

Høringsnotat

Forslag om endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven – godkjenning av virksomheter for å ivareta behovet for personell i offentlige tjenestetilbud, tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet og beredskap

Høringsfrist: 21. januar 2025

Innhold

1	Innledning og bakgrunn	5
2	Gjeldende rett – hjemmel for krav om godkjenning av virksomhet som tilbyr helse- og omsorgstjenester	7
2.1	Spesialisthelsetjenesteloven § 4-1	7
2.2	Psykisk helsevernloven § 3-10	9
2.3	Bioteknologiloven § 7-1	9
3	Gjeldende rett – øvrige rettslige rammer for krav om godkjenning.....	10
3.1	Grunnloven § 49 – generelt om det kommunale selvstyret.....	10
3.2	Grunnloven § 97	11
3.3	EØS-retten	12
4	Regulering av godkjenningsordninger i andre land	15
4.1	Danmark.....	15
4.2	Finland	15
4.3	Island	16
4.4	Sverige	16
4.5	Andre land.....	16
5	Behovet for å sikre tilstrekkelig personell i den offentlige helse- og omsorgstjenesten	18
5.1	Personellbehov i dag og i framtiden	18
5.2	Hva består problemet i?.....	24
5.3	Hvilke tiltak gjennomføres nå for å ivareta behovet for personell i offentlige tilbud?	26
6	Hjemmel til å forskriftsfeste godkjenningsordning som ivaretar personell og forsvarlighet i offentlig tilbud	28
6.1	Kan krav om godkjenning av virksomheter bidra til å sikre personell i offentlige tilbud av helse- og omsorgstjenester?.....	28

6.2	Forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven § 4-1	30
6.3	Forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven	31
6.4	Bør det være hjemmel til å kreve godkjenning av både helseforetak, kommuner og private virksomheter?	33
6.4.1	Behovet for godkjenning av virksomhet som tilbyr helse- og omsorgstjenester mot privat betaling.....	33
6.4.2	Behovet for godkjenning som virkemiddel for å fordele personell mellom helseforetak, kommuner og private som leverer etter avtale med disse	34
6.4.3	Godkjenning av privat virksomhet som både leverer tjenester til befolkningen etter avtale med det offentlige og tjenester betalt privat	35
6.5	Vurdering av om godkjenningskrav er egnet, nødvendig og forholdsmessig	35
6.6	Godkjenning må gjelde både nye etableringer og utvidelse av virksomhet	37
6.7	Forholdet til EØS-retten	37
7	Lovhjemmel til å kreve godkjenning av andre helse- og omsorgstjenester enn spesialisthelsetjenester for å ivareta hensynet til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet og beredskap.....	38
7.1	Gjeldende rett	38
7.2	Hva vet vi om tjenestetilbudets kvalitet og forsvarlighet?	39
7.2.1	Faktum	39
7.2.2	Hva består problemet i?	41
7.3	Departementets vurdering	42
7.3.1	Behovet for hjemmel til å stille krav om godkjenning av hensyn til å sikre kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet og beredskap	42
7.3.2	Vurdering av om godkjenningskrav er egnet, nødvendig og forholdsmessig for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet i godkjent virksomhet.....	43
7.3.3	Forholdet til EØS-retten.....	46

8	Hjemmel til å regulere bruk av betegnelser benyttet om offentlige tilbud av helse- og omsorgstjenester.....	46
8.1	Gjeldende rett.....	46
8.2	Departementets vurdering.....	47
9	Administrative og økonomiske konsekvenser.....	50
9.1	Konsekvenser avhenger av hvordan lovhjemmelen tas i bruk.....	50
9.2	Godkjenningsordninger som skal ivareta det offentliges behov for personell.....	50
9.3	Godkjenningsordning som skal ivareta tjenestetilbudets kvalitet	51
9.4	Administrative konsekvenser	52
9.5	Involvering av kommuner og helseforetak ved vedtak.....	52
10	Spesielle merknader	53
11	Forslag til endring i lov	56
	Vedlegg: Tabell med antall årsverk i privatfinansiert helsetjeneste.....	59

1 Innledning og bakgrunn

Bakgrunn

Målet er at alle i Norge skal ha tilgang til de beste helse- og omsorgstjenestene når de trenger det. Derfor er det viktig at vi har en sterk offentlig, skattefinansiert helse- og omsorgstjeneste med høy kvalitet, god tilgjengelighet og kortest mulig ventetider. Denne tjenesten bør være så god at den er førstevalget til pasientene og helsepersonellet. Helse- og omsorgstjenester gis også av private virksomheter og næringsdrivende, gjerne i et samarbeid med det offentlige. Slik er det i Norge, og slik er det i de fleste andre land. Et eksempel er fastlegeordningen, der over 80 prosent av tjenesten er basert på private og selvstendige næringsdrivende som har avtaler med det offentlige. Videre kjøper det offentlige inn private spesialisthelsetjenester for om lag 17 milliarder kroner i år.

Dette samarbeidet er viktig, og det vil alltid være et privat innslag i helse- og omsorgstjenestene. Organisert på fellesskapets premisser, kan det være positivt. Regjeringen vil blant annet støtte opp om ideell sektor og ideelle tilbydere i helse- og omsorgssektoren, og sikre disse gode rammevilkår og forutsigbar drift. Det er satt mål om vekst i ideelles andel av de samlede helse- og omsorgstjenestene. Det er derfor ikke nødvendigvis et mål å begrense omfanget av privat virksomhet i dag.

Samtidig er det nødvendig å ha bedre kontroll over fremveksten av slike tilbud, og mulighet for å prioritere ressursene bedre, dersom hensynet til for eksempel beredskap og tilgangen til tilstrekkelig helsepersonell i viktige fellestjenester tilsier det. Det kan for eksempel oppstå situasjoner der mangelen på helsepersonell i det offentlige blir kritisk for å ivareta sørge-for-ansvaret. 24/7 akuttberedskap, alvorlig syke osv, som fellesskapet har ansvaret for.

Det er allerede vedtatt forskrift som pålegger private tilbydere å registrere aktiviteten sin i Norsk pasientregister (NPR) og kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dette vil gi bedre innsikt i de utfordringene helse- og omsorgstjenesten står overfor og legge grunnlaget for gode helseanalyser, kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. I dette høringsnotatet foreslår departementet lovhjemler for i større grad å kunne ramme inn tjenestene på en måte som sikrer at vi kan tilby hele befolkningen gode helse- og omsorgstjenester.

Forslagene

Departementet kan allerede i dag med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 forskriftsfeste krav om godkjenning av virksomheter som yter spesialisthelsetjenester, når hensyn til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet eller beredskap tilsier det. Det er ikke tilsvarende lovhjemmel for andre helse- og omsorgstjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag om å endre spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 slik at det er klar hjemmel for å forskriftsfeste krav om godkjenning av virksomhet omfattet av loven, også når det tilsies av hensynet til å beskytte helsepersonellressurser som er nødvendige for et forsvarlig offentlig tilbud av spesialisthelsetjenester eller kommunale helse- og omsorgstjenester. Se punkt 6.

Forslaget er en sikkerhetsventil for det tilfellet at mangelen på helsepersonell i det offentlige tilbudet blir kritisk for å ivareta sørge-for-ansvaret. Krav om godkjenning kan stilles til nyetableringer og eventuelle framtidige utvidelser av eksisterende virksomhet, men skal ikke hjemle krav om å redusere eksisterende tilbud. Det må understrekes at regjeringen primært ønsker å benytte andre virkemidler for å styrke rekrutteringen til vår felles helsetjeneste og for å beholde fagfolk i helsetjenesten. Det er imidlertid en mulighet for at nyetableringer vil kunne utfordre selve sørge-før-ansvaret, og i slike tilfeller mener departementet at det må finnes hjemmel til å ramme inn dette.

Det er nødvendig å arbeide for en helhetlig og sammenhengende offentlig helse- og omsorgstjeneste for å møte framtidens utfordringer. Virkemidlene for å ivareta forsvarlige tjenester og tilstrekkelig personell i offentlige tilbud bør derfor ses samlet og gjelde alle helse- og omsorgstjenester. Departementet mener derfor at det på samme måte som for spesialisthelsetjenester bør være hjemmel i lov til å gi forskrifter om krav til godkjenning av også andre helse- og omsorgstjenester. Departementet foreslår derfor også hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-7 til å forskriftsfeste krav om godkjenning av andre helse- og omsorgstjenester enn spesialisthelsetjenester, når det tilsies av hensynet til tjenestetilbudets kvalitet, hensynet til å beskytte helsepersonellressurser som er nødvendige for et forsvarlig offentlig tilbud, pasientsikkerhet, samfunnsikkerhet eller beredskap. Se punkt 7. Forslagene omfatter ikke hjemmel for godkjenning av virksomheter som yter tannhelsetjenester. Behovet for tiltak på dette området vil vurderes i oppfølgingen av Tannhelseutvalgets utredning NOU 2024: 18, levert 26. september d.å.

Forslaget gjør det mulig å innføre godkjenningsordninger som et nytt virkemiddel i arbeidet med å sikre gode og forsvarlige tjenestetilbud til pasientene. Departementet forventer at seriøse private virksomheter enkelt vil kunne oppfylle krav til forsvarlighet i en eventuell godkjenningsordning. Formålet vil være å kunne forhindre useriøse aktører og sikre forsvarlige tjenester.

Departementet foreslår videre hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven til ved behov å stille vilkår for at virksomheter kan bruke betegnelsene sykehus og legevakt, inkludert nedlegge forbud mot bruk av betegnelsene. Det foreslås også hjemmel for å at departementet kan fastsette regler om overtredelsesgebyr til den som forsettlig eller uaktsomt bruker en betegnelse i strid med vilkår fastsatt i forskrift. Se punkt 8.

Høringsnotatet er blant annet et ledd i oppfølgingen av Stortingets [anmodningsvedtak nr. 79](#) truffet 1. desember 2022, jf. Innst. 2 S (2022-2023) og [anmodningsvedtak nr. 684](#) truffet 4. juni 2024, jf. Innst. 387 S (2023–2024). Vedtakene lyder

«Stortinget ber regjeringen fremme tiltak for å styrke den offentlige allmennlegetjenesten, herunder utarbeide hjemmel til å regulere etablering av helprivate kommersielle allmennlegekontor».

«Stortinget ber regjeringen i løpet av stortingsperioden innføre en godkjenningsordning for kommersielle helseaktører. En slik ordning skal sikre kvalitet og faglig forsvarlighet i kommersielle tjenester. Det må innføres

mekanismer der staten har mulighet til å legge begrensninger på etablering av nye kommersielle helseaktører når nyetableringer av beredskapshensyn eller mangel på helsepersonell vil gå på bekostning av den offentlige helsetjenestens evne til å gi forsvarlig helsehjelp».

2 Gjeldende rett – hjemmel for krav om godkjenning av virksomhet som tilbyr helse- og omsorgstjenester

2.1 Spesialisthelsetjenesteloven § 4-1

Spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 første ledd bestemmer at «[d]epartementet kan gi forskrift om krav til godkjenning av virksomheter og helsetjenester som omfattes av denne loven når hensyn til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet eller beredskap tilsier det. Bruk av betegnelsen universitetssykehus skal godkjennes av departementet».

Bestemmelsen gir hjemmel til å fastsette godkjenningsordning for alle typer virksomheter eller helsetjenester som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. Hjemmelen omfatter både offentlig og privat eide virksomheter. Hjemmelen er videre begrenset til virksomheter som skal tilby spesialisthelsetjenester.

Slik bestemmelsen lyder etter 1. januar 2019 kan forskrift om krav til godkjenning kun begrunnes i følgende fire formål:

1. tjenestetilbudets kvalitet,
2. pasientsikkerhet,
3. samfunnssikkerhet eller
4. beredskap.

Hjemmelen til å etablere en godkjenningsordning ble strammet inn ved lovendringen som trådte i kraft 1. januar 2019. Adgangen til å legge vekt på «samfunnsmessige eller faglige hensyn» og om «helsetjenesten er omfattet av planer utarbeidet av regionale helseforetak», ble ved endringen i 2019 tatt ut av bestemmelsen. Det var lagt til grunn at «samfunnsmessige eller faglige hensyn» blant annet omfattet adgang til å legge vekt på samlet kapasitet og geografisk fordeling av helsetjenester og helsepersonell.

Det er nå kun de angitte hensynene «til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet eller beredskap» som kan tillegges vekt og begrunne en godkjenningsordning.

I forarbeidene til de endringene i spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 som ble vedtatt ved behandlingen av Prop. 83 L (2017-2018), framgår det at et sentralt formål med godkjenningsordningen er å bidra til kvalitet og faglig forsvarlighet i helsetjenesten og at hensynet til tjenestetilbudets kvalitet eller pasientsikkerhet også videreføres i den nye bestemmelsen. Det er klart at det her i hvert fall siktes til kvalitet og forsvarlighet i de konkrete tjenestene som vurderes godkjent. Det er mer uklart om dette også kan oppfattes som en henvisning til indirekte konsekvenser for den offentlige helse- og omsorgstjenestens bemanning og forsvarlighet, ettersom det tidligere inngikk i de to

hensynene som ikke ble videreført: «samfunnsmessige hensyn» og hvorvidt tilbudet «var omfattet av planer».

Departementet uttaler i Prop. 83 L (2017-2018) punkt 11.3 at endringene som foreslås er en innstramning fra den tidligere bestemmelsen, som etter sin ordlyd ikke la begrensninger for hvilke hensyn som kunne begrunne etableringen av en godkjenningsordning.

Mindretallets uttalelser under komitebehandlingen i Innst. 29L (2018-2019) tilsier videre at endringen innebar en begrensning i adgangen til å gi forskrifter om godkjenning som har til formål å ivareta den offentlige helse- og omsorgstjenestens behov for pelsepersonell:

«Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti [...] merker seg at ordlyden «samfunnsmessige eller faglige hensyn» er tatt bort, og mener at dette innsnevrer muligheten til å sikre overordnet politisk styring av helseressursene våre. Disse medlemmer støtter ut fra dette ikke innstramningen i dagens § 4-1.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til merknaden fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti og mener at «samfunnsmessige eller faglige hensyn» også er legitime hensyn som kan begrunne etableringen av nye godkjenningsordninger. En innsnevring av bestemmelsen til bare å gjelde kvalitet, pasientsikkerhet, sikkerhet eller beredskapshensyn vil ikke kunne dekke mulige kommende utfordringer i helsetjenesten, som for eksempel en allmenn mangel på helsepersonell eller målet om likeverdige tjenester i hele landet.

Disse medlemmer foreslår på denne bakgrunn at «samfunnsmessige og faglige hensyn» legges til listen over hensyn som kan begrunne at departementet kan gi forskrift om krav til godkjenning av virksomheter og helsetjenester i § 4-1.»

Videre omtales hensyn til samfunnssikkerhet eller beredskap. Samfunnssikkerhet defineres i St. meld. nr. 5 (2020-2021) som «samfunnets evne til å verne seg mot og håndtere hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner og setter liv og helse i fare». Terskelen for å gripe inn med godkjenningsordning for å ivareta samfunnssikkerhet framstår derfor som relativt høy. Hensynet til beredskap kan tilsi at det må treffes tiltak for å opprettholde helsetjenester i en ellers normal situasjon for samfunnet, for å hindre eller redusere skadevirkningene av ulykker, begrensede krisesituasjoner eller alvorlige helsetilstander. Ordet beredskap kan isolert sett også forstås slik at det mer generelt omfatter behovet for forebyggende tiltak for å tilgjengeliggjøre alle offentlige helse- og omsorgstjenester. Forarbeidenes omtale av og eksempler på når hensynet til «samfunnssikkerhets- og beredskap» kan begrunne krav om godkjenning er likevel mer begrenset. I Prop. 83 L (2017-2018) uttales følgende: «Av dette følger det at det er adgang til å etablere godkjenningsordninger som har til formål å verne mot uønskede hendelser så som tap av liv, helse, miljø eller materielle verdier.» Det vises til at noe av forskriftene som er etablert etter tidligere lovbestemmelse er delvis begrunnet i slike hensyn, blant annet blodforskriften og forskriften om humane celler og vev. Som eksempel på tilfeller hvor beredskap kan begrunne godkjenningsordninger vises det til følgende: «Det kan f.eks. oppstå beredskapsmessige krevende situasjoner hvor spesiell type helsehjelp, prosedyre eller oppfølging er påkrevet. For å sikre god nasjonal oversikt og god

kompetanseutvikling på det aktuelle feltet, kan det være beredskapsmessige hensyn som tilsier at noen få fagmiljøer tillegges et særskilt ansvar for den bestemte behandling og/eller oppfølging».

Bestemmelsen slik den lyder etter endringen som trådte i kraft 1. januar 2019 gir dermed etter departementets oppfatning ikke klar hjemmel til å forskriftsfeste en godkjenningsordning som har til formål å ivareta den offentlige helse- og omsorgstjenestens behov for personell eller likeverdig tilgang til tjenestetilbud i hele landet.

Det er med hjemmel i bestemmelsen forskriftsfestet krav til godkjenning for medisinsk laboratorium og røntgeninstitutt, samt virksomheter som håndterer humane celler og vev eller humant blod og blodkomponenter.

2.2 Psykisk helsevernloven § 3-10

Det følger av psykisk helsevernloven § 3-10 andre ledd at «Kongen i statsråd kan dessuten gi forskrifter om godkjenning av institusjoner som kan anvende eller være ansvarlige for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern etter § 3-5 og om de nærmere vilkårene for slik godkjenning».

Det er med hjemmel i nevnte bestemmelse fastsatt forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernloven) som i § 2 krever godkjenning av Helsedirektoratet for institusjoner som er ansvarlig for eller kunne anvende tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det følger av psykisk helsevernloven § 2 andre ledd at godkjenning gis til institusjoner som eies av eller utfører tjenester etter avtale med regionalt helseforetak og som oppfyller minimumskravene til arealer og bemanning i forskriften §§ 3 og 4. Det kan dermed ikke med hjemmel i bestemmelsen kreves godkjenning av andre private virksomheter.

2.3 Bioteknologiloven § 7-1

Bioteknologiloven¹ § 7-1 første ledd fastslår at medisinsk bruk av bioteknologi m.m. som krever godkjenning etter §§ 2-19, 3-3 andre ledd, 4-2 og medisinsk bruk av bioteknologi etter § 5-1 andre ledd bokstav b, bare kan finne sted ved virksomheter som er spesielt godkjent av departementet for det aktuelle formålet. Hjemmelen til å godkjenne virksomheten er delegert til Helsedirektoratet.

I Ot.prp. nr. 64 (2002-2003) uttaler departementet at det legges til grunn at en generell godkjenningsbestemmelse av virksomheten fremdeles bør være et virkemiddel for styring og kontroll. Det framgår videre at blant annet *faglige ressurser, rettferdig fordeling og samfunnsmessige hensyn* bør vektlegges i forhold til hvilke virksomheter som skal få tillatelse til å utføre aktiviteter som omfattes av loven.²

¹ Lov 12. mai 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.

² Ot. Prp. 64 (2002-2003) punkt 7.2.4

Det følger av bestemmelsen at virksomheter som foretar eller rekvirerer følgende behandlingsformer skal godkjennes:

- assistert befruktning (§ 2-19)
- import av sæd og ubefruktede egg (§ 2-19)
- teknikker for behandling av sæd, samt lagring av sæd, ubefruktede egg, eggstokkvev og befruktede egg (§ 2-19)
- behandlingsformer som forutsetter bruk av celler fra overtallige befruktede egg (§ 3-3)
- fosterdiagnostikk, (§ 4-2, jf. 4-1 første ledd)
- genetiske presymptomatiske undersøkelser, genetiske prediktive undersøkelser og genetiske undersøkelser for å påvise eller utelukke bærertilstand for arvelige sykdommer som først viser seg i senere generasjoner (§ 5-1 andre ledd bokstav b)

I forarbeidene til loven³ uttales det at kravet til godkjenning gjelder uansett om virksomheten er knyttet til en institusjon eller ikke, om den er privat eller offentlig. I de særskilte merknadene⁴ uttales det videre at begrepet virksomhet for eksempel vil omfatte virksomheten til en privatpraktiserende lege. Dersom virksomheten er knyttet til et helseforetak, er det helseforetaket som skal godkjennes. Virksomhetsbegrepet er likevel ikke ment å omfatte privatpersoner som for eksempel bruker en postordrettest.

Godkjenningsvedtaket skal presisere hvilke former for medisinsk bruk av bioteknologi virksomheten har tillatelse til å foreta eller rekvirere. Rekvirenten er den som tar beslutning om at en bestemt undersøkelse/behandling som er godkjenningspliktig etter denne loven skal foretas, og som bestiller denne eller foretar den selv.

