



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 63 L

(2021–2022)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven mv. (oppheving av lovregel om godkjenningsmodell for fritt brukervalg m.m.)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 4. mars 2022,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår flere endringer i helselovene.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11 om godkjenningsmodell for fritt brukervalg trådte i kraft 1. september 2021. Opphevelsen av denne bestemmelsen er et eget punkt i Hurdalsplattformen. Regjeringen mener dette er en bestemmelse som gir feil signaler om hvordan kommunene skal organisere sitt tilbud, og som bør oppheves så raskt som mulig. Se kapittel 2.

Videre foreslår departementet en endring i helsepersonelloven § 51 som skal gi en tydelig hjemmel til å fastsette forskrifter om etterutdanning for helsepersonell med spesialistgodkjenning. Se kapittel 3

Departementet foreslår i tillegg noen lovtekniske endringer i helseregisterloven, pasientjournalloven m.m. Se kapittel 4.

2 Oppheving av lovregel om godkjenningsmodell for fritt brukervalg

Departementet foreslår å oppheve helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11 om godkjenningsmodell for fritt brukervalg.

2.1 Bakgrunn

Forslag om en lovfestet godkjenningsmodell for fritt brukervalg var på høring høsten 2020.

Blant høringsuttalelsene var det lite støtte til å lovfeste en slik modell. Flere av høringsinstansene, blant annet KS og Helsedirektoratet, mente at en lovendring ikke ville være den beste måten å få flere kommuner til å innføre fritt brukervalg. Det ble pekt på at kommunene allerede har et tilstrekkelig handlingsrom i eksisterende lovverk til å gjennomføre fritt brukervalg etter den modellen som passer den enkelte kommune best, og at informasjon om erfaringer fra andre kommuner som har tatt i bruk fritt brukervalg, kurs og gode veiledere vil føre til en bedre måloppnåelse.

En annen hovedinnvending var at kommunene ved innføring av godkjenningsmodellen ikke ville ha mulighet til å sette et tak på antall leverandører, i og med at alle tilbydere som oppfyller kommu-

nens krav og vilkår har rett til å levere helse- og omsorgstjenester på kommunens vegne. Det ble påpekt at dette vil innebære en innskrenkning av kommunens handlefrihet. Det ble også vist til at et stort antall leverandører ville gjøre det vanskeligere for brukerne å orientere seg og gjøre seg opp en kvalifisert mening om hvilken leverandør som best kan dekke den enkelte brukers behov.

Flere høringsinstanser påpekte også at modellen gjør det obligatorisk for kommunene å tilby de aktuelle tjenestene i egenregi for brukere som ikke kan eller vil velge, noe som begrenser kommunens handlingsrom etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Det fremgår av denne bestemmelsen at kommunen står fritt til å velge hvordan de vil organisere helse- og omsorgstjenestene, herunder i egenregi, interkommunalt samarbeid eller bruk av ideelle eller private leverandører. For kommuner med lite utbygde tjenester i egenregi, vil etablering eller utvidelse av tjenestetilbud innebære økt ressursbruk og samtidig gjøre det vanskelig for kommunene å vurdere hvor omfattende tjenestetilbud som til enhver tid må være til stede.

I høringsnotatet ble det vist til at erfaringen fra Sverige blant annet har avdekket at modellen medfører en del konkurser hos de private tilbyderne. Flere av kommunene påpekte i sine høringsuttalelser at dette krever at kommunen må ha et tilsvarende tilbud i beredskap for raskt å kunne tilby tilsvarende tjenester til brukerne. Samtidig vil dette ha en negativ innvirkning på brukernes mulighet til å motta stabile og forutsigbare tjenester. Generelt sett ble det under høringen etterlyst en nærmere utredning av erfaringene Sverige har med ordningen, særlig sett i lys av pandemien og det store omfanget av smittespredning innen de svenske helse- og omsorgstjenestene.

Det ble utarbeidet en lovproposisjon (Prop. 116 L (2020–2021)) som videreførte forslaget i høringsnotatet. Lovforslaget ble vedtatt av Stortinget 11. juni 2021. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11 om godkjenningmodell for fritt brukervalg trådte i kraft 1. september 2021.

