

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Oslo 21.01.2013

## **Endringer i spesialisthelsetjenesteloven kapittel 4 – Forslag til endringer i forskrift om godkjenning av sykehus.**

### **Høringsinnspill fra Arbeidsgiverforeningen Spekter.**

Spekter vil komme med noen drøftinger som gjelder den helsepolitiske styringsdimensjonen som vies mye plass i høringsnotatet. Slik vi ser det, drøftes det statlige styringsmiddelet i høringsnotatet hovedsakelig som et virkemiddel i et restriktivt perspektiv; hvordan det historisk har vært anlagt for å *begrense etablering* av sykehus, mens vi mener at en drøfting også bør ta høyde for at virkemiddelet i like stor grad kan ansees for å være et virkemiddel for å *stimulere* til etablering, gitt at dette skulle bli et fremtidig behov. I de utfordringer som spesialisthelsetjenesten og øvrige helsetjenester vil møte de kommende tiår, mener vi at man ikke uten videre bør ignorere at en offentlig godkjenning i prinsippet kan innebære stimulerende grep for å oppnå ønsket standard og kvalitet samt fordeling i et geografisk perspektiv.

### Det byråkratiske ressurs perspektivet.

Det påpekes i høringsnotatet at avvikling av ordningen kan redusere bruk av administrative og byråkratiske ressurser og friggi ressurser til pasientbehandling. Sammenlignet med de ressurser som de senere år er bygget opp til å overvåke, følge opp og rapportere fra spesialisthelsetjenesten, virkemidler som høringsdokumentet gir grunnleggende betydning i fremtidig styring, mener vi at sparte administrative ressurser relatert til godkjenningsordningen er neglisjerbar.

### Historiske utvikling

Høringsnotatet gir en god fremstilling av den historikk som ligger bak dagens ordning med godkjenning av sykehus. Mens det i den opprinnelige sykehusloven (1961) ikke fremgikk tydelig hva som skulle vektlegges ved avgjørelsen av godkjenningsspørsmålet, kom etter hvert så vel helsefaglige som helsepolitiske hensyn tydelig frem. Det er grunn til å tro at dommen i Eidsivating lagmannsrett i 1992, som la til grunn at overordnede helsepolitiske

hensyn lå innenfor formålet med godkjenningsbestemmelsen, var en av flere faktorer som bidro til at man i forbindelse med lov om spesialisthelsetjenesten 1999 mente at godkjenningsordningen var et «statlig styringsmiddel», herunder skulle bidra til og sikre rasjonell utnyttelse av de samlede ressurser innen helsevesenet, kvalitet i det offentlige tjenestetilbud, rettferdig fordeling av helsetjenester, og faglig forsvarlighet i helsetjenesten.

Som det anføres i høringsnotatet, ser vi helt klart at staten gjennom helseforetaksloven i 2001 fikk en ny styringsposisjon i forhold til offentlig eide sykehus, og for så vidt også i forhold til private institusjoner som samarbeider med disse. Men selv om de offentlige sykehusene åpenbart vil være grunnpilaren i norsk spesialisthelsetjeneste i fremtiden, er ikke dette til hinder for at helsetjenester i en nasjonal sammenheng sees i et videre perspektiv, noe vi mener høringsdokumentet ikke drøfter i tilstrekkelig grad.

På samme måte som høringsnotatet får frem en betydelig endring av helsepolitiske forhold de siste 40-50 år, vil vi påpeke at helsepolitiske utfordringer de  *neste 20-30 år*  vil se ganske annerledes ut enn i dag. Det er tung dokumentasjon for at alle vestlige og utviklede land de nærmeste tiår vil få en betydelig bemanningsutfordring innen helse og sosiale tjenester. Høringsdokumentet anfører; «Når det gjelder den offentlige helsetjenestens tilgang på personell ressurser, har EØS-regelverket åpnet for lettere tilgang på helsefaglig arbeidskraft fra EU-medlemslandene». Dette forholdet bestrides ikke, men det er svært få land i Europa som påregner arbeidsinnvandring i denne personellgruppen fordi mangelen er ganske global. Vi mener derfor at Norge ikke kan regne med supplement av utenlandsk arbeidskraft til spesialisthelsetjeneste og øvrige helse og sosiale oppgaver som bidrag til å løse fremtidens arbeidskraftunderskudd. Vi mener tvert imot at Norge, i likhet med de fleste andre Europeiske land, må tenke nytt og finne fremtidsrettede løsninger. Vi tror da at balansen mellom offentlige og private løsninger blir et viktig tema. Da føres man raskt inn i en ny dimensjon vedrørende «statlig styring».

