



Stortingets utredningsseksjon

Til: (...)

Dato: 03.10.2022

Utredet: (...)

Oppdragsnr: 2022256

Etablering av private sykehus/helseinstitusjoner

Med Prop. 83 L (2017–2018) fjernet HOD påbudet i spesialisthelsetjenesteloven om at sykehus skal være offentlig godkjent. Nå har Aleris varslet at de vil åpne sykehus både i Bodø og Tromsø og om vi forstår det riktig har ikke staten noen mulighet til å regulere dette nå (så lenge tilbudet er faglig forsvarlig osv), men de står fritt til å etablere nye sykehus uten å måtte søke HOD eller andre om det. Er det riktig?

Vi vil gjerne ha en oversikt over hvilke lovendringer som er gjort de siste tyve årene angående etablering av private sykehus/helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten og en oversikt over hvor mange private sykehus som har etablert seg i Norge i samme tidsrom.

Sammendrag

1) Etablering av private sykehus/helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten – lovendringer siste 20 år

I notatet viser vi endringsforslag og endringer gjort i godkjenningsordningen for sykehus.

Spesialisthelsetjenesteloven av 1999 opprettholdt en godkjenningsordning for helseinstitusjoner som også den tidligere sykehusloven hadde hatt. I 2013 foreslo regjeringen Stoltenberg II å utvikle godkjenningsordningen for sykehus, bl.a. fordi overgangen til mer poliklinisk behandling for avanserte spesialisthelsetjenester gjorde overnatting i sykehus unødvendig. Samtidig foreslo regjeringen å pålegge alle virksomheter som ga helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, å registrere virksomheten. Etter regjeringsskiftet i 2013 ble den aktuelle proposisjonen trukket tilbake.

Regjeringen Solberg tok opp spørsmålet igjen i 2018 da den foreslo å fjerne påbudet om offentlig godkjenning av sykehus. Samtidig ønsket den å videreføre adgangen (i forskrift) til å stille krav om godkjenning for virksomheter og tjenester i spesialisthelsetjenesten. Selv om ordningen med godkjenning av sykehus ble avvirket, mente de det kunne være behov for å kreve godkjenning når hensyn til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet eller beredskap tilsa det. Dette var en innstramming av tidligere regel som etter ordlyden ikke ga noen begrensninger i hvilke hensyn som kunne begrunne etablering av en godkjenningsordning. Forslagene ble vedtatt med støtte fra Ap, regjeringspartiene og KrF.



Så vidt vi kan se, har det ikke kommet nye krav om godkjenning i forskriftsform. Så lenge det ikke finnes slike krav i forskrift (eller i loven), kan ikke departementet kreve at nye, private sykehus skal godkjennes.

I notatet har tatt inn et eget punkt om noen andre krav som kan være relevante for dere, bl.a. krav om autorisasjon og forsvarlighet m.m., meldeplikt etter pasientskadeloven og godkjenningsordning for private aktører som skal utføre NIPT (Non-Invasive Prenatal Test/blodprøve).

Vi har også nevnt forholdet til EØS-avtalen og om den gir adgang til å innføre etableringskontroll med private tilbydere av helsetjenester.

2) Antall nye, private sykehus de siste 20 årene

Det finnes ingen offisiell statistikk over antall private sykehus som er etablert i Norge de siste 20 årene. I et regneark som er lagt ut på oppdraget har vi laget en oversikt over private, kommersielle sykehus innenfor somatisk sektor i perioden 2004–2021. Dette er ingen fullstendig liste, men gir en pekepinn på hvilke aktører som har vært tilstede over tid og hvilke nye som har kommet til. Flere metodiske forbehold gis i notatets punkt 4.

I forbindelse med helseforetaksreformen i 2002 økte antallet godkjente private kommersielle sykehus – fra seks sykehus i 2001 til 28 i 2004. I vår oversikt var det 20 private, kommersielle sykehus i 2006, 2010 og 2013, og noen færre i 2011 og 2012. Fra 2014 ser vi en økning i antall private, kommersielle som har levert tjenester til den offentlige spesialisthelsetjenesten – fra 25 i 2014 til 42 i 2021.