3 Gjeldende rett – øvrige rettslige rammer for krav om godkjenning

3.1 Grunnloven § 49 – generelt om det kommunale selvstyre

Det følger av Grunnloven § 49 at:

«Innbyggerne har rett til å styre lokale anliggender gjennom lokale folkevalgte organer. Nærmere bestemmelser om det lokale folkevalgte nivå fastsettes ved lov.»

Bestemmelsen grunnlovfester prinsippet om det kommunale selvstyre. I innstillingen fra Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité er det blant annet understreket at bestemmelsen i Grunnloven § 49 andre ledd ikke er ment å skulle være noen «skranke for den funksjons- og oppgavefordeling innen offentlig forvaltning som Stortinget gjennom ordinær lovgivning finner hensiktsmessig», se Innst.182 S (2015–2016) side 7.

Kommuneloven har som formål å fremme det kommunale og fylkeskommunale selvstyre og legge nødvendige rammer for det, jf. kommuneloven § 1-1. I kommuneloven er det ikke gitt en skarp, avgrenset og uttømmende definisjon av begrepet «kommunalt

³ Ot. Prp. 64 (2002-2003) punkt 7.2.4

⁴ Ot. Prp. 64 (2002-2003) punkt 9

selvstyre». Kommunelevent § 2-1 bestemmer at Norge er inndelt i kommuner (og fylkeskommuner) og at disse har egen folkevalgt ledelse. Hver kommune er et eget rettssubjekt, som kan ta avgjørelser på eget initiativ, og må ta selvstendig ansvar for de beslutninger de tar. Det kommunale selvstyret må videre utøves innenfor de rammer lovgivningen til enhver tid setter. Dette er en begrensning i det kommunale selvstyret. Det følger videre av bestemmelsen et krav om lovhjemmel for at nasjonale myndigheter skal kunne gripe inn overfor kommunene. Dette innebærer at nasjonale myndigheter ikke kan pålegge kommuner oppgaver eller styre, instruere eller overprøve kommunene uten hjemmel i lov.

I kommunelevent § 2-2 er det fastsatt prinsipper for nasjonale myndigheters forhold til det kommunale og fylkeskommunale selvstyret. Det følger av bestemmelsens første ledd at det kommunale selvstyret ikke bør begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål.

Det framgår av de særskilte merknadene til bestemmelsen i Prop. 46L (2017-2018) at bestemmelsen er en lovfesting av forholdsmessighetsprinsippet. Etterlevelse av forholdsmessighetsprinsippet innebærer at det må foretas en avveining der både hensynet til nasjonale mål og hensynet til kommunalt og fylkeskommunalt selvstyre vurderes. Det følger videre av dette prinsippet at eventuelle begrensninger i det kommunale selvstyret bør forbeholdes de tilfeller hvor det er et klart behov for nasjonale føringer og hvor begrensninger er nødvendige. Dette innebærer bl.a. at et tiltak må være egnet til å oppnå målet med tiltaket, og det må være nødvendig for å nå målet. Fordelene med et tiltak må altså være større enn eventuelle ulemper.

3.2 Grunnlovent § 97

Det følger av Grunnlovent § 97 at ingen lover må gis tilbakevirkende kraft.

Bestemmelsen gir først og fremst vern mot regler som legger nye byrder på handlinger eller begivenheter som fant sted før den nye regelen kom til (såkalt «egentlig» tilbakevirkning). Nye regler som utelukkende svekker den enkeltes rettslige posisjon framover i tid (såkalt «uegentlig» tilbakevirkning), vil som hovedregel ikke omfattes av tilbakevirkningsforbudet. Dette følger blant annet av høyesterettsdommen Rt. 2010 s. 143 som gjaldt rederibeskatning. I dommens avsnitt 153 uttales følgende:

«Ut frå rettspraksis kan det etter mitt syn stillast opp nokre hovudpunkt. Spørsmålet om ei lov som knyter verknader til tidlegare hendingar eller grip inn i etablerte rettsposisjonar, er i strid med Grunnlova § 97, er avhengig av kor sterkt tilbakeverknadselementet er. Dersom lova direkte knyter tyngjande rettsverknader til eldre hendingar, er lova som hovudregel grunnlovsstridig. Om lova derimot berre gir reglar om korleis ein etablert rettsposisjon skal utøvast for framtida, er hovudregelen den motsette. Mellom desse ytterpunkta finst det overgangsformer.»

I vurderingen av om en lovbestemmelse er i overenstemmelse med Grunnlovent § 97, har Høyesterett i rettspraksis vurdert om det vil foreligge «klart urimelig eller urettferdig» tilbakevirkning (Høyesteretts dom 19. februar 2016 (HR-2016-00389-A), avsnitt 78). Kriteriet «klart urimelig eller urettferdig» tilbakevirkning har vært benyttet også i senere

saker på andre rettsområder, jf. Rt. 1998 s. 1965 på s. 1970-1971 (sivilprosess, verneting) og Rt. 2001 s.762 på s. 767 (skatterett).

I Rt. 1996 s. 1415 (Borthen) har Høyesterett oppstilt følgende momenter til bruk ved avveiningen (s. 1430):

«Inn i avveiningen vil blant annet komme hvilke rettigheter eller posisjoner inngrepet gjelder, hvilket grunnlag den enkelte har for sine forventninger, om inngrepet er plutselig og betydelig og om fordelingen av byrdene rammer den enkelte eller en gruppe særlig hardt. Men på dette rettsområdet må lovgivers spillerom i lys av de hensyn som ligger bak Grunnloven § 75 a og d, være vesentlig. Det vil bare være de kvalifiserte eller åpenbare tilfeller av urimelighet og urettferdighet som kan rammes. Jeg tilføyer at det nok i praksis først og fremst er inngrep som rammer avgrensede grupper pensjonister innenfor folketrygden som vil kunne stride mot Grunnloven § 97.»

I avveiningen må det også tas hensyn til statens behov for handlefrihet.

3.3 EØS-retten

Reglene om de fire friheter

Det følger av EØS-avtalen en rett til fri bevegelse av personer, tjenester, kapital og tjenester. Retten til fri bevegelse omfatter også regler om etableringsrett. EØS-avtalen artikkel 31 slår fast at det ikke skal være noen restriksjoner på etableringsadgangen. Retten gjelder både for fysiske personer og for selskaper. Etablering innebærer et krav om at tjenesteyteren må delta i det økonomiske liv i en EØS-stat på en stabil og vedvarende måte.⁵ Etableringen må knytte seg til å drive økonomisk virksomhet. Dette skal forstås på samme måte som under tjenestebegrepet i EØS-avtalens artikkel 37.⁶ Det følger av artikkel 37 at ved «tjeneste» skal i EØS-avtalen forstås «*tjenester som vanligvis ytes mot betaling, i den utstrekning de ikke kommer inn under bestemmelser om det frie varebytte og den frie bevegelse for kapital og personer*». Dette betyr at en forutsetning for at tjeneste- og etableringsreglene kommer til anvendelse er at aktiviteten som skal vurderes utgjør økonomisk virksomhet.

Bestemmelsen om etableringsfrihet i artikkel 31 forutsetter et grensekryssende element. Det er bare foretak med tilstrekkelig tilknytning til en annen EØS-stat som kan påberope seg beskyttelse under den frie etableringsretten.

Nært forbundet med retten til etablering, er retten til å investere i virksomhet i Norge som følger av EØS-avtalen artikkel 40. På samme måte som for etableringsreglene er det i utgangspunktet forbudt å ha restriksjoner på overføring av kapital tilhørende personer som er bosatt i andre EØS-land. Det innebærer at tiltak som er egnet til å hindre eller gjøre det mindre attraktivt for å slike personer å investere i virksomhet i Norge, som et utgangspunkt ikke er tillatt.

Nærmere om restriksjoner

⁵ EU-domstolens dom i sak C-55/ 94 Gebhard, avsnitt 25.

⁶ Ot.prp. nr. 70 75 Om lov om tjenestevirksomhet (tjenesteloven), avsnitt 7.1, s. 75.

Som nevnt over er restriksjoner i utgangspunktet forbudt. I rettspraksis er det lagt til grunn at tiltak som er egnet til å hindre eller gjøre det mindre attraktivt å benytte retten til å etablere seg i et annet EØS-land, vil være en restriksjon. Dette gjelder selv om tiltaket ikke innebærer en forskjellsbehandling av næringsdrivende fra andre EØS-land. I rettspraksis er det lagt til grunn at regler som innebærer begrensninger i hvem som kan eie en virksomhet, forbud mot å drive mer enn én virksomhet og forbud mot å åpne apotek i områder uten legekontor, er å anse som restriksjoner i etableringsfriheten.

Et krav om godkjenning for lovlig å kunne etablere virksomhet eller andre tiltak for etableringskontroll, vil som hovedregel være et virkemiddel for å kunne begrense adgangen til å etablere virksomhet i gitte tilfeller. Det følger av rettspraksis fra EU-domstolen at et krav om en tillatelse før oppstart av en virksomhet må anses som en restriksjon på etableringsfriheten.⁷ Det må derfor legges til grunn at et krav om godkjenning eller tillatelse for å kunne etablere en virksomhet i utgangspunktet vil være en restriksjon i EØS-rettslig forstand.

Selv om et tiltak er å anse som en restriksjon i EØS-rettslig forstand, vil en slik restriksjon kunne være lovlig dersom restriksjonen kan rettferdiggjøres.

Legitime formål

For at en restriksjon skal kunne rettferdiggjøres må restriksjonen være begrunnet i legitime formål som anerkjennes i EØS-retten. Videre må restriksjonen være egnet og nødvendig for å oppnå det legitime formålet (forholdsmessighet).

De legitime hensynene, også kalt tvingende allmenne hensyn framgår delvis av EØS-avtalen og delvis av EU-domstolens praksis. Det er kun de allmenne hensynene som er traktatfestet som kan rettferdiggjøre direkte diskriminerende tiltak basert på nasjonalitet. Hensynet til folkehelsen nevnes uttrykkelig i EØS-avtalen artikkel 33 og er et traktatfestet hensyn. Beskyttelse av folkehelsen vil dermed være et legitimt formål som kan begrunne begrensninger i etableringsretten.

Etableringskontroll som har til formål å sikre at virksomhetene kan yte forsvarlige helsetjenester vil dermed kunne være begrunnet i hensynet til folkehelsen.

I rettspraksis fra EU-domstolen (se f.eks. C-169/07 og C-158/96) er det lagt til grunn at hensynet til folkehelsen blant annet kan blant annet begrunne tiltak for å opprettholde en god og stabil lege- og sykehustjeneste som er tilgjengelig for alle og tiltak for å opprettholde behandlingsmuligheter og medisinsk kompetanse i eget land.

EU-domstolen fant i de forente sakene C-171/07 og C-172/07 at et krav om at det kun var selvstendige farmasøyter som kunne eie og drive apoteker og at adgangen til å drive apotek var avhengig av en forutgående tillatelse, var en restriksjon. Domstolen mente imidlertid til at denne restriksjonen kunne rettferdiggjøres i hensynet til folkehelsen og hensynet til å sikre at legemiddelforsyningen til befolkningen var av sikker og god kvalitet.

⁷ Se C-169/07

Avgjørelser fra EU-domstolen aksepterer videre at hensynet til folkehelsen også dekker tiltak som skal motvirke ineffektiv utnyttelse av de begrensede ressursene som er tilgjengelig i helsesektoren:

«It is apparent from the Court's case-law that the objective of maintaining a high-quality, balanced medical and hospital service open to all, may fall within one of the derogations provided for in Article 56 of the EC Treaty in so far as it contributes to the attainment of a high level of health protection. In particular, that Treaty provision permits Member States to restrict the freedom to provide medical and hospital services in so far as the maintenance of treatment capacity or medical competence on national territory is essential for public health, and even the survival of the population. »⁸

EU-domstolen har videre anerkjent hensynet til å forebygge risiko for et alvorlig inngrep i trygdeordningens økonomiske likevekt er et tvingende allment hensyn. Behovet for å kunne planlegge for å unngå sløsing av ressurser er f.eks. omtalt i C-157/99 Smits and Peerbooms:

«.. it assists in meeting a desire to control costs and to prevent, as far as possible, any wastage of financial, technical and human resources. Such wastage would be all the more damaging because it is generally recognised that the hospital care sector generates considerable costs and must satisfy increasing needs, while the financial resources which may be made available for health care are not unlimited, whatever the mode of funding applied. »

Det er lagt til grunn at godkjenningsordningen knytter seg til helsehjelp som skal dekkes av det offentlige, enten ved dekning av pasienters kostnader til behandling i utlandet eller ved opprettelse av private klinikker som har rett til å knytte seg opp til et nasjonalt refusjonssystem vil kunne begrunnes i hensynet til å forebygge risiko for et alvorlig inngrep i trygdeordningens økonomiske likevekt.

Det er antatt at tiltak som skal motvirke at helsepersonell eller andre typer ressurser trekkes bort fra offentlige sykehus i et omfang som påvirker det offentlige helsetilbudet, enten i kvalitet eller i geografisk dekning, kan begrunne en begrensning i etableringsfriheten.

Kravet til forholdsmessighet

For at et tiltak som krav om godkjenning skal være forholdsmessig, må det være begrunnet i tvingende allmenne hensyn, egnet til å virkeliggjøre de formålene det forfølger og ikke gå lenger enn nødvendig for å oppnå dette. I EU-domstolens rettspraksis er det gjerne brukt en mykere forholdsmessighetstest på områder som er følsomme for medlemsstatene og der EU-statene ikke har overført eksklusiv vedtakskompetanse til EU, og der det derfor er et ekstra grunnlag for at medlemsstatene har en skjønnsmargin.⁹ Også

⁸ André den Exter og Mária Eva Foldes (eds.) Casebook on European Union Health Law (2014) side 149

⁹ NOU 2020:13, *Private aktører i velferdsstaten*, avsnitt 6.4.1.5, s. 108, jf. Mulder, J., *Social Legitimacy in the Internal Market* (2018) s. 83–102, og s. 227–230.

EFTA-domstolen rettspraksis tilsier at det gjelder en avdempet forholdsmessighetstest på helseområdet¹⁰.

Krav om godkjenning eller andre begrensninger i etableringsfriheten må videre etter rettspraksis bygge på objektive og ikke-diskriminerende kriterier som er kjent for søkeren på forhånd, og som avgrenser myndighetenes skjønnsutøvelse og motvirker vilkårlige avgjørelser. I tillegg skal regler for saksbehandlingen av søknaden være lett tilgjengelige og egnet til å sikre at en søknad om godkjenning vil bli behandlet på en objektiv og upartisk måte innen rimelig tid, og at eventuelle avslag kan undergis rettslig overprøving.

4 Regulering av godkjenningsordninger i andre land

4.1 Danmark

I Danmark skal i utgangspunktet alle steder hvor helsepersonell utfører behandling (helsehjelp) registreres i Styrelsen for Patientsikkerheds Behandlingsstedsregister. Det omfatter både private og offentlige virksomheter. Det er gjort enkelte unntak for blant annet behandlingssteder med lav omsetning.¹¹ Pleieenheter hvor det ytes pleie skal også registreres.¹²

Styrelsen bruker informasjonen i registret til å vurdere hvor det skal føres tilsyn. Det stilles ikke krav til virksomhetene for å bli registret. Det er derfor ikke tale om en godkjenningsordning.

4.2 Finland

I Finland er det krav om at offentlige og private virksomheter som ønsker å tilby blant annet «hälso- och sjukvårdstjänst» skal registreres i det nasjonale registeret over tjenesteprodusenter, kalt Soteri. Plikten til registrering før oppstart eller utvidelse av virksomheten innebærer i praksis et krav om godkjenning. Dette følger av lag 14.4.2023/741 om tillsynen över social- och hälsovården, som trådte i kraft 1. januar 2024.¹³ Loven kapittel 2 stiller krav til virksomheter som skal registreres, blant annet grunnleggende krav til forsikring, egnethet, pålitelighet (basert på konkurshistorikk, tilsynssaker mv.), lokaler og utstyr, personell og forsvarlighet. Tilsynsmyndigheten kan nekte registrering etter § 21, dersom vilkårene for dette ikke er oppfylt. Det skal gjennomføres forhåndstilsyn før sykehus registreres, og kan gjennomføres for andre virksomheter. Loven kapittel 3 stiller detaljerte krav til hvilke opplysninger virksomhetene skal oppgi.

¹⁰ Jf. EFTA-domstolens dom i sak E-16/10 Philip Morris, avsnitt 82-83.

¹¹ Se <https://stps.dk/sundhedsfaglig/registrering/behandlingssted/hvilke-behandlingssteder-skal-registreres>.

¹² Se <https://stps.dk/sundhedsfaglig/registrering/plejeenhed/hvilke-plejeenheder-skal-registreres>.

¹³ Se loven på finlex: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2023/20230741>.

Høsten 2024 behandles forslag om endringslov som skal gjøre det mulig for enkeltpersoner og små virksomheter å starte opp eller utvide virksomhet før registreringsvedtak fattes, samt å utsette kravet til registrering for offentlige virksomheter til 2026.¹⁴

4.3 Island

På Island stilles det etter helsetjenesteloven artikkel 26 krav om godkjenning fra det islandske helsedirektoratet før offentlige eller private virksomheter kan etablere tilbud om helsetjenester. Det samme gjelder ved vesentlige endringer i tilbudet. Virksomhetene føres inn i et register.¹⁵

4.4 Sverige

I Sverige er det som utgangspunkt bare krav om at virksomheter som tilbyr ”hälso- och sjukvård” melder sin virksomhet till Vårdgivarregistret, som forvaltes av tilsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO).¹⁶ Det er likevel krav om godkjenning for blant annet virksomheter som utfører abort og som håndterer humant blod eller vev.

For virksomheter i ”socialtjänsten”, som omfatter blant annet ”särskilt boende för äldre, personlig assistans, hemtjänst och hem för vård eller boende”, gjelder andre krav. For offentlige virksomheter kreves bare melding til Omsorgsregistret.¹⁷ Private virksomheter skal imidlertid ifølge socialtjänstlagen kapittel 7 ha godkjenning fra IVO for å kunne drive enkelte av tjenestene.¹⁸ Virksomheten må blant annet godtgjøre at den oppfyller krav til kvalitet og sikkerhet, at de som leder virksomheten er egnede og at den har økonomiske forutsetninger for å oppfylle kravene.

4.5 Andre land

I Frankrike stilles det krav om at alle offentlige og private virksomheter som yter helsehjelp må sertifiseres etter en ekstern evalueringsprosedyre. Formålet er å sikre kontinuerlig forbedring av kvaliteten og sikkerheten i omsorgen. Det kreves også godkjenning fra regionale helsemyndigheter for opprettelse av enhver helseinstitusjon, og

¹⁴ Se «Regeringens proposition med förslag för lag om ändring av lagen om tillsyn över social- och hälsovården», <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM117:00/2024#>.

¹⁵ Se Health Services Act: <https://www.government.is/publications/legislation/lex/2023/08/09/Health-Service-Act-No.-40-2007/>.

¹⁶ Se <https://www.ivo.se/vard-omsorgsgivare/annal-verksamhet-register/>.

¹⁷ Se <https://www.ivo.se/vard-omsorgsgivare/annal-verksamhet-register/omsorgsregistret/>.

¹⁸ Se <https://www.ivo.se/vard-omsorgsgivare/tillstand/sol-verksamheter/>. Se socialtjänstlagen (2001:435): https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

opprettelse, ombygging og omgruppering av pleieaktiviteter. Det stilles blant annet spesifikke krav til medisinske laboratorier, tannleger og øyeleger.¹⁹

I Romania stilles det svært detaljerte krav for godkjenning av sykehus²⁰, samt lege- og tannlegekontorer²¹, med formål å ivareta forsvarlige tjenester.

I Spania stilles det krav om godkjenning og registrering for «helsesenter, -tjenester og -virksomheter» av alle typer, inkludert primær- og spesialisthelsetjeneste.²² Kravene stilles til offentlige og private virksomheter. Godkjenning skal sikre at virksomhetene har et «minimum av nødvendig utstyr, fasiliteter og fagfolk for å tilby de relevante tjenestene», og innvilges når minimumskrav til kvalitet og pasientsikkerhet er oppfylt. Nasjonale krav kan suppleres med regionale tilleggskrav. Regionene er godkjenningmyndighet. Virksomhetene registreres i [REGCESS \(mscbs.es\)](http://REGCESS(mscbs.es)).²³

I Slovenia kreves registrering og godkjenning av alle som tilbyr helsetjenester, jf. slovensk helsetjenestelov artiklene 3 til 3c. Formålet er å sikre at virksomhetene oppfyller minimumskrav til forsvarlighet og pasientsikkerhet.²⁴ Loven stiller krav til ansvarlig helsepersonell, helsepersonellet som yter tjenestene, lokaler og utstyr. Lokaler og utstyr kontrolleres ved inspeksjon før tillatelse gis.

I Tyskland godkjenner de føderale statene sykehus som skal inngå i deres sykehusplaner og motta offentlig finansiering av drift eller investeringer.

