil stemme imot de fremsatte forslagene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener representantforslaget tar opp viktige utfordringer med ventetider og effektiv pasientbehandling i helsevesenet. Disse medlemmer mener likevel

at forslaget på tiltakssiden ikke er treffsikkert nok, og er bekymret for økt byråkratisering. Disse medlemmer mener den største utfordringen i helsevesenet er overordnet og organisatorisk. Måten sykehusene organiseres, finansieres og ledes på, må endres for å korte ned ventetidene, effektivisere og heve kvaliteten på pasientbehandlingen og avbyråkratisere helsevesenet, etter disse medlemmers syn.

Dagens styringsmodell for sykehusene ble etablert i 2001 da staten overtok det ansvar som fylkeskommunene hadde tidligere. Disse medlemmer konstaterer at styringsmodellen etter over ti års virke ikke har gitt de forutsatte resultatene gjennom like, mer kostnadseffektive og kvalitativt bedre tjenester.

Disse medlemmer viser til at to av tre pasienter kan behandles på lokalsykehusnivå. Desentralisert breddekompetanse i indremedisin og kirurgi, lokalsykehusfunksjoner, sikrer kort vei mellom brukere og spesialisthelsetjenesten. Det øker effektiviteten i pasientbehandlingen. Disse medlemmer viser til at trass i denne viten har arbeidsdelingen mellom sykehusene ført til en ensidig og unødvendig sentralisering av funksjoner.

Sykehusreformen fra 2001 etablerte en modell basert på en kombinasjon av grunnfinansiering og aktivitetsbasert finansiering. Aktivitetsbasert finansiering stimulerer aktivitetstetsvekst, men svekker kostnadsstyringen. Disse medlemmer mener at aktivitetsbasert finansiering utgjør en for stor andel og har medført unødig byråkrati og feilprioriteringer. Disse medlemmer ser med bekymring på at sykehusenes tilbud utvikles ut fra inntjeningsmuligheter mer enn behovsdekning. Bl.a. er dette utfordrende for behandling av kroniske lidelser og tilbudene innen psykiatri, rus og rehabilitering.

På denne bakgrunn mener komiteens medlem fra Senterpartiet det er viktig at overordnet statlig styring av sykehusene skal skje gjennom Nasjonal sykehusplan som rulleres hvert fjerde år og besluttes av Stortinget, i tråd med Dokument 8:25 S (2013–2014), jf. Innst. 199 S (2013–2014). Videre mener dette medlem at den regionale foretaksmodellen bør oppløses og statlig eierskap beholdes, men at styringen demokratiseres og desentraliseres til 20 sykehusstyrer tilsvarende dagens lokale helseforetak. På sikt må ansvaret for sykehusene etter dette medlems syn overføres til regionalt folkevalgt eierskap.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener sykehusfinansieringen i større grad må rammefinansieres med styringskrav knyttet til ventetider, behandlingsskapasitet, kvalitet og budsjettkontroll.

Disse medlemmer viser til at all erfaring viser at effektiv sykehusdrift og pasientbehandling i størst grad skjer der sykehusledelsen er tett på den daglige driften. Disse medlemmer mener derfor at stedlig ledelse med personalansvar, økonomiansvar og faglig ansvar må finnes ved alle lokalsykehusene og større sykehusavdelinger.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Den norske legeforening ved flere anledninger har påpekt at sykehussektoren i dag har store kapasitetsmessige utfordringer. Ifølge Legeforeningen setter britiske helsemyndigheter 86 prosent belegg som øvre grense for forsvarlig beleggsprosent i sykehus, mens gjennomsnittlig sengebelegg ved sykehus i Norge i dag har økt til 93 prosent. Dette medlem frykter at systematisk høy beleggsprosent fører til redusert kvalitet i behandling og pleie. Et eksempel er at høy bruk av korridorpasienter øker risikoen for spredning av antibiotika-resistente bakterier. Dette medlem vil også vise til at flere sentraliseringer og nedlegging av lokalsykehus blir gjort med økonomi som reell begrunnelse. En slik sentraliseringspolitikk er en trussel for det overordnede målet for helsepolitikken, nemlig å forebygge sykdom og sikre befolkningen likeverdige helsetjenester av god kvalitet og å sikre desentralisert beredskap for liv og helse. Dette medlem støtter derfor forslagsstillernes intensjon om en tydelig styrking av sykehussektoren den neste fireårsperioden, men vil understreke at en slik økonomisk styrking av sykehussektoren må følges av en organisatorisk styrking i form av endringer i organisasjonsmodell, ledelse og finansiering, slik at pasientarbeid kan prioriteres. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil synliggjøre sin sykehussatsing i sine alternative statsbudsjetter.

