

Høringsinnspill fra NHO Geneo, Helse og Velferd, til NOU 2023:8 Felleskapets sykehus

NHO Geneo er landsforeningen for helsenæringen, velferd og oppvekst, og organiserer leverandører av helsetjenester i behandlingsleddet innenfor både primær- og spesialisthelsetjeneste, legemiddelindustri, kompetansebedrifter som utvikler og leverer medisinsk utstyr, laboratoriestyr, måleutstyr og hjelpemidler i det norske markedet.

Dette høringsinnspillet gjelder bransjeområdet Helse og Velferd som representerer små, mellomstore og store ideelle og private virksomheter innen barnevern, heldøgns bemannede omsorgsboliger, hjemmebaserte tjenester, private sykehjem, private sykehus og klinikker, legetjenester, kiropraktikk, arbeidsinkludering, rehabiliteringsvirksomheter, treningssentre og brukerstyrt personlig assistanse. Bransjen Helse og Velferd omfatter per juni 2023 i overkant av 1300 virksomheter, om lag 1200 årsverk, som til sammen omsatte for 12.5 mrd NOK i 2022.

Majoriteten av våre medlemmer driver sine tjenester etter avtaler med stat og kommune, og inngår i våre felles helse- og velferdstjenester. Medlemmene er sentrale bidragsyttere til kapasitet, fagutvikling, innovasjon og effektivisering av bærekraftige helse og velferdstjenester.

Vi viser for øvrig til egne høringsuttalelser fra NHO, fra vår landsforening NHO Geneo, og fra bransjeforeningene LMI og Melanor i NHO Geneo.

Overordnet om høringsforslaget:

Vi støtter Helseforetakslovens intensjon om å sikre likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Vi erfarer at private helseaktører utgjør avgjørende bidrag for å sikre dette, og at det ligger et stort potensiale i ytterligere samarbeid mellom offentlige og private aktører i videreutviklingen av vår felles helsetjeneste.

Gjennom avtaler med private aktører, som er styrt etter prioriteringene i sykehusene, sikres det i dag at de som har størst behov for hjelp får det først. Vi er imidlertid bekymret over at en mulig ytterligere innskrenkning av private aktørers adgang til å bidra til vår felles helsetjeneste vil føre til lengre helsekøer, og med det fremveksten av et todelt helsevesen. For det få ting som skaper så stor etterspørsel etter private helsetjenester som lange offentlige helsekøer, og vi ser i Norge nå en økning i ventetid innen de aller fleste

behandlingsformer. I somatikken er nå gjennomsnittlig ventetid 71 dager, mens målet er 50 dager. For enkelte somatiske inngrep er ventetiden opp mot to år.

I tillegg til å bidra til utviklingen av et todelt helsevesen, gir ventetider enorme personlige og samfunnsøkonomiske belastninger. For noen vil det også føre til en forverring av helsetilstanden. Raskere behandling på sin side, har positive effekter både for samfunnet og for enkeltpersoner, ved at flere kan inkluderes i, og stå i arbeid over tid, reduksjon i belastningene ved utenforskap og begrenset risiko for videre sykdomsutvikling. Behandlingene det her er snakk om er behandlinger pasientene uansett har rett til som borgere i Norge. Da er det samfunnsøkonomisk fornuftig å bruke kapasiteten og kompetansen som er hos private aktører til å gi nødvendig behandling, og avlaste de offentlige sykehusene. Garantisten for et mer effektivt helsevesen og mot en todeling av helsetilbudet, er en sterk stat som evner å forvalte ressursene som er både i de offentlige og de private helsetilbudene, til det beste for pasientene.

Nærmere om forslagene i høringsforslaget

2.1.6 Markedstenkning i styringen av helseforetakene

Utvalget anbefaler at de regionale helseforetakene blir tildelt en årlig ramme basert på størrelsen på befolkningen, justert for behov og regionale kostnadsforskjeller

- Vi støtter dette forslaget under forutsetning av at det også kompenseres for regionale forskjeller i folkehelse. Vi anbefaler at det etableres like parametere for kvalitet og omfang av behandling til befolkningen, uavhengig av om helsetilbudet ytes fra en offentlig eller privat aktør. Finansieringen må gjenspeile behovene i den enkelte helseregion.

Utvalget viser til Helsepersonellkommissjonens omtale av prioritering og reduksjon av overbehandling, og mener at en omlegging til rammefinansiering som hovedmodell vil redusere økonomiske insentiver til behandling med *lav eller ingen dokumentert effekt*.

- Vi vurderer at det er uklart hva utvalget legger i dette, og anbefaler at effekten av behandling konkretiseres og dokumenteres før tiltak for å redusere overbehandling iverksettes. Vi støtter imidlertid tiltak som sikrer at pasienter i hele landet får lik rett til lovpålagte helsetjenester av dokumentert effekt, og at helseforetakene inngår avtaler med private aktører, der dette er nødvendig for å sikre tilgangen til helsetjenester. I dette er det avgjørende at pasientenes rettigheter er førende, ikke ideologiske mål for eller imot private helseaktører.