INNHold

Sammendrag	1
1 Innledning.....	3
2 Regelendringer siste 20 år	4
2.1 Spesialisthelsetjenesteloven, 1999	4
2.2 Helseforetaksreformen i 2002	5
2.3 Forskrift om bl.a. godkjenning.....	6
2.4 Stoltenberg-regjeringens forslag om å avvikle godkjenningsordningen	6
2.5 Solbergregjeringens forslag om å fjerne godkjenningen og dagens situasjon	7
3 Andre krav	9
4 Utvikling i antall private sykehus	11

1 Innledning

Det finnes ingen offisiell statistikk over antall private sykehus som er etablert i Norge de siste 20 årene. I et regneark som er lagt ut på oppdraget har vi laget en oversikt over private, kommersielle sykehus innenfor somatisk sektor i perioden 2004–2021. Vi har også bedt Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) om en oversikt over alle innmeldte private helsevirksomheter etter 2009. Vår kontaktperson i NPE har vært positivt innstilt til å sende oss en oversikt, men denne må bearbejdes av oss hvis den skal være relevant for spørsmålene dere har stilt, og vi kan evt. ettersende dette materialet.

En beskrivelse av utviklingen i antall sykehus er gitt i notatets punkt 4, men vi tar forbehold om at vi har brukt ulike kilder og at informasjonen for enkelte tidsperioder derfor ikke er direkte sammenlignbar.

I punkt 2 gir vi en oversikt over lovendringer for etablering av private sykehus/helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten de siste 20 årene, med hovedvekt på sykehus.¹ Vi viser også noen forskriftskrav.

I punkt 3 har vi tatt inn informasjon om noen andre krav som kan være relevante for dere, bl.a. krav om autorisasjon og forsvarlighet m.m., meldeplikt etter pasientskadeloven og godkjenningsordning for private aktører som skal utføre NIPT (Non-Invasive Prenatal Test/blodprøve).

Forholdet til EØS-avtalen

Dere har ikke spurt om forholdet til EØS-avtalen. Vi vil imidlertid gjøre oppmerksom på at avtalen som utgangspunkt forbyr tiltak som hindrer eller gjør det mindre attraktivt for næringsdrivende i andre EØS-stater å etablere seg i Norge.² EØS-avtalen har altså et forbud mot restriksjoner på

¹ Sykehus/sykehustjenester definert som medisinsk undersøkelse og behandling tilrettelagt slik at pasienten kan beholdes over natten der dette er ønskelig/ nødvendig av medisinske grunner. Se punkt 2.1

² Jf. EØS-avtalen artikkel 31, jf. artikkel 34

etableringsretten, og vi antar at etableringskontroll med private tilbydere av helsetjenester normalt vil måtte vurderes som en restriksjon.

Restriksjoner er imidlertid tillatt hvis de er begrunnet i et legitimt formål, og i tillegg er egnede og nødvendige for å oppnå dette formålet. Hensynet til folkehelsen, herunder å oppnå et høyt beskyttelsesnivå, er et legitimt formål som EØS-avtalen anerkjenner, jf. artikkel 33.

Vurderingen av om et tiltak er egnet og nødvendig, er helt konkret. Det er altså ikke mulig å besvare generelt om etableringskontroll med private tilbydere av helsetjenester er EØS-rettslig akseptabelt. I et tidligere oppdrag har vi skissert noen grunnleggende utgangspunkter i en slik vurdering. Dette er vurderinger dere kan få om dere er interessert i hvilke muligheter som finnes for å innføre nye godkjenningsordninger.

Dette spørsmålet har også vært behandlet i proposisjonene som har foreslått endringer i godkjenningsordningen. Se f.eks. [Prop. 196 L \(2012–2013\) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven \(Avvikling av godkjenningsordningen for sykehus\)](#) der etableringsretten behandles og det sies at «...det kan problematiseres om dagens godkjenningsordning tilfredsstillende det EØS-rettslige kravet til proporsjonalitet». ³ Se også punkt 3.3 Norges EØS-rettslige forpliktelser i [Prop. 83 L \(2017–2018\) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven \(godkjenning av virksomheter og helsetjenester\)](#).