Dette medlem vil til forslaget om nye pilotprosjekt og definert ventetidspott vise til Dokument 8:17 S (2014–2015) og Senterpartiets forslag om å etablere en offentlig køforkortingsklinikk (friklinikk) på Rjukan.

Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen påse at ventelistene ved helseforetakene gjennomgås på en hensiktsmessig måte, og at de pasientene som står på ventelistene,

blir kontaktet for å avklare om tilstanden er uendret, forverret eller om de har fått behandling et annet sted. Samtidig skal pasientene gis aktiv informasjon om mulighet for kortere ventetider gjennom Fritt sykehusvalg i de tilfellene der det er aktuelt. Stortinget ber regjeringen snarest mulig legge frem resultater fra en slik kvalitetsgjennomgang av ventelistene ved helseforetakene.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen påse at helseforetakene finner effektive måter å følge opp pasientene på i forkant av avtalte timer, slik at man kan utnytte ressursene optimalt og til beste for pasientene.

Forslag fra Arbeiderpartiet:

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen gjennomgå ordningen Fritt sykehusvalg for å sikre at den fungerer optimalt og så pasientvennlig som mulig.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen snarest mulig fremme forslag om pilotprosjekt ved noen sykehus med konkrete mål for ventetidsreduksjon, samt vurdere finansiering av forslagene gjennom en definert ventetidspott for å stimulere til smartere organisering ved de offentlige sykehusene.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen i behandlingen av statsbudsjettet for 2015 sikre en aktivitetsvekst i den offentlige delen av spesialisthelsetjenesten på minimum 12 mrd. kroner i denne stortingsperioden for å sikre økt kvalitet og økt behandlingsskapasitet til beste for pasientene.

Komiteens tilråding

Komiteen viser til representantforslaget og merknadene og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Dokument 8:62 S (2013–2014) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruyter, Ruth Grung, Audun Otterstad og Torgeir Micaelsen om økt kapasitet i sykehusene og kortere ventetid for pasientene – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 20. november 2014

Kari Kjønås Kjos

leder

Kristin Ørmen Johnsen

ordfører

Vedlegg**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 5. september 2014****Dokument 8:62 S (2013-2014) - Representantforslag om økt kapasitet i sykehusene og kortere ventetid for pasienter - Stortingsrepr Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiter, Ruth Mari Grung, Audun Otterstad og Torgeir Micaelsen**

Jeg viser til brev fra helse- og omsorgskomiteen 18. juni 2014.

Forslag 1:

Stortinget ber regjeringen påse at ventelistene ved helseforetakene gjennomgås på en hensiktsmessig måte og at de pasientene som står på ventelistene, blir kontaktet for å avklare om tilstanden er uendret, forverret eller om de har fått behandling et annet sted. Samtidig skal pasientene gis aktiv informasjon om mulighet for kortere ventetider gjennom fritt sykehusvalg i de tilfellene der det er aktuelt. Stortinget ber regjeringen, i tilknytning til statsbudsjettet for 2015, legge frem resultater fra en slik kvalitetsgjennomgang av ventelistene ved helseforetakene.

