



DET KONGELIGE
SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 66

(2000-2001)

Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

*Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 6. april 2001,
godkjent i statsråd samme dag.*

1 Sammendrag

Regjeringen legger med dette frem lovforslaget som danner det rettslige grunnlaget for den reformen som i offentlig debatt er blitt omtalt som statlig overtakelse av sykehusene. Reformen omfatter imidlertid mer enn sykehusene. Den omfatter hele spesialisthelsetjenesten.

Proposisjonen omhandler forslag til en ny lov om helseforetak. Videre omhandler den forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven og en rekke andre lover. Forslagene til endringer i andre lover er en konsekvens av endringene i helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Reformen dreier seg i hovedsak om organisatoriske endringer. Den dreier seg ikke om endringer i helsepolitikkenes mål. Denne reformen må derfor sees på som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for et bedre helsevesen i fremtiden. Målet med proposisjonen er å legge grunnlaget for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og å lovfeste et tydelig statlig ansvar, foruten å legge til rette for bedre utnyttelse av de ressursene som settes inn i sektoren og derved sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen. De helsepolitiske målene realiseres på lengre sikt gjennom den samlede bruken av virkemidler og ressurser, og ikke minst, gjennom den enkelte helsearbeiders innsats i møte med pasienten.

Reformen består av to hovedelementer. Det ene er statens overtakelse av eieransvaret for virksomhetene innenfor spesialisthelsetjenesten og overføring av hele ansvaret for spesialisthelsetjenesten til statlig sektor. Dette foreslås gjennomført ved endringer i spesialisthelsetjenesteloven og en rekke andre lover og ved overgangsbestemmelser. Det andre hovedelementet er foretaksorganisering av virksomhetene. Det vil si at virksomhetene ikke organiseres som forvaltningsorganer, men som helseforetak. Dette foreslås gjennomført ved vedtakelse av en ny lov om helseforetak. Helseforetaksmodellen forutsetter at foretakene er fullt og helt statlig eid, og at staten har det fulle økonomiske ansvaret for virksomhetene. Modellen er til hinder for at det selges eierandeler i foretakene og sikrer mot at virksomhetene kan gå konkurs.

Kapittel 2 gir en omfattende omtale av målsettingen med og innholdet i reformen og begrunner den statlige overtakelsen og valget av foretaksmodell som tilknytningsform for den statlige spesialisthelsetjenesten. I kapitlet gis det også en helhetlig omtale av de to elementene som inngår i den samlede ansvars- og organisasjonsreformen.

Kapitlet omtaler reformens verdigrunnlag og politiske premisser og trekker frem ulike forhold som tilsier at den bør gjennomføres. Det gis en omtale av hvilke tjenester som omfattes av den statlige overtakelsen. Forhold i andre land omtales i kapittel 2.4, der det fremgår at det også i andre sammenlignbare land foregår en debatt rundt eierskap, styrings- og finansieringsformer.

Reformen er forankret i brukermedvirkning og medvirkning fra lokal- og regionalpolitiske organer. Forhold vedrørende de ansatte og finansieringsopplegg gis også en overordnet omtale.

Sosial- og helsedepartementet sendte den 18. januar 2001 et høringsnotat om de viktigste spørsmålene reformforslaget reiser, på høring med seks uker

høringsfrist. Departementets vurdering er at det er viktig med en rask gjennomføring av reformen fordi en lang periode med usikkerhet omkring spørsmål som er knyttet til eierskap, ville være uheldig både for brukerne, eierne og de ansatte i spesialisthelsetjenesten. Høringsnotatet ble sendt til omlag 700 høringsinstanser. Det kom inn i overkant av 300 høringsuttalelser.

Kapittel 3 gir en generell omtale av høringsinstansenes uttalelser med særlig vekt på de sentrale problemstillingene som reformen reiser. Det fremgår at enkelte av høringsinstansene har vært kritiske til prosessen. Det gjelder noen av brukerorganisasjonene, de ansattes organisasjoner og fylkeskommunene. Det blir uttalt at departementet har hatt for stort tempo i arbeidet, og at viktige problemstillinger ikke er godt nok utredet og belyst.

Mange brukergrupper uttaler seg positivt om statlig eierskap, og noen synes å støtte organisering i foretak. En del har også sterke innvendinger mot foretaksmodellen. Flere har behov for mer informasjon og uttrykker usikkerhet i forhold til modellen.

De sykehusene som har avgitt egne høringsuttalelser, gir generelt støtte til at staten overtar eierskapet i tillegg til finansieringsansvaret for spesialisthelsetjenesten. Det pekes på behovet for å få reformen raskt på plass. Noen peker på at det er viktig at reformen blir en innholdsreform og ikke bare en strukturreform. Flere sykehus er opptatt av at helseforetakene får felles arbeidsgivertilknytning med lik konkurranse om arbeidskraft, uten at sentrale avtaler blir til hinder for effektiv og fleksibel drift.

De fleste fylkeskommunene er generelt skeptiske til reformen. Mange foretrekker en videreutvikling av spesialisthelsetjenesten innenfor dagens eierskap med lokal folkevalgt styring. Mange peker på aktuelle problemstillinger som må løses, uten at statlig eierskap er løsningen. Mange gir også uttrykk for usikkerhet overfor foretaksmodellens forutsetninger for å løse dagens problemer.

Statens helsetilsyn og fylkeslegene støtter statlig overtakelse og begrunner det med behovet for en samordnet styring og muligheter for bedre ressursutnyttelse.

Blant de ansattes organisasjoner er hovedvekten av uttalelsene positive til statlig overtakelse. Det pekes på at å samle sektor- og eieransvar sikrer et mer likeverdig tilbud. Noen peker imidlertid på at endring av eierskapet ikke løser problemene i dagens helsevesen. Organisasjonene har ulike oppfatninger om organisering av virksomhetene i foretak.

Arbeidsgiverorganisasjonene støtter statlig overtakelse som et middel til nødvendig effektivisering av tjenestetilbudet. Men det pekes også på at statlig overtakelse alene ikke vil løse ventelisteproblemet. Enkelte høringsinstanser uttaler at en forvaltningsmodell er å foretrekke fremfor foretaksmodell.

I *kapittel 4* omtales den foreslåtte organisasjonsmodellen for den statlige spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten foreslås organisert regionsvis i regionale helseforetak. Et regionalt helseforetak skal omfatte alle offentlige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten i et geografisk definert område, en helseregion.

Det foreslås at de regionale helseforetakene skal tillegges ansvaret for å sørge for nødvendig spesialisthelsetjeneste til befolkningen i sin region. For å kunne ivareta dette ansvaret, kan regionalt helseforetak enten yte tjenestene

gjennom sine egne virksomheter eller kjøpe dem fra andre. Et regionalt helseforetak kan stå for driften av virksomheten i regionen selv eller det kan organisere virksomhetene i selvstendige datterforetak, det vil si som helseforetak.

Forslaget til lov om helseforetak inneholder organisatoriske bestemmelser som regulerer tilknytningsformene regionalt helseforetak og datterformen helseforetak. Tilknytningsformen er tilpasset offentlig eid og finansiert helsetjeneste. Den forutsetter gjennomgående, fullt ut statlig eierskap til virksomhetene. Staten eier de regionale helseforetakene 100 pst. og de regionale helseforetakene eier sine helseforetak fullt ut. De tjenestene som ikke organiseres som selvstendige helseforetak, drives direkte av det regionale helseforetaket selv.

Det foreslås at staten skal være fullt ut ansvarlig for de regionale helseforetakene og deres virksomheters økonomiske forpliktelser og at foretakene ikke skal kunne gå konkurs. Samtidig som helseforetakene får en større grad av selvstendighet, sikrer tilknytningsformen offentlig innsyn og overordnet demokratisk styring gjennom det statlige eierskapet til de regionale helseforetakene.

Hovedprinsippene for modellen er for øvrig:

- Loven fastsetter en organisatorisk ramme for statens eierskap til og ansvar for spesialisthelsetjenesten m.m.
- Loven forutsetter opprettelse av et begrenset antall regionale helseforetak som får ansvaret for spesialisthelsetjenesten m.m. innenfor sin region.
- Regionale helseforetak eies av staten alene.
- Offentlig spesialisthelsetjeneste innen regionen kan ytes av helseforetak som eies fullt ut av det regionale helseforetaket.
- Regionalt helseforetak og helseforetak er egne rettssubjekter.
- Det skilles mellom eierskap og foretaksledelse.
- Regionalt helseforetak og helseforetak ledes av et styre og en daglig leder som har selvstendig ansvar for virksomhetens drift og resultater.
- Foretaksledelsen får betydelige fullmakter i den løpende driften av foretaket.
- Eierstyringen er formalisert. Både departementet og regionalt helseforetak utøver sin eierstyring gjennom foretaksmøtet.
- Departementet sikres innflytelse i saker av vesentlig betydning både i regionalt helseforetak og helseforetak.
- Departementet sikres informasjon om virksomhetene og dermed også grunnlag for styring gjennom blant annet foretaksmøtene, og årlige meldinger om virksomhetene og virksomhetenes langsiktige planer.
- Regjeringen vil legge frem for Stortinget en nasjonal plan for helsepolitikken basert bl.a. på planene fra de regionale helseforetakene.
- Det foreslås å etablere et eget rådsorgan for lokal og regional politisk innflytelse i planprosessen. Det foreslås at også Sametinget skal oppnevne et rådsorgan som skal ha innflytelse i planprosessen og som skal uttale seg om helsespørsmål som berører den samiske befolkning.
- Det foreslås en bestemmelse om innhenting av pasient- og brukererfaring.
- De ansatte sikres representasjon i foretakenes styrende organer tilsvarende representasjonsretten i aksjeselskaper.
- Foretakene har egen økonomi adskilt fra statens.
- Tilknytningsformen gir klar rollefordeling både med hensyn til ledelse og drift.
- Offentlighetsloven, forvaltningsloven og arkivloven gjøres i all hovedsak

- gjeldende for foretakene.
- Foretakene kan ikke gå konkurs.

Lovforslaget regulerer tilknytningsformen helseforetak. Det regulerer forholdet mellom eier og foretaksledelse og det innbyrdes forholdet i foretaksledelsen, det vil si mellom styre og daglig leder. Lovforslaget regulerer for øvrig ikke de interne organisatoriske forhold i virksomhetene. Lovforslaget regulerer således utøvelsen av statlig eierstyring, fastsetter foretakenes øverste styre- og ledelsesorganer, deres sammensetning, myndighet og saksbehandling. Fordi foretakene er egne rettssubjekter, må loven også inneholde enkelte regler om forholdet til kreditorer og andre medkontrahtenter. Loven regulerer også de ansattes representasjon i foretakenes styrende organer.

Kapittel 5 omtaler forslaget om endringer i ansvaret for spesialisthelsetjenesten og de endringer som foreslås i spesialisthelsetjenesteloven som følge av at eierskapet for den offentlige spesialisthelsetjeneste overføres til staten. En konsekvens av forslaget om at staten skal overta ansvaret for spesialisthelsetjenesten, vil være at staten i stor utstrekning kan styre denne sektoren i kraft av sin eierposisjon og uten at det er behov for regulering i lov. Det følger av kapittel 5 at departementet ved vurderingen av om bestemmelser bør oppheves, endres eller videreføres legger til grunn at bestemmelser som innebærer at privatpersoner eller ikke-statlige virksomheter gis rettigheter, fordeler eller goder, bør videreføres. Videre legges det til grunn at statlig virksomhet bør reguleres i lov dersom tilsvarende regler også skal gjelde for privat virksomhet. Dette gjelder tilsvarende ved bestemmelser som pålegger helsepersonell og annet personell plikter. Videre legges det vekt på hensynet til helheten i lovens regulering, praktiske hensyn og ønsket om å gi prioritet til bestemte hensyn.

I kapitlet omtales også forslaget til prinsipper for det økonomiske oppgjøret i forbindelse med statlig overtakelse. Det overordnede prinsippet for det økonomiske oppgjøret er at fylkeskommunen etter overføringen av virksomhetene knyttet til spesialisthelsetjenesten, skal ha tilstrekkelig økonomisk evne til å løse øvrige fylkeskommunale oppgaver. Det foreslås å lovfeste en virksomhetsovergang der staten overtar alle aktiva som fylkeskommunene/kommunene har knyttet til spesialisthelsetjenesten, men slik at det i helt spesielle tilfeller kan gjøres unntak for aktiva der statlig overtakelse ville virke urimelig. Det foreslås også at staten overtar de økonomiske forpliktelsene som er direkte knyttet til virksomhetene, herunder gjeldsforpliktelsene. Overtakelsen av gjeld må sees i sammenheng med fylkeskommunenes inntektsrammer ved at redusert gjeld medfører reduksjon i utgifter til renter og avdrag.

I *kapittel 6* omtales de økonomiske og administrative konsekvensene av reformforslaget.

2 Reformens innhold og begrunnelse

2.1 Innledning

Denne odelstingsproposisjonen inneholder følgende lovforslag:

- Ny lov om helseforetak
- Endringer i spesialisthelsetjenesteloven
- Endringer i en rekke andre lover

Endringene har til hensikt å utgjøre en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform med vekt på å skape klarere ansvars- og rollefordeling, og at det på denne måten skal legges bedre til rette både for politisk styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester. I kapitlene 4-8 fremlegges og redegjøres det nærmere for lovforslagene. I dette kapitlet skal det redegjøres for helheten i de vurderinger som ligger til grunn for at denne ansvars- og organisasjonsreformen fremlegges.

2.1.1 Pasienten først

Lovforslagene skal danne grunnlag for en organisasjons- og ansvarsreform i spesialisthelsetjenesten. Målet med reformen er å gjøre helsetjenesten bedre sett fra pasientens ståsted. I dette ligger det en målsetting om at både helse- tjenestens innhold og tilgjengelighet skal bli bedre. Regjeringen legger til grunn at helsetjenestens rammebetingelser, både økonomisk og organisatorisk, er av vesentlig betydning for slike forbedringer. Det må samtidig understrekes at økonomiske og organisatoriske tiltak ikke er tilstrekkelig for å nå de helsepolitiske målene. Denne reformen må derfor sees på som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for et bedre helsevesen i fremtiden. De helsepolitiske målene realiseres på lengre sikt gjennom den samlede bruken av virkemidler og ressurser, og ikke minst, gjennom den enkelte helsearbeiders innsats i møte med pasienten.

Regjeringens ambisjon med denne reformen begrenser seg imidlertid ikke til å overta eierskapet og tegne nye organisasjonskart. Reformen skal gi helsetjenesten et fornyende innhold. Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skal kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar.

Pasientens behov er både utgangspunktet og målet for reformarbeidet. Den helsepolitiske målsetting om pasientenes/brukernes og pårørendes reelle medvirkning og innflytelse er grunnleggende for den statlige organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Reformens overordnede målsetting er at helse- tjenestens innhold skal bli bedre sett fra pasientens ståsted.

Skal en oppnå dette er det helt vesentlig å rydde opp i de forhold ved helsetjenesten som oppleves som uverdige. Regjeringen vil spesielt fokusere på problemer knyttet til uakseptable ventetider og overbelegg, spesielt på medisinske avdelinger. Det er også viktig å utjevne de store forskjellene i helsetil-

budene over landet. De organisatoriske endringer som foreslås skal gi grunnlag for mer helhetlige strategier for å møte slike problemer.

For at denne reformen skal lykkes er det viktig at brukernes råd og erfaringer får en sentral plass både i en planleggings- og gjennomføringsfase. Det vises også her til St.meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helse-tenesta, jf. Innst. S. nr. 172 (2000-2001), hvor det er vektlagt at brukerinteresser og erfaringer fra pasienter og pårørende må få en større plass ved planlegging og drift av helsetjenester.

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, se utkast til helseforetakslov § 36. For å lykkes med den foreslåtte reform er det helt nødvendig at pasientenes og brukernes interesser på denne måten ivaretas.

2.1.2 Verdigrunnlag

Reformen inngår i regjeringens målsetting om å modernisere den offentlige sektor. Reformen skal bygge videre på velferdsstatens grunnleggende verdier om likeverd, rettferdighet og solidaritet. Det er det offentliges ansvar å gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helse- og sosialtjenester. Fornyelsen er kombinert med kontinuitet og respekt for det som tidligere er oppnådd. Den verdimessige forankring i velferdsstatens idealer ligger derfor fast i forslagene om endringer i forhold til eierskap, organisering og ansvar.

En viktig premiss for regjeringens reformarbeid på helsesektoren er nettopp å sikre tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi. Helsepolitikken solidariske grunnprinsipp ligger altså fast. Det er følgelig ikke aktuelt å la privat kjøpekraft bli styrende for helsetjenestetilbudet.

En annen viktig premiss for reformen er at helsesektoren også i fremtiden skal være underlagt politisk styring for å sikre nasjonale velferdspolitiske mål. Dette lovforslaget gir grunnlag for en sterkere statlig styring gjennom at både eierskap, myndighetsrolle og finansieringsansvar plasseres på en hånd. Denne styringsposisjonen skal brukes til å sikre at helsetjenesten i fremtiden utvikler seg i samsvar med de overordnede helsepolitiske mål.

En tredje viktig premiss er at reformen skal ivareta det nasjonale helsevesenet som trygghetsskapende element i samfunnet. Helsevesenet skal skape trygghet for befolkningen. Denne tryggheten skapes gjennom flere forhold, for eksempel lovfestede rettigheter for pasientene. Men den er også avhengig av hvilke økonomiske ressurser som stilles til disposisjon, og de menneskene som til daglig arbeider med pasientene. Dette betyr at alle reformtiltak i helsevesenet må legge grunnlaget for å utvikle de menneskelige ressursene, både i form av etiske og faglige standarder. Dette er en erkjent, men ofte lite uttrykt, forutsetning for arbeidet med å skape et godt helsevesen i tiden fremover.

Som en fjerde viktig premiss skal her fremheves at et velfungerende helsevesen er basert på forståelse og respekt for enkeltindividet, og at pasienten gis informasjon om rett til medvirkning som nå er slått fast i pasientrettighetsloven. Pasientene har krav på å bli møtt av helsearbeidere som tar deres problemer og behov på alvor. I møte med helsetjenesten må pasienten kunne forvente å bli møtt med diskresjon, verdighet og medmenneskelighet. Pasien-

tene må dessuten være rimelig sikre på at tiltakene de blir tilbudt gir en helsegevinst.

Regjeringen legger til grunn at dette skal utgjøre viktige premisser for utviklingen av helsetjenesten i tiden som kommer.

2.1.3 Politisk styring

Med de store ressurser som samfunnet investerer i helsesektoren, er det et stort ansvar å sørge for at tilbudet er i samsvar med helsepolitiske prioriteringer og at vi får mest mulig igjen for innsatsen. Et best mulig helsetilbud avhenger bl.a. av god organisasjon og ledelse, rasjonell arbeidsdeling og effektiv utnyttelse av kunnskap og kapital. Det er i denne forbindelse viktig å gi de enkelte virksomheter mer myndighet og ansvar. Dette må likevel skje i former som ikke fritar de enkelte ledd i virksomhetene fra å ta sin del av ansvaret for nasjonal helsepolitikk.

Med et helsepolitisk mål om likeverdig tilgang til viktige helsetjenester vil det fremdeles være et sterkt behov for nasjonal styring av helsetjenesten. Utfordringen ligger i å finne former for slik styring som også tar hensyn til at virksomhetene skal være myndiggjort og at de vil virke i en situasjon med mye sterkere innslag av brukerstyring (jf. fritt sykehusvalg og utvidede pasientretigheter).

Reformen svarer på denne utfordringen gjennom kombinasjonen av nasjonal politikktutforming, statlig eierskap, et klarere og mer helhetlig statlig sektoransvar og myndiggjøring av sykehusene gjennom foretaksorganisering.

Myndiggjøringen av de enkelte virksomhetene er nødvendig for at disse skal settes best mulig i stand til å ivareta et offentlig ansvar. Sykehusene og andre deler av spesialisthelsetjenesten, skal utføre det oppdrag som gis gjennom politiske vedtak i Stortinget.

Utgangspunktet for lovforslaget om overføring av eierskapet til staten må ikke tolkes som kritikk av fylkeskommunalt eierskap. Det er først og fremst en systemvurdering som ligger til grunn for reformen. Denne vurderingen tilsier at det vil være lettere å gjøre noe med svakhetene dersom de grunnleggende ansvarsforholdene er klare og enkle. Departementet legger til grunn at dette best lar seg gjøre ved å samle eieransvaret, både formelt og reelt. I praksis er det bare staten, som allerede i realiteten har finansieringsansvaret for sykehusene, som kan påta seg et slikt samlet eieransvar. Dette totalansvaret må kombineres med en utstrakt bruk av delegasjonsteknikker, noe som forenkles ved at virksomhetene organiseres som foretak. Derfor har også staten allerede satt i gang en prosess med omdanning av tre av statssykehusene til foretak. Løsningene som velges for disse, skal tilpasses den modellen som foreslås for organiseringen av hele spesialisthelsetjenesten.

Norsk helsevesen har en rekke kvaliteter som er utviklet med fylkeskommunene som eiere. Undersøkelser av pasientenes tilfredshet viser at de aller fleste pasientene er fornøyde med sykehusenes tjenester. Men det er også svakheter ved dagens system, som blant annet kommer til uttrykk gjennom lange ventetider, korridorpasienter, mangelfull samordning, store ulikheter og dårlig ressursutnyttelse. Det understrekes at eksisterende helsepolitiske mål skal opprettholdes: At hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted gis god tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offent-

lig styrt helse- og omsorgssektor. Denne målsettingen har ligget fast over tid, men i tiltakende grad blitt konkretisert gjennom mål om:

- å øke behandlingsskapiteten og redusere ventetider til undersøkelse og behandling
- å prioritere pasienter i tråd med de retningslinjer som nasjonalt trekkes opp
- å sikre en effektiv spesialisthelsetjeneste basert på kunnskap om de beste behandlingsmetodene
- å ha god tilgang til helsetjeneste uavhengig av bosted
- å ivareta sykehusenes forsknings- og utdanningsoppgaver
- å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og sosialtjeneste.

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 skal i denne sammenhengen spesielt pekes på de fylkeskommunale opptrappingsplanene for psykiatri.

2.2 Bakgrunn

2.2.1 Behov for reformer

Det er flere forhold som illustrerer at sykehussektoren har mer enn et ressursproblem.

Utgiftsøkningen i somatiske sykehus i perioden 1980 til 1995 var årlig ca. 1,2 pst., korrigert for prisstigning. Utgiftsøkningen i perioden etter 1995 har vært ca. 4,8 pst. årlig. Utgiftsøkningen for psykiatrien har vært ca. 3,8 pst. årlig i perioden 1995 til 1999. På tross av denne store ressursøkningen til helsesektoren er det fremdeles økonomiske problemer.

De siste årene har det vært stor vekst i pasientbehandlingen, men like mange pasienter er fremdeles på venteliste.

Vi utdanner stadig mer helsepersonell, men det er fortsatt stor mangel på helsepersonell. Økningen i antall legeårsverk i sykehusene siden 1990 er på ca. 50 pst. Tilsvarende tall for sykepleiere er 45 pst.

På mange sykehus observeres manglende behandlingsskapitet for å ta unna ventelistene, men sykehusene er likevel i for liten grad villig til å sende pasienter til andre som har ledig kapasitet.

Det investeres årlig store beløp i nytt utstyr ved sykehusene, og det må investeres mye også i årene fremover. Samtidig kan det konstateres at utnyttelsesgraden er generelt lav fordi mye utstyr i perioder står ubrukt.

Selv om det i mange henseender er god grunn til å være stolt av helsetjenesten slik den fremstår i dag, må også disse forholdene et stykke på vei betraktes som et uttrykk for at vi har organisatoriske og styringsmessige problemer i helsevesenet.

Norge er et land med store geografiske forskjeller. Landets innbyggertall tilsvarer mindre enn en vanlig region i for eksempel Storbritannia. Dagens eierskap er spredt på 19 fylkeskommuner i tillegg til staten. De fleste av disse eierne har organisert sykehusene som en del av den offentlige forvaltning. Det er imidlertid relativt stor variasjon i hvordan eierne utøver sitt eierskap. I noen

fylkeskommuner styrer eierne langt inn i driftsspørsmål. I andre er de fleste fullmakter delegert til sykehuset. Forvaltningsorganiseringen setter i seg selv grenser for hvilket ansvar det enkelte sykehus kan ha. Det er grunn til kritisk å vurdere om slike rammebetingelser rundt drift og ledelse av sykehus gjør det mulig å oppfylle viktige helsepolitiske målsettinger om tilgjengelighet, kvalitet og kostnadseffektivitet.

Målsettingen om likeverdige tjenester

Målsettingen om likeverdige tjenester er ikke godt nok oppfylt i helsetjenesten i dag. Det er for eksempel store forskjeller i ventetid for behandling av samme lidelse over fylkesgrensene. De fleste garantibruddene er innenfor ortopedi. For ortopediske operasjoner varierte gjennomsnittlig ventetid i 1998 fra 52 dager i Vest-Agder til 163 dager i Telemark.

De fylkesvise variasjonene er størst innen psykisk helsevern. Andelen barn og ungdom som får et tilbud fra barne- og ungdomspsykiatrien varierer fra ca. 1 pst. (Sør-Trøndelag) til ca. 3,7 pst. (Nordland). Personelldekningen i voksenpsykiatrien varierer mellom fylkene fra 30 til 63 årsverk (pr. 10 000 innbygger 18 år og eldre), og i barne- og ungdomspsykiatrien fra 12 til 52 årsverk (pr. innbygger fra 0 til 17 år).

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.

Preoperativ liggetid for lårhalsbrudd, som er avgjørende for resultatet av behandlingen, varierer også sterkt. SINTEF Unimed har publisert en egen rapport som dokumenterer dette. Det er følgelig behov for større grad av standardisering av medisinsk behandling. Med bedre forankring i medisinsk metodevurdering og kliniske retningslinjer vil dette kunne oppnås.

Det synes å være tiltagende faglig enighet om at kvaliteten på enkelte helsetjenester kan forbedres ved å fordele funksjoner mellom sykehus slik at det nås et minstevolum på aktiviteten. Dette viktige hensynet til kritisk volum må likevel balanseres mot hensyn til landets spesielle geografi og avstander. Det vil slik sett være viktig å understøtte en gjennomføring av mange av de forslagene som ligger i det regionale samarbeidet. Det foretas fremdeles mange operasjoner ved sykehus med for dårlig pasientgrunnlag til at ferdigheter og kunnskaper kan opprettholdes på godt nivå.

Forskjell i ressursbruk

Sykehusene leverer i dag helsetjenester med store forskjeller i ressursbruk. Beregninger antyder at dersom alle sykehusene var like effektive som de beste, ville samfunnets kostnader teoretisk sett ligge 2,5 mrd. kroner lavere. Selv om man ikke skal tolke disse tallene direkte som effektiviseringspotensial, er de en indikasjon på forskjeller i ressursbruk som eier bør gripe fatt i. Forskjeller i ressursbruk kan forklares i flere forhold. Noen av disse er:

- ulike kostnader på innsatsfaktorene, for eksempel høyere lønnsnivå i pressområder, ulike satser for arbeidsgiveravgift, ulike transportkostnader etc.
- ulik utnyttelse av arbeidskraften, for eksempel ved å opprettholde vaktberedskap på et lite pasientgrunnlag

- ulik tilgang på etterbehandlingstilbud som muliggjør tidlig utskrivning
- ulik bruk av nye effektive behandlingsmetoder.

Som et eksempel på det siste viser statistikken store forskjeller når det gjelder bruk av dagkirurgiske teknikker. I Hedmark blir 68 pst. av brokkpasientene behandlet dagkirurgisk, mens andelen i Vest-Agder er på 16 pst. Et annet eksempel er at Oslo utfører 99 pst. av operasjonene for grå stær dagkirurgisk, mens tilsvarende andel for Sogn og Fjordane er 43 pst.

Et sentralt spørsmål er om disse ulikhetene skyldes «naturlige» forhold eller er en nødvendig tilpasning til lokale forhold. Det er imidlertid grunn til å spørre om ikke noen av disse forskjellene også skyldes ulik tilrettelegging fra eiers side for en god og effektiv sykehusdrift.

Uklare ansvarsforhold

Dagens eier- og finansieringsansvar er todelt. Fylkeskommunene har hovedsaklig eierskapet, noe som gir rett til å utøve eierstyring. Fylkeskommunene er også arbeidsgivere, med den styringsmulighet det innebærer. Finansieringen er imidlertid i hovedsak statens ansvar. Fylkeskommunene har i dag liten innflytelse over egne inntekter. Sykehusene finansieres gjennom generelle rammetilskudd fra staten til fylkeskommunene og viktige øremerkede tilskuddsordninger som ISF og poliklinikkrefusjoner, samt i noen grad ved fylkeskommunenes egne skatteinntekter. Reelt sett har staten hele finansieringsansvaret for sykehusenes tjenester gjennom disse ordningene og ved fastsettelsen av rammetilskudd til fylkeskommunene. Tilsvarende har staten reelt sett finansieringsansvaret når fylkeskommunene bygger nye sykehus. Her har imidlertid staten også godkjenningsmyndighet og dermed en annen type kontroll.

Denne oppsplittingen i eier- og finansieringsansvar skaper uklare ansvarsforhold, både internt i sektoren og enda mer utad.

Vi har i hovedtrekk et system hvor fylkeskommunene som eiere kan bestemme og styre, mens regningen forutsettes dekket av staten. Staten har også det overordnede ansvar for helsesektoren.

2.2.2 Utviklingen i helsepolitiske virkemidler

Fram til midten på 1990-tallet var spesialisthelsetjenesten preget av følgende:

- rammefinansieringen fra staten ble videreført til sykehusene til dels uavhengig av aktiviteten i pasientbehandlingen og om det ble levert gode tjenester med høy effektivitet
- det var stor grad av planstyring av hvilke pasienter som hørte hjemme på hvilket sykehus
- pasientene hadde få rettigheter og øvrige formaliserte muligheter for innflytelse.

Denne situasjonen er vesentlig endret.

Den statlige finansieringen av sykehus ble endret fra 1. juli 1997 ved innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF). Omleggingen medfører at sykehusene nå får refundert deler av utgiftene til behandling av pasienter basert på systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG). Fra 1. januar 1999 utgjør refusjonssatsen 50 pst. Både det statlige aktivitetsbaserte tilskuddet (ISF) og

finansieringsandelen som fremdeles gis som rammetilskudd, kanaliseres til fylkeskommunen, men alle fylkeskommunene praktiserer former for aktivitetsbasert finansiering av sykehusene. Dette betyr at for de fleste sykehusene vil det være en sammenheng mellom behandlingsaktivitet og inntekt. Bortfall av etterspørsel og redusert aktivitet medfører inntektsreduksjon for sykehusene.

I de senere årene har også flere fylkeskommuner gitt pasientene rett til å velge sykehus innenfor helseregionen. Ved den nye pasientrettighetsloven som trådte i kraft 1. januar 2001 ble pasientens rett til å velge sykehus på samme behandlingsnivå innført på generell basis. Sykehus kan nå risikere å bli «valgt bort» av enkelte pasienter eller grupper av pasienter. Når pasienter velger sykehus utenfor fylkeskommunen, vil bostedsfylket fremdeles ha betalingsforpliktelsen.

Også på andre områder får pasientene styrket sine rettigheter gjennom den nye pasientrettighetsloven: rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering og fornyet vurdering, rett til individuell behandlingsplan, rett til medvirkning og informasjon og rett til journalinnsyn. I tillegg etableres særskilte rettigheter for barn.

Endringene totalt innebærer at sykehusdriften medfører større økonomisk risiko enn tidligere.

Man har altså gått fra et monopolpreget plansystem til et system som mer gjør bruk av økonomiske incitament, valgfrihet og rettigheter. Men samtidig er det også gjennomført tiltak som har som siktemål å gi et bedre grunnlag for planstyring av sykehusene:

Det regionale helseplansystemet er styrket. Dette plansystemet har som hovedoppgave å styre funksjonsfordelingen mellom sykehusene i Norge. Også gjennom den nye spesialisthelsetjenesteloven ble det gitt et sterkere lovgrunnlag for regionalt helsesamarbeid. Etter lovens system skal de regionale helseplanene i siste omgang vedtas av staten.

Etter den nye loven om spesialisthelsetjeneste er det også opprettholdt et system med offentlig fordeling av nye legespesialiststillinger.

2.2.3 Sykehus som komplekse organisasjoner

Institusjoner for spesialisthelsetjenester, og særlig sykehus, har i tiltakende grad utviklet seg til høyteknologiske og kompetansebaserte institusjoner. Det utvikles stadig nye utrednings- og behandlingsmetoder, samtidig som det skjer en medisinsk-teknologisk utvikling med ny og kapitalkrevende teknologi og sterkt spesialiserte prosedyrer. Det skjer generelt en økt spesialisering i sykehusene. Sykehus er komplekse organisasjoner som følge av både størrelse, spesialisering, kompetanse og teknologi.

Også det psykiske helsevern er et komplekst og sammensatt tjenestesystem med noen store og mange små institusjoner og et stort behov for samspill mellom disse.

Om lag to tredeler av ressursinnsatsen i spesialisthelsetjenesten er personellinnsats. Tidligere har de offentlige institusjonene et stykke på vei hatt monopol på den aktuelle arbeidskraften. I fremtiden vil sykehusene i større grad måtte konkurrere om arbeidskraften med private og andre offentlige arbeidsgivere. Det er følgelig ikke lenger bare et spørsmål om å fordele

arbeidskraften mellom de offentlige sykehusene; sykehusene må også sikre seg den nødvendige arbeidskraften i konkurranse med andre offentlige og private virksomheter. I denne situasjonen er det viktig å unngå at det etableres konkurransevridende personalordninger som gir fordelingsvirkninger i strid med helsepolitiske mål. Dette gjelder både i forholdet mellom ulike geografiske områder, mellom sykehus og primærhelsetjeneste og i forhold til omsorgssektoren.

Flere typer kompetanser og spesialiteter har etter hvert kommet inn i sykehusene. Det stilles store krav til ledelse og organisering for å sikre målrettet og effektiv bruk av personellressursene. Det synes å være bred enighet om at det er betydelig potensiale for mer fleksibel utnyttelse av personell og for bedre organisering.

Som en del av den offentlige forvaltning er de offentlige sykehusene i dag integrert i statlige og fylkeskommunale tariffområder. Dette gir sektoren og ledelsen ved det enkelte sykehus mindre styring og kontroll med egen arbeidskraft.

Slik arbeidsmarkedet nå fungerer, får tempoet i beslutningsprosessene økt betydning. Tempoet i beslutningsprosesser svekkes når saker som gjelder organisering og drift også må bringes inn for fylkeskommunale eller statlige eiere.

Bygninger og medisinsk utstyr er viktige forutsetninger for at sykehus skal kunne løse sine oppgaver. God bruk av tilgjengelig teknologi spiller en tiltakende viktig rolle for resultater, effektivitet og rekruttering av arbeidskraft. Systemet for håndtering av kapital i sykehus er i dag ikke godt. Ved at kontantprinsippet praktiseres, får man ikke fram kostnadene ved bruken av kapital, og det gir et dårlig grunnlag for alternativvurderinger mellom mer og mindre kapitalkrevende innsats og mellom kapital- og personellinnsats. Investeringene besluttes som integrerte deler av de årlige statlige og fylkeskommunale budsjettprosesser, noe som gir den enkelte sykehusledelse dårlig kontroll med kapital som innsatsfaktor.

I tillegg til kompleksiteten er størrelse et viktig kjennetegn ved sykehusene. Antall utførte årsverk i offentlige sykehus var i 1999 ca. 75 000. På grunnlag av dette kan det antas at antall ansatte er over 100 000. De største sykehusene har over 5 000 ansatte.

Sykehus står kontinuerlig overfor vanskelige prioriteringer knyttet til ulike behov for undersøkelse og behandling. Det er sterke interessegrupper og stor offentlig oppmerksomhet om beslutninger som tas. Sykehus vil i den offentlige debatt kontinuerlig bli konfrontert med hvordan enkelttilfeller er prioritert og fulgt opp. Prioriteringene innen sykehusene må også sees i sammenheng med den praksis allmennleger og avtalespesialister har med henvisning av pasienter. Her er det også et betydelig potensiale for strukturert samarbeid om forbedringer.

Sykehus skal i tillegg prioritere mellom behandling, forskning og utdanning. Mens man i pasientbehandlingen høster rask gevinst av ressursinnsatsen, er tidsperspektivet lengre når det gjelder utdannings- og forskningsoppgavene. Det er viktig at prioriteringene ivaretas på et overordnet styringsnivå ved hjelp av robuste finansielle og organisatoriske mekanismer. Med mindre

en lykkes i dette, vil det kunne få negative konsekvenser for rekruttering og kompetanseoppbygging, og dermed for kvaliteten på pasientbehandlingen.

2.2.4 utfordringer i sykdomspanorama

Sykdomspanoramaet tilsier at man bør styrke kreftomsorgen og psykiatrien. Videre bør en intensivere det infeksjonsforebyggende arbeidet, forbedre tilbudet for eldre og pasienter med kroniske lidelser, herunder astma og allergi, og styrke rehabiliteringstilbudene. Sist, men ikke minst, bør det settes i verk tiltak for å få folk flest til å mosjonere mer, redusere røyking og gå ned i vekt. Dette er utfordringer som helsevesenet må møte de neste 5 til 10 år. I sin konsekvens gir dette føringer for hvilke hensyn som bør vektlegges i helsetjenesten:

- Samarbeidet mellom primærlege, pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten må legge grunnlaget for en rask utskrivning av pasienten etter sykehusbehandling, med en god oppfølging av pasienten i nærmiljøet.
- Kompetanseoverføring fra spesialist til allmennlege må legge til rette for at mest mulig kan håndteres uten bruk av spesialist, eller uten at spesialisten er tilstede.
- Forebyggende arbeid, eller tidlige tiltak i forhold til astma, kroniske lidelser og psykiske lidelser blir viktigere for å demme opp for det økende behov.
- Befolkningen som trenger helsetjenester, vil stadig bli eldre og mer pleietrengende, noe som krever godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, spesielt pleie- og omsorgstjenesten.
- Økt vektlegging av rehabilitering vil kreve bedre samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten, samt bedre samarbeid med private rehabiliterende tilbud.

Dette innebærer bl.a. at organiseringen av arbeidet må ta utgangspunkt i et stort behov for samarbeid og balansert ressursinnsats mellom de ulike deler av helsetjenesten.

2.3 Utredninger og Stortingets vedtak om organisatoriske forhold

Hellandsvik-utvalget (NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene?) ble oppnevnt i september 1995 og avga sin innstilling i mars 1996. Utvalgets mandat gjaldt opprinnelig finansieringsordningen og drifts- og eierforhold for regionsykehusene. Senere ble mandatet utvidet til å omfatte eierskap, organisering og finansiering av alle sykehus.

Utvalget beskrev tre modeller og utvalgets 12 medlemmer delte seg i tre like grupperinger i valg av modell:

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

I St.meld. nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste, gikk departementet inn for å opprettholde fylkeskom-

munen som sykehuseier. Samtidig gikk departementet inn for å legge større styrings- og koordineringsansvar til det regionale nivå og sterkere grad av statlig styring på enkelte områder. Stortinget (Innst. S. nr. 237 (1996-1997)) sluttet seg til hovedlinjene i forslaget som ble konkretisert slik:

- De regionale helseutvalgene ble formalisert ved bestemmelser i den nye loven om spesialisthelsetjenesten som gir adgang til å regulere utvalgenes sammensetning og oppgaver.
- De regionale utvalgene skal være politiske organer, sammensatt av politikere oppnevnt av fylkestingene i regionen.
- Det ble etablert permanente sekretariater.
- Utkast til planer utarbeides i helseregionene, men staten ved Sosial- og helsedepartementet vedtar planene og kan sette vilkår i vedtaket.

Sørensen-utvalget (NOU 1999:15 Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus) avga innstilling i mars 1999. Utvalget ga en samlet vurdering av bruk av tilknytningsformer for offentlige sykehus. Et samlet utvalg mente at styringsmessige utfordringer tilsier reformer i styringen av de offentlige sykehusene.

Utvalget mente at forvaltningsorganformen er en hensiktsmessig tilknytningsform for sykehus, men pekte likevel på behovet for nødvendige reformer.

Utvalget var også enig om at det prinsipielle utgangspunkt bør være at både stat og fylkeskommune står fritt i valg av tilknytningsform. Et flertall i utvalget mente at det ikke burde settes formelle restriksjoner på statens og fylkeskommunenes organisasjonsfrihet, mens et mindretall mente at valgfriheten burde begrenses til forvaltningsorganer.

Et flertall i utvalget foreslo innført en ny kommunal tilknytningsform: fylkeskommunalt og kommunalt selskap, basert på at selskapet skulle være en selvstendig rettslig og økonomisk enhet som er skilt fra fylkeskommunen. I Ot.prp. nr. 25 (1999-2000) la regjeringen fram forslag til ny lov om fylkeskommunale sykehusselskaper. Forslaget bygget i store trekk på Sørensen-utvalgets innstilling. Den nye organisasjonsformen innebar at sykehus ville bli egne rettssubjekter. Det var likevel foretatt enkelte endringer og modellen var også begrenset til utelukkende å gjelde for sykehus. Det ble heller ikke foreslått at organisasjonsformen skulle gjøres obligatorisk.

Forslaget ble med enkelte endringer vedtatt av Stortinget, jf. Innst. O. nr. 88 (1999-2000).

Begrunnelsen for å benytte foretaksorganisering følger de hovedlinjer som er angitt i proposisjonen om fylkeskommunalt sykehusselskap. Dersom staten blir eier av sykehusene, vil ikke lenger hensynet til den fylkeskommunale organisasjonsfriheten gjøre seg gjeldende. For staten vil det være naturlig å velge den organisasjonsform som anses mest hensiktsmessig. Dette er bakgrunnen for at det foreslås at alle de statlige sykehusene organiseres som foretak.

Til tross for at ISF-ordningen førte til økte ressurser til sykehusene, ble de økonomiske problemene mer framtrødende. I 1999 la fylkeskommunene samlet sett frem driftsregnskaper med underskudd, hvor økte utgifter til sykehusene ble oppgitt å være hovedårsaken. Følgende hovedforklaring framkom: Det ble en adskillig høyere aktivitetsvekst på sykehusene enn det som var planlagt i budsjettene i 1999. Samtidig var det en realnedgang i de frie inntek-

tene til fylkeskommunene. Dette gjorde det vanskelig å finansiere den økte aktivitetsveksten. I St.prp. nr. 47 (1999-2000) ble det foreslått 1,25 mrd. kroner i tilleggsbevilgning til sykehussektoren. Stortinget vedtok ytterligere 0,5 mrd. kroner. Disse tilleggsbevilgningene er videreført i 2001. Det var imidlertid ikke forutsetningen at tilleggsbevilgningene alene skulle rette opp den vanskelige økonomiske situasjonen for sykehussektoren. Det var forutsatt betydelige omstillinger og effektiviseringer i fylkeskommunal sektor for å håndtere denne situasjonen. Regjeringen ga også uttrykk for at det var nødvendig å gjennomføre organisatoriske endringer.

Det kan slås fast at det i løpet av de siste ti årene har skjedd betydelige endringer i den helsepolitiske virkemiddelbruken. Det er også lagt til rette for visse organisatoriske endringer, men slike tiltak er ikke, eller kun i begrenset grad, prøvd. Det skal understrekes at når det fremmes forslag om en ny eierskapsreform for sykehusene med utgangspunkt i statlig eierskap, er dette basert på en helhetlig vurdering av reformbehovet innen organisering og styring i spesialisthelsetjenesten. Det er departementets vurdering at de utfordringer som helsetjenesten står overfor, raskt krever tiltak som både kan gi et bedre grunnlag for samordning av ressursbruken og en betydelig klarere myndiggjøring av helseinstitusjonene.

2.4 Forholdene i andre land

2.4.1 Generelt om helsereformer

Særlig siden slutten av 1980-tallet har mange europeiske land iverksatt større helsereformer. Selv om disse reformene varierer mye i innhold og innretning, kan den store reformaktiviteten tyde på at det er noen felles underliggende drivkrefter på tvers av landegrensene. Noen av de viktigste av disse er de økte muligheter til behandling gjennom store teknologiske endringer, samt økende pasientforventninger og krav til helsetjenesten.

Hvordan helsereformene utformes i det enkelte land må imidlertid forstås på grunnlag av en rekke politiske, ideologiske, historiske, kulturelle og økonomiske faktorer. Det er derfor ikke uten videre enkelt å bruke erfaringer fra andre land på å utforme helsereformer i Norge.

Det er mulig å kategorisere noen elementer som går igjen i helsereformene i Europa.

1. En revurdering av statens og markedets rolle i helsetjenesten. For land hvor staten tradisjonelt har hatt en sterk rolle, har reformene preg av å redusere denne. Tilsvarende for land hvor markedet tradisjonelt har spilt en stor rolle, går reformene i retning av å redusere markedets rolle. Begge utviklingstrekk skjer samtidig.
2. Generell tendens til desentralisering til lavere nivå av offentlig sektor, eller til private aktører.
3. Større innflytelse og flere rettigheter og valgmuligheter for pasientene.
4. Større fokus på «folkehelseiltak».

Vi kan også kjenne igjen trekk ved utviklingen i det norske helsevesen gjennom flere av disse punktene.

Nedenfor følger en kort beskrivelse av forholdene i noen land som ofte trekkes frem i den offentlige debatt:

2.4.2 Frankrike

Helsetjenestene i Frankrike er i utgangspunktet en del av det sosiale forsikringssystemet; la Sécurité Sociale. Sykehustjenestene blir dermed finansiert med grunnlag i loven om sosial forsikring som fastsatte obligatorisk helseforsikring gjennom arbeidsforhold av såvel arbeidstaker som den nærmeste familie. Avhengig av arbeidsforhold er dermed franske borgere knyttet til en av flere formelt uavhengige sosialforsikringsfond. Forsikringsfondene fikk store økonomiske problemer på 1980- og 1990-tallet, og helsesektoren ble gradvis reformert gjennom større statlig innflytelse og økonomisk ansvar. Lovgrunnlaget for overgangen var dels endringer i loven om sosial forsikring og dels egne lover om sykehus og helsetjenester.

Siden 1991 har imidlertid staten langt på vei overtatt den direkte styringen med fondene. Loven om sykeforsikring inneholder bestemmelser om at nasjonalforsamlingen vedtar de økonomiske rammene for helsetjenestene. I utgangspunktet ble rammene for sykehusene fastsatt på grunnlag av regnskap, men etterhvert er det utviklet en fransk versjon av DRG-systemet.

I tillegg til å legge rammer for forsikringskassenes utbetalinger, har også statlige myndigheter fra 1991 en sterk kontroll av sykehusvesenet gjennom 22 regionale planleggingsorganer som overvåker og planlegger sykehuskapasiteten i regionene. Under de regionale planleggingsenheter finnes det tilsvarende organer i Frankrikes 96 departements (fylker).

Den franske staten eier også majoriteten av sykehusene. 65 pst. av sengekapasiteten er statlig. I tillegg kommer et stort antall private sykehus som er non-profit-institusjoner og i praksis inngår i det statlige systemet.

Pasientene kan velge fritt mellom offentlige og private ikke kommersielle sykehus som finansieres av sosialforsikringen. Private sykehus mottar stykkprisrefusjoner fra forsikringskassene basert på kurdøgn. Pasientenes egenandeler i sykehus utgjør ca. 10 pst. av totalkostnadene. I andre deler av helsesektoren utgjør egenbetalingen en betydelig større andel, og ca. 80 pst. av befolkningen har derfor individuelle eller kollektive forsikringer som refunderer egenandelene.

2.4.3 Tyskland

I Tyskland er ansvaret for spørsmål relatert til helse delt mellom føderale myndigheter og delstatsmyndigheter. Artikkel 74 i den tyske grunnloven avklarer de fleste kompetansespørsmål knyttet til helsetjenesten.

Generelt er eierskapsstrukturen knyttet til spesialisthelsetjenesten i Tyskland sammensatt. Både delstatene, kommuner, kirker, velferdsorganisasjoner og private står som eiere av klinikkene. Sykehusene er organisert som økonomisk selvstendige enheter.

Ansvaret for planlegging av sykehustjenester og akutt-medisin i Tyskland er primært desentralisert til 16 delstater (Länder). Hver av disse har egen konstitusjon og vedtar egne helseplaner. Helseplanene omfatter samlet nesten samtlige sykehus i Tyskland og fastsetter hvilken størrelse og hvilke spesialavdelinger sykehusene skal ha, samt hvilke tjenester de skal tilby. Alle sykehus som er med i sykehusplanen, har krav på å få finansiert investeringene sine av delstaten, dersom investeringene godkjennes.

Kostnader til den daglige driften dekkes av pasientene eller deres offentlige eller private sykekasse. Finansieringssystemet kan derfor omtales som et dualt system for sykehusfinansiering. I underkant av 90 pst. av pasientene i Tyskland er forsikret under offentlige forsikringer og så sent som i 2000 var det en omfattende reform knyttet til helseforsikringssystemet.

2.4.4 Sverige

I Sverige har landstingene ansvar for spesialisthelsetjenesten. Regjeringen er gitt en forholdsvis vid hjemmel til å gi «föreskrifter til skydd for enskilda eller beträffande» og Sykehusloven av 8. januar 1982 presiserer at de 26 landstingene (tidligere landstingskommunene) skal tilby helsetjenester til innbyggerne. Landstingene er ansvarlig for at personer som oppholder seg i området skal få øyeblikkelig hjelp. Innslaget av private aktører er beskjedent.

Det er store variasjoner i organiseringen av helsevesenet i de ulike len og i løpet av 90-årene har det vært gjennomført betydelige endringer i helsetjenestens organisasjon i flere av lenene. Et eksempel er Stockholmslän. Der har man separert bestiller- og tilbyderrollen ved at det er opprettet to nemder, Hälsovårdsnämnd og Produksjonsstyrelsen. Disse er henholdsvis ansvarlige for å fordele midler mellom ulike helseområder og å organisere tilbudssiden både knyttet til primær og spesialisthelsetjenesten.

Siden disse styrene består av länstingspolitikere, er det fortsatt politisk påvirkning av ressursallokeringen og helsetilbudet i det lokale helsedistriktet samt helsebudsjettet. Politikerne er ikke involvert i den daglige driften av helsetilbudet. De somatiske sykehusene finansieres på grunnlag av kontrakter som reforhandles årlig med helsedistriktene.

Erfaringene fra disse reformene har vært blandet og det kan virke som om det er en tendens at man ønsker å bevege seg bort fra det klare skillet mellom tilbydere og etterspørre, til et tettere samarbeid.

Det har i den senere tid også vært en tendens til en større regional samordning gjennom at landstingene har valgt å organisere sin sykehusdrift gjennom større regionale sammenslutninger.

2.4.5 Danmark

Organiseringen og styringen av det danske sundhedsvesen har overordnet sett vært uendret siden 1970. Det offentlige sykehusvesenet ivaretas av de 14 amtskommunene og Hovedstadens sygehusfællesskab. Amtskommunene kan etter nærmere regler fra Sundhedsministeren inngå samarbeid med andre amtskommuner og også private institusjoner. Generelt er amtskommunene eiere av sykehusene, men en rekke små specialsygehuse drives privat, men finansieres av amterne.

Sykehusene finansieres i hovedsak av amterne selv og det utgjør cirka 60 pst. av amternes budsjetter. 82 pst. av amternes utgifter finansieres via amternes egne skatter, mens 18 pst. er generelle, ikke aktivitetsavhengige blokktilskudd fra staten.

De enkelte amt kan fritt bestemme, hvordan de vil styre de enkelte sykehus sin økonomi. I de fleste tilfelle benyttes (ikke-aktivitetsavhengige) rammebudsjetter supplert med kontrakter eller budsjettvilkår, som fastlegger aktivitetsmål, service- og kvalitetsmål etc.

Amtskommunene plikter å inngå avtaler om benyttelse av lands- og landsdelsavdelinger i andre amtskommunale sykehus og private sykehus. Sundhedsministeren er også gitt hjemmel til å fastsette nærmere regler om lands- og regionalfunksjoner etter forhandlinger med amtsrådene.

I loven finnes bestemmelser om hvem som er berettiget til sykehustjenester. Som et eksempel har personer som har bopel i amtskommunen rett til vederlagsfri behandling. Det er gitt bestemmelser om gjestepasientordninger og hjemkommunens betalingsplikt, men Sundhedsministeren kan gi nærmere regler bl.a. om gjestepasientbetaling.

Loven inneholder videre bestemmelser om rett til å påklage avgjørelse om rett til behandling eller befordring til den sosiale ankestyrelse. Sundhedsministeren er gitt hjemmel til å fastsette regler om forsøksordninger som sikrer at pasienter som er henvist til bestemte operasjoner på offentlige sykehus, skal tilbys operasjon innen en samlet ventetid på tre måneder, samt amtskommunens betalingsplikt.

I tillegg fastslår Lov om patienters retsstilling av 01.07.98 bestemmelser om pasientens rett til medbestemmelse, integritet og innsyn, men i motsetning til den norske pasientrettighetsloven gis ingen bestemmelser om pasientens rett til behandling i denne loven.

2.4.6 Storbritannia

Siden 1948 har det offentlige tilbudet av helsetjenester i Storbritannia vært skilt ut som en egen statseid og offentlig finansiert institusjon, the National Health Service, NHS. Ansvar for NHS ligger under statssekretæren ved Helsedepartementet, i en avdeling som kalles NHS Executive Office. Organiseringen av det offentlige helsevesenet er komplekst og har endret seg radikalt de siste 20 årene.

Ca. 15 pst. av helsevesenet finansieres av private aktører enten direkte eller via private forsikringsordninger.

Det mye omtalte indre marked ble innført i 1991 og innebar at store sykehus og senere nesten samtlige organisatoriske enheter som tilbyr tjenester ble egne trustar. Dette innebar at sykehusene ble organisert ut av forvaltningen og fikk eget ansvar for drift og økonomi. Men fremdeles er sykehusene eid av staten gjennom NHS. District Health Authorities (DHA) og Family Health Service Authorities (FHSA) kunne på sin side som forvaltere av helsebudsjettene velge mellom offentlige og private tilbydere av helsetjenester.

Med opprettelsen av Health Authorities i april 1996, forlot man den regionale inndelingen av NHS og det tradisjonelle skillet mellom sykehus, kommunalt helsevesen og primærhelsetjenesten. Tidligere var dette skillet ivaretatt av District Health Authorities (DHAs) og Family Health Service Authorities (FHSA). De 100 nye «HAene» er nå ansvarlige for å etterspørre helsetjenester for befolkningen, mens de 430 NHS Trustene er ansvarlige for å tilby helsetjenestene.

Etter at helsedepartementet har blitt tildelt midler etter den såkalte Public Expenditure Survey, tildeler NHS Executive midlene videre til HA etter et estimert behov i befolkningen. Endelig ble også allmennpraktiserende leger (General Practitioners, GPs) eller grupper av slike, forvaltere av helsebudsjettene.

ter i den forstand at de kunne benytte en tildeling av midler til å kjøpe behandling til sine pasienter eller bygge opp fond, GP Fundholders.

Etter å ha observert en vekst i administrasjon og uheldige effekter av konkurranse lanserte den nyvalgte Labour-regjeringen i 1997 et forslag om å forlate det indre marked, gjennom rapporten *The New NHS: Modern Dependable*. Selv om man i prinsippet forlater det indre marked, beholdes det grunnleggende skillet mellom tilbydere og etterspørere, men det modereres ved større vekt på samarbeid og mekanismer som skal gi større rettferdighet. Det etableres nye Primary Care Groups (større grupper av allmennpraktiserende leger for å redusere byråkratiet) og HAene får et utvidet ansvar for å sørge for at Trustene og PCG og andre organisatoriske enheter ivaretar planene som er fastsatt gjennom Health Improvement Programs.

Sommeren 2000 ble også the NHS Plan lansert. Denne planen innebærer en omfattende satsing på utstyr og ansatte, samt etablering av nasjonale standarder for helsetjenester og økt vekt på at erfaringer skal deles isteden for å benyttes som konkurransefortrinn. Ulike enheter innen helsevesenet vil også kunne få større økonomiske friheter dersom standardene innfris.

2.4.7 Vurderinger

Debatten rundt eierskap, styrings- og finansieringsformer for spesialisthelsetjenesten er altså ikke særnorsk, men gir seg noe ulike uttrykk i de land vi vanligvis sammenlikner vårt helsevesen med. Alle er på jakt etter den gode løsningen, som er vel utprøvd, og som kan kopieres. De fleste helseplanleggere erkjenner imidlertid at denne løsningen ikke finnes. Det dreier seg derimot i stor grad om å høste både av de positive og negative erfaringene andre har gjort, og finne løsningsforslag som angir ønsket retning. I de foreslåtte løsningene er det slik sett også viktig å bygge inn rom for nødvendige justeringer etter hvert som erfaringer gjøres.

Et gjennomgående trekk i europeiske forvaltningsreformer er desentralisering av ansvar og myndighet. Noen vil kanskje reise spørsmålet om den norske sykehusreformen er et skritt i motsatt retning, dvs. sentralisering. Det er i den sammenhengen et vesentlig poeng at staten ønsker å bruke sin samlede eierposisjon til å desentralisere myndighet og ansvar for virksomhetene. Samtidig gir en samlet overordnet styringsposisjon staten gode muligheter til å realisere nasjonale politiske målsettinger med helsetjenesten.

Det skal også nevnes at størrelsen på Norge er et moment som må vurderes når en gjør sammenlikninger med andre land. For eksempel omfatter hele den norske helsetjeneste ikke mer enn en liten helseregion i Storbritannia. Det betyr også at diskusjonen om desentralisering må vurderes i dette perspektiv.

2.5 Begrunnelse for reformen

2.5.1 Hovedelementer i reformen

Det er fra flere reist spørsmål ved det tempo som det legges opp til. Det er departementets vurdering at det isolert sett kunne vært ønskelig med lengre tid. Dette må imidlertid veies mot hensynet til at styringssystemet til enhver tid må være basert på høy legitimitet og opprettholdelse av styringsautoritet.

Totalvurderingen er at når spørsmålet om eierskap og ansvar for et så vidt grunnleggende velferdsgode først er reist, er det viktig å gjøre overgangsperioden så kort som mulig. Det forutsettes en rask avklaring. En så viktig samfunnssektor kan ikke ha uavklarte spørsmål om ansvar og eierforhold over lang tid. Det skal også pekes på at det tidligere er gjort utredninger omkring sentrale spørsmål i denne reformen. Det vises her spesielt til Hellandsvik-utvalget (NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene?) og Sørensen-utvalget (NOU 1999:15 Hvor nært skal det være). Departementet arbeider derfor i dette lovforslaget ut i fra at reformen skal iverksettes allerede fra 1. januar 2002.

Det vil bli lagt opp til, og invitert til, samarbeid med de berørte grupper for å sikre en god gjennomføring av en omfattende reform dersom Stortinget slutter seg til forslaget.

Reformen baseres på to hovedelementer:

At staten overtar eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten, og overføring av hele ansvaret for spesialisthelsetjenesten til statlig sektor. Det offentlige eieransvaret vil dermed bli samlet på statens hånd.

At virksomhetene organiseres i foretak. Dette innebærer at de blir organisert i egne rettssubjekter og således ikke er en integrert del av den statlige forvaltning. Overordnede helsepolitiske mål og rammer vil fastsettes av staten og vil ligge til grunn for styring av foretakene.

Gjennom dette vil staten komme i en helhetlig ansvarsposisjon for spesialisthelsetjenesten. Da samles både sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet på en hånd.

I denne modellen er det ingen tvil om at staten har det fulle og hele ansvar, og har tilgang til direkte informasjon og hele bredden av relevante virkemidler. Dette vil i seg selv forebygge uverdige spillsituasjoner om hvem som har ansvaret. For både befolkningen og sektorens aktører vil det være en fordel at det ikke lenger vil være noen tvil om at det er staten som har både det formelle og reelle ansvar for forholdene i sykehussektoren.

Under dette samlede ansvar kan også staten utøve en sterkere styringsrolle på de områder hvor det er nødvendig. En første og viktig konsekvens av denne styringsrollen er forslaget om at alle offentlige sykehus mv. skal organiseres i foretak. Departementet legger vekt på at myndighets- og ansvarliggjøring av sykehusene best kan oppnås gjennom foretaksorganisering. Dette tiltaket er i seg selv en viktig del av begrunnelsen for statlig eierskap.

Dette gir staten en oppgradert styringsposisjon, med gode muligheter til en helhetlig organisering og til å samordne ressursbruken inn mot de prioriterte helsepolitiske målene.

Samtidig må det understrekes at dette ikke er det endelige svaret på helsevesenets utfordringer. Det nye styringsansvaret innebærer at staten må ha høye ambisjoner om både styringens innhold og form. En gjennomgående problemstilling er å finne balansen mellom lokal frihet i det enkelte foretak og nødvendig overordnet statlig styring. Reformens endelige suksess vil avhenge av at denne balansen oppnås. Dette er ikke minst en kulturell utfordring ved at statens og foretakenes representanter over tid utvikler en gjensidig rolleforståelse.

Dette setter også staten i en krevende situasjon med hensyn til å skille de ulike rollene. På flere samfunnsområder reises spørsmålet om skillet mellom staten som myndighetsutøver, eier og kontrollør. Departementet vil her peke på det viktige organisatorisk tiltak som ligger i forslaget om å skille ut sykehusene fra den offentlige forvaltning. Dette vil isolert sett bidra til en klargjøring av eierrollen versus myndighetsrollen. Den nye posisjonen som staten kommer i gjennom reformen, betyr likevel at staten i fremtiden må være bevisst sine ulike roller. Forslaget om et nytt Sosial- og helsedirektorat, som er sendt ut på høring i mars 2001, må sees i denne sammenheng. Det nye direktoratet vil innebære en bedre koordinering av myndighetstiltak i forhold til spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende vil det i Sosial- og helsedepartementet skje en koordinering av statens eierskapsoppgaver overfor foretakene ved at det etableres en egen eierskapsavdeling. Departementet legger vekt på at det i det videre arbeid skal skje en klargjøring mellom myndighetstiltak og eiertiltak, og at det etableres systemer som sikrer rollemessige avklaringer mellom de to oppgavetyperne. I det forestående arbeidet vil det være et prioritert mål å sikre den nødvendige uavhengighet for tilsynsoppgavene.

Blant reformens viktigste tiltak er at sykehus og øvrige institusjoner innen spesialisthelsetjenesten får klarere fastlagte roller og ansvar. Dette vil følge av at virksomhetene ikke lenger vil være en integrert del av forvaltningen, men vil bli organisert i egne rettssubjekter - som foretak. Foretakene vil få arbeidsgiveransvaret for egne medarbeidere og ansvaret for bruken av kapital. Foretakene vil også få ansvar for egen økonomi, med den begrensning at disse ikke kan gå konkurs. Som ene-eier vil staten ha ubegrenset eieransvar for og full kontroll med foretakene. Foretaksorganiseringen stiller imidlertid klare formkrav mht. hvordan eier kan utøve styring. Dette må skje gjennom vedtektene eller gjennom beslutninger i det såkalte foretaksmøtet. Dette vil verne virksomhetene mot detaljstyring fra eier og bidra til å gi dem reelt ansvar for egen drift.

Utgangspunktet i dag er at det styres for mye på driftsspørsmål og for lite på overordnede spørsmål knyttet til prioriteringer og struktur. Reformens intensjon er derfor å ta sterkere styringsgrep i forhold til helsetjenestens struktur, for eksempel gjennom funksjonsfordeling. Samtidig skal de enkelte virksomhetene få større ansvar og frihet innenfor de rammer og den struktur som bestemmes. Denne rolledelingen kan i seg selv legge grunnlaget for å øke den politiske styringen på områder der viktige samfunnsmessige hensyn skal ivaretas.

I tillegg til sykehusets behandlingsoppgaver (inkludert veiledningsoppgavene overfor pasient, pårørende og øvrig tjenesteapparat) inngår forskning og utdanning i sykehusets hovedoppgaver. Dette er også i dag et statlig ansvar. Et viktig formål med reformen er å etablere klarere ansvarsforhold slik at også disse oppgavene løses bedre.

Den statlige overtakelsen vil bety en styrking av overordnet statlig eieransvar og kontroll, samtidig som den er et opplegg til en desentralisert styringsmodell. I den foreslåtte reformen får staten en sterkere rolle gjennom samlet eierskap til sykehusene, og dermed et klarere ansvar. Det er imidlertid viktig at staten skal eie sine sykehus i et desentralisert styringssystem. Hensikten med organisering av sykehus som foretak er å desentralisere styring, effekti-

visere ledelse, forbedre informasjonstilgangen og delegere økonomisk ansvar innenfor de helsepolitiske mål og rammer som trekkes opp. Gjennom desentralisering ønsker man å oppnå mindre byråkrati, bedre omstillingsevne og bedre brukerorientering. Samtidig må staten gjennom sine nye roller sikre en overordnet samordning der dette er nødvendig og hensiktsmessig.

2.5.2 Forvaltningsorganisering vs. foretaksorganisering

Forslaget om statlig eierskap henger nøye sammen med forslaget til organisering av eierskapet. Det er derfor i det følgende sett nærmere på spørsmålet om å organisere spesialisthelsetjenesten som forvaltningsorgan eller foretak.

Storparten av statens virksomhet er organisert innenfor rammen av staten som juridisk person, det vil si som forvaltningsorganer. Forvaltningsorganisering brukes for statlig virksomhet som innebærer utøvelse av politisk og konstitusjonelt ansvar. Slik virksomhet må derfor være underlagt muligheten for direkte styring og ledelse fra overordnet politisk hold, også når det gjelder den løpende driften.

For virksomhet som er underlagt et politisk ansvar, men som i praksis har preg av utvikling og tilbud av varer eller tjenester, kan det være mer hensiktsmessig med organisering i foretak. Avhengig av bl.a. virksomhetens karakter kan det være naturlig å organisere slike foretak etter særskilt lovgivning.

Tilknytningsformen fastlegger styrings-, kommunikasjons- og kontrollrelasjoner mellom utøvende nivå og politisk ansvarlig nivå. Den setter dermed rammen for styringsmuligheter for politiske organer, samtidig som den bestemmer handlefriheten for de offentlige virksomhetene.

Som et utgangspunkt kan det sies at det er knyttet to ulike styringsfilosofier til henholdsvis forvaltningsorganisering og foretaksorganisering:

Ved forvaltningsorganisering er det lagt til rette for en sterk og direkte styring fra overordnet politisk organ. Organisering og tilrettelegging av den overordnede styringen er direkte forankret i det politiske ansvaret som eieren har.

Ved foretaksorganisering markeres et klart organisatorisk skille mellom virksomheten og overordnet politisk organ. Ett av siktemålene vil være å gi sykehusene og deres ledere en klarere ansvars- og fullmaktsposisjon slik at ledelsen får et mer helhetlig ansvar for den løpende drift. Det forutsettes at eierstyringen konsentreres om overordnede forhold. Formelt sett er det imidlertid ikke begrensninger i eiers rett til å styre. Organisasjonsformen i seg selv begrenser således ikke eiers mulighet for styring og det ansvar som er knyttet til denne styringsposisjonen. En hyppig direkte inngripen i daglig drift, vil imidlertid undergrave daglig leders og styrets ansvar.

Valget av foretaksorganisering vil slik sett være en viktig forutsetning å oppnå en ønsket styringskultur mellom eier og virksomhetsledelse, og som en støtte for nødvendig ledelsesautoritet innad i virksomhetene.

Tilknytningsformen har ikke direkte betydning for pasientbehandling, pasientopplæring, utdanning eller forskning. Indirekte kan imidlertid tilknytningsform ha betydning for virksomhetsledelsens muligheter til å drive på en effektiv måte. Dette kan igjen påvirke tjenestenes kvalitet, omfang og prioritering.

Sørensenutvalgets utredning omfattet analyser av de styringsmessige utfordringene som ligger i sykehusenes samfunnsmessige rolle og behovet

for at sykehusene må være underlagt demokratisk styring og kontroll. Et samlet utvalg konkluderte med at de offentlige sykehusene, herunder de statlige, står overfor store styringsmessige utfordringer. Utvalget pekte på at praksis har vist at den politiske styringen delvis har feil fokus og at ansvarsrollene har vært uklare. Flertallet mente at sykehusenes særtrekk og kompleksitet fordrer høy grad av selvstendighet og fleksibilitet for sykehusledelsen. Det ble særlig pekt på behovet for nødvendige omstillinger av driften.

Departementets vurderinger

Målet med tilknytningsformen for spesialisthelsetjenesten er å understøtte virksomhetenes oppgaveløsning og deres evne til å bære det helsepolitiske oppdrag de er pålagt ansvaret for.

Eierskapsreformen skal først og fremst være et organisatorisk tiltak for å understøtte helsepolitikkenes solidariske målsettinger. Departementet legger videre til grunn at siktemålet med reformen er å oppgradere den nasjonale politiske styringsposisjonen.

Gjennom at staten kommer i en helhetlig styringsposisjon ligger det bedre til rette for en god gjennomføring av den helsepolitikken som Stortinget vedtar.

Med basis i Sørensenutvalgets konklusjon, mener departementet at de styringsmessige utfordringene som både virksomhetene og eier står overfor, tilsier at spesialisthelsetjenestens tilknytningsform bør ha følgende egenskaper:

- Tilknytningsformen må gi grunnlag for en nødvendig politisk styring slik at helsetjenesten oppfyller de sentrale helsepolitiske målsettingene.
- Tilknytningsformen må legge til rette for en styringskultur som setter spesialisthelsetjenesten i stand til å møte dagens og fremtidens styringsmessige utfordringer.
- Tilknytningsformen må legge til rette for en avklaring mellom statens rolle som myndighetsorgan, oppdragsgiver og eier, og på den andre siden sykehusenes rolle som tjenesteprodusenter.
- Det må være grunnlag for å gi virksomhetene og ledelsen et klart oppdrag for å oppfylle de helsepolitiske målsettingene. Innenfor fastsatte mål, resultatkrav og økonomiske rammer bør ledelsen ved virksomhetene få selvstendighet og fleksibilitet slik at ressurser kan utnyttes til pasientens og samfunnets beste.
- Staten skal ha det økonomiske ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Staten må derfor som eier også ha den nødvendige styringsmessige rammekontroll over de totale kostnader.
- Tilknytningsformen må legge til rette for det samarbeid med primærhelsetjenesten og øvrige virksomheter som er nødvendige for å nå de helsepolitiske målene.

Departementets vurdering er at spesialisthelsetjenestens virksomhet er av en slik karakter at det ligger til rette for tilknytning etter foretaksmodellen.

Gjennom en særlov om helseforetak, som skiller seg ut fra statsforetaksloven på en del punkt, tas også hensyn til de særskilte ansvars- og styringsmessige behov som gjelder spesialisthelsetjenesten. Særloven om helseforetak tar også utgangspunkt i at staten har et utvidet finansieringsansvar for spe-

sialisthelsetjenesten, i motsetning til andre statlige tjenesteytende virksomheter som opererer i et system med markedsbestemt inntjening.

Selv om forvaltningsmodellen i praksis kan strekkes nært opp til foretaksmodellen gjennom utforming av særskilte fullmakter, legger departementet til grunn at valg av modell er vesentlig. De styrings- og ledelsesmessige utfordringene som spesialisthelsetjenesten står overfor, tilsier at tilknytningsformen må gi klare signaler om den styringskultur som skal råde.

Skal helsepolitikken lykkes, må sykehusene settes i stand til å gjøre jobben som de pålegges. Når det foreslås at sykehusene skal organiseres som helseforetak, er det et vesentlig poeng at de gis klarere roller og ansvar og på denne måten blir myndiggjort. Ved foretaksorganiseringen, der de blir egne rettssubjekter, får de et klarere og med direkte ansvar for helsetjenestens ressurser. Foretakene får arbeidsgiveransvaret for egne medarbeidere og ansvaret for bruken av kapital. Foretakene får ansvar for egen økonomi, med den begrensning at de ikke kan gå konkurs.

Fem effekter ved forslaget skal trekkes frem:

- De nye helseforetakene blir ikke private virksomheter. Forvaltningslov, offentlighetslov og arkivlov gjelder for virksomhetene og bidrar til å markere den offentlige karakteren av oppgavene. Det er også særlige innsyns- og kontrollregler for Riksrevisjonen. Videre gir pålegget om felles arbeidsgiverorganisasjon mulighet for helhetstenkning i tariff- og personalpolitikken. Dessuten skal det fremheves at foretakene ikke kan gå konkurs, noe som markerer samfunnets overordnede ansvar for virksomheten.
- Et av dagens problemer er at det styres for mye på driftsspørsmål og for lite på overordnede spørsmål knyttet til prioriteringer og struktur. Dermed blir lett den politiske styringen og driftsstyringen dårlig. Staten vil benytte sitt samlede eierskap til å innhente planer fra alle foretakene og bruke dette som grunnlag for framlegg av helhetlige helseplaner overfor Stortinget, slik at utviklingen kommer under nasjonal politisk styring. Loven pålegger at det innhentes råd fra regionale politiske organer slik at også det lokale perspektivet bringes inn i planprosessene. Det foreslås også at Sametinget oppnevner et råd som skal ha en rådgivende funksjon for foretakene. Når det på denne måten etableres et bedre grep på den nasjonale politiske styringen, er det mindre betenkelig å gi sykehusene større myndighet til styring av driften. Foretaksorganisering skal være et desentraliseringstiltak.
- Staten har mange roller. Både som driftsansvarlig, myndighet, eier, finansieringsansvarlig og som tilsynsmyndighet. Det er økende oppmerksomhet på at kombinasjonen av roller ikke må misbrukes. Ved at sykehus og selve driften skilles ut fra forvaltningen blir det «større organisatorisk avstand» til de andre rollene. Det blir da lettere å lage systemer som gir tillit til at rollene ikke glir over i hverandre på uheldige måter.
- Sykehusene utsettes for mange krefter som kan utfordre helsepolitikken solidariske målsettinger. Det må kjempes hardere om arbeidskraften med privat sektor, mange av interessentene disponerer midlene og vil bruke disse for å ivareta egne mål mv. I denne situasjonen blir det viktig at ledelsen gis autoritet til å kunne følge det offentlige oppdraget. Blant annet drives sykehusene i dag etter faglige standarder som i stor utstrekning fastsettes av profesjonene selv. Det er ønsket at fagene skal spille en sterk rolle, men det innebærer også at den ledelsesmessige autoriteten i sykehusene blir utfordret. Når sykehusene i tillegg er underlagt direkte poli-

tisk styring, vil enkeltaktører i sykehusene ha større mulighet til å vinne frem, eller skape støy, rundt styringsmessige forhold. I den grad slikt skjer, undergraves den ledelsesmessige autoriteten ytterligere. En av hensiktene med foretaksorganisering er å redusere muligheten for denne type spill og dermed understøtte ledelsesautoritet - slik at det politisk styrte offentlige oppdraget kan følges opp.

- Det er for lite bevissthet om innsatsfaktoren kapital i sykehus i dag. Dette henger både sammen med system for fordeling av beslutningsmyndighet og måten dette håndteres på i dagens sykehusregnskap. Kontantprinsippet bidrar til denne lave bevisstheten. Dette gjelder både bygninger og utstyr. Foretaksorganisering gjør at kostnadene ved bruk av kapital må planlegges på en annen måte. Kostnadene ved bruk av kapital kommer frem som en utgift over tid som virksomheten må skaffe en inntektsside til. En foretaksorganisering med bruk av prinsippene i regnskapsloven vil inspirere til langt mer bevisste holdninger om bruken av ressursen kapital.

I deler av den offentlige debatten betones at foretaksorganisering, i hvert fall på lang sikt, er en utvikling i retning av marked, privatisering, omfattende «outsourcing» og med muligheter for risiko. Etter departementets vurdering er ikke dette et riktig bilde. Den foreslåtte loven slår fast at helseforetakene ikke kan gå konkurs. Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten at dette på forhånd er forelagt Stortinget. Helseforetakene kan ikke skille ut sykehusvirksomhet i underliggende aksjeselskaper, sykehusvirksomhet skal være organisert som helseforetak. Det skjer ikke endringer i reglene for sykehusenes adgang til å kjøpe ikke-medisinske støttefunksjoner fra andre eller å samarbeide med andre om disse tjenestene.

Det vises for øvrig til nærmere omtale i kapittel 4, lov om helseforetak.

2.6 Hvilke tjenester er omfattet av forslaget om statlig overtakelse?

2.6.1 Sammenhengen mellom de enkelte helsetjenester

Regjeringens forslag om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten dreier seg både om et ansvar for å produsere helsetjenester, og et ansvar for å sørge for at innbyggerne får de tjenester de har krav på. Reformen vil derfor på ulike måter berøre både offentlig og privat tjenesteproduksjon.

