

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202400489

Dato: 21-01-2025

Høring: NOU 2024:17 Kommersielle og ideelle aktørers rolle i fellesskapets velferdstjenester

Legeforeningen takker for muligheten til å gi innspill til Digitaliserings- og forvaltningsdepartementets høring av "NOU 2024: 17 Kommersielle og ideelle aktørers rolle i fellesskapets velferdstjenester". Utredningen har vært på høring i Legeforeningens organisasjonsledd. Høringsuttalelsen er vedtatt av Legeforeningens sentralstyre.

Utvalget har levert en omfattende utredning. Legeforeningen vil i hovedsak kommentere kapittelet som omhandler spesialisthelsetjenesten, med særlig vekt på utvalgets omtale av avtalespesialistordningen. Denne er svært mangelfull og i stor grad basert på feil premisser. I tillegg vil vi knytte noen innledende kommentarer til utvalgets mandat og referansem modellene som lanseres i utredningen.

Mandatet

I mandatet til utvalget fremkommer det at formålet med utvalget er å utrede hvordan kommersiell drift kan utfases i ulike skattefinansierte velferdstjenester. Legeforeningen stiller seg kritisk til at mandatet til utvalget tar utgangspunkt i at private tilbydere av skattefinansierte velferdstjenester skal utfases. Det er svært uvanlig i norsk utredningspraksis, og i strid med utredningsinstruksen, at konklusjonen nærmest er gitt i bestillingen fra oppdragsgiver. Vi opplever at dette er politisk betinget, og at premisset for utredningen langt på vei er ideologisk styrt.

Referansem modellene

Utvalget lanserer tre ulike referansem modeller for utfasing og strengere regulering av kommersiell drift:

1. Offentlig egenregi
2. Offentlige og ideelle leverandører
3. Offentlige, ideelle og kommersielle leverandører

Legeforeningen mener det er en svakhet at nullalternativet med dagens modell ikke er en av modellene som vurderes, eller at de tre modellene sammenlignes med dagens modell. Referansem modell 3 er den modellen som er nærmest dagens modell, med fortsatt innslag av ideelle og private leverandører av velferdstjenester, men der det foreslås en strengere regulering enn i dag.

Manglende inkludering av dagens modell svekker kunnskapsgrunnlaget for utredningen. Dersom hensikten med en endring er bedre organisering og tjenestetilbud enn i dag, er det nødvendig med kunnskap om hva som fungerer og ikke fungerer med dagens modell. Først da vil det bli tydelig hvor behovet for endring er, og hva som ønskes forbedret med endringen.

Legeforeningen merker seg også at utvalget ikke kommer med klare anbefalinger knyttet til de tre referansemodellene. Det er vanlig praksis at offentlige utvalg kommer med tydelige forslag og anbefalinger. Utvalget har ikke en anbefaling av hvilken av disse modellene som er mest hensiktsmessig eller realistisk å innføre. Dette er en svakhet ved utredningen.

Kapasitet i spesialisthelsetjenesten

På side 357 i utredningen står det: "Utvalgets vurdering er at det er tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å kunne utfase kommersielle velferdstilbydere, hvis det er politisk vilje til det". Dette er en påstand vi stiller oss undrende til. Legeforeningen mener det er bekymringsfullt at dette fremstår som et grunnleggende premiss for utvalgets videre forslag. Legeforeningen mener det er manglende realisme i denne påstanden, som gjør det utfordrende å vurdere de øvrige forslagene fra utvalget.

Den offentlige helsetjenesten er under sterkt press. Gapet mellom tilgjengelige ressurser, både økonomiske og menneskelige, og oppgavene i helsetjenesten er stort og økende. Slik Legeforeningen oppfatter dagens situasjon i sykehusene, er det hverken ressurser, kapasitet eller areal nok til at det offentlige i nærmeste fremtid kan overta alle velferdsoppgavene som i dag utføres utenfor offentlig spesialisthelsetjeneste, i offentlig regi, uten at det går utover befolkningens tilgang til helsehjelp, men også arbeidsforholdene i helsetjenesten.

Bruken av begrepet "kommersielle aktører"

Legeforeningen mener utvalgets bruk av begrepet "kommersielle aktører" er upresist og kan føre til misforståelser. Selv om private aktører som leverer skattefinansierte velferdstjenester skaper fortjeneste, leverer de ikke markedsbaserte tjenester. Næringsdrivende leger med driftsavtale med det offentlige, som avtalespesialistene, er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, strengt regulert, organisert og styrt. De har ikke anledning til å justere priser på sine tjenester slik private uten avtale med det offentlige har. En stor utfordring i denne utredningen er at alle private aktører plasseres i samme kategori. En korrekt fremstilling ville være å skille mellom næringsdrivende aktører med og uten driftsavtale med det offentlige.

Legeforeningen bemerker også at begrepsbruken ikke er konsekvent. På side 287 står det følgende om avtalespesialistene: "Disse er personlig næringsdrivende, og ikke kommersielle selskaper". Utvalgets beskrivelser av avtalespesialistordningen vil bli nærmere omtalt i avsnittet nedenfor.