2 Regelendringer siste 20 år

Før spesialisthelsetjenesteloven (LOV-1999-07-02-61) ble vedtatt i 1999, var godkjenningsordningen for sykehus regulert i sykehusloven. På 1990-tallet ble spørsmålet om behovet for en godkjenningsordning bl.a. vurdert i *NOU 1991:7 Spesialisthelsetjenesten m.m.* Noen av vurderingene gikk da på om det var riktig å ha en statlig godkjenning når fylkeskommunene skulle ha mer ansvar for sykehusdrift og sykehusutbygging. ⁴

2.1 Spesialisthelsetjenesteloven, 1999

I [Ot.prp. nr. 10 \(1998-1999\)](#) som var grunnlaget for den nye spesialisthelsetjenesteloven, foreslo departementet å opprettholde en godkjenningsordning for helseinstitusjoner, bl.a. for å bidra til å fremme en rasjonell utnyttelse av de samlede ressurser innen helsevesenet. Godkjenning ble også sett på som viktig overfor private institusjoner som ikke var tatt med i planer for spesialisthelsetjenesten. Videre kunne godkjenning bli et viktig styringsverktøy for staten i forbindelse med EØS-avtalen, fordi avtalen kunne øke muligheten for etablering av kommersielle helseinstitusjoner i Norge (punkt 4.1.4. i proposisjonen).

Proposisjonen pekte også på utviklingen av markedet for operasjonsforsikringer som kunne skape et større marked for private helsetjenester og en sterkere todeling av helsevesenet. Hvis fagfolk det var knapphet på ble trukket bort fra det offentlige tilbudet, kunne det igjen svekke befolkningens tilgang til de offentlige helsetjenestene. Departementet ønsket derfor å sikre statlige styringsmuligheter for eventuelt å begrense en slik utvikling. I tillegg kunne godkjenning

³ Side 13 i proposisjonen

⁴ [Prop. 196 L \(2012–2013\) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven \(Avvikling av godkjenningsordningen for sykehus\)](#)

av institusjoner være av betydning for å unngå etablering av helseinstitusjoner som ikke oppfylte kravene til forsvarlighet (punkt 7.1.4 i proposisjonen).

Departementet foreslo en bestemmelse i § 4-1 annet ledd som ga departementet hjemmel til å fastsette i forskrift hvilke helseinstitusjoner (og endringer i dem) og helsetjenester som måtte godkjennes. Avgjørelsen av om godkjenning skulle gis, ble overlatt til departementets frie skjønn, men domstolskapte regler om myndighetsmisbruk ville uansett sette skranker for departementets skjønn. I så måte videreførte lovforslaget gjeldende praksis med at avgjørelsen av søknader om godkjenning kunne baseres på både helsepolitiske/samfunnsmessige og helsefaglige vurderinger. Samfunnsmessige hensyn kunne f.eks. være om etableringen bidro til en rimelig geografisk fordeling av tjenester og om det var behov for tjenesten.⁵

Den vedtatte spesialisthelsetjenesteloven regulerte godkjenning på følgende måte:

«§ 4-1. Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester

Sykehus må godkjennes av departementet før det kan yte helsetjenester.

Departementet kan gi forskrift om at det kreves godkjenning av departementet for

a) andre typer helseinstitusjoner og helsetjenester enn nevnt i første ledd,

b) vesentlige endringer i helseinstitusjoner eller tjenestetilbud som har godkjenning.

Ved vurderingen av om godkjenningen skal gis, kan det blant annet legges vekt på om samfunnsmessige eller faglige hensyn taler for at helseinstitusjonen eller helsetjenesten godkjennes, om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er omfattet av planer utarbeidet av regionale helseforetak, jf. lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. § 34, og om de tjenester som skal ytes pasientene synes forsvarlige.

