



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen  
Stortinget  
0026 OSLO

Deres ref  
2020/2400

Vår ref  
20/4103-

Dato  
5. oktober 2020

### **Dokument 8:154 S (2019-2020) - Representantforslag om å stoppe privatisering og forhindre en todelt helsetjeneste**

Jeg viser til Dokument 8:154 S (2019–2020) oversendt fra Stortingets helse- og omsorgskomiteé i brev av 15. september 2020. Representantforslaget fra stortingsrepresentantene Jonas Gahr Støre, Ingvild Kjerkol, Tore Hagebakken, Tuva Moflag, Tellef Inge Mørland og Kari Henriksen omhandler privatisering og todelt helsetjeneste. Helse- og omsorgskomiteéen ber om min uttalelse til representantforslaget.

Stortingsrepresentantene fremmer følgende forslag:

- "1. Stortinget ber regjeringen avvikle 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 henvising, 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."

**Svar:**

Det er et offentlig ansvar å sikre gode helse- og omsorgstjenester til alle. Regjeringen vil sørge for et godt samarbeid med ulike private og ideelle aktører som understøtter dette ansvaret og samtidig bidrar til innovasjon, mangfold, kvalitet og valgfrihet i tjenestetilbudet. Det er viktig at helsekøene reduseres og at tilbudene forbedres gjennom nye og bedre måter å jobbe på. Samarbeid med private, både ideelle og kommersielle aktører, er et viktig virkemiddel for å nå disse målene for den offentlige helsetjenesten.

Forslag 1 om å avvikle Fritt behandlingsvalg og beholde Fritt sykehusvalg er behandlet og avvist etter forretningsorden § 39 annet ledd bokstav e.

*Begrensninger på bierverv*

Forslagsstillerne 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. Innledningsvis vil jeg peke på at det i alle arbeidsforhold vil være begrensninger i adgangen til bierverv. Dette kan være begrensninger som følge av lovbestemmelser, f.eks. bestemmelser om habilitet, begrensninger i tariffavtale eller arbeidsavtale, og begrensninger som følger av arbeidstakers lojalitetsplikt i et arbeidsforhold. Helt unntaksvis har en arbeidstakergruppe et forbud mot å ha bierverv uten samtykke, jf. politiloven § 22. Helsepersonell som har autorisasjon har plikt etter helsepersonellovens § 19 første ledd til å varsle arbeidsgiver om bierverv.

Det klare utgangspunktet er at arbeidsgivere i liten grad kan begrense hva medarbeidere velger å gjøre i egen fritid, inkludert ta ekstrajobb/tilleggsjobb utover de begrensninger som er omtalt over. Det må legges til grunn at en eventuell begrensning må være saklig begrunnet. Hvorvidt arbeidsgiver kan begrense en arbeidstakers bierverv må vurderes konkret, f.eks. at biervervet er så omfattende at det går ut over hovedstillingen, eller at biervervet medfører inhabilitet i hovedstillingen. Det vil også kunne være tilfeller hvor arbeidsgiver vil kunne nekte en arbeidstaker å ha bierverv fordi det kan hevdes at arbeidstaker driver i konkurranse med egen arbeidsgiver. Samtidig vil jeg peke på at Sivilombudsmannen i en uttalelse fra 2007 stilte spørsmål om det var noen form for økonomisk konkurranse mellom et helseforetak og et privat røntgeninstitut.

Håndtering av helsepersonells bierverv er gitt oppmerksomhet over flere år. Eierkrav er formidlet regionale helseforetak gjennom foretaksmøter. Som forslagsstillerne er kjent med ble det i foretaksmøter i januar 2019 stilt krav om at arbeidsgivere i spesialisthelsetjenesten skal innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell. Dette kravet ble stilt med bakgrunn i helsepersonelloven § 19 andre ledd, og omfatter all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller

oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l. Innføring av slik meldeplikt kommer i tillegg til den selvstendige opplysningsplikt helsepersonell allerede har etter helsepersonelloven § 19 første ledd.

