

Innst. O. nr. 118

(2000-2001)

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m.

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)

Til Odelstinget

1. SAMMENDRAG

1.1 Innledning

Det legges i proposisjonen fram forslag til ny lov om helseforetak, endringer i spesialisthelsetjenesteloven og endringer i en rekke andre lover.

Endringene har til hensikt å utgjøre en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform for spesialisthelsetjenesten med vekt på å skape klarere ansvars- og rollefordeling, og slik at det skal legges bedre til rette for politisk styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester.

1.2 Reformens innhold og begrunnelse

1.2.1 Innledning

Det framholdes at målet med reformen er å gjøre helsetjenesten bedre sett fra pasientens ståsted. Det understrekes at økonomiske og organisatoriske tiltak ikke er tilstrekkelig for å nå de helsepolitiske målene, og at reformen derfor må sees på som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for et bedre helsevesen i framtiden.

Det er tatt inn en egen bestemmelse i lovforslaget som skal sikre pasienter og brukere innflytelse i forhold til helseforetakenes utarbeidelse av planer og gjennomføring av planene.

Reformen inngår i Regjeringens mål om å modernisere den offentlige sektor, og det understrekes at en viktig premiss for Regjeringens reformarbeid på helsesektoren er å sikre tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi. Det uttales at det ikke er aktuelt å la privat kjøpekraft bli styrende for helsetjenestetilbudet. En annen viktig premiss for reformen er at helsesektoren også i framtiden skal være underlagt politisk styring for å sikre nasjonale velferdspolitiske mål. En tredje premiss som nevnes, er at reformen skal ivareta det nasjonale helsevesenet som trygghetskapende element i samfunnet, og som en fjerde viktig premiss framheves at et velfungerende helsevesen er

basert på forståelse og respekt for enkeltindividet, og at pasienten gis informasjon om rett til medvirkning.

Det legges til grunn at de handlingsplaner som er vedtatt av Stortinget, videreføres i statlig regi, og at regionale og fylkeskommunale planer fortsatt vil være et viktig grunnlag for videre arbeid og utvikling. Det pekes spesielt på de fylkeskommunale opptrappingsplanene for psykiatri.

1.2.2 Bakgrunn

Det understrekes at det er organisatoriske og styringsmessige problemer i helsevesenet, og at det ikke bare dreier seg om ressursproblemer. Det vises bl.a. til at til tross for stor vekst i pasientbehandlingen og sterk satsing på å utdanne mer helsepersonell, er fortsatt mange pasienter på venteliste, og det er fortsatt stor mangel på helsepersonell. Det vises også til at samtidig som en observerer manglende behandlingsskapasitet, så er sykehusene lite villig til å sende pasienter til andre som har ledig kapasitet, og til at utnyttelsesgraden av utstyr generelt er lav fordi mye utstyr i perioder står ubrukt.

Det er store forskjeller i ventetid for behandling av samme lidelse over fylkesgrensene. De fylkesvise variasjonene er størst innen psykisk helsevern. Det er også store geografiske variasjoner i medisinsk praksis innen de enkelte områdene, for eksempel hjerte-kar-lidelser, fjerning av livmor, forløsning ved keisersnitt osv.

Forskjell i ressursbruk og uklare ansvarsforhold framholdes også som problematisk.

Det redegjøres for utviklingen i helsepolitiske virkemidler med bl.a. omlegging av finansieringsordningen til aktivitetsbasert finansiering (ISF), økte pasientrettigheter og økt regional planlegging og samarbeid.

Det legges vekt på at sykehusene i økende grad har blitt svært komplekse organisasjoner, og på at det er økt konkurranse om den arbeidskraften som det er behov for.

Det framholdes at laboratorietjenester og radiologiske tjenester er så sentrale for logistikken i sykehus at det som utgangspunkt vil være uheldig om ansvaret for tjenestene skulle legges til et annet nivå.

Hva angår psykisk helsevern, så foreslås den statlige overtakelsen å omfatte voksenpsykiatriske sykehus, distriktpsykiatriske sentre, barne- og ungdomspsykiatriske klinikker og behandlingshjem og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Forslaget omfatter også de psykiatriske sykehjemmene og avtalene om privat forpleining. Det foreslås at driftsavtaler med private spesialister overtas av foretakene.

Andre virksomheter som omfattes av forslaget, er den fylkeskommunalt eide ambulansetjenesten, de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene og samarbeidsavtaler med kommunene der hvor det er etablert samarbeid om nødmeldetjenester/legevaksentraler.

Departementet finner det naturlig at sykehusapotekene omfattes av forslaget, og at de overtas av foretakene som skal eie sykehusene. Det forutsettes at legemiddelinnkjøpsamarbeidet (LIS) opprettholdes, og at staten overtar ansvaret for de administrative ressurser knyttet til dette.

Det forutsettes at fylkeskommunale tiltak for rusmiddelmissbrukere som er forankret i spesialisthelsetjenesteloven, omfattes av forslaget om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har besluttet at spørsmålet om framtidig plassering av ansvaret for fylkeskommunale tiltak for rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven (behandlings- og omsorgstiltak) skal utredes. Målet er å gjennomføre en utredning og legge fram forslag til reform med virkning fra 1. januar 2003.

Fylkeskommunene vil etter forslaget fortsatt ha sektoransvaret for tannhelsetjenesten og for behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere. Fylkeskommunene har også fortsatt ansvar for barnevern og familievern. Ansvaret for disse tjenestene vil Regjeringen vurdere på et selvstendig grunnlag. Departementet har kommet til at det bør utarbeides et eget høringsdokument om framtidig forankring av tannhelsetjenesten.

Det forutsettes at spesialisthelsetjenesten bruker sin kompetanse til forebyggingsarbeid både individuelt overfor den enkelte pasient og generelt gjennom veiledning av kommunehelsetjenesten. Det uttales at det spesielt er viktig å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, de fylkeskommunale og kommunale helse- og sosialtjenester og den øvrige primærhelsetjeneste, herunder forebyggende oppgaver.

Det uttales at reformen vil kunne kreve at trykde- og finansieringsansvar for enkelte tjenester (syketransport, luftambulansetjenesten, skyss av helsepersonell, opptreningsinstitusjonene) overføres til de nye helseforetakene, men at dette vil kreve en bredere gjennomgang fra departementets side hvor en vurde-

rer helseforetakenes og kommunenes framtidige ansvar.

1.2.7 Prioriterte tiltak innenfor reformen

I en gjennomgang av utvalgte områder for satsing framover framholdes spesielt følgende oppgaver:

- Samordningsoppgaver mellom tjenestenivåene med større ansvar hos regionale helseforetak for at samarbeidet med førstelinjen ivaretas.
- Reduserte forskjeller i tjenestetilbud med bedre fordeling av kunnskap og teknologi.
- Mest mulig effektiv iverksetting av den utbygging og omstrukturering av psykisk helsevern som ligger i opptrappingsplanen for psykisk helsevern.
- Forvaltning av kompetanse som også ivaretar samfunnsmedisinske problemstillinger i helseforetakene.
- Ledelse, organisasjon og personalpolitikk med mer manøvreringsdyktig sykehusledelse og utvikling av et nasjonalt opplegg for utvikling av toppledere og avdelingsledere til sykehusene.
- Styling av helseforetak der de har stor frihet til å disponere sine ressurser innen rammen av den kontrakt eller bestilling som gis fra de regionale helseforetakene, men der de regionale helseforetakene gjennom sin eierstyring skal kunne stille krav om innbyrdes samarbeid mellom enkeltforetakene og i forhold til primærhelsetjenesten.
- Forskning og utvikling med økt behov for klinisk forskning som følge av sterkere fokus på forskningsbasert medisinsk praksis og pleie, og vekt på å finne mekanismer for finansiering og organisering som på en bedre måte enn i dag ivaretar forskningsvirksomheten og balanserer denne virksomheten mot klinisk aktivitet.
- Bedre vilkår for effektiv bruk av helsepersonellet med mer fleksibel utnyttelse av arbeidskraften.
- Utdanning av helsepersonell og sikring av nødvendig antall praksisplasser og god kvalitet på praksisundervisningen.
- Etterutdanning - livslang læring der de regionale helseforetakene gis et særlig ansvar for at systemer for kontinuerlig kompetanseutvikling av helsepersonell etableres i samarbeid med høyskoler og medisinske fakultet.
- Utvikling av nasjonale helseindikatorer for kvalitet i sykehusbehandlingen.
- Metodevurdering og prioriteringer der Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet skal bli et best mulig verktøy for tydeliggjøring av premissene for overordnede helsepolitiske prioriteringer.
- Sterkere statlig ansvar for helsetjenestens IT-utvikling med et særlig ansvar for de regionale helseforetakene for å tilrettelegge for helsenetttilknytning og IT-tjenester for kommunikasjon med primærhelsetjenesten.

- Samordnede innkjøp.
- Nasjonal og regional samordning og kompetanseoverføring i forbindelse med sykehusutbygging.
- Bedre utnyttelse av bygg og anlegg.
- Bedre samordning av beredskapsplaner, håndtering av større ulykker og krisesituasjoner.

1.2.8 Sektorpolitisk styring og kontroll

Staten vil benytte det samlede statlige eierskapet til å kunne gjennomføre nasjonale strategier for å bedre situasjonen på områder slik som korridorpasienter og ventelister.

Sosial- og helsedepartementet vil komme tilbake til konkret utforming av evalueringsopplegg etter at foretakene er etablert.

1.2.9 Antall regionale helseforetak og ansvarsområde

I drøftingen av antall regionale helseforetak framholdes at nødvendig strukturstyring/funksjonsfordeling, overordnet politisk styring og driftsmessig effektivisering er viktige hensyn som må ivaretas. Det er departementets vurdering at statens eierskap og ansvar bør organiseres i et antall foretak med utgangspunkt i det antall helseregioner som i dag er etablert, og det foreslås at det skal tilligge Kongen å dele landet inn i helseregioner.

1.2.10 Hva er et helseforetak?

Det uttales at regionale helseforetaks overordnede mål blir å framskaffe best mulige helsetjenester for de tildelte ressursene basert på behovet i regionen. De regionale helseforetakene skal ha en planfunksjon som skal utøves i samspill med nasjonale politiske myndigheter i forbindelse med fastlegging av nasjonale målsettinger og planer.

Ved den statlige overtakelsen av det fylkeskommunale ansvaret for spesialisthelsetjenesten er det forutsatt at alle avtaler med og relasjoner til private virksomheter videreføres. Videre er det forutsatt at det etableres avtaler med de virksomheter som over lengre tid har inngått i de fylkeskommunale helseplanene uten at avtaleforholdene nødvendigvis er formalisert.

Helseforetakene skal ha full anledning til å inngå samarbeid med private leverandører. Det er imidlertid lagt inn lovmessige begrensninger på helseforetakenes anledning til å inngå eierdeltakelse med private tjenesteytere. Dette innebærer at foretakene ikke kan selge ut deler av sykehusvirksomheten uten at dette blir forelagt Stortinget.

Det vil være opp til det enkelte regionale helseforetak å velge hvordan det regionale helseforetaket og underliggende virksomheter skal organiseres. Virksomhetene kan organiseres i enkeltstående helseforetak, eller helseforetakene kan bestå av en sammenslutning av virksomheter med tilgrensende oppgaver.

1.2.11 Brukerinnflytelse og pasientmedvirkning

Det understrekes at for foretaksstrukturens legitimitet er det avgjørende at brukerne gis en formalisert adgang til å gi innspill i de regionale foretakenes planprosess. Det legges i det foreslåtte lovutkastet opp til at pasientorganisasjonenes innflytelse på planarbeidet kanaliseres inn i formelle prosesser.

1.2.12 Lokal og regional forankring

Det uttales at det er viktig at kommunal sektor får en formell adgang til å påvirke planprosessen i de regionale helseforetakene. Lokale og regionale politiske myndigheter vil derfor gis anledning til å formulere innspill til de regionale helseforetakenes planprosess. Denne deltakelsen kan gjøres gjennom de foreslåtte lovfestede regionale rådsorganene som vil ha en rådgivende funksjon. De regionale helseforetakene pålegges å innhente slike råd før de ferdigstiller planene og sender disse til departementet for behandling.

Den samiske delen av befolkningen foreslås gitt innflytelse gjennom at Sametinget skal oppnevne et råd som skal ha en rådgivende funksjon for foretakene.

Det foreslås at styret i de regionale helseforetakene skal ha regional tilknytning. Det vil være åpent for å peke ut aktive politikere, men styret skal ikke avspeile sammensetningen i et politisk valgt organ eller på annen måte framstå som partssammensatt.

Det uttales at også styrer i helseforetak kan gis en lokal forankring, men at det vil tilligge det regionale helseforetaket å beslutte disse styrenes sammensetning.

1.2.13 Forhold vedrørende de ansatte

Departementet ønsker gjennom de nye foretakene å skape organisasjoner som sikrer personalet kompetanseutvikling på alle nivåer og utviklingsmuligheter for den enkelte ansatte. Det forutsettes et godt og forpliktende samarbeid med de ansattes organisasjoner.

Personale vil bli overført både fra den fylkeskommunale og den statlige spesialisthelsetjenesten til statlig eide foretak. Sosial- og helsedepartementet legger til grunn at overføringene skjer etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Alle ansatte som har sitt arbeid knyttet til spesialisthelsetjenesten, vil bli tilbudt ansettelse innenfor de nye foretakene.

Personale ansatt innenfor den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten vil få sitt arbeidsforhold regulert av arbeidsmiljøloven som i dag. Departementet foreslår at tjenestemenn som blir overført fra den statlige spesialisthelsetjenesten, i en overgangsperiode begrenset til tre år beholder særskilte rettigheter som fortrinnsrett til annen statsstilling og retten til ventelønn ved oppsigelse fra arbeidsgiver.

Departementet foreslår at arbeidsgivertilknytningen fastsettes av Kongen.

Departementet forutsetter at de ansatte gis en sterk representasjon i helseforetakenes styrer.

Departementet fastslår at det vil bli vedtektsfestet at arbeidstakerne skal få videreført sine pensjonsordninger innen det offentlige bruttosystem. Betingelsene i AFP-ordningen videreføres så lenge nåværende tariffavtaler gjelder. Etter dette tidspunkt blir det opp til partene å regulere dette i ny tariffavtale.

Etter departementets oppfatning er det behov for en nærmere vurdering av spørsmålet om pensjonsleverandører. Det vil bli lagt til rette for at dagens pensjonsleverandører inntil videre kan videreføre ordningene for sine medlemmer. Når det gjelder pensjonsordningen for sykepleiere, foreslår departementet at omfangsbestemmelsen i sykepleierpensjonsloven endres slik at den også omfatter sykepleiere ansatt i statlig virksomhet, herunder helseforetak.

1.2.14 Finansieringsordninger

Det er departementets holdning at hovedstrukturen i dagens finansieringsordninger i første omgang kan videreføres, og det legges opp til at både dagens øremerkede driftstilskudd og sektorens andel av fylkeskommunenes frie inntekter tilføres de regionale helseforetakene. Det uttales at de nye helseforetakene i utgangspunktet vil motta om lag samme nivå på driftsmidler som fylkeskommunene har gjort. Departementet vil raskt sette i gang et arbeid med å gjennomgå alle øremerkede finansieringsordninger med sikte på forbedring og forenkling, og uttaler at det i gjennomgangen blir sentralt å finne mekanismer for finansiering og organisering som ivaretar forskningsvirksomheten. Det anses også som sentralt å sikre at finansieringsløsningene bidrar til å understøtte fritt sykehusvalg, samtidig som slike løsninger skal kunne bidra til en rasjonell funksjonsfordeling både internt i det enkelte regionale helseforetak, og mellom disse.

Departementet vil arbeide videre med en avveining av ulike hensyn knyttet til håndtering av investeringer og komme tilbake til Stortinget med forslag.

Det skal føres avskrivninger i regnskapet i stedet for investeringenes utgifter som kontantstrøm, og det legges opp til at foretakenes egenkapital skal ha en kostnad. På grunn av disse forholdene vil det kunne bli visse endringer i finansieringsordningene rettet mot kapital i sykehusdrift. Det vil bli nærmere utredet hvordan denne omleggingen skal skje.

Dagens inntektssystem rettet mot fylkeskommunene skal gjennomgå med sikte på å ta ut den delen som finansierer spesialisthelsetjenesten.

1.3 Høringsinstansenes syn på fire sentrale spørsmål

I overkant av 300 høringsinstanser har avgitt høringsuttalelse. Kommunenes Sentralforbund, KS, har avgitt uttalelse som høringsinstans, men har også hatt

konsultasjonsmøter med departementet om lovforslagene.

Det gis i proposisjonen en særskilt presentasjon av hva ulike grupper har lagt vekt på i fire sentrale spørsmål: prosessen, statlig eierskap, organisering i foretak og sektorpolitisk ansvar. I tillegg gis en oversikt over høringsinstansenes syn på tannhelsetjenesten når det gjelder framtidig sektoransvar, eierskap og driftsform, og en oppsummering av synspunkter på personalets forhold.

1.3.1 Prosess

Det framholdes at enkelte av høringsinstansene har vært kritiske til prosessen i forhold til arbeidet med reformen og mener departementet har hatt for stort tempo og at viktige problemstillinger ikke er godt nok utredet og belyst. Enkelte andre ser imidlertid behovet for en rask gjennomføring eller mener fristen er akseptabel fordi spørsmålet om statlig eierskap har vært diskutert i lang tid.

1.3.2 Statlig eierskap

Høringsinstansene har forskjellig syn på statlig eierskap av sykehusene.

Det uttales generelt at mange brukergrupper i hovedsak er positive til prinsippet om statlig eierskap, men at flere peker på en for rask gjennomføring og for dårlig utredning.

De fleste fylkeskommunene uttrykker skepsis eller tvil til i hvilken grad statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten er fornuftig. Mange foretrekker en videreutvikling av spesialisthelsetjenesten innenfor dagens eierskap med lokal/regional styring og forankring. De fleste gir inntrykk av lojalt å ville følge opp et eventuelt positivt vedtak i saken. Mange peker på en rekke aktuelle problemstillinger som må løses uten at statlig eierskap nødvendigvis er svaret.

Statens helsetilsyn og 10 fylkesleger som har uttalt seg, støtter en statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder sykehus som har uttalt seg, uttrykkes det generell støtte til at staten overtar eierskapet for spesialisthelsetjenesten. Flere slutter seg til at et helhetlig opplegg er bra for å løse sektorutfordringene, men flere peker samtidig på mulige uklare ansvarsforhold i ny struktur.

Hovedvekten av de ansattes organisasjoner er i utgangspunktet positive eller tar ikke direkte stilling til statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Noen mener at en eierskapsreform ikke løser utfordringene i dagens helsetjeneste.

Arbeidsgiverforeningene NAVO og NHO støtter statlig overtakelse av sykehusene.

1.3.3 Organisering i foretak

Mange høringsinstanser støtter foretaksmodellen direkte eller indirekte, herunder de fleste brukergrup-

pene som også legger vekt på brukerrepresentasjon i styrene. Andre, herunder de fleste fylkeskommunene og mange arbeidstakerorganisasjoner, er uenige i eller usikre på, om denne modellen er den beste måten å løse de aktuelle problemene innen spesialisthelsetjenesten. Mange fylkesleger ønsker mer informasjon/utredninger om problemstillingene og en bredere drøfting av hvordan mål kan nås ved hjelp av modellen.

1.3.4 Det sektorpolitiske ansvaret

De få brukergruppene som har uttalt seg konkret, er positive til et statlig sektorpolitisk ansvar. Blant fylkeskommunene er det stor uenighet om hvilke sektorer som bør overføres staten først dersom reformen gjennomføres. Flere peker på at spørsmålene må utredes nærmere, og ikke alle har tatt endelig stilling.

Flertallet av kommunene ønsker statlig overtakelse av også andre spesialisthelsetjenester enn nevnt i høringsnotatet. Områder som nevnes spesielt, er blant annet legevaktssystemet, næringsmiddelkontrollen, smittevernsansvarlige leger og syketransport.

1.3.5 Spesielt om høringsinstansenes syn på tannhelsetjenesten

I departementets høringsnotat om forslag til statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten ble høringsinstansene særskilt bedt om å komme med synspunkter på framtidig sektoransvar, eierskap og driftsform for tannhelsetjenesten. Omkring 65 har uttalt seg om hvor de mener sektoransvaret for tannhelsetjenesten bør ligge. Av disse anbefaler ca. halvparten at staten overtar eierskapet av tjenesten på lik linje med spesialisthelsetjenesten for øvrig. De øvrige innkomne merknadene fordeles mellom dem som anbefaler at sektoransvaret overføres til kommunene, og dem som mener sektoransvaret inntil videre må forbli i fylkeskommunene. De fleste i sistnevnte gruppe ønsker en snarlig grundig vurdering av tannhelsetjenesten før det tas en avgjørelse med hensyn til plassering.

1.3.6 Personalets forhold

Det vises generelt til at enkelte høringsinstanser påpeker at forhold som til vanlig er regulert av avtaler mellom partene eller ved reglement, burde vært omhandlet i høringsnotatet. Departementet vil ikke komme nærmere inn på dette, og uttaler at slike forhold må finne sin løsning gjennom forhandlinger og samarbeid mellom partene i tråd med arbeidslivets tradisjoner.

Fem av arbeidstakerorganisasjonene har i sine uttalelser og ved egen henvendelse til departementet framlagt ni forhold som kreves viet særskilt oppmerksomhet i den videre prosess, bl.a. spørsmål om medbestemmelse i prosjektet og etter eierskiftet, standard for lønns- og arbeidsvilkår, avklaring av tariffavtaler, arbeidsgivertilknytning og arbeidsgiveransvaret samt pensjonsrettigheter.

Det uttales at samlet sett er arbeidstakerorganisasjonene tilfreds med departementets forslag om tilknytning til én arbeidsgiverorganisasjon for alle helseforetak. De er ellers opptatt av at lønns- og arbeidsvilkår må opprettholdes innenfor nåværende standard eller bedre, og at det gis forpliktende føringer for dette.

Fylkeskommunene krever trygghet for arbeidsplassene i de nye foretakene og fastslår at ansattes rettigheter ved overføringen vil reguleres av arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. De forutsetter at ny eier vil opprettholde personalets lovfestede rettigheter i denne sammenheng.

1.4 Lov om helseforetak

1.4.1 Innledning

Spesialisthelsetjenesten foreslås organisert regionvis i regionale helseforetak. Et regionalt helseforetak skal omfatte alle offentlige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten i et geografisk definert område, en region. Forslaget til lov om helseforetak er organisatoriske bestemmelser som regulerer tilknytningsformene regionalt helseforetak og datterformen helseforetak.

Det uttales at tilknytningsformen er tilpasset offentlig eid og finansiert helsetjeneste, og at den forutsetter gjennomgående og fullt statlig eierskap til virksomhetene.

Forslaget til lov om helseforetak er utarbeidet med utgangspunkt i lov om statsforetak. Ved utformingen av enkelte bestemmelser er det tatt hensyn til nyere lovgivning på selskapsrettens område, men med tilpasning for særlige behov som gjør seg gjeldende for helsetjenesten.

1.4.2 Gjeldende rett

Etter gjeldende rett er ansvaret for spesialisthelsetjenesten lagt på fylkeskommunene, jf. lov om spesialisthelsetjeneste m.m. Spesialisthelsetjenesteloven har ikke bestemmelser om tilknytningsformen mellom fylkeskommunen som eier og sykehus eller andre virksomheter. Med mindre fylkeskommunen har bestemt at virksomheten skal reguleres med hjemmel i annen lov, for eksempel aksjeloven eller lov om interkommunalt selskap, reguleres tilknytningsformen for virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten etter kommuneloven som forvaltningsorgan.

Det redegjøres for kommunelovens bestemmelser om hva slags styringsorganer virksomheten kan ha. Virksomhet organisert som fylkeskommunalt foretak blir en del av fylkeskommunen som juridisk person. Forvaltningslovens og offentlighetslovens bestemmelser gjelder for virksomheter organisert etter kommuneloven. De som er tilsatt i fylkeskommunalt foretak, er tilsatt i fylkeskommunen. Lovgivningen er ikke til hinder for at fylkeskommunene organiserer virk-

somhet innenfor spesialisthelsetjenesten som aksjeselskap.

Det redegjøres for lov om fylkeskommunale sykehusselskaper m.m., som ikke er satt i kraft, og som nå foreslås opphevet.

1.4.3 Formål, virkeområde, definisjoner og helseregioner

Departementet mener det er viktig at formålsbestemmelsen markerer at den foreslåtte loven ikke endrer de helsepolitiske målene som gjelder for spesialisthelsetjenesten, og mener at henvisningen til formålsbestemmelsene i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven ivaretar dette.

Foretakenes formål skal være å yte likeverdige spesialisthelsetjenester av høy kvalitet til dem som trenger det når de trenger det.

Hvilke virksomheter som kan etableres som regionale helseforetak og helseforetak, framgår av § 2. Loven skal gjelde for slike virksomheter når de er betegnet som regionalt helseforetak eller helseforetak i stiftelsesvedtaket i henhold til §§ 8 og 9.

Statens organisering av sitt eierskap til spesialisthelsetjenesten som regionale helseforetak foreslås gjort obligatorisk. Regionale helseforetak skal ikke ha plikt til å etablere helseforetak, men kan yte tjenestene selv. Dersom et regionalt helseforetak ønsker å organisere virksomhet det eier alene som yter spesialisthelsetjenester eller tjenester som står i naturlig sammenheng med dette som selvstendig rettssubjekt, må det gjøres som helseforetak.

Av hensyn til de stedlige forhold, befolkningen og den eksisterende helsetjenesten bør det etter departementets vurdering gis særlige bestemmelser for Svalbard dersom helseforetaksloven eventuelt skal få anvendelse der.

1.4.4 Forholdet til annen lovgivning

Departementet mener at forvaltningsloven som hovedregel bør gjelde for de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Som en følge av at de ansatte i foretakene ikke er offentlige tjenestemenn, foreslår departementet at tjenestemannsloven og tjenestetvistloven ikke skal gjelde for foretakene, og heller ikke alle bestemmelsene i forvaltningsloven ved behandling av personalsaker.

Det framholdes at det for tiden planlegges omfattende endringer i den sentrale helseforvaltningen, og at resultatet av omorganiseringen vil påvirke vurderingen av hvilket organ som er best egnet til å behandle klager på foretakenes enkeltvedtak. Departementet foreslår derfor at alternativt klageorgan kan utpekes i forskrift.

Departementet mener at staten bør sikres kontroll med situasjonen dersom et foretak kommer i økonomisk uføre, og at muligheten for at det kan åpnes konkurs og gjeldsforhandling i foretakene bør avskjæres.

Det samme gjelder adgang til å ta arrest eller utlegg i foretakenes eiendeler.

Sykehusene er i dag underlagt reglene om offentlige arkiver, og sykehusvirksomhet utgjør etter departementets syn en så vital del av velferdssamfunnets funksjoner at disse bestemmelsene fortsatt bør gjelde.

1.4.5 Foretakenes partsstilling og ansvaret for deres forpliktelser

For å ivareta målet om ansvarliggjøring av institusjonene og deres fristilling bør etter departementets oppfatning foretakene selv kunne ha og påta seg rettigheter og plikter etter kontrakt med andre, være gjenstand for søksmål og selv kunne ta ut søksmål, samt være part i forvaltningssaker. Departementet mener foretakene bør disponere egen formue og egne inntekter, og at de ikke bør være underlagt statens budsjett og bevilgningssystem. For å ivareta disse hensynene foreslås at foretakene blir egne rettssubjekter. Det foreslås at staten fullt ut skal være ansvarlig for foretakenes forpliktelser.

1.4.6 Stiftelse og vedtekter

Departementet foreslår at Kongen pålegges en plikt til å opprette et regionalt helseforetak i hver helseregion. Departementet mener de regionale helseforetakene bør ha høy grad av frihet til å organisere spesialisthelsetjenesten i sin region.

Kravene til hva vedtektene minst må inneholde bestemmelser om, er angitt i §§ 10 og 11. I vedtektene for regionale helseforetak fastsetter staten overordnede rammer for foretakets virksomhet. Vedtektenes betydning som virkemiddel i eierstyring kommer særlig til uttrykk ved at helsepolitiske, utdanningspolitiske og forskningspolitiske mål og oppgaver skal angis.

I vedtektene til helseforetakene skal foretakets virksomhet beskrives. Det skal bestemmes hvilke helsetjenester som skal ytes, og hvilke forsknings- og undervisningsoppgaver helseforetaket skal ha. Vedtektene vil slik departementet ser det, være det sentrale virkemiddelet for de regionale helseforetakenes funksjonsfordeling.

Vedtektene til det regionale helseforetaket skal fastsette nærmere bestemmelser om det regionale helseforetakets rapportering til departementet. I helseforetakenes vedtekter er det et tilsvarende krav om rapportering til eieren.

Det foreslås at alle foretakene skal ha én og samme arbeidsgivertilknytning, og at Kongen i statsråd skal bestemme hvilken arbeidsgivertilknytning foretakene skal ha.

Departementet mener at det er i best samsvar med tidligere lovgivningspraksis å foreslå at regionale helseforetak og helseforetak også skal registreres i foretaksregisteret.

1.4.7 Foretakets kapital

Når foretakene er etablert, skal de selv ha ansvar for vedlikehold av kapitalen. Bestemmelsen i lovforslaget § 14 fastsetter at foretaket skal ha en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet. Bestemmelsen presiserer styrets ansvar for foretakets kapitalgrunnlag og pålegger styret en aktivitetsplikt dersom egenkapitalen synker under nivået for det forsvarlige.

Det foreslås at foretaksmøtet får kompetanse til å treffe beslutning om disponering av foretakets midler. I regionale helseforetak og helseforetak vil det etter departementets oppfatning ikke bli aktuelt å utbetale utbytte i tradisjonell forstand. Etter departementets mening vil det likevel kunne være flere situasjoner hvor det kan være aktuelt å overføre midler til eier og å omfordele tilgjengelige ressurser mellom foretakene. Styret eller eier skal kunne ta initiativ til at det foretas overføring av midler fra foretaket til eier. Hvis eier tar slikt initiativ, må styret samtykke i overføringen. Styrets vetorett begrunnes med det ansvar som styret har for foretakets økonomi.

1.4.8 Foretaksmøtet

Forslaget innebærer at foretaksmøte, styre og daglig leder er obligatorisk både i regionale helseforetak og helseforetak. I de regionale helseforetakene er det departementet som utgjør foretaksmøtet og fatter dets beslutninger. I helseforetak er det styret i det regionale helseforetaket eller den det utpeker, som utgjør foretaksmøte og fatter dets vedtak. Det ligger i foretaksmøtets overordnede karakter at det kan gi instruksjer og omgjøre styrets vedtak i alle saker. Det framholdes at eiers adgang til å styre i foretaksmøter bare bør brukes i tilfeller hvor det er nødvendig for å ivareta eiers overordnede ansvar og interesser.

I relasjonen mellom departementet og de regionale helseforetakene vil det etter departementets vurdering fortsatt være aktuelt for departementet å utøve styring over spesialisthelsetjenesten som myndighetsorgan. Typiske eksempler på dette vil være at det gis forskrifter eller fattes vedtak i enkeltsaker.

Etter forslaget kan det settes bindende vilkår for bevilgninger til regionale helseforetak uten at dette gjøres i foretaksmøtet.

Det foreslås at styreleder og daglig leder pålegges en personlig rett og plikt til å møte i foretaksmøtet, og at styrets medlemmer skal ha rett, men ikke plikt til å delta i foretaksmøtet.

Forslaget fastsetter at styrets leder skal lede møtet og sørge for at det føres protokoll for foretaksmøtet. Det framholdes at i regionale helseforetak vil protokolleringen kunne være av betydning for statsrådets parlamentariske og konstitusjonelle ansvar for forvaltning av statens eierskap til foretaket, og at også hensynet til offentlighetens innsyn tilsier at det skal skrives protokoll for foretaksmøtet.

Departementet vil ikke foreslå at det lovfestes en plikt til å åpne foretaksmøtet for offentligheten.

1.4.9 Foretakets styre og daglige leder

Departementet foreslår at foretakets ledelse skal bestå av et styre og en daglig leder. Bortsett fra de ansattes representanter skal styret velges av foretaksmøtet. Departementet legger til grunn at styret skal være et kollegialt organ der styremedlemmene ikke skal representere bestemte interesser eller grupper. Det foreslås at alle styremedlemmene som velges av foretaksmøtet, skal ha tilhørighet i regionene. Med tanke på den store variasjonen det kan være mellom helseforetak, finner departementet det uhensiktsmessig å utforme lovbestemmelser om lokal forankring for styrene i helseforetak.

I de regionale helseforetakene foreslås at inntil en tredjedel og minst to av styrets medlemmer velges blant de ansatte. I helseforetakene skal ikke styrerepresentasjon for de ansatte være obligatorisk dersom foretaket har under 200 ansatte. Dersom helseforetaket har mer enn 30 ansatte, skal et flertall av dem kunne kreve at de ansatte skal være representert i styret.

Departementet foreslår å opprette et regionalt rådsorgan for å ivareta hensynet til større innflytelse på foretakene fra regionen.

Departementet foreslår at styremedlemmer når særlige grunner foreligger, kan tre tilbake fra sine verv, og at foretaksmøtet til enhver tid kan avsette hele eller deler av styret.

1.4.10 Styrets oppgaver og kompetanse

Det foreslås at styret på vegne av eier skal forvalte foretakene og ha det overordnede ansvar for at virksomheten drives forsvarlig og ressursene utnyttes best mulig med sikte på å realisere de overordnede mål eier har satt for virksomheten. I regionale helseforetak omfatter styrets forvaltningsansvar også eierskapet til de underliggende helseforetakene.

Det foreslås at vedtak i saker av vesentlig betydning for foretakets virksomhet og løsningen av de politiske målene skal treffes av foretaksmøtet i regionalt helseforetak. Hva som er saker av vesentlighet, bør etter departementets mening reguleres nærmere i vedtektene.

Avhending og pantsettelse av foretakenes faste eiendommer har departementet vurdert er av så stor betydning at foretaksmøtet i regionalt helseforetak som utgangspunkt skal fatte avgjørelsen. Det foreslås at vedtak om salg av sykehusvirksomhet skal fattes av foretaksmøtet i regionalt helseforetak, og at foretaksmøtet ikke kan fatte slikt vedtak uten Stortingets samtykke. Det framholdes at dette forslaget innebærer en prosessuell skranke mot privatisering av sykehusvirksomhet.

I forslaget til § 33 fastsettes det som utgangspunkt at foretakene ikke kan ta opp lån uten at det er gitt be-

stemmelser om dette i vedtektene, og at det skal fastsettes en låneramme for foretakene i vedtektene.

For å ivareta departementets behov for kunnskap om helseforetakenes langsiktige planlegging foreslår departementet at de regionale helseforetakene hvert år skal utarbeide en melding til departementet som inneholder de regionale helseforetakenes plan for virksomheten i de kommende år.

Det foreslås at de regionale helseforetakene skal innhente råd fra regionale råd i sin planlegging av virksomheten. Sametinget skal oppnevne et råd som skal uttale seg om helsespørsmål som berører den samiske befolkningen, og arbeide i forhold til alle de regionale foretakene. Nærmere bestemmelser om de regionale rådsorganenes funksjon, oppnevning og sammensettning vil bli gitt i forskrift.

Departementet vurderer at plikten til å innhente pasienter og andre brukeres erfaringer og synspunkter utgjør et så viktig prinsipp at det bør lovreguleres, og foreslår bestemmelse om dette i § 36.

1.4.11 Daglig leder

Det foreslås at foretakene skal ha en daglig leder som forestår den daglige ledelsen av foretaket. Daglig leder er underordnet styret og plikter å følge de retningslinjer og instruksjoner som styret fastsetter. Styret skal ha anledning til å omgjøre daglig leders disposisjoner i den grad de ikke er bindende overfor tredjemenn.

1.4.12 Foretakets representasjon utad

Departementet foreslår at statsforetakslovens regler om foretakets representasjon legges til grunn for regionale helseforetak og helseforetaks representasjon. Dette innebærer at styret i utgangspunktet representerer foretaket utad og tegner dets firma. Styret kan gi enkelte styremedlemmer og daglig leder tegningsfullmakt.

1.4.13 Samarbeid med andre

Det foreslås at foretakene pålegges en plikt til å samarbeide med andre når det er nødvendig for å fremme foretakenes formål.

Etter departementets vurdering kan det i en del sammenhenger være hensiktsmessig at et samarbeid omfatter deltagelse i selskaper. Departementet foreslår likevel begrensninger i foretakenes adgang til å inngå i foretaksdannelser, og dette gjøres ved at man foreslår forbud mot at helseforetak skal kunne etablere selskap som yter spesialisthelsetjenester sammen med private.

Det kan etter departementets vurdering være aktuelt at flere helseforetak eier institusjoner som driver kjernevirksomhet, sammen. I slike tilfeller foreslår departementet at foretakene påbys å organisere samarbeidet som et ansvarlig selskap.

Virksomhet som yter tjenester utenfor foretakenes kjerneområde, bør det etter departementets mening være mulig for foretakene å eie sammen med private eller andre offentlige enheter. Det framholdes at dersom foretakene skal inngå allianser med private, må dette skje i form av aksjeselskaper for å hindre at staten blir ansvarlig for private aktørers gjeldsforpliktelser.

1.4.14 Regnskap

Departementet foreslår at regnskapsloven i sin helhet skal gjelde for foretakene, og legger vekt på at dette innebærer synliggjøring av kapitalkostnader.

1.4.15 Revisjon

Departementet foreslår at loven skal stille krav om at foretak skal ha uavhengig revisjon, og at revisor skal være registrert revisor eller statsautorisert revisor.