Departementet kan i hvert enkelt tilfelle knytte slike vilkår til godkjenningen som er påkrevet for å sikre oppfyllelse av denne loven og bestemmelser gitt i medhold av den.»

Spesialisthelsetjenesteloven fastsatte ikke noen definisjon av «sykehus» eller «sykehustjenester», men i forarbeidene ble sykehustjenester karakterisert som medisinsk undersøkelse og behandling som tilrettelegges slik at pasienten kan beholdes over natten der dette er ønskelig/nødvendig av medisinske grunner.

2.2 Helseforetaksreformen i 2002

I 2002 overtok staten ved de regionale helseforetakene eierskapet til sykehusene fra fylkeskommunene. Det skjedde ved at Stortingets vedtok lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak mm på grunnlag av *Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. og Innst. O. nr. 118 (2000-2001)*. Helseforetaksreformen innebar endring av grunnleggende forutsetninger som den offentlige godkjenningsordning bygget på, men behovet for

⁵ Jf. også omtale i [Prop. 196 L \(2012-2013\)](#) *Endringer i spesialisthelsetjenesteloven (Avvikling av godkjenningsordningen for sykehus)*

bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 ble ikke tatt opp til noen bred vurdering på dette tidspunktet.⁶

2.3 Forskrift om bl.a. godkjenning

Kravene til godkjenning av private sykehus ble konkretisert gjennom *forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og bruk av betegnelsen universitetssykehus* ([FOR-2010-12-17-1706](#) - se opprinnelig kunngjort versjon⁷).

Forskriften stilte krav om at private og offentlige sykehus skulle søke om godkjenning ved nyetablering av sykehusvirksomhet og ved utbygging og ombygging av sykehus. Sykehusets eierforhold og organisering var avgjørende for når det var nødvendig med søknad.

For sykehus som var omfattet av legefordelingsordningen⁸ skulle det søkes om godkjenning ved byggearbeider på 500 mill. kroner eller mer. Det samme gjaldt ved endring i sykehusvirksomhet som ville få vesentlige konsekvenser for andre regionale helseforetaks tjenestetilbud. For private sykehus som var omfattet av legefordelingsordningen, men som ikke mottok driftstilskudd, skulle det søkes om godkjenning også ved endringer i virksomheten som innebærer utvidelse av tjenestetilbudet til å omfatte nye medisinske fagområder.

Private sykehus som ikke var omfattet av legefordelingsordningen (og ikke fikk driftstilskudd) skulle søke om ny godkjenning ved endringer i virksomheten som innebar utvidelse av tjenestetilbudet til å omfatte nye medisinske fagområder eller utvidelse av antall senger med mer enn 40 % eller med mer enn 10 senger i forhold til allerede godkjent sengeantall. I tillegg skulle opprettelse av mer enn tre nye stillinger i løpet av to år samlet for radiografer eller legespesialister innen medisinske laboratoriefag eller radiologi, forelegges departementet for vurdering av om opprettelsen innebærer en vesentlig endring som krever ny godkjenning.

2.4 Stoltenberg-regjeringens forslag om å avvikle godkjenningsordningen

I 2013 foreslo regjeringen Stoltenberg II å avvikle godkjenningsordningen for sykehus, jf. [Prop. 196 L \(2012-2013\) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven \(Avvikling av godkjenningsordningen for sykehus\)](#). Forslaget omfattet offentlig eide sykehus, privat eide sykehus med driftsavtale og privat eide sykehus uten driftsavtale (f.eks. sykehus eid av Volvat og Aleris).

Forslaget var bl.a. begrunnet med overgangen til mer poliklinisk behandling for avanserte spesialisthelsetjenester der overnatting i sykehus ikke lenger var nødvendig: I større grad enn før ble spesialisthelsetjenester gitt av avtalespesialister og andre virksomheter som ikke var underlagt noe krav om sykehusgodkjenning. En annen begrunnelse var at selv om en virksomhet hadde fått godkjenning på et visst tidspunkt, ga ikke ordningen noen garanti for at myndighetenes krav til faglig forsvarlighet og at kvalitetsarbeid var oppfylt til enhver tid.