Det kan potensielt være uheldige sider ved at helsepersonell har ulike ansettelsesforhold som kan være, eller oppleves å være, i konflikt. Samtidig har mange ansatte i helseforetakene ulike type arbeidstilknytninger, og det er begrenset hvor strengt dette kan og bør reguleres. Fra departementets side har det derfor primært vært viktig at det utvikles god oversikt og transparens rundt bierverv hos arbeidsgivere i helsetjenesten. Selv om det arbeides med å utvikle heltidskultur og redusere deltid i helseforetakene, er det og en kjensgjerning at mange velger å jobbe redusert tid av ulike grunner. Dette gir også anledning til å ta deltidsjobb eller kombinasjonsstilling ved siden av hovedarbeidet. Det vil være krevende dersom det skal legges begrensninger i deltidsansattes mulighet til å utnytte sin kompetanse, selv om deltiden er frivillig eller ufrivillig. Samtidig forventes det at ansatte selv ivaretar ryddighet og informasjon vis-a-vis arbeidsgiver, i samsvar med lovverk og styringskrav. Jeg mener det også vil være utfordrende å innføre begrensning til å inneha bierverv knyttet opp til én spesiell arbeidstakergruppe i samfunnet.

#### *Risiko for skader*

Når det gjelder forslaget knyttet til skader og komplikasjoner ved privat behandling, minner jeg om at helsetjenesten er underlagt en rekke lovkrav knyttet til kvalitet som gjelder private leverandører uavhengig om de har avtale med det offentlige. Helselovgivningen stiller blant annet krav om forsvarlige tjenester, internkontroll og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Alle tjenesteytere – både private og offentlige – har ansvar for å overholde disse kravene til enhver tid. I henhold til helsepersonelloven skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det følger videre av loven at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. Når det gjelder private aktører i fritt behandlingsvalg-ordningen, så skal leverandørene følge opp alle deler av helsehjelpen. Dette gjelder undersøkelser, behandling og oppfølging, som for eksempel etterkontroller eller oppfølging av infeksjoner og andre komplikasjoner. Dersom det oppstår komplikasjoner som krever mer omfattende oppfølging, skal selvfølgelig pasienten overføres til et behandlingssted som har kompetanse til å håndtere dette. Det gjelder uavhengig av om komplikasjonen oppstår etter behandling hos en fritt behandlingsvalg-leverandør, hos en avtalespesialist eller ved et offentlig sykehus.

Jeg viser videre til at det er lovfestet at aktørene i privat helsetjeneste skal melde fra og yte tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning. Tilskuddsordningen er selvfinansiert som innebærer at aktørene betaler inn årlige tilskudd til NPE til dekning av alle fremtidige kostnader knyttet til ev. skader de påfører pasientene, herunder saksbehandling, advokatutgifter og erstatningsutbetalinger. Tilskuddene er fastsatt i forskrift og differensiert i grupper av helsepersonell basert på skaderisiko og omfang av virksomheten. Bakgrunnen for ordningen er å sikre at alle pasienter har den samme tryggheten ved en eventuell pasientskade, uavhengig av offentlig eller privat behandling.

### *Regulering av kommersielle engangsleger*

Jeg legger til grunn at forslagstillerne med begrepet "kommersielle engangsleger" mener helprivate aktører som konkurrerer med fastlegene, men som ikke kan tilby samme kontinuitet over tid. Reseptregisteret inneholder i dag ikke opplysninger om rekvisit som kan skille på forskrivning av henholdsvis fastleger og helprivate leger, og heller ikke diagnosedata som gjør at vi kan avdekke relevante systematiske kvalitative forskjeller. Vi har heller ikke tilstrekkelig data for henvisningspraksis hos de helprivate aktørene til å gjennomføre slike analyser. Det er viktig å merke seg at reguleringen stiller like krav til kvalitet og forsvarlighet til både fastleger og de helprivate aktørene, og den er uavhengig av finansierings- og avtaleform.

### *Køer hos private*

Forslagsstillerne uttrykker bekymring over meldinger om at private aktører som har avtaler med helseforetak, holder av plasser og tilbyr henviste pasienter raskere behandling mot betaling. Forslagsstillerne viser til eksempler knyttet til røntgen og MR. Jeg mener at det her må skilles mellom tjenester som tilbys på vegne av den offentlige helsetjenesten og tjenester som er privatfinansiert. Private aktørers mulighet til å tilby tjenester i et marked, ut over det som inngår i spesifikke avtaler med helseforetakene, kan vanskelig forhindres eller reguleres bort. Dette ville heller ikke være hensiktsmessig eller i samsvar med gjeldende politikk.