Utvalget legger til grunn at helseforetakene involveres i forkant av at de regionale helseforetakene utlyser nye anbuds konkurranser og inngår avtaler med private leverandører. Utvalget anbefaler også at man tilstreber at den samlede finansieringen av

avtalespesialistene skal inngå som en del av finansieringen av de regionale helseforetakene.

- Vi vurderer at det er uklart hvordan, og i hvilket omfang de regionale helseforetakene skal involveres i forkant av utlysning av anbudskonkurranser, og hva som er formålet med dette. For øvrig mener vi at det er hensiktsmessig at helseforetakene står fritt til å lyse ut konkurranser for å ivareta sitt *sørge for ansvar*, og sikre befolkningen rettighetsbaserte tjenester.

Utvalget anbefaler at private aktører som leverer helse- og omsorgstjenester uten avtale med den offentlige helse- og omsorgstjenesten, skal ha plikt til å rapportere behandlingsaktiviteten til etablerte helseregistre.

- Private helseaktører rapporterer allerede til NPR og andre kvalitetsregistre. Vi støtter for øvrig at private og offentlige aktører pålegges like plikter til å rapportere på både kvalitet og behandlingsaktivitet og at dette også gjelder de som ikke har avtale med det offentlige, men leverer i et privatmarked.

Utvalget foreslår også at det utredes, om en form for godkjenningsordning bør gjelde for etablering av privatfinansierte helsetjenester. Dette vil ifølge Utvalget kunne bidra til å begrense private aktørers etterspørsel etter helsepersonell.

- NHO Geneo er uenig i fremstillingen om at private aktører «tapper» offentlige helsetjenester for helsepersonell. Private aktører er en viktig del av vår felles helsetjeneste, og yter rettighetsbaserte helsetjenester, regulert i helselovgevingene, og som pasientene uansett trenger. For pasientene er det derfor vilkårlig om behandlingen gis fra private eller offentlige aktører. Private aktører bidrar i tillegg til rekruttering og utdanning av helsepersonell og der det mangler helsepersonell, burde det heller legges til rette for at private aktører i enda større grad kan bidra til utdanning og rekruttering av helsepersonell.

Vi anerkjenner imidlertid at det er bemanningsutfordringer i enkelte deler av helsetjenesten, men vi er uenige i at disse utfordringene kan relateres til privates omfang. Det er heller ikke snakk om en massiv kompetanseflukt fra offentlige til private helsetilbydere. Utfordringen er ikke at helsepersonell velger å jobbe hos private helsetilbydere. Private sykehus sysselsetter i dag en svært liten andel av helsepersonell i Norge. Aleris, som er Norges største private helseforetak, sysselsetter under 1% av landets leger, og 0,5 % av landets sykepleiere. Aleris har også avtaler med det offentlige for deler av sine behandlinger, så for denne delen snakker vi uansett om offentlige finansierte helsetjenester med lik tilgang for pasientene, uavhengig av den enkeltes økonomi.

Tall fra SSB viser at de siste åtte årene har andelen sykepleiere i privat sektor gått ned, fra å utgjøre 10,2 prosent av de sysselsatte sykepleierne til å utgjøre 9,7

prosent. Andelen hjelpepleiere i privat sektor har gått fra 9,5 prosent til 8,8 prosent. Veksten i antall sykepleiere har vært dobbelt så stor i offentlige sykehus som den har vært hos private aktører.

Fremfor å tegne et bilde av at private aktører er en stor konkurrent til den offentlige helsetjenesten, bør man heller fokusere på hvordan offentlige og private aktører kan samarbeide om å rekruttere personell til helsesektoren, og ikke minst sikre at flere blir i yrket over tid. Det er en langt større utfordring at 17000 sykepleiere har valgt seg ut av helsesektoren, enn at noen få bidrar til å sikre gode og nødvendige helsetjenester i private foretak.

- Tiltak for å begrense private aktørers etterspørsel etter helsepersonell betyr i realiteten en begrensning i private tilbud og med det en begrensning i befolkningens tilgang til helsetjenester. Dette vil gi lengre ventetider til nødvendig behandling, flere som står utenfor arbeidslivet, økt press på offentlige helsetjenester, økt press på helsepersonell, begrensning i helsepersonells valgfrihet, og med det høy risiko for at flere velger arbeid utenfor helsetjenestene og at færre velger å gå inn.

2.2.2 Utvalgets vurderinger

Utvalget vurderer at det har vært vekst i markedet for utleie av helsepersonell, samtidig som økt omfang av private, kommersielle aktører gir et større arbeidsmarked utenfor den offentlig finansierte tjenesten.

- Vi erfarer at det er liten sammenheng mellom omfanget av utleie av helsepersonell og aktivitet hos private aktører. Det er for det første ikke lagt frem data som sier noe om hvilken eierform som leier mest personell, og et arbeidsmarked utenfor den offentlig finansierte helsetjenesten er ikke nødvendigvis en trussel mot helsepersonell i den offentlige helsetjenesten. Private helsetjenester bidrar også til rekruttering og utdanning av personell.