Begrunnelsen for forslaget om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten knytter seg ikke bare til utfordringer innenfor somatisk sektor. De systemmessige utfordringene gjelder også de øvrige helsetjenester som fylkeskommunene i dag har ansvar for. Når det gjelder tjenester som rehabilitering og psykiatri, er det dessuten minst like viktig å sikre sammenheng i behandlingsforløp, helhetlig tilnærming til ulike lidelser og institusjoners gjensidige avhengighet. Derfor er det i tillegg viktig å videreutvikle samspillet mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og sosialtjenestene.

2.6.2 Somatiske helsetjenester

De offentlig finansierte spesialisthelsetjenestene innen det somatiske helsevern er i sin helhet omfattet av forslaget om statlig overtakelse. Somatiske spesialisthelsetjenester gis på flere behandlingsnivå. Et eventuelt statlig eierskap

vil derfor omfatte regionsykehusene, sentralsykehusene, lokalsykehusene, de fylkeskommunalt eide sykestuene og spesialsykehjemmene. Driftsansvaret knyttet til sykestuene og spesialsykehjemmene foreslås overtatt kun der fylkeskommunen i dag har et slikt ansvar. Det legges videre opp til at staten også overtar de etablerte driftsavtalene med private sykehus og etablerer driftsavtaler med institusjoner som har vært innlemmet i de regionale helseplanene.

2.6.3 Rehabilitering og habilitering

De spesialiserte rehabiliterings- og habiliteringsoppgavene er i dag i hovedsak integrert i de somatiske tjenestene, både behandlingmessig og organisatorisk. Enkelte steder er likevel rehabiliterings- og habiliteringstjenester integrert i eller underlagt psykisk helsevern. Disse tilknytningene er avgjørende for at en ønsker å gjennomføre en statlig overtakelse også av disse tjenestene. Ut fra hensynet til behandlingmessig kontinuitet og behovet for spesialistkompetanse finner en det naturlig at forslaget omfatter både rehabiliteringsavdelinger i sykehus, spesialsykehus for rehabilitering, egne rehabiliterings- og habiliteringsteam og rehabiliteringspoliklinikkene. De etablerte driftsavtalene med private rehabiliteringsinstitusjoner forutsettes også overtatt av staten.

Opptreningsinstitusjonene og de spesielle helseinstitusjonene som yter tjenester som kan være viktige i rehabiliteringssammenheng, mottar i dag offentlig finansiering gjennom folketrygden. Disse institusjonene inngår ikke i de regionale helseplaner. Derfor berøres dette tilbudet ikke av endringene i ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Siden disse institusjonene i hovedsak er statlig finansiert, bør en i forbindelse med statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten også se på hvilken rolle disse institusjonene skal ha i det fremtidige tilbudet. En bør derfor ha en samlet gjennomgang av den institusjonsbaserte rehabiliteringen etter at den statlige overtakelsen er gjennomført.

2.6.4 Laboratorie- og radiologiske tjenester

Laboratorie- og radiologiske tjenester er sentrale medisinske servicefunksjoner både i og utenfor sykehus. Tjenestene er så vidt sentrale for logistikken i sykehus at det som utgangspunkt vil være uheldig om ansvaret for tjenestene skulle legges til et annet nivå. I en effektiv organisering av sykehus er dimensjonering og rutiner for prioritering av slike tjenester avgjørende for å unngå «flaskehals» i tjenesteproduksjonen. Det vil også være naturlig at ansvaret for laboratorie- og radiologiske tjenester utenfor sykehus sees i sammenheng, og at driftsavtaler med private aktører videreføres.

2.6.5 Psykisk helsevern

Psykisk helsevern har i utgangspunktet mange av de samme utfordringene knyttet til drift som somatisk sektor. Ved behandling av mennesker med psykiske lidelser må en dessuten ofte se sykdomsbildet i en helhet hvor også somatiske lidelser vil inngå, og motsatt. Det er i tillegg en selvstendig målsetting å bryte fordommene og styrke åpenheten rundt psykiske lidelser, og dette gjør en best ved å unngå noen form for «særorganisering».

Ut i fra hensynet til sammenheng i behandlingsforløp foreslås den statlige overtakelse å omfatte de voksenpsykiatriske sykehus, distriktpsikiatriske sentre, barne- og ungdomspsykiatriske klinikker og behandlingshjem, og

barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Forslaget omfatter også de psykiatriske sykehjemmene og avtalene om privat forpleining, med de retningslinjer for videre utvikling som ligger i St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet, jf. Innst. S. nr. 222 (1997-1998), og St.prp. nr. 63 (1998-99) Om opptrappingsplan for psykisk helse, jf. Innst. S. nr. 258 (1996-1997), og ny lov om spesialisthelsetjenesten (§ 9-3).

2.6.6 Private spesialister med driftsavtaler

Private spesialister med driftsavtaler har i dag en sentral rolle i spesialisthelsetjenesten. En sentral utfordring for denne delen av tjenesteapparatet har vært å integrere de private spesialistene i det totale tjenestetilbudet, slik at tjenester i og utenfor sykehus oppfattes som en helhet. Private driftsavtaler kan også være et sentralt virkemiddel i forhold til å rekruttere og beholde personell i utsatt offentlig tjenesteapparat. Det foreslås at disse driftsavtalene overtas av foretakene.

2.6.7 Ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten (akuttmedisinske kommunikasjonsentraler og forholdet til legevaktsentraler)

Ambulansetjenesten bidrar med tjenester både til spesialisthelsetjenesten og til kommunehelsetjenesten. Likevel er sammenhengen med spesialisthelsetjenesten den mest krevende, både faglig og koordineringsmessig. Ambulansepersoneell har også kompetansemessige utviklingsbehov som i bedre grad kan ivaretas innenfor spesialisthelsetjenesten. Det foreslås at den fylkeskommunalt eide ambulansetjenesten inngår i forslaget om en statlig eierskapsmodell. Det legges videre opp til at staten trer inn de eksisterende avtalene med de private ambulansetjenestene.

De akuttmedisinske kommunikasjonsentralene har en viktig koordineringsfunksjon i forhold til ambulansetjenesten og sykehusene, og det er derfor også naturlig at ansvaret for disse fylkeskommunalt drevne tjenestene overtas av staten. Tilsvarende forutsetter en at staten går inn i etablerte samarbeidsavtaler med kommunene der hvor en har etablert samarbeid om nødmeldtjenester/legevaktsentraler.

2.6.8 Sykehusapotekene

Sykehusene kan organisere sin legemiddelforsyning gjennom egen farmasøytisk avdeling eller eget sykehusapotek. De fleste sykehusene har valgt sistnevnte løsning. Sykehusapoteket eies av sykehuseieren, dvs. fylkeskommunen. Apotekets drift og organisasjon er innrettet mot sykehusets behov for legemidler og farmasøytiske tjenester. I tillegg selger sykehusapotekene legemidler til polikliniske pasienter, utskrevne pasienter og sykehusets ansatte.

De fleste sykehusapotekene er gjennom sine eiere medlem i Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS), som gjennom et anbudssystem forestår felles innkjøp av legemidler. Samarbeidet har oppnådd betydelige rabatter, og har sørget for at sykehusenes legemiddelutgifter har steget vesentlig mindre enn for eksempel folketrygdens utgifter til legemidler. Utover dette samarbeidet på innkjøpssiden er det i dag begrenset samarbeid mellom sykehusapotekene. Forslaget om en statlig foretaksmodell har fått positiv mottakelse blant

flere sykehusapotekere nettopp fordi en ser muligheter for større grad av samarbeid og integrasjon mellom sykehusapotek i den enkelte helseregion.

Apotekloven åpner for at sykehusapotek kan organiseres som foretak. Sykehus er på linje med andre legemiddelrekvirenter avskåret fra å eie apotek, men eiere av sykehus kan eie apotek. Lovens utgangspunkt er at offentlig eide sykehus skal betjenes av offentlig eide sykehusapotek. I særlige tilfelle åpnes det likevel for privat eierskap av sykehusapoteket, selv om sykehuset er offentlig eid.

Sykehusapotekenes virksomhet er tett integrert i sykehusenes virksomhet. Det er derfor naturlig at sykehusapotekene omfattes av forslaget og at de overtas av foretakene som skal eie sykehusene. På denne måten vil dagens løsning av sykehusenes legemiddelforsyning opprettholdes inntil videre. Det forutsettes samtidig at Legemiddelinnkjøps samarbeidet (LIS) opprettholdes, og at staten overtar ansvaret for de administrative ressurser knyttet til dette.

2.6.9 Fylkeskommunale tiltak for rusmiddelmissbrukere under spesialisthelsetjenesteloven

Etter sosialtjenesteloven er fylkeskommunen ansvarlig for etablering og drift av institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg og behandling av rusmiddelmissbrukere. Fylkeskommunene kan også velge å legge behandlings- og omsorgstilbudene for rusmiddelmissbrukere til institusjoner under andre lover, for eksempel spesialisthelsetjenesteloven. På bakgrunn av blant annet eksisterende tilbud og lokale behov vurderer fylkeskommunene hvordan tilbudene best skal organiseres. Forslaget om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten vil derfor få konsekvenser for noen av tiltakene for rusmiddelmissbrukere.

Det forutsettes at fylkeskommunale tiltak for rusmiddelmissbrukere som er forankret i spesialisthelsetjenesteloven omfattes av forslaget om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Dette medfører at spesialiserte polikliniske tjenester (psykiatriske ungdomsteam), behandlingstilbud (avdelinger/avsnitt) som drives under spesialisthelsetjenesteloven, foreslås overført til staten og omfattet av foretaksorganiseringen. Statens senter for narkomane foreslås også organisert i en foretaksmodell. Når det gjelder økonomisk oppgjør for behandling av rusmiddelmissbrukere fra andre helseregioner, må det følge de oppgjørsordninger som beskrives i den foreslåtte endringen i ny § 5-2 i spesialisthelsetjenesteloven.

Regjeringen har besluttet at spørsmålet om fremtidig plassering av ansvaret for fylkeskommunale tiltak for rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven (behandlings- og omsorgstiltak) skal utredes. Målet er å gjennomføre en utredning og legge frem forslag til reform med virkning fra 1. januar 2003. Dette betyr at 2002 blir et overgangsår.

2.6.10 Forholdet til de gjenværende fylkeskommunale tjenester

Det foreliggende forslaget begrenser seg til de virksomheter som er omtalt ovenfor. Dette innebærer at fylkeskommunene fortsatt vil ha sektoransvaret for tannhelsetjenesten og for behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere, at de eier og driver egne behandlingstilbud og har driftsavtaler med private institusjoner som ikke følger reformen. Fylkeskommunene har

også et fortsatt ansvar for barnevern og familievern. Ansvaret for disse tjenestene vil regjeringen vurdere på et selvstendig grunnlag.

De fylkeskommunale sosialtjenestene og enkelte spesialisthelsetjenester er gjensidig avhengige, og danner til sammen et helhetlig tjenestetilbud for brukerne. Denne sammenhengen mellom ulike tjenester vil stå sentralt også i den videre tjenesteutvikling. Enkelte fylkeskommuner har valgt å samorganisere tjenester rundt enkelte brukergrupper som for eksempel innenfor barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Denne typen organisering vil bli gjenstand for en konkret vurdering mellom staten og den enkelte fylkeskommune, slik at en sikrer en god organisering av de aktuelle tjenestene også i fremtiden. Tilsvarende for tjenester som ikke omfattes av spesialisthelsetjenesten, men som naturlig hører til det totale tjenesteapparat. Dette gjelder for eksempel fagutviklingssenter for helsepersonell og lignende.

Det vil i tillegg være behov for en avklaring i forhold til de fylkeskommunale behandlingsinstitusjonene for rusmiddelmissbrukere som er avdelinger i spesialisthelsetjenesten og forankret i sosialtjenesteloven. Forslaget om statlig overtakelse medfører ikke at disse avdelingenes eierstatus endres. En midlertidig løsning for slike avdelinger kan være at fylkeskommunens ansvar reguleres i en avtale mellom det nye helseforetaket (hvor avdelingen ligger) og fylkeskommunen. Helseforetaksloven åpner for denne løsningen i forslaget til kapittel 10. Alternativt kan avdelingen endre status til å bli en selvstendig fylkeskommunal institusjon eller knyttes til annen institusjon som fylkeskommunen eier. Hvilken modell som synes hensiktsmessig, må vurderes både utfra hvilken plass avdelingen har i institusjonens helhetlige behandlingsopplegg, forholdet til de kommunale tilbudene og andre fylkeskommunale tiltak.

2.6.11 Tannhelsetjenesten

I departementets høringsnotat om forslag om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten var det ikke tatt stilling til fremtidig organisering av tannhelsetjenesten. Høringsinstansene ble imidlertid bedt særskilt om synspunkter knyttet til fremtidig sektoransvar, eierskap og driftsform for denne tjenesten. Tre alternative løsninger synes å være aktuelle: Fortsatt fylkeskommunalt ansvar, kommunalt ansvar eller statlig ansvar.

Av høringsinstansene som har uttalt seg om tannhelsetjenesten, vurderer ca. halvparten det som mest hensiktsmessig at staten overtar offentlige tannhelsetjenester med foretak som driftsform samtidig med en eventuell overføring av spesialisthelsetjenesten. Det blir blant annet pekt på at de fleste fordeler ved reformen som beskrives for spesialisthelsetjenesten også gjelder for offentlige tannhelsetjenester. Men flere høringsinstanser anbefaler at spørsmålet om fremtidig organisering utredes med sikte på egen høringsrunde. Det vises for øvrig til omtale i kapittel 3.5.

Departementet har på denne bakgrunn kommet til at det bør utarbeides et eget høringsdokument om fremtidig forankring av tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenesten omfattes derfor ikke av dette forslaget om statlig overtakelse.

2.6.12 Forholdet til det forebyggende arbeid

Ett av spesialisthelsetjenestens formål er å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Forebygging er et av virkemidlene for å oppnå dette. Det er forutsatt at spesialisthelsetjenesten bruker sin kompetanse til forebyggingsarbeid både individuelt overfor den enkelte pasient og generelt gjennom veiledning av kommunehelsetjenesten. Innenfor forebyggende arbeid er det et potensiale for forbedring, særlig innenfor sykehustjenesten når det gjelder sykehusinfeksjoner, antibiotikaresistens og andre smittevernoppgaver.

2.6.13 Om behovet for samordning av de ulike delene av helsetjenesten

Den statlige helsepolitikken har et særskilt ansvar i forhold til å samordne og styrke samarbeidet mellom de ulike delene av helsetjenesten. En rekke helse-tjenester vil også i fremtiden ytes av andre enn de statlige helseforetakene. Spesielt er det viktig å fokusere på behovet for å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, de fylkeskommunale og kommunale helse- og sosialtjenester og den øvrige primærhelsetjeneste, herunder forebyggende oppgaver.

Fylkeskommunens videre sektoransvar for behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere medfører at behovet for å samordne tiltak vil være stort på dette feltet. Dette gjelder både innenfor spesialisthelsetjenesten, i forhold til private aktører og mellom forvaltningsnivåer. Særlig er det viktig at kommunenes rolle og ansvar etter sosialtjenesteloven ivaretas i samarbeidet, og at dagens samarbeidsordninger videreutvikles. Fylkeskommunen skal etter sosialtjenesteloven utarbeide en plan for å dekke behovet for behandlingsplasser for rusmiddelmissbrukere, og bestemmelsen er ikke til hinder for at fylkeskommunen kan inkludere institusjoner etter helseforetaksloven i en slik plan.

Innen psykisk helsevern er det et overordnet mål å utvikle en spesialisthelsetjeneste som fungerer på kommunenes og brukernes premisser. Hovedvekten i det konkrete utbyggings- og omstrukturingsarbeidet innen psykisk helsevern legges derfor på å sikre et helhetlig tilbud til den enkelte bruker, hvor samarbeid med kommunale og andre førstelinjetjenester står sentralt. Denne typen samarbeid er viktig for alle deler av spesialisthelsetjenesten, og de statlige regionale helseforetakene og helseforetakene må derfor søke å fungere på disse premissene.

2.6.14 Forholdet til folketrygdens ytelser

Dagens finansieringssystem for helsetjenester har enkelte utfordringer knyttet til tjenester hvor det finansielle ansvaret og bruk av tjenester ikke ligger samme sted. Det er for eksempel registrert at enkeltpasienter har blitt sendt ut på unødvendig kostbare syketransporter fordi utgiftene belastes folketrygden og ikke de som har rekvirert tjenesten. Med statlig overtakelse kan det ligge til rette for en bedre samordning av ressursbruken. Det vil imidlertid kunne kreve at trygdeetatens finansieringsansvar for enkelte tjenester overføres til de nye helseforetakene. Det vil kunne dreie seg om syketransport, luftambulansetjenesten, deler av ansvaret for skyss av helsepersonell og ansvaret for opptreningsinstitusjonene. Dette vil kreve en bredere gjennomgang fra departementets side hvor en vurderer helseforetakenes og kommunenes fremtidige ansvar.

2.7 Prioriterte tiltak innenfor reformen

2.7.1 Realisering av viktige helsepolitiske mål

Sykehusene er viktige behandlings-, undervisnings- og forskningsinstitusjoner, og utfører viktige oppdrag for samfunnet. Hovedtenkningen er at politiske beslutninger skal fastsette hva oppdraget er, og de ulike institusjonene skal få ressurser, ansvar og myndighet til å utføre oppdraget.

Gjennom dette lovforslaget vil sykehusene få større frihet til å bestemme hvordan oppdraget skal løses, men like fullt er oppdragets innhold bestemt av de politiske myndigheter.

Reformen setter staten i en ny og helhetlig ansvarsposisjon. Denne oppgraderte posisjonen skal staten bruke til å få realisert viktige mål i helsepolitikken.

Departementet har funnet det riktig å gi en bred omtale av hvordan en klarere statlig ansvarsposisjon er tenkt brukt for å realisere helsepolitiske mål. Framdrift av tiltakene må blant annet tilpasses det enkelte års budsjettopplegg.

2.7.2 Utvalgte områder for satsing fremover

Samordningsoppgaver mellom tjenestenivåene

Historisk er det etablert en arbeidsdeling i helsesektoren der ansvaret for de enkelte oppgaver er lagt til ulike forvaltningsnivåer. Sykehusloven (1969) plasserte ansvaret for spesialisthelsetjenesten hos fylkeskommunene, mens ansvaret for primærhelsetjenesten fra og med 1984 ble lagt til kommunene. For mange formål er en slik arbeidsdeling uproblematisk. Likevel er det i den senere tid klare tegn til at pasientgrupper har behov for tilbud som forutsetter samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer. Slike tiltakskjeder på tvers omfatter særlig pasienter innen psykiatri, rusomsorg, kronikeromsorg, rehabilitering, kreftpasienter samt eldre pasienter med spesielle behov. Også i forhold til forebygging er det viktig å ivareta samhandlingsprosesser mellom forvaltningsnivåer og sektorer.

Nye teknologiske løsninger kan gjøre samarbeidet mellom sykehus og primærhelsetjenesten enklere, og spesialkompetansen lettere tilgjengelig for primærhelsetjenesten. Veiledning, telemedisin og ambulante tjenester vil i økende grad kunne gjøre det mulig å gi spesialisthelsetjenester i pasientens nærmiljø.

Sykestuer bør kunne vurderes som institusjoner som kan avlaste sykehusene, og som samtidig kan bidra til å lette samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Denne typen samarbeid gjør det mulig å styrke tiltakskjeden og bidra til at spesialiserte tjenester kan ytes nærmere pasientens hjem. I den grad det bør ytes spesialiserte institusjonsbaserte tjenester utenfor sykehus, bør det arbeides med å finne lokale løsninger og hensiktsmessige ansvars- og finansieringsmodeller.

Det bør vurderes å la de regionale helseforetakene få et større strategisk ansvar for at samarbeidet med førstelinjen ivaretas. Dette kan også inkludere ansvar for å tilrettelegge systemer og tjenester for elektronisk tilknytning til primærhelsetjenesten. På grunnlag av slike retningslinjer fra de regionale helseforetakene vil det være mulig å ansvarsplasse det operative ansvaret.

Reduserte forskjeller i tjenestetilbud

Ulik klinisk praksis mellom sykehusene endres ikke direkte som følge av endring i eierskapet. En av flere årsaker til forskjellene kan være at dagens eiere i ulik grad tilrettelegger for oppdatering og spredning av kunnskap. En viktig målsetting med et samlet eierskap er å legge til rette for at kunnskap og teknologi blir fordelt bedre.

Det må påregnes en viss forskjell i ventetid mellom sykehus for samme lidelse grunnet tilfeldige svingninger i tilbud så vel som i etterspørsel. De betydelige forskjellene som observeres i dag, tyder imidlertid på at det også er andre årsaker. Blant annet kan økonomiske hensyn som tas av den enkelte sykehuseier, hindre en effektiv pasientflyt på tvers av fylkesgrensene. Utstrakt bruk av til dels kompliserte henvisningsordninger, med krav om garantier for betaling, er en indikasjon på dette.

De fem regionale helseforetakene forutsettes å bli langt mer robuste enheter enn hver av de 19 fylkeskommunene. En samordning av eierinteressene i fem regionale helseforetak kan bidra til en bedre utnyttelse av den samlede behandlingsskapasiteten. Det antas derfor at denne regionale organisasjonsmodellen kan bidra til å redusere de regionale ulikhetene. Målet om større regional likhet forutsetter imidlertid også at staten gjennom sin nasjonale eierstyring tar ansvar for å balansere og tilrettelegge rammevilkårene for de regionale helseforetakene. Staten vil også kunne utnytte sin eierposisjon for å sikre nødvendige strukturelle tilpasninger i helsetjenesten med sikte på å redusere ulikheter i tjenestetilbudet.

Et hovedmål for den nasjonale helsepolitikken er å gjøre hver enkelt region mest mulig selvforsynt med spesialisthelsetjenester. Organiseringen i regionale helseforetak forventes å bidra til det. I den grad denne forutsetning ikke realiseres fullt ut, er imidlertid intensjonen med fritt sykehusvalg å sørge for at den enkelte pasient ved behov gis et tilbud der det finnes. Med staten som eier skal følgelig ikke grensene mellom foretak forhindre hensiktsmessig og utjevne flyt av pasienter for å oppnå best mulig utnyttelse av felles kapasitet.

Psykisk helsevern

Det psykiske helsevernet er i dag preget av store fylkesvise forskjeller, og brukerne møter tjenestetilbud som er svært ulike med hensyn til bl.a. kapasitet, bemanning, økonomiske ressurser, organisering og bruk av tvang.

Noen ulikheter er planlagte og villet, med utgangspunkt i ulike ytre forhold og tilgang på kvalifisert personell, og gode tjenester kan ytes på ulike måter. Men de fleste ulikheter skyldes en kombinasjon av historiske (plassering av psykiatriske institusjoner), og andre mer utilsiktede forhold; det gjelder til dels ulik politisk prioritering og til dels uakseptabel variasjon i behandlingsfilosofi.

Stortinget vedtok under behandlingen av St.prp. nr. 63 (1997-98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, jf. Innst. S. nr. 222 (1997-1998) at tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser skal styrkes betydelig i løpet av de nærmeste åtte år.

Psykiske lidelser er svært utbredt, og mange vil oppleve en psykisk lidelse en eller annen gang i livet. Svært mange er uføretrygdet med en psykisk

lidelse, og det er den hurtigst voksende årsak til uføretrygd blant de store sykdomsgruppene. I 1999 var det ca. 70 000 uføretrygdede og ca. 4 mill. sykedager (trygdens andel) grunnet psykiske lidelser. Samtidig er det betydelige utfordringer knyttet til å videreutvikle tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Opptappingsplanen vektlegger en spesialisthelsetjeneste på brukernes premisser med størst mulig grad av frivillighet og minst mulig bruk av tvang. Gjennom opptappingsplanen skal det psykiske helsevernet bringes opp på et bedre nivå i alle deler av landet.

I opptappingsplanen har staten tatt i bruk spesielle virkemidler, bl.a. øremerkede tilskudd til investeringer og drift, og krav om fylkeskommunale planer for realisering av opptappingsplanens mål for å utløse tilskudd.

Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten foreslås gjennomført midt i opptappingsperioden for psykisk helsearbeid. Departementet ønsker å benytte eierskiftet til å sikre en mest mulig effektiv iverksetting av den utbygging og omstrukturering av psykisk helsevern som ligger i opptappingsplanen. De fylkeskommunale planene for psykisk helsevern blir et av grunnlagsdokumentene for helseforetakenes arbeid med videreutvikling av denne delen av spesialisthelsetjenesten. Det legges derfor opp til å videreføre ordningen med øremerkede tilskudd gjennom de regionale helseforetakene.

Folkehelse og spesialisthelsetjenester

Eierskaps- og foretaksreformen er først og fremst en organisasjons- og ansvarsreform på tjenestesiden. Det dreier seg om å gjøre nødvendige sykehustjenester lettere tilgjengelig og om å skjerpe kravene til kvalitet og service. Kort sagt skal den enkelte pasient gis et bedre tilbud.

Gjennom sin eierrolle vil staten kunne pålegge de regionale helseforetakene å kople ansvaret for helsetjenester til et folkehelse- og befolkningsperspektiv. De regionale helseforetakene forventes i hovedsak å bli geografisk sammenfallende med de etablerte helseregionene, noe som vil gjøre det enklere å se sammenhengen mellom et tilbuds- og befolkningsperspektiv. Dette er viktig fordi helsetjenesten skal ikke være uavhengig av helsetilstanden i befolkningen. Forståelse for slike sammenhenger er av betydning både for dimensjonering, prioritering og allmenn ressursforvaltning i helsesektoren.

Helseforetakene bør derfor forvalte kompetanse som også ivaretar samfunns-medisinske problemstillinger. Et bedre fokus på helseatferd, risikofaktorer, epidemiologi og forebygging bør integreres sterkere i helsetjenesten og bygge på dokumentasjon av status for befolkningen i de ulike helseregionene.

Ledelse, organisasjon og personalpolitikk

Med eierskaps- og foretaksorganisering som virkemidler, vil staten klargjøre ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Ved å skille ut sykehusene fra forvaltningen og gjøre dem til selvstendige foretak, legges forholdene bedre til rette for at sykehusledere skal kunne utøve lederskap og ta ansvar. Det dreier seg om å presisere og målrette ansvaret og å kople myndighet og handlefrihet til

ansvaret. I så måte kan dette sies å være vel så meget en ansvars- og leder- skapsreform som en eierskapsreform.

Moderne sykehus fremstår som særdeles komplekse og teknologiintensive kunnskapsbedrifter og skiller seg dermed klart fra forvaltning. I stadig mer turbulente og krevende omgivelser, både i forhold til kunnskaps- og teknologifronten og etterspørselssiden, blir det følgelig særdeles viktig å ha en manøvreringsdyktig sykehusledelse. Organisert som foretak får sykehusene større ansvar og handlingsrom både for å forvalte og fornye investeringssiden (særlig medisinsk utstyr) og for å ivareta kunnskaps- og humankapitalen. I ledelse av kunnskapsbedrifter inngår en moderne og fleksibel personalpolitikk.

Departementet ser det som viktig å klargjøre rammevilkårene for sykehusledelse. Dette gjelder ikke minst i forhold til eier, der foretaksreformen forventes å kunne bidra sterkt til en slik klargjøring. Men det er like viktig å definere og gi konkret innhold til det ansvar som skal håndteres av ledere på ulike nivåer innen sykehus. Betydningen av å utvikle gode rollemodeller for ledere understrekes sterkt. Arbeidet vil også legge vekt på å skape kontinuitet i forhold til det utviklingsarbeid innen ledelse og organisering som er gjennomført de senere årene.

De betydelige ledelsesutfordringene i helsevesenet må møtes med tiltak på bred front, først og fremst i regi av de regionale helseforetakene og de enkelte sykehus. Dette kan skje ved at foretakene driver aktiv lederrekruttering. På ett område vil imidlertid staten i kraft av sin nasjonale eierrolle ta et særlig ansvar sammen med ledelsene for de nye foretakene. Det gjelder utvikling av et nasjonalt opplegg for utvikling av toppledere og avdelingsledere til sykehusene.

Et slikt tiltak kan tenkes etablert som et organisert samarbeid mellom eksisterende institusjoner med relevant kompetanse, men opplegget skal likevel gis en tydelig identitet med et definert og substansielt faglig innhold. Gjennom dette tiltaket skal toppledere og andre helseledere gis et mer felles verdi- og kunnskapsgrunnlag for sin utøvelse av lederskap. I dette opplegget vil også hensynet til helsesektorens substans- og innholdskompetanse vektlegges. Det forventes at dette tiltaket vil styrke rekrutteringen av gode og trygge sykehusledere, og dessuten bidra til å styrke ledernes legitimitet og autoritet.

Styring av helseforetak

Når helseforetakene forutsettes organisert som egne rettssubjekter med eget styre, er det for å ansvarlig- og myndiggjøre de enheter som står for selve produksjonen av sykehustjenester. Det innebærer at helseforetakene gis stor frihet til å disponere sine ressurser innen rammen av den kontrakt eller bestilling som gis fra de regionale helseforetakene. Denne vektlegging av selvstendighet til de enkelte helseforetakene uttrykker også behovet for å skape dynamikk i relasjonene mellom foretakene. Gjennom frihet og anledning til å velge forskjellige løsninger og tilpasninger, gis det rom for innovasjon, læring, erfaringsoverføring og positiv konkurranse.

Helseforetakene må likevel ikke tillates å bli så autonome at hensyn til helheten og fellesskapet blir skadelidende. For å kunne utløse de ønskede syner- gier mellom helseforetakene er det derfor behov for noen samordnede grep

på tvers. Dette samordningsbehov på tvers forutsettes ivaretatt av de regionale helseforetakene. Uten å bli for intervenserende i enkeltsaker, må de regionale helseforetakene gjennom sin eierstyring kunne stille krav om innbyrdes samarbeid mellom enkeltforetakene og i forhold til primærhelsetjenesten. Slike krav må også kunne stilles i forhold til standardisering av IT-systemer, rapporteringsrutiner og systemer for kvalitetssikring. Innen avgrensede og forutsigbare rammer, forutsettes de regionale helseforetakene generelt å innta en samordnende «konsernrolle» på strategisk viktige felter.

Forskning og utvikling

Basal og klinisk forskning er et viktig virkemiddel for å møte de helseutfordringer man står overfor med adekvat kunnskap og behandlingsmetoder.

Departementet vil peke på behovet for klinisk forskning som følge av sterkere fokus på forskningsbasert medisinsk praksis og pleie. Dokumentasjon av klinisk kvalitet og nytte er sentralt for å realisere intensjonene bak pasientenes rett til fritt sykehusvalg og for effektiv ressursanvendelse i tråd med nasjonale prioriteringer. Samtidig blir metodekunnskap viktigere for klinikerens mulighet til å vurdere stadig økende informasjonsmengde på en kritisk måte, og for å tilfredsstille de krav som må stilles til innføring av nye metoder og evaluering av egen virksomhet.

Evalueringer av medisinsk forskning i løpet av det siste ti-året tyder på en svekkelse av denne type aktivitet i forhold til den kurative virksomheten på sykehusene og en relativ svekkelse av norsk medisinsk forskning i forhold til tilsvarende forskning i de andre nordiske landene.

Universitetene og Norsk Forskningsråd har det overordnede strategiske ansvaret for medisinsk og helsefaglig forskning og utvikling. Anvendt klinisk forskning foregår i stor utstrekning i regionsykehusene, og under ledelse av vitenskapelig personale som har delte stillinger mellom universitet og sykehus. Det er nødvendig med et nært samarbeid mellom universitetene og de regionale helseforetakene for å møte de utfordringer norsk klinisk forskning står overfor. Sykehusenes ansvar og forpliktelser når det gjelder å legge til rette for og medvirke til forskningsaktivitet ligger fast. Det er viktig at sykehusledelsen tar et ansvar for den kliniske forskningen og at dette integreres i sykehusenes helhetlige planer.

Universitetene og regionsykehusene er i dag representert i samarbeidsorganer, sammen med representanter fra fylkeskommunene. Det foreslås en videreutvikling av samarbeidet mellom fakultetene og regionsykehusene gjennom dette, men med en sterkere eierstyring fra staten med hensyn til innhold og resultatkrav.

Det legges til grunn at det skal være et nært samarbeid mellom de regionale helseforetakene og fagmiljøene, bruker- og pårørende organisasjoner, de medisinske fakulteter og sykehusene. Det bør vurderes å etablere satelittavdelinger for klinisk forskning ved alle større sykehus med særlig tilknytning til universitetsklinikkene, samtidig som det åpnes for å knytte mindre sykehus til klinisk og evalueringsorientert FOU-virksomhet. Det må legges til grunn at en eventuell etablering av satelittavdelinger for klinisk forskning ikke bidrar til ytterligere fragmentering av den medisinske forskningsinnsatsen. Hensy-

net til universitetenes koordineringsansvar må også ivaretas ved slike etableringer.

Slike samarbeidsrelasjoner er spesielt viktige for målrettet innføring og utprøving av nye metoder, og for å sikre produsentuavhengig utprøving. Det legges videre til grunn at koblingen mellom forskerutdanning og spesialistutdanning kan bli tettere, for på denne måten å styrke spesialistenes metode- og evalueringskompetanse.

Isolert sett bidrar innsatsstyrt finansiering av klinisk aktivitet til å nedprioritere forskningsvirksomhet i forhold til pasientbehandling. Det er derfor sentralt 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

En del av problemene i sykehussektoren gjelder tilgang på og effektiv bruk av arbeidskraften. Knapphet på nøkkelpersonell og strid mellom profesjonene er typiske problemstillinger.

Staten har ansvaret for utdanningskapasiteten og påvirker gjennom sin politikk mulighetene for bruk av helsepersonell fra andre land. Dermed regulerer staten i stor grad den samlede tilgang på kvalifisert arbeidskraft til helsesektoren. Med den raske faglige endringstakten i helsesektoren, er det viktig at personalet sikres etter- og videreutdanningstilbud.

Når det gjelder anvendelsen av personell, er det svært viktig å se sykehussektoren i sammenheng med primærhelsetjenesten og spesialister utenfor sykehus. Staten fastlegger oppgaver, ansvar og vilkår også for disse, jf. fastlegeordningen og takstfastsettelsen. Som eier av sykehusene vil derfor også staten ha gode forutsetninger for å sikre et bedre samspill mellom sykehusene og bl.a. primærhelsetjenesten.

Den nye loven om helsepersonell vektlegger i stor grad forsvarlighetsprinsippet når det gjelder hvem som kan utføre bestemte funksjoner i helsevesenet. Det innebærer en understrekning av at det er kravet til realkompetanse som skal være det styrende prinsipp for arbeidsdeling. Denne vektlegging av forsvarlighet og realkompetanse vil først og fremst kunne ha betydning for arbeidsoppgaver i gråsoner mellom yrkesgrupper. Den nye loven legger derfor til rette for en mer fleksibel utnyttelse av arbeidskraften slik at den kan settes inn der den gjør mest nytte i forhold til alternative anvendelser.

At profesjonene har fått for fritt spillerom for å ta ut konflikter, kan også skyldes mangel på klart lederskap eller sviktende ledelsesautoritet i sykehusene. Gjennom etableringen av sykehusene i foretak kan sykehusene gis rammebetingelser som sikrer større ledelsesautoritet innad. Derved gis sykehusledelsen bedre forutsetninger for å kunne håndtere de problemene som knytter seg til organisering og anvendelse av arbeidskraften.

Utdanning av helsepersonell

Regionsykehusene har et særlig ansvar for spesialistutdanningen og for å legge til rette for utdanning av medisinske kandidater i samarbeid med de medisinske fakultetene. Hensiktsmessig styring av denne aktiviteten fordrer

et nært samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet, som har det sektorpolitiske ansvaret, og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, som har det overordnede ansvaret for utdanning av helsepersonell.

Sosial- og helsedepartementet anser det fordelaktig at regionsykehusene, i samarbeid med fakultetene, fortsatt har hovedansvaret for utdanning av spesialister, samt ansvar for å legge til rette for utdanning av medisinske kandidater. Det positive samarbeid som i flere helseregioner er etablert mht. å trekke andre sykehus aktivt med i den kliniske undervisning av medisinerstudenter bør videreføres og oppmuntres, under ledelse av de medisinske fakulteter.

Det er usikkerhet knyttet til det reelle underskuddet på helsepersonell i helsesektoren. Ifølge Aetat tilsier arbeidsgivernes ideelle etterspørsel et underskudd på ca. 3 700 sykepleiere. Det reelle underskuddet antas å være ca halvparten. Pr. mars 2001 har Rikstrygdeverket registrert ca. 300 ledige fastlegehjemler i forbindelse med innføringen av fastlegereformen. Kun få sykepleiere, rundt 5 pst., jobber utenfor helsesektoren. Muligheten for rekruttering fra Norden er redusert i takt med et bedre arbeidsmarked i Sverige og Danmark, og det planlegges derfor å rekruttere sykepleiere fra blant annet Filippinene og Polen. Rekrutteringen til sykepleierstudiet er synkende. Manglende praksisplasser utgjør den flaskehalsen som i størst grad begrenser muligheten for å øke kapasiteten i utdanningen. Med statlig eierskap er det viktig at det legges til rette for å sikre nødvendig antall praksisplasser. Kvaliteten på praksisundervisningen er av avgjørende betydning for at fremtidens helsepersonell kan yte en best mulig pasientbehandling.

Etterutdanning - livslang læring

Helsetjenesten er særdeles personellintensiv og kvaliteten på de tjenester som tilbys er avhengig av at personellet til enhver tid har oppdaterte kunnskaper og holdninger. Fordi dynamikken og omløpshastigheten for kunnskaper og ferdigheter er tiltagende, blir behovet for kontinuerlig oppdatering og kompetanseutvikling av personellet tilsvarende viktig. Det er særlig to hensyn som skal ivaretas gjennom en slik oppdatering: 1) At det er mulig for helsepersonellet å være ajour i forhold til aktuelle kvalitets- og kompetansekrav; 2) At helsepersonellet gis mulighet til å følge med i den faglige utviklingen for å kunne ta stilling til etablert praksis i lys av nye metoder og ny kunnskap.

Helsetjenesten trenger derfor et velfungerende system for kontinuerlig kompetanseutvikling av helsepersonell. De regionale helseforetakene gis et særlig ansvar for at slike systemer etableres i samarbeid med høgskoler og medisinske fakultet. Der hvor behovet tilsier det, bør også nasjonale tiltak vurderes på dette feltet.

Hittil har store deler av etterutdanningen i helsevesenet vært knyttet opp mot den enkelte profesjon eller yrkesgruppe. Slike profesjonsspesifikke læringstiltak vil fortsatt være viktige, men bør i sterkere grad suppleres med opplegg som samler de ulike yrkesgruppene og funksjonelt samvirkende ledd i behandlingsskjeden. Gjennom slike opplegg vil sykehusene kunne utvikle seg til lærende organisasjoner, med evne og vilje til omstilling og kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Ved å ta i bruk moderne informasjonsteknologi (e-læring), gis nye muligheter for å utnytte felles nasjonale ressurser i desentraliserte opplegg for etter-

utdanning. På enkelte områder - for eksempel innen urologi - er det etablert slike nettverksløsninger som binder fagfolkene sammen i et lærende fellesskap. Departementet ser det som ønskelig at slike løsninger etableres på flere områder.

Kvalitet

En sentral utfordring for helsetjenesten er å forbedre tilgjengelighet og å sikre kvalitet på de tilbud som gis pasientene. Fremtidens pasient vil kreve dokumentasjon for kvalitet og i økende grad vektlegge dette i valg av tjenestetilbud. Kvalitetsarbeid skal medvirke til å sikre pasientenes integritet, medvirkning, sikkerhet og trygghet. Slik sett blir dokumentert kvalitet et konkurransefortrinn for sykehuset, og et krav fra pasienten.

God kvalitet sikres ved å avveie brukernes egne vurderinger av opplevd kvalitet med faglige og kunnskapsbaserte vurderinger av tjenestenes kvalitet. Videre er registrering, måling og evaluering en grunnleggende forutsetning for forbedring.

Helsetjenesten er i rask og kontinuerlig endring. Løpende informasjon om hvordan nye utrednings- og behandlingsmetoder påvirker tjenestenes struktur, innhold, kvalitet og resultat, må derfor være tilgjengelig. Slik informasjon vil være viktig for at foretakene og staten kan ivareta eierskapsrollen på en god måte.

Kvalitet kan ikke måles direkte, men må uttrykkes ved hjelp av indikatorer. Det er startet opp et arbeid for å utvikle nasjonale helseindikatorer for kvalitet i sykehusbehandlingen.

Resultater fra kvalitetsmålinger må vurderes brukt sammen med informasjon om aktivitet, ressursbruk og ventetider. Det er spesielt viktig å få formidlet resultatene fra sykehus som har høyt kvalitetsnivå og hvor pasientene er fornøyde. På denne måten sikres erfaringsoverføring og standardsetting slik at andre sykehus gis incitamenter til læring og forbedring.

Medisinske kvalitetsregistre er viktige i det kliniske arbeidet, som grunnlag for forskning, som hjelpemiddel ved planlegging og som pedagogisk virkemiddel for å forbedre kvaliteten. I Norge er det få kvalitetsregistre, og arbeidet med å opprette flere vil bli stimulert.

Utredning, pleie og behandling innebærer alltid en viss risiko og mulighet for feil og avvik. Det er et viktig kriterium for kvalitetsnivået at disse avvikene blir registrert og brukt i forbedringsprosesser som skal hindre at de skjer igjen.

Metodevurdering og prioriteringer

Medisinsk metodevurdering er i løpet av de senere årene innført i en rekke land. Hensikten er å sikre at det faglige grunnlaget for de metoder og prosedyrer som tas i bruk av alle yrkesgrupper i helsesektoren er best mulig dokumentert. Gjennom slike metodevurderinger er det mulig å avklare hvilke helsetiltak som gjør mer godt enn skade, og hvilke av disse som gir best effekt. En fullstendig metodevurdering begrenser seg imidlertid ikke til å besvare rent faglige problemstillinger, men ivaretar både verdispørsmål (etikk, pasientinteresser etc.) og mer allmenne samfunnsmessige hensyn (økonomi, organisasjon, utdanning etc.)

I Norge ble det etablert et Senter for medisinsk metodevurdering i 1997, og rapportene fra dette senteret er nå i ferd med å inngå som del av premissgrunnlaget for beslutninger i norsk medisin. Departementet vil understreke betydningen av at slike metodevurderinger gjøres i Norge og tilpasses behov og forhold i norsk helsetjeneste. Det er derfor viktig å konsolidere og videreutvikle denne funksjonen i norsk helsetjeneste. Like viktig er det imidlertid at den kunnskap som erverves gjennom metodevurderinger blir gjort kjent gjennom spredningstiltak i forhold til relevante miljøer, og at kunnskapen får konsekvenser for praksis. For å få dette til, er det en forutsetning at det etableres et systemansvar for slik spredning og iverksetting.

Metodevurderinger inngår også som premisser for medisinske og helsepolitiske prioriteringer. I de utvalg som har utredet prinsippene for prioriteringskriteriene i Norge, er effekten av medisinske tiltak tillagt betydelig vekt. Andre hensyn som veier tungt er sykdommens alvorlighetsgrad og kostnads-effektiviteten ved tiltaket.

Prioritering foregår på flere nivåer, både på det kliniske nivået i møte med den enkelte pasient, på sykehus- og foretaksnivå, og på politisk nivå som avveininger mellom grupper og behov. Departementet vil legge til rette for at det nylig opprettede Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet skal bli et best mulig verktøy for tydeliggjøring av premissene for de overordnede helsepolitiske prioriteringer. Det bør legges til rette for et mer informert offentlig ordskifte om både betydningen av å prioritere, samt kriterier for prioritering.

IT i helsetjenesten

Gjennom «Si@», den nye tiltaksplanen for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren i perioden 2001-2003, har Sosial- og helsedepartementet fastsatt målene for sektorens IT-utvikling. Det legges her opp til et langt sterkere statlig ansvar for helsetjenestens IT-utvikling. Både ambisjoner og tiltak i denne planen bør ha bedre muligheter for å bli realisert med staten som eier og tilrettelegger i forhold til de regionale helseforetakene. En slik tilretteleggerrolle skal i hovedsak ikke være detaljstyrende, men sette noen overordnede rammer og standarder som skal sikre nasjonale løsninger der de er nødvendige. De regionale helseforetakene vil i samarbeid med de enkelte sykehuse- sene gis et særlig ansvar for oppfølging og gjennomføring av IT-planen. I tilknytning til reformen vil de regionale helseforetakene generelt tillegges et betydelig strategisk ansvar for IT-utvikling i og mellom sykehus og primærhelsetjenesten.

Blant de nasjonale føringer som gis for IT-utviklingen, er følgende av særlig betydning:

Et nasjonalt helsenett, basert på sammenknytning av regionale helsenett og med muligheter for kommunikasjon med primærhelsetjenesten, skal være etablert innen utgangen av 2003.

De regionale helseforetakene vil få et særlig ansvar for å tilrettelegge for helsenetttilknytning og IT-tjenester for kommunikasjon med primærhelsetjenesten og bør organisere et støtteapparat for dette.

Helseforetakene forutsettes å sette i gang nødvendige forberedelser for å tilby elektronisk epikrise og motta elektronisk henvisning innen utgangen av 2003.

Alle helseforetakene skal innen utgangen av 2005 ta i bruk elektroniske pasientjournalssystemer som ivaretar kravene i regelverk, og som støtter informasjonsutveksling med primærhelsetjenesten. Det bør så langt det er praktisk mulig legges opp til samarbeid om bruk av pasientjournalssystemer innenfor det enkelte regionale helseforetak.

Sosial- og helsedepartementet vil videre stille krav til at anskaffelse og innføring av PACS- og RIS-løsninger samordnes innenfor og mellom de regionale helseforetakene. Dette bør legges til grunn for anskaffelser allerede fra 2001.

Samordnede innkjøp

Sykehussektoren kjøper utstyr og forbruksmateriell for flere milliarder kroner i året. I norsk målestokk er følgelig sykehusene storinnkjøpere av utstyr, materiell, varer og tjenester. Spennvidden er stor, fra avansert medisinsk-teknisk utstyr til mer daglig forbruksmateriell.

Det store årlige volumet for slike innkjøp burde i seg selv gi sykehusene en gunstig forhandlingsposisjon dersom innkjøpene ble bedre samordnet. Forslaget om å organisere sykehusene i statlig eide foretak vil kunne åpne nye muligheter for å ta ut slike gevinster gjennom et bedre organisert samarbeid. Disse gevinstene vil kunne være av ulike slag: lavere priser, bedre kvalitet, sikrere leveranser, standardisering av produkter, industrielt samarbeid med leverandører, enklere drift og bedre service.

Det er imidlertid ikke bare volum som gir grunnlag for slike gevinster, men like meget den bedre utnyttelsen av felles kompetanse som følger av organisert samarbeid. Ved å opptre mer samlet, vil sykehusene fremstå som mer krevende og interessante kunder som leverandørene er stolte over å forsyne, redde for å miste og som de strekker seg for å tilfredsstille. For å oppnå dette, må forsyningsfunksjonen profesjonaliseres, både gjennom synliggjøring, kompetanseheving og lederskapsforankring. Dette kan gjøres ved å gi de regionale helseforetakene det strategiske ansvaret for samordning og samarbeid mellom helseforetakene. Foretakene bør også samarbeide om å ta i bruk elektroniske innkjøpsløsninger (e-handel).

At det strategiske ansvaret for forsyning legges på de regionale helseforetakene, er et vilkår for at en modell for mer desentralisert samordning vil kunne lykkes. Det dreier seg altså ikke om å etablere sentrale forsyningsbyråkratier, men å nettverksorganisere samarbeidet. Ved at det tas noen overordnede grep om spilleregler, samarbeid og arbeidsdeling, blir det mulig å utnytte felles ressurser og komparative fortrinn.

Slike forsyningsnettverk kan også tenkes etablert mellom de regionale helseforetakene, særlig i forhold til innkjøp av kostbart og komplisert medisinsk-teknisk utstyr. For en liten nasjon er det særlig viktig å utnytte spisskompetansen der den fins. Det bør derfor vurderes å gi enkeltmiljøer i foretakene med særlige faglige forutsetninger status som kompetansesentre med nasjonale oppgaver. I kraft av sin kompetanse vil slike sentre kunne gi råd om funksjonalitet, kravspesifikasjoner, kompetanse- og opplæringsbehov, krav til service, pris/ytelse, leveringssikkerhet med mer.

I en forsyningsmodell basert på desentralisert samordning er nøkkelen til suksess å finne det riktige nivået for samordning. Det skjer best ved at de

enkelte enhetene motiveres til deltagelse, både ved og utnyttes som ressurs og gjennom de synlige gevinster som kan høstes gjennom samarbeidet.

Sykehusutbygging - behovet for samordning og kompetanseoverføring

For tiden kjenner departementet til utbyggingsprosjekter i fylkeskommunene som til sammen utgjør investeringer i størrelsesorden 30-35 mrd. kroner. For at slike investeringer skal kunne gi best mulig samfunnsmessig avkastning, er det viktig med en regional og nasjonal samordning. Dagens system med felles planlegging innenfor helseregionen gir visse samordningsgevinster. Som helsepolitisk samordningsinstans har likevel de regionale helseutvalgene vist seg å være for svake overbygninger til å ha gjennomslag i viktige utbyggings saker. Ordningen med statlig godkjenning av utbyggingsplaner gir heller ikke tilstrekkelig aktiv styring. Den nye organiseringen gir derimot grunnlag for en sterkere overordnet styring av den samlede sykehusutbyggingen i landet. Både i forhold til beslutninger om dimensjonering og funksjonsfordeling antas slik samordning å kunne gi betydelige gevinster.

Samordning av sykehusplaner bør imidlertid suppleres med systemer som gjør det mulig å få til bedre erfarings- og kunnskapsoverføring mellom de enkelte sykehusprosjektene. Nybygging av sykehus skjer så sjelden at det nesten aldri fins lokale erfaringer å bygge på. Dessuten ville eventuelle erfaringer ha begrenset verdi fordi de vil være «utgått på dato». Derfor er det av stor betydning at det etableres kunnskaps- og kompetansebaser som gjør det mulig å akkumulere og distribuere kunnskap og erfaring om sykehusbygging. Det arbeidet som er igangsatt for å etablere et slikt kompetansenettverk, bør konsolideres og videreføres.

Departementet vil gjennom eierskaps- og foretaksreformen legge til rette for en bedre samordning av sykehusplaner og en bedre kvalitetssikring og prosjektstyring av byggeprosjekter. Gjennom sin eierrolle vil staten ivareta samordning på tvers av de regionale helseforetakene, og dessuten sørge for at nasjonal kompetanse utnyttes og tas i bruk. De regionale helseforetakene vil gis et overordnet ansvar for eiendomsforvaltningen i foretaket. Dette ansvaret bør også omfatte oppgaver knyttet til planlegging og utbygging av sykehus. I de sykehusutbygginger der det inkluderes undervisnings- og forskningsarealer, vil universitetene/høgskolene ha en selvstendig rolle med grunnlag i deres ansvar for forskning og utdanning av helsepersonell. På grunnlag av en samlet gjennomgang av de erfaringer som er høstet ved de siste års større sykehusprosjekter, vil departementet komme tilbake til spørsmålet om hvordan kvalitetssikring og styring av større sykehusprosjekter best kan organiseres og gjennomføres.

Bedre utnyttelse av bygg og anlegg

Sykehusene representerer en stor kapitalbinding, både i bygg og i avansert utstyr. Utviklingen går også i retning av stadig mer bruk av avansert utstyr. For sykehusene som er organisert som en del av den offentlige forvaltning, kommer ikke kapitalkostnadene frem i regnskapene. Det er også store forskjeller mellom sykehusene med hensyn til hvor stor myndighet disse har til å ta beslutninger om investeringer i utstyr. Sykehusene fører utstyrsanskaffelser under 50 000 kroner mot sine driftsbudsjett. De fleste utstyrsanskaffelser

og andre investeringer føres mot fylkeskommunens sentrale investeringsbudsjett. Virksomhetene har slik sett ikke noe insentiv til å avveie bruken av kapital som innsatsfaktor mot andre innsatsfaktorer.

En organisering i foretak vil fordre at sykehusene følger regnskapsprinsipper som får frem ressursbruken knyttet til kapital. Det betyr bl.a. at kapitalutstyr blir aktivert og deretter kostnadsberegnet ved årlige avskrivninger. Dette vil gi insentiver til en bedre anvendelse av kapitalen som innsatsfaktor.

Samordning av beredskap

Spesialisthelsetjenesten utgjør en vesentlig del av den helsemessige beredskap. Spesielt ved større ulykker, kriser og katastrofer er det nødvendig å kunne sette inn store ressurser raskt. Innsats av flere AMK-sentraler, et stort antall ambulanser, flere sykehus, luftambulanse (som er statlig eid allerede) mv. krever samordning og koordinering. Ikke minst forutsettes det et samordnet planverk. Reformen vil legge forholdene til rette for en bedre samordning av beredskapsplaner, håndtering av større ulykker og krisesituasjoner og samarbeid med andre myndigheter som har ansvar i slike situasjoner, som den kommunale helse- og sosialtjenesten, brannvesen, politi og fylkesmenn.

2.7.3 Strategier i forhold til ventelister og korridorpasienter

Ventelister på helsepolitisk prioriterte områder og korridorpasienter er til belastning for pasientene det angår og svekker også den offentlige helsetjenestens legitimitet. For å bedre situasjonen kreves det tiltak og innsats på mange områder. Tiltakenes effekt kan økes dersom de inngår i samlede nasjonale strategier, slik det blant annet er påpekt i to rapporter om korridorpasienter fra Statens helsetilsyn. Staten vil benytte det samlede statlige eierskapet til å kunne gjennomføre nasjonale strategier for å bedre situasjonen på områder slik som korridorpasienter og ventelister.

2.7.4 Evaluering

Det vil være både nyttig og nødvendig å foreta en evaluering av reformen for å kartlegge i hvilken grad og på hvilken måte målene blir realisert. Sosial- og helsedepartementet vil komme tilbake til den konkrete utformingen av evalueringen etter at foretakene er etablert.

2.8 Sektorpolitisk styring og kontroll

2.8.1 Sektorpolitisk styring gjennom regionale helseforetak

De regionale helseforetakene vil være staten, ved Sosial- og helsedepartementet, sitt instrument for å oppnå nasjonale helsepolitiske målsettinger. Utkast til lov om helseforetak har likhetstrekk med statsforetaksloven, men er forskjellig fra statsforetakene blant annet når det gjelder muligheten for å organisere virksomheter som egne rettssubjekt underlagt foretaket. Dette gir et godt grunnlag for avklaring av og skille mellom departementets ansvar og rolle som eier, det regionale helseforetakets rolle som oppdragsgiver og sykehuse-nes rolle som tjenesteprodusent. Eier vil utøve sitt ansvar gjennom vedtektenes formålsangivelse og overordnet oppgavetildeling.

Som departement utøver Sosial- og helsedepartementet helsepolitisk sektorstyring gjennom juridiske og økonomiske virkemidler overfor hele helse- og sykehussektoren. Fordi eierstyringen i spesialisthelsetjenesten vil være formalisert i foretaksmodellen, oppstår det et klarere skille mellom utøvelse av departementets rolle som myndighetsorgan og som eier av de regionale helseforetakene.

Lovforslaget bygger i utgangspunktet på en rollefordeling mellom eier og foretaksledelse som er gjennomgående i selskaps- og foretakslovgivningen. Eierne, dvs. staten, har ikke noen direkte myndighet eller ansvar for den løpende driften av foretakene. Statens sentrale rolle som eier er å etablere det regionale helseforetaket, bestemme hvilke institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten foretaket skal overta, tilføre foretaket forsvarlig kapitalgrunnlag, fastsette vedtekter og andre overordnede rammer og mål for virksomheten og velge et styre som på vegne av staten skal forvalte foretaket. Det er ledelsens ansvar å sørge for at de mål som staten setter for virksomheten realiseres best mulig med grunnlag i de ressurser som er stilt til rådighet for foretaket.

På grunn av de regionale helseforetakenes sentrale rolle som redskap for statens ansvar for spesialisthelsetjenesten, er tilknytningen mellom staten, ved departementet, og foretaksledelsen tettere enn det som er tilfelle i aksjeselskaper og til dels også i statsforetak.

2.8.2 Statlig styring og kontroll

Lovforslaget inneholder flere regler som på ulike måter ivaretar statens behov for overordnet styring og kontroll med de regionale helseforetakene. I de regionale helseforetakenes vedtekter fastsettes overordnede rammer for foretakets virksomhet, samt overordnede helsepolitiske mål og oppgaver for virksomheten. Videre kan departementet i foretaksmøtet fastsette generelle og spesielle instruksjoner for styret i regionale helseforetak. Slike instruksjoner kan også gjelde helseforetak. Departementet har også kontroll over hvem som skal utgjøre styrenes flertall.

Lovforslaget pålegger de regionale helseforetakene en årlig rapportering til departementet i form av en melding som kommer i tillegg til årsoppgjøret og årsberetningen. Meldingen skal blant annet inneholde en redegjørelse for virksomheten i det året som er gått og inneholde styrets forslag til virksomhetsplan for de kommende fire år. Meldingen vil blant annet gi departementet grunnlag for utarbeidelse av meldinger til Stortinget om den nasjonale helsepolitikken. Dessuten vil meldingen være et viktig redskap for departementets egen styring av de regionale helseforetakene.

Visse saker skal forelegges departementet og vedtas av foretaksmøtet. Etter lovforslagets § 30 skal saker som er vesentlig for de regionale helseforetakenes formål forelegges departementet.

At de regionale helseforetakene er egne rettssubjekt, legger videre til rette for at staten kan styre gjennom avtaler. Det understrekes at det ikke er modellens forutsetning at det skal styres gjennom avtaler. Avtaler kan brukes som et redskap for oppdragsgiver til å stille krav til de tjenestene sykehuset skal levere; i hvilket omfang og til hvilken kvalitet. Gjennom avtalene kan det legges til grunn at regionale helseforetak skal ivareta oppgaver som de ikke

ville ha utført i samme grad med basis i de generelle beslutningskriteriene. Det gjelder oppgaver som forskning, opplæring, utdanning, ivaretagelse av samarbeid med primærhelsetjenesten, det regionale samarbeidet og også en del typer behandlingsbehov.

2.8.3 Økonomisk styring og kontroll

Gjennom de regionale helseforetakenes rapportering av økonomiske resultater etter regnskapslovens prinsipper, som foruten driftskostnadene også synliggjør kostnadene ved bruk av kapital, og gjennom annen resultatrapportering som også kan pålegges statsforetak, vil departementet ha den nødvendige styringsmessige kontrollen med virksomhetens resultater og evne til å nå de helsepolitiske målsettingene.

2.9 Antall regionale helseforetak og ansvarsområde

2.9.1 Hensyn som må ivaretas

Organiseringen av det statlige eierskapet i antall regionale helseforetak og geografisk ansvarsområde må ivareta følgende hensyn:

- behovet for å få gjennomført nødvendig strukturstyring/funksjonsfordeling
- behovet for å ivareta overordnet politisk styring av helsetjenesten
- behovet for å få til driftsmessig effektivisering ved sykehusene

I vurderingen av organiseringen må det legges til grunn at de regionale helseforetakene skal være tilstrekkelig store til å kunne utøve strukturstyring. En fordeling av funksjoner og oppgaver mellom sykehusene er nødvendig for å oppnå høyere effektivitet og bedre kvalitet i helsetjenesten.

De regionale helseforetakene blir med dette likevel for store til å være gode driftsenheter. Empiriske undersøkelser fra noen andre land tyder på at «den optimale størrelsen» på sykehus er mellom 200 og 600 senger. Departementet vil ikke tilrå en organisering ut fra slike normtall, men peke på at det er grenser for hvor store driftsenheter kan være før det inntreer organisatoriske ulemper. Det er med andre ord nødvendig å gi gode muligheter for strukturstyring og samordning av ressursene, samtidig som de enkelte virksomhetene må få rammebetingelser for å drive mest mulig effektivt.

2.9.2 Noen forutsetninger for driftsmessig effektivisering

Sykehusene har store utfordringer knyttet til styring og omstilling. Det er derfor behov for:

- at ledelsen får styring og ansvar for alle innsatsfaktorene, herunder kapital og arbeidskraft
- at ledelsen får myndighet til å velge en organisatorisk struktur som fremmer virksomhetens formål
- at ledelsen får et helhetlig ansvar for driften, uten innblanding i driftsspørsmål fra andre nivåer.

Styringsstrukturen i det statlige eierskapet må derfor legges til grunn at det viktigste er å gi klart ansvar og nødvendige fullmakter til de operative enhetene.

Det vil imidlertid fremdeles være spørsmål som de enkelte virksomhetene må forelegge de regionale helseforetakene. Videre vil det være det regionale helseforetakets ansvar og plikt å forelegge spørsmål av vesentlig betydning for staten som eier. I tillegg vil det som tidligere være en rekke spørsmål som etter lovgivningen må forelegges staten som helsepolitisk myndighet.

Gjennom etablering av sykehus som egne rettssubjekt i det regionale helseforetaket, vil det gis et bedre grunnlag og tydeligere ansvar for driftsmessige effektiviseringer enn ved dagens regime. Større fullmakter i lønns- og personalpolitikken kan isolert sett gi svekket direkte kontroll med utviklingen i personalkostnadene. Dette er spørsmål som må vurderes i forbindelse med valg av arbeidsgiverorganisering for de nye foretakene. Gjennom vedtekter legges det opp til å pålegge sykehusene å være medlem i samme arbeidsgiverforening.

2.9.3 Behovet for bedre strukturstyring

Det er mye å vinne ved strukturtiltak i sykehussektoren. Dette betyr ikke at sykehus må legges ned, men at produksjonsmessige fortrinn utnyttes og kvalitet i tjenestene høynes. Det er gjort mye utredningsarbeid i helseregionene som kan danne grunnlag for beslutninger om funksjonsfordeling mellom sykehus. Dette innebærer at ledelsen i det regionale helseforetaket må være sterk nok til å iverksette nødvendige strukturtiltak. Tiltak som går på tvers av de regionale helseforetakene kan gjennomføres etter instruks fra eier.

Det er en klar målsetting med denne reformen at eier skal tilrettelegge for en bedre struktur i helsetjenesten. Dette gjelder ikke bare sykehusstruktur og funksjonsfordeling, men også driftsmessig og pasientrettet samarbeid på tvers av foretakene og i forhold til primærhelsetjenesten.

2.9.4 Grunnlaget for overordnet politisk styring

Den politiske styringen av sykehussektoren vil i det statlige eierskapet utøves gjennom overordnede prioriteringer i form av stortingsvedtak for budsjettperioden. I tillegg vil den politiske styringen utøves gjennom staten som myndighet, for eksempel gjennom krav til forsvarlighet, regulering av egenbetaling etc.

Budsjettprioriteringene kan nedfelles i foretakets styringsdokumenter og det skal lages rapporteringssystem som sikrer departementets styringsdialog, oppfølging og rapportering til Stortinget. Det skal ikke være en politisk styring av selve utførerfunksjonen. Foretaksorganiseringen forutsetter at styringen fra eier skal foregå gjennom foretaksmøtet. Dette gir også rom for nødvendig politisk styring, både gjennom eierstyring og gjennom øvrige virkemidler staten disponerer.

Se for øvrig nærmere omtale av styrings- og ansvarsprinsipper i kap 2.8.

2.9.5 Struktur

Forslaget til lov om helseforetak er basert på at det skal tilligge Kongen å dele landet inn i helseregioner, altså den inndeling som skal være grunnlag for etablering av regionale helseforetak. Under dette punktet skal det orienteres om de holdninger og planer som regjeringen har for slik inndeling.

Som det fremgår nedenfor legges det opp til en videreføring av eksisterende inndeling i helseregioner. Ved en så stor omlegging som nå foreslås, sees det som verdifullt at man tar utgangspunkt i en organisatorisk struktur som er gjennomgått og akseptert av landets nasjonale politiske myndigheter. Departementet vil i denne sammenhengen vise til at det i arbeidet med proposisjonen er vurdert om det burde etableres et eget regionalt helseforetak for Oslo eller hovedstadsområdet. Det store behovet for tiltak som kan bedre koordineringen av ressursbruken i området kan tilsi et slikt tiltak. Blant annet med bakgrunn i at Stortinget nylig har behandlet organisasjonsstrukturen i området, basert på forutsetningen om at Oslo og Akershus skal være i samme helseregion, St.meld. nr. 37 (1997-98) jf. Innst. S. nr. 231 (1997-98), har ikke regjeringen valgt å gå inn på en slik løsning. Departementet vil arbeide videre med spørsmålet om hvordan ressursbruken i hovedstadsområdet bedre kan koordineres, inklusiv at spørsmålet om organisatoriske tiltak vurderes.

Samlet er det altså departementets vurdering at statens eierskap og ansvar bør organiseres i et antall foretak med utgangspunkt i det antall helseregioner som i dag er etablert. Det vil si at det blir fem helseregioner: Helseregion Nord, Helseregion Midt-Norge, Helseregion Vest, Helseregion Sør og Helseregion Øst, med ett regionalt helseforetak i hver helseregion. Det gir også mulighet for at de regionale helseforetakene kan bygge på eksisterende planer og etablerte samarbeidsrelasjoner.

De regionale helseforetakenes geografiske ansvarsområde samsvarer med helseregionene. De regionale helseforetakene får som oppdrag å ivareta statens ansvar for å sørge for at befolkningen har tilgang på gode helsetjenester.

Ansvar for organisering internt i det regionale helseforetaket tilligger foretakets ledelse. Det påhviler derfor det regionale helseforetakets ledelse å ivareta de politiske, faglige og økonomiske hensyn når den konkrete organisering velges.

2.10 Hva er et helseforetak?

I departementets forslag er det lagt opp til en særlov om helseforetak som har likhetstrekk med statsforetaksloven. En av forskjellene fra statsforetaksloven er muligheten for å organisere virksomheter (dvs. sykehus mv.) som egne rettssubjekt underlagt det regionale helseforetaket. Disse betegnes som helseforetak. En praktisk betegnelse på den totale foretaksstrukturen bestående av ett regionalt helseforetak og helseforetak eid av dette, vil være helseforetaksgruppe. Betegnelser på eksisterende helseregioner foreslås altså anvendt som betegnelser på de geografiske ansvarsområdene for de enkelte regionale helseforetakene. Det vises for øvrig til kap. 4 for nærmere redegjørelse for helseforetaksloven.

2.10.1 Regionale helseforetaks oppdrag og hovedfunksjoner

De regionale helseforetakene vil være statens instrument for å oppfylle formålsbestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven. De regionale helseforetakene vil med dette få en forpliktelse som skal klargjøres og gjennomføres. Oppdraget fra staten vil være å sørge for at befolkningen i helseregionen får

tilgang til viktige helsetjenester i henhold til juridiske og politiske beslutninger. De regionale helseforetakene må ha et gjennomføringsopplegg for dette som klargjør at vesentlige deler av tjenestene skal utføres i egen regi, men at det også skal/kan trekkes på andre. Det vil videre være de regionale helseforetakene sitt ansvar å innrette seg med nødvendige virkemidler, både med hensyn til ressurser, organisering og styringsvirkemidler, slik at de forpliktelser de er pålagt kan bli oppfylt.

Den valgte foretaksorganiseringen av det statlige eierskapet knyttet til spesialisthelsetjenesten innebærer at de regionale helseforetakene skal sørge for best mulig drift av egne virksomheter, men samtidig ha ansvaret for å kjøpe nødvendige spesialisthelsetjenester av andre tjenesteytere. Dette skal gjøres slik at målene i fordelingspolitikken, slik de er nedfelt gjennom lovgivning og andre politiske vedtak, blir realisert. Regionale helseforetaks overordnede målsetting blir å fremskaffe best mulige helsetjenester for de tildelte ressursene basert på behovet i regionen.

2.10.2 Planfunksjon

Forslag til revidert spesialisthelsetjenestelov innebærer at regionale helseforetak overtar fylkeskommunenes ansvar for å *sørge for* at befolkningen tilbys nødvendige helsetjenester. Dette gir de regionale helseforetakene en planfunksjon som skal utøves i samspill med nasjonale politiske myndigheter i forbindelse med fastlegging av nasjonale målsettinger og planer. Som det fremgår av forslaget til lov om helseforetak, plikter det regionale helseforetaket å bruke lokale politiske organer og bruker- og pårørendeorganisasjoner i planprosessen.

Lovforslaget pålegger regionale helseforetak en årlig rapportering til departementet i form av en melding som blant annet skal inneholde en redegjørelse for virksomheten i året som er gått, samt inneholde styrets forslag til virksomhetsplan for de kommende år. Denne meldingen vil være et sentralt dokument i planprosessen, og her vil resultatet av de planprosesser som er gjennomført i de regionale helseforetakene bli meddelt departementet. Meldingen vil blant annet gi departementet grunnlag for tilbakemelding til Stortinget om spesialisthelsetjenesten. Resultatet av de nasjonale politiske planprosessene vil deretter bli meddelt de regionale foretakene i tilknytning til det enkelte driftsår og vil da være de politisk fastsatte målene og rammene for virksomheten.

De regionale helseforetakene vil ha ansvar for å gjennomføre statlig politikk, slik denne er beskrevet i nasjonale helsepolitiske vedtak og planer og i de gjeldende styringsdokument som utarbeides i departementet. De regionale helseforetakene skal gjennom sin planfunksjon operasjonalisere disse planene. Dette innebærer at planer skal virkeliggjøres gjennom styring og/eller avtaler med egne og eksterne leverandører. Helseforetak og underliggende virksomheter, samt aktuelle private leverandører av spesialisthelsetjenester, vil bli delaktige i en planprosess som innebærer operasjonalisering av nasjonale og statlige, regionale helsepolitiske planer.

De regionale helseforetakene vil videre ha oppgaver knyttet til eierskapet av de tidligere fylkeskommunalt eide virksomhetene innen spesialisthelsetjenesten. Dette eierskapet vil være organisert via helseforetak. Eierstyring utøves gjennom vedtektsutforming og foretaksmøte.

En hovedoppgave for de regionale helseforetakene vil være å sørge for at helseforetakene er satt i stand til å kunne møte oppdragene fra de regionale helseforetakene, både organisatorisk og med hensyn til ressurser.

Med utgangspunkt i eierskapet til helseforetakene har de regionale helseforetakene styring og kontroll med virksomheten i helseforetakene, hvilket underbygger deres ansvar for strukturstyring gjennom sin eierfunksjon. I forhold til staten som eier har de regionale helseforetakene et overordnet ansvar også for at virksomheten i helseforetakene er forsvarlig og målrettet. Det vil også være et ansvar for ledelsen i de regionale helseforetakene å samordne virksomheten i helseforetakene de eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Dette innebærer et ansvar for gjennom sin eierfunksjon å sikre strukturstyring. Det er viktig at slike tiltak gjennomføres på måter som oppfyller intensjonen om å myndiggjøre helseforetakene.

2.10.3 Relasjoner til private virksomheter

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. Nødvendig tid og ressurser må settes av til dette arbeidet.

I plansystemet for de regionale helseforetakene kan det trekkes opp rammer for hvordan det gjøres bruk av eksterne, inklusiv private, tilbydere. Dette må være i samsvar med de lovgivningsmessige rammer som følger av lov om helseforetak og spesialisthelsetjenesten.

Helseforetakene har full anledning til å inngå samarbeid med private leverandører såfremt dette støtter opp om mulighetene til å gi et best mulig helse tilbud. 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.

2.10.4 Regionale helseforetaks ansvar og fullmakter

Når de regionale helseforetakene overtar fylkeskommunens ansvar for spesialisthelsetjenesten, overtar de samtidig ansvaret for å oppfylle de lov- og forskriftskrav som fylkeskommunen har hatt i medhold av lov om helsemessig og sosial beredskap og lov om smittevern m.fl.

Lovforslaget innebærer omfattende driftsmessige fullmakter til de regionale helseforetakene, både på økonomi- og personalområdet. Gjennom dette får foretakene et klart og omfattende ansvar for egen tjenesteproduksjon innenfor de mål, resultatkrav og økonomiske rammer som staten gir. Det forhold at de regionale helseforetakenes egne organer kan treffe beslutninger av driftsmessig karakter i stedet for å forelegge dem for departementet, med den tidkrevende beslutningsprosess som departementale avgjørelsesrutiner kan innebære, medfører at de regionale helseforetakene kan bli mer beslutningsdyktige og omstillingsdyktige i sin virksomhet.

2.10.5 Foretaksstruktur

Foretakenes sentrale organer består av foretaksmøte, styre og daglig leder. De to siste utgjør foretakets ledelse. Foretaksmøte, styre og daglig leder vil være obligatorisk både i regionalt helseforetak og helseforetak. I tillegg skal både de regionale helseforetakene og helseforetakene ha en revisor som skal være statsautorisert eller registrert.

Det vil være opp til det enkelte regionale helseforetak å velge hvordan det regionale helseforetaket og underliggende virksomheter skal organiseres. Det er likevel lagt til grunn at helsetjenestene overfor publikum i vesentlig utstrekning skal utføres av helseforetak som er egne foretak med egne styringsorganer. Virksomhetene kan organiseres i enkeltstående helseforetak eller helseforetakene kan bestå av en sammenslutning av virksomheter med tilgrensende oppgaver.

Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for å organisere virksomheten i helseforetak, som stifter disse, fastsetter vedtektene og andre overordnede rammevilkår og oppnevner styre for de underliggende helseforetakene.

2.11 Brukerinnflytelse og pasientmedvirkning

De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for helsetjenestetilbudet er tilpasset de relevante brukergruppene. Pasient- og pårørendeorganisasjonene står i en særskilt posisjon for å definere sitt behov for helsetjenester, og er en viktig kanal for å få formidlet hvordan helsetilbudet oppleves for ulike pasientgrupper. Det er viktig at de regionale helseforetakene har adgang til denne kompetansen og etablerer strukturer for å nyttiggjøre seg denne i sitt planarbeid.

For foretaksstrukturen sin 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 og at det også for øvrig legges opp til bruk av pasientenes erfaringer og synspunkter, jf. forslaget til bestemmelser i lov om helseforetak.

2.12 Lokal- og regionalpolitisk forankring

2.12.1 Politisk medvirkning

Det er viktig at lokale og regionale politiske myndigheter har reelle muligheter til å gi innspill i forbindelse med planleggingen av spesialisthelsetjenesten. Dette er sentrale samarbeidsaktører for å sikre brukerne et helhetlig behandlingstilbud. Særlig viktig er det å sikre kommunale myndigheters muligheter til en slik deltakelse. Kommunene har lovpålagte oppgaver i forhold til primærhelsetjenesten og sosialtjenesten. Dette gjør det viktig at kommunal sektor får en formell adgang til å påvirke planprosessen i de regionale helseforetakene.

Det er videre viktig å sikre de fylkeskommunale myndigheter en medvirkning ut fra det generelle ansvar de vil ha for regionens situasjon og utvikling, og fordi de fortsatt vil ha et ansvar for sosialtjenester, samt med tanke på for-

slaget om den fremtidige fylkeskommunens regionale planoppgaver. Dette ansvaret har mange grensesnitt inn mot spesialisthelsetjenesten.

Lokale og regionale politiske myndigheter vil derfor sammen med bruker- og pårørendeorganisasjonene gis anledning til å formulere innspill til de regionale helseforetakenes planprosess. Anledningen til å gi innspill skal ikke komme i konflikt med det ansvar som er pålagt de regionale helseforetakene eller med departementets eierstyring av disse. Det presiseres derfor at anledningen til å gi innspill er i forhold til de regionale helseforetakenes planprosess knyttet til behov, prioritering, samarbeid med de øvrige helse- og sosialtjenester, og eventuelt i andre viktige saker.

Denne deltakelsen kan gjøres gjennom de foreslåtte lovfestede regionale rådsorganene som vil ha en rådgivende funksjon. Rådsorganene får her mulighet til å gi innspill i de regionale helseforetakenes årlige planprosess. De regionale helseforetakene på sin side pålegges å innhente slike råd før de ferdigstiller planene, og sender disse til departementet for behandling.

Siktemålet med ordningen er å gi foretakene sterkere lokal og regional forankring.

Den samiske delen av befolkningen er gitt innflytelse gjennom den foreslåtte lovbestemmelsen om at Sametinget skal oppnevne et råd som skal ha en rådgivende funksjon for foretakene.

2.12.2 Lokal og regional forankring

Hvert av de regionale helseforetakene skal ha et styre oppnevnt av eier. Det er et lovkrav at styret skal ha regional tilknytning. Hensikten er både å styrke styrenes lokale og regionale kompetanse og å gi foretakene legitimitet i befolkningen. Styremedlemmer med lokal eller regional politisk erfaring kan bidra til å gi foretakene slik kompetanse og legitimitet. Det vil også være åpent for å peke ut aktive politikere. Deres styredeltakelse vil i så fall ikke være knyttet til deres politiske posisjon. Styret skal imidlertid ikke avspeile sammensetningen i et politisk valgt organ eller på annen måte fremstå som partssammensatte. Styret skal ha som oppgave å sørge for at det regionale helseforetakets samlede virksomhet er i samsvar med de mål som Stortinget setter for helsetjenesten.

