

Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Deres ref.:

Vår ref: HSAK201900465

Dato: 13-09-2019

Høring - forslag til gjennomføring av EUs nye regler om universell utforming av IKT

1. Innledning og oversikt

Den norske legeforening viser til forslag til gjennomføring av EUs direktiv om tilgjengelighet av nettstedene og mobilapplikasjoner i norsk lov, med tilhørende gjennomføringsrettsakter. Forslaget ble sendt på offentlig høring av Kommunal- og moderniseringsdepartementet den 1. juli 2019. Fristen for å komme med hørings svar er 10. september 2019. Legeforeningen har imidlertid fått utsatt høringsfrist til 17. september 2019, jf. e-post av 15. august 2019. Høringsnotatet omhandler nye krav til universell utforming av nettsteder og mobilapplikasjoner for både offentlige og private virksomheter.

Vi vil understreke at det er viktig at hørselshemmede, synshemmede og andre personer med nedsatt funksjonsevne får tilgang til viktig infrastruktur – både på offentlige organers sider og på nettstedene til helseforetak og leverandører av vesentlige helsetjenester. Legeforeningen har stor forståelse for – og støtter – hensynene forslaget søker å ivareta.

2. Direktivets virkeområde ("offentlige organer")

Innledningsvis ser vi det formålstjenlig å avklare direktivets virkeområde, som er av betydning ved avgrensningen mellom offentlige organer og øvrige (privat sektor). Dette er av særskilt betydning ved spørsmålet om valg av modell, jf. pkt. 3 nedenfor.

Direktivet har som formål å tilnærme medlemsstatenes lover og forskrifter om tilgjengelighetskravene til offentlige organers nettsteder og mobilapplikasjoner, slik at disse nettstedene og mobilapplikasjonene gjøres mer tilgjengelige for brukerne, særlig for personer med nedsatt funksjonsevne, jf. direktivets artikkel 1 nr. 1.

"Offentlige organer" er definert som staten, regionale eller lokale myndigheter, offentligrettslige organer som definert i artikkel 2 nr. 1 punkt 4 i direktiv 2014/24/EU eller sammenslutninger dannet av én eller flere slike myndigheter eller ett eller flere slike offentligrettslige organer, dersom disse sammenslutningene er opprettet for det bestemte formål å imøtekomme allmennhetens behov, men ikke behov av industriell eller forretningsmessig art, jf. direktivets artikkel 3 nr. 1.

I direktiv 2014/24/EU artikkel 2 nr. 1 pkt. 4 er offentligrettslige organer definert slik:

- *"de er opprettet spesielt med henblik på at imøtekomme almenhedens behov, dog ikke behov af industriel eller kommerciel karakter"* (bokstav a)
- *"de er en juridisk person"* (bokstav b)
- *"de finansieres for størstedelens vedkommende af staten, regionale eller lokale myndigheder eller af andre offentligretlige organer, eller er underlagt ledelsesmessig kontrol af disse myndigheder eller"*



organer, eller de har et administrations-, ledelses- eller tilsynsorgan, hvor mere end halvdelen af medlemmerne udpeges af staten, regionale eller lokale myndigheder eller andre offentligretlige organer"
(bokstav c)

Selvstendig næringsdrivende fastleger og privatpraktiserende spesialister med avtale med helseforetakene (avtalespesialister) kunne i utgangspunktet være å anse som å falle inn under definisjonen offentligrettslig organ, ettersom de er opprettet for å imøtekomme allmennhetens behov, og ikke behov av industriell/kommersiell karakter; er organisert som juridiske personer og finansieres i høy grad av det offentlige og er videre underlagt offentlig tilsyn, jf. direktiv 2014/24/EU artikkel 2 nr. 1 pkt. 4 bokstav a til c.

Det fremgår imidlertid av høringsnotatet om direktivet som ble sendt på høring 22. august 2017, pkt. 1.1, at medlemslandene oppfordres til å utvide anvendelsen av direktivet til privat sektor, som tilbyr offentlige tjenester til allmennheten innenfor f.eks. *helsetjenester*,¹ barnepass, sosial inkludering, sosial sikkerhet, transportsektor og lignede, jf. fortalen pkt. 34. Vi ber departementet om å klargjøre hvorvidt reglene vil få anvendelse for selvstendig næringsdrivende fastleger og andre spesialister.