I Nederland er det ikke et selvbetalende marked, da leverandører av helsetjenester ikke har adgang til å motta penger direkte fra pasienter. Helsehjelp dekkes av forsikringsordninger, og leverandører av helsetjenester må følge regelverk knyttet til dette.

¹⁹ Se [Code de la santé public](#) artikler 6113-3 og 6122-1. Se regulering av medisinske laboratorier (6322-1) og tannleger og øyeleger (6323-1-11).

²⁰ Se [lov nr. 95 av 14. april 2006 om helsetjenestereform](#) artikler 174 og 175 og helseministerens [beslutning nr. 914 av 26. juli 2006](#) med vedlegg.

²¹ Se den rumenske helseministerens [beslutning nr. 1338 av 31. juli 2007](#) og [beslutning nr. 153 av 26. februar 2003](#) med vedlegg.

²² Se [lov 14/1986](#) om helse artikler 29, 30 og 30, samt [lov 16/2003](#) om det nasjonale helsesystemet artikler 26 og 27 nr. 3, utdypet i [Kongelig dekret 1277/2003](#) av 10. oktober 2003. Det gis i vedlegg 1 og 2 detaljerte definisjoner av ulike typer helsesenter og tjenester.

²³ Se informasjon om registeret fra det spanske helsedepartementet: [Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios \(REGCESS\)](#). Registeret reguleres i beslutning [SCO/3866/2007](#).

²⁴ Se den slovenske helsetjenesteloven her: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO214>.

5 Behovet for å sikre tilstrekkelig personell i den offentlige helse- og omsorgstjenesten

5.1 Personellbehov i dag og i framtiden

Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 peker på tre store utfordringer for den offentlige helse- og omsorgstjenesten i overskuelig framtid som utfordrer kvalitet, pasientsikkerhet og bærekraft;

- for dårlig sammenheng mellom tjenestene,
- tilgangen til helse- og omsorgstjenester er ikke likeverdig fordelt og
- mangel på personell.

Flere kommuner og sykehus opplever allerede i dag til dels store utfordringer med å rekruttere og beholde personell og kompetanse. Også allmennlegetjenesten har over tid hatt utfordringer med svikt i rekruttering og stabilitet. Dette er en internasjonal trend. Utfordringene er størst i distriktene, men er også gjeldende i byer og er en realitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert allmennlegetjenesten, og i spesialisthelsetjenesten.

Bærekraftutfordringene knyttet til den demografiske utviklingen, redusert økonomisk handlingsrom, knapphet på arbeidskraft og endringer i bosettingsmønster som utfordrer mulighetene til å gi et geografisk likeverdig tilbud, blir vektlagt både i NOU 2023: 9 *Generalistkommunesystemet Likt ansvar – ulike forutsetninger* og Meld. St. 31 (2023-2024) *Perspektivmeldingen 2024*.

Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023:4) viser til at det allerede er til dels betydelige rekrutteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenestene. Det er særlig utfordringer knyttet til rekruttering av sykepleiere, særlig i kommunene og til sengeposter i sykehusene, enkelte spesialsykepleiere i sykehus, fastleger og enkelte legespesialiteter, særlig psykiatere, og enkelte andre yrkesgrupper, som bioingeniører. Rekrutteringsutfordringene har økt for flere personellgrupper i senere år.

Ifølge NAVs bedriftsundersøkelse for 2024 sysselsetter helse- og sosialtjenestene om lag 1 av 5 i Norge og er den næringen som rapporterer om størst mangel på arbeidskraft. Mangelen på arbeidskraft i denne næringen er estimert til 13 800 personer. Det er 800 færre enn i 2023, men likevel på et høyt nivå historisk sett. Av enkeltyrker er det særlig stor mangel på sykepleiere (3 750), helsefagarbeidere (3 100), andre helseyrker (1 950) og legespesialister (1 150) i helse- og omsorgstjenesten som helhet. Framskrivninger viser at mangelen trolig vil øke. SSB har framskrevet ubalansen mellom tilbud og etterspørsel etter 14 ulike helsepersonellgrupper. Også i framtiden vil det trolig være sykepleiere som det er størst mangel på, men det vil også kunne oppstå betydelig mangel på en rekke andre helsepersonellgrupper, særlig når man tar hensyn til gruppenes omfang. Ifølge tall fra Norsk pasientskadeerstatning var det 980 sykepleieårsverk ansatt i privatfinansiert helsetjeneste i 2023.²⁵

²⁵ Se vedlegg: Tabell med antall årsverk i privatfinansiert helsetjeneste

Helsepersonellkommisjonen viser til at rundt 20 prosent av sykepleiere har sluttet i helse- og omsorgstjenestene (inkludert private helse- og omsorgstjenester) ti år etter uteksaminering. Mange av disse har gått ut av arbeidslivet. Blant de som fortsatt er yrkesaktive jobber nesten 90 prosent i helse- og omsorgstjenestene ti år etter uteksaminering. Omfanget av sykepleiere som går over til jobber i andre deler av arbeidslivet er ikke veldig høyt, og i mange tilfeller jobber disse på områder der kompetansen deres kommer til nytte, for eksempel i universitets- og høyskolesektoren. For de aller fleste gruppene med helsefaglig utdanning, jobber mer enn 80 prosent av de sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 07941 fra SSBs statistikkbank - Næringsfordeling blant sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning (19 grupper). 4. kvartal 2023

Avtalte årsverk 2023

Helse- og sosialtjenester	330 079
Offentlig administrasjon og forsvar, trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	17 549
Undervisning	29 278
Utleie av arbeidskraft	2 461
Tjenesteyting ellers	40 735
Primær- og sekundærnæringer	10 764
Uoppgitt	2 146

Helse- og sosialtjenester inkluderer næringskodene helsetjenester (86), omsorgstjenester i institusjon (87) og sosiale omsorgstjenester uten botilbud (88), herunder også barnehager og lignende. Grunnet datakvalitet kan antallet med helse- eller sosialfaglig utdanning sysselsatt i særlig næringen utleie av arbeidskraft være lavere enn det reelle antallet i denne næringen.

Tall fra SSBs nasjonalregnskapstall (Helseregnskapet) viser at andelen privatfinansierte helseutgifter har ligget stabilt i årene mellom 2016 og 2022, med en svakt fallende trend fra 14,6 prosent i 2016 til 14,3 prosent i 2022. Det er altså et relativt beskjedent omfang av helprivate helse- og omsorgstjeneste i dag.

Helsepersonell sysselsatt i privat sektor

Helse Vest (2024) har i rapporten «Utvikling helsepersonell i ulike tjenester» vist utviklingen i sysselsatt helsepersonell i henholdsvis offentlig eller ideell sektor og privat sektor på nasjonalt nivå fra 2016 til 2023. Kategoriseringen er basert på *hovedarbeidsforhold*, slik at oversikten ikke gir et fullstendig bilde av personell i privat sektor, men den kan gi et inntrykk av utviklingen. Oversikten viser at veksten i privat sektor har vært særlig stor for spesialister i psykiatri, psykologer og vernepleiere. 2022 og 2023 skiller seg ut med tydeligere vekst i privat sektor også for andre grupper. Den relative veksten har disse årene vært større i privat enn offentlig sektor for flere yrkesgrupper, som leger uten fullført spesialitet, jordmødre og sykepleiere.

Alle virksomheter som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten, har plikt til å betale inn tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning og å registrere opplysninger om virksomheten, inkludert helsepersonellnummer og stillingsprosenten til

det enkelte helsepersonell som er ansatt i virksomheten.²⁶ Ifølge tall fra NPE har antall årsverk i privatfinansierte virksomheter økt årlig siden rapporteringsplikten ble innført i 2009. Se vedlegg: Tabell med antall årsverk i privatfinansiert helsetjeneste.

Helsedirektoratet viser i sin årlige rapportering til departementet på Kompetanseløft 2025²⁷ at 11,4 prosent av arbeidstakerne i kommunale helse- og omsorgstjenester eller sykehus tjenester er ansatt i privateide virksomheter. Dette er en økning på 0,3 prosentpoeng fra 2022. Den samme rapporten angir at 25 prosent av de som forlater en jobb i offentlig helse- og omsorgssektor går til privat eller annen offentlig sektor enn helse- og omsorgssektoren. I hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester er det 14 prosent som går til privat sektor ifølge Helsedirektoratet. Dette er litt flere enn i de andre helse- og omsorgstjenestene, sykehusene inkludert.

Innleie og vikarbruk i helse- og omsorgstjenestene

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Fafo²⁸ undersøkt vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester. I 2021 utgjorde kostnader til vikarbruk om lag 12 prosent av totale lønnskostnader i kommunene. Når kostnader til ekstrahjelp og overtidslønn inkluderes, utgjør det over 20 prosent av lønnskostnadene. Rapporten viser at per fjerde kvartal 2021 hadde 3050 lønnstakere i helsefaglige yrker et hovedarbeidsforhold i et vikarbyrå. Omfanget er dermed begrenset, men undersøkelsen viser at de som leies ut vanligvis har lang yrkeserfaring.

Tall fra Helsedirektoratet om innleie av leger fra bemanningsbyråer viser at to av tre kommuner har benyttet vikarbyrå siste tre årene og tre av fem i 2022. Halvparten av kommunene har økt slik innleie de siste tre årene. Sentrale kommuner har ikke behov for bemanningsbyrå for å dekke ubesatte fastlegeavtaler, mens 60-70 prosent av kommuner med lavere sentralitetsgrad hadde det.

I spesialisthelsetjenesten er omfanget av innleie relativt begrenset samlet sett, men det varierer både geografisk og mellom ulike fag- og spesialitetsområder. I en tidligere rapport fra Fafo ble helseforetakenes utgifter til innleie sammenstilt som andel av summen av utgifter til innleie og lønnskostnader innen somatikk per 2021. På regionalt nivå varierte andelen fra under én prosent i Helse Midt-Norge til fem prosent i Helse Nord. Helse Nord har en særlig krevende bemanningssituasjon med mange små og sårbare fagmiljøer. I Helse Sør-Øst synes det nå å være særlig behov for innleie av psykiatere, men også psykologspesialister og enkelte andre grupper. I Helse Vest benyttes i hovedsak innleide spesialsykepleiere, jordmødre og radiologer. Helse Midt-Norge har generelt hatt relativt lav bruk av innleie, men har behov for noe innleie av enkelte legespesialiteter og enkelte sykepleiergrupper. Det er i senere år stilt styringskrav overfor regionale helseforetak om å foreta kritisk gjennomgang av behov for innleie og redusere dette. Krav

²⁶ Norsk pasientskadeerstatning, [NPE - Tilskuddsportalen for privat helsetjeneste](#)

²⁷ Helsedirektoratet, Rapportering på Kompetanseløft 2025. Vedlegg 4: Mobilitet i helse- og omsorgssektoren, oppdatert 2024.(Fafo-rapport 2023:30)

²⁸ Leif E. Moland, Maja Tofteng og Astrid Nesland (2023). *Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester*. Fafo-rapport 2023:17.

ble formidlet senest gjennom foretaksmøte i juni i år, hvor det er formidlet målsetting om at det skal skje en vesentlig reduksjon innen to år. Alle fire helseregioner jobber med tiltak som kan bidra til dette, og det har skjedd en nedgang i innleie de senere årene, særlig i Helse Nord og Helse Sør-Øst.

Personellbehov i spesialisthelsetjenesten

Selv om SSBs Helsemod-framskrivninger viser at mye av den økte etterspørselen etter helsepersonell trolig vil finne sted i de kommunale omsorgstjenestene, er det forventet en betydelig økt etterspørsel etter personell også i spesialisthelsetjenesten. I SSBs referansealternativ øker etterspørselen med drøyt 40 000 årsverk i spesialisthelsetjenesten fra 2019 til 2040. Også de regionale helseforetakenes framskrivninger med Nasjonal bemanningsmodell viser økt behov for helsepersonell framover, med mindre tiltak får kraftfull effekt.

Turnover i spesialisthelsetjenesten

Helsepersonellkommisjonen pekte på at turnover er en utfordring på enkelte områder i spesialisthelsetjenesten. Turnoverandelen varierer mellom helseregion og helseforetak. Utfordringen er størst i Helse Nord RHF, som selv påpeker at de må regne med betydelig «lekkasje» av helsepersonell, særlig grunnet flytting. Samtidig er ikke den generelle turnoverandelen veldig høy, heller ikke i Helse Nord (5,6 prosent i 2021). Turnoverandelen varierer også mellom yrkesgrupper, og psykologer og leger i spesialisering har høyere turnover enn andre grupper.

En kartlegging fra Helse Vest RHF²⁹ viser hvor helsepersonell i regionen som slutter, fortsetter karrieren. Kartleggingen viser at de aller fleste som forlater en jobb i et av helseforetakene i Helse Vest, fortsetter i en annen helserelatert jobb. Flest gikk til kommunale helse- og omsorgstjenester, men en stor andel fortsatte også i spesialisthelsetjenesten. 15 prosent av medarbeiderne som sluttet, gikk til kommersiell sektor og 9 prosent gikk til ideell sektor. Kommersiell sektor omfatter også kommersielle aktører med avtale med de offentlige helse- og omsorgstjenestene. Tallene er små, gjelder én helseregion og er fra 2022, slik at de må tolkes med forsiktighet.

Personellbehov i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Andelen kommuner som rapporterer om rekrutteringsutfordringer er økende.³⁰ Ifølge framskrivninger fra SSB vil etterspørselen etter helsepersonell særlig øke innen de kommunale omsorgstjenestene, og det er dermed trolig at mangelen på helsepersonell vil være størst i kommunene. Demografien og sentraliseringstrendene tilsier at det kan bli særlig vanskelig å rekruttere nok helsepersonell i mindre sentrale strøk, men i absolutte tall kan det likevel forventes at mye av mangelen vil finne sted i mer sentrale strøk. Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023:4) peker i sin utredning på at selv om rekrutteringsutfordringene er større i mindre sentrale strøk, opplever også tjenestene i mer

²⁹ Helse Vest RHF (2022). Regional rapport. Ekstern turnover. Faktabasert kunnskapsgrunnlag. Et viktig grunnlag for de rette tiltakene.

³⁰ KS. Kommunesektorens arbeidsgivermonitor, 2012–2023

sentrale strøk utfordringer. Generalistkommuneutvalget (NOU 2023:9) viser at mange kommuner allerede i dag har problemer med å tilby tjenester innbyggerne har krav på.

Av KS Arbeidsgivermonitor for 2023 framgår det at kommunene opplever det som ganske eller meget utfordrende å rekruttere yrkesgrupper som sykepleiere (92 prosent), leger (82 prosent), vernepleiere (80 prosent), psykologer (63 prosent), og helsefagarbeidere (56 prosent). Dette er en økende utfordring sammenlignet med funn i Arbeidsgivermonitoren i 2021, spesielt for helsefagarbeidere. Tendensen er den samme på tvers av landsdeler og gjelder for både mer og mindre folkerike kommuner.

Helsepersonellkommisjonen peker også på at turnover er en betydelig utfordring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det samme gjør Helsedirektoratet i sin Årsrapport for Kompetanseløft 2025 – Utviklingstrekk og status for 2023. KS sin arbeidsgivermonitor viser at turnoverandelen i helse- og omsorg er den høyeste i kommunal sektor med 16 prosent. Turnover er definert som andel ansatte per 1. desember et år som ikke er ansatt noe sted i kommunal sektor per 1. desember påfølgende år.

Helprivate helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå har ikke hatt rapporteringsplikt til KPR og derfor foreligger det ikke registerdata som kan belyse bruk eller hvilke tjenester som tilbys.

Andre relevante register har heller ikke informasjon som kan identifisere omfanget av helprivate tjenester utover det som er nevnt innledningsvis over.

Særlig om allmennlegetjenesten

Det er i dag stor konkurranse om arbeidskraft. Ifølge Helsedirektoratets årsrapport til Handlingsplan for allmennlegetjenesten for 2023³¹, er 70 prosent av rapporterte legeårsverk tilknyttet spesialisthelsetjenesten, når man ser på spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester samlet. Dette har vært ganske stabilt de siste sju årene. Siden 2015 har det vært en vekst på ca. 22 prosent både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Av en anslått vekst på 4563 legeårsverk kom 3367 i spesialisthelsetjenesten og 1196 i kommunenes helse- og omsorgstjeneste.

Flere undersøkelser har over tid rapportert at fastleger opplever en mer krevende arbeids- hverdag og at arbeidsbelastningen har økt betraktelig over tid. Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 gjennomført av EY og Vista analyse på vegne av Helsedirektoratet, pekte på arbeidsbelastningen for fastlegene, at for få LIS1-leger og medisinstudenter ville bli fastlege og problemene kommunene har med å rekruttere og beholde fastleger. Det har de siste årene blitt gjennomført tiltak for å snu denne utviklingen, og i den siste evalueringsrapporten fra Oslo Economics (mai 2024) beskrives en bedring langs flere akser: Andelen fastleger som er fornøyd med egen arbeidsbelastning har steget fra 20 pst i 2022 til 39 pst i 2024. Andelen fastleger som

³¹ Årsrapport 2023 - Inklusive status per mai 2024: Arbeidet med allmennlegetjenesten, Helsedirektoratet, 2024

beskriver det som litt eller svært sannsynlig at de er fastlege og fem år har samtidig steget fra 50 pst til 70 pst.³²

I 2023 var det 6909 avtalte legeårsverk i kommunene. Dette er 372 flere enn året før og utgjør en økning på 5,7 prosent. Både for kommunalt ansatte leger, næringsdrivende fastleger og LIS1-leger har det vært en økning i årsverk. Det har over tid vært økende rekrutteringsutfordringer til fastlegeordningen, med en topp i august 2023, da 228 000 listeinnbyggere sto uten fast lege. Etter dette har situasjonen vært i bedring, og i oktober 2024 har tallet sunket til 174 000. Antall lister uten fastlege har i samme periode sunket fra 346 til 270. Andelen innbyggere på lister uten fast lege er langt høyere i mange distriktskommuner enn i byene.³³

Selv om flere fastleger er tilfredse med arbeidsbelastningen, er det fortsatt mange som ønsker å gjøre tiltak for å redusere belastningen³⁴³⁵. Når fastlegene opplever at hverdagen blir for krevende, tiden ikke strekker til og de ikke har kapasitet til å levere den kvaliteten de ønsker og selv er bekvemme med til sine pasienter, medfører det at flere slutter i yrket.

Det er med bakgrunn i mangel på data vanskelig å vurdere hva slags betydning status og utviklingen i den helprivate allmennlegetjenesten har for det offentlige tilbudet og for befolkningens bruk av allmennlegetjenester. Helprivate allmennleger har ikke hatt rapporteringsplikt til KPR og derfor foreligger det ikke registerdata som kan belyse bruk eller hvilke tjenester som tilbys. Andre relevante register har heller ikke informasjon som kan identifisere helprivate allmennleger. Med bakgrunn i blant annet data fra NPE, anslår imidlertid Helsedirektoratet at antall helprivate allmennlegeårsverk utgjorde under 200 årsverk i 2022. Når det gjelder den geografiske utbredelsen av helprivate allmennlegeklinikker, viser Helsedirektoratet til at søk på de største tilbydernes nettsider viser at de er etablert i Oslo og på østlandsområdet, samt i de største byene i resten av landet. Alle de store aktørene tilbyr i tillegg til fysiske konsultasjoner også digitale konsultasjoner via video og telefon. Det finnes også aktører som kun tilbyr digitale konsultasjoner. Digitale konsultasjoner gjør helprivate allmennlegetjenester tilgjengelig uavhengig av pasientens bosted.

Særlig om omsorgstjenesten

Tall fra Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten viser at omsorgstjenesten alene står for om lag 87 pst. av årsverkene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Omfanget av årsverk har økt fra om lag 130 000 årsverk i 2015 til om lag 157 000 årsverk i 2023. Veksten har vært størst blant personell med høyere utdanning, særlig blant sykepleiere og vernepleiere. Selv om det fortsatt har vært en økning av helsefagarbeidere, er veksten mindre enn utdanningsgruppens størrelse skulle tilsi, noe

³² [Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten Evalueringsrapport III](#), 2024 Oslo Economics Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn.

³³ [Helsedirektoratet, Allmennlegetjenesten - årsrapport 2023](#), inkludert status 2024.

³⁴ Evaluering av handlingsplanen for allmennlegetjenesten (Oslo Economics, 2022)

³⁵ [Evaluering av handlingsplanen for allmennlegetjenesten \(Oslo Economics, 2023\)](#)

som har bidratt til at andelen personell med videregående opplæring er blitt redusert. Helsefagarbeidere og sykepleiere utgjør de to største utdanningsgruppene i omsorgstjenesten, mens om lag 25 pst. av årsverkene består av pleieassistenter uten helse- og sosialfaglig utdanning.