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

2.13 Forhold vedrørende de ansatte

2.13.1 Innledning

Foretakene vil være avanserte kunnskapsbedrifter der tilbudene er i rask endring og utvikling både faglig og organisatorisk. Det er derfor av avgjørende betydning å beholde og å videreutvikle den kompetansen de tilsatte i sektoren representerer.

Departementet ønsker gjennom de nye foretakene å skape organisasjoner som sikrer personalet kompetanseutvikling på alle nivåer og utviklingsmuligheter for den enkelte ansatte. Det forutsetter et godt og forpliktende samarbeid med de ansattes organisasjoner. Et mål er å skape et stimulerende og godt arbeidsmiljø som legger vekt på å skape trivsel og gi rom for faglig og

personlig utfoldelse ut fra den enkeltes forutsetninger. Arbeidsgiverpolitikken bør medvirke til å tydeliggjøre lederansvar og å stille klare krav til ledere om innsats, motivasjon og resultatoppnåelse. Etter departementets oppfatning er det et ønske at modellen underbygger det å sikre tjenestenes kvalitative innhold, ikke minst gjennom personalets kompetanse og utviklingsmuligheter.

2.13.2 Arbeidsrettslige forhold

Lovforslaget legger opp til at foretakene organiseres som egne rettssubjekter på to nivåer: som *regionale helseforetak* og *helseforetak*. Som egne rettssubjekter vil de regionale helseforetakene og helseforetakene bli tillagt arbeidsgiveransvaret.

Det vil finne sted en overføring av personale 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 i hht. arbeidsmiljølovens kap. XII A.

Alle ansatte som har sitt arbeid knyttet til spesialisthelsetjenesten, vil i samsvar med reglene om virksomhetsoverdragelse, bli tilbudt ansettelse innenfor de nye regionale helseforetakene/helseforetakene. En overgang til foretak vil i seg selv ikke gi grunnlag for endringer av arbeidsavtalene. Foretakene vil imidlertid i fremtiden, på samme måte som nåværende eiere, løpende måtte vurdere sitt tjenestetilbud og sin organisasjonsstruktur, noe som igjen kan påvirke den enkelte ansattes arbeidsforhold. I slike tilfeller er staten som ny ansvarlig eier innstilt på å bidra til å finne gode løsninger for den enkelte ansatte. Virkemidler og løsninger vil bli utarbeidet i samarbeid med de nåværende arbeidsgivere og arbeidstakerorganisasjoner.

Personale ansatt innenfor den *fylkeskommunalespesialisthelsetjenesten* vil få sitt arbeidsforhold regulert av arbeidsmiljøloven som i dag.

Deler av ansettelsesforholdet for personale innenfor den *statligespesialisthelsetjenesten* reguleres nå av tjenestemannsloven. Disse vil etter eierskifte få tilsettingsforholdet regulert av arbeidsmiljøloven fullt ut. Opphør av rettigheter etter tjenestemannsloven innebærer for de tilsatte bl.a. at fortrinnsrett til annen statsstilling og ventelønn etter tjenestemannsloven § 13 nr. 2 til 6, erstattes av reglene om fortrinnsrett til annen stilling i virksomheten etter arbeidsmiljølovens regler. Ved en slik overføring av statlig virksomhet som nå finner sted, har det vært praksis for å tilstå opparbeidede rettigheter til fortrinnsrett og ventelønn i en avgrenset periode for de tilsatte som blir overført.

Departementet foreslår i samsvar med praksis at disse bestemmelsene blir videreført i en overgangsperiode på tre år fra overdragelsestidspunktet. Det understrekes at ordningen omfatter de tjenestemenn som blir overført fra den statlige spesialisthelsetjenesten. Disse beholder i en overgangsperiode begrenset til tre år etter overdragelsen, de særskilte rettighetene som fortrinnsrett til annen statsstilling og retten til ventelønn ved oppsigelse fra arbeidsgiver, jf. forslaget § 53 tredje ledd.

For personale i delte stillinger mellom universitetet/høyskole og dagens fylkeskommunale og statlige sykehus, vil arbeidsplikten overfor universitetene/høyskolene ikke påvirkes av omdannelsen til helseforetak.

I de nye foretakene vil arbeidstvistloven gjelde fullt ut.

2.13.3 Arbeidsgivertilknytning

Departementet foreslår at arbeidsgivertilknytningen fastsettes av Kongen ved Kgl.res., en beslutning som senere tas inn i foretakenes vedtekter. Departementet har fulgt dette opp ved lovforslagets § 10 annet ledd. Høringsuttalelsene fra arbeidstakerorganisasjonene støtter opp under forslaget om at arbeidsgivertilknytningen skal fastsettes i foretakenes vedtekter og at det skal være én felles arbeidsgivertilknytning for foretakene.

Valget av arbeidsgiverorganisasjon er betydningsfullt både for de nye foretakene og staten som eier og de aktuelle arbeidsgiverorganisasjonene. Arbeidsgivertilknytningen må forankres slik at hensynet til overordnede helsepolitiske- og nasjonaløkonomiske mål ivaretas. Styringssignaler knyttet opp mot forhandlinger, avtaleinngåelse mv. bør gis gjennom foretaksmøtene. Dette vil sikre staten kontroll, men det bør ikke skje direkte styring av lønns- og personalpolitikken.

Det tas sikte på at valg av arbeidsgivertilknytning foretas før sommeren, slik at organisasjonen kan begynne å virke samtidig med at reformen eventuelt iverksettes.

2.13.4 Forholdet mellom partene

Departementet har forutsatt at de ansatte gis en sterk representasjon i helseforetakenes styrer. Dette er foreslått regulert i §§ 22 og 23.

Enkelte av høringsinstansene påpeker at forhold som vanligvis er regulert av avtaler mellom partene eller ved reglement, som for eksempel medbestemmelse, tilsattes deltagelse i ansettelsessaker og tillitsvalgtes rettigheter, burde vært omhandlet i høringsutkastet. Departementet vil ikke komme nærmere inn på dette, da slike forhold må finne sin løsning gjennom forhandlinger og samarbeid mellom partene i tråd med arbeidslivets tradisjoner.

Tillitsvalgtes rettigheter og vern i forbindelse med virksomhetsoverdragelse er regulert av arbeidsmiljøloven § 73 D. Når det gjelder fylkeskommunalt ansatte har departementet en særlig plikt til å sette fylkeskommunene i stand til å oppfylle sin informasjonsplikt overfor tillitsvalgte og ansatte. Samtidig må departementet som eier av de statlige sykehusene og arbeidsgiver sørge for at det blir gitt en god og løpende informasjon til berørte statsansatte. Det er departementets oppfatning at reformens suksess avhenger av at det er tett kontakt med arbeidstakernes organisasjoner gjennom hele reformen, selv om arbeidstakerorganisasjonene i utgangspunktet ikke skal medvirke direkte i forhold til politiske beslutninger. Departementet vil ha kontakt med organisasjonene i hele prosessen for å finne frem til arbeidsformer som bidrar til at dette hensynet ivaretas på en god måte.

Arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse regulerer hva som skjer med tariffavtalene ved et eierskifte. De individuelle rettighetene beholdes inntil avtalene utløper eller avløses av nye avtaler. Partsforholdene knyttet til de nye foretakene må avklares. Det samme gjelder også forholdet til tariffavtaler og tvisteløsningsorgan.

2.13.5 Pensjoner

Bakgrunn

Pensjonsforhold faller utenfor Arbeidsmiljølovens bestemmelser om virksomhetsoverdragelse, jf. aml. § 73 B nr 3.

Ansatte i den statlige og fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten er i dag omfattet av offentlige pensjonsordninger, dels gjennom ulike fylkeskommunale pensjonskasser, Kommunal Landspensjonskasse (KLP), Statens Pensjonskasse og Pensjonsordningen for sykepleiere. I forbindelse med forslaget om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, reises det spørsmål om den framtidige innretningen og organiseringen av de ansattes pensjonsordninger.

Pensjonsavtaler er forhold som arbeidstakere etter arbeidsmiljølovens bestemmelser ikke har rett til å få ført videre ved virksomhetsoverdragelse. Tidligere opptjente rettigheter er imidlertid sikret i den aktuelle pensjonsordningen.

De arbeidstakergruppene som skal inn i de nye helseforetakene, er enten omfattet av lovbestemte pensjonsordninger eller tariffavtaler som gir dem rett til tilsvarende offentlige tjenestepensjon (såkalte bruttopensjoner). Det vil si at det garanteres et bestemt pensjonsbeløp samlet fra tjenestepensjonsordning og folketrygd etter samordning. Ytelsesplanen er stort sett som i Statens Pensjonskasse, det vil si 66 prosent av pensjonsgrunnlaget, som vanligvis er sluttlønn.

Statens Pensjonskasse har i medhold av pensjonslovens § 46 inngått avtaler med fylkeskommunale/kommunale pensjonskasser som har omtrent identiske pensjonsordninger om overføring av rettigheter. Dermed unngår man å benytte oppsatte pensjoner, slik som når en arbeidstaker går over i privat sektor. Overføringsavtalen innebærer at arbeidstakeren får utbetalt pensjon fra den siste pensjonsleverandøren som om vedkommende hadde vært medlem der hele tiden. Pensjonsleverandørene foretar så et internt oppgjør seg imellom.

Videreføring av pensjonsordninger

I utgangspunktet kunne det være naturlig at valg av pensjonsløsning er forhold som hører under arbeidsgiveransvaret og den økonomiske råderetten som de nye foretakene og deres arbeidsgiverforening selv bør håndtere. På den andre siden er det viktig at alle arbeidstakere sikres opprettholdelse av pensjonsrettigheter ved at de nåværende pensjonsordninger videreføres.

Et argument for at de aktuelle yrkesgruppene skal fortsette innen det offentlige pensjonssystemet, er at mange i løpet av sin yrkeskarriere skiftevis vil arbeide i kommunehelsetjenesten (hvor det er bruttoordninger), og i spesialisthelsetjenesten. Departementet har forståelse for dette, og vil derfor allerede nå fastslå at det vil bli vedtektsfestet at arbeidstakerne skal få videreført sine pensjonsordninger innen det offentlige bruttosystem.

Avtalefestet pensjon

Den avtalefestede pensjonsordningen, slik den er i kommunal og statlig sektor i dag, gir ikke grunnlag for statstilskudd. Dette skyldes at ordningen stort sett gir ytelser som i tjenestepensjonsordningen fra 65 år, mens den følger ord-

ningen for privat sektor mellom 62 og 65 år (som har pensjoner etter folketrygdens beregningsregler). Ved siste tarifforhandling i kommunal sektor, fikk arbeidsgiversiden (KS) tilslutning til at ansatte i kommunale foretak skal ha samme AFP-ordning som i privat sektor også for 65 og 66 åringer.

Når det gjelder AFP skal denne avtales av organisasjoner av arbeidsgiver(e) og arbeidstakere. Det er en tariffestet ordning som ikke har samme karakter av opptjente rettigheter som tjenstepensjonen har.

AFP-ordningen er tariffestet, og betingelsene videreføres så lenge nåværende tariffavtaler gjelder. Etter dette tidspunkt blir det opp til partene å regulere dette i ny tariffavtale.

Pensjonsleverandør(er)

De om lag 6 000 ansatte i statlige helseinstitusjoner, bl.a. Radiumhospitalet og Rikshospitalet, er i dag medlemmer i Statens Pensjonskasse. Etter reformen vil de ikke lenger være statlige tjenestemenn og dermed omfattes de heller ikke av bestemmelsene om *pliktig* medlemsskap i Statens Pensjonskasse. Arbeids- og administrasjonsdepartementet har imidlertid fullmakt til å innvilge fortsatt medlemsskap.

Ved overgang fra fylkeskommunalt til statlig eierskap, går de ansatte ut av det fylkeskommunale ansvarsområdet, herunder tariffavtaler om pensjoner. Det er i dag fire leverandører av tjenstepensjoner innenfor spesialisthelsetjenesten i nåværende fylkeskommunal sektor som inngår i de nye helseforetakene (inkludert sykepleiere) som har sin egen lovbestemte pensjonsordning. Ansatte er i dag medlemmer av Kommunal Landspensjonskasse (KLP), Akershus fylkeskommunale pensjonskasse, Buskerud fylkeskommunale pensjonskasse og Oslo Pensjonsforsikring AS.

Etter departementets oppfatning er det 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. Konkurranse mellom pensjonsleverandørene og problemstillinger i den forbindelse er også spørsmål som må vurderes.

Departementet vil i samråd med Finansdepartementet og Kredittilsynet legge 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. Det vises til forslag om endring i lov 22. juni 1962 nr. 12 om pensjonsordning for sykepleiere.

2.14 Finansieringsordninger

2.14.1 Bakgrunn

Finansiering av regionforetakenes drift og investeringer står sentralt i det foreslåtte reformarbeidet. I det følgende gis en overordnet beskrivelse av hovedstrukturen i finansiering av spesialisthelsetjenesten.

En av reformens sentrale intensjoner er å gi de regionale helseforetakene betydelige frihetsgrader i sin daglige drift, samtidig som det skal legges til rette for at sentrale, nasjonale helsepolitiske målsettinger oppfylles. Visse hen-

syn tilsier imidlertid at staten i en overgangsfase i noe større grad sikrer hensynene til kostnadskontroll og gjennomføringen av sentrale prioriterte oppgaver ved en noe mer aktiv styring enn det som på sikt forutsettes.

Departementet vil understreke at finansieringsordningene er ett av flere styringsvirkemidler og må sees i sammenheng med øvrige virkemidler, som lover og forskrifter, direkte eierstyring gjennom foretaksmøtene og ulike former for avtaleinngåelser. Innretning på de finansielle virkemidlene må også reflektere de ulike målsettingene for helsetjenesten.

2.14.2 Finansiering av drift

Somatiske sykehus finansieres i dag av rammetilskudd fra fylkeskommunene og øremerkede tilskudd, herunder aktivitetsbaserte tilskudd som Innsatsstyrt finansiering (ISF) og poliklinikktilskuddet. Denne blandingsmodellen innebærer at staten har tatt på seg deler av det finansielle ansvaret som er knyttet til større vektlegging av aktivitetsbaserte inntekter. Modellen skal i utgangspunktet gi insentiver for økt tjenesteproduksjon og en nødvendig kontroll med det totale kostnadsnivået.

Også andre deler av spesialisthelsetjenesten, herunder psykisk helsevern, er finansiert både med øremerkede tilskudd og med fylkeskommunenes frie inntekter. Av statlige øremerkede tilskuddsordninger til spesialisthelsetjenesten, kan nevnes tilskudd til utstyrspanen, kreftplanen og tilskudd til opptrapingsplanen for psykisk helsevern.

Av hensyn til de omfattende endringer i sektoren som følge av statlig overtakelse og omdanning til foretak, er det departementets holdning at hovedstrukturen i dagens finansieringsordninger i første omgang kan videreføres. Det legges derfor opp til at både dagens øremerkede driftstilskudd og sektorens andel av fylkeskommunenes frie inntekter tilføres de regionale helseforetakene. De fleste av dagens øremerkede tilskudd til spesialisthelsetjenesten, for eksempel tilskudd til ISF, psykiatriplanen, kreftplanen og utstyrspanen, skal følge samme finansieringsprinsipper som i dag. Den viktigste endringen blir at det regionale helseforetaket blir tilskuddsmottaker i stedet for fylkeskommunen. De nye helseforetakene vil i utgangspunktet motta om lag samme nivå på driftsmidler som fylkeskommunene gjorde.

Departementet vil raskt sette i gang et arbeid med å gjennomgå alle øremerkede finansieringsordninger med sikte på forbedring og forenkling. Dette arbeidet vil også omfatte en vurdering av mulige vridningseffekter mellom pasientbehandling og undervisnings- og forskningsoppgaver. Gjennom dette arbeidet vil det tas sikte på å finne løsninger som ikke har slike uheldige vridningseffekter.

Arbeidet vil vektlegge forenkling, forutsigbarhet, risikohåndtering og fleksibilitet, samtidig som det fokuseres både på hensynet til kostnadskontroll og stimulering til høy aktivitet. Det vil også være et siktemål å redusere antall finansieringsordninger. En samordning av ordningene bidrar i seg selv til en forenkling, samtidig som det bedre muliggjør harmonisering av insentivstrukturen.

Medisinsk forskning har en karakter som ikke er egnet for aktivitetsbasert finansiering. I gjennomgangen blir det 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*. Dette søkes løst gjennom oppgjørsordninger basert på frihet til avtaleinngåelse mellom helseforetakene, samtidig som det legges opp til DRG-baserte normpriser der slike avtaler ikke er inngått.

Denne gjennomgangen må også inkludere vurdering av finansieringsordningene for tilbud til rusmiddelmissbrukere, uavhengig av om behandlingstilbudene forblir et fylkeskommunalt ansvar eller overføres til staten.

Departementet vil komme tilbake til Stortinget med en slik gjennomgang på et senere tidspunkt.

Departementet vil i arbeidet med å etablere nye finansieringsordninger rettet mot de regionale helseforetakene, søke å ivareta langsiktighet og forutsigbarhet også i rammebetingelsene for private institusjoner, og behovet for like konkurransevilkår mellom offentlige og private tjenesteytere. Statens finansiering rettes inn mot de regionale helseforetakene, som så tar stilling til behovet for langsiktige avtaler med private institusjoner.

Det legges til grunn at foretakene i utgangspunktet skal tilføres tilstrekkelig likviditet gjennom de driftstilskudd de mottar fra staten. Det vil imidlertid i perioder kunne oppstå avvik mellom statens tilførsel av driftstilskudd og foretakenes faktiske behov for likviditet. For å unngå at dette skaper driftsmessige problemer, er det hensiktsmessig at foretakene gis adgang til å etablere rammer for driftskreditt. Behovet for rammer for driftskreditt vil avhenge av hvor godt man klarer å samordne statens tilførsel av likviditet gjennom driftstilskudd mv. og foretakenes faktiske likviditetsbehov til enhver tid.

2.14.3 Finansiering av kapital

En av flere viktige mål med sykehusreformen er å legge til rette for en bedre ivaretagelse av de verdier som ligger i investert kapital, samt å sikre en bedre ressursbruk ved at foretakene får ansvar for å se både drifts- og kapitalressursene i sammenheng.

Foretakene vil bli underlagt regnskapslovens bestemmelser. Dette innebærer bl.a. at det må etableres balanser for foretakene og at kapitalkostnader blir synlige gjennom årlige avskrivninger og rentekostnader. Nye investeringer blir aktivert og avskrevet over investeringens levetid. Investeringer tas dermed inn i foretakenes balanse på investeringstidspunktet, og verdien av investeringen i balansen reduseres i takt med avskrivningene. Avskrivningene fremkommer igjen som en kostnad i det årlige resultatregnskapet.

I tillegg til synliggjøring av kapitalkostnader, fører regnskapslovens bestemmelser til at det blir større fokus på at inntekter og kostnader regnskapsføres i den perioden de faktisk oppstår. For å kunne etterleve regnskapsloven, stilles det også strenge krav til foretakenes registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger. Samlet sett vil dette gi viktige bidrag til en god og effektiv bruk av kapital i foretakene og til en god oversikt over og styring med foretakenes økonomi.

Foretakene vil kunne finansiere investeringer både ved egenkapital og ved låneopptak. Det må ved hver enkelt investering gjøres en vurdering av hva som er den mest hensiktsmessige formen for finansiering. Det er ennå ikke

tatt stilling til hvilken kapitalstruktur foretakene skal ha, herunder rammer for låneopptak. I utgangspunktet er det mulig å tenke seg løsninger hvor foretakene innenfor gitte lånerammer både gis adgang til å ta opp lån i det private kapitalmarkedet og til å ta opp lån fra staten. Det kan for eksempel nevnes at statsforetak innenfor nærmere angitte lånerammer tar opp lån både fra staten og i det private markedet. Imidlertid vil helseforetakene ikke ha inntekter fra et ordinært marked, hvilket kan tilsi en annen håndtering av låneopptak mv. Departementet vil arbeide videre med en hensiktsmessig avveining av ulike hensyn knyttet til håndtering av investeringer og komme tilbake til Stortinget med forslag.

Det nye systemet vil legge til rette for at styringen av omfang og innretning på investeringene legges til foretaksledelsene. Det vil si at disse må være ansvarlige for at investeringene som foretas ikke gir større fremtidige kostnader enn hva som kan dekket av kommende års inntekter. Det legges imidlertid opp til at store investeringsbeslutninger skal forelegges og godkjennes av departementet. På kort sikt vil det også på dette området være hensyn som tilsier en noe sterkere statlig styring og kontroll. Det legges derfor opp til en mer direkte styring og kontroll av investeringsbeslutninger i den første perioden etter overtakelsen.

2.14.4 Konklusjon

Som hovedprinsipp anbefales det at de regionale helseforetakene gis betydelige frihetsgrader mht. hvordan de velger å innrette sin finansiering internt i forhold til de enkelte underliggende virksomhetene.

Blant annet av hensyn til de omfattende endringer i sektoren som følge av statlig overtakelse og omdanning til foretak, er det imidlertid departementets holdning at *hovedstrukturen* i dagens finansieringsordninger videreføres i 2002. Det legges opp til at dagens øremerkede driftstilskudd og sektorens andel av fylkeskommunenes frie inntekter overføres de regionale helseforetakene. Det legges opp til en bred gjennomgang av de samlede finansieringsløsningene med sikte på å gi foretakene større frihetsgrader mht. finansiering av tjenesteproduksjon. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med nærmere forslag til endringer og eventuell iverksetting av disse.

I en første fase av det statlige eierskapet skal de øremerkede tilskuddene til spesialisthelsetjenesten hovedsakelig ha den utforming som de har i dag, men det regionale helseforetaket blir tilskuddsmottaker i stedet for fylkeskommunen. Dagens finansieringsordninger, både ISF-ordningen, poliklinikkrefusjoner og system for refusjon av kapitalutgifter og finansiering av utdannings- og forskningsfunksjoner, bør uansett være gjenstand for en bredere gjennomgang ved et senere tidspunkt. En slik gjennomgang er ikke kritisk for overgangen til statlig eierskap. Det legges imidlertid opp til å foreta noen justeringer innenfor disse ordningene som skal gjelde fra 2002.

Et viktig forhold ved foretaksetableringen er at kapitalen skal håndteres på en annen måte enn fylkeskommunene og staten gjør i dag. Dette innebærer at det skal føres avskrivninger i regnskapet i stedet for investeringenes utgifter som kontantstrøm. Det legges også 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.

I ethvert organisasjonssystem er det viktig med belønningssystemer for å underbygge gode resultater. Dette er primært et ansvar for foretaket. Dette betyr at foretaket må ha stor grad av frihet til å bruke de økonomiske virkemidlene til å fremskaffe god og effektiv helsetjeneste. I reformens første fase legges det ikke opp til større endringer enn det som er nødvendig for å gjennomføre statens nye ansvars- og eierrolle, og at virksomhetene organiseres som foretak. I neste fase vil det være en viktig problemstilling om man i større grad bør gjøre bruk av finansierings- og avtalevirkemidlet for å nå helsepolitiske, utdannings- og forskningspolitiske mål.

Dagens inntektssystem rettet mot fylkeskommunene skal gjennomgås med sikte på å ta ut den delen som finansierer spesialisthelsetjenesten. Hvordan dette gjøres, blir avgjørende for hvilket økonomisk grunnlag fylkeskommunene får for å drive resten av virksomheten. Dette vil en komme tilbake til i forbindelse med fremleggelse av Kommuneproposisjonen.

3 Høringsinstansenes syn på fire sentrale spørsmål

Høringsnotatet ble sendt på høring til følgende instanser:

- Akademikernes fellesorganisasjon
- Arbeidsgiverforeningen NAVO
- Arkitektenes Fagforbund (AFAG)
- Bibliotekarforbundet
- Brønnøysundregistrene
- Den norske jordmorforening
- Den norske kirkes Kateketforening
- Den norske kirkes Presteforening
- Den norske lægeforening
- Den norske tannlegeforening
- Den norske Veterinærforening
- Det norske Diakonforbund
- Det norske Maskinistforbund
- EL & IT forbundet
- Etat for rådssekretariater
- FAFO - Forskningsstiftelsen for studier av arbeidsliv, fagbevegelse og offentlig politikk
- Farmasi-Forbundet
- Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere
- Flerfaglig Fellesorganisasjon
- Folkehelse - Statens institutt for folkehelse
- Forbrukerombudet
- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
- Handels- og servicenæringens hovedorganisasjon (HSH)
- Handelshøyskolen BI
- Handelshøyskolen i Bergen
- Helseansattes yrkesforbund
- Helsetjenestens Lederforbund
- Heltef
- Høyskolene
- Kommunalansattes fellesorganisasjon (KFO)
- Kommunenes Sentralforbund
- Kreftregisteret
- Landets fylkeskommuner
- Landets fylkesleger
- Landets fylkesmenn
- Landets kommuner
- Landets kontrollkommisjoner
- Landets pasientombud
- Landets psykiatriske institusjoner
- Landets regionale helseutvalg
- Landets sykehus
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
- Landsorganisasjonen
- Likestillingsombudet
- Lærerforbundet

- Musikernes Fellesorganisasjon
- Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording
- Norges ambulansesforbund
- Norges Apotekerforening
- Norges Astma- og Allergiforbund
- Norges farmaceutiske forening
- Norges forskningsråd
- Norges Handikapforbund
- Norges Ingeniørorganisasjon
- Norges Juristforbund
- Norsk Audiografforbund
- Norsk Bioingeniørforbund
- Norsk Ergoterapeutforbund
- Norsk forening for kliniske ernæringsfysiologer
- Norsk Forskerforbund
- Norsk helse- og sosialforbund
- Norsk Helse- og Sosiallederlag
- Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR)
- Norsk institutt for sykehusforskning
- Norsk kommuneforbund
- Norsk lærerlag
- Norsk Naturforvalterforbund
- Norsk ortopedisk forening
- Norsk Pasientforening
- Norsk pasientskadeerstatning
- Norsk Pensjonistforbund
- Norsk psykologforening
- Norsk Radiografforbund
- Norsk Skolelederforbund
- Norsk Sosionomforbund
- Norsk sykepleierforbund
- Norsk tjenestemannslag
- Norske Fysioterapeuters forbund
- Norske helsesekretærforbund
- Norske ortopedingeniørers forening
- Norske Sivilingeniørers Forening
- Norske Siviløkonomers Forening
- Næringslivets hovedorganisasjon
- Oslo kommune
- Regjeringsadvokaten
- Rikstrygdeverket
- Rådet for funksjonshemmede
- Rådet for psykisk helse
- Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes Organisasjoner
- Sametinget
- SEFOS
- Servicenæringens hovedorganisasjon
- SINTEF-UNIMED
- Skolenes Landsforbund
- Sosialtjenestemennenes Landsforbund
- Sosialøkonomenes Forening
- Statens eldreråd

- Statens helsetilsyn
- Statens helseundersøkelser
- Statens næringsmiddeltilsyn
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet
- Statens strålevern
- Statens senter for ortopedi
- Statens tobakkskaderåd
- Stortingets ombudsmann for forvaltningen
- Universitetet i Bergen
- Universitetet i Oslo
- Universitetet i Tromsø
- Universitetet i Trondheim
- Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund

I tillegg ble høringsnotatet senere sendt til følgende:

- Mental Helse Norge
- Landsforeningen for pårørende innen psykiatri
- Voksne for barn
- Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser
- Angstringen
- Norsk Psoriasisforbund
- Norsk Epilepsiforbund
- Norges Fibromyalgi Forbund
- Norges Diabetesforbund
- Multippel Sklerose Forbundet i Norge
- Hørselshemmedes Landsforbund
- Foreningen for hjertesyke barn
- Revmatikerforbundet

I overkant av 300 høringsinstanser har avgitt uttalelse. Disse følger som uttrykket vedlegg.

Kommunenes Sentralforbund, KS, har avgitt uttalelse som høringsinstans, men har også hatt konsultasjonsmøter med departementet om lovforslaget.

KS har fremhevet at staten bør forhandle med fylkeskommunene både på sentralt og lokalt nivå om hovedprinsippene for overtakelsen. Videre ønskes opprettet en partssammensatt tvistenemnd som skal inntre ved brudd i forhandlingene og avgjøre saken. Det er trukket frem at staten bør dekke en budsjettmessig ubalanse på i alt 2,1 mrd. kroner pluss eventuelt underskudd i 2001 som kan henføres til spesialisthelsetjenesten.

KShar avgitt to dokumenter av 16. og 28. mars 2001 med en sammenstilling av synspunkter som er fremført under prosessen. Noen av synspunktene gjelder forhold som vil bli avklart senere, og da særlig i Kommuneproposisjonen. Også disse dokumentene følger som uttrykket vedlegg.

En del brukerorganisasjoner har reagert på at de ikke sto på høringslisten. Disse har i ettertid fått tilsendt høringsnotatet og fått anledning til å uttale seg.

Nedenfor følger hovedtrekkene når det gjelder hva ulike grupper har lagt vekt på i fire sentrale spørsmål: *prosessen, statlig eierskap, organisering i foretak og sektorpolitisk ansvar*. Selv om høringsnotatet så å si ikke inneholder lovforslag som regulerer personalets forhold, har likevel en del høringsinstanser hatt synspunkter på dette. Departementet finner det derfor riktig å gi en kort oppsummering av disse instansenes syn på dette spørsmål vedrørende perso-

nalets forhold. Oversikten er ikke ment å være uttømmende, men å gi en indikasjon på hva høringsinstansene har vært særlig opptatt av. Det har således ikke vært mulig å referere helheten i synspunktene fra den enkelte høringsinstans. Synspunktene både på disse utvalgte temaene og andre spørsmål er i tillegg innarbeidet og delvis også kommentert i den løpende teksten, særlig i de generelle motivene. I tillegg følger en oversikt over høringsinstansenes syn på tannhelsetjenesten når det gjelder framtidig sektoransvar, eierskap og driftsform - etter en særskilt oppfordring om innspill på feltet. Mange høringsinstanser har hatt kommentarer til regioninndelingen.

Det har vært ulik praksis i fylkeskommunene for i hvilken grad det er avgitt høringsuttalelser fra sykehusene. Totalt har departementet mottatt i overkant av 30 høringsbrev fra sykehusene. Fra noen av sykehusene er det lagt et betydelig arbeid i uttalelsene som er avgitt. Mange av innspillene og synspunktene vil også være nyttig for departementet i et videre arbeid med reformen. Dels er det også trukket fram særskilte forhold ved det enkelte sykehus som bør vektlegges i det videre arbeidet, inklusiv synspunkter på strukturbeslutninger om inndeling i helseregioner og datterforetak. Det skal trekkes fram noen av synspunktene som har kommet fra et eller flere av sykehusene:

- Det er viktig at de utøvende sykehusene blir myndiggjort og får klare rammebetingelser, slik at reformens intensjon får effekt på det utøvende nivået. Dette må la seg kombinere med den nødvendige nasjonale styringen.
- Finansieringssystemene må videreutvikles, blant annet slik at sykehusene kan få klare og forutsigbare rammebetingelser.
- Finansieringen bør gå direkte til det utøvende nivået, altså at finansieringen går til helseforetakene.
- Også på datterforetaksnivå må det legges vekt på lokal forankring ved sammensetning av styrer.
- Betydningen av realistiske økonomiske rammer understrekes.
- Potensialet innen informasjons- og kommunikasjonsteknologi må utnyttes.
- Ansattes vilkår må ivaretas på en rettferdig og god måte.
- Departementet må påse at det er tilgang på de nødvendige støttefunksjoner når reformen skal iverksettes.
- Det må etableres rutiner som sikrer pasientene et fleksibelt og effektivt tilbud i forhold til elektiv behandling.
- Det bør være bevissthet om områder der det åpnes for konkurranse, og at det på en del områder ikke bør være konkurranse.
- Det må vises oppmerksomhet mot særlige forhold som gjør seg gjeldende innen psykiatri.

Det vises for øvrig til omtale av høringsbrev fra enkelte av sykehusene som er tatt inn i de etterfølgende punktene.

3.1 Prosess

Enkelte av høringsinstansene har vært kritiske til prosessen i forhold til arbeidet med reformen. Det blir uttalt at 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 meget lang tid.

3.1.1 Brukergruppene

Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri, LPP mener at saksbehandlingen i forbindelse med høringsrunden er under enhver kritikk. De peker på at ingen av brukerorganisasjonene innen psykisk helsevern stod på høringslisten over høringsinstanser. Også *Norsk Revmatikerforbund, NRF, Hørselshemmedes Landsforbund, HLF* og *Norges Diabetesforbund* fant det «oppsiktsvekkende», «beklaget» eller stilte seg «undrende» til at de ikke stod på denne listen.

Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke, LHL «berømme(r) departementet for rask fremleggelse av forslag til reform» og er enig i vurderingen av at «en gjennomgripende omlegging av eierskap og ansvar for et velferdsgode som spesialisthelsetjenesten krever rask avklaring».

3.1.2 Arbeidstakerorganisasjonene

Landsorganisasjonen, LO mener det «høye tempoet i gjennomføringen av reformen øker risikoen for feilvurderinger. [...] Den korte fristen har gitt små muligheter for reell medvirkning i høringsrunden fra de ansatte [...] og begrenset anledning for forbundene og LO å gå i dybden i de spørsmålene som reises i høringsnotatet.»

Norsk sykepleierforbund, NSF mener også at høringsfrist på «6 uker for en så omfattende reform av spesialisthelsetjenesten er altfor kort [og] vanskeliggjør [...] en forsvarlig behandling av reformen».

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund, YS «er kritisk til at et høringsnotat på om lag 113 sider skal danne grunnlaget for en av de største reformer som er tenkt gjennomført i Norge i nyere tid og at departementet legger opp til at hele eierskiftet skal gjennomføres i meget høyt tempo».

Norges Farmaceutiske Forening mener det «er kritikkverdigg at det i forbindelse med gjennomføring av en reform som av statsråden selv er karakterisert som «den største kompleksitet og dimensjon i nyere tid» ikke legges opp til lengre høringstid [...] og at reformen deretter raskt skal presses gjennom politisk behandling og settes i verk på rekordtid».

3.1.3 Fylkeskommunene

Vest-Agder fylkeskommune mener «knappe seks uker [høringsfrist] innebærer at denne gigantiske reformen skal gjennomføres uten grundig demokratisk behandling».

Nordland fylkeskommune «beklager at fristen for å avgi høringsuttalelser er så knapp at det ikke har vært mulig for fylkestinget å behandle denne særdeles viktige saken på vanlig måte. [De] beklager også at en så omfattende reform vedtas og gjennomføres uten en skikkelig forutgående utredningsprosess».

3.2 Statlig eierskap

Høringsinstansene har forskjellig syn på statlig eierskap av sykehusene.

3.2.1 Brukergruppene

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

Spesielle kommentarer:

Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke, LHL er «tilfreds med at det er framlagt et statlig totalansvar for spesialisthelsetjenesten som kan gi bedre muligheter til en helhetlig organisering, til en mer samordnet ressursbruk og bedre og raskere tjenester for pasienten.» Det pekes på at dette krever god samordning mellom første- og annenlinjetjenesten.

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, FFO er «positiv til et statlig totalansvar [...] som kan gi mulighet for bedre organisering, [men er] usikker på om modellen med helseforetak slik det beskrives i høringsnotatet, gir grunnlaget for å få gjennomført de nødvendige endringer».

Norsk forbund for utviklingshemmede har «prinsipielt ingen motforestilling» mot statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten.

Norges Handikapforbund, NHF peker på en «bred enighet om behovet for endringer av betydelig karakter». I NOU 1996:5 støtter de et regionalisert sykehusvesen med staten som eier fordi det ivaretar en rekke viktige forhold som oppfølging, kvalitative likeverdige forhold og tilgjengelighet. *NHF* har likevel en rekke kritiske merknader til høringsnotatet og den modell som er valgt. Det etterlyses en drøfting av forholdet mellom departementet og Stortinget «som det organ som legger de overordnede politiske føringene».

Brukerforeningen, Interesseorganisasjon for stoffbrukere «ser meget positivt på statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2002.» Det legges vekt på en «helhetlig helsereform».

Hørselshemmedes Landsforbund, HLF har store forventninger til den forestående statlige overtakelsen som de håper vil bidra til «geografisk likhet og reduserte ventetider».

Norsk Revmatikerforbund, NRF er, til tross for en frykt for at likeverdige tjenester vil bli «en illusjon for de med kroniske lidelser» og at disse alltid vil stille bakerst i køen, «i utgangspunktet positive til statlig overtakelse av sykehusene». Det pekes på mange års slit med «vekslende pasienttilbud», men også på faren for «A-lag og B-lag» der dagpasienter og pasienter «som blir friske» alltid stiller lengst framme i køen. De frykter at pasienter med revmatiske lidelser ikke skal være «profitable». I den skisserte modellen ser ansvar, samordning og ressursutnyttelse ut til å være blandet sammen og «delegerings- og beslutningsstrukturen er uklar».

Norsk Pasientforening «er svært godt fornøyd med de forslag til reformer som legges frem i høringsnotatet. [De] ser en rekke problemer som det må arbeides videre med og som det trolig blir enklere å finne løsninger på innenfor den foreslåtte ordning. [...] Statlig eide sykehus vil etter [deres] syn gjøre det enklere å gjennomføre reformen om fritt sykehusvalg idet man fjerner de

nåværende problemer knyttet til finansiering av sykehustjeneste på tvers av fylkesgrenser». Sykehusene bør «gis et så fritt spillerom som mulig når det gjelder samarbeid mellom institusjoner, kjøp av private tjenester, kjøp av tjenester fra utlandet eller også salg av tjenester til utlandet.» Det siste for å øke volumet og derigjennom «oppretholde kompetanse og kvalitet på disse områdene». «Med det høye nivå vi generelt har i norsk helsevesen» ser de ikke bort fra at sykehustjenester vil kunne bli en ny «vekstnæring» for Norge.

Norges Diabetesforbund støtter statlig overtakelse av sykehusene.

Mental Helse Norge, MHN «ser i utgangspunktet positivt på en reform som er ment å føre til et enhetlig ansvar innen spesialisthelsetjenesten, større likhet mellom de ulike regionene, mulighet til fritt sykehusvalg, og en organisering der de ansattes ressurser brukes på en fornuftig måte samtidig som målsettingen om et best mulig tilbud til den enkelte pasient står i fokus».

MHN etterlyser imidlertid «mye klarere faglige mål fra statens side og en vilje til virkelig å styre. *MHN* etterlyser også at det statlige tilsynsansvar skal sikre brukermedvirkning i helseforetakene og at dette blir lovhjemlet. Helsetilsynet skal i større grad ikke bare være profesjonsorientert, men helt tydelig ta ansvaret med å være brukerorientert på alvor, og ha et pålagt ansvar for å være dette.» Det legges vekt på uavhengige kontrollkommisjoner og det etterlyses «mer prinsipielle drøftinger rundt det at staten får ansvar både for den utøvende helsetjenesten, samt kontroll og oppfølgingsfunksjonen i følge dette reformforslag.[O]rdninger som vil sikre den uavhengighet som det er behov for mellom ansvar for behandling og kontroll» etterlyses. *MHN* mener en sterkere styring med yrkesgruppene kan skje ved å regulere eller endre enkelte yrkesgruppers monopol. «En sterk føring ligger nå i folketrygdlovens § 5-7, der det går fram at psykologhjelp bare kan søkes etter henvisning fra lege [...] Leger kan overprøve behovet for psykologer». *MHN* mener også det kan være en «svakheter at Statens Helsetilsyn både er veileder, rådgiver og kontrollinstans for helsepersonell. Også her bør det gjøres et organisatorisk skille, slik at helsepersonell ikke av frykt for sanksjoner, lar være å søke råd og veiledning i saker hvor det er mistanke om feil og svakheter». *MHN* peker også på at «behandlingskulturen i norsk psykisk helsevern i stor grad fortsatt er preget av tvangsbruk [...] «Det psykiske helsevern må ikke bli gjenstående som taperen innenfor kravet om økonomisk effektiv helsetjeneste. [...] Det vil her være sentralt å etterlyse effektive uavhengige kontrollfunksjoner som sikrer at mennesker med kroniske funksjonshemninger eller langvarig sykdom får den behandling og terapi over tid innenfor spesialisthelsetjenesten som trengs. Effektivitetskravene kan føre til at bruk av tvang og tvangsmidler vil øke, bl.a. fordi økt grad av hurtige utskrivinger vil medføre større grad av tilfeldige behandlingsopplegg, og økt grad av reinnleggelser». Det pekes på behov for «vektlegging av kvalitative framfor kvantitative resultatmål.» *MHN* er bekymret fordi refleksjoner rundt disse temaene i høringsnotatet «er såpass fraværende».

Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri, LPP peker på at en statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten vil reise en rekke spørsmål av prinsipiell karakter. Det etterlyses «konsekvensutredninger for de langtidssyke, tunge og uforutsigbare pasientgruppene innen psykiatrisk helsevern». Foreningen frykter statens «begrensede styringsmuligheter» (gjennom foretaksmø-

tet og overordnede prioriteringer i form av stortingsvedtak for budsjettperioden, samt gjennom krav til forsvarlighet, regulering av egenbetaling osv.). Dette vil sammen med en finansieringsmodell som oppfordrer til økt effektivitet i pasientbehandlingen «ikke være gunstig for vår pasientgruppe.» Det fryktes en «svingdørsproblematikk», inn og fort ut, noe som ville være en utvikling «i motsatt retning av det man ønsker for pasienter som nettopp trenger kontinuitet, tid og stabilitet». Det pekes på at «effektivitet innenfor somatikken er ikke nødvendigvis sammenfallende med effektivitet innenfor psykiatrien», og rammevilkårene bør ikke være de samme. En hovedutfordring er kontinuitet for de tyngste pasientgruppene (personlighetsforstyrrelser, psykoser, schizofreni, dobbeltdiagnoser) som er «kronikerene, svingdørspasientene, kastebalene». Et godt behandlings- og rehabiliteringstilbud er avhengig av en sammenhengende behandlingsskjede med organisering og samarbeid på tvers av fag-, etat- og forvaltningsnivåer. Det samme gjelder den enkeltes tilbud om samtaler, terapi og omsorg samt medvirkning fra pasienter og pårørende. Det er en «stor utfordring» å redusere bruk av medikamenter og tvang. Alternativene er «tidkrevende». Organisasjonen er derfor bekymret for tendensen til å «overføre erfaringer fra ren tjenesteproduksjon til en sektor som skal drive med behandling, omsorg, pleie og utredning». Reformen må evalueres i forhold til de enkelte tjenesteområder og en framtidig organisasjonsmodell må legge til rette for en satsning på psykisk helsevern. De nye helselovene og «opptrappingsplanen» må følges opp.

Landsforeningen We Shall Overcome, WSO går i mot reformen om statlig overtakelse av sykehus, men slutter seg «i all hovedsak til høringsuttalelsen» fra LPP.

AURORA - Støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer, reagerer også på at de opprinnelig ikke ble tatt med som høringsinstans. De har i ettertid støttet uttalelsene fra Norsk kommuneforbund og LPP.

Interessegruppa for Kvinner med Spiseforstyrrelser, IKS «stiller seg i utgangspunktet positiv til en statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten». Det psykiske helsevernets utfordringer bør imidlertid belyses nærmere. Gruppen ser en «fare i at helseforetakene blir store», og det spørres om ISF er et godt tiltak for pasienter med spiseforstyrrelser. Det bes om en avklaring når det gjelder virkninger for disse pasientene som både trenger somatisk og psykiatrisk behandling. Det pekes videre på behov for kompetanseoverføring fra spesialist til primærlege.

Pasientombudene i Norge peker i en felles uttalelse på behovet for en «så uavhengig pasientombudsordning som mulig» og at «dersom spesialisthelsetjenesten og landets sykehus blir statens ansvar, er det lite naturlig at pasientombudene som en fylkeskommunal ordning fører tilsyn med statens affærer». Ordningen bør bli et statlig ansvar. Siden Forbrukerrådet på mange måter har «samme brukerorientering og nedenerfraperspektiv som pasientombudene» foreslås en organisatorisk tilknytning til dette. Av kvalitetshensyn bør det fortsatt være et ombud i hvert fylke.

Statens Råd for Funksjonshemmede «har tidligere gitt uttrykk for at sjukehusa bør være eit statleg ansvar». Det ønsker imidlertid at «eigarskapsstrukturen og systema for korleis oppfølging av dei politiske måla skal gjennomførast i praksis vert grundigare utgreidd før denne omfattande reformen vert iverk-

sett». Arbeid som er lagt i et tverrfaglig samarbeid på regionalt og lokalt nivå må kunne videreføres.

Statens Eldrerådadvarer mot en finansieringsstruktur som gjør at «enkelte grupper blir «ulønnsomme» og må nedprioriteres». Videre anbefales at styrene har «en representant fra primærlegetjenesten og en representant for pasientene, samt at dette nedfelles i lov om helseforetak og datterforetak».

3.2.2 Fylkeskommunene

Generelt: 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. Desentralisering og klarere ansvarsdeling er lettere å imøtekomme innenfor dagens eierskap. De fleste gir imidlertid inntrykk av enten eksplisitt eller implisitt, ved å gå inn i konstruktive drøftelser av flere problemstillinger, å lojalt ville følge opp et eventuelt positivt vedtak i saken.

Spesielle kommentarer: Mange peker på en rekke aktuelle problemstillinger som må løses uten at statlig eierskap nødvendigvis er svaret. Problemstillinger som går igjen er blant annet: Begrensede ressurser; Manglende klare mål for utviklingen av helsetilbudene (med definerte suksesskriterium); Avpolitisering med mulighet for dårligere balanserte prioriteringer og økt profesjonsstyring; For stor grad av sentralisering og maktkonsentrasjon; Finansieringsordningen burde gjennomgås før Stortingets vedtak. Det uttrykkes også generell tvil om reformen vil gi de resultater som forespeiles og behov for grundigere utredninger. *Fylkeskommunene i Vestfold, Østfold og Aust-Agder* støtter i hovedsak den eierskapsreformen det legges opp til. Det understrekes imidlertid at det må skilles mellom bestiller og utførerrollen, og at forholdet mellom regionalt helseforetak og helseforetak samt styrerepresentasjon (mister lokal ombudsman) må diskuteres nærmere. Det legges vekt på et ryddig økonomisk oppgjør og overføring av personellansvaret. Vestfold ønsker opsjonsavtaler som sikrer tilbakeføring av eiendommer/bygninger dersom staten vil avhende disse. *Akershus fylkeskommune* er positiv til intensjonene, men mener reformen slik den foreligger eventuelt må utbedres og avklares. *Oslo kommune* ser også at «intensjonene er gode» men mener reformen ikke er svar på utfordringene knyttet til «ansvarspulverisering og ansvarsfraskrivelse» som pasientene opplever.

Kommunenes Sentralforbund, KS mener «den foreslåtte reform innebærer en tro på at organisatoriske grep gjennom et eierskifte vil gjøre spesialisthelsetjenesten bedre for pasientene, og den mangler klare mål for hva reformen skal bety for utviklingen av tjenestetilbudet til befolkningen og pasientene». *KS* mener alternative modeller burde vært utredet, med fokus på folkehelseperspektivet.

3.2.3 Statens helsetilsyn og 10 fylkesleger

Generelt: Samtlige støtter en statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Dette er i hovedsak begrunnet ut fra behovet for en samordnet styring og muligheter for en bedre ressursutnyttelse. Flere av fylkeslegene peker imidlertid på at modellen i seg selv ikke vil løse utfordringene i spesialisthelsetje-

nesten og etterspør en bredere drøfting av statens ulike roller som myndighetsutøver, eier og kontrollør.

Spesielle kommentarer: *Fylkeslegen i Oppland* forutsetter at det nye eierskapet opprettholder muligheten for overordnet styring der dette er nødvendig. Samtidig blir det en stor utfordring å gi stor grad av frihet til de enkelte driftsenhetene. *Fylkeslegen i Hordaland* peker på styrings- og ledelsesproblemer i landets største sykehus som «først og fremst skyldes sykehusenes størrelse og ikke at de er fylkeskommunale». *Helsetilsynet* mener statens «helhetlige ansvar og bestillerrolle med foretakene som utfører kunne vært tydeligere kommentert.».

3.2.4 Sykehus

Ullevål sykehus har ikke gitt egen uttalelse.

Generelt: Det uttrykkes generell støtte til at staten, som også i dag i realiteten har det finansielle ansvaret, 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. Det er viktig med en innholdsreform og ikke bare en strukturreform.

Spesielle kommentarer: *Regionsykehuset i Tromsø, RiTø* ser ikke behovet for å utrede alternative modeller og mener statlig overtakelse vil sette stopp for det «spillet vi nå ser». Flere er opptatt av en felles arbeidsgiverfunksjon/lik konkurranse om arbeidskraft. *Regionsykehuset i Trondheim, RiT* ønsker større grad av rammeavtaler og færre særavtaler. *Det Norske Radiumhospitalet* er opptatt av å få ordningen på plass tidlig. Det er få synspunkter på ansattes rettigheter.

3.2.5 Arbeidstakerorganisasjonene

Generelt: Hovedvekten av de ansattes organisasjoner er i utgangspunktet positive, eller tar ikke direkte stilling til statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Noen (for eksempel *KFO* og *YS*) mener imidlertid at en eierskapsreform ikke løser utfordringene i dagens helsetjeneste.

Spesielle kommentarer: *Landsorganisasjonen, LO* «er enig i at det er nødvendig med videre reformer innen sykehussektoren [og vil] ikke motsette seg et forslag om at staten skal eie sykehusene».

Den norske Lægeforening, Dnlf vil «gi sin støtte til at staten overtar ansvaret for spesialisthelsetjenesten, og at tjenesten skilles ut av forvaltningen og organiseres i nye regionale foretak [*Dnlf* er] enige i at denne prosessen må skje fort. Statlig overtakelse og dannelse av sykehusforetak er bare de første, nødvendige skritt mot en helsetjeneste som er bedre tilpasset pasientenes medisinske behov».

Norsk Sykepleierforbund, NSF er i utgangspunktet positive til statlig eierskap.

Den Norske Jordmorforening støtter «hovedtrekkene i forslaget» og mener en samling av spesialisthelsetjenesten på en hånd vil «bidra til en klargjøring av ansvar og myndighet som er nødvendig for å utvikle helsetjenestene videre».

Akademikerne støtter statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten med utskilling av forvaltningen og organisering i nye regionale helseforetak og er enig i at «prosessen må skje fort, selv om det betyr at mange brikker ikke vil være på plass når reformen finner sted 1.1.2002. Statlig overtakelse og dannelse av sykehusforetak er bare et første skritt.».

I tillegg må sykehusene gis rammebetingelser til å fornye egen kompetanse. En fast andel av finansieringen til helsevesenet bør gå til forskning og utdanning. Det legges også vekt på en nasjonal evaluering senest i løpet av 2005.

Forskerforbundet slutter seg til Akademikernes høringsuttalelse og understreker at det statlige eierskapet «må utnyttes til å styrke forskningen og gi den større grad av legitimitet ved helseinstitusjonene.».

3.2.6 Arbeidsgiverforeningene

Arbeidsgiverforeningen NAVO «støtter statlig overtakelse av sykehusene og den eierstruktur det legges opp til med foretak». Forslaget ses på som ledd i en «større prosess der sykehusene gis større fristilling og der et av siktemålene er å skape enklere og klarere rollefordelinger og ansvarsforhold». Eierformen vil kreve en ny organisering av arbeidsgiveransvaret.

Næringslivets Hovedorganisasjon, NHO ser på statlig overtakelse av sykehusene som et «bidrag» til nødvendig effektivisering av tjenestetilbudet innen det offentlige helsevesen, men peker på at statlig overtakelse «vil ikke alene løse problemene med lange ventelister for medisinsk behandling».

3.2.7 Andre

Norges Forskningsråd «er meget positiv til den foreslåtte reform der staten vil få et samlet ansvar for spesialisthelsetjenesten ved å samle sektoransvaret. [S]tatlig eierskap er av vesentlig betydning for de prosesser som ligger til grunn for kompetanseutvikling i bred forstand der klinisk forskning er ett av de viktigste virkemidlene for å styrke kunnskapsgrunnlaget for den kliniske diagnostikk, behandling og kvalitet i tjenesten».

Universitetene og høyskolene støtter, med unntak av Høyskolen i Gjøvik, direkte eller indirekte statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Det pekes blant annet på en mer sammenhengende organisering/struktur, klare ansvarsgrunnlag, mer likeverdige tilbud og større forutsigbarhet gjennom langtidsplanlegging. Alle understreker behovet for å legge forholdene til rette for undervisning og forskning på sykehusene. Det legges stor vekt på praksisplasser og også universitetenes muligheter for selv å disponere avsatte midler for å finansiere disse.

Sametinget «mener at fylkeskommunen har vist at de ikke klarer å utvikle reelle tjenestetilbud som tar utgangspunkt i statens prinsipielle samepolitikk eller i internasjonal urfolkspolitikk. Den fylkeskommunale organiseringen må erstattes med regionale landsdelsorganer for[...] utvikling av en helhetlig politikk overfor samene i Norge».

Nasjonalt Kompetansesenter for Helsetjenestens Kommunikasjonsberedskap, KoKom mener statlig overtakelse «vil få en betydelig innvirkning på den tjenesten [KoKom] er satt til å ivareta, [...] medisinsk nødmeldetjeneste og helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.[...] Med all offentlig spesialisthelse-

tjeneste samlet hos en enkelt eier vil mulighetene ligge vel til rette for å sikre et likt tjenestetilbud til hele befolkningen».

Regjeringsadvokaten, RA har pekt på «eventuelle skranker eller restriksjoner rettsreglene utgjør for gjennomføringen av de uttalte målsettingene». For den praktiske gjennomføringen mener RA det er uklart om det skal skje en direkte overføring av eiendomsretten til virksomhetene fra fylkeskommunene til helseforetakene, eller om det planlegges en toleddet prosess (med overføring fra fylkeskommunene til staten, som ved opprettelsen vil gjøre en fordeling til foretakene gjennom innskudd, jf. § 8 nr. 3 og § 51). En to-leddet prosess vil kunne få både praktiske og juridiske konsekvenser, og konsekvensene av begge alternativer må vurderes før endelig avgjørelse fattes. Når det gjelder det rettslige grunnlaget, legger *RA* vekt på at en tvungen overføring av samtlige eiendeler og rettigheter knyttet til spesialisthelsetjenesten er et inngripende vedtak. Omfanget av pliktene som pålegges bør gå klart fram av lovteksten. *RA* er enig i vurderingene og konklusjonen i forhold til Grunnloven § 105, men betraktningene bør komme klarere fram i lovforslagets § 47 første ledd.

Barneombudet «slutter seg til at staten overtar eierskapet av spesialisthelsetjenesten, samt de overordnede målsettingene og øvrige organisatoriske grepene i lovforslaget, med unntak av bestemmelsen i § 39».

3.3 Organisering i foretak

Generelt: Mange høringsinstanser støtter foretaksmodellen direkte eller indirekte, herunder de fleste brukergruppene 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/utredning om problemstillingene og en bredere drøfting av hvordan mål kan nås ved hjelp av modellen.

3.3.1 Brukergruppene

Få brukergrupper tar eksplisitt stilling til en foretaksorganisering, men en del ser ut til å støtte dette mer eller mindre implisitt. En del av bruker organisasjonene uttaler seg kritisk om foretaks organiseringen.

Landsforeningen for Hjerte og Lungesyke, LHL er «positiv til forslaget om at helseforetakene får status som egne rettssubjekt», men pasientombudsordningen må videreføres. Organisasjonen er «skuffet» over at forslaget verken drøfter eller foreslår hvordan «hensynet til brukermedvirkning skal ivaretas på systemnivå», og «krever» brukerrepresentasjon i styrene for begge foretakstyper.

Norsk forbund for Utviklingshemmede, NFU mener det bør være politisk representasjon i styrene. Det savnes vurderinger av hvordan «endringene vil virke inn på selve tjenestene». *NFU* ser at det kan være lite rasjonelt og kostnadskrevende å opprettholde spisskompetanse på alle felter «utover landet», men peker på hensynet til pasientene og deres sammensatte behov. Det fryk-

tes at «helheten blir borte» og det bes om at spørsmålene gis en ny og grundigere behandling i departementet.

Norges Handikapforbund, NHF hevder det er «bred enighet om behovet for endringer av betydelig karakter», og sier brukere må «gis reelle muligheter til å ta ansvar, til deltagelse og selvbestemmelse i hele prosessen[...]». Samarbeid med private organisert i aksjeselskap er imidlertid en «ansvarsfraskrivelse og en avvikling av virkemidlene som må til for å ivareta det overordnede ansvaret for helsetjenesten». *NHF* mener forslaget er for dårlig utredet. Pasientens nytte bør tillegges mer vekt og det bør legges fram en tilleggsmelding som utreder og analyserer alle viktige problemstillinger som må finne sin løsning sammen med valg av organisasjonsform.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, FFO er «positiv til et statlig totalansvar [...] som kan gi mulighet for bedre organisering, [men er] usikker på om modellen med helseforetak slik det beskrives i høringsnotatet gir grunnlaget for å få gjennomført de nødvendige endringer». Det kreves brukerrepresentasjon i styrene for helseforetakene og «i prinsippet også i» datterselskapene. *FFO* er «engstelig» for de uavklarte spørsmålene om finansieringsordninger for pasienter med kroniske lidelser og rehabilitering og påpeker at det «må arbeides videre med modeller og virkemidler som sikrer at nasjonale prioriteringer følges opp av helseforetakene». Kontroll- og tilsynsfunksjonen framstår også «noe uavklart» for organisasjonen.

Statens Eldreråd peker på at spesialisthelsetjenesten må være lett tilgjengelig og anbefaler at styrene har «en representant fra primærlegetjenesten og en representant for pasientene, samt at dette nedfelles i lov om helseforetak og datterforetak».

Norsk Revmatikerforbund mener de jevnlige brukere må «vises naturlig oppmerksomhet», og være representert i eventuelle framtidige styre «både på foretaks- og datterforetaksnivå.».

Norges Diabetesforbund «etterlyser bruker/pasientrepresentasjon [og finner det] spesielt påfallende at brukerne ikke er tiltenkt noen styrerepresentasjon når brukerperspektivet er løftet så høyt i notatet for øvrig».

Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri, LPP er skeptisk til bestemmelsen i § 39. Det er etter deres syn «ingen tvil om at denne paragrafen åpner for delprivatisering av spesialisthelsetjenesten». Det pekes på at det ikke er presisert hva slags samarbeid som kan inngås. De mener pasienter i psykisk helsevern vil komme dårlig ut i et system der «bedriftsøkonomiske hensyn» legger premissene for de prioriteringer som gjøres. Bestemmelsen bør etter deres syn strykes, alternativt bør psykiatrien eksplisitt holdes utenfor. I tillegg etterlyses en presisering av «bedre brukerorientering».

Mental Helse Norge «krever» også «fullverdig representasjon i styrende organer».

Norsk Epilepsiforbund understreker behovet for rehabilitering/habilitering og særlig oppfølging av epilepsipasienter.

Statens Råd for Funksjonshemmede innvender at prioriteringene under foretaksmodellen ikke lenger blir styrt gjennom politiske vedtak. En tydeligere framstilling av Stortingets og regjeringens rolle blir etterspurt. Det bes også om en grundigere dokumentasjon av hvordan tid- og ressurskrevende behandling blir prioritert.

3.3.2 Fylkeskommunene

Fylkeskommunene Vestfold, Østfold og Aust-Agder støtter i hovedsak den eierskapsreformen det legges opp til. Det pekes imidlertid på noen viktige problemstillinger i den forbindelse. Det må blant annet skilles mellom bestiller og utførerrollen og forholdet mellom helseforetak og datterforetak. Videre må styrerepresentasjon (tap av lokal ombudsmann) diskuteres nærmere. *Øvrige fylkeskommuner* foretrekker opprettelse av foretak på kommunalt eller fylkeskommunalt nivå som selvstendige enheter.

Argumenter mot reformen er blant annet:

- det er samfunnsinteresser som er «genuint helsepolitiske i sin karakter» som skal forvaltes, og modellen vil føre til en «avpolitisering» av en særdeles viktig samfunnssektor
- økt spesialisering og større funksjonsdeling kan skje raskere ved bruk av økonomiske virkemidler i form av avtaler med de enkelte sykehus
- mangel på alternative modeller
- mange av reformene er i ferd med å bli gjennomført i lokal/regional regi.

Kommunenes Sentralforbund, KS vil «primært tilrå at nåværende lovverk legges til grunn ved at det opprettes fylkeskommunale foretak/fylkeskommunale selskaper som selvstendige enheter for å ivareta en klarere ansvars- og rollefordeling mellom bestiller og utøver».

Dersom reformen gjennomføres er det i tillegg anført at:

- et eventuelt helseforetak må få fullt og udelt ansvar for å gi folk nødvendige spesialisthelsetjenester innenfor sitt geografiske område
- et eventuelt datterforetak for de respektive sykehus bør ligge i foretakets geografiske område og foretakets administrasjon utenfor sykehusene
- det er nødvendig med klar arbeidsdeling mellom foretaksnivåene med tilstrekkelig mandat for regionale foretak til å håndtere overordnet styring
- det må være handlefrihet i driftsspørsmål for datterforetak.

Noen fylkeskommuner har kommentert plasseringen av foretakene og går i hovedsak inn for ett i hver helseregion. *Fylkesmannskollegiet* mener regjeringen i lovproposisjonen må drøfte antall helseforetak, og hvordan disse skal inndeles geografisk. Videre bør Stortinget «inviteres til å drøfte spørsmålet». *Kommunenes sentralforbund* legger vekt på at «foretaksstyrene må få reelle innslag av lokal/regional tilknytning».

3.3.3 Kommunene

Et flertall av kommunene er hovedsakelig positive til statlig eierskap av spesialisthelsetjenesten. Enkelte kommuner, herunder *Meldal, Øvre Eikerog Nærøy* uttrykker imidlertid tvil om «de resultater som forespeiles» (Meldal). I stedet ønskes en videre utvikling av spesialisthelsetjenesten innenfor dagens eierskap.

3.3.4 Statens helsetilsyn og 10 fylkesleger

Det er bred enighet om viktigheten av å samle de forskjellige tjenestene på samme nivå. *Statens helsetilsyn* ser på tilsynsansvar for statlig virksomhet som en prinsipiell endring, og peker på at det må vurderes nærmere hvordan tilsynet skal innrettes, og hvilket nivå som skal være tilsynssubjekt i de ulike typer saker. Foretakenes ansvar for å fremme folkehelsen og motvirke sykdom bes

presisert. Departementet bes «for å unngå sammenblanding av roller, om å vurdere tilbakeholdenhet med konkrete anvisninger til tilsynsmyndighetene om hvilke deler av spesialisthelsetjenesten som bør underlegges tilsyn». Høringsnotatet gir, i følge Helsetilsynet, ikke tilstrekkelige føringer på hvordan nasjonale helsepolitiske mål skal nås gjennom helseforetak og datterforetak, og det bør derfor klargjøres nærmere hvordan ulike virkemidler skal vektlegges for å sikre en likeverdig helsetjeneste for alle. Videre vil «en organisering av spesialisthelsetjenesten i foretak og datterforetak gi store utfordringer i å samordne en overordnet statlig styring og et fristilt lokalt driftsansvar». Dessuten ønsker Helsetilsynet en klargjøring av de ulike virkemidlene for å sikre en likeverdig helsetjeneste.

Fylkeslegene etterlyser generelt en bredere gjennomgang av modellens konsekvenser for tilsynsmyndigheten. Det er enighet om behovet for en uavhengig stilling. Problemstillinger som trekkes fram er blant annet brukerperspektivet, befolkningens behov for innflytelse, samt svekkede muligheter for innsyn og kontroll med beslutningsgrunnlaget i foretaksstyrene.

Fylkeslegen i Troms mener høringsnotatet mangler en skikkelig analyse av hvorfor nettopp denne modellen er egnet for å oppnå helsegevinst, og savner drøftelser av mulige uønskede virkninger og internasjonale erfaringer. Det humanistiske perspektivet og verdiforankring vektlegges. *Fylkeslegen i Oslo* går inn for å gi fylkeslegene ansvaret for tilsyn med alt helsepersonell og helsetjenester som helseforetaket har ansvaret for og foreslår en regionalisering av tilsynet som samsvarer med regionaliseringen av spesialisthelsetjenesten. *Fylkeslegen i Sør-Trøndelag* tar opp spørsmålet folkevalgt styring. Modellen sees som bedriftsøkonomisk rasjonell men «brukerperspektivet, mulighetene for innsyn i og kontroll med beslutningsgrunnlaget i foretakenes styrer blir vesentlig svekket fra dagens situasjon». Det må vurderes hvordan befolkningens behov for innflytelse skal ivaretas.

3.3.5 Sykehus

Regionsykehusene og flere andre sykehus ser foretaksmodellen som bedre egnet til å styre en kompleks organisasjon som sykehus enn dagens forvaltningsmodell. Det har samtidig vært pekt på at foretaksmodellen kan gjennomføres uten statlig eierskap til sykehusene. *RiTØ* mener at foretakene ikke må funksjonsorganiseres. En del sykehus er for geografisk inndeling av datterforetakene (i motsetning til funksjonsinndeling). *Rikshospitalet* og *Det Norske Radiumhospital* mener at departementet må revurdere inndelingen mellom helseregion Sør og Øst. *Rikshospitalet* legger vekt på å gi det enkelte sykehus mulighet til selv å velge den mest hensiktsmessige organisatoriske struktur. Det bør skilles mellom mulighetene til å skille ut kjernevirksomheten og å etablere egne selskap på områder som ikke defineres som kjernevirksomhet. *Det Norske Radiumhospital* mener en eventuell utskilling av servicefunksjoner og støttefunksjoner må kunne gjøres slik at det skapes reell konkurranse i forhold til private selskaper som har overskudd som målsetting. Styrerepresentantene bør ha bred innsikt og forståelse for politiske prosesser.

3.3.6 Arbeidstakerorganisasjonene

Arbeidstakerorganisasjonene har forskjellig syn på foretaksorganisering.

Den norske Lægeforening, Dnlf støtter foretaksmodellen og utskilling av spesialisthelsetjenesten. Det legges vekt på klarere arbeidsforhold, mer selvstendige sykehus, bedre helsetjeneste for befolkningen og mer hensiktsmessig ressursbruk. Det forutsettes at det tas utgangspunkt i de medisinsk-faglige aspektene i helsetjenesten.

Den Norske Jordmorforening, DNJ ser at «innføring av helseforetak vil gi mulighet for styring etter overordnede rammer, og gi det enkelte sykehus anledning til å utvikle sin selvstendighet gjennom fullmakter». Det er «stort behov for reformer» innenfor «et av kjerneområdene i velferdsstaten». Men det «er helt avgjørende at de helsefaglige prioriteringer og avveininger danner grunnlaget for driftsmessige beslutninger». Det bør være faglig representasjon i styrene, og det må være et tett samarbeid med fagmiljøene. Det legges vekt på forskning og «faglig utviklingsarbeid». De ansattes rettigheter må sikres og ansvarsforholdene for fødestuene, som en del av spesialisthelsetjenesten, bør klargjøres.

Også *Norsk Psykologforening* støtter modellen, men peker samtidig på lavere effektivitetsgevinst på deres felt fordi behovet for nærhet til brukerne krever små enheter (datterselskaper).

De fleste andre organisasjoner ønsker i første rekke en videreføring av forvaltningsmodellen, og er meget skeptiske til en foretaksmodell med en fristilling av sykehus og øvrig spesialisthelsetjeneste til egne rettssubjekter. (*Landsorganisasjonen, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Helse- og Sosialforbund, Helseansattes yrkesforbund, Norsk kommuneforbund, Kommunalansattes Fellesorganisasjon, Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund, Lærerforbundet*).

De vanligste motargumentene er:

Svekket politisk innflytelse og kontroll; (betydelig) demokratisk underkudd; pulveriserte ansvarsforhold og ansvarsfraskrivelse; økt byråkrati; svekket lokaldemokrati; oppmerksomhet tas bort fra primærhelsetjenestens behov; uheldig konkurranse om pasienter og personell; ikke inntektsbringende pasienter blir «tapere»; det å «sørge for» tilgjengelige spesialisthelsetjenester for hele befolkningen er en «typisk forvaltningsoppgave».

Norsk Kommuneforbund og *Norsk Sykepleierforbund* opplever at bestemmelsen i § 39 åpner for en uønsket privatisering og krever paragrafen fjernet. Forbundet mener også at det må redegjøres nærmere for bestiller/utførerrollen i proposisjonen. Det uttrykkes dessuten skepsis til en fristillelse av enkeltsykehusene og øvrig spesialisthelsetjeneste til egne rettssubjekter.

Også *Norsk Helse- og Sosialforbund, Lærerforbundet* og *Helseansattes Yrkesforbund* uttrykker skepsis til § 39 og oppfatter den som en åpning for privatisering.

LO ønsker et forbud mot sykehusprivatisering. Sykehusfunksjoner bør derfor ikke kunne legges til et aksjeselskap. Det fryktes en uheldig og kostnadsøkende lønnsomhetskultur der legene og sykehusene kan utnytte et kunnskapsovertak på pasientene på statens bekostning. *LO* sekretariatet er også skeptisk til en fristilling av sykehusene og øvrige spesialisthelsetjenester.

Dersom foretaksmodellen først gjennomføres, foreslår *YS* og *Kommunalansattes Fellesforbund, KFO* å etablere datterforetak basert på funksjoner.

Få av disse organisasjonene har uttalt seg om styrerepresentasjon, men *Norsk Sykepleierforbund* mener «inntil» 1/3 krav om ansattes representasjon bør gjøres obligatorisk ved å kreve 1/3.

Norsk Helse- og Sosialforbund foreslår istedenfor et lovfestet organ med avgjørelsesmyndighet i saker mellom arbeidsgiver og arbeidstaker etter modell fra kommunelovens bestemmelser om administrasjonsutvalg.

YS ønsker bredt sammensatte styrever med generell kunnskap om samfunnet og lokal tilhørighet/kunnskap.

Enkelte ønsker egne datterforetak for sine tjenester. AMPY som organiserer 2/3 av ambulanspersonellet i Norge, foreslår for eksempel et eget datterforetak bestående av prehospitale tjenester i klinisk virksomhet, medisinske nødmeldetjenester, bil-, båt-, helikopter- og flyambulansetjenester, samt legevaktstjenester. AMPY mener dette vil gi bedre ressursutnyttelse, enhetlig(e) retningslinjer/prosedyrer/vedlikeholdsavtaler/driftsorganisasjon/behandlingsstilbud, standardisering av materiell, storbruksfordeler, samordnet informasjon og bruk av forsknings- utviklingsresultater. Modellen får støtte av YS og KFO.

3.3.7 Arbeidsgiverorganisasjoner

NAVO og *Næringslivets Hovedorganisasjon*, NHO støtter foretaksmodellen.

3.3.8 Andre

Regjeringsadvokaten, RA peker på at opprettelsen av foretakene «vil føre til en relativt markant økning av antallet selvstendige rettssubjekter som er underlagt statlig eierskap [og stiller] spørsmål om det er behov for å gjøre både helseforetak og datterforetak til selvstendige rettssubjekter. [Ingen av disse vil ha] som overordnet målsetting å redusere risikoeksponering eller akkumulere størst mulig overskudd.» Det er også viktig at målsettingen «vurderes i et nasjonalt perspektiv, og at man ikke lar regionale/lokale/økonomiske interesser gå på bekostning av helhetlige prioriteringer».

Når det gjelder avgjørelsesmyndighet og avgjørelsessystem støtter RA, under henvisning til ressursforbruk, antall særorganer og uklare kompetanselinjer, at man generelt bør være restriktiv til å opprette særorganer. Det bør vises forsiktighet med «å vedta en nemndsstruktur som skissert og samtidig full overprøvelse ved de alminnelige domstoler av alle de beslutninger som klagenemnda treffer.» RA har også en del praktiske merknader.

Norges Apotekerforening foreslår at apotekene organiseres som egne datterforetak i den enkelte helseregion.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling trekker i tillegg fram de økte mulighetene til å regulere legemarkedet.

Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon mener forslaget ikke gir «nye incentiver» som vil gi mer dynamikk og flere pasienter behandlet. Dersom stillingene i foretakene skal besettes av samme (type) personale under de samme eller lignende rammebetingelser, vil dette ikke løse dagens problemer uten forbedringer. Rammefinansiering og driftsavtaler bør for eksempel oppheves til fordel for betaling gjennom folketrygden, og det bør legges vekt på større og mer rettferdig konkurranse.

Sametinget mener «styret for de forskjellige helseforetakene må ha lokal/regional kompetanse og tilknytning [...]».

Kreftregisteret mener forslaget innebærer «flere faremomenter. Makten over sykehusene fjernes fra folkevalgte [...] og åpner for en kommersialisering». Modellen sammenlignes med NSB og Telenor, og det vises til erfaringer fra England og New Zealand. Det uttrykkes bekymring for et «todelt sykehusvesen der behandlingen av de enkle sykdommene tiltrekker seg privat kapital, mens de kroniske pasientene, som ingen ser noen profittmuligheter i, blir det offentliges ansvar under dårligere økonomiske vilkår».

Statens Råd for Funksjonshemmede sier en «innvending mot foretaksmodellen er at prioriteringane ikkje lenger vert styrt direkte gjennom politiske vedtak [...] Rådet ser her ein fare for at økonomiske vurderingar kan bli tillagt for stor vekt, med den følgje at for eksempel rehabilitering vert salderingspost».

Folkehelsa peker på at sykehusene «vil miste noen grad av uavhengighet siden de underlegges en ny ledelse i helseforetaket. [...] Forholdet mellom foretak og sykehus vil i sin tur avhenge av målstruktur og ansvarlighetskriterier som SHD definerer for de regionale helseforetakene i lover og framfor alt i kontraktene.[..D]ette viktige aspektet er utilstrekkelig beskrevet i høringsnotatet og [...] bør adresseres tidlig i den fortsatte prosess».

Barneombudet er «bekymret for den åpningen som gis i § 39 for privatisering av helsetjenester. [...] En åpning for private aktører som er unndratt demokratisk kontroll gjennom opprettelse av andre selskapsformer hvor statlige helseforetak inngår, vil etter Barneombudets oppfatning være i konflikt med artikkel 2 i FNs konvensjon om barnets rettigheter». Ombudet viser også til konvensjonens artikkel 24, og ønsker lovfestet at «minst to av styrets medlemmer har tilknytning til helsetjenesten for barn og unge i regionen. Videre må [...] et endelige forslaget ikke legge uheldige begrensninger på samarbeidsformer med andre tjenestetilbud for barn og unge».

3.4 Det sektorpolitiske ansvaret

Staten overtar eierskapet til de offentlig eide sykehusene sammen med det sektoransvaret fylkeskommunene har i dag. Dette innebærer at staten skal overta fylkeskommunenes plikt til å sørge for å dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, og inkluderer tjenester som fylkeskommunen i dag ikke har eierskap til (for eksempel private spesialister med avtale og private sykehus).

Generelt: De få brukergruppene som har uttalt seg konkret, er positive til et statlig sektorpolitisk ansvar. Blant fylkeskommunene er det imidlertid 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.

3.4.1 Brukerorganisasjonene

Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke, LHL mener det offentlige alltid skal «ha det overordnede ansvaret for å dekke befolkningens behov for helsetjenester», men det betyr ikke at det offentlige «alltid må være tjenesteyter». LHL

peker også på problemer med uklare ansvarsforhold i dag og mener *hele* spesialisthelsetjenesten må overføres staten.

Norges Handikap Forbund, NHF mener det offentlige må ha ansvar for å sørge for tilstrekkelige helsetjenester, og må derfor også «underlegges politisk innsyn og kontroll». Samarbeid med private organisert i aksjeselskap er imidlertid en «ansvarsfraskrivelse og en avvikling av virkemidlene som må til for å ivareta det overordnede ansvaret for helsetjenesten». NHF ser imidlertid ikke at det gis noe svar på problemene med pasientsikkerhet, pasientbehandling, finansiering og verdimessig forankring. Organisasjonen avviser forslaget som, etter deres mening, er for dårlig utredet. Pasientens nytte bør tillegges mer vekt, og det bør legges fram en tilleggs melding som utreder og analyserer alle viktige problemstillinger som må finne sin løsning sammen med valg av organisasjonsform.

3.4.2 Fylkeskommunene

Akershus har foreslått en overføring i to faser: Først til staten så fra staten til helseforetakene.

Hvilke sektorer som bør overføres staten dersom reformen gjennomføres, er imidlertid fylkeskommunene uenige om. Flere peker på at spørsmålene må utredes nærmere. Ikke alle har tatt endelig stilling.

Hovedtrekk er:

Oslo og *Vest-Agder* mener rusomsorg og barnevern bør overføres staten. Det samme mener *Sør-Trøndelag*, *Vestfold*, *Vest Agder* om familievern. *Nord-Trøndelag*, *Tromsog Vest-Agder* vil i tillegg overføre tverrsektorielt helsevern.

