

# Innst. O. nr. 65.

(1998-99)

## Innstilling fra sosialkomiteen om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Ot.prp. nr. 10 (1998-99).

Til Odelstinget.

### 1. SAMMENDRAG

#### 1.1 Innledning

Regjeringen legger i proposisjonen fram forslag til ny lov om spesialisthelsetjenesten m.m. som skal erstatte sykehusloven fra 1969 og de organisatoriske bestemmelsene i lov om psykisk helsevern fra 1961. Loven gjelder hele spesialisthelsetjenesten, og departementet ser det som ønskelig å markere at psykisk helsevern ikke representerer noen særomsorg innen helsetjenesten. De regler som gjelder spesielt for mennesker med psykiske lidelser, er samlet i et nytt lovforslag, «Etablering og gjennomføring av psykisk helsevern» (psykiatriloven), jf. Ot.prp. nr. 10 (1998-99).

Det uttales at lovforslaget må ses i sammenheng med forslag til lov om pasientrettigheter, forslag til felles lov om helsepersonell og forslag til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Forslaget til lov om spesialisthelsetjenesten m.m. er i stor grad en videreføring og modernisering av gjeldende rett, men inneholder også flere viktige endringer.

Som begrunnelse for forskriftshjemlene i lovforslaget uttales det bl.a. at departementet tar konsekvensen av at helsevesenet er i stadig endring ved å legge opp til et mer fleksibelt system enn det som følger av dagens sykehuslov. Det understrekes at forskriftshjemlene er knyttet direkte til den enkelte lovbestemmelse og innebærer en klargjøring av styringshjemlene, men at de i hovedsak ikke gir departementet videre fullmakter enn det som følger av dagens regelverk.

Det er i lovforslaget forsøkt i sterkere grad å skille mellom fylkeskommunens ansvar for å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester og dens rolle som tjenesteyter. Det presiseres at fylkeskommunene kan inngå avtale med andre tjenesteytere for å sikre befolkningen et forsvarlig tilbud av spesialisthelsetjenester. Fylkeskommunens ansvar for å sørge for et forsvarlig helhetlig tilbud skal ikke kunne overlates til andre.

Det framholdes at et viktig siktemål med det nye lovforslaget er å klargjøre grunnlaget for eiernes og ledelsens styring og ledelse av den enkelte virksomheten. Det påpekes at endringer i behov, sterkere brukerinnflytelse, flere konkurranseelementer, fordelingspolitiske mål og rask utvikling av medisinsk teknologi og metode vil innebære sterkere krav til omstillinger og tilpasninger av virksomhetene. I utformingen av lovforslaget har departementet lagt vekt på at eier og ledelse skal kunne ha frihet til å tilpasse styringen og ledelsen av virksomheten til disse kravene, og har ikke foreslått omfattende reguleringer av organisatoriske forhold. For å sikre forsvarlige helsetjenester har departementet likevel på noen punkter sett behov for å foreslå reguleringer av organisatoriske og ledelsesmessige forhold, blant annet gjennom forslaget om at det skal være én ansvarlig leder på alle nivåer i sykehus. Departementet har også funnet det riktig på noen punkter å framheve legers særskilte posisjon, jf. forslag om medisinskfaglige rådgivere og om pasientansvarlig lege.

#### 1.2 Bakgrunn for lovforslaget og generelle kommentarer til høringen

Det framholdes at lovforslaget følger opp vedtak fattet av Stortinget ved behandlingen av St.meld. nr. 50 (1993-94) og St.meld. nr. 24 (1996-97). Forslag fremmet i NOU 1997: 2 følges også opp i lovforslaget.

Lovforslaget tar utgangspunkt i høringsnotatet med utkast til lov om spesialisthelsetjenesten og utredningen NOU 1991: 7 Spesialisthelsetjenesten m.m. Sosial- og helsedepartementet sendte i august 1997 utkast til lov om spesialisthelsetjenesten på høring. Departementet mottok i alt 134 høringsuttalelser. Det framholdes at de fleste høringsinstansene var positive til den revisjon og samordning av regelverket som er foretatt, og særlig til likestillingen av somatiske og psykiatriske helsetjenester. Flere høringsinstan-

ser påpeker imidlertid at det er behov for en bedre samordning av de fire helselovene. I april 1998 sendte departementet et nytt høringsnotat på høring med forslag om å innføre adgang for Statens helsetilsyn til å ilegge tvangsmulkt når frist satt for retting gitt i pålegg oversettes, og forslag til visse endringer i bestemmelsen om meldeplikt. Departementet mottok i alt 110 høringsuttalelser. Det uttales at flere av høringsinstansene var svært skeptiske til forslaget om å innføre adgang til å ilegge tvangsmulkt. På bakgrunn av dette er departementet kommet til at forslaget ikke opprettholdes på det nåværende tidspunkt.

Det redegjøres for forslag fra høringsnotat med utkast til lov om spesialisthelsetjenesten som ikke er fulgt opp i proposisjonen. Det dreier seg om at det i høringsnotatet var foreslått at bare de helseinstitusjoner som fylkeskommunene utpeker, skulle ha plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, mens departementet nå går inn for at den plikten alle sykehus og fødestuer etter sykehusloven har til å yte øyeblikkelig hjelp, videreføres. Videre følger ikke departementet opp en foreslått bestemmelse i høringsnotatet om internkontroll og heller ikke en bestemmelse om at departementet i forskrift skulle kunne pålegge sykehus uten hinder av taushetsplikt å utlevere bestemte opplysninger til departementet til bruk for styring, finansiering og planlegging av helsetjenesten. Et forslag i høringsnotatet om etablering av regionale helseutvalg og vedtagelse av regionale helseplaner er blitt fremmet for Stortinget i en egen proposisjon, Ot.prp. nr. 48 (1997-98).

### 1.3 Lovgivningen i andre land

Det gis en kort oversikt over det danske, svenske og finske helsevesenet.

I Danmark fastslår loven at sykehusvesenet skal ivaretas av amtskommunene. Det er bestemmelser om adgangen til å inngå samarbeid med andre amtskommuner og private institusjoner. I loven finnes bestemmelser om hvem som er berettiget til sykehustjenester. Videre er det gitt bestemmelser om økonomiske rammer for spesialsykehusene og om gjestepasientordninger og hjemkommunens betalingsplikt. Amtskommunene kan, hvis pasienten er ferdigbehandlet og kun venter på pleiehjem, kreve betaling pr. sengedag fra pasientens hjemkommune. Det er også gitt regler om pensjonsutbetaling under opphold på institusjon. Pasienter har rett til fritt sykehusvalg innen amtskommunen. Videre er sundhedsministeren gitt hjemmel til å fastsette regler om forsøksordninger som sikrer at pasienter som er henvist til bestemte operasjoner på offentlige sykehus, skal tilbys operasjon innen en samlet ventetid på tre måneder. Loven inneholder bestemmelser om rett til å påklage avgjørelse om rett til behandling. Amtskommunene plikter å inngå avtaler om benyttelse av lands- og landsdelsavdelinger i andre amtskommunale sykehus og private sykehus.

I Sverige har landstinget ansvar for å tilby helse-tjenester til innbyggerne. Kommunens ansvar er begrenset til helsetjenester som ikke gis av leger. Staten har ansvaret for den sentrale, overordnede planlegging og samordning av helsetjenestene, og regjeringen er gitt en forholdsvis vid hjemmel til å gi forskrifter. Det er Socialstyrelsens oppgave å representere staten i spørsmål på sentralt forvaltningsnivå, og det redegjøres for Socialstyrelsens lovpålagte oppgaver. Ved lovendring som trådte i kraft i 1997, skal hver pasient som henvender seg til sykehusvesenet, snarest gis en medisinsk vurdering av sin helsetilstand. Loven har bestemmelser om medisinsk lederansvar for visse leger, både i og utenfor sykehus. Bestemmelsen om ledelsesansvar tydeliggjør av at det må være én leder for virksomheten. Denne behøver ikke være lege eller helsepersonell. Virksomhet som har innslag av myndighetsutøvelse i kombinasjon med medisinske vurderinger, skal imidlertid ledes av en sjefsoverlege. Det er nylig bestemt at også andre enn leger med spesialkompetanse kan lede enheter i psykiatrien.

Det redegjøres for endringer i helsetjenestens organisasjon som de senere år er gjennomført blant annet i Kopparsbergslän, Stockholmslän og Bohuslän. Reformene innebærer bl.a. at det skapes et internt marked for sykehustjenester. Det lokale distriktet ved et områdestyre kjøper helsetjenester for befolkningen. Pasientene velger fritt allmennpraktiker, helsesenter og sykehus. Politikerne har fortsatt et overordnet ansvar for tjenesten, men er ikke lenger involvert i den daglige drift av helsetilbudet. Kontrakter om pris, kvalitet, service og tilgjengelighet blir årlig forhandlet mellom de lokale helsedistriktene og sykehusene. Det uttales at reformene har ført til større produktivitet ved sykehusene, og at de har virket positivt på det løpende samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehusene.

I Finland er helsesektoren en oppgave for primærkommunen. Siden 1991 har Finland vært inndelt i 21 sjukvårdsdistrikter. Tidligere var formene for kommunalt samarbeid i kommunalforbundene regulert av staten. Etter kommunereformen i 1993 kan kommunene selv bli enige om hvordan samarbeidet skal foregå. De økonomiske bidragene fra staten utbetales ut fra visse gitte kriterier som et fast beløp direkte til kommunen og ikke som tidligere til tjenesteprodusentene. Pengene er ikke øremerket. I Finland er valg av sykehus begrenset til det eller de sykehus som den enkelte kommune har avtale med. Kommunene er i prinsippet frie til å slutte avtale med alle pleieprodusenter, også med private og pleiegivere utenfor deres samkommune.

### 1.4 Lovens formål og virkeområde

Lovens formål er å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Videre i formålsparagrafen understrekes kvalitet, li-

keverdighet, god ressursutnyttelse, tilpasning til pasientenes behov og tilgjengelighet for pasientene som sentrale formål. Det uttales at de oppstilte formålene er likeverdige, og at ingen av målene skal kunne neglisjeres, gis en særstilling eller prioriteres foran det annet. Formålsbestemmelsen angir de overordnede siktemålene som de andre bestemmelsene i loven skal bidra til å oppfylle.

Departementet foreslår at lovens virkeområde ikke lenger skal knyttes til bestemt oppregnede institusjoner og tjenester slik som etter dagens sykehuslov og lov om psykisk helsevern. Lovens saklige virkeområde er definert gjennom begrepet spesialisthelsetjenesten. Det uttales at begrepet i praksis vil omfatte de tjenester fylkeskommunen er pliktig til å yte etter gjeldende sykehuslov m.v. og lov om psykisk helsevern. Departementet gis hjemmel til i tvilstilfelle å avgjøre hva som er spesialisthelsetjeneste.

Med hensyn til stedlig virkeområde foreslås det at Svalbard og Jan Mayen i utgangspunktet ikke omfattes av loven, men at reglene kan gis anvendelse der etter forskrifter fastsatt av Kongen. Kongen skal i tillegg kunne fastsette særlige regler under hensyn til stedlige forhold. Loven kan etter forslaget også gis anvendelse på kontinentalsokkelen etter Kongens bestemmelse.

### 1.5 Ansvarsfordeling og generelle oppgaver

Ansvaret er i lovforslaget definert gjennom angivelse av tjenester fylkeskommunen er ansvarlig for å sørge for at befolkningen tilbys, dvs. at opplystingen av institusjoner i sykehusloven og lov om psykisk helsevern er forlatt. Det understrekes at dette ikke innebærer noen endring i oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåer, men er en måte å beskrive denne på som gir større frihet til å tilpasse løsninger av oppgavene til det reelle behov. Departementet finner imidlertid at enkelte tjenester bør spesifiseres nærmere i selve lovteksten, og etter forslaget framgår det derfor at fylkeskommunen skal sørge for at befolkningen tilbys sykehus tjenester og sørge for et tilbud av medisinske radiologiske tjenester og laboratorietjenester. Videre skal fylkeskommunen sørge for akuttmedisinsk beredskap, nødmeldetjeneste og ambulansetjeneste.

Det understrekes at fylkeskommunen skal kunne inngå avtale med andre tjenesteytere og inngå samarbeidsavtaler med kommuner, andre fylkeskommuner og/eller staten for å ivareta sitt ansvar.

Departementet har kommet til at det bør skilles klarere i loven mellom krav til organisering av akuttmedisinsk beredskap og plikten og retten til øyeblikkelig hjelp. Det foreslås at alle sykehus bør ha plikt til å motta pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp for livreddende og/eller stabiliserende behandling. Dersom pasienten har behov for ytterligere behandling for å avverge den akutte situasjonen, skal pasienten even-

tuelt kunne videresendes til det sykehus som har akutfunksjon innenfor det aktuelle området.

Det uttales at fylkeskommunene vil ha et kontroll- og oppfølgingsansvar knyttet til kjøp av tjenester fra andre. Når fylkeskommuner gjør bruk av utenlandske helseinstitusjoner for å dekke tilbud som de er ansvarlige for, forutsettes det at det er vurdert at det aktuelle landet har bestemmelser som ivaretar sikkerheten.

Lovforslaget inneholder ingen pålegg om hvilke organisasjonsformer som kan anvendes for de fylkeskommunale institusjonene som yter spesialisthelsetjenester. Det vises til at Regjeringen i september 1998 nedsatte et utvalg som skal vurdere tilknytningsformer for de offentlige sykehusene. Departementet vil, etter at utvalget har avgitt sin innstilling, vurdere om det foreligger behov for en ytterligere regulering av dette og eventuelt komme tilbake med forslag til endringer i lovverket.

Departementets forslag legger opp til at det kan stilles funksjonskrav til tjenestene, både private og offentlige.

Det foreslås en videreføring av gjeldende rett med enkelte presiseringer når det gjelder statens ansvar for luftambulansetjenesten. Det uttales at eventuelle endringer når det gjelder ansvar for og organisering av luftambulansetjenesten, vil måtte vurderes og eventuelt legges fram for Stortinget etter at luftambulansetvalgets utredning og forslag har vært på høring.

Departementet foreslår at plikten til forsvarlig tjenesteyting skal komme direkte fram i en egen lovbestemmelse. Når det gjelder innholdet i forsvarlighetsnormen, uttales det ellers at bestemmelsen må ses i sammenheng med den individuelle forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven, men det uttales at bestemmelsen i denne loven har et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven. Departementet legger til grunn at forsvarlighetsnormen også inkluderer at tjenestene følger med i den faglige utviklingen, og at feil som skyldes at det ikke er tatt i bruk nye anerkjente metoder eller teknologi, kan innebære brudd på forsvarlighetsnormen.

Departementet har vurdert om det i loven bør innarbeides en gjennomgående bestemmelse om hvem som skal ha det medisinskfaglige ansvaret, men har ikke funnet å ville gå inn for en slik reguleringsform.

Det foreslås i samsvar med gjeldende rett at departementets hjemmel til å gi bestemmelser om sykehusenes oppgaver, anskaffelser av utstyr m.m., fortrinnsvis skal nyttes til høyspesialisert medisin og kun unntaksvis benyttes i forhold til lokalsykehusene.

Departementet foreslår at det blir gitt hjemmel for departementet til å gi forskrifter om markedsføring av tjenester.

Departementet vil videreføre hjemmelen til å gi forskrift om ventelisteregistrering og fylkeskommunens ansvar for å skaffe pasienter helsehjelp. I forsla-

get til forskriftshjemmel er fylkeskommunenes ansvar for å skaffe helsehjelp til prioriterte pasienter presisert. Departementet vil i hjemmelsbestemmelsen også presisere at departementet har hjemmel til å gi forskrift om pasientens rett til selv å skaffe behandling ved annen institusjon.

Departementet foreslår at både kommunehelsetjenesten og fylkeskommunene pålegges plikt til å utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og samrordnede tilbud. Det foreslås at planene skal utarbeides av hver tjeneste, og at det pålegges en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere. Det framholdes at den individuelle planen ikke gir pasientene større rett til de tjenester den beskriver, enn det som følger av lovgivningen ellers. Den individuelle planen skal heller ikke være et vedtak som kan påklages, og pasienten kan i utgangspunktet ikke klage over at det ikke er utarbeidet en individuell plan eller over at han/hun ikke får de ønskede tilbud. At plikten til å utarbeide individuelle planer overholdes, vil imidlertid falle inn under Statens helsetilsyns og fylkeslegenes generelle tilsyn. Det understrekes at pasientene bør medvirke til utarbeidelse av planen, slik at de får et aktivt forhold til den. Det framholdes at det er opp til tjenesteyterne å avgjøre hvilke pasienter som utløser plikten. Departementet er kommet til at for de pasientgrupper det her dreier seg om, vil det offentlige helsevesen være den sentrale tjenesteyter. Det foreslås derfor at plikten til å utarbeide planer i spesialisthelsetjenesten skal pålegges fylkeskommunen.

Hvilken tjeneste som skal utarbeide planen i det enkelte tilfelle, vil variere etter hvilket tilbud den enkelte får. For en pasient som henvises fra kommunehelsetjenesten til utredning, diagnostisering og behandling i et sykehus, vil den pasientansvarlige lege eller avdeling kunne være aktuell.

Det foreslås at eier av virksomhet som yter spesialisthelsetjenester, pålegges en plikt til å sørge for at ansatt helsepersonell får den opplæring, videreutdanning og etterutdanning som er nødvendig for å kunne utføre sin virksomhet forsvarlig.

Som et virkemiddel for å sette befolkningen bedre i stand til å ivareta sine rettigheter i forhold til helse-tjenesten, foreslår departementet at eier pålegges en plikt til å gi befolkningen generell informasjon som er nødvendig for at befolkningen blant annet skal kunne vurdere det tilbud de forskjellige tjenester har.

### 1.6 Særlige plikter og oppgaver

Departementet foreslår ikke vesentlige endringer i forhold til gjeldende rett med hensyn til innholdet i plikten til å yte øyeblikkelig hjelp. Det gis i proposisjonen en nærmere presisering av hvilke helsetilstander som skal utløse en plikt for sykehuset eller fødestuen til å yte øyeblikkelig hjelp. Det uttales at øyeblikkelig hjelp-plikten i praksis har fått et videre innhold enn det som nevnes i proposisjonen, slik at

presiseringen innebærer en innsnevring av plikten i forhold til dagens praksis, men at den ikke innebærer noen endring av det rettslige innholdet i plikten i forhold til sykehusloven. Departementet foreslår dessuten en egen forskriftshjemmel om innholdet i plikten til å yte øyeblikkelig hjelp.

Departementet ser det som viktig at den enkelte helseinstitusjon pålegges en plikt til å etablere forsvarlige journal- og informasjonssystemer og foreslår en egen lovbestemmelse om dette. Departementet foreslår videre en forskriftshjemmel om drift, innhold og opprettelse av journal- og informasjonssystemer og om bruk av elektronisk journal. Det vises ellers til at departementet arbeider med utarbeiding av forslag til lov om helseregistre og elektronisk behandling av helseopplysninger som vil bli lagt fram for Stortinget i løpet av 1999.

Departementet foreslår enkelte endringer i institusjoners plikt til å melde betydelige personskader til fylkeslegen. De endringer som foreslås i bestemmelsen, tar blant annet sikte på å bringe meldeplikten i samsvar med den praksis som har utviklet seg. Det foreslås at melding skal gis "snarest mulig" mot "straks" etter gjeldende rett, og departementet mener at det i de fleste tilfeller vil være mest hensiktsmessig at det tidsmessig gis rom for intern saksbehandling i institusjonen før melding sendes. Det framholdes at det er behov for veiledning om hvordan meldeplikten skal forstås, og forskriftshjemmelen om dette i dagens sykehuslov foreslås derfor videreført.

Departementet anser at kvalitetsutvalgene er en viktig del av helseinstitusjonenes kvalitetssikringsarbeid, og bestemmelsen i sykehusloven om plikt til å opprette kvalitetsutvalg foreslås videreført.

Departementet foreslår at opplæringen som helseinstitusjoner plikter å delta i, utvides til også å omfatte helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister. Bakgrunnen for denne utvidelsen er at stadig flere grupper helsepersonell er avhengig av å få deler av sin opplæring ved institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Departementet ønsker at det i forskrift skal kunne tydeliggjøres at det kan stilles krav til kvaliteten på opplæring og undervisning og videre gis nærmere regler om omfanget av plikten til å delta i undervisning og opplæring.

Med bakgrunn i ønsket om å ivareta barns særlige behov ved institusjonsopphold, er det foreslått en bestemmelse som gir adgang til å pålegge helseinstitusjoner visse plikter. Bestemmelsen tar sikte på å gi hjemmel for en videreføring av forskrift om barn på sykehus som nå er gitt med hjemmel i sykehusloven. Det uttales at bestemmelsen må ses i sammenheng med reglene som er foreslått i lov om pasientrettigheter, om barns særlige rettigheter under opphold i helseinstitusjoner. Departementet finner det rimelig at utgifter som foreldre eller andre nære pårørende har i

denne forbindelse, dekkes av sykehuset, og foreslår hjemmel til å fastsette regler om dette.