3. De ulike modellene

Direktivet og gjennomføringsrettsaktene regulerer offentlige virksomheter, og vil gjennomføres fullt ut for offentlig sektor. Departementet presenterer flere modeller for hvordan reglene skal gjennomføres i privat sektor:

- *Modell 1* – Gjennomføre direktivets krav for offentlig sektor, dvs. nye krav om universell utforming vil ikke utvides til å gjelde for privat sektor. Gir et tosporet regelverk.
- *Modell 2* – Gjennomføre direktivets krav for både offentlige og private sektor. Dagens forskrift, med like krav for offentlig og privat sektor, videreføres (felles regelverk).
- *Modell 2b* – Gjennomføre direktivets krav for offentlig sektor og for deler av privat sektor - bedrifter med flere enn 50 ansatte. Modellen er en mellomløsning mellom modell 1 og 2

Departementets forslag går lengre enn direktivets minimumskrav. Departementet foreslår en modell (2b) som innebærer at de følgende krav skal gjelde for virksomheter i privat sektor som jevnlig sysselsetter mer enn 50 ansatte:

- krav til universell utforming av forhåndsinnpilt multimediainnhold
- krav om en tilgjengelighetserklæring og tilbakemeldingsfunksjon
- krav til universell utforming av nye intranett og ekstranett

Departementet har lagt Vistas analyser til grunn. Vista anslår at kravet om universell utforming av intranett og ekstranett kan koste mellom 29 000 – 115 000 kroner per bedrift i engangskostnad, medregnet de 12 nye suksesskriteriene, med 57 500 kroner som beste anslag. Teksting av forhåndsinnpilt tidsbaserte medier er anslått å koste 20-40 kroner minuttet. Vista anslår at etablering av tilbakemeldingsfunksjonalitet vil koste omtrent 1000 kroner i året, og tilgjengelighetserklæringen gir en kostnad på mellom 1 000 og 10 000 kroner.

4. Innføring av teknisk standard

Departementet foreslår at 12 suksesskriterier som følger av den tekniske standarden (WCAG 2.1) skal gjelde for alle virksomheter, også private virksomheter med 50 eller færre ansatte. Kravene knytter

seg til utforming, format, linjeavstand og brukergrensesnitt. Nettløsningene skal være mulige å oppfatte og betjene, forståelige og robuste. Dette skal blant annet legge til rette for økt brukervennlighet for hørsels- og synshemmede.

Departementet har ikke – så vidt vi kan se – klart indikert noen kostnad knyttet til innføringen av den tekniske standarden. Departementet viser til at analysen ble gjennomført og ferdigstilt før revidert versjon av WCAG-retningslinjer (WCAG 2.1) ble lansert, og EN 301 549-standard oppdatert. De 12 nye suksesskriteriene (på nivå A og AA) som følger av WCAG 2.1, er ikke en del av den opprinnelige samfunnsøkonomiske analysen, jf. høringsnotatet pkt. 13.1. Departementet viser til at kravet om universell utforming av intranett og ekstranett anslås å koste mellom 29 000 – 115 000 kroner per bedrift i engangskostnad, "*medregnet de 12 nye suksesskriteriene*", jf. høringsnotatet pkt. 13.5. Vi savner en konkretisering av de estimerte kostnadene.

5. Våre vurderinger og innspill

Vi vil understreke at det er viktig at hørselshemmede, synshemmede og andre personer med nedsatt funksjonsevne får tilgang til viktig infrastruktur – både på offentlige organers nettsted og mobilapplikasjoner og tilsvarende når det gjelder tilbydere av øvrige offentlige helsetjenester. Mestring er en sentral forutsetning for å kunne leve med en sykdom eller tilstand, og vil ha stor betydning for livskvaliteten til den enkelte. Det sentrale målet er at den enkelte, også pasienter som ønsker å komme i kontakt med helsetjenesten, skal kunne mestre sin hverdag til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse. På denne bakgrunn støtter vi i all hovedsak departementets forslag. Vi ser imidlertid at forslaget potensielt vil kunne legge en økonomisk byrde på små legepraksiser, og har enkelte innspill i denne sammenheng.