Nord-Trøndelag går også inn for statlig overtakelse av psykiatrien, ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten. *Hordaland* mener alle disse sektorer bør overtas av staten.

Aust-Agder vil overføre rusomsorg. *Østfold* derimot understreker at rusomsorg, barnevern og familievern «ikke hører sammen med spesialisthelsetjenesten» og eierskapet bør utredes.

Fylkesmannskollegiet «ser fordeler ved at den øvrige fylkeskommunale helse- og sosialtjeneste medfølger i en ev. ansvarsoverdragelse», men peker på behovet for bedre utredning av spørsmålet om statens ansvar.

3.4.3 Kommunene

Flertallet av kommunene, ønsker (eksplisitt eller implisitt) statlig overtakelse av også andre spesialisthelsetjenester enn nevnt i høringsnotatet (noen, som *Vanylven kommune*, ønsker et statlig «totalansvar»). Områder som nevnes spesielt er blant annet: legevaktsystemet, næringsmiddelkontrollen, smittevernsansvarlige leger og syketransport. *Sarpsborg kommune* understreker også «behovet for å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og sosialtjeneste (rusomsorg, barnevern og familievern etc)». *Suldal kommune* finner det «lite hensiktsmessig at ansvaret for rusvern og barnevern som ligger til fylkeskommunen i dag, fortsatt skal ligge til fylkeskommunen». I stedet bør det, i følge kommunen, overføres staten.

3.4.4 Sykehus

Haukeland sykehus legger vekt på at det grep som nå gjøres vil legge forholdene bedre til rette for en løsning av de sektorutfordringer vi står overfor.

3.4.5 Arbeidstakerorganisasjonene

Denne gruppen er stort sett enige om hvilke sektorer som bør omfattes av reformen. *Norges farmaceutiske forening* er fornøyd med at sykehusapotekene er tatt med, *NITO* støtter inkludering av laboratorie- og radiologiske tjenester. *Norske fysioterapeuters forbund* støtter statlig overtakelse av rehabiliterings- og habiliteringstjenestene. Flere (blant andre *Norsk sykepleierforbund*, *Legeforeningen*, *YS* og *Norsk Psykologforening*) ønsker at rusmiddelomsorgen omfattes av statlig eierskap.

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 fremtidig sektoransvar, eierskap og driftsform for tannhelsetjenesten. Tre alternative løsninger kan tenkes: Fortsatt fylkeskommunalt ansvar, kommunalt ansvar eller statlig ansvar. Av nærmere 300 høringssvar har omkring 65 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 de som anbefaler at sektoransvaret overføres til kommunene og de 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.

3.5.1 Statlig sektoransvar med foretak som driftsmodell

Høringsinstanser som har en klar mening om at tannhelsetjenesten bør overtas av staten, sier også at foretaksmodellen er å foretrekke og at overtakelsen må skje samtidig med spesialisthelsetjenesten. Statlig overtakelse anbefales av fire fylkeskommuner (*Nordland*, *Nord-Trøndelag*, *Rogaland* og *Vestfold*), tre kommuner, *Rikstrygdeverket*, *Statens helsetilsyn* og fem fylkesleger.

Arbeidstakerorganisasjonene for de største gruppene tannhelsepersonell; *Flerfaglig fellesorganisasjon*, *Norsk tannpleierforening* og *Den norske tannlegeforening* anbefaler også statlig overtakelse. Det samme gjør *Akademikerne* og *Den norske lægeforening*, *Universitetet i Bergen* og *Universitetet i Oslo* og *Norsk Pensjonistforbund*. De argumentene som brukes hyppigst er først og fremst hensynet til et likeverdig tjenestetilbud i hele landet til de etter loven prioriterte gruppene, og at dagens rekrutteringsproblemer i tannhelsetjenesten må løses på statlig nivå. Andre argumenter er nødvendigheten av oppbygging av faglig kompetanse, bedre samarbeid med utdanningsinstitusjoner og at det for små kommuner vil bli økende problem med å rekruttere tannleger. Det sies også at lov om helseforetak m.m. synes å tilføre tjenesten de muligheter som i dag mangler for å kunne gi et bedre tjenestetilbud.

Et annet gjennomgående argument er at det er ugunstig for tannhelsetjenesten å forbli den eneste helsetjenesten igjen i fylkeskommunen dersom staten overtar spesialisthelsetjenesten.

3.5.2 Kommuntalt sektoransvar for tannhelsetjenesten

De høringsinstansene som anbefaler overføring av tannhelsetjenesten til kommunene, synes å være klar over at mange små kommuner vil måtte samarbeide for å kunne tilby tannhelsetjenester pålagt etter lov om tannhelsetjenesten.

De store bykommunene Oslo, Bergen, Trondheim og Kristiansand anbefaler kommunal tannhelsetjeneste. Det samme gjør bl.a. *Buskerud fylkeskommune, Møre og Romsdal fylkeskommune og tre fylkesleger*. Argumentasjon for kommunal tannhelsetjeneste bygger på at tjenesten er å betrakte som en primærhelsetjeneste som kan sidestilles med allmennlegetjenesten. Flere av de som ønsker kommunalt sektoransvar foreslår deling der spesialisttannhelsetjenesten overføres til staten sammen med spesialisthelsetjenesten.

3.5.3 Fylkeskommuntalt sektoransvar for tannhelsetjenesten

Ca. 1/5 av høringsinstansene som uttaler seg om tannhelsetjenesten anbefaler at den inntil videre forblir fylkeskommunal, men de fleste tilføyer at de ønsker en grundigere vurdering av denne tjenesten før det tas en avgjørelse med hensyn til plassering. Bl.a fylkesmannskollegiet og seks fylkeskommuner (Sør-Trøndelag, Vest-Agder, Akershus, Østfold og Oppland) har dette synspunktet. Det kommer i flere av svarene fram at tannhelsetjenesten bør vurderes senere - i forbindelse med den samlede oppgavefordelingen. Noen peker på at dersom tannhelsetjenesten blir eneste helsetjeneste underlagt fylkeskommunen, er statlig eierskap å foretrekke.

3.5.4 Øvrige uttalelser om tannhelsetjenesten

Det er enkelte høringsinstanser som ikke har tatt endelig standpunkt til fremtidig forankring av tannhelsetjenesten. Disse peker på at staten bør ta et standpunkt til dette samtidig som for de øvrige tjenestene. Et annet synspunkt er at statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten vil tilsi at tannhelsetjenesten også bør overføres.

3.6 Personalets forhold

Rent *generelt* vises det til at enkelte høringsinstanser påpeker at forhold som til vanlig er regulert av avtaler mellom partene eller ved reglement, som for eksempel medbestemmelse, tilsattes deltakelse i ansettelsessaker og tillitsvalgtes rettigheter, burde vært omhandlet i høringsnotatet. Departementet vil ikke komme nærmere inn på dette, da slike forhold må finne sin løsning gjennom forhandlinger og samarbeid mellom partene i tråd med arbeidslivets tradisjoner.

Arbeidstakerorganisasjonene er i sine innspill opptatt av reformens faglige innhold med fokus på kvalitet, ansvarsforhold, etikk, god organisering og kostnadsstyring, rett person på rett plass mv. Disse høringsuttalelser er tatt

hensyn til og eventuelt omtalt i proposisjonen under de respektive faglige forhold.

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

Samlet sett er arbeidstakerorganisasjonene tilfreds med departementets forslag om tilknytning til én arbeidsgiverorganisasjon for alle helseforetak. Mange av organisasjonene ber om at avklaring mht. valg av arbeidsgivertilknytning foretas så snart som mulig. Enkelte av organisasjonene ønsker at arbeidsgivertilknytningen skjer slik at staten blir direkte motpart (*NSF*, *NHS*), eller ved at det etableres en egen arbeidsgiverorganisasjon spesielt for denne sektoren (*NKF*).

Arbeidstakerorganisasjonene er opptatt av at lønns- og arbeidsvilkår må opprettholdes innenfor nåværende standard eller bedre, og at det gis forpliktende føringer for dette. *NHS* er opptatt av at det ikke skjer en forskjellsbehandling ved at tre forskjellige tariffområder skal harmoniseres, og viser til at det kan være en fare for at det oppstår regional skjevfordeling. *NSF* mener at en overgang til det statlige avtaleverket ville virke positivt og bidra til å lette gjennomføringen av reformen. *Dnlf* mener at en vellykket reform er avhengig av et nytt avtaleverk, og at grunnleggende rettigheter og plikter må ivaretas sentralt, men at partene ellers må gis anledning til å tenke nytt.

Organisasjonene krever at medvirkning og innflytelse ivaretas på alle ledd i omorganiseringsprosessen, og at medbestemmelse bl.a. mht. hovedavtale, styrerepresentasjon, ansattes medvirkning i tilsettingssaker, er avklart i god tid før statlig overtakelse.

Samlet sett understreker organisasjonene at de ansattes pensjonsvilkår må opprettholdes eller styrkes, og at det er en forutsetning at dette klargjøres i lovproposisjonen (*LO*). Det fremheves at gjennomføringen av gode pensjonsvilkår må ha høy oppmerksomhet i arbeidet med sykehusreformen fordi uklarheter om denne delen av reformen vil skape uro og motstand hos berørte ansatte. Arbeidstakerorganisasjonene forstås slik at de ønsker å videreføre dagens ordninger for den avtalebaserte tidlig-pensjonsordningen AFP.

Enkelte av organisasjonene uttrykker tilfredshet med forslaget om at statsansatte får beholde fortrinnsrett til statsstilling og ventelønn i en overgangperiode. Flere av organisasjonene fremhever at ansatte innenfor den fylkeskommunale sentraladministrasjon vil stå i en særstilling, og krever garanti for at disse føres over til ny eier og garanteres et ansettelsesforhold.

Fylkeskommunen fastslår at ansattes rettigheter ved overføringen vil reguleres av arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse og forutsetter at ny eier vil opprettholde personalets lovfestede rettigheter i denne sammenheng. Det fremheves at personalet skal ha en korrekt og hensynsfull behandling.

Fylkeskommunen krever trygghet for arbeidsplassene i de nye foretakene. De fleste uttaler at alt personale knyttet til spesialisthelsetjenesten bør overføres. Ny eier (staten) vil måtte overta eventuell overtallighetsproblematikk for eksempel i forhold til ansatte innenfor fylkeskommunenes sentrale adminis-

trasjon. Disse ansatte må tilføres nødvendige midler til omstilling, omskoleing mv. ved at staten tar høyde for dette i forbindelse med gjennomføringen av reformen. De fylkeskommunalt ansatte må gis anledning til å medvirke ved omorganisering og omstrukturering av service og tjenestetilbud.

Enkelte fylkeskommuner er opptatt av at ansattes representasjon i styrer og utvalg ikke svekkes. Det uttales at ansatte må gis anledning til å beholde etablerte rettigheter som lån, pensjoner og forsikring. Én av fylkeskommunene viser til at det er etablert en rekke ikke avtalefestede rettigheter og særavtaler med organisasjonene, rettigheter som de ansatte må få beholde. En annen fylkeskommune mener at alle tariffavtaler må forhandles mest mulig fritt. *Oslo kommune* uttaler at staten må svare fullt ut for de rettstvister som måtte oppstå i forbindelse med reformen i forhold til de ansatte og organisasjonene.

Kommunenes sentralforbund oppfatter det som «avklart i høringsnotatet at dagens ansatte i de berørte virksomhetene automatisk blir overtatt av staten og ansatt i foretakene. Forutsatt at disse overtas av staten og deretter ansettes i foretakene, anser *KSO* overtakelsen av dette personellet som oversiktlig og i prinsippet uproblematisk». Det mener at staten må ta ansvaret for tilsatte som arbeider med oppgaver som fylkeskommunen ikke skal drive med lenger, eller som må nedbemannes pga. statens overtakelse. Staten må være tydelig med informasjon om reformen til de ansatte og nåværende arbeidsgivere.

KLP Forsikring uttaler i sin høringsuttalelse bl.a. at det samlede sykehusvesen er et felles arbeidsmarked med stor og ønsket mobilitet, både geografisk og mellom yrkesgruppene. Det vil også være en sterk grad av kobling mot den samlede kommunesektor og den øvrige stat. Etter deres oppfatning tilsier alt dette at det neppe kan være rasjonelt at pensjonsordningene for sykehusforetakene blir gjenstand for større omorganiseringer som en konsekvens av den forestående reformen.

4 Lov om helseforetak m.m.

4.1 Innledning

Ett av hovedelementene i denne organisasjons- og ansvarsreformen er foretaksorganisering. Spesialisthelsetjenesten m.m. foreslås organisert regionsvis i regionale helseforetak. Et regionalt helseforetak skal omfatte alle offentlige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten i et geografisk definert område, en region.

Det foreslås at de regionale helseforetakene skal tillegges ansvaret for å sørge for nødvendig spesialisthelsetjeneste m.m. til befolkningen i sin region. For å kunne ivareta dette ansvaret, kan et regionalt helseforetak enten yte tjenestene selv gjennom sine egne virksomheter, eller kjøpe dem fra andre offentlige tjenesteytere, eller fra private tjenesteytere. Et regionalt helseforetak kan stå for driften av virksomheten i regionen selv, eller det kan organisere virksomhetene i selvstendige datterforetak, det vil si som helseforetak.

Forslaget til lov om helseforetak inneholder organisatoriske bestemmelser som regulerer tilknytningsformene regionalt helseforetak og datterformen helseforetak. I høringsnotatet var det benyttet andre betegnelser på foretakene.

Siktemålet med denne tilknytningsformen er å kunne gjennomføre de nasjonale helsepolitiske målene med sterkere bruker/pasientorientering og større likhet og solidaritet i tjenestetilbudet. Tilknytningsformen som forventes å gi sterkere nasjonal, politisk styring og kontroll med den spesialiserte helsetjenesten, herunder særlig sykehusene, er utviklet for å kunne organisere driften av offentlig helsetjeneste på en effektiv måte gjennom klarere ansvars plassering og rollefordeling mellom eier og virksomhetene. Modellen gir også mulighet for et tydeligere skille mellom oppdragsgiver og gjennomfører av spesialiserte helsetjenester.

Tilknytningsformen er tilpasset en offentlig eid og finansiert helsetjeneste. Den forutsetter gjennomgående og fullt statlig eierskap til virksomhetene. Staten eier de regionale helseforetakene fullt ut og de regionale helseforetakene eier sine helseforetak fullt ut. De tjenestene som ikke organiseres som selvstendige helseforetak, drives direkte av det regionale helseforetaket selv.

Det foreslås at staten skal være fullt ut ansvarlig for de regionale helseforetakene og deres virksomheters økonomiske forpliktelser, og at foretakene ikke skal kunne gå konkurs. Ansvarsformen er et sentralt element i tilknytningsformen og skiller denne modellen fra aksjeselskapsformen. Samtidig som helseforetakene får en større grad av selvstendighet, sikrer tilknytningsformen offentlig innsyn og overordnet demokratisk styring gjennom det statlige eierskapet til de regionale helseforetakene.

I forslaget til lov om helseforetak er disse hovedprinsippene lagt til grunn:

- Loven fastsetter en organisatorisk ramme for statens eierskap til og ansvar for spesialisthelsetjenesten m.m.
- Loven forutsetter opprettelse av et begrenset antall regionale helseforetak

- som får ansvaret for spesialisthelsetjenesten m.m. innenfor sin region.
- Regionale helseforetak eies av staten alene.
 - Offentlig spesialisthelsetjeneste innen regionen kan ytes av helseforetak som eies fullt ut av det regionale helseforetaket.
 - Regionalt helseforetak og helseforetak er egne rettssubjekter.
 - Det skilles mellom eierskap og foretaksledelse.
 - Regionalt helseforetak og helseforetak ledes av et styre og en daglig leder som har selvstendig ansvar for virksomhetens drift og resultater.
 - Foretaksledelsen får betydelige fullmakter i den løpende driften av foretaket.
 - Eierstyringen er formalisert. Både departementet og regionalt helseforetak utøver sin eiermyndighet gjennom foretaksmøtet.
 - Departementet sikres innflytelse i saker av vesentlig betydning både i regionalt helseforetak og helseforetak.
 - Departementet sikres informasjon om virksomhetene og dermed også grunnlag for styring gjennom blant annet foretaksmøtene, årlige meldinger om virksomhetene og virksomhetenes langsiktige planer.
 - Regjering vil legge frem for Stortinget en nasjonal plan for helsepolitikken basert bl.a. på planene fra de regionale helseforetakene.
 - Det foreslås å etablere et eget rådsorgan for lokal og regional politisk innflytelse i planprosessen. Det foreslås at også Sametinget skal oppnevne et rådsorgan som skal ha innflytelse i planprosessen og som skal uttale seg om helsespørsmål som berører den samiske befolkning.
 - Det foreslås en bestemmelse om innhenting av pasient- og brukererfaring.
 - De ansatte sikres representasjon i foretakenes styrende organer tilsvarende representasjonsretten i aksjeselskaper.
 - Foretakene har egen økonomi adskilt fra statens.
 - Tilknytningsformen gir klar rollefordeling både med hensyn til ledelse og drift.
 - Offentlighetsloven, forvaltningsloven og arkivloven gjøres i all hovedsak gjeldende for foretakene.
 - Foretakene kan ikke gå konkurs.

Lovforslaget benytter begrepet foretak som et fellesbegrep for både regionalt helseforetak og helseforetak. Helseforetak er et datterforetak under regionalt helseforetak.

Lovforslaget regulerer tilknytningsformen helseforetak. Det regulerer forholdet mellom eier og foretaksledelsen og det innbyrdes forholdet i foretaksledelsen, det vil si mellom styre og daglig leder. Lovforslaget regulerer for øvrig ikke de interne organisatoriske forhold i virksomhetene. Lovforslaget regulerer således utøvelsen av statlig eiermyndighet, fastsetter foretakenes øverste ledelsesorganer, deres sammensetning, myndighet og saksbehandling. Fordi foretakene er egne rettssubjekter, må loven også inneholde enkelte regler om forholdet til kreditorene og andre medkontrahenter. Loven regulerer også de ansattes representasjon i foretakenes styrende organer.

Det vesentligste av den offentligrettslige reguleringen av spesialisthelsetjenesten er regulert i annen lovgivning, først og fremst lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m., se kapittel 5. De fleste øvrige lover som regulerer offentlige helsetjenester er foreslått endret tilsvarende endringene i spesialisthelsetjenesteloven.

Lov om helseforetak foreslås gjort obligatorisk i den forstand at det ikke vil være adgang for staten til å organisere eierskapet til den statlige spesialisthelsetjenesten på annen måte enn etter reglene i loven. Dette innebærer at det ikke vil være adgang til å organisere den statlige spesialisthelsetjenesten direkte under departementet som statsforetak, aksjeselskap eller forvaltningsorgan.

Forslaget til lov om helseforetak er først og fremst utarbeidet med utgangspunkt i lov 30. august 1991 nr. 71 om statsforetak. Ved utformingen av enkelte bestemmelser er det imidlertid tatt hensyn til nyere lovgivning på selskapsrettens område, men med tilpasning for særlige behov som gjør seg gjeldende for helsetjenesten.

Noen av høringsinstansene har uttalt at lovforslaget i hovedsak er en gjen-givelse av store deler av statsforetaksloven med noen særbestemmelser som ivaretar de særlige hensyn som gjør seg gjeldende innenfor spesialisthelsetjenesten. Det pekes videre på at hensynet til oversiktighet i rettssystemet tilsier at man er tilbakeholdende med å etablere nye selskapsformer. Disse høringsinstansene mener at det ikke bør gis en ny særlig selskapslov for helseforetak, men at virksomhetene innen spesialisthelsetjenesten, etter statlig overtakelse, kan organiseres etter statsforetaksloven. Til tross for at det er prinsipielt viktig å begrense omfanget av særlovene, har departementet kommet til at det er nødvendig å benytte en annen tilknytningsform for virksomhetene i spesialisthelsetjenesten enn den statsforetaksloven bygger på. Den foreslåtte loven har en rekke særbestemmelser som ikke er med i statsforetaket.

Dersom virksomhetene ble organisert som statsforetak, måtte departementet for det første utøve eierfunksjonen i samtlige virksomheter i spesialisthelsetjenesten som organiseres som helseforetak. Med det store antall virksomheter det kan være aktuelt å organisere som helseforetak, ville dette av praktiske grunner være umulig. Departementet mener at det derfor er nødvendig å organisere de virksomhetene departementet skal utøve eierfunksjon i, i et mindre antall helseforetak på regionnivå.

Det hadde i utgangspunktet vært mulig å organisere de regionale helseforetakene som statsforetak og helseforetakene som datterselskaper under statsforetakene. Statsforetaksloven åpner imidlertid ikke for at datterselskaper organiseres som statsforetak, de må organiseres som aksjeselskaper. Departementet mener at aksjeselskapsformen ikke er egnet tilknytningsform for de aktuelle virksomhetene, jf. forbudet i lovforslaget § 43 mot at foretak organiserer kjernevirksomhet som aksjeselskap. Departementet mener derfor at det for å kunne organisere spesialisthelsetjenesten i en foretaksmodell, er nødvendig å etablere en tilknytningsform som åpner for helseforetak på to nivåer.

Sykehus og andre virksomheter innen spesialisthelsetjenesteloven er blant de tjenestene som i særlig grad skal sikre befolkningens velferd. Derfor mener departementet det er et større behov for demokratisk styring av og kontroll med disse virksomhetene enn det som statsforetaksmodellen er utviklet for. Dette tilsier at det er nødvendig å etablere en ny, spesielt tilpasset tilknytningsform og regulere den i en særlov. Ved utviklingen av helseforetaksmodellen har departementet lagt vekt på å videreutvikle statsforetaksmodellens system for offentlig og demokratisk styring og kontroll med virksomhe-

tene. Dessuten har departementet ønsket å stille mer spesifikke krav til tjenestenes kvalitet. I forslaget til lov om helseforetak er dette blant annet sikret på følgende måte:

- Kravet om at viktige saker skal forelegges departementet er annerledes og mer omfattende enn i statsforetaksloven, jf. lovforslaget §§ 30, 31.
- Kravet om at salg av sykehusvirksomhet skal forelegges Stortinget, jf. lovforslaget § 32, utvider den politiske styringen og kontrollen utover statsforetaksloven.
- Forbud mot lånopptak uten at vedtektene setter rammer, jf. lovforslaget § 33, gir en mer omfattende politisk styring enn bestemmelsen om lånopptak i statsforetaksloven.
- Kravet om at styret skal utarbeide årsmelding og redegjørelse for oppfølgingen av de sektorpolitisk initierte kravene til virksomheten, jf. lovforslaget § 34, øker den politiske kontrollen.
- Kravet om at departementet årlig skal informeres om virksomhetens årsplaner, sikrer økt politisk kontroll og muligheter for styringsmessige inngrep, jf. lovforslaget § 34.
- Kravet om at regionale helseforetak skal ha et politisk basert regionalt rådsorgan, sikrer lokalpolitisk innflytelse i virksomheten, jf. lovforslaget § 35.
- Daglig leder pålegges en rapporteringsplikt, jf. lovforslaget § 39, som legger til rette for bedre internkontroll enn statsforetaksloven.
- Pasienter og andre brukere sikres innflytelse i virksomhetene ved brukerpåpanel, brukerråd eller tilsvarende organisering knyttet til foretakene, jf. lovforslaget § 36. En tilsvarende bestemmelse er ikke tatt inn i statsforetaksloven.
- Helseforetaksmodellen sikrer samarbeid med blant annet primær- og kommunehelsetjenesten, jf. lovforslaget § 42.
- Forbud mot at kjernevirksomhet organiseres som aksjeselskap, sikrer at sykehus skal være helseforetak og at det ikke kan organiseres som aksjeselskap slik statsforetak åpner for, jf. lovforslaget § 43.

Disse særlige bestemmelsene sikrer at helseforetaksmodellen er velegnet for organisering av sykehus og mer egnet enn statsforetaksmodellen.

Samtidig legger den, liksom statsforetaksmodellen, til rette for effektiv drift og bedre utnyttelse av de økonomiske ressursene. Det vil si at organisasjonsmodellen legger til rette for at pasienter og andre brukere kan tilbys mer omfattende og bedre tilpasset tjenestetilbud.

4.2 Gjeldende rett

Etter gjeldende rett er ansvaret for spesialisthelsetjenesten lagt på fylkeskommunene, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjeneste m.m.

Spesialisthelsetjenesteloven har ikke bestemmelser om tilknytningsformen mellom fylkeskommunen som eier og sykehus eller andre virksomheter. Det kreves ikke lenger at sykehus skal ha styre, slik sykehusloven krevde. 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.

Kommuneloven har bestemmelser om hva slags styringsorganer virksomheten kan ha. Hvis ikke annet er bestemt, er virksomheten en fylkeskommunal etat eller del av en etat. Fylkeskommunen kan bestemme at virksomheten skal styres av et fast utvalg etter kommuneloven § 10 eller et institusjonsstyre etter § 11. Virksomheten kan også organiseres som fylkeskommunalt foretak som reguleres i kapittel 11 i kommuneloven. Fylkeskommunalt foretak skal ha eget styre og en daglig leder. Fylkestinget skal fastsette egne vedtekter for foretaket. Fylkestinget velger styret, men de ansatte kan kreve å bli representert ved styremedlemmer som de selv har valgt. Styrets myndighet er i utgangspunktet tilsvarende styrets myndighet i et aksjeselskap, men fylkestinget kan begrense myndigheten gjennom vedtektene og gjennom instruks. Styret er direkte underordnet fylkestinget og daglig leder er direkte underordnet styret, ikke fylkeskommunens administrasjonssjef. I fylkeskommuner med parlamentarisk styringsform kan styret underordnes fylkesrådet.

Virksomhet organisert som fylkeskommunalt foretak blir en del av fylkeskommunen som juridisk person. Det innebærer blant annet at foretaket ikke får avtalerettslig partsstilling eller blir part i forvaltningssak eller overfor domstolene. Det vil ikke være noe skille mellom foretakets og fylkeskommunens økonomi. Ved omgjøring til foretak vil en virksomhet ikke bli tilført egenkapital. Budsjett og økonomiplan for sykehuset må vedtas av fylkestinget. 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 virksomhet innenfor spesialisthelsetjenesten som aksjeselskap. Aksjeselskapsformen kan også benyttes for virksomhet med allment samfunnsmessig formål og offentlig virksomhet som har som formål å realisere sektorpolitikk. Aksjeselskapsformen kan benyttes enten fylkeskommunen eier selskapet fullt ut eller sammen med andre. Andre eiere kan for eksempel være andre fylkeskommuner, staten eller private.

Lov 8. september 2000 om fylkeskommunale sykehusselskaper m.m., som ikke er satt i kraft, regulerer en tilknytningsform for fylkeskommunalt eide sykehus. Loven åpner for at fylkeskommunene organiserer sine sykehus som eneeide selskaper. I forbindelse med Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 25 (1999-2000) Om lov om fylkeskommunale sykehusselskaper m.m., behandlet Sosialkomiteen et mindretallsforslag om at offentlige sykehus ikke kan organiseres som aksjeselskap jf. Innst. O. nr. 88 (1999-2000). Hovedpunktene i loven er følgende:

- Tilknytningsformen er ikke obligatorisk.
- Sykehusselskap eies fullt ut av én fylkeskommune.
- Sykehusselskap er eget rettssubjekt.
- Sykehusselskap har egen økonomi adskilt fra kommunens økonomi.
- Sykehusselskap er ansvarlig for egen virksomhet.
- Loven gir formelt grunnlag for kontraktsstyring.
- Tilknytningsformen gir klar rollefordeling både med hensyn til ledelse og drift.
- Tilknytningsformen gir et klart og utvidet ledelsesmandat.
- Sykehusselskap ledes av styre og daglig leder som har selvstendig ansvar for virksomhetens drift og resultater.

- Eierstyring kan skje gjennom vedtekter, instruks eller avtaler.
- Eierstyringen er formalisert og skal skje gjennom selskapsmøte.
- Avgjørelser som er av vesentlig betydning for eier, skal styret forelegge for eier.
- Eier fastsetter overordnet formål og øvrige rammevilkår for styrets ledelse av sykehusselskap.
- Eier fastsetter budsjettet og kontrollerer sykehusselskapets økonomi.
- (Fylkes)kommunen inngår tariffavtaler for sykehusselskap.
- Fylkeskommunalt sykehusselskap kan ikke ta opp lån uten eiers medvirkning og statlig godkjenning.
- Fylkeskommunalt sykehusselskap kan ikke stille garanti (kausjon) for andres forpliktelser.
- (Fylkes)kommunen som eier er ansvarlig for sykehusets økonomiske forpliktelser.
- Fylkeskommunalt sykehusselskap kan ikke gå konkurs.
- Offentlighetsloven og forvaltningsloven gjelder for sykehusselskapets virksomhet.

Loven er ikke trådt i kraft og foreslås nå opphevet.

Fylkeskommuner kan også, sammen med andre fylkeskommuner, organisere virksomheten som interkommunalt selskap etter lov 29. januar 1999 nr. 6. Denne selskapsformen tilsvarer den eneeide selskapsformen fylkeskommunalt sykehusselskap, når man ser bort fra bestemmelsene som regulerer forholdet mellom eierne.

4.3 Formål, virkeområde, definisjoner og helseregioner

4.3.1 Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått en formålsbestemmelse som viser til formålsbestemmelsene i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Den sier at helseforetakslovens formål er å bidra til oppnåelse av de helsepolitiske målsettinger som er nedfelt der, ved å organisere den offentlige spesialisthelsetjenesten i regionale helseforetak. Lovforslaget skal videre legge til rette for at de regionale helseforetakene kan organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak. Høringsnotatets forslag til lov innebærer altså ikke en endring av de helsepolitiske målsettingene som er satt for spesialisthelsetjenesten. Å ivareta likhetsverdiene, sikre pasientens stilling og rettigheter i forhold til helsetjenesten, å sikre tjenestenes kvalitet og de andre målene som er nedfelt i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven, er de regionale helseforetakenes hovedoppdrag.

Lovens virkeområde er i høringsnotatet foreslått å være regionale helseforetak og helseforetak. Det er ikke foreslått noen regulering av lovens geografiske virkeområde. Regionale helseforetak er definert som foretak som eies av staten alene og som yter spesialisthelsetjenester, legger til rette for undervisning, forskning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette. Foretaket skal i henhold til definisjonsbestemmelsen være betegnet som regionalt helseforetak i stiftelsesgrunnlaget. Det er foreslått en tilsvarende definisjon av helseforetak. Helseforetak ble definert som foretak som eies av regionalt helseforetak alene og yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som står i en naturlig sammenheng med dette. I henhold til forsla-

gets § 3, skal også helseforetak være benevnt som helseforetak i stiftelsesgrunnlaget.

Høringsnotatets forslag innebærer at riket skal inndeles i helseregioner og at hver helseregion skal ha et regionalt helseforetak.

4.3.2 Høringsinstansenes syn

Det vises til kapittel 3 hva angår høringsinstansenes generelle syn på forslaget om å organisere spesialisthelsetjenesten i regionale helseforetak og helseforetak. Høringsinstansene hadde ikke vesentlige merknader til den konkrete utformingen av formålsbestemmelsene og virkeområde for loven.

Høringsinstansene har en rekke synspunkter på hvilke vurderinger og hensyn som skal legges til grunn for inndelingen i helseregioner. Forholdene i de sentrale østlandsstrøk er viet mye oppmerksomhet. Det er imidlertid ikke kommet konkrete merknader til at denne kompetansen legges til Kongen. De fleste fylkeskommunene støtter forslaget om at det skal være et regionalt helseforetak i hver helseregion.

4.3.3 Departementets vurdering

Departementet mener det er viktig at formålsbestemmelsen markerer at denne loven ikke endrer de helsepolitiske målsettingene som gjelder for spesialisthelsetjenesten. Helseforetaksloven fastsetter en organisatorisk ramme for det statlige eierskapet til, og ansvaret for, sykehus og andre institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten. Loven regulerer utøvelsen av statlig eierskap til disse institusjonene. Den har bestemmelser om foretakets øverste ledelsesorganer, deres sammensetning og kompetanse samt regler om forholdet til tredjemann. Det er viktig å markere forholdet mellom de organisatoriske bestemmelsene og de helsepolitiske målsettingene.

Henvisningen til formålsbestemmelsene i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven ivaretar disse hensynene. Basert på velferdsstatens verdigrunnlag, formulerer de to lovene de sentrale målsettingene for spesialisthelsetjenesten. Det foreslås organisatoriske virkemidler som etter departementets oppfatning på en bedre måte enn i dag ivaretar disse målsettingene. Dette legger til rette for overordnet nasjonal styring med den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Henvisningen til pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven viser videre at vesentlige deler av den offentligrettslige reguleringen av spesialisthelsetjenesten er å finne i andre lover.

Statens utøvelse av sitt eierskap til sykehusene og de andre delene av spesialisthelsetjenesten vil styres av de helsepolitiske målsettingene som angis i formålsbestemmelsen. Statens avgjørelser og prioriteringer skal fremme disse formålene. Det samme gjelder for ledelse i foretakene. Foretakene skal drive sin virksomhet på en måte som er egnet til å oppnå de gjeldende politiske målsettingene. Foretakenes formål er å yte likeverdige spesialisthelsetjenester av høy kvalitet til de som trenger det når de trenger det.

Bestemmelsene i lovforslaget §§ 2 og 3 avviker fra høringsnotatet uten at det er tilsiktet å gjøre noen materielle endringer i forhold til det som var foreslått der. Lovens virkeområde er i høringsnotatets lovutkast angitt som regionale helseforetak og helseforetak. Beskrivelsen av det materielle innholdet

med hensyn til hva regionale helseforetak og helseforetak er, var imidlertid å finne i definisjonsbestemmelsen. Departementet vurderer det som uheldig at definisjonene inneholder betydelige materielle bestemmelser. Grensene for hva som kan opprettes som regionale helseforetak og helseforetak samt angivelsen av hva som er å betrakte som foretak, er derfor flyttet til bestemmelsen om lovens virkeområde. Forholdet mellom lovens virkeområde i § 2, definisjonene i § 3 og §§ 8 og 9 om opprettelse av foretak, var også noe uklart. Ved å plassere bestemmelsene om at stiftelsesdokumentet skal betegne foretakene som henholdsvis regionale helseforetak og helseforetak til §§ 8 og 9 om stiftelse, klargjøres dette. Hvilke virksomheter som kan etableres som regionale helseforetak og helseforetak fremgår nå av § 2. Loven gjelder for slike virksomheter når de er betegnet som regionalt helseforetak eller helseforetak i stiftelsesvedtaket i henhold til §§ 8 og 9.

Det er bare staten som kan eie regionale helseforetak. For at en virksomhet skal kunne etableres som regionalt helseforetak, må den legge til rette for eller yte spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette. Tilsvarende er det bare regionale helseforetak som kan eie helseforetak. Det er et vilkår for at en virksomhet skal kunne etableres som helseforetak at den yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette. Å yte spesialisthelsetjenester kan sies å være foretakenes kjernevirksomhet.

Staten skal organisere sitt eierskap til spesialisthelsetjenesten som regionale helseforetak. Denne organisasjonsformen som lovforslaget etablerer gjøres obligatorisk for statens eierskap til spesialisthelsetjenesten, se forslaget til § 4 annet ledd. Dette innebærer at staten ikke kan eie virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og tjenester som står i naturlig forhold til dette som aksjeselskaper, statsforetak eller andre selskapsformer. Det vil heller ikke være anledning til å drive slike virksomheter som forvaltningsorganer. Kongen har plikt til å opprette regionale helseforetak i henhold til forslaget § 8. Regionale helseforetak har ikke plikt til å etablere helseforetak. De kan yte tjenestene selv. Dersom et regionalt helseforetak ønsker å organisere virksomhet det eier alene og som yter spesialisthelsetjenester eller tjenester som står i naturlig sammenheng med dette som selvstendig rettssubjekt, må det imidlertid gjøres som helseforetak. Loven åpner ikke for at andre organisasjonsformer benyttes for virksomheter regionale helseforetak eier alene og som yter spesialisthelsetjenester. Se i denne sammenheng forslaget til § 43 som regulerer foretakenes adgang til å benytte andre selskapsformer.

I høringsnotatet er det ikke foreslått noen bestemmelse om lovens geografiske virkeområde. Uten en særskilt bestemmelse om lovens anvendelse på Svalbard, vil denne antageligvis komme til anvendelse der, jf. Svalbardloven § 2. Spesialisthelsetjenesteloven som i hovedsak gir offentligrettslige reguleringer, kommer i utgangspunktet ikke til anvendelse på Svalbard, jf. Svalbardloven § 2. Kongen har imidlertid kompetanse til å bestemme at den skal komme til anvendelse der, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 tredje ledd. De regionale helseforetakenes plikt til å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester er knyttet til geografiske områder på fastlandet og følger av forslaget til endring av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Det vil derfor skape en meget uklar

rettslig situasjon om helseforetaksloven skulle gjelde for Svalbard. Lovgivningen om spesialisthelsetjenesten slik den gjelder for fastlandet passer heller ikke fullt ut for Svalbard. Både 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. Dette bør videre ses i sammenheng med spesialisthelsetjenestelovens anvendelse på Svalbard. Departementet har på denne bakgrunn tatt inn en bestemmelse om dette i lovforslaget § 2 fjerde ledd.

Lovforslaget regulerer to foretaksformer. En rekke av bestemmelsene skal gjelde både for regionale helseforetak og helseforetak. Departementet vurderer det som hensiktsmessig i disse tilfellene å behandle begge foretaksformene under ett ved å benytte begrepet foretak. Foretak er derfor i § 3 nr. 1 definert som regionale helseforetak og helseforetak. De samme hensynene ligger til grunn for definisjonen av eier i § 3 nr. 2.

Etter forslaget til endring i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, har det regionale helseforetaket ansvar for å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester knyttet til befolkningen i en helseregion. Det må derfor være et regionalt helseforetak i hver helseregion. Etter gjeldende rett skal Kongen i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 inndelegge riket i helseregioner. For å bedre sammenhengen i systemet, foreslår departementet at hjemmelen til å opprette helseregioner flyttes til helseforetaksloven § 4, og at det i samme bestemmelse fastsettes at det skal være et regionalt helseforetak i hver helseregion.

4.4 Forholdet til annen lovgivning

4.4.1 Forslagene i høringsnotatet

Høringsnotatet foreslår en bestemmelse som presiserer at enkelte lover som gjelder offentlig virksomhet skal gjelde for deler av foretakenes virksomhet og at enkelte andre slike lover ikke skal komme til anvendelse på foretakene.

Forslaget presiserer at forvaltningsloven skal gjelde for foretakenes virksomhet. Forslaget gjør unntak for personalsaker og beslutninger etter pasientrettighetsloven. Med unntak av dokumenter knyttet til personalsaker, foreslår høringsnotatet at offentlighetsloven skal gjelde for regionale helseforetak og helseforetak.

Det er foreslått at tjenestetvistloven og tjenestemannsloven ikke skal gjelde for foretakene.

Høringsnotatets forslag innebærer videre at det ikke kan åpnes gjeldsforhandlinger eller konkurs i regionale helseforetak eller helseforetak.

4.4.2 Høringsinstansenes syn

De fleste høringsinstansene har ikke konkrete merknader til forslaget om forvaltningslovens virkeområde. Unntaket fra dette er at flere av de ansattes organisasjoner mener helseinstitusjonene fortsatt bør organiseres innenfor forvaltningen. Dette innebærer indirekte at de er imot at personalsaker unntas fra reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven. Det medfører også at disse organisasjonene mener at tjenestetvistloven og tjenestemannsloven bør gjelde for

deres arbeidsforhold. Dette gjelder ikke Den norske lægeförening og Den Norske Jordmorforening som gir sin støtte til at helsetjenestene skilles ut av forvaltningen og er enig med forslaget i høringsnotatet om at foretakene og ikke staten bør være arbeidsgiver. Norsk Sykepleierforbund mener at det er meget betenkelig at de generelle saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven ikke skal gjelde for viktige personalsaker.

Når det gjelder forslaget til om offentlighetslovens anvendelse, uttaler Norsk Redaktörförening:

«Vi minner i denne forbindelse om at norsk offentlig sykehusvesen alltid har stått under direkte åpen politisk styring og kontroll, og vi ser det som naturlig at åpenhet rundt omkring helsevesenets viktigste institusjoner fortsetter som før uansett eierskap. Vi finner det derfor helt naturlig at lovutkastet i § 5 i forholdet til andre lover tar sikte på å opprettholde samme dokumentoffentlighet som gjelder for sykehusene i dag, ved at offentlighetsloven skal gjelde også for virksomheter etter lov om helseforetak.»

Redaktörföreningen er meget skeptisk til det foreslåtte unntaket for offentlighetslovens anvendelse på dokumenter som nevnt i offentlighetsloven § 6 nr. 4. Norsk presseforbund og Norsk sykepleierforbund uttaler seg i samme retning.

Høringsinstansene har ikke vesentlige merknader til forslaget om at det ikke kan åpnes gjeldsforhandlinger eller konkurs i foretakene.

4.4.3 Departementets vurdering

Helseforetakene og særlig de regionale helseforetakene vil selv om de tas ut av forvaltningen og gjøres til selvstendige rettssubjekter, i en del sammenhenger utøve offentlig myndighet. Departementet mener derfor at forvaltningsloven som hovedregel bør gjelde for deres virksomhet. Det kan være noe uklart om forvaltningsloven kommer til anvendelse for foretakene uten at dette presiseres, jf. forvaltningsloven § 1. Departementet vurderer på denne bakgrunn at dette bør avklares i helseforetaksloven og har foreslått en bestemmelse om dette i § 5 første ledd.

Forslaget om at spesialisthelsetjenesten tas ut av forvaltningen og at virksomhetene der etableres som selvstendige rettssubjekter, innebærer blant annet at foretakene får arbeidsgiveransvaret for de ansatte. Foretakene og deres ansatte tas ut av statens tariffområde og de ansatte vil ikke lenger bli å betrakte som tjenestemenn. Som en følge av dette bør ikke regler knyttet til tjenesteforhold i forvaltningen komme til anvendelse i forholdet mellom foretakene og de ansatte. Departementet foreslår derfor at tjenestemannsloven og tjenestetvistloven ikke gjelder for foretakene. Som en følge av at de ansatte i foretakene ikke er offentlige tjenestemenn, bør etter departementets vurdering, heller ikke alle bestemmelsene i forvaltningsloven gjelde i behandling av personalsaker. Forslaget til § 5 første ledd annet punktum innebærer at bare forvaltningslovens kapittel 2 og 3 gjelder i saker om ansettelse, oppsigelse og andre personalsaker. Dette innebærer blant annet at man ikke har klagerett i ansettelsessaker og at søkere til stillinger ikke har rett til innsyn i en utvidet søkerliste.

Forslaget til § 5 første ledd tredje punktum sier at departementet er klageinstans for enkeltvedtak foretakene treffer. Dette gjelder etter forslaget bare

når ikke annen klageinstans er fastsatt i lov eller forskrift. Slik departementet ser det, er det ikke en ideell løsning at departementet selv er klageinstans. Det er egnet til å skape rollekonflikter ettersom departementet teoretisk kan komme til å behandle klager på vedtak det selv har fattet i foretaksmøtet i regionalt helseforetak. Det planlegges for tiden omfattende endringer i den sentrale helseforvaltningen. Resultatet av omorganiseringen vil i høy grad påvirke vurderingen av hvilket organ som er best egnet til å behandle klager på foretakenes enkeltvedtak. Departementet foreslår derfor at et alternativt klageorgan kan utpekes i forskrift, se forslaget i § 5 første ledd fjerde punktum

Spesialisthelsetjenesten er grunnleggende i helse- og velferdspolitikken. Departementet mener at staten bør sikres kontroll med situasjonen dersom et foretak kommer i økonomisk uføre. Muligheten for at det kan åpnes konkurs og gjeldsforhandling i foretakene bør derfor avskjæres. Det samme gjelder slik departementet ser det, adgang til å ta arrest eller utlegg i foretakenes eiendeler. Forslaget til § 5 fjerde ledd bygger på disse vurderingene.

Departementet har i forslaget til § 5 tatt ut det unntaket fra offentlighetsloven i høringsnotatet som gjaldt personalsaker. Interessene knyttet til innsyn i foretakenes virksomhet er meget sterke, og foretakenes behov for å unnta dokumenter er tilstrekkelig ivaretatt i offentlighetsloven selv. Det foreligger etter departementets mening ikke tilstrekkelige grunner knyttet til foretakenes virksomhet til å etablere særskilt unntak fra offentlighetsloven.

Høringsnotatet drøftet ikke spørsmål knyttet til foretakenes arkiv. Det var ikke tatt inn forslag til bestemmelser om dette. Når staten omorganiserer virksomhet til foretak som tidligere har vært drevet som deler av fylkeskommunal og statlig forvaltning, vil det reise seg spørsmål om hvilke bestemmelser i arkivloven som kommer til anvendelse på foretakenes arkiv og arkivfunksjoner. Arkivloven har nemlig helt ulike regler for henholdsvis offentlige og private arkiver.

Reglene om privatarkiver omfatter i utgangspunktet ingen hjemmel til å regulere arkivskapers løpende arkivfunksjoner, og de vil ikke gi foretakene noen særskilt rettslig plikt til å ivareta behovet for en forsvarlig dokumentasjon av virksomheten for ettertiden. 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. De organisatoriske endringene som foreslås, påvirker ikke i seg selv det dokumentasjonsbehovet som foreligger.

Reglene for offentlige arkiver gjelder for offentlige organ, jf. arkivloven § 5. Arkivloven § 2 g definerer offentlige organ som «statleg, fylkeskommunal eller kommunal institusjon eller eining». Etter arkivlovens forarbeider er det ikke uten videre klart om foretakene vil falle inn under denne definisjonen. Departementet foreslår derfor at dette avklares i lov om helseforetak. Forslaget til § 5 siste ledd sier derfor at foretakene skal regnes som offentlige organer etter arkivloven § 2 g.

4.5 Foretakenes partsstilling og ansvaret for deres forpliktelser

4.5.1 Forslagene i høringsnotatet

Foretakenes selvstendige stilling kommer i høringsnotat til uttrykk blant annet ved at de er gitt alminnelig rettssubjektivitet. Forslaget innebærer altså at foretakene som selvstendig rettssubjekt selv skal være part i avtaler med private og offentlige myndigheter. Foretakene kan bli saksøkt og kan selv ta ut søksmål. I tillegg til partsstilling for domstolene vil foretakene kunne bli part i forvaltningssaker. Statens budsjett- og bevilgningssystem skal etter forslaget ikke gjelde for foretakene. Foretakene vil selv disponere sin kapital og sine inntekter.

Høringsnotatet foreslår at staten hefter fullt ut for de regionale helseforetakenes gjeld, og at de regionale helseforetakene skal hefte ubegrenset for gjelden til de helseforetakene det enkelte regionale helseforetaket eier. Det settes som vilkår for at kreditor kan kreve dekning hos henholdsvis regionalt helseforetak og staten for krav mot helseforetak og regionalt helseforetak, at det dreier seg om klar og forfalt gjeld. Videre foreslås regler om at kreditor først må sende to påkrav til det foretaket som er ansvarlig for forpliktelsen før krav rettes mot eier.

4.5.2 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene har ikke vesentlige merknader til den konkrete utformingen av de materielle reglene om foretakenes stilling som selvstendig rettssubjekt og statens ansvar for foretakenes gjeld. Det vises til kapittel 3 om høringsinstansenes overordnede syn på utskillelsen fra forvaltningen.

4.5.3 Departementets vurdering

Det har vært et siktemål med reformen at samtidig som staten overtar det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten, skal de regionale helseforetakene skilles ut fra forvaltningen. Dette har kommet til uttrykk i forslaget om foretakenes organisasjon og forholdet mellom eier og foretaksledelse. 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. Foretakene bør disponere sin egen formue og sine egne inntekter. Departementet vurderer videre at de ikke bør være underlagt statens budsjett og bevilgningssystem. For å ivareta disse hensynene innebærer forslaget til § 6 at foretakene blir egne rettssubjekter.

En naturlig konsekvens av at konkurs og gjeldsforhandlinger med videre er avskåret, se forslaget til § 5 fjerde ledd, er at staten er fullt ut ansvarlig for foretakenes forpliktelser. Forslag om dette er tatt inn i § 7. Bestemmelsen inneholder også nærmere vilkår for at kreditor kan gjøre ansvar gjeldende direkte mot staten. De samme vilkårene gjelder krav mot regionale helseforetak som er ansvarlig for forpliktelsene til helseforetakene de eier. Vilråene for å gjøre krav gjeldende mot eier er at kreditor i to omganger har satt fram påkrav med fire ukers frist mot foretaket.

Reglene som foreslås i § 7 har mye til felles med lov om interkommunale selskaper § 3 annet ledd og selskapsloven § 2-4 annet ledd. De avviker klart fra ordningen i statsforetaksloven. Staten hefter fullt ut, også for stasforetakenes gjeld. Ordningen for statsforetakene innebærer imidlertid at staten hefter indirekte. Statens plikt til å gjøre innskudd for å dekke kreditorene kommer først til anvendelse når statsforetaket er oppløst og det ikke er midler i foretaket til å dekke fordringshaverne fullt ut, se statsforetaksloven § 53 annet ledd. Departementet vurderer at kreditorene bør kunne rette sine krav direkte mot eier. Statsforetakslovens ordning innebærer at det kan ta lang tid før kreditor får dekning for sine krav ovenfor staten. Sykehusene har et omfattende beredskapsansvar. For å sikre at sykehusene til en hver tid får levert medisiner og annet utstyr, bør kreditor ha en relativt enkel tilgang til dekning av sine krav fra staten. Den ordning statsforetaksloven bygger på er etter departementets vurdering utilstrekkelig til å ivareta sykehusene behov for tillit i markedet.

4.6 Stiftelse og vedtekter

4.6.1 Forslagene i høringsnotatet

Forslaget til bestemmelser om stiftelse av foretak legger kompetansen til å stifte regionale helseforetak til Kongen. Når det gjelder kompetanse til å stifte helseforetak, legges den til det regionale helseforetakets styre. Kongen blir i forslaget pålagt plikt til å opprette regionale helseforetak. Det foreslås ikke noen plikt til å opprette helseforetak. Forslaget innebærer altså at de regionale helseforetakene har høy grad av frihet i forhold til hvordan de ønsker å organisere spesialisthelsetjenesten i sin helseregion. Samtidig uttales det i høringsnotatet at det vil være naturlig at i alle fall de større nåværende institusjonene innenfor spesialisthelsetjenesten videreføres som helseforetak.

Forslaget stiller parallelle krav til stiftelsesgrunnlaget til begge foretaksformene. Vedtaket om å opprette foretak skal inneholde foretakets vedtekter, bestemme styrets sammensetning, hvem som skal være foretakets revisor og angi eierens innskudd i foretaket. Kompetanse til å endre vedtektene etter at foretakene er stiftet, foreslås lagt til foretaksmøtet.

Det foreslås relativt omfattende krav til hva vedtektene i det minste skal regulere. Kravene til de to foretaksformene har mye til felles, men det er forskjeller på noen punkter.

I høringsnotatet er det lagt til grunn at alle foretakene skal ha samme arbeidsgivertilknytning. Hvilken arbeidsgiverforening foretakene skal være medlem av, skal etter forslaget bestemmes i vedtektene til de regionale helseforetakene.

Det blir foreslått at foretakene skal registreres i Foretaksregisteret.

4.6.2 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene har få merknader til at Kongen oppretter regionale helseforetak og til de beslutninger som må tas i forbindelse med stiftelse og kravene til vedtekter. Det samme gjelder for helseforetak.

Unntak fra dette utgangspunktet er særlig at mange av arbeidstakerorganisasjonene krever at alle foretakene skal være tilsluttet en arbeidsgiverforening.

I forbindelse med bestemmelsen om opprettelse av helseforetak uttaler Oppland fylkeskommune:

«Styret i helseforetaket (nå regionalt helseforetak) er gitt svært vide fullmakter til å beslutte organisering av sykehusstrukturen i regionene gjennom hvilke datterforetak (nå helseforetak) som blir etablert. Dette vil ha helsepolitiske virkninger. Vi savner en drøfting av alternative måter datterforetakene kan organiseres på. Fordeler og ulemper med å slå sammen grupper av sykehus i egne datterforetak er ikke drøftet i høringsnotatet.»

Vest-Agder fylkeskommune uttaler:

«Det gis støtte til at myndigheten til intern organisering legges til det enkelte helseforetak (nå regionalt helseforetak). Det vil være fordelaktig om de ulike helseforetakene prøver ut ulike modeller og høster ulike erfaringer.»

Brønnøysundregistrene uttaler:

«Det er et politisk spørsmål hvorvidt helsetjenester av denne type skal regnes som og behandles som næringsvirksomhet eller som en del av den statlige forvaltningsutøvelse. Vi noterer oss likevel at helseforetakene foreslås innført i Foretaksregisteret som frem til nå har vært og fortsatt bør være forbeholdt juridiske enheter som driver næringsvirksomhet. I denne sammenheng savner vi i høringsnotatet en gjennomgang eller drøftelse av de prinsipielle spørsmål som dette berører.»

4.6.3 Departementets vurdering

Lovforslaget etablerer to nivåer i organiseringen av eierskapet til den statlige spesialisthelsetjenesten, et regionalt og et lokalt nivå. På det regionale nivå etableres det et antall regionale helseforetak, se § 4. Det er de regionale helseforetakene som vil utgjøre hovedpilaren i departementets eierstyring av spesialisthelsetjenesten. Departementet foreslår derfor at Kongen pålegges en plikt til å opprette et regionalt helseforetak i hver helseregion, se § 8 jf. § 4. Utgangspunktet for modellen er at i hvert fall de større virksomhetene som yter spesialisthelsetjenester skal etableres som helseforetak. Det bør imidlertid slik departementet ser det, ikke etableres en plikt for de regionale helseforetakene til å opprette helseforetak. De regionale helseforetakene bør ha høy grad av frihet til å organisere spesialisthelsetjenesten i sin region. Det kan være forskjellige forhold i helseregionene som tilsier at forskjellige løsninger velges i de forskjellige regionene. Styret i de regionale helseforetakene er derfor i forslaget til § 9 gitt kompetanse, men ikke plikt til å opprette helseforetak. Forslaget innebærer at denne kompetansen ikke kan delegeres.

Det er foreslått regler om stiftelse i §§ 8 og 9. I forhold til høringsnotatet er bestemmelsene endret noe. Det er nå sagt at stiftelsesgrunnlaget uttrykkelig skal benevne foretakene som regionalt helseforetak eller helseforetak. Dette var i høringsnotatet bestemt i § 3. Endringen innebærer at loven kommer til anvendelse bare på foretak som i stiftelsesgrunnlaget er benevnt som regionalt helseforetak eller helseforetak. Dette er etter departementets oppfatning ikke en realitetsendring i forhold til høringsnotatet, men tydeliggjør sammenhengen mellom § 2 og §§ 8 og 9. Vedtaket om å opprette foretaket skal fastslå hvem som sitter i foretakets styre, herunder hvem som er styrets leder

og nestleder. Det skal bestemme hvem som er foretakets revisor og angi eierens innskudd i foretaket. Vedtaket skal også inneholde foretakets vedtekter.

Grunnloven § 19 lyder:

«Kongen vaager over, at Statens Eiendomme og Regalier anvendes på og bestyres paa den af Storthinget bestemte og for Almennevæsenet nyttigste Maade.»

Det har tidligere vært diskutert om Grunnloven § 19 begrenser adgangen til å plassere statsformue i foretak. Spørsmålet er drøftet i NOU 1991: 8. Der konkluderes det med at Grunnloven § 19 ikke er til hinder for slike foretaksdannelser så lenge regjeringen og departementet kan utøve kontroll med selskaps ledelse i foretaksmøtet. Forslaget i § 9 legger kompetansen til å etablere helseforetak til de regionale helseforetakene. Det kan så spørres om Grunnloven § 19 er til hinder for en slik ordning. Regjeringen og departementet kan i foretaksmøtet i regionalt helseforetak utøve kontroll med foretaksdannelser. Departementets eierstyring vil omfatte begge nivåene selv om det må gå via det regionale helseforetakene for å styre helseforetaket. Lovgivningspraksis åpner dessuten for slike løsninger, se statsforetaksloven § 2 som uttrykkelig sier at statsforetak kan ha datterselskaper. Det er på denne bakgrunn departementets vurdering at Grunnloven § 19 ikke er til hinder for den ordning lovforslaget legger opp til.

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. Vedtektene er et sentralt element i eierstyringen. Det er et mål at foretakets ledelse skal utøve den løpende ledelse av foretaket uten at eier går inn med eierstyring i forhold til enkeltsaker. Dette gjelder like mye for departementet som for de regionale helseforetakets eierstyring. Etter departementets oppfatning bør derfor kravene til hva som må angis i vedtektene være relativt omfattende.

Vedtektenes betydning som virkemiddel i eierstyring kommer særlig til uttrykk ved at helsepolitiske, utdanningspolitiske og forskningspolitiske målsettinger og oppgaver skal angis. Det regionale helseforetakets formål skal fastsettes i vedtektene. Den beskrivelsen av oppgavene som vedtektene utgjør, skal sette foretakets ledelse i stand til å styre foretaket i den retning eieren ønsker.

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. Helseforetakene bør etter departementets syn på samme måte som de regionale helseforetakene, kunne stå for den løpende driften av sin virksomhet uten hyppig innblanding fra eiers side. For å lykkes i dette stilles det krav til kvaliteten på de overordnede oppdragsbeskrivelsene eieren gir, og at foretaksledelsen lojalt følger eiers intensjoner.

I lovforslaget §§ 30, 33 og § 34 er det foreslått noen overordnede reguleringer av forholdet mellom eier og foretaksledelse. Praktiseringen av disse bør etter departementets vurdering tilpasses forholdene i det enkelte foretak. Her vil praktiseringen på de to nivåene kunne variere til dels betydelig. Også mellom de forskjellige helseforetakene vil det ut fra deres størrelse, kompleksitet

og den virksomheten de driver være variasjoner. Departementet foreslår derfor at det skal fastsettes nærmere bestemmelser om praktiseringen av bestemmelsene i §§ 30, 33 og § 34 i vedtektene.

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.

Vedtektene skal avklare en del rent administrative forhold. Dette gjelder blant annet foretakets navn, hvor foretaket skal ha sitt hovedkontor og hvor mange styremedlemmer foretaket kan ha. Dette er felles for de to foretaksformene. For de regionale helseforetakene, skal det bestemmes hvilken region det regionale helseforetaket har ansvar for. For helseforetak skal det angis hvilket regionalt foretak som er eier.

I høringsnotatet var det forutsatt at alle foretakene skal ha en og samme arbeidsgivertilknytning. I utkastet til § 10 nr. 12 slik den var formulert i høringsnotatet, var det tatt inn en bestemmelse om dette. På bakgrunn av høringsuttalelsene finner departementet grunn til å tydeliggjøre dette. Det foreslås derfor et nytt annet ledd i § 10 som presiserer dette. Det foreslås videre at Kongen i statsråd skal bestemme hvilken arbeidsgivertilknytning foretakene skal ha. Kongens beslutning skal nedfelles i vedtektene til de regionale helseforetakene. Vedtektene til de regionale helseforetakene må altså være likelydende på dette punkt. Foretaksmøtet i de regionale helseforetakene vil ikke kunne endre arbeidsgivertilknytningen uten at Kongen fatter vedtak om dette. I forslaget til § 11 nr. 11 kreves det at det bestemmes hvilken arbeidsgiverforening helseforetakene skal være medlem av. Det regionale helseforetaket har ikke adgang til å velge en annen arbeidsgiverforening enn den de selv er tilknyttet.

I de senere år har det blitt utviklet og lovregulert en rekke tilknytningsformer for organisering av offentlig virksomhet som heleide offentlige foretak/selskap. Slike tilknytningsformer er statsforetak, kommunalt foretak, interkommunalt selskap og fylkeskommunalt sykehusselskap.

De tre førstnevnte tilknytningsformene er først og fremst utviklet med tanke på organisering av offentlig næringsvirksomhet, men det er ikke noe til hinder for at tilknytningsformene også tas i bruk for virksomheter med sektorpolitisk målsetting som yter tjenester og som finansieres fullt ut av eier. Dette fremgår direkte i Ot.prp. nr. 53 (1997-98), se side 90 i de spesielle merknadene til § 1.

Den sistnevnte av de fire tilknytningsformene er utviklet for å organisere sykehus som ikke er næringsvirksomhet. I lov om fylkeskommunale sykehusselskap m.m. § 9 fremgår at sykehusselskap skal registreres i Foretaksregisteret.

Departementet har derfor kommet til at det er i best samsvar med tidligere lovgivningspraksis å foreslå at regionale helseforetak og helseforetak også skal registreres. Dette er foreslått i § 13.

4.7 Foretakets kapital

4.7.1 Forslagene i høringsnotatet

Høringsnotatet legger betydelig ansvar for foretakenes økonomi til styret. Dette ansvaret omfatter også ansvar for foretakets kapitalgrunnlag. Forslaget fastsetter at foretaket til enhver tid skal ha forsvarlig egenkapital, vurdert i forhold til virksomhetens omfang og risikoen ved virksomheten. Dersom egenkapitalen synker under nivået for hva som kan ansees som forsvarlig, pålegges styret en aktivitetsplikt med sikte på å rette opp situasjonen.

Kompetanse til å beslutte utdeling av foretakenes midler ligger til foretaksmøtet. Styret vil i henhold til forslaget spille en viktig rolle i den forbindelse. Styret skal foreslå eller samtykke til utdeling før vedtak kan fattes i foretaksmøtet.

4.7.2 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene har ikke vesentlige merknader til de materielle forslagene i § 14 og § 15.

4.7.3 Departementets vurdering

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. Sammen med forslaget til § 28 tredje ledd innebærer dette at styret tillegges ansvaret for foretakets økonomi. Etter departementets mening er dette av stor betydning for å ansvarliggjøre foretakene i deres økonomistyring

Styret må løpende vurdere om egenkapitalen holder et forsvarlig nivå. Hva som til en hver tid kan ansees som forsvarlig egenkapital, vil bero på en skjønnsmessig vurdering utfra omfanget av og risikoen ved virksomheten.

Det kreves at styret handler straks dersom egenkapitalen svekkes mot grensen for det forsvarlige. Styrets plikt består i å selv behandle saken. Det skal videre varsle eier innen rimelig tid, redegjøre for foretakets økonomiske stilling overfor eier samt foreslå tiltak som vil gjenopprette foretakets økonomi og bringe egenkapitalen opp til et forsvarlig nivå.

Det foreslås at foretaksmøtet får kompetanse til å treffe beslutning om disponering av foretakets midler. Det vil si overføring av verdier fra helseforetaket til det regionale helseforetaket, eller fra det regionale helseforetak til staten. Formålet med foretakenes drift er ikke økonomisk inntjening og overskudd, men å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen. I regionale helseforetak og helseforetak vil det etter departementets oppfatning derfor 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. Det vil for eksempel ikke være heldig om et helseforetak opparbeider en egenkapital som betydelig overstiger foretakets behov. De tilgjengelige ressursene skal benyttes der de gir største uttelling i forhold til å nå de helsepolitiske målsettingene. Det kan derfor i enkelte situasjoner være aktuelt å ta ut midler av et foretak for å omfordele de

tilgjengelige ressursene mellom foretakene. Dette vil særlig være praktisk i forholdet mellom de regionale helseforetakene og deres helseforetak. Skjev budsjettering og skjev utvikling av egenkapitalen i helseforetakene kan på denne måten rettes opp.

Det kreves ikke at de verdiene som overføres til eier, utgjør et regnskapsmessig overskudd av driften. Overføring av midler kan altså skje midt i regnskapsåret.

Det er allerede nevnt at kompetansen til å vedta overføring av midler er lagt til foretaksmøtet. I tillegg til kompetanseregelen gir bestemmelsen prosessuelle regler. Styret kan ta initiativ til at det foretas overføring av midler fra foretaket til eier. Initiativet behøver imidlertid ikke å komme fra styret. Eier kan i foretaksmøte ta initiativ til overføringen. Styret må i så fall samtykke i overføringen. Samtykket skal omfatte både at overføring finner sted og størrelsen på utdelingen. Foretaksmøtet kan bestemme at det ikke skal foretas utdeling når forslag om dette kommer fra styret. Vedtak om utdeling kan omfatte et mindre beløp enn styret har foreslått.

Styrets vetorett i disse sakene har sammenheng med det ansvar som styret har for foretakets økonomi. Etter departementets vurdering er den viktig for å gi styret tilstrekkelige muligheter til å ivareta dette ansvaret.

4.8 Foretaksmøtet

4.8.1 Forslagene i høringsnotatet

Foretaksmøtet er i følge lovforslaget i høringsnotatet foretakenes øverste organ. I foretaksmøtet i de regionale helseforetakene representerer departementet staten som eier og tar beslutningene. Tilsvarende vil det regionale helseforetaket fatte vedtakene i helseforetakets foretaksmøte. Eieren skal ikke ha noe direkte ansvar for den løpende driften av foretakene. Ansvaret for den løpende driften og kompetansen til å ta beslutninger knyttet til denne ligger hos foretaksledelsen. De foreslåtte bestemmelsene om foretaksmøtet innebærer derfor at eieren må treffe sine beslutninger i foretakets saker i foretaksmøtet og i de former som gjelder for dette. Eieren kan ikke utøve eierstyring i foretaket på annen måte. I relasjonen mellom departementet som myndighetsorgan og foretakene vil imidlertid departementet kunne utøve styring utenom foretaksmøtet. Eksempler på dette kan være at det gis forskrifter, fattes forvaltningsvedtak i enkeltsaker med videre.

Høringsnotatet foreslår bestemmelser om foretaksledelsens rett og plikt til å være tilstede i foretaksmøtet. Styrets leder og daglig leder har etter forslaget plikt til å møte i foretaksmøtene. Styrets medlemmer for øvrig har rett, men ikke plikt til å være tilstede i foretaksmøtet. Forslaget sier at foretakets revisor i noen tilfeller skal innkalles til foretaksmøtet. Det foreslås at Riksrevisjonen har rett til å være tilstede i foretaksmøtet i de regionale helseforetakene.

Lovforslaget i høringsnotatet legger kompetansen til å innkalle foretaksmøtet og bestemme innkallingsmåten til eieren. Som hovedregel skal foretaksmøtet innkalles med en ukes varsel, men eieren har rett til å innkalle foretaksmøtet med kortere varsel i enkelte tilfeller. Forslaget gir regler om innholdet i innkallingen og om saksbehandlingen i foretaksmøtet.

4.8.2 Høringsinstansenes syn

Riksrevisjonen har en del spørsmål og merknader til bestemmelsene om foretaksmøtet. Det spørres om det bør skilles mellom ordinære og ekstraordinære foretaksmøter slik som statsforetaksloven gjør i §§ 39 og 40. Riksrevisjonen mener det er uklart hvem som skal velge stedfortreder for styrets leder når lederen har forfall ved foretaksmøter. Det bør etter Riksrevisjonens oppfatning vurderes om det skal presiseres at revisor har møte- og talerett i foretaksmøtet.

Bedriftsøkonomisk Institutt uttaler:

«Når sykehusene skal fristilles fra detaljert fylkeskommunal styring må det ikke åpnes for detaljert statlig styring.».

Norsk redaktørforening uttaler:

«Norsk Redaktørforening antar at det beror på en forglemmelse at i den raske prosess som høringsnotatet har gjennomgått, at notat/lovforslag ikke inneholder noen bestemmelser om møteoffentlighet i styremøter og foretaksmøter.»

Redaktørforeningen sier videre at den forventer at det blir fremlagt forslag om regler for saksbehandling utfra prinsippet om åpne dører.

4.8.3 Departementets vurdering

Foretakets sentrale organer består i henhold til lovforslaget av foretaksmøtet, styret og daglig leder. De to sistnevnte utgjør foretakets ledelse, jf. § 20. Forslaget innebærer at foretaksmøte, styre og daglig leder er obligatorisk både i regionale helseforetak og helseforetak. Forslag til bestemmelser om foretaksmøtet som behandles i dette avsnittet er gitt i § 16 til § 19.

Lovforslaget bygger på en rollefordeling mellom eier og foretaksledelse som er gjennomgående i selskaps- og foretakslovgivningen. Et sentralt element i foretaksformen er at eierstyring bare kan utøves gjennom foretaksmøtet som er foretakets øverste organ, se forslaget til § 16. 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.

Eieren har altså ikke noen direkte kompetanse eller ansvar knyttet til den løpende driften. Det ligger likevel i foretaksmøtets overordnede karakter at det kan gi instruksjer og omgjøre styrets vedtak i alle saker. I tråd med Bedriftsøkonomisk Institutt sin uttalelse, mener departementet at dette bør være rettigheter av latent karakter. Eiers adgang til å styre i foretaksmøter bør bare brukes i tilfeller hvor det er nødvendig for å ivareta eiers overordnede ansvar og interesser. Dette gjelder både departementets og de regionale helseforetakenes eierstyring. Hvor det ikke er et tillitsforhold mellom eier og ledelsen i foretaket, bør det normale være at eier bytter ut styret, se § 25. Selv om departementet mener at eier skal være varsom med å gå inn i den løpende driften, kan det ikke tilrås at foretaksmøtets kompetanse reduseres. Dette ville bryte med det sentrale utgangspunkt at eier fatter beslutningene i foretakets øverste organ.

De foreslåtte reglene om foretaksmøtet medfører at eieren må treffe sine beslutninger i foretakets saker i bestemte former. Styrings signaler som eier

gir i kraft av sitt eierskap, er ikke bindende for foretakets ledelse dersom de er truffet utenfor foretaksmøtet.

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. Dette er det ikke nødvendig å gjøre i foretaksmøtet.

Det kan i denne forbindelse reises tvil om departementet yter bevilgninger til de regionale helseforetakene i kraft av sitt eierskap eller som myndighetsorgan. Spørsmålet om vilkår departementet setter for bevilgninger til regionale helseforetak utenfor foretaksmøtet binder foretakets ledelse, vil dermed kunne være tvilsomt. Departementet foreslår å avklare dette i forslaget i § 16 annet ledd. Etter den foreslåtte bestemmelsen kan det settes bindende vilkår for bevilgninger til regionale helseforetak uten at dette gjøres i foretaksmøtet. Det er viktig for ansvarsfordelingen mellom foretakets ledelse og departementet at de pålegg som departementet gir, har tilstrekkelig notoritet. I forbindelse med spørsmål om ansvar for styret, jf. § 46 vil det kunne være avgjørende om styret handlet etter pålegg fra eier. Det behov foretakets ledelse har for notoritet, vil etter departementets vurdering bli ivaretatt ved vedtaket om tildeling av midler.

Lovforslaget § 17 første ledd gir bestemmelser om hvem i foretakets ledelse som foruten eiers representant, har rett og hvem som har plikt til å være til stede under foretaksmøtet. Bestemmelsen innebærer at styreleder og daglig leder pålegges en personlig rett og plikt til å møte i foretaksmøtet. Møteplikten følger vervet og stillingen. Plikten kan ikke pålegges andre personer uten at det foreligger gyldig forfall. Riksrevisjonen påpeker at det er uklart hvem som velger styreleder og daglig leders stedfortreder. Den reguleringen som høringsnotatet foreslår bygger på reglene i statsforetaksloven og aksjeloven. Departementet vurderer at det ikke er nødvendig med mer utfyllende regler på dette punkt i forslaget til lov om helseforetak, enn det som gjelder i de to nevnte lovene. Styrets medlemmer har rett, men ikke plikt til å delta i foretaksmøtet.

Annet ledd gir foretakets ledelse rett til å uttale seg i foretaksmøtet. Retten til å uttale seg innebærer ikke rett til å fremsette forslag. Retten omfatter heller ikke rett til å kreve avstemning i helseforetakets foretaksmøte når det regionale helseforetaket representeres av styret.

Det er foreslått regler om innkalling til foretaksmøtet i § 18. Forslaget legger kompetansen til å innkalle foretaksmøtet til eier som også bestemmer innkallingsmåten. Innkallingen skal skje med minst en ukes varsel. Det kan gis kortere varsel når det i særlige tilfeller er nødvendig. De som har rett til å møte etter § 17 skal innkalles. Foretakets revisor skal innkalles når det er ønskelig med bakgrunn i de sakene som skal behandles. Departementet foreslår at det presiseres i § 18 at revisor har plikt til å møte i de tilfelle han eller hun innkalles. Revisor skal innkalles når Riksrevisjonene krever det. Riksrevisjonens rett til å være tilstede i foretaksmøtet er foreslått regulert i § 43.

For å sikre at de som skal delta i foretaksmøtet får anledning til å forberede seg, foreslås det at innkallingen skal angi hvilke saker som skal behandles. Dersom det vil bli foreslått endringer i vedtektene, skal innholdet i forsla-

get gjengis i innkallingen. Det foreslås at andre saker enn de som er gjengitt i innkallingen bare kan behandles dersom alle som har rett til å være tilstede etter § 17 samtykker i det.

Departementet vil ikke foreslå at det sondres mellom ordinære og ekstraordinære foretaksmøter. Styringsrelasjonen mellom eier og foretaksledelse i foretakene kan tilsi at det avholdes mer enn ett foretaksmøte i året, uten at det er noe ekstraordinært ved det. Det er heller ikke nødvendig å regulere når foretaksmøtet ordinært skal avholdes for å godkjenne regnskapene. Dette er bestemt i regnskapsloven § 3-1 første ledd.

Det er foreslått saksbehandlingsregler for foretaksmøtet som bygger på statsforetaksloven § 42. Forslaget fastsetter at styrets leder skal lede møtet og sørge for at det føres protokoll for foretaksmøtet. Dersom noen i foretakets ledelse er uenig i foretaksmøtets avgjørelser, skal deres mening protokolleres. Etter departementets vurdering er det særlig to hensyn som tilsier at det skal føres protokoll. Protokolleringen vil kunne ha betydning om det i ettertid blir spørsmål om ansvar for de beslutningene som fattes. I regionale helseforetak vil protokolleringen kunne være av betydning for statsrådets parlamentariske og konstitusjonelle ansvar for forvaltning av statens eierskap til foretaket. Hensynet til offentlighetens innsyn tilsier også at det skal skrives protokoll for foretaksmøtet.

Departementet vil ikke foreslå at det lovfestes en plikt til å åpne foretaksmøtet for offentligheten. Etter departementets vurdering ivaretas hensynet til offentlighet ved at offentlighetslovens bestemmelser kommer til anvendelse. Loven er heller ikke til hinder for at møteoffentlighet praktiseres, selv om det ikke er plikt til det etter loven.

4.9 Foretakets styre og daglige leder

4.9.1 Forslagene i høringsnotatet

Høringsnotatet definerer foretakets ledelse som styret og daglig leder. Styret skal i henhold til forslaget være et kollegialt organ som består av minst fem medlemmer og ha en leder og en nestleder.

I de regionale helseforetakene skal inntil en tredjedel og minst to av styrets medlemmer velges blant de ansatte. De resterende styremedlemmene velges av foretaksmøtet. Disse har en tjenestetid på to år med mindre noe annet er fastsatt i vedtektene. Styremedlemmer valgt av foretaksmøtet kan tre tilbake før tjenestetiden er ute, eller avsettes av foretaksmøtet. For de regionale helseforetakene skal minst halvdelen av de styremedlemmene foretaksmøtet velger ha tilhørighet til regionen.

Høringsnotatets utkast til bestemmelser om styrets sammensetning i helseforetakene avviker noe fra det som ble foreslått for de regionale helseforetakene. I helseforetakene er ikke styrerepresentasjon for de ansatte obligatorisk dersom foretaket har under 200 ansatte. Dersom helseforetaket har mer enn 30 ansatte, kan et flertall av dem kreve at de ansatte skal være representert i styret. Forslaget bygger på reglene om ansattes styrerepresentasjon i aksjeselskaper.

Styrets leder innkaller til styremøter så ofte som det trengs. Styremedlemmer kan i henhold til forslaget kreve at det blir innkalt til styremøte. Det er foreslått regler for saksbehandlingen i styremøtene.

4.9.2 Høringsinstansenes syn

En rekke høringsinstanser har uttalt seg om hvordan styrene bør sammensettes. De krever at styremedlemmene skal velges i kraft av å være representanter for bestemte grupper. I de fleste tilfellene mener høringsinstansene at deres krav bør nedfelles i lovverket. Statens eldreråd mener at en representant fra primærhelsetjenesten og en representant for pasientene bør velges. Norsk sykepleierforbund mener blant annet at styrene må besitte en bred faglig bakgrunn inkludert helsefaglig bakgrunn. Norsk forbund for utviklingshemmede mener det bør være politisk representasjon i styrene. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø mener at universitetene må ha representanter i de regionale helseforetakenes styre eller i hvert fall at styrene er besatt med vitenskapelig kompetanse. Den Norske Jordmorforening ser det som viktig at man sikrer faglig representasjon i de regionale helseforetakenes styre. Fylkeslegen i Oslo mener at fylkeslegene bør møte som observatør i styret. Etter Barneombudets oppfatning bør det lovfestes at minst to av styrets medlemmer har tilknytning til helsetjenesten for barn og unge i regionen. Barneombudet anser dette som nødvendige tiltak for å sikre at artikkel 24 i FNs konvensjon om barns rettigheter følges opp.