Høringsdokumentet bruker dette begrepet utelukkende i «begrensende» perspektiv med hensyn til etablering. Denne påstanden begrunner vi med høringsnotatets referanser til Ot prop. 10 (1998-99);

*'...en godkjenningsordning "gir mulighet til å kontrollere omfanget av bl.a. opprettelse av helseinstitusjoner eller utvidelse av virksomheten ved institusjoner som ikke inngår i det offentlige tilbud og som vil kunne trekke f.eks. personellressurser ut av det offentlige helsetilbudet".'*

Vi mener at et annet perspektiv i OT prop. 10 er minst like relevant og mer fremtidsrettet;

*"godkjenningsordninger er et statlig styringsmiddel som kan bidra til å fremme en rasjonell utnyttelse av de samlede ressurser innen helsevesenet" (understreking av oss).*

I en utvikling der det vil bli knapphet både på personell og økonomi over tid, der den medisinske teknologiske utviklingen stadig gir nye behandlingsmetoder, og grensesprengende muligheter introduseres i høyt tempo, mener vi at man i utgangspunktet må drøfte statlig styring i et vidt perspektiv; regulerende/begrensende balansert mot «stimulerende». Vi synes ikke noen grep på forhånd bør avskrives uten grundig drøfting. Hvordan en ideell balanse mellom store og små enheter, mellom offentlige og ideelle/private enheter, sentrale og desentrale enheter vil se ut over tid, er i dag ikke mulig å forutse. Men det er noen kjensgjerninger man må forholde seg til; private tilbud er kommet for å bli, innen en rekke områder bidrar de med svært effektive løsninger, og et økende antall individer utstyres seg med supplerende løsninger til det offentlige gjennom egne forsikringer.

Det anføres i høringsnotatet at søknader om etablering av private kommersielle sykehus hittil i stor grad gjelder virksomheter som planlegges lagt til områder hvor befolkningstettheten er høy og i områder hvor det allerede finnes offentlige sykehus. Det er ikke gitt at dette også vil gjelde i fremtiden.

Vi kan se at status som «offentlig godkjent sykehus» fra forbrukerens ståsted kan virke villedende dersom det gir inntrykk av et kvalitetsstempel og at tjenestene automatisk inngår i refusjonsordninger. Men dette er mer et argument for å justere ordningen, enn å avvike den. Vi mener at man i hvert fall må drøfte hvordan staten gjennom sine reguleringsmekanismer skal kunne gi tydelige signaler om ønskede standarder og kvalitet, og hvilke politiske signaler man skal bruke for å unngå urasjonell etablering av tilbud. Vi ser klart at de regulerende forhold som høringsdokumentet angir som fremtidig oppfølging av tilbydere kan sikre løpende kontroll av etablerte virksomheter, men vi er usikre på om disse gir god nok garanti for at nye etableringer ikke fører til urasjonell bruk av fremtidens ressurser, da særlig personell relaterte ressurser. Vi mener derfor at en strategi som utelukkende baserer seg på at man skal fjerne useriøse aktører basert på manglende kvalitet og forsvarlighet er svakere stilt enn en strategi som også gir klare politiske signaler i forhold til etablering av tilbydere.

#### Godkjenningsordningen i relasjon til EØS-rettslige forpliktelser.

Dette er selvsagt et helt avgjørende forhold, men her synes vi også høringsdokumentet legger seg i en ensidig drøfting av hvordan man skal tolke og forholde seg til EØS reguleringer *mot restriksjoner*. Vi siterer fra høringsnotatet:

Etter EØS-avtalen artikkel 31 har næringsdrivende fra andre EØS-stater rett til å etablere virksomhet i Norge på like vilkår med norske foretak. Det er for myndighetene i utgangspunktet ikke adgang til å legge restriksjoner på en tjenesteyters rett til å etablere seg i en annen EØS-stat. Regler og tiltak som forbyr, hindrer eller gjør retten til å etablere seg mindre attraktiv, anses i utgangspunktet som restriksjoner. Et krav til forhåndsgodkjenning for lovlig å kunne etablere virksomhet i en EØS-stat, vil utgjøre en restriksjon i EØS-rettslig forstand.