Svar:

Utforming av pasient- og brukerrettighetene og den praktiske oppfølgingen av disse definerer i stor grad hvordan pasientene på venteliste følges opp. Enhver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å få helsetilstanden vurdert innen maksimalt innen 30 virkedager. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom bør det være en maksimalfrist på 15 dager. Pasienten og henvisende instans skal få tilbakemelding om hvordan pasientenes helsetilstand er blitt vurdert og hvilken helsehjelp som det eventuelt planlegges at pasienten skal gis. Henvisninger som er mangelfulle kan ikke returneres til henvisende instans uten vurdering. Det må om nødvendig innhentes supplerende opplysninger, eller pasienten må innkalles til undersøkelse slik at det kan gjøres en faglig forsvarlig vurdering av helsetilstanden. Det skal også informeres om når behandlingen eventuelt forventes å bli gitt. Dersom pasienten har rett til prioritert helsehjelp, skal pasienten og henvisende instans informeres om dette og om den juridiske bindende fristen som i så fall er fastsatt for når helsehjelpen senest kan gis.

I juni 2013 vedtok Stortinget fire sentrale endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Retten til vurdering av henvisningen ble endret fra 30 til 10 virkedager. Videre skal spesialisthelsetjenesten gi et tidspunkt til pasientene for når utredning eller behand-

ling skal starte. Dette bør for de fleste pasienter være en konkret time for utredning eller behandling. Skillet mellom rettighetspasienter og behovspasienter ble også opphevet. Lovendringen innebærer at dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste har pasienten også en rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og krav på en individuell fastsatt frist for når helsehjelpen skal igangsettes. I tillegg ble også ansvaret for å kontakte HELFO dersom man ser at pasienten ikke kan gis helsehjelp innen den juridiske fristen flyttet fra pasienten til sykehuset. Det innebærer at det er sykehuset som skal kontakte HELFO når det ser at fristen ikke kan oppfylles. Lovendringene vil tre i kraft i 2015. I revidert nasjonalbudsjett fikk regjeringen tilslutning til en bevilgningsøkning på til sammen 17 mill. kroner til bl. a. vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2014 er det satt krav om at den gjennomsnittlig ventetiden til oppstart av utredning eller behandling skal ned. De regionale helseforetakene og sykehusene har satt i gang flere tiltak for å redusere ventetiden. Flere sykehus har bedret aktivitetsplanleggingen og bruker ventelistene aktivt i planleggingen av driften. Andre tiltak er samarbeid mellom sykehusene og Kontoret for fritt sykehusvalg og kontakt med enkelt pasienter for å avklare videre behandling.

I departementets oppfølging av tiltak for å redusere ventetiden er det lagt vekt på at arbeidet skal skje innenfor rammen av styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten og den etablerte rollefordelingen mellom departement, de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Det iverksettes kontinuerlig tiltak ute i tjenesten der ansvaret for å initiere og gjennomføre tiltak ligger på den enkelte sengepost, avdeling, klinikk, sykehus eller helseforetak. Departementet understøtter dette arbeidet ved å forbedre de sentrale strukturene og rammene som ansatte i sykehusene arbeider innenfor, for eksempel knyttet til forenkling av krav til rapportering og mer enhetlige IKT-standarder.

Riksrevisjonens undersøkelse av fritt sykehusvalg i 2011 viste at sykehusene har etablert rutiner for å informere om muligheten til å velge sykehus. Helseforetakene tar utgangspunkt i mal utarbeidet av Helsedirektoratet som angir hva slags informasjon helseforetakene har plikt til å gi. Sykehus og fastleger har plikt til å informere pasientene om ordningen fritt sykehusvalg. Nettsiden www.frittisykehusvalg.no gir

en oversikt over tilgjengelige behandlingssteder og tilbud både hos offentlige og private behandlingssteder med avtaler. Her finnes det lett tilgjengelig informasjon om forventede ventetider, antall behandlinger, rettigheter og enkelte kvalitetsmål.