Til forslaget om regional forankring er det kommet uttalelser i forskjellig retning. Høringsinstansene er positiv til at krav til slik forankring lovfestes. En del mener at den regionale forankringen kunne vært sterkere. I den sammenheng mener flere at det bør være mer enn fem styremedlemmer.

Til styremedlemmenes tjenestetid uttaler Statens Eldreråd:

«For øvrig mener rådet at også styremedlemmer som ikke er ansatt i hhv. Helseforetaket (nå regionalt helseforetak) eller datterforetaket (nå helseforetak) skal tjenestegjøre mer enn 2 år, og at ikke alle styremedlemmene skiftes ut på en gang, jf. § 24 i lovforslaget. Dette for å sikre kontinuitet i styringen av både helseforetak og datterforetak. Tjenestetid på 4 år og utskifting av halvparten av styremedlemmene om gangen vil kunne ivareta nevnte hensyn. Dette bør stå i loven og ikke fastsettes i vedtektene.»

Fra sykehusene framheves det også at to år gir for liten kontinuitet i styrets arbeid.

De fleste organisasjonene for de ansatte har ikke merknader til forslaget om ansattes styrerepresentasjon. Norsk sykepleierforbund foreslår at de ansattes representasjon skal være en tredjedel, ikke inntil en tredjedel. De foreslår videre at de ansattes representanter velges av arbeidstakerorganisasjonene etter et forholdstallprinsipp. Norges farmaceutisk forening kan ikke slutte seg til at det i § 23 settes en grense på 30 ansatte, dersom dette innebærer at de ansatte ikke blir representert. Norges Ingeniørorganisasjon ber om at aksjelovens forskrifter gjøres gjeldende fullt ut ved valg av ansattes representanter til styrene.

4.9.3 Departementets vurdering

Departementet foreslår at foretakets ledelse skal bestå av et styre og en daglig leder. Forslag til bestemmelser og styrets sammensetning er gitt i §§ 20 til 27.

Forslaget i høringsnotatet legger opp til at styret skal være et kollegialt organ som, bortsett fra de ansattes representanter, velges av foretaksmøtet. Styremedlemmene skal ikke representere bestemte interesser eller grupper. Departementet mener at dette bør legges til grunn til tross for høringsinstansenes innsigelser. Bestemmelser om styrets sammensetning som skal gi alle interesser og grupper representasjon i styrene, ville være praktisk uhåndterbare. Det ville etter departementets vurdering være vanskelig å begrunne at enkelte av interessene skal representeres og andre ikke.

Å la enkeltgrupper og enkeltinteresser representeres vil dessuten stride mot ideen om styret som et kollegialt organ. Det vil likevel være åpent for å utpeke aktive politikere til styrene. Styredeltakelsen deres skal i såfall ikke være knyttet til en politisk posisjon. Styret skal i tråd med de gjeldende helsepolitiske målsettinger og etter eiers retningslinjer, fremme foretakets formål. For styrene i de regionale helseforetakene vil det si hele spesialisthelsetjenesten i helseregionene. I helseforetak skal målsettingene og de helsetjenester foretaket skal yte være nedfelt i vedtektene. For å sette styrene i stand til ivareta sine oppdrag på en god måte, er det nødvendig at de settes sammen på en slik måte at de har legitimitet i befolkningen. Det vil være eiers oppgave å velge styrer som skjøtter sine verv på en slik måte at de får tillit fra det brede spekter av interesser innenfor spesialisthelsetjenesten og fra samarbeidende etater og enheter.

Departementet mener at styrene i de regionale helseforetakene må ha forankring i den helseregionen de skal betjene. Det er viktig at styrene besitter kjennskap til regionen de skal betjene. Det foreslås derfor at alle styremedlemmene som velges av foretaksmøtet skal ha tilhørighet i regionene. I forhold til forslaget i høringsnotatet er dette en styrking av styrets regionale forankring.

De samme hensynene gjør seg ikke gjeldende i like stor grad for helseforetakene. Det er ikke nødvendigvis slik at de skal betjene bestemte lokalområder. Det kan slik departementet vurderer det, være aktuelt for de regionale helseforetakene å etablere bestemte funksjoner i helseforetak som skal betjene hele regionen. Det kan for eksempel gjelde ambulansetjenesten og andre funksjoner knyttet til prehospitalet medisin. Med tanke på den store variasjonen det kan være mellom helseforetak, finner departementet det uensiktsmessig å utforme lovbestemmelser om lokal forankring for styrene i helseforetak. En annen sak er at helseforetak som utgjør et typisk lokalsykehus, bør ha en styresammensetning som har kjennskap og tilhørighet til det lokale miljøet sykehuset skal betjene. De regionale helseforetakene forutsettes å ivareta dette ved valg av styrer til helseforetakene.

Departementet foreslår å opprette et regionalt rådsorgan som vil ivaretar hensynet til større innflytelse på foretakene fra regionen, se forslaget i § 35.

Det er fra høringsinstansene kommet synspunkter på at fem styremedlemmer vil være for lite. Hva angår regionale helseforetak er ikke departementet uenig i dette. Bestemmelsene om styrets sammensetning skal imidlertid også gjelde en rekke foretak av meget varierende karakter. I de mindre helseforetakene vil fem styremedlemmer være tilstrekkelig. Departementet fore-

slår derfor en bestemmelse som fastsetter at styret skal ha minst fem medlemmer. I foretak hvor de ansatte har representasjon i styret etter bestemmelsen i forslaget § 23 annet ledd, foreslås det imidlertid at helseforetaket skal ha minst syv medlemmer. Dersom det bare er fem medlemmer i disse styrene, vil de ansatte komme i flertall. Det er etter departementets oppfatning nødvendig å sikre at eier oppnevner flertallet av styremedlemmene. Det kan i det enkelte foretak bestemmes at det skal være flere medlemmer i styret. Det gjøres i såfall i vedtektene. Se i denne forbindelse forslaget til §§ 10 og 11 som setter som et minstekrav til vedtektene at de skal bestemme hvor mange styremedlemmer foretaket skal ha, eller hva det høyeste og laveste antall styremedlemmer kan være.

De samme hensynene som gjør seg gjeldende med hensyn til antall styrerepresentanter gjør seg også gjeldende i forhold til styrenes funksjonstid. Departementet foreslår derfor at den normale funksjonstiden skal være to år, men at det kan gjøres tilpasninger i vedtektene når det gjelder det enkelte foretak. Det vil være eiers oppgave å bidra til kontinuitet i foretaksledelsen.

Departementet foreslår at styremedlemmer når særlige grunner foreligger kan tre tilbake fra sine verv. På den andre siden foreslås det at foretaksmøtet til enhver tid kan avsette hele eller deler av styret. Sett fra eiers side er det nødvendig å ha full tillit til styret for å kunne utøve eierstyringen på en god måte. Dersom denne tilliten ikke lenger foreligger, vil det normale være at styret avsettes. Styremedlemmene på sin side tillegges ansvar for drift av foretaket. Dersom de mener at de rammevilkårene som eier setter er utilstrekkelige til å ivareta det oppdraget de er gitt, bør de kunne fratre før tjenestetiden er over.

Etter departementets vurdering gir ikke uttalelsene til høringsinstansene grunnlag for å foreslå endringer i forhold til høringsnotatet når det gjelder de ansattes styrerepresentasjon.

I forslaget til §§ 26 og 27 er det tatt inn en del regler om innkalling og saksbehandlingen i styret. Det er i utgangspunktet styrets leder sin oppgave å innkalle til styremøter. Andre styremedlemmer gis rett til å kreve at styret kalles sammen til møte. Det foreslås at daglig leder har rett og plikt til å være til stede og å uttale seg på styremøtene. Mer enn halvparten av styrets medlemmer må være tilstede for at styret skal være vedtaksdyktig. Det er i forslaget i § 27 i tillegg foreslått at minst en tredjedel av styrets medlemmer må støtte et forslag for at det kan vedtas. Bestemmelsen gir også enkelte andre avstemningsregler. Styremøtene ledes av styrets leder eller den styret velger i lederens fravær. Forslaget i § 26 siste ledd gir regler om protokollasjon.

4.10 Styrets oppgaver og kompetanse

4.10.1 Forslagene i høringsnotatet

Høringsnotatet legger opp til at styrets sentrale oppgave er å forvalte foretakene på vegne av eier, det vil si staten ved departementet i regionale helseforetak, og staten ved regionale helseforetak i helseforetak. Styret har det overordnede ansvar for oppnåelse av de helsepolitiske målsettingene som settes for foretaket, at virksomheten i alle ledd drives forsvarlig og at driften holdes innenfor de økonomiske og andre rammer som er satt.

De foreslås flere bestemmelser som skal regulere forholdet mellom styret i foretakene og statens styring som eier. Dette gjelder rammer for låneopptak, regler om at saker av vesentlig betydning skal legges fram for departementet, grenser for kompetanse til å beslutte salg av faste eiendommer, rapportering til eier og fremleggelse av planer. I de fleste tilfeller gjelder disse bestemmelsene også i forholdet mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene.

4.10.2 Høringsinstansenes syn

Utkast til § 30 i høringsnotatet om saker av vesentlig betydning, er viet en del oppmerksomhet fra høringsinstansene.

Norsk Pasientskadeerstatning uttaler:

«Det virker tilsynelatende noe forvirrende når eier (departementet) ikke kan utøve eiermyndighet utenom foretaksmøtet (§ 16) når § 30 bestemmer at saker av betydning må forelegges departementet før vedtak treffes. Men det står intet i § 30 om at departementet kan gi direktiver tilbake på henvendelsen. Det vil i tilfelle også være i strid med § 16. Merknaden på side 41, annet avsnitt er imidlertid oppklarende:

«Dersom departementet har innvendinger mot styrets forslag, kan det eventuelt gjennom foretaksmøtet foreta slike endringer det finner hensiktsmessig.»

Det kan imidlertid reises spørsmål om det ikke i § 30 bør inntas noen nærmere bestemmelser om den funksjon departementet her skal ha for å sikre styrets frie stilling i forhold til departementet som sådant.»

Regionsykehuset i Tromsø uttaler:

«De bindinger som legges på foretaket ved at departementet skal godkjenne enkelte vedtak fattet i foretaksstyret, svekker fristillingen, og synes unødvendig. Større grad av avgjørelsesmyndighet må legges til foretaksstyret.»

Rikshospitalet uttaler:

«Tolkningen av hvilke saker som er av betydning og som må fremlegges departementet må ikke uthule foretaksdannelsen.»

Riksrevisjonen peker på at det for en rekke andre foretak staten eier fullt ut er gitt retningslinjer for hvilke saker som må ansees som vesentlige i forhold til prinsipiell, politisk eller samfunnsmessig betydning. Riksrevisjonen foreslår at det vurderes om vedtekter av denne karakter også bør være aktuelle for foretak utover det som er nevnt i §§ 30 og 33.

Statens eldreråd peker på en inkonsistens i forholdet mellom § 30 og §§ 10 og 11 om henholdsvis regionale helseforetak og helseforetakenes vedtekter. Det er foreslått i minstekravene til vedtektene at det skal gis bestemmelser om hvilke saker eller typer av saker som skal legges frem for departementet i henhold til § 30. Statens eldreråd foreslår at § 30 sier at det *skal* gis vedtekter om dette, ikke *kan* som det gjør i høringsnotatet.

Til bestemmelsen om lån og garantier uttaler Rikshospitalet:

«Foretakets ramme for låneopptak (jf. lovutkastet § 32) må fastsettes slik at det sikres at foretaket får det nødvendige handlingsrom til å

foreta rasjonelle vurderinger mellom drift og investeringer, og de nødvendige fullmakter til å kunne ivareta et helhetlig ansvar for driften».

Til lovutkastet § 33 uttaler Oppland Fylkeskommune:

«Planen vil være bestemmende for utviklingen av det spesialiserte helsetjenestetilbudet i regionene i planperioden. Den vil også ha innvirkning på den regionalpolitiske utviklingen. Dette vil særlig gjelde i tilfellene hvor det planlegges omfattende endringer i sykehusstrukturen og i oppgavefordelingen sykehusene i mellom. For å sikre legitimitet og en god forankring av disse planene er det viktig at de regionale folkevalgte organene medvirker i planleggingen».

En betydelig del av de andre høringsinstansene gir uttrykk for lignende holdninger. Det er henvist til viktigheten av samarbeid med det lokale politiske nivå og primærhelsetjenesten, betydningen av at brukerne gis innflytelse og behov for faglige råd i forbindelse med utarbeiding av planene.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke uttaler:

«LHL er skuffet over at høringsnotatet verken har forslag til eller drøfter hvordan en helt ny modell for eierskap og drift av spesialisthelsetjenester skal ivereta hensynet til brukermedvirkning på systemnivå. [...] Brukerorganisasjonene forlanger reell innflytelse på prosesser og beslutninger som påvirker brukernes helse og livskvalitet».

Norges astma- og allergiforbund uttaler:

«NAAF er ikke fornøyd med at forslaget i liten grad behandler brukermedvirkning. NAAF er av den oppfatning at brukermedvirkning på systemnivå burde vært drøftet i høringsnotatet. Brukermedvirkning er et viktig virkemiddel for å gjøre helsetjenesten bedre og bør derfor implementeres på systemnivå i den videre prosessen».

Vest-Agder fylkeskommune uttaler:

«Ut fra de erfaringer Vest-Agder Fylkeskommune har som dagens utøver av sektoransvaret, presiseres det at det vil være viktig for staten som ny eier i hovedsak holder seg til de virkemidlene som ligger i eierstyringen, og at helseforetakene (nå regionale helseforetak) unngår at eier i tillegg styrer gjennom omfattende bruk av godkjenningsordninger, øremerkede midler og styring gjennom tilsyn. Terskelen for å ta i bruk slike styringsvirkemidler bør være høy, dersom intensjonene med reformen skal nås».

4.10.3 Departementets vurdering

Styrets hovedoppgaver

Departementets forslag til bestemmelser om styrets ansvar og kompetanse er tatt inn i §§ 28 til 36. De foreslåtte bestemmelsene skal som utgangspunkt gjelde både for regionale helseforetak og helseforetak med mindre noe annet er fastsatt. Den konkrete anvendelsen av reglene vil imidlertid kunne bli forskjellig, blant annet som konsekvens av at det er departementet som utøver eierstyring i regionale helseforetak, mens det er regionale helseforetak som utøver eierstyringen i helseforetakene. Departementet i egenskap av eier, forholder seg ikke direkte til de enkelte helseforetakene.

Forslaget i § 28 angir styrets sentrale oppgaver. Styret skal på vegne av eier forvalte foretakene. Det betyr at styret har det overordnede ansvaret for at virksomheten drives forsvarlig og ressursene utnyttes best mulig med sikte på å realisere de overordnede mål eier har satt for virksomheten. I denne forbindelse må styret fastsette budsjetter og virksomhetsplaner. Det er foreslått en særregel om virksomhetsplaner i § 34. Forslaget i § 28 legger sammen med § 14 ansvaret for foretakets økonomi til styret.

I regionale helseforetak omfatter styrets forvaltningsansvar også eierskapet til de underliggende helseforetakene, se forslaget i § 28 fjerde ledd. Ettersom disse er egne foretak med egne styringsorganer, vil forvaltningsansvaret her ha en overordnet karakter av eierstyring. En sentral oppgave vil være å sørge for at helseforetakene har et hensiktsmessig og forsvarlig sammensatt styre. I forhold til staten som eier er det styret i regionale helseforetak som er ansvarlig også for virksomheten i helseforetakene. Dette innebærer blant annet et ansvar for at virksomheten i helseforetakene er i samsvar med de overordnede rammer og mål staten har satt for virksomheten. Styret har også et overordnet ansvar for at foretakene oppfyller krav som den helserettslige lovgivningen setter.

Styret skal etter forslaget i § 29 føre oppsyn med daglig leder og kan fastsette instruks for daglig leder. Styrets overordnede ansvar innebærer at det har instruksjons- og omgjøringsrett i forhold til daglig leders disposisjoner.

Forholdet mellom styrets og eiers kompetanse

De regionale helseforetakene har et stort ansvar som utøver av statens helsepolitikk. Foretakene får sine inntekter ved bevilgninger fra staten og ikke ved næringsvirksomhet. Dette tilsier at det er tettere kontakt mellom departementet som eier og foretakets ledelse enn det som er vanlig i andre foretak staten eier. Det bør også etableres en kontaktflate mellom det regionale helseforetaket og de politiske miljøene i regionen. Uttalelsene til høringsinstansene som er referert over, viser at dette må balanseres mot hensynene til myndiggjøringen av det enkelte foretaket. Departementet har søkt å ivareta disse hensynene i forslagene i §§ 30 til 36.

I § 30 er det foreslått at vedtak i saker av vesentlig betydning for foretakets virksomhet og løsningen av de politiske målene skal treffes av foretaksmøtet i regionalt helseforetak. Dette er ikke en godkjenningsordning. Foretaksmøtet i regionalt helseforetak skal etter lovforslaget fatte vedtak i de aktuelle sakene. Det er imidlertid nødvendig at departementet gjøres oppmerksom på saker av denne typen. Slik ordningen var foreslått i høringsnotatet, la den opp til at saker av vesentlig betydning skulle forelegges departementet. Dersom departementet som eier ønsket en annen løsning enn den foretaket foreslo, måtte det innkalle foretaksmøtet for å instruere styret i det regionale helseforetaket. Dette er den ordningen statsforetaksloven bygger på, jf. statsforetakslovens § 23 annet ledd. Etter høringen har departementet kommet til at ansvarsfordelingen mellom styret og eier vil bli klarere dersom foretaksmøtet treffer vedtak i disse sakene når departementet har blitt forelagt saken.

Hva som er saker av vesentlighet, bør etter departementets mening reguleres nærmere i vedtektene. De store forskjellene som vil eksistere mellom foretakene, gjør det nødvendig å tilpasse dette til det enkelte foretak. I hen-

hold til forslagene i §§ 10 og 11 skal dette derfor reguleres i vedtektene. Regi-
onsykehuset i Tromsø mener at en godkjenningsordning i for høy grad ville
uthule foretakenes selvstendige stilling. Departementet er oppmerksom på at
det kan bidra til for høy grad av detaljstyring dersom for mange saker må
behandles i foretaksmøtet. Vedtektene vil bli utformet med sikte på å unngå
dette problemet.

Avhending og pantsettelse av foretakenes faste eiendommer har departe-
mentet vurdert å være av så stor betydning, at foretaksmøtet i regionalt helse-
foretak som utgangspunkt skal fatte avgjørelsen. Foretakenes bygninger og
tomter vil være avgjørende for foretakenes nåværende og fremtidige drift og
utgjøre den vesentlige delen av deres egenkapital. Salg eller pantsettelse av
disse avgjørende driftsmidlene bør derfor etter departementets mening,
beslattes av foretaksmøtet i de regionale helseforetakene. På denne måten
sikres det at departementet tar avgjørelsen om salg og pantsettelse. Det åpnes
i forslaget for at vedtektene kan gi foretakets ledelse kompetanse til å foreta
pantsettelse og salg hvor eiendommens verdi ikke overstiger et nærmere
bestemt beløp.

Etter konstitusjonell praksis kreves det i utgangspunktet samtykke fra
Stortinget for å kunne selge statens eiendommer. Det samme gjelder pantset-
telse, se Castberg, Norges statsforfatning, bind I, 3. utg. (1964) s. 99. Stortin-
get kan i tillegg til å gi samtykke i den enkelte sak, gi et generelt samtykke til
salg og pantsettelse innefor et avgrenset område. Hvor salget inngår som et
naturlig ledd i bestyrelsen av statens eiendommer, kan Kongen med hjemmel
i Grunnloven § 19 foreta salg uten Stortingets samtykke. Departementet antar
at Grunnlovens § 19 også gir hjemmel til salg av eiendom som staten eier indi-
rekte. Kongen har i foretaksmøtet kontroll over avgjørelsen, selv om salget
formelt foretas av foretaket. Det kan likevel være tvil om hva som inngår som
et naturlig ledd i bestyrelsen av statens eiendommer. Departementet mener
derfor at forslaget i § 31 må sees slik at Stortinget gir forhåndssamtykke til
salg og pantsettelse.

Eventuelle salg av sykehusvirksomhet vil kunne ha stor betydning for
utviklingen av spesialisthelsetjenesten og for foretakets oppnåelse av de poli-
tiske målsettingene. Salg av sykehusvirksomhet til andre enn foretak vil
videre kunne bidra til privatisering av spesialisthelsetjenesten. Derfor er det
etter departementets oppfatning, nødvendig å sikre at saker om salg av syke-
husvirksomhet til andre enn foretak undergis en betryggende politisk behand-
ling på nasjonalt nivå. På denne bakgrunn foreslår departementet at vedtak om
salg av sykehusvirksomhet skal fattes av foretaksmøtet i regionalt helsefore-
tak. Det foreslås videre at foretaksmøtet ikke kan fatte slikt vedtak uten Stor-
tingets samtykke. Forslag til lovbestemmelse om dette er tatt inn i forslaget til
§ 32. Forslaget vil innebære en prosessuell skranke mot privatisering av syke-
husvirksomhet. Sammen med forslaget til § 43 om ansvarsformer for virksom-
heter eid av foretak innebærer lovforslaget omfattende lovmessige skranke
mot privatisering av spesialisthelsetjenesten. For overføring av sykehusvirk-
somhet mellom foretak gjør ikke disse hensynene seg gjeldende. Forslaget
innebærer derfor ikke at slik overføring må godkjennes av Stortinget i hen-
hold til forslaget i § 32. Overføring av sykehusvirksomhet kan gjøres etter for-

slaget i § 51, men vil ofte være en sak av vesentlig betydning som må forelegges departementet i henhold til forslaget til § 30.

I forslaget til § 33 fastsettes det som utgangspunkt at foretakene ikke kan ta opp lån uten at det er gitt bestemmelser om dette i vedtektene. Det sies imidlertid at det skal fastsettes en låneramme for foretakene i vedtektene. Den lånerammen som fastsettes i vedtektene til et regionalt helseforetak, gjelder for dette og alle helseforetakene det eier. Det vil si at regionale helseforetak må fastsette lånerammer for sine helseforetak som til sammen holder seg innenfor det regionale foretakets egen låneramme. Det foreslås videre et forbud mot at foretakene kan stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser. Bestemmelsen har sammenheng med at staten hefter fullt ut for foretakenes gjeld, jf. forslaget i § 7. Etter departementets mening bør eier derfor sette en ramme for de gjeldsforpliktelser foretakene kan pådra seg ved låneopptak.

Grunnloven § 75 b sier at det «tilkommer Stortinget ... at aapne Laan på Rigets Kredit». Grunnloven § 75 b innebærer som utgangspunkt at Stortingets medvirkning er nødvendig når staten skal ta opp lån eller stille garantier. Bestemmelsen innebærer ikke at det settes strenge skranker for Stortingets adgang til å gi andre rett til å ta opp lån og stille garantier. Statsforetaksloven § 5 gir for eksempel statsforetakene hjemmel til å ta opp lån innenfor visse rammer. Staten er indirekte ansvarlig for å dekke foretakenes forpliktelser dersom de ikke har midler til det selv, se statsforetaksloven § 12, jf. §§ 51 og 53. Forslaget i § 32 og § 7 i lovforslaget her går etter departementets vurdering ikke lenger i å gi andre rett til å ta opp lån enn det som ellers har vært vanlig. Det vises for øvrig til drøftelsen i NOU 1991:8.

Regionale helseforetaks planer

Departementet er enig med Vest-Agder fylkeskommune i at det bør være en høy terskel for bruk av andre styringsvirkemidler enn de som er knyttet til statens nye posisjon som eier. Departementet ønsker derfor ikke å videreføre dagens ordning med regionale helseplaner som vedtas av departementet som myndighetsorgan. På denne bakgrunn foreslår departementet å oppheve spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 og de øvrige bestemmelsene om regionale helseplaner. Det vises til kapittel 5 hvor dette er drøftet. I departementets nye rolle som eier og direkte finansør av spesialisthelsetjenesten, vil departementet ha behov for grundig kjennskap til de regionale helseforetakenes planer. Dette er en forutsetning for at departementet skal kunne utøve en aktiv og langsiktig eierstyring. Departementet må se de regionale helseforetakenes planer i forhold til hverandre og gjøre de nødvendige prioriteringer mellom dem. Dette vil for eksempel ha betydning i forbindelse med foretakenes utbyggingsplaner og fastsettelse av lånerammer i henhold til forslaget i § 33. Kunnskap om planene for virksomheten vil videre være avgjørende for departementets arbeid med statsbudsjettet og forholdet til Stortinget for øvrig.

For å ivareta departementets behov for kunnskap om helseforetakenes langsiktige planlegging, foreslår departementet i § 34 at de regionale helseforetakene hvert år skal utarbeide en melding til departementet som inneholder de regionale helseforetakenes plan for virksomheten i de kommende år. Meldingen skal også redegjøre for virksomheten i året som har gått. Meldingen skal omfatte det regionale helseforetaket og de helseforetakene det eier.

Bestemmelsen i lovforslaget § 34 pålegger således de regionale helseforetak en informasjonsplikt overfor eier. På denne måten skal departementet settes i stand til å vurdere de regionale helseforetakenes ivaretagelse av krav departementet har stilt til dem, og se foretakenes langsiktige behov i forhold til virksomheten slik den drives på det aktuelle tidspunktet. Vedtektene skal gi nærmere bestemmelser om meldingens innhold og fremleggelse, se forslaget i § 34 tredje ledd og § 10 første ledd nr. 9.

De regionale helseforetakenes planer vil danne grunnlag for departementets arbeid med, og forslag til, statsbudsjett. Departementet vil videre utarbeide meldinger til Stortinget basert på planene. På denne måten kan man sikre nasjonal, politisk innflytelse og kontroll med utviklingen av og styringen med spesialisthelsetjenesten.

Rådsorganer og brukerinnflytelse

Det er en viktig forutsetning for forslaget om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten at virksomhetene tas ut av forvaltningen. Samtidig vil de regionale helseforetakenes planer som Oppland fylkeskommune påpeker, være viktig for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i helseregionene. Den vil også ha stor betydning for andre sektorer som samarbeider nært med spesialisthelsetjenesten. Departementet ser det, på samme måte som flere av høringsinstansene, som viktig at lokale og regionale politiske myndigheter gis mulighet til å kunne påvirke planlegging og den videre utvikling av tjenestene innen spesialisthelsetjenesten. Særlig vil departementet trekke frem behovet for å sikre kommunale myndigheters muligheter til å styrke sammenhengen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende kan det være av betydning at fylkeskommunene medvirker, bl.a. fordi de fortsatt vil ha et ansvar for sosialtjenester. Dette er viktige samarbeidsaktører for spesialisthelsetjenesten med sikte på å tilby brukerne et helhetlig behandlingstilbud. På denne bakgrunn foreslår departementet i lovforslaget å opprette et regionalt rådsorgan, se forslaget til § 35 første ledd. Det lovfestes i henhold til forslaget at de regionale helseforetakene skal innhente råd fra de regionale rådene i sin planlegging av virksomheten. Det vil si i forbindelse med utarbeidelse av planen som skal tas inn i meldingen til departementet i henhold til forslaget § 34. De regionale rådene skal med andre ord ha en rådgivende funksjon knyttet til spørsmål om regionenes behov for spesialisthelsetjenester og prioritering av de ulike tjenestene. Belysning av problemstillinger i grenseflaten mot de samarbeidende tjenestene vil bli ett av rådenes mest sentrale oppgaver. Det vises i den forbindelse til foretakenes plikt til samarbeid i forslaget til § 42. Rådene har ingen rolle i forbindelse med foretakenes gjennomføring av sine planer. Foretakene er her bare underlagt eiers styring. Noe annet ville komme i strid med forutsetningen om at spesialisthelsetjenesten tas ut av forvaltningen og de regler for styring av foretakene som ligger i forslaget. Dette er imidlertid ikke til hinder for at regionale helseforetak forelegger andre viktige saker for rådet før endelig vedtak fattes.

Sametinget etterspør i sin høringsuttalelse ordninger som ivaretar den samiske dimensjonen i spesialisthelsetjenesten. Det uttaler: «Sametinget har erfaring med at for stor sentralisering av myndighet ofte fører til at det samiske perspektivet blir nedprioritert.» ... «Siden målet med reformen er å legge grunnlaget for at helsetjenesten kan gjøres bedre sett fra pasientenes ståsted, ser Sametinget at de samiske behov kan bli bedre ivare tatt ved refor-

men av spesialisthelsetjenesten.» Departementet mener at den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten åpner for nye muligheter for å ivareta Sametingets ønsker. Sametinget bør få en posisjon som gir innflytelse over helsetjenesten som ytes til den samiske befolkningen. Departementet foreslår at Sametinget oppnevner et råd som skal ha en rådgivende funksjon for foretakene i utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum, se forslaget til § 35 annet ledd. Rådet skal uttale seg om helsespørsmål som berører den samiske befolkningen og arbeide i forhold til alle de regionale foretakene. Rådets funksjon og stilling vil i hovedsak tilsvare de regionale rådsorganenes.

Nærmere bestemmelser om de regionale rådsorganenes funksjon, oppnevning og sammensetning vil bli gitt i forskrift, se forslaget til § 35 tredje ledd. Etter departementets vurdering er det ikke hensiktsmessig å benytte eierstyring i denne forbindelse. Ved å gi bestemmelsene i forskrift sikres de interesserte partene mulighet til å påvirke løsningen av spørsmålet i den ordinære høringsrunden. Departementet tar sikte på å utarbeide bestemmelser om rådsorganets oppnevning som gir de politisk valgte organene som skal være representert, avgjørende innflytelse på rådets sammensetning. De regionale rådene kan bygge på miljøene knyttet til dagens regionale helseutvalg. Etter departementets mening er det i det minste nødvendig at kommunale myndigheter blir representert av hensyn til primærhelsetjenestens interesser. Ett av hovedformålene for den nye helselovgivningen som trådte i kraft 1. januar 2000 var å sette pasienten i fokus. Dette kom også klart til uttrykk i Verdimeldinga, St.meld. nr. 25 (1999-2000), der det ble foreslått at krav til innhenting av brukererfaringer skulle tas inn i internkontrollforskriften i helsetjenesten. Departementet vurderer at plikten til å innhente pasienter og andre brukeres erfaringer og synspunkter utgjør et så viktig prinsipp at det bør lovreguleres. Dette gjelder både i forbindelse med utarbeidelse av de regionale helseforetakenes planer som skal tas inn i den årlige melding til departementet i henhold til forslaget § 33, og i den daglige driften av helseinstitusjonene. Departementet har tatt i forslag til bestemmelse om dette i § 36. Bestemmelsen er satt inn i lovforslagets kapittel om styrets oppgaver og kompetanse fordi den legger en plikt til styret i de regionale helseforetakene og har nær sammenheng med bestemmelsen om de regionale helseforetakenes planer. Forslaget til § 36 første ledd pålegger det regionale helseforetaket en plikt til å innhente pasienter og andre brukeres synspunkter i forbindelse med utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd. I § 36 annet ledd foreslås det at de regionale helseforetakene skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester, etablerer ordninger for å innhente pasienter og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

Departementet foreslår ikke å regulere nærmere hvordan systemene for pasient- og brukervedvirkning skal utformes. På grunn av de store forskjellene mellom virksomhetene loven skal regulere, vil det variere hvilke løsninger som er hensiktsmessig for å ivareta formålet. Flere institusjoner har allerede etablert ordninger som de bør kunne videreføre. Forholdene i de forskjellige regionene og lokalmiljøene vil også kunne variere betydelig. Virksomhetene må ta hensyn til etniske minoriteter i området de betjener. Det er slik departementet ser det, heller ikke nødvendig å gi en forskriftshjemmel for eventuelt å kunne regulere dette senere. Dersom det blir behov for styring fra

departementets side, vil dette kunne løses med de styringsmidlene departementet har i kraft av eierskapet til de foretakene. Det sentrale i departementets forslag er at det lovfestes en plikt til å etablere systemer for å gi pasienter og andre brukere innflytelse.

Departementet har vurdert om bestemmelsene som er foreslått i §§ 35 og 36 i loven bør skilles ut i et eget kapittel. Forslaget i § 36 pålegger styret i regionale helseforetak plikter. De rådene som foreslås opprettet i forslaget og § 35, skal ha en rolle inn mot styrenes arbeid med det regionale helseforetakets planer. Det er etter departementets vurdering et så nær sammenheng mellom de to bestemmelsene og de andre bestemmelsene i kapitlet at de bør holdes samlet.

4.11 Daglig leder

4.11.1 Forslagene i høringsnotatet

Høringsnotatet foreslår at foretakene skal ha en daglig leder som forestår den daglige ledelsen av foretakene. Hun eller han ansettes av styret som også fastsetter instruks for daglig leder. Daglig leder rapporterer til styret. Daglig leder skal være underlagt styrets instruksjonsmyndighet. Det er foreslått bestemmelser som begrenser daglig leders kompetanse til å fatte avgjørelser og binde foretaket.

4.11.2 Høringsinstansenes syn

Høringsuttalelsene har ikke gitt vesentlige bidrag til utformingen av bestemmelsen om daglig leder.

4.11.3 Departementets vurderinger

Lovforslaget har i §§ 37 til 39 bestemmelser om daglig leder. Disse bestemmelsene bygger på aksjelovens bestemmelser. I henhold til forslaget § 37 skal det i foretakene være en daglig leder. Daglig leder er lovens betegnelse på den som har ansvar for den daglige ledelse, og er ikke til hinder for at det i praksis brukes andre betegnelser, så som sykehusdirektør i helseforetak hvis dette er ønskelig. Daglig leder skal etter forslaget tilsettes av styret som også fastsetter dennes lønn.

Daglig leders oppgave er å stå for den daglige ledelsen av foretaket, se forslaget i § 38. Daglig leder er i denne forbindelse underordnet styret. Dette innebærer at han eller hun plikter å følge de retningslinjer og instruksjoner som styret fastsetter. Styret har også anledning til å omgjøre daglig leders disposisjoner i den grad de ikke er bindende overfor tredjemenn.

I § 38 tredje ledd er det foreslått en negativ begrensning av daglig leders ansvarsområde. Daglig leder bør etter departementets vurdering ikke ha kompetanse til å fatte avgjørelser i saker som er av uvanlig art eller av stor betydning. Disse sakene bør høre til styrets ansvarsområde. Om sakene er av en slik art må avgjøres konkret i henhold til selskapsrettslig praksis. Det foreslås at daglig leder skal ha kompetanse til å ta beslutninger i slike saker, dersom det vil bety vesentlig ulempe for foretaket om avgjørelsen utsettes.

Lovforslaget pålegger i § 39 daglig leder plikt til å rapportere skriftlig til styret hvert tertial. Redegjørelsen skal omfatte foretakets stilling og utvikling i forhold til foretakets planer og budsjetter. I regionale helseforetak skal redegjørelsen også omfatte de underliggende helseforetakene.

4.12 Foretakets representasjon utad

4.12.1 Forslagene i høringsnotatet

Høringsnotatet foreslår at det i utgangspunktet er styret som representerer foretaket utad i alle saker som loven ikke har gitt daglig ledere kompetanse til å råde over. Styret tegner foretakets firma, men denne kompetansen kan delegeres til det enkelte styremedlem eller daglig leder. Det er foreslått en bestemmelse som regulerer situasjonen dersom noen overskrider sin representasjonsrett.

4.12.2 Høringsinstansenes syn

Det er ikke kommet vesentlige merknader til det materielle i lovutkastet.

4.12.3 Departementets vurderinger

Bestemmelsene som foreslås om foretakenes representasjon er tatt inn i lovforslaget §§ 40 og 41. Departementet foreslår at statsforetakslovens regler om foretakets representasjon legges til grunn for regionale helseforetak og helseforetaks representasjon, se § 40. Dette innebærer at styret i utgangspunktet representerer foretaket utad og tegner dets firma. Styret kan gi enkelte styremedlemmer og daglig leder tegningsfullmakt. Vedtektene kan gi nærmere regler om styrets bruk av tegningsfullmakt. I forslaget til § 40 tredje ledd er daglig leders kompetanse til å representere foretaket regulert.

Spørsmål knyttet til overskridelse av representasjonsretten er foreslått regulert i § 41. Forslaget innebærer at disposisjonen bare blir bindende for foretaket når medkontrahenten var i aktsom god tro, og det ikke vil stride mot redelighet å gjøre disposisjonen gjeldende. Bestemmelsen legger ikke uttrykkelig ansvaret for å påvise at medkontrahenten ikke var i aktsom god tro på foretaket.

4.13 Samarbeid med andre

4.13.1 Forslagene i høringsnotatet

Forslaget legger opp til at foretakene kan inngå samarbeidsavtaler med andre. Dette gjelder både offentlige organer og private selskaper. Slikt samarbeid kan etter lovutkastet omfatte deltagelse i selskaper, men lovforslaget setter grenser for hvordan et slikt samarbeid kan organiseres.

4.13.2 Høringsinstansenes syn

En rekke av høringsinstansene har løftet frem viktigheten av at foretakene har et nært og løpende samarbeid med andre tjenesteytere. Dette gjelder primærhelsetjenesten, rusomsorgen og barnevernstjenesten. Forholdet til de private

sykehusene som er del av de regionale helseplanene og får sine driftsutgifter dekket av fylkeskommunene, blir sett som viktig.

Norsk Pasientforening uttaler:

«Sykehusene bør gis et så fritt spillerom som mulig når det gjelder samarbeid mellom institusjoner, kjøp av private tjenester, kjøp av tjenester til utlandet eller også salg av tjenester til utlandet.»

Forslaget i § 39 annet ledd har møtt stor motstand. Mange av høringsinstansene opplever at denne bestemmelsen åpner for privatisering av helsevesenet og ber om at bestemmelsen endres med sikte på å hindre en privatisering.

Norsk Sykepleierforbund uttaler:

«I utkastet til helseforetakslov, § 39 - samarbeid med andre m v, åpnes det etter NSF's tolkning for en privatisering av helsevesenet. Bestemmelsens første ledd, at et foretak har lov å samarbeide med andre, synes noe unødvendig å lovfeste. Det er imidlertid bestemmelsens andre ledd, som gjør NSF meget betenkt. Det fremgår av høringsnotatet, s 42, at «for øvrig vil aksjeselskap være den naturlige selskapsformen hvor de øvrige selskapsdeltagerne er private selskaper mv. Denne selskapsformen vil på grunn av det begrensede deltageransvaret hindre at staten blir ansvarlig for samarbeidets forpliktelser.» Slik NSF leser lovutkastet, gir bestemmelsen åpning for en full privatisering av sykehusene.»

Blant de andre høringsinstansene som er skeptisk til utkastet § 39 annet ledd finner vi: Norsk Kommuneforbund, Norsk helse- og sosialforbund, Yrkesorganisasjonenes sentralforbund Norsk ergoterapeutforbund, Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere, Kommunalansattes fellesforbund, Helseansattes yrkesforbund, Landsorganisasjonen, Legeforeningen, Norges Handikapforbund, Barneombudet og Fylkeslegen i Sør-Trøndelag.

Norges Ingeniørforbund uttaler:

«NITO oppfatter ikke at § 39 åpner for privatisering av spesialisthelsetjenesten.»

Det Norske Radiumhospital mener at en eventuell utskilling av medisinske servicefunksjoner og støttevirksomhet i egne selskaper må gjøres slik at de kan gi reell konkurranse til private selskaper som har overskudd som målsetting. Akershus Fylkeskommune mener at sykehusene må gis reell anledning til å konkurransesette de deler av sin virksomhet som sykehusene finner hensiktsmessig og forsvarlig. Blant sykehusene er det flere som vektlegger at lovgrunnlaget må utformes slik at det enkelte sykehus selv kan velge den hensiktsmessige organisatoriske struktur. De mener det bør skilles mellom mulighetene til å skille ut kjernevirksomhet og å etablere egne selskaper på områder som ikke defineres som kjernevirksomhet.

4.13.3 Departementets vurderinger

På bakgrunn av høringsinstansenes uttalelser mener departementet at det er grunn til å dele høringsnotatets forslag til § 39 i to bestemmelser. Departementet vil også foreslå en del materielle endringer i forhold til høringsnotatets utkast.

Departementet mener at det er viktig å ha en bestemmelse om foretakenes samarbeid med andre. Høringsinstansene har påpekt at foretakene er avhengig av gode samarbeidsrelasjoner for å nå sine helsepolitiske målsettinger. For det første gjelder dette i relasjon til andre tjenesteytere hvor det foreligger et gjensidig behov for tett og omfattende samarbeid med regionale helseforetak og helseforetak. Dette gjelder for eksempel kommunenes primærhelsetjeneste og fylkeskommunenes rusomsorg. For det andre dreier det seg om samarbeid med foretak i andre helseregioner og private produsenter av helsetjenester. Private sykehus som finansieres av det offentlige slik som Lovisenberg og Diakonhjemmet, private laboratorier og røntgeninstitutter samt privatpraktiserende legespesialister med driftstilskudd fra det offentlige, står for en så stor del av tilbudet av helsetjenester at det offentlige helsevesenet langt på vei er avhengig av å benytte dem.

Det foreslås at foretakene pålegges en plikt til å samarbeide med andre når det er nødvendig for å fremme foretakenes formål. En bestemmelse om dette er foreslått i § 42.

Etter departementets vurdering kan det sett fra den offentlige spesialisthelsetjenestens side i en del sammenhenger være hensiktsmessig at et samarbeid omfatter deltagelse i selskaper. Departementet vil likevel foreslå begrensninger i foretakenes adgang til å inngå i foretaksdannelser.

Dette gjøres ved at man forbyr helseforetak å etablere selskap som yter spesialisthelsetjenester sammen med private. Å yte spesialisthelsetjenester kan sies å være foretakenes kjernevirksomhet. Dette inkluderer alle kliniske funksjoner eller medisinske og andre helsefaglige servicefunksjoner. Når et regionalt helseforetak skal organisere sine egne institusjoner som driver kjernevirksomhet som selvstendige rettssubjekter, har de plikt til å organisere dem som helseforetak. Helseforetak kan bare eies av regionale helseforetak som eies av staten.

Det kan etter departementets vurdering være aktuelt at flere helseforetak eier institusjoner som driver kjernevirksomhet sammen. Dette kan for eksempel være praktisk hvor en institusjon skal yte tjenester på tvers av grensene for en helseregion. I slike tilfeller foreslår departementet at foretakene påbys å organisere samarbeidet som et ansvarlig selskap, se forslaget i § 43 annet ledd. På dette punktet er det ikke foreslått noen endring i forhold til høringsnotatet.

Virksomhet som yter tjenester utenfor foretakenes kjerneområde, altså ikke medisinske servicefunksjoner, bør det etter departementets mening være mulig for foretakene å eie sammen med private eller andre offentlige enheter. Det kan for eksempel være aktuelt å ha en privat partner i forbindelse med utvikling, produksjon og vedlikehold av sykehusenes it-systemer. 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. I denne sammenhengen bør påbudet om bruk av aksjeselskaper opprettholdes. Dette er lagt til grunn for departementets forslag i § 43 annet ledd.

4.14 Regnskap

4.14.1 Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet er det foreslått i § 40 at foretakene skal føre regnskap etter regnskapsloven.

4.14.2 Høringsinstansenes syn

Blant andre Brønnøysundregistrene mener at forslaget til bestemmelsen i § 40 i høringsnotatet om regnskap er uklar. Det påpekes at det må fremgå tydelig om det kun er reglene om regnskapsføring som skal gjelde for foretak, eller om regnskapslovens bestemmelser i sin helhet skal gjelde.

Flere høringsinstanser har påpekt at det ikke er behov for å endre lov 17. juli 1998 nr. 56 om årsregnskap mv. (regnskapsloven) §1-2 når det foreslås en egen bestemmelse om regnskapsplikt etter regnskapsloven i helseforetaksloven § 40.

4.14.3 Departementets vurdering

På bakgrunn av høringsuttalelsene er departementet kommet til at regnskapsloven i sin helhet bør gjelde for foretakene, og det er foreslått en slik bestemmelse i lovforslaget § 44. Navnet på bestemmelsen er i samvar med dette endret til § 44 Regnskap mv.

Forslaget innebærer blant annet at det må etableres balanseregnskap for foretakene og at kapitalkostnader blir synlige gjennom årlige avskrivninger og rentekostnader. Nye investeringer blir aktivert og avskrevet over investeringsens levetid. Investeringer tas dermed inn i foretakenes balanse på investeringstidspunktet, og verdien av investeringen i balansen reduseres i takt med avskrivningene. Avskrivningene fremkommer igjen som en kostnad i det årlige resultatregnskapet.

I tillegg til synliggjøring av kapitalkostnader fører regnskapslovens bestemmelser til at det blir større fokus på at inntekter og kostnader regnskapsføres i den perioden de faktiske oppstår. For å kunne etterleve regnskapsloven stilles det også streng krav til foretakenes registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger. Departementet mener at dette samlet sett vil gi en god oversikt over og styring med foretakenes økonomi og viktige bidrag til en god og effektiv bruk av kapital i foretakene.

Departementet er enig i at det ikke er behov for å fastsette regnskapsplikt ved særskilt bestemmelse i regnskapsloven når det foreslås en tilsvarende bestemmelse i lovforslagets § 44.

4.15 Revisjon

4.15.1 Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslås det at foretak skal ha registrert eller statsautorisert revisor som velges av foretaksmøtet.

4.15.2 Høringsinstansenes syn

Riksrevisjonen har ingen merknader til forslaget i høringsnotatet.

Norges Kommunerevisorforbund uttaler blant annet:

«Revisjon etter revisorloven består hovedsakelig i å bekrefte virksomhetens økonomiske informasjon overfor sine interessenter (eiere, kunder, leverandører etc). Departementet bør derfor vurdere om det er ønskelig å lov-/forskriftsfeste utvidede krav til revisjonens innhold i forhold til Helseforetakene. Vi tenker her spesielt på de krav om utvidet revisjon av intern kontroll og til forvaltningsrevisjon som gjelder for både kommunal/fylkeskommunal og statlig virksomhet.»

4.15.3 Departementets vurdering

Departementet mener at forslaget om at loven skal stille krav om at foretak skal ha uavhengig revisjon og at revisor skal være registrert revisor eller statsautorisert revisor, må opprettholdes. Revisor må velges av eier i foretaksmøte.

I lovforslaget er styret pålagt et særlig ansvar for å utøve tilsyn med og kontrollere foretakets økonomi. Styret har også ansvar for å etablere internkontroll og skal sørge for betryggende kontroll med regnskapsføringen og formueforvaltningen, jf. lovforslaget § 28. Styret skal likeledes føre tilsyn med daglig leders ledelse av virksomheten, jf. § 29. Det foreslås også at styret i regionalt helseforetak skal ha et tilsvarende tilsynsansvar for de helseforetakene det oppretter. Departementet mener det bør være opp til styret hvorledes dette tilsynet skal organiseres. Ved etableringen av internkontroll med helseforetakene bør styret blant annet vurdere om det skal etableres forvaltningsrevisjon. Lovfesting av obligatoriske styringsorganer er etter departementets vurdering ikke til hinder for at eier oppretter et særskilt kontrollorgan og at dette for eksempel tillegges å utøve forvaltningsrevisjon. Lovforslaget er heller ikke til hinder for at eier av foretakene pålegger revisor å utføre forvaltningsrevisjon i tillegg til den lovbestemte regnskapsrevisjonen.

4.16 Riksrevisjonens kontroll

4.16.1 Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet er det blant annet foreslått at Riksrevisjonen skal kunne kreve de opplysninger den finner nødvendig fra regionalt helseforetaks ledelse og revisor for å kunne kontrollere statsrådets utøvelse av eieransvaret. Det er også foreslått at Riksrevisjonen skal være til stede i foretaksmøte i regionalt helseforetak. Forslaget omtaler ikke forholdet til helseforetak og andre datterselskaper.

4.16.2 Høringsinstansenes syn

Riksrevisjonen påpeker i sin høringsuttalelse blant annet at:

«I høringsnotatet punkt 4.15 anføres at lovforslaget § 42 om Riksrevisjonens kontroll med helseforetak i det alt vesentlige svarer til tilsvarende regler i blant annet aksjeloven og statsforetaksloven, se aksjeloven og allmennaksjeloven, begge § 20-6 og statsforetaksloven § 45.

I lovforslaget til Sosial- og helsedepartementet er Riksrevisjonens rett til å kreve opplysninger begrenset til helseforetak, det samme gjelder for undersøkelser og varsling og rett til å være til stede i foretaks-møter. Videre er det gitt en begrensning med statsrådets utøvelse av eieransvaret.»

4.16.3 Departementets vurdering

Departementet er enig med Riksrevisjonen i at det er manglende samsvar mellom de generelle motivene og utformingen av lovt teksten i høringsnotatet § 42. Dette er rettet opp ved at lovforslaget § 46 er utformet i samsvar med statsforetaksloven § 45. Departementet er dessuten liksom Riksrevisjonen av den oppfatning at det bør fremgå av lovforslaget at Riksrevisjonen har rett til å være til stede i foretaksmøte både i regionalt helseforetak og helseforetak og derfor må varsles om møtene. Dette er tatt inn i lovforslaget § 46 annet ledd.

Riksrevisjonen tar også opp spørsmålet om forvaltningsrevisjon. Det vises til det som er sagt om forvaltningsrevisjon under 4.14.3. For øvrig har departementet kommet til at det ikke er naturlig å regulere Riksrevisjonens utøvelse av forvaltningsrevisjon spesielt i lov om helseforetak. Dette spørsmålet må løses i en generell sammenheng.

4.17 Oppløsning og avvikling

4.17.1 Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslås det at det skal være adgang til å oppløse foretak. I §§ 44, 45 og 46 foreslås det bestemmelser om vedtak om oppløsningen, gjennomføringen av avviklingen og ansvaret for de avviklede foretakenes forpliktelser.

4.17.2 Høringsinstansenes syn

Brønnøysundregistrene gir slik uttalelse:

«For det først og rent prinsipielt tror vi at det er unødvendig med kreditorvarsel i disse tilfellene. Dette fordi det foreslås at staten skal hefte ubegrenset for gjelden til helseforetakene. Sammenligningen med enkeltmannsforetakene er i så måte og i registreringsrettslig sammenheng nærliggende. Slike foretak slettes direkte fra Foretaksregisteret uten forutgående kreditorvarsel. Begrunnelsen er at innehaveren hefter for gjelden også etter at foretaket er slettet. I så måte burde det være nok med en saksbehandlingsregel som pålegger avviklingsstyret å sørge for at alle forpliktelsene dekkes. Dette desto mer ettersom kunngjøringen ikke har preklusiv virkning.

Vi foreslår på denne bakgrunn at § 44, 3. ledd i lovforslaget strykes, og at det som nå er 4. ledd gis denne utformingen:

«Styret skal se til at alle forpliktelser dekkes. Når forpliktelsene er dekket, skal avviklingsstyret legge frem for foretaksmøtet til godkjenning et skriftlig forslag til avviklingsoppgjør.»

For det annet og for det tilfellet at forslaget om kreditorvarsel opprettholdes, mener vi det bør fastsettes en fristlengde i loven. Lovforslagets system med en minimumsfrist og en maksimumsfrist avviker fra tilsvarende bestemmelser i selskapsloven og aksjelovene. Vi kan ikke se at dette avviket er begrunnet. For øvrig er det slik at et system med individuell fastsetting av frist fra den ene saken til den annen vil være

relativt kostbart å administrere. I stedet for automatisk oppsett og behandling av kunngjøringsannonse, må disse behandles særskilt og manuelt før oversending til kunngjøring. Vi foreslår på denne bakgrunn at fristen lovfestes til to måneder, som er den aktuelle fristen ved avvikling av aksjeselskap.»

4.17.3 Departementets vurdering

Etter departementets vurdering synes ikke behovet for kreditorvarsel reelt sett å være så stort. På den annen side kreves det kreditorvarsel ved avvikling av annen offentlig virksomhet som organiseres som foretak/selskap, som statsforetaksloven § 50. Av hensyn til likhet i dette lovverket har departementet allikevel kommet til at det bør foreslås et krav om kreditorvarsel.

Av hensyn til de ressursmessige hensyn som Brønnøysundregistrene anfører, foreslås det at fristen for å melde fra om krav mot foretaket fastsettes i § 45 tredje ledd til to måneder i loven. Forslaget samsvarer ikke med statsforetaksloven men med nyere lovgivning på dette området.

4.18 Erstatningsansvar

I høringsnotatet § 47 foreslås det at blant andre styremedlemmer skal ha ansvar for de tap de forsettlig eller uaktsomt påfører foretaket under utførelsen av sine styreoppgaver. Fullmakt til å reise krav er lagt til foretaksmøtet. Høringsinstansene har ikke hatt merknader til dette forslaget. Forslaget om å fastsette erstatningsansvar overfor foretak for tap som påføres av styremedlemmer, daglig leder og medlem av avviklingsstyret opprettholdes. I samvar med statsforetaksloven § 56 er det i høringsnotatet ikke foreslått at revisor kan bli pålagt erstatningsansvar. I nyere selskapsrettslige bestemmelser er imidlertid revisor også omfattet. Departementet kan ikke se at det er grunn til at en revisor, som forsettlig eller uaktsomt utøver sin oppgave slik at foretaket påføres tap, ikke skulle ha samme erstatningsrettslige ansvar som de øvrige personene som er nevnt.

4.19 Forholdet til EØS- avtalen

4.19.1 Innledning

Regjeringsadvokaten påpeker i sin høringsuttalelse at foretakene vil kunne være omfattet av EØS- avtalens regler. Dette gjelder etter Regjeringsadvokatens mening i første rekke konkurransereglene. Departementet vil i det følgende behandle den foreslåtte organisasjonsformens forhold til EØS- avtalen.

EØS- avtalens artikkel 125 sier at avtalen ikke skal berøre avtalepartenes regler om eiendomsrett. EØS- avtalen begrenser altså ikke det offentliges adgang til å eie og drive helseinstitusjoner. Det legges heller ikke skranker for hvilke selskapsformer lovgiver kan opprette. Forslaget til ny lov om helseforetak og opprettelse av regionale helseforetak og helseforetak vil som Regjeringsadvokaten uttaler «i seg selv neppe skape problemer i forhold til EØS- avtalen».

Avtalepartenes frihet til å organisere sitt helsevesen er heller ikke regulert i EØS- avtalen. Reglene om fri bevegelse av varer og tjenester kan i noen få tilfeller ha betydning for utformingen av enkelte helserelaterte stønadsformer,

se EF- domstolens avgjørelser i Decker/ Kohll sakene (C- 120/95 og C- 158/96). EF- domstolen presiserer i disse avgjørelsene at fellesskapsretten heller ikke påvirker medlemsstatene i EU sin kompetanse til fritt å organisere sitt helsevesen.

Etter departementets vurdering er det særlig reglene om offentlige anskaffelser, statsstøttereglene samt EØS- avtalens og nasjonale konkurranse regler som kan være av betydning for regionale helseforetak og helseforetak.

4.19.2 Konkurransereglene

Konkurransereglene i del IV av EØS-avtalen vil etter artikkel 59 også omfatte offentlig eide foretak. Med foretak menes i avtalen enhver som utøver virksomhet av handelsmessig og økonomisk karakter. Begrepet foretak omfatter i avtalen også sammenslutninger som er opprettet med ikke-økonomiske formål og sammenslutninger som ikke har profitt som formål, så lenge virksomheten er av handelsmessig eller økonomisk karakter. Det er uten betydning hvilken juridisk organisasjonsform sammenslutningen har. Foretaksbegrepet må imidlertid avgrenses mot myndighetsutøvelse. For regionale helseforetak og helseforetak vil reglene antagelig komme til anvendelse på den delen av deres virksomhet som ikke er myndighetsutøvelse. For at EØS- avtalens regler i Del IV kapittel 1 skal gjelde, må handelen mellom avtalepartene være påvirket merkbart. For regionale helseforetak og helseforetak vil dette antagelig ikke være særlig praktisk.

Konkurransereglene i konkurranseloven gjelder konkurransebegrensende tiltak som har virkning i Norge, se konkurranseloven § 1-5. Spørsmålet er så om regionale helseforetak og helseforetak faller inn under konkurranselovens virkeområde. Etter konkurranseloven § 1-3 omfatter loven «ervervsvirksomhet av enhver art.» Med ervervsvirksomhet menes i følge konkurranseloven §1-2 «all økonomisk virksomhet, varig eller leilighetsvis» Konkurranseloven § 1-2 ble endret på dette punkt ved lov av 5. mai 2000. Endringen var særlig ment å klargjøre at det offentliges innkjøp av varer og tjenester er omfattet av loven. Det sentrale avgrensningskriteriet er dermed om det dreier seg om virksomhet av økonomisk eller kommersiell art. Det må her trekkes en grense mot offentlig myndighetsutøvelse. Regionale helseforetak og helseforetak vil muligens falle inn under lovens virkeområde for den delen av deres virksomhet som ikke er myndighetsutøvelse.

Når pasienter behandles ved sykehus utenfor sin bostedsregion, skal det regionale helseforetaket i bostedsregionen yte gjestepasientoppgjør for disse. Etter forslaget til endring i spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 kan departementet gi forskrift om beregningen av gjestepasientoppgjøret og kan fastsette samme refusjonstakster for forskjellige typer av helsetjenester. Dette innebærer at det kan fastsettes normerte priser for helsetjenester som ytes til gjestepasienter.

Etter konkurranseloven § 3-1 første ledd er det forbudt for to eller flere ervervsdrivende ved salg av varer eller tjenester ved avtale, samordnet praksis eller på annen måte som er egnet til å påvirke konkurransen, å fastsette eller søke å påvirke priser. Dersom to eller flere av foretakene foretar en samordning av ulike priser ved gjestepasientoppgjør på en slik måte at helseinstitusjonene som tilbyder av gjestepasienttjenester ikke står fritt til å konkurrere på

pris på tjenestene som tilbys, faller dette i utgangspunktet inn under lovens ordlyd.

Helseforetakene er imidlertid heleide av regionale helseforetak. Disse er igjen heleid av staten og underlagt styring av Sosial- og helsedepartementet. I følge konkurranseloven § 3-6 kommer forbudet i konkurranseloven § 3-1 ikke til anvendelse på samarbeid mellom selskaper i samme konsern. Etter departementets oppfatning må de forskjellige regionale helseforetakene og alle helseforetakene regnes som et «konsern» etter konkurranseloven § 3-6 jf. § 1-2 b, slik at et samarbeid dem imellom ikke rammes av konkurranseloven § 3-1.

Dersom Sosial- og helsedepartementet med hjemmel i forslaget til endring av spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 fastsetter normerte priser for gjestepasientoppgjøret, og satsene også skal gjelde private institusjoner, vil priskonkurransen mellom institusjonene bli opphevet. Priskonkurransen mellom institusjonene vil imidlertid være satt ut av spill som følge av lovgivningen på området, som forutsetter at det kan fastsette slike satser, og ikke av samordning mellom institusjonene. Dette vil dermed ikke falle inn under forbudet i § 3-1. Dersom institusjonene drøfter satsene med departementet, men det er departementet som ensidig fastsetter satsene, vil institusjonenes deltagelse neppe være egnet til å påvirke konkurransen og derfor ikke være i strid med konkurranseloven § 3-1.

4.19.3 Offentlige anskaffelser

Allment

EØS-avtalens regler om offentlige anskaffelser er gjennomført i norsk rett ved lov 27. november 1992 nr. 116 om offentlige anskaffelser. Det er gitt forskrifter om tildeling av kontrakter om offentlige varekjøp 4. desember 1992 og om tildeling av kontrakter om offentlige tjenestekjøp 1. juli 1994. Det er vedtatt ny lov 16. juli 1999 nr. 69 om offentlige anskaffelser som når den trer i kraft, vil erstatte loven av 1992. Nærings- og handelsdepartementet har nylig avsluttet en høring om forslag til en ny forskrift. Denne skal erstatte de to forskriftene om vare- og tjenestekjøp ved den nye lovens ikrafttredelse. I tillegg til lov og forskrift har EØS-avtalens prinsipp om ikke diskriminering slik det er nedfelt i artikkel 4, betydning for offentlige anskaffelser.

Reglene i den gjeldende loven om offentlige anskaffelser med tilhørende forskrifter, gjelder for offentlige organer og selvstendige rettssubjekter som tjener allmennhetens behov når det offentlige i hovedsak står for finansiering av virksomheten eller har bestemmende innflytelse over virksomheten, se loven § 2 nr. 2 og likelydene § 1 første ledd nr. 2 i de to forskriftene. Virksomhet av industriell eller forretningsmessig karakter er ikke omfattet av regelverket. Regionale helseforetak og helseforetak faller inn under regelverkets virkeområde. De må altså i utgangspunktet følge reglene om offentlige anskaffelser. Dette vil også være tilfellet etter den nye loven av 1999, jf. § 2 første ledd bokstav b og Nærings- og handelsdepartementets forslag til ny forskrift om offentlige anskaffelser, se forslaget § 1-2 annet ledd.

Forholdet mellom regionale helseforetak og helseforetakene

Reglene om offentlige anskaffelser kommer ikke til anvendelse på det man omtaler som egenregi. Dette er leveranser fra en del av en organisasjon til en annen del av organisasjonen, eller behov som dekkes ved at varene eller tjenestene produseres internt. Slike leveranser vil ikke bli sett som en «anskaffelse» selv om det organisatorisk er klare skiller mellom produsent og bestiller. Slike egenregi leveranser kan ha klare likhetstrekk med ordinære kjøpsavtaler både for oppdragsgiver og leverandør. For eksempel ved at det internfaktureres for leveransene.

Det vil etter anskaffelsesreglene være opp til oppdragsgiver om tjenestene skal produseres internt eller skaffes fra andre produsenter. Dette gjelder også for regionale helseforetak sin plikt til å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen, se forslaget til endring av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd. Bestemmelsen sier at regionale helseforetak kan yte tjenestene selv eller inngå avtale med andre om tjenesteytingen. Med «andre» mener loven tjenesteytere utenfor den statlige spesialisthelsetjenesten. Regionale foretak kan altså velge om de skal produsere tjenestene selv i sine sykehus og andre helseinstitusjoner, eller inngå avtale med private tjenesteytere.

Når regionale helseforetak yter helsetjenester i helseinstitusjonene de eier selv, reises det ikke spørsmål knyttet til anskaffelsesreglene. Foretaket yter tjenestene uten at de anskaffes fra andre. Tjenesteytingen gjøres med andre ord i egenregi. Etter forslaget til lov om helseforetak kan de regionale helseforetakene organisere sine sykehus og institusjoner som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette som egne rettssubjekter. Dette må i såfall gjøres ved å opprette helseforetak. Spørsmålet er om denne organiseringen fører til at reglene om offentlige anskaffelser må anvendes i forholdet mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene det eier, eller om tjenesteytingen fortsatt gjøres i egenregi.

At helseforetakene er egne rettssubjekter, taler i og for seg i mot at deres ytelse av helsetjenester kan betraktes som egenregi. Dette er imidlertid ikke avgjørende. Det samme er lagt til grunn for interkommunale selskaper som også er egne rettssubjekter. I Ot.prp. nr. 53 (1997- 1998) s. 86 sies det at:

«Dersom det interkommunale selskap er opprettet med det formål å tilgodeses eiernes egne behov, vil det likevel kunne blir godtatt som egenregi. Et interkommunalt selskaps mulighet til å levere til deltagerne som egenregi er knyttet til en helhetsvurdering av hvor sterkt selskapet er knyttet til deltagerne».

En tilsvarende vurdering må gjøres for helseforetakene.

Det kan være et argument for at en leverandørs tjenesteytelse kan ansees som egenregi i forhold til oppdragsgiver, at begge omfattes av reglene om offentlige anskaffelser. Dette er som vi har sett, tilfellet for helseforetak og regionale helseforetak.

I vurderingen av om noe er leveranse i egenregi er det av betydning om leverandøren bare skal dekke eierens behov, eller om de skal levere til andre etter forretningsmessige vurderinger. Det er ikke nødvendig at leverandøren bare dekker eierens behov. Etter de særskilte reglene for forsyningssektoren må en datterbedrift ha over 80 pst. av leveransene sine til konsernet for at det

kan ansees som konsernkjøp. Dette vil ha betydning også for de andre anskaffelsesreglene. Helseforetakene vil ha som oppgave å yte helsetjenester som regionale helseforetak har en lovfestet plikt til å sørge for. Helseforetakenes formål vil i denne sammenhengen være å dekke eierens behov å for yte spesialisthelsetjenester. Oppdraget er altså å yte helsetjenester til pasientene i helseregionen. De skal ikke yte helsetjenester til andre enn de pasientene som de regionale helseforetakene skal sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester til.

Regionale helseforetak har full kontroll over de helseforetakene de eier. De regionale helseforetakene utøver den øverste myndigheten i helseforetaket i foretaksmøtet, se forslaget til lov om helseforetak § 16. Det vil videre være løpende og tett kontakt mellom det regionale helseforetaket og de helseforetakene det eier, se forslaget til lov om helseforetak kapittel 8.

Hvordan leveransene prises vil ofte være av betydning for om leveranser er å betrakte som egenregi. Dersom det betales priser som ligger under markedspris trekker det i retning av at leveransen er gjort i egenregi. Helseforetakene har ikke som mål å gå med overskudd som gir eierene utbytte i tradisjonell forstand. I forholdet mellom regionale helseforetak og helseforetak vil ikke tjenestene som ytes nødvendigvis gis en konkret pris. De regionale helseforetakene får bevilgninger fra staten. I forhold til helseforetakene sine kan de velge mellom kombinasjoner av rammebevilgninger og innsatsstyrt finansiering. Deler av helseforetakenes virksomhet kan være lite egnet til å finansieres med bevilgninger basert på produksjonsvolum. Ambulansetjenesten kan være et eksempel på dette. Det samme gjelder en del av forskningsaktiviteten. Det kan altså i prinsippet tenkes at enkelte helseforetak får alle sine midler i form av rammebevilgninger.

Etter departementets vurdering er all ytelse av helsetjenester i den regionale helseforetaksgruppen produksjon i egenregi som faller utenfor reglene om offentlige anskaffelser. Det er altså først når det regionale helseforetaket ønsker å kjøpe helsetjenester fra enheter utenfor helseforetaksgruppen, at reglene om offentlige anskaffelser kan komme til anvendelse. Bruk av avtalestyring og anbudslignende ordninger for å skape et internt konkurranseforhold mellom helseforetakene, endrer ikke forholdets karakter av produksjon i egenregi.

Private sykehus som er integrert i den offentlige spesialisthelsetjenesten

En rekke private sykehus er i dag fullt ut integrert i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Disse står på regionale helseplaner. Departementet vedtar de regionale helseplanene i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 5-3. Planene beskriver sykehusenes funksjon i helseregionene og hvilke pasienter de har ansvar for. Sett fra fylkeskommunenes side er dette en måte å oppfylle sin plikt til å sørge for tilbud av spesialisthelsetjenester i fylket. Fylkeskommunene dekker utgiftene til drift og vedlikehold av disse private sykehusene i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 annet ledd første punktum. Retten til fritt sykehusvalg i pasientrettighetsloven § 2-4, gir pasientene rett til å velge disse sykehusene. Denne gruppen private sykehus faller etter ordningen under betegnelsen «offentlig sykehus» i pasientrettighetsloven § 2-4 sin forstand. I forslaget til endring av spesialisthelsetjenesteloven foreslås §§ 5-3

og 6-1 opphevet. De regionale helseforetakene får imidlertid rett og plikt til å tre inn i fylkeskommunens avtaler og ordninger av rettslig karakter. Det vil si at disse private sykehusene beholder sine avtaler og rettslig bindende ordninger i forhold til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Forslaget til lov om helseforetak m.m. har i § 33 en regel om melding til departementet som inneholder de regionale helseforetakenes planer. De private sykehusene som er integrert i dagens offentlige spesialisthelsetjeneste vil være del av planen til de regionale helseforetakene.

Reglene om offentlige anskaffelser gjelder ikke bare for enheter som er eid av offentlige organer. De kommer også til anvendelse på andre selvstendige rettssubjekter som tjener allmennhetens behov og ikke er av industriell eller forretningsmessig karakter når de i hovedsak er finansiert av det offentlige, se lov om offentlige anskaffelser § 2 og likelydene § 1 første ledd nr. 2 i de to forskriftene. Dette vil ikke endres ved ikrafttredelse av den nye loven om offentlige anskaffelser. Private sykehus som får sine driftsutgifter dekket av det offentlige er omfattet av reglene om offentlige anskaffelser.

Spørsmålet blir om de regionale helseforetakene ved videreføring eller justering av eksisterende avtaler og ordninger må gjøre dette ved konkurranse. Det kan tenkes at de private sykehusene er så tett knyttet til det regionale helseforetaket at slike disposisjoner er å betrakte som tjenesteyting i egenregi. Dette må i tilfelle avgjøres konkret for det enkelte sykehus. De samme momentene som har betydning for forholdet mellom regionale helseforetak og helseforetak må tillegges vekt i vurderingen.

Nærings- og handelsdepartementets forslag til ny forskrift om offentlige anskaffelser § 1-3 annet ledd bokstav h lyder:

«Forskriften får likevel ikke anvendelse på følgende kontrakter:» ...
«om offentlige tjenestekjøp som tildeles et organ som selv er en offentlig oppdragsgiver som definert i § 1-2, med hjemmel i en enerett organet har i henhold til lov, forskrift eller administrative vedtak i samsvar med EØS-avtalen.»

Den gjeldende forskriften om offentlige tjenestekjøp har en tilsvarende bestemmelse i § 4 tredje ledd. De private sykehusene som får dekket sine driftsutgifter av det offentlige er som nevnt, regnet som offentlig oppdragsgiver i forskriftens forstand. Den særstilling de vil ha i forhold til de regionale helseforetakene vil følge av lovbestemmelsen som gir dem rettigheter og plikter overfor regionale helseforetak, se forslaget til lov om endring av spesialisthelsetjenesten XVI nr. 3. Ordet «enerett» i forskriften skal ikke forstås snevert. Det vil omfatte en eksklusiv stilling som er etablert ved lov eller administrativt vedtak. Det at sykehusene er godkjent i henhold til spesialisthelsetjenesteloven, vil antagelig ikke kunne utgjøre en slik enerett. Den stilling de i henhold til forslaget vil få som integrert i den offentlige spesialisthelsetjenesten vil imidlertid kunne bli ansett som en «enerett» i forskriftens forstand. Dersom kravet til «enerett» er oppfylt er det ikke nødvendig for regionale helseforetak å benytte konkurranser ved justering eller videreføring av disse rettighetene og pliktene.

Kjøp av helsetjenester etter reglene om offentlige anskaffelser

Når regionale helseforetak ønsker å kjøpe helsetjenester fra private sykehus og private helseinstitusjoner vil reglene om offentlige anskaffelser komme til

anvendelse når det ikke finnes særskilte unntak. Dette gjelder inngåelse av fremtidige avtaler. De avtalene og øvrige ordninger av rettslig bindende karakter som regionale helseforetak har rett og plikt til å tre inn i ved overtakelsen, vil ikke bli endret av dette.

Kjøp av helsetjenester omfattes av anskaffelsesreglene som uprioriterte tjenester. Skillet mellom prioriterte og uprioriterte tjenester er nedfelt i rådsdirektiv 92/50. Blant de uprioriterte tjenestene finner man særlig tjenester som er lite egnet for grenseoverskridende handel og tjenester som er underlagt særlige reguleringer som gjør konkurranse umulig. Dette vil ikke endres ved ikrafttredelse av den nye loven om offentlige anskaffelser av 1999. Prosedyrereglene for anskaffelse av uprioriterte tjenester er mindre omfattende enn de som gjelder for prioriterte varer og tjenester. Etter dagens regler innebærer dette bare en plikt til å kunngjøre internasjonalt hvem man har inngått kontrakt med. Dersom kontrakten er mindre verdt enn en terskelverdi på 1,15 millioner kroner er heller ikke kunngjøring nødvendig i henhold til forskriften. Etter Nærings- og handelsdepartementets forslag til ny forskrift om offentlige anskaffelser skal også uprioriterte tjenester tildeles etter fastsatte prosedyrer. Dette vil om forskriften blir vedtatt uten vesentlige endringer, innebære at tildeling av kontrakter om ytelse av helsetjenester fra private skal skje gjennom konkurranse. De regionale helseforetakene vil som oppdragsgivere kunne velge om anskaffelsen skal skje gjennom anbudskonkurranse eller gjennom konkurranse gjennom forhandlinger. I slike konkurranser vil det trolig ikke kunne benyttes kriterier for utvelgelse som er nasjonalt diskriminerende. Utenlandske interessenter må derfor kunne delta i anbudskonkurranser på lik linje med norske aktører. Det kan likevel stilles krav til om kvaliteten på tjenestene og hvor de geografisk skal utføres.

4.19.4 Regelverket om statsstøtte

Reglene om statsstøtte har sammenheng med konkurransereglene i EØS-avtalen. Statsstøtte vil bedre konkurranseevnen til mottageren og kan medføre en konkurransevridning i markedet. Adgangen til å benytte statsstøtte er regulert i EØS-avtalen artikkel 61. Lov 27. november 1992 nr. 117 om offentlig støtte og forskrifter gitt i medhold av denne gir bestemmelser om reglens gjennomføring i Norge. Utenom det som positivt tillates, er enhver form for støtte som kan virke konkurransevridende og påvirke samhandelen mellom landene forbudt. EØS-reglene bygger på et vidt forbud mot støtte «i enhver form».

Så langt departementet kjenner til har ikke EØS-reglene for statsstøtte vært noe aktuelt tema i forhold til det offentliges ansvar og rolle i organiseringen og finansieringen av helsetjenester i EU eller andre deler av EØS-området. EØS-reglene om statsstøtte gjelder imidlertid for konkurransen mellom offentlige og mellom private og offentlige tilbydere av helsetjenester. Reglene kan aktualiseres i forhold til nisjer i markedet som tradisjonelt har vært betjent av private tilbydere. Dersom det offentlige selv eller offentlig finansierte tilbydere utvider sin virksomhet til å konkurrere i slike markedsnisjer, kan det ikke utelukkes at reglene blir trådd for nære. Det samme kan være tilfelle dersom det utvikler seg nye markeder for helsetjenester. For regionale helseforetak og helseforetak vil dette ikke være noen praktisk problemstilling. De skal betjene allmennhetens behov for spesialisthelsetjenester som i hovedsak er

finansiert av det offentlige. For de private sykehusene som mottar driftsstøtte fra regionale helseforetak kan situasjonen være annerledes. I en eventuell konkurranse med andre private aktører er det en viss fare for at den statlige støtten kan kryssubsidiere den delen av virksomheten som eventuelt konkurrerer i slike markeder.

4.20 Ikraftsetting

I høringsnotatet er det foreslått at Kongen skal fastsette tidspunktet for lovens ikraftsetting. Ingen har hatt merknader til forslaget i høringen og det foreslås uendret i § 52.

4.21 Almennelige overgangsbestemmelser

I høringsnotatet foreslås det at Kongen skal kunne gi nærmere overgangsbestemmelser. Dette forslaget er det heller ikke gitt merknader til i høringen og det foreslås uendret i § 53 første ledd.

I løpet av høringsperioden har departementet blitt oppmerksom på at det kan være behov for å opprette regionale helseforetak før de foreslåtte endringene i spesialisthelsetjenesteloven settes i kraft. Det vil si at disse foretakene opprettes og fungerer som foretak uten oppgaver og ansvar for å yte spesialisthelsetjeneste frem til endringene i spesialisthelsetjenesteloven settes i kraft. Deres funksjon blir å forberede overtakelsen av spesialisthelsetjenesten. I denne forberedelsesfasen vil fylkeskommunen fremdeles ha sektoransvaret og eie og drive virksomhetene. De regionale helseforetakene vil derfor ha behov for å få innsyn i de virksomhetene de skal overta og tilgang til virksomhetene og fylkeskommunene for å få nødvendig informasjon til å forberede overtakelsen. Områder der det er aktuelt at de regionale helseforetakene begynner forberedelser før sektoransvaret overføres, kan være anskaffelse av lokaler, ansettelse av daglig leder, fastsettelse av åpningsbalanse, vurdering av løpende avtaleforhold, inngåelse av nye avtaler, vurdering av behov for og forberedelse av ansettelser, vurdering av struktur på datternivå osv. Det foreslås å lovfeste en bestemmelse om innsyn og tilgang til fylkeskommunen og de fylkeskommunale virksomhetene i § 53 annet ledd.

Departementet foreslår at bestemmelsene om rett til ventelønn for de tidligere statsansatte tjenestemenn blir videreført i en overgangsperiode på tre år fra overdragelsestidspunktet. Det understrekes at ordningen omfatter de tjenestemenn som blir overført fra den statlige spesialisthelsetjenesten. Disse beholder i en overgangsperiode, begrenset til tre år etter overdragelsen, de særskilte rettighetene om ventelønn dersom de blir sagt opp på grunn av forhold som nevnt i tjenestemannsloven § 13 nr. 1. De nærmere vilkårene for ventelønn og vilkår for bortfall av ventelønn er fastsatt i forskrift til lov om statens tjenestemenn med mer av 11.11.83. Disse reglene vil også gjelde for ventelønn etter lovforslaget, se forslaget § 53 nr. 3.