⁶ Jf. omtale i [Prop. 196 L \(2012-2013\) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven \(Avvikling av godkjenningsordningen for sykehus\)](#), punkt 3.1.

⁷ For øvrig ser det ut til at slike forskriftskrav fremgikk allerede av [FOR-2001-12-18-1539](#) kap 4.

⁸ Systemet med kvotefordeling av nye legestillinger ble avvirket fra og med 1. juli 2013.

Proposisjonen problematiserte også om den gjeldende godkjenningsordningen tilfredsstilte det EØS-rettslige kravet til proporsjonalitet: «En restriksjon kan som nevnt, bare opprettholdes i den utstrekning det er nødvendig ut fra de allmenne hensynene som begrunner ordningen. Hvis disse hensynene ikke gjør seg gjeldende i den enkelte sak, har søkeren krav på å kunne benytte den frie etableringsretten.»

Samtidig foreslo regjeringen en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som ville pålegge alle virksomheter som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, å registrere virksomheten.⁹

«Departementet foreslår at registeret over virksomheter ”som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten” tillegges nytt formål gjennom en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3 der det etableres en klar hjemmel for at eksisterende register skal være formell kunnskapskilde om privat sektor for flere enn pasientskadeordningens etater. Videre foreslås det en hjemmel for at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om meldeplikten og om registrering av meldingene.»

Proposisjonen omtalte også hvordan et slikt meldesystem konkret kunne kobles opp til eksisterende ordninger.

Etter regjeringsskiftet i 2013 ble proposisjonen trukket tilbake.¹⁰

2.5 Solbergregjeringens forslag om å fjerne godkjenningen og dagens situasjon

Regjeringen Solberg kom tilbake til saken i [Prop. 83 L \(2017–2018\) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven \(godkjenning av virksomheter og helsetjenester\)](#).

Departementet foreslo der å fjerne påbudet i spesialisthelsetjenesteloven om at sykehus skal være offentlig godkjent, men ønsket å videreføre adgangen til å stille krav om godkjenning for virksomheter og tjenester i spesialisthelsetjenesten i forskrift. Videre ble adgangen til å stille krav om godkjenning utvidet slik at den kan omfatte alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten, ikke bare helseinstitusjoner. Videre foreslo departementet at adgangen til å kunne fastsette krav om godkjenning også kunne omfatte ulike former for godkjenning, for eksempel sertifisering og akkreditering. Se kapittel 9 i proposisjonen som omhandler utvidet adgang til å kreve godkjenning av virksomheter i spesialisthelsetjenesten.

Begrunnelsen for forslaget var at selv om ordningen med godkjenning av sykehus skulle avvikles, ville det kunne være et behov for å kreve godkjenning når hensyn til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnsikkerhet eller beredskap tilsa det.

Stortinget vedtok endringene, se: [sakssiden](#). Spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 har i dag derfor følgende ordlyd:

⁹ [Prop. 196 L \(2012–2013\)](#), side 26

¹⁰ Jf. [Meld. St. 11 \(2013–2014\)](#) Tilbaketrekning av Prop. 196 L (2012–2013) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven (Avvikling av godkjenningsordningen for sykehus).

«§ 4-1 Godkjenning av virksomheter og helsetjenester

Departementet 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.

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).»

For andre helseinstitusjoner enn sykehus, representerte dette en innstramming av tidligere regel som etter ordlyden ikke ga noen begrensninger i hvilke hensyn som kunne begrunne etablering av en godkjenningsordning i disse henseendene. Nå er det hensynet til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet eller beredskap som kan begrunne en godkjenningsordning. Andre hensyn vil da ikke kunne tillegges vekt.

Ifølge proposisjonen kan det f.eks. oppstå beredskapsmessige krevende situasjoner hvor en spesiell type helsehjelp, prosedyre eller oppfølging er påkrevet. Og 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 (side 28).

Paragrafene om godkjenning (kapittel 2) i den omtalte forskriften (se notatets punkt 2.3) ble opphevet ved [forskrift 3 des 2018 nr. 1844](#) (i kraft 1 jan 2019), og vi kan ikke se at det har kommet nye krav i forskriftsform om godkjenning.