Det foreligger flere undersøkelser som tyder på betydelig personellmangel i den kommunale omsorgstjenesten. KS' arbeidsgivermonitor for 2023 viser, som nevnt over at nesten alle kommuner har utfordringer med å rekruttere sykepleiere, og at de fleste også har utfordringer med å rekruttere leger, psykologer, vernepleiere og helsefagarbeidere. Monitoren viser også at over halvparten av landets kommuner i noen grad har utfordringer med å rekruttere fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer og barne- og ungdomsarbeidere.

Utfordringene treffer ikke alle deler av tjenesten likt, og ulike tjenesteområder har ulike forutsetninger for å kunne møte økning i behov med andre løsninger enn bemanningsvekst. For tjenester der tilstrekkelig menneskelig nærhet og omsorg er den viktigste innsatsfaktoren, er det i liten grad mulig å dekke behovsveksten på annen måte enn gjennom bemanning. Framskrivningen av behov for personell tilsier derfor at den relative veksten vil måtte være størst i de kommunale omsorgstjenestene.

5.2 Hva består problemet i?

Nasjonal helse- og samhandlingsplan (Meld. St. 9 (2023-2024)) slår fast at mangel på personell er den største utfordringen helse- og omsorgstjenesten står overfor. For mange kommuner og sykehus er denne utfordringen allerede en realitet. Utfordringene med mangel på personell er størst i den kommunale omsorgstjenesten og i distriktene, men er også gjeldende i mer sentrale strøk.

Helsedirektoratets årsrapport for Kompetanseløft 2025 for 2022 viser at helse- og omsorgstjenesten sysselsetter litt over 15 prosent av arbeidstakere i Norge og er den næringen som rapporterer om størst mangel på arbeidskraft i NAVs årlige bedriftsundersøkelse. I tillegg er turnover og frafall en utfordring i deler av helse- og omsorgstjenestene.

I takt med økende rekrutteringsutfordringer, vil også konkurransen om arbeidskraft mellom spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og privatfinansierte leverandører av helse- og omsorgstjenester øke.

Helsepersonellkommisjonen mente at det private helsemarkedet utgjør en utfordring for den offentlige helse- og omsorgstjenesten med hensyn til konkurranse og tilgang på arbeidskraft, og mente at det er tiltakende utfordringer med at personell velger å jobbe hos ulike private aktører. For de offentlige tjenestene vil det være en utfordring hvis det er attraktivt for helsepersonell å heller velge jobb i private tjenester dersom disse kan tilby andre betingelser, for eksempel knyttet til arbeidstidsordninger, der eksempelvis arbeid i private tjenester med elektive tilbud vil kunne medføre gunstigere arbeidstider og mer fleksibilitet. Som vi kommer tilbake til i punkt 6.5, vil en eventuell påvisning av sammenheng mellom etablering av et helprivat tilbud og konkrete utfordringer for det

offentlige tilbudet, ha betydning for vurderingen av om det å kunne nekte godkjenning vil være et egnet virkemiddel.

Hensynet til beredskap kan tilsi at det må treffes tiltak for å kunne opprettholde tilbudet av helse- og omsorgstjenester i en ellers normal situasjon for samfunnet. Dette vil typisk være for å hindre eller redusere skadevirkningene av ulykker, alvorlige helsetilstander eller andre begrensede krisesituasjoner som ikke er av en slik karakter at det utløser fullmaktene etter helseberedskapsloven.

Både kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten samarbeider med private aktører om levering av helse- og omsorgstjenester. Dette skjer hovedsakelig enten gjennom avtaler om å levere tjenester på det offentliges vegne eller gjennom at aktiviteten hos den private aktøren finansieres gjennom takster hjemlet i folketrygden (blant annet fastleger og avtalespesialister).

Tall fra SSBs nasjonalregnskapstall (Helseregnskapet) viser som nevnt i punkt 5.1 et relativt beskjedent omfang av helprivate helse- og omsorgstjenester i dag. Det er likevel grunn til å tro at flere pasienter og brukere vil søke til private helse- og omsorgstjenester dersom man opplever en økende avstand mellom det som tilbys fra det offentlige og de forventningene befolkningen har til å få dekket sine behov. Dette understrekes også av Helsepersonellkommissjonen, som peker på at en slik utvikling kan medføre at de som har råd til det, selv vil ønske å betale for disse tjenestene dersom de ikke dekkes av det offentlige. Forventningsgapet kan skyldes faktiske eller opplevde forskjeller i kvalitet, servicenivå eller ventetider. Kommissjonen peker også på at en faglig forsvarlig prioriteringspraksis i den offentlige helse- og omsorgstjenesten kan føre til at etterspørselen etter privatfinansierte helse- og omsorgstjenester vil øke. På sikt kan dette utfordre det offentlige systemet, og den kollektive viljen til å betale for det.

En ukontrollert framvekst av privatfinansierte helse- og omsorgstilbud uten avtale med det offentlige kan føre til stor og uheldig konkurranse og utfordre tilgangen til gode tjenester for alle. Slik framvekst kan også bidra til å trekke knappe personellressurser til helsetjenester som ikke nødvendigvis er faglig prioritert, men som det er stor betalingsvilje for. Kantars helsepolitiske barometer for 2024 viser at 56 prosent av de spurte tviler på at det offentlige helsevesenet vil være i stand til å dekke samfunnets framtidige behov for helse- og omsorgstjenester uten hjelp fra private helseaktører. 73 prosent gir uttrykk for at de som bruker private helsetjenester avlaster de offentlige tjenestene og bidrar til å redusere helsekøene. 67 prosent er villige til å betale for å være sikret lettere og raskere tilgang til nødvendig helsetjeneste.³⁶

En eventuell samtidighet i økt kjøpekraft og knapphet på personell vil kunne skape et forventningsgap mellom medisinske muligheter, pasientenes forventninger til offentlige helse- og omsorgstjenester, og hva som faktisk kan ytes av tjenester og hvor raskt tjenestene kan leveres. Et slikt forventningsgap vil gi krevende prioriteringsutfordringer.

³⁶ https://kantar.no/globalassets/ekspertiseomrader/energi-klimate/helsepolitikk/helsepolitisk/2024/helsepolitisk-barometer-2024_presentasjon_18.-april-2024.pdf

Det må derfor tenkes nytt om hvordan den offentlige helse- og omsorgstjenesten samlet skal innrettes og organiseres framover for å unngå mer todeling.

Fagfolk må oppleve arbeidet som meningsfullt, ha et godt arbeidsmiljø, en balansert arbeidsbelastning og karriereveier gjennom hele yrkeslivet slik at den offentlige helse- og omsorgstjenesten er en attraktiv arbeidsplass. På samme måte må pasientene og brukerne oppleve at tilbudet i den offentlige helse- og omsorgstjenesten er av god kvalitet og ikke er dårligere enn hos private kommersielle aktører. Samlet handler det om tilliten til den offentlige helse- og omsorgstjenesten slik at fagfolk velger å bli der og befolkningen ikke ser seg nødt til å betale for helse- og omsorgstjenestene selv. For å snu trenden med økende ventetider i sykehusene og få ned ventetidene, har regjeringen lansert Ventetidsløftet, som er et forpliktende samarbeid med arbeidstakerorganisasjoner, arbeidsgiverorganisasjoner og de regionale helseforetakene.

Personellet er helse- og omsorgstjenestens viktigste ressurs og er avgjørende for de offentliges evne til å sikre befolkningen tilgjengelige og forsvarlige tjenester.

Mangel på kvalifisert personell vil være alvorlig for alle deler av den offentlige helse- og omsorgstjenesten. En slik mangel vil utfordre spesialisthelsetjenestens og kommunenes evne til å sikre befolkningen tilgang til de tjenestene de har krav på og muligheten for å levere sitt lovpålagte tjenestetilbud på en forsvarlig måte. Mangel på kvalifisert personell vil raskt få konsekvenser i de delene av tjenestene hvor behovet for hjelp er akutt og må dekkes umiddelbart for å unngå død eller alvorlig skade. Dette kan for eksempel være tjenester til hjemmeboende personer som trenger hjelp til å administrere livsnødvendige legemidler eller utrykning til skadete personer ved ulykker. Samtidig vil mangel på kvalifisert personell også være alvorlig for de deler av tjenestene som sikrer pasient og brukers grunnleggende behov. Innenfor disse områdene av helse- og omsorgstjenesten vil man antagelig kunne drive tjenestene på forsvarlig nivå i en viss periode, men på et gitt tidspunkt vil likevel mangelen på personell også her kunne føre til akutte og livstruende situasjoner eller gi fare for alvorlig skade.

5.3 Hvilke tiltak gjennomføres nå for å ivareta behovet for personell i offentlige tilbud?

Indirekte er alle innsatser for å opprettholde en faglig sterk, robust, attraktiv og god offentlig helsetjeneste både et overordnet mål og viktig virkemiddel for å beholde personell. Her er innsatser og tiltak som settes inn både fra helsemyndigheter og arbeidsgivere i helse- og omsorgstjenesten betydningsfulle.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 beskriver hvordan regjeringen vil bidra til å rekruttere og beholde fagfolk med riktig kompetanse i vår felles helse- og omsorgstjeneste. Dette arbeidet vil gjøres gjennom tre innsatsområder:

- understøtte arbeidet med å fremme godt arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår,
- hensiktsmessig oppgavedeling og kompetanseutvikling for å fremme en effektiv organisering av arbeidsprosesser

- understøtte arbeidet med å sikre tilgang til riktig kompetanse gjennom rekruttering, kvalifisering og kompetanseheving.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan legger opp til et fagarbeiderløft og en styrking av generalistkompetansen i helse- og omsorgstjenestene. Kombinerte stillinger kan være et virkemiddel for å motvirke konkurranse om arbeidskraft mellom kommuner og helseforetak. Departementet har derfor bedt de regionale helseforetakene om å kartlegge mulighetene for kombinerte stillinger, særlig innen svangerskap-, føde- og barselomsorgen og psykisk helse. Videre skal Kompetanseløft 2025 sikre rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Planen skal bidra til en tilstrekkelig og kompetent bemanning i tjenestene. Kompetanseløft 2025 følger også opp en egen opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.

Helsepersonellet kan i utgangspunktet benytte fritid etter eget ønske, også til å ta bierverv i helprivate tilbud, likevel slik at det ikke skal gå ut over integritet, habilitet og uavhengighet i arbeidet for det offentlige. Arbeidsgiver kan også kreve at den totale arbeidsbelastningen ikke går ut over hovedstillingen.

I senere år har utdanningskapasiteten for flere helsefaglige utdanninger økt. Også antall stillinger for leger i spesialisering del 1 (LIS1) har økt, og regjeringen har foreslått at kapasiteten kan økes videre gjennom at tjenestene kan opprette egne stillinger i tillegg til de som er nasjonalt fastsatt. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal oversikt over behov for legespesialister, ABIOK-sykepleiere og jordmødre i spesialisthelsetjenesten. Departementet har de siste årene satt som mål for de regionale helseforetakene at antall utdanningsstillinger for ABIOK-sykepleiere og jordmødre skal øke sammenlignet med året før.

I tillegg til tilstrekkelig utdanningskapasitet, kan desentrale studier og muligheten for deltidsstudier ha betydning for det offentliges evne til å rekruttere kvalifisert personell. NOU 2020:15 om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene peker på at nærhet til en utdanningsinstitusjon øker rekrutteringen til utdanningen, og det fører til at flere i en region kan ta utdanning. Etter studier tar mange arbeid i regionen hvor de studerte, og det bidrar til at privat og offentlig sektor i regionen får tilgang til kompetanse. Tilgang til praksisplasser er også av betydning for kapasiteten, spesielt innen helse- og sosialfaglige utdanninger.

Undersøkelser fra både Sverige og Norge viser at tjenester som har høy risiko for frafall, eller som ønsker å få sykepleiere tilbake i pasientnært arbeid, kan snu utviklingen ved å sørge for en rimeligere arbeidsbelastning med hensyn til arbeidstid.³⁷ Tiltak som understøtter utvikling av gode arbeidstidsordninger og nye måter å jobbe på, arbeid med heltidskultur, og tilbud om kompetanseutvikling og satsing på utvikling av sterke fagmiljø vil bidra til å styrke de offentlige tjenestene som attraktive arbeidsplasser.

³⁷ Hjemås G, Syse A. Hvor blir det av sykepleierne? En registerbasert analyse. Sykepleien Forskning. 2023; 18(93304):e-93304.DOI: 10.4220/Sykepleienf.2023.93304

Det samme vil tilstrekkelig veiledning av studenter og ansatte i tjenestene og samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og helse- og omsorgstjenesten. Etablering av mentorordninger kan være et tiltak for å lette overgangen mellom studier og arbeidsliv.

Digitale løsninger og digital infrastruktur er også faktorer som kan bidra til en mer bærekraftig og målrettet bruk av personell helse- og omsorgstjenestene. Nye løsninger kan blant annet frigi tid og arbeidskraft. Det er behov for både tydeligere prioriteringer og produktivitetsfremmende tiltak for å videreføre et bærekraftig offentlig tjenestetilbud, som investeringer i bygg, medisinsk-teknisk utstyr og digitale løsninger. For å lykkes kreves det fortsatt omstilling til nye måter å yte tjenester på og investering i bygg og teknologi som understøtter bedre personellbruk. Dette gjelder både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

6 Hjemmel til å forskriftsfeste godkjenningsordning som ivaretar personell og forsvarlighet i offentlig tilbud

6.1 Kan krav om godkjenning av virksomheter bidra til å sikre personell i offentlige tilbud av helse- og omsorgstjenester?

Tilgang til fagfolk i vår felles helsetjeneste er, og vil fortsette å være, en utfordring. Vi står overfor en utvikling hvor etterspørselen etter helsepersonell er og vil bli større enn tilbudet, og vi vil mangle helsepersonell. Dette er blant annet beskrevet av Helsepersonellkommissjonen. Årsakene til mangelen er mange, både på etterspørselssiden og tilbudssiden. Når det oppstår mangel på helsepersonell, er det avgjørende for å ivareta befolkningens helse at vi kan opprettholde et tilbud av forsvarlige offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester i alle deler av landet.

Det er behov for å kunne ta i bruk mange virkemidler for å beholde og rekruttere nødvendig kompetanse i både den offentlige spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den viktigste innsatsen for å rekruttere og beholde tilstrekkelig helsepersonell i offentlige tilbud må arbeidsgiverne selv stå for. Helseforetakene, kommunene og deres private leverandører må gjennom god ledelse og tilrettelegging av arbeidsvilkår gjøre arbeidsplassene attraktive. De må utdanne personell og arbeide på nye og mer effektive måter. Regjeringen ønsker at vår felles helsetjeneste skal være førstevalget for fagfolk. Det vil regjeringen bidra til ved blant annet flere heltidsstillinger, gode arbeidsmiljø og muligheter for faglig utvikling gjennom hele yrkeskarrieren, slik at fagfolk får brukt kompetansen og tiden sin godt.

Så kan det vise seg at det offentliges egen innsats ikke alltid vil være tilstrekkelig. Når det er slik mangel på arbeidskraft og riktig kompetanse at det ikke bare midlertidig er udekkede stillinger innenfor enkelte spesialiteter, profesjoner eller geografiske deler av landet, kan mangelen også lettere gjøre seg gjeldende for attraktive arbeidsplasser. Arbeidsgivere i helsetjenesten må jobbe systematisk med å både beholde og utvikle sitt eksisterende personell.

Regjeringen er bekymret for at en eventuell eskalering i framveksten av særlig helprivate tilbud kan føre til en sterk og uheldig konkurranse om fagfolk som kan gå ut over evnen til å sikre hele befolkningen nødvendige helse- og omsorgstjenester. Regjeringen vil forhindre at privatfinansierte tilbydere uten avtale med det offentlige (helprivate tilbud) vokser på bekostning av det offentliges mulighet til å tilby grunnleggende helse- og omsorgstjenester, og på den måten utfordrer prinsippet om likeverdig tilgang til gode tjenester for alle. I den grad vi får en omfattende utvikling av forsikringsbaserte tilbud hvor man baserer seg på norske helse- og omsorgstjenesteleverandører, kan konsekvensene bli at fagfolk det er knapphet på trekkes bort fra det offentlige tilbud. Dette kan igjen svekke befolkningens tilgang til de helse- og omsorgstjenester som omfattes av det offentlige tilbudet.

Samarbeidet med private må skje på fellesskapets premisser, slik at de regionale helseforetakene og kommunene kan ivareta sitt sørge-for-ansvar. En utvikling som fører til større sosial ulikhet i helse er ikke i tråd med denne regjeringens politikk. Det er derfor nødvendig å vurdere om nasjonal kontroll med etablering av helprivate tilbud kan sørge for at de offentlige tjenestene sikres tilgang på tilstrekkelig og kompetent personell.

Det er forventet at tilbudet av privatfinansierte helse- og omsorgstjenester vil øke i de neste årene, idet befolkningens evne og vilje til selv eller gjennom forsikring å betale for dette øker. Det kan derfor også være behov for virkemidler som begrenser etablering av, eller utvidelser av, privatfinansiert virksomhet som ved bruk av helsepersonell det er særlig mangel på, når et omfang som truer et nødvendig og forsvarlig offentlig tilbud.

Utgangspunktet er et regulert samarbeid mellom offentlige og private virksomheter, og at dette kan fungere bra. Det kan imidlertid også oppstå situasjoner der mangelen på helsepersonell i det offentlige tilbudet blir kritisk for å ivareta sørge-for-ansvaret, for eksempel i 24/7 akuttberedskap, alvorlig syke osv, som fellesskapet har ansvaret for. Derfor er det viktig med en sikkerhetsventil, i form av hjemmel til å forskriftsfeste krav om godkjenning.

En godkjenningsordning som gjør det mulig å nekte etablering eller utvidelse av private virksomheter i bestemte geografiske områder eller med et bestemt tjenestetilbud, kan bidra til nasjonal styring av personellressursene og gjennom det sikre nødvendig geografisk fordeling, tilgjengelige tjenester i hele landet og rettferdig fordeling. Det kan for eksempel oppstå grunnlag for å vurdere godkjenningsordninger for helprivate tilbud av allmennlegetjenester eller klinikker som krever spesialister som det er mangel på. Tiltaket vil trolig kunne ha størst positiv effekt for desentraliserte tilbud, ettersom det er der personellmangelen forventes å være mest framtreddende.

En godkjenningsordning vil ikke alene kunne løse utfordringene, men vil kunne virke sammen med andre virkemidler. Krav om offentlig godkjenning for å opprette eller utvide virksomhet kan derfor være egnet for å bidra til målet om en sterk felles helse- og omsorgstjeneste, og det bør være et tilgjengelig virkemiddel når behovet oppstår.

6.2 Forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven § 4-1

Den offentlige finansierte helse- og omsorgstjenesten sikrer likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester og er derfor en forutsetning for å unngå økende ulikheten i helse og i tilgangen til helsetilbud. Som beskrevet over, vil de økende utfordringene med å rekruttere helsepersonell kunne utfordre den offentlige finansierte helse- og omsorgstjenesten. Departementet mener derfor det er behov for å iverksette ulike tiltak for å sikre tilstrekkelige helsepersonellressurser i den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Det vises til beskrivelsen i kapittel 5. En ytterligere sikkerhetsventil vil være en lovhjemmel til å etablere en godkjenningsordning som kan bidra til å sikre helsepersonellressurser som er nødvendige for å opprettholde et forsvarlig offentlig tjenestetilbud.

I dag stilles det ikke krav om at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal godkjennes. Unntak gjelder for virksomheter som utfører enkelte aktiviteter etter bioteknologiloven og institusjoner som er ansvarlig for eller kan anvende tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, se nærmere over under punkt 2.2 og 2.3. Som et utgangspunkt vil dermed alle som overholder de generelle kravene til næringsvirksomhet og kravet til forsvarlig virksomhet etter helselovgivningen fritt kunne tilby helse- og omsorgstjenester.

Etter lovendringen som trådte i kraft 1. januar 2019 er det adgang til å etablere godkjenningsordning for virksomheter og tjenester i spesialisthelsetjenesten for å ivareta hensyn til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet eller beredskap. Disse hensynene åpner etter departementets vurdering ikke for å kunne etablere godkjenningsordning som har til formål å sikre helsepersonellressurser som er nødvendige for å sikre et forsvarlig tilbud i den offentlige spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I forarbeidene til den nye bestemmelsen foreligger det heller ikke uttalelser som tilsier at bestemmelsen gir hjemmel til å etablere godkjenningsordning med dette formålet. Det vises til omtalen under gjeldende rett i punkt 2.1.

Gjeldende lovbestemmelser gir dermed ikke lenger en klar hjemmel til å kreve godkjenning for å sikre nødvendige helsepersonellressurser i det offentlige tilbudet.

Departementet mener at det er behov for en klar hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 til kunne forskriftsfeste krav om godkjenning av etablering eller utvidelser av virksomheter i spesialisthelsetjenesten når det er egnet, nødvendig og forholdsmessig for å sikre helsepersonellressurser som er nødvendige for å sikre et forsvarlig offentlig tjenestetilbud.