2.2 Gjeldende rett

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11 regulerer en godkjenningmodell som går ut på at brukeren får velge mellom leverandører som er godkjent av og har kontrakt med kommunen. Kommunen annonserer en utlysning med oversikt over søknadsprosess, krav, kontraktsvil-

kår og fastsatt kompensasjon for leverandørene. De leverandørene som oppfyller kravene har rett til å levere tjenester på vegne av kommunen. Kommunen kan ikke sette tak på antall leverandører eller angi en søknadsfrist.

Lovbestemmelsen gjør det også obligatorisk for kommunene å tilby de aktuelle tjenestene i egenregi for brukere som ikke kan eller vil velge leverandør. Lovbestemmelsen gir ingen plikt for kommunene til å innføre fritt brukervalg og gir heller ingen begrensninger for valg av modell for kommuner som velger å innføre fritt brukervalg. En godkjenningmodell kan også etableres uten lovreglene i § 3-11, men må holde seg innenfor gjeldende regler om offentlige anskaffelser og statsstøtte. Se omtale av forskjellige ordninger for brukervalg og reglene om anskaffelse og statsstøtte i Prop. 116 L (2020–2021) punkt 4.1, 4.4 og 4.5.

2.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår å oppheve helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11 om godkjenningmodell for fritt brukervalg uten forutgående høring. En lovfesting av godkjenningmodell for fritt brukervalg, er både unødvendig og en feil vektlegging av private tilbud som løsning på utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Behovene for helse- og omsorgstjenester skal først og fremst dekkes gjennom tilbud fra offentlige tjenesteytere.

Etter utredningsinstruksen punkt 3-3 kan høring unnlates blant annet når dette er «åpenbart unødvendig». Spørsmålet om det skal gis en bestemmelse om godkjenningmodell for fritt brukervalg har nylig vært på høring. Det er lite trolig at en ny høring vil frembringe noe annet syn på dette spørsmålet fra høringsinstansene. Det er heller ikke slik at høring er nødvendig for å få oversikt over konsekvensene av å oppheve bestemmelsen.

Bestemmelsen gir kommunene en lovfestet ramme for bruk av denne modellen på linje med ordinære anskaffelser uten at den har noen øvrig juridisk betydning. Dersom enkelte kommuner har igangsatt arbeidet med en godkjenningmodell for fritt brukervalg etter at loven trådte i kraft 1. september 2021, vil en opphevelse av loven ikke få noen rettslige konsekvenser for disse kommunene i og med at innholdet i godkjenningmodellen også fremgår av øvrig regelverk innen området. Plikten til å ha et tilbud i egenregi vil imidlertid falle bort.

Departementet mener derfor det ikke er nødvendig med en høring av forslaget om å oppheve helse- og omsorgstjenesteloven § 3-11.

3 Etterutdanning for helsepersonell med spesialistgodkjenning

Departementet foreslår en endring i helsepersonelloven § 51 som skal gi en tydelig hjemmel til å fastsette forskrifter om etterutdanning for helsepersonell med spesialistgodkjenning. Dette er i dag bare aktuelt for leger som er spesialister i allmennmedisin.

3.1 Gjeldende rett

For spesialister i allmennmedisin er det fastsatt et etterutdanningsprogram. Godkjent etterutdanningsprogram gir rett til tilleggskost etter stønadsforskriften (forskrift 25. juni 2021 nr. 2226 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege). Forskriften gir rett til å få dekket utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Retten til tilleggskost gjelder for leger som «i løpet av de siste fem år har fått godkjenning som spesialist eller fått godkjent etterutdanningsprogram i allmennmedisin», jf. § 2 nr. 7. Forskriften er fastsatt med hjemmel i folketrygdloven.

Innholdet i etterutdanningsprogrammet er fastsatt med hjemmel i spesialistgodkjenningsforskriften § 3 (forskrift 21. desember 2000 nr. 1384). Det er Helsedirektoratet som gir godkjenning. Ny ordning for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning trådte delvis i kraft i 2017 og i sin helhet i 2019 (spesialistforskriften, forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger). Spesialistforskriften har ikke regler om etterutdanning. Som en overgangsordning for spesialister i allmennmedisin, har leger rett til godkjenning etter den gamle ordningen i spesialistgodkjenningsforskriften, inkludert reglene om etterutdanning, som gjelder frem til 2027, jf. spesialistforskriften § 37 tredje ledd bokstav a.

Samtidig som ny ordning for spesialistutdanning ble innført, ble det en endring i praksis der manglende etterutdanning ikke lenger førte til at legen mistet sin spesialisttittel. Manglende etterutdanning fører nå kun til tap av rett til tilleggskost.