Avtalespesialistordningen

Utvalget omtaler avtalespesialistene som kommersielle virksomheter, og plasserer dem i samme kategori som store kommersielle og helprivate selskaper. Utvalget synes å se bort fra at avtalespesialistene er en integrert del av den offentlige spesialisthelsetjenesten som skal bidra til at de regionale helseforetakene oppfyller sitt sørge-for-ansvar. Avtalespesialistene har også helt andre rammevilkår enn helkommersielle selskaper. De er underlagt en rekke forpliktelser i rammeavtalen og individuelle avtaler, herunder normtall, avtalt profil i praksis og må i henhold til rammeavtalen organisere ventelisten iht. gjeldende prioriteringsveiledere. I tillegg er det forskriftsregulert hvilke takster og egenbetalinger de kan ta, slik at inntektssiden kun kan påvirkes gjennom antall konsultasjoner. Legeforeningen mener at utvalgets kategorisering av avtalespesialister som kommersielle virksomheter gjør at premissene for vurderingene av avtalespesialistordningen blir feil. Utvalget bidrar til å underbygge misforståelser om at avtalespesialistene ikke er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Dette svekker tilliten til utvalgets vurderinger.

Rapporten inneholder også direkte feil om avtalespesialistordningen: I faktaboks 12.3 om avtalespesialister står det at «Disse avtalene inngås etter anbudskonkurranse». Dette stemmer ikke. Avtalespesialistene må søke på utlyste avtalehjemler og inngår individuell driftsavtale med RHFet.

Driftsavtalen skal tildeles den best kvalifiserte søkeren, bl.a. basert på kompetanse og egnethet, jf. [rammeavtale mellom RHF-ene og Legeforeningen om avtalepraksis for legespesialister](#) § 5.

Nedleggelse av avtalespesialistordningen i referansemodell 1 og 2

Både referansemodell 1 og 2 innebærer at avtalespesialistordningen legges ned. Legeforeningen advarer sterkt mot disse modellene. Avtalespesialistordningen er effektiv og står for hhv. 22 % og 23,5 % av de polikliniske ytelsene innen somatikk og psykisk helsevern, til en lavere kostnad enn hos sykehusene. En nedleggelse av ordningen vil føre til et stort kapasitetstap i spesialisthelsetjenesten som vil få store negative konsekvenser for RHFenes evne til å sørge for spesialisthelsetjenester. Det vil følgelig gå utover pasientene, som vil oppleve økte ventetider og dårligere tilgang til spesialisthelsetjenester. Å legge ned avtalespesialistordningen vil heller ikke nødvendigvis føre til at legene velger å jobbe i det offentlige. Mange vil da velge å gå over i helprivat virksomhet, da det er stor etterspørsel etter det tilbudet avtalespesialistene representerer. Dette vil raskt gå utover pasienter som ikke har råd til å benytte seg av et helprivat tilbud. En gjennomføring av forslagene vil undergrave den offentlige helsetjenesten, ha store negative konsekvenser for pasientrettighetene og øke det helprivate tilbudet.

Avtalespesialistene er en viktig og integrert del av spesialisthelsetjenesten, som sikrer god tilgjengelighet og kontinuitet, og ordningen bør videreutvikles for å utnytte kapasiteten best mulig. Det avtalebaserte samarbeidet mellom de sentrale partene (RHFene og Legeforeningen) fungerer godt og partene har de siste ti årene endret rammeavtalen på mange punkter og funnet gode løsninger på viktige behov i spesialisthelsetjenesten. Ordningen er blitt bedre integrert med den øvrige spesialisthelsetjenesten gjennom store endringer i rammeavtalen de siste årene, bl.a. er følgende ordninger/endringer fremforhandlet:

- Plikt for avtalespesialister til å inngå samarbeidsavtale med HF
- Tydeligere misligholdsbestemmelse for avtalespesialister ved brudd på rammeavtalen
- Oppdatert regulering av krav til IKT
- Rapportering – felles arbeid for å samordne rapportering
- Hjemmel for RHFene til å iverksette revisjon i avtalepraksis ved lov- og avtalebrudd
- Ordning for gjennomføring av spesialistutdanning i avtalepraksis
- Rammer for rettighetsvurdering i felles henvisningsmottak for psykisk helsevern
- Begrensinger i adgang til å inngå senioravtale
- Avtalespesialistenes plikt til å forholde seg til prioriteringsveiledere

Den sentrale avtalepartene, Legeforeningen og RHF, skal jobbe videre med å videreutvikle ordningen og Legeforeningen oppfordrer Helse- og omsorgsdepartementet til å legge til rette for en videreutvikling av avtalespesialistordningen, slik at partene i fellesskap kan legge til rette for at kapasiteten kan utnyttes på best mulig måte.

Strengere regulering av kommersielle tilbydere i referansemodell 3

I referansemodell 3, som viderefører bruk av kommersielle tilbydere i spesialisthelsetjenesten, foreslår utvalget å utrede strengere regulering av de kommersielle aktørene.