Restriksjonen kan imidlertid opprettholdes dersom den er begrunnet i tvingende allmenne hensyn og er egnet og nødvendig for å oppnå formålet med restriksjonen.....Det virkemiddelet som ligger i det aktuelle regelverket må være proporsjonalt (forholdsmessig) i forhold til den aktuelle målsetningen.

Her tolkes proporsjonalitetsforholdet utelukkende i det «begrensende» perspektiv, mens en godkjenningssordning, slik vi ser det, like gjerne kan anvendes som et stimulerende virkemiddel og der stimuleringen baseres på tydelige politiske signaler.

Som kjent griper ikke EU-traktaten og EØS-avtalen i utgangspunktet inn i medlemslandenes kompetanse til å organisere sitt helsevesen og utforme lovgivning knyttet til dette. Etter at ulik oppfølging av EU-domstolens rettspraksis i medlemslandene skapte et behov for å avklare og regelfeste pasienters rett til refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EU/EØS-land, var det flere forhold som knytter seg til helsetjenester som ble belyst i de følgende prosesser. Da det i EU ble foreslått at helsetjenester skulle inngå i direktivet om tjenester i det indre markedet (tjenestedirektivet), ble dette avvist av Europaparlamentet og Rådet for Den europeiske union fordi medlemslandene mente direktivet ikke tok tilstrekkelig hensyn til de spesielle forhold som knytter seg til helsetjenesten. Selv om det var stor uenighet om det første forslaget til pasientdirektiv som Kommisjonen fremla i juli 2008, fikk medlemslandene etter hvert gjennomslag for sitt behov for planlegging, kostnadskontroll og prioritering. Da det ble etablert enighet i trilogiforhandlinger under 2. lesning i desember 2010, var det et grunnleggende prinsipp i det endelige direktivet 2011/24/EU om pasientrettigheter ved grenseoverskridende helsetjenester at det er opp til det enkelte medlemsland å bestemme hvordan helsetjenesten i eget land skal organiseres og finansieres, jf. TEUV (traktaten om den europeiske unions virkemåte) artikkel 168. Selv om direktivet kommer til anvendelse uansett hvordan helsetjenesten organiseres, ytes og finansieres, fremgår det av pasientrettighetsdirektivets artikkel 1 at direktivet fullt ut skal ta hensyn til medlemslandenes ansvar for å organisere og levere helsetjenester. Dette prinsippet mener vi kan utnyttes i betydelig grad.

Derfor mener vi at man bør gjøre bruk av de prosesser og forarbeider som førte til pasientrettighetsdirektivet for å skape seg et handlingsrom, og ikke bare drøfte hvordan man skal tilpasse seg. I pasientrettighetsdirektivet artikkel 8 nr. 2 er det gitt kriterier for vurderingen av hvilke helsetjenester som det kan kreves forhåndsgodkjenning for. Kriteriene i artikkel 8 nr. 2 litra a er utformet i samsvar med EU-domstolens praksis. Det følger av nevnte bestemmelse at et krav er at helsetjenesten krever planlegging for å sikre at det i det aktuelle landet foreligger et tilstrekkelig, varig og balansert tilbud av behandling av høy kvalitet, eller å styre omkostningene og unngå sløsing av økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser (understreket av oss).

Dette prinsippet bør være et argument som er overførbart til en stats behov for å regulere (les i begrensende eller stimulerende retning) struktur og institusjonsmiks i det totale

nasjonale perspektivet. Det er derfor grunn til å mene at man i forhold til EØS regelverket bør vurdere hvilket handlingsrom man kan skape, heller enn å tilpasse seg umiddelbart.

Vi ser klart at den eksisterende godkjenningssløsning hverken ble innrettet eller er utviklet i henhold til alle de perspektiver vi har skissert ovenfor, og således heller ikke er noen ideell løsning for å takle de fremtidige utfordringer som spesialisthelsetjenesten og øvrige helsetjenester vil møte. Vi savner imidlertid en drøfting av godkjenningsordningen der man setter aktuelle grep inn i et lenger tidsperspektiv, og spesielt at aktuelle grep drøftes i lys av at fremtidens utfordringer synes å være ekstremt forskjellige fra den historiske utvikling de siste 40 år. Dette burde vært gjennomført, og vi mener at en form for godkjenningsordning bør opprettholdes.

Med vennlig hilsen

**Arbeidsgiverforeningen Spekter**

Lars Haukaas  
Administrerende direktør