Departementet mener at for å gjøre situasjonen lettere for pasienten under sykehusoppholdet bør det innføres en ordning med pasientansvarlig lege/sykepleier, og foreslår en bestemmelse som gir departementet fullmakt til å gi regler om innføring av en slik ordning. Departementet vil understreke skillet mellom denne ordningen og reglene om legers og andre helsepersonells faglige ansvar for sin yrkesutøvelse, og presiserer at ordningen ikke regulerer det faglige ansvaret for pasientens behandling som er regulert i forslag til lov om helsepersonell. Ordningen er først og fremst tenkt innført i sykehus. Dersom tilsvarende behov gjør seg gjeldende i andre virksomheter, åpner imidlertid bestemmelsen også for at departementet kan gi regler om dette.

Departementet har funnet det riktig å foreslå en bestemmelse om sykehusenes hovedoppgaver, og mener at dette vil bidra til oversiktighet, og at det også gir et ryddig utgangspunkt for den interne styringen i sykehus. Bestemmelsen angir fire oppgaver som sykehusene «særlig» skal ivareta; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Departementet finner det nødvendig å gi et lovpålegg om at alle sykehus skal ha én leder på de ulike organisatoriske nivåene. Det framholdes imidlertid at departementet finner det uheldig dersom lovpålegget fører til at etablerte og gode samarbeidsopplegg må brytes opp, og det legges derfor vekt på at den foreslåtte bestemmelsen fortsatt skal gi mulighet til å praktisere ulike samarbeidsformer innad i sykehusets organisatoriske enheter. Departementet mener bestemmelsen ikke vil være til hinder for at sykehus gis stor fleksibilitet til å velge ledelsesformer, for eksempel gjennom bruk av ledergrupper og gjennom måten disse organiseres og arbeider på. Departementet vil framheve at det ansvar som forutsettes å tilligge lederen med administrativt ansvar, også inkluderer at det faglige arbeidet skjer i henhold til mål og rammer som myndigheter og sykehuseier har fastsatt. Departementet mener at det etter en periodes praktisering av prinsippet med én leder bør foretas en evaluering av erfaringene med sikte på å vurdere om det fortsatt er behov for å opprettholde lovpålegget.

Det understrekes at en ansvarlig ledelse vil måtte etablere tilstrekkelig styringsdialog med medisinsk-faglige grupper der lederen selv ikke har den nødvendige faglige kompetanse. Departementet har kommet fram til at det bør tas inn en bestemmelse som sier at når kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinsk-faglige rådgivere. Bestemmelsen er særlig rettet inn mot de tilfeller der leder ikke har medisinsk-faglig kompetanse. Bestemmelsen er ikke begrenset til å gjelde enkelte særskilte organisatoriske nivåer i sykehuset, og gjelder for alle typer organisa-

toriske enheter der det er aktuelt å ha ledelser som ikke dekker kompetansen til de involverte medisinske fagområdene. Det understrekes at rådgiveren ikke skal ha beslutningsmyndighet, men skal sørge for at de medisinsk-faglige premissene foreligger før ledelsesbeslutninger treffes.

Departementet finner ikke å ville foreslå et generelt krav til kompetanse for ledere av sykehusavdelinger og mener at det i utgangspunktet bør være opp til det enkelte sykehus i samarbeid med sykehuseier å avgjøre hvilken kompetanse en leder skal ha. Departementet har imidlertid likevel funnet det riktig å foreslå en hjemmel for at departementet kan stille kvalifikasjonskrav til ledere. Det framholdes at den foreslåtte fullmakten utelukkende er tenkt brukt dersom dette skulle vise seg å være påkrevd for spesielle typer avdelinger, eller dersom utviklingen skulle tilsi at det er behov for å kunne stille denne type sentrale krav.

### **1.7 Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester**

Departementet foreslår at en opprettholder en godkjenningsordning for helseinstitusjoner. Det understrekes at 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. Krav til godkjenning av institusjoner vil i tillegg være av betydning for å unngå etablering av helseinstitusjoner som ikke oppfyller kravene til forsvarlighet.

Det foreslås at loven skal hjemle fylkeskommunenes ansvar for et tilbud av spesialisthelsetjenester generelt, uten å nevne bestemte institusjonstyper, og at departementet gis hjemmel til å fastsette i forskrift hvilke helseinstitusjoner som må godkjennes. Myndigheten til å godkjenne sykehus foreslås lagt til departementet.

Videre foreslås en hjemmel for departementet til å gi forskrift om godkjenning av vesentlige endringer i godkjent virksomhet.

Det framgår av forslaget til lovtekst at både samfunnmessige og faglige hensyn skal kunne vektlegges ved vurderingen av om godkjenning skal gis, og at det i tillegg skal kunne legges vekt på om tjenesten eller institusjonen er tatt inn på den regionale helseplanen, og om tjenestene som ytes pasienten synes forsvarlige.

Det foreslås også at departementet gis adgang til å knytte vilkår til godkjenningen for å sikre at lovens bestemmelser oppfylles.

### **1.8 Samarbeid innen den offentlige helsetjenesten og legefording**

Det foreslås i lovutkastet en bestemmelse om offentlig samarbeid som bygger på gjeldende bestem-

melser i sykehusloven og lov om psykisk helsevern, men som er utvidet til å gjelde samarbeid med staten og kommuner i tillegg til andre fylkeskommuner. Bestemmelsen regulerer samarbeid om oppgaver fylkeskommunen er pålagt i lov, og gjelder samarbeid innen den offentlige helsetjenesten. Kongen skal generelt eller i det enkelte tilfelle kunne påby slikt samarbeid.

Departementet foreslår at riket deles inn i helseregioner i tråd med bestemmelsene i sykehusloven og lov om psykisk helsevern. Fylkeskommunene som utgjør en helseregion, pålegges å etablere et regionalt helseutvalg for samarbeid om spesialisthelsetjenesten. Det foreslås at departementet i forskrift kan gi bestemmelser om de regionale helseutvalgs oppgaver.

I samsvar med sykehusloven og lov om psykisk helsevern foreslås det at de regionale helseutvalg på vegne av fylkeskommunene skal ha plikt til å utarbeide forslag til regionale helseplaner. Videre er det foreslått at departementet kan gi nærmere bestemmelser i forskrift om innhold og utforming av de regionale helseplanene. Departementet skal vedta den regionale helseplanen.

Ved tvist om utgiftsfordeling har departementet kommet til at det ikke bør foreligge vilkår om enighet for at tvisten kan bringes inn til departementet, men at dette i samsvar med gjeldende rett kan gjøres etter initiativ fra én av partene. Det foreslås at tvister hvor staten er part, ikke skal kunne bringes inn for departementet for tvisteløsning. I slike saker må partene løse tvisten på annen måte, f.eks. ved voldgift.

Når det gjelder regulering av legemarkedet, vises det til Ot.prp. nr. 4 (1998-99) der det ble foreslått en ny ordning som gir departementet adgang til å fastsette en ramme en gang pr. år for antall nye stillinger som kan opprettes det påfølgende året innen hver enkelt helseregion, fordelt på de enkelte medisinske spesialiteter. Den videre fordeling av stillinger og avtalehjemler også i de statlige institusjonene og tjenestene skal foretas av de regionale helseutvalg. Departementet foreslår i proposisjonen å videreføre denne ordningen. Departementet ønsker i utgangspunktet ikke å sette i verk reaksjoner ved overtredelse av de fastsatte rammene, men ser behovet for å kunne vurdere dette dersom det skulle vise seg å bli nødvendig. Ved vedvarende og grove overtredelser vil departementet derfor vurdere økonomiske reaksjoner.

### 1.9 Finansiering

I samsvar med gjeldende rett foreslås det at det er den som eier helseinstitusjon eller virksomhet som omfattes av loven, som i utgangspunktet er ansvarlig for utgiftene knyttet til institusjonen eller virksomheten. Fylkeskommunen skal også dekke godkjente utgifter til drift og vedlikehold av private institusjoner som i henhold til den regionale helseplanen er fylkeskommunens ansvar, men det understrekes at dette bare gjelder godkjente utgifter.

Når det gjelder tilskudd til fylkeskommunen, foreslås det at dagens bestemmelser om rammefinansiering videreføres. Det framgår også av den foreslåtte bestemmelsen at staten skal kunne yte aktivitetsavhengige tilskudd eller tilskudd til bestemte formål. Departementet presiserer at staten står fritt til å redusere størrelsen på rammetilskuddet for å finansiere slike tilskudd. Det er etter departementets oppfatning fortsatt behov for en hjemmel til å kunne kreve utlevert budsjett, regnskap og andre opplysninger om drift av fylkeskommunale helsetjenester.

Departementet foreslår å videreføre dagens regel om tilskudd til bygging av sykehus og at den utvides til også å omfatte psykiatrien. Det foreslås at Kongen gis hjemmel til å gi forskrift om beregning og utbetaling av tilskuddet. Det er etter departementets mening behov for en nærmere gjennomgang av den generelle finansieringen av sykehotell og finansieringen av pasientopphold i ordinære hotell. Departementet vil komme tilbake til dette spørsmålet i forbindelse med budsjettet for år 2000.

Når det gjelder tilskudd til regionsykehus, antar departementet at det ved å tildele funksjonstilskuddet direkte til regionsykehusene, kan være lettere å få til en bedre økonomisk rapportering og resultatrapportering enn om tilskuddet tilfaller fylkeskommunene. Midlene til undervisning og forskning foreslås også kanalisert direkte til sykehusene. For å sikre at basis-tilskuddet som ikke er rettet mot særskilte funksjoner eller organisatoriske enheter ved regionsykehusene, blir gjenstand for en helhetlig vurdering og prioritering, foreslår departementet at dette fortsatt skal gå til institusjonens eier.

Departementet foreslår å videreføre dagens regler om pasientens bostedsfylke med enkelte mindre endringer. I samsvar med gjeldende rett foreslås det at forholdene på den tid pasienten ble mottatt i institusjon eller forpleiningssted, legges til grunn for spørsmålet om pasientens bostedsfylke, når pasienten oppholder seg i institusjon eller privat forpleiningssted som finansieres av det offentlige.

Det framholdes at rammefinansieringen forutsetter en økonomisk oppgjørsmåte for de tilfeller pasienter blir behandlet i annen fylkeskommune enn bostedsfylket eller i en statlig eller statlig finansiert institusjon, og departementet foreslår en videreføring av dagens regler. Departementet finner det hensiktsmessig at det i loven presiseres at fylkeskommunen har det økonomiske ansvar i de tilfeller denne benytter andre tjenesteytere for å oppfylle oppgaver etter loven. Departementet foreslår også å videreføre bestemmelsen om fylkeskommunal refusjon av utgifter ved sykehusbehandling i utlandet som finansieres av folketrygden, og gjeldende forskriftshjemler om takstberegning og om finansiering av laboratorie- og røntgentjenester.

Gjeldende rett foreslås i hovedsak videreført når det gjelder betaling for pasienter som ikke har bosted i Norge. Pasient som ikke har bosted i riket, skal dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene selv. Der som pasienten ikke er i stand til det, skal utgiftene dekkes av vedkommende tjenesteyter. Departementets forslag til lovbestemmelse er utvidet i forhold til gjeldende rett slik at den også omfatter helsetjenester som ikke ytes ved en institusjon. I samsvar med gjeldende rett foreslås det at folketrygden skal dekke utgiftene for pasient som ikke har bosted i riket, men som er trygdet etter folketrygdloven eller stønadsberettiget etter gjensidighetsavtale med annet land.

Departementet foreslår at gjeldende bestemmelser om statlig ansvar for utgiftene til kontrollkommissjonen videreføres i den nye loven.

Når det gjelder pasienters egenbetaling, foreslås det en videreføring av hjemlene i sykehusloven og lov om psykisk helsevern til å gi forskrifter om betaling for poliklinisk behandling ved institusjon, og forskriftshjemmelen foreslås utvidet til også å omfatte legespesialister og spesialister i klinisk psykologi som ikke er knyttet til en institusjon. Det foreslås en presisering og utvidelse av departementets adgang til å gi forskrift om fritak for betaling ved forsinkelser slik at den også skal kunne gjelde ved poliklinisk behandling/undersøkelse eller kontroll hos legespesialist eller spesialist i klinisk psykologi som ikke er knyttet til en institusjon. Departementet foreslår videre en hjemmel til å regulere pasienters betaling for bestilt poliklinikktime som ikke benyttes. I samsvar med gjeldende rett foreslås en bestemmelse som gir departementet hjemmel til å gi forskrift om bostedsfylkets adgang til å kreve betaling fra pasienter som oppholder seg i langtidsinstitusjoner.

### **1.10 Taushetsplikt, opplysningsplikt og veiledningsplikt**

Lovforslagets bestemmelser om taushetsplikt bygger på nåværende lovgivning og viderefører således at forvaltningslovens regler om taushetsplikt gjelder for det personell som utfører tjeneste eller arbeid for helseinstitusjon. Departementet foreslår i tillegg at taushetsplikten også skal omfatte opplysninger om fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted, med mindre slike opplysninger røper et klientforhold eller andre forhold som må anses som personlige. Opplysninger om en pasients oppholdssted skal likevel kunne gis når dette ikke vil skade tilliten til helseinstitusjonen. Den foreslåtte utvidelsen er i samsvar med de taushetspliktregler som gjelder i medhold av blant annet lov om sosiale tjenester, og departementet kan ikke se at det er reelle grunner til å ha forskjellige regler for sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Videre er det etter departementets oppfatning i likhet med hva som gjelder i lov om sosiale tjenester, også

for spesialisthelsetjenesten behov for å innskrenke adgangen til å gi opplysninger til andre forvaltningsorganer i forhold til det som følger av forvaltningsloven. Departementet finner at behovet for samarbeid og utveksling av opplysninger er godt nok ivaretatt ved at opplysninger kan gis når det fremmer spesialisthelsetjenestens oppgaver eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller helse.

Det framholdes at for å kunne utføre sine oppgaver er tilsynsmyndighetene avhengige av at helsetjenesten gir opplysninger når de ber om det, at helsetjenesten kan ta opp forhold med tilsynet av eget tiltak, at tilsynsmyndigheten gis adgang til virksomheten ved utøvelse av tilsyn, og at saker kan forelegges for sakkyndige til vurdering. Departementet foreslår derfor å videreføre dagens bestemmelse i sykehusloven som regulerer disse forhold, med noen endringer. Enhver som utfører tjeneste eller arbeid som angår helse-tjenester som omfattes av loven, skal etter anmodning fra tilsynsmyndighetene ha opplysningsplikt, noe som i forhold til gjeldende rett innebærer en utvidelse av kretsen av opplysningspliktige. Også private virksomhetsutøvere skal ha opplysningsplikt overfor tilsynsmyndighetene etter lovforslaget. Lovforslaget avviker fra gjeldende rett også ved at både Statens helsetilsyn og fylkeslegen nevnes som tilsynsmyndigheter. Det er videre foreslått en opplysningsrett til tilsynsmyndigheten slik at den enkelte vil ha rett til å gi opplysninger dersom det er grunn til å anta at det er nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver etter lov, forskrift eller instruks. Departementet foreslår ellers at tilsynsmyndighetenes adgang til å forelegge opplysninger for sakkyndige uten hinder av taushetsplikt, bør gjelde generelt, og ikke bare i forhold til leger slik som etter gjeldende rett. Det er også tatt inn en bestemmelse om at tilsynsmyndigheten kan forelegge opplysninger for departementet uten hinder av taushetsplikt.

Det vises til at det på bakgrunn av de behov som foreligger for bedre registrering av helsepersonells virksomhet, er foreslått en bestemmelse i forslag til lov om helsepersonell om at autorisert helsepersonell i privat virksomhet skal gi melding til kommune eller fylkeskommune om sin virksomhet. Det foreslås at ny lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal inneholde bestemmelser som regulerer fylkeskommunens plikt til å motta og registrere disse meldingene, og som gir departementet hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om dette.

Departementet foreslår en bestemmelse som pålegger helsepersonell ansatt i offentlige helseinstitusjoner eller som mottar tilskudd fra fylkeskommunen, en veiledningsplikt i forhold til kommunehelsetjenesten. Dette begrunnes bl.a. med at nødvendig veiledning er en forutsetning for at kommunehelsetjenesten skal kunne ta i bruk nytt medisinsk utstyr for å gi adekvat behandling i hjemmet eller nær pasientens bosted. Det understrekes at det bør være opp til spesia-

listhelsetjenesten selv å avgjøre hvordan veiledningen kan systematiseres. Departementet foreslår en hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om veiledningsplikten innhold.

### 1.11 Sanksjoner

Departementet foreslår i hovedsak en videreføring av sykehuslovens bestemmelser om at Statens helsetilsyn kan gi påbud om å rette mangler dersom helseinstitusjon eller fylkeskommunale tjenester drives på en måte som må antas å ha skadelige følger for pasientene eller deres omgivelser, eller på annen uforvarlig måte, og også om nødvendig å fatte vedtak om stenging av institusjon. Selv om påleggsmyndigheten i någjeldende lov ikke har vært benyttet ofte, er det etter departementets vurdering nødvendig at tilsynsmyndighetene fortsatt har mulighet til å gi helsetjenesten pålegg om å rette forhold som er i strid med regelverket, og som antas å kunne ha skadelige følger for pasientene. Departementet antar at behovet for å kunne gi pålegg er forsterket etter at tilsynsmyndighetene har rettet sitt tilsyn mer inn mot helsetjenestens internkontroll. For å få tydeligere frem at pålegg skal benyttes når helsetjenesten drives i strid med regelverket, er dette uttrykkelig tatt inn i forslaget til lovtekst. For i tillegg å understreke at ikke ethvert regelverksbrudd er tilstrekkelig til at påleggsmyndigheten kan benyttes, er det satt et ytterligere vilkår om at driften i tillegg må antas å kunne ha skadelige følger for pasientene.

Departementet foreslår i likhet med gjeldende rett at myndigheten til å gi pålegg legges til Statens helsetilsyn. Etter departementets mening bør imidlertid Statens helsetilsyn kunne delegere myndigheten til fylkeslegene. Dette er i samsvar med gjeldende rett. Departementet foreslår også at det skal gis en frist i pålegget for når forholdene skal være rettet.

Departementet har vurdert hensyn for og mot å styrke Statens helsetilsyns sanksjonsmuligheter og har kommet til ikke å ville foreslå noen hjemmel til å vedta tvangsmulkt på det nåværende tidspunkt. Departementet vil imidlertid følge utviklingen nøye og løpende vurdere behovet for en slik hjemmel.

### 1.12 Forskjellige bestemmelser, lovens ikrafttredelse og endringer i andre lover m.m.

Departementet finner det nødvendig å opprettholde en hjemmel til å gi forskrifter til utfylling av loven for å kunne oppfylle internasjonale overenskomster.

Proposisjonen drøfter spesielt situasjonen for pasienter i privat forpleining etter bestemmelsen i lov om psykisk helsevern. Det framholdes at privat forpleining av sinnslidende er en ren pleie- og omsorgstjeneste som bør overføres til kommunene. Det vises til at sosialkomiteen i Innst. S. nr. 258 (1996-97) har uttalt at Stortinget må vente med å ta stilling til en overføring av ansvaret gjennom lovendring inntil tje-

nestetilbudet i kommunene er blitt bedre. Departementet foreslår på denne bakgrunn en overgangsbestemmelse om videreføring av privatpleien som fylkeskommunal deltjeneste i en overgangsperiode. Departementet kan ikke anslå hvor lang en overgangsperiode bør være, men det uttales at en opphevelse av bestemmelsen ikke kan skje før kommunene er i stand til å gi pasienter som i dag befinner seg i privat forpleining et tilstrekkelig pleie- og omsorgstilbud. Det foreslås at Kongen i statsråd gis hjemmel til å gi nærmere bestemmelser i forskrift om gjennomføringen av den private forpleiningen, herunder bruk av forpleiningskontrakter og ansvar for den medisinske oppfølgingen av pasientene i overgangsperioden. I denne sammenhengen vil det etter departementets oppfatning være hensiktsmessig med en videreføring av forskriftene som gjelder i dag, gitt i medhold av lov om psykisk helsevern.

### 1.13 Økonomiske og administrative konsekvenser

Departementet antar at de økonomiske og administrative konsekvensene av lovforslaget om individuelle planer vil være en del større i psykiatrien enn i de somatiske helsetjenestene. Det framholdes at det empiriske grunnlaget for beregninger av hvor mange pasienter som er aktuelle for individuelle planer, er svakt, og at beregninger av de økonomiske konsekvensene av tiltaket dermed vil være usikkert. Departementet antar at selv om arbeidet med individuelle planer i seg selv vil kreve en moderat økning i ressursinnsatsen, vil den samlede økonomiske virkningen av tiltaket være at ressursbruken vris bort fra akutt problemløsning til langsiktig planlegging. Det uttales at det derfor er usikkert om forslaget om individuelle planer samlet sett vil få vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser.