Konklusjon: Framstillingen ovenfor viser at det i dag ikke gjelder krav om at nye, private sykehus skal godkjennes. Spesialisthelsetjenesteloven gir imidlertid departementet hjemmel til å gi forskrift om krav til godkjenning av virksomheter og helsetjenester i spesialisthelsetjenesten når visse hensyn tilsier det. Disse hensynene er tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnssikkerhet eller beredskap. Andre hensyn vil innenfor dagens lovgivning ikke kunne tillegges vekt.

3 Andre krav

Som nevnt i oppdragsteksten er helsetjenester som tilbys av private virksomheter (med eller uten avtale med det offentlige), omfattet av krav til forsvarlighet, tilsyn og krav om autorisert helsepersonell i helselovgivningen mv.

Krav om autorisasjon og forsvarlighet m.m.

[Helsepersonelloven](#) (LOV-1999-07-02-64) stiller krav til helsepersonells yrkesutøvelse i kapittel 2, bl.a. om forsvarlighet (§ 4), bruk av medhjelpere og informasjon til pasienter m.m.. Disse bestemmelsene gjelder også helsepersonell i privat sektor og også når alternativ behandling utøves av autorisert helsepersonell.

Ifølge § 4 skal helsepersonell utføre arbeidet i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Videre skal de innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Videre kan departementet i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

Helsepersonell har opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og statsforvalteren (§ 30). Alt helsepersonell og annet personell som yter helse- og omsorgstjenester har dessuten etter [helsetilsynsloven § 7](#) plikt til å gi tilsynsmyndigheten opplysninger og adgang til virksomheten på anmodning, og til å gi tilsynsmyndigheten opplysninger av eget tiltak uten hinder av taushetsplikt.

Kapittel 11 i loven regulerer reaksjoner ved brudd på lovens bestemmelser. Kapittel 9 inneholder vilkår for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, og kapittel regulerer tildeling og bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.¹¹

Vi viser også til [Prop. 221 L \(2020–2021\) Endringer i helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven \(regulering av kosmetiske inngrep, injeksjoner og behandling\)](#) og behandlingen i Stortinget.¹²

Meldeplikt etter pasientskadeloven

Alle som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, har etter 1. januar 2009 hatt plikt etter [pasientskadeloven](#) § 8 til å melde fra om sin virksomhet til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Av hensyn til innkrevingen av tilskudd har NPE bygget opp et register over private tjenesteytere, inkludert private sykehus, som ikke finansieres av det offentlige gjennom driftstilskudd eller kjøp av tjenester.¹³ Se også forskrift om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten.¹⁴ Meldeplikten er regulert på følgende måte i § 9 i forskriften:

¹¹ Se [helsepersonelloven med kommentarer](#), Helsedirektoratet.

¹² <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=85355>

¹³ [Prop. 196 L \(2012–2013\) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven \(Avvikling av godkjenningsordningen for sykehus\)](#), side 26.

¹⁴ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-10-31-1166>

«Det skal meldes fra til Norsk Pasientskadeserstatning om virksomhet som sysselsetter helsepersonell og som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten.

Melding om endring i virksomheten, som endring i antall og sammensetning av profesjoner og årsverk, skal sendes Norsk Pasientskadeserstatning senest 1. februar. Melding om etablering av ny virksomhet skal sendes senest én uke etter at virksomheten begynner å yte helsehjelp. Melding om at virksomhet opphører, sendes Norsk Pasientskadeserstatning om mulig én måned før opphør og senest en måned etter opphør av virksomheten. Melding om endring av adresse, telefon og annen kontaktinformasjon skal sendes Norsk Pasientskadeserstatning snarest.

Meldingen skal inneholde de opplysningene som er nødvendig for at Norsk Pasientskadeserstatning skal kunne beregne og kreve inn tilskudd fra virksomheten. Meldingen skal gis på skjema utarbeidet av Norsk Pasientskadeserstatning.