Det framholdes at lovforslaget ikke er til hinder for at eier av foretakene pålegger revisor å utføre forvaltningsrevisjon i tillegg til den lovbestemte regnskapsrevisjonen.

1.4.16 Riksrevisjonens kontroll

Det foreslås at Riksrevisjonen skal kunne kreve de opplysninger den finner nødvendig, fra regionalt helseforetaks ledelse og revisor for å kunne kontrollere statsrådets utøvelse av eieransvaret. Departementet er av den oppfatning at det bør framgå av lovforslaget at Riksrevisjonen har rett til å være til stede i foretaks-møte både i regionalt helseforetak og helseforetak og derfor må varsles om møtene.

1.4.17 Oppløsning og avvikling

Det foreslås bestemmelser om vedtak om oppløsning, gjennomføring av avvikling og ansvaret for de avviklede foretakenes forpliktelser, herunder bestemmelse om kreditorvarsel.

1.4.18 Erstatningsansvar

Det foreslås at styremedlem, daglig leder og medlem av avviklingsstyret skal ha ansvar for de tap de forsettlig eller uaktsomt påfører foretaket under utførelsen av sine styreoppgaver.

1.4.19 Forholdet til EØS-avtalen

Departementet drøfter i proposisjonen den foreslåtte organisasjonsformens forhold til EØS-avtalen.

Etter departementets vurdering er det særlig reglene om offentlige anskaffelser, statsstøttereglene og konkurransereglene som kan være av betydning for regionale helseforetak og helseforetak.

Departementet mener at all ytelse av helsetjenester i den regionale helseforetaksgruppen er produksjon i egenregi som faller utenfor reglene om offentli-

ge anskaffelser, og at det først er når det regionale helseforetaket ønsker å kjøpe helsetjenester fra enheter utenfor helseforetaksgruppen, at reglene om offentlige anskaffelser kan komme til anvendelse. Det uttales at private sykehus som får sine driftsutgifter dekket av det offentlige, er omfattet av reglene om offentlige anskaffelser.

Dersom kravet til «enerett» er oppfylt i henhold til forslag til ny forskrift om offentlige anskaffelser, mener departementet det ikke er nødvendig for regionale helseforetak å benytte konkurranser ved justering eller videreføring av eksisterende avtaler og ordninger med private sykehus, men reglene om offentlige anskaffelser vil i slike tilfeller komme til anvendelse ved framtidige avtaler når det ikke finnes særskilte unntak. Det uttales at utenlandske interessenter må kunne delta i anbudskonkurranser på lik linje med norske aktører.

1.4.20 Ikraftsetting

Det foreslås at Kongen skal fastsette tidspunktet for når loven skal tre i kraft.

1.4.21 Alminnelige overgangsbestemmelser

Det foreslås at Kongen skal kunne gi nærmere overgangsbestemmelser.

Departementet er oppmerksom på at det for å forberede overtakelsen av spesialisthelsetjenesten kan være behov for å opprette regionale helseforetak før de foreslåtte endringene i spesialisthelsetjenesteloven settes i kraft. I denne forberedelsesfasen vil fylkeskommunen fremdeles ha sektoransvaret og eie og drive virksomhetene. Det foreslås å lovfeste en bestemmelse om innsyn og tilgang til fylkeskommunen og de fylkeskommunale virksomhetene.

Departementet foreslår at bestemmelsene om rett til ventelønn for de tidligere statsansatte tjenestemenn blir videreført i en overgangsperiode på tre år fra overdragelsestidspunktet.

1.4.22 Overgangsbestemmelser – overtakelse av virksomhetene og økonomisk oppgjør

Departementet legger vekt på at utgangspunktet for oppgjøret må være at fylkeskommunene i framtiden skal være i stand til å utføre sine øvrige oppgaver på en tilfredsstillende måte, og at helseforetakene gjennom de økonomiske uttrekkene som skjer fra fylkeskommunene, skal kunne drive sine oppgaver på en forsvarlig måte.

Det framholdes at staten ikke uten videre, eller som konsekvens av å ha overtatt sektoransvaret, kan kreve å få overta de fylkeskommunale formuesrettslige posisjonene som er knyttet til sykehusdrift, men at statens rett og plikt til overtakelse må besluttet i lovs form. Det er derfor foreslått i overgangsbestemmelsene til endringsloven at staten får rett og plikt til å overta virksomhetene, og at virksomhetsoverføringen

skjer automatisk som en direkte følge av at sektoransvaret i spesialisthelsetjenesteloven legges på staten.

Departementet mener at overføringen bør skje uten at staten gir erstatning for de alternative formuesverdiene som ligger i virksomhetene, men at det bør gjennomføres et oppgjør der staten overtar den del av fylkeskommunens gjeldsansvar som er knyttet til virksomhetene. Departementet er kommet til at staten ved lov og uten hinder av Grunnloven § 105 kan overta fylkeskommunens aktiva knyttet til spesialisthelsetjenesten, i alle fall dersom den samtidig overtar den andel av fylkeskommunens gjeld som er tilknyttet virksomheten, og at dette gjelder uten hensyn til om fylkeskommunen kan påvise et økonomisk tap som følge av overtakelsen.

Departementet mener at prinsippet om mest mulig klare og entydige ansvarsforhold og funksjonsfordeling i offentlig forvaltning og mest mulig rasjonell bruk av offentlige ressurser tilsier at staten overtar ansvaret for produksjonsapparat fullt ut, og det foreslås at det lovfestes at staten overtar samlet de rettigheter og plikter som er knyttet til virksomhetene på samme tidspunkt som staten pålegges sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten. Det foreslås også at staten skal ha rett og plikt til å tre inn i fylkeskommunenes avtalesbaserte rettigheter og plikter.

Dersom fylkeskommunen har sett det som nødvendig å investere i personalpolitiske tiltak som boliger, barnehager og fritidssteder anskaffet for de ansatte for å sikre virksomheten tilstrekkelig gode innsatsfaktorer, vil disse tiltakene etter departementets oppfatning være like nødvendige for virksomheten selv om virksomheten skifter eier. Det foreslås at staten overtar også slike formuesgjenstander. Departementet ser imidlertid ikke bort fra at aktiva der tilknytningen har skjedd mer eller mindre tilfeldig og ikke ut fra virksomhetsmessige vurderinger, ikke overtas av staten. Det framholdes at ved vurderingen av om en formuesgjenstand er knyttet til en virksomhet som skal overføres til staten, må det også legges vekt på hensynet til at fylkeskommunens evne til å ivareta ansvar for andre lovpålagte oppgaver ikke skal svekkes som følge av statens overtakelse av sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten.

Departementet mener at statlig overtakelse ikke vil medføre noe framtidig bedriftsøkonomisk tap som det er rimelig at fylkeskommunen får erstatning for.

Når det gjelder gjennomføringen av det økonomiske oppgjøret, mener departementet at den beste framgangsmåten er at departementet og fylkeskommunene i samarbeid skal komme fram til en oversikt over de formuesrettslige posisjoner som er knyttet til driften av den enkelte virksomhet. Dersom departementet og fylkeskommunene ikke kommer til enighet om hva staten har rett og plikt til å overta, foreslås det at det oppnevnes en uavhengig nemnd som treffer endelig avgjørelse. Det foreslås at departementet etter

samråd med Kommunenes Sentralforbund kan fastsette nærmere regler for nemndas virksomhet.

1.5 Endringer i andre lover - spesialisthelsetjenesteloven og enkelte andre lover

1.5.1 Innledning

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. regulerer spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes av staten, fylkeskommunen og private. Forslaget om at staten skal overta ansvaret for spesialisthelsetjenesten og eierskapet til den offentlige spesialisthelsetjenesten, vil lovgivningsmessig gjennomføres gjennom endringer i spesialisthelsetjenesteloven.

1.5.2 Eierstyring eller lovregulering

Det framholdes at enkelte av bestemmelsene i dagens spesialisthelsetjenestelov som utgangspunkt kan anses som overflødige når staten overtar eierskapet til den offentlige spesialisthelsetjenesten og kan ivareta sine styringsbehov gjennom eierstyring, men at bestemmelser som pålegger helsetjenesten plikter, og gir privatpersoner eller ikke-statlig virksomhet rettigheter, fortsatt bør fastsettes i lovs form. Eksempler på slike bestemmelser er reglene i lovens § 2-6 om utarbeidelse av individuelle planer og reglene om veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten i § 7-4.

Det uttales at likhetshensyn taler for at statlig virksomhet bør reguleres i lov dersom tilsvarende regler også skal gjelde for privat virksomhet, og at hensynet til helheten i lovens regulering kan tilsi at visse forhold bør reguleres i lov selv om dette ikke er påkrevet.

1.5.3 Lovens formål og virkeområde

Det foreslås at bestemmelsen om lovens virkeområde videreføres med enkelte justeringer som følge av at fylkeskommunen etter forslaget ikke skal yte spesialisthelsetjeneste.

1.5.4 Ansvarsfordeling – sektoransvar og «sørge-for-ansvar»

Etter forslaget til ny § 2-1 vil staten ha det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.

De regionale foretak får etter § 2-1a et ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen får tilgang til nødvendige helsetjenester i henhold til overordnede helsepolitiske mål og beslutning.

Departementet foreslår at § 2-2 oppheves, og at det gjøres endringer i § 2-1a slik at det i første ledd nr. 4 framgår at de regionale helseforetak har ansvar også for luftambulansetjenesten.

1.5.5 Helsemessig beredskap

Departementet mener at de regionale helseforetakene bør gi tilsvarende plikter og kompetanse som

fylkeskommunene har med hensyn til helsemessig beredskap.

1.5.6 Generelle oppgaver

Det foreslås å videreføre departementets hjemmel til ved forskrift eller i det enkelte tilfelle å gi bestemmelser om lands- og flerregionale funksjoner. Det framholdes at dette også omfatter nasjonale og flerregionale kompetansesenterfunksjoner. Etter bestemmelsen vil departementet kunne styre funksjonsfordelingen når det gjelder lands- og flerregionale funksjoner, også i forhold til andre helseinstitusjoner enn sykehus. Når det gjelder regionale funksjoner og lokalsykehusfunksjoner, mener departementet at funksjonsfordelingen bør skje gjennom helseforetakenes eierstyring.

1.5.7 Særlige plikter og oppgaver

Departementet foreslår endringer i § 3-5 slik at de regionale helseforetakene får et ansvar for å sørge for at behovet for undervisning og opplæring dekkes innen helseregionen. Bestemmelsen innebærer endring i forhold til gjeldende rett ved at plikten til å delta i undervisning og opplæring ikke lenger legges på den enkelte helseinstitusjon. Departementet foreslår at det i forskrift skal kunne gis bestemmelser om at private helseinstitusjoner plikter å delta i undervisning og opplæring.

1.5.8 Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester

Departementet mener at bestemmelsen i § 4-1 om at sykehus må godkjennes av departementet før det kan yte helsetjenester, videreføres med endring som følger av at ordningen med regionale helseplaner opphører når staten overtar sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten.

1.5.9 Opphevelse av bestemmelser om regionalt samarbeid om spesialisthelsetjenesten

Når fylkeskommunene ikke lenger skal ha ansvar for å drive spesialisthelsetjenesten, blir bestemmelsene i §§ 5-1 til 5-4 i spesialisthelsetjenesteloven overflødige, og det foreslås at de oppheves.

1.5.10 Legefordeling

Bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven om legefördeling omfatter etter gjeldende rett også private tjenesteytere som inngår i regionale helseplaner. Departementet mener at lovreguleringen bør opprettholdes på dette området, og at det er hensiktsmessig at de årlige rammene for de enkelte helseregionene kan fastsettes på annen måte enn gjennom egne årlige foretaksmøter i hvert av de regionale helseforetak. Departementet foreslår at det framgår direkte av be-

stemmelsen hvilke tjenesteytere som er omfattet av ordningen. Etter forslaget kan departementet sette vilkår for hvordan de regionale helseforetakene skal fordele stillinger.

1.5.11 Finansiering

Det foreslås at bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven om ansvar for utgifter, tilskudd til fylkeskommunen og tilskudd til bygging av sykehus oppheves, med unntak av bestemmelsen som gir departementet adgang til å kreve seg forelagt budsjett, regnskap og andre opplysninger om drift av spesialisthelsetjenester.

Det framholdes at en eller annen form for økonomisk oppgjør mellom de regionale helseforetakene i de tilfeller der pasienter krysser foretaksgrensene, er nødvendig fordi helseforetakene skal være selvstendige økonomiske enheter med ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region. Departementet foreslår at dagens ordning videreføres ved at det legges til rette for oppgjørsformer mellom de regionale helseforetakene som primært er basert på avtaler. I de tilfeller der avtaler ikke inngås, skal DRG-baserte, statlige normpriser legges til grunn.

For private institusjoner foreslår departementet en overgangsbestemmelse for å sikre at private sykehus som har rett til delvis dekning av renter og avdrag i forhold til byggeprosjekter som har fått statlig godkjenning, fortsatt skal sikres dette etter at spesialisthelsetjenesten er gjort statlig.

Det foreslås å oppheve § 6-4 om tilskudd til regionsykehus som følge av at staten blir eier av regionsykehusene.

Departementet viderefører i forslaget til ny § 5-5 hjemmelen i § 6-9 til å gi forskrifter om pasienters egenbetaling. Endringer av språklig karakter er lagt inn som følge av nytt eierskap til sykehusene, men disse har ingen betydning for bestemmelsens materielle innhold.

1.5.12 Taushetsplikt, opplysningsplikt og veiledningsplikt

Det foreslås å videreføre bestemmelsene om taushetsplikt i §§ 6-1, 6-2 og 6-3 med enkelte justeringer. Det foreslås å oppheve § 7-3 om meldinger om helsepersonells virksomhet.

1.5.13 Pålegg

Departementet mener at statens oppgave som eier og som klageinstans skal skilles, og foreslår at § 8-1 videreføres i ny § 7-1 med den endring at Kongen skal bestemme hvilket departement vedtak om pålegg kan påklages til.

1.5.14 Pasienter i privat forpleining under det psykiske helsevernet

Departementet foreslår at en statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten også skal omfatte det psykiske helsevernet, inkludert avtalene om privat forpleining. Det foreslås at § 9-3 videreføres som ny § 8-3 med en endring i første ledd som innebærer at de regionale helseforetakene overtar fylkeskommunenes plikt til å opprettholde ordningen med privat forpleining.

1.5.15 Endringer i andre lover enn spesialisthelsetjenesteloven

Som følge av forslaget til endringer i spesialisthelsetjenesteloven foreslår departementet en del nødvendige justeringer i enkelte andre lover.

Når det gjelder ansvar for opplæring av pasienter i helseinstitusjoner, vil det før reformen trer i kraft, bli fremmet en proposisjon med forslag om regulering av opplæringsansvar.

1.6 Økonomiske og administrative konsekvenser

Ved statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten må finansieringsgrunnlaget overføres fra fylkeskommunene til staten. Utgangspunktet har vært at oppgjøret mellom staten og fylkeskommunene i seg selv ikke får betydning for de samlede driftsutgiftene for det offentlige. Regjeringen vil komme tilbake til fordeling av dagens inntektsramme i kommuneproposisjonen for 2002 og statsbudsjettet for 2002.

Det uttales at det må påregnes et ressursbehov knyttet til omorganiseringen og eierskifte både i 2001 og 2002, og at omstillingskostnadene vil være engangskostnader som ikke vil medføre permanente høyere driftsutgifter i helsesektoren. Regjeringen vil komme tilbake med ressursbehovet knyttet til omstilling og etablering i 2001 og 2002 i Revidert nasjonalbudsjett 2001 og statsbudsjettet for 2002.

Det legges opp til at staten ikke skal betale godtgjørelse ved overtakelsen av virksomhetene, og at staten overtar de økonomiske forpliktelsene som er knyttet til virksomhetene, herunder gjeldsforpliktelsene. Regjeringen vil komme tilbake til avgrensinger når det gjelder gjeld og andre økonomiske forpliktelser som skal inngå i gjeldsoppgjøret, i kommuneproposisjonen og statsbudsjettet for 2002, og det samme gjelder prinsipper for håndtering av overgang og økonomiske oppgjør.

I forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 vil ordningen med mermerkede tilskudd bli videreført innenfor de fastsatte økonomiske rammene. Tilskuddsordningen for investeringskostnader vil bli justert blant annet som følge av at ordningen med kapitalrefusjon bortfaller for nye prosjekter.

2. KOMITEENS MERKNADER

2.1 Generelle merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Bendiks H. Arnesen, Inga Balstad, Reidun Gravdahl, Asmund Kristoffersen, Karin Lian og Einar Olav Skogholt, fra Kristelig Folkeparti, Åse Gunhild Woie Duesund og Are Næss, fra Høyre, Annelise Høegh og Sonja Irene Sjøli, fra Fremskrittspartiet, lederen John I. Alvheim og Harald T. Nesvik, fra Senterpartiet, Ola D. Gløtvold, og fra Sosialistisk Venstreparti, Olav Gunnar Ballo, mener at det er et kvalitetsmerke ved den norske velferdsmodellen at vi har velferdsordninger som sikrer hele befolkningen rimelig tilgang på offentlige tjenester og velferdstilbud, samtidig som de som av ulike grunner faller utenom helse- og velferdstilbudene, i stor grad fanges opp av ulike personrettede ordninger. Helsetjenestene utgjør en fundamental viktig del av dette velferdstilbudet som skal gi befolkningen trygghet og sikkerhet for helsehjelp når det trengs.

Komiteen ser det som et mål at alle som har behov, skal sikres tilgang til nødvendige omsorgs- og helsetjenester, uavhengig av inntekt, bosted, etnisk bakgrunn og kjønn. En godt utbygd offentlig helsetjeneste skal sikre at disse viktig fordelingshensynene ivaretas. Det må være folks behov som skal styre vår utvikling av velferdstjenestene, ikke den enkeltes økonomi eller ønske om å tjene penger.

Komiteen mener at samtidig må den offentlige helsetjenesten tilpasses slik at den kan møte de utfordringene som ligger i en stadig raskere teknologiutvikling, og ikke minst økende etterspørsel etter helsetjenester.

Teknologiutvikling og nyvinninger innenfor medisinsk forskning og praksis vil gi store deler av befolkningen bedre helse og økt livskvalitet, men den økte etterspørselen er også en utfordring. Ny medisinsk teknologi er kostbar å utvikle og bruke, og mye kan tyde på at den teknologiske utviklingen er en hoveddrivkraft bak veksten i helseutgiftene. Nyere moderne behandlingstilbud gjør også enkelte behandlinger billigere. Komiteen mener at dette vil stille store krav til det offentliges prioriteringer og til effektivisering av helsevesenet. Dette vil gjelde krav både til god organisering, entydig og klart finansieringsansvar og til effektiv drift.

Komiteen mener at også andelen og antall eldre i befolkningen vil bety mye for helsevesenets oppgaver sammen med helsevesenets økte muligheter til forebygging og behandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og So-

sialistisk Venstreparti, mener at Norge har gode helsetjenester sett i et internasjonalt perspektiv, bl.a. målt ut fra de fire tradisjonelle mål som brukes i internasjonale sammenligninger, dvs. helseutgiftene, legetettheten, spedbarnsdødeligheten og middellevetiden som er forventet gjenstående levetid for nyfødte. I en slik sammenligning kommer Norge godt ut i forhold til de fleste andre land. Når det gjelder helseutgifter, lå Norge relativt lavt gjennom første del av 1990-tallet, mens ved utgangen av 1990-tallet, i 1998, var Norge ifølge OECD et av de landene i verden som brukte mest på helsetjenester, inkludert omsorgstjenester, målt i forhold til BNP pr. innbygger. De totale helseutgiftene i Norge i 1998 utgjorde 8,9 pst. av BNP som plasserer Norge på sjetteplass blant OECD-landene. Legetettheten ser ut til å nærme seg verdenstoppen med 293 innbyggere pr. yrkesaktiv lege i år 2000.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, mener reformer er nødvendig for å øke kapasiteten i helsevesenet. Manglene i helsevesenet er åpenbare. Organiseringen er preget av uklare ansvarsforhold og bidrar til at de menneskelige, økonomiske og tekniske ressurser som settes inn, utnyttes dårlig. Antallet leger, og særlig sykepleiere, pr. innbygger er høyt i Norge sammenlignet med andre europeiske land. Kostbart utstyr står ubrukt store deler av døgnet. Det delte finansieringsansvaret mellom staten og fylkene hindrer rasjonell ressursutnyttelse og har bidratt til at ledig kapasitet ikke blir utnyttet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet mener at dersom innslaget av stykkpris hadde vært større, og stykkprisen hadde gått direkte til det enkelte sykehus, ville sykehusene hatt incentiver for å utnytte kapasiteten bedre og slik at flere ville fått et tilbud om behandling uten unødvendig ventetid.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil peke på at nærhet, likhet og kvalitet er gode overordnede mål for helsetjenesten. Disse medlemmer ser sykehusene som en av grunnpillarene i den norske velferdsstaten. Disse medlemmer vil understreke at et godt utbygget og desentralisert sykehusstilbud med nærhet til befolkningen, er nødvendig for å gi trygghet og omsorg når helseproblemer oppstår. Disse medlemmer mener derfor at sykehusene og spesialisthelsetjenesten må forbli en del av velferdsstatens infrastruktur under politisk og demokratisk styring og kontroll.

For disse medlemmer er det viktig å sette pasienten i sentrum i helsepolitikken. En slik tankegang forutsetter et nært forhold mellom pasient, helse og omsorgstilbudet i kommunen og spesialisthelsetjenes-

ten. Modellen med statlige helseforetak fjerner muligheten til innsyn og deltakelse i beslutningsprosessene. Disse medlemmer peker på at både enkeltpersoner, interesseorganisasjoner og faggrupperinger mister muligheten til å stille lokale politikere til ansvar for helsetilbudet.

Disse medlemmer vil peke på at prinsippet om lokalt politisk ansvar for viktige velferdstjenester har stått sentralt i utviklingen av den norske velferdsstaten i hele etterkrigstiden. Disse medlemmer mener at Regjeringens modell tar strukturspørsmål av vidtrekkende regionalpolitisk betydning ut av folkevalgt styring.

I Regjeringens forslag til organisasjonsmodell for spesialisthelsetjenesten, oppsummeres problemer som helsesektoren står overfor, uten at disse medlemmer kan se at årsaken eller kilden til problemene defineres eller drøftes. Det foretas ingen samfunnsanalyser eller regionalpolitiske vurderinger i lovforslaget. Disse medlemmer vil også bemerke at forbindelseslinjene til Oppgavefordelingsutvalgets innstilling (NOU 2000:22) ikke er trukket opp.

Det er stor politisk enighet om at helsevesenet kan og må forbedres. Disse medlemmer er bekymret for at økt vekt på hierarkisk styring og funksjonsfordeling kan vende oppmerksomhet bort fra lokale behov. Desentralisert eierskap og styring gir god mulighet for samhandling mellom sykehusene/spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten. Disse medlemmer viser til at fylkeskommunen har vært en buffer og på nasjonens vegne ivaretatt styringen og den økonomiske kontrollen. Disse medlemmer vil imidlertid peke på at fylkeskommunen som sykehuseier har hatt liten innflytelse over egne inntekter.

Disse medlemmer vil rette oppmerksomheten mot utredningene; Hellandsvikutvalget (NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene?), St.meld. nr. 24 (1996-1997) Tilgjengelighet og faglighet, og Oppgavefordelingsutvalget (NOU 2000:22). Flertallet i disse utvalgene gikk imot statlig eierskap av sykehusene og spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer viser til at forslaget om statlige helseforetak ikke gir svar på de styrings- og ledelsesutfordringer som helsesektoren står overfor. Disse medlemmer mener derfor at det ikke er eierstrukturen, men utfordringer innen ledelse og intern oppgavefordeling, og mangelfulle bevilgninger i forhold til sykehusenes oppgaver og folks forventninger, som er hovedårsakene til problemene i sykehussektoren. Disse medlemmer viser til at prosjekter der sykehusledelsen er gitt utvidede fullmakter i sykehusdriften fra fylkeskommunene, kan vise til gode resultater. Samtidig er flere fylkeskommuner i gang med å finne fram til bedre og klarere funksjonsfordeling mellom sykehusene.

Disse medlemmer vil peke på at lik tilgjengelighet til helsetjenester for hele befolkningen

sammen med optimal utnytting av ressursene er sentrale mål i helsepolitikken. Disse medlemmer er sikker på at foretaksmodellen ikke gir flere muligheter til å nå helsepolitiske mål enn forvaltningsmodellen med utvidede fullmakter. Den enhetlige styringen mot disse målene er enklere å gjennomføre innenfor forvaltningen enn gjennom fem selvstendige regionale helseforetak. Disse medlemmer mener at hensynet til en klar plassering av ansvar og offentlig politisk styring og kontroll, tilsier at sykehusene må beholdes innenfor forvaltningen. Disse medlemmer er overbevist om at en friere stilling for sykehusene med fylkeskommunene som eier, best ivaretar de viktige funksjonene som sykehusene har for befolkningen.

Disse medlemmer understreker at store prinsipielle spørsmål ikke er avklart før Stortinget skal fatte vedtak; som økonomiske konsekvenser for fylkeskommunene, grensene for den politiske styringen av helseforetakene, og spørsmål knyttet til de ansattes situasjon m.m.

Sentralt i valg av organisasjonsmodell står balansen mellom behovet for politisk og demokratisk styring, og sykehusenes behov for fleksibilitet og handlingsrom. Disse medlemmer vil særlig peke på at den foreslåtte reformen ikke bidrar til å endre antallet beslutningsnivåer i spesialisthelsetjenesten, men til at de nivåene som er nærmest brukerne, ikke underlegges direkte folkevalgt styring. Disse medlemmer vil påpeke at Regjeringen har lagt fram en framtidig organisasjonsmodell for spesialisthelsetjenesten med et betydelig demokratisk underskudd. Disse medlemmer mener at indirekte politisk kontroll ikke er tilfredsstillende når det gjelder institusjoner av en så stor samfunnsmessig verdi.

Disse medlemmer viser til at det i allment aksepterte prinsipper for arbeidsdeling mellom stat og kommunesektoren legges til grunn at oppgaver skal løses på lavest mulig effektive nivå. Det er også en oppfatning at oppgaver som krever utøvelse av skjønn, skal legges til folkevalgte organer. Flertallet i Oppgavefordelingsutvalget (NOU 2000:22) understreket dette viktige prinsippet.

Disse medlemmer vil gjøre oppmerksom på tempoet i reformprosessen, med en høringsfrist på 6 uker, og en politisk behandlingstid på ca. en måned for en av de større reformene i helsesektoren. Disse medlemmer finner at det ikke er rimelig trygghet for at reformen vil oppfylle de målene som Regjeringen har satt seg, og eventuelle negative effekter er ikke tilstrekkelig belyst.

Disse medlemmer mener at det er fullt mulig å løse de utfordringer dagens helsevesen står overfor innen en forvaltningsmodell. En statlig forvaltningsmodell er imidlertid ikke satt på dagsordenen, og burde etter disse medlemmers mening vært utredet samtidig med foretaksmodellen. Mye av kritikken som i dag reises mot sykehuskøer og manglende be-

handlingstilbud, kan slik disse medlemmer ser det, tilskrives at fylkeskommunen ikke får tilført inntekter i samsvar med de helsepolitiske oppgaver som skal løses. Nye behandlingstilbud gir stadig flere mennesker hjelp med fysiske og psykiske plager, og andelen eldre i befolkningen gir også økte krav til kapasitet i helsevesenet.

Disse medlemmer mener at problemene i sykehussektoren langt på vei kan løses ved å rette økt fokus mot sykehusenes interne planlegging og organisering, og bedre samhandlingen mellom sykehus. Det er ingen grunn til å tro at selvstendige foretak, med datterforetak, vil ha en bedre evne til samordning enn dagens system. Disse medlemmer vil peke på at det er behov for en gjennomgang av de arbeidsoppgavene som skal utføres, slik at rett person kommer på rett plass, og at den samlede kompetansen blir maksimalt benyttet. Disse medlemmer mener at det må tilføres tilstrekkelig støttepersonell, slik at både leger, sykepleiere, hjelpepleiere og annet omsorgspersonell gis økt mulighet til å ta direkte del i pasientbehandlingen, og ikke blir belastet med tilleggsfunksjoner som har andre målsettinger enn omsorg for pasienten.

Disse medlemmer mener at det er en fare for at den foreslåtte organisasjonsmodellen vender oppmerksomheten bort fra primærhelsetjenestens behov. Disse medlemmer mener at det er oppsiktsvekkende at helse- og sosialtjenestene ikke er sett i sammenheng. Barnevern, rusomsorg og familievern er ikke tilstrekkelig vurdert, på tross av den nære sammenhengen mellom barne- og ungdomspsykiatrien og disse områdene. Disse medlemmer vil peke på at det underbygger inntrykket av at reformen ikke er helhetlig og lite gjennomtenkt.

En av Regjeringens intensjoner med reformen er å øke styringen i forhold til strukturen på helsetjenesten. Disse medlemmer viser til at et ankepunkt mot fylkeskommunalt eierskap har fra enkelte miljøer vært at fylkene ikke makter å gjennomføre endringer i strukturen gjennom nedlegging av sykehus og konsentrering av akuttmedisinen til større og mer rasjonelle enheter. Det hevdes fra samme hold at slike spørsmål må vurderes rent faglig og ikke underlegges politiske prosesser. Disse medlemmer vil peke på at det er godt dokumentert at det største potensialet for en bedre utnyttelse av ressursene i spesialisthelsetjenesten ligger i en bedre intern organisering på sykehusene.

Disse medlemmer vil minne om at det gjennom flere lovendringer er vedtatt store reformer innen spesialisthelsetjenesten de siste årene. Dette gjelder bl.a. de regionale helseutvalgene, muligheter til å velge organisasjonsform for sykehusene, pasientrettighetslovgivning og sykehusselskapsloven. Fylkenes adgang til å bruke kommunalt foretak ble gitt først fra 1. januar 2000, mens en så sent som fra 1. januar 2001

kan organisere sykehusene som egne rettssubjekt i form av kommunalt selskap. Fylkenes arbeid med funksjonsfordeling mellom sykehus innen regionene ble sluttført gjennom de regionale helseplanene som ble avgitt ved utgangen av 2000. Disse medlemmer vil påpeke at Stortinget ikke får mulighet til å vurdere virkningene av disse reformene.

Disse medlemmer vil understreke at forslaget til ny lov om helseforetak er noe annet og langt mer enn det å overføre fylkeskommunenes nåværende eierskap av sykehusene til statlig eierskap. Det er et systemskifte der eierskapets betydning reduseres kraftig ved at de nåværende offentlig eide sykehusene juridisk sett blir selvstendige foretak.

Sykehusene skal organiseres som egne rettssubjekt i form av helseforetak eid av staten. De regionale helseforetakene vil ikke stå til ansvar for noen folkevalgte organ, men skal derimot stå ansvarlig for at driften følger bedriftsøkonomiske prinsipper i en foretakslov etter modell av aksjeloven.

Fra at det i dag er åpenhet om regionale beslutninger og virkninger av dem gjennom åpne prosesser underlagt politisk styring, vil Stortinget måtte forholde seg til helseministeren i alle slike saker. Denne svekkelsen av politisk kontroll og innsyn i beslutningsprosessen blir ofte framstilt som en fordel for å gi større frihet til å gjennomføre funksjonsfordeling og strukturendringer uten å være utsatt for innbyggernes påvirkning gjennom lokale politiske styringsorganer. Dette er i sterk konflikt med vanlig tenking om folkestyre og styring av oppgaver som løses lokalt.

Disse medlemmer vil sterkt påpeke at en sentralisering av sykehusstrukturen som går på bekostning av de små sykehusene til fordel for sentral-sykehus og regionalsykehus, er lite ønskelig. Disse medlemmer mener likevel at dette framstår som en sannsynlig effekt av reformen. Samtidig er det de minste sykehusene som i mange sammenhenger driver best, og som oppleves som de beste av pasientene. Undersøkelser så langt viser også at fritt sykehusvalg ikke vil bety særlig mye for pasientmobiliteten, fordi de aller fleste ønsker å bli behandlet ved nærmeste sykehus.

Disse medlemmer viser til erfaringer fra tilsvarende styringssystemer i England og New Zealand og vil påpeke at markedsprinsipper i helsesektoren førte til bl.a. økte administrasjonskostnader, svekket behandlingsskapasitet, ineffektivitet, større ulikheter og sentralisering.

Disse medlemmer vil peke på at Regjeringens forslag til styringsmodell for spesialisthelsetjenesten og sykehusene forutsetter et «indre marked» der det handles med offentlige penger. I prinsippet skilles det mellom kjøpere og selgere, og det skapes en markedsliknende situasjon i det offentlige sykehusvesenet. Disse medlemmer mener at slikt et

markedssystem kan ha en rekke konsekvenser som strider mot de grunnleggende helsepolitiske målene.

Disse medlemmer vil peke på at det de siste årene er gjennomført flere reformer som legger til rette for at markedet får større betydning i den daglige prioriteringen i sykehusene. Det gjelder stykkprisfinansieringen (ISF) og retten til fritt sykehusvalg for pasientene som vil være en vesentlig del av det enkelte sykehus inntektsgrunnlag. Sammen med en fristilling av sykehusene som selvstendige rettssubjekter, er disse medlemmer bekymret for en mulig nedprioritering av pasientgrupper som ikke godt nok omfattes av ISF-ordningen, og da særlig pasienter med sammensatte og langvarige lidelser som er kostbare å behandle. Disse medlemmer mener samtidig at belastningen på førstelinjetjenesten kan øke ved at «ulønnsomme» pasientgrupper skrives hurtig ut fra sykehusene. ISF-ordningen har av flere instanser blitt dokumentert å ha uønsket effekt på flere diagnosegrupper. Disse medlemmer mener uavhengig av eiermodell for øvrig, at det er behov for en gjennomgang og forbedring av ISF- og DRG-systemet.

Selv om loven bestemmer at staten skal være eier for foretakene, og foretakene ikke kan gå konkurs, mener disse medlemmer at driften av helseforetakene og datterforetakene i store trekk vil foregå etter de samme regler som gjelder for et vanlig aksjeselskap. Statlig helseforetak sikrer ikke tilstrekkelig politisk styring og kontroll, og er etter disse medlemmers oppfatning en uegnet organisasjonsmodell for helsevesenet.

Disse medlemmer viser til at styrene i de regionale helseforetakene skal bli utnevnt av helseministeren. Styremedlemmene trenger verken å være folkevalgte eller ha helseprofesjonell bakgrunn. Det legges stor vekt på økonomisk kompetanse og styring i hele reformforslaget.

Disse medlemmer vil påpeke at det er helseforetakene som skal vurdere de ulike tjenestetilbudene etter anbudsprinsipper og inngå avtaler med de tjenesteyterne de vurderer som best. Dermed blir oppgavefordelingen mellom private og offentlige sykehus avgjort av helseforetaksstyrene og ikke tatt av et helsepolitisk ansvarlig nivå.

Disse medlemmer vil understreke at selv om helsevesenet i dag er utilstrekkelig på flere områder, betyr det ikke at enhver endring er til det gode. En effektivisering av sykehusdriften basert på bedriftsøkonomiske modeller vil etter disse medlemmers mening ikke nødvendigvis føre til at målene i helsepolitikken nås. En tilsvarende målstyring for sykehusene og spesialisthelsetjenesten kan føre til at effektiviteten økes, basert på rent tallmessig rapportering av antallet pasienter behandlet for en pris. Men en slik modell mangler de mest avgjørende elementene for en vellykket pasientbehandling og vil ikke stå i forhold til de

helsepolitiske målsettinger som tidligere er lagt av Stortinget.

Disse medlemmer viser til at helsetjenester er kompliserte samhandlinger der kartlegging av behovet er en vesentlig del av selve helsetjenesten. Tillit mellom pasienten og behandler er en nødvendig forutsetning for gode resultater. Det er f.eks viktig med tilstrekkelig tid for legen til å samtale med pasienten for kunne stille riktig diagnose. Riktig diagnose kan spare både behandlingstid, og motvirke sykdomsforverring og unødvendige plager for pasienten. Ensidig vektlegging av «produksjonshastighet» kan virke mot sin hensikt ved at regnskapet, og ikke pasientens tilstand og behandlingsbehov, blir målet for virksomheten. Rapporteringskravene og målstyringen kan føre til en uønsket forskyvning av behandlingstilbudet. Disse medlemmer mener at dette er sannsynlige konsekvenser av denne reformen.

Disse medlemmer tror at de færreste helsearbeidere vil akseptere å betrakte en pasient som et produkt, slik et markedsorientert sykehusvesen i stor grad legger opp til. Det strider mot menneskesynet og fagetikken for de fleste. Disse medlemmer mener at vi står overfor en fremmedgjøring, som allerede har fått betydning for fagfolks manglende oppslutning og identifikasjon med de foreslåtte helseforetakene. Disse medlemmer er redd for at det verdifulle engasjementet som er så viktig i omsorgsarbeid, kan bli skadelidende.

Disse medlemmer vil understreke viktigheten av at det inngås avtaler med de institusjoner som i dag drives av private, og som nå er inne i de offentlige helseplanene, slik at de fortsatt blir en del av tjenestetilbudet.