Lovforslaget om at helsetjenesten skal gi helseinformasjon både av generell og spesiell karakter betyr bl.a. at pasientene skal gis informasjon om behandlingstilbud og ventelister. Departementet antar at denne oppgaven ikke vil medføre særlig økt ressursbruk. Når det gjelder den individuelle informasjonsplikten, henvises det til omtalen av økonomiske konsekvenser av tilsvarende bestemmelse i lov om pasientrettigheter og lov om helsepersonell.

Lovforslaget om plikt for helseinstitusjoner til også å melde fra til fylkeslegen om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskaade, vil sannsynligvis føre til en økning i antall meldinger til fylkeslegen. På grunnlag av meldefrekvensen fra Sentralsykehuset i Rogaland som har etablert gode rutiner for meldinger om uhell og nestenuhell, antas det at antallet meldinger på nasjonalt nivå vil øke fra ca. 4 000 til ca. 15 000. Det uttales at sykehusene bør ha internkontrollsystemer som fanger dette opp, slik at merarbeidet ved å oversende skjemaer til fylkeslegen antas å være relativt begrenset for hvert enkelt sykehus. Det



antas således at en utvidet meldeplikt ikke vil ha administrative eller økonomiske konsekvenser av betydning, da det allerede i dag er etablert systemer for melding av avvikshendelser fra sykehusene til fylkeslegen.

De økonomiske konsekvensene av lovforslaget om særlige plikter i forbindelse med barns institusjonsopphold antas å ville bli relativt små.

Forslaget om å gi departementet hjemmel til å pålegge helsetjenesten å innføre pasientansvarlig lege kan føre til økte bemanningsbehov i sykehusene, men etter Sosial- og helsedepartementets vurdering vil dette oppveies av de innsparinger ordningen vil innebære i form av kvalitetsforbedringer. Utover de kostnader som kan påløpe i en overgangsfase, er departementets konklusjon således at innføring av pasientansvarlig lege eller tilsvarende ordninger for andre grupper helsepersonell i seg selv ikke nødvendiggjør økning i sykehusenes budsjetter eller antall stillinger.

Det uttales at lovforslaget som fastsetter at sykehusene skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivå, ikke nødvendigvis vil innebære behov for større omlegging av ledelsesstrukturen for godt fungerende sykehus, men lovendringen innebærer at enheter som i dag har todelt ledelse, må gi det overordnede ansvaret for enheten til én leder. Det uttales at da lovforslaget i seg selv er fleksibelt i forhold til organisasjon og ledelsesstruktur, vil negative økonomiske og personellmessige konsekvenser av endringer være et resultat av de lokale tilpasninger og ikke lovverket i seg selv.

Når det gjelder forslaget om at kapitalrefusjonsordningen også skal omfatte investeringer ved bygging og ombygging av psykiatriske sykehus, herunder poliklinikker, har departementet innhentet opplysninger som viser at 16 fylkeskommuner har planer om investeringer i størrelsesorden 550 mill. kroner i fireårsperioden 1997-2000. Departementet legger til grunn at det foretas tilsvarende investeringer i fireårsperioden 1999-2002. Første år for utbetaling vil den statlige refusjonen utgjøre ca. 3 mill. kroner. For de neste tre årene vil refusjonene utgjøre henholdsvis ca. 6, 9 og 12 mill. kroner forutsatt at investeringene fordeler seg jevnt over de fire årene. Det framholdes at lovendringen ikke innebærer økte kostnader for Staten siden de økte refusjonene til investeringer innenfor psykiatrien forutsettes dekket ved tilsvarende reduksjon av overføringer gjennom inntektssystemet. Når det gjelder de administrative konsekvensene, uttales det at utvidelsen kun vil medføre ubetydelig merarbeid i Sosial- og helsedepartementet som administrerer ordningen, og at tilsvarende vil gjelde for Statens helsetilsyn/fylkeslegene som godkjenner byggeplaner.

Forslaget om at pasientens bostedsfylke skal dekke utgiftene når det i henhold til internasjonal overenskomst foreligger rett til å reise til utlandet for å få nødvendig behandling, innebærer at fylkeskommu-

nen skal betale de faktiske utgiftene ved behandling i annet EØS-land etter EØS-avtalens vedlegg VI. Det påpekes at EØS-avtalen bare gir rett til behandling i annet EØS-land i de tilfeller hvor ventetiden for behandling blir vesentlig lengre enn det som er vanlig for vedkommende sykdom i Norge, og at avtalen således bare i svært sjeldne tilfeller vil gi rett til behandling i annet EØS-land. Det uttales at de økonomiske konsekvenser av avtalen derfor vil være ubetydelige.

Med forbehold anslås antall timeavtaler i sykehusenes poliklinikker, der pasientene ikke møter til avtalt tid og heller ikke har avbestilt timen før 24 timer på forhånd, til ca. 60 000 konsultasjoner. Med utgangspunkt i en egenandel på 135 kroner per konsultasjon vil sykehusene kunne øke sine inntekter med henimot 8 mill. kroner ved betaling av egenandel for timer som ikke benyttes. Opplysninger departementet har innhentet fra sykehusene, tilsier imidlertid at dette tallet må nedjusteres noe.

Det er ikke foretatt undersøkelser som har kartlagt omfanget av ubenyttede timer hos legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. Departementet vil i forbindelse med en eventuell forskrift om pasienters betaling for slike ubenyttede timer, utrede konsekvensene nærmere. Dette gjelder også konsekvenser av en eventuell forskrift om fritak for egenbetaling ved forsinkelser hos legespesialist og spesialist i klinisk psykologi.

Den foreslåtte veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten har som formål å bedre samhandlingen mellom første- og annenlinjetjenesten i helsevesenet. Med veiledning fra spesialister vil stadig flere pasientgrupper kunne behandles uten sykehusinnleggelse, og dette vil kunne frigjøre ressurser i et presset sykehusvesen. Det foregår i dag en stor grad av veiledning i forhold til kommunehelsetjenesten om enkeltpasienter, og dette tilsier ifølge proposisjonen at det ikke vil oppstå et vesentlig ressursbehov ved innføring av lovbestemmelsen. Det framholdes videre at noe av veiledningsplikten kan forventes oppfylt gjennom arbeidet med individuelle planer. I likhet med forslaget om individuelle planer, er hovedformålet med lovfestet veiledningsplikt å oppnå en bedre ressursbruk samlet sett i helsevesenet. Et annet mål er å oppnå innsparinger ved at tiltaket reduserer antallet sykehusopphold.

## 2. KOMITEENS MERKNADER

### Generelle merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Arnesen, Gravdahl, Hildeng, Kristoffersen, Skogholt og Øyangen, medlemmene fra Fremskrittspartiet, lederen og Nesvik, medlemmene fra Kristelig Folkeparti, Næss og Woie Duesund, medlemmene fra Høyre, Høegh

og Sjøli, medlemmet fra Senterpartiet, Gløtvold, og medlemmet fra Sosialistisk Venstreparti, Ballo, vil vise til at lov om spesialisthelsetjenesten skal erstatte sykehusloven og de organisatoriske bestemmelsene i lov om psykisk helsevern. Komiteen har merket seg at loven i stor grad er en videreføring og modernisering av gjeldende rett. Komiteen ser det som positivt at Regjeringen foreslår en lov som skal omfatte hele spesialisthelsetjenesten. Dette er med og understreker at psykisk helsevern ikke representerer en særomsorg innen helsetjenesten.

Komiteen ser det som viktig at de foreslåtte helselovene er samordnet. Komiteen finner det derfor riktig at disse behandles samtidig i Stortinget slik at de lettere kan ses i sammenheng.

Komiteen har merket seg at lovforslaget følger opp vedtak fattet av Stortinget. Særlig sentralt står Stortingets behandling av St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste og St.meld. nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Forslag fremmet i NOU 1997:2 Pasienten først. Ledelse og organisering i sykehus, følges også opp i lovforslaget.

Komiteen vil vise til at de fleste høringsinstansene var positive til den revisjon og samordning av regelverket som er foretatt i denne proposisjonen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener det hadde vært ønskelig om konklusjonen fra utvalget, ledet av Rune J. Sørensen, som vurderte tilknytningsformer for offentlige sykehus, hadde vært lagt til grunn også i behandlingen av spesialisthelsetjenesteloven. Dette kan imidlertid holdes opp mot en mest mulig samordnet behandling av helselovene.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil anta at det vil være nødvendig å komme tilbake med forslag om endringer av lovverket som har betydning for de offentlige sykehusenes tilknytningsform. Dette flertallet mener at tilknytningsform kan ha betydning for å nå de overordnede helsepolitiske mål.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil påpeke at sykehusene ofte er store og komplekse organisasjoner som må tilpasse seg endringer i behandlingsmetoder, behov og helsepolitiske og økonomiske virkemidler som for eksempel

pasientrettigheter, fylkesmessige og regionale samarbeidsmønstre og oppgavefordeling, finansieringssystemer m.m. Flertallet minner og om at sykehusene også har samfunnsmessige funksjoner i forbindelse med utdanning og forskning.

Dessuten må sykehusene som offentlig eide og offentlig finansierte være underlagt politisk styring, også av hensyn til utgifts- og kostnadskontroll.

Flertallet vil vise til at komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti uttalte følgende til § 4, Forsvarlighet, i Innst. O. nr. 58 (1998-99) om lov om helsepersonell m.v.:

«Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, presiserer at helsepersonell kan yte den hjelp de er kvalifisert for, i samsvar med kravet til forsvarlighet. Av dette følger for eksempel at en psykolog er kvalifisert til å treffe avgjørelser i psykologfaglige spørsmål og til å behandle psykiske lidelser på selvstendig grunnlag. Det samme gjelder andre grupper autorisert helsepersonell, som kiropraktorer, fysioterapeuter og jordmødre innen deres fagområder.»

Flertallet viser til at selv om leger er best faglig kvalifisert og tar beslutning i et medisinsk spørsmål, kan utførelsen av helsehjelpen overlates til samarbeidende personell. Kravet til at legen skal ta beslutninger i medisinske spørsmål, utelukker ikke at annet helsepersonell kan utføre enkel diagnostikk og gi pasienter oppfølging, pleie og omsorg.

Flertallet viser til Helseministerens brev av 22. februar 1999 til saksordfører der han uttaler:

«I alle tilfelle er dette uttrykk som henviser til et skjønn, og der innholdet må fastsettes ut fra en konkret tolking i de enkelte tilfelle. En rekke helsefagutdanninger gir kvalifikasjoner som karakteriseres som medisinske kvalifikasjoner. Med uttrykket «medisinske spørsmål» er i stor grad ment de spørsmål hvor leger har medisinske kvalifikasjoner som odontologer, kiropraktorer eller andre ikke har.»

Flertallet peker på at bestemmelsen om at leger skal ta beslutninger i medisinske spørsmål, gjelder konkrete behandlingssituasjoner, og ikke organisatoriske spørsmål knyttet til for eksempel ledelse.»

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener det offentlige helsevesen må være grunnpilaren i spesialisthelsetjenesten for å sikre lik tilgjengelighet for alle lag av befolkningen og likeverdige tilbud i hele landet. Dette flertallet vil peke på at det er spesielt krevende å sikre likeverdige tilbud i alle regioner i et land med så spredt bosetting.

Dette flertallet mener at Sørensen-utvalgets arbeid om organisasjonsformer berører vitale spørsmål som effektiv ressursbruk, privat kontra offentlig

sykehusvesen, og mulighetene for å gi tilfredsstillende spesialisthelsetjenester i hele landet.

Utvalget peker på at sykehusledelsen har et uklart mandat til å styre sykehusene, at ledelsen mangler normal myndighet i personellspørsmål, at tilgangen på investeringsmidler ofte er tilfeldig, og at sykehusledelsen lett blir utsatt for inngrep i den daglige driften. Erfaringene med dagens styring tyder på at ledelsen må gis et klarere og mer langsiktig oppdrag til å styre sykehusene. Styringen preges dessuten av mangelfull avklaring av statens og fylkeskommunens rolle som overordnet styringsorgan.

Flertallet i utvalget mener at kommunalt foretak eller kommunalt selskap er de beste alternativer til dagens organisering. På den ene siden markeres at sykehusene er offentlig eid, underlagt folkevalgt styring og at fylkeskommunene har en nødvendig økonomisk kontroll med sykehusene. På den andre siden blir sykehusene rettslig selvstendige organisasjoner, slik at de gis et klarere ansvar og formell myndighet for den daglige virksomheten.

Dette flertallet vil peke på at et flertall i Oslo kommune åpner for å organisere Ullevål og Aker sykehus som aksjeselskap. Dette dreier seg om Norges største og tredje største sykehus og en meget vesentlig del av norsk spesialisthelsetjenestetilbud. Etter det dette flertallet erfarer, åpnes det opp for å gjøre sykehusene til eget tariffområde.

Dette kan føre til en ytterligere sentralisering av helsepersonell. En fersk undersøkelse fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling dokumenterer at problemene med legedekning forsterker seg jo lenger en kommer ut fra de sentrale områder i Sør-Norge.

Dette flertallet viser til at kombinasjonen fritt sykehusvalg og store sykehus i sentrale strøk som organiseres som aksjeselskap med store friheter, innebærer en betydelig fare for sentralisering av spesialisthelstjenesten.

Dette flertallet vil mene at spesialisthelsetjenesten både som tjenestetilbud og kompetansekraft er en viktig og bærende del av infrastrukturen i alle regioner i landet.

Komiteen har videre merket seg at Helseministeren i sine svar om den aktuelle situasjonen i Oslo peker på at vesentlige endringer av nåværende organisering må godkjennes av departementet som nedfelt i § 4-1. Helseministeren viser videre til at salg av hele eller deler av virksomheten innebærer en vesentlig endring, og mener at det vil være viktig for sentrale myndigheter å kunne ta stilling til slike endringer gjennom godkjenningsordning nedfelt gjennom en eventuell forskrift.

Komiteen vil også peke på de store manglene Sørensen-utvalget peker på ved dagens styringssystem, og mener det må stilles krav til alle sykehus om

effektiv styring og ledelse og klare ansvarsforhold. Komiteen vil derfor be Regjeringen komme til Stortinget så snart råd er, med forslag til tilknytningsformer for sykehusene bygd på Sørensen-utvalgets utredning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til Voksenåsen-erklæringen hvor sentrumpartiene gikk inn for fortsatt fylkeskommunalt eierskap for de offentlige sykehusene, og mener at det er uaktuelt med salg av slike sykehus.

Flertallet stiller seg kritisk til å omgjøre offentlige sykehus til aksjeselskap, og vil komme nærmere tilbake til eierstruktur og eierform i forbindelse med behandlingen av Sørensen-utvalgets innstilling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti forutsetter at ingen offentlige sykehus omdannes til aksjeselskap før Stortinget har behandlet saken.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet er kjent med at någjeldende lovverk ikke gir hjemmel for å hindre delsalg eller salg av offentlige sykehus. Etter disse medlemmers mening må en forskrift som skal regulere slike eventuelle endringer, gi anledning til å ta samfunns- og helsepolitiske hensyn.

Komiteen vil påpeke at mange pasienter i dag opplever lite forutsigbarhet i forhold til når de kan forvente behandling, hva behandlingen skal gå ut på, og at mange pasienter opplever at operative inngrep gjentatte ganger blir utsatt eller avlyst. Komiteen mener informasjonsrutinene og den interne organiseringen ved sykehusene må bli vesentlig bedre slik at syke mennesker blir vist respekt ved at de får tilstrekkelig informasjon om helsetjenestene de har til utsikt til å få.

Komiteen vil videre peke på at det innen det enkelte sykehus må arbeides videre med skillet mellom planlagt aktivitet og øyeblikkelig behandling slik at en kan unngå at pasienter blir utsatt for gjentatte avlysninger av operative inngrep.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at det grunnleggende element i norsk helse- og sykehuspolitikk, må være å sikre hele befolkningen god tilgang på helsetjenester av god kvalitet uavhengig av økonomi, alder, kjønn og bosted. Selv om Norge må sies å ha et godt helsevesen, står meget igjen før en kan si at en har likeverdige tilbud i hele landet både når det gjelder kvantitet og kvalitet på tjenestene. Etter disse medlemmers skjønn er et av hovedproblemene i norsk helsevesen i

dag utilstrekkelig kapasitet som har gitt som resultat betydelige sykehuskøer.

Selv om disse medlemmer konstaterer at Norge bruker en mindre andel av BNP til sitt helsevesen i forhold til sammenlignbare land, mener disse medlemmer at intern organisering og tilknytningsform av våre sykehus kanskje er en større årsak til manglende kapasitet enn for knapp ressurstilgang. Disse medlemmer mener at i tillegg til at myndighetene må legge opp til bruk av hensiktsmessige juridiske, økonomiske og organisatoriske virkemidler i styringen av sykehusene, vil normer og verdier i sykehusorganisasjonene og i profesjonene ha stor betydning for hvordan sykehusene fyller sin rolle og løser sine oppgaver. Disse medlemmer mener at pasientene og pasientorganisasjonene må få større innflytelse i driften av offentlige sykehus.

Det påhviler etter disse medlemmers mening fylkeskommunene og staten med nåværende eier- og driveransvar å formulere sine krav til sykehuse- ne på en klar måte og sørge for at sykehusene og dets personell gis rammebetingelser som setter dem i stand til å løse sine pålagte oppgaver.

Det foreliggende lovforslag til ny spesialisthelsetjenestelov mener disse medlemmer ikke i tilstrekkelig grad legger føringer for en forsvarlig og effektiv organisering og bruk av spesialisthelsetjenesten både i og utenfor institusjon. Dette gjelder bl.a. en sterkere klargjøring av instruksjons- og ansvarsforhold, horisontalt og vertikalt. Lovproposisjonen klargjør etter disse medlemmers mening ikke på en god nok måte systemansvar kontra personalansvar, og lovforslaget synes derfor etter disse medlemmers mening å være dårlig harmonisert med helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Disse medlemmer mener det også er en alvorlig svakhet ved lovforslaget at ikke tilsynsmyndighetene, nemlig Statens helsetilsyn, er tillagt sterkere kontroll og sanksjonsmuligheter.

Disse medlemmer mener at de prinsipper som legges til grunn for tilsyn med enkeltpersoner i helsepersonelloven, burde vært fulgt opp med tilsvarende krav til organisering av spesialisthelsetjenesten. Først da vil etter disse medlemmers mening Helsetilsynet på et helhetlig grunnlag kunne føre tilsyn både med enkeltpersoner og med systemene og de ansvarlige for disse.

Disse medlemmer er også lite tilfreds med at lovproposisjonen ikke fastlegger hva som forstås med enhetlig ledelse og heller ikke lovfester ordningen med pasientansvarlig lege.

Disse medlemmer har registrert at det nå foreligger en egen utredning vedrørende ulike tilknytningsformer for offentlige sykehus fra det såkalte Sørensen-utvalget, og etter disse medlemmers skjønn burde ny lov om spesialisthelsetjenesten ikke vært fremmet før Stortinget hadde behandlet de ulike

forslag om tilknytningsform for offentlige sykehus. Disse medlemmer går ut fra at det vil foreligge et dokument for behandling i Stortinget på bakgrunn av Sørensen-utvalgets utredning som kanskje vil få stor betydning for fremtidens sykehusmønster både når det gjelder eierskap og driverforhold. Disse medlemmer mener derfor det hadde vært hensiktsmessig å utsette behandlingen av spesialisthelsetjenesteloven til Sørensen-utvalgets innstilling var behandlet.

Disse medlemmer viser til at Fremskrittspartiet alltid har stått for en statlig tilknytningsform av norsk helsevesen med et enhetlig statlig ansvar for spesialisthelsetjenesten der det enkelte sykehus fristilles som stiftelse eller aksjeselskap. Disse medlemmer mener statlig enhetlig ansvar og fristilling av sykehusene ville ha ført til mer enhetlige og likeverdige tilbud i hele landet, og det ville gitt det enkelte sykehus frihet til en bedre organisering og effektivisering.

Disse medlemmer mener videre at private sykehus og helsetjenester må likestilles med offentlige og gis like vilkår. Når det gjelder finansieringsformen, mener disse medlemmer at den innsatsbaserte finansieringen som i dag er på 50 pst., bør økes til 60 pst. fra år 2000, og at sykehusenes totale finansiering betales av folketrygden som disse medlemmer mener skal være borgernes helseforsikringsselskap. Disse medlemmer vil henstille til departementet å intensivere arbeidet med en stykkpris eller en kurprisfastsettelse også for psykiatriske pasienter og kronikere.

Komiteens medlemmer fra Høyre mener norsk helsevesen trenger både økte midler og gjennomgripende reformer for å gi raskere og bedre behandling til alle som trenger det. Norge må bli ett helserike slik at ikke fylkes- og forvaltningsgrenser hindrer pasienter i å få hjelp der de ønsker.

