

## Høringssvar – forslag om å avvikle refusjon for laboratorieanalyser rekvirert av helprivate behandlere som ikke har avtale med det offentlige

NHO Geneo er NHOs landsforening for helsenæringen, velferd og oppvekst, og består av bransjeforeningene Legemiddelindustrien (LMI), Melanor, Helse og Velferd og Barnehager.

Gjennom bransjeforeningen Helse og Velferd representerer vi blant annet små, mellomstore og store private (ideelle og kommersielle) virksomheter innen arbeidsinkludering, asylmottak, barnevern, bedriftshelsetjenesten, brukerstyrt personlig assistanse, digitale helsetjenester, hjemmebaserte tjenester, kiropraktorklinikker, omsorgsboliger, psykisk helse og avhengighet, rehabiliteringsvirksomheter, sykehjem, sykehus og klinikker, fastlegekontor, tannlegeklinikker og treningssentre.

NHO Geneo viser til høring om forslag til avvikling av refusjon for laboratorieanalyser rekvirert av helprivate behandlere uten offentlig avtale. Forslaget berører et bredt spekter av helsetjenester og pasientgrupper, og vil etter vårt syn ha betydelige konsekvenser for pasientsikkerhet, likeverdig tilgang til helsehjelp, helsepersonells faglige handlingsrom og den samlede ressursbruken i helsetjenesten. Forslaget bygger på et mangelfullt og feilaktig datagrunnlag, og det mangler en tilstrekkelig utredning av både økonomiske og helsefaglige konsekvenser. Tiltaket fremstår som en ideologisk og budsjettrevet løsning uten tilstrekkelig forankring i faktiske forhold, og innebærer en reell risiko for kostnadsflytting, økt belastning på offentlige helsetjenester og svekket pasienttilgang til nødvendig diagnostikk og behandling. NHO Geneo vil i det følgende redegjøre for hvorfor forslaget ikke vil gi de forutsatte innsparinger, hvilke utilsiktede konsekvenser det kan få for pasienter, helsepersonell og virksomheter, og hvorfor forslaget bør trekkes i påvente av et solid kunnskapsgrunnlag.

### Sviktende metodikk gir sterkt misvisende kostnads- og innsparingsanslag

I Prop. 1 S (2025–2026) legges det til grunn at innsparingen over kap. 732, post 77 og kap. 2711, post 70 samlet vil utgjøre 292 mill. kroner i 2026, med en helårseffekt fra 2027 anslått til 438 mill. kroner. Kostnads- og innsparingsanslaget bygger på Helsedirektoratets beregning av at det i perioden september 2024 til august 2025 ble utbetalt 401,8 mill. kroner i laboratorierefusjon til offentlige og private laboratorier for analyser rekvirert av leger uten offentlig avtale.

Datagrunnlaget er utarbeidet med utgangspunkt i KUHR-databasen, hvor rekvirentens HPR-nummer er benyttet som identifikator. For refusjonskrav der rekvirentens HPR-nummer ikke er knyttet til en aktiv praksis i Helfos register, har Helsedirektoratet lagt til grunn at rekvirenten er helprivat. Direktoratet vurderer selv at metoden er forbundet med lav usikkerhet. NHO Geneo er grunnleggende uenig i denne vurderingen, og mener metodikken gir et sterkt misvisende bilde av virkeligheten.

Problemet med å kategorisere rekvirenter utelukkende basert på HPR-nummerets tilknytning til aktiv praksis, forsterkes ytterligere av store og veldokumenterte ulikheter i registreringspraksis mellom helseforetak. Resultatene som presenteres i høringsnotatet underbygger i seg selv denne metodiske svakheten, og burde være et tydelig varsel om at det budsjetterte kostnadskuttet er betydelig overvurdert.

Helsedirektoratets egen sammenstilling viser at antallet rekvirenter som klassifiseres som helprivate behandlere uten offentlig avtale, utgjør om lag 12 724 HPR-numre. Når dette holdes opp mot at det totalt er om lag 31 650 yrkesaktive leger med norsk autorisasjon i Norge, blir det åpenbart at forutsetningene ikke kan stemme. Det er ikke plausibelt at nær 40 prosent av den norske legestanden arbeider helprivat uten offentlig avtale.