Disse medlemmer viser til at ifølge proposisjonen skal ledelsen av sykehusene drive sykehusene som selvstendige selskaper med ansvar for å skaffe sine egne inntekter og kontrakter, for investeringer, låneopptak (begrenset) gjeld (begrenset) og lønnspolitikk, samt ha frihet til å «forvalte» evt. overskudd og formue, jf. §§ 6, 7, 14, 15, 32. Selv om helseministeren avviser at det er målsettingen, mener disse medlemmer at denne loven åpner for en eierprivatisering av sykehusene. Disse medlemmer viser til at det er opp til helseforetaksstyrene helt eller delvis å privatisere viktige ikke-medisinske funksjoner i sykehusene som kjøkken, vaskeri, it-avdelinger og lignende. Medisinske funksjoner ved et sykehus kan selges dersom et flertall i Stortinget vedtar dette.

Ifølge lovforslagets § 43 kan helseforetak eller datterforetak samarbeide eller danne nye selskaper med andre foretak. Dersom flere foretak eier virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen, skal virksomheten organiseres som et ansvarlig selskap i medhold av selskapsloven. Videre heter det:

«Når det er egnet til å fremme foretakets formål, kan foretaket eie virksomheter som ikke yter spesia-

listhelsetjenster, alene eller sammen med andre. Slike selskaper skal organiseres som selskaper med begrenset ansvar.»

Disse medlemmer mener at sykehusreformen vil styrke de profesjonelle markedsøkonomiske miljøene innen helsevesenet på bekostning av brukerinteressene og omsorgs- og medisinfaglig innflytelse. Både fordi innsynet i beslutningsprosessen blir sveket sett fra innbyggernes side, og ved at styringen av sykehusene vil skje etter bedriftsøkonomiske retningslinjer.

En av konsekvensene av dette er at det blir vanskeligere å få til justeringer av behandlingstilbud ut fra regionale forhold. Disse medlemmer vil peke på at statlig eierskap og statlige retningslinjer for budsjettering og betaling vil måtte knyttes til «gjennomsnittsbetraktninger» på nasjonalt nivå. Slike likhetsbetraktninger kan lett føre til mistilpasninger fordi regionale forhold og ulikheter i behov ikke fanges opp i de styringssignalene som gis.

Disse medlemmer er urolige for at de ansattes vilkår ikke er tilfredsstillende belyst ved omdanningen av sykehusene til fristilte foretak. Disse medlemmer vil peke på at tilknytning til arbeidsgiverorganisasjon kan ha stor betydning for de ansattes lønns- og arbeidsvilkår. Regjeringen flytter arbeidsgiveransvaret for flere titalls tusen arbeidstakere uten at det er gjennomdrøftet og ferdigutredet før vedtak skal fattes. Disse medlemmer viser til at de ansatte ikke lenger vil være ansatt i offentlig forvaltning, og at deres nåværende rettigheter som arbeidstakere vil bortfalle. Heller ikke de ansattes pensjonsforhold er tilstrekkelig avklart. Disse medlemmer viser til at de ansattes organisasjoner går inn for at samtlige foretak må samles i én arbeidsgiverorganisasjon uten at dette er ivarettatt i lovforslaget. Disse medlemmer forutsetter som en selvfølge at et avtaleverk er etablert før reformen eventuelt kan settes ut i livet, og at arbeidstakerorganisasjonene er sikret reell medvirkning og innflytelse på alle leddene i omorganiseringsprosessen.

Disse medlemmer er bekymret for at fristilte sykehus som underlegges krav om å konkurrere om tilgjengelige ressurser, vil virke mot de mest sentrale helsepolitiske målsetninger om at befolkningen skal gis lik tilgjengelighet til nødvendige helsetjenester. Disse medlemmer mener at det er en reell fare for at helsepersonell vil bli rekruttert til de beste lønns- og arbeidstilbud med store merkostnader for befolkningen og helseinstitusjoner som ligger i utkantkommuner.

Disse medlemmer ser muligheten for at både undervisning, forskning og pasientundervisning, som er viktige deler av sykehusenes øvrige oppgaver utover pasientbehandlingen, kan gå en usikker framtid i møte med den foreslåtte foretaksmodellen med et markedsbasert økonomigrunnlag.

Disse medlemmer vil påpeke at forslaget om regionale folkevalgte rådsorganer viser at disse bare skal kunne uttale seg om de regionale helseforetakenes planer og ikke om den konkrete gjennomføringen av disse. En av konsekvensene av dette er at det blir vanskeligere å få til justeringer av behandlingstilbudet tilpasset regionale forhold. Disse medlemmer vil peke på at statlig eierskap og statlige retningslinjer for budsjettering og betaling vil måtte knyttes til gjennomsnittsbetraktninger på nasjonalt nivå. Slike likhetsbetraktninger kan lett føre til mistilpasninger fordi regionale forhold og ulikheter i behov ikke fanges opp i de styringssignalene som gis.

Disse medlemmer vil også rette oppmerksomheten mot de forretningsmessige prinsippene i reformen, som levner liten synlig plass for faglig medvirkning i driften av helseforetakene. Disse medlemmer vil påpeke at det er i motsetning til målsettingen for helsereformen, som er uttalt å være å sikre en effektiv spesialisthelsetjeneste basert på kunnskap om de beste behandlingsmetodene. Disse medlemmer viser til at det ikke er foreslått noen struktur for faglig kvalitetssikring, og det er ikke laget en faglig kanal til beslutningsorganene i helseforetakene. Dermed inviteres det indirekte til lobbyvirksomhet og uformelle kanaler som disse medlemmer mener både kan være partiske og situasjonsbetingede.

Disse medlemmer ser urettferdigheten i den økonomiske modellen Regjeringen legger opp til i forbindelse med den statlige overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer viser til at Regjeringen foreslår at staten skal overta alle fylkeskommunenes eiendommer og verdier som er knyttet til spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har gjort det klart at den ikke vil gi noen form for kompensasjon for verdier, selv om de ikke er direkte knyttet til driften, og foreslår at staten skal overta verdiene vederlagsfritt. Det gjelder for eksempel barnehager, personalboliger, større parker og rekreasjonsområder. Disse medlemmer finner det ikke akseptabelt at staten skal overta verdiene fra fylkeskommunene uten vederlag og uten sikkerhet for at verdiene kommer spesialisthelsetjenesten eller fellesskapet til gode i framtiden. Disse medlemmer viser videre til at Regjeringen vil dekke gjeld som er knyttet til spesialisthelsetjenesten. Det medfører at befolkning i fylkeskommuner som har bestrebet seg på å ha mindre gjeld i spesialisthelsetjenesten, og som dermed kan ha forsmømt andre viktige samfunnsoppgaver, vil bli økonomisk skadelidende.

Disse medlemmer vil videre understreke at dersom det etter en eventuell statlig overtakelse blir gjort vedtak om å avslutte spesialisthelsetjenestens virksomhet, eller noe av den virksomhet som ligger til grunn for statlig overtakelse gjennom denne loven, må eiendom og bygninger tilbakeføres til fylkeskommunen gjennom opprettelse av hjemfallsrett.

Disse medlemmer mener for øvrig at et eventuelt overtakelsesoppgjør med fylkeskommunene må skje i en dialog med hver enkelt fylkeskommune slik at oppgjøret blir så reelt som mulig.

Disse medlemmer bygger sin holdning til forslagene i lov om helseforetak på andre verdier enn Regjeringen. Disse medlemmer mener at helsevesenet blir best når det bygger på en solidarisk tankegang. Disse medlemmer vil peke på at erfaringer fra andre land viser at en overgang til markedsløsninger har gitt større ulikheter i helsetilbudet, mindre samarbeid om langsiktige løsninger, økte utgifter, mer administrasjon, lavere prioriteringer av de som trenger lengst og mest kostbar hjelp, dårligere vilkår for fagutøvelse og sterkere misnøye hos brukerne.

Disse medlemmer mener at Regjeringens forslag til helsereform samlet sett representerer en svekkelse av innbyggernes mulighet til påvirkning av tjenestetilbudet og innsyn i de beslutninger som gjøres, bl.a. funksjonsfordeling og sykehusstruktur. I tillegg representerer helsereformen en uønsket sentralisering, en uheldig oppbygging av statlig driftsansvar og økt profesjonsstyring. Disse medlemmer hevder at Regjeringens reform ikke gir en reduksjon av beslutningsnivåer i spesialisthelsetjenesten, men fjerner den direkte folkevalgte styringen av de nivåene som er nærmest innbyggerne. Regjeringens reform svekker også Stortingets styringsmulighet gjennom den forutsatte delegasjon av styringsmyndighet til de regionale foretakene.

Disse medlemmer vil påpeke at innholdet i lovforslaget om helseforetak ofte omtales med begrepene «statlig overtakelse av sykehusene» og «helsereformen», og skjuler den egentlige hensikten med prosessen: å ta sykehusene ut av offentlig forvaltning og bort fra demokratisk styring og kontroll. Disse medlemmer mener at mange av elementene i lovforslaget avslører at det i virkeligheten er et markedsstyrt system for sykehusvesenet Regjeringen egentlig foreslår. Disse medlemmer frykter at landets helseoppgaver i stor grad vil bli konkurranseutsatt og delt mellom de regionale helseforetakene, datterforetakene og private sykehus i hele EØS-området etter anbudsprinsippet, i tro på at dette vil løse dagens problemer med ventelister og pengemangel i sykehusene, og gi et effektivt sykehusvesen. Med dette vil disse medlemmer påpeke faren for at vi mister sentrale velferdsgoder som er uerstattelige goder for samfunnet vårt.

Disse medlemmer vil fremme følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen basere sin framtidige helsepolitikk på det lovverket som er vedtatt for spesialisthelsetjenester, og de planer som ble ferdig utarbeidet i den enkelte helseregion i løpet av 2000.

Samarbeid og bedre koordinering mellom de enkelte helseregioner, mellom de enkelte institusjoner og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må tilrettelegges og klargjøres gjennom utarbeidelse av en nasjonal helseplan der alle deler av helsevesenet blir gjennomgått og samordnet.

I forbindelse med utarbeidelse av en slik nasjonal helseplan må også finansieringsordningene gjennomgås og forbedres; det samme gjelder ressursproblemløse når det gjelder investeringsbehov, personellbehov, forskning og utdanning.»

Komiteens medlemmer fra Høyre ser positivt på at departementet har lagt frem forslag om statlig ansvar for spesialisthelsetjenesten, og viser til at Høyre tidligere har fremmet forslag om dette i forbindelse med behandlingen av St. meld. nr. 24 (1996-1997) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste, og Ot prp. nr. 10 (1998-1999) om lov om spesialisthelsetjenesten. Det er nødvendig å samle det politiske ansvaret for spesialisthelsetjenesten for å unngå spill og ansvarsfraskrivelse mellom forvaltningsnivåene. Fylkeskommunene har vist seg å være for små enheter til å ha ansvaret for sykehusene. Statlig ansvar legger til rette for en bedre koordinering og mer effektiv utnyttelse av ressursene gjennom en nasjonal helseplan. Hovedpunktene i det forslag Høyre fremmet, var:

- Staten skal ha ansvaret for spesialisthelsetjenestene.
- Stortinget og Regjeringen fastsetter strukturen i sykehusvesenet gjennom en nasjonal helseplan og står for økonomiske bevilgninger.
- Bestiller- og utførerrollene skilles gjennom fristilling av sykehusene og etablering av statlige bestillerkontorer i regionene.
- Private aktører slippes til i konkurranse om å yte bedre og mer kostnadseffektive tjenester.

Disse medlemmer viser til at Høyre ville kunnet stemme for flere av paragrafene i departementets forslag, dersom det hadde vært mulig å oppnå en felles forståelse med regjeringspartiet om hvordan disse skal forstås. Dette gjelder særlig § 32 og § 43 i forslaget til lov om helseforetak. Disse medlemmer konstaterer at det fra Arbeiderpartiets side ikke har vært vilje til å komme frem til en slik felles forståelse, og viser for øvrig til sine merknader og alternative forslag til lovtekst.

Disse medlemmer viser til at Høyre og Fremskrittspartiet i sine generelle merknader gir uttrykk for et sammenfallende syn når det gjelder betydningen av å skille statens roller som bestiller og utfører av helsetjenester. Disse medlemmer konstaterer at Fremskrittspartiet ikke har villet følge dette opp gjennom felles forhandlinger med Arbeiderpartiet

med sikte på å danne et flertall for endringer, eller gjennom å fremme konkrete lovendringsforslag.

Innenfor rammen av et offentlig finansiert helsevesen må private slippes til når det gjelder utbygging og drift av tjenestene. Dette er ikke privatisering. Privatisering innebærer at det offentlige frasier seg ansvaret for at tjenestene skal være tilgjengelige. Disse medlemmer fastholder at det er et offentlig ansvar å sørge for at befolkningen har tilgang til nødvendige helsetjenester av høy kvalitet.

Disse medlemmer viser til at departementets forslag først og fremst er en eierskapsreform. Selv om sykehusene fristilles som selvstendige rettssubjekter, er det ikke lagt opp til å skille mellom det offentlige ulike roller som bestiller og tjenesteyter, eller å behandle endringer i finansieringsordningene i denne omgang.

Disse medlemmer slutter seg til at staten i første omgang overtar eierskapet til alle de offentlige sykehusene. Dette er et viktig skritt som samler det politiske ansvaret og legger til rette for en mer effektiv sykehusstruktur gjennom utarbeidelse av en nasjonal helseplan. Høyre mener det på et senere tidspunkt bør kunne åpnes for et mer variert eierskap med større innslag av privat eide sykehus. Forslaget hindrer ikke at dette kan skje på et senere tidspunkt med Stortingets godkjenning, jf. lovforslagets § 32.

Disse medlemmer mener departementets forslag om en konsernmodell hvor statens eierskap til sykehusene organiseres gjennom regionale helseforetak, kan være en hensiktsmessig måte å organisere statens eierskap til sykehusene på. Det er behov for et nivå som kan være en «buffer» mellom departementet og de enkelte sykehusene.

Disse medlemmer viser til at departementets forslag åpner for at styrene i de regionale helseforetakene fritt kan organisere all virksomhet i regionen direkte under styret. Departementet viser til at det vil være naturlig å skille de største institusjonene innen spesialisthelsetjenesten som egne foretak. Disse medlemmer er bekymret for at lovforslaget dermed legger til rette for at de regionale helseforetakene i for stor grad overtar fylkeskommunenes rolle, og at ansvarsforholdene blir uklare når det regionale foretaket også skal kunne utføre tjenester i egen regi.

Disse medlemmer mener det må det være obligatorisk for de regionale helseforetakene å organisere tjenesteytingen i egne helseforetak. Det må presiseres at det regionale helseforetakets oppgave skal være å legge til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, mens slike tjenester skal ytes av egne helseforetak som eies av det regionale helseforetaket. Det vil være forskjeller mellom regionene når det gjelder hvilke institusjoner som bør etableres som egne helseforetak, og hvilke som bør inngå i det samme helseforetaket. I vurderingen av

dette må det tas hensyn til funksjoner, størrelse, kommunikasjoner og andre lokale forhold.

Disse medlemmer slutter seg til at det regionale helseforetaket skal stå for fordeling av sykehusfunksjoner innenfor regionen.

Disse medlemmer mener hovedmålet med en omfattende reform av spesialisthelsetjenesten må være å klargjøre roller og ansvarsforhold. Stortinget og Regjeringen skal sørge for at befolkningen har rask tilgang til nødvendige helsetjenester av høy kvalitet, og skal ta det overordnede ansvaret gjennom prioritering, finansiering og funksjonsfordeling. På utførersiden bør det legges til rette for konkurranse mellom sykehusene, og også i større grad åpnes for private tjenesteytere.

Disse medlemmer viser til at departementets forslag ikke skiller mellom bestiller- og utførerrollene, og at det er grunnleggende uklarheter knyttet til de regionale helseforetakenes rolle. Disse skal kunne velge å organisere virksomheten i helseforetak som er egne rettssubjekter, men de skal også kunne velge å utføre tjenestene i egen regi. Samtidig skal de ivareta en bestillerrolle ved at de overtar fylkeskommunenes eksisterende avtaler med private spesialister og klinikker, og ved at de også kan oppfylle plikten til å sørge for helsetjenester gjennom avtaler med private. De private institusjonene i spesialisthelsetjenestene, hvorav mange driver på idealistisk grunnlag, frykter at denne sammenblandingen av roller vil føre til en favorisering av de offentlig eide sykehusene.

Disse medlemmer er videre kritisk til at «sørge for»-plikten, ansvaret for å sørge for at helse-tjenestene er tilgjengelige, foreslås lagt til fristilte regionale foretak. Hvis denne plikten legges til et organ utenfor forvaltningen, svekkes det politiske ansvaret for å sikre folks tilgang til nødvendige helsetjenester. Etter Høyres oppfatning må dette ansvaret være en integrert del av forvaltningen. Ivaretagelsen av denne «sørge for»-plikten må skilles fra utøvelsen av eierrollen.

Disse medlemmer kan slutte seg til departementets modell for organisering av det statlige eierskapet til sykehusene under forutsetning av at det samtidig etableres en parallell bestillerorganisasjon som er adskilt fra eierskapet og driften av sykehusene. Dette må være et forvaltningsorgan med statlige regionkontorer som skal forvalte «sørge for»-plikten og Stortingets sykehusbevilgning knyttet til regionen. De statlige regionkontorene må stå fritt til å inngå avtaler med både offentlige og private tjenesteytere for å oppfylle plikten til å sørge for tjenester. Tjenester må også kunne kjøpes utenfor regionen der dette er hensiktsmessig. Regionkontorene må ha frihet til å inngå ulike typer avtaler, f. eks. avtaler basert på høyere innsatsstyrt finansiering eller volumbaserte avtaler.

Stortinget vedtar bevilgninger til spesialisthelsetjenesten over statsbudsjettet. Innen hver region for-

valtes denne bevilgningen av de statlige regionkontorene, som inngår avtaler med sykehusene. En andel av finansieringen følger pasientene som i dag gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering. Slik bringes det inn et element av konkurranse mellom sykehusene nedenfra, gjennom det frie sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering, som et korrektiv eller en «motstrøm» til den funksjonsfordeling som vedtas og de avtaler de statlige regionkontorene inngår med helseforetakene (sykehusene).

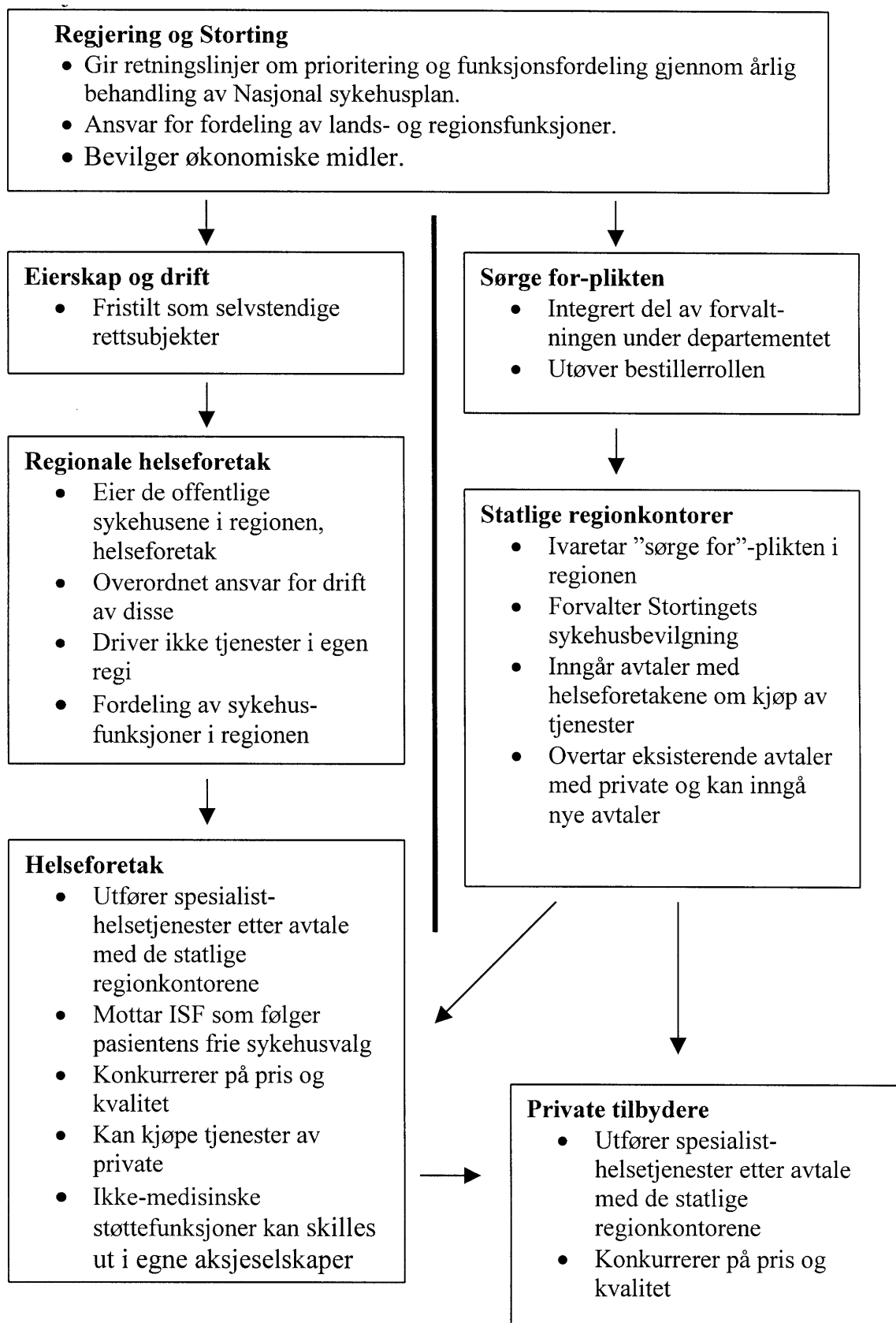
Disse medlemmer mener helseforetakenes midler til investeringer må komme gjennom de ordinære driftsinntektene slik at sykehusene kan bygge opp investeringsfond. For å sikre gjennomføring av større investeringer hvor det vil være naturlig at det regionale helseforetaket involveres, kan det etableres en ordning med «konsernbidrag» fra helseforetaket til

det regionale helseforetaket. Disse medlemmer ser positivt på departementets forslag om at investeringer aktiviseres og avskrives etter alminnelige regnskapsprinsipper. Dette vil legge til rette for mer effektiv utnyttelse av sykehusenes anleggsmidler.

I sine merknader til § 30 viser departementet til beslutning om nedleggelse av sykehus som et eksempel på vedtak som skal fattes av foretaksmøtet i regionalt helseforetak i henhold til bestemmelsen om at vedtak i saker av vesentlig betydning for foretakets virksomhet skal fattes i foretaksmøtet. Disse medlemmer legger til grunn at listen for hvilke saker som må bringes inn for foretaksmøtet i regionalt helseforetak, ikke legges lavere enn dette.

Disse medlemmer viser for øvrig til sine merknader og forslag under de enkelte paragrafer.

Høyres forslag til organiseringen av det statlige ansvaret for spesialisthelsetjenesten kan skisseres slik:



Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at den medisinske utviklingen og sykehusene som kompetansebedrifter fremtvinger et behov for raske beslutninger, noe som gjør det helt nødvendig med en friere stilling for sykehusene enn det som er mulig innen rammen av dagens organisasjonsform. Disse medlemmer viser til at sykehusdrift passer dårlig inn i et forvaltningssystem der beslutningsprosesser kan ta lang tid, hvor ansvarlinjene utviskes og selve organisasjonsformen virker demotiverende for ledere og ansatte. Det bør etter disse medlemmers mening legges til rette for at sykehusene kan ta raske beslutninger når det gjelder både drift og investering, for å sikre tilfredsstillende tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene og en effektiv drift av sykehusene. Beslutninger som tas nær pasienten, gir etter disse medlemmers mening bedre service og behandlingskvalitet.

Disse medlemmer mener at sykehusenes administrative organisering og eierstruktur bør være et spørsmål om hensiktsmessighet, der pasientenes tilgang til rettmessige helsetjenester er et overordnet mål. Disse medlemmer viser til at følgende forhold tilsier at offentlige sykehus bør få full fristilling og operere som selvstendige enheter:

- Pasientenes økende krav til kvalitet
- Klarere og konsise ansvarsforhold
- Økt krav til kostnadseffektivitet
- Fritt sykehusvalg
- Innsatsstyrt finansiering
- Eierstruktur
- Konkurransetsetting
- Det må skilles mellom bestiller- og utførerrollen

Dagens nasjonale og lokale føringer i helsepolitikken tilsier økt vekt på bruker- og markedsstyring også innen helsevesenet. Slik disse medlemmer ser det, vil pasientenes krav om bedre kvalitet, bedre organisering og større medvirkning bli et allment rettskrav fra den norske befolkning i årene som kommer, slik pasientrettighetsloven også tilsier. Utfordringen for våre helsemyndigheter vil nå være å finne organisasjonsmodeller for offentlig sykehusdrift som for det første understreker og underbygger helsepolitiske mål og strategier, og for det andre ivaretar pasientenes rettigheter i forhold til krav om behandling og rehabilitering innen en faglig forsvarlig tidsfrist, slik pasientrettighetsloven krever.

Disse medlemmer viser videre til at sykehusene også er kunnskapsbedrifter med stor grad av nyskapende aktiviteter på bakgrunn av klinisk forskning og medisinsk-teknisk utvikling. Dette stiller også krav til raske omstillinger og endringer i driftsformene, noe som krever korte kommandolinjer. Disse medlemmer viser videre til at dagens rollefordeling i de offentlige sykehus er preget av at drifts- og forvalt-

ningsspørsmål dels ivaretas på sykehusene, og dels ivaretas og detaljstyres fra fylkeskommunenes helseadministrasjoner. Disse medlemmer vil videre peke på at det bør komme en avklaring når det gjelder ulike roller, som eierrollen, bestillerrollen og utførerrollen. Det er viktig at en holder disse rollene atskilt. Dette vil etter disse medlemmers mening føre til mer konkurranse og bedre driftsresultater i sykehusene.

Disse medlemmer viser til at det de siste år fra sentrale myndigheters side har vært innført en rekke nye virkemidler i spesialisthelsetjenesten som for eksempel ISF, fritt sykehusvalg for hele landet og utarbeidelse av regional helseplan. De nevnte virkemidler har etter disse medlemmers mening ført til en viss konkurranse sykehusene imellom og større brukermedvirkning i utviklingen av våre sykehustjenester. Utviklingen har også ført til en sterkere styring fra statens side over den fylkeskommunale sykehusvirksomhet, noe som disse medlemmer har sett som en fordel.

Det er etter disse medlemmers mening særdeles viktig at en fristilling av sykehusene i større grad klargjør ansvarsforholdene internt i sykehuset, og at ansvaret blir personifisert i forhold til styret og sykehusets direktør. En klargjøring av rollefunksjonene er også nødvendig for å kunne plassere ansvar på alle nivå i det komplekse sykehus. Det er etter disse medlemmers mening særdeles viktig at kommandolinjene internt i sykehuset er kortest mulig, og at det etableres klare styrings- og ansvarsforhold mellom eier, styre og administrerende direktør.

Uavhengig av hvilken tilknytningsform en velger for de offentlige sykehus, er det viktig at en skiller rollene som bestiller og utfører. Disse medlemmer viser til at denne rollefordelingen og atskillelsen av bestiller- og utførerrollen har man ikke tradisjon for i Norge, og her trengs en omfattende motivering og tilrettelegging.

I Innst. O. nr. 88 (1999-2000) om fylkeskommunalt sykehusselskap, fremmet Fremskrittspartiet forslag om å gjøre de offentlige sykehus til AS, men ble nedstemt.

Disse medlemmer er fremdeles av den formening at sykehusene og brukerne fortsatt ville være best tjent med at de offentlige sykehus nå når staten overtar ansvaret, hadde blitt organisert som aksjeselskap. Med henvisning til at Fremskrittspartiets forslag om å organisere de offentlige sykehus som AS ble avvist for kort tid tilbake, fremmer ikke disse medlemmer dette forslaget på nytt.

Med statlig ansvar for spesialisthelsetjenesten samles Norge til et helserike, noe Fremskrittspartiet har jobbet for siden partiet ble etablert i 1973. Disse medlemmer kan bare beklage at det tok så lang tid før andre politiske partier erkjente at fortsatt fylkeskommunal sykehusdrift med 19 ulike eiere og drivere

ikke noen gang kunne oppfylle de helsepolitiske målsetninger som er nedfelt og vedtatt i Stortinget i Nasjonal helseplan, om likeverdig helsetilbud til alle.

Slik disse medlemmer ser det, vil den foreslåtte foretaksmodellen for statlig sykehusdrift med utstrakt fristilling til det enkelte foretak et godt stykke på vei imøtekomme sykehusenes behov for bedre organisering, fleksibel målstyring og god ressursutnyttelse.

Disse medlemmer vil imidlertid hevde at det må vesentlige endringer til i det fremlagte foretaksforslag om en skal få optimal effekt av sykehusreformen til beste for brukerne.

Slik disse medlemmer ser det, inneholder sykehusreformen tre etapper:

- Vedta lov om helseforetak
- Omlegging av finansieringsordningene
- Endring av struktur innenfor ordningen med sykehusforetak

Disse medlemmer vil medvirke til at den fremlagte lov om helseforetak blir vedtatt. Disse medlemmer avviser påstanden fra motkreftene til sykehusreformen om at gjennomføringen av reformen går for raskt. Disse medlemmer ser det som særdeles viktig at reformen med statlig eier- og driveransvar er på plass fra 1. januar 2002. Disse medlemmer er imidlertid innforstått med at en underveis må komme tilbake til finansiering og fremtidig sykehusstruktur.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti går inn for et sterkt offentlig helsevesen. Det er nødvendig for å sikre alle like muligheter til behandling. Organiseringen av helsetjenestene må skje ut fra det som tjener pasientene, og ikke ut fra hva som tjener faggrupper eller markedet. Helsepolitikk handler om fordeling av knappe velferdsgoder og må derfor underlegges folkevalgt styring.

Disse medlemmer mener dagens helsevesen ikke fungerer godt nok. På tross av rekordstore økninger i bevilgningene til sykehusene de siste 10 år er det fremdeles lange, uverdige helsekøer. Behandlingskapasiteten til sykehusene presses, samtidig som det satses for lite på både forebyggende tiltak og på helsetjenesten i kommunene. Mange helseproblemer kan løses også uten innleggelse ved sykehusene, dersom helsevesenet utvikles med nærhet til befolkningen. Da kan vi spare både menneskelige lidelser og økonomiske og medisinske ressurser, men også sikre tilgjengelige spesialisttjenester når folk har behov for det. Målet må være god behandling på riktig nivå.

Disse medlemmer kan ikke slutte seg til Regjeringens forslag til reform fordi den åpner opp for en kraftig kommersialisering og privatisering av spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer konstaterer at flertallet har avvist å utsette behandlingen av Regjeringens forslag til etter valget. Videre viser disse medlemmer til at et flertall ønsker å overføre eierskapet for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til staten.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil derfor fremme forslag om hvordan dette kan skje på en mest mulig forsvarlig måte, særlig med tanke på å sikre at helsetjenesten fortsatt er en del av offentlig forvaltning, hindre privatisering og kommersialisering og få til en sterkere politisk styring med helsetilbudet.

Dette medlem vil påpeke at dagens system med innsatsstyrt finansiering av sykehus (ISF) har ført til sterkt fokus på reparasjon av lønnsomme pasienter i sykehus, på bekostning av en behandling som er helhetlig, og som sikrer et best mulig samarbeid mellom de ulike helseinstitusjonene til beste for den syke. Systemet har ført til byråkratisering og svikt i økonomistyringen av sykehusene. Dette medlem går inn for en endret finansieringsmodell med større forutsigbarhet for sykehusene, og som er mindre byråkratisk enn dagens ISF-ordning.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil framheve at sykehus er store, kompliserte driftsorganisasjoner i kontinuerlig endring - ikke minst pga. teknologiutviklingen. Innad i sykehusene ligger det et stort forbedringspotensial.

Disse medlemmer vil gi sykehusene den frihet og fleksibilitet som er nødvendig for å gi en moderne, effektiv og kvalitetsorientert serviceorganisasjon. Ledelsen ved sykehusene skal gis fullmakter som står i forhold til deres ansvar for resultatene. En særlig utfordring ligger i å endre det forhold at dyktig fagpersonell i altfor stor utstrekning settes til å utføre administrative oppgaver gjennom papirarbeid og møter, framfor å utnytte tiden til direkte pasientrettet arbeid.

Disse medlemmer mener at offentlige sykehuseiere bør styre gjennom overordnede mål, og gjennom kvantitative og kvalitative produksjonskrav. Med basis i de overordnede helsepolitiske mål som til enhver tid gjelder, skal det enkelte sykehus stilles fritt i valg av intern organisering og ressursdisponering, herunder rett til å foreta de drifts- og omstillingsbeslutninger som er nødvendige for at resultatkravene kan oppnås.

Disse medlemmer går inn for en tilknytningsform som gir den nødvendige handlefriheten, i kombinasjon med overordnede politiske forpliktelser. Ved å utvide sykehusenes fullmakter (blant annet innenfor personal- og økonomiforvaltning) kan en oppnå den ønskede styringsmessige klarhet.

Disse medlemmer vil påpeke at det er påkrevet å sørge for å opprette en offentlig kapasitetssentral, slik at pasienter som ønsker å benytte seg av fritt sykehusvalg, får nødvendige gratis opplysninger om ledig kapasitet. Dette burde vært på plass i forbindelse med fritt sykehusvalg. Staten må ta ansvar for å koordinere slik informasjon og gjøre den åpent tilgjengelig for pasienter og primærleger. Slike opplysninger selges nå av private firmaer. Skal fritt sykehusvalg ha noen mening, må opplysninger om ledig kapasitet være tilgjengelig og gratis for alle. Ikke engang innenfor eget fylke er det sikkert at slike opplysninger er tilgjengelige. Det kan ikke forventes at pasienter eller primærleger skal ha mulighet og tid til å finne ut av dette sjøl.

Disse medlemmer mener informasjonsenheten må lokaliseres utenfor Oslo og de større byene.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen opprette en offentlig koordinerings- og formidlingssentral for ledig behandlingsskapasitet som gir gratis formidling av nødvendig informasjon om behandlingsskapasiteten i spesialisthelsetjenesten.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at fritt sykehusvalg er innført fra 1. januar 2001, men at det ennå ikke fungerer på en tilfredsstillende måte. Det offentlige har ennå ikke greid å utvikle et informasjonssystem om hvor det er ledig kapasitet. Pasientene hindres derfor i å benytte seg av den retten Stortinget har bestemt at de skal ha.

Disse medlemmer er kjent med at en privat gruppe, som kaller seg GetMedic, allerede har utviklet et system som gir denne typen informasjon. I dag er de den eneste reelle formidler av helsetjenester. De har også sagt seg villige til et samarbeid med det offentlige, eventuelt gjennom statlig medeierskap.

Disse medlemmer mener et slikt system burde vært på plass ved innføringen av fritt sykehusvalg. Når dette ikke er tilfelle, har staten likevel et klart ansvar for snarest mulig å gi norske pasienter tilgang på et slikt informasjonssystem slik at de kan benytte seg av retten til fritt sykehusvalg. Derfor bør det inngås avtale med private som kan levere denne tjenesten. Slik disse medlemmer ser det, må dette være viktigere enn at pasientene skal vente i månedsvis på at staten selv skal utvikle systemet. Dette betyr ikke nødvendigvis at det offentlige må frasi seg oppgaven med selv å utvikle informasjonssystem for ledig kapasitet ved sykehusene, men i påvente av dette skal pasientenes mulighet til å benytte seg av retten til fritt sykehusvalg ikke forhindres av mangelen på et godt informasjonssystem.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen inngå avtale med GetMedic eller andre private som tilbyr et fungerende informasjonssystem for formidling av ledig kapasitet ved norske og utenlandske sykehus, slik at norske pasienter kan få reell mulighet til å benytte retten til fritt sykehusvalg.»

Behovene

Komiteen mener at det i framtida vil være nødvendig å øke ressursene til helsetjenester, ikke minst på bakgrunn av nye behandlingsmuligheter som for få år siden var ukjent og praktisk ugjennomførbare. Ny medisinsk kunnskap og medisinsk-tekniske hjelpemidler gir også mulighet til mer presis diagnostisering og mulighet til å legge opp behandlingene etter den enkelte pasients behov. Det er også grunn til å nevne genteknologien og datateknologien som har vært drivkraften i den medisinsk-teknologiske utvikling. Komiteen mener at dette er forhold som må ha klar innflytelse på hvordan vi organiserer og finansierer helsetjenesten inkludert helseforskningen i Norge. Komiteen konstaterer at vi står overfor krevende oppgaver, men framfor alt spennende utfordringer i forhold til framtidens helsevesen.

Komiteen mener det er grunn til å spørre om de ressursene vi setter inn, både av helsepersonell og økonomi, gir det optimale tilbud til pasientene.

På tross av et gjennomgående positivt totalbilde av helsevesenet, så ser en også synlige tegn på mangler, ikke minst i spesialisthelsetjenesten, eksempelvis

- Pasienter som venter leng på behandling enn det som er medisinsk tilrådelig og ønskelig sett med pasientens øyne
- Overfylte avdelinger ved mange sykehus, korridorpasienter
- Dårlig arbeidsmiljø for personalet, bl.a. pga. korridorpasienter
- Mangel på likeverdige tjenester
- Geografiske forskjeller i medisinsk tilbud og praksis innenfor de enkelte fagområdene
- Store forskjeller i ressursbruk
- Uklare ansvarsforhold
- For dårlig kostnadseffektivitet

Komiteen mener at disse forhold både krever oppmerksomhet og fordrer tiltak.

