



Helse- og omsorgsdepartementet

INVO-saksnr: HSAK202000031

3. juni 2020

Legeforeningens hørings svar - Medbrakt kompetanse – lisens til helsepersonell mm (forslag om endringer i helsepersonelloven mm.)

Legeforeningen viser til ovennevnte høringsnotat som har vært på høring blant relevante organisasjonsledd. Hørings svaret er også behandlet i foreningens sentralstyret.

Generelt

Legeforeningen viser til departementets høringsnotat av 27. februar 2020 om autorisasjon og lisens til helsepersonell. Notatet inneholdt forslag om å forskriftsfeste kravet som er lagt til grunn i praksis, om at søkeren må ha fullført utdanningen, herunder praksistjeneste, i utdanningslandet før det kan gis lisens eller autorisasjon. Selv om høringsnotatet av 9. mars 2020 om medbrakt kompetanse, først og fremst gjelder forslag om godkjenning av medbrakt kompetanse for ferdigutdannet helsepersonell fra land utenfor Norge, er det likevel noe overlapp mellom høringsnotatene som gjør at disse må sees i sammenheng, se blant annet høringsnotatets omtale på side 17 og punkt 5.5.2. Legeforeningen reagerer på at forslag som bør sees i sammenheng, presenteres separat og fragmentarisk. Dette gjør det krevende å se alle relevante problemstillinger i sammenheng. Av den grunn knytter vi noen kommentarer til spørsmål om det norske praktiseringen og forslag til forskriftsregulering av godkjenning av utenlandsk praksistjeneste.

I Legeforeningens hørings svar av 30. april 2020 til høringsnotatet av 27. februar 2020, støttet vi som kjent ikke departementets forslag. Legeforeningen foreslo at det heller burde åpnes opp for at deler av (den aktuelle praksistjenesten) fra enkelte EØS land der dette kreves, burde vurderes som tellende mot LIS 1. Legeforeningen påpekte flere fordeler med en slik løsning, blant annet at løsningen ville hindre en (helt eller delvis) dubblering av



tjenesten, og utnytte kapasiteten i LIS1- ordningen bedre. Det er dårlig utnyttelse av samfunnets ressurser at ferdig utdannede leger ikke gis adgang til yrkesutøvelse i en spesialiseringsstilling tilpasset sin faglige progresjon når de kommer til Norge. Det skaper videre utfordringer for det fremtidige behovet for spesialister i Norge. Det er godt dokumentert, også gjennom faglige råd fra Helsedirektoratet, i januar 2019, at antallet LIS1 stillinger må økes med 200. Helsedirektoratet har også tatt til orde for flere tiltak som kan avhjelpe press på LIS1.

Vi reagerer på at departementet ikke har fulgt opp helsedirektoratets anbefalinger i sammenheng med denne, og den forrige høringen, som er overlappende i sitt innhold. På denne måten kunne man løst flere utfordringer i helsetjenesten ved å se reglene i sammenheng. Man kunne således sikret en helhetlig ordening som var bedre på samfunnsnivå – både økonomisk og administrativt, og som i større grad ville sikret behovet for spesialister på sikt.

Vi påpeker også at lovligheten av regelverksendringer for den aktuelle legegruppen ikke er vurdert opp mot EØS avtalens regler om de fire friheter. Med dette mener vi regelverksendringene om flytting av autorisasjonstidspunktet i 2012, opphevelse av LIS-1 lisens fra 1. januar 2019, samt den foreslåtte forskriftsreguleringen av krav til å fullføre praksistjeneste i utdanningslandet for å kvalifisere til autorisasjon og lisens i høringsnotatet fra 27. februar 2020. Samlet sett fører dette til at alle som tar medisinstudiet i blant annet Danmark og Sverige må ta LIS1 i tillegg til KBU og AT tjeneste. Dette innebærer en delvis dublering av tjeneste for de aktuelle legene og en forsinkelse i utdanningsløpet. Vi kan ikke se at det er tilfredsstillende faglig begrunnet. Departementet har i høringsnotatene og enkeltsaker behandlet av direktoratet stort sett vist til yrkeskvalifikasjonsdirektivet og bestemmelsene der. Det som derimot ikke er belyst eller utredet fra departementet, er regelverkets lovlighet i forhold til EØS avtalens regler om de fire friheter.

Det første spørsmålet er om de norske reglene som krever praksistjeneste fra utdanningslandet **og** deretter LIS 1 og ikke åpner for å godkjenne praksistjeneste som tellende mot LIS 1 er brudd på reglene om de fire friheter. Sentralt i vurderingen er hvorvidt leger som kommer fra utlandet og til Norge blir forskjellsbehandlet fra leger som studerer i Norge. Et argument for forskjellsbehandling er nettopp at leger fra for eks Danmark og Sverige må ta (delvis) dobbel tjeneste for å kunne starte spesialisering i Norge, noe norskutdannede leger ikke må, da de kan søke på LIS1 rett etter grunnstudiet.