Videre fremgår det av høringsnotatet betydelige geografiske forskjeller i andelen laboratorieutbetalinger som tilskrives private rekvirenter uten offentlig avtale. Disse forskjellene lar seg ikke forklare av faktiske variasjoner i markedet. Helprivate behandlere uten offentlig avtale er i all hovedsak lokalisert i større byområder. Likevel fremkommer det i datagrunnlaget at andelen av slike utbetalinger i helseregion Nord skal utgjøre hele 17 prosent, sammenlignet med 1 prosent i region Vest, mens Oslo ligger på landsgjennomsnittet på 8 prosent. Dette fremstår som lite troverdig og indikerer klare feil i klassifiseringen.

Helsedirektoratet anslår videre at det årlig utbetales om lag 319 mill. kroner i laboratorierefusjon til regionale helseforetak, og 110 mill. kroner til private laboratorier, som følge av analyser rekvirert av behandlere uten avtale med det offentlige. NHO Geneo organiserer arbeidsgivere i hoveddelen av det helprivate markedet. Våre medlemmer rekvirerer i all hovedsak laboratorietjenester fra private leverandører, og i svært begrenset grad til de regionale helseforetakenes laboratorier. Den påståtte kostnaden på 319 mill. kroner til offentlige laboratorier kan derfor ikke reflektere faktisk aktivitet, men er en direkte konsekvens av feilaktig metodebruk knyttet til HPR-nummer.

Når tallgrunnlaget for de historiske kostnadene er beheftet med så betydelige og åpenbare feil, vil også innsparingsanslagene som Stortinget har lagt til grunn i statsbudsjettet være misvisende. Den faktiske budsjettinnsparingen over kap. 732, post 77 og kap. 2711, post 70 vil etter NHO Geneos vurdering være vesentlig lavere enn de anslåtte 292 mill. kroner i 2026 og 438 mill. kroner i helårseffekt fra 2027.

### **Avviklingen innebærer en kostnadsflytting, ikke en reell innsparing**

Når en pasient oppsøker helsehjelp og behandler, basert på en medisinskfaglig vurdering, rekvirerer en laboratorieanalyse, oppstår det to parallelle kostnader: behandlerens tidsbruk i konsultasjonen og kostnaden for selve laboratorieanalysen. Disse kostnadene oppstår uavhengig av om pasienten behandles i offentlig regi eller av en privat behandler uten offentlig avtale.

Forskjellen ligger i hvem som bærer kostnadene. Ved offentlig behandling dekkes både behandlers tid og laboratorieanalysen av det offentlige. Når pasienten velger en helprivat behandler uten offentlig avtale, dekker pasienten selv kostnaden for behandlers tidsbruk, mens laboratorieanalysen i dag refunderes på lik linje med offentlig rekvirering.

Dersom laboratoriekostnaden ved privat behandling flyttes over på pasienten, vil dette, slik høringsnotatet selv påpeker, føre til at mange pasienter velger bort privat behandling og i stedet oppsøker fastlege eller avtalespesialist med samme problemstilling. Konsekvensen er ikke at behovet for laboratorieanalyser forsvinner, men at de samme prøvene i stedet rekvireres av offentlige behandlere. Dette innebærer at kostnaden for laboratorieanalysene i realiteten flyttes fra privat til offentlig rekvirering. I tillegg vil kostnaden for behandlers tidsbruk også bli overført til det offentlige, ettersom konsultasjonen da skjer innenfor fastlege- og avtalespesialistordningen. Den budsjetterte besparelsen som følger av avviklingen, vil dermed i praksis være en regnskapsteknisk kostnadsflytting, snarere enn en reell innsparing.

Videre må denne kostnadsflyttingen vurderes i lys av kapasitetsutfordringene i den offentlige helsetjenesten. Fastleger og avtalespesialister har i dag ikke ledig kapasitet, men opererer allerede under betydelig press, med lange ventelister. En økt pasienttilstrømning vil derfor føre til lengre ventetider for både eksisterende og nye pasienter. Forsinket diagnostisering og behandling vil på sin side kunne medføre sykdomsforverring, økt behov for mer omfattende helsehjelp og økt sykefravær. Dette innebærer en samfunnsøkonomisk merkostnad som står i direkte motstrid til formålet om å redusere offentlige utgifter.