Disse medlemmer vil understreke at det ikke finnes en enkel løsning eller et trylleformular som får problemene til å fordufte. Man må ha en helhetlig strategi der både pasientrettigheter, finansiering, organisering og eierskap er nødvendige deler. Dessuten er det viktig å innrømme at gamle virkemidler ikke lenger er hensiktsmessige: Det var galt å frata pasienter rett til fritt sykehusvalg og gi dem stavnsbånd til eget fylke. Det var galt å splitte opp landet i 19 helsestater slik at vi blir gjestepasienter i eget land fordi det er åpenbart at fylkeskommunen er blitt et for lite og begrensende forvaltningsnivå. Det var galt å satse ensidig på rammefinansiering, slik at sykehuse- ne ikke fikk belønning etter innsats. Det var, og er galt å la systemet – oppgjørsordningene mellom forvaltningsnivåene og lokalpolitisk styring – være viktigere enn pasientenes rett til behandling, pasientenes rett til

fritt sykehusvalg og pasientenes rett til likeverdig behandling uansett hvor i landet de bor.

Alle helsepolitiske hensyn taler etter disse medlemmers syn for at Norge gjøres til ett helse-rike gjennom innføring av nasjonalt statlig ansvar for sykehusene kombinert med stor grad av lokal frihet for det enkelte sykehus innenfor vedtatte medisinske og økonomiske rammer.

Disse medlemmer viser for øvrig til Høyres merknader i Innst. S. nr. 237 (1996-97) Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste (Tilgjengelighet og faglighet).

Disse medlemmer ser positivt på at Regjeringen foreslår en felles lov for hele spesialisthelsetjenesten, ved at den nye lov om spesialisthelsetjenesten skal erstatte både sykehusloven og de organisatoriske bestemmelsene i lov om psykisk helsevern.

De utfordringer vi står overfor i spesialisthelsetjenesten, er store. Målet er klart – folk skal ha trygghet for tilgang til spesialisthelsetjenester av høy kvalitet når de trenger det, uten unødvendig venting. Helsevesenet kan ikke tilby dette i dag. 280 000 pasienter på venteliste for behandling viser det. Flere forhold gjør det vanskelig å få bukt med helsekøene: Knappe økonomiske ressurser, mangel på kvalifisert helsepersonell, og ikke minst en teknologisk, medisinsk og demografisk utvikling som øker etterspørselen etter helsetjenester.

Disse medlemmer vil hevde at det foreliggende lovforslag i liten grad svarer på de organisatoriske utfordringer norsk spesialisthelsetjeneste står overfor.

Disse medlemmer viser til St. meld. nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Det ble der påpekt at det er en rekke problemer som møter pasienter, helsepersonell og myndigheter i dagens helsevesen: *Pasientene* får for lang ventetid, ikke god nok kvalitet, for liten valgfrihet og for store forskjeller i behandlingstilbudet. *Helsepersonell* føler at de har for mye å gjøre, får ikke gjøre det de kan best og er for få. *Myndighetene* får for lite helsetjenester for bevilgningene. Det er for mye tautrekking mellom forvaltningsnivåene. Sykehusstrukturen er foreldet og fylkeskommunene er for små enheter. Rekrutteringsproblemene er store og universitetsfunksjonene ivaretas ikke godt nok.

Disse medlemmer viser til at den nye spesialisthelsetjenesteloven i første rekke kan svare på utfordringene knyttet til den overordnede organiseringen av sykehussektoren. Det er nødvendig med en generell lov, som legger organisatoriske rammer og sikrer en klar plassering av ansvaret for spesialisthelsetjenesten, men som også gir de enkelte sykehusene stor grad av frihet når det gjelder intern organisering.

Disse medlemmer viser til at et flertall av høringsinstansene til Hellandsvik-utvalgets innstil-

ling (NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene?) støttet statlig eierskap av sykehusene. Det ble bl.a. pekt på at statlig eierskap vil sikre et likeverdig behandlingstilbud uavhengig av bosted, fjerne fylkesgrensene som hinder for effektiv ressursutnyttelse i helsevesenet, føre til at bruk av sykehus i andre fylker blir kostnadsnøytralt og slik overflødiggjøre gjestepasientoppjøret, ivareta hensynet til enhetlig og helhetlig behandlingstilbud, og gjøre det lettere å satse på forskning, utdanning og undervisning fordi alle sykehus tilhører det samme forvaltningsnivå.

Disse medlemmer støttet disse vurderingene.

Disse medlemmer mener at statlig ansvar for sykehusene vil bidra til å rydde opp i dagens uklare ansvarsforhold innen spesialisthelsetjenesten. Dagens system med delt ansvar mellom forvaltningsnivåer har ført til ansvarsfraskrivelse og tautrekking mellom forvaltningsnivåer. Pasientene er best tjent med at ansvaret for å tilby befolkningen spesialisthelsetjenester entydig plasseres hos regjering og storting.

Disse medlemmer mener at overordnet statlig ansvar for finansiering og funksjonsfordeling mellom sykehusene må kombineres med utstrakt lokal frihet for sykehusene til å organisere seg slik de selv finner det best for å ivareta sine pålagte oppgaver.

Disse medlemmer viser til at Sørensen-utvalget i sin innstilling (NOU 1999:15) har utredet spørsmålet om fristilling av sykehusene og aktuelle tilknytningsformer som kan bidra til det. Utvalget har pekt på behovet for nytenkning og reformer for å kunne ivareta både hensynet til politisk styring av helsevesenet og økt frihet for sykehusene når det gjelder organisatoriske spørsmål. Disse medlemmer viser til at et stort flertall i Sørensen-utvalget ikke vil begrense sykehuseiernes muligheter til å velge fritt mellom de ulike aktuelle tilknytningsformene, selv om flertallet anbefaler modellen kommunalt selskap.

Disse medlemmer viser til at sykehusene er komplekse, kunnskapsbaserte organisasjoner, som kontinuerlig må forholde seg til endringer som følge av medisinsk-teknologisk utvikling og nye krav når det gjelder brukerinnflytelse for pasientene i form av informasjon, medvirkning, innsatsstyrt finansiering og fritt sykehusvalg.

Sørensen-utvalgets innstilling viser at dagens styring av sykehusene ikke er tilfredsstillende. Sykehusdirektørene opplever at de har et uklart mandat til å styre sykehusene. Ledelsen mangler normal myndighet i personellspørsmål. Tilgangen på investeringsmidler er ofte tilfeldig. For mulighetene til langsiktig planlegging og styring er det et problem at sykehusledelsen ofte utsettes for inngrep i den daglige driften. Hovedproblemet er uklarhet rundt statens og fylkeskommunens rolle som overordnet styringsorgan.

Disse medlemmer viser til at Høyres modell for spesialisthelsetjenesten svarer på denne utfordrin-

gen gjennom å kombinere statlig ansvar med lokal frihet. Stortinget skal vedta en nasjonal sykehusplan som fastlegger fordelingen av lands- og regionsfunksjoner mellom sykehusene. Stortinget skal også vedta en egen sykehusbevilgning. Finansiering av sykehusene skjer gjennom årlige driftstilskudd og aktivitetsavhengige tilskudd (innsatsstyrt finansiering). Den innsatsstyrte finansieringen skal gå direkte til sykehusene. Statlige regionkontorer skal fordele driftstilskuddene til sykehusene, og fordele sentral- og lokal-sykehusfunksjoner i helseregionen. Sykehusene skal fristilles. Staten kan oppfylle sin plikt til å yte befolkningen et spesialisthelsetjenestetilbud gjennom kjøp av tjenester og avtaler med (offentlige og private) sykehus. Viktigere enn offentlig eierskap og det offentlige styring av sykehusene blir de avtaler staten sentralt eller gjennom de statlige regionkontorene gjør med fristilte statlig, kommunalt eller privat eide sykehus om levering av spesialisthelsetjenester. Dette vil føre til at det offentlige kan konsentrere seg om sin rolle som etterspørter av helsetjenester på vegne av pasientene. Det vil gi økt konkurranse mellom ulike tilbydere av helsetjenester, og slik bidra til kvalitativt bedre og mer kostnadseffektive tjenester.

Disse medlemmene vil sammenfatte hovedpunktene i Høyres modell slik:

#### *Nasjonalt ansvar – lokal frihet*

##### *Pasientene*

- Fritt sykehusvalg i hele landet.
- Den innsatsstyrte finansieringen følger pasienten direkte til sykehuset.
- Fritt legevalg.
- Rett til behandling i norsk offentlig eller godkjent privat sykehus eller i utlandet, dersom en individuelt fastsatt og medisinsk begrunnet frist for behandling ikke overholdes.

##### *Statlig eierskap til offentlige sykehus*

- Garanterer likeverdig behandling i alle deler av landet, uavhengig av fylkes- og regiongrenser.
- Får slutt på uverdige ansvarsfraskrivelse og spill mellom forvaltningsnivåene.
- Gjør Norge til ett helserike ved å overflødiggjøre gjestepasientoppkjøret.
- Fristilte sykehus kombinerer overordnet statlig styring med stor grad av lokal frihet når det gjelder intern organisering.
- Beskjeden sentral ledelse kombinert med regionkontorer gir mindre byråkrati.

##### *Stortinget*

- Vedtar en årlig sykehusbevilgning som består av driftstilskudd som de statlige regionkontorene fordele på sykehusene i regionen, og innsatsstyrt finansiering som en overslagsbevilgning som går

direkte til sykehusene.

- Vedtar en nasjonal sykehusplan som fastlegger fordelingen av lands- og regionfunksjoner. Slik unngås detaljregulering fra sentralt hold og sikres høy kvalitet på tjenestene og god utnyttelse av landets samlede helseressurser.

##### *Statlige regionkontorer*

- Forvaltningsorgan som fordele driftstilskuddet til sykehusene i regionen. Slik sikres lokalt ansvar for det som bør bestemmes lokalt.
- Står for fordeling av sentral- og lokalsykehusfunksjoner samt øyeblikkelig hjelp og/eller elektive funksjoner i regionen.

##### *Offentlige sykehus og godkjente private sykehus*

- Konkurrerer om å gi et best mulig behandlingstilbud, og får inntekter direkte fra pasientbehandling gjennom innsatsstyrt finansiering direkte til sykehusene.
- Driftstilskudd fra regionkontorene sikrer basisfunksjoner og behandling som ikke kan stykkprisfinansieres, som f. eks. psykiatri, geriatri og kroniske lidelser.
- Stor grad av frihet til å velge organisasjonsmodeller og drive slik man på det enkelte sykehus finner det best innenfor vedtatte økonomiske og faglige rammer.
- Det bygges opp informasjonssystemer om kvalitetsdata ved det enkelte sykehus om ventetid osv. Dette får primærlegene og pasientene tilgang til, og primærlegene kan slik lettere hjelpe pasientene frem i systemet.

#### **§ 1-1 Lovens formål**

Komiteen vil understreke at formålsbestemmelsen angir de overordnede siktemålene for loven. Komiteen ser det som riktig at formålene er likeverdige.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at de prinsipper som blir nedfelt i behandlingen av lov om pasientrettigheter, skal ligge til grunn for spesialisthelsetjenestelovens formål og virkeområde.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Høyre vil under behandling av pasientrettighetsloven fremme forslag om at pasienten i tillegg til retten til vurdering også skal ha rett til behandling.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m. m. skal § 1-1 lyde:

*§ 1-1 Lovens formål*

Lovens formål er særlig å:

1. motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming,
2. sørge for å oppfylle pasientenes rett til behandling,
3. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
4. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
5. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov,
7. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene, og
8. bidra til å fremme folkehelsen.»

**§ 1-2 Lovens virkeområde**

Komiteen vil vise til at det er endringer i lovens virkeområde i forhold til gjeldende rett. I gjeldende rett knyttes virkeområdet opp til bestemt oppregnede institusjoner og tjenester, mens lovens virkeområde i ny lov er definert gjennom begrepet spesialisthelsetjenesten som omfatter de tjenestene som fylkeskommunene i dag har plikt til å yte etter sykehusloven og lov om psykisk helsevern. Komiteen finner dette hensiktsmessig.

Komiteen vil peke på at spesialisthelsetjenesten ikke er et medisinsk begrep, men en samlebetegnelse for den helsetjenesten som en ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivå.

Komiteen har merket seg at begrunnelsen for å gi departementet hjemmel til å bestemme innholdet i begrepet spesialisthelsetjeneste er at det gir departementet mulighet til å skjære igjennom i konkrete konfliktsituasjoner, og at den medisinske utvikling gir mulighet for nye behandlingsmetoder som kan gjøre det hensiktsmessig å kunne klargjøre ansvaret for disse oppgavene.

Komiteen vil vise til at et av de områdene som er mest omtalt når det gjelder tvil om ansvarsfordeling, er ansvaret for utskrivingsklare pasienter. Komiteen har merket seg at det arbeides med en forskrift ut fra kommunehelsetjenesteloven § 5-1 første ledd med kriterier for når en pasient skal anses utskrivingsklar. Komiteen har videre merket seg at denne forskriften skal tre i kraft 1. januar 1999, og at kommunene skal få rimelig tid før betalingsplikten inntreffer.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at fjerde ledd blir overflødig i Høyres modell hvor staten overtar ansvaret for spesialisthelsetjenesten, og disse medlemmer vil derfor stemme mot § 1-2 fjerde ledd.

**§ 2-1 Fylkeskommunens ansvar for visse helsetjenester**

Komiteen har merket seg at loven peker på at fylkeskommunen har ansvar for å sørge for at det er et forsvarlig tilbud av spesialisthelsetjenester, samtidig som den ikke nødvendigvis behøver å være tjenesteyter. Dette fører til at loven i sterkere grad enn i gjeldende rett skiller mellom fylkeskommunen som ansvarlig for at tjenestetilbudet finnes og som tjenesteyter.

Komiteen er enig at den raske utviklingen innen helsevesenet gir eier og ledelse behov for stor fleksibilitet i hvordan de vil organisere virksomheten. Komiteen har merket seg at Regjeringen samtidig finner det nødvendig å regulere noen forhold.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke at offentlig eide sykehus må være underlagt folkevalgt styring, deriblant at en har den nødvendige kontroll med sykehusenes økonomiske rammebetingelser. Dette må likevel ikke være til hinder for sykehusledelsens selvstendighet og ansvaret for den daglige driften.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er positivt til at fylkeskommunens ansvar i den nye lovteksten er definert gjennom angivelse av tjenester som befolkningen skal tilbys. Dette flertallet vil imidlertid understreke at dette ikke innebærer noen endringer i ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene. Dette flertallet ser det som positivt at fylkene gjennom dette får en større frihet til å tilpasse hvordan tjenestene skal tilbys.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til disse medlemmers generelle merknader der det foreslås å overføre ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til staten, og fremmer derfor følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 2-1 lyde:

*§ 2-1 Statens ansvar for visse helsetjenester*

Staten skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i riket tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehustjenester
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester
3. akuttmedisinsk beredskap, og
4. luftambulansetjeneste.

Staten skal også sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i riket tilbys medisinsk nødmel-

detjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt.

Tjenester som nevnt i første og annet ledd kan ytes av staten selv, eller ved at staten inngår avtale med andre tjenesteytere. Private og offentlige tilbydere skal stilles likt.

Departementet kan i forskrift stille krav til tjenester som omfattes av denne loven.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det hadde vært en fordel å utsette behandlingen av spesialisthelsetjenesteloven inntil Regjeringen hadde vurdert den nylig avgitte utredning vedrørende tilknytningsformer for offentlige sykehus, det såkalte «Sørensen-utvalgets» utredning.

### § 2-2 Statens ansvar for luftambulansetjenesten

Komiteen vil vise til at Luftambulansetvalgets utredning skal ut på høring og finner det rett at eventuelle endringer innen luftambulansetjenesten legges fram for Stortinget etter at forslaget har vært på høring. Komiteen finner det derfor riktig å videreføre gjeldende rett i ny lovtekst.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til at statens ansvar for luftambulansetjenesten er tatt i forslag til ny § 2-1, og disse medlemmer vil stemme mot proposisjonens forslag til § 2-2.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil allerede på dette tidspunkt tilkjenne at dette medlem i forhold til endringer i den fremtidige luftambulansetjeneste mener at staten fortsatt skal ha et enhetlig ansvar for denne tjenesten.

### § 2-3 Plikt til forsvarlighet

Komiteen støtter forslaget om at plikten til forsvarlig tjenesteyting skal komme fram i egen lovtekst. Komiteen finner det rett å inkludere i forsvarlighetsnormen at tjenestene følger med i den faglige utviklingen.

Komiteen mener at det bør stilles krav til forsvarlig organisering av sykehus, klare ansvarsforhold og ansvar for pasienter mellom sykehusavdelinger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til at proposisjonen presiserer at plikten til forsvarlighet innebærer at innholdet i tjenesten skal være forsvarlig når pasienten blir tilbudt eller mottar den. Bestemmelsen understreker dermed eieres og ledes ansvar for å sikre at tjenesten som tilbys, er i samsvar med den minstestandard som forsvarlighetskravet angir. Plikten innebærer også at

eier av og ledelsen ved for eksempel et sykehus har et ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til at § 2-3 kun anfører at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven, skal være forsvarlige. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til en rettsavgjørelse i Høyesterett i november 1997 der det ble understreket at kravene til den enkelte lege om forsvarlighet, ikke kan omfatte alle sider av en kompleks sykehusorganisasjon. Høyesterett påpekte mangler i dagens lovgivning når det gjelder krav til organisering og ansvar på tvers av sykehusavdelinger. Disse medlemmer fremmer forslag til nytt andre ledd i § 2-3.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.v. skal § 2-3 andre ledd lyde:

Helsetjenesten skal ha en forsvarlig organisering og må innrettes slik at det enkelte helsepersonell gjøres i stand til å overholde sine lovbestemte plikter.»

### § 2-4 Departementets bestemmelser om sykehuses oppgaver, anskaffelse av utstyr m.m.

Komiteen støtter forslaget om å videreføre fra gjeldende rett at departementet i forskrift eller i enkeltbestemmelser kan bestemme om sykehuses oppgaver, anskaffelse av utstyr og bruk av metoder for undersøkelser og behandling. Komiteen vil peke på at denne bestemmelsen også fortsatt fortrinnsvis skal nyttes til høyspesialisert medisin.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, støtter forslaget om å innføre en hjemmel for departementet til å gi forskrifter om markedsføring av tjenester. Flertallet vil understreke at denne bestemmelsen er viktig for den overordnede styringen av helsevesenet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre avviser å innføre en hjemmel for departementet til å gi forskrifter om markedsføring av helsetjenester i denne loven og viser til § 13 i helsepersonelloven. Disse medlemmer mener at også når det gjelder markedsføring av helse-tjenester, må markedsføringslovens bestemmelser gjelde og være tilstrekkelige.

Disse medlemmer vil således stemme mot nr. 4 i forslaget til § 2-4.



### § 2-5 Ventelisteregistrering

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, støtter forslaget om å videreføre hjemmelen til å gi forskrift om fylkeskommunenes ansvar for ventelisteregistrering og for å skaffe pasienter helsehjelp.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti, viser til at departementet har valgt å gi en samlet framstilling av ventetidsgarantien i Ot.prp. nr. 12 (1988-99) Om lov om pasientrettigheter.

Flertallet vil her påpeke altfor mange tilfeller av dårlig kvalitetssikring av ventelistene og dermed også ventetidsgarantien. Det vises her bl.a. til fylkeslegenes tilsynsrapporter som viser graverende brudd.

Det er avdekket at pasienter ikke opplyses om at de har garanti, at pasienter med garanti ikke har fått behandling og heller ikke har fått tilbud om behandling annet sted etter 3 måneder, at pasientene som ikke har krav på det, får garanti.

Flertallet mener at regelverket for ventetidsgarantien må følges, ellers har ventetidsforskriftene liten eller ingen verdi.

Disse uregelmessige forhold sammen med skjerpet krav for å få garanti iverksatt 1. juli 1997, gjør det vanskelig å vurdere hvordan den reelle garanti-bruddsituasjonen er og har utviklet seg de siste årene.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at bedret oversikt, forbedrede rutiner – inkludert endrede kriterier for tildeling - samt økt innsats har ført til at antallet brudd på ventetidsgarantien er betydelig redusert.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet kan gi sin tilslutning til at det fortsatt gjøres ventelisteregistrering av fylkeskommunene, men disse medlemmer mener at den nåværende ventetidsgaranti er uegnet som et faglig prioriteringsredskap for pasientbehandling.

Disse medlemmer fremmer i denne sammenheng følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 2-5 lyde:

#### § 2-5 Ventelisteregistrering

Fylkeskommuner og helseinstitusjoner skal føre ventelister over pasienter som søker og har behov for helsehjelp som omfattes av denne loven. Ventetiden for behandling skal ikke overstige den maksimale tidsfrist som er satt for behandling av pasienten av

lege eller helseinstitusjon ved første eller annen gangs vurdering. Det av legen fastsatte behandlingstidspunkt for pasientene skal være juridisk bindende for fylkeskommunen.»