Utredninger

Komiteen er kjent med gjennom saker som har vært til behandling i Stortinget, at det i ulike sammenhenger har vært foretatt utredninger om bl.a. eier- og driftsforhold, organisatoriske og strukturelle forhold

og finansieringsspørsmål. Det vises bl.a. til Hellandsvik-utvalget (NOU 1996:5 - Hvem skal eie sykehuse- ne?) og Sørensen-utvalget (NOU 1999:15 - Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sy- kehus).

I den førstnevnte utredningen ble det beskrevet tre modeller der utvalget delte seg i tre like store gruppe- ringer i valg av modell:

- regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunen som eier - løst formalisert regionalisert samarbeid
- formalisert interfylkeskommunalt samarbeid - in- terfylkeskommunalt selskap
- regionalisert sykehusvesen med staten som eier.

Sørensen-utvalget var samlet på at styringsmessi- ge utfordringer tilsier reformer i styringen av de of- fentlige sykehusene. Et flertall i utvalget foreslo inn- ført en ny kommunal tilknytningsform, fylkeskom- munalt selskap basert på at selskapet skulle være en selvstendig rettslig og økonomisk enhet som skulle være skilt fra fylkeskommunen.

Komiteen viser og til at et flertall i utvalget mente at det ikke burde rettes formelle restriksjoner på sykehuseiernes organisasjonsfrihet, mens et min- dretall mente at denne valgfriheten burde begrenses til forvaltningsorganer.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, viser til at vurderinger som er gjort i bl.a. de nevnte utredningene, har vært et viktig grunnlag for forslaget til lov om helseforetak m.m.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialis- tisk Venstreparti vil rette oppmerksomheten mot utredningene: Hellandsvikutvalget (NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene?), St.meld. nr. 24 (1996-1997) Tilgjengelighet og faglighet og Oppgaveforde- lingsutvalget (NOU 2000:22). Flertallet i utvalgene gikk imot statlig eierskap av sykehusene og spesialist- helsetjenesten. Disse medlemmer viser til at for- slaget om statlige helseforetak gir ingen svar på de styrings- og ledelsesutfordringer som helsesektoren står overfor. Disse medlemmer mener derfor at det ikke er eierstrukturen, men utfordringer innen le- delse og intern oppgavefordeling, og mangelfulle be- vilgninger i forhold til sykehusenes oppgaver og folks forventninger, som er hovedårsakene til problemene i sykehussektoren. Disse medlemmer viser til at prosjekter der sykehusledelsen er gitt utvidede full- makter i sykehusdriften fra fylkeskommunene, kan vise til gode resultater. Samtidig er flere fylkeskom- muner i gang med å finne fram til bedre og klarere funksjonsfordeling mellom sykehusene.

Disse medlemmer viser for øvrig til sine innledende generelle merknader.

Mangler

Komiteen mener at i tillegg til de vurderinger som er gjort av både diverse utvalg og av departemen- tet, så kan en ikke unngå å legge merke til et visst «sykdomstegn» ved den norske spesialisthelsetjenes- ten når en har stadig tilbakevendende spørsmål om å sende våre pasienter til behandling i andre land. Dette begrunner seg heller sjelden i manglende kompetanse i det norske helsevesenet, men snarere i mangel på ka- pasitet eller for dårlig utnytting av eksisterende kapa- sitet.

Etter komiteens mening viser dette at kapa- sitetsspørsmålet er komplekst. Det knytter seg bl.a. spørsmål til utnyttingsgrad av bygninger og utstyr, og bruken av personellet. Det er ikke god ressursutnyt- ting å la dyrt medisinsk-teknisk utstyr stå ubrukt i sto- re deler av døgnet, når en så konstaterer at en prøver å kompensere manglende utnyttingsgrad med ytterlige- re utstyr/dubleringer. Forbedringspotensialet på disse områdene må knyttes opp til strukturelle tiltak, oppga- vefordeling, klarere styring og ledelse innenfor det spillerom som arbeidslivets regler setter.

Komiteen viser til at det i helselovgivningen nå er klarere pasientrettigheter enn tidligere, bl.a. retten til spesialisthelsehjelp innenfor gitte økonomiske rammer, retten til valg av sykehus, bedre klagead- gangsregler m.m. Dette vil over tid utfordre sykehuse- ne til kvalitetsmessig og økonomisk god drift.

Komiteen vil vise til at det politiske nivå, både nasjonalt og regionalt, gjennom mange år har vært ut- satt for kritikk som tilsier at vi ikke har en spesialist- helsetjeneste som fungerer ut fra befolkningens be- hov, forventninger og ressursinnsatsen. Det er for mange eksempler på utilstrekkelighet både i somatik- ken og ikke minst psykiatrien. Dette viser at forbe- dringer må til.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialis- tisk Venstreparti viser til sine innledende gene- relle merknader.

Formål

Komiteen ser at Regjeringens forslag om «Om lov om helseforetak m.m.» består av to hovedelemen- ter:

1. Statens overtakelse av eieransvaret for spesialist- helsetjenesten
2. Foretaksorganiseringen av virksomheten

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, viser til at reformen i hovedsak dreier seg om organisatoriske endringer med et klart og overord- net statlig ansvars- og eierforhold overfor spesialist- helsetjenestene kombinert med økt lokal myndighet

gjennom organisering i foretak. Reformen må ses på som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for et bedre helsevesen.

Flertallet viser til at denne helsereformen bl.a. har følgende formål:

- Klargjøre og fastlegge ansvaret på alle nivåer
- Sikre at de nasjonale helsepolitiske mål får gjennomslag
- Myndiggjøre sykehusene slik at de innenfor rammene av helsepolitiske mål selv kan styre ressursbruken
- Bedre tilgjengelighet, kvalitet og omsorg
- Ledelsesmessig ansvar og stimulering til å utnytte det beste i helsepersonell og administrasjonens kompetanse og ideer
- Legge til rette for bedre ressursutnyttelse
- Sikre kvalitet i alle ledd
- Ta vare på det gode som allerede er oppnådd i norsk helsevesen

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at reformen ikke bare dreier seg om organisatoriske endringer som følge av endrede ansvars- og eierforhold. Reformen legger opp til en sterk frikobling av spesialisthelsetjenesten fra offentlig styring og baner vei for økt bruk av markedsprinsipper og kommersielle aktører. Reformen representerer et brudd med det solidariske helsevesen som ble bygd opp i forrige århundre.

Verdigrunnlag

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, har merket seg at helsereformen skal forankres i bl.a. følgende verdigrunnlag som skal være forpliktende både for de regionale helseforetakene og helseforetakene:

- Velferdsstatens grunnleggende verdier om likeverd, rettferdighet og solidaritet
- Offentlig ansvar for å gi hele befolkningen gode helsetjenester
- Respekt for det som er oppnådd i norsk helsevesen
- Privat kjøpekraft skal ikke styre helsetilbudet
- Politisk styring og innflytelse for å sikre velferdspolitiske mål
- Nasjonale helsepolitiske mål skal lojalt følges opp
- Forståelse og respekt for enkeltindividet og at pasienter gis informasjon og rett til medvirkning slik det er fastsatt i pasientrettighetsloven

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti kan slutte seg til det verdi-

grunnlag som proposisjonen redegjør for. Det går fram av disse medlemmers øvrige merknader at disse medlemmer ikke kan se at Regjeringens forslag til reform vil fremme dette verdigrunnlaget. Disse medlemmer merker seg at det fremheves i verdigrunnlaget at privat kjøpekraft ikke skal styre helsetilbudet, men det sies ingenting om nødvendigheten av offentlig eierskap til helsetilbudet. Disse medlemmer mener det er solid erfaring for at et solidarisk helsetilbud sikres best ved at det offentlige også er eier og produsent av helsetjenestene. Med private, kommersielle aktører blir hensynet til fortjeneste dominerende. Det svekker mulighetene for å foreta helsepolitiske prioriteringer, øker administrasjonskostnadene og gir økt press for egenandeler. Det blir vanskeligere å hindre at privat kjøpekraft skal styre helsetilbudet, enten det skjer direkte eller via private forsikringer, hvis helsevesenet får et stort innslag av private, kommersielle aktører.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til sine forslag under paragrafene 1, 3 og 42.

Innhold og kvalitet

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, vil understreke at selv om lovforslaget legger opp til nytt og klart eieransvar og til organisatoriske endringer, så er bakgrunnen for å fremme denne helsereformen behovet om reelle forbedringer i norsk helsevesen. Dette betyr at også innholdet i reformen er grunnleggende viktig.

Flertallet ser at statlig eierskap i seg selv ikke løser de grunnleggende problemer og de nye utfordringene.

Et viktig ledd i reformen er de fullmakter som foretakene får, til å organisere sin virksomhet og ordinære drift, uten at staten som eier skal fristes til detaljstyring. Denne friheten skal ikke kunne brukes til å skape usunne konkurranseforhold i strid med hva som er medisinsk nyttig, og som kunne gå på tvers av nasjonale helsepolitiske mål og prioriteringer.

Flertallet mener at helseforetakene vil stille skjerpet krav til god ledelse med vekt på reell kompetanse og vekt på helsetjenestens innhold og evne til å motivere sine medarbeidere og få til samarbeidskulturer i hele foretaket.

Flertallet mener med henvisning til de kvalitetsforskjeller i norsk helsevesen som dokumenteres i proposisjonen, at det er et hovedanliggende å sikre at pasientene får en behandling som er kunnskapsbasert og bygd på klare kvalitetskriterier. Dette legger et klart ansvar på organisering av foretakene og fordeling av oppgavene. Det er heller ingen belegg for at effektiv drift går ut over kvalitet og forsvarlighet.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at et skille mellom utfører- og bestillerrollene vil legge til rette for økt oppmerksomhet om tjenestenes kvalitet fra de offentlige myndigheters side. Staten skal ha ansvar for befolkningens tilgang til helsetjenester, og sørge for at disse er tilgjengelige i tilstrekkelig omfang, at de er kostnadseffektive og holder et høyt faglig nivå. Gjennom avtaler med sykehusene må det fastsettes klare krav til kvalitet, og dette vil være et av konkurranseparametrene sykehusene imellom.

Disse medlemmer viser til at det foreligger et faglig dokument som nærmere beskriver de tiltak som er omtalt i kapittel 2.7 Prioriterte tiltak innenfor reformen, som departementet vil vurdere når de strukturelle endringer som reformen innebærer, er ferdigbehandlet i Stortinget. Etter disse medlemmers syn er det nettopp tiltak som å sikre kvalitet, tilgjengelighet og samarbeid som vil vise at staten har vilje og evne til å løse problemene som vi har i dagens spesialisthelsetjeneste. Slike tiltak må danne grunnlaget for de spesifikasjonskrav som skal settes når det utarbeides kontrakter med helseforetakene. På denne måten vil man kunne sikre og overvåke at tjenestetilbudenes innhold blir mest mulig ensartet i hele landet.

Disse medlemmer vil påpeke at det er behov for en nærmere avklaring av på hvilken måte man konkret vil følge opp de satsingsområdene som er nevnt i kap. 2.7. Disse medlemmer forutsetter at Stortinget senere får seg forelagt saker av prinsipiell karakter eller som Stortinget tidligere har vært opptatt av, på en egnet måte.

Komiteen mener at ved at staten samler ansvaret for sykehusene på én hånd, påtar staten seg samtidig ansvaret for at sykehusene yter kvalitativt gode helsetjenester til pasientene. Dette innebærer et sterkere fokus på at helsetjenestetilbudet er effektivt og på systemer for dokumentasjon og kvalitetssikring. På dette felt er norsk sykehusvesen kommet relativt kort sammenlignet med mange andre land, bl.a. våre naboland. Det bør derfor være en prioritert nasjonal oppgave å etablere sammenhengende og helhetlige systemer for dokumentasjon, overvåkning og sikring av kvalitet i helsetjenesten.

Komiteen mener at dette konkret innebærer bl.a. å opprette det nødvendige antall kliniske kvalitetsregistre innen aktuelle og viktige fagfelt på linje med det som f.eks. finnes i andre land. Slike registre er en forutsetning for å foreta sammenlignende evalueringer av medisinsk praksis og for å kunne gi de nødvendige tilbakemeldinger som muliggjør læring og justering av praksis. Videre bør det etableres et sett av nasjonale indikatorer for kvalitet som gjør det mulig for myndigheter, allmennhet og pasienter å vurdere utviklingen over tid og å foreta relevante sammenligninger. Det er også viktig at den kunnskap som fram-

bringes gjennom medisinske metodevurderinger, blir aktivt brukt av helsemyndigheter og helseforetak slik at effektive og virksomme tiltak kommer pasientene til gode. Like viktig er det at medisinske tiltak med liten eller ugunstig virkning blir faset ut. I den omorganisering av den sentrale helseforvaltning som er på gang, bør det legges til rette for at slike problemstillinger og oppgaver blir prioritert.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, viser til at sykehusreformen vektlegger ansvarliggjøring og myndiggjøring av de enkelte helseforetak. Det innebærer at helseforetakene også må ansvarliggjøres i forhold til dokumentasjon og rapportering av kvalitetsmål. Skal helseforetakene bli i stand til å bære denne informasjonsplikten om sin kvalitet vis-à-vis allmennhet og pasienter, må staten ta ansvar for å tilrettelegge de nødvendige systemer og rutiner. Både de nasjonale helsemyndigheter og de regionale helseforetakene forutsettes å få et betydelig ansvar for at slike systemer etableres som støtte for helseforetakenes arbeid med å forbedre og sikre tjenestenes kvalitet.

Flertallet mener at den dokumentasjon som en har på god medisinsk praksis, må nedfelles i klare spesifikasjonskrav som gjøres forpliktende for helseforetakene. I denne sammenheng mener flertallet det er nødvendig for helseforetakene å knytte til seg medisinskfaglige rådgivere, både på helseforetaksnivå og regionalt helseforetaksnivå.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til sine innledende generelle merknader for vurderinger av innholdet og kvaliteten i helsevesenet. Disse medlemmer mener at denne såkalte reformen i seg selv ikke handler om helsevesenets kvalitet eller innholdet i helsetjenestene, men at selve organisasjonsmodellen med fristilte helseforetak som Regjeringen her foreslår, prioriterer økonomiske forutsetninger og ressursutnyttelse, framfor pasientbehandling og ressursforvaltning.

Foretaksorganisering

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, viser til at sykehusene er meget komplekse og teknologiintensive bedrifter, noe som er vesensforskjellig fra ordinære forvaltningsoppgaver i samfunnet. Dette innebærer bl.a. at kravet til sykehusledelse tilsier at en må ha autoritet og handlingsrom til forholdsvis hurtig å kunne foreta beslutninger.

Flertallet viser til at ledelsesoppgavene ved sykehusene er vanskelige å ivareta med dagens forvaltningsorganisering. Det er konstant oppmerksomhet på økonomi og av og til konfliktforhold mellom og

blant helsepersonellgrupper, autoritetskamp mellom ledelse og profesjonsgrupper m.m. Derfor er foretaksorganisering nødvendig.

Flertallet mener at statens eieransvar og foretaksorganiseringen er virkemidler som klargjør ansvaret på en helt annen måte enn dagens system, og som muliggjør tydeligere ledelse ved at ledelsen også gis større manøvreringsrom enn hva forvaltningsorganisering gir rom for. Ved at helseforetakene blir selvstendige juridiske enheter og utøver sin virksomhet etter vide fullmakter, vil alle ledd i foretaket få mulighet til engasjement og utnyttning av sin kompetanse, kvalitet og kreativitet.

Flertallet vil understreke behovet for den oppgavedeling som ligger mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene, der helseforetakene skal stå for driftsdelen av virksomhetene, og de regionale foretakene bl.a. skal stå for planlegging og tilrettelegging.

Flertallet vil understreke at organisering av virksomhetene innen spesialisthelsetjenesten som foretak ikke innebærer noen fristilling av disse i forhold til helsepolitiske mål. Tvert imot legger modellen til rette for å tydeliggjøre det politisk fastsatte oppdraget foretakene skal ivareta. Ved fastsetting av vedtekter, budsjetter og planer for foretakene må det legges vekt på å sikre at helsepolitiske prioriteringer blir ivare tatt. Dette vil blant annet gjelde oppgaver som er vanskelig å fremme gjennom juridiske virkemidler og finansieringsordninger, fordi de ikke er direkte kvantifiserbare. Flertallet vil i denne sammenheng blant annet peke på psykiatri, rehabilitering og omsorg ved livet slutt.

Flertallet viser ellers til omtale av foretaksmodellen under de aktuelle paragrafer.

Flertallet vil for øvrig peke på at balansen mellom lokal frihet til de enkelte foretak og nødvendig statlig styring kan være vanskelig å finne. Flertallet vil imidlertid peke på at et grunnleggende trekk i bygging av nye strukturer innenfor foretaksorganisering må være å begrense de byråkratiske funksjonene til det som er nødvendig, slik at mest mulig av aktiviteten anvendes der pasientene er. Dette må bygge på at hensikten med reformen også er å desentralisere styringen, effektivisere ledelse og delegere økonomisk ansvar innenfor helsepolitiske mål og rammer.

Flertallet vil også understreke at brukermidvirkningen blir reell og styrket. Det vises her til merknader under aktuell paragraf.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at det er fullt mulig å løse de utfordringer dagens helsevesen står overfor innen en forvaltningsmodell. En statlig forvaltningsmodell er imidlertid ikke satt på dagsordenen, og bur-

de etter disse medlemmers mening vært utredet samtidig med foretaksmodellen. Mye av kritikken som i dag reises mot sykehuskøer og manglende behandlingstilbud, kan slik disse medlemmer ser det, tilskrives at fylkeskommunen ikke får tilført inntekter i samsvar med de helsepolitiske oppgaver som skal løses.

Disse medlemmer vil understreke at forslaget til ny lov om helseforetak er noe annet og langt mer enn det å overføre fylkeskommunenes nåværende eierskap av sykehusene til statlig eierskap. Det er et systemskifte der eierskapets betydning reduseres kraftig ved at de nåværende offentlig eide sykehusene juridisk sett blir selvstendige foretak.

Fra at det i dag er åpenhet om regionale beslutninger og virkninger av dem gjennom åpne prosesser underlagt politisk styring, vil Stortinget måtte forholde seg til helseministeren i alle slike saker. Denne sveikelsen av politisk kontroll og innsyn i beslutningsprosessen blir ofte framstilt som en fordel for å gi større frihet til å gjennomføre funksjonsfordeling og strukturendringer uten å være utsatt for innbyggernes påvirkning gjennom lokale politiske styringsorganer. Dette er i sterk konflikt med vanlig tenking om folkestyre og styring av oppgaver som løses lokalt.

Disse medlemmer viser for øvrig til sine innledende generelle merknader.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at dette medlem fremmer forslag om en statlig forvaltningsmodell som dette medlems subsidiære standpunkt. Grunnen til dette er at et flertall i komiteen bestående av Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet ikke ønsket en nærmere utredning av andre alternativer enn Regjeringens forslag til sykehusreform, og at disse partiene går inn for en statlig overtakelse av sykehusene fra 1. januar 2002.

Komiteens medlemmer fra Høyre mener fristilling av sykehusene som foretak og selvstendige rettssubjekter vil være et viktig bidrag til å sikre mer effektiv drift gjennom at det enkelte sykehus gis større frihet til å organisere virksomheten og myndighet til å ta i bruk flere styringsmessige virkemidler lokalt.

Disse medlemmer mener det må være obligatorisk for de regionale helseforetakene å organisere tjenesteytingen i egne helseforetak. Departementets forslag åpner for at styrene i de regionale helseforetakene fritt kan organisere all virksomhet i regionen direkte under styret. Departementet mener samtidig at det vil være naturlig å skille de største institusjonene innen spesialisthelsetjenesten som egne foretak.

Disse medlemmer er bekymret for at lovforslaget dermed legger til rette for at de regionale helseforetakene i for stor grad overtar fylkeskommunenes

rolle, og at ansvarsforholdene blir uklare når det regionale foretaket også skal kunne utføre tjenester i egen regi. Disse medlemmer viser til at flertallet nå går inn for dette i og med endringene i §§ 1, 2 og 9.

Disse medlemmer mener eierskapet til, og driften av, sykehusene må skilles fra det offentliges ansvar for å sørge for tilgang til nødvendig helsehjelp. Disse medlemmer viser til sine generelle merknader og forslag til ny § 6 om å skille bestiller- og utførerrollene ved å opprette statlige regionkontor som skal ivareta «sørge for»-plikten og bestillerfunksjonen.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet er enig i at det etableres et regionalt helseforetak i nåværende fem helseregioner som skal ha som hovedoppgave å planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten i regionen ut fra nasjonale helsepolitiske prioriteringer og ta ansvar for medisinsk forskning og undervisning. Når det imidlertid gjelder spesialistutdannelsen av leger, må dette etter disse medlemmers mening fortsatt være et nasjonalt ansvar. Disse medlemmer er meget forbauset over at det i proposisjonens forslag til formålsparagraf § 1-2 angis at de regionale helseforetakene kun kan etablere helseforetak. Dette bryter etter disse medlemmers mening med to viktige prinsipper som må være grunnleggende i forbindelse med fremtidig sykehusreform og statlig eierskap. Nemlig for det første større fristilling av sykehusene og for det andre skillet mellom bestillerrollen og utfører-/produsentrollen. Om ikke de regionale helseforetakene pålegges å opprette helseforetak, vil rollefordelingen etter disse medlemmers mening bli like ille som i dag med fylkeskommunalt eier- og driveransvar. Slik disse medlemmer ser det, er skillet mellom bestillerrollen og utførerrollen den viktigste prinsipielle endring som nå bør klart lovfestes, slik at en unngår innblanding og detaljstyring av det enkelte sykehus/foretak både når det gjelder faglig og økonomisk drift slik tilfelle har vært med fylkeskommunal forvaltningsstyring. Disse medlemmer vil bemerke at bestillerrollen og hvilket organ som har ansvar for denne, er meget uklart i proposisjonen.

Disse medlemmer mener det må være en absolutt forutsetning at det opprettes helseforetak som omfatter alle sykehus både innen somatikk og psykiatri, og andre spesialsykehus og institusjoner innen rehabilitering og fysikalsk medisin. Disse medlemmer viser eksempelvis til at Kysthospitalet i Vestfold besitter høyverdig faglig kompetanse både innen rehabilitering og fysikalsk medisin, noe som etter disse medlemmers mening burde tilsi at Kysthospitalet i Vestfold burde danne basis for et regionalt helseforetak innen rehabilitering og fysikalsk medisin. Disse medlemmer finner det uheldig om en skal blande sammen rene somatiske sykehus med rehabili-

tering og avdelinger for fysikalsk medisin. Primært mener disse medlemmer at de aller fleste sykehus med akuttberedskap bør bli selvstendige helseforetak, men organisatorisk kan også disse medlemmer akseptere at flere enkeltsykehus slås sammen til ett foretak. Disse medlemmer går inn for at det foretas endringer i § 1, § 2 og § 9 som klart pålegger det regionale helseforetak å etablere datterforetak, og fremmer forslag om dette.

Det bør etter disse medlemmers mening med rette kunne diskuteres om bestillerrollen skal ligge i det regionale helseforetaket eller om man skal etablere et annet organ for å ivareta bestillerrollen med et selvstendig ansvar for å sørge for at pasientene får behandling og blir henvist til de rette sykehusene. Det regionale helseforetaket får ansvaret for anbudsinnbydelse på tjenester og forhandlingsansvaret når det gjelder priser. Slik disse medlemmer ser det, kan en akseptere at det regionale helseforetaket får bestillerrollen, men da under den uttrykkelige forutsetning at det regionale helseforetaket ikke selv skal drive tjenesteproduksjon. Disse medlemmer kan også tenke seg at bestillerrollen overføres til et av regionens fylkeskommunale trygdekontor, idet disse medlemmer mener at trygdevesenet burde ha god kompetanse til å påta seg denne rollen. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til at Rikstrykdeverket nå administrerer pasientbehandlingen i utlandet.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti fremmer forslag om en forvaltningsforetak-modell, der foretakene fremdeles er en del av offentlig forvaltning, men likevel slik at sykehusene får større selvstendighet enn i dag. Dette medlem viser til sine forslag til de enkelte paragrafer, samt til sine generelle merknader.

Forskning

Komiteen vil også i tilknytning til reformens innhold understreke helseforskningens betydning, både for faglig utvikling, kompetanseoppbygging og utdanningen av helsepersonell. Komiteen forutsetter at foretakene sikrer at nasjonale føringer om forskningsinnsats følges opp og ikke blir utkonkurrert av ressursbehovet til pasientbehandling.

Komiteen vil peke på at overgangen til statlig eierskap og organisering etter foretaksmodellen i prinsippet ikke endrer organisering og finansiering av forskningen. Det er bl.a. grunn til å understreke at finansiering av forskning krever helt andre virkemidler enn hva som gjelder for finansiering av pasientbehandling.

Komiteen mener at grunnforskningen innen medisin i hovedsak er et ansvar og anliggende for Norges forskningsråd og universitetene representert ved de medisinske fakulteter. Slik bør det fortsatt væ-

re. Både forskningsrådet og universitetene forventes også å ta et medansvar for den anvendte kliniske forskningen. Det er imidlertid gode grunner til å stille spørsmål ved om denne mer målrettede og mer praktisk orienterte forskningen vil bli tilstrekkelig tilgode sett og prioritert hvis ikke sykehus og helsetjeneste tar større eget ansvar for slik forskning. Som grunnlag for kvalitetsutvikling og klinisk evaluering er det nødvendig med en betydelig styrking av den kliniske forskningsinnsatsen i norske sykehus. Universitetsklinikene vil her ha et særlig ansvar for å initiere og organisere kliniske forskningsprosjekter, for metodeutvikling, kompetanseutvikling og forskeropplæring. For at en metodisk og systematisk tilnærming til evaluering av klinisk praksis og kliniske resultater skal komme hele sykehusvesenet til gode, er det imidlertid viktig at også sentralsykehus og andre sykehus trekkes aktivt med i den kliniske forskning.

Komiteen understreker at den praktisk rettede kliniske forskningen ikke skal komme i for sterk ressurs- og prioriteringskonflikt med den like viktige medisinske basalforskningen. Fordi klinisk forskning nå sees på som en del av produktkontrollen og kvalitets sikringen, bør den være et klart ansvar for sykehuseieren. For å kunne ivareta dette ansvaret forutsettes de regionale helseforetakene å samarbeide tett med fakultetene og regionsykehusene. Slikt samarbeid vil være særlig nødvendig i forhold til konkrete prosjekter og for å ivareta kompetanse- og opplæringskrav. Sykehusene må ta ansvar og ha myndighet til å innrette de faglige aktiviteter som er nødvendige for å evaluere egen praksis.

Komiteens medlemmer fra Høyre mener at finansiering av undervisning bør skje via universitetene. Forskningsmidler må øremerkes og kanaliseres gjennom forskningsrådet.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil påpeke behovet for at forskning foregår innenfor alle ledd av det medisinske fagmiljøet, også utenfor de tradisjonelle universitets- og sykehusmiljøene. Gjennom mange år har det for eksempel foregått forskning på høyskolenivå, til dels i samarbeid med primærhelsetjenesten. Dette medlem er enig i at en stor andel av forskningsmidlene bør disponeres av universitetene, og at Norges forskningsråd også bør spille en sentral rolle for fordelingen av midlene. Dette medlem vil imidlertid samtidig innvende at universitetsmiljøer, og også Norges forskningsråd, lett vil kunne domineres av de tradisjonelle forskningsmiljøene. Dersom forskningen skal være nyskapende og framtidsrettet, bør man dermed etter dette medlems syn bidra til at forskningsmidlene spres også via andre kanaler enn universitetene. Dette medlem vil påpeke behovet for økonomiske rammer for sykehus og annen helsetjeneste der midler

til forskning inngår som en større andel av rammen enn hva tilfelle er i dag. Dette medlem vil også påpeke at den innsatsstyrte finansieringen lett kan bidra til å redusere forskningsaktiviteten, fordi forskning vil være avhengig av langsiktighet og rammefinansiering.

Arbeidstakerrettigheter

Komiteen har merket seg den uro som mange ansatte har uttrykt omkring arbeidstakerrettighetene i en ny organisasjon. Komiteen viser til at det i proposisjonen foreslås at

- alle arbeidstakere får videreført sine pensjonsordninger med bl.a. bruttogarantert offentlig pensjon, dvs. 66 pst. av pensjonsgrunnlaget ved full opptjeningstid,
- det legges opp til at dagens pensjonsleverandører inntil videre skal ta vare på sine medlemmers ordninger, også når de er ansatt i helseforetakene,
- hvem som skal være pensjonsleverandør i framtida skal utredes nærmere,
- alle helseforetakene skal ha én og samme arbeidsgivertilknytning, slik mange arbeidstakerorganisasjoner har bedt om, og dette skal avklares umiddelbart etter at loven om helseforetak er vedtatt,
- ventelønnsordninger etter statens regler.

Komiteen viser til helseministerens brev av 22. mai 2001 til saksordfører, der han bl.a. sier:

«Det er i dag fire leverandører av tjenestepensjoner innenfor spesialisthelsetjenesten i nåværende fylkeskommunale sektor som vil inngå i de nye helseforetakene. I proposisjonen uttales at det etter departementets oppfatning er behov for en nærmere vurdering av spørsmålet om pensjonsleverandører. Det er nødvendig med mer tid både på utredningssiden og ikke minst når det gjelder å ta beslutninger. Konkurransen mellom pensjonsleverandørene og problemstillinger i den forbindelsen er også spørsmål som må vurderes. Det blir derfor lagt til rette for at dagens pensjonsleverandører inntil videre kan videreføre ordningene for sine medlemmer dersom de aktuelle leverandørene er innstilt på dette.

På sikt vil det kunne være aktuelt med flere pensjonsleverandører, slik som i dag. Rettstilstanden vedrørende kollektive pensjonsordninger og anbudsdirektivene samt konkurransereglene i EØS-avtalen er ennå ikke helt avklart, og er følgelig et av de områdene som blir nærmere vurdert.»

Komiteen forutsetter at arbeidstakerne også gjennom avtale med nye pensjonsleverandører sikres pensjonsordninger i samsvar med det de i dag har rett til.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti forutsetter at de ansatte beholder alle opparbeidede rettigheter, inkludert pensjonsordninger. Det er viktig at staten utvikler en felles ar-

beidsgiverpolitikk for å rekruttere og beholde arbeidskraft i det offentlige helsevesen. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen utvikle en felles arbeidsgiverpolitikk for å rekruttere og beholde arbeidskraft i det offentlige helsevesen.»

Disse medlemmer er urolige for at de ansattes vilkår ikke er tilfredsstillende belyst ved omdanningen av sykehusene til fristilte foretak. Disse medlemmer vil peke på at tilknytning til arbeidsgiverorganisasjon kan ha stor betydning for de ansattes lønns- og arbeidsvilkår. Regjeringen flytter arbeidsgiveransvaret for flere titalls tusen arbeidstakere uten at det er gjennomdrøftet og ferdigutredet før vedtak skal fattes. Disse medlemmer viser til at de ansatte ikke lenger vil være ansatt i offentlig forvaltning, og at deres nåværende rettigheter som arbeidstakere vil bortfalle. Heller ikke de ansattes pensjonsforhold er tilstrekkelig avklart. Disse medlemmer viser til at de ansattes organisasjoner går inn for at samtlige foretak må samles i én arbeidsgiverorganisasjon uten at dette er ivarettatt i lovforslaget. Disse medlemmer forutsetter som en selvfølge at et avtaleverk er etablert før reformen eventuelt kan settes ut i livet, og at arbeidstakerorganisasjonene er sikret reell medvirkning og innflytelse på alle leddene i omorganiseringsprosessen.

Finansieringsmodellene

Komiteen tar til etterretning at det i denne lov-saka ikke er drøftet finansieringsmodeller for spesialisthelsetjenestene, men at dette bebudes å bli gjort senere. Komiteen vil understreke at noe av det tekniske grunnlaget som ISF-ordningen baserer seg på, dvs. DRG-systemet, må ha en kontinuerlig oppdatering i forhold til hva som er god og oppdatert medisinsk praksis.

Komiteen blir stadig konfrontert med problemstillinger knyttet til manglende samsvar mellom DRG-enhetspris for en behandlingstype og den faktiske kostnad for behandlingen. Dette er et problem som i særlig grad er blitt synliggjort fra regionsykehusenes side, ikke minst i forbindelse med høykostmedisin bl.a. i mange av de tilfeller der implantater inngår i behandlingsopplegget. Komiteen ser heller ikke bort fra misforhold i flere av de DRG-gruppene som tilhører lokal- og sentralsykehusfunksjoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Høyre, ser at når statens overføringer på helseområdet går til regionene i stedet for fylkene, så kan ikke penger til helseformål lenger blandes med penger til andre sektorer, noe som er en forbedring fra tidligere og som helt entydig viser hvilke ressurser som stilles til rådighet for helsevesenet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at det i proposisjonen varsles at statens overføringer av penger for pasientbehandling går via de regionale helseforetakene og til de enkelte sykehus/helseforetak. Disse medlemmer forutsetter at pengene fordeles etter ISF-prinsippene, dvs. at sykehusene får penger i forhold til utført pasientbehandling. Disse medlemmer er innforstått med at når finansieringssystemet er basert på ca. 50 pst. rammetilskudd/grunnfinansiering og ca. 50 pst. innsatsstyrt finansiering, så er det nå nødvendig å la det regionale ledd stå for fordelingen.

Disse medlemmer antar at en ved gjennomgangen av finansieringsordningen også vil vurdere disse sider ved systemet.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil peke på at det de siste årene er gjennomført flere reformer som legger til rette for at markedet får større betydning i den daglige prioriteringen i sykehusene. Det gjelder stykkprisfinansieringen (ISF) og retten til fritt sykehusvalg for pasientene som vil være en vesentlig del av det enkelte sykehus' inntektsgrunnlag. Sammen med en fristilling av sykehusene som selvstendige rettssubjekter, er disse medlemmer bekymret for en mulig nedprioritering av pasientgrupper som ikke godt nok omfattes av ISF-ordningen, og da særlig pasienter med sammensatte og langvarige lidelser som er kostbare å behandle. Disse medlemmer mener samtidig at belastningen på førstelinjetjenesten kan øke ved at «ulønnsomme» pasientgrupper skrives hurtig ut fra sykehusene. ISF-ordningen har av flere instanser blitt dokumentert å ha uønsket effekt på flere diagnosegrupper. Disse medlemmer mener uavhengig av eiermodell for øvrig, at det er behov for en gjennomgang og forbedring av ISF- og DRG-systemet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet hadde foretrukket at det ble tatt standpunkt til finansieringsmodeller i forbindelse med behandlingen av lovproposisjonen. Disse medlemmer mener det er særdeles viktig om reformen skal få suksess, at en så tidlig som mulig klargjør og tar standpunkt til ulike finansieringsmodeller for driften av offentlige sykehus og de økonomiske retningslinjene når det gjelder offentlig betaling for privat utførte helsetjenester. Disse medlemmer har registrert at ulike finansieringsmodeller vil bli vurdert, og at en skal komme tilbake til dette på et senere tidspunkt. Disse medlemmer vil akseptere det, men vil allerede på dette tidspunkt gi uttrykk for hva disse medlemmer mener om fremtidig finansiering av sykehusene. Det er etter disse medlemmers mening vesentlig at en nå fra utgangspunktet til statlig drift og finansiering klargjør og til-

rettelegger for en forutsigbar finansiering for foretakene, slik at foretakene ut fra måltall også kan planlegge sine inntekter for flere år av gangen. Det må etter disse medlemmers mening nå bli slutt på den situasjonen at gitte økonomiske incitamenter i begynnelsen av driftsåret endres i løpet av driftsterminen, slik vi har sett tilfeller av de seneste år i forhold til den innsatsbaserte finansieringen. Særdeles viktig er det også etter disse medlemmers mening at det legges opp til en finansiering av sykehusene og spesialisthelsetjenesten i sin helhet, slik at produsenten av tjenestene får betalt for den jobben som gjøres. Slik disse medlemmer ser det, må en intensivere arbeidet med DRG-komplimenteringen og få tilpasset denne i forhold til de reelle utgifter sykehusene har på ulike behandlingsformer. Disse medlemmer er uenig i at den innsatsbaserte finansieringen tenkes utbetalt i de regionale helseforetakene, altså en ordning tilsvarende den vi har i dag hvor alle overføringer, også den innsatsbaserte finansieringen, går direkte til fylkeskommunene. En slik ordning vil fortsatt svekke incitamentet i de fremtidige helseforetakene når det gjelder effektivitet og økt produksjon. Det hører etter disse medlemmers mening ingen steds hjemme at ikke helseforetaket selv skal få betalt for den jobben de gjør, men få overført penger fra eieren via det regionale helseforetaket, og således kan risikere som tilfellet er med dagens ordning, at sykehusene ikke får betalt for den jobben som er gjort i forhold til pasientbehandlingen.

Komiteens medlemmer fra Høyre mener stykkprisandelen i ordningen med innsatsstyrt finansiering må økes til minst 60 pst, og at kryptaket må fjernes. Det bør innføres differensierte enhetspriser som tar hensyn til at regionsykehusene gjennomgående behandler mer ressurskrevende pasienter innenfor de sammen DRG-kategorier enn sentral- og lokalsykehusene.