Ett av forslagene utvalget foreslår å utrede nærmere, er å begrense helkommersiell virksomhet fra tilbydere som har avtale med de regionale helseforetakene eller mottar annen offentlig støtte. Formålet er bl.a. å tydeliggjøre skillet mellom virksomheter som arbeider innenfor og utenfor det offentlig finansierte helsevesenet. Legeforeningen er enig i at det er viktig å unngå sammenblanding av offentlig finansierte helsetjenester og helprivate helsetjenester. I rådgivningen til våre medlemmer understreker vi viktigheten av at evt. helprivat virksomhet må holdes klart adskilt fra

offentlig finansiert virksomhet. Herunder ber vi legene sørge for at det trekkes opp et klart økonomisk skille mellom virksomhetene gjennom atskilte regnskaper, for å kunne dokumentere at offentlige midler ikke går til å finansiere helprivat virksomhet og til å gi helprivat virksomhet en konkurransefordel. Vi understreker også at legene må sørge for at virksomhetene holdes atskilt på en slik måte at det er tydelig for pasientene hvorvidt virksomheten de oppsøker er offentlig finansiert eller helprivat.

Utvalget foreslår videre å innføre en godkjenningsordning for kommersielle helseaktører som også gir allmenheten og brukere bedre innsyn i økonomiske forhold og åpenhet om eiere og økonomiske transaksjoner mellom institusjonene og eiere, ledelse og styre. Vi oppfatter at forslaget omfatter private aktører som har avtale med det offentlige, og ikke aktører som utelukkende driver helprivate helsetjenester. Hensynene bak forslaget treffer etter vår vurdering dårlig på avtalespesialistpraksiser. Disse praksisene er i all hovedsak enkeltpersonforetak, og avtalespesialistordningen er basert på at den enkelte lege har en individuell driftsavtale med RHFet. Dette er en modell som i seg selv både sikrer kontroll med hvem som leverer tjenesten, som hindrer kommersialisering og kjededannelser, og har en gjennomregulert økonomi der Helfo har betydelige kontrollmuligheter.

Kvalitet og prioritering

Når det gjelder utvalgets bekymringer rundt kvalitet og prioritering understreker vi at avtalespesialister iht. rammeavtalen § 4.1 har plikt til å følge prioriteringsveiledere når de vurderer de henviste pasientene. Det finnes gode tall på aktivitet hos avtalespesialistene gjennom data fra Helfo og fra NPR. Der kan man finne hvor mange konsultasjoner avtalespesialistene har per år, hvor mange unike pasienter, hvor mange nyhenviste og hvor mange kontrolltimer. Man har også oversikt over prosedyrer og diagnoser. Dette gir god oversikt per lege.

Vi viser også til at dagens avtaleverk inneholder gode virkemidler for kontroll og oppfølging av avtalespesialister. Blant annet er det nylig innført en rett for RHFene til å gjennomføre internrevisjon i avtalepraksis for å undersøke om virksomheten gjennomføres i tråd med rammeavtalen, den individuelle avtalen eller myndighetsfastsatte krav.

Avsluttende kommentarer

Legeforeningen ønsker å understreke at å utfase ideelle og/eller kommersielle velferdstilbydere for å bygge opp offentlig kapasitet ikke er så enkelt som det fremstilles i omtalen av referansemodell 1 og 2. Som det det fremkommer i utredningen står ideelle og kommersielle aktører for henholdsvis 6 % og 5 % av statens utgifter til den skattefinansierte spesialisthelsetjenesten. I tillegg til det økonomiske aspektet, er det ikke gitt at de etablerte fagmiljøene vil ønske å bli med på en slik omstrukturering. Da vil den offentlige helsetjenesten stå i fare for å miste viktig og nødvendig kompetanse. Samtidig vil det være meget ressurskrevende å etablere nye fagmiljøer. Vi vil bemerke at en eventuell utfasing, med dertil økt oppgavetilfang til det offentlige, ikke kan gå på bekostning av pasientbehandling, forskningsaktivitet, faglig utvikling eller spesialist- og grunnutdanning av leger og annet helsepersonell.

Utvalget skriver at fristbruddordningen skal fjernes i referansemodell 1 og 2, og at midlene skal overføres til offentlig virksomhet. Legeforeningen vil påpeke at dette vil fjerne en viktig forsikring for pasientene om at de vil bli tilbudt helsehjelp når de har blitt rettighetsvurdert. Å overføre midlene til de regionale helseforetakene er ikke ensbetydende med at kapasiteten i sykehusene øker.

Både de ideelle og private som har avtale med det offentlige er en integrert del av spesialisthelsetjenesten. De sørger for mangfold, tilgjengelighet og tjenester av god kvalitet. Legeforeningen mener at det beste for både pasienter og helsepersonellet er å videreutvikle og



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

forbedre dagens spesialisthelsetjeneste, der det er rom for både offentlige, private og ideelle tilbydere av helsetjenester.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Marit Randsborg
avdelingsdirektør

Gisle Bruknapp
seniorrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)