Et krav om godkjenning kan være aktuelt f.eks. for å begrense nyetablering eller utvidelser av private virksomheter som krever bruk av særskilt helsepersonellkompetanse som det foreligger mangel av. Det kan også være behov for å begrense etablering eller utvidelse av virksomheter som krever mye helsepersonell som det er mangel av i det offentlige tjenestetilbudet. Forutsetningen for at hjemmelen kan anvendes må være at mangelen på det aktuelle helsepersonellet er så alvorlig at det foreligger en nærliggende risiko for at det offentlige ikke vil kunne opprettholde et forsvarlig tjenestetilbud. Se

omtale av de momentene som inngår i den konkrete vurderingen av om godkjenningskrav vil være egnet, nødvendig og forholdsmessig i punkt 6.5.

Departementet foreslår på denne bakgrunn et nytt annet ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 som gir departementet hjemmel til forskriftsfeste krav til godkjenning av virksomheter og helsetjenester som omfattes av loven for å *sikre helsepersonellressurser som er nødvendige for et forsvarlig offentlig tilbud av spesialisthelsetjenester eller kommunale helse- og omsorgstjenester.*

6.3 Forslag til endring av helse- og omsorgstjenesteloven

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i kontinuerlig utvikling. Kommunene har over tid fått nye oppgaver, samtidig som de har hatt en tilvekst av nye brukergrupper med behov for både fysisk, psykisk og sosial omsorg, støtte og bistand. Det ytes stadig mer kompleks medisinsk behandling i de kommunale tjenestene.

Kommunene har i dag utfordringer med rekruttering av personell til sin helse- og omsorgstjeneste slik gjennomgangen i kapittel 5 viser. Konkurransen om personell mellom de offentlige tjenestene og helprivat virksomhet vil framover kunne påvirke kommunenes mulighet til å tilby nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere.

Det er vanskelig å forutsi hvor stort omfanget av etterspørsel etter tjenester som den enkelte betaler selv vil bli. Samtidig sier flertallet av de spurte i Kantars helsepolitiske barometer for 2024³⁸ at de tviler på at det offentlige helsevesenet vil være i stand til å dekke samfunnets framtidige behov for helse- og omsorgstjenester uten hjelp fra private helseaktører. De er også villige til å betale for å forsøke å oppnå en lettere og raskere tilgang til nødvendig helsetjeneste. Det er grunn til å anta at befolkningens vilje til å betale for helprivate tjenester er størst i de situasjoner hvor den enkelte har en opplevelse av at de offentlige helse- og omsorgstjenestene ikke er tilgjengelige, for eksempel dersom det oppleves å ta for lang tid å få time hos fastlegen. Det kan også være at det tar tid å få tildelt sykehjemsplass, selv om den enkelte opplever at det er vanskelig å bo hjemme eller at omfanget av helsetjenester i hjemmet ikke dekker behovet. Det kan også være at den enkelte etterspør noe annet enn det det offentlige tilbyr, for eksempel i form av praktisk og personlig bistand til daglige gjøremål slik som transport til aktiviteter eller innkjøp.

En stadig større andel av beboere med langtidsplass har et omfattende bistandsbehov samtidig som botiden i sykehjem går ned. Det kan tyde på at terskelen for å få langtidsplass i sykehjem har blitt høyere. Ifølge Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten har de kommunale helse- og omsorgstjenestene over tid endret karakter ved at det blir lagt stadig større vekt på tilbud om helsetjenester framfor sosiale forhold og praktisk bistand i hverdagen. Tall fra KPR viser at antall mottakere av praktisk bistand over 67 år har falt fra nær 100 000 personer i 2009 til 79 000 personer i 2021. En slik utvikling i det offentlige tjenestetilbudet kan tyde på at faglig forsvarlig og

³⁸ https://kantar.no/globalassets/ekspertiseomrader/energi-klimate/helsepolitikk/helsepolitisk/2024/helsepolitisk-barometer-2024_presentasjon_18.-april-2024.pdf

riktig prioritering i de offentlige tjenestene kan føre til økt etterspørsel etter helprivate tjenester slik Helsepersonellkommissjonen peker på.

Helprivate tjenester vil til en viss grad kunne fungere greit ved siden av de offentlige helse- og omsorgstjenestene. Helprivate allmennleger kan for eksempel gjennomføre konsultasjoner som ender med å skrive ut sykemeldinger og resepter og apotekene kan sette vaksiner som pasientene ville ha hatt krav på å få av det offentlige. Tilbydere av omsorgstjenester og praktisk bistand kan dekke behov for tjenester som ellers ville ha krevd kapasitet i det offentlige og som brukeren ville kunne ha hatt krav på.

Det er imidlertid behov for å sikre at utviklingen i omfang av helprivate helse- og omsorgstjenester ikke går på bekostning av kommunenes mulighet for å sikre tilstrekkelig og kompetent bemanning i egne tjenester. Det er en forutsetning for å sikre lik tilgang til tjenester for alle og unngå sosiale forskjeller på bakgrunn av betalingsevne. Dersom den helprivate virksomheten som etableres ikke baserer seg på rekruttering av personell som er bosatt i den angjeldende kommune eller i arbeidsmarkedsregionen, vil en godkjenningsordning trolig ha begrenset betydning for den enkelte kommunes mulighet for å rekruttere kvalifisert personell. Samtidig vil en nasjonal godkjenningsordning gi mulighet for vurdering av de samlede virkningene av etableringen i en region.

Det er derfor etter departementets vurdering behov for en hjemmel til å kunne forskriftsfeste krav om godkjenning av etablering eller utvidelser av virksomheter når dette er nødvendig. Hjemmelen skal sikre grunnlag for å beskytte tilgangen til helsepersonellressurser som er nødvendige for å sikre et forsvarlig offentlig tilbud i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er ikke hjemmel til å stille krav om slike godkjenningsordninger i dag.

Formålet med hjemmelen er å kunne opprettholde et forsvarlig offentlig tilbud av helse- og omsorgstjenester i kommunene og som er tilgjengelig for alle. Forutsetningen for at hjemmelen kan anvendes må være at mangelen på det aktuelle helsepersonellet er så alvorlig at det foreligger en nærliggende risiko for at det offentlige ikke vil kunne opprettholde et forsvarlig tjenestetilbud.

Kommunenes oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten er stadig mer komplekse og omfatter derfor mange ulike yrkesgrupper og ulike typer kompetanse. Som vist over i kapittel 5.1 opplever kommunene særlig utfordringer knyttet til å rekruttere yrkesgrupper som sykepleiere, leger, vernepleiere, psykologer og helsefagarbeidere. I 2020 ble imidlertid i overkant av 20 prosent av årsverkene i helse- og omsorgstjenesten utført av personell uten formell helse- og sosialfaglig utdanning ifølge Helsedirektoratet. Det er store forskjeller mellom de ulike deltjenestene med hensyn til antall og andel sysselsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning. I omsorgstjenestene er andelen 31,2 prosent, mens i kommunehelsetjenesten er den 15,4 prosent. Departementet understreker at personellgruppen uten helse- og sosialfaglig utdanning er sentrale for kommunenes evne til å levere tilstrekkelige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning vil, dersom de yter helsehjelp, utføre sine oppgaver i form av å være medhjelper til autorisert helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 5. Utviklingen i oppgaveomfang og -kompleksitet i tjenestene tilsier likevel at behovet for beskyttelse av

personellressurser er knyttet til helsepersonell slik dette er definert i helsepersonelloven § 3.

Departementet mener at det er behov for en hjemmel til kunne forskriftsfeste krav om godkjenning for etablering og utvidelse av virksomheter som skal yte helse- og omsorgstjenester når det er egnet og nødvendig for å beskytte helsepersonellressurser som er nødvendige for å sikre et forsvarlig offentlig tjenestetilbud.

Behovet for tiltak for virksomheter som tilbyr tannhelsetjenester vil vurderes i oppfølgingen av Tannhelseutvalgets utredning NOU 2024: 18, levert 26. september d.å.

Departementet foreslår derfor ny § 12-7 i helse- og omsorgstjenesteloven som vil gi hjemmel til å kreve godkjenning for å *sikre helsepersonellressurser som er nødvendige for et forsvarlig offentlig tilbud av spesialisthelsetjenester eller kommunale helse- og omsorgstjenester.*

Det foreslås videre en utvidelse av virkeområdet i helse- og omsorgstjenesteloven slik at en forskrift som regulerer krav om godkjenning kan rette seg mot private virksomheter som yter eller tilbyr helse- og omsorgstjenester.

En forutsetning for at hjemmelen kan anvendes vil være at mangelen på det aktuelle helsepersonellet er så alvorlig at det foreligger en nærliggende risiko for at det offentlige ikke vil kunne opprettholde et forsvarlig tjenestetilbud.

Det må videre vurderes konkret om etablering av en godkjenningsordning er en egnet, nødvendig og forholdsmessig. Se nærmere omtale av de momentene som inngår i den konkrete vurderingen av om godkjenningskrav vil være egnet, nødvendig og forholdsmessig i punkt 6.5.

Etableringen av en godkjenningsordning vil være restriksjon på EØS-avtalens etableringsrett. Se omtalen i punkt 3.3 og 6.7.

6.4 Bør det være hjemmel til å kreve godkjenning av både helseforetak, kommuner og private virksomheter?

6.4.1 Behovet for godkjenning av virksomhet som tilbyr helse- og omsorgstjenester mot privat betaling

På generelt grunnlag, vil etablering eller utvidelse av virksomhet hvor helsepersonell yter helsehjelp til privatbetalende kunder enten redusere det totale antall årsverk som er tilgjengelig for arbeid i offentlige tilbud, eller tappe offentlige tilbud for helsepersonell. En godkjenningsordning hjemlet i lov vil kunne redusere og kontrollere omfanget av slike etableringer eller utvidelser av eksisterende virksomhet, ved at godkjenning nektes når det påvises en tilstrekkelig årsakssammenheng mellom etablering og en tilstrekkelig eller nærliggende risiko for at det offentlige ikke vil kunne opprettholde et forsvarlig tjenestetilbud.

Ett konkret eksempel på en situasjon hvor det kan oppstå behov for offentlig kontroll med privatbetalende tilbud, er etablering av et privat sykehus eller spesialistklinikk i nærheten

av et offentlig sykehus som i praksis forutsetter overgang av personell med kompetanse som det der er mangel på. En lignende situasjon kan oppstå dersom privat virksomhet får et omfang som gir mangel på personell i kommunal helse- og omsorgstjeneste som gjør det vanskelig for kommuner å ivareta sitt ansvar. En slik situasjon vil kunne oppstå ved etablering private allmennlegetjenester eller private sykehjem.

6.4.2 Behovet for godkjenning som virkemiddel for å fordele personell mellom helseforetak, kommuner og private som leverer etter avtale med disse

Departementet mener at en nasjonal og statlig styrt godkjenningsordning er et mindre hensiktsmessig virkemiddel for å sikre en forsvarlig fordeling av helsepersonell mellom ulike deler av den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten.

Det skyldes at kommunene, helseforetakene og de regionale helseforetakene selv vurderer dimensjoneringen av tilbudet og dermed også bemanningsbehovet. Regionale helseforetak og kommunene er ved lov pålagt å sørge for henholdsvis nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen og nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen. De kan velge mellom å utføre tjenestene selv (ved helseforetak for spesialisthelsetjenester) eller inngå avtale med private leverandører. Sentralt i ansvaret er planlegging av et samlet tjenestetilbud, basert på vurderinger av hvilke tjenester som skal prioriteres, bemanningsbehov og i hvilken grad det er behov for å samarbeide med andre offentlige virksomheter eller private leverandører. Det er ikke grunnlag for en ordning som forutsetter statlig overprøving av dette.

Departementet vektlegger at det avgjørende for om befolkningen får tilgang til tjenestene uavhengig av inntekt eller bosted, er den samlede kapasiteten innenfor det offentlig finansierte og organiserte tilbudet av helse- og omsorgstjenester. Dette inkluderer blant annet flere store ideelle sykehus som er en integrert del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det innebærer at det i utgangspunktet heller ikke er hensiktsmessig å kreve godkjenning av etablering eller utvidelse av private leverandører i den grad de leverer tjenester til befolkningen etter avtale med kommuner eller regionale helseforetak. Også disse tilbudene bygger på det offentliges vurdering av behov, og for pasienten skal det ikke ha betydning om virksomheten er offentlig eller privat eid så lenge tilbudet er finansiert av det offentlige.

Eventuelle endringer i omfanget og fordelingen av personellintensiv aktivitet kan tas opp innenfor rammen av samarbeid mellom nivåene. I planleggingen av tilbud både til enkelte pasienter og befolkningen i stort skal det også tas hensyn til behovet for å samarbeide med andre tjenesteytere, så som andre helseforetak, kommuner og private som leverer tjenester etter avtale, slik at de kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift. Dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e og kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 3-4. Staten vil kunne påvirke slike beslutninger gjennom endringer i finansieringsordninger, styring av de regionale helseforetakene, strategiske prioriteringer og helsepolitiske budskap.

Departementet mener på denne bakgrunn at det vil være begrenset behov for å kreve godkjenning av kommuner, helseforetak eller private virksomheter som har avtale med det offentlige, med formål å sikre nødvendig helsepersonell og forsvarlighet i andre offentlige tjenestetilbud. Lovhjemmelen bør likevel ikke nå avgrenses mot slike virksomheter.

6.4.3 Godkjenning av privat virksomhet som både leverer tjenester til befolkningen etter avtale med det offentlige og tjenester betalt privat

Det er i dag flere eksempler på private virksomheter som både leverer tjenester til befolkningen etter avtale med det offentlige og leverer tjenester til pasienter som enten betaler selv eller får dekning fra privat forsikring. I praksis vil det trolig være flytende overganger mellom de ulike delene av virksomheten, hvor samme lokaler og personell benyttes til forsikringskunder, privatbetalende og eventuelt etter avtale med kommuner og regionale helseforetak.

Departementet legger til grunn at det vil være nødvendig å innrette en eventuell godkjenningsordning slik at den kan gjelde kun den privatfinansierte delen av virksomheten.

6.5 Vurdering av om godkjenningskrav er egnet, nødvendig og forholdsmessig

Hvorvidt krav om godkjenning og muligheten til å nekte etablering vil være et egnet og nødvendig virkemiddel for å beskytte helsepersonellressurser i offentlige tilbud, må vurderes konkret ved utredning av forskriftsfestede bestemmelser og når vedtak om godkjenning fattes.

I en forskrift må omfanget av ordningen avgrenses, i tråd med vurderingene av hva som er egnet og nødvendig for å oppfylle formålet. Vilkår for å gi eller nekte godkjenning må også presiseres. Dette krever en konkret vurdering av kapasitetsbehov og kapasitetsmangel i det aktuelle offentlige tjenestetilbudet, koblet med vurdering av hvilke etableringer eller utvidelser som vil føre til at problemet oppstår eller forverres.

Departementet må konkretisere slike vurderinger når det blir aktuelt å foreslå forskrifter med hjemmel i bestemmelsen og utrede forholdene i henhold til føringene i utredningsinstruksen. Høringsinstansene vil få anledning til å uttale seg om vurderingene.

Vi skisserer nedenfor en del av de forholdene som vil være relevante å hensynta ved utformingen av forskrifter, og ber høringsinstansene om innspill til dette. Vi ber også om innspill fra høringsinstansene på om de er kjent med bestemte tjenestetilbud eller geografiske områder hvor det kan fremstå som hensiktsmessig og nødvendig å vurdere forskriftsfesting av krav om godkjenning.

I vurderingen av om det å kunne nekte godkjenning av nærmere bestemte virksomheter på nærmere bestemte vilkår vil være et egnet virkemiddel for å sikre opprettholdelse av forsvarlige offentlige tjenestetilbud, vil blant annet følgende momenter ha betydning:

- I hvilken grad det kan påvises årsakssammenheng mellom etablering av det helprivate tilbudet og konkrete utfordringer for det offentlige tilbudet.

- De potensielle konsekvensene for forsvarlighet i berørte offentlige tilbud, inkludert:
 - o hvorvidt, hvor raskt og med hvilken stabilitet det offentlige tilbudet kan gjenoprettes, for eksempel muligheten for å erstatte personellet ved innleie, omplasseringer, avtale med private eller andre tiltak i tide til å kunne opprettholde et forsvarlig tilbud
 - o om det gjelder øyeblikkelig hjelp, påvirker ventetider for planlagt behandling av ulik hastegrad eller medfører fare for at grunnleggende behov ikke blir dekket
 - o beredskap for å hindre eller redusere skadevirkningene av ulykker, alvorlige helsetilstander eller andre begrensede krisesituasjoner som ikke er av en slik karakter at det utløser fullmaktene etter helseberedskapsloven.
 - o i hvilken grad etablering vil avlaste offentlige tilbud, dekke et udekket tilbud i et område eller går ut på å tilby uprioriterte tjenester.
- Helsepersonells mobilitet og muligheten til å rekruttere fra andre steder enn sårbare offentlige tilbud, for eksempel andre helprivate tilbud i Norge eller andre land.
- Langsiktige konsekvenser for bemanning til tjenesten og rekruttering til helsefag.
- Hvor effektivt avslag på godkjenning forventes å beskytte det offentlige tilbudet, inkludert om det vil etableres tilbud i utlandet for å betjene norske pasienter eller om det må forventes økt etterspørsel etter offentlige tilbud.

I vurderingen av om innføring av godkjenningsordning og senere vedtak om å nekte godkjenning er et nødvendig tiltak for å nå målet om å beholde personell i den offentlige tjenesten, må det tas stilling til om man kan oppnå det samme med alternative og mindre inngripende tiltak.

Helseforetakene, kommunene og deres private leverandører må gjennom god ledelse og tilrettelegging av arbeidsvilkår gjøre arbeidsplassene attraktive. Det er likevel slik at også attraktive arbeidsplasser vil kunne oppleve utfordringer med å rekruttere og beholde personell. Hensynet til effektiv ressursbruk og en bærekraftig finansiering av den offentlige helse- og omsorgstjenesten vil også påvirke offentlige arbeidsgiveres rom for å bruke økonomiske virkemidler. I motsetning til privatfinansierte tjenestetilbud, vil det offentlige for eksempel ikke kunne kompensere økte kostnader ved tilsvarende å øke pasientenes egenbetaling.

Innleie av personell vil isolert sett kunne bidra til å opprettholde forsvarlig bemanning, men det er ikke en bærekraftig eller langsiktig løsning. Helseforetakene er pålagt å begrense innleie ved lov og styringskrav fra departementet. Flere helseforetak opplever også at det vanskeligere å rekruttere gjennom bemanningsbyråer.

Det er formidlet styringskrav overfor regionale helseforetak, innført meldeplikt overfor arbeidsgiver, utarbeidet retningslinjer og kontrolltiltak for å bidra til at bierverv ikke kommer i konflikt offentlige tilbud. Arbeidsgiver har likevel i begrenset grad anledning til å påvirke arbeidstakers valg av arbeidssted og bruk av egen fritid.

Beordring av helsepersonell til viktige offentlige tjenestetilbud er et svært inngripende tiltak, og er kun aktuelt ved krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, jf. helseberedskapsloven § 4-1.

I vurderingen av om krav til godkjenning av virksomheter er et tiltak som står i rimelig forhold til det som oppnås, vil det ha betydning hvor inngripende tiltaket er for de berørte virksomhetene og helsepersonellet selv. En hjemmel for å nekte godkjenning griper inn i friheten til å drive næringsvirksomhet uhindret av offentlige inngrep (næringsfrihet). Jo flere virksomheter som omfattes av en godkjenningsordning, jo større er inngrepet og behovet for forventede positive konsekvenser som kan oppveie dette. Eventuelle konkurransemessige konsekvenser er også relevant. I den grad virksomheter nektes godkjenning, vil også helsepersonells valg mellom ulike arbeidsgivere og oppdragsgivere begrenses. Dette må også hensyntas i vurderingen av forholdsmessighet.

Forskriftsfestede godkjenningsordninger må bygge på objektive og ikke-diskriminerende kriterier som er kjent for søkeren på forhånd, som avgrenser myndighetenes skjønnsutøvelse og motvirker vilkårlige avgjørelser. Dette må sikres i det konkrete forskriftsarbeidet.

6.6 Godkjenning må gjelde både nye etableringer og utvidelse av virksomhet

Departementet mener at det ikke vil være grunnlag for kun å innføre krav til godkjenning for ny etablering av virksomhet. Konsekvensene for det offentliges tilgang til helsepersonell vil være de samme ved etablering av ny virksomhet og ved utvidelse av eksisterende virksomhet. Kravet til likebehandling og konsistent regulering for å oppfylle formålet, tilsier derfor at en forskriftsfestet godkjenningsordning for et nærmere bestemt tjenestetilbud må gjelde både ny etablering og utvidelse av eksisterende virksomhet.