Ut over den fastsatte stykkprisandelen bør de statlige regionkontorene stå fritt til å inngå refusjonsavtaler med sykehusene f. eks. basert på høyere stykkprisandel eller avtaler basert på volum. Disse medlemmer viser til at det er til dels store variasjoner i kostnadsnivå for ulike behandlingstilbud mellom de offentlige sykehusene, og mellom disse og private tilbydere, jf. Økonomisk Forum nr. 4, 2001. En statlig bestillerorganisasjon som er adskilt fra eierskapet og driften av sykehusene, vil bedre legge til rette for konkurranse mellom ulike tjenesteytere om å tilby gode og kostnadseffektive tjenester.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener, slik det er et sterkt ønske om fra en rekke ledere i norske sykehus, at den innsatsbaserte prosentandelen bør økes fra 50 pst. til 80 pst., og i tillegg at kryptaket bør fjernes.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet er av den oppfatning at dersom en mener noe med en sterkere fristilling av sykehusene slik det formelt er lagt opp til i foretaksmodellen, så er det viktig å presisere at fristilling i forhold til finansiering er særdeles viktig, og det må være opp til foretaksleder og styre å utarbeide driftsplaner, økonomiske prognoser og kunne ta for gitt at den innsatsbaserte finansieringen ikke blir redusert og kommer direkte til inntekt i foretakets budsjett årlig. Disse medlemmer fremmer forslag om det i overensstemmelse med dette.

Disse medlemmer vil bemerke at når finansieringsordningen for de offentlige helseforetakene skal vurderes og fastlegges, må de private tilbudene, eksempelvis private spesialister, private klinikker, røntgeninstitutter og private laboratorier, også få en forutsigbar og likeverdig betalingsordning som de offentlige tilbudene gis. Dette mener disse medlemmer er særdeles viktig for å kunne utnytte den maksimale kapasitet innen spesialisthelsetjenesten som i dag finnes. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til at i dag har flere av de private helsetilbudene betydelig ledig kapasitet som ikke utnyttes, mens de offentlige sykehus har mangel på kapasitet på flere fagfelt. Dette mener disse medlemmer er sløsing med de totale helseressurser i vårt land og manglende respekt overfor brukerne som stadig venter på utredning og behandling.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at den innsatsbaserte finansieringen av sykehustjenester (ISF) utbetales direkte til det enkelte helseforetak i samsvar med produksjon av tjenester.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener det er behov for en grundige drøfting av finansieringsordningene, enn det legges opp til i proposisjonen. De siste års erfaringer tyder på at et innsatsbasert finansieringssystem har svekket kostnadskontrollen, mens den helseproduksjon som belønnes har økt. Dette medlem har merket seg at hele effekten av ISF på produksjonen kom første året. Oppjusteringen fra 35 pst. til 50 pst. har ikke hatt noen effekt.

Dette medlem vil påpeke at ISF har ført til sterke glidningseffekter. Sykehusene tvinges til å prioritere de mest lønnsomme pasientene, mens kronikere og pasienter med sammensatte sykdommer taper. Dette bryter med overordnede prinsipper om likhet i helsetilbud og et helsetilbud basert på medisinske vurderinger.

Dette medlem mener at systemer med innsatsbasert finansiering egner seg best der sykdomsbildet og behandlingsform er klar. Dette medlem vil

redusere bruken av ISF. Hensynet til kostnadskontroll taler for at de regionale helseforetak i sin helhet finansieres ved rammebudsjetter, mens det internt i det regionale foretaket kan brukes systemer med innsatsbasert finansiering. Dette medlem vil komme tilbake med forslag om endringer i finansierungsordningene.

Omfang av statlig overtakelse

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, slutter seg til omfanget av forslaget om statlig overtakelse som omfatter somatiske helsetjenester, rehabilitering og habilitering, laboratorie- og radiologiske tjenester, psykisk helsevern, avtale med private spesialister med driftsavtale, ambulansetjeneste, avtale med private ambulansetjenester, nødmeldetjenesten, sykehusapotekene, og deler av rusmiddeltiltakene.

Flertallet vil i merknadene til de enkelte lovparagrafer eventuelt utdype forståelsen av disse og begrunne eventuelle endringsforslag.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at det er en fare for at den foreslåtte organisasjonsmodellen vender oppmerksomheten bort fra primærhelsetjenestens behov. Disse medlemmer mener at det er oppsiktsvekkende at helse- og sosialtjenestene ikke er sett i sammenheng. Barnevern, rusomsorg og familievern er ikke tilstrekkelig vurdert, på tross av den nære sammenhengen mellom barne- og ungdomspsykiatrien og disse områdene. Disse medlemmer vil peke på at den offentlige tannhelsetjenesten ikke er innlemmet i forslaget, selv om det er et økende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten, og behovet for samhandling vil øke med årene. Disse medlemmer vil peke på at det underbygger inntrykket av at reformen ikke er helhetlig og lite gjennomtenkt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Høyre, har merket seg at spørsmålet om plassering av ansvar for fylkeskommunale tiltak for rusmiddelbrukere etter sosialtjenesteloven, dvs. behandlings- og omsorgstiltak, skal utredes nærmere med sikte på en ny reform også her. Flertallet gir sin tilslutning til dette.

Flertallet har merket seg at spørsmål om statlig overtakelse av tannhelsetjenesten skal utredes nærmere, og flertallet slutter seg til dette.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at et flertall går inn for å overføre eierskapet til spesialisthelsetjenesten fra

fylkeskommunene til staten. Det er likevel noen deler av spesialisthelsetjenesten der argumentene mot statlig overtakelse er spesielt sterke. Et effektivt rusomsorg krever et tett samarbeid med primærhelsetjenesten. Disse medlemmer oppfatter at tannhelsetjenesten er en spesialisert helsetjeneste, men at den i sin natur og sitt omfang er en primærhelsetjeneste. Disse medlemmer støtter forslaget om en utredning for å få avklart ansvarsforholdene på disse områdene, men forutsetter at det ikke legges ideologiske føringer i retning av at «stat alltid er best».

Disse medlemmer vil påpeke at psykiatriens førstelinjetjeneste (vernet botilbud, poliklinikker utenfor sykehus m.m.) har et tett samarbeid med primærhelsetjenesten. Mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet er det også utviklet et tett samarbeid gjennom flere år. Disse medlemmer vil derfor fremme forslag om at barne- og ungdomspsykiatrien og psykiatriens førstelinjetjeneste ikke omfattes av reformen, men at dette også blir et tema for den utredning som skal gjøres når det gjelder rusomsorg og tannhelsetjeneste.

Disse medlemmer mener at hensynet til nærhet til brukerne tilsier at pasientombud fortsatt bør ansettes av fylkeskommunen, og bør være etablert i alle fylker. Disse medlemmer har merket seg at det tidligere ble argumentert for at ansvaret for pasientombudet burde overlates til staten for å skape større avstand til fylkeskommunen som sykehuseier. Deres eierskapet nå overlates til staten, vil dette argumentet bli snudd rundt. Argumentet om å skape avstand til eieren tilsier at fylkeskommunen beholder ansvaret for pasientombudsordningen. Disse medlemmer vil derfor stemme mot Regjeringens forslag til endring av pasientrettighetsloven § 8-2 første ledd første punktum.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen om at eventuell statlig overtakelse av psykiatriens førstelinjetjeneste (vernet botilbud, poliklinikker utenfor sykehus m.m.) og barne- og ungdomspsykiatrien utredes, herunder samarbeid med primærhelsetjenesten. Ansvars- og eierskapsforhold til disse helsetjenestene skal inntil videre ikke endres.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at det i § 53 punkt 6 er listet opp hvilke nåværende fylkeskommunale spesialisthelsetjenester som overtas av staten. Disse medlemmer viser til at den offentlige tannhelsetjeneste fra starten av 2001 ikke blir et statlig ansvar. Disse medlemmer viser videre til at heller ikke rusomsorgen i sin helhet er tatt med i overgangen fra fylkeskommunal til statlig drift. Det opplyses i proposisjonen at eventuell statlig overtagelse av disse sektorene

skal vurderes nærmere, og at en skal komme tilbake til dette i løpet av et års tid.

Disse medlemmer mener at det er svært uheldig at den offentlige tannhelsetjeneste ikke på linje med de øvrige spesialisthelsetjenester kommer med i reformen nå. Disse medlemmer er kjent med at den offentlige tannhelsetjeneste sliter med store rekrutteringsproblemer som disse medlemmer er redd for kan forsterkes i det vakuum som nå oppstår, og hvor diskusjonen om tannhelsetjenestens fremtidige tilknytning til stat, fylke eller kommune pågår.

Disse medlemmer sier seg tilfreds med at Regjeringen ifølge proposisjonen vil nærmere utrede spørsmålet om hvorvidt den fremtidige rusomsorg i sin helhet skal flyttes ut av sosiallovgivningen og over til helselovgivningen. Disse medlemmer og Fremskrittspartiet har hele tiden ment og forfektet at avhengighet av rus må betraktes som sykdom, og at ansvaret for behandling, rehabilitering og omsorg må ligge i helselovgivningen og ikke i sosiallovgivningen. Dette er viktig for å øke prestisjen rundt denne omsorgen slik at de rusavhengige unngår klientstempel og å bli betraktet som pasienter. Rusomsorgen må betraktes som en omsorg på linje med psykiatrien.

Disse medlemmer vil fremme forslag om at de behandlingstilbudene innen rusfeltet som i dag er organisert og inngår i de fylkeskommunale helseplaner, også blir et statlig ansvar fra 1. januar 2001. Disse medlemmer vil i henhold til dette fremme tilleggsforslag i § 53 punkt 6 om at tannhelsetjenesten og behandlingsinstitusjoner innen rus som i dag drives på fylkeskommunalt nivå, nå kommer med i reformen og blir et statlig ansvar for 2001.

Styresammensetning/brukermedvirkning

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet, viser til sine merknader under § 21 Styrets sammensetning m.v. Flertallet har merket seg at det i proposisjonen ikke foreslås partssammensatte styrever, men at lovforslaget bygger på den forutsetning at styret i foretaket settes sammen av personer som har den brede kompetansen som ledelse av slike foretak krever. Det må gjelde bl.a. kompetanse på helsefaglig område, økonomi og ledelse så vel som brukerkompetanse og god samfunnsinnsikt m.v. Flertallet vil spesielt peke på at helsereformens grunnleggende formål er et bedre helsetilbud for pasientene og mener derfor at brukerinteressene må ivaretas på en god måte ved at brukerne får en lovmessig rett til å bli hørt. De virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester, skal ha plikt til å etablere systemer der de systematisk og planlagt innhenter brukernes erfaringer og synspunkter.

Flertallet legger til grunn at utpeking og valg av de ansattes representanter skjer i henhold til gjeldende avtaleverk.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at styrene i de regionale helseforetakene skal bli utnevnt av helseministeren. Styremedlemmene trenger verken å være folkevalgte eller ha helseprofesjonell bakgrunn. Det legges stor vekt på økonomisk kompetanse og styring i hele reformforslaget. Disse medlemmer mener at denne styrings sammensetningen mangler både helseprofesjonell bakgrunn, brukermedvirkning og lokalpolitisk forankring.

Disse medlemmer vil rette oppmerksomheten mot de forretningsmessige prinsippene i reformen, som levner liten synlig plass for faglig medvirkning i driften av helseforetakene. Disse medlemmer vil påpeke at det er i motsetning til målsettingen for helsereformen, som er uttalt å være å sikre en effektiv spesialisthelsetjeneste basert på kunnskap om de beste behandlingsmetodene. Disse medlemmer viser til at det ikke er foreslått noen struktur for faglig kvalitetssikring, og det er ikke laget en faglig kanal til beslutningsorganene i helseforetakene. Dermed inviteres det indirekte til lobbyvirksomhet og uformelle kanaler som disse medlemmer mener både kan være partiske og situasjonsbetingede.

Disse medlemmer viser til at pasientorganisasjonene har uttrykt ønske om representasjon i foretakenes styrever og råd, og vil støtte dette.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til sin merknad vedrørende § 21.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at det i den nye norske helselovgivningen, spesielt i pasientrettighetsloven, er brukerens rettigheter betydelig utvidet. Dette bør etter disse medlemmers skjønn tilsi at pasientorganisasjonene er representert i helseforetakenes styrever, og disse medlemmer foreslår derfor dette. Disse medlemmer vil ellers peke på viktigheten av at styret i foretakene representerer en bred kompetansesammensetning hvor helsefag og økonomi vektlegges spesielt.

Disse medlemmer mener styrene for de regionale foretakene og helseforetakene må være profesjonelle i den forstand at styrets medlemmer er oppnevnt på grunnlag av personlige egenskaper som gjør dem egnede til å sitte i et slikt styrever. For å sikre nødvendig avstand mellom det regionale helseforetaket og helseforetaket må det slås fast at foretaksmøtet i helseforetakene er styret i det regionale helseforetaket, og at denne funksjonen ikke kan delegeres.

Rådsorgan

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at sykehusreformen vil styrke de profesjonelle markedsøkonomiske miljøene

innen helsevesenet på bekostning av brukerinteressene og omsorgs- og medisinfaglig innflytelse, både fordi innsynet i beslutningsprosessen blir svekket sett fra innbyggernes side, og ved at styringen av sykehusene vil skje etter bedriftsøkonomiske retningslinjer. Disse medlemmer vil påpeke at forslaget om regionale folkevalgte rådsorganer viser at disse bare skal kunne uttale seg om de regionale helseforetakenes planer, ikke om den konkrete gjennomføringen av disse.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til sin merknad vedrørende § 35.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet kan ikke se at det når en nå overfører sykehusansvaret til staten, skulle være behov for å etablere et rådsorgan i regionene som fortrinnsvis skal være politikersammensatt. Dette organet har riktignok kun en rådgivende funksjon, men dette vil kunne føre til forsinkelser i det regionale helseforetakets beslutningsprosess som kan være uheldig. Disse medlemmer vil mene at ledelsen i det regionale helseforetaket i de situasjoner dette er nødvendig, vil orientere seg og søke råd i regionen på ulike felt uten at dette skal gå gjennom et formalisert etablert rådsorgan. Det er etter disse medlemmers mening særdeles viktig når en nå får den nye reformen med statlig sykehusdrift, at det politiske byråkrati blir minst mulig. Etableringen av et regionalt råd med dertil hørende sekretariat er å gå den motsatte veien. Det er for disse medlemmer særdeles viktig å understreke at det regionale helseforetaket ikke bygges opp med omfattende byråkrati slik vi har sett i den fylkeskommunale helseadministrasjon.

Disse medlemmer vil gå mot opprettelse av et regionalt råd.

Samarbeid med andre

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti har merket seg at Regjeringen legger opp til at foretakene ikke selv har en forpliktelse til å levere helsetjenester, men at de kan bestilles fra andre. Dette åpner opp for et større innslag av kommersielle, private aktører i helsevesenet. Disse medlemmer mener det er solid erfaring for at et solidarisk helsetilbud sikres best ved at det offentlige også er eier og produsent av helsetjenestene. Med private, kommersielle aktører blir hensynet til fortjeneste dominerende. Det svekker mulighetene for å foreta helsepolitiske prioriteringer, øker administrasjonskostnadene og gir økt press for egenandeler. Det blir vanskeligere å hindre at privat kjøpekraft skal styre helsetilbudet, enten det skjer direkte eller via private

forsikringer, hvis helsevesenet får et stort innslag av private, kommersielle aktører.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til sine forslag under paragrafene 1, 3 og 42.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet stiller seg uforstående til at § 43 i lovproposisjonen setter forbud mot at helseforetak kan eie hele eller deler av annen virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste og som er organisert som aksjeselskap. Dette forbudet i lovproposisjonen er en vesentlig innstramming i forhold til det som var anført i Regjeringens høringsutkast. Disse medlemmer mener dette forbudet mot eierskap med andre i betydelig grad svekker konkurransemomentet i helsemarkedet. Disse medlemmer vil fremme forslag til ny lovtekst i § 43 som tillater foretak å eie deler av virksomhet sammen med andre som yter helsetjenester organisert som AS.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at departementet foreslår følgende begrensninger i sykehusenes adgang til å samarbeide med andre:

- Helseforetak har ikke adgang til å skille ut medisinsk kjernevirksomhet og organisere de fraskilte delene som aksjeselskaper.
- Slik kjernevirksomhet kan bare eies sammen med andre helseforetak, og da organisert som ansvarlig selskap.
- Bare ikke-medisinske funksjoner kan skilles ut og organiseres som aksjeselskaper.

Disse medlemmer hadde kunnet slutte seg til dette dersom Arbeiderpartiet hadde vært villig til å drøfte og komme frem til enighet om forståelse av paragrafens innhold. Disse medlemmer ville lagt følgende til grunn:

- Helseforetakene skal kunne kjøpe alle typer tjenester fra andre dersom de finner det hensiktsmessig, selv om det innebærer at egne avdelinger legges ned. Helseforetakene må også ha mulighet til å kunne selge ut deler av virksomhet til private, dersom man ikke ser seg tjent med å utføre tjenestene i egen regi.
- Slike saker skal bare avgjøres av foretaksmøtet dersom det gjelder salg eller utskilling av større deler av virksomheten. Helseforetaket må ha frihet til å velge slike løsninger som er beskrevet i punktet over, og listen for hvilke saker av vesentlig betydning som skal bringes inn for foretaksmøtet, må legges så høyt at dette ivaretas. Statens skal styre i stort gjennom funksjonsfordeling, prioritering og finansiering, mens helseforetakene må ha stor frihet når det gjelder organisering og daglig drift.

- § 32 om salg av sykehusvirksomhet gjelder salg av helseforetak eller sykehus som er en del av et helseforetak. Stortingets tilslutning er ikke nødvendig dersom et sykehus vil selge ut deler av virksomheten, f. eks. en røntgenavdeling.

Disse medlemmer konstaterer at regjeringspartiet ikke har vært villig til slike drøftelser. Disse medlemmer vil derfor stemme mot forslaget til § 43.

Spesielt der det er lange køer for enklere kirurgisk behandling, bør det etter disse medlemmers oppfatning legges til rette for oppbygging av et supplerende privat tilbud som kan bidra til å ta køene effektivt unna.

Overgangsbestemmelser om økonomisk oppgjør

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet, viser til at det i proposisjonen redegjøres for de prinsipper som det foreslås skal legges til grunn for eiendomsoverdragelse fra fylkeskommune til stat.

Følgende kriterier er foreslått lagt til grunn:

- «om dette er en formuesgjenstand som vil få betydning for statens mulighet til å yte spesialisthelsetjeneste i samsvar med det ansvar som pålegges i lovgivningen
- om dette er en formuesgjenstand som vil få betydning for statens mulighet til å yte spesialisthelsetjeneste av samme omfang og kvalitet som fylkeskommunen har hatt målsetting om
- om den benyttes av fylkeskommunen i forbindelse med driften av en virksomhet innenfor spesialisthelsetjenesten
- om fylkeskommunen har anskaffet den til et formål som ligger innenfor en slik virksomhets målsetting, eller
- om den er overlatt det offentlige med det formål å fremme helseformål.»

Flertallet vil videre understreke den plikt staten har ved overtakelsen å legge til rette for at fylkeskommunen ikke blir i dårligere økonomisk stand til å ta seg av de øvrige fylkeskommunale tjenesteområdene etter at staten har overtatt spesialisthelsetjenesten. Flertallet legger til grunn at det økonomiske oppgjøret understøtter dette.

Flertallet viser til at en ikke kan se bort fra at staten i framtida ikke lenger har behov for overdratte eiendommer m.v., for eksempel ved at eldre bygg erstattes med nye. Selv om en i en slik situasjon kunne vurdert å føre slike eiendommer tilbake til fylkeskommunen, kan dette være vanskelig å lovfeste på generell basis. Det kan ofte være slik når en tar eldre bygninger ut av bruk, at disse ved salg er med på å finansiere nybygg.

Flertallet finner det derfor ikke riktig å lovfeste en generell «hjemfallsrett», men forutsetter at en tilbakeføring vurderes konkret i det enkelte tilfelle basert på mest mulig omforente rimelighetsbetraktninger.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil påpeke behovet for et raust og ryddig oppgjør dersom staten overtar sykehusenes drift og eiendommer knyttet til driften. Det må søkes å unngå at oppgjøret fører til unødvendige og destruktive rettssaker. I proposisjonen står det at det overordnede prinsippet er at fylkeskommunene etter oppgjøret har tilstrekkelig evne til å løse de øvrige oppgaver de er pålagt. Disse medlemmer vil påpeke at det foreslåtte oppgjøret ikke er i tråd med en slik målsetting. Underfinansieringen og merforbruket på sykehusene blir i liten grad kompensert; i tillegg er det stor uenighet om oppgjør for eiendomsmassen.

Disse medlemmer ser store ulikheter mellom fylkeskommunene som ikke lar seg fange opp av det foreslåtte oppgjøret som er presentert i Kommuneproposisjonen. Det må være et krav at fylkeskommunene er i økonomisk balanse etter at sykehusene eventuelt er overført til staten. Kommuneproposisjonen synliggjør en underfinansiering av fylkeskommunene med 1,3 mrd. kroner, hvorav fylkeskommunene må dekke 537 mill. kroner. Det meste av beløpet skyldes sykehusdrift. Det må foretas en gjennomgang av uttrekksmodellen blant annet for å fange opp konsekvensene av ekstraordinære inntekter som er tatt med i beregningsgrunnlaget. Utgifter knyttet til administrasjon må samsvare med de faktiske utgifter, og eventuelle driftsunderskudd på sykehusene i 2001 må dekkes inn.

Disse medlemmer konkluderer med de nevnte forhold og med at også andre forhold som det ikke er mulig å ha oversikt over nå, medfører at oppgjøret både for eiendomsmassen og driften må fastsettes etter reelle forhandlinger mellom staten og den enkelte fylkeskommune, og det må etableres en voldgiftsordning i det tilfelle en ikke kommer til enighet.

Disse medlemmer vil komme nærmere inn på enkelthetene i dette opplegget ved behandlingen av St.prp. nr. 82 (2000-2001), Kommuneproposisjonen.

Disse medlemmer ser urettferdigheten i den økonomiske modellen Regjeringen legger opp til i forbindelse med den statlige overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer viser til at Regjeringen foreslår at staten skal overta alle fylkeskommunenes eiendommer og verdier som er knyttet til spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har gjort det klart at den ikke vil gi noen form for kompensasjon for verdier, selv om de ikke er direkte knyttet til driften, og foreslår at staten skal overta verdiene vederlagsfritt. Det gjelder for eksempel barnehager, personal-

boliger, større parker og rekreasjonsområder. Disse medlemmer finner det ikke akseptabelt at staten skal overta verdiene fra fylkeskommunene uten vederlag og uten sikkerhet for at verdiene kommer spesialisthelsetjenesten eller fellesskapet til gode i framtiden. Disse medlemmer viser videre til at Regjeringen vil dekke gjeld som er knyttet til spesialisthelsetjenesten. Det medfører at befolkning i fylkeskommuner som har bestrebet seg på å ha mindre gjeld i spesialisthelsetjenesten, og som dermed kan ha forsumt andre viktige samfunnsoppgaver, vil bli økonomisk skadelidende.

Disse medlemmer vil videre understreke at dersom det etter en eventuell statlig overtakelse blir gjort vedtak om å avslutte spesialisthelsetjenestens virksomhet, eller noe av den virksomhet som ligger til grunn for statlig overtakelse gjennom denne loven, må eiendom og bygninger tilbakeføres til fylkeskommunen gjennom opprettelse av hjemfallsrett.

Disse medlemmer mener for øvrig at et eventuelt overtakelsesoppgjør med fylkeskommunene må skje i en dialog med hver enkelt fylkeskommune slik at oppgjøret blir så reelt som mulig.

Komiteens medlemmer fra Høyre mener at når det gjelder oppgjøret med fylkeskommunene om overtakelse av sykehusene, må fylkeskommunene gis hjemfallsrett til eiendom som ikke lenger brukes til spesialisthelsetjeneste. Det vises til at et slikt prinsipp vil være i tråd med de forutsetningene staten la til grunn da Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri ble overført fra staten til Oslo kommune. Dersom fylkeskommunene avvikles, bør eiendommene gå tilbake til den kommunen som opprinnelig fremskaffet dem. Det bør gjøres unntak når eiendom selges for å finansiere utbygging innen spesialisthelsetjenesten et annet sted i regionen. Disse medlemmer viser til sitt forslag under §51 Omdanning.

Departementets forslag legger opp til at sammen med sykehusene overtas gjelden knyttet til disse. Disse medlemmer legger også vekt på at fylkeskommuner som har lite gjeld knyttet til sykehusene, men stor grad av egenfinansiering, blir kompensert for dette. Disse medlemmer vil peke på behovet for at ansvaret for eventuelle driftsunderskudd i 2001 avklares. Dersom fylkeskommunene alene skal ta ansvaret for slike underskudd, mens sykehusene ikke blir belastet, mister fylkeskommunene autoritet som eier i forhold til krav om effektiv drift og overholdelse av budsjetter frem til overtakelsestidspunktet. Disse medlemmer ber departementet vise romslighet i de kommende forhandlinger med fylkeskommunene, slik at man kan oppnå enighet og unngå rettslige oppgjør som forskyver gjennomføringen av reformen i tid.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet støtter Regjeringen i at overtakelse

av sykehusene, utstyr og andre driftsbygninger samt personalboliger etc. skjer vederlagsfritt. Disse medlemmer vil i den sammenheng måtte hevde at all bygningsmasse, medisinsk teknisk utstyr og annet utstyr samt øvrig formue i fylkeskommunen som er knyttet opp mot sykehusdriften, egentlig er skattebetalernes eiendom og derfor bør overføres vederlagsfritt til staten. Disse medlemmer er også enig i at staten ved overtakelse av sykehusene overtar gjeld, forpliktelser og avtaler som er gjort av fylkeskommunene med andre interessenter i forbindelse med den fylkeskommunale sykehusdrift. Staten bør imidlertid etter disse medlemmers mening vise stor romslighet i de kommende forhandlinger med fylkeskommunene om overdragelse av eiendom, slik at en unngår fremtidig tvistemål i rettsapparatet. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til en betenkning som professor doktor juris Eivind Smith har laget etter oppdrag fra KS.

Riksrevisjonens kontroll

Komiteens flertall, medlemmene fra Kristelig Folkeparti, Høyre, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er ikke tilfreds med de oppgaver som er tillagt Riksrevisjonen i forhold til statlige foretak, slik det fremkommer i proposisjonens forslag til § 46. Slik flertallet ser det, vil den offentlige revisjonskontrollen i den fremtidige spesialisthelsetjenesten i statlige foretak bli vesentlig redusert sammenlignet med den revisjon som i dag foregår i fylkeskommunen i forhold til spesialisthelsetjenesten. Flertallet viser i denne forbindelse til notat fra riksrevisor Bjarne Mørk Eidem datert 10. mai 2001 hvor det blant annet anføres:

«Riksrevisjonen er derfor av den oppfatning at det i lov om helseforetak bør inntas en bestemmelse om riksrevisjonens kontroll som ikke er begrenset til eierskapskontroll, men som dekker alle ulike styringsvirkemidler som inngår i den statlige styringen av spesialisthelsetjenesten.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer forslag i henhold til dette som tillegg til § 46.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at Stortinget i Innst. S. nr. 175 (1999-2000) nedsatte et utvalg til å utrede Stortingets kontrollfunksjon. Det går fram av mandatet for dette utvalget at Riksrevisjonens virksomhet og rolle også skal underlegges en slik utredning. Disse medlemmer mener at det vil være en oppgave for oven-

nevnte utvalg å vurdere Riksrevisjonens rolle i forhold til helseforetakene.

Endring av andre lover

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, viser til at det er helseforetakene som gir behandling og rehabilitering, og det er derfor ikke naturlig at det er det regionale helseforetaket som skal utarbeide individuelle behandlings- og rehabiliteringsplaner. Dette må ligge på behandlingsnivået, altså gjøres av helseforetakene. Flertallet foreslår derfor endring i lovteksten i § 2-5 i spesialisthelsetjenesteloven.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til sine tidligere standpunkt om at ved godkjenning av fremtidige helseinstitusjoner skal det kun tas faglige hensyn. Disse medlemmer foreslår derfor i henhold til dette standpunkt en endring i § 4-1 under endring av spesialisthelsetjenesteloven.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til sine innledende generelle merknader.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet avviser forslaget i § 4-2 om endring av spesialisthelsetjenesteloven, nemlig offentlig fordeling av leger både når det gjelder fremtidige legestillinger i primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og fordeling av private spesialisthjemler. Disse medlemmer mener at det enkelte helseforetak må stå fritt i å engasjere de leger man måtte ønske ut fra et faglig og bedriftsøkonomisk synspunkt. Disse medlemmer vil måtte mene at nå når de offentlige sykehusene overtas av staten og staten er ansvarlig for legefordelingen, kan det oppstå et habilitetsproblem i forhold til godkjenning av private spesialisthjemler. Disse medlemmer mener at den fristilling som helseforetakene nå får, også må omfatte et selvstendig ansvar for det enkelte foretak om å knytte til seg den legekompentanse en finner nødvendig. Disse medlemmer og Fremskrittspartiet har alltid hevdet at vi også i Norge bør ha et fritt legemarked. Disse medlemmer vil likevel ikke stemme mot lovens endring i spesialisthelsetjenestelovens § 4-2.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til sin merknad knyttet til § 4-1 tredje ledd.

Evaluerings

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at «Lov om helseforetak» er blitt omtalt som etterkrigstidens største helse-

reform. Samtidig har den blitt behandlet på rekordtid. Høringsutkastet hadde bare 6 ukers høringsfrist, og Stortinget har lagt opp til en svært rask behandling. Dette øker risikoen for feilvurderinger og gale beslutninger. Det er derfor viktig at reformen blir evaluert grundig, så tidlig som praktisk mulig, for å kunne rette opp ikke-tilsiktete svakheter.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen iverksette en grundig, uavhengig evaluering av sykehusreformen etter andre driftsår. Evalueringen skal munne ut i en stortingsmelding høsten 2004.»

Slik komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet ser det, er den foreliggende lovproposisjonen om helseforetak først og fremst en presisering og aksept av et enhetlig statlig ansvar for spesialisthelsetjenesten i Norge. Disse medlemmer kan gjerne kalle reformen for en ansvarsreform i så måte hvor muligheten for svarteperspill innen de ulike forvaltningsorgan som vi har sett svært meget av med fylkeskommunal drift, nå blir borte. Disse medlemmer viser til at reformen er meget omfattende, og at det kun er de rent prinsipielle sidene ved reformen en kan få på plass fra 1. januar 2002. Slik disse medlemmer ser det, vil det over relativt lang tid fremover være behov for stadige justeringer og forbedringer når det gjelder drift, intern organisering, finansiering og struktur. Svært mange praktiske spørsmål er ikke løst i og med behandlingen av denne lovproposisjonen. Disse medlemmer viser videre til at loven om helseforetak vil være i behov for et betydelig omfang av forskrifter på ulike felt, og det vil også være behov for betydelig intern og ekstern informasjon om foretaksmodellen. Slik disse medlemmer ser det, vil det være behov for at Stortinget får seg forelagt en evalueringsmelding om statlig foretaksdrift av offentlige sykehus etter en driftsperiode på 2 år.

Disse medlemmer avviser kritikken mot Regjeringen for at man har gått for fort frem for å gjennomføre sykehusreformen med statlige foretak. Disse medlemmer føler seg overbevist om at statlig sykehusdrift organisert som sykehusforetak vil gi oss en bedre spesialisthelsetjeneste både kvalitativt og kvantitativt og at det med statlig sykehusdrift vil være mulig å redusere ventetiden for den enkelte pasient i helsekøene betydelig. Disse medlemmer vil imidlertid advare mot den tankegang at statlig sykehusdrift i seg selv vil redusere behovet for en betydelig økende ressurstilgang til spesialisthelsetjenesten i årene som kommer.

Disse medlemmer viser til at Regjeringen i forbindelse med statlig overtakelse av spesialisthelsetjenestene fra fylkeskommunene hadde en unik anled-

ning til samtidig å legge ned fylkeskommunen som eget forvaltningsorgan, noe som dessverre ikke skjedde.

2.2 Merknader til enkelte paragrafer

Lovens navn

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at spesialisthelsetjenesten skal være en del av den offentlige forvaltningen. Dette medlem går inn for en forvaltningsmodell med utstrakt bruk av fullmakter tilsvarende kommunalt og fylkeskommunalt foretak, jf. kommuneloven kap. 11. Den vesentligste juridiske forskjellen på en slik modell og Regjeringens forslag om helseforetak er at foretaket er et eget rettssubjekt, mens et fylkeskommunalt foretak gjør flere av sine viktigste økonomiske disposisjoner på vegne av det offentlige ved hjelp av fullmakter. Dette medlem foreslår at en modell etter kommuneloven kap. 11, som her vil gjelde for en del av den statlige forvaltningen, gis navnet «forvaltningsforetak».

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«Loven skal hete:

Lov om forvaltningsforetak for spesialisthelsetjenesten (helseforetaksloven)»

§ 1 Lovens og helseforetakenes formål

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, viser til den begrunnelse som proposisjonen gir for å organisere spesialisthelsetjenesten i helseforetak for å nå omforente helsepolitiske og samfunnspolitiske mål som gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det.

Flertallet mener i likhet med det som uttrykkes i proposisjonen, at grunnleggende organisatoriske endringer vil være et virkemiddel for å kunne lykkes.

Flertallet viser til at et av kjernepunktene i reformen er at ansvar og beslutninger legges så nært pasienter og helsepersonale som mulig. Denne reformen er i høy grad å betrakte som en ansvarsreform der det ikke skal være mulig for noen å fraskrive seg ansvar. I denne sammenhengen vil det være viktig å gi helseforetakene, enten helseforetaket består av én eller flere samarbeidende virksomheter, både myndighet og ansvar. Dette må få som konsekvens at de regionale helseforetakenes myndighetsområde avgrenses i forhold til driftsspørsmål. Denne sykehusreform må derfor forutsette et skarpere skille mellom overordnet strategi og operativ drift.

Flertallet slutter seg til at det settes noen overordnede rammer for helseforetakene, og at innenfor disse rammene så skal de enkelte driftsmiljøer ha størst mulig frihet og ansvar. Flertallet mener at dette betyr at de regionale helseforetakene ikke skal

ha direkte driftsansvar slik en også legger til grunn at proposisjonen foreslår. Flertallet viser til at det i proposisjonen redegjøres for at det er de regionale helseforetakene som vedtar strukturen på helseforetakene, dvs. hvilke virksomheter som skal gå sammen i ett helseforetak, og hvilke virksomheter som eventuelt skal være egne helseforetak.

Flertallet mener det vil være forskjeller mellom regionene når det gjelder hvilke institusjoner som bør etableres som egne helseforetak og hvilke som bør inngå i det samme helseforetaket. I vurderingen av dette må det tas hensyn til funksjoner, størrelse, kommunikasjoner og andre lokale forhold.

Flertallet mener det må presiseres at det regionale helseforetakets oppgave skal være å legge til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, men slike tjenester skal ytes av egne helseforetak som eies av det regionale helseforetaket.

Flertallet mener at dette kan tydeliggjøres bedre i selve lovteksten og vil foreslå at det i punkt 2 i § 1 gjøres en endring slik at ordet «kan» byttes ut med «skal».

Flertallet fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 1 første ledd punkt 2 lyde:

2. at det legges til rette for at de regionale helseforetakene skal organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil styrke den offentlige, folkevalgte styringen med helsevesenet. Som et vesentlig ledd i dette vil dette medlem at Stortinget skal vedta en overordnet nasjonal helseplan hvert fjerde år. Denne planen skal omfatte hvilken medisinsk behandling det offentlige skal utføre, antall og lokalisering av sykehus, prioritering av pasientgrupper, finansieringsordninger, kvalitetsstandarder, ventetider og rammer for forskning og utdanning.

Dette medlem vil understreke at ansvaret for at den nasjonale helseplanen følges opp, skal være klart plassert hos regjeringen og helseministeren. Som sykehuseiere bør staten styre gjennom overordnede mål og gjennom kvantitative og kvalitative produktionskrav. Med basis i de overordnede helsepolitiske mål som til enhver tid gjelder, skal det enkelte sykehus stilles fritt i valg av intern organisering og ressursdisponering, herunder rett til å foreta de drifts- og omstillingsbeslutninger som er nødvendig for at resultatkravene kan oppnås. Ved å utvide sykehusenes fullmakter (blant annet innenfor personal- og økonomiforvaltning), og ved å gi sykehusene en sterkere rettslig posisjon innenfor rammen av offentlig forvaltning kan en oppnå den ønskede styringsmessige klarhet.

Dette medlem har merket seg at Høyre og Fremskrittspartiet vil rendyrke bestiller/utfører-modellen, ved at de regionale helseforetak ikke skal få anledning til selv å drive sykehus og andre helseinstitusjoner. Dette medlem er, i likhet med LO-kongressen, imot at det legges opp til at spesialisthelsetjenesten skal kunne styres etter markedsøkonomiske prinsipper som kontraktstyring etter anbudsprinsippet legger opp til. Slike modeller vil fremheve markeds-hensyn for eksempel når det gjelder hvor helseproduksjon skal foregå, på bekostning av politiske hensyn. Dette medlem vil beholde Regjeringens forslag om at de regionale helseforetak kan, og ikke skal, organisere sykehus og andre helseinstitusjoner som foretak. Sammen med dette medlems øvrige forslag vil dette sikre styring etter politiske ønsker og befolkningens behov.

Dette medlem mener i likhet med flere høringsinstanser at proposisjonen ikke er tydelig nok når det gjelder hvem som skal kunne utføre helsetjenester etter reformen. Dette medlem mener derfor det i lovforslaget § 1 må presiseres at helsetjenester skal drives av det offentlige. Det offentlige har ansvaret for helsetjenestene og skal ikke kunne kjøpe tjenester fra det private i større grad enn i dag. Det skal etter dette medlems syn også presiseres at helseforetakene er en del av forvaltningen.