### **Svekker pasientrettigheter, pasientsikkerhet og tilliten til legeprofesjonen**

Regjeringens forslag om å avvike refusjon for laboratorieanalyser rekvirert av helprivate behandlere uten offentlig avtale innebærer en betydelig svekkelse av pasientenes rettigheter og undergraver tilliten til helsepersonells medisinskfaglige vurderinger. Det er en feilslutning å anta at det kun er pasienter med god økonomi som oppsøker private helsetjenester. Pasienter velger private tilbydere av en rekke grunner, blant annet for å få raskere tilgang til helsehjelp, ved manglende oppfølging i det offentlige eller for å få en ny og uavhengig vurdering. Kvinner som oppsøker privat gynekolog for celleprøve, eller pasienter som går til privat hudlege for vurdering av en mulig føflekkforandring, gjør dette av hensyn til egen helse og trygghet, ikke av økonomiske preferanser. En avvikling av refusjonsordningen vil kunne øke kostnaden for slik privat utredning med inntil flere tusen kroner, og dermed reelt begrense pasienters tilgang til nødvendig diagnostikk.

Leger, uavhengig av arbeidsgivers eierform, handler i tråd med medisinskfaglige vurderinger og er underlagt de samme kravene til faglig forsvarlighet etter helsepersonelloven. Dersom leger i privat praksis tvinges til å ta hensyn til pasientens økonomi ved vurderingen av hvilke laboratorieanalyser som skal rekvireres, vil dette være både uetisk og faglig uforsvarlig. Forslaget innebærer i realiteten en implisitt mistillit til hvordan leger utøver sitt profesjonsansvar. Når en laboratorieanalyse rekvireres, skjer det på bakgrunn av en medisinsk vurdering av indikasjon og behov. Leger har samme utdanning, autorisasjon og ansvar, uavhengig av om de arbeider i offentlig eller privat virksomhet. Mange leger arbeider også i begge sektorer. Det finnes ingen dokumentasjon som tilsier at leger rekvirerer flere eller mindre relevante analyser i privat praksis

enn i offentlig virksomhet. Tvert imot bygger all medisinsk virksomhet på en felles profesjonsetikk, der pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet står i sentrum.

Ved å flytte kostnaden for nødvendige laboratorieanalyser fra fellesskapet til den enkelte pasient, øker risikoen for at pasienter avstår fra å ta medisinsk indisert diagnostikk. Dette kan føre til forsinket utredning og behandling av alvorlig sykdom, med potensielt livstruende konsekvenser. En slik utvikling svekker pasientsikkerheten, kan være i strid med grunnleggende pasientrettigheter, og vil på sikt kunne medføre økte samfunnskostnader som følge av senere og mer ressurskrevende behandling.

### **Negative konsekvenser for flere helseområder**

Private tannleger utgjør over 70 prosent av den norske tannhelsetjenesten og står for hoveddelen av tannbehandlingen for den voksne befolkningen. På lik linje med leger er tannleger avhengige av laboratorieanalyser for å stille korrekte diagnoser, gjennomføre forsvarlig behandling og ivareta pasientsikkerheten. Dette omfatter blant annet patologiske analyser for diagnostikk, klinisk-kjemiske prøver for å kartlegge pasientens medisinske status, samt mikrobiologiske analyser som ledd i infeksjonskontroll. En avvikling av refusjon for laboratorieanalyser rekvirert av helprivate behandlere uten offentlig avtale vil innebære at kostnaden i sin helhet overføres til pasienten. For tannhelsetjenesten, som i stor grad er privatfinansiert, vil dette føre til økte egenandeler og økt risiko for at pasienter utsetter eller avstår fra nødvendig diagnostikk og behandling. Dette vil forsterke sosiale helseforskjeller, ettersom økonomi i større grad enn i dag vil avgjøre tilgangen til god tannhelse.

Bedriftshelsetjenesten er en fagkyndig, rådgivende tjeneste innen forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, og har en sentral rolle i oppfølging av arbeidsmiljøet i norske virksomheter. For en rekke bransjer med særlig risikofylt arbeidsmiljø er det lovpålagt å være tilknyttet en godkjent bedriftshelsetjeneste. Arbeidsmedisinere er legespesialister med ansvar for å forebygge, utrede og behandle sykdom og skader som oppstår som følge av arbeid, og rekvirerer kliniske laboratorieprøver som en nødvendig del av den arbeidsmedisinske utredningen i poliklinisk praksis. En avvikling av refusjonsordningen vil påføre virksomhetene økte kostnader knyttet til arbeidsmedisinsk oppfølging. Dette kan føre til at arbeidsgivere begrenser det arbeidsmedisinske tilbudet til ansatte utover minimumskravene i regelverket. For virksomheter som ikke er lovpålagt å være tilknyttet bedriftshelsetjeneste, kan økte kostnader i verste fall medføre at de velger å avstå fra slik tilknytning. Konsekvensen kan bli at ansatte i større grad presses over i fastlegeordningen, med ytterligere belastning på en allerede presset primærhelsetjeneste og svekket forebyggende innsats i arbeidslivet.