Når det gjelder leverandører som har avtale med de regionale helseforetakene, er det viktig at inngåtte avtaler og forpliktelser følges opp av de regionale helseforetakene og etterleves av private leverandører av helsetjenester. Jeg er kjent med at det er oppmerksomhet i de regionale helseforetakene rundt håndtering av slike problemstillinger i forbindelse med anskaffelsesprosesser og avtaleinngåelser med private leverandører. I kontrakter som inngås uttrykkes dette eksplisitt i form av formuleringer om at leverandører ikke skal markedsføre sitt private tilbud til pasienter som henvender seg til instituttene under avtalen, med mindre pasienter eksplisitt selv ber om det. Tilbydere skal heller ikke i sin kommunikasjon aktivt henvise til eller reklamere for behandlingsoalternativer som ligger utenfor aktuell avtale. Det er også slik at avtalene mellom de regionale helseforetakene og private leverandører kan regulerer hvordan tilbudet skal planlegges og leveres, for eksempel jevnt fordelt over en gitt periode.

Offentlig finansierte spesialisthelsetjenester skal for øvrig innfri aktuelle lovkrav knyttet til spesialisthelsetjenesten med tilhørende forskrifter og retningslinjer, eksempelvis prosedyrer og regler som gjelder for henvisning, inntak og utskrivning. Av dette følger også at privat tjenestetilbud som er finansiert av de regionale helseforetakene er underlagt prinsippene for prioritering, herunder prioriteringsforskriften, som gjelder i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

### *Helseforsikring*

Det legges til grunn at det med omsetningsavgift på private helseforsikringer menes en særavgift på omsetning av private helseforsikringer i forslag 6. En særavgift på omsetningen av private helseforsikringer vil øke prisen på slike forsikringer og dermed bidra til å redusere omfanget av private helseforsikringer. Redusert omfang av private helseforsikringer vil

imidlertid ikke gi en bedre offentlig helsetjeneste. Hvis formålet er å bedre den offentlige helsetjenesten vil det være mer målrettet å gi økt støtte over statsbudsjettets utgiftsside. Det er ikke behov for å innføre nye avgifter for å øke satsingen på den offentlige helsetjenesten. En slik utgiftsøkning kan eventuelt dekkes inn ved å redusere andre utgifter eller øke eksisterende skatter og avgifter.

Jeg viser til at regjeringen i 2018 nedsatt et ekspertutvalg som skal gå gjennom og kartlegge bruk av private leverandører innenfor offentlig finansierte velferdstjenester. Utvalget skal levere sin innstilling innen utgangen av 2020.

Jeg er enig med forslagsstillerne at det ikke er ønskelig at omfanget av private helseforsikringer øker. Pasienter skal ikke ha behov for helseforsikringer for å få nødvendig helsehjelp. Men vi er uenige i hvor løsningen ligger.

Når det gjelder utviklingen i bruk av private helseforsikringer viser jeg til at den store etterspørselsøkningen etter private helseforsikringer kom i 2010 og 2011. Da var også ventetidene betydelig lengre enn de siste årene. Det var altså under den rødgrønne regjeringen at vi så at markedet for helseforsikringer økte kraftig.

Denne regjeringen har prioritert å få ned ventetidene. Vi har redusert dem med to uker fra 2013 til 2019. Med innføring av fritt behandlingsvalg-ordningen, gir vi pasientene mer valgfrihet og reduserte ventetider – og den stimulerer effektiviteten i offentlige sykehus. Vi gir pasientene rett til å velge behandling hos godkjente private for det offentliges regning. I tillegg øker helseregionene sine kjøp fra private gjennom anbud. Dette er tiltak som reduserer folks behov for private helseforsikringer. Jeg mener at dette er bedre enn en modell der private leverandører er til stede, men kun for dem som kan betale for det. Vår løsning er at de er der for folk flest, ved at private aktører kan utføre oppgaver på vegne av det offentlige. I tillegg har vi innført pakkeforløp på flere områder, med klare forventninger om frister og ventetid.

#### *Tannhelse*

Når det gjelder forslaget om å innføre pristak på tannhelsetjenester, vil jeg innledningsvis understreke at prisregulering på tannhelsetjenester ikke er utredet. Virkningene for pasientene, for private tannklinikker og for staten avhenger av en rekke ulike forhold. Jeg omtaler her noen av aspektene knyttet til prisregulering. Kostnadene for staten og for tannklinikkene er ikke utredet og avhenger av valg av innretning.