Dette medlem er imot å skifte ut ordet «kan» med ordet «skal» fordi det regionale helseforetaket selv bør ha frihet til å bestemme hvorvidt helseforetak skal opprettes. Dette medlem fremmer derfor forslag i samsvar med proposisjonens forslag til § 1 første ledd punkt 2.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal følgende bestemmelser lyde:

§ 1 første ledd, innledningen skal lyde:

Lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsettinger som er nedfelt i gjeldende nasjonal helseplan vedtatt i Stortinget, spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og pasientrettighetsloven § 1-1, ved

§ 1 første ledd punkt 2 skal lyde:

2. at det legges til rette for at de regionale helseforetakene kan organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak.

§ 1 tredje ledd skal lyde:

Helseforetakene har et offentlig ansvar som ikke kan delegeres til kommersielle aktører i markedet, jf. § 3 nr. 3. Helseforetakene er en del av den offentlige forvaltningen.»

§ 2 Lovens virkeområde

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet,

slutter seg til forslaget til virkeområde for loven, men vil vise til sine merknader og forslag til ny lovtekst til § 1 første ledd punkt 2 der det legges til grunn at de regionale helseforetakene skal etablere virksomhetene under helseforetaksmodellen.

Flertallet slutter seg for øvrig til at når et regionalt helseforetak organiserer institusjoner det eier alene, og som yter tjenester innenfor kjerneområdet til spesialisthelsetjenesten, som egne rettssubjekt, så må det benytte selskapsformen helseforetak.

Flertallet fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 2 annet ledd annet punktum lyde:

Regionalt helseforetak legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt. Dette medlem mener at det regionale helseforetaket selv bør ha frihet til å bestemme hvorvidt helseforetak skal opprettes. Dette medlem fremmer derfor proposisjonens forslag til § 2 annet ledd annet punktum.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 2 annet ledd annet punktum lyde:

Regionalt helseforetak legger til rette for eller yter spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette.»

§ 3 Definisjoner

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til dette medlems merknad knyttet til lovens navn.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 3 nr. 1 lyde:

1. forvaltningsforetak for spesialisthelsetjenesten: foretak

Nr. 1 og 2 i proposisjonenes lovforslag blir nr. 2 og 3.»

Dette medlem viser til sine merknader knyttet til § 1 og § 42 og henvisningene til kommersielle aktører. Begrepet kommersiell aktør må avklares nærmere med en definisjon i § 3. Dette medlem ønsker ikke at private aktører som Feiringklinikken, Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg sykehus og andre tilsvarende virksomheter skal falle inn under begrepet kommersiell aktør.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 3 nr. 4 lyde:

4. kommersiell aktør: privat virksomhet med overskudd i driftsresultat som hovedmålsetting.»

§ 4 Helseregioner

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, slutter seg til forslaget om inndelingen av spesialisthelsetjenesten i helseregioner og at Kongen bestemmer antallet og inndeling, og videre at det i hver helseregion skal være ett regionalt helseforetak.

Flertallet har merket seg at gjennom den foreslåtte reformen vil 19 fylkeshelseadministrasjoner bli avløst av fem regionale helseforetak. Begrunnelsen for å la de regionale helseforetak følge de etablerte inndelinger i helseregioner er flere: Det er en kjent inndeling som særlig i løpet av de siste års regionale helseplanlegging er blitt innarbeidet. Videre er det innarbeidet helseplaner for disse regionene; disse planene er i betydelig - om enn varierende - grad, faglig og politisk forankret gjennom de siste års planprosesser. Planene er etter hvert vedtatt av Sosial- og helsedepartementet, og de vil være et viktig grunnlag for videre utvikling av sykehusene i de respektive regioner. Gjennom inndelingen i fem regionale helseforetak vil hvert regionalt foretak være selvforsynt med regionsykehustjenester. Med unntak av landsfunksjoner vil dermed alle nivåer av sykehustjenester være organisert innen hvert av de regionale helseforetak; det innebærer at ca. 95 pst. av pasientene vil kunne få sitt sykehus tilbud innen hver av de fem enhetene. Med en slik organisering vil spørsmålene om sykehusstruktur, funksjonsfordeling og innbyrdes samarbeid mellom sykehus kunne vurderes i en større regional sammenheng. Dermed vil slike vurderinger også kunne tilpasses de særegne forhold i hvert av de geografisk sammenhengende områder som faller sammen med de regionale helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser for øvrig til § 43 som setter rammer for foretakenes eierskap til virksomheter.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at de regionale helseforetakene med fordel kan lokaliseres utenfor de byene der regionsykehusene er lokalisert. Dette vil etter dette medlems syn føre til bedre balanse i makten mellom regionsykehuset og de øvrige sykehusene i regionene, og motvirke en for sterk vektlegging av den høyt spesialiserte medisinen.

§ 5 Forholdet til annen lovgivning

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, har merket seg at forvaltningsloven gjelder for foretakene. Det samme gjelder offentlighetsloven.

Dette betyr bl.a. fullt innsyn i virksomhetene på linje med offentlige forvaltningsvirksomheter og offentlig forvaltning for øvrig. Foretakene blir med dette regnet som offentlige organer.

Flertallet har merket seg at det bare er forvaltningslovens kapittel 2 og 3 som kommer til anvendelse i personalsaker, dvs. forhold som knytter seg til ugildhet og regler for saksbehandlingen.

Flertallet har også merket seg at det lovhomeles at det er departementet som er klageinstans for enkeltvedtak truffet av foretakene.

Flertallet har også merket seg at foretakene ikke kan gå konkurs.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til dette medlems merknad i tilknytning til § 1. Dette medlem foreslår som begrunnet i § 1 en nasjonal helseplan, samt endring i paragrafoverskriften til § 5 som følge av dette medlems forslag om en nasjonal helseplan.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 5 overskrift og første ledd lyde:

§ 5 Forholdet til nasjonal helseplan og annen lovgivning

Stortinget vedtar en nasjonal helseplan hvert fjerde år som er bindende for foretakene og primærhelsetjenesten. Planen skal minst angi:

- Hva slags medisinsk behandling det offentlige skal utføre, og hva som ikke skal utføres av det offentlige
- Hvordan den medisinske behandlingen skal prioriteres mellom spesifiserte pasientgrupper
- Hvilke pasientgrupper som skal falle inn under finansiering med rammetilskudd, innsatsstyrt finansiering eller en kombinasjon av disse, og adgangen for de regionale helseforetakene til å benytte seg av slike tilskuddsinstrumenter
- Kvalitetsstandarder for sykehusbehandlingen, herunder ventetid for diagnostiserte pasienter
- Antallet og den geografiske plasseringen av foretakene
- De økonomiske rammene for forskning og utdanning innen spesialisthelsetjenesten.

Første til femte ledd i lovforslaget blir annet til sjettede ledd.»

Dette medlem viser videre til lovforslaget § 5 andre ledd (tredje ledd dersom ovenstående forslag vedtas) der det framkommer at offentlighetsloven skal gjelde. Dette medlem ser positivt på dette, men vil likevel foreslå at prinsippet om meroffentlighet i offentlighetsloven skal gjelde fullt ut, og at det kun er de klare taushetsbelagte opplysningene i henhold til offentlighetsloven, forvaltningsloven og annen lovgivning som kan unntas offentligheten.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 5 tredje ledd andre punktum lyde:

Prinsippet om meroffentlighet skal gjelde fullt ut for foretakenes virksomhet.»

Nytt kapittel 2 Ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til sine generelle merknader. Disse medlemmer mener departementets forslag om å legge plikten for å sørge for at nødvendige helsetjenester er tilgjengelige for befolkningen, til de regionale helseforetakene, utenfor forvaltningen, svekker det politiske ansvaret for å oppfylle denne plikten. Disse medlemmer mener ivaretagelsen av denne «sørge for»-plikten må organiseres som en integrert del av forvaltningen, adskilt fra utøvelsen av eierrollen til sykehusene.

En forutsetning for økt behandlingsskapasitet gjennom mer effektiv utnyttelse av ressursene i sykehussektoren er å skille det offentlige roller som bestiller og utfører av tjenestene. Det offentlige ansvar er å sørge for befolkningens tilgang til nødvendige helsetjenester gjennom prioritering, finansiering og funksjonsfordeling. På utførersiden bør det legges til rette for konkurranse mellom sykehusene, og private må også slippes til. Det må inngås avtaler mellom sykehusene og deres politiske oppdragsgivere om hvilke tjenester som skal leveres til hvilken pris og i hvilken mengde, og med klare krav til kvalitet. Fristilling av sykehusene som egne rettssubjekter legger til rette for dette, men det forutsetter at bestillerrollen organiseres adskilt fra sykehusene. I departementets forslag skilles det ikke mellom ansvaret for å bestille – «sørge for»-plikten – og ansvaret for å utføre tjenestene. Departementet legger opp til at det regionale helseforetaket skal ivareta bestillerrollen, i den grad det er gitt rom for noen slik i departementets modell. Det regionale foretaket skal overta eksisterende driftsavtaler med private tjenesteytere, og kan inngå nye slike. Det regionale foretaket skal kunne velge mellom å utføre tjenester i egen regi eller å organisere virksomheten i helseforetak som er egne rettssubjekter. Når rollene blandes sammen, og både bestiller- og utførerfunksjonen legges til det samme organet – det regionale helseforetaket – svekker det muligheten for staten til aktiv bruk av bestillerfunksjonen for å prioritere gjennom å definere hvilke tjenester man ønsker levert, og å oppnå bedre og rimeligere tjenester gjennom krav til kvalitet og pris til sykehus som må konkurrere om å gi det beste tilbudet.

Disse medlemmer ser på departementets forslag som en hensiktsmessig modell for å organisere statens eierskap til de offentlige sykehusene, men understreker at det også må etableres en parallell bestillerorganisasjon som er adskilt fra eierskapet og driften

av sykehusene. Bestillerorganisasjonen skal være et forvaltningsorgan med statlige kontorer i helseregionene som skal forvalte «sørge for»-plikten på bakgrunn av de retningslinjer Stortinget har gitt gjennom behandlingen av Nasjonal helseplan og Stortingets sykehusbevilgning knyttet til regionen. De statlige regionkontorene må stå fritt til å inngå avtaler med både offentlig eide og private tjenesteytere for å oppfylle plikten til å sørge for helsetjenester. Tjenester må også kunne kjøpes utenfor regionen dersom regionkontoret finner det hensiktsmessig. Regionkontorene må ha frihet til å inngå ulike typer avtaler, som avtaler basert på høyere stykkprisandel, eller volumbaserte avtaler.

Disse medlemmer foreslår på denne bakgrunn følgende:

«I lov om helseforetak m.m. skal kap. 2 og § 6 lyde:

Kapittel 2 Ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester

§ 6 Ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester

Statens ansvar for å sørge for at befolkningens gis nødvendig spesialisthelsetjeneste ivaretas gjennom statlige kontorer i helseregionene.

For å oppfylle dette ansvaret skal de statlige regionkontorene inngå avtaler med offentlige sykehus og andre tjenesteytere om kjøp av helsetjenester til en kvalitet og pris som er forsvarlig.

Kapitlene 2-15 i proposisjonens lovforslag blir kapitlene 3-16, og §§ 6-54 i proposisjonens lovforslag blir §§ 7-55.»

Disse medlemmer viser til sitt forslag under § 54 til ny § 2-1a i spesialisthelsetjenesteloven.

§ 6 Partsstilling

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, har merket seg at det lovhomeles at det enkelte foretak selv er part i avtaler med private, offentlige myndigheter og andre offentlige foretak. Dette innebærer at foretaket som sådan har partsstilling i for eksempel rettssaker.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til sine merknader under forslag til navn på loven om at foretakene må være en del av offentlig forvaltning, og at det er ved fullmakter at foretaket opptrer utad.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 6 lyde:

§ 6 Partsstilling

Foretaket har ikke selv rettigheter eller plikter, og er ikke selv part i avtaler med private eller offentlige myndigheter uten at det foreligger fullmakt til dette.

Foretaket har heller ikke selv partsstilling overfor andre myndigheter uten at det foreligger fullmakt til dette. Fullmakt for de regionale helseforetakene gis av departementet. Fullmakt for foretakene gis av det regionale helseforetaket.

Foretakene er underlagt staten når det gjelder partsstilling overfor domstolene.

Departementet kan gi forskrift om fullmakter for foretakene.»

§ 7 Ansvar for foretakets forpliktelser

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 8 Opprettelse av regionale helseforetak

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 9 Opprettelse av helseforetak

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, viser til sin begrunnelse i tilknytning til § 1 første ledd punkt 2 om at de regionale helseforetakene skal organisere virksomhetene som helseforetak og ikke selv påta seg driftsoppgaver direkte. I samsvar med dette fremmer flertallet følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 9 første ledd første og annet punktum lyde:

Utøvende virksomhet skal organiseres som helseforetak. Styret selv i regionalt helseforetak treffer vedtak om å opprette helseforetak.

Annet og tredje punktum i proposisjonens lovforslag blir tredje og fjerde punktum.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt. Dette medlem er imot å skifte ut ordet «kan» med ordet «skal» fordi det regionale helseforetaket selv bør ha frihet til å bestemme hvorvidt helseforetak skal opprettes. Dette medlem fremmer derfor proposisjonens forslag til § 9 første ledd første punktum. Dette medlem viser for øvrig til sin merknad under § 1.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 9 første ledd første punktum lyde:

Styret selv i regionalt helseforetak kan treffe vedtak om å opprette helseforetak.»

§ 10 Vedtekter for regionale helseforetak

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, har merket seg at det er Kongen i statsråd som fastsetter foretakets vedtekter ved stiftelsen. Senere gjøres dette etter bestemmelsen i § 12.

Flertallet viser til at vedtektene skal angi det regionale helseforetakets formål. Blant annet skal helsepolitiske utdanningspolitiske, forskningspolitiske og hovedoppgaver beskrives, og med tydelig vektlegging på pasientrettighetslovens og spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser.

Flertallet har også merket seg at det foreslås at alle foretakene skal ha samme arbeidsgivertilknytning. Det skal gjelde både for de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Flertallet mener at denne sykehusreformen i høy grad er å betrakte som en ansvarsreform - det skal ikke bli mulig for noen å fraskrive seg ansvar. I denne sammenheng er det viktig å gi helseforetakene både myndighet og ansvar. Samtidig er det viktig å få til den nødvendige samordning og det ønskede samarbeid mellom ulike sykehus og i forhold til primærhelsetjenesten. De regionale helseforetakene blir viktige instrumenter i arbeidet med å legge til rette for en fornuftig arbeidsdeling og godt samarbeid mellom helseforetakene. Ikke minst er det viktig at større investeringer i form av bygninger og tyngre medisinsk utstyr blir dimensjonert og fordelt på måter som er kostnadseffektive og optimale for helheten. Videre vil de regionale helseforetakene spille en viktig rolle i forhold til standardisering av infrastruktur, IT-løsninger, rapporteringsrutiner, krav om kvalitet, samhandling og service vis-à-vis primærhelsetjenesten m.m. De regionale helseforetakene forutsettes i det hele tatt å få en konsernlignende rolle i slike overordnede og strategiske spørsmål som gjelder alle helseforetakene.

Flertallet mener at uten at det skal bygges opp unødige store helsebyråkratier, er det viktig at de regionale helseforetakene blir utstyrt med den tilstrekkelige faglige kompetanse og kapasitet til å håndtere disse viktige fagstrategiske oppgavene på en god måte. Det er således viktig å utnytte de mulighetene denne reformen gir, til en faglig oppgradering av de strategiske enheter innen vårt sykehusvesen.

Flertallet vil understreke at de regionale helseforetakene må gis en tydelig strategisk og samordnende rolle på de utvalgte «konsernområder»; det er viktig at deres myndighetsområde avgrenses i forhold til driftsspørsmål. Denne sykehusreformen forutsetter således et skarpere skille mellom overordnet strategi og operativ drift. Det settes noen overordnede rammer for helseforetakene, men innen disse rammene skal de enkelte produksjons- og driftsmiljøer ha størst mulig frihet og ansvar til å utforme løsninger.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 11 Vedtekter i helseforetak

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, gir sin tilslutning til minstekravene til helseforetakets vedtekter. Komiteen vil ellers uttrykke at diskusjonen om sykehusstruktur i for stor grad har vært en diskusjon om antall sykehus og i for liten grad en diskusjon om funksjonsfordeling og samarbeid. Flertallet vil understreke at landet i overskuelig framtid har god bruk for de sykehus som i dag fins, men at disse sykehusene på linje med all annen virksomhet må være forberedt på endringer i oppgaver og ansvar. Uansett vil de fleste sykehus, og særlig de minste, trenge en tettere kopling til større miljøer i form av nettverks- og samarbeidsordninger. I forbindelse med etablering av helseforetakene vil det også være naturlig å drøfte organisatoriske sammenslåinger av flere sykehus innen tilgrensende geografiske områder. Slike forslag er allerede fremmet i flere av de regionale helseplanene, og det vil være ønskelig at denne prosessen videreføres i forbindelse med etablering av helseforetak. Slike organisatoriske sammenslåinger vil gjøre sykehustjenestene i de respektive områder mer robuste og legge til rette for en mer optimal funksjonsfordeling, bedre samarbeid og mer effektiv ressursutnyttelse enn om de minste sykehusene forblir enkeltstående. For at slike prosesser skal bli vellykkede må det imidlertid baseres på lokale forutsetninger. De regionale helseforetakene forutsettes å ta slike geografiske og stedlige hensyn når inndelingen i helseforetak gjøres.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 12 Vedtektsendringer

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 13 Registrering i Foretaksregisteret

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 14 Foretakets egenkapital

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan

stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 15 Disponering av foretakets midler

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 16 Foretaksmøtets myndighet mv.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, har merket seg at staten utøver sin eierstyring i foretaksmøtet. Dette betyr at de regionale foretakene arbeider etter fullmakter fra sine eiere i den løpende drift og dermed har stort ansvar og betydelig myndighet.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at foretaksmøtet har overordnet myndighet, og kan gi styret instruks og omgjøre styrets vedtak. Disse medlemmer har merket seg at departementet i sine merknader til § 16 understreker at dette bør være rettigheter av latent karakter, som bare skal benyttes når det er nødvendig for å ivareta eiers overordnede ansvar og interesser. Disse medlemmer mener slik inngripen lar seg forsvare i større saker av prinsipiell betydning, og er enig i departementets vurdering av at dersom denne myndigheten benyttes for ofte, vil det bidra til å viske ut rolle- og ansvarsfordelingen mellom eier og foretakets ledelse, i strid med lovens intensjon.

Disse medlemmer har merket seg at departementet i sine merknader til § 16 viser til at «Det kan reises tvil om departementet yter bevilgninger til de regionale helseforetakene i kraft av sitt eierskap eller som myndighetsorgan». Disse medlemmer viser til at et skille mellom eierskapet og bestillerfunksjonen slik Høyre foreslår, ville fjernet denne tvilen.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 17 Foretaksmøtets myndighet mv.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 18 Innkalling til foretaksmøtet

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan

stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 19 Saksbehandlingen i foretaksmøtet

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 20 Foretakets ledelse

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 21 Styrets sammensetning mv.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, har merket seg at et styre kan ha minst fem medlemmer, men at et høyere styremedlemstall kan fastsettes i vedtektene. Flertallet har merket seg at styret i helseforetaket skal ha minst 7 medlemmer når de ansatte har representasjon etter § 23 annet ledd.

Flertallet har videre merket seg at det ikke er satt noen øvre grense for hvor mange styremedlemmer styret totalt kan ha, men at dette er opp til eier selv å bestemme.

Flertallet har videre merket seg at de ansattes representasjon er sikret gjennom bestemmelsene i § 23. I praksis vil ansatte i helseforetak som har mer enn 30 ansatte, kunne kreve å velge minst to styremedlemmer betinget av at et flertall av de ansatte krever styrerepresentasjon. Dersom styret har mer enn seks medlemmer totalt, kan de ansatte kreve å velge en tredel av styremedlemmene.

Flertallet har merket seg at det ikke er forutsatt at rene brukerrepresentanter velges inn i styrene. Det vises til § 36. Minst to av styrets medlemmer i det regionale helseforetaket skal velges av og blant de ansatte i regionalt helseforetak og helseforetak som regionalt helseforetak eier. De ansattes representanter blir likeverdige styremedlemmer på linje med de øvrige og får samme rettigheter og ansvar som disse.

Flertallet har merket seg at lovforslaget forutsetter at styret skal settes sammen slik at medlemmene til sammen har den kompetanse som skal til for å ivareta foretakenes oppgaver. Dette betinger bred kompetanse både på helsefaglig område, økonomi, ledelse m.m. Flertallet vil understreke at det er viktig at det tas hensyn til brukerinteressene i styrene.

Flertallet vil også understreke at god kunnskap om samfunnsspørsmål kan være en viktig basis-kunnskap å ha i styret.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet,

har også merket seg at alle styremedlemmene i det regionale styret skal ha tilhørighet i den aktuelle regionen.

Komiteens medlemmer fra Høyre mener det er viktig at brukerne deltar der beslutninger fattes. Disse medlemmer ser det som verdifullt for både tjenesteyter og -mottaker at brukers erfaring tas med i vurderingen når vedtak fattes. Disse medlemmer vil derfor foreslå at ett medlem av styret i helseforetak velges fra og av pasientorganisasjonene og fremmer følgende forslag til endring av det som vil bli § 22 dersom Høyres forslag til ny § 6 blir vedtatt:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 22 første ledd annet punktum lyde:

I helseforetak skal styret ha minst syv medlemmer hvorav ett av medlemmene skal oppnevnes av pasientorganisasjonene når de ansatte har representasjon i forhold til § 24 annet ledd.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil styrke både brukernes og de regionale/lokale interessers innflytelse over foretakene. Dette medlem fremmer derfor forslag om at de landsomfattende brukerorganisasjonene gis rett til å oppnevne en representant til de regionale helseforetak. Dette medlem fremmer forslag om at de regionale rådsorganer gis rett til å foreslå kandidater til styret i de regionale helseforetak. Dette medlem fremmer også forslag om at minst halvparten av styremedlemmene i de ordinære helseforetak skal ha tilknytning til foretakets geografiske virkeområde.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 21 annet ledd lyde:

Et av styremedlemmene til de regionale helseforetak utpekes av de landsomfattende pasientorganisasjonene. Ved oppnevningen av styret for regionalt helseforetak tar eier hensyn til kandidater innstilt av rådsorganet opprettet etter § 35.

Annet til fjerde ledd i proposisjonens lovforslag blir tredje til femte ledd.»

«I lov om helseforetak m.m. skal § 21 fjerde ledd tredje punktum lyde:

I helseforetak skal minst halvparten av styremedlemmene som velges av foretaksmøtet, ha tilknytning til det geografiske området foretaket hører under.

Tredje punktum i proposisjonens lovforslag blir fjerde punktum.»

§ 22 Ansattes styrerepresentasjon i regionalt helseforetak

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 23 Ansattes styrerepresentasjon i helseforetak

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 24 Tjenestetid

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 25 Opphør av styreverv før tjenestetiden er utløpt

Komiteens medlemmer fra Høyre legger til grunn at avsettelse av styremedlemmer skal be-
grunnes.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til dette medlems forslag til endring av § 21 der dette medlem går inn for at en brukerrepresentant deltar som fast representant i de regionale styrene og at en brukerrepresentant kan velges til foretaksstyrene. Som en følge av dette går dette medlem inn for at brukerrepresentanten i likhet med de ansattes representanter ikke kan avsettes.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 25 andre ledd andre punktum lyde:

Dette gjelder ikke et styremedlem som er valgt etter §§ 22 eller 23 og brukerrepresentant oppnevnt etter § 21.»

§ 26 Styremøter

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 27 Vedtaksførhet og flertallskrav

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 28 Styrets oppgaver

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, viser til at det i merknadene til § 28 er understreket det ansvar styret i det regionale helseforeta-

ket har, for organiseringen av den totale spesialisthelsetjenesten i regionen.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 29 Styrets tilsyn med daglig leder

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 30 Saker av vesentlig betydning

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, har merket seg at på tross av at ansvar og beslutningsprosesser er delegert så langt ned i systemet som mulig, så kan ikke saker av vesentlig betydning både for foretaket selv eller vesentlig betydning for å ivareta politiske målsetninger, avgjøres i helseforetaket.

Dette innebærer at større saker i praksis går helt til Storting og Regjering. Eksempelvis kan ikke et sykehus legges ned bare med lokal beslutning. Begrunnelsen er bl.a. at foretakene etter lovforslaget ikke utfører næringsvirksomhet, men ivaretar virksomheter innenfor en sektor som er av grunnleggende verdi for velferden i samfunnet.

Komiteens medlemmer fra Høyre har merket seg at departementet i sine merknader til § 30 viser til beslutning om nedleggelse av sykehus som et eksempel på vedtak som skal fattes av foretaksmøtet i regionalt helseforetak i henhold til bestemmelsen om at vedtak i saker av vesentlig betydning skal fattes i foretaksmøtet. Disse medlemmer legger til grunn at listen for hvilke saker som må bringes inn for foretaksmøtet i regionalt helseforetak, ikke legges la-
vere enn dette.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 31 Salg av foretakets faste eiendommer mv.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 32 Salg av sykehusvirksomhet

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til en klar lovhjemmel som sier at sy-

kehusvirksomhet ikke kan selges uten Stortingets samtykke, og er innforstått med at denne bestemmelsen regulerer salg av den delen av sykehuset som har kliniske funksjoner og andre helsefaglige støttefunksjoner.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet slutter seg til at Stortinget skal gi samtykke ved salg av sykehus, enten dette er et eget helseforetak eller organisert som en del av et helseforetak. Det vil være naturlig at Stortinget tar stilling til eventuelt salg av sykehus gjennom behandlingen av Nasjonal helseplan.

Disse medlemmer viser til at departementets merknader til § 32 er uklare. Departementet skriver:

«Bestemmelsen regulerer salg av den delen av sykehuset som har kliniske funksjoner samt medisinske og andre helsefaglige servicefunksjoner.»

Disse medlemmer ser det som nødvendig å presisere at Stortingets samtykke ikke er nødvendig dersom sykehuset eller helseforetaket vil selge ut *del*er av den kliniske eller medisinske virksomheten, f.eks. røntgen- eller laboratorieavdelingene. Stortingets samtykke er heller ikke nødvendig dersom sykehuset eller helseforetaket vil selge ut ikke-medisinske støttefunksjoner.

For å klargjøre dette foreslår disse medlemmer følgende:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 32 lyde:

§ 32 Salg av sykehusvirksomhet

Regionalt helseforetak og/eller helseforetak kan ikke selge sykehus som er gitt godkjenning etter lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 4-1, uten Stortingets samtykke.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil subsidiært stemme for proposisjonens lovforslag.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil at loven også skal sikre at flytting og nedleggelse av sykehus ikke skal kunne skje uten samtykke fra Stortinget. Dette medlem mener at proposisjonens forslag til § 32 i for stor grad åpner mulighetene for at sykehusvirksomhet kan selges til kommersielle aktører i helsemarkedet.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 32 lyde:

§ 32 Salg, flytting og nedleggelse av sykehusvirksomhet

Sykehusvirksomhet kan ikke selges, flyttes eller nedlegges uten Stortingets samtykke.

Sykehusvirksomhet kan ikke selges til kommersiell aktør, jf. § 3 første ledd nr. 4.»

§ 33 Lån og garantier

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 34 Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, har merket seg at departementet skal holdes orientert om foretakets virksomhet gjennom årsmelding, inkludert en plan for virksomheten i de kommende år. Flertallet har merket seg at disse planene bl.a. skal legge til rette for politisk styring av foretakets langsiktige utvikling.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at departementet må ha til godkjenning den planen det regionale helseforetaket er pålagt å utarbeide for de kommende år etter lovforslaget § 34 andre ledd andre punktum. Dette medlem går inn for et slikt pålegg om godkjenning fordi det regionale helseforetaket etter forslaget fra dette medlem skal være en del av den statlige forvaltningen.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 34 skal andre ledd tredje punktum lyde:

Meldingen om en slik plan for fremtidig virksomhet skal godkjennes av departementet før den iverksettes.»

§ 35 Rådsorganer

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil understreke betydningen av at det lov hjemlete rådsorganet skal bli en viktig rådgiver for det regionale helseforetaket spesielt i forhold til planleggingen av det totale helsetilbudet i regionen.

Disse medlemmer har merket seg at departementet kan gi forskrift om sammensetning, funksjon og oppheving.

Disse medlemmer vil for sin del understreke at sentrale regionale politikere får plass i rådet for å ivareta den regionale og fylkeskommunale innflytelsen på utviklingen av spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer viser til at det i §34 er redegjort for at de regionale helseforetakene i forbindelse med den årlige rapporteringen om sin virksomhet også skal utarbeide virksomhetsplaner for de kommende år. Disse planene vil derfor være med på å legge til rette for politisk styring av foretakenes langsiktige utvikling.

Disse medlemmer viser til at det i rådsorganets oppgaver er innbakt den plikt det regionale helseforetak har til å innhente råd i forbindelse med planar-

beidet. Dermed sikrer en at også regionale politiske organer får innflytelse på foretakenes virksomhet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet anser det som unødvendig å opprette rådsorganer i forhold til regionale helseforetak. Det er en forutsetning at det regionale helseforetak bygges opp med den tilstrekkelige faglige kompetanse og kapasitet til å ta seg av de viktige faglige og strategiske oppgaver som tillegges helseforetaket. De regionale helseutvalg skal arbeide etter fullmakter fra sine eiere, og foretaksmøtet er øverste myndighet. Disse medlemmer anser at helseforetakets styre, med utgangspunkt i foretaksmøtet, må forvalte den kompetanse og ekspertise som er tilstrekkelig til helseforetakets drift. Disse medlemmer vil derfor stemme imot § 35 Rådsorganer.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil sikre lokale/regionale folkevalgte representasjon i de regionale rådsorgan.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 35 første ledd annet og tredje punktum lyde:

Minst halvparten av rådets medlemmer skal være folkevalgte i det regionale området. De folkevalgte representantene oppnevnes i samarbeid mellom fylkeskommunene innen det regionale helseforetakets geografiske område.

Annet punktum i proposisjonens lovforslag blir fjerde punktum.»

§ 36 Pasienters og andre brukeres innflytelse

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet, har merket seg at representanter for pasienter og andre brukere får en lovmessig rett til å bli hørt ved at de virksomheter som yter spesialisttjenester og andre tjenester, skal ha plikt til å etablere system der de systematisk og planlagt innhenter pasientens erfaringer og synspunkter. Flertallet forventer at helseforetakstyrene og de regionale styrer etablerer formalisert kontakt med representanter for pasienter og brukere.

Komiteens medlemmer fra Høyre vil subsidiært støtte proposisjonens forslag da det ikke blir flertall for pasientrepresentasjon i helseforetakenes styre fordi Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet ikke støtter dette.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 37 Daglig leder

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 38 Daglig leders myndighet

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 39 Daglig leders rapportering til styret

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 40 Foretakets representasjon

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til dette medlems merknader under forslag til navn på loven om at foretakene må være en del av offentlig forvaltning, og at det er ved fullmakter at foretaket opptrer utad. Dette medlem henviser også til dette medlems forslag til ny § 6 om foretakets partsstilling.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 40 første ledd lyde:

Etter fullmakt fra eier representerer styret foretaket utad og tegner dets firma.»

§ 41 Overskridelse av representasjonsretten

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 42 Samarbeid med andre

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, er tilfreds med at forskjellige virksomheter pålegges et samarbeidsansvar spesielt der dette er til beste for pasientene og et middel for å nå helseforetakets helsepolitiske mål. I dette bør det ligge et systematisert samarbeid med primærhelsetjenesten. Andre aktuelle samarbeidspartnere utenom mellom helseforetakene selv kan være frivillige organisasjoner, brukerorganisasjoner og andre private innenfor samme oppgaveområde og med samme formål som foretaket.

Komiteens medlemmer fra Høyre forutsetter at eksisterende driftsavtaler med private tjenesteytere videreføres.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener spesialisthelsetjenesten ikke skal kunne kjøpe helsetjenester som permanente ordninger fra kommersielle aktører definert i dette medlems forslag til § 3 nr. 4. Dette medlem er av den oppfatning at en åpning av permanente ordninger med kommersielle aktører i helsemarkedet kan undergrave det offentliges ansvar innen denne sektoren. Dette medlem er imot en slik utvikling.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 42 andre ledd lyde:

Foretak kan ikke inngå permanent samarbeid om levering av helsetjenester med kommersielle aktører, jf. denne lov § 3 nr. 4.»

Dette medlem er bekymret for et press fra private helseinstitusjoner på departementet om etablering eller utvidelse av private helseinstitusjoner som en følge av reformen. En oppblomstring av private helseinstitusjoner vil føre til et dårligere tilbud for de minst bemidlede syke, fordi den knappe medisinske ekspertisen vil befinne seg hos de dyre og private helseinstitusjonene. Dette medlem forutsetter derfor at departementet ved godkjenning av nye private sykehus, eller ved utvidelser av disse, fører en restriktiv linje ved konsesjonstildelingen etter forskrift nr. 1207 av 1. desember 2000, Forskrift om godkjenning av sykehus og tilskudd til byggearbeider ved sykehus. Dette medlem mener også at det ved slik konsesjonsgiving må tas hensyn til nasjonal helseplan vedtatt av Stortinget etter dette medlems forslag til § 5 første ledd.

Dette medlem fremmer forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd i samsvar med dette, jf. forslag under § 54 Endring i andre lover.

§ 43 Ansvarsform for virksomhet eid av foretak

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet merker seg at det i denne paragrafen lovfestes et forbud mot å skille ut virksomheter som yter spesialisthelsetjeneste, dvs. kliniske og medisinske og andre helsefaglige servicefunksjoner ved offentlige sykehus. Disse medlemmer viser også til § 32 der det lovhjemles at salg av sykehusvirksomhet, dvs. sykehus i drift, ikke kan skje uten Stortingets samtykke.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, er innforstått med at det i likhet med dagens lovgivning ikke er noe til hinder for at ikke-medisinske funksjoner kan skilles ut.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil likevel understreke at flere slike funksjo-

ner er viktig å ha på plass i en institusjon for å kunne gi pasienter et optimalt tilbud. Det kan f.eks. være slik at et eget kjøkken i en institusjon som tar seg av pasienter med psykiske lidelser, kan være viktig i en rehabiliterings- og behandlingssituasjon.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, er selvsagt kjent med at mange offentlige institusjoner kjøper tjenester fra private virksomheter, eksempelvis laboratorietjenester. Dette berøres selvsagt ikke av lovforslaget.

Flertallet merker seg at en offentlig virksomhet kan være medeier i et privat selskap nå som før, men at det stilles krav til at den offentlige institusjonen ikke går inn i selskapet med hele foretaket bak, men at foretaket kun går inn med begrenset ansvar gjennom f.eks. aksjeselskapsformen.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet er av den mening at det ville være en fordel for helseforetakene i enkelte sammenhenger å ha anledning til å eie hele eller deler av annen virksomhet, som for eksempel kan være organisert med begrenset ansvar. Disse medlemmer ser ingen grunn til at ikke også medisinske funksjoner kan organiseres slik. Både av økonomiske grunner og rent driftsmessig mener disse medlemmer at foretakene ville kunne nyttiggjøre seg tjenester utenfor egen virksomhet og i samarbeid med disse skape gode tilbud for pasienter og eiere. Disse medlemmer vil derfor foreslå endringer i §43 som følger:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 43 første og andre ledd lyde:

Foretak kan eie hele eller deler av virksomhet som yter spesialisthelsetjenester og som er organisert med begrenset ansvar.

Foretak kan eie virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen med andre enn foretak. Dersom flere foretak eier virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen, kan virksomheten organiseres som et ansvarlig selskap eller i medhold av selskapsloven eller som selskap med begrenset ansvar.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil subsidiært stemme for proposisjonens lovforslag.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til punkt 2.6.4 i proposisjonen der departementet omtaler røntgen- og laboratorievirksomheten ved sykehusene. Dette medlem vil påpeke at disse tjenestene utgjør viktige og helt naturlige funksjoner for en faglig forsvarlig sykehusdrift. Etter dette medlems syn vil det være svært uheldig dersom disse virksomhetene skilles ut fra syke-

husdriften i form av omdanning til private selskaper. På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 43 første ledd annet punktum lyde:

Laboratorie- og røntgenvirksomhet anses her å yte spesialisthelsetjeneste.»

§ 44 Regnskap mv.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 45 Revisjon

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 46 Riksrevisjonens kontroll

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til fellesmerknad vedrørende Riksrevisjonen og brev fra riksrevisor Bjarne Mørk Eidem, datert 10. mai 2001.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti, fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 46 tredje ledd lyde:

I regionalt helseforetak, helseforetak og heleide datterselskaper til slike foretak, har Riksrevisjonen rett til å kreve de opplysninger den finner påkrevd for sin kontroll, så vel fra daglig leder som fra styre og revisor. Riksrevisjonen kan i den utstrekning den finner det nødvendig, selv foreta undersøkelser i foretaket og selskaper som er heleid foretak inkludert systematiske undersøkelser av foretakets økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra Stortingets vedtak og forutsetninger. Når samarbeidet i henhold til § 2 etableres, har Riksrevisjonen samme rett til innsyn og informasjon som det foretaket mottar eller kan innhente fra disse. For øvrig kan Stortinget fastsette regler om Riksrevisjonens kontroll.»

§ 47 Vedtak om oppløsning

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 48 Avviklingsstyre mv.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 49 Ansvar etter avviklingen

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 50 Erstatningsansvar

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 51 Omdanning

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet Høyre og Fremskrittspartiet, støtter Regjeringens forslag når det gjelder overdragelse av eiendommene fra fylkeskommunene til staten. Flertallet har merket seg at det ikke kan føres forhandlinger mellom fylkeskommunene og staten om hva staten skal overta, eller hvor omfattende gjeldsovertakelsen skal være, selv om overtakelsen må medføre konkretisering og detaljert beskrivelse av hva overtakelsen omfatter. Flertallet støtter imidlertid opprettelsen av en uavhengig nemnd som kan treffe endelig avgjørelse i tvister.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet, viser til sine merknader med omtale av omdanning og eiendomsoverdragelse der en redegjør for at det ikke vil være riktig å lovhjemle en generell «hjemfallsrett»/tilbakeføringsrett for eiendom som ikke lenger nyttes i spesialisthelsetjenestens virksomhet.