Departementet legger til grunn at krav om godkjenning kan stilles til eksisterende virksomhet uten hinder av Grunnlovens forbud mot å gi plikter tilbakevirkende kraft. Det forutsetter at krav om godkjenning gjelder for eventuelle framtidige utvidelser, ved at det gis godkjenning for det omfanget virksomheten har på det tidspunktet kravet om godkjenning iverksettes. Behovet for eventuelle overgangsordninger kan også være aktuelt å vurdere ved forskriftsfesting av krav til godkjenning.

6.7 Forholdet til EØS-retten

Krav om godkjenning for å etablere eller utvide virksomhet som tilbyr helse- og omsorgstjenester vil kunne regnes som en restriksjon på EØS-avtalens bestemmelser om etableringsrett eller fri bevegelse av kapital.

For at en restriksjon skal kunne rettfærdiggjøres, må restriksjonen være begrunnet i legitime formål som anerkjennes i EØS-retten. Hensynet til folkehelsen nevnes uttrykkelig i EØS-avtalen artikkel 33.

Etableringskontroll som har til formål å sikre at virksomhetene har tilstrekkelig personell til å yte forsvarlige helsetjenester vil kunne anses begrunnet i hensynet til folkehelsen.

Videre må restriksjonen være egnet og nødvendig for å oppnå det legitime formålet (forholdsmessighet). I dette ligger en forutsetning om at formålet ikke kan ivaretas ved hjelp av mindre inngripende virkemidler.

De EØS-rettslige kravene til at en godkjenningsordning må være egnet og nødvendig for å opprettholde et forsvarlig tilbud, må vurderes konkret i forbindelse med utredning av eventuelle forskrifter. De forholdene som departementet omtaler i punkt 6.5 ovenfor vil være relevante i den konkrete vurderingen.

7 Lovhjemmel til å kreve godkjenning av andre helse- og omsorgstjenester enn spesialisthelsetjenester for å ivareta hensynet til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet og beredskap

7.1 Gjeldende rett

Det er i dag ikke hjemmel i lov til å stille krav om godkjenning for å etablere eller utvide aktiviteten ved virksomheter som tilbyr andre helse- og omsorgstjenester enn spesialisthelsetjenester.

Lovverket pålegger imidlertid enhver som yter helse- og omsorgstjenester å sikre at virksomheten er forsvarlig og følger lover og forskrifter.

I henhold til helsepersonelloven § 16 skal «virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter». Dette inkluderer den sentrale plikten etter loven § 4 for helsepersonell til «å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig».

I henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8 f, skal alle relevante virksomheter «[m]inst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten». Forskriften gjelder virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter bl.a. helsetilsynsloven § 5, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd eller tannhelsetjenesteloven § 1-3a. Forskriften gjelder også virksomheter som er pålagt plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a eller helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

Helsetilsynsloven § 5 pålegger enhver som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Private virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester er selvstendige rettssubjekter, og den ansvarlige for virksomheten har det overordnede ansvaret for

styringssystemet. Dette gjelder uavhengig av om den private virksomheten yter helse- og omsorgstjenester etter avtale med kommunen eller helseforetakene.

Iht. forskriftens § 7c skal virksomhetene *«utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen»*. Øverste leder skal sikre at virksomheten utvikler og iverksetter nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. Virksomhetene står langt på vei fritt til å bestemme hvilke prosedyrer og andre administrative tiltak som er nødvendige. Noen deler av lovverket har krav om konkrete prosedyrer og rutinebeskrivelser, slik som forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Men i hovedsak må virksomhetene selv ta stilling til hvilke faglige og administrative rutiner som er nødvendig. anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende.

De grunnleggende kravene til forsvarlige tjenester er dermed like for alle typer virksomheter, enten de er helseforetak, kommuner eller eid av private.

Statens helsetilsyn skal gjennom sin virksomhet vurdere etterlevelse av helselovgivningen i helse- og omsorgstjenesten. Dersom en tjeneste vurderes som uforsvarlig og i strid med lovverket, vil Helsetilsynet kunne gi pålegg om retting, ilegge reaksjoner og i ytterste fall anmelde forholdet til politiet.

7.2 Hva vet vi om tjenestetilbudets kvalitet og forsvarlighet?

7.2.1 Faktum

Begrepene kvalitet og forsvarlighet

Kvalitet er et begrep som kan tolkes på ulike måter. Kvalitetsdefinisjonen som legges til grunn for kvalitetsforbedring i hele helse- og omsorgstjenesten ble introdusert gjennom den nasjonale kvalitetsstrategien «Og bedre skal det bli» i 2005, og har seks dimensjoner. For helse- og omsorgstjenestene innebærer god kvalitet at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Helsedirektoratet viser til at kvalitet i helse- og omsorgstjenestene omhandler hvor god tjenesten er per i dag, og hvor god vi ønsker at den skal være. Hva som anses som god kvalitet og god praksis kan endre seg ettersom kunnskapsgrunnlaget endrer seg.

Tjenestekvalitet innebærer at alle brukere skal få sine behov dekket på best mulig og effektiv måte. Hva som er en forsvarlig tjeneste, skiller seg fra kvalitetsdimensjonene ved at forsvarlighet utgjør minimumskravene for at en tjeneste ikke skal være ulovlig.

Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard som er forankret i anerkjent fagkunnskap. Innholdet i forsvarlighetskravet vil endre seg i takt med utviklingen av fagkunnskap, tilgjengelige ressurser og endringer i verdioppfatninger. Kravet viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være, som f.eks. Helsedirektoratets faglige retningslinjer. Disse normene kan betegnes som god praksis. Mellom god praksis og forsvarlighetskravets nedre grense vil det være rom for et visst skjønn, men det følger av kravet til forsvarlighet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Kravet til forsvarlighet gjelder på alle nivåer i helse- og omsorgstjenester i både privat og offentlig sektor, og knytter seg både til virksomheten og til det enkelte helsepersonells praksis. Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud krav til helsepersonell om å utøve arbeidet sitt i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

Om allmennlegetjenester

Helprivate allmennleger har foreløpig ikke rapporteringsplikt til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), men vil kunne pålegges slik plikt fra 1. januar 2025 når endringene i KPR-forskriften trer i kraft. Faktisk innrapportering av data forutsetter at det er fastsatt hvilke data som skal rapporteres, og det teknisk er tilrettelagt for rapportering både i relevante elektroniske pasientjournaler og i registeret. Det foreligger dermed enn så lenge ikke registerdata som kan belyse befolkningens bruk av helprivate allmennlegetjenester, eller hvilke tjenester som tilbys. Helprivate allmennleger kan forskrive legemidler, sykemelde og kan henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten, men hverken NAVs registre, legemiddelregisteret eller Norsk pasientregister har informasjon som enkelt kan identifisere helprivate allmennleger. Det finnes dermed ikke datagrunnlag for å vurdere forskjeller i klinisk praksis mellom helprivate og offentlig finansierte allmennleger.

Om omsorgstjenester fra private leverandører med avtale med kommunen

I en rapport fra Senter for omsorgsforskning er forskjeller mellom kommunale og private leverandører av sykehjemstjenester analysert med bakgrunn i kvalitetsindikatorene *legemiddelgjennomgang, lege- og tannhelseoppfølging* og *ernæringskartlegging for beboere på sykehjem*.³⁹ Analysen viser større sannsynlighet for å bli vurdert av lege og tannhelsepersonell ved de private ideelle og kommunale sykehjemmene sammenlignet med de private kommersielle. Det var større sannsynlighet for ernæringskartlegging på private ideelle og kommersielle sykehjem sammenlignet med kommunale sykehjem. For legemiddelgjennomgang var det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom private og kommunale sykehjem. Det er grunn til å minne om at slike kvalitetsindikatorer har sine begrensninger når det gjelder å fange opp bredere kvalitetsaspekter som er viktige for

³⁹ [Omsorgsbiblioteket: Variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene - Et forskningsprosjekt som måler, kartlegger og analyserer variasjon i kvalitet i omsorgstjenester mellom kommuner og mellom offentlige og private tjenesteytere \(unit.no\)](#)

hverdagslivet for beboere på sykehjem. Oppfyllelse av dagens målbare kvalitetsindikatorer er vesentlig, men det er ikke tilstrekkelige for å gi et bredt bilde av tjenestekvalitet.

7.2.2 Hva består problemet i?

Mangel på kunnskap om innholdet i de helprivate tjenestene gjør det krevende å vurdere behovet for å stille krav som påvirker kvaliteten i disse tjenestene gjennom for eksempel vilkår for å få godkjenning.

Utredningen om skattefinansierte velferdstjenester, NOU 2024: 17, peker på at det er fare for at de private leverandørene stimulerer til unødige og kostnadskrevende behandling, som styres av etterspørsel og ikke behov. Fortjenestemotiv hos de kommersielle aktørene kan gi en vridning mot lønnsomme pasientgrupper og økt fare for ulikhet i tjenestetilgang, prioriteringsavvik og overbehandling/underbehandling.

Underbehandling kan innebære at noen ikke får tjenestene de har behov for.

Overbehandling kan innebære at ressursene brukes på pasienter som ikke har behov for eller nytte av tjenestene de mottar, og pasientene utsettes for unødig risiko for pasientskader. Helsepersonellkommissjonen pekte på utfordringen ved overbehandling.⁴⁰ I tillegg til den risiko og belastning som kan følge for pasienten selv av å gjennomgå unødvendig diagnostikk og behandling, vil kvaliteten i helsetjenesten som en helhet svekkes av overforbruk av våre begrensede ressurser, inkludert helsepersonell, og dreining av ressursene mot lavt prioriterte tjenester.

Det er en bekymring at dersom omfanget av helprivate helseaktører vokser seg større, vil dagens kontrollmekanismer ikke være tilstrekkelig til å sikre trygghet og kvalitet i tjenestene.

Alle virksomheter som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten, har plikt til å betale inn tilskudd til NPE og å registrere opplysninger om virksomheten til NPE. NPE publiserer årlig statistikk på antall pasientskadesaker fra privatfinansiert helsetjeneste som mottas. I 2023 var det 1 136 saker fra privat helsetjeneste, tilsvarende en økning på over 50 pst. i saksomfang fra 2019, og har vokst i noe større omfang enn pasientskadesaker fra den offentlige helsetjenesten.⁴¹ Pasientskadesaker fra offentlig helsetjeneste har i mindre grad økt i samme tidsperiode, med 15 pst. Det er usikkert om den større økningen i saker fra privat helsetjeneste skyldes en faktisk økning i pasientskader i det private, eller om pasientene i dag har bedre kjennskap om pasientskadeordningen. Økningen kan eventuelt skyldes flere forklaringsfaktorer i kombinasjon.

⁴⁰ NOU 2023: 4 Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

⁴¹ Norsk pasientskadeerstatning, <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/statistikk/statistikkportal/>, 20.09.2024

7.3 Departementets vurdering

7.3.1 Behovet for hjemmel til å stille krav om godkjenning av hensyn til å sikre kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet og beredskap

Det er nødvendig å arbeide for en helhetlig og sammenhengende offentlig helse- og omsorgstjeneste for å møte framtidens utfordringer. Virkemidlene for å ivareta forsvarlige tjenester og tilstrekkelig personell i offentlige tilbud bør derfor ses samlet og gjelde alle helse- og omsorgstjenester. Departementet mener derfor at det på samme måte som for spesialisthelsetjenester bør være hjemmel i lov til å gi forskrifter om krav til godkjenning av også andre helse- og omsorgstjenester, så som allmennlegetjenester eller andre tjenester på nivå med det kommunene yter, når hensyn til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet eller beredskap tilsier det.

Enkelte land, som Finland og Spania, stiller krav om godkjenning av virksomheter som skal yte helse- og omsorgstjenester, for å forsikre seg om at de ved etableringen overholder minimumskrav til kvalitet og forsvarlighet. I Norge er det som nevnt hjemmel i lov til å forskriftsfeste krav om godkjenning for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet for spesialisthelsetjenester, men ikke for andre helse- og omsorgstjenester.

Det kan ikke utelukkes at det også i Norge kan være behov for å forskriftsfeste krav om godkjenning for å etablere eller utvide virksomhet som tilbyr helse- og omsorgstjenester. Det kan være tilfellet dersom lov- og forskriftsfestede krav til kvalitet og forsvarlighet, kombinert med et effektivt tilsyn, ikke anses tilstrekkelig.

Departementet har i dag begrenset informasjon om forskjeller i kvalitet mellom ulike tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Det er igangsatt et arbeid for å få bedre oversikt over hvilken aktivitet private virksomheter driver. Det er ikke nå mulig å endelig konkludere med at det er behov for å innføre krav til godkjenning for å ivareta god kvalitet og forsvarlighet for bestemte helse- og omsorgstjenester. Det vil derfor kunne ta tid før vi har tilstrekkelig kunnskap til å konkludere med behov for godkjenning av hensyn til å sikre kvalitet og pasientsikkerhet, og hvilke ytterligere krav som eventuelt bør stilles til virksomheter.

Departementet ser imidlertid behov for et hjemmelsgrunnlag for å kreve godkjenning av også andre helse- og omsorgstjenester enn spesialisthelsetjenester, når det tilsies av hensynet til tjenestetilbudets kvalitet og pasientsikkerhet. Dette virkemidlet bør være tilgjengelig, dersom det etter en konkret vurdering anses egnet, nødvendig og forholdsmessig å stille krav om godkjenning for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestetilbudet.

På samme måte som for spesialisthelsetjenester, mener departementet videre at det skal kunne kreves godkjenning for etablering av virksomhet når sikkerhets- eller beredskapshensyn tilsier det. Godkjenningsordninger kan være et nødvendig virkemiddel for å verne mot uønskede hendelser som tap av liv, helse, miljø eller materielle verdier og for å sikre at kommunene kan ivareta sine plikter i helseberedskapsarbeidet. Det kan f.eks. oppstå beredskapsmessige krevende situasjoner hvor spesiell type helsehjelp, prosedyre

eller oppfølging er påkrevet. Kommunene skal bl.a. sørge for psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer av ethvert omfang og enhver karakter. Dette kan dreie seg om hendelser av mindre omfang eller hendelser av et slikt omfang og en slik karakter at det akutte hjelpebehovet er større enn tilgangen på ressurser. Godkjenningsordninger kan imidlertid bare etableres når de angitte hensynene begrunner etableringen.

Departementet foreslår derfor ny § 12-7 i helse- og omsorgstjenesteloven som vil gi hjemmel til stille krav om godkjenning for å ivareta hensynet til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet og beredskap. Forslaget omfatter ikke hjemmel til å kreve godkjenning for etablering av virksomhet som tilbyr tannhelsetjenester. Behovet for tiltak vil vurderes i oppfølgingen av Tannhelseutvalgets utredning NOU 2024: 18, levert 26. september d.å.

7.3.2 Vurdering av om godkjenningskrav er egnet, nødvendig og forholdsmessig for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet i godkjent virksomhet

Vurderingen av om en godkjenningsordning og muligheten til å nekte etablering vil være et egnet og nødvendig virkemiddel til å oppfylle formålet, må vurderes konkret ved utredning av forskriftsfestede bestemmelser og når vedtak om godkjenning fattes.

I vurderingen av om det å kunne nekte godkjenning av nærmere bestemte virksomheter vil være et egnet virkemiddel for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i de virksomhetene som underlegges kravet om godkjenning, vil det blant annet ha betydning hvilke mangler ved tjenestetilbudet som krever utbedring, hvilket omfang det har og om det er mulig på forhånd å stille krav til godkjenning som bidrar til å løse problemet.

I en forskriftsfestet godkjenningsordning som skal ivareta kvalitet og pasientsikkerhet, vil det være nødvendig å inkludere konkrete minimumskrav, for eksempel til lokaler, utstyr, kompetanse eller bemanning som anses nødvendig for å oppfylle kravet til forsvarlig virksomhet. Kravene må vurderes konkret for det aktuelle tjenestetilbudet og må gjelde likt for både etablerte virksomheter og nye etableringer. Eksempler på konkrete krav finnes i andre lands regulering av godkjenningsordninger, men det er nødvendig å gjøre tilpasninger til norske forhold. Det kan for eksempel være vanskelig i forskrifts form å gi en detaljert og uttømmende angivelse av hvilken bemanning som vil være innenfor eller utenfor lovens forsvarlighetskrav. Nye minimumskrav til tjenestetilbud som vurderes nødvendige for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet, kan også lov- og forskriftsfestes uten at det skjer innenfor rammene av en godkjenningsordning.

Godkjenningsordninger krever dokumentasjon på virksomhetens planer for hvordan kravene i lov- og forskrift skal oppfylles. Planene for eksempel for bemanning, kompetanse, tjenestetilbud, bygg, rutiner eller medisinsk utstyr skal ligge til grunn for en vurdering før et tilbud etableres. De er derfor egnet til å gi et øyeblikksbilde av minimumskravene ved oppstart. Det kan gi noe trygghet for at de minst seriøse aktørene ikke starter opp virksomhet. Virksomhetenes kontinuerlige innsats for å sikre faglig forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet sikres imidlertid ikke alene ved engangstildelinger av godkjenning. Det vil derfor uansett være behov for løpende tilsyn

for å gi pasientene trygghet for at tilbudet faktisk er forsvarlig eller at vilkårene er oppfylt over tid.

Forskriftsfestede godkjenningsordninger må bygge på objektive og ikke-diskriminerende kriterier som er kjent for søkeren på forhånd, som avgrenser myndighetenes skjønnsutøvelse og motvirker vilkårlige avgjørelser. Dette må sikres i det konkrete forskriftsarbeidet.

Departementet ser at status som offentlig godkjent virksomhet fra pasientenes ståsted kan oppfattes som et kvalitetsstempel. Det vil kunne ha en verdi for pasientene å vite at en tjenestetilbyder har dokumentert at den oppfyller grunnleggende krav til forsvarlighet, og det kan sette en stopper for useriøse aktører. Det vil imidlertid være uheldig dersom pasientene tillegger godkjenningsstatus større betydning enn det som det er grunnlag for. Det vil også være uheldig dersom offentlig godkjenning skaper et inntrykk av at en slik status innebærer en automatisk rett til refusjon fra det offentlige for behandlingsutgiftene. Disse mulige ulempene vil trolig et stykke på vei kunne avhjelpes med god informasjon om godkjenningens formål og rekkevidde.

I vurderingen av om innføring av godkjenningsordning og senere vedtak om å nekte godkjenning er et nødvendig tiltak for å nå målet, må det tas stilling til om man kan oppnå det samme med alternative og mindre inngripende tiltak. Andre aktuelle tiltak kan i denne sammenheng blant annet være økt tilsyn, minimumskrav til kompetanse for enkelte tjenester eller tiltak som forbedrer pasienters og brukeres tilgang til informasjon om kvalitet. Mer og bedre informasjon om kvalitetene på tjenestene som ytes vil kunne føre til at pasienter og brukere kan ta bedre og mer opplyste valg og følgelig velge bort de leverandører som ikke leverer på kvalitet.

Godkjenning av private virksomheter

Ved vurderingen av om det kan være forholdsmessig å innføre eventuelle krav om godkjenning for helse- og omsorgstjenester tilbudt av private virksomheter mot full betaling fra pasienten selv eller dennes private forsikringselskap, må det tas i betraktning at helselovgivningen nettopp stiller minimumskrav som skal sikre at tjenestetilbudet er faglig forsvarlig. Det ligger til de private virksomhetene selv og deres kunder å tilby og etterspørre kvalitet som går ut over dette minimumsnivået. Hensynet til næringsfrihet og den enkeltes frihet til selv å ta valg om kjøp av tjenester, tilsier at det skal mye til før det er begrunnet å stille vilkår for godkjenning som tar sikte på noe mer enn å ivareta faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Det innebærer at en godkjenningsordning ikke vil ha som formål å opprettholde best mulig kvalitet eller et bestemt kvalitetsnivå på helse- og omsorgstjenester som private selv betaler, ut over det som anses som forsvarlig. Det vil heller ikke være et formål å forhindre at private virksomheter tilbyr tjenester som den offentlige helse- og omsorgstjenesten ikke prioriterer eller som ikke anses som medisinsk nødvendige tjenester, for eksempel noen former for kosmetisk kirurgi.

Når det gjelder private virksomheter som leverer tjenester til befolkningen etter avtale med regionale helseforetak eller kommuner, vil anskaffelsesprosesser stille kvalifikasjonskrav som går langt i å definere kvalitet og omfang av tjenestene. De

konkrete avtalene vil stille ytterligere krav, og disse kravene kan følges opp og håndheves gjennom avtaleperioden. Det må derfor vurderes konkret om en eventuell godkjenningsordning for slike virksomheter vil bidra ytterligere i måloppnåelsen.