Komiteens medlemmer fra Høyre vil gi staten plikt til å sørge for at pasientene får behandling innen en individuelt fastsatt, medisinsk begrunnet frist. Disse medlemmer vil fremme forslag om tilsvarende juridisk rettighet for pasientene i pasientrettighetsloven.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-5 skal lyde:

#### § 2-5 Ventelisteregistrering

Staten skal sørge for

1. at helseinstitusjoner fører ventelister over pasienter som søker og har behov for helsehjelp som omfattes av denne loven,
2. at registrerte pasienter innen en individuelt fastsatt og medisinsk begrunnet frist skaffes helsehjelp på offentlig eller godkjent privat institusjon i riket eller i utlandet.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti ser ventelisteregistreringen som fordelaktig med hensyn til å avdekke ventetiden for diagnostikk og behandling av ulike medisinske tilstander. Disse medlemmer vil samtidig påpeke at ventelistene alene ikke gir noen tilfredsstillende oversikt over forskjeller i helsetjenestetilbudet mellom de ulike helseregionene, idet et tilbud i én region gjerne skaper en etterspørsel som ikke nødvendigvis gjenfinnes i en annen helseregion med manglende tilbud innenfor det samme fagområdet.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener det er viktig å skape differensierte registreringsrutiner som avdekker forskjeller i helsetjenestetilbudet i de ulike helseregionene, slik at man med målrettede tiltak kan bidra til å utjevne disse forskjellene. Dette medlem mener videre at ventelistene bør suppleres med koordinerte lister for spesialisttjenestetilbudet til befolkningen i de ulike helseregionene, og der listene over tilbud er sammenholdt med måltall for hvilke spesialiteter som skal være dekket, og i hvilket omfang, i de ulike helseregionene. Dette medlem ser det som naturlig at en slik oversikt ajourføres av det nyopprettede legefordelingsutvalget, idet en slik oversikt må sees i sammenheng med opprettelsen av nye stillingshjemler, som legefordelingsutvalget vil ha ansvar for.

### § 2-6 Individuell plan

Komiteen vil vise til at det foreslås innført en plikt for kommunehelsetjenesten og fylkeskommunene til å utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og samordnede tilbud fra helse-tjenesten. Komiteen har merket seg at det er opp til tjenesteyterne å avgjøre hvilke pasienter som utløser plikten. Komiteen ser det som positivt at det stilles krav om utvikling av individuelle planer da dette vil målrette tiltakene og føre til økt samarbeid mellom forskjellige tjenesteytere. Komiteen er enig i at medvirkning fra pasienten selv vil føre til at pasienten får et aktivt forhold til planen. Komiteen har merket seg at plikten til å utarbeide individuelle planer i spesialisthelsetjenesten pålegges fylkeskommunen. Komiteen vil vise til at Regjeringen også foreslår å innføre en plikt til utarbeiding av individuelle planer i lov om helsetjenesten i kommunene.

Komiteen vil peke på at den individuelle planen ikke gir pasientene større rett til de tjenester den beskriver, enn det som følger av lovgivningen ellers. Komiteen vil understreke at det er viktig at omfanget av planene som utarbeides, er realistiske i forhold til de ressurser som er tilgjengelige. Komiteen har merket seg at planen ikke er et vedtak og således ikke kan påklages.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener individuelle planer er et positivt tiltak som kan bidra til å kvalitets-sikre tilbudet til pasienter som må ha langvarig behandling og oppfølging som involverer flere institusjoner. Ansvaret for at slike planer blir utarbeidet, bør imidlertid ligge hos pasientansvarlig lege eller den som helseinstitusjonen utpeker. Å gi fylkeskommunen dette ansvaret blir for lite presist og gjør det lettere for institusjonene – som i praksis uansett må utføre denne oppgaven – å skyve ansvaret fra seg.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 2-6 første ledd lyde:

I helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal pasientansvarlig lege eller den som helseinstitusjonen utpeker, utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseinstitusjonene skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.»

### § 2-7 Opplæring, etterutdanning og videreutdanning

Komiteen vil vise til at bestemmelsen om opplæring, etterutdanning og videreutdanning er ny i forhold til gjeldende rett. Komiteen ser det som posi-

tivt at opplæringsansvaret av helsepersonellet er nedfelt i egen bestemmelse, da personellens kvalifikasjoner er av stor betydning for kvaliteten på helsetjenesten.

### § 2-8 Om informasjon

Komiteen ser det som viktig at befolkningen gis tilstrekkelig informasjon om tilgjengelige helse-tjenester, slik at befolkningen blir i stand til å ivareta sine rettigheter og har mulighet til å vurdere det tilbud de forskjellige tjenestene har. Komiteen støtter derfor forslaget om å pålegge eier plikt til å gi befolkningen generell informasjon, og peker på at den enkelte pasient skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, og innholdet i helsehjelpen.

Komiteen viser for øvrig til det som står under generelle merknader om informasjonsrutinene ved sykehusene.

### § 3-1 Øyeblikkelig hjelp

Komiteen støtter Regjeringens forslag om å skille klarere i loven mellom krav til organisering av forsvarlig akuttmedisinsk beredskap og plikten og retten til øyeblikkelig hjelp. Komiteen vil vise til at gjeldende lov videreføres ved at alle sykehus og fødestuer har plikt til å motta pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp for livreddende og/eller stabiliserende behandling. Dersom pasienten trenger ytterligere behandling, er komiteen enig i at pasienten skal videresendes til et sykehus som har akuttmedisinsk beredskap.

Komiteen vil vise til at det i forhold til gjeldende rett ikke foreslås vesentlige endringer i innholdet i plikten til å yte øyeblikkelig hjelp. Komiteen har imidlertid merket seg at øyeblikkelig hjelp-plikten i praksis har fått et videre innhold enn det som følger av gjeldende bestemmelser. Komiteen vil peke på at forslag til ny lov således fører til en innsnevring av plikten i forhold til dagens praksis, men ikke innebærer noen endring av det rettslige innhold i plikten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet støtter forslaget om at enhver helseinstitusjon skal ha plikt til å gi øyeblikkelig hjelp ut fra sitt faglige nivå. Disse medlemmer viser imidlertid til at Stortinget på et senere tidspunkt skal behandle sak basert på Akuttutvalgets innstilling (Haga-innstillingen), og særlig problematikken rundt akuttberedskap ved våre lokalsykehus skal det tas standpunkt til. Disse medlemmer viser i den sammenheng til at akuttberedskapen ved det enkelte sykehus vil være avgjørende for hvilke øyeblikkelig hjelp-situasjoner sykehuset kan takle. Disse medlemmer vil særlig i denne sammenheng understreke viktigheten og nødvendigheten av at en opprettholder akuttberedskapen ved de aller fleste lokalsykehus i distrikte-

ne hvor man i særlig grad vektlegger avstander, geografi, vær- og føreforhold.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til sitt forslag om statlig ansvar for spesialisthelsetjenesten og fremmer på den bakgrunn følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 3-1 annet ledd lyde:

Det skal i hvert fylke utpekes minst en helseinstitusjon eller avdeling i slik institusjon med tilsvarende plikt overfor pasient som trenger psykiatrisk helsehjelp.»

### § 3-2 Journal- og informasjonssystemer

Komiteen ser det som positivt at det i egen lovbestemmelse foreslås at den enkelte helseinstitusjon pålegges en plikt til å etablere et forsvarlig journal- og informasjonssystem. Komiteen har merket seg at departementet arbeider med en egen lov om helseregistre og elektronisk behandling av helseopplysninger.

Komiteen ser det som meget viktig for å sikre pasientsikkerheten at den enkelte helseinstitusjon etablerer forsvarlige journal- og informasjonssystemer. Komiteen støtter derfor forslaget om en egen lov hjemmel som pålegger helseinstitusjonene dette ansvaret.

Komiteen vil peke på at når det gjelder journal- og informasjonssystemer, står helsevesenet overfor store utfordringer. Den raske utviklingen innen informasjonsteknologien gjør at det må stilles krav om at informasjonsbehandlingen er forsvarlig.

Komiteen vil peke på at informasjonsmengden som finnes om hver pasient, er raskt økende på grunn av stadig flere og bedre diagnostiserings- og behandlingsmuligheter. Det er også økt bevissthet om krav til gode og utfyllende journalssystemer. Komiteen vil videre peke på at kravene til mer rasjonell pasientbehandling kombinert med kunnskapseksplosjonen innen medisin, forutsetter betydelig økt bruk av moderne informasjonsteknologi.

Komiteen vil vise til at departementet arbeider med en egen lov om helseregistre og elektronisk behandling av helseopplysninger.

Komiteen vil vise til at informasjonsteknologien åpner for betydelige rasjonaliseringsgevinster ved at bl.a. diagnoser og prøveresultat på en effektiv måte kan gjøres tilgjengelig mellom bl.a. primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Komiteen mener dette åpner for positive muligheter innenfor rammen av hensiktsmessige personvernrutiner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener at det skal være

pasientansvarlig lege som er ansvarlig for pasientens journal.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 3-2 første ledd lyde:

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Pasientansvarlig lege har ansvaret for pasientens journal og tar stilling til hvilke opplysninger som skal stå i journalen.»

Komiteens medlemmer fra Høyre vil påpeke at det er ulike ansvarsnivåer for journalssystemene i en institusjon. I dagens situasjon har sjefslegen ved institusjonen et overordnet ansvar for arkivsystemene, arkivlokalteter og arkivorganiseringen. Den medisinskfaglig ansvarlige ved sykehusavdelingen har et overordnet ansvar for hvilke journalrutiner som det legges opp til på den enkelte avdeling.

Disse medlemmer vil for øvrig vise til helsepersonelloven der det er stilt krav om at en person skal utpekes i helseinstitusjoner for å kunne videreformidle pasientinformasjon til pasient/pårørende, barneverntjenesten og sosialtjenesten. Disse medlemmer mener derfor at i tillegg til det overordnede ansvar omkring arkivsystemer og journalens innhold må det være en oppgave for pasientansvarlig lege å påse at alle nødvendige journalnotater er innført og sørge for at journalen til enhver tid er tilgjengelig og oversiktlig. Pasientansvarlig lege skal også ha i oppgave å ta stilling til hvilke helseopplysninger som tas inn i journalen.

### § 3-3 Meldeplikt til fylkeslegen

Komiteen har merket seg at det foreslås enkelte endringer i institusjoners plikt til å melde betydelige personskader til fylkeslegen slik at lovteksten blir i samsvar med praksis. Komiteen støtter forslaget om at melding skal gis «snarest mulig» mot «straks» som står i gjeldende rett. Komiteen er enig i at meldeplikten utvides til å omfatte også hendelser som kunne ført til betydelige personskader, da det ofte er tilfeldig hvorvidt en hendelse medfører betydelig skade eller ikke. Komiteen ser det som viktig at forskriftshjemmelen om hvordan meldeplikten skal forstås, videreføres.

### § 3-4 Kvalitetsutvalg

Komiteen er enig i at det fra gjeldende rett videreføres en plikt til å opprette kvalitetsutvalg da disse er en viktig del av helseinstitusjonenes internkontroll og deres kvalitetssikringsarbeid.

### § 3-5 Om helseinstitusjoners deltakelse i undervisning og opplæring

Komiteen har merket seg at det foreslås en utvidelse av opplæringen som helseinstitusjonene plikter å delta i, til også å omfatte helsefaglige elever, læringer, studenter, turnuskandidater og spesialister. Komiteen ser positivt på at det gjennom forskrift tydeliggjøres at det kan stilles krav til kvaliteten på opplæringen og omfanget av plikten til å delta. Komiteen vil vise til at bakgrunnen for utvidelsen er at stadig flere grupper helsepersonell er avhengig av å få deler av sin opplæring ved institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti har merket seg at flere høringsinstanser har påpekt at det er foreslått en utvidelse i forhold til gjeldende lov om opplæring av helsefaglige elever m.fl., og at dette representerer en utfordring både til nok plasser og tilstrekkelige ressurser til praksisveiledning m.m.

Disse medlemmer mener at praksisplasser og veiledningsoppgaver ikke må være et hinder for undervisning og opplæring.

Disse medlemmer minner om at en rekke privatpraktiserende leger, kliniske psykologer og fysioterapeuter etter at ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell ble satt i verk 1. juli 1998, har fått driftsavtale med kommuner og fylkeskommuner. Disse har så langt ikke hatt noe opplæringsansvar.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen vurdere om privatpraktiserende helsepersonell med driftsavtale kan pålegges å delta i undervisning og opplæring av helsepersonell.»

### § 3-6 Særlige plikter i forbindelse med barns institusjonsopphold

Komiteen vil vise til gjeldende forskrift om barn på sykehus. Komiteen støtter forslaget om å videreføre i ny lov en bestemmelse som gir adgang til å pålegge helseinstitusjonene visse plikter i forbindelse med barns opphold i institusjoner. Komiteen ser det som viktig å ivareta barns særlige behov ved institusjonsopphold. Komiteen har merket seg at disse pliktene må ses i forhold til de særlige rettighetene som er foreslått i pasientrettighetsloven for barn under opphold i helseinstitusjoner. Komiteen støtter forslaget om at utgifter som foreldre eller andre nære pårørende har i denne forbindelse med barns sykehusopphold skal dekkes av sykehuset.

### § 3-7 Om pasientansvarlig lege m.m.

Komiteen støtter forslaget om å innføre en ordning med pasientansvarlig lege/sykepleier i sykehusene. Dette ser komiteen som meget positivt da det er mange ansatte i en sykehusavdeling, og det kan være vanskelig for pasienten å vite hvem man skal forholde seg til. Komiteen har merket seg at denne ordningen ikke regulerer det faglige ansvaret for pasientens behandling. Dette ansvaret reguleres gjennom helsepersonelloven. Komiteen vil vise til at mange sykehusavdelinger har innført en ordning med primærsykepleier for pleietjenestene. Komiteen er positiv til en slik ordning.

Etter komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiets skjønn er det en åpenbar svakhet at loven ikke har en gjennomgående bestemmelse om hvem som skal ha det medisinskfaglige ansvaret, og at det i lovteksten ikke er lagt opp til et lovpålegg for sykehusene og helseinstitusjonene å utpeke en pasientansvarlig lege.

Komiteens medlemmer fra Høyre har merket seg at departementet i § 3-7 foreslår en hjemmel for forskrift om pasientansvarlig lege. Disse medlemmer vil lovfeste helseinstitusjonenes plikt til å utpeke en pasientansvarlig lege for hver pasient som skal ha et særskilt ansvar for oppfølging av denne. Det vises til at Høyre i Innst. O. nr. 58 (1998-99) om lov om helsepersonell foreslår å legge ansvaret for samordning av journal og informasjon til pasienten til den pasientansvarlige legen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre fremmer følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 3-7 lyde:

#### § 3-7 Om pasientansvarlig lege

Det pålegges sykehuset å utpeke pasientansvarlig lege i hvert enkelt tilfelle.»

### § 3-8 Sykehusenes oppgaver

Komiteen er enig i at det i loven foreslås en bestemmelse som uttrykker hva som er sykehusenes oppgaver. Komiteen har merket seg at denne bestemmelsen er ny, og at bakgrunnen for forslaget bl.a. er Steineutvalgets innstilling om at sykehusenes oppgave er særlig å ivareta pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Komiteen har merket seg at departementet har føyd til et punkt, nemlig opplæring av pasienter og pårørende.

### § 3-9 Ledelse i sykehus

Komiteen vil vise til at departementet i høringsutkastet foreslo en bestemmelse med fastsetting av en ansvarlig leder på alle nivåer og en fullmaktsbestemmelse i tråd med gjeldende rett til å stille krav til lederens kvalifikasjoner. Komiteen har merket seg at det var stor motstand mot begge disse forslagene hos fylkeskommunene da de mente at dette ville bryte med fylkeskommunenes frihet til å organisere sin virksomhet.

Komiteen støtter lovforslaget om én leder da dette vil gi klare ansvarsforhold og man unngår dermed uklare gråsoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, ser det som helt nødvendig at den ansvarlige leder etablerer en god dialog med medisinskfaglige grupper der lederen selv ikke har den nødvendige faglige kompetanse. Flertallet støtter Regjeringens forslag om at det i loven tas inn ytterligere en bestemmelse som skal sikre at forsvarlighetskravet oppfylles ved at det pekes ut medisinskfaglige rådgivere i de tilfeller der lederen ikke har medisinsk kompetanse. Flertallet ser det som viktig for å beholde prinsippet om én leder at rådgiveren ikke skal ha beslutningsmyndighet.

Flertallet har merket seg at departementet ikke har foreslått generelle krav til kompetanse for ledere av sykehusavdelinger fordi dette må det enkelte sykehus avgjøre sammen med sykehuseier.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at krav til forsvarlig organisering av spesialisthelsetjenester bl.a. innebærer klarhet i ansvar og organisasjonsforhold. Dette er særlig viktig ved komplekse og sammensatte tjenestetilbud som et sykehus. Disse medlemmer mener at ansvaret for å organisere, prioritere og planlegge i sykehusavdelinger vanligvis vil implisere medisinske vurderinger innen de ulike spesialiteter. Faglig kunnskap om disse tjenester vil derfor være nødvendig for å kunne sikre god kvalitet og økt behandlingsskapitet.

Plassering av det faglige lederansvaret er også nødvendig for å kunne ansvarliggjøre personer i systemet i forhold til systemsvikt. Disse medlemmer mener videre at det i sykehus må være et overordnet mål at inndeling av enheter gjøres på en måte som ivaretar pasientens behov for forsvarlig behandling og oppfølging, og at disse enheter har en faglig kvalifisert ledelse som kan gi rutiner og instruksjoner for all faglig virksomhet innen enheten. Disse medlemmer mener at bruk av faglige rådgivere i forhold til ledere uten fagkompetanse vil være svært uheldig og bryter med prinsippet om at den som er ansvarlig for pasientens behandling, også skal ha myndighet. Disse medlemmer vil avvise en ordning med medi-

sinsk faglige rådgivere. Disse medlemmer støtter forslaget om at det skal være en leder på hvert nivå, men mener at lederne ved kliniske avdelinger og klinikker bør være lege med lederkompetanse.

Komiteens medlemmer fra Høyre støtter forslaget om at sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer, og understreker prinsippet om profesjonsuavhengig ledelse. Disse medlemmer støtter ikke at departementet gjennom forskrift skal kunne fastsette hvilke kvalifikasjoner lederen skal ha, men mener at dette må være en konsekvens av de vurderingene sykehusene gjør med hensyn til å etterkomme forsvarlighetskravet.

Disse medlemmer slutter seg til at en sykehusdirektør eller klinikkleder kan utpeke medisinskfaglige rådgivere, men kan imidlertid ikke se at ledere på lavere nivåer gjennom å utpeke slike rådgivere uten beslutningsmyndighet kan bedre forsvarligheten. Disse medlemmer finner grunn til å peke på at jo lavere man kommer ned i sykehusnivåene, jo viktigere er det å plassere det medisinske ansvaret, slik at det er naturlig at det er en lege med lederkompetanse som er leder av klinisk avdeling. Dette er spesielt viktig for å ivareta pasientrettigheter og hindre ansvarspulverisering.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre fremmer følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m. m. skal § 3-9 lyde:

#### § 3-9 Ledelse i sykehus

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti ser det som hensiktsmessig at lederansvaret på hvert nivå på sykehusene skal være knyttet til én leder. Der medisinskfaglig rådgiver ikke har dette lederansvaret, betinger dette likevel at medisinskfaglig rådgiver må kunne fatte beslutninger knyttet til rent medisinskfaglige vurderinger uavhengig av dette. Grenseoppgangen mellom det medisinskfaglige ansvaret og ledelsesansvaret bør etter dette medlems syn nedfelles i forskrift, slik at det i størst mulig grad er avklart hva som er å anse henholdsvis som et medisinskfaglig ansvar og som et ledelsesansvar. Det vil etter dette medlems syn knytte seg så vel faglige som etiske betenkeligheter til begrensninger i det medisinskfaglige ansvaret ved at dette ansvaret overføres til faglig leder (eksempelvis manglende igangsetting av livreddende eller livsforlengende tiltak ut fra isolerte økonomiske betraktninger).

Selv om begrepet medisinskfaglig rådgiver benyttes i lovforslaget, vil det ut fra nevnte begrunnelse et-

ter dette medlems syn måtte foreligge meget sterke grunner for at det råd som gis, ikke også blir fulgt, slik at begrepet etter dette medlems syn fortsatt vil innebære et selvstendig ansvar på dette området. Fordi de medisinskfaglige vurderinger alltid vil stå helt sentralt ved enhver sykehusavdeling, knyttet til sykehusavdelingens primære oppgaver (diagnostikk og behandling), vil det etter dette medlems syn som en hovedregel være hensiktsmessig å tilsette ansvarlige ledere som også besitter kompetanse til å forestå den medisinskfaglige rådgivningen.

#### § 4-1 Godkjenning av helseinstitusjoner og helse-tjenester

Komiteen støtter Regjeringens forslag om å videreføre fra gjeldende rett at det skal være en godkjenningsordning for helseinstitusjonene. Komiteen har imidlertid merket seg at det etter dagens regler ikke foreligger noen retningslinjer om hvilke hensyn som skal vektlegges når en institusjon søker godkjen-nelse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peke på at det er viktig med en godkjen-ningsordning både for å sikre kvaliteten i institusjone-ne og for å kunne kontrollere omfanget av opprettelse og utvidelse av private helseinstitusjoner som blant annet kan trekke personellressurser ut av det offentli-ge helsevesen.