Dette flertallet mener at en eventuell tilbakeføring må vurderes konkret i det enkelte tilfellet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Sosialistisk Venstreparti vil gå inn for at dersom det i fremtiden treffes vedtak om å avslutte spesialisthelsetjenestens virksomhet, eller noe av den virksomhet som ligger til grunn for statlig overtakelse gjennom denne loven, skal eiendom og bygninger tilbakeføres til fylkeskommunen gjennom opprettelse av hjemfallsrett.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 51 fjerde ledd lyde:

Ved opphør av virksomhet i foretak eller når bygninger eller eiendom ikke lenger brukes til sykehusformål, hjemfaller disse til fylkeskommunen eller kommunen dersom fylket er avskaffet. Unntatt fra dette er salg av eiendom for å finansiere utbygging innen spesialisthelsetjenesten et annet sted i regionen.

Fjerde og femte ledd i proposisjonens lovforslag blir femte og sjette ledd.»

§ 52 Ikraftsetting

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at denne bestemmelsen kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 53 Overgangsbestemmelser

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til sine generelle merknader om ikrafttredelse der det påpekes at disse medlemmer ønsker at hele rusomsorgen, både den som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, og den som i dag omfattes av sosialtjenesteloven, skal være et statlig ansvar fra 1. januar 2002. Disse medlemmer ønsker også å overføre tannhelsetjenestene til statlig ansvarsområde fra samme dato. Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«I lov om helseforetak m.m. skal § 53 punkt 6 første ledd annet og tredje punktum lyde:

Videre overtar staten alle formuesposisjoner som er knyttet til virksomhetene offentlige sykehusapotek og alle formuesposisjoner som er knyttet til offentlige tiltak for rusmiddelmissbrukere. Staten ved regionale helseforetak overtar alle formuesposisjoner som er knyttet til offentlig tannhelsetjeneste.

Tredje, fjerde og femte punktum i lovforslaget blir fjerde, femte og sjette punktum.»

Disse medlemmer vil subsidiært stemme for proposisjonens lovforslag.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at disse bestemmelsene kan stå uendret selv om forvaltningsforetaket ikke er eget rettssubjekt.

§ 54 Endringer i andre lover

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, viser til sine generelle merknader om endring av andre lover der det påpekes at det ikke er naturlig at det regionale helseforetak skal utarbeide individuelle behandlings- og rehabiliteringsplaner. Flertallet mener at dette ansvaret må ligge på behandlingsnivået, det vil si helseforetaket.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

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

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

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til sine generelle merknader der det påpekes at disse medlemmer ønsker at kun faglige hensyn skal tas ved godkjenning av helseinstitusjoner og fremmer følgende forslag.

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

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

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil subsidiært stemme for proposisjonens lovforslag.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til sine generelle merknader og forslag til ny § 6 i lov om helseforetak, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

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

§ 2-1 Statens ansvar for spesialisthelsetjenesten

Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.

Staten skal sørge for at befolkningen tilbys nødvendig spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder:

1. sykehustjenester.
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester
3. akuttmedisinsk beredskap og
4. medisinsk nødmeldetjeneste: luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt.

Dette ansvaret ivaretas gjennom statlige regionkontorer, som inngår avtaler med offentlig eide sykehus eller andre tjenesteytere, jf. lov om helseforetak § 6.

Proposisjonens forslag til §§2-1b, 2-1c og 2-1d blir §§ 2-1a, 2-1b og 2-1c.

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

Nåværende § 5-5 blir § 4-2 og skal lyde:

§ 4-2 Legefordeling

Departementet kan hvert år fastsette:

1. antall nye spesialiststillinger innen hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved helseinstitusjoner og helsetjenester som mottar tilskudd til drift og vedlikehold fra helseforetak eller statlige regionkontor,
2. antall nye hjemler for avtaler om drift av privat spesialistpraksis som kan opprettes av hvert statlige regionkontor, og
3. antall nye spesialistlegetillinger innen hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved statlige helseinstitusjoner og helsetjenester.

Antall nye stillinger og avtalehjemler som nevnt i første ledd angis som en samlet ramme for hver enkelt helseregion fordelt på de ulike medisinske spesialiteter.

De statlige regionkontorene fordeler stillingene nevnt i første ledd. Departementet kan sette vilkår for tildelingen.

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

Nåværende § 6-6 blir § 5-2 og skal lyde:

§ 5-2 Refusjonskrav mot det statlige regionkontoret i pasientens bostedsregion

Behandlings- og forpleiningsutgifter skal dekkes av det statlige regionkontoret i pasientens bostedsregion, jf. § 5-1. Til gjennomføring av psykisk helsevern dekkes også andre utgifter av det statlige regionkontoret i pasientens bostedsregion.

Det statlige regionkontoret i pasientens bostedsregion 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 nødvendig 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.

Utgifter til laboratorie- og røntgentjenester dekkes bare av det statlige regionkontoret i pasientens bostedsregion, jf. § 5-1, dersom dette følger av avtale

mellem det statlige regionkontoret i bostedsregionen og den som yter slike tjenester. De statlige regionkontorene 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.

Nåværende § 7-4 blir § 6-3 og skal lyde:

§ 6-3 Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten

Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra statlige regionkontor 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.»

Disse medlemmer viser til sine generelle merknader og forslag til ny § 6 i lov om helseforetak, samt sine merknader og forslag til lov om pasientrettigheter i Innst. O. nr. 91 (1998-1999) og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«I lov om pasientrettigheter skal § 2-1 lyde:

§ 2-1 Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som skal gis innen en individuelt fastsatt medisinsk begrunnet frist.

Dersom pasienten ikke får behandling fra spesialisthelsetjenesten innen fristens utløp, skal det statlige regionkontoret sørge for at pasienten innen samme kostnadsramme får tilgang til behandling ved annen offentlig eller godkjent privat helseinstitusjon i riket eller i utlandet på det offentliges regning.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til sin merknad under § 42 og fremmer 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 samfunnsmessige eller faglige hensyn taler for at helseinstitusjonen eller helsetjenesten godkjennes, om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er omfattet av nasjonal helseplan, jf. lov ... om helseforetak § 5, og planer utarbeidet av regionale helseforetak, jf. lov ... om helseforetak § 34, og om de tjenester som skal ytes pasientene, synes forsvarlige.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at helseregisterloven ble behandlet i Odelstinget før lov om helseforetak ble fremmet. Dette betyr at paragrafer i helseregisterloven som omtaler fylkeskommunen, må harmoniseres til helseforetaksloven. Flertallet har kommet til at § 3 fjerde ledd i helseregisterloven ikke lenger er nødvendig. Det har vært spørsmål om en ved opphevelse av dette leddet ville ha nødvendige hjemler til å kunne kreve data fra Oslo kommune innen tannhelseområdet. Etter nærmere vurdering er flertallet kommet til at formuleringen med endringer i § 10 gir slik hjemmel, idet den omfatter helseforetak, fylkeskommuner og Oslo kommune.

På denne bakgrunn fremmer flertallet følgende forslag til endring i lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven):

«I helseregisterloven gjøres følgende endringer:

§ 3 fjerde ledd oppheves.

§ 6 annet ledd skal lyde:

Regionale helseforetak og helseforetak, kommune og annen offentlig eller privat virksomhet som tar i bruk behandlingsrettede helseregistre, er databehandlingsansvarlig for opplysningene. Foretaket og kommunen kan delegere databehandlingsansvaret.

§ 7 annet ledd femte punktum skal lyde:

Det regionale helseforetaket er databehandlingsansvarlig for opplysningene, med mindre noe annet er bestemt i forskriften.

§ 10 skal lyde:

Særlig om plikt til å innrapportere data til statistikk

Departementet kan i forskrift eller ved enkeltvedtak pålegge regionale helseforetak og helseforetak, fylkeskommuner og kommuner å innrapportere aidentifiserte eller anonyme data til statistikk, herunder gi nærmere regler om bruk av standarder, klassifiseringssystemer og kodeverk.

3. FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber Regjeringen basere sin framtidige helsepolitikk på det lovverket som er vedtatt for spesialisthelsetjenester, og de planer som ble ferdig utarbeidet i den enkelte helseregion i løpet av 2000.

Samarbeid og bedre koordinering mellom de enkelte helseregioner, mellom de enkelte institusjoner og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må tilrettelegges og klargjøres gjennom utar-

beidelse av en nasjonal helseplan der alle deler av helsevesenet blir gjennomgått og samordnet.

I forbindelse med utarbeidelse av en slik nasjonal helseplan må også finansieringsordningene gjennomgås og forbedres; det samme gjelder ressursproblemløse når det gjelder investeringsbehov, personellbehov, forskning og utdanning.

Forslag 2

Stortinget ber Regjeringen opprette en offentlig koordinerings- og formidlingssentral for ledig behandlingsskapasitet som gir gratis formidling av nødvendig informasjon om behandlingsskapasiteten i spesialisthelsetjenesten.

Forslag 3

Stortinget ber Regjeringen utvikle en felles arbeidsgiverpolitikk for å rekruttere og beholde arbeidskraft i det offentlige helsevesen.

Forslag 4

Stortinget ber Regjeringen iverksette en grundig, uavhengig evaluering av sykehusreformen etter andre driftsår. Evalueringen skal kunne ut i en stortingsmelding høsten 2004.

Forslag 5

Stortinget ber Regjeringen om at eventuell statlig overtakelse av psykiatriens førstelinjetjeneste (vernet botilbud, poliklinikker utenfor sykehus m.m.) og barne- og ungdomspsykiatrien utredes, herunder samarbeid med primærhelsetjenesten. Ansvars- og eendomsforhold til disse helsetjenestene skal inntil videre ikke endres.

Forslag fra Høyre og Fremskrittspartiet:

Forslag 6

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

§ 32 skal lyde:

§ 32 Salg av sykehusvirksomhet

Regionalt helseforetak og/eller helseforetak kan ikke selge sykehus som er gitt godkjenning etter lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 4-1, uten Stortingets samtykke.

§ 43 første og andre ledd skal lyde:

Foretak kan eie hele eller deler av virksomhet som yter spesialisthelsetjenester og som er organisert med begrenset ansvar.

Foretak kan eie virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen med andre enn foretak. Dersom flere foretak eier virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen, kan virksomheten organiseres som

et ansvarlig selskap eller i medhold av selskapsloven eller som selskap med begrenset ansvar.

Forslag 7

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

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

Forslag 8

Stortinget ber Regjeringen sørge for at den innsatsbaserte finansieringen av sykehus tjenester (ISF) utbetales direkte til det enkelte helseforetak i samsvar med produksjon av tjenester.

Forslag 9

Stortinget ber Regjeringen inngå avtale med Get-Medic eller andre private som tilbyr et fungerende informasjonssystem for formidling av ledig kapasitet ved norske og utenlandske sykehus, slik at norske pasienter kan få reell mulighet til å benytte retten til fritt sykehusvalg.

Forslag fra Høyre og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 10

I lov om helseforetak m.m. skal §51 fjerde ledd lyde:

Ved opphør av virksomhet i foretak eller når bygninger eller eiendom ikke lenger brukes til sykehusformål, hjemfaller disse til fylkeskommunen eller kommunen dersom fylket er avskaffet. Unntatt fra dette er salg av eiendom for å finansiere utbygging innen spesialisthelsetjenesten et annet sted i regionen.

Fjerde og femte ledd i proposisjonens lovforslag blir femte og sjette ledd.

Forslag fra Høyre:

Forslag 11

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

Overskriften til kapittel 2 skal lyde:

Kapittel 2 Ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester

§ 6 skal lyde:

§ 6 Ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester

Statens ansvar for å sørge for at befolkningens gis nødvendig spesialisthelsetjeneste ivaretas gjennom statlige kontorer i helseregionene.

For å oppfylle dette ansvaret skal de statlige regionkontorene inngå avtaler med offentlige sykehus og andre tjenesteytere om kjøp av helsetjenester til en kvalitet og pris som er forsvarlig.

Kapitlene 2-15 i proposisjonens lovforslag blir kapitlene 3-16, og §§ 6-54 i proposisjonens lovforslag blir §§ 7-55.

§ 22 første ledd annet punktum skal lyde:

I helseforetak skal styret ha minst syv medlemmer hvorav ett av medlemmene skal oppnevnes av pasientorganisasjonene når de ansatte har representasjon i forhold til § 24 annet ledd.

Forslag 12

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

§ 2-1 Statens ansvar for spesialisthelsetjenesten

Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.

Staten skal sørge for at befolkningen tilbys nødvendig spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder:

1. sykehus tjenester
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester
3. akuttmedisinsk beredskap og
4. medisinsk nødmeldetjeneste: luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt.

Dette ansvaret ivaretas gjennom statlige regionkontorer, som inngår avtaler med offentlig eide sykehus eller andre tjenesteytere, jf. lov om helseforetak § 6.

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

Proposisjonens forslag til §§ 2-1b, 2-1c og 2-1d blir §§ 2-1a, 2-1b og 2-1c.

Nåværende § 5-5 blir § 4-2 og skal lyde:

§ 4-2 Legefordeling

Departementet kan hvert år fastsette:

1. antall nye spesialiststillinger innen hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved helseinstitusjoner og helsetjenester som mottar tilskudd til drift og vedlikehold fra helseforetak eller statlige regionkontor,
2. antall nye hjemler for avtaler om drift av privat spesialistpraksis som kan opprettes av hvert statlige regionkontor, og
3. antall nye spesialistlegestillinger innen hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved statlige helseinstitusjoner og helsetjenester.

Antall nye stillinger og avtalehjemler som nevnt i første ledd angis som en samlet ramme for hver enkelt helseregion fordelt på de ulike medisinske spesialiteter.

De statlige regionkontorene fordeler stillingene nevnt i første ledd. Departementet kan sette vilkår for tildelingen.

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

Nåværende § 6-6 blir § 5-2 og skal lyde:

§ 5-2 Refusjonskrav mot det statlige regionkontoret i pasientens bostedsregion

Behandlings- og forpleiningsutgifter skal dekkes av det statlige regionkontoret i pasientens bostedsregion, jf. § 5-1. Til gjennomføring av psykisk helsevern dekkes også andre utgifter av det statlige regionkontoret i pasientens bostedsregion.

Det statlige regionkontoret i pasientens bostedsregion 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 nødvendig behandling. Dette gjelder også når andre norske myndigheter har forskottet 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.

Utgifter til laboratorie- og røntgentjenester dekkes bare av det statlige regionkontoret i pasientens bostedsregion, jf. § 5-1, dersom dette følger av avtale mellom det statlige regionkontoret i bostedsregionen og den som yter slike tjenester. De statlige regionkontorene 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.

Nåværende § 7-4 blir § 6-3 og skal lyde:

§ 6-3 Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten

Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra statlige regionkontor 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.

Forslag 13

I lov om pasientrettigheter skal § 2-1 lyde:

§ 2-1 Rett til nødvendig helsehjelp

Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som skal gis innen en individuelt fastsatt medisinsk begrunnet frist.

Dersom pasienten ikke får behandling fra spesialisthelsetjenesten innen fristens utløp, skal det statlige regionkontoret sørge for at pasienten innen samme kostnadsramme får tilgang til behandling ved annen offentlig eller godkjent privat helseinstitusjon i riket eller i utlandet på det offentliges regning.

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 14

I lov om helseforetak m.m. skal § 53 punkt 6 første ledd annet og tredje punktum lyde:

Videre overtar staten alle formuesposisjoner som er knyttet til virksomhetene offentlige sykehusapotek og alle formuesposisjoner som er knyttet til offentlige tiltak for rusmiddelmissbrukere. Staten ved regionale helseforetak overtar alle formuesposisjoner som er knyttet til offentlig tannhelsetjeneste.

Tredje, fjerde og femte punktum i lovforslaget blir fjerde, femte og sjette punktum.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 15

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

Loven skal hete:

Lov om forvaltningsforetak for spesialisthelsetjenesten (helseforetaksloven)

§ 1 første ledd, innledningen skal lyde:

Lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsettinger som er nedfelt i gjeldende nasjonal helseplan vedtatt i Stortinget, spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og pasientrettighetsloven § 1-1, ved

§ 1 første ledd punkt 2 skal lyde:

2. at det legges til rette for at de regionale helseforetakene kan organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak.

§ 1 tredje ledd skal lyde:

Helseforetakene har et offentlig ansvar som ikke kan delegeres til kommersielle aktører i markedet, jf. § 3 nr. 3. Helseforetakene er en del av den offentlige forvaltningen.

§ 2 annet ledd annet punktum skal lyde:

Regionalt helseforetak legger til rette for eller yter spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette.

§ 3 nr. 1 skal lyde:

1. forvaltningsforetak for spesialisthelsetjenesten: foretak

Nr. 1 og 2 i proposisjonenes lovforslag blir nr. 2 og 3.

§ 3 nr. 4 skal lyde:

4. kommersiell aktør: privat virksomhet med overskudd i driftsresultat som hovedmålsetting.

§ 5 overskrift og første ledd skal lyde:

§ 5 Forholdet til nasjonal helseplan og annen lovgivning

Stortinget vedtar en nasjonal helseplan hvert fjerde år som er bindende for foretakene og primærhelsetjenesten. Planen skal minst angi:

- Hva slags medisinsk behandling det offentlige skal utføre, og hva som ikke skal utføres av det offentlige
- Hvordan den medisinske behandlingen skal prioriteres mellom spesifiserte pasientgrupper
- Hvilke pasientgrupper som skal falle inn under finansiering med rammetilskudd, innsatsstyrt finansiering eller en kombinasjon av disse, og adgangen for de regionale helseforetakene til å benytte seg av slike tilskuddsinstrumenter
- Kvalitetsstandarder for sykehusbehandlingen, herunder ventetid for diagnostiserte pasienter
- Antallet og den geografiske plasseringen av foretakene
- De økonomiske rammene for forskning og utdanning innen spesialisthelsetjenesten.

Første til femte ledd i lovforslaget blir annet til sjette ledd.

§ 5 tredje ledd andre punktum skal lyde:

Prinsippet om meroffentlighet skal gjelde fullt ut for foretakenes virksomhet.

§ 6 skal lyde:

§ 6 Partsstilling

Foretaket har ikke selv rettigheter eller plikter, og er ikke selv part i avtaler med private eller offentlige myndigheter uten at det foreligger fullmakt til dette. Foretaket har heller ikke selv partsstilling overfor andre myndigheter uten at det foreligger fullmakt til dette. Fullmakt for de regionale helseforetakene gis av departementet. Fullmakt for foretakene gis av det regionale helseforetaket.

Foretakene er underlagt staten når det gjelder partsstilling overfor domstolene.

Departementet kan gi forskrift om fullmakter for foretakene.

§ 9 første ledd første punktum skal lyde:

Styret selv i regionalt helseforetak kan treffe vedtak om å opprette helseforetak.

§ 21 annet ledd skal lyde:

Et av styremedlemmene til de regionale helseforetak utpekes av de landsomfattende pasientorganisasjonene. Ved oppnevningen av styret for regionalt helseforetak tar eier hensyn til kandidater innstilt av rådsorganet opprettet etter § 35.

Annet til fjerde ledd i proposisjonens lovforslag blir tredje til femte ledd.

§ 21 fjerde ledd tredje punktum skal lyde:

I helseforetak skal minst halvparten av styremedlemmene som velges av foretaksmøtet, ha tilknytning til det geografiske området foretaket hører under.

Tredje punktum i proposisjonens lovforslag blir fjerde punktum.

§ 25 andre ledd andre punktum skal lyde:

Dette gjelder ikke et styremedlem som er valgt etter §§ 22 eller 23 og brukerrepresentant oppnevnt etter § 21.

§ 32 skal lyde:

§ 32 Salg, flytting og nedleggelse av sykehusvirksomhet

Sykehusvirksomhet kan ikke selges, flyttes eller nedlegges uten Stortingets samtykke.

Sykehusvirksomhet kan ikke selges til kommersiell aktør, jf. § 3 første ledd nr. 4.

§ 34 andre ledd tredje punktum skal lyde:

Meldingen om en slik plan for fremtidig virksomhet skal godkjennes av departementet før den iverksettes.

§ 35 første ledd annet og tredje punktum skal lyde:

Minst halvparten av rådets medlemmer skal være folkevalgte i det regionale området. De folkevalgte representantene oppnevnes i samarbeid mellom fylkeskommunene innen det regionale helseforetakets geografiske område.

Annet punktum i proposisjonens lovforslag blir fjerdete punktum.

§ 40 første ledd skal lyde:

Etter fullmakt fra eier representerer styret foretaket utad og tegner dets firma.

§ 42 andre ledd skal lyde:

Foretak kan ikke inngå permanent samarbeid om levering av helsetjenester med kommersielle aktører, jf. denne lov § 3 nr. 4.

§ 43 første ledd annet punktum skal lyde:

Laboratorie- og røntgenvirksomhet anses her å yte spesialisthelsetjeneste.

Forslag 16

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 samfunnsmessige eller faglige hensyn taler for at helseinstitusjonen eller helsetjenesten godkjennes, om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er omfattet av nasjonal helseplan, jf. lov ... om helseforetak § 5, og planer utarbeidet av regionale helseforetak, jf. lov ... om helseforetak § 34, og om de tjenester som skal ytes pasientene, synes forsvarlige.

4. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen viser til proposisjonen og det som står foran, og rår Odelstinget til å gjøre følgende

vedtak til lov

om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

Kapittel 1 Alminnelige bestemmelser

§ 1 Lovens og helseforetakenes formål

Lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsætninger som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og pasientrettighetsloven § 1-1, ved

1. at det opprettes regionale helseforetak som etter eiers retningslinjer skal planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten og legge til rette for forskning og undervisning,

2. at det legges til rette for at de regionale helseforetakene skal organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak.

Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.

§ 2 Lovens virkeområde

Denne loven gjelder for regionale helseforetak og helseforetak.

Regionalt helseforetak er virksomhet som eies av staten alene og som er opprettet i medhold av § 8. Regionalt helseforetak legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette.

Helseforetak er virksomhet som eies av regionalt helseforetak alene og som er opprettet i medhold av § 9. Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette.

Loven gjelder ikke på Svalbard og Jan Mayen. Kongen kan bestemme at den helt eller delvis skal gjelde på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette nærmere regler under hensyn til de stedlige forhold, herunder regler som fraviker bestemmelser i denne lov.

§ 3 Definisjoner

I denne lov menes med:

1. foretak: regionale helseforetak og helseforetak
2. eier: staten ved departementet i regionale helseforetak og staten ved regionale helseforetak i helseforetak.

§ 4 Helseregioner

Riket inndeles i så mange helseregioner som Kongen bestemmer. I hver helseregion skal det være ett regionalt helseforetak.

Staten skal organisere sitt eierskap til virksomheter som yter spesialisthelsetjeneste og tjenester som står i naturlig sammenheng med dette etter denne loven.

§ 5 Forholdet til annen lovgivning

Forvaltningsloven gjelder for foretakenes virksomhet. I saker om ansettelse, oppsigelse eller andre personalsaker kommer likevel bare forvaltningslovens kapittel 2 og 3 til anvendelse. Departementet er klageinstans for enkeltvedtak truffet av foretakene, når ikke særskilt klageinstans er fastsatt i lov eller forskrift. Departementet kan gi forskrift om hvem som skal være klageinstans for enkeltvedtak fattet av foretakene.

Offentlighetsloven gjelder for foretakenes virksomhet.

Lov 18. juli 1958 nr. 2 om offentlige tjenestetviser og lov 4. mars 1983 nr. 3 om statstjenestemenn m.m. gjelder ikke for foretak.

Konkurs og gjeldsforhandling etter konkursloven kan ikke åpnes i foretak. Foretakenes eiendeler kan ikke være gjenstand for utlegg eller arrest.

Foretakene regnes som offentlige organer etter lov 4. desember 1992 nr. 126 om arkiv § 2 bokstav g.

Kapittel 2 Partsstilling og ansvar

§ 6 Partsstilling

Foretaket har selv rettigheter og plikter, er part i avtaler med private og offentlige myndigheter og har partsstilling overfor domstoler og andre myndigheter.

§ 7 Ansvar for foretakets forpliktelser

Eier hefter ubegrenset for foretakets forpliktelser.

En fordringshaver må først gjøre krav gjeldende mot foretaket. En fordringshaver som har krevd foretaket for klar og forfalt gjeld som ikke er betryggende sikret, kan gjøre kravet gjeldende mot eieren. For å gjøre kravet gjeldende mot eieren må fordringshaveren tidligst fire uker etter første påkrav sende ytterligere et påkrav til den opprinnelige skyldneren med betalingsfrist på minst fire uker, og betaling må ikke være mottatt innen utløpet av fristen.

Kapittel 3 Stiftelse og vedtekter

§ 8 Opprettelse av regionale helseforetak

Kongen i statsråd treffer vedtak om å opprette regionalt helseforetak. Vedtaket skal uttrykkelig benevne foretaket som regionalt helseforetak og skal inneholde foretakets vedtekter. Det skal dessuten inneholde bestemmelser om:

1. hvem som skal være medlemmer av styret, herunder styrets leder og nestleder,
2. hvem som skal være foretakets revisor,
3. statens innskudd, herunder hvilke sykehus og andre institusjoner foretaket skal overta ved opprettelsen.

Det regionale helseforetaket er stiftet når Kongen har truffet vedtak etter første ledd.

§ 9 Opprettelse av helseforetak

Utøvende virksomhet skal organiseres som helseforetak. Styret selv i regionalt helseforetak treffer vedtak om å opprette helseforetak. Vedtaket skal uttrykkelig benevne foretaket som helseforetak og inneholde foretakets vedtekter. Det skal dessuten inneholde bestemmelser om:

1. hvem som skal være medlem av styret, herunder styrets leder og nestleder,

2. hvem som skal være foretakets revisor,
3. eierens innskudd.

Helseforetaket er stiftet når styret i det regionale helseforetaket har truffet vedtak etter første ledd.

§ 10 Vedtekter for regionale helseforetak

Regionalt helseforetak skal ha vedtekter som i det minste skal angi:

1. det regionale helseforetakets navn,
2. den helseregion det regionale helseforetaket omfatter,
3. det regionale helseforetakets formål,
4. den kommune der det regionale helseforetaket skal ha sitt hovedkontor,
5. antall styremedlemmer, eller laveste og høyeste antall styremedlemmer,
6. helsepolitiske, utdanningspolitiske og forskningspolitiske målsettinger og hovedoppgaver, samt nærmere bestemmelser om universitets- eller høgskolens rettigheter i tilknytning til disse oppgavene,
7. rammer for låneopptak, jf. § 33,
8. hvilke saker eller typer av saker som skal forelegges departementet, jf. § 30,
9. nærmere regler om melding til departementet om foretaket og foretakets virksomhet, jf. § 34.

Alle foretakene skal ha en og samme arbeidsgivertilknytning. Kongen i statsråd bestemmer hvilken arbeidsgivertilknytning foretakene skal ha. Vedtekterne skal angi hvilken arbeidsgivertilknytning Kongen har bestemt at foretakene skal ha.

§ 11 Vedtekter i helseforetak

Helseforetak skal ha vedtekter som i det minste skal angi:

1. foretakets navn,
2. det regionale helseforetak som eier helseforetaket,
3. foretakets virksomhet, herunder hvilke helsetjenester som skal ytes, og hvilke undervisningsoppgaver og forskningsoppgaver helseforetaket skal ha, samt nærmere bestemmelser om universitets- eller høgskolens rettigheter i tilknytning til disse oppgavene,
4. den kommune der helseforetaket har sitt hovedkontor,
5. antall styremedlemmer, eller laveste og høyeste antall styremedlemmer,
6. helsepolitiske, utdanningspolitiske og forskningspolitiske målsettinger og oppgaver,
7. nærmere regler om rapportering til eieren om foretaket og foretakets virksomhet,
8. rammer for låneopptak, jf. § 33,
9. hvilke saker eller typer saker som skal forelegges departementet, jf. § 30,
10. hvilken arbeidsgivertilknytning helseforetaket skal ha, jf. § 10 annet ledd.

§ 12 Vedtektsendringer

Endringer i vedtektene vedtas av foretaksmøtet.

§ 13 Registrering i Foretaksregisteret

Foretak skal meldes til Foretaksregisteret senest tre måneder etter at vedtak om å opprette foretak er truffet.

Kapittel 4 Foretakets kapital

§ 14 Foretakets egenkapital

Foretaket skal ha en egenkapital som står i forsvarelig forhold til foretakets virksomhet.

Hvis det må antas at foretakets egenkapital er lavere enn forsvarlig ut fra risikoen ved og omfanget av virksomheten, skal styret straks behandle saken. Styret skal innen rimelig tid varsle eieren, og gi denne en redegjørelse for foretakets økonomiske stilling, og foreslå tiltak som vil gi foretaket en forsvarlig egenkapital.

§ 15 Disponering av foretakets midler

Disponering av foretakets midler besluttes av foretaksmøtet etter forslag fra styret, eller med styrets samtykke.

Kapittel 5 Foretaksmøtet

§ 16 Foretaksmøtets myndighet mv.

Eieren utøver den øverste myndighet i foretaket i foretaksmøtet. Eieren kan ikke utøve eierstyring i foretaket utenom foretaksmøtet.

Departementet kan utenfor foretaksmøtet sette vilkår for bevilgninger til regionale helseforetak.

§ 17 Ledelsens rett og plikt til å være til stede i foretaksmøtet

Styreleder og daglig leder skal være til stede i foretaksmøtet. Ved forfall skal det utpekes en stedfortreder. Andre styremedlemmer kan være til stede i foretaksmøtet.

Styremedlemmer og daglig leder har rett til å uttale seg i foretaksmøtet.

§ 18 Innkalling til foretaksmøtet

Eieren innkaller til foretaksmøte og bestemmer innkallingsmåten. Innkallingen skal skje med minst en ukes varsel, med mindre kortere frist i særlige tilfeller er nødvendig. Til møtet innkalles daglig leder, styrets medlemmer og dessuten revisor som reviderte foretakets årsregnskap, dersom de saker som skal behandles er av en slik art at revisors nærvær kan være ønskelig. Revisor skal ellers innkalles når Riksrevisjonen krever det. Etter innkalling har revisor plikt til å møte i foretaksmøtet.

Innkallingen skal klart angi de saker som skal behandles i foretaksmøtet. Forslag om å endre vedtektene skal gjengis i innkallingen.

Foretaksmøtet kan ikke treffe vedtak i andre saker enn de som er nevnt i innkallingen, med mindre samtlige av de som har rett til å være tilstede etter § 17 samtykker i det. Det kan ikke gis samtykke til å vedta andre endringer i vedtektene enn de forslagene til endringer som er gjengitt i innkallingen.

§ 19 Saksbehandlingen i foretaksmøtet

Foretaksmøtet ledes av styrets leder.

Møtelederen skal sørge for at det føres protokoll for foretaksmøtet. Foretaksmøtets beslutninger skal gjengis i protokollen. Protokollen skal undertegnes av møtelederen og en annen person som velges blant de tilstedeværende. Er noen av de som etter § 17 har rett til å være til stede uenig i eierens beslutning, skal deres oppfatning føres inn i protokollen.

Kapittel 6 Foretakets styre og daglig ledelse

§ 20 Foretakets ledelse

Et foretak ledes av et styre og en daglig leder.

§ 21 Styrets sammensetning mv.

Styret skal ha minst fem medlemmer. I helseforetak skal styret ha minst syv medlemmer når de ansatte har representasjon i henhold til § 23 annet ledd.

Foretakets daglige leder kan ikke være medlem av styret. Daglig leder av et helseforetak kan ikke være medlem av styret i det regionale helseforetaket som eier helseforetaket.

Styremedlemmene velges av foretaksmøtet med de unntak som følger av §§ 22 og 23. I regionalt helseforetak skal styremedlemmene som velges av foretaksmøtet, ha tilknytning til den regionen som foretaket hører under. Styremedlemmenes godtgjørelse fastsettes av foretaksmøtet.

Styret skal ha en leder og en nestleder som velges av foretaksmøtet. Det kan bestemmes i vedtektene at styret velger leder og nestleder blant de styremedlemmene som foretaksmøtet har valgt.

§ 22 Ansattes styrerepresentasjon i regionalt helseforetak

Inntil en tredel og minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer skal velges av og blant de ansatte i regionalt helseforetak og helseforetak som regionalt helseforetak eier.

Kongen kan gi forskrift om valget, herunder om vilkår for stemmerett og valgbarhet, valg måten og om avgjørelse av tvister om valget, samt om bortfall av vervet som styremedlem.

§ 23 Ansattes styrerepresentasjon i helseforetak

I helseforetak som har flere enn 30 ansatte, kan et flertall av de ansatte kreve at inntil en tredel og minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer, velges av og blant de ansatte.

Har helseforetaket flere enn 200 ansatte, skal de ansatte velge ett styremedlem og varamedlem i tillegg til den representasjon som følger av første ledd. Det kan inngås avtale mellom helseforetaket og fagforening som omfatter to tredeler av de ansatte eller et flertall av de ansatte, om at de ansatte i stedet for dette styremedlemmet skal velge to observatører og varamedlemmer.

Kongen kan gi forskrift om beregningen av antall ansatte, herunder om bruk av gjennomsnittstall. § 22 annet ledd gjelder tilsvarende.

§ 24 Tjenestetid

Styremedlemmene velges for to år. I vedtektene kan det fastsettes kortere eller lengre tjenestetid, likevel ikke lengre enn fire år. Kortere tjenestetid kan fastsettes ved suppleringsvalg.

Et styremedlem blir stående inntil nytt styremedlem er valgt selv om tjenestetiden er utløpt.

§ 25 Opphør av styreverv før tjenestetiden er utløpt

Når særlige forhold foreligger, har et styremedlem rett til å tre tilbake før tjenestetiden er ute. Styret og den som har valgt styremedlemmet skal gis rimelig forhåndsvarsel.

Et styremedlem kan avsettes av den som har valgt styremedlemmet. Dette gjelder ikke et styremedlem som er valgt etter §§ 22 eller 23.

§ 26 Styremøter

Styrets leder sørger for at styret holder møter så ofte som det trengs. Medlem av styret og daglig leder kan kreve at styret sammenkalles.

Med mindre styret i det enkelte tilfellet bestemmer noe annet, har daglig leder rett og plikt til å være til stede og rett til å uttale seg på styremøter.

Styremøter ledes av lederen, eller i hans fravær, av nestlederen. Er ingen av disse til stede, velger styret selv sin møteleder.

Ved styremøter skal det føres protokoll som underskrives av samtlige tilstedeværende styremedlemmer. Styremedlem eller daglig leder som er uenig i styrets beslutning, kan kreve sin oppfatning innført i protokollen.

§ 27 Vedtaksførhet og flertallskrav

Styret har vedtakskompetanse når mer enn halvparten av samtlige styremedlemmer er til stede. Styret kan ikke treffe beslutning med mindre alle medlemmer av styret så vidt mulig er gitt mulighet til å delta i behandlingen av saken. Har et styremedlem forfall og

det finnes varamedlem, skal varamedlemmet gis mulighet til å møte.

Som styrets beslutning gjelder det som flertallet av de møtende har stemt for, dersom ikke annet er fastsatt i vedtektene. Ved stemmelikhet er møteleders stemme avgjørende. De som stemmer for et forslag, må likevel utgjøre mer enn en tredel av samtlige styremedlemmer for at forslaget skal anses som vedtatt.

Ved valg og ansettelser anses den valgt eller ansatt som får flest stemmer. Styret kan på forhånd bestemme at det skal holdes ny avstemning dersom ingen får flertall av de avgitte stemmene. Står stemmetallet likt ved valg av styreleder, nestleder eller møteleder, avgjøres valget ved loddtrekning.

Kapittel 7 Styrets oppgaver og kompetanse. Rådsorganer

§ 28 Styrets oppgaver

Forvaltningen av foretaket hører under styret som har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet.

Styret skal fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet.

Styret skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter.

I regionalt helseforetak omfatter styrets plikter etter tredje ledd også helseforetak som foretaket eier.

Styret skal sørge for at bokføring og formueforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.

§ 29 Styrets tilsyn med daglig leder

Styret skal føre tilsyn med daglig leder og kan fastsette instruks for denne.

§ 30 Saker av vesentlig betydning

Foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Hvilke saker foretaksmøtet i regionalt helseforetak skal fatte vedtak i etter denne bestemmelsen fastsettes det nærmere bestemmelser om i vedtektene.

I helseforetak skal saker som nevnt i første ledd forelegges departementet, som eier, av styret i det regionale helseforetak som eier helseforetaket.

§ 31 Salg av foretakets faste eiendommer mv.

Vedtak om å pantsette eller avhende fast eiendom treffes av foretaksmøtet etter forslag fra styret.

Når foretaksmøtet i helseforetak skal fatte vedtak etter denne bestemmelsen, skal saken legges fram for foretaksmøtet i det regionale helseforetaket før vedtak fattes. Det kan i vedtektene gjøres unntak fra denne bestemmelsen i tilfeller hvor eiendommens verdi ikke overstiger et nærmere bestemt beløp.

§ 32 Salg av sykehusvirksomhet

Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke.

§ 33 Lån og garantier

Foretak kan ikke ta opp lån, med mindre det er særskilt fastsatt i vedtektene at det skal ha slik adgang. Vedtektene skal fastsette ramme for låneopptak.

Foretaket kan ikke stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser.