### **Skaper uforutsigbarhet for privat næringsliv og betydelig administrativ kompleksitet for helseforetakene**

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at de regionale helseforetakene skal gis adgang til å tilby medisinske laboratorieundersøkelser mot full betaling til private virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp uten avtale med det offentlige. Det overlates til det enkelte helseforetak å vurdere om de vil tilby slike tjenester, samtidig som departementet gjennom

foretaksmøter og oppdragsdokumenter vil kunne styre hvorvidt denne adgangen faktisk skal benyttes. Som departementet selv redegjør for i høringsnotatet, vil en slik ordning forutsette etablering av separate regnskap og medføre økte administrative kostnader for helseforetakene. I tillegg vil det være behov for omfattende tilpasninger av eksisterende laboratorieteknologiske løsninger, blant annet for å sikre et tydelig skille mellom analyser rekvirert av offentlige behandlere og analyser rekvirert av helprivate behandlere uten offentlig avtale.

Videre vil ordningen forutsette utvikling av en nasjonal og oppdatert oversikt over HPR-numre, der det klart fremgår om rekvirenten er tilknyttet offentlig virksomhet eller driver helprivat uten avtale. For behandlere som arbeider både i offentlig og privat sektor, må det i tillegg utvikles løsninger som entydig identifiserer hvilken virksomhet den konkrete rekvireringen skjer fra. Samlet sett representerer dette betydelige administrative, teknologiske og styringsmessige utfordringer som må være løst før helseforetakene i praksis kan tilby laboratorietjenester til private behandlere uten offentlig avtale. Dersom slike løsninger ikke etableres, vil private behandlere i realiteten være henvist til det private laboratoriemarkedet alene. Denne uforutsigbarheten er lite forenlig med næringslivets behov for stabile og forutsigbare rammevilkår, og skaper usikkerhet både for private helsevirksomheter og for pasientene som benytter seg av deres tjenester.

### **Mangler faglig beslutningsgrunnlag og bør trekkes**

Avviklingen av refusjon for laboratorieanalyser rekvirert av helprivate behandlere uten offentlig avtale bygger på et feilaktig datagrunnlag, noe som medfører at den forutsatte budsjettinnsparingen er vesentlig lavere enn antatt. Samtidig er det ikke gjennomført en tilstrekkelig konsekvensutredning av hvilke faktiske effekter tiltaket vil ha for pasienter, pasientsikkerhet og helsetjenestens samlede funksjon.

Private aktører har over lengre tid vært klare til å rapportere helseaktivitet til Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) i tråd med nye krav. I påvente av at Folkehelseinstituttet etablerer og igangsetter innsamling av disse dataene, fremstår det som sterkt kritikkverdig å foreslå et omfattende og strukturelt inngrep basert på antagelser og manglende kunnskap. Det er først når private helsetjenester faktisk får rapportert aktivitet, og det foreligger et tilstrekkelig datagrunnlag som muliggjør reelle sammenligninger mellom offentlig og privat helsetjeneste, at det vil være et faglig forsvarlig grunnlag for å vurdere endringer i refusjonsordningen for laboratorieanalyser. Dette gjelder både vurderinger av økonomiske konsekvenser og hensynet til pasientsikkerhet. Et velfungerende NPR og KPR hvor både offentlig og privat aktivitet blir rapportert vil også løse utfordringen med behandlere som jobber både i det offentlige, og i det private med eller uten offentlig avtale.

NHO Geneo stiller seg svært kritisk til regjeringens forslag, som etter vår vurdering innebærer en svekkelse av pasientsikkerheten og uttrykker en manglende tillit til legenes medisinskfaglige vurderinger. Vi reagerer også sterkt på at forslaget er vedtatt i statsbudsjettet av Stortinget, til tross for at det bygger på et dokumentert svakt og feilaktig tallgrunnlag og ikke vil gi den påståtte innsparingseffekten. På denne bakgrunn oppfordrer NHO Geneo regjeringen til å trekke forslaget, og avvente videre behandling til det er etablert et solid og pålitelig datagrunnlag i NPR og KPR for

privatfinansierte helsetjenester. Først da kan beslutninger fattes på et helhetlig, kunnskapsbasert og faglig forsvarlig grunnlag, for å prioritere ressursene i vår felles helsetjeneste, til pasientens beste.

**Martin Langaas**

Fagdirektør

NHO Geneo, Helse og Velferd