Flertallet er derfor enig i at både faglige, sam-funnsmessige og helsepolitiske hensyn skal kunne vektlegges ved godkjenning av helseinstitusjoner. Flertallet ser det også som riktig at det ved god-kjennelse skal tas hensyn til om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er tatt inn i den regionale helsepla-nen.

Flertallet mener en omdannelse til aksjesel-skap av store sykehus i sentrale strøk kombinert med fritt sykehusvalg innebærer en betydelig fare for sen-tralisering av spesialisthelsetjenesten, med redusert helsetilbud for befolkningen i distriktene som resultat.

Komiteens medlemmer fra Arbeider-partiet og Sosialistisk Venstreparti støt-ter i hovedsak den godkjenningsordning for helsein-stitusjoner som Regjeringen foreslår, men mener det vil være viktig at Stortinget så snart som mulig uttaler seg på prinsipielt grunnlag om Sørensen-utvalgets innstilling.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at ingen of-fentlige sykehus omdannes til aksjeselskap før Stor-

tinget har behandlet eller uttalt seg om Sørensen-ut-valgets innstilling.»

Disse medlemmer viser til at Oslo kommune tar sikte på omdannelse til aksjeselskap ved Ullevål sykehus og Aker sykehus fra 1. januar 2000. Det er derfor nødvendig at Stortinget så raskt som mulig får behandlet de prinsipielle spørsmålene.

Disse medlemmer viser videre til at Regje-ringen foreslår at også saker om eventuelle delsalg eller salg av offentlige sykehus skal behandles av de-partementet. Disse medlemmer mener at spørs-mål om privatisering av offentlige sykehus har så om-fattende og langsiktige samfunnsmessige konsekven-ser at prinsippene må forelegges Stortinget for nødvendig samfunnsmessig nasjonal styring. Disse medlemmer mener de grunnleggende strukturelle og prinsipielle sider ved helsevesenet i Norge må av-gjøres av Stortinget.

I den forbindelse vil disse medlemmer peke på at Regjeringen må trekke opp nasjonale og prinsi-pielle retningslinjer for eventuelle salg eller delsalg av offentlige sykehus, som kan ligge til grunn for depar-tementets godkjenningsordning. Disse medlemmer vil peke på at § 9-2 gir grunnlag for at Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelser i loven kan tre i kraft til forskjellig tid.

Komiteens medlemmer fra Frem-skrittspartiet er enig i at en fortsatt må ha en fag-lig godkjenningsordning for sykehus og andre helse-institusjoner inklusiv private institusjoner og helsetil-bud. Disse medlemmer er imidlertid av den formening at den departementale godkjenning uteluk-kende må baseres på fag og helsemessig forsvarlighet, og at denne godkjenningsmyndigheten derfor bør de-legeres til Statens helsetilsyn. Disse medlemmer mener videre at skal godkjenningsordningen benyttes som regulator for etablering av sykehus og andre hel-seinstitusjoner, kan dette bare skje i spesielle tilfeller hvor helsemessige prioriteringer tilsier dette, særlig i forbindelse med etablering av sykehus som har lands-dekkende funksjoner. Disse medlemmer mener videre at kriteriene for godkjenning av sykehus eller helsetilbud skal være de samme enten det gjelder of-fentlige eller private sykehus og private helsetjenes-ter.

Disse medlemmer fremmer følgende for-slag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 4-1 tredje ledd lyde:

Ved vurdering av godkjenning skal kriteriene for godkjenning utelukkende være av faglig karakter. Kriteriene for godkjenning av sykehus eller helsetil-bud skal være de samme for offentlige og private sy-kehus eller tjenester.»

Komiteens medlemmer fra Høyre mener samfunnsmessige hensyn ikke bør legges til grunn for godkjenning av helseinstitusjoner og fremmer derfor følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 4-1 tredje ledd lyde:

Ved vurderingen av om godkjenningen skal gis, kan det blant annet legges vekt på om faglige hensyn taler for at helseinstitusjonen eller helsetjenesten godkjennes, om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er tatt inn på regional helseplan og om de tjenester som skal ytes, finnes forsvarlige.»

Disse medlemmer viser til Sørensen-utvalgets innstilling (NOU 1999:15). Utvalget peker på behovet for å endre tilknytningsformene for sykehusene slik at disse får en friere stilling. Det vil sette sykehusene bedre i stand til å løse sine oppgaver og gi et bedre tilbud til pasientene. Et stort flertall i Sørensen-utvalget vil ikke legge formelle restriksjoner på statens og fylkeskommunenes organisasjonsfrihet. De vil gi sykehuseierne frihet til selv å velge mellom de aktuelle tilknytningsformene – sykehus som forvaltningsorgan, kommunalt foretak, kommunalt selskap, aksjeselskap eller stiftelse. Disse medlemmer ser det som svært positivt at Oslo kommune har fattet vedtak om å fristille Ullevål og Aker sykehus. Et demokratisk fattet vedtak om å gjøre sykehusene om til kommunalt eide aksjeselskaper bør ikke overprøves av storting eller regjering. Vedtaket i Oslo vil gi verdifull erfaring med fristilling av sykehus. For å øke erfaringsgrunnlaget og skaffe kunnskap om hvordan de ulike tilknytningsformene fungerer i praksis, bør også andre sykehuseiere oppmuntres til å fristille sine sykehus. Disse medlemmer mener det kan være hensiktsmessig å gjennomføre tidsavgrensede forsøksordninger med de ulike tilknytningsformene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen legge flertallsforslaget fra Sørensen-utvalgets innstilling til grunn for organisering av sykehus slik at sykehuseierne står fritt til å velge mellom alle de ulike tilknytningsformer for sykehusene som utvalget mener bør være tilgjengelige.»

### **§ 5-1 Samarbeid innen den offentlige helsetjenesten**

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, støtter forslaget i ny lovtekst om å utvide det offentlige samarbeidet innen spesialisthelsetjenesten til også å gjelde stat og

kommuner i tillegg til andre fylkeskommuner. Flertallet vil peke på at et godt samarbeid innen helsetjenesten er helt nødvendig for å få en mest mulig effektiv utnyttelse av tjenestene.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til Høyres modell med statlig ansvar for spesialisthelsetjenesten og fremmer følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 5-1 første ledd lyde:

Staten kan inngå avtaler med en eller flere kommuner om samarbeid for å løse oppgaver som den er pålagt i denne loven.»

### **§ 5-2 Regionalt samarbeid**

Komiteen viser til at Stortinget tidligere har vedtatt at landet skal deles inn i helseregioner, og viser til at det regionale samarbeidet allerede danner grunnlaget for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i landet. Stortinget har også bestemt sammensetningen av helseregionene og etablering av regionale helseutvalg som bl.a. skal ivareta samarbeidet i helseregionen.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til Høyres modell for spesialisthelsetjenesten slik den er redegjort for i de generelle merknadene. Høyre vil at staten skal vedta en nasjonal sykehusplan som fastlegger fordelingen av lands- og regionfunksjoner.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 5-2 lyde:

#### **§ 5-2 Nasjonal sykehusplan**

Stortinget vedtar en nasjonal sykehusplan som fastlegger fordelingen av lands- og regionfunksjoner.

Riket inndeles i helseregioner. Kongen bestemmer hvilke fylker som utgjør en helseregion.»

### **§ 5-3 Regionale helseplaner**

Komiteen vil vise til at landet er delt i helseregioner som har ansvar for å utarbeide regionale helseplaner. Gjennom dette planarbeidet foregår det et viktig regionalt samarbeid.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at fra 1. januar 1999 plikter de regionale helseutvalg på vegne av fylkeskommunene å utarbeide forslag til regionale helseplaner. Flertallet har positive erfaringer med planarbeidet som gjøres i de regionale helseutvalgene. Gjennom felles planarbeid i en region kan man nå fordele ansvaret for de forskjellige oppgavene innen spesialisthelsetjeneste-

loven og derved bedre fordele ressurser og øke effektiviteten. Flertallet vil vise til at det er departementet som skal vedta de regionale helseplanene.

Flertallet vil understreke at de regionale helseutvalgene ikke er et nytt forvaltningsnivå.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Sosialistisk Venstreparti, viser til at flertallet i komiteen, Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti i Innst. S. nr. 237 (1996-97) om St.meld. nr. 24 (1996-97) bl.a. sa følgende om rasjonelt samarbeid og regionale helseplaner:

«Et annet flertall, Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, har også merket seg og har ikke innvendinger mot at det foreslås en videreføring av sykehuslovens § 9a, som går på departementets hjemmel for bl.a. å fordele spesialiserte tilbud mellom sykehus.

Dette flertallet viser til at en under kap. 3 tok stilling til valg av styringsmodell for det regionale samarbeidet, som innebar en formalisering av det regionale samarbeidet og en mer aktiv rolle for de regionale helseutvalg.

Dette flertallet har merket seg at det etter dagens lovverk ikke er noen lov hjemmel for å kreve utarbeiding av de regionale helseplanene. Dette flertallet viser til at det er et bredt flertall i Stortinget som slutter opp om regional helseplanlegging, og at samtlige fylkeskommuner i sine høringsuttalelser gir sin tilslutning til behovet for regionale helseutvalg og mer forpliktende regional helseplanlegging.

Dette flertallet slutter seg til at en i departementet må ha følgende virkemidler for å sikre at nasjonale prioriteringer ivaretas:

- Departementet gis adgang til å godkjenne de regionale helseplanene, og til gi regler om planens innhold og utforming.
- Departementet gis adgang til å sette vilkår for godkjenningen.
- Departementet gis hjemmel til å gi forskrifter om resultatoppfølging.»

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til Høyres modell for spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer mener det bør opprettes statlige regionkontorer med ansvar for spesialisthelsetjenesten innen hver helseregion.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 5-3 lyde:

#### § 5-3 Statlige regionkontor

I hver helseregion skal det etableres et statlig regionkontor med ansvar for spesialisthelsetjenesten innen regionen.

Det statlige regionkontoret skal stå for fordeling av funksjoner mellom sykehusene i regionen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om det statlige regionkontorets oppgaver.»

Disse medlemmer fremmer forslag om ny § 5-4:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 5-4 lyde:

#### § 5-4 Regionale helseplaner

Det statlige regionkontoret, jf. § 5-3, skal på vegne av staten utarbeide en regional helseplan. Det skal fremgå av planen hvilke institusjoner og tjenester staten skal yte tilskudd etter § 6-1 annet ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om innhold og utforming av den regionale helseplanen og rapportering om gjennomføring av planen.

Den regionale helseplanen skal vedtas av departementet.»

### § 5-5 Legefordeling

Komiteen viser til at det står om lag 800 legestillinger ubesatt i Norge. Komiteen mener derfor det er svært viktig at det fra og med 1991 har funnet sted en betydelig økning av studieplassene innenfor medisinen. Komiteen viser til at den økte utdanningskapasiteten vil gi resultater i de kommende årene, og at tilgangen på leger i årene som kommer derfor vil være høyere enn på 1980- og 90-tallet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er bekymret for legemangelen i distriktene.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener derfor Regjeringen må opprettholde en stram regulering av etableringen av nye legestillinger for å hindre overetablering av leger i sentrale strøk.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peke på at det fra 1. januar 1999 er innført en ny ordning for regulering av legemarkedet. Dette innebærer en sterkere overordnet statlig styring av legefordelingen i landet. Flertallet vil peke på at legeknapphet lenge har vært et velkjent problem i Norge, og flertallet ser det som nødvendig at det legges sterkere føringer på hvor nye legestillinger skal opprettes.



Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at mellom 15-20 prosent av legestillingene i den offentlige helsetjenesten står ledige. Dette flertallet viser også til at de aller fleste privatpraktiserende legespesialister både med og uten driftsavtaler arbeider i de mest sentrale områder i Norge.

Disse to forhold, dvs. mange ledige stillinger i offentlig helsetjeneste i distriktene og sterk konsentrasjon av privatpraktiserende, gjør at en får en uheldig ubalanse i legedekningen, der distriktsnorge kommer dårlig ut.

Dette flertallet mener at dette må vises større oppmerksomhet for å få til et mer likeverdig helse tilbud til alle innbyggerne i landet vårt.

Disse medlemmer ser det som positivt at den nye avtalepolitikken for privatpraktiserende helsepersonell har ført til at langt flere har inngått driftsavtale med bl.a. fylkeskommuner slik at prioriterte pasienter lettere kan få behandling.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener at den svake spesialistdekningen i Nord-Norge og særlig i Finnmark kan skyldes at disse fylkene har sagt nei til å etablere driftsavtaler med private spesialister. Disse medlemmer er kjent med at det fortsatt er et betydelig antall private spesialister på landsbasis som ikke har fått driftsavtale.

Disse medlemmer er enig i prinsippet om en spredt spesialistutdannelse, noe som kan føre til at spesialistene beholdes i distriktene (den såkalte lakseeffekten). Videre mener disse medlemmer at det er positivt at grunnutdannelsen av leger også kan gis på sentrale sykehus i nærheten av de medisinske fakultetene. Stimulering til en bedre fordeling av legespesialister må skje på en positiv måte etter disse medlemmers mening bl.a. ved å legge lønnsforholdene bedre til rette i utkantstrøk, gi rett til refusjon selv om en ikke har avtale med fylkeskommunen og tilrettelegge arbeidsforhold og infrastruktur på en bedre måte. Dessuten bør det åpnes adgang for privat utleie og formidling også av helsepersonell. En sterkere markedsstyring og konkurranse om legespesialistene ser disse medlemmer positivt på.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er tilfreds med at det tidligere Legefordelingsutvalget (ULS) er nedlagt, et mål som Fremskrittspartiet har jobbet for i flere år. Disse medlemmer er imidlertid uenig i at departementet nå skal overta funksjonen til det tidligere ULS, noe som fortsatt og kanskje i enda sterkere grad kan føre til regulering og dirigering av legetjenesten, det være seg i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetje-

nesten. Det strider etter disse medlemmers mening mot en sterkere fristilling av sykehusene at staten skal styre tilgangen på legespesialister til sykehusene. Disse medlemmer vil stemme mot forslaget til § 5-5.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til sitt forslag om ny § 5-4 og forslag om å opprette statlige regionkontorer med ansvar for spesialisthelsetjenesten i helseregionene og fremmer derfor følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 5-5 første ledd nr.1 lyde:

1. antall nye spesialistlegestillinger innen hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved institusjoner og tjenester som inngår i den enkelte regionale helseplan, jf § 5-4 første ledd.

§ 5-5 tredje ledd skal lyde:

De statlige regionkontorene fordeler stillingene og avtalehjemlene som nevnt i første ledd.»

Komiteen vil påpeke at årsaken til de store forskjellene i legerestruktur og spesialisttetthet mellom de ulike helseregionene og landsdelene er sammensatt og betinget av mange ulike forhold som i sum har bidratt til store forskjeller gjennom en årrekke.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil eksempelvis påpeke at den svake spesialistlegedekningen i Nord-Norge eksisterte i lang tid før det ble åpnet for etablering av driftsavtaler med privatpraktiserende spesialister gjennom de ulike fylkeskommunene. Denne typen avtaler vil kunne bidra til å sementere forskjellene i spesialisttetthet dersom de ikke også følges opp av andre typer virkemidler som aktivt søker å øke tettheten der den er lavest, og som begrenser antall driftsavtaler der det foreligger en overetablering av privatpraktiserende spesialister.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener at det nyopprettede legefordelingsutvalget vil ha et særlig ansvar for gjennom målrettet tildeling av nye spesialisthjemler å bidra til en utjevning av disse forskjellene.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener i tillegg at nyetableringer av private spesialistlegesentra vil bidra til å forsterke disse forskjellene, fordi etableringene naturlig vil finne sted der befolkningstettheten og legetettheten fra før av er størst. Særlig vil tendensen forsterkes dersom rene private foretak som ikke mottar offentlige refusjoner betingelsesløst skulle få slike refusjoner uten at

det legges overordnede offentlige mål for driften og den samlede koordineringen av ventelistene.

### § 6-1 Ansvaret for utgiftene

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at de fleste bestemmelsene om finansiering er videreføring av gjeldende rett. Da fylkeskommunene ikke har instruksjonsmyndighet i forhold til private institusjoners ressursbruk, er flertallet enig i at fylkeskommunen kun skal ha ansvar for de godkjente utgiftene til drift og vedlikehold av private institusjoner som er en del av de regionale helseplanene.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til Høyres modell med statlig ansvar for spesialisthelsetjenesten og fremmer derfor følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 6-1 annet ledd lyde:

Staten skal dekke godkjente utgifter til drift og vedlikehold av institusjoner og tjenester som i sin helhet i henhold til regional helseplan, jf. § 5-4, er statens ansvar. Utgifter til privat praksis som drives i henhold til avtale med det statlige regionkontoret skal dekkes etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og staten.»

### § 6-2 Tilskudd til fylkeskommunen

Når det gjelder tilskudd til bygging av sykehus, er komiteen positiv til at dette utvides til også å gjelde psykiatriske sykehus.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er enig i at ordningen med et årlig rammetilskudd fra staten til fylkeskommunen videreføres i ny lov.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil peke på at disse medlemmer har etterlyst evaluering av alle sider ved innsatsstyrt finansiering, og forutsetter at en saklig, faglig og samfunnsmessig vurdering av nivået på den innsatsstyrete finansieringen nå blir forelagt Stortinget før eventuelt nye endringer foreslås.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til sine generelle merknader når det gjelder finansiering av offentlige sykehus. Disse medlemmer viser ellers til at Fremskrittspartiet over svært mange år har arbeidet for en stykk-

prisfinansiering i helsevesenet og er glad for at stykkprisfinansieringen, offisielt kalt innsatsbasert finansiering, nå er gjennomført i det offentlige helsevesenet med en andel på 50 pst. Disse medlemmer mener at den innsatsbaserte finansieringens prosentandel snarest bør økes til 60 pst. og senere til 80 pst. En slik økning vil ytterligere øke behandlingsskapiteten og redusere de lange sykehuskøene. Disse medlemmer mener videre at departementet må intensivere arbeidet med å inkludere de psykiatriske helsetjenestene i DRG-systemet slik at vi får en ens finansieringsform både for somatikk og psykiatri. Videre mener disse medlemmer at den totale finansieringen av sykehusene bør gå over borgernes helseforsikringsselskap, nemlig Folketrygden. Den innsatsbaserte finansieringsdelen bør gå direkte til sykehusene og ikke til fylkeskommunene, slik ordningen er i dag.

Disse medlemmer viser til at de fleste fylkeskommunene nå har etablert driftsavtaler med et betydelig antall private spesialister, noe disse medlemmer ser positivt på. Disse medlemmer vil imidlertid bemerke at de nåværende normaltakster for operative inngrep utenfor sykehus ikke lenger gjør det regningssvarende for private kirurgiske spesialister av ulike slag å utføre behandling i praksis. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til det dokument 8-forslag fremsatt av disse medlemmer som ligger i komiteen til behandling, et forslag som ville gjøre det mulig å utnytte den kirurgiske kapasitet særlig innen øyesykdom, øre-, nese- og halssykdom hos de praktiserende avtalespesialistene, og som dermed kunne medvirke til en sterk reduksjon av ventetiden for disse pasientkategoriene.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til Høyres modell med statlig ansvar for spesialisthelsetjenesten og fremmer derfor følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 6-2 lyde:

#### § 6-2 Tilskudd til de statlige regionkontorene

Staten yter årlig driftstilskudd til delvis dekning av utgiftene i spesialisthelsetjenesten. Tilskuddet fordeles gjennom de statlige regionkontorene etter regler gitt av Kongen.

Staten skal yte aktivitetsavhengige tilskudd eller tilskudd til bestemte formål til delvis dekning av helseinstitusjonenes utgifter til helsetjenester etter denne loven.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om beregning og utbetaling av tilskudd som nevnt i annet ledd.

Departementet kan kreve seg forelagt budsjett, regnskap og andre opplysninger om drift av spesialisthelsetjeneste.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at en økning av den innsatsstyrte finansieringen på bekostning av rammetilskuddet til sykehusdriften over tid vil kunne virke sentraliserende, fordi sykehus med redusert helsepersonellbemanning i forsterket grad vil mangle midler til å øke produksjonen, mens større sentrale enheter med god bemanning lettere vil kunne omstille seg til nye produksjonskrav betinget av lettere tilgang på fagfolk. Etter dette medlems syn vil det være både svært uheldig og gi generelle negative ringvirkninger for det helhetlige helsetjenestetilbudet til befolkningen, dersom den innsatsstyrte finansieringen stadig økes uten en forutgående evaluering av hvilke samfunnsmessige ringvirkninger innføringen av denne finansieringsmodellen så langt har gitt.

#### § 6-4 Tilskudd til regionsykehus

Komiteen er enig i bestemmelsen om at funksjonstilskuddet til regionsykehusene skal overføres direkte til sykehusene slik at der klart framgår hva tilskuddet skal benyttes til.

#### § 6-5 Pasientens bostedsfylke

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at § 6-5 ikke vil være relevant i Høyres modell hvor Norge gjøres til ett helsesone, og disse medlemmer vil derfor stemme mot forslaget til § 6-5.