§ 34 Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak

Regionalt helseforetak skal hvert år utarbeide en melding om foretaket og foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Meldingen skal blant annet redegjøre for virksomheten i det foregående år, herunder skal det redegjøres for gjennomføringen av krav departementet har stilt til virksomheten. Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år.

Nærmere regler om meldingens innhold og frist for å forelegge den for departementet fastsettes i vedtektene.

§ 35 Rådsorganer

Regionale helseforetak skal ha et regionalt rådsorgan. Rådet skal ha en rådgivende funksjon for regionale helseforetak i utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum.

Sametinget oppnevner et råd som skal ha en rådgivende funksjon for regionale helseforetak i utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum. Dette rådet skal uttale seg om spørsmål vedrørende spesialisthelsetjenesten som berører den samiske befolkningen.

Departementet kan gi forskrift om rådsorganenes funksjon, oppnevning og sammensetning.

§ 36 Pasienters og andre brukeres innflytelse

Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbin-

delse med utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum.

Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

Kapittel 8 Daglig leder

§ 37 Daglig leder

Foretaket skal ha en daglig leder som tilsettes av styret, som også fastsetter daglig leders lønn. Styret treffer vedtak om å si opp eller avskjedige daglig leder.

§ 38 Daglig leders myndighet

Daglig leder forestår den daglige ledelsen av foretaket og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

Daglig leder i regionalt helseforetak skal også føre tilsyn med helseforetak som det regionale helseforetaket eier, og skal påse at virksomheten der er i samsvar med det regionale helseforetakets vedtekter og vedtak truffet av foretaksmøtet og styret.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker kan daglig leder bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt daglig leder myndighet til det, eller når styrets beslutning ikke kan avventes uten vesentlig ulempe for foretakets virksomhet. Styret skal i så fall snarest underrettes om saken.

Daglig leder skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger er i samsvar med lov og forskrifter og at formueforvaltningen er ordnet på betryggende måte.

§ 39 Daglig leders rapportering til styret

Daglig leder skal minst hver fjerde måned gi styret skriftlig underretning om foretakets virksomhet. I regionalt helseforetak skal underretningen også omfatte virksomheten til de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Det skal særlig redegjøres for foretakets stilling og utvikling i forhold til vedtatte planer og budsjetter.

Kapittel 9 Foretakets representasjon utad

§ 40 Foretakets representasjon

Styret representerer foretaket utad og tegner dets firma.

Styret kan gi styremedlem eller daglig leder rett til å tegne foretakets firma. Vedtektene kan begrense styrets myndighet etter forrige punktum og også selv gi bestemmelser om fullmakt som der nevnt.

Daglig leder representerer foretaket utad i saker som faller inn under dennes myndighet etter § 38.

§ 41 Overskridelse av representasjonsretten

Har noen som representerer foretaket utad etter reglene i § 40 ved disposisjon på selskapets vegne gått ut over sin myndighet, er disposisjonen ikke bindende for foretaket når foretaket godtgjør at medkontrahten forsto eller burde ha forstått at myndighet ble overskredet, og det ville stride mot redelighet å gjøre disposisjonen gjeldende.

Kapittel 10 Organisering av samarbeid med andre mv.

§ 42 Samarbeid med andre

Foretak skal samarbeide med andre når dette er nødvendig for å fremme foretakets formål eller det er pålagt eller forutsatt i lovgivningen. Foretaket kan også samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger foretaket skal ivareta.

§ 43 Ansvarsform for virksomhet eid av foretak

Foretak kan ikke eie hele eller deler av virksomhet som yter spesialisthelsetjenester og som er organisert med begrenset ansvar.

Foretak kan ikke eie virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen med andre enn foretak. Dersom flere foretak eier virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen, skal virksomheten organiseres som et ansvarlig selskap i medhold av selskapsloven.

Når det er egnet til å fremme foretakets formål, kan foretaket eie virksomheter som ikke yter spesialisthelsetjenester alene eller sammen med andre. Slike virksomheter skal organiseres som selskaper med begrenset ansvar.

Kapittel 11 Regnskap, revisjon og kontroll

§ 44 Regnskap mv.

Regnskapslovens bestemmelser gjelder for foretak.

Årsregnskap og årsberetning skal godkjennes av foretaksmøtet.

§ 45 Revisjon

Foretak skal ha revisor som velges av foretaksmøtet.

Foretaksmøtet godkjenner revisors godtgjørelse.

§ 46 Riksrevisjonens kontroll

I regionalt helseforetak, helseforetak og heleide datterselskaper til slike foretak, har Riksrevisjonen rett til å kreve de opplysninger den finner påkrevd for sin kontroll, så vel fra foretaket selv som fra den revi-

sor som reviderer årsregnskapet. Riksrevisjonen kan, i den utstrekning som finnes nødvendig, selv foreta undersøkelser i foretaket. For øvrig kan Stortinget fastsette regler om Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statens interesser i foretaket og herunder fastsette hvilke dokumenter m.m. som skal sendes Riksrevisjonen.

Riksrevisjonen skal varsles og har rett til å være til stede i foretaksmøte i foretak, og tilsvarende møte i heleide datterselskaper.

I regionalt helseforetak, helseforetak og heleide datterselskaper til slike foretak, har Riksrevisjonen rett til å kreve de opplysninger den finner påkrevd for sin kontroll, så vel fra daglig leder som fra styre og revisor. Riksrevisjonen kan i den utstrekning den finner det nødvendig, selv foreta undersøkelser i foretaket og selskaper som er heleid foretak inkludert systematiske undersøkelser av foretakets økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra Stortingets vedtak og forutsetninger. Når samarbeidet i henhold til § 2 etableres, har Riksrevisjonen samme rett til innsyn og informasjon som det foretaket mottar eller kan innhente fra disse. For øvrig kan Stortinget fastsette regler om Riksrevisjonens kontroll.

Kapittel 12 Oppløsning og avvikling

§ 47 Vedtak om oppløsning

Foretaksmøtet treffer vedtak om oppløsning av foretaket.

§ 48 Avviklingsstyre mv.

Når foretaksmøtet har truffet vedtak om oppløsning etter § 47, skal det snarest velges avviklingsstyre og gis nærmere regler om avviklingsmåten. Avviklingsstyret velger selv leder og nestleder hvis ikke foretaksmøtet har gjort det.

Når avviklingsstyret er valgt, trer det ordinære styret ut av funksjon.

Beslutning om oppløsning skal straks meldes til Foretaksregisteret. Foretaksregisteret skal samtidig med registrering av meldingen kunngjøre beslutningen og varsle foretakets fordringshavere om at de må melde seg til foretaket innen to måneder. Fristen regnes fra siste kunngjøring. Kunngjøringen skal rykkes inn to ganger med minst en ukes mellomrom i Norsk lysingsblad og en avis som er alminnelig lest på stedet.

Når varslingsfristen overfor kreditorene er utløpt og foretakets forpliktelser eventuelt er dekket, skal avviklingsstyret legge et skriftlig forslag til avviklingsoppgjør frem for foretaksmøtet til godkjenning.

Når avviklingsoppgjøret er godkjent av foretaksmøtet, skal avviklingsstyret straks melde fra til Foretaksregisteret om at foretaket er avviklet.

§ 49 Ansvar etter avviklingen

Etter at foretaket er avviklet, svarer i regionalt helseforetak staten og i helseforetak det regionale helseforetaket som eide foretaket, overfor kreditorer som ikke har fått dekning.

Krav som forfaller innen tre år etter det tidspunktet da avviklingen av foretaket ble registrert i Foretaksregisteret, foreldes senest tre år etter registreringen, men likevel ikke tidligere enn seks måneder etter forfall. For øvrig gjelder de alminnelige reglene om foreldelse.

For krav som forfaller etter utløpet av treårsfristen, gjelder foreldelseslovens alminnelige regler.

Kapittel 13 Erstatningsansvar

§ 50 Erstatningsansvar

Styremedlem, daglig leder og medlem av avviklingsstyret plikter å erstatte tap som vedkommende forsettlig eller uaktsomt har voldt foretaket, foretakets eier eller andre under utførelsen av sin oppgave.

Erstatningsansvar etter første ledd kan lempes etter lov 13. juni 1969 nr. 26 om skadeserstatning § 5-2.

Beslutning om at foretaket skal gjøre ansvar gjeldende, treffes av foretaksmøtet.

Kapittel 14 Omdanning

§ 51 Omdanning

Fylkeskommunal og statlig virksomhet eller del av slik virksomhet kan overføres til regionalt helseforetak eller helseforetak ved at eiendeler, rettigheter, herunder offentlige tillatelser, og forpliktelser som er knyttet til virksomheten, overføres som en helhet til foretaket.

Overføring til foretaket av forpliktelser knyttet til fylkeskommunen og staten har frigjørende virkning for denne. Fordringshavere og andre rettighetshavere kan ikke motsette seg overføringen eller gjøre gjeldende at overføringen utgjør en bortfallsgrunn for rettsforholdet.

Det skal ikke betales dokumentavgift etter § 6 i lov 12. desember 1975 nr. 59 om dokumentavgift, omregistreringsavgift etter § 1 i lov 19. juni 1959 nr. 2 om avgifter vedrørende kjøretøy og båter eller rettsgebyr etter §§ 21 og 24 i lov 17. desember 1982 nr. 86 om rettsgebyr i forbindelse med omdanninger i medhold av denne bestemmelsen.

Det som er bestemt i paragrafen her, gjelder tilsvarende ved overføring av virksomhet til foretak etter loven her fra heleid fylkeskommunalt og statlig selskap eller foretak.

Bestemmelsene i paragrafen her gjelder også ved overføring av virksomhet mellom regionalt helseforetak og mellom foretak etter loven her. Forrige punktum medfører ingen begrensninger i ansvaret etter § 7.

Kapittel 15 Ikraftsettings- og overgangsbestemmelser. Endringer i andre lover

§ 52 Ikraftsetting

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

§ 53 Overgangsbestemmelser

1. Kongen kan gi nærmere overgangsbestemmelser.
2. Dersom regionalt helseforetak opprettes før bestemmelsen om statens ansvar for spesialisthelsetjenester, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1, trer i kraft, skal fylkeskommunene gi staten nødvendig innsyn i og tilgang til fylkeskommunens virksomhet.
3. Tjenestemannsloven § 13 nr. 2 til 6 om fortrinnsrett til annen statsstilling og ventelønn skal ved omdanning av den statlige spesialisthelsetjenesten til statlige helseforetak fortsatt gjelde for arbeidstakere som blir sagt opp på grunn av forhold som nevnt i tjenestemannsloven § 13 nr. 1 bokstavene a, b og c. Fortrinnsrett til annen statsstilling og ventelønn etter første punktum opphører tre år etter omdanning til helseforetak. Første og annet punktum gjør ingen innskrenkninger i rettighetene arbeidstakeren har etter arbeidsmiljøloven §§ 60 nr. 2 og 67.
4. Regionale helseforetak trer inn i og overtar fylkeskommunenes rettigheter og plikter etter avtaler som foreligger ved lovens ikraftsetting mellom fylkeskommuner og legespesialister og spesialister i klinisk psykologi, om hel eller delvis godtgjøring av utgifter til drift av privat praksis.
5. Staten dekker delvis utgiftene til renter og avdrag for byggarbeider ved private sykehus som har inngått i en regional helseplan og har mottatt tilskudd til drift og vedlikehold fra en fylkeskommune dersom:
 - a) byggarbeider anslått til samlet mer enn 50 millioner kroner er godkjent av departementet før lovens ikraftsetting, eller
 - b) byggarbeider anslått til samlet mindre enn 50 millioner kroner er vedtatt av fylkestinget før lovens ikraftsetting.

Dersom fylkeskommunen har avtale med sykehuset om å dekke tilsvarende utgifter til renter og avdrag som nevnt i første ledd, trer staten inn i denne avtalen i fylkeskommunens sted i stedet for å foreta utbetaling til sykehuset etter bestemmelsene i første ledd.

Kongen kan gi forskrift om beregning og utbetaling av statens tilskudd etter første ledd.
6. Fra og med ikraftsettingen av denne loven har staten ved regionale helseforetak, rett og plikt til å overta alle formuesposisjoner som er knyttet til offentlige virksomheter innen spesialisthelsetje-

nestene somatisk helsevern, psykisk helsevern, rehabiliterings- og habiliteringstjenester, medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenester. Videre overtar staten alle formuesposisjoner som er knyttet til virksomhetene offentlige sykehusapotek og alle formuesposisjoner som er knyttet til offentlige tiltak for rusmiddelmisbrukere og som er organisert etter spesialisthelsetjenesteloven. Staten ved regionale helseforetak overtar alle fylkeskommunalt eide formuesposisjoner som er knyttet til universitets- og høyskolefunksjoner. Overtakelsen skal omfatte alle rettigheter og plikter som er knyttet til virksomhetene. Lov 6. april 1984 nr. 17 om vederlag ved overtagning av fast eiendom, får ikke anvendelse på overtakelsen.

Dersom det åpenbart ikke er naturlig sammenheng mellom en virksomhet og rettigheter som er knyttet til virksomheten, kan det besluttes at staten ikke har rett eller plikt til å overta slike rettigheter dersom det er rimelig at fylkeskommunen eller kommunen beholder dem.

7. Dersom det i forbindelse med overføring til staten av rettigheter og plikter, som nevnt i nr. 6 første ledd, overføres gjeld eller andre forpliktelser knyttet til virksomhetene, er det frigjørende for fylkeskommunen og kommunen.

Kreditor og andre rettighetshavere kan ikke motsette seg overføringen eller gjøre gjeldende at den utgjør en bortfallsgrunn for rettsforholdet.

8. Det skal ikke betales dokumentavgift etter § 6 i lov 12. desember 1975 nr. 59 om dokumentavgift, omregistreringsavgift etter § 1 i lov 19. juni 1959 nr. 2 om avgifter vedrørende kjøretøy og båter eller rettsgebyr etter §§ 21 og 24 i lov 17. desember 1982 nr. 86 om rettsgebyr i forbindelse med statens overtakelse av formuesposisjoner som er en direkte følge av denne loven.
9. Både staten og vedkommende fylkeskommune kan kreve at spørsmål som gjelder nærmere klargjøring og konkretisering av hvilke formuesposisjoner staten har rett og plikt til å overta fra den enkelte fylkeskommune etter nr. 6 første og annet ledd, skal avgjøres av en nemnd. Nemnda vurderer ikke hvilke konkrete gjeldsforpliktelser staten har rett og plikt til å tre inn i. Hvilke regionale helseforetak som skal overta de enkelte formuesposisjoner besluttes av departementet.

Nemnda skal ha syv medlemmer. Departementet oppnevner tre medlemmer og varamedlemmer for disse til nemnda. Kommunenes Sentralforbund oppnevner tre medlemmer og varamedlemmer for disse til nemnda. I tillegg utpeker førstelagmannen i Borgarting leder for nemnda og leders varamedlem. Nemndas leder og leders varamedlem skal ha de egenskapene som er foreskrevet for dommere, se domstolsloven § 53, jf. § 54 annet ledd.

Nemndas avgjørelse, som treffes ved kjennelse, skal være begrunnet.

Utgiftene til nemndas virksomhet fastsettes og dekkes av departementet. Departementet kan gi nærmere regler for nemndas virksomhet.

10. Spørsmål om rettigheter og plikter etter nr. 6 første og annet ledd, kan ikke bringes inn for de alminnelige domstoler før muligheten til å få saken avgjort av nemnd opprettet etter nr. 9 annet ledd, er nyttet.
11. Klage over beslutninger truffet i medhold av denne loven, gir ikke oppsettende virkning for statens rettigheter og plikter etter nr. 6.

§ 54 Endring i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft, gjøres følgende endringer i andre lover:

1. I lov 22. juni 1962 nr. 12 om pensjonsordning for sykepleiere gjøres følgende endring:

§ 1 første ledd første punktum skal lyde:

Offentlig godkjente sykepleiere ansatt i *privat, fylkeskommunal eller statlig* virksomhet omfattet av lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. og lov ... om helseforetak m.m., skal være medlemmer i pensjonsordningen for sykepleiere.

2. I lov 12. mai 1972 nr. 28 om atomenergivirksomhet gjøres følgende endring:

§ 49 første ledd første punktum skal lyde:

Kongen kan bestemme at *regionale helseforetak* og kommunale og fylkeskommunale myndigheter i det område et atomanlegg er eller blir oppført, eller i fareområdet omkring, skal samarbeide med innehaveren om sikringstiltak til vern for befolkningen i området.

3. I lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd gjøres følgende endring:

§ 14 første ledd første punktum skal lyde:

Regionale helseforetak skal organisere sykehus-tjenesten slik at kvinnen innen *helseregionen* til enhver tid kan få utført svangerskapsavbrudd, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a.

4. I lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene gjøres følgende endringer:

§ 1-4 femte ledd skal lyde:

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, *regionalt helseforetak* og stat slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

§ 5-1 tredje ledd skal lyde:

Departementet kan gi forskrift om at kommunen på nærmere fastsatte vilkår skal dekke utgifter for pasienter som er ferdigbehandlet, men som oppholder seg i sykehus *eid av foretak etter lov ... om helseforetak m.m.* i påvente av et kommunalt tilbud.

5. I lov 21. juni 1985 nr. 78 om registrering av foretak gjøres følgende endringer:

§ 2-1 første ledd nr. 10 skal lyde:

Regionalt helseforetak og helseforetak, jf. lov om ... helseforetak m.m.

Nåværende § 2-1 første ledd nr. 10 blir ny nr. 11.

Overskriften til § 3-9 skal lyde:

statsforetak, *regionalt helseforetak og helseforetak*

Innledningen til § 3-9 første ledd skal lyde:

For statsforetak, *regionalt helseforetak og helseforetak* skal registeret inneholde opplysninger om:

§ 3-9 nytt annet ledd skal lyde:

For helseforetak skal registeret dessuten inneholde opplysninger om hvilket regionalt helseforetak som eier foretaket.

§ 4-4 bokstav a skal lyde:

Bekreftet gjenpart av stiftelsesdokument og bekreftet utskrift av protokollen fra generalforsamlinger som viser meldte opplysninger i aksjeselskap, allmennaksjeselskap, annet selskap med begrenset ansvar, forening og annen innretning; stiftelsesavtalen i ansvarlig selskap, kommandittselskap og europeisk økonomisk foretaksgruppe, selskapsavtalen for interkommunalt selskap, for stiftelser den disposisjonen som danner grunnlaget for stiftelsen og bekreftet gjenpart av *vedtak om opprettelse av regionalt helseforetak og helseforetak*.

§ 4-4 bokstav e første punktum skal lyde:

Erklæring fra revisor om at de opplysninger som er gitt om innbetaling av aksjekapital, selskapskapital i kommandittselskap, jf. § 3-3 nr. 6 og 7, grunnkapital i stiftelse og innskuddskapital i statsforetak, interkommunalt selskap, *regionalt helseforetak og helseforetak* er riktige.

6. I lov 21. juni 1985 nr. 79 om enerett til firma og andre forretningskjennetegn (fimaloven) gjøres følgende endringer:

§ 2-2 ellevte ledd skal lyde:

Firma for regionalt helseforetak skal inneholde ordene regionalt helseforetak eller forkortelsen RHF. Firma for helseforetak skal inneholde ordene helseforetak eller HF.

Nåværende ellevte ledd blir nytt tolvte ledd.

7. I lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. gjøres følgende endringer:

§ 2-4 skal lyde:

§ 2-4 *Fylkeskommunens og det regionale helseforetakets ansvar*

Fylkeskommunen er ansvarlig for at de oppgaver som den er pålagt etter §§ 7-1 til 7-4 blir utført.

Regionalt helseforetak er ansvarlig for at de oppgaver som statens spesialisthelsetjeneste er pålagt etter kapittel 6A blir utført.

§ 2-5 annet ledd første punktum skal lyde:

Departementet kan kreve at kommunale og fylkeskommunale organer som hører under denne loven samt *regionale helseforetak og helseforetak som utfører tjenester som hører under denne loven*, uten hinder av taushetsplikten gir de opplysninger og meldinger som er nødvendige for at departementet kan utføre sine oppgaver etter første ledd.

§ 6A-6 første ledd annet punktum skal lyde:

Statens spesialisthelsetjeneste skal bistå ved utforming og gjennomføringen av tiltakene.

§ 6A-7 første ledd annet punktum skal lyde:

Vedtaket skal samtidig sendes *statens spesialisthelsetjeneste*, verge eller hjelpeverge og pårørende som kan avgi uttalelse til fylkesmannen.

§ 6A-10 annet ledd annet punktum skal lyde:

Rapporten sendes fylkesmannen, *statens spesialisthelsetjeneste*, verge eller hjelpeverge og pårørende.

§ 6A-12 skal lyde:

§ 6A-12 *Regionalt helseforetaks plikter*

Regionalt helseforetak plikter å sørge for at *spesialisthelsetjenesten* har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter dette kapitlet.

§ 6A-13 skal lyde:

§ 6A-13 *Statens spesialisthelsetjeneste*

Reglene i dette kapitlet gjelder tilsvarende for ansatte i *statens spesialisthelsetjeneste* når de deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 6A-6.

Som ledd i *spesialisthelsetjenestens* utførelse av oppgaver etter § 6A-6, kan *statens spesialisthelsetjeneste* treffe vedtak om bruk av tvang og makt i medhold av reglene i dette kapitlet. Saksbehandlingsreglene i dette kapitlet gjelder så langt de passer.

8. I lov 26. juni 1992 nr. 86 om tvangsfullbyrdelse og midlertidig sikring (tvangsfullbyrdelsesloven) gjøres følgende endringer:

Overskriften til § 1-2 skal lyde:

Krav mot staten, fylkeskommuner, kommuner, interkommunale selskaper, *regionale helseforetak* og *helseforetak*.

§ 1-2 annet ledd skal lyde:

Pengekrav mot en kommune, fylkeskommune, et interkommunalt selskap, *regionalt helseforetak* eller *helseforetak* kan ikke tvangsfullbyrdes etter kapittel 7 eller sikres etter kapittel 14, jf. kommuneloven § 52, lov om interkommunale selskaper § 23 og *lov ... om helseforetak* § 5.

9. I lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer gjøres følgende endringer:

§ 4-2 annet ledd skal lyde:

Vedtak etter første ledd skal gjøres av kommunelegen sammen med legen som det *regionale helseforetaket* har utpekt etter § 7-3 tredje ledd.

§ 5-8 første ledd første punktum skal lyde:

Hastevedtak etter § 5-2 kan gjøres av kommunelegen sammen med den legen som det *regionale helseforetaket* har utpekt etter § 7-3 tredje ledd.

§ 6-1 første ledd annet punktum skal lyde:

Smittevern hjelp er å anse som en del av rett til *nødvendig* helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. *pasientrettighetsloven* § 2-1 første og annet ledd.

§ 7-3 skal lyde:

§ 7-3 *Det regionale helseforetakets ansvar*

Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen i *helseregionen* med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus, og annen spesialisthelsetjeneste.

Det regionale helseforetaket skal utarbeide en plan om det *regionale helseforetakets* tiltak og tjenes-

ter for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført.

Det regionale helseforetaket skal utpeke en sykehuslege som kan gjøre vedtak etter §§ 4-2 og 5-8 sammen med kommunelegen.

§ 7-11 skal lyde:

§ 7-11 Forskrifter om organisering, samarbeid, oppgaver, utgiftsfordeling og smittevernberedskap

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

Departementet kan bestemme at *lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap* helt eller delvis skal gjelde på tilsvarende måte når det er påkrevd av hensyn til smittevernet, bl.a. for å kunne pålegge kommuner, fylkeskommuner, *regionale helseforetak* og helsepersonell nødvendig smittevernberedskap. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om beredskap og beredskapsplaner i forbindelse med et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom.

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

§ 5-4 annet ledd første punktum skal lyde:

Stønad til legehjelp gis bare dersom legen har fastlegeavtale med kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 5-1, eller avtale om driftstilskott med *regionalt helseforetak*, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om *spesialisthelsetjenesten* m.m. § 2-1a tredje ledd.

§ 5-7 annet ledd skal lyde:

Stønad til psykologhjelp gis bare dersom psykologen har avtale om driftstilskott med *regionalt helseforetak*, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om *spesialisthelsetjenesten* m.m. § 2-1a tredje ledd.

§ 5-16 første ledd annet punktum skal lyde:

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 omfattes av lov 2. juli 1999 nr. 61 om *spesialisthelsetjenesten* m.m. og som dekkes av et foretak etter lov ... om *helseforetak* m.m.

§ 5-20 første ledd skal lyde:

Trygden dekker de godkjente driftsutgiftene til enkelte institusjoner som ikke inngår i *plan utarbeidet av regionalt helseforetak* etter lov ... om *helseforetak* m.m. § 34.

§ 18-8 første ledd første punktum skal lyde:

Bestemmelsene i denne paragrafen gjelder for barn som mottar pensjon, og som har rett til fri forpleining under langtidsopphold i en helseinstitusjon under statlig ansvar.

11. I lov 26. mars 1999 nr. 14 om skatt av formue og inntekt (skatteloven) gjøres følgende endring:

§ 2-30 bokstav g nytt nr. 7 skal lyde:

7. *Regionalt helseforetak og helseforetak*

12. I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

§ 1-2 første ledd skal lyde:

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

§ 1-2 fjerde ledd oppheves.

Ny § 2-1 skal lyde:

§ 2-1 *Statens ansvar for spesialisthelsetjenester*

Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.

Nåværende § 2-1 blir § 2-1a og skal lyde:

§ 2-1a *De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester*

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehustjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
3. akuttmedisinsk beredskap og
4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt.

Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen.

Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

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

Nåværende § 2-1a blir § 2-1b og skal lyde:

§ 2-1b *Beredskapsplan*

Det regionale helseforetaket skal utarbeide beredskapsplan etter lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap for institusjoner og tjenester

som det regionale helseforetaket skal sørge for, jf. § 2-1a i denne lov. Beredskapsplanen skal samordnes med kommunenes, fylkeskommunenes og de andre regionale helseforetakenes beredskapsplaner.

Nåværende § 2-1b blir § 2-1c og skal lyde:

§ 2-1c *Bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner*

Dersom forholdene tilsier det, skal helsetjenesten til det regionale helseforetaket yte bistand til andre regionale helseforetak ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av det regionale helseforetaket som har bistandsbehovet.

Det regionale helseforetaket som mottar bistand etter første ledd, skal yte kompensasjon for utgifter som pådras til det regionale helseforetaket som bidrar med hjelp, med mindre noe annet er avtalt.

Nåværende § 2-1c blir ny § 2-1d og skal lyde:

§ 2-1d *Det regionale helseforetakets adgang til å disponere helsepersonell i enkelte akutte situasjoner*

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan det regionale helseforetaket pålegge helsepersonell som tjenestegjør i det regionale helseforetaket og institusjoner som det regionale helseforetaket eier, å utføre nærmere tilvist arbeid.

Departementet kan pålegge lege å delta i lokal redningssentral.

Nåværende § 2-2 oppheves.

Nåværende § 2-3 blir § 2-2.

Nåværende § 2-4 blir § 2-3 og skal lyde:

§ 2-3 *Departementets bestemmelser om lands- og flerregionale funksjoner og markedsføring av spesialisthelsetjenester*

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

1. *lands- og flerregionale funksjoner og*
2. *markedsføring av tjenester som omfattes av denne loven, herunder forbud mot visse former for markedsføring.*

Nåværende § 2-5 blir § 2-4 og skal lyde:

§ 2-4 *Ventelisteregistrering*

Departementet kan gi forskrifter om

1. *føring av ventelister over pasienter som søker og har behov for helsehjelp som omfattes av denne loven,*
2. *ansvar for å skaffe registrerte pasienter innenfor visse prioriterte pasientgrupper helsehjelp på of-*

fentlig institusjon, samt pasienters rett til selv å skaffe slik *helsehjelp*, og

3. *regionale helseforetaks* rapporteringsplikt for aktivitetstall.

Nåværende § 2-6 blir § 2-5 og skal lyde:

§ 2-5 Individuell plan

Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. *Helseforetaket* 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.

§ 3-1 annet ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal utpeke *det nødvendige antall helseinstitusjoner* eller *avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen* med tilsvarende plikt overfor *pasienter* som trenger psykiatrisk helsehjelp.

§ 3-5 skal lyde:

§ 3-5 Om *deltakelse* i undervisning og opplæring

De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, læringer, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen.

Departementet kan gi forskrifter om plikten til å delta i undervisning og opplæring, herunder om private helseinstitusjoners plikt.

Nåværende § 2-7 blir ny § 3-10 og skal lyde:

§ 3-10 Opplæring, etterutdanning og videreutdanning

Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

Nåværende § 2-8 blir ny § 3-11 og skal lyde:

§ 3-11 Om informasjon

Helseinstitusjoner 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, § 2-3, § 2-4 og § 2-5.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi slik informasjon som pasienten 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.

Overskriften til kapittel 4 skal lyde:

Kapittel 4 Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester. *Legefordeling*

§ 4-1 tredje ledd skal lyde:

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

Nåværende § 5-5 blir ny § 4-2 og skal lyde:

§ 4-2 Legefordeling

Departementet kan hvert år fastsette:

1. antall nye spesialistlegestillinger innen hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved *helseinstitusjoner og helsetjenester som mottar tilskudd til drift og vedlikehold fra et regionalt helseforetak eller fra staten*,
2. antall nye hjemler for avtaler om drift av privat spesialistpraksis som kan opprettes av *hvert enkelt regionale helseforetak og*
3. antall nye spesialistlegestillinger innen hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved *statlige helseinstitusjoner og helsetjenester*.

Antall nye stillinger og avtalehjemler som nevnt i første ledd angis som en samlet ramme for hver enkelt helseregion fordelt på de ulike medisinske *spesialiteter*.

De regionale helseforetakene fordeler stillingene som nevnt i første ledd. Departementet kan sette vilkår for fordelingen.

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

Nåværende §§ 5-1, 5-2, 5-3 og 5-4 oppheves.

Overskriften til kapittel 5 skal lyde:

Kapittel 5 Finansiering

Nåværende §§ 6-1, 6-2 første, andre og tredje ledd og 6-3 oppheves.

Nåværende § 6-5 blir § 5-1 og skal lyde:

§ 5-1 Pasientens bostedsregion

Som *bostedsregion* skal regnes *den helseregion* der pasienten har sin faste bopel. Dersom pasienten ikke har fast bopel, skal *den helseregion* hvor vedkommende har sitt faste oppholdssted regnes som *bostedsregion*.

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 *bostedsregion* 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 *bostedsregion* som før barnet fylte 16 år.

Departementet avgjør i tvilstilfeller hvor en pasient har *bostedsregion*.

Nåværende § 6-6 blir § 5-2 og skal lyde:

§ 5-2 Refusjonskrav mot *det regionale helseforetaket* i pasientens bostedsregion

Det regionale helseforetakets behandlings- og forpleiningsutgifter skal dekkes av *det regionale helseforetaket* i pasientens bostedsregion, jf. § 5-1. Det samme gjelder utgifter til behandling og forpleining som ytes av andre tjenesteytere etter avtale med *det regionale helseforetaket* i pasientens bostedsregion, jf. § 2-1a. Til gjennomføring av psykisk helsevern dekkes også andre utgifter av *det regionale helseforetaket* i pasientens bostedsregion.

Det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion 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 nødvendig behandling. Dette gjelder også når andre norske myndigheter har forskottet 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.

Utgifter til laboratorie- og røntgentjenester dekkes bare av *det regionale helseforetaket* i pasientens bostedsregion, jf. § 5-1, dersom dette følger av avtale mellom *det regionale helseforetaket* i bostedsregionen og den som yter slike tjenester. *De regionale hel-*

seforetakene 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.

Nåværende § 6-7 blir § 5-3.

Nåværende § 6-8 blir § 5-4.

Nåværende § 6-9 blir § 5-5 og skal lyde:

§ 5-5 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. *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 oppbærer etter folketrygdloven og heller ikke i midler som skriver seg fra slike *ytelser*.

Nåværende § 6-2 fjerde ledd blir ny § 5-6 og skal lyde:

§ 5-6 *Innhenting av driftsopplysninger*

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

Overskriften til kapittel 6 skal lyde:

Kapittel 6 *Taushetsplikt, opplysningsplikt og veiledningsplikt*

Nåværende § 7-1 blir § 6-1.

Nåværende § 7-2 blir § 6-2.

Nåværende § 7-4 blir § 6-3 og skal lyde:

§ 6-3 Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten

Helsepersonell som er ansatt i *statlige* helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra *regionale helseforetak* 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.

Nåværende § 6-4 oppheves.

Overskriften til kapittel 7 skal lyde:

Kapittel 7 *Pålegg*

Nåværende § 8-1 blir § 7-1 og skal lyde:

§ 7-1 *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 til eller omgjøres uten klage etter reglene i forvaltningsloven kapittel VI av *det departementet Kongen bestemmer*. Klagen skal gis oppsettende virkning, hvis ikke Statens helsetilsyn bestemmer at vedtaket straks skal iverksettes.

Nåværende § 7-3 oppheves.

Overskriften i kapittel 8 skal lyde:

Kapittel 8 *Ikraftttredelse, overgangsbestemmelser, endringer i andre lover m.m.*

Nåværende § 9-1 blir § 8-1.

Nåværende § 9-2 blir ny § 8-2.

Nåværende § 9-3 blir ny § 8-3 og skal lyde:

§ 8-3 Pasienter i privat forpleining under det psykiske helsevernet

De regionale helseforetakene 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 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) er oppfylt.

Kongen gir nærmere forskrifter om gjennomføringen av den private forpleiningen, herunder bruken av forpleiningskontrakter og ansvaret for den medisinske oppfølgingen av pasientene.

Nåværende § 9-4 blir ny § 8-4.

13. I lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) gjøres følgende endringer:

§ 3-11 første ledd skal lyde:

Statens helsetilsyn kan etter klage endre kontrollkommisjonens vedtak om ikke å innlegge en person som søkes overført fra annen institusjon eller anstalt. Klageordningen gjelder bare overføringer som søkes for pasienter under tvungent psykisk helsevern og bare for:

- a. pasienter i institusjoner for døgnopphold som er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Overføring mellom institusjoner for døgnopphold under samme regionale helseforetak omfattes likevel ikke av klageordningen.
- b. innsatte i fengselsvesenets anstalter.

§ 5-2 skal lyde:

§ 5-2 Vedtak om behandlingsansvaret

Det regionale helseforetaket i domfeltes bostedsregion avgjør hvilken institusjon som skal ha behandlingsansvaret for den domfelte. Kongen kan ved forskrift overføre kompetansen etter denne bestemmelsen til en annen myndighet.

Det regionale helseforetaket har ansvaret for at det tvungne psykiske helsevernet settes i verk umiddelbart etter at dommen er rettskraftig.

14. I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) gjøres følgende endringer:

§ 2-1 fjerde ledd skal lyde:

Retten til helsehjelp gjelder i offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste i riket og andre tjenesteytere i den utstrekning regionale helseforetak eller helseforetak har inngått avtale med disse om tjenesteyting, og innen de grenser som kapasiteten setter.

§ 8-2 første ledd første punktum skal lyde:

Staten skal sørge for at det er et pasientombud i hvert fylke.

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

§ 18 første ledd første punktum skal lyde:

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet skal gi melding til kommune eller regionalt helseforetak når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av loven.

16. I lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap gjøres følgende endringer:

§ 1-3 første ledd skal lyde:

Denne lov gjelder for:

- a) den offentlige helse- og sosialtjeneste,
- b) private som i henhold til lov eller avtale tilbyr helse- og sosialtjenester til befolkningen,
- c) private som uten formell tilknytning til kommune,

- fylkeskommune, *regionalt helseforetak* eller staten tilbyr helse- og sosialtjenester,
- d) næringsmiddelkontrollen, herunder offentlige og private laboratorier,
 - e) vannverk,
 - f) apotek, grossister og tilvirkere av legemidler.

§ 2-2 første ledd første punktum skal lyde:

Kommuner, fylkeskommuner, *regionale helseforetak* og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for.

§ 5-1 annet punktum skal lyde:

Departementet kan videre bestemme at en slik virksomhets ressurser innen helse- og sosialtjenesten, herunder personellressurser, skal stilles til rådighet for en kommune, en fylkeskommune, *et regionalt helseforetak* eller staten.

§ 6-1 annet ledd skal lyde:

Departementet kan pålegge kommuner, *fylkeskommuner og regionale helseforetak* å yte hel eller delvis refusjon av utgifter etter første ledd.

17. Lov 8. september 2000 nr. 77 om fylkeskommunale sykehusselskaper (sykehusselskapsloven) oppheves.

18. I lov 16. mai nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) gjøres følgende endringer:

§ 3 fjerde ledd oppheves.

§ 6 annet ledd skal lyde:

Regionale helseforetak og helseforetak, kommuner og annen offentlig eller privat virksomhet som tar i bruk behandlingsrettede helseregistre, er databehandlingsansvarlig for opplysningene. *Foretaket* og kommunen kan delegere databehandlingsansvaret.

§ 7 annet ledd femte punktum skal lyde:

Det regionale helseforetaket er databehandlingsansvarlig for opplysningene, med mindre noe annet er bestemt i forskriften.

§ 10 skal lyde:

Særlig om plikt til å innrapportere data til statistikk

Departementet kan i forskrift eller ved enkeltvedtak pålegge *regionale helseforetak og helseforetak*, fylkeskommuner og kommuner å innrapportere aidentifiserte eller anonyme data til statistikk, herunder gi nærmere regler om bruk av standarder, klassifiseringssystemer og kodeverk.

Oslo, i sosialkomiteen, den 29. mai 2001

John I. Alvheim
leder

Asmund Kristoffersen
ordfører

Are Næss
sekretær