Både den gamle spesialistgodkjenningsforskriften og den nye spesialistforskriften er hjemlet i helsepersonelloven § 51.

Helsedirektoratet krever gebyr for godkjenningen etter § 53 første ledd første punktum.

Helsepersonellnemnda er klageinstans på Helsedirektoratets vedtak om spesialistgodkjenning, jf. helsepersonelloven § 68 som blant annet viser til vedtak etter § 53 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.

3.2 Høring

Forslag om endringer i helsepersonelloven § 51 og § 53 har vært på høring fra 18. november 2021 til 3. januar 2022. Endringene skulle etter forslaget gi tydelige hjemler for departementet til å fastsette forskrifter og kreve gebyr ved etterutdanning for helsepersonell med spesialistgodkjenning.

3.2.1 Høringsinstanser

Høringsnotatet ble sendt til følgende instanser:

Arbeids- og sosialdepartementet
Finansdepartementet
Justis- og beredskapsdepartementet
Kommunal- og moderniseringsdepartementet
Nærings- og fiskeridepartementet

Helsedirektoratet
Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)
Landets statsforvaltere
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten
(Helseklage)
Regelrådet
Riksrevisjonen
Sametinget
Sivilombudet
Statens helsetilsyn
Statsforvalterne
Sysselmaster på Svalbard
Landets fylkeskommuner
Landets kommuner
Landets helseforetak
Landets regionale helseforetak

Akademikerne
Allmennlegeforeningen
Colosseumklinikken
Den norske legeforening
Den norske tannlegeforening
Delta
Dr.Dropin
Fagforbundet
Fellesorganisasjonen (FO)
KS

Landets private sykehus
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)
 Norsk sykepleierforbund
 Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
 Spekter
 Utdanningsforbundet
 Virke
 Volvat medisinske senter
 Yngre legers forening
 YS

3.2.2 Høringssvarene

Det kom inn fem høringssvar med merknader:

Helse Vest RHF
 Helsedirektoratet
 Hå kommune
 Legeforeningen
 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten
 (Helseklage)

Høringsinstansene gir enten sin støtte til forslaget om en tydeliggjøring av forskriftshjemmelen eller kommenterer ikke forslaget. *Helsedirektoratet* og *Helseklage* etterlyser en avklaring av hvem som skal være klageinstans for vedtak om etterutdanning.

I tillegg kom det inn fem høringssvar uten merknader.

3.3 Departementets vurdering

Departementet foreslår at det fastsettes presiseringer om etterutdanning for spesialister i helsepersonelloven § 51 om spesialistutdanning. Departementet viser til at etterutdanningsprogrammet har nær sammenheng med spesialistutdanningen og i alle år har vært regulert som en del av spesialistutdanningen. Dagens regler er som nevnt midlertidige, og gjelder frem til 2027.

Departementet mener at det er behov for en tydeligere hjemmel for å regulere etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin, og at etterutdanningen bør hjemles i helsepersonelloven. Formålet med etterutdanningen og tilleggskaksten er å fremme pasientsikkerhet gjennom å sikre fastlegenes faglige kompetanse og dermed kvaliteten i tjenestene. Bestemmelsene om etterutdanning og tilleggskakst for spesialister i allmennmedisin skal være et insitament til å holde seg faglig oppdatert. Mange fastleger er ikke i et stort faglig miljø til daglig slik som for eksempel leger som arbeider på sykehus. For sykehus-

spesialitetene ligger ansvaret for faglig oppdatering hos arbeidsgiver som også dekker kostnadene med dette, mens mange fastleger selv må bære utgiftene som påløper når de skal gjennomføre etterutdanningsaktiviteter. Tilleggskaksten er blant annet ment som en kompensasjon for dette. Dette er innenfor formålet til helsepersonelloven, jf. § 1 om «bedre sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten».

Vi har en situasjon der hjemmelen for å regulere etterutdanningen og pålegge gebyr for godkjenningen, faller bort om noen år. Det er derfor behov for presiseringer i loven som gir klar hjemmel for departementet til å videreføre reglene om etterutdanning.