#### § 6-6 Refusjonskrav mot pasientens bostedsfylke

Komiteen har merket seg at det i lov om pasientrettigheter er foreslått at det for pasienter som velger behandling utenfor hjemfylket, skal være en deling av reiseutgiftene mellom folketrygden og pasienten selv. Komiteen har videre merket seg at departementet foreslår å komme tilbake til hvordan denne delingen skal skje, i forbindelse med budsjettet for år 2 000.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er kjent med at gjestepasientordningen av forskjellige årsaker kan være et hinder for god pasientflyt.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener at dette er meget uheldig, men finner at det er nødvendig med en oppgjørsordning da fylkeskommunens ansvar for sykehustjenestene er knyttet til dens egne innbyggere.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre beklager at lovpropo-

sisjonen viderefører gjestepasientordningen hvor utgiftene til behandling belastes bostedsfylke som fortsatt er ansvarlig for behandling som skjer utenom egen fylkeskommune. Disse medlemmer vil hevde at gjestepasientordningen er en lite tjenlig ordning for pasientene, en ordning som fortsatt kan føre til underbehandling og manglende etterbehandling både innen somatikken og psykiatrien. Disse medlemmer mener også at gjestepasientordningen vil være negativ i forhold til fritt sykehusvalg.

Disse medlemmer viser i den forbindelse til at om en hadde hatt et statlig ansvar for sykehusene og en finansieringsordning hvor pengene fulgte pasientene, ville det være likegyldig om pasientene blir behandlet i eget eller i andre fylker. En ville slippe den uheldige tvangsflyttingen av relativt dårlige pasienter fra gjestefylket til bostedsfylke slik praksis er i dag. For de pasienter dette gjelder, og det er relativt mange, er dette en svært uheldig ordning både for pasienten og pasientens pårørende.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil komme tilbake til gjestepasientordningen under behandlingen av pasientrettighetsloven.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at § 6-6 ikke vil være relevant i Høyres modell hvor Norge gjøres til ett helsesone, og disse medlemmer vil derfor stemme mot forslaget til § 6-6.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at Sosialistisk Venstreparti har gått mot det generelt frie sykehusvalget på landsplan, mens partiet har støttet det frie sykehusvalget innen samme helseregion. Dette medlem tar til etterretning at stortingsflertallet har åpnet for et generelt fritt sykehusvalg på samme behandlingsnivå. Dette medlem mener at det er viktig å evaluere alle konsekvenser over tid som et slikt fritt sykehusvalg gir, med særlig vekt også på risikoen for at de mindre, lokale sykehusene gjennom denne ordningen, i kombinasjon med den økte innsatsstyrte finansieringen, ikke greier å oppebære et tilbud til befolkningen.

Dette medlem vil påpeke at innenfor samme helseregion vil en fornuftig ressurs- og oppgavefordeling mellom de ulike sykehusene kunne bidra til et bedret helsetjenestetilbud til befolkningen. Dette forutsetter imidlertid samarbeid om pasientene, i stedet for konkurranse om de midler som pasientbehandlingen utløser. Også gjestepasientordningen kan ha utilsiktede effekter, ved at sykehusene ser seg tjent med å overta behandlingsansvaret fra lokalsykehusene, fordi dette øker inntjeningen. Etter dette medlems syn er det til enhver tid viktig å vurdere de samfunnsmessige konsekvensene så vel av det frie sy-

kehusvalget som av den innsatsstyrte finansieringen, slik at ordningene ikke bidrar til utilsiktede(?) effekter som i sin konsekvens reduserer det stedlige helsetjenestetilbudet til befolkningen.

### § 6-9 Pasienters egenbetaling

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet, er enig i prinsippene om at det ikke betales egenandel ved forsinket behandling, og at det må betales egenandel for avtalt time som pasienten ikke møter opp til.

Komiteens medlemmer fra Høyre fremmer følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 6-9 første ledd nr. 3 lyde:

3. at pasienter som oppholder seg i langtidsinstitusjoner helt eller delvis skal dekke inntil 25 prosent av forpleiningsutgiftene når dette finnes rimelig etter pasientens økonomiske kår. Det kan ikke tas refusjon i kontantytelser som pasienten oppbeholder etter folketryktdloven, og heller ikke midler som skriver seg fra slike ytelser.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til det aktuelle lovforslaget, der det uttrykkes at

«Departementet kan gi forskrift om:

1. ...herunder fritak for betaling ved forsinket behandling/undersøkelse eller kontroll,»

Dette medlem tolker ikke dette til å gjelde generelt fritak for egenandel ved forsinket behandling, men at forskriften skal knytte betingelser til når fritak vil være aktuelt. Dette medlem vil anta at det fortsatt vil forekomme situasjoner der uforutsette hendelser vil nødvendiggjøre omprioriteringer, men uten at forsinkelsen som oppstår behøver å ha et omfang som medfører vesentlige konsekvenser for den innkalte pasienten. Et fullt fritak for utgifter vil i slike tilfeller påføre behandlingssenheten tap av inntekter som i sin konsekvens vil kunne føre til svekkelse av det generelle pasienttilbudet gjennom reduserte driftsmidler. Det som primært framstår som en styrket pasientrettighet, kan dermed over tid medføre reduksjoner i pasienttilbudet.

Dette medlem finner det derimot rimelig med full refusjon av utgifter til den enkelte pasient der en planlagt undersøkelse eller behandling ikke kan finne sted, og der pasienten som en konsekvens av dette ellers vil påføres unødige kostnader og byrder. I slike tilfeller vil krav om pasientbetaling framstå som urimelig også fordi sykehuset ikke vil ha blitt tilført til-

svarende kostnader som ved en gjennomført, men forsinket behandling.

### § 7-1 Taushetsplikt

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet, viser til tredje ledd i § 7-1 og vil understreke at taushetspliktbestemmelsene ikke må praktiseres slik at det hindrer nødvendig informasjon for å kunne gi pasientene opplysninger om forebyggende tiltak eller behandling.

Flertallet vil også vise til lov om pasientrettigheter, kap. 4, som gir pasienten rett til å gi sitt samtykke til helsehjelp basert på nødvendig informasjon fra den instans som har foretatt eventuelle undersøkelser og utredninger.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti støtter forslaget om å utvide omfanget av taushetsplikten i forhold til forvaltningsloven. Dette innebærer at taushetsplikten for de som utfører tjenester eller arbeider i helseinstitusjoner, blir i samsvar med taushetsplikten i lov om sosiale tjenester. Disse medlemmer vil understreke at en utvidelse av taushetsplikten vil gi pasientene større trygghet for å oppsøke en helseinstitusjon i en vanskelig situasjon. For ytterligere å verne om pasientens tillitsforhold til helseinstitusjonene støtter disse medlemmer bestemmelsen om å innsnevre adgangen til å gi opplysninger til andre forvaltningsorgan.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til sine generelle merknader i innstillingen til helsepersonelloven, hvor disse medlemmer gikk mot §§ 32 og 33 som omfatter meldingsplikt for helsepersonell til sosialtjenesten og barneverntjenesten.

### § 7-2 Opplysningsplikt til tilsynsmyndighetene

Komiteen vil vise til at det er foreslått en viss utvidelse av kretsen av opplysningspliktige. Komiteen er enig i at virkeområdet dermed er tydeligere avgrenset. Komiteen ser det som riktig at også private virksomhetsutøvere får opplysningsplikt overfor tilsynsmyndighetene.

### § 7-3 Meldinger om helsepersonells virksomhet

Komiteen vil vise til at Regjeringen har foreslått i Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998-2001 å etablere en personellstatistikk. Komiteen vil peke på at en god oversikt over helsepersonellressursene vil være med å gi staten et godt beslutningsgrunnlag i styringen av helsetjenestene. Komiteen vil vise til at fylkeskommunen får plikt til å

motta og registrere meldinger om helsepersonell i fylkeskommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til sitt forslag om statlig ansvar for spesialisthelsetjenesten og opprettelse av statlige regionkontorer i helseregionene.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 7-3 første ledd lyde:

Det statlige regionkontoret skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i helseregionen og i spesialisthelsetjenesten.»

#### **§ 7-4 Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten**

Komiteen vil peke på at behovet for veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten øker. Komiteen ser det derfor som viktig at det er en bestemmelse om veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Komiteen vil understreke at hvis kommunehelsetjenesten skal kunne ta i bruk medisinsk utstyr eller behandlingsmetoder i hjemmene, er det helt nødvendig at den mottar veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil og føre til økt sikkerhet og trygghet for pasienten.

I forslaget til ny spesialisthelsetjenestelov har komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet merket seg at enkeltpersoner er tillagt et ubegrenset veiledningsansvar overfor kommunehelsetjenesten. I § 7-4 pålegges helsepersonell å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver. Slik disse medlemmer ser det, bryter denne bestemmelsen med resten av loven som regulerer de ulike eiere og tjenestenivåer. Disse medlemmer foreslår ny lovtekst til § 7-4.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 7-4 lyde:

*§ 7-4 Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten*

Den som organiserer spesialisthelsetjeneste, og som omfattes av offentlige helseplaner, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysning om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.»

#### **§ 8-1 Pålegg**

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peke på at ny lov viderefører sanksjonsmulighetene fra någjeldende lov. Flertallet er kjent med at sanksjonsmulighetene ikke har vært benyttet ofte, men flertallet finner det viktig å opprettholde sanksjonsmuligheten.

Flertallet vil videre vise til at sosialkomiteen ved behandlingen av budsjettet for 1998 ba Regjeringen vurdere om det var behov for å utvide og styrke Statens helsetilsyns sanksjonsmuligheter. Flertallet har merket seg at flere av høringsinstansene er skeptiske til å innføre myndighet for Statens helsetilsyn til å ilegge tvangsmulkt, og at departementet i lys av høringsuttalelsene ikke vil foreslå hjemmel for dette på det nåværende tidspunkt.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser innledningsvis til hva en enstemmig sosialkomité uttalte i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 1998:

«Komiteen ser behov for å utvide og styrke Statens helsetilsyns sanksjonsmuligheter ved brudd på sykehusloven og ber departementet vurdere dette.»

Disse medlemmer beklager at denne sterke uttalelsen fra sosialkomiteen ikke er tatt til følge i foreliggende spesialisthelsetjenestelov. Disse medlemmer har imidlertid registrert at fylkeskommuner og KS i sine høringsuttalelser har vært sterkt negative til å gi Statens helsetilsyn sterkere sanksjonsmuligheter, og disse medlemmer beklager at departementet her har tatt større hensyn til KS enn til brukerne av helsetjenesten.

Disse medlemmer mener fortsatt at Statens helsetilsyn må gis utvidede sanksjonsmuligheter særlig i forhold til systemsvikt i helsevesenet. Disse medlemmer er klar over at Helsetilsynet i dag i tillegg til å gi pålegg har fullmakt til å stenge helseinstitusjoner, men av forståelige grunner er det bortimot en umulighet. Disse medlemmer mener imidlertid at døgnmulkt og foretaksstraff, det siste er foreslått av riksadvokaten i hans høringsuttalelse, er gode virkemidler for å få sykehuseiere til å etterleve pålegg fra Statens helsetilsyn. Disse medlemmer viser igjen til en kjennelse i Høyesterett av 1997 hvor Høyesterett påpekte mangler i dagens lovgivning når det gjelder krav til organisering og ansvar på tvers av sykehusavdelinger. Disse medlemmer ser det som et stort paradoks at Statens helsetilsyn overfor helsepersonell kan gå til drastiske reaksjoner, mens helsetilsynet ikke har noen sanksjonsmulighet i forhold til sykehuseier når det gjelder organisering og systemsvikt.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 8-1 første ledd lyde:

Dersom helsetjenester som omfattes av denne loven, drives på en måte som er i strid med loven eller bestemmelser gitt i medhold av den, og driften antas å kunne ha skadelige følger for pasienten, skal Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette forholdene. Dersom Statens helsetilsyn finner det nødvendig, kan tilsynet ilegge tvangsmulkt eller foretaksstraff. I spesielle tilfeller kan stengning pålegges.»

### 3. FORSLAG FRA MINDRETALL

#### Forslag fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

##### *Forslag 1*

Stortinget ber Regjeringen vurdere om privatpraktiserende helsepersonell med driftsavtale kan pålegges å delta i undervisning og opplæring av helsepersonell.

##### *Forslag 2*

Stortinget ber Regjeringen sørge for at ingen offentlige sykehus omdannes til aksjeselskap før Stortinget har behandlet eller uttalt seg om Sørensen-utvalgets innstilling.

#### Forslag fra Fremskrittspartiet og Høyre:

##### *Forslag 3*

I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal følgende bestemmelser lyde:

§ 1-1 skal lyde:

##### *§ 1-1 Lovens formål*

Lovens formål er særlig å:

1. motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming,
2. sørge for å oppfylle pasientenes rett til behandling,
3. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
4. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
5. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov,
7. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene, og
8. bidra til å fremme folkehelsen.

§ 2-1 skal lyde:

##### *§ 2-1 Statens ansvar for visse helsetjenester*

Staten skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i riket tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehustjenester
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester
3. akuttmedisinsk beredskap, og
4. luftambulansetjeneste.

Staten skal også sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i riket tilbys medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt.

Tjenester som nevnt i første og annet ledd kan ytes av staten selv, eller ved at staten inngår avtale med andre tjenesteytere. Private og offentlige tilbydere skal stilles likt.

Departementet kan i forskrift stille krav til tjenester som omfattes av denne loven.

§ 2-3 andre ledd skal lyde:

Helsetjenesten skal ha en forsvarlig organisering og må innrettes slik at det enkelte helsepersonell gjøres i stand til å overholde sine lovbestemte plikter.

§ 2-6 første ledd skal lyde:

I helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal pasientansvarlig lege eller den som helseinstitusjonen utpeker, utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseinstitusjonene skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

§ 3-2 første ledd skal lyde:

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Pasientansvarlig lege har ansvaret for pasientens journal og tar stilling til hvilke opplysninger som skal stå i journalen.

§ 3-7 skal lyde:

##### *§ 3-7 Om pasientansvarlig lege*

Det pålegges sykehuset å utpeke pasientansvarlig lege i hvert enkelt tilfelle.

§ 3-9 skal lyde:

##### *§ 3-9 Ledelse i sykehus*

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer.

##### *Forslag 4*

Stortinget ber Regjeringen legge flertallsforslaget fra Sørensen-utvalgets innstilling til grunn for organisering av sykehus slik at sykehuseierne står fritt til å velge mellom alle de ulike tilknytningsformer for sykehusene som utvalget mener bør være tilgjengelige.

**Forslag fra Fremskrittspartiet:***Forslag 5*

I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal følgende bestemmelser lyde:

§ 2-5 skal lyde:

*§ 2-5 Ventelisteregistrering*

Fylkeskommuner og helseinstitusjoner skal føre ventelister over pasienter som søker og har behov for helsehjelp som omfattes av denne loven. Ventetiden for behandling skal ikke overstige den maksimale tidsfrist som er satt for behandling av pasienten av lege eller helseinstitusjon ved første eller annen gangs vurdering. Det av legen fastsatte behandlingstidspunkt for pasientene skal være juridisk bindende for fylkeskommunen.

§ 4-1 tredje ledd skal lyde:

Ved vurdering av godkjenning skal kriteriene for godkjenning utelukkende være av faglig karakter. Kriteriene for godkjenning av sykehus eller helsetilbud skal være de samme for offentlige og private sykehus eller tjenester.

§ 7-4 skal lyde:

*§ 7-4 Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten*

Den som organiserer spesialisthelsetjeneste, og som omfattes av offentlige helseplaner, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysning om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

§ 8-1 første ledd skal lyde:

Dersom helsetjenester som omfattes av denne loven, drives på en måte som er i strid med loven eller bestemmelser gitt i medhold av den, og driften antas å kunne ha skadelige følger for pasienten, skal Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette forholdene. Dersom Statens helsetilsyn finner det nødvendig, kan tilsynet illegge tvangsmulkt eller foretaksstraff. I spesielle tilfeller kan stengning pålegges.

**Forslag fra Høyre:***Forslag 6*

I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. skal følgende bestemmelser lyde:

§ 2-5 skal lyde:

*§ 2-5 Ventelisteregistrering*

Staten skal sørge for

1. at helseinstitusjoner fører ventelister over pasienter som søker og har behov for helsehjelp som omfattes av denne loven,
2. at registrerte pasienter innen en individuelt fastsatt og medisinsk begrunnet frist skaffes helsehjelp på offentlig eller godkjent privat institusjon i riket eller i utlandet

§ 3-1 annet ledd skal lyde:

Det skal i hvert fylke utpekes minst en helseinstitusjon eller avdeling i slik institusjon med tilsvarende plikt overfor pasient som trenger psykiatrisk helsehjelp.

§ 4-1 tredje ledd skal lyde:

Ved vurderingen av om godkjenningen skal gis, kan det blant annet legges vekt på om faglige hensyn taler for at helseinstitusjonen eller helsetjenesten godkjennes, om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er tatt inn på regional helseplan og om de tjenester som skal ytes, finnes forsvarlige.

§ 5-1 første ledd skal lyde:

Staten kan inngå avtaler med en eller flere kommuner om samarbeid for å løse oppgaver som den er pålagt i denne loven.

§ 5-2 skal lyde:

*§ 5-2 Nasjonal sykehusplan*

Stortinget vedtar en nasjonal sykehusplan som fastlegger fordelingen av lands- og regionfunksjoner.

Riket inndeles i helseregioner. Kongen bestemmer hvilke fylker som utgjør en helseregion.

§ 5-3 skal lyde:

*§ 5-3 Statlige regionkontor*

I hver helseregion skal det etableres et statlig regionkontor med ansvar for spesialisthelsetjenesten innen regionen.

Det statlige regionkontoret skal stå for fordeling av funksjoner mellom sykehusene i regionen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om det statlige regionkontorets oppgaver.

§ 5-4 skal lyde:

*§ 5-4 Regionale helseplaner*

Det statlige regionkontoret, jf. § 5-3, skal på vegne av staten utarbeide en regional helseplan. Det skal fremgå av planen hvilke institusjoner og tjenester staten skal yte tilskudd etter § 6-1 annet ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om innhold og utforming av den regionale helseplanen og rapportering om gjennomføring av planen.

Den regionale helseplanen skal vedtas av departementet.

§ 5-5 første ledd nr.1 skal lyde:

1. antall nye spesialistlegestillinger innen hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved institusjoner og tjenester som inngår i den enkelte regionale helseplan, jf. § 5-4 første ledd.

§ 5-5 tredje ledd skal lyde:

De statlige regionkontorene fordeler stillingene og avtalehjemplene som nevnt i første ledd.

§ 6-1 annet ledd skal lyde:

Staten skal dekke godkjente utgifter til drift og vedlikehold av institusjoner og tjenester som i sin helhet i henhold til regional helseplan, jf. § 5-4, er statens ansvar. Utgifter til privat praksis som drives i henhold til avtale med det statlige regionkontoret skal dekkes etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og staten.

§ 6-2 skal lyde:

*§ 6-2 Tilskudd til de statlige regionkontorene*

Staten yter årlig driftstilskudd til delvis dekning av utgiftene i spesialisthelsetjenesten. Tilskuddet fordeles gjennom de statlige regionkontorene etter regler gitt av Kongen.

Staten skal yte aktivitetsavhengige tilskudd eller tilskudd til bestemte formål til delvis dekning av helseinstitusjonenes utgifter til helsetjenester etter denne loven.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om beregning og utbetaling av tilskudd som nevnt i annet ledd.

Departementet kan kreve seg forelagt budsjett, regnskap og andre opplysninger om drift av spesialisthelsetjeneste.

§ 6-9 første ledd nr. 3 skal lyde:

3. at pasienter som oppholder seg i langtidsinstitusjoner helt eller delvis skal dekke inntil 25 prosent av forpleiningsutgiftene når dette finnes rimelig etter pasientens økonomiske kår. Det kan ikke tas refusjon i kontantytelser som pasienten oppbærer etter folketrygdloven, og heller ikke midler som skriver seg fra slike ytelser.

§ 7-3 første ledd skal lyde:

Det statlige regionkontoret skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i helseregionen og i spesialisthelsetjenesten.

#### 4. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen viser for øvrig til proposisjonen og det som står foran, og rår Odelstinget til å gjøre slikt

vedtak til lov

om spesialisthelsetjenesten m.m.

#### Kapittel 1 Formål og virkeområde

*§ 1-1 Lovens formål*

Lovens formål er særlig å:

1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming,
2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

*§ 1-2 Lovens virkeområde*

Loven gjelder for spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes i riket av fylkeskommunen, staten og private, når ikke annet følger av de enkelte bestemmelser i loven.

Departementet kan ved forskrift eller i det enkelte tilfelle bestemme hva som er spesialisthelsetjeneste.

Kongen gir forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold. Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser som er gitt i denne lov skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk, og på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel.

Det som er fastsatt for fylkeskommuner i denne loven, gjelder også for Oslo kommune.

#### Kapittel 2 Ansvarsfordeling og generelle oppgaver

*§ 2-1 Fylkeskommunens ansvar for visse helse-tjenester*

Fylkeskommunen skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i fylket tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehus tjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, og
3. akuttmedisinsk beredskap.