4.22 Overgangsbestemmelser - overtakelse av virksomhetene og økonomisk oppgjør

I dette kapitlet omtales forslaget til gjennomføringen av reformen. Det vil si forslaget om overføring av eierskapet til virksomhetene fra fylkeskommunene til staten, prinsippene for det økonomiske oppgjøret og gjennomføringen av oppgjøret.

4.22.1 Det overordnede prinsippet for oppgjøret

Mange av høringsinstansene understreker liksom Nordland fylkeskommune betydningen av at det

«økonomiske oppgjøret ved overføringen av oppgaver til staten må ta hensyn til at fylkeskommunen skal være i stand til å skjøtte andre viktige samfunnsoppgaver for befolkningen på en forsvarlig måte».

Departementet legger vekt på at utgangspunktet for oppgjøret må være at fylkeskommunene i fremtiden skal være i stand til å utføre sine øvrige oppgaver på en tilfredsstillende måte. Det vil si etter at ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen er overført til staten. Likeledes skal helseforetakene gjennom de økonomiske uttrekkene som skjer fra fylkeskommunene, kunne drive sine oppgaver på en forsvarlig måte. Dette innebærer at det må skje et økonomisk oppgjør mellom staten og fylkeskommunene og et oppgjør mellom staten og de nyopprettede foretakene. Når det gjelder hvilke midler fylkeskommunene skal disponere til driften i år 2002, vil det i siste omgang være underlagt Stortingets bevilgningsmyndighet etter Grunnloven § 75 d.

4.22.2 Det rettslige grunnlaget for statens overtakelse av virksomhetene og for det økonomiske oppgjøret

Forslagene i høringsnotatet

De rettslige problemstillingene som særlig er aktuelle, er for det første om staten uten videre kan kreve at fylkeskommunene overdrar de formuesposisjonene som er knyttet til de virksomhetene som staten skal overta. Eksempel på slike formuesposisjoner er eiendomsrett til sykehusbygninger og avtalte rettigheter og plikter knyttet til sykehusvirksomhet. For det andre om fylkeskommunene kan kreve at staten gir vederlag for formuesposisjonenes eventuelle økonomiske verdi.

I høringsnotatet er det gjort rede for gjeldende rett når det gjelder offentlige organers rett til økonomisk kompensasjon for formuesposisjoner som overføres til et annet offentlig organ som følge av at sektoransvar overføres fra en sektor til en annen. I dette tilfellet vil det si fylkeskommunenes krav på vederlag for verdier som overføres til de regionale helseforetakene når de overtar ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen.

I høringsnotatet ble det konkludert med at staten ved lov, og uten hinder av Grunnloven § 105, kan overta fylkeskommunens aktiva knyttet til spesialisthelsetjenesten og andre oppgaveområder som overføres til staten, uten å gi fylkeskommunene et vederlag beregnet på grunnlag av formuesposisjonenes alternative verdier. Det vil si uten å gi et vederlag beregnet på grunnlag av et

antatt salg. I alle fall vil dette gjelde dersom staten samtidig overtar den andel av fylkeskommunens gjeld som er tilknyttet virksomheten.

Høringsinstansenes syn

Det er særlig fylkeskommunene som uttaler seg om disse spørsmålene. En del fylkeskommuner mener at staten skal betale vederlag for de formuesposisjoner som den overtar fra fylkeskommunene uten at de formulerer dette som et rettslig krav.

Det er ikke så mange høringsinstanser som har merknader til forholdet til Grunnlovens § 105, men Kommunenes Sentralforbund uttaler følgende:

«KS sitt utgangspunkt er at grunnloven § 105 gir fylkeskommunene et vern mot inngrep fra statens side.»

Oslo kommune uttaler:

«Oslo kommune vil legge følgende premisser til grunn for forhandlingene med staten om en eventuell overtakelse av spesialisthelsetjenesten:»

.....
«Grunnlovens § 105 kommer til anvendelse ved overtakelse av blant annet personalboliger, barnehager, forretningslokaler så som apotek, samt laboratorier og røntgenvirksomheter. Det vil si at kommunen legger til grunn at kommunen har grunnlovfestet krav på erstatning ved en eventuell statlig overtakelse av slik eiendom.»

Departementets vurderinger

Behovet for lovhjemmel for overtakelsen

Det er et generelt forvaltningsrettslig prinsipp i norsk rett at staten ikke kan gripe inn i fylkeskommunenes rettsforhold uten lovhjemmel. Dette følger av fylkeskommunens posisjon som et eget rettssubjekt i forhold til staten. Staten kan derfor ikke uten videre, eller som konsekvens av å ha overtatt sektoransvaret, kreve å få overta de fylkeskommunale formuesrettslige posisjonene som er knyttet til sykehusdrift. Statens rett og plikt til overtakelse må besluttes i lovs form.

Norge har også påtatt seg en særskilt folkerettslig forpliktelse til bare å gjøre inngrep i det lokale selvstyre når dette er hjemlet i lov, jf. Europarådskonvensjonen av 15. oktober 1985 om lokalt selvstyre, ratifisert av Norge 26. mai 1989.

Etter konvensjonen har Norge forpliktet seg til lovgivningsmessig å anerkjenne prinsippet om lokalt selvstyre. I konvensjonen betegnes lokalt selvstyre som:

«lokale myndigheters rett og evne til så langt loven tillater, på eget ansvar og i lokalbefolkningens interesse å regulere og administrere en betydelig del av de offentlige anliggender».

Videre skal:

«Den kompetanse som tilligger lokale myndigheter».....«normalt være ubeskåret og udelte. Den skal ikke kunne svekkes eller begrenses av en

annen sentral eller regional myndighet med mindre det er fastsatt ved lov».

I relasjon til avgrensning av konvensjonens virkeområde, har Norge lagt til grunn at konvensjonens uttrykk «lokale myndigheter» også omfatter fylkeskommunene, jf. St.prp. nr. 19 (1988-89) side 10.

Skal staten kunne overta sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten, må staten også overta de virksomhetene som produserer tjenestene. Det er forutsatt i spesialisthelsetjenesteloven at fylkeskommunene eier virksomhetene. Det er således nødvendig at overføringen fastsettes i lov.

Det er derfor foreslått i § 53 nr. 6 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.

Det er staten ved de regionale helseforetakene som overtar rett og plikt til virksomhetene, i og med at det foreslås å lovfeste at Kongen i statsråd skal beslutte at virksomhetene organiseres som egne rettssubjekter, det vil si som fullt ut statlig eide regionale helseforetak. Virksomhetene blir en del av et regionalt helseforetak. Dersom det regionale helseforetaket skiller ut virksomheten som eget helseforetak, blir det regionale helseforetaket eier av virksomheten.

Spørsmålet om fylkeskommunen har et rettslig krav på erstatning for virksomhetsoverføringen

Departementet har foretatt en vurdering av om det ut fra samfunnsmessige og økonomiske hensyn er ønskelig og rimelig at fylkeskommunen får erstattet den alternative formuesverdien av de virksomhetene som overføres til staten. Konklusjonen er 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. Her vurderes det om det er adgang til å velge denne løsningen, eller om fylkeskommunene har krav på full erstatning for de alternative formuesverdiene.

Grunnloven gir beskyttelse mot at staten overtar formuesposisjoner uten at eier får erstatning. Grunnloven § 105 bestemmer at staten skal gi full erstatning dersom noen må avgi sin eiendom. Bestemmelsene lyder:

«Fordre Statens Tary, at Nogen maa afgive sin rørlige eller urørlige Eiendom til offentlig Brug, saa bør han have fuld Erstatning af Statskassen.»

Bestemmelsen innebærer som utgangspunkt at ethvert rettssubjekt - fysisk eller juridisk - som blir fratatt sin eiendom, har krav på full erstatning for økonomiske tap som følge av avståelsen. Det er imidlertid både i praksis og i den juridiske litteratur alminnelig antatt at bestemmelsen ikke kan anvendes fullt ut på rettssubjekter som staten vurderer å opprette. Nedenfor er det inntatt sitater fra juridisk litteratur. Deretter omtales tidligere lovgivningspraksis.

T. H. Aschehoug, Norges nuværende Statsforfatning bd. III, 1892, uttaler på side 291:

«Ikke engang Grl.s § 105 kommer dem [kommunene - vårt innskudd] alltid til Beskyttelse. Overtog Staten den hele Omsorg for et Øiemed,

som nu deelviis ligger under Kommunen, f.Ex. Fængsels- eller Almueskolevæsenet, maatte det ved Lov kunne bestemmes at de Eienomme, Kommunen i saadant Øiemed havde anskaffet, uden Erstatning skulde overgaa til Staten. Men mod aldeles vilkaarlige Eienomsberøvelser maa dog Communerne have et forsvar i den nævnte Grundlovsparagraf».

Videre vises det til Frede Castberg, Norges Statsforfatning bd II (1964) kap II § 5 om Grunnlovens beskyttelse av juridiske personers rettigheter, s 275:

«Ganske visst kan en lov neppe uten hinder av grunnlovens § 105 uten videre berøve en kommune en inntektsgivende eiendom uten vederlag av noen art. Kommunen og derigjennom alle de personer som er medlemmer av kommunen, ville på denne måten bli berøvet eiendom uten erstatning. Og dette kan det ikke antas at grunnloven tillater, her mer enn på andre områder. Men den omstendighet at kommunene er rettssubjekter, som staten selv har skapt, og som skal tjene de samme formål som staten selv skal virke for, kan ikke bli uten betydning ved anvendelsen av grunnlovens § 105 på kommunens rettsforhold. Det må være full anledning til ved lov å overflytte kommunale oppgaver til staten, og samtidig la eiendom som kommunen har brukt til å fremme nettopp disse formål, gå over til staten uten erstatning til kommunen. Om kommunene f.eks. sørger for folkeopplysningen og i dette øyemed har latt oppføre skolebygninger, beskytter ikke grunnlovens § 105 mot at staten helt overtar denne oppgave og i denne forbindelse tilegner seg skolebygningene uten erstatning. Om en kommune har øket sin gjeld for å kunne skaffe skolebygning, gir ikke dette kommunen noe krav etter grunnloven, gående ut på at staten skal overta gjelden, når den tilegner seg eiendommen.»

Videre vises det til Bernt, Overå, Hove, Kommunalrett (1994) s 69:

«Kommunene og fylkeskommunene har ikke noe grunnlovsværn for sin virksomhet, og det kan heller ikke anses å foreligge noen konstitusjonell sedvanerett som beskytter disse organene mot inngrep fra lovgivers side. Det innebærer at det vil være lovgivningen som til enhver tid bestemmer både de prinsipielle og de praktiske rammer for kommunenes og fylkeskommunenes virksomhet.»

I forbindelse med stortingsbehandlingen av endring av lov om kommunal inndeling av 21. desember 1956 nr. 3 vurderte kommunalkomiteen spørsmålet om en kommune som taper eiendom som følge av endring i kommuneinndelingen, bør få erstatning. I Innst.O. XXI (1956) side 7, uttaler komiteen:

«Departementet er enig med Kommuneinndelingskomiteen i at grunnlovens § 105 ikke er til hinder for at lovgivningsmakten ved inndelingsendringer ordner oppgjøret mellom kommunene slik som forholdene i det enkelte tilfelle gjør det rimelig.».....«Kommunalkomiteen slutter seg til departementet.»

I forbindelse med utredningen av sykehjemsreformen som overførte de somatiske sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene uttaler departementet i St.meld. nr. 68 (1984-85) side 142:

«Som regel er tidligere kommunalt eide sykehjem ved eierskifte overført vederlagsfritt til fylkeskommunene i perioden etter innføringen av sykehusloven i 1969. Av den grunn er det Regjeringens syn at fylkeskommunale sykehjem bør overlates kommunene vederlagsfritt i den

grad tidligere inngåtte avtaler ikke tilsier konkret oppgjør for institusjonen.»

Ved endringslov av 11. juli 1986 nr. 55 ble ansvaret for sykehjem overført fra fylkeskommunene til kommunene. I kommunehelsetjenesteloven § 7-5 ble det i denne forbindelsen inntatt en overgangsbestemmelse som fastsatte:

«Eiendomsretten til fylkeskommunalt somatisk sykehjem».....«overdras vederlagsfritt til den kommune hvor institusjonen er oppført. Kommunen overtar samtidig gjeldsforpliktelser som skriver seg fra oppføring eller ombygging av eller utstyr til institusjonene.»

I forarbeidene til sykehjemsreformen ble grunnlovsspørsmålet ikke drøftet. På økonomisiden var det spørsmål knyttet til finansiering av den fremtidige driften av sykehjemmene i kommunene som sto i fokus, både i forbindelse med forberedelsene og gjennomføringen av reformen. Det var også dette som skapte uenighet og var gjenstand for forhandlinger mellom kommunene og fylkeskommunen. At overtakelsen skulle skje vederlagsfritt, var i liten, om noen, grad gjenstand for debatt.

Den nærmere rekkevidden av anvendelsen av Grunnloven § 105 i forhold til fylkeskommunen kan være noe uklar. Etter departementets syn vil imidlertid ikke en fylkeskommune som vederlagsfritt gir fra seg formuesverdier til staten ha noe erstatningskrav etter Grunnloven § 105, dersom overtakelsen av formuesverdiene skjer som konsekvens av at en offentlig oppgave ved lov pålegges et annet forvaltningsnivå enn tidligere. Det vil si at det i lov kan vedtas at sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten overføres fra fylkeskommunene til staten og at fylkeskommunens tilknyttede eiendommer og gjeld overføres samtidig uten at dette etter Grunnloven § 105 utløser krav på erstatning for eventuelt økonomisk tap som følge av overføringen. En slik særlov vil naturlig nok kunne gå foran andre regler på lovnivå om krav på erstatning som følge av avståelse av eiendom.

I forbindelse med denne reformen skal virksomhetene og de tilknyttede anleggene nyttes til å løse de samme oppgavene som fylkeskommunene til nå har hatt, bare i statlig regi. Dessuten dreier det seg om typiske offentlige oppgaver som ikke blir utført med økonomisk overskudd som formål. Finansieringen av den samlede virksomhet er avhengig av omfattende og løpende overføringer fra staten. Oppgaveløsningen har vært lagt til fylkeskommunene fordi en slik organisering av den offentlige virksomheten til nå har vært ansett hensiktsmessig.

Det vil etter departementets vurdering heller ikke ha avgjørende betydning for grunnlovsspørsmålet om enkelte av virksomhetene skulle være organisert som egne rettssubjekter, dersom disse er fullt ut eid av fylkeskommunen. Virksomhetens aktiva og passiva må likevel, som ledd i det samlede opplegget, kunne overtas av staten. Det har heller ikke avgjørende betydning om enkelte virksomheter eies av flere fylkeskommuner sammen.

Det er dessuten uten betydning for grunnlovsvurderingen om rettighetene og forpliktelsene i stedet for å overføres til staten, overføres til et helseforetak som fullt ut er eid av et regionalt helseforetak, og dermed indirekte av staten, iallfall så lenge foretaket har tilsvarende formål som fylkeskommunens virksomhet hadde.

Departementet er derfor 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. Dette gjelder uten hensyn til om fylkeskommunen kan påvise et økonomisk tap som følge av overtakelsen.

Det foreslås derfor i overgangsbestemmelsen i § 53 nr. 6 at staten skal overta virksomheten uten at fylkeskommunene får vederlag for den alternative verdien av formuesposisjonene.

4.22.3 Eierskapsøvertakelse

Forslagene i høringsnotatet

Når det foreslås at staten ved de regionale helseforetakene overtar sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten og dermed ansvaret for at befolkningen får tilgang til slike spesialisthelsetjenester, oppstår spørsmålet om staten skal overta ansvaret fullt ut og overta både driften av og eierskapet til virksomhetenes produksjonsmidler. Det vil i praksis stort sett si om staten skal overta eierskapet til de fylkeskommunale spesialisthelsetjenestevirksomhetene.

I høringsnotatet ble det konkludert med at den beste og mest helhetlige løsningen er at staten samlet overtar både sektoransvaret for tjenesten, driftsansvaret og eierskapet til virksomhetene.

Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene skiller i liten grad mellom statlig overtakelse av ansvaret for tjenesten og overtakelse av eierskapet til virksomhetene. Det vises derfor til det som fremgår av uttalelser om statlig overtakelse generelt i kapitlene 2 og 3.

Departementets vurderinger

Fylkeskommunene er i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 pålagt ansvaret for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i fylket tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Som nærmere omtalt foran, foreslås det en endring i § 2-1 som medfører at dette ansvaret plasseres hos staten. Det markeres med dette at staten har det samlede sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten. Det klargjøres dermed at staten får ansvaret for å realisere de nasjonale helsepolitiske målene når det gjelder å tilby befolkningen en likeverdig spesialisthelsetjeneste, uavhengig av bosted, økonomi, sosial status, alder, kjønn, etnisk tilhørighet, m.v.

Etter den gjeldende bestemmelsen i § 2-1 tredje ledd kan fylkeskommunen velge om den vil yte spesialisthelsetjeneste selv eller inngå avtale med andre tjenesteytere. Det foreslås at dette prinsippet fortsatt skal gjelde når staten overtar ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Som det fremgår i kapittel 2, er statlig organisering av all offentlig sykehusvirksomhet en vesentlig del av begrunnelsen for reformen. Det foreslås derfor at staten overtar ansvaret for driften av virksomhetene, og at staten oppretter regionvise helseforetak som får ansvaret for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. I utkastet til endring av spesialisthelsetjenesteloven foreslås det også at helseforetakenes rolle, ansvar og oppgaver i syste-

met klargjøres ved at det i § 2-1a markeres at helseforetakene skal «sørge for» at befolkningen tilbys de aktuelle helsetjenestene.

For å kunne produsere de aktuelle helsetjenestene, forvalter fylkeskommunene et omfattende produksjonsapparat som består av ulike typer helsefaglige virksomheter. Hvor store og komplekse de enkelte virksomhetene er, avhenger av hvorledes fylkeskommunene har organisert sine helsetjenester. Dette varierer fra fylkeskommune til fylkeskommune og innenfor de ulike fagområdene som spesialisthelsetjenesten består av.

Innenfor somatisk helsevern forvalter fylkeskommunene store produksjonsanlegg. Særlig gjelder dette sykehus på ulike nivåer, men også laboratorier, radiologiske institutter, poliklinikker, ambulanses virksomhet og likeartet eller tilsvarende virksomhet. I tillegg yter de tjenester gjennom avtaler med private utøvere. Innenfor psykisk helsevern produserer/ytter fylkeskommunen helsetjenestene i egne sykehus og i egne avdelinger innenfor somatiske sykehus. I tillegg drives virksomheten gjennom distriktspsykiatriske sentre, ulike klinikker og poliklinikker, psykiatriske sykehjem og behandlingshjem. Når det gjelder spesialiserte rehabiliterings- og habiliteringstjenester, produserer/ytter fylkeskommunene helsetjenester både i sykehus, i egne institusjoner, ved egne poliklinikker og eventuelt gjennom avtaler med private utøvere. Når det gjelder tiltak for rusmiddelmissbrukere, yter fylkeskommunen tjenester både i institusjon og spesialiserte poliklinikker. Produksjonen innenfor mange av virksomhetene omfatter ikke bare pasientrelatert virksomhet, men også undervisning og forskning. Hovedinnsatsfaktorene i disse virksomhetene er personell og kapital som er bundet opp i bygninger og kostnadskrevede utstyr.

Forutsatt at det vedtas at staten skal overta det sektoransvaret som ligger på fylkeskommunalt nivå, vil staten få behov for et tilsvarende produksjonsapparat som fylkeskommunene har i dag. På den annen side vil fylkeskommunene som fritas for det tilsvarende sektoransvaret, ikke lenger ha behov for å produsere de aktuelle helsetjenestene på egne vegne. Fylkeskommunene vil derfor ikke ha mulighet for effektiv bruk av dette produksjonsapparatet selv.

Departementet mener at prinsippet om mest mulig klare og entydige ansvarsforhold og funksjonsfordeling i offentlig forvaltning og mest mulig rasjonell bruk av offentlige ressurser også i forbindelse med den foreslåtte ansvarsovergangen, tilsier at staten overtar ansvaret for produksjonsapparatet fullt ut. Det vil si at staten overtar eiers rettigheter og plikter til produksjonsapparatet. Det foreslås derfor i overgangsbestemmelsen i § 53 nr. 6 at det lovfestes at staten overtar samlet de rettigheter og plikter som er knyttet til de virksomhetene som er nevnt over, på samme tidspunkt som staten pålegges sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten innenfor det samme området. Det vil si at det foreslås at det skal skje en overdragelse av produksjonsapparatet fra fylkeskommunalt nivå til statlig nivå.

Fra hvem overtas eierskapet?

Det offentlige ansvarsprinsippet er ikke til hinder for at også private yter helsetjenester, f.eks. eier og driver sykehus, poliklinikker, laboratorier, røntgeninstitutter, rehabiliteringsinstitusjoner, ambulansetjeneste m.v. Det foreslås ikke at statlig overtakelse av sektoransvaret og de offentlige virksomhetene

som driver tjenesteproduksjonen, skal medføre noen endring på dette. Departementet forutsetter ikke at det statlige ansvaret skal oppfylles ved at staten produserer alle tjenester selv. Ansvaret kan også oppfylles gjennom å kjøpe tjenestene av andre. Departementet mener det blant annet er viktig å nytte den ressursen som ligger i private organisasjoners sosiale og helsefremmende virksomhet. På denne bakgrunn foreslås det ikke at staten skal overta privat helsevirksomhet. Det foreslås ikke at staten skal overta privat eiendomsrett til sykehusanlegg eller andre institusjoner.

Av høringsnotatet fremgikk det at departementet forutsetter at offentlig virksomhet som driver spesialisthelsetjeneste, ikke blir avhendet, omdannet eller håndtert på annen måte i overgangsfasen slik at det vanskeliggjør statlig anvarsovertakelse og overtakelse av virksomhetene dersom lovforslaget blir vedtatt av Stortinget. Dersom denne forutsetningen ikke holder, og virksomhet som staten er avhengig av å disponere for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for spesialisthelsetjeneste til hele befolkningen, for eksempel blir solgt, ser departementet ikke bort fra at det kan bli aktuelt å ekspropriere virksomheten fra den som har kjøpt den, selv om dette vil kunne medføre at kjøper krever erstatning av selger. I forbindelse med denne proposisjonen foreslås det imidlertid kun at staten skal overta offentlig virksomhet, offentlig eierskap og offentlige rettigheter og plikter, ikke private.

Det er mulig å organisere virksomhet som driver spesialisthelsetjeneste ved at virksomhet skilles ut og etableres som en stiftelse som driver virksomheten. Når godkjent sykehus som står på regional helseplan vedtas omdannet til stiftelse, skal omdanningen fremlegges for departementet for vurdering av om endringen i tilknytningsform krever at sykehuset godkjennes på nytt.

På en del områder sørger fylkeskommunene for helsetjenester ved å kjøpe tjenester fra private produsenter, for eksempel privateide sykehus. Dersom staten skal kunne sørge for at befolkningen får like godt tjenestetilbud etter at staten eventuelt overtar sektoransvaret, mener departementet at staten må tre inn i de avtalene som fylkeskommunene har med private produsenter. Det foreslås derfor i overgangsbestemmelsen i § 53 nr. 6 at staten skal ha rett og plikt til å tre inn i fylkeskommunenes avtalebaserte rettigheter og plikter. Dette gjelder bl.a. private institusjoner og tjenester som står på regionale helseplaner.

Eierformens betydning for statlig eierskapsøvertakelse

Så langt departementet er kjent med, er så godt som alle de aktuelle fylkeskommunale virksomhetene forvaltningsorganer, eventuelt fylkeskommunale institusjoner eller foretak, og således en del av fylkeskommunen som rettssubjekt. Det er derfor først og fremst aktuelt å overta retten til fylkeskommunale eiendommer og formuesposisjoner.

Dersom flere fylkeskommuner på tidspunktet for ikrafttredelse av lovforslaget driver virksomheter i fellesskap, de har for eksempel etablert interkommunalt sykehusselskap, foreslås det at staten overtar slike virksomheter på linje med eneeide fylkeskommunale virksomheter. Dette er en eierform som forutsetter fullt ut offentlig eierskap. Staten kan derfor gjennom å overta eierandelene fra samtlige fylkeskommuner, bli eier av den samlede virksomheten. I forslaget til lov om helseforetak, foreslås en bestemmelse om eventuell

omdanning av slik selskapsvirksomhet etter det selskapsrettslige kontinuitetsprinsippet.

Dersom fylkeskommunal virksomhet drives av en eller flere fylkeskommuner i anlegg eiet av andre offentlige eller private eiere, foreslås det at staten overtar virksomheten fra fylkeskommunen/ene og dessuten trer inn i fylkeskommunen/enes rettigheter og plikter overfor eier når det gjelder å leie eller på annen måte disponere anlegget.

Dersom virksomhet innen helsetjenesten er organisert som aksjeselskap som er fullt ut eid av det offentlige (en eller flere kommuner og fylkeskommuner), foreslås det at staten trer inn i alle eierrettighetene. Når staten blir eier av alle aksjene, kan selskapet omdannes til helseforetak etter kontinuitetsprinsippet.

4.22.4 Omfanget av den statlige overtakelsen

Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet konkluderes det med at staten må overta alle de offentlige virksomhetene som yter tjenester innenfor de områder staten overtar sektoransvaret for. Det foreslås at staten skal overta alle formuesgjenstander og andre øvrige formuesposisjoner som fylkeskommunen har knyttet til virksomhetene, både de virksomhetene som direkte yter tjenestene og virksomheter som er nødvendige for driften av de direkte tjenesteytende virksomhetene. Det vil si at det, foruten eiendomsrett til formuesgjenstander, foreslås at staten skal tre inn i de avtalerettslige posisjonene som gjelder virksomhetene.

Høringsinstansenes syn

Noen høringsinstanser mener at staten kun bør overta virksomhetene i et omfang som er strengt nødvendig for selve driften og at det må foretas en konkret vurdering av behovet i hver fylkeskommune.

Østfold fylkeskommune uttaler dessuten:

«Dersom eiendommer ikke lenger brukes til spesialisthelsetjeneste, bør eierskapet føres tilbake til fylkeskommunen.»

Dette synspunktet støttes av 7 fylkeskommuner, herunder Akershus fylkeskommune, som uttaler:

«Ved strukturendringer i sykehusdriften som medfører nedleggelse av sykehus/salg til private bør fylkeskommunen gis opsjon på å få tilbakeført eiendommene etter samme verdifastsettelsesprinsipp som ved overtakelsen.»

Departementets vurderinger

Hvilke virksomheter staten skal overta

Departementet mener at utgangspunktet for vurderingen av hvilke offentlige virksomheter staten skal overta fra kommunalt/fylkeskommunalt nivå, er omfanget av det sektoransvaret staten skal bære.

Målsettingen må være at den nye statlige sektoren gjennom overtakelsen blir i stand til å ivareta sektoransvaret («sørge for-ansvaret») i samme omfang

og kvalitet som det fylkeskommunale nivået, gitt uendrede ansvarsforhold. Departementet mener det avgjørende må være at pasientene skal få det samme tjenestetilbudet uansett hvilket offentlig nivå som har ansvaret og som besitter eierskapet til virksomhetene. Den beste måten å sikre opprettholdelse av tjenestenivået på, er at den statlige helsetjenesten får tilgang til samme produksjonsapparat som fylkeskommunene har i dag. Det må også legges vekt på at statlig overtakelse skal skje med minst mulig forbruk av offentlige ressurser. Det vil si at det ikke er grunn til å bruke offentlige ressurser for at staten skal bygge opp et nytt produksjonsapparat, mens fylkeskommunene skal realisere sitt.

Det er i utgangspunktet og i hovedtrekk rimelig klart hvilke virksomheter som yter helsetjeneste på de oppgaveområdene som staten skal overta ansvaret for. Departementet foreslår at staten skal overta region-, sentral- og lokalsykehus med tilhørende poliklinikker, spesialiserte rehabiliterings- og habiliteringsinstitusjoner, psykiatriske sykehus, distriktpsikiatriske sentre (herunder døgninstitusjoner, dagavdelinger og poliklinikker), barn- og ungdomspsykiatrisk virksomhet (herunder klinikker, behandlingshjem og poliklinikker), virksomheter som er tilknyttet tiltak for rusmiddelmissbrukere og som er organisert innen spesialisthelsetjenesten, spesialsykehjem innen psykiatri og rehabilitering, laboratorier, røntgeninstitutter, ambulansetjeneste og offentlig eide sykehusapotek.

Omfanget av virksomhetene

På virksomhetsnivå mener departementet at utgangspunktet må være at staten får rett og plikt til å overta virksomheten med de rettigheter og plikter som er knyttet til virksomheten. Hvilke konkrete formuesposisjoner som er knyttet til virksomheten og hvilket omfang og kvalitet kapitalgjenstandene har, vil variere fra fylkeskommune til fylkeskommune. Men utgangspunktet må uansett være at staten skal overta virksomhetene slik de «står og går» med alle de formuesposisjonene som faktisk er knyttet til den enkelte virksomheten.

De fleste virksomhetene har en kjernevirksomhet som skjematisk kan deles i tre tjenesteytende områder:

- kliniske funksjoner
- medisinske og andre helsefaglige servicefunksjoner
- ikke medisinske servicefunksjoner

På sykehus omfatter funksjonene under første strekpunkt de kliniske funksjonene på alle nivåer. Funksjonene under andre strekpunkt omfatter laboratorier, røntgeninstitutter, ambulansetjeneste, nødmeldetjeneste, pasienthotell, sykehotell, offentlig eide sykehusapotek, tannklinikker mv. Funksjonene under tredje strekpunkt omfatter kjøkken, kantine, personalbolig, kiosk, vaskeri, barnehage mv. Etter departementets vurdering må alle funksjonene som det er naturlig å kategorisere under disse strekpunktene, anses som lagt til virksomheten uansett hvorledes de er organisert og plassert rent fysisk, og uavhengig av om de er plassert i egne bygg eller utenfor selve sykehusområdet.

Som formuesgjenstander innenfor disse virksomhetene, kan som eksempler nevnes bygninger og andre lokaler, bygningsteknisk utstyr, verktøy og maskiner, utstyr til administrasjon, som kontormøbler, kontorutstyr, maski-

ner, IT, rekvisita og lignende, møbler og utstyr til bruk i omsorg, medisinsk undersøkelses- og behandlingsutstyr, medisinsk og annet varelager, biler og andre maskiner til utendørs bruk, ambulanser med garasjer, ambulansebåter, utstyr til forskning, undervisning og opplæring, medisinske samlinger/museer osv.

Når en formuesgjenstand er knyttet til virksomheten, er det naturlig å gå ut fra at fylkeskommunen har funnet det nødvendig og hensiktsmessig å knytte den til virksomheten av hensyn til tjenesten. Disse investeringene er offentlig finansiert og foretatt med det formål å yte helsetjenester til befolkningen. Eventuelt kan private personer eller organisasjoner ha stilt midler til rådighet til helseformål, for eksempel sykehusformål. Uansett er beslutningen om anskaffelse tatt på grunnlag av en vurdering av befolkningens behov for og ønsker om helsetjenester. Når de demokratiske myndighetene i fylkeskommunen enten konkret har vurdert at visse formuesgjenstander bør knyttes til en virksomhet innenfor spesialisthelsetjenesten, eller har unnlatt å knytte dem til annen virksomhet, ville det ikke være riktig å overprøve denne vurderingen i forbindelse med endring i eierskapet innenfor offentlig sektor. Behovene til de som mottar helsetjenestene endrer seg ikke fordi om eierskapet går over til staten. Det er derfor etter departementets oppfatning ikke grunn til å foreta en ny eller annerledes vurdering av hvilke formuesgjenstander som bør knyttes til de enkelte virksomhetene, selv om det foretas et eierskifte fra et offentlig nivå til et annet.

Det vil kunne anføres at en del formuesgjenstander som er knyttet til virksomhetene, har en alternativ økonomisk interesse for fylkeskommunen, at fylkeskommunen bør ha mulighet til å utnytte disse verdiene og at det ikke er rimelig at staten skal overta dem med mindre de er av vesentlig betydning for driften av virksomheten. Som eksempel kan særlig nevnes boliger for ansatte i de aktuelle virksomhetene og barnehager og fritidssteder anskaffet for de ansatte. Dette er formuesgjenstander som fylkeskommunen har investert i av personalpolitiske årsaker. De er viktige virkemidler i arbeidet med å rekruttere personell og beholde dette i fremtiden. Dersom fylkeskommunen har sett det som nødvendig å investere i slike personalpolitiske tiltak for å sikre virksomheten tilstrekkelig gode innsatsfaktorer, vil disse tiltakene etter departementets oppfatning være like nødvendige for virksomheten - og for innbyggerne som har behov for helsetjenestene - selv om virksomheten skifter eier. Av hensyn til de innbyggerne staten skal sørge for helsetjenester til, foreslås det derfor i § 53 nr. 6 at staten overtar også slike formuesgjenstander.

For en del av de aktiva som er knyttet til virksomhetene, vil det kunne anføres at tilknytningen har skjedd mer eller mindre tilfeldig, ikke ut fra virksomhetsmessige vurderinger, men på grunn av den måten den enkelte fylkeskommunen har valgt å organisere sin totale virksomhet på. I slike tilfeller kan det være historiske årsaker for tilknytningen. Som eksempel kan nevnes at store tomtearealer i form av park, landbruksareal eller skog kan være knyttet til enkelte sykehus. Dersom størrelsen på arealet langt overstiger fremtidig behov knyttet til de aktuelle tjenestene, herunder for eksempel utbyggingsbehov eller rekreasjonsbehov - inklusive behov for stillhet eller naturskjønne omgivelser - som pasientene kan tenkes å ha, ser departementet ikke bort fra at det kan være rimelig at slike aktiva, etter en skjønnsmessig vurdering, ikke

overtas av staten. Dersom det i helt spesielle tilfeller vil virke åpenbart urimelig at staten overtar særskilte aktiva knyttet til virksomhetene, foreslås det i § 53 nr. 6 annet ledd å åpne for at disse verdiene holdes utenfor ved overføringen til staten, forutsatt at det er rimelig at fylkeskommunen eller kommunen beholder dem.

Det vil kunne vise seg at det i konkrete tilfeller er vanskelig å avgjøre om formuesgjenstander som disponeres av fylkeskommunen er knyttet til en virksomhet innen spesialisthelsetjenesten, eller om de er knyttet til annen virksomhet. Departementet mener at følgende kriterier må legges til grunn for vurderingen av om dette er en formuesverdi som staten har rett og plikt til å overta:

- 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.

Det kan også tenkes at eiendeler som er knyttet til utøvelse av spesialisthelsetjeneste blir verdiløse for fylkeskommunen/kommunen når ansvaret for tjenesten faller bort. Det foreslås derfor at staten ikke bare skal ha rett, men også plikt, til å overta fylkeskommunale rettigheter og plikter knyttet til virksomheten.

Etter at staten har overtatt ansvaret for spesialisthelsetjenesten, vil fylkeskommunen fremdeles ha ansvaret for andre viktige offentlige tjenester. Den statlige overtakelsen av sektoransvaret bør derfor etter departementets vurdering, ikke føre til at fylkeskommunene blir dårligere i stand til å yte disse tjenestene enn de var på forhånd. 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.

Sett fremover i tid kan en ikke se bort fra at situasjoner kan oppstå som medfører at staten ikke lenger vil ha behov for å benytte bygninger, grunnområder mv. som nå foreslås overtatt til formål innenfor spesialisthelsetjenesten, f.eks. fordi nybygging gjør at eldre bygg tas ut av bruk. Departementet har vurdert om det bør lovfestes at fylkeskommunen i så fall har krav på å få tilbakeført eierskapet til disse formuesgjenstandene. I en slik situasjon som nevnt, kan eldre bygninger selges til alternativ bruk, dersom de egner seg til det, for å bidra til finansieringen av bygging av nye tidsmessige lokaler som kommer innbyggerne til gode. I et slikt tilfelle mener departementet at salg på statens hånd vil være en bedre utnyttelse av offentlige ressurser til det formål de er ment for, enn at fylkeskommunen skal kunne kreve å få tilbake eierskapet. Departementet ser imidlertid ikke bort fra at det i konkrete tilfeller vil kunne være rimelig at fylkeskommunen får tilbakeført eiendommen. Om for-

muesgjenstander som går ut av bruk eller skifter bruksområde kan og bør brukes til formål innenfor spesialisthelsetjenesten, er imidlertid umulig å vurdere på generelt grunnlag. Departementet mener derfor at det ikke bør lovfestest at fylkeskommunene skal ha et tilbakeføringskrav. Eventuell tilbakeføring må vurderes konkret i det enkelte tilfellet.

4.22.5 Andre formuesrettslige posisjoner enn eiendomsrett til virksomhetene - avtalerettslige posisjoner

Forslagene i høringsnotatet

Under punktet foran er omtalt kommunale/fylkeskommunale kapitalgjenstander som er knyttet til virksomheter som det foreslås at staten skal få rett og plikt til å overta. Det er omtalt realkapital og eierandeler i offentlig helserelatert virksomhet.

Fylkeskommunene vil i varierende omfang ha inngått avtaler i tilknytning til virksomhetene. Dersom fylkeskommunens disponering av formuesgjenstander ikke er basert på eiendomsrett, men på bruksrett, for eksempel leie, lån mv., ble det i høringsnotatet foreslått at staten bør få rett og plikt til å overta også en slik bruksrett. Tilfellet kan være at en privat person eller organisasjon, en kommune, eller en annen fylkeskommune eier tomt, bygninger eller annen eiendom som benyttes av en offentlig virksomhet innen spesialisthelsetjenesten.

Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene har ikke merknader til prinsippet om at staten, foruten realkapital, bør overta avtalerettslige formuesposisjoner.

Departementets vurdering

Dersom fylkeskommunen har inngått avtale om at tredjemann skal levere/yte helsetjeneste, mener departementet at det er nødvendig av hensyn til pasientene at staten får rett og plikt til å tre inn i en slik avtale. Tjenesteyter kan være et privat sykehus eller helseinstitusjon, en organisasjon eller en avtalespesialist.

Det kan også dreie seg om kontrakter som gir fylkeskommunen økonomiske og forretningsmessige krav, som kontrakter om nybygg, ombygging, vedlikehold og andre typer håndverkeravtaler, salg, kjøp, konsulentoppdrag og andre tjenesteytelser av ulike slag. Videre kan det dreie seg om forpliktelses som fylkeskommunen har påtatt seg å oppfylle i fremtiden overfor offentlige eller private avtaleparter. En del av disse avtalerettslige forpliktelsene vil fylkeskommunen ikke bli i stand til å oppfylle fordi staten overtar virksomheten de er knyttet til. Derfor foreslås det at staten får en plikt til å tre inn. Der staten som debitor ønsker å frigjøre seg fra et langsiktig forhold ved å dekke fylkeskommunens forpliktelses, vil det bli et spørsmål om kreditor ønsker å akseptere slikt innfrielse og om han er forpliktet til det etter avtalen.

Universiteter og høyskoler har i dag rett til å disponere arealer, utstyr med videre og har rett til å drive klinisk forskning og undervisning innenfor en del sykehus. Disse disposisjonsrettighetene har grunnlag i avtaler, praksis og for-

utsetninger og vilkår som er stilt i forbindelse med bl.a. finansieringen av undervisnings- og forskningsvirksomhet. Departementet forutsetter at disposisjonsretten videreføres på uendrede vilkår.

Departementet forutsetter at fylkeskommunen frem mot en eventuell overtakelse kun inngår avtaler som det også vil være aktuelt å inngå under forutsetning av at fylkeskommunen fortsatt er eier av virksomhetene. Det vil si at det ikke blir inngått avtaler som binder staten på en uheldig måte etter overtakelsen.

Departementet mener at det vil være en forutsetning for å kunne fortsette driften av virksomhetene på samme nivå som fylkeskommunen har gjort, at staten får rett til å tre inn i avtaleforhold knyttet til virksomhetene. Det foreslås derfor at staten skal få rett, både overfor fylkeskommunen og overfor tredjemann, til å tre inn i fylkeskommunens posisjon i rettsforholdet, jf. overgangsbestemmelsen i § 53 nr. 6.

4.22.6 Økonomisk oppgjør

Det økonomiske oppgjøret mellom staten og fylkeskommunene i forbindelse med den statlige overtakelsen har to elementer, utgifter til drift og overføring av formuesgjenstander og andre formuesposisjoner. Fylkeskommunenes utgifter til drift reduseres vesentlig som følge av at ansvaret for helsetjenester faller bort og at disse utgiftene overtas av helseforetakene. Fylkeskommunenes inntekter vil derfor bli redusert tilsvarende de reduserte utgiftene. Dette vil dels skje ved at direkte øremerkede tilskudd til helsetjenester faller bort. Men samtidig må de frie inntektene reduseres. De frie inntektene består av skatteinntekter og rammetilskudd gjennom inntektssystemet.

I Kommuneproposisjonen i mai 2001 vil Kommunal- og regionaldepartementet redegjøre nærmere for opplegget. Kommunal- og regionaldepartementet og Sosial- og helsedepartementet foretar en kartlegging av tallgrunnlaget for overføringen i nært samarbeid med Kommunens Sentralforbund og fylkeskommunene.

I Kommuneproposisjonen vil det også bli foreslått nødvendige endringer i inntektssystemet, herunder de kriterier som skal gjelde for fordeling av midler fylkeskommune imellom. F.eks. er det naturlig at vekten på eldre, 75 år og over, reduseres fordi denne vekten er knyttet til ansvaret for helsetjenester og ikke til de gjenstående oppgavene i fylkeskommunene.

Det er det økonomiske oppgjøret som følge av overføringen av formuesposisjoner fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene som vurderes i dette kapitlet.

Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet konkluderes det med at statens overtakelse av formuesposisjoner fra fylkeskommunene bør skje uten erstatning for de alternative verdiene som måtte ligge i disse formuesposisjonene. Oppgjøret foreslås gjennomført ved at staten overtar den gjeld som er knyttet til virksomhetene.

Høringsinstansenes syn

De fleste fylkeskommunene fremhever som det viktigste ved det økonomiske oppgjøret at det setter fylkeskommunen i stand til å utføre de oppgavene som fylkeskommunen har igjen etter at spesialisthelsetjenesten har gått over til staten. Noen fylkeskommuner støtter direkte forslaget om at oppgjøret skal gjennomføres ved gjeldsovertakelse. En del er negative til forslaget til økonomisk oppgjør.

Oppland fylkeskommune uttaler:

«Den foreslåtte løsning i høringsutkastet om at gjeldssituasjonene skal danne utgangspunkt for oppgjøret, vil ikke kunne aksepteres.»

Videre at det i utgangspunktet:

«må primært være bokførte/takserte verdier for de anleggsmidler som overføres. Sekundært må det beregnes en godtgjøring for nedlagt egenkapital.»

Oslo kommune uttaler blant annet:

«Høringsnotatets forslag om å overta alle eiendommer, bygninger og utstyr vederlagsfritt er etter Oslo kommunes mening uakseptabelt.»

Akerhus fylkeskommune uttaler:

«Langsiktig gjeld knyttet til spesialisthelsetjenesten overtas av staten. For å sikre likebehandling av fylkeskommunene må det også tas hensyn til bruk av egenkapital.»

Departementets vurdering

Erstatning for overføring av formuesposisjoner - generelt

Det er knyttet store økonomiske verdier til de fleste av de virksomhetene som foreslås overført, dersom man ser på den alternative verdien som de enkelte formuesgjenstandene isolert sett vil ha. Det ville imidlertid være vanskelig å foreta en riktig verdifastsettelse av virksomhetene fordi det ikke finnes noe marked for kjøp og salg av denne typen virksomheter.

For fylkeskommunene har verdien av de kapitalgjenstandene som er knyttet til virksomhetene bestått i at de gjør det mulig å oppfylle det lovpålagte ansvaret for å sørge for befolkningens behov for helsetjenester. Virksomhetene har i utgangspunktet ingen egentlig bedriftsøkonomisk verdi. Målsettingen med offentlig spesialisthelsetjeneste er ikke økonomisk inntjening og overskudd, men helse og velferd. Dersom virksomhetene overføres til staten, vil fylkeskommunen ikke miste et produksjonsapparat som gir muligheter for driftsoverskudd og økonomisk fortjeneste. Så lenge fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar for å sørge for befolkningens behov for disse tjenestene, kan de heller ikke realisere den verdien som ligger i virksomhetenes realkapital for å bruke den realiserede verdien til et annet formål. Så lenge fylkeskommunen ikke kan velge bort oppgaven, vil den verdien som måtte ligge i virksomhetene være bundet opp til offentlig ytelse av helsetjeneste. Departementet mener derfor at statlig overtagelse ikke vil medføre noe fremtidig bedriftsøkonomisk tap som det er rimelig at fylkeskommunen får erstatning for.

Dersom staten overtar ansvaret for å sørge for befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, vil staten også overta de kostnadene som er knyttet til tjenesteproduksjonen, både på drifts- og kapitalsiden. Det vil si at statens overtakelse vil medføre at fylkeskommunen fritas for omfattende årlige kostnader.

I og med at fylkeskommunene fritas for de kostnadene som er forbundet med å ha ansvaret for helsetjenestene, uten at de vil lide et fremtidig driftsøkonomisk inntektstap, vil overføringen av virksomhetene sammen med statens helhetlige sektoransvar etter departementets vurdering ikke medføre et økonomisk tap for fylkeskommunene eller en økonomisk gevinst for staten. Det er således i utgangspunktet ikke rimelig at statlig overtakelse skal medføre et økonomisk oppgjør som fører til at fylkeskommunenes formuesposisjoner øker i verdi. Det er dessuten ingen grunn til at den måten de offentlige tjenestene er organisert på, om de ytes av det ene eller andre forvaltningsnivået, skal få betydning for fordelingen av de offentlige formuesposisjonene innen offentlig sektor. I alle fall er det ikke rimelig at det skal få formuesrettslige konsekvenser om ansvaret for å yte offentlige tjenester flyttes mellom forvaltningsnivåene.

Når staten overtar ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i det enkelte fylket, vil overtakelsen i prinsippet ikke få betydning for befolkningens behovstilfredsstillelse, verken når det gjelder helsetjenester eller andre tjenester. Departementet legger derfor vekt på at befolkningens tjeneste- og velferdsbehov ikke tilsier et økonomisk oppgjør som gjenoppretter fylkeskommunens formuesposisjon.

Dersom fylkeskommunen skulle få erstatning for den alternative økonomiske verdien av virksomhetene, ville det kunne dreie seg om enorme beløp. Departementet ser det ikke som samfunnsmessig fornuftig at fylkeskommunene skal kunne foreta omfattende investering i andre fylkeskommunale sektorer som en tilfeldig konsekvens av en helsereform. Såvidt omfattende investeringer bør skje som en konsekvens av en nasjonalt besluttet politikk, ved at Stortinget gjennom årlig budsjett og nasjonale sektorpolitiske rammer beslutter og legger til rette for investeringene. Ellers ville et slikt erstatningsoppgjør gi en tilfeldig omfordeling mellom fylkeskommunene som ikke er politisk begrunnet. På denne bakgrunn tilsier en samlet samfunnsøkonomisk vurdering at fylkeskommunene ikke får oppgjør for anleggenes alternative verdi.

Når man ser på hvorledes anleggene er blitt finansiert, har dette stort sett skjedd gjennom skatteinntekter; gjennom tidligere overføringer fra kommunene i fylket, gjennom overføringer fra staten og eventuelt gjennom private finansieringskilder. Investeringene har skjedd gjennom offentlige overføringer eller privat finansiering øremerket for helseformål. Også etter overføring av eierskapet vil investeringene komme de samme formål og de samme innbyggerne til gode. Etter departementets vurdering vil det derfor ikke være urimelig overfor innbyggerne i den enkelte fylkeskommune om fylkeskommunen ikke får erstatning for den alternative formuesverdien av virksomhetene. I og med at investeringene i virksomhetenes anlegg er foretatt med den forutsetning at de skal brukes til helseformål innenfor offentlig sektor og finansieringen har skjedd med bruk av offentlige skattemidler, vil det ikke være rimelig, eller samfunnsmessig sett rasjonelt, om overføringen av oppgavene til et

annet forvaltningsnivå skulle utløse et krav på erstatning for en alternativ verdi av virksomhetene.

Det foreslås derfor ikke at fylkeskommunen skal få erstattet en eventuell alternativ verdi dersom virksomhetene overføres til staten.

Overtakelse av fylkeskommunens gjeldsansvar

Som omtalt foran mener departementet at det overordnede prinsippet for det økonomiske oppgjøret bør være at fylkeskommunen etter overføringen av virksomhetene knyttet til spesialisthelsetjenesten skal ha tilstrekkelig økonomisk evne til å løse de øvrige oppgavene som de er pålagt. De fleste fylkeskommunene har uttalt seg i samsvar med dette.

Departementet har også kommet til at statlig overtakelse av virksomhetene ikke bør medføre en økonomisk gevinst på fylkeskommunenes/kommunenes hånd. Det foreslås at det økonomiske oppgjøret skal gjennomføres ved at staten overtar de økonomiske forpliktelsene som er knyttet til virksomhetene, herunder gjeldsforpliktelsene. Departementet mener at overtakelse av gjeld må ses i sammenheng med fylkeskommunenes inntektsrammer ved at redusert gjeld vil medføre reduksjon i utgifter til renter og avdrag.

Fylkeskommunene har hatt ulikt investeringsnivå i spesialisthelsetjenesten og det varierer hvorvidt investeringene i spesialisthelsetjenesten og i andre sektorer er finansiert ved egenkapital eller lån, hvor lang avdragstid lånene har og hvor stor arbeidskapital fylkeskommunene sitter igjen med. Disse momentene vil det bli tatt hensyn til i det generelle gjeldsoppgjøret. Det vil blant annet bli vurdert å overta noe fylkeskommunal gjeld som ikke er relatert til spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil komme tilbake til dette i forbindelse med Kommuneproposisjonen for 2002 og Statsbudsjettet for 2002.

Departementet vil presisere at det foreslås at det overordnede prinsippet for det økonomiske oppgjøret skal være at fylkeskommunen etter overføring av virksomhetene knyttet til spesialisthelsetjenesten skal ha tilstrekkelig økonomisk evne til å løse de øvrige oppgavene de er pålagt. Dette vil bli tatt opp i forbindelse med det generelle økonomiske opplegget for kommunesektoren.

Det foreslås å lovfeste i § 53 nr. 6 at staten skal overta ansvaret for gjeld knyttet til virksomhetene samtidig som staten overtar sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten, selv om det kan være vanskelig å avgjøre om konkrete gjeldsforpliktelser er knyttet til virksomhetene innenfor spesialisthelsetjenesten.

4.22.7 Gjennomføringen av overtakelsen av virksomhetene og det økonomiske oppgjøret

Forslagene i høringsnotatet

Når det gjelder den nærmere klargjøring og konkretisering av hvilke formuesgjenstander og andre formuesposisjoner staten vil ha plikt og rett til å overta etter lovforslaget, pekte departementet i høringsnotatet på muligheten for å opprette uavhengige og uhildede nemnder for å behandle disse sakene. Når det gjelder de formuesposisjoner som er knyttet til gjeldsansvar, ble det forutsatt at den nærmere vurdering må foretas i forbindelse med arbeidet med statsbudsjettet.

Høringsinstansenes syn

En del fylkeskommuner mener at det må føres reelle forhandlinger mellom fylkeskommunene og staten om oppgjøret. Disse fylkeskommunene mener at det må forhandles både om hva som skal overføres til staten og om det økonomiske oppgjøret.

Buskerud fylkeskommune uttaler:

«Det økonomisk oppgjøret må skje etter individuelle forhandlinger men basert på omforente prinsipper som er felles for alle fylkeskommunene. Buskerud fylkeskommunen støtter derfor felles forhandlingsopplegg i regi av KS.»

Vest-Agder fylkeskommune uttaler:

«Det presiseres at det må gjennomføres konkrete forhandlinger om det økonomiske oppgjøret for overføring av eiendom og tilhørende formuesposisjoner, og at det må skje en individuell vurdering av forholdene i den enkelte fylkeskommune.»

Oppland fylkeskommune presiserer at det må legges opp til reelle forhandlinger.

Kommunenes Sentralforbund uttaler:

«Høringsnotatets tvisteløsningsordning er noe uklar. Den foreslåtte nemnda synes å være tenkt gitt avgjørelseskompetanse uten forutgående forhandlinger. Nemndinstituttet er et velkjent tvisteløsningsorgan. KS forutsetter at det opprettes et tvisteinstitutt som trer i kraft etter brudd i forutgående forhandlinger mellom partene. På bakgrunn av en slik forståelse støtter KS at sentralforbundet skal oppnevne på vegne av den ene part, tre medlemmer til nemnda».

Departementets vurdering

Det er en forutsetning for statlig overtakelse av virksomhetene at overtakelsesvedtaket skjer ved lovvedtak. Lovvedtaket må omfatte omfanget av overtakelsen av formuesposisjoner. Det vil si hvilke rettigheter og plikter staten skal overta. Overføringen skjer ved at endringene i spesialisthelsetjenesteloven og overgangsbestemmelsene i § 53 trer i kraft.

På denne bakgrunn kan det ikke føres forhandlinger mellom fylkeskommunene og staten om hva staten skal overta og hvor omfattende gjeldsovertakelsen skal være. Forvaltningsorganer kan ikke overprøve Stortingets beslutninger gjennom forhandlinger.

Selv om det foreslås at overgangsbestemmelsene i § 53 nr. 6 mv. skal ha en ganske omfattende og detaljert beskrivelse av hva som skal overføres, vil det allikevel være et stort behov for konkretisering, både av hvilke formuesgjenstander og hvilke øvrige formuesposisjoner staten skal overta, herunder hvilke gjeldsforpliktelser staten skal tre inn i. Dette arbeidet dreier seg ikke om å treffe beslutninger i formell forstand, men i prinsippet om å foreta lovtolkning. I realiteten vil sakene imidlertid få et preg av beslutninger om hva staten skal overta.

På bakgrunn av høringsuttalelsene har departementet kommet til at den beste fremgangsmåten er at departementet og fylkeskommunene i samarbeid kommer frem til en oversikt over de formuesrettslige posisjoner som er knyt-

tet til driften av den enkelte virksomhet. Det vil si eiendomsforhold og forpliktelser, herunder avtaleforpliktelser, som fylkeskommunen har knyttet til virksomheten. Dessuten må det vurderes hvilke avtaleforhold som skal avsluttes og hvilke som skal fortsette å løpe. Dersom avtaleforhold skal fortsette å løpe, må det tas standpunkt til om staten skal tre inn i fylkeskommunens avtalerettslige posisjon eller eventuelt «løse ut» fylkeskommunen ved et økonomisk oppgjør. I de tilfellene det er knyttet interesser til tomtearealer og regulerings- og bruksplaner, bør også den kommunen der sykehuset eller annet bygg ligger, tas med i kartleggingsarbeidet. Det vil stort sett bare være i Oslo at disse interessene er samlet på én fylkeskommunal hånd.

Dersom departementet og fylkeskommunene ikke kommer til enighet om hva staten har rett og plikt til å overta, oppstår spørsmålet om hvem som skal treffe de endelige beslutningene. Selv om forvaltningsloven ikke er til hinder for at departementet treffer beslutningene, har formålet med forvaltningslovens habilitetsbestemmelser relevans i denne saken. Formålet med habilitetsbestemmelsene er å skape tillit til forvaltningens saksbehandling ved å hindre at partsinteresser får betydning for utfallet. Den situasjon at fylkeskommunen i overtakelsesprosessen treffer departementet i flere roller, kan medføre at fylkeskommunen ikke får tillit til at vurderingene er riktige og rettferdige.

På bakgrunn av at høringsinstansene påpeker behovet for at staten og fylkeskommunene er likeverdige parter i sakene, og at departementet ikke bør være ensidig beslutningstaker i saker i forbindelse med overtakelsen, har departementet kommet til at det vil være riktig å legge opp til en prosess som imøtekommer dette behovet og at det vil være riktig å oppnevne en uavhengig nemnd som treffer endelig avgjørelse. I en slik tvisteløsningsnemnd vil begge parter kunne sørge for og kontrollere at deres synspunkter blir brakt frem og vektlagt. Dessuten vil begge parter få innsikt i avgjørelsesprosessen og samme grad av påvirkningsmulighet. På den måten kan man oppnå at avgjørelsen får bedre legitimitet og lettere oppfattes som riktig og rettferdig i den enkelte fylkeskommune.

Det forvaltningspolitiske prinsippet om å være tilbakeholden med å opprette særlovorganer, behøver ikke tillegges avgjørende vekt i og med at det dreier seg om organer som vil ha begrenset funksjonstid.

For å likestille partene i prosessen bør nemnda foruten å være uavhengig, være partssammensatt med en uhildet person som leder. De øvrige medlemmene bør være høyt kvalifiserte når det gjelder fylkeskommunale og økonomiske spørsmål.

Departementet antar at forvaltningsloven etter § 1 vil gjelde for nemnda. I og med at nemnda ikke er foreslått å skulle treffe enkeltvedtak, vil det først og fremst bli lovens alminnelige regler om saksbehandlingen som vil gjelde. For øvrig foreslås det at departementet etter samråd med Kommunenes Sentralforbund, kan fastsette nærmere regler for nemndas virksomhet.

Det foreslås at oppgjøret, foruten konkretisering av hvilket gjeldsansvar staten har plikt til å overta, skal omfatte en totalvurdering av fylkeskommunens fremtidige økonomiske situasjon. Dette gjelder også fylkeskommunenes behov for overføring av inntekter. Det vil det være nødvendig å foreta disse vurderingene i forbindelse med arbeidet med statsbudsjettet og Kommune-

proposisjonen. Det foreslås derfor ikke at nemnda skal kunne behandle spørsmål om gjeldsovertakelse.

5 Endringer i andre lover - spesialisthelsetjenesteloven og enkelte andre lover

5.1 Innledning

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. regulerer spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes av staten, fylkeskommunen og private. Loven inneholder blant annet bestemmelser om ansvars- og oppgavefordeling mellom fylkeskommunene og staten, finansiering, fylkeskommunalt samarbeid i regionale helseutvalg, legefordeling og enkelte særlige plikter og oppgaver som pålegges helseinstitusjonene, herunder sykehusene. Forslaget om at staten skal overta ansvaret for spesialisthelsetjenesten og eierskapet til den offentlige spesialisthelsetjenesten, vil lovgivningsmessig gjennomføres gjennom endringer i spesialisthelsetjenesteloven.

5.2 Eierstyring eller lovregulering

Statens muligheter til å pålegge fylkeskommunene plikter er begrenset som følge av legalitetsprinsippet. Det vil si at det i utgangspunktet kreves regulering i lov for at staten skal kunne legge plikter på fylkeskommuner eller fylkeskommunal virksomhet som sykehus og andre spesialisthelsetjenester. En konsekvens av forslaget om at staten skal overta ansvaret for spesialisthelsetjenesten vil være at staten i stor utstrekning kan styre denne sektoren i kraft av sin eierposisjon og uten at det er behov for regulering i lov. I prinsippet vil staten ha full instruksjonsmyndighet over sin egen virksomhet. Når helseforetakene organiseres som selvstendige rettssubjekter, innebærer dette imidlertid at eierstyringen må skje etter visse formkrav. Det følger av forslaget til lov om helseforetak m.m. § 16 at løpende eierstyring skal skje gjennom foretaksmøtet.

Enkelte av bestemmelsene i dagens spesialisthelsetjenestelov kan som utgangspunkt anses som overflødige når staten overtar eierskapet til den offentlige spesialisthelsetjenesten og kan ivareta sine styringsbehov gjennom eierstyring. Det er imidlertid også andre hensyn enn legalitetsprinsippet som tilsier at regulering bør skje i lovs form. Enkelte bestemmelser som pålegger helsetjenesten plikter, innebærer at privatpersoner eller ikke-statlig virksomhet gis rettigheter, fordeler eller goder og bør av den grunn fortsatt fastsettes i lovs form. Eksempler på slike bestemmelser er reglene i loven § 2-6 om utarbeidelse av individuelle planer og reglene om veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten i § 7-4.

Likhets hensyn taler for at statlig virksomhet bør reguleres i lov dersom tilsvarende regler også skal gjelde for privat virksomhet. Bestemmelsen i loven § 3-7 om pasientansvarlig lege er eksempel på en bestemmelse som gjelder både offentlig og privat virksomhet. Departementet ville som eier hatt anledning til å instruere de statlige virksomhetene om å innføre en slik ordning selv om dette ikke var regulert i lov. Også når det gjelder bestemmelser som pålegger helsepersonell og annet personell plikter uavhengig av om disse er ansatt

ved statlig eller privat virksomhet, vil likhetshensyn tale for lovregulering også i forhold til personell ansatt i statlig virksomhet. Dette gjelder for eksempel bestemmelsen i loven § 7-2 om helsepersonell og andre ansattes opplysningsplikt overfor tilsynsmyndigheten.

Videre kan hensynet til helheten i lovens regulering tilsi at visse forhold bør reguleres i lov selv om dette ikke er påkrevet. Også andre hensyn kan tale for å opprettholde muligheten for regulering ved bruk av normative virkemidler fremfor gjennom eierstyring. Praktiske hensyn kan tale for at lovregulering vil være hensiktsmessig. Videre kan det være ønskelig å gi prioritet til bestemte hensyn gjennom lovregulering.

For en nærmere vurdering av de enkelte bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven i forhold til om disse bør oppheves eller om reguleringen fortsatt bør skje i lovs form, og eventuelt hvilke endringer som bør foreslås i bestemmelsene, vises til drøftelsene under kapitlene 5.3 til 5.14.

5.3 Lovens formål og virkeområde

5.3.1 Gjeldende rett

Spesialisthelsetjenesteloven kapittel 1 inneholder bestemmelser om lovens formål og virkeområde. Det følger av § 1-1 at lovens formål særlig er å fremme folkehelsen, å motvirke sykdom, bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, bidra til et likeverdig tjenestetilbud, bidra til at ressursene utnyttes best mulig, bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov og bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene. Etter bestemmelsen i § 1-2 gjelder loven for spesialisthelsetjeneste som tilbys eller ytes i riket av fylkeskommunen, staten eller private. Etter § 1-2 annet ledd kan departementet ved forskrift eller i det enkelte tilfellet bestemme hva som er spesialisthelsetjeneste. Det følger av Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. at:

«Lovens saklige virkeområde er definert gjennom begrepet spesialisthelsetjenesten. Begrepet svarer ikke til et presist medisinsk begrep. Spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den type helsetjenester som man ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivå. Til tross for at begrepet spesialisthelsetjeneste ikke naturlig omfatter alle de tjenester fylkeskommunen er pliktig til å yte, og vil kunne sies å omfatte noen av de tjenester som kommunene yter, har departementet kommet til at det likevel er det begrepet som nærmest beskriver de tjenester loven omfatter.

I praksis vil begrepet omfatte de tjenester fylkeskommunen er pliktig til å yte etter gjeldende sykehuslov mv. og lov om psykisk helsevern.

Fremdeles vil således i utgangspunktet sykehus, sykestuer, fødehem, spesialsykehjem, kliniske legespesialisttjenester, kliniske psykologtjenester, medisinske laboratorier, røntgeninstitutt, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. være fylkeskommunenes ansvar, slik det i dag fremgår av sykehusloven. Loven vil også omfatte de tjenester som i dag er oppregnet i lov om psykisk helsevern § 1. Det er altså ved lovendringen i seg selv ikke ment å gjøre endringer i fylkeskommunens ansvar. Bestemmelsen legger imidlertid opp til at det i mindre grad vil være obligatorisk å yte spesialisthelsetjenester ved å etablere bestemte institusjoner. En flytting av

oppgaver mellom nivåene vil fortsatt forutsette et budsjettvedtak i Stortinget. Departementet gis imidlertid i § 1-2 tredje ledd hjemmel til i tvilstilfelle å avgjøre hva som er spesialisthelsetjeneste.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med fylkeskommunens ansvar etter § 2-1 for å sørge for at befolkningen innenfor fylket tilbys spesialisthelsetjenester. Enkelte sentrale oppgaver for fylkeskommunen er der spesielt nevnt.

Loven gjelder også for spesialisthelsetjenester som faktisk ytes av staten og private med eller uten avtale med fylkeskommunen. Loven stiller krav til private og statlige tjenesteytere blant annet om forsvarlig tjenesteyting, jf. § 2-3.

Begrunnelsen for å gi departementet hjemmel til å bestemme innholdet av begrepet spesialisthelsetjeneste i det enkelte tilfelle eller generelt i forskrift, er særlig to viktige hensyn. For det første gir den departementet en mulighet til å skjære igjennom i konkrete konfliktsituasjoner. For det andre vil den medisinske utvikling gi mulighet for nye behandlingsmetoder som kan gjøre det hensiktsmessig å klargjøre ansvaret for visse oppgaver. Ved at departementet i det enkelte tilfelle eller i forskrift kan bestemme innholdet av spesialisthelsetjenesten, har man derfor fått en hjemmel som er fleksibel, samtidig som man har fått en mulighet til å løse de tilfeller der det i praksis er tvil om en tjeneste er kommunens eller fylkeskommunens ansvar.»

5.3.2 Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslås det ikke endringer i formålsbestemmelsen. Når det gjelder bestemmelsen i § 1-2 om lovens virkeområde, foreslås det enkelte justeringer.

5.3.3 Høringsinstansens syn

Det har ikke fremkommet innvendinger mot forslaget i høringsnotatet når det gjelder endringer i kapittel 1.

5.3.4 Departementets vurdering

Departementet foreslår at § 1-1 videreføres uten endringer. Videre foreslås at bestemmelsen om lovens virkeområde videreføres med enkelte justeringer som følge av at fylkeskommunen etter forslaget ikke skal yte spesialisthelsetjeneste. Dette innebærer at loven fremdeles vil gjelde for spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes i riket av staten eller private. Når det gjelder begrepet spesialisthelsetjeneste, vises til redegjørelsen under gjeldende rett. Etter forslaget skal staten overta ansvaret for den spesialisthelsetjenesten som fylkeskommunen i dag er ansvarlig for og som omtales nærmere i kapittel 2. Staten vil videre tre inn i de avtaler og forpliktelser som fylkeskommunen har påtatt seg i forhold til private tjenesteytere. Hvilke tjenester som vil være å anse som spesialisthelsetjeneste, vil kunne endre seg over tid. Etter en tid kan det tenkes at tjenester som i dag defineres som spesialisthelsetjeneste vil være å anse som primærhelsetjeneste. Det kan også tenkes at tjenester som i dag defineres som spesialisthelsetjeneste etter en nærmere gjennomgang anses å være sosiale tjenester. Departementet ser ikke bort fra at det vil kunne oppstå en diskusjon om hvordan enkelte tjenester skal defineres. Det vises til at

departementet i tvilstilfeller vil kunne benytte hjemmelen i § 1-2 annet ledd til å avgjøre hva som er å anse som spesialisthelsetjeneste.

5.4 Ansvarsfordeling - sektoransvar og «sørge for-ansvar»

5.4.1 Gjeldende rett

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 regulerer fylkeskommunens ansvar for å sørge for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjeneste, herunder sykehus tjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester og akuttmedisinsk beredskap.

Det følger av § 2-2 at staten har ansvar for luftambulansetjenesten. Luftambulansetjenesten skal drives i samarbeid med de aktuelle fylkeskommunene.

Rikstrygdeverket har fått delegert driftsansvaret når det gjelder transportdelen av tjenesten, herunder ansvar for å inngå avtaler med flyoperatører og følge disse opp. Det statlige ansvaret for inngåelse og oppfølging av kontrakter med sivile flyselskap for den flyoperative delen av tjenesten er også lagt til Rikstrygdeverket. Rikstrygdeverket har videre løpende kontakt med operatører og baser. I tillegg kommer anskaffelse og drift av medisinsk-teknisk utstyr.

Justisdepartementet har det overordnede administrative samordningsansvaret for redningstjenesten. Justisdepartementet har dermed det faglige ansvaret og stiller også redningsfaglige krav til redningshelikoptertjenesten.

5.4.2 Forslagene i høringsnotatet

I ny § 2-1 foreslås en bestemmelse som fastsetter at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen tilbys nødvendig spesialisthelsetjeneste.

I § 2-1a foreslås endringer i forhold til nåværende § 2-1, slik at de regionale helseforetakene får et tilsvarende ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen som fylkeskommunene har etter gjeldende rett.

Bestemmelsen i § 2-2 om statens ansvar for luftambulansetjenesten foreslås videreført med mindre justeringer. Bestemmelsen i siste punktum regulerer samarbeid med berørte fylkeskommuner. Ettersom fylkeskommunen etter forslaget ikke skal ha ansvar for spesialisthelsetjenesten, er denne bestemmelsen foreslått opphevet. I høringsnotatet vises til at:

«Hvordan staten skal organisere luftambulansetjenesten og fordele sine oppgaver på dette området, vil departementet komme tilbake til når spørsmålet om inndeling i helseregioner er nærmere avklart. Statens ansvar etter bestemmelsen kan ivaretas ved å opprettholde denne ordningen. Lovbestemmelsen stenger imidlertid ikke for at det kan velges alternative løsninger der oppgaver innen luftambulansetjenesten legges til helseforetakene...»

5.4.3 Høringsinstansenes syn

Få av høringsinstansene har uttalt seg om de enkelte endringsforslagene.

Oslo kommune mener at plikten til å sørge for helsetjenester for den enkelte pasient må ligge hos helseministeren direkte. Det følger av høringsuttalelse blant annet at:

«Dersom dette ansvaret for den enkelte pasient plasseres i helseforetaket, vil dette kunne bety at det politiske nivået - i dette tilfelle helseministeren - vil kunne skyve det konkrete ansvaret for enkeltpasienter fra seg over på et ikke-politisk nivå...»

Sør-Trøndelag fylkeskommune uttaler vedrørende § 2-1a at:

«Helseforetakene må få fullt og udelt ansvar for å gi folk nødvendig spesialisthelsetjeneste innenfor sitt geografiske område. Dette på lik linje med det ansvar fylkeskommunen har hatt i gjeldende lovgivning.»

Statens helsetilsyn uttaler følgende:

«Helsetilsynet forstår det slik at helseforetaket er utøver av den statlige helsepolitikken og opptrer som bestiller av tjenester innenfor sitt område. Dette kunne vært enda tydeligere kommentert.»

Videre uttaler Statens helsetilsyn at:

«Faglige krav til de ulike ledd av den akuttmedisinske kjede er grundig behandlet i NOU 1998: 8 Luftambulansetjenesten i Norge, NOU 1998:9 Hvis det haster..., og St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap. Utredningene og stortingsmeldingen viser at hovedproblemene for disse tjenestene er oppsplittet ansvar, uensartet organisering, varierende faglige og operative standarder og mangel på nasjonale myndighetskrav. Helsetilsynet mener at det er store organisatoriske og faglige gevinster å hente ved å organisere medisinsk nødmeldetjeneste og bil-, båt- og luftambulansetjenesten i en og samme organisasjon under helseforetakene, jf. lovutkastet § 2-1a pkt. 4 og § 2-2 som Helsetilsynet foreslår endret i samsvar med dette. I organiseringen må det legges vekt på å utvikle samarbeidet mellom de prehospitaltjenester og spesialisthelsetjenesten. På sikt bør det vurderes om nåværende ordninger for syketransport og skyss av helsepersonell også bør inkluderes i en slik organisasjon.»

5.4.4 Departementets vurdering

Etter forslaget vil staten ha det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Statens overordnede ansvar innebærer at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter til å sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen innen sine helseregioner. Videre blir staten ansvarlig for å fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene og for gi de regionale helseforetakene rammebetingelser som gjør det mulig for dem å iverksette disse målsettingene. Statens ansvar begrenses dog ikke til å legge til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne oppfylle sine forpliktelser. Staten har gjennom det overordnede ansvaret som fastslås i § 2-1, også et innholdsmessig ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller sine forpliktelser av juridisk og konstitusjonell karakter. Det vises her også til lovforslaget, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 som fastslår at Statens helsetilsyn kan rette pålegg mot staten som eier.

Det vises til høringsuttalelser om at plikten til å sørge for nødvendige helsetjenester til befolkningen må ligge hos helseministeren direkte. Departementet mener at målet om myndiggjøring av de utøvende virksomhetene innen spesialisthelsetjenesten er best forenlig med en modell der de regionale helseforetakene får et ansvar for å sørge for tilbudet av spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen. Det vises til at staten både gjennom

eierstyring, finansiering og normative virkemidler vil sørge for at de helsepolitiske målsettinger blir fulgt opp i de regionale helseforetakene og i helseforetakene. Det vises til at det anses hensiktsmessig å legge «sørge for-ansvaret» til regionale helseforetak, med ansvar for befolkningen i et avgrenset område. Dette vil tilrettelegge for at det tas hensyn til lokale forhold ved spørsmål om organisering av helsetjenestene. Det vises for øvrig til det som er sagt ovenfor om at staten gjennom de foreslåtte bestemmelsen i § 2-1 har det innholdsmessige ansvaret for at de regionale helseforetakene oppfyller sine forpliktelser.

De regionale helseforetakene får etter § 2-1a et ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen får tilgang til nødvendige helsetjenester i henhold til overordnede helsepolitiske målsettinger og beslutninger. Dette innebærer at det regionale helseforetaket får et ansvar for å oppfylle rettsforpliktelser knyttet til spesialisthelsetjenester og for å fremskaffe best mulige helsetjenester innen de tildelte ressurser i forhold til behovet i helseregionen. De regionale helseforetakene kan oppfylle plikten ved å yte helsetjenestene selv eller ved å kjøpe tjenester fra andre tjenesteytere, for eksempel private helseinstitusjoner, private laboratorier og røntgeninstitutt eller privatpraktiserende spesialister jf. lovforslaget § 2-1a tredje ledd. De regionale helseforetakene kan imidlertid ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig spesialisthelsetjenestetilbud. De regionale helseforetakene har ansvar for at helsetjenestetilbudet organiseres i samsvar med overordnede fordelingspolitiske mål. De må blant annet sørge for at de alminnelige prinsipper for prioritering av helsetjenester følges i helsetjenesten. Dette innebærer at pasientene gis lik tilgang til helsetjenester. Videre følger det av forsvarlighetsprinsippet og av forskrift 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp at de alvorligst syke skal prioriteres først. Dette er grunnleggende krav som må oppfylles uavhengig av hvordan de regionale helseforetakene velger å organisere tilbudet i helseregionen. Ved kjøp av tjenester vil de regionale helseforetakene ha en plikt til å ivareta at det ikke er kommersielle hensyn som styrer tilbudet på bekostning av kravet om forsvarlig virksomhet. Ved valget mellom å yte tjenestene selv eller å inngå avtaler med andre tjenesteytere om levering av tjenestene, må det videre legges vekt på hvilke løsninger som på en mest mulig effektiv måte gir befolkningen tilbud om tjenester av tilstrekkelig høy kvalitet.

Det vises til departementets forslag i høringsnotatet med hensyn til at ansvaret for luftambulansetjenesten fremdeles skulle legges direkte til staten og til høringsuttalelsen fra Statens helsetilsyn på dette punktet. Departementet er enig med Statens helsetilsyn i at det bør tilrettelegges for at luftambulansetjenesten i størst mulig grad integreres i den øvrige ambulansetjenesten og i den øvrige spesialiserte akuttmedisinske kjeden. Selv om staten kan velge å legge oppgaver for luftambulansetjenesten til de regionale helseforetakene også etter den foreslåtte bestemmelsen, er departementet etter en nærmere vurdering kommet til at det vil være hensiktsmessig at ansvaret for å sørge for luftambulansetjenestetilbudet legges til de regionale helseforetakene i stedet for til staten. På bakgrunn av dette foreslår departementet at § 2-2 oppheves og at det gjøres endringer i § 2-1 slik at det i første ledd nr. 4 fremgår at de regionale helseforetakene har ansvar også for luftambulansetjenesten samtidig som § 2-1 blir ny § 2-1a.

Departementet er videre enig med Statens helsetilsyn i at det på bakgrunn av faglige og organisatoriske hensyn kan være hensiktsmessig og ønskelig å organisere medisinsk nødmeldetjeneste og bil-, båt og luftambulansetjenesten i en og samme organisasjon under de regionale helseforetakene. Dette spørsmålet vil bli vurdert nærmere i tiden fremover. Departementet viser til at staten som eier gjennom de lovbestemte styringskanalene kan instruere de regionale helseforetakene når det gjelder organiseringen av helsetjenestene.

5.5 Helsemessig beredskap

5.5.1 Gjeldende rett

Ved lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap ble det vedtatt et nytt fjerde ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1, som fastsetter at fylkeskommunen plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i fylket. Bestemmelsen er tatt inn for å synliggjøre spesialisthelsetjenestens plikt i slike situasjoner og gi bedre grunnlag for planlegging og øvelser.