Den som er ansvarlig for å betale tilskudd til Norsk Pasientskadeserstatning, skal sørge for at meldeplikten overholdes.

Den som er ansvarlig for en virksomhet som sysselsetter autorisert helsepersonell som gir helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, skal betale tilskudd til NPE.»

Andre godkjenningsordninger

Det finnes godkjenningsordninger for enkeltbehandlinger, f.eks. for NIPT (Non-Invasive Prenatal Test/blodprøve) i bioteknologiloven. I forbindelse med behandlingen av endringer i bioteknologiloven i 2020, uttalte flertallet i helse- og omsorgskomiteen følgende om en godkjenningsordning for NIPT:

«(..)..Flertallet ønsker at private aktører som tilbyr NIPT mot egenbetaling i Norge, i likhet med offentlige aktører, må følge vilkårene for samtykke, informasjon og genetisk veiledning som angitt i §§ 4-3 og 4-4.

Flertallet viser til at Helsedirektoratet i sin vurdering av om en virksomhet skal godkjennes, må legge vekt på om virksomheten har nødvendig kompetanse til å veilede og ivareta den gravide. Virksomheten må ha kompetanse på ultralydundersøkelse, siden NIPT ikke gir mening hvis det ikke er undersøkt hvor mange fostre det er, og at det er liv. Virksomheten skal gi tilbakemelding til kvinnen om resultatet, og hun skal også ha god oppfølging og veiledning hvis resultatet setter henne i en vanskelig situasjon.

Flertallet mener at aktører som ønsker å tilby NIPT, kan godkjennes etter § 7-1 så lenge de oppfyller vilkårene i bioteknologiloven §§ 4-3 og 4-4, og at dette blir lagt til grunn for ny praksis umiddelbart etter at loven er sanksjonert i statsråd..(..).»¹⁵

Helsedirektoratet har etablert godkjenningsordningen også for private, se direktoratets nettside [Fosterdiagnostikk - informasjon om regelverk, virksomhetsgodkjenning og oversikt over godkjente virksomheter](#). Ordningen er et virkemiddel for statlig kontroll med hvilke virksomheter som skal

¹⁵ Innst. 296 L (2019–2020) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i bioteknologiloven mv.

kunne tilby bl.a. fosterdiagnostiske undersøkelser, og skal bidra til å sikre at virksomhetene som tilbyr NIPT til gravide har nødvendig kompetanse, og at tilbudet har nødvendig kvalitet. Se også [Om godkjenningsordning for private virksomheter som skal tilby NIPT](#), Helsedirektoratet (2021).

4 Utvikling i antall private sykehus

Det finnes som nevnt innledningsvis ingen offentlig statistikk som viser utviklingen i antall private sykehus over tid. Vi har vært i kontakt med Helsedirektoratet for å få en liste over hvilke private sykehus som er godkjent etter den omtalte godkjenningsordningen, men har fått beskjed om at det ikke finnes en slik oversikt.

Vi har også vært i kontakt med Norsk Pasientskadeerstatning, og NPE er positivt innstilt til å sende oss en oversikt over alle innmeldte private helsevirksomheter etter 2009. En slik oversikt må bearbejdes noe, så vi tar sikte på å ettersende dette materialet hvis det viser seg å være relevant for å vise utviklingen i private sykehus/helseinstitusjoner.

Etttersom det ikke finnes noen «offisiell» oversikt, har vi forsøkt å sammenstille en egen oversikt, se eget regneark som er lagt ut på oppdraget. Vi bruker da ulike kilder, noe som innebærer at antallet sykehus ikke nødvendigvis er sammenlignbart over hele tidsperioden da de ulike kildene kan ha inkludert forskjellige typer sykehus. Vi har lagt vekt på å få fram omfanget av private kommersielle sykehus i somatisk sektor, men ser at enkelte ideelle virksomheter også er inkludert i noen år.