Tall fra Kontoret for fritt sykehusvalg viser at befolkningens kjennskap til tjenesten øker. I 2013 mottok pasientrådgiverne i fritt sykehusvalg totalt om lag 32 600 telefonhenvendelser, noe som er 26 prosent flere enn i 2012. I samme periode ble det registrert om lag 400 000 besøk på nettsiden www.frittisykehusvalg.no. Dette tilsvarer en økning på om lag 11 pst. sammenlignet med året før.

Forslag 2:

Stortinget ber regjeringen påse at helseforetakene finner effektive måter å følge opp pasientene i forkant av avtalte timer slik at man kan utnytte ressursene optimalt og til beste for pasientene.

Svar:

For mange pasienter og brukere uteblir fra avtalt time på poliklinikkene uten å gi beskjed. Dette er uheldig. De som ikke møter opp, tar opp plassen til en annen pasient. Dette er en utfordring for sykehusene. I foretaksmøtene med de regionale helseforetakene mai 2013 la foretaksmøtet til grunn at de regionale helseforetakene skulle iverksette tiltak for å redusere antall pasienter som ikke møter til avtalt time. Sykehusene arbeider med ulike tiltak for å øke tilgjengeligheten til sykehusene, og gjennom dette redusere ventetider. Men det er viktig at også pasientene møter til avtalt tid. Det kan skje alle at noe hindrer en i å møte. Da er det viktig å gi beskjed, slik at en annen kan få timen. Det må bli enklere å nå sykehusenes poliklinikker dersom pasienter ønsker å endre avtale.

Spekter estimerer at anslagsvis 3 til 7 prosent av pasientene ikke møter til poliklinisk konsultasjon uten å gi beskjed. Det er angitt et intervall på mellom 200 000 og 500 000 konsultasjoner. Det utføres årlig over 5 millioner polikliniske konsultasjoner innenfor somatikk. I tillegg kommer et betydelig antall polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helsevern og rus. Analyser viser at andelen ikke møtte er størst innenfor rus og psykisk helse, mens antallet totalt sett er høyest innenfor somatiske lidelser. Årsaken til at pasientene og brukerne uteblir fra avtalt time er sammensatt. Dette handler om sykehusenes tilgjengelighet slik som åpningstider og om kommunikasjon mellom sykehus og pasient ved behov for å endre time. For mennesker med rusavhengighet og psykiske lidelser, er det behov for en vurdering av om time på poliklinikk er det rette tiltaket for å gi god helsehjelp.

Mange sykehus jobber aktivt for at færrest mulig uteblir fra avtalt time. Mange har tatt i bruk sms-vars-

ling og e-post som minner pasientene om avtalt time med gode resultater. Helsedirektoratet har utgitt en veileder for hvordan sykehusene innenfor lovverket kan anvende sms-meldinger og e-post som kommunikasjonsmedia. Andre sykehus ringer opp pasienter dagen før timen, mens andre igjen har innført en egen kontaktperson (driftskoordinator) som pasientene kan kontakte ved behov for å endre time. Analyser som blant annet Helse Vest har gjort, viser at antallet som ikke møter til avtalt time er høyere enn antallet som venter på helsehjelp. Det viser at det er et stort potensial for forbedring.

Dagens regelverk sier at pasienten kan avkreves betaling tilsvarende egenandel dersom pasienten uteblir fra time eller at timen er avbestilt mindre enn 24 timer før avtalt tid, dvs 320 kroner. Pasienten skal informeres om plikten til å betale ved uteblivelse. Slik betaling kan kreves av alle pasienter, også av pasienter som er fritatt fra betaling av egenandel. Dette følger av forskrift om utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige institusjoner og helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. En eventuell økning av egenandelen for pasienter som ikke møter til time er en budsjettsak og vil evt. måtte vurderes i statsbudsjettet.