Dersom det norske regelverket er et brudd på reglene om fri flyt, kan reglene likevel være lovlige dersom de er begrunnet i allmenne hensyn. Endringene i



regelverket i 2012 innebar, som kjent, at norske myndigheter endret oppføring i tillegg V til EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv hvor turnustjeneste ikke lenger ble ført opp som del av grunnutdanningen i punkt 5.1.1. EFTAs overvåkningsorgan – ESA – beskrev følgende krav til norske myndigheter forut for dette:

If the Norwegian Government is considering an amendment to Annex 5.1.1, it has to submit a notification to the Authority according to Article 21(7) of Directive 2005/36. In this case, it, firstly, has to provide the proof that the minimum conditions set out in the Directive are met. This requires the submission of the curricula of the basic medical training of all universities in Norway that provide education in this respect. Secondly, as to the intention to keep a turnus-system in place, the Norwegian Government has to make sure that the system is not an additional requirement under Directive 2005/36, but is in line with the requirements for training in medical specialisations in particular with Articles 25 and 28 of Directive 2005/36. Thirdly, the system has to meet the principle of proportionality in respect to justifications of restrictions of the freedom of establishment due to reasons of public health as set out by the European Court of Justice.

Norge må kunne begrunne at de nasjonale reglene er nødvendig for å, i dette tilfelle, verne om "menneskers.. liv og helse", og at utformingen av de norske reglene er nødvendig og egnet for å nå dette formålet. Vi kan ikke se at det gjort en proporsjonalitetsvurdering og ber om at en slik vurdering gjennomføres.

Legeforeningen mener ellers intensjonen i lov - forskriftsendringsforslaget er prisverdig, altså at søkere med medbrakt kompetanse i større grad skal få bruke sine kvalifikasjoner i helse- og omsorgstjenesten. Vi påpeker imidlertid at argumentene som vektlegges for en oppmykning av regelverket hva gjelder utstedelse av lisens er direkte motstridende til departementets ønsker om å begrense tilgangen til det norske arbeidsmarkedet til leger etter medisinsk grunnutdanning i EØS-området.

Legeforeningen har følgende kommentarer til andre forslag i høringsnotatet:

5.7 Varige lisenser

Legeforeningen støtter at det gis varig lisens i tilfeller hvor søkere har en spesialistkompetanse innenfor et gitt område. En slik ordning kan bidra til at leger med langvarig erfaring innenfor et område ikke trenger å gjennomføre omfattende tjeneste innenfor fagområder vedkommede uansett ikke skal arbeide med og videre sikre at legens kompetanse kan benyttes i helsetjenesten.



5.8 Tidsbegrenset lisens for å gjennomføre kvalifiseringstiltak

Legeforeningen støtter ikke forslaget om at det ikke bør gis lisens til søkere fra EU/EØS land som ikke har reell mulighet til å gjennomføre praksis som er obligatorisk i utdanningslandet. Legeforeningen har som sagt foreslått at det burde åpnes for at nettopp gjennomført KBU eller AT burde være tellende mot LIS 1. Dersom legen etter den konkrete vurderinger må gjennomføre kvalifiseringstiltak, må legen gis lisens for å gjøre dette. Vi viser forøvrig til hva vi har ment om dette tidligere, både i dette høringssvaret og høringssvaret til høringsnotatet av 27. februar 2020.

Legeforeningen støtter forøvrig at det tildeles individuelt tilpassede lisenser for å kunne gjennomføre kvalifiseringstiltak, jf forslaget på side 32.

Særlig om saksbehandling- og saksbehandlingstid

Legeforeningen har flere ganger tatt opp saksbehandlingstiden for søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning med helsemyndighetene. Departementet angir at forlenget saksbehandlingstid må påregnes når Helsedirektoratet i større grad enn i dag skal vurdere søkerens individuelle kompetanse. Vi mener at saksbehandlingstiden allerede i dagens situasjon er uakseptabel lang og det etterspørres en kompetanse – og ressursøkning i direktoratet.

Vi minner om at spesialitetskomiteene i Legeforeningens fagakse besitter særlig kompetanse og ber om at disse i større grad benyttes i forbindelse med vurdering av søknader.

Særlig om gebyrer

I forbindelse med tilleggskrav (herunder kurs) som pålegges helsepersonell fra utenfor EØS vises det i høringsnotatet til at kursgebyret samlet sett er 15 500. Dette er kostbart for den enkelte, og for å bedre realisere formålet med forslagene i høringsnotatet (bedre utnyttelse av helsepersonellressurser fra andre land) bør det vurderes en ordning der myndighetene betaler kursgebyret (helt eller delvis) da dette vil kunne fremme rekruttering og at flere gjennomfører pålagte kurs og kan kvalifisere til å jobbe i den norske helsetjenesten.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Forslag til lov- og forskriftsendringer

Legeforeningen støtter de foreslåtte lov – og forskriftsendringene presentert i kapittel 8 i høringsnotatet.

Med vennlig hilsen

Geir Riise

Generalsekretær

Lars Duvaland

Avdelingsdirektør