Hovedkilden til informasjonen er sykehus som leverer tjenester til helseforetakene. Det kan dermed finnes private kommersielle sykehus for selvbetalende pasienter som ikke kommer med, men vi antar at de fleste større private sykehus har avtaler med det offentlige i tillegg til selvbetalende pasienter. Vi ser imidlertid at f.eks. NIMI ikke er kommet med på listen alle de siste årene (fordi de ikke har levert tjenester til det offentlige), samtidig som vi antar at klinikken har hatt aktivitet opp mot selvbetalende/forsikringsdekkede pasienter de aktuelle årene. Dette gjør at de summerte tallene for hvert år må tolkes med forsiktighet/ikke brukes som absolutte størrelser. Samtidig gir regnearket en viss oversikt over hvilke private aktører som har vært av betydning i ulike perioder.

Følgende kilder er brukt i regnearket:

- ♦ For årene 2004 og 2006: [Samdata Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 3/07](#). Helsedirektoratet, tabell 4.1 og tabell v4.1
- ♦ For årene 2010–2014: Helsedirektoratets rapport [Private aktører i spesialisthelsetjenesten. Omfang og utvikling 2010-2014](#)
- ♦ For årene 2016–2021: Helsedirektoratets [aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste](#), tabeller om «Antall døgnopphold og dagbehandlinger ved somatiske sykehus fordelt på RHF, HF og rapporteringsenhet.» og «Private sykehus».

Rapporten [Samdata Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 3/07](#) beskriver utviklingen av private kommersielle sykehus etter helseforetaksreformen i 2002. Målene for reformen var bl.a. å løse problemene med lange ventelister for elektiv behandling, overbelegg ved

offentlige sykehusavdelinger, manglende likhet i tilbudet av sykehustjenester, lav effektivitet og mangelen på økonomisk ansvar og forutsigbarhet. Konkurransetsetting av spesialisthelsetjenester til aktører på det private markedet ble sett på som ett av flere midler for å løse problemene. Antallet godkjente private kommersielle sykehus økte da betydelig – fra seks sykehus i 2001 til 28 i 2004.

Den omtalte rapporten viser forøvrig at det var en stor nedgang i aktiviteten i de private kommersielle sykehusene fra 2004 til 2006. I regnearket ser vi også at antallet private kommersielle sykehus gikk ned til 20 i 2006 og antallet var også 20 i 2010 og 2013. Det var noen færre i 2011 og 2012, henholdsvis 16 og 18. Fra 2014 ser vi en økning i antall private, kommersielle som har levert tjenester til den offentlige spesialisthelsetjenesten – fra 25 i 2014 til 42 i 2021.

Teres hadde flere klinikker rundt i landet i perioden 2010–2014, men ble kjøpt opp av Aleris¹⁶ og av Volvat¹⁷ i 2015. Det kan være flere oppkjøp som ikke kommer like tydelig fram i regnearket, og det ser også ut som flere sykehus har fått nye navn underveis i perioden.

Økningen i private sykehus kan også skyldes endringer i hvilke sykehus som regnes inn som «private» i den siste perioden (2016–2021). F.eks. ser vi at flere LHL-klinikker har kommet med de siste årene. LHL-klinikkene (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke) var tidligere regnet som ideelle aktører, men er de siste årene plassert under private (kommersielle) sykehus. Se f.eks. artikkelen [Ideell aktør i helsesektoren med kommersielle interesser](#) i Anbud365, 14.11.2017 og statsråd Høies svar på skriftlig spørsmål fra Ketil Kjenseth ([Dokument nr. 15:1591 \(2016–2017\)](#)).

Se også regnearket for mer informasjon om hvilke konkrete, private sykehus det er snakk om i perioden 2004–2021.¹⁸

¹⁶ Se f.eks. Konkurransetilsynets vedtak i saken: <https://konkurransetilsynet.no/wp-content/uploads/2018/08/v2015-31-offentlig-versjon-aleris-helse-as-teres-medical-group-as.pdf>

¹⁷ https://www.finansavisen.no/nyheter/naeringsliv/2015/09/volvat-etablerer-seg-i-trondheim-og-tromsoe?zephrosso_ott=ZrKQ3T

¹⁸ Vi har dessverre ikke funnet Samdata-rapport for 2015, så 2015 er utelatt i regnearket