Helse Vest har etablert prosjektet "Alle møter" hvor Helsedirektoratet er leverandør for elektronisk kommunikasjon mellom helseforetak og pasient/pårørende. Det er flere delmål i prosjektet "Alle møter", men ett av målene er i tråd med forslagsstillerens ønske om å legge til rette for bedre kommunikasjon og oppfølging av pasientene i forkant av avtalte timer for å sikre at pasienter møter til tildelte timer og at helseforetakene utvikler bedre planleggingshorisonter. Helse Vest har etablert www.vestlandspasienten.no i kombinasjon med www.helsenorge.no. Det er lagt til rette for at løsningen når den er ferdig utviklet og tatt i bruk på Vestlandet, er tilgjengelig for de øvrige helseregionene. Det forutsetter imidlertid en konsolidert og felles bruk av IKT systemer.

Forslag 3:

Stortinget ber regjeringen gjennomgå ordningen fritt sykehusvalg for å sikre at den fungerer optimalt og så pasientvennlig som mulig.

Svar:

Fritt sykehusvalg er en pasientrettighet. For at ordningen skal bli brukt er det viktig at fastlegene følger opp den plikten de har til å informere om ordningen, og at nettsiden frittisykehusvalg.no er mest mulig oppdatert på informasjon om ventetid, men også etter hvert suppleres med mer informasjon om kvalitet, som er relevant for pasientene.

Regjeringen er i gang med å innføre en ytterligere styrking av pasient- og brukerrettighetene gjennom å etablere ordningen fritt behandlingsvalg. Gjennom fritt behandlingsvalg vil pasientens mulighet til å velge behandling bli utvidet – også utover de begrensningene som i dag er i fritt sykehusvalg og utover de begrensningene som i dag er knyttet til at en må oppleve fristbrudd for å kunne velge andre enn de som har avtale som går inn under ordningen fritt sykehusvalg. Fra 1. januar 2014 er også røntgentjenester inne i ordningen med fritt sykehusvalg, og det arbeides også med sikte på å inkludere private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak i ordningen.

Forslag 4:

Stortinget ber regjeringen snarest mulig og senest i forbindelse med forslag til statsbudsjettet for 2015 fremme forslag om pilotprosjekt ved noen sykehus med konkrete mål til ventetidsreduksjon samt vurdere finansiering av forslagene gjennom en definert ventetidspott for å stimulere til smartere organisering ved de offentlige sykehusene.

Svar:

Det er en utfordring av mange pasienter venter unødvendig lenge på behandling, og jeg har derfor stilt krav i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene om redusert ventetid i 2014.

De regionale helseforetakene og helseforetakene har igangsatt en rekke tiltak for å redusere ventetiden. Mange av tiltakene er tilpasset lokale forhold da årsaken til ventetiden varierer mellom sykehus og også innad mellom avdelinger i sykehus. Eksempler på tiltak er å redusere antallet som ikke møter til avtalt time, forkorte tiden mellom henvisning og vurdering, god oppgavedeling, langsiktig planlegging av legekapasitet, mer effektiv logistikk og støttefunksjoner, bedre ressursutnyttelse og reduksjon i antall strykinger grunnet interne forhold. Helseforetakene har også tatt i bruk private aktører i større grad, jf. regjeringens styrking på 300 mill. kroner i 2014 til økt aktivitet hos private for å redusere ventetidene.

Å få ventetidene ned krever gjennomføring av prioriterte reformer, slik som samhandlingsreformen og fritt behandlingsvalgreformen, og godt lokalt forankret arbeid i sykehusene for å effektivisere arbeidsprosessene. En øremerket ventetidspott framstår ikke som et egnet virkemiddel for å sikre gode insentiver og lokal handlefrihet. En slik pott vil tvert i mot kunne gi økt byråkrati og utilsiktede vridninger av ressursinnsatsen.