Videre ble det vedtatt nye bestemmelser i §§ 2-1a, 2-1b, 2-1c og § 3-1 fjerde ledd. Loven er ikke trådt i kraft.

§ 2-1a presiserer at fylkeskommunen skal utarbeide beredskapsplan etter helse- og sosialberedskapsloven for de tjenester fylkeskommunen skal sørge for etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Denne plikten følger allerede av helse- og sosialberedskapsloven § 2-2. Bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven er tatt inn for å synliggjøre fylkeskommunens plikt. Tilsvarende bestemmelser er gitt i andre lover på helse- og sosialområdet.

§ 2-1b pålegger fylkeskommunene, etter anmodning, å bistå hverandre ved ulykker og andre akutte situasjoner. Forhold som kan tilsi at bistand er nødvendig, er at det foreligger behov for ressurser, materiell eller lokaler som en fylkeskommune ikke har tilgjengelig eller disponerer over i sin drift.

§ 2-1c første ledd gir fylkeskommunen adgang til å disponere helsepersonell i enkelte akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter. Helsepersonell som tjenestegjør i fylkeskommunen kan pålegges å utføre nærmere tilvist arbeid. Bestemmelsen i annet ledd gir departementet kompetanse til å pålegge leger å delta i lokal redningsentral.

Etter § 3-1 fjerde ledd kan arbeidsgiver pålegge helsepersonell ansatt i institusjoner som omfattes av loven, å rykke ut til pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Plikten til å rykke ut etter pålegg fra arbeidsgiver er begrenset til ansatte i institusjoner som er pliktige til å yte øyeblikkelig hjelp etter bestemmelsens første og annet ledd.

5.5.2 Forslagene i høringsnotatet

Det foreslås at bestemmelsen i nåværende § 2-1 fjerde ledd om fylkeskommunens plikt til å yte hjelp og bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner i fylket, flyttes til annet ledd i ny § 2-1a. Videre foreslås endringer slik at det regionale helseforetaket blir pliktsubjekt og slik at hjelpeplikten gjelder i helseregionen.

Det foreslås endringer i § 2-1a om fylkeskommunens plikt til å utarbeide beredskapsplan slik at plikten legges til det regionale helseforetaket. § 2-1a blir ny § 2-1b.

Bestemmelsen i § 2-1b om fylkeskommunenes bidragsplikt i kriser og akutte situasjoner foreslås endret slik at plikten legges til det regionale helseforetaket. § 2-1b blir ny § 2-1c.

§ 2-1c første ledd om fylkeskommunens adgang til å pålegge helsepersonell å utføre nærmere tilvist arbeid i enkelte akutte situasjoner, foreslås endret slik at kompetansen legges til det regionale helseforetaket. § 2-1c første ledd blir ny § 2-1d første ledd.

§ 2-1d annet ledd om at departementet kan pålegge lege å delta i lokal redningssentral, foreslås videreført i ny § 2-1c annet ledd.

5.5.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene har ikke vesentlige merknader til forslagene i høringsnotatet.

5.5.4 Departementets vurdering

Departementet mener at de regionale helseforetakene bør gis tilsvarende plikter og kompetanse som fylkeskommunene har etter bestemmelsene i nåværende §§ 2-1 fjerde ledd, 2-1a, 2-1b, 2-1c og § 3-1 fjerde ledd.

Ettersom de regionale helseforetakene gis ansvar for å sørge for helsetjenester til befolkningen i helseregionen, er det hensiktsmessig at de pålegges plikten til å yte bistand ved ulykker og akutte situasjoner i helseregionen.

Videre vises til at de regionale foretakene skal organisere spesialisthelsetjenesten i helseregionen og derfor vil være nærmest til å utarbeide planer for hvordan det skal ageres ved ulykker og andre akutte situasjoner.

De regionale helseforetakene vil kunne ha behov for bistand fra de andre regionale helseforetakene ved kriser og andre akutte situasjoner. Videre vil de regionale helseforetakene ha samme behov for å kunne pålegge helsepersonell å utføre nærmere tilvist arbeid i situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, som fylkeskommunen har i dag.

5.6 Generelle oppgaver

5.6.1 Gjeldende rett

Etter bestemmelsen i § 2-3 skal spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven, være forsvarlige.

§ 2-4 gir departementet kompetanse til å gi bestemmelser om oppgaver for og oppgavefordeling mellom sykehus, anskaffelse og bruk av medisinsk-teknisk utstyr ved sykehus, bruk av metoder for undersøkelse og behandling ved sykehus og markedsføring av tjenester som omfattes av loven. Bestemmelsen omfatter både private og offentlige sykehus. Med hjemmel i denne bestemmelsen er det i forskrift gitt bestemmelser om at sykehus plikter å søke om godkjenning ved opprettelse av eller endring i landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale og flerregionale kompetansesenterfunksjoner. Forskriften omfatter offentlige sykehus samt sykehus som får dekket driftsutgifter av en fylkeskommune eller av staten. Når det gjelder regionale funksjoner, legges til grunn at funksjonsfordelingen styres gjennom det formaliserte fylkeskommunale samarbeidet innen helseregionen og at departementet tar stil-

ling til funksjonsfordelingen gjennom vedtakelse av de regionale helseplanene. Departementet kan imidlertid pålegge det enkelte sykehus å ha eller avvikle særlige funksjoner.

Etter § 2-5 kan departementet fastsette forskrifter om føring av ventelister for pasienter som søker og har behov for helsehjelp, fylkeskommunenes ansvar for å skaffe registrerte pasienter innenfor visse pasientgrupper helsehjelp på offentlig institusjon, samt pasienters rett til selv å skaffe slik helsehjelp og fylkeskommunenes rapporteringsplikt for aktivitetstall.

Bestemmelsen i § 2-6 pålegger fylkeskommunen å utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Fylkeskommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen.

Etter § 2-7 skal eier av virksomhet som yter helsetjenester som omfattes av loven sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er nødvendig for at disse skal kunne utføre sine oppgaver forsvarlig.

Bestemmelsen i § 2-8 pålegger eiere av helseinstitusjoner som omfattes av loven, en informasjonsplikt overfor pasienter og befolkningen. Informasjonsplikten er knyttet opp mot bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 2 og § 3-2 siste ledd. Pasienten skal blant annet gis informasjon i de tilfellene det er grunn til å tro at pasienten er blitt påført en betydelig skade. Det skal for eksempel gis informasjon om skader som kan medføre krav om erstatning fra pasienter, etter denne bestemmelsen.

5.6.2 Forslagene i høringsnotatet

Forslaget om overføring av ansvaret for og eierskapet til spesialisthelsetjenesten til staten får ikke betydning for kravet til forsvarlig virksomhet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-3. Det foreslås ingen endringer i denne bestemmelsen.

Når det gjelder bestemmelsen i § 2-4, fremgår det av høringsnotatet at bestemmelsen foreslås endret slik at departementets hjemmel begrenses til adgang til å gi bestemmelser om lands- og flerregionale funksjoner og om markedsføring av tjenester som omfattes av loven.

§ 2-5 foreslås videreført med enkelte justeringer, med unntak av bestemmelsen i nr. 3 om at departementet kan gi forskrifter om fylkeskommunens rapporteringsplikt for aktivitetstall.

§ 2-6 foreslås videreført med endringer slik at plikten til å utarbeide individuelle planer legges på de regionale helseforetakene.

§§ 2-7 og 2-8 foreslås flyttet til kapittel 3, slik at bestemmelsene blir nye §§ 3-10 og 3-11. Det foreslås mindre justeringer i bestemmelsene, ved at plikten legges på virksomhet/helseinstitusjon og ikke eier. Bestemmelsene omtales nærmere i kapittel 5.7.

5.6.3 Høringsinstansenes syn

Få av høringsinstansene har uttalt seg om de konkrete endringsforslagene. Enkelte av høringsinstansene uttaler seg om spørsmålet om funksjonsfordeling. Disse er i hovedsak positive til at departementet viderefører hjemmelen i § 2-4 til å styre funksjonsfordeling gjennom normative virkemidler. Oslo

kommune mener imidlertid at også regionale funksjoner bør omfattes av departementets hjemmel til å gi bestemmelser om slike forhold.

Oslo kommune mener det er nødvendig med økt spesialisering og større funksjonsfordeling i dagens sykehusvesen. Det påpekes at Oslo kommune mener at dette vil kunne skje langt raskere ved bruk av økonomiske virkemidler i form av avtaler med de enkelte sykehus, enn gjennom eierdikterte omorganiseringprosesser.

Det følger videre av uttalelsen at:

«Oslo kommune vil på det sterkeste advare mot en modell hvor funksjonsfordelingen fører til økt fragmentering av kunnskap og spesialkompetanse. For at et sykehus skal ha regionsoppgaver er det bred faglig enighet om at det bør være av en viss størrelse, samtidig som det bør ha nærhet til universitetsmiljøet slik at universitetsklinikkfunksjonene kan ivaretas optimalt. Oslo kommune vil sterkt advare mot at det åpnes for en flytting av regionsfunksjonene fra sykehus som har slike oppgaver til sykehus som i dag ikke har det. Slik flytting vil kunne føre til oppsplitting av fagmiljøer og et dårligere tilbud til befolkningen i regionen og i landet som helhet. Oslo kommune mener departementet, i hvert fall de første årene i reformen, bør finansiere regionsykehusoppgaver særskilt og fastsette hvilke sykehus som skal ha disse funksjonene, på samme måte som det legges opp til å styre lands- og flerregionale funksjoner.»

Statens helsetilsyn uttaler at:

«Landsfunksjoner, flerregionale og regionale funksjoner tildeles i dag av Sosial- og helsedepartementet etter faglige råd. Denne ordningen er hensiktsmessig for å sikre effektiv utnyttelse av høyteknologiske ressurser og spisskompetanse og god arbeidsdeling mellom regionsykehusene. Helsetilsynet vil støtte at det opprettholdes et tilsvarende system.»

Den norske Lægeforening viser til at landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og kompetansenterfunksjoner innebærer oppgaver som går utover det enkelte foretak og som det er nødvendig å sikre spesielt. Legeforeningen peker på at:

«En mulighet er at departementet inntar en bestillerrolle i forhold til helseforetakene når det gjelder de nasjonale og regionsovergripende funksjoner.»

Det følger av Rikshospitalets høringsuttalelse at:

«Rikshospitalets styre er enig med departementet i at det er et effektiviseringspotensiale i bedre arbeidsdeling, funksjonsfordeling og samordning mellom sykehusene. Selv om den geografiske avgrensningen av helseforetakenes nedslagsfelt også representerer et produksjonsområde, vil målsettingen om en bedre arbeidsdeling kreve samordning ikke bare innenfor et helseforetak, men også mellom sykehus på tvers av helseforetak...»

5.6.4 Departementets vurdering

Når det gjelder § 2-4 om at departementet ved forskrift eller i det enkelte tilfellet kan gi bestemmelser om oppgaver for og oppgavefordeling mellom syke-

hus, anskaffelse og bruk av medisinsk-teknisk utstyr ved sykehus, bruk av metoder for undersøkelse og behandling ved sykehus og markedsføring av tjenester som omfattes av loven, vises det til at departementet kan instruere statlige institusjoner om disse forholdene. Det foreslås imidlertid å videreføre departementets hjemmel til ved forskrift eller i det enkelte tilfelle å gi bestemmelser om lands- og flerregionale funksjoner i ny § 2-3 nr. 1.

Ordlyden «lands- og flerregionale funksjoner» omfatter også nasjonale og flerregionale kompetansesenterfunksjoner. Departementet finner det hensiktsmessig at funksjonsfordeling på tvers av de regionale helseforetakene ikke foretas gjennom eierstyring, men gjennom normative virkemidler. Videre vises det til at bestemmelsen gir hjemmel for å regulere funksjonsfordeling også i forhold til private helseinstitusjoner.

Forslaget innebærer videre endringer i forhold til gjeldende rett ved at det ikke lenger fremgår at departementets myndighet er knyttet til funksjonsfordeling mellom «sykehus». Etter bestemmelsen vil departementet kunne styre funksjonsfordelingen når det gjelder lands- og flerregionale funksjoner også i forhold til andre helseinstitusjoner enn sykehus. Dette vil særlig kunne være aktuelt i forhold til institusjoner innen det psykiske helsevern.

Departementet foreslår at bestemmelsen i gjeldende § 2-4 nr. 4 om at departementet kan gi bestemmelser om markedsføring av tjenester som omfattes av loven, herunder forbud mot visse former for markedsføring, videreføres i ny § 2-3 nr. 2. Departementet mener at det er behov for å kunne styre slike forhold også overfor private tjenesteytere.

Det vises til uttalelsen fra Oslo kommune om at departementet bør styre regionale funksjoner på samme måte som lands- og flerregionale funksjoner. Når det gjelder regionale funksjoner og lokalsykehusfunksjoner, mener departementet at funksjonsfordelingen bør skje gjennom helseforetakenes eierstyring. Når det gjelder funksjonsfordeling innad i de regionale helseforetakene, vises det til at funksjonsfordelingen vil fremgå av de regionale helseforetakenes planer for virksomheten, jf. lov om helseforetak § 34 annet ledd annet punktum. Departementet mener at det ikke vil være hensiktsmessig å styre slike forhold gjennom normative virkemidler. Det vises videre til at de regionale helseforetakene i utgangspunktet bør gis frihet til å organisere helsetjenestetilbudet i helseregionen på den måte som vurderes som mest hensiktsmessig i forhold til befolkningens behov for helsetjenester. Dersom det i særlige tilfelle viser seg å være behov for overordnet styring også i forhold til regionale funksjoner, vil dette kunne skje gjennom eierstyring. Når det gjelder private tjenesteytere, vil funksjonsfordeling reguleres gjennom de regionale helseforetakenes avtaler med disse.

Departementet foreslo i høringsnotatet at § 2-5 skulle videreføres med enkelte justeringer i bestemmelsens nr. 1 og 2. Bestemmelsen i nr. 3 om at departementet kan gi forskrift om fylkeskommunens rapporteringsplikt for aktivitetstall ble foreslått opphevet. Etter en nærmere vurdering er departementet kommet til at det vil være lite hensiktsmessig dersom departementet må pålegge slik rapportering gjennom eierstyring. Det foreslås derfor å videreføre bestemmelsen i § 2-5 nr. 3 med den endring at bestemmelsen gir departementet hjemmel til å gi forskrift om regionale helseforetaks rapporteringsplikt for aktivitetstall. § 2-5 blir ny § 2-4.

Når det gjelder de øvrige bestemmelsene, vises til at det ikke er kommet vesentlige innvendinger fra høringsinstansene i forhold til de forslag som ble fremlagt i høringsnotatet. Departementet mener at bestemmelsene bør videreføres med enkelte justeringer. Når det gjelder § 2-6 om plikt til å utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud, vises til at bestemmelsen innebærer fordeler for privatpersoner. Når det gjelder § 2-3 vises til at kravet til forsvarlig virksomhet vil være det samme og vil gjelde på lik linje for all spesialisthelsetjeneste, både offentlig og privat, også dersom staten overtar eierskapet til den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Det gjøres endringer i paragrafnummereringen slik at § 2-3 blir ny § 2-2, § 2-4 blir ny § 2-3, § 2-5 blir ny § 2-4 og § 2-6 blir ny § 2-5.

5.7 Særlige plikter og oppgaver

5.7.1 Gjeldende rett

Spesialisthelsetjenesteloven kapittel 3 inneholder bestemmelser som legger plikter og oppgaver på sykehus og andre institusjoner som yter spesialisthelsetjeneste.

Sykehus og fødestuer skal etter § 3-1 første ledd yte øyeblikkelig hjelp. Etter § 3-1 annet ledd skal fylkeskommunen utpeke minst en helseinstitusjon, eller avdeling i slik institusjon, med tilsvarende plikt overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp.

Etter § 3-2 skal helseinstitusjoner sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Kravet til forsvarlige journal- og informasjonssystemer får først og fremst betydning i forhold til tilgjengelighet og personvern.

§ 3-3 pålegger helseinstitusjonene meldeplikt til fylkeslegen ved betydelig personskade på pasienter som følge av ytelse av helsetjenester.

Etter § 3-4 skal helseinstitusjoner opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontrollen institusjonen er pliktig til å føre etter lov 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3. Departementet kan gi forskrift om kvalitetsutvalgenes arbeid, herunder om informasjon til pasienter og om habilitet for utvalgets medlemmer.

§ 3-5 pålegger helseinstitusjoner å delta i undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister. Bestemmelsen skal sikre utdanning av helsepersonell som er avhengig av å få deler av sin opplæring ved institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Departementet er i § 3-6 gitt hjemmel til å gi forskrifter om institusjoners særlige plikter ved barns institusjonsopphold. Bestemmelsen må ses i sammenheng med bestemmelsene i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter §§ 6-2 til 6-4 om barns rettigheter i helseinstitusjon.

Etter § 3-7 kan departementet gi forskrifter om pasientansvarlig lege og tilsvarende ordninger for andre grupper helsepersonell. Departementet har etter denne bestemmelsen adgang til å pålegge sykehus og eventuelt andre helseinstitusjoner som omfattes av loven, å innføre en ordning med pasientansvarlig lege og eventuelt tilsvarende ordninger for andre grupper helsepersonell. Departementet kan utforme nærmere regler om ordningen, herunder

hvilke oppgaver og plikter som skal legges til den pasientansvarlige legen, eventuelt annet pasientansvarlig helsepersonell. Den pasientansvarlige legen skal etter ordningen fungere som pasientens faste kontaktperson under oppholdet og skal ha ulike oppgaver i forhold til pasienten.

§ 3-8 fastsetter hvilke oppgaver sykehus særlig skal ivareta. Bestemmelsen gir ikke en uttømmende beskrivelse av sykehusenes oppgaver og den tar heller ikke sikte på å si noe om hvor mye av ressursene på sykehus som skal brukes til disse oppgavene. Formålet med bestemmelsen er å klargjøre at også utdanning av helsepersonell, opplæring av pasienter og pårørende og forskning er hovedoppgaver for sykehus.

§ 3-9 første ledd fastsetter at sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Det følger av annet ledd at det skal pekes ut medisinskfaglige rådgivere dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig.

5.7.2 Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslår departementet en videreføring av bestemmelsene i kapittel 3.

Etter § 2-7 skal eier av virksomhet sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er nødvendig for at disse skal kunne utføre sine oppgaver forsvarlig. § 2-8 pålegger eiere av helseinstitusjoner en informasjonsplikt i forhold til pasienter og befolkningen.

Departementet foreslår at plikten legges på helseinstitusjonene/virksomhetene og at bestemmelsene flyttes til kapittel 3. § 2-7 blir ny § 3-10 og § 2-8 blir ny § 3-11.

5.7.3 Høringsinstansenes syn

Få av høringsinstansene har merknader til de konkrete endringsforslagene i kapittel 3. Flere av høringsinstansene har mer generelle merknader til bestemmelsen i nåværende § 3-5 om helseinstitusjoners plikt til å delta i undervisning og opplæring.

Universitetene og høyskolene mener at helseinstitusjonenes ansvar for å delta i undervisningen må fremgå tydeligere enn den gjør i gjeldende lov. Omfanget av plikten må klargjøres og konkretiseres i lov eller i forskrift. Det følger av høringsuttalelsen fra Høgskolen i Ålesund at:

«På tross av den lovfestede forpliktelsen må det nedlegges et betydelig administrativt arbeid rettet mot institusjoner og enkeltansatte i helseinstitusjonene for å finne praksisplasser og få organisert praksisopplæringen. Høgskolene påføres med dette direkte utgifter knyttet til oppgaver som allerede er definert som et ansvar for helseinstitusjonene.»

Statens helsetilsyn viser til at utdanningskapasiteten av helsepersonell er mangedoblet i løpet av 1990-årene og at dette stiller store krav til økonomi og praktisk tilrettelegging. Det vises til at Helsetilsynet i økende grad har gitt pålegg til sykehus for å sikre nok turnusplasser.

Det følger videre av uttalelsen at:

«Helsetilsynet foreslår at det i vedtektene for helseforetakene sikres at bevilgninger til undervisning og forskning benyttes til formålet. Helseforetak må gjennom vedtekter tilpliktes å påta seg ansvaret for utdannings-, veiledningsoppgaver og forskning i hele spesialisthelsetjenesten. Ved inngåelse av avtale med private aktører må det som hovedregel stilles krav om en tilsvarende plikt.»

Fylkeslegen i Sør-Trøndelag viser til at praksisplasser og turnusplasser bør ses i sammenheng med målsettingen for helsetjenesten og foreslår at fordeling av slike plasser koordineres av helseforetaket.

5.7.4 Departementets vurdering

Det følger av uttalelser fra flere av høringsinstansene at de mener at plikten til å delta i undervisning og opplæring ikke er presisert klart nok i gjeldende rett. På bakgrunn av dette foreslår departementet endringer i bestemmelsen i § 3-5 slik at de regionale helseforetakene får et ansvar for å sørge for at behovet for undervisning og opplæring dekkes innen helseregionen. Dette tilrettelegger for at de regionale helseforetakene kan beslutte hvordan undervisnings- og opplæringsplasser skal fordeles mellom helseforetakene i regionen i forhold til den oppgavefordeling som de regionale helseforetakene finner hensiktsmessig. Bestemmelsen innebærer at de regionale helseforetakene får ansvar for å sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister i helseinstitusjonene dekkes i helseregionen. Videre vil de regionale helseforetakene etter bestemmelsen ha et ansvar for at det samlede undervisnings- og opplæringstilbudet innen helseregionen er av en kvalitet som sikrer at de gruppene som har behov for undervisning og opplæring, oppnår tilstrekkelig kompetanse.

Departementet vil i forbindelse med den årlige fordelingen av spesialistleigestillinger i henhold til bestemmelsen i § 4-2 også gi føringer når det gjelder det antall utdanningsstillinger som må opprettes innen hver enkelt helseregion.

Bestemmelsen i første ledd innebærer endringer i forhold til gjeldende rett, ved at plikten til å delta i undervisning og opplæring ikke lenger legges på den enkelte helseinstitusjon. Dette innebærer også at private helseinstitusjonen ikke direkte i lovbestemmelsen gis plikt til å delta i undervisning og opplæring. Departementet foreslår imidlertid at forskriftshjemmelen i annet ledd videreføres med den endring at departementet i forskrift kan gi bestemmelser om at private helseinstitusjoner plikter å delta i undervisning og opplæring.

Når det gjelder de øvrige bestemmelsene i kapittel 3, opprettholdes departementets forslag i høringsnotatet om at disse videreføres. Det vises til at det dreier seg om bestemmelser som pålegger både offentlige og private helseinstitusjoner plikter. Videre dreier det seg om bestemmelser som innebærer fordeling for privatpersoner.

Når det gjelder bestemmelsen i § 3-4 om kvalitetsutvalg, vises til at det følger av rundskriv IK - 7/94 om kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning at Statens helsetilsyn anbefaler at kvalitetsutvalgene opprettes med blant annet en brukerrepresentant som fast medlem. Det følger av rundskrivet at:

«Kvalitetsutvalget bør ha en representant fra brukerne av de tjenester helseinstitusjonen gir. Helsetilsynet ser dette som ett av flere virkemidler i det generelle arbeidet med å styrke brukermedvirkningen og rettssikkerheten for pasienter i helsetjenesten. I saker vedrørende kvalitetsfremmende tiltak vil bl.a. brukersynspunkter kunne gi nyttige innspill...»

Departementet vil vurdere å gi regler om brukermedvirkning i kvalitetsutvalg ved forskrift, slik at helseinstitusjonene forpliktet til å sikre brukermedvirkning i kvalitetsutvalgene.

5.8 Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester

5.8.1 Gjeldende rett

Etter § 4-1 må sykehus godkjennes av departementet før det kan yte helsetjenester. Bestemmelsen gjelder både offentlige og private sykehus. Departementet er videre gitt hjemmel til å fastsette i forskrift at det kreves godkjenning også for andre typer helseinstitusjoner og helsetjenester enn sykehus og for vesentlige endringer i helseinstitusjoner og helsetjenester som har godkjenning.

Det er opp til departementets frie skjønn å vurdere om godkjenning skal gis. I bestemmelsens tredje ledd presiseres enkelte hensyn som er relevante ved vurderingen. Departementet kan blant annet legge vekt på om samfunnsmessige eller faglige hensyn taler for at helseinstitusjonen eller helsetjenesten godkjennes, om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er tatt inn på regional helseplan, jf. lovens § 5-3, og om de tjenester som skal ytes pasientene synes forsvarlige.

Etter bestemmelsen i fjerde ledd kan departementet knytte vilkår til godkjenningen dersom vedkommende vilkår er påkrevet for å sikre oppfyllelse av loven eller bestemmelser gitt i medhold av loven.

5.8.2 Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslås § 4-1 videreført med en endring i ordlyden i tredje ledd. Etter gjeldende rett fremgår det at departementet blant annet kan legge vekt på om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er tatt inn på regional helseplan, jf. lovens § 5-3. Ordningen med regionale helseplaner opphører hvis staten overtar sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten. Etter lov om helseforetak § 34 skal de regionale helseforetakene utarbeide årlige meldinger om foretaket og foretakets virksomhet. Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende fire år. Forslaget i høringsnotatet innebærer en endring i ordlyden slik at det fremgår at det kan vektlegges om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er omfattet av planer utarbeidet av helseforetak, jf. lov om helseforetak § 34.

5.8.3 Høringsinstansenes syn

Ingen av høringsinstansene har vesentlige merknader til forslaget i høringsnotatet.

5.8.4 Departementets vurdering

Departementet mener at bestemmelsen i § 4-1 bør videreføres med den endring i ordlyden som ble foreslått i høringsnotatet. Det vises til at krav til godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester vil være av vesentlig betydning for å unngå etablering av institusjoner og tjenester som ikke oppfyller kravet til forsvarlighet. Godkjenningsordningen er videre et statlig virkemiddel som kan bidra til å fremme en rasjonell utnyttelse av de samlede ressurser innen helsevesenet.

Behovet for godkjenning av helseinstitusjoner gjør seg særlig gjeldende for private institusjoner som ikke er omfattet av planer for spesialisthelsetjenesten. En godkjenningsordning gir mulighet til å kontrollere omfanget av etablering av helseinstitusjoner eller utvidelser av virksomheten ved institusjoner som ikke inngår i det offentlige tilbudet og som vil kunne trekke for eksempel helsepersonellressurser ut av det offentlige tjenestetilbudet.

Departementet foreslår at godkjenningsbestemmelsen omfatter også statlige helseinstitusjoner og helsetjenester. Det vises til at også når det gjelder statlig eide sykehus vil det være viktig at det sikres kontroll gjennom en godkjenningsordning. Videre mener departementet at det bør være hjemmel til å stille krav om godkjenning også av andre statlige helseinstitusjoner og tjenester på lik linje med privat virksomhet.

Når det gjelder godkjenning av statlige sykehus vil det ofte være slik at de politiske og samfunnsmessige hensyn er vurdert før godkjenningsøknad foreligger. I forhold til gjeldende rett skjer en slik vurdering i forbindelse med departementets vedtakelse av de regionale helseplanene. Etter en overføring av sektoransvaret, vil det være aktuelt at en vurdering av de politiske og samfunnsmessige hensyn skjer i forbindelse med fremleggelse av helseforetakenes planer i henhold til lov om helseforetak § 34. Departementet mener likevel det bør fremgå av bestemmelsen at disse hensyn er sentrale ved behandling av godkjenningssaker.

Staten vil fremstå i en dobbeltrolle ved at departementet skal godkjenne også statlig eide sykehus. Helseministeren vil ha det overordnede konstitusjonelle ansvaret for ivaretagelsen av alle oppgaver og ansvar på dette området. Når det gjelder behandlingen av godkjenningssaker, vil departementet sørge for å organisere den interne virksomheten slik at det ikke oppstår uklare roller og ansvarsforhold. Departementet vil innhente råd fra andre instanser når det gjelder andre forhold enn samfunnsmessige og politiske hensyn. Et vesentlig formål med godkjenningsbestemmelsen er å sikre forsvarlig virksomhet. Departementet vil legge stor vekt på at det innhentes råd fra andre instanser i forhold til spørsmålet om virksomheten er faglig forsvarlig. Videre kan det være aktuelt å innhente råd fra aktuelle statlige kompetanseorganer når det gjelder de bygningstekniske sidene av godkjenningsspørsmålet. Det vil også kunne være aktuelt å delegere godkjenningsmyndigheten til et underordnet organ.

5.9 Opphevelse av bestemmelser om regionalt samarbeid om spesialisthelsetjenesten

5.9.1 Gjeldende rett

Spesialisthelsetjenesteloven kapittel 5 inneholder regler om regionalt samarbeid om spesialisthelsetjenesten.

Det følger av § 5-1 at en fylkeskommune kan inngå avtale med en eller flere kommuner eller fylkeskommuner eller staten om samarbeid for å løse oppgaver den er pålagt i lov. Kongen kan gi bestemmelser om slikt samarbeid.

Etter § 5-1 skal riket inndeles i helseregioner. Kongen gir bestemmelser om hvilke fylkeskommuner som utgjør en helseregion. Etter annet ledd skal fylkeskommunene som utgjør en helseregion etablere et regionalt helseutvalg for samarbeid om spesialisthelsetjenesten.

I § 5-3 gis bestemmelser om at de regionale helseutvalg skal utarbeide regionale helseplaner, som skal vedtas av departementet. Av planen skal det fremgå hvilke institusjoner og tjenester fylkeskommunen skal yte tilskudd til.

§ 5-4 fastsetter at tvist om utgiftsfordeling i tilknytning til samarbeid som nevnt i §§ 5-1 og 5-2, med unntak av samarbeid hvor staten er part, kan bringes inn for departementet som kan fastsette utgiftsfordelingen med endelig virkning.

§ 5-5 om legefording behandles i kapittel 5.10.

5.9.2 Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslår departementet å oppheve bestemmelsene i §§ 5-1, 5-2, 5-3 og 5-4.

5.9.3 Høringsinstansenes syn

Ingen av høringsinstansene har vesentlige merknader til forslaget i høringsnotatet.

5.9.4 Departementets vurdering

Når fylkeskommunene ikke lenger skal ha ansvar for å drive spesialisthelsetjenesten blir bestemmelsene i §§ 5-1 til 5-4 overflødige og må oppheves. Behovet for samordning på regionalt nivå som var begrunnelsen for formaliseringen av det regionale samarbeidet, skal etter den nye modellen ivaretas gjennom inndeling i helseregioner med et regionalt helseforetak i hver region jf. lov om helseforetak § 4. De regionale helseforetak skal ha som en av sine hovedoppgaver å samordne helsetjenesten innen sin helseregion og skal gjennom funksjons- og oppgavefordeling søke å effektivisere ressursutnyttelsen, bedre kvaliteten og sikre mest mulig lik tilgjengelighet av helsetjenester til befolkningen. Dette vil bli nedfelt i de regionale helseforetakenes vedtekter jf. lov om helseforetak § 10. Styret i foretakene (de regionale helseforetakene og foretakene) vil ha ansvaret for at det regionale foretakets samlede virksomhet organiseres på en tilfredsstillende måte jf. § 28. Styret skal fastsette planer for foretakets virksomhet og påse at virksomheten drives i samsvar med disse planene jf. § 28.

Den overordnede nasjonale styringen som i dag utøves gjennom departementets vedtakelse av de regionale helseplanene, vil med denne organiseringen skje gjennom statens eierstyring av de regionale helseforetakene. Etter lov om helseforetak § 34 skal de regionale helseforetakene utarbeide og forelegge for departementet årlige meldinger om foretaket og foretakets virksomhet. Meldingen skal blant annet inneholde en plan for virksomheten i de kommende fire år, herunder oppgavefordeling mellom de ulike tjenestene. De regionale helseforetakene skal i planleggingsarbeidet innhente råd fra et regionalt rådsorgan, som skal ha rådgivende funksjoner knyttet til planen. Etter § 30 skal videre saker av vesentlig betydning for foretakets virksomhet forelegges departementet skriftlig før styret treffer vedtak i saken.

5.10 Legefordeling

5.10.1 Gjeldende rett

Spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 gir regler om legefordeling. Etter denne bestemmelsen kan departementet fastsette årlige rammer for antall nye spesialistlegestillinger som kan opprettes innen helseinstitusjoner og helsetjenester som står på de regionale helseplanene, antall nye driftsavtaler med privatpraktiserende spesialister som kan inngås innen hver enkelt helseregion og antall nye spesialistlegestillinger som kan opprettes innen statlige institusjoner og tjenester. Antall nye stillinger og avtalehjemler innen den enkelte helseregion angis som en samlet ramme for hver enkelt helseregion fordelt på de ulike medisinske spesialiteter. Rammen for nye stillinger innen statlige virksomheter angis som en del av rammen til den aktuelle helseregionen. Den videre fordeling av disse rammene foretas av de regionale helseutvalgene.

5.10.2 Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslår departementet å videreføre bestemmelsen om legefordeling i ny § 4-2. Det foreslås mindre justeringer i bestemmelsen som følge av at spesialisthelsetjenesten etter forslaget vil være statlige tjenester og at ordningen med regionale helseplaner ble foreslått opphevet. Departementet foreslår i høringsnotatet at departementet skal gis adgang til å fastsette rammer for antall nye spesialistlegestillinger som kan opprettes ved institusjoner og tjenester som er omfattet av planer utarbeidet av det enkelte regionale helseforetak jf. lov om helseforetak § 34. Videre foreslås at departementet skal gis adgang til å fastsette antall nye hjemler for drift av privat spesialistpraksis som kan opprettes av hvert enkelt helseforetak. Det foreslås at antall nye stillinger og avtalehjemler skal angis som en samlet ramme for hvert enkelt helseforetak.

5.10.3 Høringsinstansenes syn

Ingen av høringsinstansene har vesentlige innvendinger mot forslaget i høringsnotatet. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling slutter seg til forslaget om å videreføre legefordelingsordningen.

5.10.4 Departementets vurdering

Staten har et overordnet ansvar for å sikre befolkningen nødvendig tilgang på legetjenester. Bakgrunnen for at legefordelingsordningen ble innført var behovet for å sikre en bedre nasjonal fordeling av leger. Legemarkedet er uoversiktlig og den samlede statistikken over legestillinger og avtalehjemler er mangelfull. Selv om utdanningskapasiteten er økt og det foregår en aktiv rekruttering av leger fra utlandet, er det stor mangel på leger både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Et fritt legemarked vil sannsynligvis forsterke den eksisterende skjevfordelingen. Det er derfor fortsatt behov for en regulering av legemarkedet.

Staten vil som eier ha mulighet til å foreta den nødvendige styring og kontroll med opprettelse av nye stillinger innen statlige institusjoner og tjenester og kan regulere hvor mange avtaler de regionale helseforetakene kan inngå med privatpraktiserende spesialister. Bestemmelsen om legefordeling omfatter etter gjeldende rett imidlertid også privat tjenesteytere som inngår i regionale helseplaner. Departementet mener derfor at lovreguleringen bør opprettholdes på dette området. Videre vil det være 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.

Etter en nærmere vurdering er departementet kommet til at bestemmelsen bør endres noe i forhold til forslaget i høringsnotatet. Departementet mener at det bør fremgå klart av bestemmelsen hvilke private tjenesteytere som er omfattet av ordningen. Det vises til at den foreslåtte bestemmelse, som fastslår at det vil være avgjørende om den enkelte tjenesteyter er omfattet av planer utarbeidet av de regionale helseforetak, etter en nærmere vurdering ikke synes hensiktsmessig. De regionale helseforetakenes planer skal ikke vedtas av departementet, og departementet vil derfor ikke kunne beslutte hvilke tjenesteytere som skal inngå i planene i forhold til de konsekvenser dette får for den enkelte i forhold til legefordelingsordningen. Videre vises til at den foreslåtte bestemmelsen kan skape usikkerhet blant de private tjenesteyterne når det gjelder hvorvidt disse vil omfattes av legefordelingsordningen.

Etter dagens regulering er det tjenesteytere som mottar tilskudd til drift og vedlikehold fra en fylkeskommune som inntas på de regionale helseplanene og som derfor omfattes av legefordelingsordningen. Videre er gjeldende bestemmelse tolket slik at den også omfatter private tjenesteytere som mottar tilskudd til drift og vedlikehold fra staten. Departementet foreslår derfor at det fremgår direkte av bestemmelsen at disse tjenesteyterne er omfattet av ordningen. Videre foreslås bestemmelsen i nåværende § 5-5 første ledd nr. 3 om at statlige institusjoner og tjenester er omfattet av ordningen, videreført.

Det foreslås videre en språklig endring i forhold til forslaget i høringsnotatet ved at det fremgår at antall nye stillinger og avtalehjemler angis som en samlet ramme for hver enkelt helseregion som vil bli forvaltet av det regionale helseforetaket, mens det i høringsnotatet ble foreslått at rammen skulle angis for hvert enkelt helseforetak. Departementet er kommet til at det vil være mer klargjørende at det fremgår at rammen gjelder stillinger innen den enkelte helseregion. Når det gjelder private tjenesteytere som får dekket tilskudd til drift og vedlikehold av et regionalt helseforetak, vil disse omfattes av rammen til den helseregion det aktuelle regionale helseforetaket har ansvar for. Når

det gjelder tjenesteytere som finansieres av staten, vil disse omfattes av rammen til den helseregion der de er lokalisert.

Etter forslaget til bestemmelse i annet ledd tredje punktum kan departementet sette vilkår for hvordan de regionale helseforetakene skal fordele stillinger som nevnt i bestemmelsens første ledd. Bestemmelsen innebærer en endring i forhold til gjeldende rett. Adgangen til å sette vilkår er tenkt benyttet blant annet dersom det i forhold til enkelte tjenesteytere oppstår et særlig behov for å sikre at disse tildeles stillinger.

Etter gjeldende § 5-5 fjerde ledd kan departementet gi nærmere forskrifter om innholdet i og gjennomføringen av bestemmelsen. Departementet foreslår at denne bestemmelsen videreføres i ny § 4-2 tredje ledd. Det vil for eksempel være behov for nærmere regler om hva som anses som en ny spesialistlegestilling.

5.11 Finansiering

5.11.1 Ansvaret for utgiftene

Gjeldende rett

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 første ledd fastsetter at eier av helseinstitusjon eller annen virksomhet som omfattes av loven, selv skal dekke utgiftene til planlegging, utbygging, drift, vedlikehold og endring av institusjonene og tjenestene, med mindre andre helt eller delvis dekker utgiftene etter de øvrige bestemmelsene i kapittel 6.

I § 6-1 annet ledd første punktum reguleres fylkeskommunens ansvar for å dekke godkjente utgifter til drift og vedlikehold av private institusjoner og tjenester som er inntatt på regionale helseplaner.

Etter § 6-1 annet ledd annet punktum skal fylkeskommunen dekke utgifter til privat praksis som drives etter avtale med fylkeskommunen.

Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslår departementet å videreføre bestemmelsen i § 6-1 første ledd som ny § 5-1. § 6-1 annet ledd foreslås opphevet.

Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene har ikke vesentlige merknader til forslagene til endring av § 6-1.

Departementets vurdering

For å oppfylle behovet for spesialisthelsetjenester innen vedkommende helseregion, kan de regionale helseforetakene inngå avtaler med private virksomheter om levering av tjenester, herunder avtaler med private virksomheter som i dag er inntatt på regionale helseplaner og som mottar tilskudd fra fylkeskommunen til dekning av utgifter til drift og vedlikehold. De regionale helseforetakenes ansvar for å dekke utgifter til drift og vedlikehold av private virksomheter vil reguleres av de avtalene de regionale helseforetakene inngår med disse virksomhetene. Departementet mener derfor at bestemmelsen i §

6-1 annet ledd første setning bør oppheves. Det vises til kapittel 2.10.3 hvor forholdet til de private virksomhetene omtales nærmere.

Departementet foreslår videre at bestemmelsen i § 6-1 annet ledd annet punktum oppheves. De regionale helseforetakene vil kunne inngå avtaler om å yte driftstilskudd til privatpraktiserende spesialister. For avtaler som foreligger ved lovens ikrafttredelse, foreslår departementet en overgangsbestemmelse om at staten trer inn i og overtar fylkeskommunens rettigheter og plikter.

Departementet foreslo i høringsnotatet at bestemmelsen i § 6-1 første ledd om at den som eier helseinstitusjon eller annen virksomhet som omfattes av loven, selv skal dekke utgiftene til planlegging, utbygging, drift, vedlikehold og endring av institusjonen eller tjenestene, skulle videreføres som ny § 5-1. Etter en nærmere vurdering er departementet kommet til at også denne bestemmelsen bør oppheves. Det vises til at det ikke er behov for en lovbestemmelse som fastslår at eier selv må dekke utgiftene. Videre kan bestemmelsen skape forvirring ettersom de regionale helseforetakene vil kunne inngå avtaler om å dekke utgifter til drift og vedlikehold av privat virksomhet.

5.11.2 Tilskudd til den som yter helsetjenester

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 omhandler statens delaktighet i finansieringen av spesialisthelsetjenesten gjennom å yte tilskudd til fylkeskommunene. I og med at det her foreslås at staten selv overtar dette ansvaret, faller begrunnelsen for § 6-2 bort. Dette gjelder imidlertid den lovmessige reguleringen av finansieringsordningene, ikke selve ordningene.

Gjeldende rett

Staten kan uten hjemmel i lov yte tilskudd til bestemte formål. Staten vil stå fritt til å yte slike tilskudd og bestemme størrelsen av disse. Bestemmelsen i § 6-2 viser imidlertid at en del av finansieringen kan skje og skjer i stor grad ved at staten yter slike tilskudd. Dette er ytterligere forsterket etter innføringen av innsatsstyrt finansiering for inneliggende somatiske pasienter.

Etter § 6-2 første ledd yter staten årlige rammetilskudd til dekning av fylkeskommunens utgifter. Det fremgår av første ledd annet punktum at tilskuddet fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene etter regler gitt av Kongen.

Etter § 6-2 annet ledd kan staten yte aktivitetsavhengige tilskudd eller tilskudd til bestemte formål til delvis dekning av fylkeskommunenes utgifter til helsetjenester.

Etter § 6-2 tredje ledd gis departementet hjemmel til å gi nærmere forskrifter om beregning og utbetaling av tilskudd etter annet ledd.

Etter § 6-2 fjerde ledd kan departementet kreve å få utlevert budsjett, regnskap og andre opplysninger om drift av spesialisthelsetjenester. Det følger av Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. at bestemmelsen kun gjelder helsetjenester som er finansiert ved fylkeskommunale midler.

Forslagene i høringsnotatet

Som en følge av at fylkeskommunen ikke lenger har sektoransvaret eller et økonomisk ansvar for spesialisthelsetjenesten, foreslås § 6-2 opphevet. Det er ikke behov for hjemmel i lov etter at spesialisthelsetjenesten er blitt et statlig ansvar. Utforming av såvel finansieringsordninger som rapporteringsplikt blir en del av den løpende eierstyring av de regionale helseforetakene.

Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene har i all hovedsak vært positive til den varslede gjennomgangen av de ulike finansieringsordningene. Fylkeskommunene er i liten grad opptatt av finansieringen av foretakene og finansieringsordningene generelt etter en statlig overtakelse.

Enkelte fremhever at de ønsker et forutsigbart system som dekker de reelle kostnadene ved pasientbehandling, og som ikke svekker enkelte pasientgrupper. Andre fremhever at systemet må tilføres mer ressurser, og at det innen ett foretak må være mulig med flere finansieringsformer. Flere har uttalt at de løsninger som er skissert i høringsnotatet, ikke skiller godt nok mellom statens bestillerrolle og statens rolle som tjenesteprodusent. Samtidig etterlyses en nærmere klargjøring av helseforetakets og datterforetakets forskjellige roller.

Høringsuttalelsene fra sykehusene gir i det alt vesentligste positive tilbakemeldinger på ISF-ordningen. Det pekes imidlertid fra mange hold på behovet for å videreutvikle løsningen mht. stabilitet og forutsigbarhet. Flertallet av høringsinstansene som uttaler seg om ISF spesielt, fremhever at aktivitetsbasert finansiering må overføres direkte til datterforetakene. Enkelte uttrykker ønske om 100 prosent DRG-dekning. Namdal sykehus fremhever at dårlig kunnskap om enhetspriser og grensekostnader kan medføre at økt andel innsattsstyrt finansiering vil kunne forsterke dagens problemer. Enkelte frykter at for stor grad av aktivitetsbasert finansiering vil føre til en vridning bort fra pasientgrupper som i dag ikke stykkprisfinansieres (for eksempel pasienter innen det psykiske helsevern). Mange av sykehusene er opptatt av at ISF-refusjonen skal være kostnadsdekkende slik at det ikke skjer uheldige medisinske vridninger i prioriteringen av pasientene. Videre fremhever enkelte høringsinstanser at finansieringsordningene må være innrettet slik at de premierer de mest effektive sykehusene.

Statistisk sentralbyrå er opptatt av at organisering i foretak kan gjøre det vanskelig å innhente regnskapsdata for offentlig finansierte helsetjenester som er nødvendig for bl.a. nasjonalregnskap og internasjonale samarbeidspartnere (OECD, Eurostat).

Regionsykehuset i Trondheim mener det er en forutsetning for at reformen skal bli vellykket at

«datterforetakene er primærmottaker av den aktivitetsbaserte finansieringen (polikliniske inntekter og ISF). Derimot kan foretaket styre inntekter av ikke aktivitetsbasert karakter (rammedelen), gjennom kontrakter, oppgavefordeling, personellfordeling etc.».

Telemark Sentralsykehus uttaler:

«Å endre innretningen av sykehusfinansieringen er et av de sterkeste virkemidlene for å stimulere til økt pasientbehandling. Sagt enkelt vil stimulansen til å behandle flere pasienter i dagens system langt på vei avhenge av forholdet mellom stykkpris og rammeoverføring. Desto mer stykkpris, desto sterkere insentiv».

Sykehuset finner det lite tilfredsstillende at staten ikke skal legge føringer for hvordan det enkelte sykehus skal finansieres.

Bedriftsøkonomisk Institutt uttaler:

«Vi savner en klarere presisering av hvordan nåværende ISF-system skal videreutvikles i relasjon til den nye styringsmodellen. Reformen er ikke tilstrekkelig for å løse sykehusenes produktivetsproblemer så lenge en beholder dagens finansieringsordninger. ISF-systemet har ikke funnet sin form for de utfordringer sykehusene står oppe i. Blant annet må det fastlegges grenser mellom bestillerrolle, finansieringsansvar, leverandør- og eierroller».

Den norske Lægeforening uttaler:

«Dagens finansieringsordninger skaper på flere områder hindringer for effektivt samarbeid mellom de ulike forvaltningsnivå. Eksempler på dette er finansiering av telemedisin, respiratorbruk i hjemmet (...) Når denne type behandling foregår på sykehus dekker staten gjennom ISF 50 pst. av hva det koster å behandle pasienten. Når denne type behandling derimot foregår ved sykestuer og sykehjem mottas ikke ISF refusjon».

Norsk Sykepleierforbund frykter at dersom foretakene etableres som selvstendige rettssubjekter, vil det være en «overhengende fare for at økonomisk resultatorientering får forrang i sykehusets totale virksomhet». Norsk Sykepleierforbund frykter at dette vil gå på bekostning av «ulønnsomme og billige» pasienter, som kronikere, forskning og utdanning. De støtter derfor en bred gjennomgang av dagens finansieringsordninger.

Det er kommet få uttalelser om hvordan foretakenes kapitalutgifter bør finansieres. Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospital mener at kapitalkostnadene bør inkluderes i ISF. Andre mener at rammefinansieringen må dekke sykehusets kapitalkostnader, og at det må lovfestes at kapitalen skal håndteres likt på datterforetaksnivå. Private aktører er opptatt av at kapitalen skal håndteres på en slik måte at konkurransevilkårene mellom offentlige og private aktører sikres.

Departementets vurdering

Spesialisthelsetjenesten finansieres i dag av rammetilskudd fra fylkeskommunene og statlige øremerkede tilskudd. Somatiske sykehus finansieres i tillegg av de aktivitetsbaserte tilskuddene innsatsstyrt finansiering (ISF) og poliklinikktilskuddet.

En kritisk gjennomgang av finansieringsgrunnlaget for somatiske sykehus ble foretatt i forbindelse med St.prp. nr. 47 (1999-2000) Om sykehusøkonomi og budsjett 2000. Det ble her pekt på behovet for å forenkle og forbedre finansieringsordningene. Blant annet er det et kontinuerlig behov for å tilpasse finansieringsordningene til endringer i medisinsk praksis. Eksempler på slik endring er den overgangen man de siste årene har sett fra inneliggende

behandling til økt dagbehandling og poliklinisk behandling, samt utviklingen av nye behandlingsmetoder.

Som omtalt i kapittel 2.14 om finansieringsordninger, er det departementets holdning at hovedstrukturen i dagens finansieringsordninger kan videreføres i første omgang. Den viktigste endringen blir at den statlige finansieringen rettes mot de regionale helseforetakene, og ikke mot fylkeskommunene. Det understrekes imidlertid at potensialet i dagens finansiering ikke er uttømt, og det legges opp til å videreutvikle ordningene slik at disse fremstår som mer treffsikre og forutsigbare. Det tas eksempelvis sikte på å implementere nye kostnadsvekter i DRG-systemet fra 1. januar 2002.

På litt lengre sikt er det behov for en bred gjennomgang av de samlede finansieringsløsningene. Det er blant annet behov for å videreutvikle dagens finansieringsordninger med hensyn til økt forenkling, forutsigbarhet, risiko-håndtering og fleksibilitet. Samtidig må det fokuseres på hvordan ordningene virker i forhold til helsepolitiske mål og på kostnadskontroll og stimulering til økt aktivitet i pasientbehandlingen. Dette vil departementet på et senere tidspunkt legge fram for Stortinget.

Drift av dagens psykiske helsevern er hovedsakelig finansiert gjennom fylkeskommunenes frie inntekter, refusjoner for poliklinisk virksomhet og andre øremerkede, statlige tilskudd. I 1999 var 81,3 prosent av brutto driftsutgifter finansiert av fylkeskommunene, 17,1 prosent gjennom statlige tilskudd og 1,6 prosent gjennom salgs- og leieinntekter. (Kilde: SINTEF Unimed NIS, Samdata Psykiatri).

I henhold til opptrappingsplanen for psykisk helse skal statlige, øremerkede tilskudd til drift øke med 2,1 mrd. kroner fra 1998 til 2006.

Etter den nye spesialisthelsetjenesteloven finansieres investeringsutgifter i det psykiske helsevern prinsipielt sett på samme måte som for somatiske spesialisthelsetjenester. Gjennom opptrappingsplanen finansierer staten godkjente byggeprosjekter, dels gjennom styrking av fylkeskommunenes frie inntekter (40 pst.) og dels ved direkte tilskudd til det enkelte prosjekt (60 pst.).

Dagens finansieringsordning basert på rammefinansiering supplert med refusjon for poliklinisk virksomhet og andre øremerkede statlige tilskudd videreføres.

Ordningen med øremerkede tilskudd til drift fordelt på objektive kriterier og tilskudd til dekning av godkjente investeringskostnader vil bli videreført innenfor de fastsatte økonomiske rammene i opptrappingsplanen, jf. St.prp. nr. 63 (1997-98). Tilskuddsordningen for investeringskostnader vil bli justert bl.a. som følge av at ordningen med kapitalrefusjon bortfaller for nye prosjekter.

Poliklinisk virksomhet utgjør en stor og økende del av psykisk helsevern. Departementet forbereder en gjennomgang av refusjonssystemet for poliklinisk virksomhet for å sikre mer målrettet bruk av ressursene.

Departementet viser til forslaget i høringsnotatet om å oppheve § 6-2 fjerde ledd som gir departementet adgang til å kreve seg forelagt budsjett, regnskap og andre opplysninger om drift av spesialisthelsetjenester. Etter en nærmere vurdering mener departementet at bestemmelsen likevel bør videreføres. Det vises til at det vil være behov for å innhente opplysninger som nevnt i bestemmelsen fra private tjenesteytere som mottar tilskudd til drift og vedli-

kehold fra regionale helseforetak. Departementet mener at det vil være lite hensiktsmessig at adgangen til å innhente slike opplysninger avhenger av om dette er regulert i avtale mellom det regionale helseforetaket og den private tjenesteyter. Det foreslås derfor at bestemmelsen i § 6-2 fjerde ledd videreføres i ny § 5-6. Departementet foreslår videre en språklig endring, slik at det fremgår uttrykkelig av bestemmelsen at den gjelder offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste.

5.11.3 Pasienters bostedsregion og ansvaret for behandlings- og forpleiningsutgifter (gjestepasientordningen)

Gjeldende rett

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 pålegger fylkeskommunen å sørge for at befolkningen i fylket har tilgang til spesialisthelsetjenester. Det er foreslått en ny § 2-1a, hvor de regionale helseforetakene overtar fylkeskommunenes plikt til å sørge for spesialisthelsetjeneste til egen befolkning. Bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven §§ 6-5 og 6-6 regulerer hva som skal regnes som pasientens bostedsfylke og bostedsfylkes ansvar for dekning av behandling- og forpleiningsutgifter.

Etter § 6-6 tredje ledd kan departementet gi forskrifter om beregning av behandlings- og forpleiningsutgifter og fastsette samme refusjonssatser for en eller flere grupper institusjoner.

§ 6-6 fjerde ledd regulerer fylkeskommunens betalingsplikt for utgifter til laboratorie- og røntgentjenester. Finansiering av private laboratorie- og røntgentjenester er delt mellom folketrygden, fylkeskommunene og pasientene. Refusjon fra folketrygden er avhengig av etableringsår eller spesiell godkjenning fra departementet. Tilskudd fra fylkeskommunen er avhengig av leveringsavtale. Fylkeskommunen har kun ansvar for å dekke utgifter til laboratorie- og røntgentjenester dersom dette er regulert i avtale mellom bostedsfylket og den som yter slike tjenester.

§ 6-7 regulerer dekning av utgifter for pasienter som ikke har bosted i Norge.

Forslagene i høringsnotatet

Forslaget om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten innebærer at det må gjøres endringer i spesialisthelsetjenesteloven §§ 6-5 og 6-6. Ansvaret for å dekke behandlings- og forpleiningsutgifter vil ligge på de respektive regionale helseforetakene, som er gitt i oppgave å sørge for at befolkningen innen sine helseregioner tilbys spesialisthelsetjeneste. Bestemmelsene er derfor endret i tråd med dette slik at ny § 5-1 regulerer pasientens bostedsregion og ny § 5-2 regulerer refusjonskrav mot det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

I utgangspunktet ser departementet for seg en ordning der de regionale helseforetakene gis frihet til å regulere betaling seg imellom gjennom avtaler, men at departementet etablerer normerte priser basert på DRG-systemet som kommer til anvendelse i de tilfellene der det ikke er kommet til enighet om andre avtalebaserte priser. Dette bl.a. for å understøtte ordningen med fritt sykehusvalg.

Høringsinstansenes syn

Majoriteten av de høringsinstansene som har uttalt seg om gjestepasientoppgjøret, er skeptiske til den tidligere praktiseringen og ønsker den fjernet. Enkelte ønsker at ISF refusjonen tilfaller det behandlende sykehus og ikke det sykehuset pasienten sogner til. Andre mener at det må tilrettelegges for inngåelse av avtaler helseforetakene imellom.

Sentralsjukehuset i Hedemark mener at aktivitetsfinansieringen av sykehuset bør innrettes slik at sykehuset mottar full DRG-pris og RTV-refusjon. De mener at ISF-refusjonen bør overføres til den behandlingsutførende institusjon.

Sentralsjukehuset i Hedemark uttaler:

«Det enkelte sykehus bør motta refusjon for de pasienter det behandler og gjestepasientbegrepet bør avvikles».

Flere andre sykehus og Den norske Lægeforening mener også at ISF-refusjonen bør gå til det behandlende sykehus.

Sentralsjukehuset i Hedemark uttaler:

«Gjennom en refusjonsordning hvor sykehusets inntekter kommer enten fra Sosial- og helsedepartementet eller Rikstrygdeverket, kan gjestepasientoppgjør og tilhørende byråkrati avvikles. Dette vil også gi et langt bedre grunnlag for realisering av fritt sykehusvalg, bedre utnytting av ressursene og langt på vei fjerne sykehusenes muligheter til strategisk bruk av ventelister med utvelgelse av pasientgrupper begrunnet ut fra økonomisk fortjeneste».

Radiumhospitalet uttaler:

«[...] i den grad det velges geografisk avgrensning av helseforetaket med hovedvekt på å fastlegge et rasjonelt produksjonsområde, må det legges til rette for bruk av avtaler om pasienttilfang på tvers av helseforetakene».

Norsk Pasientforening uttaler:

«Statlig eide sykehus vil etter vårt syn gjøre det enklere å gjennomføre reformen om fritt sykehusvalg idet man fjerner de nåværende problemer knyttet til finansiering av sykehustjenester på tvers av fylkesgrensen».

Telemark Fylkeskommune uttaler:

«Det er med stor undring vi ser at staten også i forsettinga ønskjer å ha eit gjestepasientoppgjør (jf. 3.3.3 og 5.10) Ei dårleg fungerande gjestepasientordning har vært et av hovudargumenta for at mange vil legge ned fylkeskommunen og overføres sjukehusa til staten. Staten bør heller sjå til at ISF-prosenta aukar så mykje [...] at dette er nok som betaling. Departementet legg til grunn at gjestepasientoppgjøret blir tufta på DRG-systemet. Dette er eit viktig tiltak. Fylkeskommunen har bedde om dette i mange år, og Helseregion Sør har innført det som betalingsordning mellom fylkeskommunane i regionen».

Departementets vurdering

Overføring av ansvar og bostedstilknytning fra fylkeskommunalt til regionalt nivå må betraktes som en naturlig konsekvens av organiseringen av det statlige eierskapet i regionale helseforetak. Høringsinstansene har heller ikke lagt vekt på disse endringene. Derimot har flere av høringsinstansene uttalt seg om ordningen med gjestepasientoppgjør. Det kan virke ulogisk at staten har behov for en gjestepasientordning når staten påtar seg ansvaret for både utførelsen og finansieringen av spesialisthelsetjenester. På den annen side skal helseforetakene være selvstendige økonomiske enheter med ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region. Dette tilsier en eller annen form for økonomisk oppgjør mellom de regionale helseforetakene i de tilfeller der pasienter krysser regiongrensene.

Når enhetene blir større, vil de også bli mer selvforsynte med høyt spesialiserte helsetjenester. Ifølge en rapport fra SINTEF-Unimed (Evaluering av regionalt helsesamarbeid, delrapport 1: Pasientstrømmer - STF A015005) forekom i overkant av 90 prosent av de elektive heldøgnsoppholdene i 1999 i pasientens helseregion. 71 prosent av de elektive heldøgnsoppholdene forekom innen pasientens hjemfylke. På den ene siden viser dette at pasientflyt over regiongrensene ikke vil ha den samme betydning for de regionale helseforetakenes økonomiske situasjon som pasientflyten har for dagens fylkeskommuner. Dette taler for en avvikling av hele gjestepasientoppgjørsordningen. På den annen side vil et lavere antall gjestepasienter redusere de administrative byrdene ved ordningen.

Med virkning fra 01.02.2001 ble de veiledende gjestepasientprisene lagt om fra kurdøgnpriser til DRG-priser. Omleggingen innebærer at den veiledende gjestepasientpris er 80 prosent av DRG-pris, altså mer enn den statlige ISF-refusjonen som er 50 prosent av DRG-pris. En viktig begrunnelse for denne ordningen var at prisen for gjestepasientoppgjør skal fremme pasientenes rett til fritt sykehusvalg. Samtidig skal ikke det frie sykehusvalget undergrave verken de regionale helseforetakenes ansvar for å planlegge kapasiteten i helsetjenesten ut fra befolkningens behov, eller det element av rammestyring som ligger i ISF-ordningen ved at bare 50 prosent av gjennomsnittskostnaden refunderes for hvert sykehusopphold. Endringer i den veiledende gjestepasientprisen, eller i ordningen som sådan, kan med andre ord ikke ses isolert fra de øvrige finansieringsformene.

Departementet foreslår med bakgrunn i det ovenfor nevnte, og under særlig hensyn til de regionale helseforetakenes mulighet for å ivareta sitt sektoransvar på en stabil og forutsigbar måte, at dagens ordning videreføres ved at det legges til rette for oppgjørsformer mellom de regionale helseforetakene som primært er basert på avtaler. I de tilfellene der avtaler ikke inngås, legges DRG-baserte, statlige normpriser til grunn.

Det må understrekes at foretakene står fritt til å inngå avtaler som regulerer volum, pris og lignende. Det må også være opp til det enkelte regionale helseforetak å vurdere om og i hvilken grad det skal etableres et oppgjørssystem mellom datterforetak i samme region.

Bestemmelsen i § 6-7 videreføres i ny § 5-3.

5.11.4 Tilskudd til bygging av sykehus

Gjeldende rett

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 skal staten delvis dekke utgiftene til renter og avdrag av godkjente kostnader for byggearbeider ved sykehus som inngår i regional helseplan. Bestemmelsen regulerer statens plikt til å yte kapitalrefusjon ved bygging av sykehus. Med sykehus menes både somatiske og psykiatriske sykehus. Refusjonsordningen omfatter byggearbeider ved private sykehus som inngår i regional helseplan og som mottar tilskudd til drift og vedlikehold fra en fylkeskommune.

I Kgl.res. av 1. desember 2000 er det fastsatt forskrift om godkjenning av sykehus og tilskudd til byggearbeider ved sykehus. Det følger av forskriften § 11 at staten refunderer 37,5 prosent av kostnadene ved renter og avskrivninger for godkjente byggeutgifter og 50 prosent av godkjente utgifter til utstyr i forbindelse med slike byggearbeider. For utgifter til byggearbeider gis tilskuddet over 40 år med en rente fastsatt av departementet under hensyn til det alminnelige rentenivået. For utgifter til utstyr gis tilskuddet over 10 år uten rente. Det fremgår av § 9 at det kun er godkjente utgifter som danner grunnlag for refusjon. Av § 10 følger at det er staten som godkjenner disse utgiftene. Denne godkjenningen er relatert til det kostnadsanslag som ligger til grunn ved godkjenning av byggeplanene. Tilskuddet gis til fylkeskommunen, uansett om utbyggingen skjer ved offentlige eller private sykehus.

Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslår departementet å oppheve § 6-3, slik at denne finansieringsordningen bortfaller.

Begrunnelsen for å foreslå en avvikling av denne finansieringsordningen, er at det ved endring av eierskap fra fylkeskommunalt til statlig eierskap ikke lenger er behov for å lovregulere statens dekning av denne type utgifter til offentlige virksomheter.

F.o.m. 01.01.2002 vil det etter dette forslaget ikke lenger bli utbetalt midler gjennom kapitalrefusjonsordningen verken til fylkeskommunene eller til offentlige sykehus. I stedet vil departementet ta sikte på å innarbeide dekning av kapitalkostnader innenfor rammen av de øvrige og mer generelle finansieringsordningene som rettes mot helseforetakene. Departementet vil dessuten bestrebe seg på å se finansieringsordningene i sammenheng med etableringen av foretakenes åpningsbalanse, herunder etablering av egenkapital og gjeld.

For private institusjoner foreslår departementet en overgangsbestemmelse som bestemmer at staten skal delvis dekke denne type utgift for byggearbeider som er godkjent ved lovens ikrafttredelse.

Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som har uttalt seg om bestemmelsen. De private sykehusene har i all hovedsak vært opptatt av likeverdig status og vilkår mellom offentlige og private sykehus, dette inkluderer blant annet fremtidig finansiering av kapitalutgifter. Enkelte sykehus har uttrykt bekymring for at framtidige byggeprosjekter fører til økte kapitalkostnader og dermed kan forverre

sykehusets konkurransevilkår. Private sykehus har spesielt pekt på behovet for langsiktige driftsavtaler med det offentlige, og at kapitalkostnader må bli en del av dette avtaleverket og innarbeides i kostnadsbildet dersom det skal etableres likeverdige vilkår som for offentlige sykehus.

Departementets vurdering

Departementet vil i arbeidet med å etablere nye finansieringsordninger rettet mot helseforetakene, søke å ivareta hensynet til private institusjoner og behovet for konkurranse på like vilkår mellom offentlige og private tjenesteytere. Statens finansiering rettes inn mot helseforetakene, som så tar stilling til behovet for langsiktige avtaler med private institusjoner.

For private institusjoner foreslår departementet en overgangsbestemmelse. Hensikten med overgangsbestemmelsen i helseforetaksloven § 53 nr. 5 er å sikre at private sykehus som etter § 6-3 i gjeldende lov om spesialisthelsetjeneste 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 blitt statlig. Etter dagens ordning utbetales kapitalrefusjonsmidlene fra staten til fylkeskommunen, uavhengig av om godkjente byggearbeider er i regi av offentlige eller private sykehus. I de tilfeller hvor fylkeskommunen i dag har håndtert dekning av slike renter og avdrag ved private sykehus gjennom økt driftsstøtte, overtakelse av lånekostnader eller gitt tilskudd til byggeprosjekter på annen måte, overtar staten fylkeskommunens forpliktelser ved overgangen til statlig eierskap. Det er således ikke en intensjon å gi private sykehus en særskilt rettighet til å få kapitalrefusjon som et tillegg til den finansiering de i dag mottar.

5.11.5 Tilskudd til regionsykehus

Gjeldende rett

Det følger av § 6-4 at staten skal yte tilskudd direkte til regionsykehus og sykehus med universitetsklinikkfunksjoner til dekning av sykehusenes merutgifter som følge av utdanning, forskning og særlige funksjoner ved vedkommende institusjon. Videre følger det av bestemmelsen at staten skal yte tilskudd til eier av regionsykehus og sykehus med universitetsklinikkfunksjoner til delvis dekning av sykehusets driftsutgifter. Tilskuddet ytes til dekning av grunnleggende merkostnader som skiller drift av regionsykehus og sykehus med universitetsklinikkfunksjoner fra drift av lokal- og sentralsykehus.

Forslagene i høringsnotatet

Dersom staten overtar eierskapet til sykehusene, vil det ikke være behov for en lovregulering av statlig tilskudd til sykehus. Departementet foreslo derfor i høringsnotatet å oppheve denne bestemmelsen. I høringsnotatet fastslo en behovet for separate pengestrømmer til dekning av kostnader knyttet til undervisning og forskning. Videre heter det at Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet vil gjennomgå dette området med sikte på å etablere finansieringsmekanismer som gjør at undervisning og forskning blir ivaretatt på en bedre måte enn ved dagens regionsykehustilskudd.

Høringsinstansenes syn

Uttalelsene om regionsfunksjonene dreier seg primært om lokalisering av oppgaver og dermed om hvem som skal få disponere tilskuddet. Enkelte fremhever behovet for systemer som fremmer samhandling mellom helseregioner. Andre fremhever behovet for særskilt finansiering, gjerne i form av et rammetilskudd som for eksempel kan beregnes ved en per capita modell. Også knyttet til uttalelsene om forskning og undervisning er det en lokaliseringsdebatt, der graden av sentralisering av FoU er sentral for hvem som skal disponere midlene. Flere lokal- og sentralsykehus mener at forskning i større grad bør kunne desentraliseres til de mindre sykehus. I tillegg er det uttalelser om hvordan størrelsen på bevilgningene skal beregnes avhengig av resultater, som en fast andel av bevilgningene til helsevesenet eller ved en generell styrking av sykehusenes økonomi. Enkelte private sykehus fremholder at de er kompetansesentre med forskning.

Regionsykehuset i Tromsø mener at det bør satses mer på klinisk forskning, og at regionsykehusene må prioriteres når det gjelder forskning og utdanning. De uttaler for øvrig at universitetsklinikktilskuddet bør utbetales direkte til det enkelte datterforetak og ikke til helseforetaket.

Regionsykehuset i Trondheim påpeker at den integrerte modellen for finansiering av forskning og utdanning bør videreføres som i dag, og at universitetsklinikktilskuddet må gå direkte til sykehuset for å redusere transaksjonskostnadene.

Haukeland sykehus uttaler bl.a. at det er viktig at de reelle kostnadene ved landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre finansieres fullt ut. Videre sier sykehuset at det ved en gjennomgang av finansieringsordningene blir viktig å vurdere kompensasjonen for forskning, utvikling og undervisning/veiledningsoppgaver som ikke finansieres gjennom ISF.

Det Norske Radiumhospital (DNR) er enig med departementet i at FoU-virksomhet må lokaliseres til få og sterke miljøer. Videre peker DNR på at Sosial- og helsedepartementet må ha et direkte og overordnet ansvar for forskning i helsevesenet. Midlene til FoU-virksomhet må ikke overføres fra Sosial- og helsedepartementet til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet eller Norges forskningsråd.

Statens Helsetilsyn foreslår at det i vedtektene for helseforetakene sikres at bevilgninger til undervisning og forskning benyttes til dette formålet.

Universitetet i Oslo uttaler:

«Universitetsfunksjonene - undervisning og forskning - må sikres ved at universitetene disponerer midlene til disse funksjonene og kan gå inn i rollen som bestiller og avtalepartner overfor sykehusene. Personer med kompetanse på undervisning og forskning må ha en sentral plassering i den nye organisasjonen, eventuelt ved at universitetene er direkte representert i styringsorganer».

Det pekes på at separate pengestrømmer til universitetsfunksjonene ikke vil frita sykehusene fra å finansiere den forskning som er en oppgave for sykehusene etter spesialisthelsetjenesteloven. Universitetet i Bergen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Universitetet i Tromsø har gitt lignende uttalelser.

Norges forskningsråd (NFR) mener at det er spesielt viktig at egne forskningstilskudd til regionsykehusene, etablering av kliniske kompetansesen-

tre og tilrettelegging av forskningsaktivitet videreføres med særskilte og styrkede budsjetter. NFR vektlegger behovet for et godt samarbeid med universitetene. NFR mener at de fem regionsykehusene må prioriteres for å unngå fragmentering, og at forskningsnettverk etableres mot mindre sykehus. Det fremheves at det er viktig at det ved oppnevning og sammensetning av nye foretak stilles krav om forskningskompetanse i styre og ledelse.

Den norske Lægeforening påpeker at forskning, videre- og etterutdanning, undervisning og spesielle funksjoner bør synliggjøres gjennom særskilt finansiering, inntektsmuligheter og eget resultatregnskap. Legeforeningen foreslår at en fast andel av finansieringen (5-10 prosent) går til forskning og utdanning. Videre påpekes det at midler til forskning ikke bør kunne omdisponeres til andre formål, og at finansieringen bør gjøres resultatavhengig. Lands-, flerregionale funksjoner og kompetansesentra må sikres spesielt.

Departementets vurdering

Departementet har i høringsnotatet lagt opp til at finansieringsordningene i første fase skal ha samme utforming som i dag, men at en bør foreta justeringer som gjør at disse fremstår som mer treffsikre og forutsigbare. Reformen er i seg selv meget omfattende, og dette taler for at en er forsiktig mht. endringer av finansieringsordningene.

Departementets modell for statlig spesialisthelsetjeneste innebærer at de regionale helseforetakene skal utgjøre sentrale enheter. Dette krever at eier fremstår som konsistent mht. finansielle løsninger. Etter departementets vurdering må dette ha som konsekvens at dagens ordning, der deler av regionsykehustilskuddet føres direkte til det respektive sykehus, endres til fordel for utbetaling til de regionale helseforetakene. Dette skal ivareta de regionale helseforetakenes posisjon overfor sine sykehus, og gi mulighet for å benytte disse midlene fleksibelt innenfor sin portefølje av sykehus, i den grad dette vurderes som hensiktsmessig. Dette innebærer ikke at de regionale helseforetakene bør spre midlene ut til mange sykehus, men det skal bidra til å underbygge de regionale helseforetakenes sentrale posisjon. Tatt i betraktning de begrensede fagmiljøene norsk medisin rår over, mener departementet at regionsykehusene fortsatt skal være de mest sentrale arenaer innen forskning og undervisning. Samlet innebærer dette at en i 2002 viderefører dagens regionsykehustilskudd med bl.a. øremerket finansiering av høyspesialiserte funksjoner, anvendt klinisk forskning og undervisning, men at hele tilskuddet, og ikke deler av dette, går til de regionale helseforetakene. Som følge av at staten overtar ansvaret for og eierskapet til spesialisthelsetjenesten, er det ikke lenger nødvendig å lovregulere dette.

Universitetene har et overordnet ansvar for medisinsk forskning, herunder anvendt klinisk forskning. De regionale helseforetakene bør medvirke til målretting og prioritering av anvendt klinisk forskning med utgangspunkt i nasjonal politikkkutforming og innen gitt økonomisk ramme.

Det foreslås at helseforetakene etablerer et nært samarbeid med fagmiljøene, de medisinske fakultetene og regionsykehusene. Universitetene og regionsykehusene er i dag representert i de etablerte samarbeidsorganene, sammen med representanter fra fylkeskommunene. Det foreslås en videreutvikling av samarbeidet mellom fakultetene og regionsykehusene gjennom

samarbeidsorganene, men med sterkere eierstyring fra staten med hensyn til innhold og resultatkrav.

Flere høringsinstanser har pekt på behovet for å «skjerme» finansiering av forskning og undervisning. Det er sentralt å finne finansierings- og organiseringsformer som ivaretar forskning og undervisning, og som balanserer denne virksomheten mot klinisk aktivitet. Etter departementets vurdering er det derfor behov for en bredere gjennomgang av denne problemstillingen. Det vises her til at departementet varsler en generell gjennomgang av finansieringsordningene.

5.11.6 Dekning av utgifter til kontrollkommisjonens virksomhet

Gjeldende rett

Bestemmelsen i § 6-8 regulerer dekning av utgifter til kontrollkommisjonens virksomhet, jf. lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Forslagene i høringsnotatet

Denne bestemmelsen berøres ikke av forslaget om å overføre ansvaret for spesialisthelsetjenesten til staten og i høringsnotatet ble det derfor ikke foreslått noen endringer i denne bestemmelsen.

Høringsinstansenes syn

Ingen av høringsinstansene har vesentlige merknader til denne bestemmelsen.

Departementets vurdering

Det foreslås ingen endringer når det gjelder å regulere dekning av utgifter til kontrollkommisjonens virksomhet.

5.11.7 Pasienters egenbetaling

Gjeldende rett

§ 6-9 hjemler adgang til å fastsette forskrifter om pasientens egenbetaling.

Departementet regulerer gjennom forskrifter pasientenes betaling for poliklinisk behandling ved institusjon, behandling hos legespesialist og spesialist i klinisk psykologi, herunder fritak for betaling ved forsinkelser. Det er også gitt adgang til å kreve egenbetaling for manglende fremmøte til avtalt tid ved poliklinikker, hos klinisk legespesialist og hos spesialist i klinisk psykologi. Denne egenbetalingen anses ikke som godkjent egenandel etter bestemmelser gitt med hjemmel i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd § 5-3. Departementet har i forskrift også gitt bestemmelser om betaling fra pasienter som oppholder seg i langtidsinstitusjoner som omfattes av loven.

Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslås en videreføring av bestemmelsen med noen nødvendige justeringer som følge av nytt eierskap til sykehusene.

Høringsinstansenes syn

Røntgeninstituttens fellesorganisasjon uttaler:

«Samtidig må alle helseinstitusjoner få anledning til å konkurrere på egenandelens størrelse».

Bestemmelsen er i liten grad kommentert av andre høringsinstanser.

Departementets vurdering

For de fleste tjenester innenfor helsesektoren må brukeren betale en egenandel. I hovedsak utgjør egenandelene i helsesektoren en mindre del av produksjonskostnaden enn prisen på tjenesten.

Loven er ikke til hinder for at pasientene avkreves en lavere egenandel enn det beløp som er fastsatt i forskrift eller at det ikke kreves egenandelsbetaling.

Departementet foreslår å videreføre i § 5-5 hjemmelen til å gi forskrifter om pasienters egenbetaling. Endringer av språklig karakter er lagt inn som følge av nytt eierskap til sykehusene og har ingen betydning for bestemmelsens materielle innhold.

5.12 Taushetsplikt, opplysningsplikt og veiledningsplikt

5.12.1 Gjeldende rett

§ 7-1 gir bestemmelser om taushetsplikt for personer som utfører tjeneste eller arbeid for helseinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten.

§ 7-2 regulerer opplysningsplikt overfor tilsynsmyndighetene for den samme gruppe.

Etter § 7-3 plikter fylkeskommunen å motta og registrere meldinger om helsepersonells virksomhet. Bestemmelsen gjelder meldinger både om helsepersonell som arbeider i privat virksomhet og om helsepersonell som arbeider i offentlig virksomhet.

§ 7-4 pålegger helsepersonell som er ansatt i offentlige helseinstitusjoner eller som mottar tilskudd fra fylkeskommunen, en plikt til å gi råd, veiledning og opplysninger til kommunehelsetjenesten.