I vurderingen av om krav til godkjenning av virksomheter er et tiltak som står i rimelig forhold til det som oppnås, vil det ha betydning hvor inngripende tiltaket er for de berørte virksomhetene og helsepersonellet selv. En hjemmel for å nekte godkjenning griper inn i friheten til å drive næringsvirksomhet uhindret av offentlige inngrep (næringsfrihet). Jo flere virksomheter som omfattes av en godkjenningsordning og jo større risikoen er for avslag, jo større er inngrepet og behovet for forventede positive konsekvenser som kan oppveie dette.

Godkjenning av virksomhet drevet av kommuner eller helseforetak

Ved vurderingen av om det kan være egnet og nødvendig å innføre eventuelle krav til godkjenning for helse- og omsorgstjenester tilbudt av kommuner og regionale helseforetak, må det tas i betraktning at regionale helseforetak og kommuner er lovpålagt å yte henholdsvis nødvendige spesialisthelsetjenester og nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester. Tjenestenes kvalitet er i begrenset grad beskrevet i helselovgivningen. Det grunnleggende kravet er at tjenestetilbudet skal være forsvarlig. Over dette minimumskravet, er det opp til de regionale helseforetakene og kommunene selv å definere tilbudets kvalitet og løpende vurdere og prioritere behovet for å bedre tilbudet. Eventuelle krav til statlig godkjenning av virksomheter som tar sikte på å sikre bedre kvalitet i det offentlige tilbudet enn det som følger av minimumskrav til forsvarlig tjenestetilbud, vil på denne bakgrunn gå lenger enn de lovfestede kravene. Eksempler på dette kan være minimumsnorm for bemanning eller krav om bestemt kompetanse. Dette vil trolig anses som nye krav til kommuner, som må vurderes opp mot det kommunale selvstyret og som i utgangspunktet forutsetter statlig finansiering. Dette kan tilsi at det i praksis uansett vil være aktuelt å vurdere minimumskrav som kun sikrer et forsvarlig tilbud.

En eventuell forskriftshjemmel som kan brukes til å stille krav om godkjenning av kommunale virksomheter, vil være sterk detaljstyring av kommuner. Kommuner er selvstendige folkevalgte organer, hvor de folkevalgte stilles til ansvar for sine beslutninger gjennom valg. En grunnleggende forutsetning for det kommunale selvstyret er at kommunene skal kunne gjøre prioriteringer ut fra sine behov og at de skal kunne organisere sin virksomhet slik det er hensiktsmessig, så lenge kommunene holder seg innenfor rammene som er fastsatt av staten gjennom lov og forskrift. Innenfor helse- og omsorgstjenesten er forsvarlighetskravet helt sentralt og skal legge til rette for at kommunene kan gjøre lokale avveininger. Krav om godkjenning av kommunale virksomheter kan i praksis uthule kommunens sørge-for-ansvar og føre til at kommunene får mindre handlingsrom til å kunne gjøre prioriteringer lokalt. I dagens situasjon, med stadig økende styringspress mot kommunene og en presset økonomi, er lokalt handlingsrom avgjørende for at kommunene skal kunne ivareta sine oppgaver.

Kommuner er underlagt både egenkontroll og statlig kontroll. Kommunene er også forvaltningsorganer som må forholde seg til krav om offentlighet i folkevalgte organer,

krav om innsyn og en rekke saksbehandlingsregler både i forvaltningsloven og i kommuneloven. Kommunene har krav om internkontroll, og det føres tilsyn. I tillegg skal kommunene drive egenkontroll gjennom en uavhengig revisjon, og det er hjemmel i kommuneloven til å gjennomføre lovlighetskontroll. Det er derfor flere mekanismer for kommunale virksomheter som sikrer kontroll over kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnsikkerhet og beredskap. Ytterligere regulering av kommunenes virksomhet gjennom en særskilt godkjenningsordning er derfor trolig et lite hensiktsmessig virkemiddel.

7.3.3 Forholdet til EØS-retten

Krav om godkjenning for å etablere eller utvide virksomhet som tilbyr helse- og omsorgstjenester vil kunne regnes som en restriksjon på EØS-avtalens bestemmelser om etableringsrett eller fri bevegelse av kapital.

For at en restriksjon skal kunne rettfærdiggjøres, må restriksjonen være begrunnet i legitime formål som anerkjennes i EØS-retten. I EØS-avtalen artikkel 33 nevnes uttrykkelig hensynet til folkehelsen. Etableringskontroll som har til formål å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i de virksomhetene som underlegges kravet om godkjenning, vil kunne anses begrunnet i hensynet til folkehelsen.

Videre må restriksjonen være egnet og nødvendig for å oppnå det legitime formålet (forholdsmessighet). I dette ligger en forutsetning om at formålet ikke kan ivaretas ved hjelp av mindre inngripende virkemidler.

De EØS-rettslige kravene til at en godkjenningsordning må være egnet og nødvendig for å opprettholde et forsvarlig tilbud, må vurderes konkret i forbindelse med utredning av eventuelle forskrifter. De forholdene som departementet omtaler i punkt 7.3.2 ovenfor vil være relevante i den konkrete vurderingen.

8 Hjemmel til å regulere bruk av betegnelser benyttet om offentlige tilbud av helse- og omsorgstjenester

8.1 Gjeldende rett

Straffeloven av 1902 § 332 inneholdt tidligere straffebed for «den, som under Udøvelsen af en Virksomhed falskelig udgiver sig for dertil at have offentlig Bemyndigelse eller tillægger sig en Benævnelse, der sædvansmæssig alene anvendes paa den, der har offentlig Bemyndigelse». Kun første alternativ ble videreført i gjeldende straffelov § 167, som nå lyder: «Den som utøver et yrke eller en virksomhet uten å ha en nødvendig offentlig tillatelse eller autorisasjon, eller uriktig utgir seg for å ha dette, straffes med bot eller fengsel inntil 6 måneder». Se spesielle merknader til § 167 i Ot.prp. nr. 8 (2007-2008).

Markedsføringsloven § 6 forbyr urimelig handelspraksis. Ifølge § 7 er handelspraksis villedende dersom den inneholder uriktige opplysninger og dermed er usannferdig eller på annen måte er egnet til å villedle forbrukerne med hensyn til blant annet ytelsens art,

hovedegenskaper og pris. I § 8 presiseres dette slik: «*En handelspraksis er villedende dersom den, i sin konkrete sammenheng og etter en helhetsvurdering, utelater eller skjuler vesentlige opplysninger som forbrukerne ut fra sammenhengen trenger for å kunne ta en informert økonomisk beslutning eller presenterer opplysningene på en uklar, uforståelig, tvetydig eller uhensiktsmessig måte. En handelspraksis er også villedende dersom det ikke tydelig opplyses om at handelspraksisen har et kommersielt formål og dette ikke allerede fremgår tydelig av sammenhengen. [...] Praksisen anses likevel bare som villedende dersom den er egnet til å påvirke forbrukerne til å treffe en økonomisk beslutning som de ellers ikke ville ha truffet*».

Foretaksnavneloven § 3-3 første ledd bestemmer at rett til foretaksnavn ikke gir beskyttelse for «*deler av navnet som ikke oppfyller de krav til særpreg som gjelder etter varemerkeloven § 14*». Etter andre ledd nr. 2 er retten ikke til hinder for at noen i samsvar med god forretningsskikk bruker «*angivelser om virksomhetens art eller angivelser som gjelder en i virksomheten utbudt vare eller tjenestes art, beskaffenhet, mengde, formål, verdi, geografiske opprinnelse eller andre egenskaper eller tidspunkt for når varen er fremstilt eller tjenesten utført*».

Akuttmedisinforskriften §§ 6 til 9 regulerer kommunens ansvar for å sørge for kommunal legevaktordning, med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven. Reglene gjelder ikke private virksomheter. Kommunen skal tilby «*legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet*». Det er videre stilt krav til helsepersonellens kompetanse og og utstyr. Forskriften definerer *kommunal legevaktordning* som «*virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging*». Legevaktordningen skal blant annet:

- a. vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- b. diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og
- c. yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

Benevnelsen «sykehus» er ikke legaldefinert i spesialisthelsetjenesteloven. Benevnelsen sykehus er ikke beskyttet og kan fritt brukes av både offentlige og private virksomheter, i den grad det ikke rammes av markedsføringslovens forbud mot villedende markedsføring. Basert på lovens forarbeider, har det blitt lagt til grunn at sykehustjenester omfatter medisinsk undersøkelse og behandling som tilrettelegges slik at pasienten kan beholdes over natten dersom dette er ønskelig eller nødvendig av medisinske grunner. Sykehus vil i tillegg kunne omfatte poliklinikk, dersom denne er en integrert del av sykehuset.

8.2 Departementets vurdering

I en tid der det vokser fram flere og flere tilbud, kan det være viktig at pasienter og pårørende kan skille klart mellom hva som faktisk er sykehus og hva som ikke er det. Det samme gjelder legevakt. Etter hvert som omfanget av privatbetalte helse- og

omsorgstjenester øker, kan det bli vanskeligere for befolkningen å orientere seg om hva som tilbys, hvem som er tilbyder og om det offentlige betaler for tjenestene. Ett problem er at det kan oppstå fare for forveksling mellom de offentlige tilbudene med lav egenbetaling og private tilbud hvor pasientene må betale fullt ut selv, eller gjennom privat forsikring. Det kan også være et problem at pasientene tror de får et tilbud hos virksomheter som kaller seg sykehus eller legevakt, som ikke samsvarer med de forventningene som betegnelsene gir opphav til. I tillegg kan det være forventninger om tilgjengelighet inkl. åpningstider. Det er uheldig dersom pasientene ikke er tilstrekkelig klar over pris, innhold og tilgjengelighet før de benytter tilbudet.

Legevakt

Mange private virksomheter markedsfører seg som «legevakt», «akutten» eller lignende både i foretaksnavn og øvrig informasjon. Søk på internett etter legevakt i Oslo, viser for eksempel flere private alternativer før Oslo kommunes legevakt. Alle eller de fleste private tilbudene oppgir at de er private tilbud hvor pasienten selv må betale konsultasjonen, enten i foretaksnavnet, i annonse eller på nettside. Departementet er ikke kjent med at private virksomheter feilaktig opplyser om at de er kommunal legevakt.

Rent språklig, er det naturlig å oppfatte benevnelsen legevakt som et tilbud om å oppsøke lege for hjelp med tilstander som pasienten selv mener haster så mye at vedkommende ikke ønsker å vente på et ordinært tilbud om allmennlege. Det kan være etter at fastlegen har avsluttet kontortid, som kveld, natt og helg, men det kan også omfatte henvendelser på dagtid når pasienten oppholder seg langt hjemmefra eller fastlegen ikke er tilgjengelig.

Betegnelsen legevakt er kun legaldefinert i akuttmedisinforskriften for kommunens tilbud om «kommunal legevakt». Betegnelsen er også benyttet i andre sammenhenger og av andre tilbydere enn de som er tilknyttet det offentlige over lenger tid. Terskelen for å anse private virksomheters markedsføring av «legevakt» som villedende markedsføring eller i strid med foretaksnavneloven er derfor trolig høy, med mindre de utgir seg for å være «kommunal legevakt». Det kan likevel argumenteres for at det er uheldig at betegnelsen legevakt ikke er forbeholdt det offentlige, og at bruk av betegnelsen legevakt kan skape usikkerhet hos noen pasienter hvorvidt man oppsøker et offentlig eller privat tilbud, og om hvilket tilbud de får. Det er ikke nødvendigvis gitt at alle pasienter forstår at det er et skille mellom «kommunal legevakt» og «legevakt». Videre kan det stilles spørsmål om behovet for at privat virksomhet skal kunne benytte seg av ordet «legevakt» istedenfor «allmennlegetjeneste» eller lignende.

Det er i begrenset grad stilt spesifikke formkrav til innholdet i et kommunalt legevakttilbud, samtidig som akuttmedisinforskriften stiller relativt detaljerte krav til kompetanse hos personell i legevakt og legevaktsentral, samt noen krav til utstyr. Sammenliknet med andre deler av helse- og omsorgstjenesten har akuttmedisinforskriften relativt detaljert regulering av blant annet legevakt. Likevel vil tilbudet og organiseringen innenfor rammen av forsvarlighetskravet og kravene i akuttmedisinforskriften, variere ut fra lokale forhold og behov. Større kommuner har døgnåpen legevakt med egen fysisk lokalisering og varierende grad av ansatte leger. I andre kommuner benyttes forskjellige løsninger gjennom døgnet, også på forskjellige lokasjoner. For eksempel kan

«daglegevakt» ivaretas av kommunens fastleger på omgang på fastlegekontorene, mens kveldslegevakt innebærer at næringsdrivende leger (ofte fastleger, men også andre) yter tjenesten fra kommunens felles legevaktslokale. På natten kan det være interkommunal legevakt som fysisk kan befinne seg et annet sted/i annen kommune. Videre vil kun et fåtall kommunale legevakter tilby tjenester som røntgen.

Ut over disse kravene til kommunale legevakter, kan det være behov for å forbeholde betegnelsen legevakt for offentlige tilbud som oppfyller kravene i akuttmedisinforskriften eller oppstille minimumskrav også til private virksomheter for at folk kan skille hva som faktisk er legevakt og hva som ikke er det. Det kan også være aktuelt å stille krav om at private tilbud skal bruke betegnelsen «privat legevakt».

Departementet foreslår derfor hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven til ved behov å stille vilkår for at virksomheter kan bruke betegnelsen legevakt, inkludert nedlegge forbud mot bruk.

Sykehus

I den grad det i lov eller forskrift stilles faglige krav til spesialisthelsetjenester som ytes av sykehus, vil departementet ha hjemmel til å definere sykehusbegrepet som ledd i avgrensning av virkeområdet.

For en pasient vil det være av begrenset betydning om helsehjelp ytes av et sykehus, klinikk eller annen kategori spesialisthelsetjeneste, så lenge hjelpen ytes i tråd med kravene i helselovgivningen. Innholdet og bredden av faktiske tjenester varierer i offentlige sykehus. Betegnelsen sykehus vil likevel peke på noen fellestrekk, som en døgnåpen institusjon med flere typer spesialisthelsetjenester og overnattingsplasser for pasienter. De fleste vil ha et øyeblikk hjelp-tilbud. Private tilbydere som tilbyr spesialisthelsetjenester mot privat betaling har drift på dagtid og eventuelt noe på kveldstid, men er vanligvis ikke åpne hele døgnet eller i helger. Det har blitt flere tilbydere av ulike private helsetjenester og det kan derfor oppstå behov for å stille nærmere helsefaglige krav til hvilke virksomheter som skal kunne bruke betegnelsen sykehus for at befolkningen kan skille hva som faktisk er sykehus og hva som ikke er det. Det kan blant annet være aktuelt å forbeholde betegnelsen sykehus for virksomheter som tilbyr overnatting.

Departementet foreslår derfor hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven til ved behov å stille vilkår for at virksomheter kan bruke betegnelsen sykehus, inkludert nedlegge forbud mot bruk.

Overtredelsesgebyr

Departementet foreslår hjemmel for å at departementet kan fastsette regler om overtredelsesgebyr til den som forsettlig eller uaktsomt bruker en betegnelse i strid med vilkår fastsatt i forskrift.

9 Administrative og økonomiske konsekvenser

9.1 Konsekvenser avhenger av hvordan lovhjemmelen tas i bruk

En eventuell innføring av godkjenningsordning for helprivate virksomheter som yter helsehjelp vil få økonomiske og administrative konsekvenser. Hvilke konsekvenser og størrelsen på disse vil imidlertid avhenge av innretningen av den konkrete godkjenningsordningen. Innretningen vil framgå av de eventuelle forskriftene som gis. Departementet vil derfor komme tilbake til de konkrete økonomiske og administrative konsekvensene både når det gjelder administrasjon av selve ordningen og konsekvensene av den. Det samme gjelder eventuell forskriftsregulering av bruk av betegnelsene sykehus eller legevakt.

9.2 Godkjenningsordninger som skal ivareta det offentliges behov for personell

En godkjenningsordning kan ha som formål å begrense opprettelse av nye private tilbud, og utvidelse av eksisterende tilbud, for å bidra til en sterk offentlig helse- og omsorgstjeneste. Krav om godkjenning vil i noe grad kunne bidra til å opprettholde forsvarlig bemanning i offentlige tilbud, men det er usikkert hvor stor betydning det vil kunne ha. Helsepersonell vil fortsatt stå fritt til å velge arbeid innen andre deler av offentlig helse- og omsorgstjeneste enn der de er mest etterspurt, andre deler av offentlig sektor, andre private virksomheter eller andre karrierer. Det er derfor ikke slik at avslag på godkjenning fullt ut vil lede til at helsepersonell blir værende i eller kanaliseres til prioriterte offentlige tilbud.

Krav om godkjenning vil i noen grad kunne bidra til å opprettholde forsvarlig bemanning i offentlige tilbud, herunder redusert bruk av innleie, men det er usikkert hvor stor betydning det vil kunne ha.

Innføring av en godkjenningsordning vil kunne medføre at kostnadene i de offentlige tjenestene øker, for eksempel dersom mer helsepersonell ansettes i den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Det vil være avhengig av den konkrete innretningen på godkjenningsordningen og hvor effektivt krav om godkjenning bidrar til å kanalisere helsepersonell til det behovet den offentlige helse- og omsorgstjenesten har. Det er imidlertid mulig å skissere et grovt anslag for allmennleger. Som nevnt i kap. 5, indikerer data at antall helprivate allmennlegeårsverk utgjorde under 200 årsverk i 2022. Dersom 200 årsverk begynte å arbeide i det offentlige i dag, anslås merutgiften for det offentlige til om lag 300 mill. kroner. I beregningen er det lagt til grunn gjennomsnittlig årsverkskostnad for offentlig ansatte allmennleger på 1,5 mill. kroner. Dersom den offentlige helse- og omsorgstjenesten hadde økt med disse 200 årsverkene i dag, ville kapasiteten i tjenestene økt. Samtidig ville pasientene som i dag får sin behandling i det helprivate markedet, måtte oppsøke de offentlige tjenestene dersom de hadde behov og var kvalifiserte til slik hjelp. Det er derfor ikke gitt at den samlede behandlingsskapasiteten

ville økt. Eventuelle endringer i rekrutteringen av personell til det offentlige helse- og omsorgstjenestetilbudet vil forutsette framtidig budsjettmessig dekning og prioritering.

Det er også slik at nye måter å tilby helse- og omsorgstjenester på vil kunne påvirke hvor effektiv en godkjenningsordning vil være for å sikre tilgangen på personell i et bestemt geografisk område. Digitale allmennlegetjenester er et eksempel på det. Som regel vil stabil tilgang på personell være avhengig av at personellet er bosatt der, eller i nærheten av der, tjenesten skal ytes. Digitale tjenester er ikke avhengig en bestemt lokasjon for å kunne yte forsvarlig hjelp og en godkjenningsordning vil i disse tilfellene ikke nødvendigvis styrke tilgangen på personell i en bestemt arbeidsmarkedsregion.

Etableringskontroll vil trolig i liten grad redusere etterspørselen etter helprivat helsehjelp, drevet fram av private helseforsikringer og ønske om å få raskere hjelp. Å begrense etableringsretten for private tilbydere vil imidlertid begrense konkurransen mellom tilbydere, noe som kan føre til høyere priser for forbrukerne.

En eventuell innskrenking av det privatbetalte tilbudet vil kunne lede til at noe flere pasienter søker helsehjelp i andre land, eventuelt at helprivate tilbydere tilpasser seg ved å opprette tilbud i kort avstand til grensen med tilhørende behov for helsepersonell.

I den grad krav om godkjenning begrenser etablering og utvidelse av tilbudet av privatbetalte helse- og omsorgstjenester, må det forventes økt etterspørsel etter offentlige helse- og omsorgstjenester. Det må i så fall vurderes om det offentlige vil ha kapasitet til å absorbere disse behovene uten vesentlig lengre ventetider og kvalitetstap.

9.3 Godkjenningsordning som skal ivareta tjenestetilbudets kvalitet

En godkjenningsordning som har til formål å ivareta tjenestetilbudets kvalitet vil også ha konsekvenser for tilbydere av privatbetalte helse- og omsorgstjenester. Som nevnt pålegger dagens lovverk enhver som yter helse- og omsorgstjenester å sikre at virksomheten er forsvarlig og følger lover og forskrifter.

Vilkårene for godkjenning som har til formål å ivareta tjenestetilbudets kvalitet må konkretiseres i forskrifter. Kravene som stilles vil i utgangspunktet måtte være like for alle som tilbyr helse- og omsorgstjenester, dvs. både de offentlige og de helprivate virksomhetene. Utvikling av slike krav vil derfor kunne medføre en større grad av standardisering av helse- og omsorgstjenestene. Jo større grad av standardisering, jo mindre grad av faglig fleksibilitet der innhold og gjennomføring som i dag ikke er detaljregulert, men rammet inn av rettslige standarder som for eksempel forsvarlighetskravet. Graden av standardisering vil også kunne reise spørsmål om hvor langt behovet for nasjonale mål tilsier at det er nødvendig å gjøre inngrep i det lokale selvstyret til kommunene.