Det kan også være behov for å rydde i reglene på samme måte som en gjorde med andre sider av spesialistutdanningen og spesialistgodkjenningen da hjemmelen i helsepersonelloven § 51 ble endret i 2015 og spesialistforskriften trådte i kraft 2017. Forslaget til forskriftshjemmel vil legge til rette for å gjennomgå og samle reglene om etterutdanning. Det kan være behov for klarere regler blant annet om vilkår for å få godkjent etterutdanningsprogrammet, godkjenningsinstans, gebyr og klage.

Vi har i dag bare etterutdanning for spesialister i allmennmedisin. Etter departementets vurdering er det mest hensiktsmessig med en generell forskriftshjemmel som i utgangspunktet omfatter alle helsepersonellgruppene. Dette gir en fleksibel regel som tar høyde for eventuelle fremtidige behov. Departementet viser til gjeldende § 51 som gir mulighet til å fastsette spesialistregler for alle helsepersonellgruppene, selv om hjemmelen bare er blitt brukt for offentlig godkjenning av spesialisering for leger, tannleger og sykepleiere.

Etter helsepersonelloven § 68 kan vedtak etter § 53 om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning påklages til Statens helsepersonellnemnd. Loven bør ikke legge føringer på hvem som skal godkjenne etterutdanningen eller være klageinstans ved vedtak knyttet til etterutdanningen. Departementet mener at klager på vedtak om etterutdanning ikke bør avgjøres av nemnda. I stedet vil det kunne være aktuelt å legge klagesaksbehandlingen for vedtak om godkjenning av etterutdanningen til Helseklage. Vedtak om tilleggskakst avgjøres i dag av Helfo og vedtakene kan påklages til Helseklage. Departementet foreslår derfor ikke endringer i helsepersonelloven § 53.

4 Lovtekniske endringer

4.1 Helseregisterloven

Departementet foreslår lovtekniske endringer helseregisterloven.

Formålet er å få en mer konsekvent begrepsbruk knyttet til uttrykkene «direkte personentydige kjennetegn», «personentydige kjennetegn» og «direkte personidentifiserende kjennetegn». Uttrykkene brukes i § 2, § 9, § 10, § 11, § 19 a, § 19 c, § 19 e og § 21. Selv om ordlyden varierer, skal disse uttrykkene i loven forstås likt. I alle bestemmelsene skal de forstås som navn, fødselsnummer og andre liknende kjennetegn som identifiserer en bestemt person. Løpenummer etter pseudonymisering er ikke et slikt kjennetegn.

Departementet foreslår at uttrykket «navn, fødselsnummer og/eller andre personidentifiserende kjennetegn» skal brukes gjennomgående og erstatte gjeldende terminologi i disse bestemmelsene.

Departementet foreslår også at uttrykket «identifiserbare» opplysninger i § 16 og § 19 b, endres til «personidentifiserbare» opplysninger. Formålet er å få tydeligere frem at det er identifikasjon, eller muligheten for identifikasjon av en bestemt person, som uttrykket sikter til.

4.2 Rettelse av feil

Departementet foreslår en lovteknisk endring i pasientjournalloven. Navn på fylkesmanns-embetene ble i 2021 endret fra «Fylkesmannen» til «statsforvalteren». Lovbestemmelser som brukte

navnet fylkesmann er endret. Det ble ved en feil ikke gjort tilsvarende endring i pasientjournalloven. Departementet foreslår derfor at en tilsvarende endring tas inn i pasientjournalloven § 26.

I tillegg foreslås noen rettelser av henvisninger til lover eller lovbestemmelser som ved en feil ikke er blitt oppdatert i forbindelse med andre lovendringer.

5 Økonomiske og administrative konsekvenser

En oppheving av lovbestemmelsen om godkjenningsmodell for fritt brukervalg vil ikke gi nye forpliktelser og vil derfor heller ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene. Dette gjelder også de kommunene som eventuelt har innført godkjenningsmodellen etter lovens ikrafttredelse.

Forskriftshjemmelen i helsepersonelloven og de lovtekniske endringene har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven mv. (oppheving av lovregel om godkjenningsmodell for fritt brukervalg m.m.).

Vi **HARALD**, Norges Konge,

st ad f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven mv. (oppheving av lovregel om godkjenningsmodell for fritt brukervalg m.m.) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven mv. (oppheving av lovregel om godkjenningsmodell for fritt brukervalg m.m.)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) foreslås følgende endringer:

§ 51 skal lyde:

§ 51 *Spesialistutdanning og etterutdanning for spesialister*

Departementet kan gi forskrifter om spesialistutdanning for helsepersonell og om etterutdanning for spesialister. Det kan blant annet gis bestemmelser om

- a) utdanningens innhold og lengde
- b) utdanningsinstitusjonene, inkludert godkjenning av utdanningsinstitusjoner
- c) organisering av utdanningsstillinger
- d) *godkjenning av utdanning*
- e) *godtgjørelse ved vedtak om godkjenning*
- f) at vilkårene skal gjelde for dem som allerede har spesialistgodkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.