Legeforeningen organiserer i dag 94,8 prosent av alle yrkesaktive norske leger. Foreningen har 35 761 medlemmer per juni 2019. Det er om lag 4900 fastleger i Norge, samt i overkant av 1000 øvrige spesialister med og uten offentlig avtale. Vi har ikke eksakte tall for antallet virksomheter disse legene er tilknyttet, men vi anslår at det til sammen kan dreie seg om ca. 2400 virksomheter (legepraksiser) som vil bli berørt av forslaget.

Avtalespesialister og det store flertallet av fastleger er selvstendig næringsdrivende. Fastlegene og avtalespesialistene har offentlig finansiering. Både fastlegeordningen og ordningen med avtalespesialister er hjemlet i lovverket (helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven med forskrifter). I tillegg inngås det individuelle avtaler mellom fastlege og kommune, og mellom avtalespesialister og de regionale helseforetakene. Kommunene har et "sørge for"-ansvar for at innbyggerne i kommunen har et forsvarlig og godt allmennmedisinsk tjenestetilbud. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunen kan yte tjenestene selv, eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Ordningen er for øvrig regulert i forskrift om fastlegeordningen og rammeavtalene mellom Legeforeningen og henholdsvis KS og Oslo kommune. I tillegg kommer statsavtalen som regulerer økonomiske rammevilkår for både fastlegeordningen og avtalespesialistordningen. Finansieringen følger av forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, også kalt normaltariffen. Den har hjemmel i folketrygdloven. Normaltariffen regulerer refusjonstakstene, i tillegg kommer egenandelene som vedtas av Stortinget.

Konsekvensen av systemet som er skissert ovenfor, er at legene arbeider innenfor et offentlig finansieringsystem og at prisen for helsetjenester i stor grad defineres av andre enn legen selv. De nevnte legene opererer med andre ord innenfor et lukket økonomisk system, og har ikke mulighet til

å dekke inn de ev. kostnadene forbundet med forslaget gjennom å sette opp prisene på tjenestene eller lignende.

Særlig fastlegene har den siste tiden vært i en krevende og presset situasjon. Helse- og omsorgsdepartementet har selv vist til at det har blitt mer krevende å rekruttere fastleger. Demografisk, teknologisk og medisinsk utvikling, sammen med økte forventinger til hva helse- og omsorgstjenestene skal tilby, har økt arbeidsmengden for den enkelte fastlege.¹ I en evaluering for Helse- og omsorgsdepartementet, lagt frem 4. september 2019, pekes det også på at fastlegeordningen er underfinansiert.²

Vi ber derfor om at Kommunal- og moderniseringsdepartementet, ved vurderingen av innføring av potensielt kostnadskrevende krav, har dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om forslaget og konsekvensene av dette for fastleger og avtalespesialister. Videre forutsetter vi at ev. nye kostnader for næringsdrivende leger hensyntas ved nye økonomiske oppgjør.

6. Frist for gjennomføring

Departementet tar sikte på at regelendringene skal tre i kraft 1. juli 2020. Deretter foreslås det en overgangsperiode på 6 måneder til å etterleve kravene. Det vil si at kravene skal følges fra 1. januar 2021. Dette begrunnes med at 1. januar 2021 også er fristen for å gjøre eksisterende IKT-løsninger universelt utformet etter gjeldende norsk rett.

Fastsettelsen av overgangsperioden må skje under hensyntagen til kapasiteten i den leverandørindustrien som forutsettes å utføre eventuell nødvendig koding og annen teknisk omlegging som kravene forutsetter. Overgangsperioden må ikke settes kortere enn at partene rimeligvis vil være i stand til å foreta endringene.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Lars Duvaland
Avdelingsdirektør

Saksbehandler: Anders Sondrup, rådgiver/advokatfullmektig

Dokumentet er godkjent elektronisk

¹ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fastlegeordningen/id115301/>

² <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>