Utvalget vurderer at tilgangen på kvalifisert arbeidskraft vil være en av de største utfordringene i framtiden. Dette er godt dokumentert og grundig beskrevet av Helsepersonellkommissjonen. Det innebærer at helseforetak i større grad risikerer å konkurrere både med hverandre og med kommunene og med private aktører om den samme arbeidskraften.

- NHO Geneo vurderer at det ikke er noen risiko ved konkurranse så lenge det bidrar til økt rekruttering, at flere blir stående i arbeid. Mangel på konkurranse kan derimot bidra til et begrenset mangfold i valgmuligheter for helsepersonell, til at

færre velger seg yrke i helsetjenesten og flere helsepersonell velger seg til andre bransjer utenfor helsesektoren.

Det er, etter utvalgets vurdering, av avgjørende betydning for bærekraften til den offentlig finansierte helsetjenesten, at den er i stand til å samarbeide om bruk av kompetanse, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene, i tillegg til å rekruttere og holde på helsepersonellet i sektoren.

- Vi støtter utvalgets vurdering, og vil understreke viktigheten av at også private bidragsytere til vår felles helsetjeneste omfattes av samarbeid om bruk og utvikling av kompetanse, kvalitet og rekruttering.

4.4.2 Aktivitet, ventetider og årsverk mv

Behandlingsaktivitet

Utvalget beskriver at det innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i perioden 2015–2019 har vært en vekst i poliklinisk aktivitet mens antall døgnplasser har holdt seg stabilt på om lag samme nivå.

- Fra 2023 har avviklingen av Fritt behandlingsvalg ført til at antall døgnplasser er redusert innen psykisk helsevern og TSB. Det samme er mangfoldet i ulike behandlingsformer innen TSB og psykisk helse. NHO Geneo anbefaler at den kapasiteten som ble borte med avviklingen av fritt behandlingsvalg, så raskt som mulig erstattes av nye avtaler mellom helseforetakene og kvalifiserte private aktører.

4.4.4 Beredskap og samfunnsansvar

- Utvalget har i liten grad beskrevet private sykehus sine bidrag til helsevesenet under pandemien, og deres innsats bidro til å håndtere pasientstrømmen og sikre tilstrekkelig test- og behandlingsskapitet.

Vi legger til grunn Totalberedskapskommisjonens vurderinger av betydningen av samarbeid mellom offentlige og private sykehus, for å sikre en effektiv respons under nødsituasjoner. Som kommisjonen, vurderer vi at private sykehus kan spille en verdifull rolle i å avlaste det offentlige helsevesenet, og tilby ekstra kapasitet og ressurser i tider med krise, og vi anbefaler at kapasiteten private aktører utgjør, innlemmes i fremtidige beredskapsplaner for tilgangen til helse- og velferdstjenester.

4.4.5 Forskning og utdanning

Ved å tilby praktisk opplæring, samarbeide med utdanningsinstitusjoner, tilby spesialisering, drive forskning og legge til rette for kompetanseutveksling, bidrar private helseaktører til forskning og utdanning, og de har både kapasitet og vilje til å bidra enda mer enn de gjør i dag. Det er avgjørende at det legges til rette for dette.

8.2.2 Privatfinansierte tilbud av spesialisthelsetjenester

Utvalget vurderer at det finnes lite tilgjengelig informasjon om omfanget av spesialisthelsetjenester som ikke er betalt av det offentlige. Dette markedet omfatter både tjenester som også tilbys i det offentlige, og tjenester som faller utenfor sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene.

- NHO Geneo støtter at det etableres registre som sikrer en samlet oversikt helsetjenestene i Norge.

Utvalget slår fast at antall personer i Norge med privat helseforsikring har økt hvert år de siste 20 årene. Vi mener fordelene med helseforsikringer er større enn ulempene knyttet til lik tilgang. Helseforsikring er et viktig bidrag til at flere kan stå i jobb til tross behandlingsbehov, og til at færre faller utenfor arbeidslivet som følge av ubehandlede helseutfordringer. Når arbeidsgivere investerer i helseforsikring for sine ansatte bidrar det potensielt til at arbeidstakere kommer raskere tilbake og forebygger uhelse gjennom forebyggende behandling og behandling.

Framveksten av privatfinansierte tilbud kan etter utvalgets mening, føre til både økt forbruk og lavere indikasjonsgrenser for behandling, og økt sosial ulikhet i tilgangen til spesialisthelsetjenester. Det har også uønskede konsekvenser for arbeidsmarkedet for helsepersonell og kan føre til mangel på kompetanse i viktige fagmiljøer i den offentlige helsetjenesten.

- Vi er ikke enige i utvalgets vurderinger av konsekvensene ved fremveksten av privatfinansierte tilbud, og savner data som underbygger utvalgets synspunkter på dette området. Vi er imidlertid bekymret over at utestengelse av private helsetilbud fra vår felles helsetjeneste vil få de følgende som utvalget beskriver.

Vennlig hilsen
NHO Geneo

Torbjørn Furulund
Bransjedirektør

Reidar Holst Christensen
Fagdirektør