Innenfor de rammer storting og departement setter, må ansvaret for å finne de gode løsningene og den smartere organiseringen ligge på de regionale helseforetakene og de lokale sykehusene. Disse vet best

hvor skoen trykker. Ansvaret for å redusere ventetidene må ses i sammenheng med sykehusenes ansvar for planlegging av pasientforløp, logistikk og ressursutnyttelse. Arbeidet for å redusere ventetid må derfor finansieres innenfor normale driftsbevilgninger og ikke egne avgrensede bevilgninger over statsbudsjettet.

Utarbeidelse av behandlings- eller pakkeforløp er en viktig del av regjeringens kreftsatsing. Formålet med satsingen er raskere diagnose og kortere ventetid. Tverrfaglige diagnosesentre kommer i alle regioner i løpet av 2014. Tverrfaglige grupper har startet å utarbeide behandlingsforløp bygd på danske erfaringer og de behandlingsretningslinjene som allerede er utarbeidet i Norge. Brukerne deltar i arbeidet. Målet er å innføre pakkeforløpene i 2015.

Forslag 5:

Stortinget ber regjeringen ta initiativ til en særskilt avtale mellom arbeidstaker- og arbeidsgiversiden i helseforetakene for å kunne iverksette ventetidsprosjekter og prosjekter ved poliklinikkene på kvelds- og helgebasis, og fremme forslag om finansiering i statsbudsjettet for 2015 etter gjennomførte forhandlinger.

Svar:

Jeg mener at tiltak for å redusere ventetidene må finne sin løsning innenfor normale driftsbevilgninger.

Den gjeldende tariffavtalen for leger i sykehus som er inngått mellom Spekter og Legeforeningen har bestemmelser som åpner for at det kan inngås avtaler lokalt om ventetidsprosjekter og poliklinikker på kvelds- og helgebasis. Det skal lokalt også avtales hvilken kompensasjon som skal gis for dette arbeidet. Omfanget av denne typen lokale avtaler varierer, noe som har sin bakgrunn i personalressurser og kostnader.

I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene i januar 2013 stilte departementet krav om at de regionale helseforetakene skulle bidra i arbeidet med kartlegging og utredning for å vurdere å utvide sykehusenes åpningstid for planlagt virksomhet. Målet er å ivareta pasientens behov på en bedre måte. Utvidet åpningstid kan gi bedre utnyttelse av arealer, utstyr og personell i sykehusene, og på sikt gi bedre tilbud til pasienter og brukere.

En eventuell mer bruk av utvidet åpningstid, slik jeg ser det, må løses i forhandlinger mellom tariffavtalens parter. Staten som eier er som kjent ikke part i tariffavtalene i sykehusene. Det vil derfor ikke være i tråd med eksisterende foretaksmodell om regjeringen skal ta en aktiv rolle for å få til særskilte avtaler mellom arbeidstaker- og arbeidsgiversiden i sykehusene.

Forslag 6:

Stortinget ber regjeringen i arbeidet med statsbudsjettet for 2015 sikre en aktivitetsvekst i den offentlige delen av spesialisthelsetjenesten på minimum 12 milliarder kroner i denne stortingsperioden for å sikre økt kvalitet og økt behandlingsskapasitet til beste for pasientene.

Svar:

Regjeringen mener at hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Det er samtidig en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet

hos private aktører. Regjeringen vil gjøre mer bruk av private, der dette kan bidra til å redusere ventetidene. Regjeringen har derfor foreslått å innføre fritt behandlingsvalg som en bred reform, jf. utsendt høringsnotat om dette.

Sykehusenes økonomi ble styrket med 2,7 mrd. kroner i 2014, det første året i denne stortingsperioden. Dette tilsvarte en vekst i all pasientbehandling på om lag 2,6 pst., og var vel 0,3 prosentenheter høyere enn Regjeringen Stoltenberg II s forslag. Dette er den høyeste budsjetterte aktivitetsveksten for de regionale helseforetakene noen sinne. Regjeringen vil fremme sitt forslag til statsbudsjett for 2015 i oktober.