Fylkeskommunen skal også sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i fylket tilbys medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt.



Tjenester som nevnt i første og annet ledd kan ytes av fylkeskommunen selv, eller ved at fylkeskommunen inngår avtale med andre tjenesteytere.

Departementet kan i forskrift stille krav til tjenester som omfattes av denne loven.

#### § 2-2 Statens ansvar for luftambulansetjenesten

Staten skal sørge for at allmennheten tilbys luftambulansetjeneste. Staten kan inngå avtale med offentlige eller private ambulansetøvere. Luftambulansetjenesten skal drives i samarbeid med de berørte fylkeskommuner.

#### § 2-3 Plikt til forsvarlighet

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

#### § 2-4 Departementets bestemmelser om sykehuses oppgaver, anskaffelse av utstyr m.m.

Departementet kan ved forskrift eller i det enkelte tilfelle gi bestemmelser om:

1. oppgaver for og oppgavefordeling mellom sykehus,
2. anskaffelse og bruk av medisinsk-teknisk utstyr ved sykehus,
3. bruk av metoder for undersøkelse og behandling ved sykehus, og
4. markedsføring av tjenester som omfattes av denne loven, herunder forbud mot visse former for markedsføring.

#### § 2-5 Ventelisteregistrering

Departementet kan gi forskrifter om

1. at fylkeskommuner og helseinstitusjoner skal føre ventelister over pasienter som søker og har behov for helsehjelp som omfattes av denne loven,
2. fylkeskommunens ansvar for å skaffe registrerte pasienter innenfor visse prioriterte pasientgrupper helsehjelp i eller utenfor fylket på offentlig institusjon, samt pasienters rett til selv å skaffe slik helsehjelp, og
3. fylkeskommunens rapporteringsplikt for aktivitetstall.

#### § 2-6 Individuell plan

Fylkeskommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Fylkeskommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

#### § 2-7 Opplæring, etterutdanning og videreutdanning

Eier av virksomhet som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt hel-

sepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

#### § 2-8 Om informasjon

Eieren av en helseinstitusjon som omfattes av denne loven, har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. lov om pasientrettigheter § 2-1, § 2-2 og § 2-3.

Eieren av en helseinstitusjon som omfattes av denne loven, har plikt til å gi slik informasjon som pasienter har rett til å motta etter lov om pasientrettigheter § 3-2 siste ledd.

Departementet kan gi forskrift om det nærmere innhold i informasjonsplikten etter første og annet ledd.

### Kapittel 3 Særlige plikter og oppgaver

#### § 3-1 Øyeblikkelig hjelp

Sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling.

Fylkeskommunen skal utpeke minst én helseinstitusjon eller avdeling i slik institusjon med tilsvarende plikt overfor pasient som trenger psykiatrisk helsehjelp.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntreffer ikke dersom institusjonen eller avdelingen vet at nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide.

Departementet kan gi forskrift om det nærmere innhold i plikten til å yte øyeblikkelig hjelp.

#### § 3-2 Journal- og informasjonssystemer

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.

Departementet kan gi forskrift om drift, innhold og opprettelse av journal- og informasjonssystemer.

Kongen kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om bruk av elektronisk journal, og kan herunder oppstille krav om opplæring og tiltak som skal sikre at utenforstående ikke får kjennskap eller tilgang til journalen.

#### § 3-3 Meldeplikt til fylkeslegen

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal snarest mulig gi skriftlig melding til fylkeslegen om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

Departementet kan gi forskrift om innsendelse av meldinger som nevnt i første ledd, og om det nærmere innholdet i slike meldinger. Departementet kan også bestemme at helsetjenester som ikke er knyttet til helseinstitusjon, skal omfattes av meldeplikten etter første ledd.

#### § 3-4 Kvalitetsutvalg

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll institusjonen er pliktig til å føre i henhold til § 3 i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse-tjenesten. Utvalget kan uten hinder av taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for utførelse av dets arbeid.

Departementet kan gi forskrift om kvalitetsutvalgenes arbeid, herunder om informasjon til pasienter og om habilitet for utvalgets medlemmer.

#### § 3-5 Om helseinstitusjoners deltakelse i undervisning og opplæring

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal delta i undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister.

Departementet kan gi forskrifter om helseinstitusjonenes plikt til å delta i undervisning og opplæring.

#### § 3-6 Særlige plikter i forbindelse med barns institusjonsopphold

Departementet kan gi forskrift om helseinstitusjonenes særlige plikter i forhold til barn som oppholder seg i institusjonen, herunder bestemmelser om dekning av pårørendes utgifter til mat, reise og overnatting når de av hensyn til barnet oppholder seg i institusjonen store deler av døgnet.

#### § 3-7 Om pasientansvarlig lege m.m.

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om pasientansvarlig lege og tilsvarende ordninger for andre grupper helsepersonell.

#### § 3-8 Sykehusenes oppgaver

Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver:

1. pasientbehandling,
2. utdanning av helsepersonell,
3. forskning, og
4. opplæring av pasienter og pårørende.

#### § 3-9 Ledelse i sykehus

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner.

Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.

## Kapittel 4 Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester

### § 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 tatt inn på regional helseplan, jf. § 5-3, 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.

## Kapittel 5 Samarbeid innen den offentlige helsetjenesten og legefordeling

### § 5-1 Samarbeid innen den offentlige helsetjenesten

En fylkeskommune kan inngå avtale med en eller flere kommuner eller fylkeskommuner eller med staten om samarbeid for å løse oppgaver som den er pålagt i denne loven.

Kongen kan, når det finnes påkrevet for å ivareta pasientenes interesser eller nasjonale interesser innen helsetjenesten, generelt eller i det enkelte tilfellet gi bestemmelser om inngåelsen av, og innholdet i, et samarbeid som nevnt i første ledd.

### § 5-2 Regionalt samarbeid

Riket inndeles i helseregioner. Kongen bestemmer hvilke fylkeskommuner som utgjør en helseregion.

Fylkeskommunene som utgjør en helseregion skal etablere et regionalt helseutvalg for samarbeid om spesialisthelsetjenesten innen regionen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om det regionale helseutvalgets oppgaver.

### § 5-3 Regionale helseplaner

Det regionale helseutvalg, jf. § 5-2 annet ledd, skal på vegne av fylkeskommunene i regionen utarbeide en regional helseplan. Det skal fremgå av planen hvilke institusjoner og tjenester den enkelte fylkeskommune skal yte tilskudd til etter § 6-1 annet ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om innhold og utforming av den regionale helseplanen og rapportering om gjennomføring av planen.

Den regionale helseplanen skal vedtas av departementet.

#### § 5-4 *Twist om utgiftsfordeling*

Twist om utgiftsfordeling i tilknytning til samarbeid som nevnt i §§ 5-1 og 5-2 kan bringes inn for departementet som med endelig virkning kan fastsette utgiftsfordelingen. Dette gjelder ikke samarbeidsavtale hvor staten er part.

#### § 5-5 *Legefordeling*

Departementet kan hvert år fastsette:

1. antall nye spesialistlegestillinger innen hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved institusjoner og tjenester som inngår i den enkelte regionale helseplan, jf. § 5-3 første ledd.
2. antall nye hjemler for avtaler om drift av privat spesialistpraksis som kan opprettes innen hver enkelt helseregion.
3. antall nye spesialistlegestillinger innen hver medisinsk spesialitet som kan opprettes innen statlige institusjoner og tjenester.

Antall nye stillinger og avtalehjemler som nevnt i første ledd nr. 1 og 2 angis som en samlet ramme for hver enkelt helseregion fordelt på de ulike medisinske spesialiteter. Antall nye stillinger etter første ledd nr. 3 angis som en del av rammen for den aktuelle helseregion.

De regionale helseutvalg fordeler stillingene og avtalehjemlene som nevnt i første ledd.

Departementet kan ved forskrift gi nærmere regler til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen.

## **Kapittel 6 Finansiering**

### § 6-1 *Ansaret for utgiftene*

Den som eier helseinstitusjon eller annen virksomhet som omfattes av denne loven, skal selv dekke utgiftene til planlegging, utbygging, drift, vedlikehold og endring av institusjonen eller tjenestene, med mindre andre helt eller delvis dekker utgiftene etter bestemmelsene i dette kapittel.

Fylkeskommunen skal dekke godkjente utgifter til drift og vedlikehold av private institusjoner og tjenester som i henhold til regional helseplan, jf. § 5-3, er fylkeskommunens ansvar. Utgifter til privat praksis som drives i henhold til avtale med fylkeskommunen skal dekkes etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og fylkeskommunen.

### § 6-2 *Tilskudd til fylkeskommunen*

Staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av fylkeskommunens utgifter. Tilskuddet fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene etter regler gitt av Kongen.

Staten kan yte aktivitetsavhengige tilskudd eller tilskudd til bestemte formål til delvis dekning av fyl-

keskommunens utgifter til helsetjenester etter loven her.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om beregning og utbetaling av tilskudd som nevnt i annet ledd.

Departementet kan kreve seg forelagt budsjett, regnskap og andre opplysninger om drift av spesialisthelsetjenester.

### § 6-3 *Tilskudd til bygging av sykehus*

Staten skal delvis dekke utgiftene til renter og avdrag av godkjente kostnader for byggearbeider ved sykehus som inngår i plan som nevnt i § 5-3.

Kongen kan gi forskrift om beregning og utbetaling av statens tilskudd etter første ledd.

### § 6-4 *Tilskudd til regionsykehus*

Staten skal yte tilskudd til regionsykehus og sykehus med universitetsklinikkfunksjoner til dekning av merutgifter som følge av utdanning, forskning og særlige funksjoner ved vedkommende institusjon.

Staten skal yte tilskudd til eier av regionsykehus og sykehus med universitetsklinikkfunksjoner til delvis dekning av sykehusets driftsutgifter.

### § 6-5 *Pasientens bostedsfylke*

Som bostedsfylke skal regnes det fylket der pasienten har sin faste bopel. Dersom pasienten ikke har fast bopel, skal det fylket hvor vedkommende har sitt faste oppholdssted regnes som bostedsfylke.

For pasient som oppholder seg i institusjon eller privat forpleiningssted hvor oppholdsutgiftene helt eller delvis dekkes av det offentlige etter denne loven, skal forholdene på den tid da vedkommende ble tatt i institusjon eller forpleiningssted legges til grunn.

Inntil et barn fyller 16 år har barnet samme bostedsfylke som foreldrene eller som den av foreldrene barnet lever hos eller senest levde hos. For barn som fyller 16 år under opphold i institusjon eller forpleiningssted som nevnt i annet ledd, skal det ved fortsatt opphold legges til grunn samme bostedsfylke som før barnet fylte 16 år.

Departementet avgjør i tvilstilfeller hvor en pasient har bostedsfylke.

### § 6-6 *Refusjonskrav mot pasientens bostedsfylke*

Statens og fylkeskommunens behandlings- og forpleiningsutgifter skal dekkes av pasientens bostedsfylke, jf. § 6-5. Det samme gjelder utgifter til behandling og forpleining som ytes av andre tjenesteytere etter avtale med pasientens bostedsfylke, jf. § 2-1. Til gjennomføring av psykisk helsevern dekkes også andre utgifter av bostedsfylket.

Pasientens bostedsfylke skal dekke utgifter til behandling og forpleining:

1. når det i henhold til internasjonal overenskomst foreligger rett til å reise til utlandet for å få nød-

vendig behandling. Dette gjelder også når andre norske myndigheter har forskottert beløpet overfor utenlandsk tjenesteyter,

2. når utgifter til sykehusbehandling i utlandet finansieres av folketrygden etter folketrygdloven § 5-22. Utgiftene dekkes i samme utstrekning som om behandlingen hadde funnet sted i Norge.

Departementet kan gi forskrift om beregning av utgifter som nevnt i første og annet ledd, og kan fastsette samme refusjonssatser for en eller flere grupper av institusjoner. Ved beregning av refusjonskrav fra regionsykehus skal det tas hensyn til den andel av utgiftene som statens tilskudd etter § 6-4 utgjør.

Utgifter til laboratorie- og røntgentjenester dekkes bare av pasientens bostedsfylke, jf. § 6-5, dersom dette følger av avtale mellom bostedsfylket og den som yter slike tjenester. Fylkeskommunene skal gjøre kjent hvilke medisinske laboratorier og røntgeninstitutt de har avtale med. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om finansieringen av laboratorie- og røntgentjenester, herunder overgangsordninger.

#### § 6-7 Dekning av utgifter for pasient som ikke har bosted i riket

Pasient som ikke har bosted i riket, skal dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene selv. Dersom pasienten ikke kan dekke utgiftene selv, skal de dekkes av vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter.

Folketrygden skal dekke behandlings- og forpleiningsutgifter for pasient som ikke har bosted i riket dersom vedkommende er trygdet etter folketrygdloven eller er stønadsberettiget i henhold til gjensidig avtale med annen stat.

Utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern skal dekkes av staten.

#### § 6-8 Dekning av utgifter til kontrollkommisjonenes virksomhet

Staten dekker utgiftene til kontrollkommisjonenes virksomhet, jf. lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 6-1.

Departementet kan gi forskrift om hvilke utgifter som omfattes av første ledd.

#### § 6-9 Pasienters egenbetaling

Departementet kan gi forskrift om:

1. pasienters betaling for poliklinisk behandling ved institusjon, hos legespesialist og spesialist i klinisk psykologi, herunder fritak for betaling ved forsinket behandling/undersøkelse eller kontroll,
2. pasienters betaling for bestilt time som ikke benyttes ved poliklinikk, hos legespesialist og spesialist i klinisk psykologi,
3. bostedsfylkets adgang til å bestemme at pasienter som oppholder seg i langtidsinstitusjoner helt

eller delvis skal dekke 25 prosent av forpleiningsutgiftene når dette finnes rimelig etter pasientens økonomiske kår. Det kan ikke tas refusjon i kontantytelser som pasienten oppebærer etter folketrygdloven og heller ikke i midler som skriver seg fra slike ytelser. Hvis det ikke kan påvises noe bosted for pasienten, tas avgjørelsen av fylkeskommunen der institusjonen ligger. Fylkeskommunens avgjørelse kan klages inn for fylkesmannen.

## Kapittel 7 Taushetsplikt, opplysningsplikt og veiledningsplikt

### § 7-1 Taushetsplikt

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for helseinstitusjon som omfattes av denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e.

Taushetsplikten gjelder også pasientens fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om en pasients oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til helseinstitusjonen.

Opplysninger til andre forvaltningsorganer etter forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 kan bare gis når dette er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter denne loven, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

### § 7-2 Opplysningsplikt til tilsynsmyndighetene

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid som angår helsetjenester som omfattes av denne loven, skal på anmodning gi Statens helsetilsyn eller fylkeslegen opplysninger som tilsynsorganet finner nødvendige for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Den som skal gi opplysning etter første punktum, skal også gi Statens helsetilsyn og fylkeslegene adgang til virksomheten.

Den som skal gi opplysninger etter første ledd, eller som ønsker å gi opplysninger til Statens helsetilsyn eller fylkeslegen av eget tiltak, kan gjøre det uten hinder av taushetsplikt, dersom det antas å være nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver etter lov, forskrift eller instruks.

Opplysninger som er gitt Statens helsetilsyn eller fylkeslegen i henhold til denne bestemmelsen, kan uten hinder av taushetsplikten forelegges sakkyndige til uttalelse eller departementet til orientering.

### § 7-3 Meldinger om helsepersonells virksomhet

Fylkeskommunen skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i fylkeskommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke opplysninger som skal mottas, når disse skal mottas, hvordan de skal registreres og at opplysningene viderefremmes til et sentralt register.

### § 7-4 *Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten*

Helsepersonell som er ansatt i offentlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra fylkeskommunen til sin virksomhet, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

## Kapittel 8 Pålegg

### § 8-1 *Pålegg*

Dersom helsetjenester som omfattes av denne loven drives på en måte som er i strid med loven eller bestemmelser gitt i medhold av den, og driften antas å kunne ha skadelige følger for pasienter, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette forholdene. Dersom Statens helsetilsyn finner det nødvendig, kan det gis pålegg om stenging av helseinstitusjonen.

Pålegg som nevnt i første ledd skal inneholde en frist for når retting skal være utført.

Pålegg som nevnt i første ledd kan påklages eller omgjøres uten klage etter reglene i forvaltningsloven kapittel VI. Klagen skal gis oppsettende virkning, hvis ikke Statens helsetilsyn bestemmer at vedtaket straks skal iverksettes.

## Kapittel 9 **Ikrafttredelse, overgangsbestemmelser, endringer i andre lover m.m.**

### § 9-1 *Oppfyllelse av internasjonal overenskomst*

Kongen kan gi forskrifter i den utstrekning det er nødvendig for å oppfylle internasjonale overenskomster.

### § 9-2 *Ikrafttredelse*

Loven trer i kraft fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelser i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

Fra tidspunktet for ikrafttredelse blir følgende lover opphevet: Lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus m.v., lov av 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern kapittel I, V og §§ 21 a, 21 b og 22.

### § 9-3 *Pasienter i privat forpleining under det psykiske helsevernet*

Fylkeskommunene plikter å opprettholde ordningen med privat forpleining som omtalt i lov om psykisk helsevern av 28. april 1961 nr. 2.

Privat forpleining som tvungent psykisk helsevern kan bare videreføres for den enkelte pasient dersom vilkårene etter § 3-3 og § 3-9 i lov om etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern (psykiatriloven) er oppfylt.

Kongen gir nærmere forskrifter om gjennomføringen av den private forpleiningen, herunder bruken

av forpleiningskontrakter og ansvaret for den medisinske oppfølgingen av pasientene.

### § 9-4 *Endringer i andre lover*

1. I lov av 9. februar 1973 nr. 6 om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m. gjøres følgende endring:

§ 7 første ledd skal lyde:

Av medisinske grunner kan foretas obduksjon av den som er død i sykehus, *sykestuer, fødestuer og sykehjem* eller av den som er brakt død til slik institusjon.

2. I lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd (abortloven) gjøres følgende endring:

§ 14 skal lyde:

Fylkeskommunene skal organisere sykehustjenesten slik at kvinnen innen området til enhver tid kan få utført svangerskapsavbrudd, jfr *lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1*. Ved organiseringen skal det tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slike inngrep.

3. I lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene skal § 6-2 a lyde:

*Kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.*

*Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.*

4. I lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) gjøres følgende endringer:

§ 6-1 første ledd skal lyde:

Enhver har rett til nødvendig smittevernhjelp. Smittevernhjelp er å anse som en del av rett til helsehjelp, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og *lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-1*.

§ 7-11 første ledd skal lyde:

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommuner og fylkeskommuner skal ha etter denne loven, kommunehelsetjenesteloven og *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* i forbindelse med smittsomme sykdommer.

5. I lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) gjøres følgende endringer:

§ 5-7 annet ledd første punktum skal lyde:

Stønad til psykologhjelp gis bare dersom psykologen har avtale om driftstilskott med fylkeskommunen, se *lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 6-1*.

§ 5-16 første ledd og femte ledd skal lyde:

Trygden yter stønad til dekning av nødvendige reiseutgifter når et medlem må reise for å få undersøkelse eller behandling som går inn under dette kapitlet. Det samme gjelder når et medlem må reise til en helsestasjon eller et familievernkontor, og når et medlem må reise i forbindelse med en helsetjeneste som inngår i *regional helseplan, se lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 5-3, eller som dekkes av fylkeskommunen etter lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 6-6 annet ledd*.

Trygden yter stønad ved bruk av luftambulansedersom fly- eller helikopterselskapet har avtale med trygden. Utgifter til ambulansebil eller ambulansebåt dekkes etter *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

§ 6-8 første ledd skal lyde:

Retten til grunnstønad og hjelpestønad faller bort når et medlem oppholder seg i en institusjon eller boform for heldøgns omsorg og pleie etter sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven eller *lov om*

*spesialisthelsetjenesten m.m.* Det samme gjelder for et medlem som sitter i varetekt, soner straff eller er sikret i en av fengselsvesenets anstalter.

§ 13-12 første ledd bokstav a) skal lyde:

Følgende personer er yrkesskadedekket:

a) medlemmer som er under behandling i en helseinstitusjon som er offentlig godkjent *etter lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

§ 22-4 tredje ledd skal lyde:

Bestemmelsene i denne paragrafen omfatter langtidspasienter som er innlagt i en institusjon som går inn under *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Departementet gir forskrifter om at bestemmelsene også skal omfatte langtidspasienter som er innlagt i andre institusjoner enn de som går inn under *denne loven*. Departementet kan gjøre unntak for institusjoner som går inn under *denne loven*.

§ 22-5 annet ledd skal lyde:

Bestemmelsene i denne paragrafen omfatter institusjoner som går inn under *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Departementet gir forskrifter om at bestemmelsene også skal gjelde for langtidspasienter som er innlagt i andre institusjoner enn de som går inn under *denne loven*. Departementet kan gjøre unntak for institusjoner som går inn under *denne loven*.

Oslo, i sosialkomiteen, den 22. april 1999.

**John I. Alvheim,**  
leder.

**Are Næss,**  
ordfører og sekretær.