Hvorvidt en virksomhet oppfyller vilkårene for godkjenning, vil også kunne inngå i tilsynsmyndighetenes vurdering av om en virksomhet driver forsvarlig.

9.4 Administrative konsekvenser

En godkjenningsordning vil kreve administrative ressurser til etablering og saksbehandling hos godkjenningsmyndigheten. Kostnadsomfanget vil være avhengig av hvor mange virksomheter det er forventet vil omfattes av krav om godkjenning og hvor bredt vilkårene for en godkjenning utformes. Det må for eksempel antas at behovet for løpende eller etterfølgende kontroller er større dersom det etableres en godkjenningsordning for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet enn der godkjenningen er knyttet til de offentlige tjenestenes tilgang på kvalifisert personell.

Videre vil vurderingene og vilkårene som skal ligge til grunn for en godkjenningsordning kreve godt datagrunnlag. Det vil være behov for god oversikt over eksisterende, planlagte og framskrevne personellbehov i helse- og omsorgstjenestene, både geografisk og innenfor ulike profesjoner og spesialiteter, dersom det etableres godkjenningsordninger som skal ivareta det offentlige behov for personell.

Det er derfor stilt krav om at privatfinansierte spesialisthelsetjenester og privatfinansierte kommunale helse- og omsorgstjenester skal registrere aktiviteten sin i Norsk pasientregister (NPR) og kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Dette vil gi bedre innsikt i de utfordringene helse- og omsorgstjenesten står overfor og legge grunnlaget for gode helseanalyser, kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Dette vil kreve videreutvikling av registrene og utvidet kapasitet til forvaltning, kvalitetssikring og analysearbeid. Departementet legger til grunn at ressursene til drift og videreutvikling av datainnhenting og rapportering for de offentlige helse- og omsorgstjenestene skal ivaretas på dagens nivå.

9.5 Involvering av kommuner og helseforetak ved vedtak

Mange kommuner har erfaring med å anskaffe helse- og omsorgstjenester og er godt kjent med vurderinger knyttet til om og hvordan private aktørers virksomhet vil gi virkninger for det offentlige tilbudet i kommunen. Dels dreier dette seg om vurdering av om private leverandører vil kunne påvirke rekrutteringen til egne helse- og omsorgstjenester og dels knytter det seg til vurderinger av kvalitet på det tilbudet leverandøren(-e) skal stå for. Kommunene driver også aktiv næringsutvikling og legger til rette for næringslivsvekst gjennom for eksempel aktive rekrutteringstiltak, stedsutvikling og initiativ for å utvikle og etablere nye utdanningstilbud lokalt. Utvikling av næringsplaner for å motvirke fraflytting og å skape sysselsetting er sentralt i mange kommuners utviklingsarbeid. Det å kunne påvirke tilgangen til arbeidsplasser lokalt og sikre skatteinntekter er en viktig faktor i det kommunale selvstyret. Selv om etablering av slik virksomhet vil kunne virke i konkurranse med kommunens mulighet til å rekruttere egnet personell til egne helse- og omsorgstjenester, vil kommunen likevel sies å være nærmest til å vurdere konsekvensene av en etablering.

Dette tilsier at det ved utformingen av konkrete forskriftsfestede godkjenningsordninger og krav til saksbehandling for enkeltvedtak skal legges vekt på å innhente synspunkter fra berørte kommuner ved vurdering av om godkjenning skal gis til etablering eller utvidelser av eksisterende virksomhet i kommunen. Det vil være tilsvarende behov for å innhente

synspunkter fra regionale helseforetak og helseforetak. Vi ber om høringsinstansenes syn på om dette bør lovreguleres.

10 Spesielle merknader

Lov om spesialisthelsetjenesteloven m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

Til § 3-8 a

Første ledd gir departementet hjemmel til å stille vilkår for å bruke betegnelsen sykehus. Hjemmelen vil gi adgang til å forskriftsfeste krav til innholdet i virksomhet som skal benytte betegnelsen. Det vil også være adgang til å stille krav om at det klart framgår av betegnelsen om sykehuset er privat eller offentlig. Departementet kan videre fastsette forbud mot misbruk av betegnelsen sykehus og betegnelser som er egnet til å forveksles med betegnelsen sykehus. Dette inkluderer også bruk av betegnelsen sykehus i kombinasjon med andre ord.

Andre ledd gir departementet hjemmel til å gi forskrift om overtredelsesgebyr for bruk av betegnelsen sykehus i strid med vilkår fastsatt av departementet hjemmel i første ledd. Hjemmelen til å fastsette overtredelsesgebyr gjelder ved forsettlig eller uaktsom misbruk av betegnelsen sykehus. Med «uaktsom» menes simpel uaktsomhet. Bestemmelsen gir departementet hjemmel til å gi forskrifter om både utstedelse av og størrelse på overtredelsesgebyret. Videre kan departementet i forskrift gi bestemmelser om forfall av, klage på, overprøving av og lemping av overtredelsesgebyret.

Til § 4-1 andre til fjerde ledd

Det følger av andre ledd at departementet kan kreve godkjenning av private virksomheter som tilbyr eller yter spesialisthelsetjenester for å sikre helsepersonellressurser som er nødvendige for et forsvarlig offentlig tilbud av spesialisthelsetjenester eller kommunale helse- og omsorgstjenester. Et krav om godkjenning kan være aktuelt for eksempel for å begrense nyetablering eller utvidelser av private virksomheter som krever bruk av særskilt helsepersonellkompetanse som det foreligger mangel av. Det kan også være behov for å begrense etablering eller utvidelse av virksomheter som krever mye helsepersonell som det er mangel av i det offentlige tjenestetilbudet.

Forutsetningen for at hjemmelen kan anvendes vil være at mangelen på det aktuelle helsepersonellet er så alvorlig at det foreligger en nærliggende risiko for at det offentlige ikke vil kunne opprettholde et forsvarlig tjenestetilbud.

Det er videre en generell forutsetning for å anvende hjemmelen at kravet om godkjenning er et egnet, nødvendig og forholdsmessig virkemiddel for å oppnå formålet med kravet om godkjenning. I vurderingen av om hjemmelen til å etablere en godkjenningsordning skal benyttes, må departementet foreta en konkret vurdering av om et krav om godkjenning og muligheten til å nekte etablering vil være et egnet og nødvendig virkemiddel til å oppfylle

formålet. Tiltaket må videre ikke være uforholdsmessig i forhold til formålet med godkjenningsordningen.

Forskriftsfestede godkjenningsordninger må videre bygge på objektive og ikke-diskriminerende kriterier som er kjent for søkeren på forhånd, som avgrenser myndighetenes skjønnsutøvelse og motvirker vilkårlige avgjørelser.

Når en virksomhet eller helsetjeneste er omfattet av et krav om godkjenning etablert med hjemmel i denne bestemmelsen, må godkjenning foreligge før helsetjenesten kan ytes. Utøvelse av slik virksomhet eller ytelse av helsetjeneste uten nødvendig godkjenning er straffbart etter straffeloven § 167.

Bestemmelsens tredje ledd videreføre gjeldende bestemmelse første ledd andre punktum.

Godkjenningsordninger som er etablert med hjemmel i gjeldende § 4-1 første ledd skal videreføres.

Bestemmelsens tredje, fjerde og femte ledd viderefører gjeldende bestemmelse andre, tredje og fjerde ledd.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Til § 1-2 første ledd nytt andre punktum

I første ledd nytt andre punktum synliggjøres og presiseres det at virkeområdet for §§ 12-7 og 12-8 omfatter helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av private tjenesteytere uten avtale med en kommune. Krav om godkjenning etter § 12-7 vil dermed kunne rette seg mot private tjenesteytere som ikke har avtale med en kommune. Vilkår for bruk av betegnelsen legevakt, forbud mot misbruk av betegnelsen legevakt og regler om overtredelsesgebyr vil videre også kunne rette seg mot private tilbydere av helse- og omsorgstjenester uten avtale med en kommune.

Til § 12-7

Første ledd bestemmer at departementet kan gi forskrift om krav til godkjenning av tjenesteytere som tilbyr eller yter helse- og omsorgstjenester.

Forskrift om krav til godkjenning vil bare kunne rette seg mot virksomheter og tjenesteytere som tilbyr eller yter helse- og omsorgstjenester som omfattes av loven.

Det er etter bestemmelsen ikke hjemmel til å stille krav om godkjenning av virksomheter som kun yter spesialisthelsetjenester. Det vises imidlertid til omtale av den foreslåtte bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 andre ledd som gir tilsvarende hjemmel til å stille krav om godkjenning av private virksomheter og tjenesteytere som yter spesialisthelsetjenester.

Bestemmelsen regulerer hvilke hensyn som kan begrunne etableringen av en godkjenningsordning. Det følger av bokstav a og b at hensynet til tjenestetilbudets kvalitet

eller pasientsikkerhet kan ligge til grunn for etablering av godkjenningsordning. Det kan for eksempel være behov for å forsikre seg om at virksomheter som skal tilby enkelte helse- og omsorgstjenester overholder minimumskrav til kvalitet og forsvarlighet ved oppstart eller ved utvidelse av virksomheten.

Departementet kan videre i forskrift kreve godkjenning for å sikre helsepersonellressurser som er nødvendige for et forsvarlig offentlig tilbud av spesialisthelsetjenester eller kommunale helse- og omsorgstjenester etter bokstav c. Et krav om godkjenning kan være aktuelt f.eks. for å begrense nyetablering eller utvidelser av private virksomheter som krever bruk av særskilt helsepersonellkompetanse som det foreligger mangel av. Det kan også være behov for å begrense etablering eller utvidelse av virksomheter som krever mye helsepersonell som det er mangel av i det offentlige tjenestetilbudet. Forutsetningen for at hjemmelen kan anvendes er at mangelen på det aktuelle helsepersonellet er så alvorlig at det foreligger en nærliggende risiko for at det offentlige ikke vil kunne opprettholde et forsvarlig tjenestetilbud.

Departementet kan også etter bokstavene d og e kreve godkjenning når samfunnssikkerhets- eller beredskapshensyn tilsier det. Godkjenningsordninger kan være et nødvendig virkemiddel for å verne mot uønskede hendelser som tap av liv, helse, miljø eller materielle verdier og for å sikre at kommunene kan ivareta sine plikter i helseberedskapsarbeidet. Det kan f.eks. oppstå beredskapsmessige krevende situasjoner hvor spesiell type helsehjelp, prosedyre eller oppfølging er påkrevet. Kommunene skal bl.a. sørge for psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer av ethvert omfang og enhver karakter. Dette kan dreie seg om hendelser av mindre omfang eller hendelser av et slikt omfang og en slik karakter at det akutte hjelpebehovet er større enn tilgangen på ressurser.

Det er en generell forutsetning for å anvende hjemmelen til å etablere en godkjenningsordning at kravet om godkjenning er et egnet, nødvendig og forholdsmessig virkemiddel for å oppnå formålet med godkjenningsordningen. I vurderingen av om hjemmelen til å etablere en godkjenningsordning skal benyttes, må departementet derfor foreta en konkret vurdering av om en godkjenningsordning og muligheten til å nekte etablering vil være et egnet og nødvendig virkemiddel for å oppfylle formålet. Tiltaket må videre ikke være uforholdsmessig i forhold til formålet med godkjenningsordningen.

Forskriftsfestede godkjenningsordninger må videre bygge på objektive og ikke-diskriminerende kriterier som er kjent for søkeren på forhånd, som avgrenser myndighetenes skjønnsutøvelse og motvirker vilkårlige avgjørelser. Dette må sikres i det konkrete forskriftsarbeidet.

Når en virksomhet eller helsetjeneste er omfattet av godkjenningsordning etablert med hjemmel i denne bestemmelsen, må godkjenning foreligge før helse- og omsorgstjenester kan ytes. Utøvelse av slik virksomhet eller ytelse av helse- og omsorgstjenester uten nødvendig godkjenning er straffbart etter straffeloven § 167.

Andre ledd gir departementet hjemmel til å gi nærmere bestemmelser om vilkår for tildeling av godkjenning etter første ledd.

Videre fremgår det av tredje ledd at godkjenningsmyndigheten kan kalle tilbake godkjenning når den virksomheten eller helsetjeneste som er blitt tildelt godkjenningen, ikke fyller de kravene som er gitt i forskrift. Godkjenningsmyndigheten kan trekke tilbake godkjenning etter alminnelige forvaltningsrettslige regler. Tilbakekall av godkjenning gitt etter § 12-7 innebærer ikke noen hindring for å gi ny godkjenning. Det skal være adgang til å søke om godkjenning på nytt etter rekvalifiserende tiltak.

I fjerde ledd fremgår det at den som er tildelt godkjenning plikter å gi departementet de opplysningene som myndigheten krever for å kunne utføre sine oppgaver som godkjenningsmyndighet. Godkjenningsmyndigheten kan videre utføre granskning i form av stedlig undersøkelse (inspeksjon). Forvaltningsloven § 14 og 15 stiller opp saksbehandlingsregler for henholdsvis pålegg om å gi opplysninger og om granskning.

Til § 12-8

Bestemmelsen gir departementet hjemmel til å stille vilkår for å bruke betegnelsen legevakt. Hjemmelen vil gi adgang til å forskriftsfeste krav til innholdet i virksomhet som skal benytte betegnelsen legevakt. Det vil også være adgang til å stille krav om at det klart framgår av betegnelsen om legevakten er privat eller offentlig. Departementet kan videre fastsette forbud mot misbruk av betegnelsen legevakt og betegnelser som er egnet til å forveksles med betegnelsen legevakt. Dette inkluderer også bruk av betegnelsen legevakt i kombinasjon med andre ord.

Bestemmelsen er ikke til hinder for at ordet legevakt kan brukes om den kommunale legevakten kommunen har ansvar for å tilby etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 bokstav a. Dette inkluderer samarbeid om legevaktstjeneste mellom flere kommuner, f.eks. gjennom et interkommunalt selskap. Forskriftshjemmelen er generelt utformet og gjelder bruk av betegnelsen «legevakt» uavhengig av hvilken type virksomhet som benytter den. Hjemmelen vil derfor i utgangspunktet hjemle regulering av for eksempel betegnelser som «tannlegevakt» eller «psykiatrisk legevakt», men det må vurderes konkret om det er grunnlag for å gi forskrifter med virkning for slike virksomheter.

Andre ledd gir departementet hjemmel til å gi forskrift om overtredelsesgebyr for bruk av betegnelsen legevakt i strid med vilkår fastsatt av departementet med hjemmel i første ledd. Hjemmelen til å fastsette overtredelsesgebyr gjelder ved forsettlig eller uaktsom misbruk av betegnelsen legevakt. Med «uaktsom» menes simpel uaktsomhet.

Bestemmelsen gir departementet hjemmel til å gi forskrifter om både utstedelse av og størrelse på overtredelsesgebyret. Videre kan departementet i forskrift gi bestemmelser om forfall av, klage på, overprøving av og lemping av overtredelsesgebyret.

11 Forslag til endring i lov

I

I lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. foreslås følgende endringer:

Ny § 3-8 a kan lyde:

§ 3-8 a Beskyttelse av betegnelsen sykehus

Departementet kan i forskrift stille vilkår for bruk av betegnelsen sykehus og fastsette forbud mot misbruk av betegnelsen.

Departementet kan fastsette regler om overtredelsesgebyr til den som forsettlig eller uaktsomt bruker en betegnelse i strid med vilkår fastsatt i forskrift etter første ledd.

§ 4-1 andre til fjerde ledd kan lyde:

Departementet kan gi forskrift om krav til godkjenning av virksomheter og helsetjenester som omfattes av denne loven for å *sikre helsepersonellressurser som er nødvendige for et forsvarlig offentlig tilbud av spesialisthelsetjenester eller kommunale helse- og omsorgstjenester.*

Bruk av betegnelsen universitetssykehus skal godkjennes av departementet.

Departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om vilkår for tildeling av godkjenning som kreves i medhold av første *til tredje* ledd.

Nåværende tredje og fjerde ledd blir femte og sjette ledd.

II

I lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. foreslås følgende endringer:

§ 1-2 første ledd nytt annet punktum kan lyde:

Loven §§ 12-7 og 12-8 gjelder også for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av private tjenesteytere uten avtale med kommunen.

Ny § 12-7 kan lyde:

§ 12-7 Godkjenning av virksomheter og tjenesteytere

Departementet kan gi forskrift om krav til godkjenning av virksomheter og tjenesteytere som tilbyr eller yter helse- og omsorgstjenester som omfattes av denne loven for å ivareta ett eller flere av følgende hensyn:

- a) tjenestetilbudets kvalitet
- b) pasientsikkerhet
- c) sikre helsepersonellressurser som er nødvendige for et forsvarlig offentlig tilbud av spesialisthelsetjenester eller kommunale helse- og omsorgstjenester
- d) samfunnssikkerhet
- e) beredskap.

Departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om vilkår for tildeling av godkjenning som kreves i medhold av første ledd.

Departementet kan tilbakekalle godkjenning når virksomheten som er tildelt godkjenningen ikke fyller kravene som er satt i forskrift.

Den som er tildelt godkjenning plikter å gi departementet de opplysningene som departementet krever for å kunne utføre sine oppgaver. Departementet kan utføre gransking i form av stedlig undersøkelse (inspeksjon).

Ny § 12-8 kan lyde:

§ 12-8 Beskyttelse av betegnelsen legevakt

Departementet kan i forskrift stille vilkår for bruk av betegnelsen legevakt og fastsette forbud mot misbruk av betegnelsen.

Departementet kan fastsette regler om overtredelsesgebyr til den som forsettlig eller uaktsomt bruker en betegnelse i strid med vilkår fastsatt i forskrift etter første ledd.

III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

Vedlegg: Tabell med antall årsverk i privatfinansiert helsetjeneste

Profesjon	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2022	2023
Øvrige legespesialister	123,1	145,7	168,6	181,0	181,8	228,2	235,9	250,5	267,5
Øvrige leger	129,3	143,6	151,8	144,9	144,7	169,5	193,9	208,5	214,9
Kirurger	45,0	52,6	57,0	58,2	57,5	69,7	68,6	68,6	69,5
Sykepleier	385,0	479,3	524,2	578,5	626,1	767,7	801,4	840,5	979,7
Helsesekretær	244,8	279,6	276,3	292,7	288,8	314,7	336,4	324,8	297,4
Hjelpepleier	52,2	54,1	63,1	64,6	40,0	29,7	29,2	29,5	24,7
Jordmor	9,8	13,5	14,4	16,6	18,4	22,3	21,6	27,0	32,8
Psykolog	126,4	163,9	203,9	258,1	280,6	387,8	572,3	684,2	777,4
Ambulansearbeider		10,0	0,0	0,2	0,2	1,6	8,7	11,8	9,7
Apotektekniker		0,6					0,0	1,0	1,0
Audiograf				2,5	2,0	6,0	8,8	10,6	16,0
Bioingeniør	23,6	33,9	41,3	44,7	38,2	48,0	54,6	49,9	50,3
Ergoterapeut	11,7	14,3	9,2	9,0	8,7	9,8	15,8	18,5	15,8
Fotterapeut	604,9	650,1	679,4	709,7	748,1	704,1	719,2	741,3	765,0
Fysioterapeut	923,9	1219,4	1312,5	1431,0	1359,8	1378,1	1358,1	1348,7	1284,5
Helsefagarbeider			0,7	10,2	45,9	60,8	80,5	82,6	116,4
Kiropraktor	458,9	583,0	635,3	706,1	784,7	783,1	829,3	853,8	845,3
Klinisk ernæringsfysiolog	10,1	12,9	15,7	16,4	11,9	14,4	19,4	22,5	25,2
Manuellterapeut								1,5	50,6
Omsorgsarbeider	7,1	11,2	17,4	14,7	13,1	17,0	8,2	6,0	3,8
Ortopediingeniør	97,5	106,8	110,9	125,0	121,1	177,0	194,4	196,3	202,4
Ortopdist	12,7	11,9	13,4	12,6	15,0	15,2	13,9	14,1	15,6
Osteopat								51,8	153,8
Provisorfarmasøyt		0,2	0,1	1,6	1,3	0,3	0,3	1,3	1,8
Radiograf	44,5	37,4	33,4	32,7	34,1	44,1	25,4	24,3	32,9
Reseptarfarmasøyt			3,5						
Vernepleier	3,9	10,1	12,6	23,4	27,9	28,5	25,3	27,1	14,0
Perfusjonist	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	3,7			
Øyespesialister	26,2	26,5	23,7	19,9	16,5	18,6	15,5	16,5	17,5
Totalsum	3340,5	4060,4	4368,3	4754,3	4866,1	5299,6	5636,8	5913,0	6285,1

Kilde: Norsk pasientskadeerstatning (oktober 2024)