II

I lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) gjøres følgende endringer:

§ 5 andre ledd skal lyde:

Lov 18. juli 1958 nr. 2 om offentlige tjenestevister og lov 16. juni 2017 nr. 67 om statens ansatte mv. gjelder ikke for foretak.

III

I lov 21. februar 2003 nr. 12 om behandlingsbiobanker (behandlingsbiobankloven) gjøres følgende endringer:

§ 21 oppheves

IV

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) gjøres følgende endringer:

§ 10-2 første ledd skal lyde:

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a femte ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

§ 3-11 oppheves

V

I lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) skal § 26 andre punktum lyde: Dette gjelder ikke for tilsynsoppgaver som påligger Statens helsetilsyn eller statsforvalteren etter helsetilsynsloven.

VI

I lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) gjøres følgende endringer:

§ 2 bokstav f skal lyde:

- f) *indirekte personidentifiserbare helseopplysninger*: helseopplysninger der navn, fødselsnummer og andre personidentifiserende kjennetegn er fjernet, men hvor opplysningene likevel kan knyttes til en enkeltperson.

Tittelen i § 9 skal lyde:

§ 9 *Registre som er samtykkebaserte eller uten personidentifiserende kjennetegn*

§ 9 bokstav b skal lyde:

b) opplysningene behandles uten at den dataansvarlige har tilgang til navn, fødselsnummer eller *andre personidentifiserende* kjennetegn.

§ 10 første punktum skal lyde:

Kongen i statsråd kan i samsvar med vilkårene i § 8 gi forskrift om behandling av opplysninger i helseregistre der navn, fødselsnummer *eller andre personidentifiserende* kjennetegn skal kunne behandles uten samtykke fra den registrerte.

§ 11 første ledd skal lyde:

Kongen i statsråd kan i samsvar med vilkårene i § 8 gi forskrift om behandling av opplysninger i helseregistre der navn, fødselsnummer *eller andre personidentifiserende* kjennetegn skal kunne behandles uten samtykke fra den registrerte i den utstrekning det er nødvendig for å nå formålet med registeret.

§ 16 første punktum skal lyde:

Departementet kan i forskrift eller ved enkeltvedtak pålegge regionale helseforetak, helseforetak, fylkeskommuner og kommuner å innrapportere anonyme data eller indirekte *personidentifiserbare* helseopplysninger, uten hensyn til taushetsplikt, til statistikk.

§ 19 a andre ledd andre punktum skal lyde:

Opplysningene skal tilgjengeliggjøres uten navn, fødselsnummer eller *andre personidentifiserende*

kjennetegn med mindre slike opplysninger av særlige grunner er nødvendige.

§ 19 b skal lyde:

§ 19 b *Unntak fra taushetsplikten for indirekte personidentifiserbare helseopplysninger*

Taushetsplikten er ikke til hinder for tilgjengeliggjøring av indirekte *personidentifiserbare* helseopplysninger i registre som er etablert med hjemmel i § 11, dersom hensynet til den registrertes integritet og konfidensialitet er ivaretatt og behandlingen av opplysningene er av vesentlig interesse for samfunnet.

§ 19 c andre ledd andre punktum skal lyde:

Opplysninger i helseregistre etablert med hjemmel i § 9 første ledd bokstav b kan bare sammenstilles dersom sammenstillingen skjer uten at den dataansvarlige har tilgang til navn, fødselsnummer eller *andre personidentifiserende* kjennetegn.

§ 19 e andre ledd andre punktum skal lyde:

Opplysningene skal tilgjengeliggjøres uten navn, fødselsnummer eller *andre personidentifiserende* kjennetegn med mindre slike opplysninger av særlige grunner er nødvendige.

§ 21 første ledd tredje punktum skal lyde:

I registre som er etablert med hjemmel i §§ 10 eller 11, skal *navn, fødselsnummer og andre personidentifiserende* kjennetegn lagres kryptert.

VII

Loven trer i kraft straks.