Med pristak forstås det at staten innfører maksimalpriser. I helsesektoren fastsetter staten egenandeler samt refusjon til behandler for tjenester fra blant annet lege og legespesialist. Disse størrelsene fastsettes gjennom takstforhandlinger mellom staten og profesjonsforeningene, der inntekt, lønnsvekst og arbeidsmengde er sentrale parametere.

Private tannleger driver i hovedsak sin virksomhet basert på fullt betalende, voksne pasienter. Voksne har i utgangspunktet ansvar for å betale for tannbehandling, med mindre den enkelte har lovfestet rett til vederlagsfri behandling, slik tannhelsetjenesteloven fastsetter for enkelte grupper. De aller fleste voksne i Norge har ikke slike rettigheter. Det er dessuten

et mindretall som har tannhelseproblemer eller medisinske tilstander eller lidelser som gjør at de innfrir krav til stønad fra Folketrygden til tannbehandling. Det anslås at 12,8 prosent av voksenbefolkningen mottar slik stønad.

Et pristak kan innrettes på ulike måter. Ett alternativ er, som representantforslaget omtaler, å innføre et pristak på tjenester som ytes til pasienter som mottar stønad til tannbehandling fra folketrygden. Om lag 12,8 prosent av voksenbefolkningen mottar slik stønad. Et annet alternativ er at kun utvalgte tjenester i tannklinikkenes omfattes av prisregulering. Man kan for eksempel tenke seg at kostbare undersøkelser og behandling, for eksempel kirurgi eller implantater, eller kosmetisk behandling, som for eksempel tannbleking, ikke skal omfattes.

#### Virkninger for staten

De administrative kostnadene for staten dersom det innføres pristak/prisregulering på tannhelsetjenester, omfatter trolig følgende:

- Det kreves en administrasjon som kan monitorere prisdannelsen på tannhelsetjenester, slik SSB i dag gjør på flere forbrukssteder.
- Med en omfattende prisregulering, kan det være nødvendig for staten å følge med på inntekstdannelsen hos private tannleger og utvikle mål for lønnsvekst.
- For å kunne fastsette maksimalpriser er det nødvendig med en offentlig administrasjon som har innsikt i kostnadsgrunnlaget for de tjenester som ytes, både med hensyn til undersøkelse og behandling, men også øvrige kostnader knyttet til drift og investeringer i tannklinikkenes.
- Det kreves et tilsynsorgan som har i oppgave å kontrollere tannhelsepersonellens faktiske prissetting, og sanksjonere overfor personell som tar høyere priser enn maksimalprisene.

#### Virkninger for private tannleger

Å innføre prisregulering på tannhelsetjenester, innebærer et relativt stort inngrep i virksomheten til selvstendig næringsdrivende tannleger, som krever en lovendring for å sikre hjemmelsgrunnlag.

#### Virkninger for pasientene og utilsiktede virkninger

En eventuell prisregulering på tannhelsetjenester vil kunne få konsekvenser som man ikke overskuer med en gang eller som er utilsiktet. Maksimalprisregulering for en del av pasientene, for eksempel dem som har rett til stønad fra Folketrygden, kan medføre at tannklinikkenes ønsker å kompensere et mulig inntektstap ved prisøkninger på tannbehandling til øvrige pasienter. Innføres maksimalpriser på noen tjenester, kan det medføre at prisene øker på de tjenestene som ikke omfattes av maksimalprisene.

Med utgangspunkt i at private tannleger i dag eier og driver sin egen virksomhet, at de har fri etableringsrett og fri prissetting, er det også mulig å tenke seg at en del tannleger ikke ønsker å være en del av en ordning med prisregulering. Det er mulig at man dermed får en todeling av den private tannhelsetjenesten, der en del tannklinikker/tannhelsepersonell ikke ønsker å yte tjenester til pasienter som omfattes av prisregulering, eller at disse pasientene prioriteres lavere og får økt ventetid på behandling. I geografiske områder med lav dekning av tannhelsepersonell, kan dette representere et potensielt problem. Konsekvenser for

pasientene og for tilgjengeligheten til tannhelsetjenester er trolig sentrale spørsmål i en eventuell utredning av prisregulering.

Det er bred enighet om at det er et offentlig ansvar å sikre en offentlig finansiert helsetjeneste. Jeg mener at regjeringens politikk som innebærer et samarbeid med private, både ideelle og kommersielle aktører, om å utføre oppgaver på vegne av det offentlige er et viktig virkemiddel for å motvirke privatisering og en todelt helsetjeneste.

Med hilsen



Bent Høie