5.12.2 Forslagene i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å videreføre bestemmelsene i § 7-1 som ny § 6-1 og § 7-2 som ny § 6-2. § 7-3 ble foreslått opphevet. § 7-4 ble foreslått videreført som ny § 6-3 med enkelte justeringer.

5.12.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene har ikke vesentlige merknader til forslagene i høringsnotatet når det gjelder bestemmelsene i gjeldende §§ 7-1, 7-2 og 7-3.

Når det gjelder forslaget om videreføring av gjeldende § 7-4 om veiledningsplikt som ny § 6-3, mener enkelte av høringsinstansene at det må sikres at de regionale helseforetakene får et overordnet ansvar for å tilrettelegge for at veiledningsplikten kan etterleves av det enkelte helsepersonell.

Det følger av høringsuttalelsen fra Den norske Lægeforening at:

«Det fremgår av høringsnotatet (ny § 6-3 i Lov om spesialisthelsetjeneste) at institusjonen eller foretaket ikke har noen veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Slik plikt er lagt til helsepersonell som er ansatt i statlige institusjoner som er omfattet av loven. Veiledningsplikten har to nivåer; et systemansvar med plikt til veiledning av organisasjonene i førstelinjetjenesten og dessuten systemtilrettelegging for veiledning knyttet til den enkelte bruker. Veiledningsansvaret for den enkelte bruker kan legges til helsepersonell og må klart fremgå av stillingsinstruksen. Legeforeningen mener imidlertid at det er urimelig å pålegge en generell udefinert veiledningsplikt overfor førstelinjetjenesten på den enkelte - uten at dette samsvarer med en tilsvarende plikt for helseforetaket til å tilrettelegge for at dette skal kunne gjøres. Vi mener derfor at lovutkastet bør endres på dette punkt, og fremmer forslag om tilleggstekst i § 6-3:

Helseforetaket har plikt til å tilrettelegge for at helsepersonell tilknyttet helseforetaket kan utøve sin veiledningsplikt».

Statens helsetilsyn mener at helseforetakene gjennom vedtektene må tilpliktes å påta seg ansvaret for utdannings- og veiledningsoppgaver og forskning i hele spesialisthelsetjenesten. Ved inngåelse av avtaler med private aktører må det som hovedregel stilles krav om en tilsvarende plikt.

5.12.4 Departementets vurdering

Departementet viser til at eier og ledelse av helseinstitusjoner vil ha ansvar for å sørge for at helsepersonell blir satt i stand til å oppfylle plikter de er pålagt gjennom lov i kraft av sitt ansettelsesforhold i helseinstitusjonen. Det vil derfor etter departementets vurdering ikke være behov for en særskilt lovbestemmelse om at foretaket har plikt til å tilrettelegge for at helsepersonellet kan utøve veiledningsplikten. Videre vises til at også helsepersonell ansatt i helseinstitusjon som mottar tilskudd fra regionalt helseforetak til sin virksomhet er pålagt veiledningsplikt i henhold til bestemmelsen i § 6-3. Det vil også her være eier og ledelse ved den aktuelle helseinstitusjonen som må sørge for at helsepersonellet blir satt i stand til å oppfylle plikten.

5.13 Pålegg

5.13.1 Gjeldende rett

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 8-1 kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette mangler dersom helsetjenester som omfattes av loven drives på en måte som er i strid med loven eller bestemmelser gitt i medhold av loven og driften antas å kunne ha skadelige følger for pasienter. Dersom Statens helsetilsyn finner det nødvendig, kan det gis pålegg om stenging av helseinstitusjonen.

Vedtak om pålegg kan påklages eller omgjøres uten klage etter reglene i forvaltningsloven kapittel VI. Klagen skal gis oppsettende virkning hvis ikke Statens helsetilsyn bestemmer at vedtaket straks skal iverksettes.

Departementet har som klageinstans myndighet til å overprøve alle sider ved vedtaket. Departementet kan derfor i prinsippet overprøve også det faglige skjønnet. På bakgrunn av at Helsetilsynet besitter en særskilt faglig innsikt på tilsynsområdet, har departementet imidlertid i praksis utvist forsiktighet når gjelder å overprøve Helsetilsynets faglige skjønn.

5.13.2 Forslagene i høringsnotatet

§ 8-1 foreslås videreført som ny § 7-1.

5.13.3 Høringsinstansenes syn

Statens helsetilsyn uttaler:

«Spørsmålet om styringsrett og uavhengighet blir særlig tydelig ved formelle reaksjoner mot helsetjenesten. Etter gjeldende praksis rettes reaksjoner fra Helsetilsynet som hovedregel mot fylkeskommunen som eier. Departementet fremholder at etter statlig overtakelse skal reaksjoner rettes mot helseforetakene, men åpner likevel for at reaksjoner kan rettes direkte mot staten som eier. Helsetilsynet forutsetter at sistnevnte mulighet vil utgjøre unntakene. Det er behov for at departementet klargjør hvilke forhold det er korrekt å holde staten direkte ansvarlig for.

Helsetilsynet er enig i at en eventuell klagebehandling av våre reaksjoner må organiseres slik at det ikke oppstår tvil om troverdigheten for avgjørelsen. Vi antar dette bør legges til et annet departement enn Sosial- og helsedepartementet.

Ved pålegg direkte til departementet kan det reises spørsmål om flytting av klagebehandlingskompetansen til et annet departement vil gi tilstrekkelig legitimitet. Helsetilsynet forventer at departementet vil komme tilbake med nærmere vurderinger av dette på et senere tidspunkt».

Fylkeslegene viser til at tilsynsmyndighetenes rolle i liten utstrekning er omtalt i høringsnotatet, og til at dette er et område som må utredes nærmere. Det vises videre til at det er behov for å understreke tilsynsmyndighetenes uavhengige stilling.

Fylkeslegen i Møre og Romsdal uttaler:

«Det er vanskelig å se at departemental klagebehandling på Helsetilsynets vedtak blir en god ordning. Det er i dag like mange medarbeidere, med et stort innslag av helsepersonell, i departementet som i Statens helsetilsyn. Det er nærliggende at klagebehandlingen her også vil innebære fri bruk av medisinsk-faglig skjønn. Dette kan lettere føre til opphevelse av vedtak enn ved vurderingen av lovanvendelsen alene, noe som vil styrke mistanken om at det her blir «bukken som skal passe havresekken». Siden revisjonen i de senere år også er tillagt driftsrevisjon, bør det vurderes om Riksrevisjonen sentralt kan behandle slike klagesaker, eventuelt et annet departement, dog ikke Finansdepartementet! Det som skulle tale for Riksrevisjonen, er at de bare er ansvarlige overfor Stortinget, og at Stortinget får seg forelagt årlig rapport. Dermed vil også Stortinget, som har vedtatt lovene, få inn-

blikk i forhold av betydning for ivaretagelse av deres ansvar. Selv om vurderingen av en klage skal kunne omfatte alle sider av saken, har det under alle omstendigheter vært uvanlig å overprøve vedtaket på skjønsspørsmålet så vidt dette ikke har vært «åpenbart urimelig». Lovanvendelsen vil da bli det sentrale ved klagebehandlingen».

5.13.4 Departementets vurdering

Departementet viser til de refererte høringsuttalelser i punkt 5.13.3. Departementet slutter seg til at klagekompetansen når det gjelder Helsetilsynets pålegg, bør legges til en annen instans enn Sosial- og helsedepartementet. Blant annet hensynet til allmennhetens tillit tilsier at det vil være uheldig at departementet både opptrer som eier av offentlig spesialisthelsetjeneste og er klageorgan når det gjelder påleggsvedtak.

Statens helsetilsyn stiller spørsmål ved om flytting av klagekompetansen til et annet departement vil gi tilstrekkelig legitimitet når det gjelder pålegg direkte til departementet.

Departementet viser til at det avgjørende må være at statens oppgave som eier og som klageinstans skilles. Departementet kan videre ikke se at det foreligger alternative løsninger som vil være hensiktsmessige i praksis.

Klageorganet vil etter forvaltningsloven ha myndighet til å overprøve alle sider av saken, men bør utvise forsiktighet når det gjelder å overprøve Statens helsetilsyns faglige skjønn. Som regel har det organ som er klageinstans, instruksjonsmyndighet overfor det organ som fatter vedtak som førsteinstans. Dette gjelder i hovedsak også selv om det underordnede organ er tillagt myndighet direkte i lov (jf. Echoff og Smith - Forvaltningsrett 6. utgave side 180). Departementet viser til at det neppe vil være hensiktsmessig at et departement som ikke besitter fagkompetanse på området skal gis en generell instruksjonsmyndighet når det gjelder tilsyn med spesialisthelsetjenesten, verken i forhold til enkeltsaker eller i forhold til generelle lovtolkningsspørsmål. Det vises til at Regjeringen gjennom instruks til det departement som er klageorgan, kan begrense departementets kompetanse.

Statens helsetilsyn vil ut fra en konkret vurdering i det enkelte tilfellet ha beslutningskompetanse i forhold til spørsmålet om hvem som skal være adressat for pålegget, herunder om pålegget skal rettes mot departementet. Departementet viser til at utgangspunktet vil være at pålegg rettes mot helseforetaket eller det regionale helseforetaket. Hvilket nivå pålegget skal rettes mot, vil avhenge av sakens karakter. Dersom det dreier seg om pålegg som det ligger innenfor helseforetakets rammer å etterleve, bør pålegg rettes mot helseforetaket. Departementet viser til at forslaget til § 7-1 ikke avskjærer muligheten til å rette pålegg direkte mot staten. Departementet legger til grunn at det i de fleste tilfeller vil være naturlig at pålegg rettes mot helseforetaket eller det regionale helseforetaket, men understreker at beslutningskompetansen ligger til Statens helsetilsyn.

Departementet foreslår endringer i forhold til forslaget i høringsnotatet, slik at det fremgår av § 7-1 tredje ledd at vedtak om pålegg kan påklages til det departementet som Kongen bestemmer.

5.14 Pasienter i privat forpleining under det psykiske helsevernet

5.14.1 Gjeldende rett

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 skal fylkeskommunen sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i fylket tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. I motivene til spesialisthelsetjenesteloven (Ot.prp. nr. 10 (1998-99)) fremholder departementet at det er viktig å unngå at pasienter som i dag befinner seg i privat forpleining, blir plassert i fylkeskommunale totalomsorgsinstitusjoner under spesialisthelsetjenesten. Ettersom denne pasientgruppen hovedsakelig har behov for pleie- og omsorgstjenester, ville man risikere at mange av pasientene ble utskrevet etter kort tid, og slik bli et kommunalt ansvar før kommunene er i stand til å yte tilfredsstillende tilbud.

På denne bakgrunn fikk spesialisthelsetjenesteloven § 9-3 en overgangsbestemmelse om privatpleieordningen som slår fast at fylkeskommunen plikter å opprettholde ordningen med privat forpleining som omtalt i lov om psykisk helsevern av 28. april 1961 nr. 2.

5.14.2 Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslås at staten skal overta virksomheter innen det psykiske helsevernet, innbefattet avtalene om privat forpleining. Ved en inkurie er det imidlertid ikke foreslått en endring av spesialisthelsetjenesteloven § 9-3.

5.14.3 Høringsinstansenes syn

Det har under høringsrunden ikke fremkommet særskilte merknader til ordningen med privat forpleining.

5.14.4 Departementets vurdering

Privat forpleining av personer under psykisk helsevern er av innhold en ren pleie- og omsorgstjeneste. Denne formen for tjeneste skiller seg ut fra totalomsorg på institusjon ved at graden av pleie og omsorg som ytes er lavere. I NOU 1995:14 Fylkeskommunale langtidsinstitusjoner og i St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet, fremgår at ansvaret for den gruppen av pasienter som befinner seg i privatforpleining bør overføres til kommunene. I Innst. S. nr. 258 (1996-97) slutter Sosialkomiteen seg til prinsippet om overføring av ansvaret til kommunene som en del av deres alminnelige ansvar for pleie- og omsorgstjenesten. En samlet komité uttaler imidlertid på side 15 i innstillingen:

«Komiteen mener derfor at Stortinget må vente med å ta stilling til en overføring av ansvaret gjennom lovendring inntil tjenestetilbudet i kommunene er blitt bedre».

I motivene til spesialisthelsetjenesteloven § 9-3 vurderer departementet om en overføring av ansvaret fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå skal skje gjennom vedtagelse av en spesialisthelsetjenestelov uten spesielle bestemmelser om privatforpleining. Departementet mente imidlertid at en slik overføring ikke ville sikre gruppen av pasienter som i dag har opphold i privatforpleining, tilstrekkelig pleie og omsorg fra ikrafttredelsen av spesialisthelsetjenestelov frem til det kommunale tjenestetilbudet er etablert på en tilfredsstillende

måte. Departementet anførte også at en overføring gjennomført etter en slik modell, vil kunne medføre uklarheter med henblikk på hvilken kommune som er ansvarlig for den enkelte pasient. Det var på denne bakgrunn at det i spesialisthelsetjenesteloven § 9-3 ble vedtatt en overgangsbestemmelse om plikten til å opprettholde privatpleieordningen.

Departementet foreslår at en statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten også skal omfatte det psykiske helsevernet, inkludert avtalene om privat forpleining. Det vises til punkt 2.6.5. Departementet foreslår 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. Det kan foreløpig ikke anslås hvor lang en slik overgangsperiode bør være. En opphevelse av bestemmelsen kan imidlertid ikke skje før kommunene er i stand til å gi pasienter som i dag befinner seg i privat forpleining, et tilstrekkelig pleie- og omsorgstilbud.

Den overordnede målsettingen ved en overføring av ansvaret måtte etter departementets oppfatning være at omsorgsfunksjonen for denne gruppen av pasienter kan videreføres og ivaretas på en tilfredsstillende måte på kommunalt nivå. Det er videre en målsetting at fastlegging av ansvar skjer uten at spesielle kommuner kommer i en vanskelig økonomisk situasjon som følge av en overføring. I tillegg til finansielle virkemidler gjennom overføringer til kommunale rammer, bør kommunene gis valgfrihet når det gjelder utformingen av innholdet i den pleie- og omsorgstjenesten som ytes. I mange tilfeller vil det beste tilbudet trolig bestå i at pasienten fortsatt får bo på forpleiningsstedet. Det vil også være naturlig å gi pasienten en valgfrihet når det gjelder hvilken kommune vedkommende ønsker å bosette seg i.

I tredje ledd gis Kongen hjemmel til å gi forskrift om gjennomføringen av den private forpleiningen, herunder bruk av forpleiningskontrakter og ansvar for den medisinske oppfølgingen av pasientene i overgangsperioden. Denne forskriftshjemmelen er benyttet ved forskrift 21. desember 2000 om pasienter i privat forpleining i det psykiske helsevernet. Forskriften regulerer ikke inngåelse av nye pleiekontrakter, men inneholder nærmere reguleringer av fylkeskommunens ansvar for de eksisterende kontraktene. En vedtagelse av endringene i § 9-3 vil kreve at også forskriften gjennomgås i forhold til de regionale helseforetakenes ansvar.

5.15 Endringer i andre lover enn spesialisthelsetjenesteloven

Som en konsekvens av forslaget til endringer i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten, foreslo departementet i høringsnotatet, en del nødvendige justeringer i enkelte andre lover. Forslagene fikk i all hovedsak støtte i høringsnotatet. Noen høringsinstanser bemerket behov for enkelte justeringer som ikke var tatt med i forslaget i høringsnotatet. Dette er fulgt opp.

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.

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

Ved statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten må finansieringsgrunnlaget for administrasjon og drift av denne tjenesten overføres fra fylkeskommunene til staten. Det overordnede prinsippet er at fylkeskommunene etter reformen skal være i stand til å utføre de oppgaver fylkeskommunene har igjen etter at spesialisthelsetjenesten overføres til staten. Likeledes skal helseforetakene kunne drive sine oppgaver på forsvarlig måte. Det vil bli tatt utgangspunkt i regnskapstall for 1999 og/eller 2000 og faktiske kostnader knyttet til spesialisthelsetjenesten og øvrig tjenesteproduksjon i fylkeskommunene, ved fordelingen av inntektsrammen for dagens fylkeskommune. Fylkeskommunenes avlastning mht. behov for sentraliserte funksjoner på helsesjefenes, fylkesbyggesjefenes m.fl. sine kontorer må også tas med ved omfordeling av utgifter fra fylkeskommunene til de nye helseforetakene. 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.

6.1 Omstillings- og overgangskostnader

Denne reformen er omfattende, både fordi den omfatter overføringer av store virksomheter og verdier, men også fordi det legges opp til foretaksorganisering.

Helseforetakene skal underlegges Regnskapsloven. Dette betyr bl.a. at kapitalutstyr blir aktivert og deretter kostnadsberegnet ved årlige avskrivninger, noe som innebærer at verdiforringelser og slitasje på eiendom og utstyr kommer fram på utgiftssiden i budsjett og regnskap. Dette legger grunnlaget for en bedre håndtering av verdiene i bygg og utstyr enn det man ser i dag, bl.a. ved at bruken av kapital som innsatsfaktor avveies mot bruken av andre innsatsfaktorer. Et viktig mål med sykehusreformen er å legge til rette for en bedre ivaretagelse av de verdier som ligger investert i kapital, samt å sikre en bedre ressursbruk ved at foretakene får ansvar for å se drifts- og kapitalressursene i sammenheng.

Det må imidlertid påregnes et ressursbehov knyttet til selve omorganiseringen og eierskifte både i 2001 og 2002. Det er nødvendig å legge inn midler i 2001 for at foretakene skal være etablert i 2002. Det er lagt til grunn at de fem regionale foretakene skal overta ansvaret for om lag 250 institusjoner/administrative enheter innen spesialisthelsetjenesten og at disse vil bli organisert i et hensiktsmessig antall foretak. Omstillingskostnadene vil være engangskostnader som ikke vil medføre permanent høyere driftsutgifter i helsesektoren.

Det mest ressurskrevende vil være å etablere såkalte «åpningsbalanser» i både de regionale helseforetakene og i helseforetakene. Dette innebærer at alle eiendeler i virksomhetene verdsettes. Arbeidet omfatter bl.a. nødvendig etablering og oppgradering av internkontroll og rutiner for å kunne føre regnskap i henhold til regnskapslovens krav. Det er nødvendig med opplærings-

program rettet mot ledere og medarbeidere innen økonomi og regnskapsføring mv. Oppbyggingen av fem nye regionale helseforetak starter allerede i 2001, fordi disse må være fullt operative allerede fra 1. januar 2002. Dette vil derfor representere en merkostnad i 2001. Drift av de regionale helseforetakene etter 2001 skal dekkes av uttrekket fra fylkeskommunenes inntektsrammer.

Regjeringen vil komme tilbake med ressursbehovet knyttet til omstilling og etablering i 2001 og 2002 ifm. revidert nasjonalbudsjett 2001 og Statsbudsjettet for 2002.

6.2 Vederlag for overtakelse av bygninger og driftsmidler

Når staten skal overta driften av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunen, må den også overta produksjonsmidlene for å ivareta dette driftsansvaret. Det vil i praksis si all realkapital knyttet til virksomhetene. Det tas sikte på at staten overtar sykehus og andre typer virksomheter som yter aktuelle helsetjenester. Det tas i utgangspunktet sikte på at staten overtar offentlige eierposisjoner i produksjonsmidler.

Spørsmålet om godtgjøring til fylkeskommunene ved statlig overtakelse bør ta utgangspunkt i at det er tale om en samfunnsvirksomhet som i økonomisk sammenheng preges av to forhold. For det første er disse aktiva forutsatt brukt til helseformål, slik at en økonomisk verdsetting ikke kan baseres på hva som ville være verdien ved alternativ anvendelse. For det andre er virksomhetene finansiert ved fylkeskommunenes skatteinntekter eller overføringer fra staten. Dette tilsier at staten ikke skal betale godtgjørelse ved overtakelsen av virksomhetene. Det legges imidlertid opp til at staten også overtar de økonomiske forpliktelsene som er knyttet til virksomhetene, herunder gjeldsforpliktelsene.

6.3 Annet

Som hovedprinsipp vil ikke fylkeskommunenes budsjettdisponeringer for 2001 påvirke fordelingen av inntektsrammen mellom helseforetakene og fylkeskommunene for 2002.

Det legges til grunn at sykehusene og fylkeskommunene i utgangspunktet må ta ansvar for den økonomiske situasjonen ved overtakelsestidspunktet. Eventuelt mislighold av de verdier som det er foreslått at staten skal overta vil bli vurdert i forbindelse med det økonomiske oppgjøret med fylkeskommunene, herunder mot omfanget av gjeldsforpliktelsene som staten skal overta.

Regjeringen vil komme tilbake til avgrensinger når det gjelder gjeld og andre økonomiske forpliktelser som skal inngå i gjeldsoppgjøret ifm. Kommuneproposisjonen og Statsbudsjettet for 2002. Det legges til grunn at fylkeskommunene har gjort opp økonomiske forpliktelser knyttet til allerede opp-tjente pensjonsrettigheter før den statlige overtakelsen.

Regjeringen vil komme nærmere tilbake med en beskrivelse av prinsipper for håndtering av overgang og økonomiske oppgjør i Kommuneproposisjonen for 2002 og Statsbudsjettet for 2002.

I forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 vil ordningen med øremerkede tilskudd bli videreført innenfor de fastsatte økonomiske rammene, jf. St.prp. nr. 63 (1997-98). Tilskuddsordningen for investeringskostnader vil bli justert blant annet som følge av at ordningen med kapitalrefusjon bortfaller for nye prosjekter.

7 Merknader til de enkelte bestemmelsene i forslaget til ny lov om helseforetak m.m.

Kapittel 1 Alminnelige bestemmelser

§ 1 Lovens og helseforetakenes formål

Lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsettinger 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 kan 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.

Merknad til § 1

Formålsbestemmelsen har to dimensjoner. For det første angir den helsepolitiske målsettinger innenfor spesialisthelsetjenesten. For det andre fastsetter den forholdet mellom disse målsettingene og organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Henvisningen til formålsbestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven viser at de overordnede helsepolitiske målsettingene ligger fast. Denne loven gjelder først og fremst organisatoriske rammer for statens eierskap til spesialisthelsetjenesten. Den angir hvordan statens spesialisthelsetjeneste skal organiseres for å oppnå de målsettingene som er satt for den. Henvisningen til pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven viser at det vesentligste av den offentligrettslige reguleringen er å finne i disse lovene. Foretakenes formål er å yte spesialisthelsetjenester til de som trenger det når de trenger det samt å drive forskning og undervisning.

Angivelsen av de politiske målsettingene vil virke styrende på statens utøvelse av sitt eierskap til sykehusene og de andre delene av spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsen angir de regionale helseforetakenes og helseforetakenes overordnede oppdrag. Likhetsverdier, pasienters stilling og rettigheter i forhold til helsetjenesten, målet om høy kvalitet, samt god ressursutnyttelse skal prege de regionale helseforetakenes disposisjoner og prioriteringer. Foretakene skal drive sin virksomhet på en måte som er egnet til å fremme disse målene.

Loven legger et organisatorisk grunnlag som samler ansvaret for spesialisthelsetjenesten og de forskjellige styringsvirkemidlene knyttet til denne. Dette legger til rette for overordnet nasjonal styring med den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det offentlige oppdraget som de overordnede helsepolitiske målsettingene danner grunnlag for, kan dermed løses av en helhetlig og

samordnet spesialisthelsetjeneste som benytter de tilgjengelige ressursene der de gir størst uttelling.

Sykehus med universitetsklinikk-, forsknings- og utdanningsfunksjoner vil videreføre disse funksjonene innen rammen av helseforetaket, og på uendrede vilkår. Det er etter § 1 nr. 1 fastsatt at det er et viktig formål med loven at de regionale helseforetakene etter eiers retningslinjer legger til rette for forskning og undervisning. Dette gjelder både forskning og undervisning i egen regi og forskning og undervisning som universiteter og høyskoler driver i foretak som har universitetsklinikk- eller andre utdanningsfunksjoner. Vedtektene for foretaket skal inneholde nærmere regler om foretakets plikter overfor universitetet og/eller høyskolen, se utkast til §§ 10 og 11 nedenfor.

Når det spesielt gjelder eiendommer som disponeres til universitets- og høyskoleformål, vil departementet fremheve følgende:

Staten har gjennom en årrekke finansiert utbygging av de nødvendige forsknings- og undervisningslokaler i sykehus med universitetsklinikkfunksjoner, mot at universitetene var sikret disposisjonsretten så lenge det ble drevet undervisning og forskning i lokalene. Departementet viser i denne forbindelse til de prinsipielle retningslinjer for statens medvirkning ved anlegg og drift av universitetsklinikker, jf. St.meld. nr. 49 (1969 - 70), Innst. S. nr. 288 (1969 - 70) og bestemmelsen i sykehusloven 19. juni 1969 nr. 57, § 10, 3. ledd (nå opphevet). Når det gjelder utdanningene ved de tidligere fylkeskommunale helsefaghøyskoler ble lokalene - med unntak av lokaler som var integrert i andre fylkeskommunale bygninger, helseinstitusjoner eller lignende - overført vederlagsfritt til staten i forbindelse med at staten overtok ansvaret for helsefagutdanningen, jf. St. prp. nr. 1 (1985-86) og Budsjett-Innst. S. nr. 12 (1985-86).

Departementet viser dessuten til avtaleverket mellom staten og sykehus-eierne slik de er nedfelt i eksempelvis St. prp. nr. 50 (1965-66), jf. Innst. S. nr. 97 (1965-66) om godkjenning av avtale med Oslo kommune (med senere endringer), St. prp. nr. 169 (1976 - 77) og Innst. S. nr. 389 (1976-77) når det gjelder Haukeland og Sandviken sykehus, St. prp. nr. 124 (1980-81) og Innst. S. nr. 282 (1980-81) vedrørende statens medvirkning og drift av universitetsklinikken i Tromsø, og St. prp. nr. 1, tillegg nr. 4 (1999-2000) og Budsjett-Innst. S. nr. 11 (1999-2000) vedrørende ny universitetsklinikk i Trondheim - RiT 2000, samt forutsetningene som ligger til grunn for dimensjonering av sykehus- og universitetsarealene i Rikshospitalet. For bygninger og lokaler som ikke ble overført til staten i forbindelse med overføring av de fylkeskommunale helsefaghøyskoler til staten, jf. St. prp. nr. 1 (1985-86) er det etablert avtaler som sikrer høyskolene disposisjonsrett. Disse og liknende avtaler forutsettes lagt til grunn for vedtektsbestemmelsene, jf. §§ 10 og 11 nedenfor.

Vedtektene for det enkelte foretak skal inneholde en klargjøring av universitetets eller høyskolens rettigheter, slik disse bl.a. fremkommer i de stortingsdokumentene som er nevnt ovenfor. Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet vil i fellesskap utforme de aktuelle vedtektsbestemmelsene. Vedtektsbestemmelsene forutsettes å legges til grunn gjeldende avtaler mellom staten og de nåværende sykehuseiere, inklusive gjensidig aksepterte endringer samt de forutsetninger og vilkår som

er stilt i forbindelse med bl.a. finansieringen av undervisnings- og forskningsvirksomheten ved sykehusene.

Arealer, utstyr m.v. som staten ved universitetet eller en høgskole i dag eier, overføres ikke til helseforetakene som ledd i reformen, og vil derfor fortsatt eies av vedkommende universitet eller høgskole.

§ 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 eller yter 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.

Merknad til § 2

Bestemmelsen angir lovens materielle og geografiske virkeområde.

Første ledd fastsetter at loven gjelder for regionale helseforetak og helseforetak.

Annet og tredje ledd gir nærmere bestemmelser om hva regionale helseforetak og helseforetak er. Bestemmelsen medfører at begrepene regionalt helseforetak og helseforetak bare omfatter foretak opprettet etter henholdsvis §§ 8 og 9. Kongen og styret i det regionale helseforetaket er de eneste som kan opprette henholdsvis regionale helseforetak og helseforetak, jf. §§ 8 og 9.

Det fastsettes i annet og tredje ledd at det bare er staten som kan eie regionale helseforetak, og at helseforetak bare kan ha ett regionalt helseforetak som eier. Dette er ikke til hinder for at et helseforetak eier flere sykehus eller andre virksomheter. Helseforetak kan imidlertid ikke eies av flere regionale helseforetak. Dersom de regionale helseforetakene skal eie et sykehus eller en annen virksomhet sammen må disse organiseres i henhold til bestemmelsen i § 43 og merknaden til denne. Det samme gjelder dersom to helseforetak ønsker å eie en virksomhet sammen.

Det er bare virksomheter som yter eller legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, som kan etableres som regionale helseforetak. Virksomheten må yte spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning eller tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, for å kunne etableres som helseforetak. En rekke helseinstitusjoner har som en av sine sentrale oppgaver å legge til rette for å drive forskning og utdanning av helsepersonell. Begrepet «spesialisthelsetjenester» er ikke definert i loven. Det er heller ikke gitt en

legaldefinisjon i spesialisthelsetjenesteloven. I Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. sies det på side 24 at:

«Spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den type helsetjenester som man ikke har funnet det hensiktsmessig å legge på det kommunale nivå».

Dersom det er tvil om hva som er spesialisthelsetjenester kan departementet avgjøre det med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 annet ledd.

«Tjenester som står i naturlig sammenheng med» spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning kan omfatte en rekke forhold. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten skal formuleringen fange opp virksomhet som kan sies å falle utenfor kjerneområdet for spesialisthelsetjenesten i to retninger. For det første driver sykehus og andre helseinstitusjoner en rekke delvirksomheter som ikke i seg selv er spesialisthelsetjeneste. Dette kan være drift av kantiner, kiosker vaskerier, utleie av personalboliger og lignende. Slike tjenester som er til nytte for kjernevirksomheten på en eller annen måte kan de regionale helseforetakene og helseforetakene drive som del av sin virksomhet. For det andre åpner formuleringen for å drive virksomhet av helsefaglig karakter, organisert i de regionale helseforetakene og i egne helseforetak som faller utenfor kjernen av det som ligger i begrepet spesialisthelsetjeneste. Dette gjelder både helsetjenester som kan ligge i grenselandet mot primærhelsetjenestens ansvarsområde eller i utgangspunktet ligger inn under primærhelsetjenesten, og virksomhet som ikke yter helsetjenester, men støttefunksjoner som er av betydning for helseinstitusjonene.

Kongen oppretter regionale helseforetak. Dette følger av § 8. Staten kan ikke drive institusjoner som yter spesialisthelsetjenester som en del av forvaltningen eller benytte andre selskapsformer til å organisere sitt eierskap til disse, jf. § 4 annet ledd. For de regionale helseforetakene er det i utgangspunktet ikke obligatorisk å etablere helseforetak. Dette følger av § 9. Dersom et regionalt helseforetak ønsker å organisere institusjoner de eier alene og som yter tjenester innenfor kjerneområdet til spesialisthelsetjenesten som egne rettssubjekt, må de benytte selskapsformen helseforetak.

Bestemmelsens fjerde ledd fastsette at loven ikke gjelder for Svalbard og Jan Mayen. Kongen kan imidlertid bestemme at loven skal gjelde for institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten på Svalbard og Jan Mayen. Det er åpnet for at det i såfall kan gis spesialregler for Svalbard og Jan Mayen, i tillegg til lovens bestemmelser eller bestemmelser som fraviker fra loven. Forutsetningen er at spesialreglene er begrunnet i de spesielle rettslige og samfunnsmessige behov som gjelder Svalbard og Jan Mayen.

§ 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.

Merknad til § 3

Når loven benytter betegnelsen foretak vises det både til regionale helseforetak og helseforetak.

Når loven benytter betegnelsen «eier» vises det til 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.

Merknad til § 4

Bestemmelsen fastsetter at riket skal være delt inn i helseregioner og at hver region skal ha ett regionalt helseforetak. Bestemmelsen har sammenheng med spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a som sier at regionale helseforetak skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester. Bestemmelsen pålegger Kongen plikt til å opprette et regionalt helseforetak i hver region. Videre innebærer bestemmelsen forbud mot opprettelse av flere regionale helseforetak enn det er helseregioner. Se også § 2 og § 8 og merknadene til disse.

Annet ledd fastsetter at den organisasjonsform som loven etablerer er obligatorisk for statens eierskap til spesialisthelsetjeneste. Det vil si at staten ikke kan organisere sitt eierskap til spesialisthelsetjenesten som forvaltningsorganer, statsforetak, aksjeselskaper og så videre. Dette gjelder ikke statens eierskap knyttet til virksomheter som driver forskning og undervisning. Det vises for øvrig til § 43 som setter rammer for foretakenes eierskap til virksomheter.

§ 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 tjenestetvister 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.

Merknad til § 5

Bestemmelsen unntar foretak fra virkeområdet til enkelte lover og presiserer at andre lover skal gjelde for deler av virksomheten.

Første ledd angår forvaltningslovens anvendelse på foretakenes virksomhet. Som utgangspunkt gjelder ikke forvaltningsloven for virksomhet som er organisert som eget rettssubjekt, se forvaltningsloven § 1. Bestemmelsene presiserer at loven kommer til anvendelse for foretakenes virksomhet.

Første ledd annet punktum gjør et unntak fra hovedregelen om forvaltningslovens anvendelse på foretakenes virksomhet. I personalsaker gjelder bare forvaltningslovens kapittel 2 og 3.

Første ledd tredje punktum sier at departementet er klageinstans for enkeltvedtak fattet av foretakene. Dette gjelder i tilfeller hvor ikke annen klageinstans er fastsatt i lov eller forskrift. Regionale helseforetak er ikke klageinstans for vedtak fattet av helseforetak. Med dette reduseres ikke de regionale helseforetakenes adgang til å instruere helseforetaket eller omgjøre dets vedtak i foretaksmøtet, se § 16. Departementet gis i første ledd fjerde punktum myndighet til å gi forskrift om at et annet organ enn departementet skal være klageinstans i disse sakene.

Den samme tvil som knytter seg til anvendelsesområdet for forvaltningsloven, vil også kunne gjøre seg gjeldende for offentlighetsloven, se offentlighetsloven § 1. Det er derfor presisert i annet ledd at offentlighetsloven gjelder for foretakene.

Tredje ledd presiserer at tjenestetvistloven og tjenestemannsloven ikke gjelder for ansatte i foretakene. Foretakenes ansatte vil uansett falle utenfor lovenes virkeområde, se tjenestetvistloven § 1 og tjenestemannsloven § 1. Presiseringen i bestemmelsen her er likevel tatt inn av pedagogiske hensyn og for å oppheve tvil knyttet til spørsmålet. Tilsvarende bestemmelse er gitt i statsforetaksloven § 4 første ledd annet punktum.

Fjerde ledd bestemmer at gjeldsforhandlinger og konkurs ikke kan åpnes i regionalt helseforetak og helseforetak. Tilsvarende bestemmelse er gitt i statsforetaksloven § 4 annet ledd. Det videre fastsatt at foretakenes eiendeler ikke kan være gjenstand for utlegg og arrest.

Bestemmelsens siste ledd fastsetter at foretakene skal regnes som offentlig organ i arkivloven §§ 5, jf. 2 g. Det betyr at foretakene er underlagt arkivloven sine regler om offentlige arkiv.

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.

Merknad til § 6

Bestemmelsen fastslår at foretakene har de rettigheter og plikter som selvstendige rettssubjekt vanligvis har. Det vil si at rettigheter og plikter legges til

det enkelte regionale helseforetak eller helseforetak, og ikke til staten. Dette innebærer at det enkelte foretak selv er part i avtaler med private, offentlige myndigheter og andre offentlige foretak. I situasjoner hvor foretaket er involvert i rettssaker som saksøker eller saksøkt er det foretaket som sådan som har partsstilling. Det samme gjelder hvor foretaket er involvert i forvaltningsaker, også her vil foretaket selv være part.

Foretakene har sin egen formue som disponeres av foretakenes ledelse innenfor rammen av loven, vedtektene og andre rammevilkår som er fastsatt for foretaket. Foretakenes ledelse disponerer foretakets inntekter. Foretakene omfattes altså ikke av statens budsjett- og bevilgningssystem.

§ 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.

Merknad til § 7

Spesialisthelsetjenesten er grunnleggende i helse- og velferdspolitikken, slik at staten vanskelig kan fri seg for det økonomiske ansvaret for tjenesten. Staten er derfor sikret kontroll over situasjonen dersom et foretak kommer i økonomiske vanskeligheter, jf. § 5 fjerde ledd som fastslår at konkurs og gjeldsforhandling ikke kan åpnes i foretakene. Som en konsekvens av dette er staten, eventuelt gjennom et regionalt helseforetak, pålagt et økonomisk ansvar for foretakets forpliktelser. Dette er fastslått i bestemmelsens første ledd.

Annet ledd bestemmer vilkårene for å rette krav mot staten eller det regionale helseforetaket som eier av helseforetak. Vilrårene bygger på selskapsloven § 2-4, men avviker også en del fra denne. For det første må det gjelde klar og forfalt gjeld. For det andre kan ikke fordringshaver kreve sin fordring dekket av eier umiddelbart. Etter forfall må fordringshaver først sette fram påkrav med en betalingsfrist på fire uker. Dersom foretaket ikke har dekket gjelden når fire uker er gått etter første forfall, må kreditor sette fram nytt påkrav med fire ukers betalingsfrist. Når disse fire ukene har gått uten at kreditor har fått dekning fra foretaket, kan kreditor gjøre kravet gjeldende mot eier. Det vil si at det går minst åtte uker fra ordinært forfall til kravet kan gjøres gjeldende mot foretakets eier.

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 inneholde foretakets vedtekter. Det skal dessuten inneholde bestemmelser om:

1. hvem som skal være medlemmer av styret, herunder styrets leder og nest-

- leder,
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.

Merknad til § 8

Vedtak om opprettelse av regionale helseforetak skal fattes av Kongen i statsråd. Kongen skal opprette et regionalt helseforetak med ansvar for hver helse-region, jf. § 4 og merknaden til denne. Det er ikke anledning til å opprette flere eller færre regionale helseforetak enn det er helseregioner. Hvilken helseregion det enkelte foretak har ansvar for fastsettes i det regionale helseforetakets vedtekter.

Stiftelsesvedtaket skal benevne det regionale helseforetaket som regionalt helseforetak. Det skal inneholde det regionale helseforetakets vedtekter. Hva vedtektene i det minste skal inneholde bestemmelser om, er angitt i lovens § 10. Det skal bestemmes hvem som er styres leder, nestleder og styrets øvrige medlemmer. Hvem som er foretakets revisor skal også fastsettes i stiftelsesvedtaket. Endelig skal statens innskudd beskrives.

Det følger av annet ledd at helseforetaket er stiftet når vedtak om opprettelsen er fattet.

§ 9 Opprettelse av helseforetak

Styret selv i regionalt helseforetak kan treffe 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.

Merknad til § 9

Vedtak om opprettelse av helseforetak fattes av styret i det regionale helseforetaket. Når loven sier «styret selv» betyr det at kompetansen til å stifte helseforetak ikke kan delegeres. Opprettelse av helseforetak er ikke obligatorisk. Dette markeres ved at bestemmelsen sier at styret i det regionale helseforetaket kan treffe vedtak om opprettelse av helseforetak. Regionale helseforetak står fritt til å drive deler av virksomheten den eier som del av egen virksomhet. Det er opp til styret i det regionale helseforetaket å organisere helseforetakene og bestemme hvilke tjenester disse skal utføre. Det vil være naturlig å skille ut iallfall de større institusjonene innen spesialisthelsetjenesten som helseforetak. Når enheter som eies av et regionalt helseforetak alene og som yter spesialisthelsetjenester eller tjenester som står i en naturlig sammenheng med dette, skilles ut fra det regionale helseforetaket som eget rettssubjekt, er

imidlertid selskapsformen helseforetak obligatorisk, se § 2 og merknaden til denne.

Stiftelsesvedtaket skal benevne helseforetaket som helseforetak. Det skal inneholde helseforetakets vedtekter. Hva vedtektene i det minste skal inneholde bestemmelser om, er angitt i lovens § 11. Det skal bestemmes hvem som er styres leder, nestleder og styrets øvrige medlemmer. Det skal bestemmes hvem som er foretakets revisor. Det regionale helseforetakets innskudd skal beskrives.

Helseforetaket er stiftet når vedtak om opprettelse er fattet av styret i det regionale helseforetaket.

§ 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 høyskolens 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. Vedtektene skal angi hvilken arbeidsgivertilknytning Kongen har bestemt at foretakene skal ha.

Merknad til § 10

Stiftelsesvedtaket skal inneholde foretakets vedtekter, se § 8. Det vil si at Kongen fastsetter foretakets vedtekter ved stiftelsen. Senere endringer i vedtektene gjøres av foretaksmøtet, se § 12. Bestemmelsen angir minimumskrav til hva et regionalt helseforetaks vedtekter skal regulere. Vedtektene må holde seg innenfor de rammer som er satt i lov og forskrifter. Bestemmelsen begrenser ikke området for hva vedtektene kan gi bestemmelser om.

Vedtektene vil utgjøre et sentralt ledd i statens eierstyring av de regionale helseforetakene. Her fastsetter staten som eier, overordnede rammer for foretakets virksomhet. Spesialisthelsetjenestens sentrale rolle i velferdssamfunnet og behovet for helhetlig nasjonal styring, gjør at kravet til vedtektenes innhold er omfattende.

Vedtektene skal avklare en del administrative forhold. Slik som det regionale helseforetakets navn, hvilken region det regionale helseforetaket har ansvar for, hvor det regionale helseforetaket skal ha sitt hovedkontor, og hvor mange styremedlemmer det regionale helseforetaket kan ha.

Vedtektene skal angi det regionale helseforetakets formål. Helsepolitiske, utdanningspolitiske, og forskningspolitiske målsettinger og hovedoppgaver skal beskrives. Formålsbestemmelsen i helseforetaksloven sin henvisning til pasientrettighetsloven § 1-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 vil gi sterke føringer på vedtektenes innhold på dette punkt. Vedtektene må holde seg innenfor de helsepolitiske målsettinger som er fastsatt i disse bestemmelsene.

Forholdet mellom staten som eier og de regionale helseforetakene er blant annet regulert i lovens §§ 30, 33 og 34. I vedtektene skal det gis nærmere regler om praktiseringen av disse reglene. Rammen for låneopptak som settes for det regionale helseforetaket gjelder for hele helseforetaksgruppen, det vil si for det regionale helseforetaket selv og alle helseforetakene det eier.

Statens innskudd i det regionale helseforetaket skal angis i vedtektene. Herunder skal det bestemmes hvilke sykehus og helseinstitusjoner, samt andre eiendeler, det regionale helseforetaket skal ha.

Alle foretakene skal ha en og samme arbeidsgivertilknytning. Dette gjelder både de regionale helseforetakene og helseforetakene. Kongen i statsråd skal bestemme hvilken arbeidsgivertilknytning dette skal være. Vedtektene skal angi hvilken arbeidsgivertilknytning Kongen har bestemt at foretakene skal ha. På dette punkt må alle de regionale helseforetakenes vedtekter være likelydende og gi de regionale helseforetakene plikt til å benytte den samme arbeidsgivertilknytningen ved opprettelse av helseforetak. Loven pålegger altså eier å benytte en og samme arbeidsgivertilknytning for alle de regionale helseforetakene og helseforetakene. Når det gjelder vedtektsfesting av pensjonsordning vises det til pkt. 2.13.

§ 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 høyskolens 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.

Merknad til § 11

Bestemmelsen angir minstekravene til helseforetakets vedtekter. Styret i det regionale helseforetaket fastsetter helseforetakets vedtekter i forbindelse med stiftelsen av helseforetaket, se § 9. Senere endringer av vedtektene ved-

tas av foretaksmøtet, se § 12. På samme måte som § 10 setter ikke bestemmelsen grenser for hvilke områder vedtektene kan regulere.

Helseforetakets vedtekter skal ha administrative bestemmelser som langt på vei tilsvare de regionale helseforetakenes vedtekter, se § 10 og merknaden til denne. Det må fastsettes hva helseforetaket skal hete, hvilket regionalt helseforetak som er eier, hvor helseforetaket skal ha hovedkontor samt bestemmes hvor mange styremedlemmer helseforetaket kan ha.

Vedtektene skal bestemme hvilke virksomheter helseforetaket skal drive. Dette må omfatte hovedgruppen av helsetjenester og tjenester som har naturlig tilknytning til dette, samt hvilke forsknings- og undervisningsoppgaver helseforetaket eventuelt skal ha. De helsepolitiske, utdanningspolitiske og forskningspolitiske målsettinger og oppgaver helseforetaket skal ivareta skal være angitt.

Nærmere bestemmelser om praktiseringen av lovens § 30, og om rapportering til eier fastsettes i vedtektene. Det samme gjelder rammer for låneopptak etter § 33. Når det regionale helseforetaket fastsetter lånerammer for helseforetakene det eier, skal det se til at den totale lånerammen for helseforetaksgruppen, det vil si det regionale helseforetaket og alle dets helseforetak, holder seg innenfor den rammen for låneopptak som er satt i det regionale helseforetakets vedtekter.

Bestemmelsen i nr. 10 er en videreføring av § 10 annet ledd. Det regionale helseforetaket har ikke frihet til å bestemme hvilken arbeidsgivertilknytning helseforetaket skal ha. Det skal videreføre Kongens beslutning i henhold til § 10 annet ledd. Når det gjelder vedtektsfesting av pensjonsordning vises det til pkt. 2.13.

§ 12 Vedtektsendringer

Endringer i vedtektene vedtas av foretaksmøtet.

Merknad til § 12

Foretakenes vedtekter fastsettes i stiftelsesvedtaket, se §§ 10 og 11. Endringer i vedtektene fastsettes av foretaksmøtet etter bestemmelsen her. Foretaksmøtet kan ikke endre bestemmelsen om hvilken arbeidsgivertilknytning foretakene skal ha med mindre Kongen har endret sin beslutning etter § 10 annet ledd.

§ 13 Registrering i Foretaksregisteret

Foretak skal meldes til Foretaksregisteret senest tre måneder etter at vedtak om å opprette foretak er truffet.

Merknad til § 13

Bestemmelsen fastsetter at foretakene skal være meldt til foretaksregisteret senest tre måneder etter at stiftelsesvedtaket er fattet. Foretaksregisterloven § 4-2 første ledd nr. 2 pålegger styret meldeplikten. Plikten påviler hvert enkelt styremedlem, som også skal underskrive førstegangsmeldingen, jf. foretaksregisterloven § 4-3.

Kapittel 4 Foretakets kapital

§ 14 Foretakets egenkapital

Foretaket skal ha en egenkapital som står i forsvarlig 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.

Merknad til § 14

Bestemmelsen fastsetter at foretaket skal ha en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet, og pålegger styret en aktivitetsplikt dersom egenkapitalen synker under dette nivået. Det kreves i så fall at styret handler straks. Bestemmelsen presiserer styrets ansvar for foretakets kapitalgrunnlag, se også § 28 tredje ledd om styrets generelle ansvar for foretakets økonomi. Styrets plikt består i å selv behandle saken. Det skal videre varsle eier innen rimelig tid, redegjøre for foretakets økonomiske stilling overfor eier samt foreslå tiltak som vil gjenopprette foretakets økonomi og bringe egenkapitalen opp til et forsvarlig nivå.

Styret må løpende vurdere om egenkapitalen holder et forsvarlig nivå. Hva som til en hver tid kan anses som forsvarlig egenkapital, vil bero på en skjønnsmessig vurdering utfra omfanget av, og risikoen ved, virksomheten.

§ 15 Disponering av foretakets midler

Disponering av foretakets midler besluttet av foretaksmøtet etter forslag fra styret, eller med styrets samtykke.

Merknad til § 15

Det er foretaksmøtet som har kompetanse til å treffe beslutning om disponering av foretakets midler, det vil si overføring av verdier fra helseforetaket til det regionale helseforetaket eller fra et regionalt helseforetak til staten. Målsetingen med driften er ikke økonomisk inntjening og overskudd, men økt helse og velferd. Det kan av flere grunner være aktuelt å trekke ut midler av et foretak. Skjev budsjettering og skjev utvikling av egenkapitalen i helseforetakene kan på denne måten rettes opp. Det kreves ikke at de verdiene som overføres til eier, er et regnskapsmessig overskudd av driften. Overføring av midler kan altså skje midt i regnskapsåret.

Kompetansen til å vedta overføring av midler er lagt til foretaksmøtet. I tillegg til kompetanseregelen gir bestemmelsen prosessuelle regler. Styret kan ta initiativ til at det foretas overføring av midler fra foretaket til eier. Initiativet behøver imidlertid ikke å komme fra styret. Eier kan i foretaksmøte ta initiativ til overføring. Styret må i så fall samtykke i overføringen. Samtykket skal omfatte både at overføring finner sted og størrelsen på overføringen. Foretaksmøtet kan bestemme at det ikke skal foretas overføring av midler når forslag

om dette kommer fra styret. Vedtak om overføring kan omfatte et mindre beløp enn styret har foreslått.

Styrets vetorett i disse sakene har sammenheng med det ansvar som styret har for foretakets økonomi, se § 28.

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.

Merknad til § 16

Bestemmelsen fastslår at eier bare kan utøve eierstyring i foretaksmøtet og at foretaksmøtet er foretakets øverste organ.

I det regionale helseforetakets foretaksmøte er det departementet som representerer staten som eier. Departementet fatter dermed foretaksmøtets beslutninger. I helseforetaket utøves denne eierstyringen av den som representerer det regionale helseforetaket. Normalt vil dette være det regionale helseforetakets styre eller daglige leder. Skal andre enn styret representere det regionale helseforetaket som eier i helseforetakets foretaksmøtet, må vedkommende være utpekt av styret.

Bestemmelsen bygger på den rollefordelingen mellom eier og foretaksledelse som er gjennomgående i selskaps- og foretakslovgivningen. Eier har ikke noe direkte ansvar for den løpende driften av foretaket. Eierens rolle er å etablere foretaket, tilføre foretaket forsvarlig kapitalgrunnlag, fastsette vedtekter, andre rammer og mål for virksomheten og velge et styre som på vegne av eier skal forvalte foretaket. I tillegg ligger det i eierrollen å følge opp foretakenes drift og resultater i forhold til fastsatte krav og i nødvendig utstrekning iverksette korrektive tiltak. Det er foretaksledelsens ansvar å sørge for at de mål eier setter for virksomheten realiseres best mulig med grunnlag i de ressurser som er stilt til rådighet for foretaket.

Det ligger i foretaksmøtets overordnede myndighet at det kan gi styret instruksjer og omgjøre styrets vedtak. Dette bør imidlertid være rettigheter av latent karakter, og bare benyttes når det er nødvendig for å ivareta eiers overordnede ansvar og interesser. Dersom denne myndigheten benyttes for hyppig vil det kunne bidra til å viske ut rolle- og ansvarsfordelingen mellom eier og foretakets ledelse, og dermed bryte med lovens ordning.

Skal eier utøve styring av foretaket i kraft av sin posisjon som eier må dette gjøres i foretaksmøtet. Dersom eier gir styringssignaler i kraft av sin eierposisjon utenfor foretaksmøtet er ikke dette bindende for foretakets ledelse. Saksbehandlingsreglene for foretaksmøtet i §§ 17- 19 må følges.

Det kan reises tvil om departementet yter bevilgninger til de regionale helseforetakene i kraft av sitt eierskap eller som myndighetsorgan. Spørsmålet om vilkår som departementet setter for bevilgninger til regionale helseforetak

utenfor foretaksmøtet er bindende for foretakets ledelse vil dermed kunne være tvilsomt. Bestemmelsen i annet ledd er tatt inn for å avklare dette. Departementet kan sette bindende vilkår for bevilgninger til regionale helseforetak uten at dette gjøres i foretaksmøtet. Det behov foretakets ledelse har for notoritet knyttet til pålegg fra departementet for å sikre en klar ansvarsdeling mellom eier og foretaksledelse, er ivaretatt ved vedtak om tildeling av midler. Foretakets styre vil kunne vurdere om det er villig til å bære ansvar i forhold til vilkårene som settes.

Lovens bestemmelser om foretaksmøtet er, med unntak av annet ledd som bare gjelder i relasjonen mellom departementet og regionale helseforetak, like for regionale helseforetak og helseforetak. Eierstyringen vil likevel kunne arte seg annerledes i relasjonen mellom departementet og de regionale helseforetakene enn den gjør i relasjonen mellom det regionale helseforetaket og helseforetaket. Det vil trolig være nærmere og mer løpende kontakt mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene enn det er mellom departementet og det regionale helseforetaket. Slike kontaktsopplegg bør kunne utvikles med utgangspunkt i praksis som generelt er utviklet i konsernforhold. Men det er viktig at det ikke utvikles en praksis som strider mot lovens forutsetning om myndiggjøring og klart ansvar for helseforetaket.

§ 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.

Merknad til § 17

Bestemmelsens første ledd fastsetter hvem i foretakets ledelse, som foruten eiers representant, har rett og hvem som har plikt til å være til stede under foretaksmøtet. Møteplikten som er pålagt styreleder og daglig leder er en personlig rett og plikt som følger vervet og stillingen. Plikten kan ikke pålegges andre personer uten at det foreligger gyldig forfall. For styrets leder skal det ved forfall utpekes en stedfortreder, normalt styrets nestleder. For daglig leder skal det utpekes en representant fra administrasjonen, normalt daglig leders nærmeste underordnede. Når revisor skal være tilstede bestemmes i § 18. Riksrevisjonen har rett til å være tilstede i foretaksmøte, jf. § 46 annet ledd.

Annet ledd gir foretakets ledelse rett til å uttale seg i foretaksmøtet. Retten til å uttale seg innebærer ikke rett til å fremsette forslag. Retten omfatter heller ikke rett til å kreve avstemning i helseforetakets foretaksmøte når det regionale helseforetaket representeres av styret.

§ 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.

Merknad til § 18

Bestemmelsen sikrer at styret og daglig leder gjennom innkallingen får forhåndsvarsel om eiers styring i foretaket, og får anledning til å forberede seg til saksbehandlingen i foretaksmøtet.

Første ledd bestemmer at det er eier som har kompetansen til å innkalle foretaksmøtet. Det vil i denne sammenheng si departementet i de regionale helseforetakene og det regionale helseforetakets styre, eller den det utpeker i helseforetaket. Vanligvis skal innkallingen skje med en ukes varsel. Dersom det er nødvendig i særlige tilfeller kan innkallingen skje med kortere varsel.

Revisor skal innkalles dersom det er ønskelig at han eller hun er tilstede av hensyn til de saker som skal behandles. Revisor skal dessuten innkalles når Riksrevisjonen krever det. Revisor har plikt til å møte når hun eller han er innkalt.

Den som innkaller foretaksmøtet bestemmer innkallingsmåten. I annet ledd angis det at innkallingen skal inneholde et sakskart som nevner de sakene som skal behandles. Forslag til vedtektsendring skal i tillegg gjengi innholdet i forslaget til nye vedtekter. Dette taler sterkt i retning av at innkallingen skal være skriftlig. Det bør foreligge gode grunner til å ikke benytte skriftlig innkalling. At det foreligger særlige grunner som tilsier at det er nødvendig å innkalle foretaksmøtet med kortere frist enn uke, er ikke alene tilstrekkelig til at det velges noen annet enn skriftlig innkalling.

Foretaksmøtet kan etter tredje ledd avgjøre saker som ikke er nevnt i innkallingen dersom alle som har rett til å være tilstede i henhold til § 17 samtykker til det. Dette gjelder ikke endring av vedtektene. Andre vedtektsendringer enn de som er angitt i innkallingen kan ikke foretas.

§ 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.

Merknad til § 19

Bestemmelsen gir regler om saksbehandlingen i foretaksmøtet. Første ledd fastsetter at foretaksmøtet ledes av styrets leder.

Annet ledd pålegger møteleder å sørge for at det føres protokoll for foretaksmøtet. Den skal gjengi de vedtak som fattes og undertegnes av møtelederen og en annen av de tilstedeværende.

Annet ledd tredje punktum fastsetter at det skal protokolleres dersom noen av de møtende fra foretakets ledelse er uenig i de beslutninger som treffes av eier. Protokollasjonsplikten må sees i sammenheng med at protokollen fra foretaksmøtet i det regionale helseforetaket kan være et viktig dokument for Riksrevisjonens kontroll med departementets utøvelse av eieransvaret i regionale helseforetak. I den forbindelse kan det være av betydning om representanter for foretaksledelsen har vært uenig i de beslutninger som ble tatt.

Kapittel 6 Foretakets styre og daglig ledelse

§ 20 Foretakets ledelse

Et foretak ledes av et styre og en daglig leder.

Merknad til § 20

Bestemmelsen fastsetter at både regionalt helseforetak og helseforetak skal ha et styre og en daglig leder. Det følger av bestemmelsen at både styre og daglig leder er obligatoriske organer som ethvert foretak organisert etter lovforslaget må ha.

Det følger av forslaget til endring i § 3-9 i foretaksregisterloven at både styre og daglig leder i regionalt helseforetak og i helseforetak skal registreres i Foretaksregisteret.

§ 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.

Merknad til § 21

Bestemmelsen inneholder regler om styrets sammensetning og hvem som velger styret.

Første ledd fastsetter at styret i regionalt helseforetak og helseforetak skal være kollegialt og ha fem medlemmer eller flere. Minimumsantallet på fem medlemmer er det totale antall. Det vil si at de medlemmer som eier velger og

de medlemmer som velges av de ansatte, jf. lovforslaget § 22 og 23, til sammen må være minst fem. Når de ansatte har representasjon etter § 23 annet ledd skal styret i helseforetak ha minst syv medlemmer. Det er ikke fastsatt noen øvre grense for hvor mange medlemmer styret totalt kan ha. Dette er opp til eier selv å bestemme.

Bestemmelsen fastsetter enkelte valgbarhetsregler. I annet ledd fastsettes at daglig leder i regionalt helseforetak ikke kan være medlem av styret i det regionale helseforetaket. Likeledes kan daglig leder i helseforetak ikke være styremedlem i helseforetaket. Begrensningen er foreslått av hensyn til styrets kontroll med den daglige ledelsen. Etter lovforslaget § 26 annet ledd har imidlertid daglig leder som hovedregel rett til å være til stede og til å uttale seg på styremøtene.

Bestemmelsen i annet ledd er ikke til hinder for at daglig leder i regionalt helseforetak er medlem av styret i et helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Dette kan være et ledd i helhetsledelsen av det regionale helseforetaket. Daglig leder i et helseforetak kan imidlertid ikke være medlem av styret i det regionale helseforetaket som eier helseforetaket. Det fremgår av annen setning i annet ledd. Begrensningen er foreslått av hensyn til at rollene som eier og foretaksledelse ikke skal blandes sammen. Bestemmelsenes annet ledd regulerer kun valgbarhet innenfor samme helseregion. Den er ikke til hinder for at for eksempel daglig leder i ett regionalt helseforetak velges som styremedlem i et annet regionalt helseforetak, eller at daglig leder i et helseforetak velges som styremedlem i et regionalt helseforetak som ikke eier det helseforetaket han er daglig leder i.

Bestemmelsen fastsetter ingen plikt til å motta valg som styremedlem i regionalt helseforetak eller helseforetak.

Bestemmelsens tredje ledd fastsetter at det er foretaksmøtet som velger de styremedlemmer som ikke er de ansattes representanter. Når det gjelder regionalt helseforetaks første styre, gjelder det unntak at styret velges av Kongen i forbindelse med stiftelsen av regionalt helseforetak, jf. lovforslaget § 8. Når styret i regionalt helseforetak velges av foretaksmøtet, medfører det at departementet som representerer statens eierinteresser i regionalt helseforetak får fullt herredømme over sammensetningen av flertallet i styret, det vil si de medlemmene som ikke velges av de ansatte, og dermed over det regionale helseforetakets ledelse. Dette har sammenheng med statsrådets ansvar overfor Stortinget og må ses i sammenheng med foretaksmøtets adgang etter lovforslaget § 25 annet ledd til når som helst å fjerne ett av disse styremedlemmene fra styret.

At foretaksmøtet velger styremedlemmer, vil for helseforetaks vedkommende si at de velges av styret i det regionale helseforetaket som eier vedkommende helseforetak. Valget skjer i foretaksmøtet i det regionale helseforetaket. Lovforslaget har ikke bestemmelser om hvorledes regionalt helseforetaks styre skal gjennomføre valg av styremedlemmer til et helseforetak. Det er opp til det velgende styret selv å bestemme fremgangsmåten med mindre eier av regionalt helseforetak har fastsatt den, f.eks. i regionalt helseforetaks vedtekter.

Lovforslaget bygger på en forutsetning om at styret skal settes sammen på en slik måte at det til sammen innehar den nødvendige kompetanse til å iva-

reta det oppdrag og det ansvar styret pålegges i lovgivningen og av eier, jf. § 1. Det foreslås ikke lovbestemmelser som fastsetter kvalifikasjonskrav til styrets sammensetning, verken i regionalt helseforetak eller helseforetak. Foretaksmøtet vil imidlertid være forpliktet til å sørge for at styret i foretaket har den sammensetning av personer som er nødvendig for til sammen å besitte den brede kompetanse og evne til å lede foretaket som er nødvendig. De regionale helseforetakene skal, innenfor den rammen eier setter for virksomheten gjennom vedtekter, instruksjer og øvrig overordnet styring, gjennomføre eierens nasjonale helsepolitikk innenfor sin region. Styret i regionalt helseforetak må derfor ikke minst besitte tilstrekkelig kompetanse om pasientrollen og pasientenes interesser, og om primærhelsetjenesten. Tilsvarende gjør seg gjeldende i forhold til kompetanse og forståelsen av forskning og utdanning.

Selv om lovforslaget ikke stiller formelle krav til hvorledes foretaksmøtet skal komme frem til personsammensetningen i styret, inneholder det to forslag som angår representasjon. Det er foreslått i §§ 22 og 23 at de ansatte skal ha representasjonsrett i styret i både regionalt helseforetak og helseforetak. Dessuten fastsetter bestemmelsens tredje ledd at de medlemmene som ikke er valgt av de ansatte til regionalt helseforetaks styre, skal ha tilknytning til den regionen som det regionale helseforetaket er tillagt sektoransvaret for. Når styret i regionalt helseforetak har fem medlemmer velges to av dem av de ansatte etter bestemmelsen i § 22. Det vil si at foretaksmøtet bare velger tre av de fem styremedlemmene. Bestemmelsens tredje ledd krever ikke at de medlemmene som skal ha tilknytning til regionen, velges gjennom en lokal eller regional prosess. Det kreves ikke at de representerer et politisk flertall i regionen eller velges av organisasjoner som virker i regionen. Lovforslaget overlater til foretaksmøtet å finne frem til personer med slik tilknytning til regionen at styret sikres tillit og legitimitet blant brukerne av det regionale helseforetakets tjenester. Selv om det ikke kreves eller forutsettes at styremedlemmene skal representere regionale politiske organisasjoner eller andre interessegrupper, er det forutsatt at det regionale helseforetakets virksomhet sikres regional forankring og legitimitet gjennom de foreslåtte reglene om sammensetning av styret.

Lovforslaget fastsetter ikke bestemmelser om varamedlemmer til styret. Det er derfor opp til foretaksmøtet å beslutte om det skal velge varamedlemmer og om de i så fall skal være personlige varamedlemmer, med mindre eier har gitt bestemmelser om det.

Hvorledes gjennomføringen av valget skal ordnes er opp til foretaksmøtet selv å bestemme, hvis ikke eier har gitt bestemmelser om det.

Det er ikke tatt inn bestemmelser om kjønnsmessig representasjon i lovforslaget. Når henholdsvis departementet og styret i regionalt helseforetak velger styremedlemmer og eventuelt varamedlemmer, må de følge bestemmelsen i likestillingsloven § 21 som krever at hvert kjønn skal være representert i styret med minst 40 pst. av henholdsvis medlemmene og varamedlemmene. Dersom departementet eller styret i regionalt helseforetak bare skal velge tre styremedlemmer, er det tilstrekkelig at det velges ett medlem som er av annet kjønn enn de to andre.

§ 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, valgmåten og om avgjørelse av tvister om valget, samt om bortfall av vervet som styremedlem.

Merknad til § 22

Bestemmelsens første ledd fastsetter at de ansatte har en ubetinget rett og plikt til å være representert i regionalt helseforetaks styre, uansett hvor mange ansatte regionalt helseforetak har. De ansatte skal velge representantene. Representantene skal velges blant de ansatte i helseforetaksgruppen i regionen. Det foreslås ikke at Kongen skal ha myndighet til å gjøre unntak fra denne bestemmelsen. De ansatte skal selv velge sine representanter. Det er ikke bare de ansatte i regionalt helseforetak som skal være representert i regionalt helseforetaks styre, men også de ansatte i helseforetak som regionalt helseforetak eier. Derfor skal styrerepresentantene velges av og blant de ansatte både i det regionale helseforetaket og eventuelle helseforetak som det eier. De styremedlemmer som er valgt av de ansatte, blir likeverdige styremedlemmer på linje med de som er valgt av foretaksmøtet, og får samme rettigheter og ansvar som disse.

Bestemmelsens tredje ledd fastsetter hjemmel til å gi forskrifter om hvilke regler som skal gjelde for valgene av ansattes representanter og hvordan valgene skal gjennomføres.

§ 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.

Merknad til § 23

Bestemmelsens første ledd gir de ansatte i helseforetak som har mer enn 30 ansatte, et betinget krav på styrerepresentasjon. Et flertall av de ansatte kan kreve representasjon. De kan kreve å velge minst to styremedlemmer. Dersom styret skal ha flere enn seks medlemmer totalt, kan de ansatte kreve å velge inntil en tredel av styremedlemmene. Representantene for de ansatte skal velges blant de ansatte i helseforetaket. Bestemmelsen svarer til reglene om ansattes representasjonsrett i aksjeloven § 6-4 annet ledd og gir de ansatte

mer omfattende rettigheter enn den tilsvarende bestemmelsen i statsforetaksloven § 20 første ledd.

Bestemmelsens annet ledd svarer til reglene om ansattes representasjon i aksjeloven 6-4 tredje ledd og gir tilsvarende rett som statsforetaksloven § 20 tredje ledd.

I motsetning til i statsforetaksloven § 20 første og tredje ledd overlater bestemmelsens tredje ledd den nærmere beregningen av antall ansatte etter første og annet ledd til forskrifter.

Bestemmelsens tredje ledd tilsvarende statsforetaksloven § 20 femte ledd femte punktum og fastsetter hjemmel for å gi forskrifter om hvilke regler som skal gjelde for valgene av ansattes representanter og hvordan valgene skal gjennomføres.

§ 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.

Merknad til § 24

Bestemmelsens første ledd fastsetter at et styremedlem velges for to år. Foretaksmøtet kan i vedtektene til foretaket fastsette både lengre og kortere tjenestetid, men ikke lengre enn fire år. Denne begrensningen er ikke til hinder for at et styremedlem kan gjenvelges for nye perioder. I vedtektene kan det også gis regler om hvor mange ganger et medlem kan gjenvelges. Bestemmelsen svarer til statsforetaksloven § 20 første ledd første og annet punktum og aksjeloven § 6-6 første ledd.

Bestemmelsens annet ledd fastslår at styremedlem må bli sittende i vervet til nytt styremedlem er valgt, selv om tjenestetiden er over. Bestemmelsen svarer til statsforetaksloven § 20 annet ledd og aksjeloven § 6-6 tredje ledd.

§ 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.

Merknad til § 25

Bestemmelsens første ledd gir et styremedlem rett til å tre tilbake før valgperioden er utløpt. I kravet om «særlige forhold» ligger en forutsetning om at det normale er at et styremedlem sitter ut tjenestetiden, men at styremedlemmet likevel skal ha mulighet til å trekke seg før tiden dersom det inntreffer særlige forhold som gir grunn til det. Bestemmelsen tilsvarende aksjeloven § 6-7 annet ledd.

Bestemmelsens annet ledd fastsetter at foretaksmøtet når det ønsker det, når som helst kan avsette ett eller flere medlemmer av styret. Det kreves ingen bestemt grunn for en slik beslutning av foretaksmøtet. Medlemmer som de ansatte har valgt, kan foretaksmøtet derimot ikke avsette. Bestemmelsen tilsvarende aksjeloven § 6-7 annet ledd.

§ 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.

Merknad til § 26

Bestemmelsens første ledd fastsetter at det er styrets leder som har ansvar for at det avholdes styremøter når det er behov for det. I praksis vil styret normalt ha regelmessige møter etter en møteplan som gjelder dersom det ikke blir besluttet noe annet. Det kan oppstå spesielle situasjoner som gjør det nødvendig å ha styremøter utenom en slik fastsatt møteplan. Enkeltmedlemmer og daglig leder har rett til å kreve at styret kalles sammen.

Bestemmelsens annet ledd fastsetter at daglig leder har møteplikt i styremøtene. Styret kan for enkeltstående tilfeller oppheve daglig leders møteplikt. Daglig leder har møte- og talerett i styret. Bestemmelsen må ses i sammenheng med at daglig leder ikke kan velges til styremedlem, jf. lovforslaget § 21 annet ledd. For enkeltstående tilfeller kan styret oppheve daglig leders møte- og talerett.

Bestemmelsens tredje ledd fastsetter at styrets leder er møteleder. Nestleder er kun møteleder dersom leder har forfall.

Bestemmelsens fjerde ledd fastsetter at det skal føres protokoll/møtebok fra styremøtene og at den skal underskrives av alle de styremedlemmene som er tilstede i det aktuelle møtet. Foretaksmøtet kan fastsette bestemmelser om protokollering i tillegg til lovens bestemmelser. Bestemmelsen gir daglig leder og de enkelte styremedlemmene rett til å kreve protokollert at de er uenige i styrets avgjørelse. Dette er en mindretallsrett som ses i sammenheng med styrets og daglig leders ansvar etter lovforslaget § 50.

§ 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 møtelederens 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 ansettelse 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.

Merknad til § 27

Bestemmelsens første ledd fastsetter at dersom færre enn halvparten av det totale antall valgte styremedlemmer er til stede på styremøtet, kan styret ikke treffe beslutninger.

Bestemmelsens annet ledd fastsetter at styret treffer beslutninger ved simpelt flertall, men at det kan fastsettes i vedtektene at avgjørelser må treffes med kvalifisert flertall (eventuelt enstemmighet), generelt eller i gitte typer saker. Dersom flertallet i et aktuelt styremøte ikke svarer til mer enn en tredel av samtlige styremedlemmer (ikke antall fremmøtte, men det totale antall valgte styremedlemmer), kan avgjørelsen ikke anses som vedtatt. Ved stemmelikhet har den som er møteleder dobbeltstemme.

Bestemmelsens tredje ledd fastsetter at når det gjelder valg av personer, herunder ansettelse, er det tilstrekkelig til å bli valgt eller ansatt å få flest stemmer. Dersom styret beslutter det før avstemningen gjennomføres, kan det kreve simpelt flertall for at noen skal anses valgt i første valgomgang og at noen først kan anses valgt ved å få flest stemmer i annen valgomgang. Er det stemmelikhet ved personvalg, avgjøres valget ved loddtrekning, ikke ved møtelederens dobbeltstemme.

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.

Merknad til § 28

Bestemmelsens første ledd legger ansvaret for forvaltningen av virksomheten i regionalt helseforetak og helseforetak på de respektive styrer. Styret i regionalt helseforetak har ansvaret for organiseringen av den totale spesialisthelsetjenesten i regionen. Dessuten har det forvaltnings- og driftsansvaret for den virksomheten i regionen som ikke er organisert som selvstendige helseforetak.

Med forvaltningen av foretaket menes ledelsen av foretakets virksomhet i vid betydning og ansvaret for at de ressurser som staten stiller til disposisjon anvendes i samsvar med formålet.

Ved opprettelsen av et regionalt helseforetak eller et helseforetak er det de respektive styrers ansvar at virksomheten startes opp i samsvar med formålet og de øvrige forutsetningene ved stiftelsen. Styret har både ved opprettelsen og senere et ansvar for at det etableres rutiner og administrative organisasjonsformer som gjør det mulig for dem som står for den daglige driften å drive foretaket i samsvar med de forutsetninger og vilkår som er lagt til grunn i vedtektene og instruksjer fra foretaksmøtet og styret. Styrets ansvar er således et overordnet ansvar, og det omfatter så vel driftsmessige aspekter som økonomiske aspekter. Styret må sørge for å tilpasse at de virkemidler det tar i bruk, blant annet når det gjelder rapporterings- og andre administrative rutiner og organisasjonsmåter internt i virksomheten, svarer til de behov virksomheten har.

Bestemmelsens tredje ledd pålegger styret ansvaret for at de helsepolitiske målene nås på en mest mulig rasjonell måte innenfor rammen av de tilgjengelige ressurser, og at ressursene blir utnyttet mest mulig effektivt. Styrets arbeid skal fremme foretakenes formål, det vil si å tilby likeverdige spesialisthelsetjenester av høy kvalitet til alle i befolkningen som trenger det, når de trenger det, jf. § 1. Styret må holde seg orientert om utviklingen innen helsesektoren for å kunne være i stand til å vurdere om formålet oppnås på den beste mulige måten. Styret må påse at foretakets midler disponeres innenfor rammen av de vedtatte budsjetter, slik at foretaket kan ha tilstrekkelig utstyr og kvalifisert personell til å løse de oppgavene det er pålagt. Styret har også et overordnet ansvar for at foretaket overholder helselovgivningen og følger veiledning og pålegg fra Statens helsetilsyn og fylkeslegene.

Styret har således et spesielt ansvar for at det gjennomføres betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse og økonomi, og med ressursbruk. Styret må sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer denne kontrollen. Dette er en viktig del av internkontrollen i foretaket. Styret kan organisere internkontrollen etter prinsippene om forvaltningsrevisjon. Lovforslaget gir foretaket frihet til å bestemme hvilke kontrollordninger som skal etableres. Dersom foretaksmøtet ønsker det, kan det for eksempel gjennom vedtektene eller i instruks, bestemme at det skal etableres en forvaltningsrevisjon. Foretaksmøtet kan også pålegge den revisor det velger å utføre forvaltningsrevisjon.

Styret er underordnet foretaksmøtet som er foretakets høyeste myndighet, og må rette seg etter instruksjer og pålegg fra foretaksmøtet dersom annet ikke fremgår av lovforslagets bestemmelser eller vedtektene. Foretaksmøtet

har ingen instruksjonsrett overfor enkelt medlemmer av styret. Enkeltmedlemmer av styret har heller ikke instruksrett overfor daglig leder.

Dersom styret opptrer i strid med instruks og pålegg fra foretaksmøtet, men ellers holder seg innenfor de rammer for styrets myndighet som trekkes opp i lovforslaget og vedtektene, vil det ikke nødvendigvis kunne påberopes overfor en aktsom, godtroende tredjemann at styret opptrådte i strid med foretaksmøtets instruks eller pålegg. Det blir et spørsmål om styret hadde legitimitet utad. Dette må ses i sammenheng med lovforslaget § 41.

Bestemmelsens fjerde ledd pålegger regionalt helseforetaks styre et ansvar for å føre tilsyn med virksomheten og den økonomiske situasjonen i helseforetak som regionalt helseforetak eier og dermed er foretaksmøte for. Et regionalt helseforetaks styre skal også føre tilsyn med at helseforetaks virksomhet drives i samsvar med helseforetakets vedtekter, foretaksmøtets vedtak og vedtatt budsjett og plan. Regionalt helseforetak har et helhetlig ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester innenfor sin region. Dette ansvaret ligger på regionalt helseforetak etter spesialisthelsetjenesteloven uansett hvorledes regionalt helseforetak organiserer tjenesten. Selv om deler av tjenesten er organisert som selvstendige rettssubjekter, sykehus organiseres f.eks. som helseforetak, vil regionalt helseforetaket beholde det overordnede ansvaret for den virksomhet som drives av helseforetaket. Dette ansvaret er foreslått lovfestet som et konkretisert tilsynsansvar i bestemmelsens fjerde ledd.

Bestemmelsenes femte ledd pålegger styret ansvaret for at økonomiforvaltningen og kontrollen av den, herunder bokføring, er tilfredsstillende. Styret må se til at foretakets virksomhet drives i samsvar med årsbudsjettet og at bevilgende myndigheters vilkår blir etterlevd.

§ 29 Styrets tilsyn med daglig leder

Styret skal føre tilsyn med daglig leder og kan fastsette instruks for denne.

Merknad til § 29

Styrets overordnede ansvar innebærer at det har instruksjons- og omgjøringsrett i forhold til daglig leders disposisjoner. Etter bestemmelsen skal styret føre tilsyn med daglig leders ledelse av foretakets virksomhet. Dersom styret har mistanke om at daglig leder svikter, har styret plikt til å gripe inn. Forutsetningen for å omgjøre daglig leders disposisjoner, er at foretaket ikke er blitt bundet overfor tredjemann.

§ 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.

Merknad til § 30

Bestemmelsen innebærer en begrensning i styrets kompetanse. Den fastsetter at foretaksmøtet fatter vedtak i en del saker. Dette gjelder foruten saker som er av vesentlig betydning for foretakets egen virksomhet, også saker som er av vesentlig betydning for å ivareta politiske målsettinger, og saker av vesentlig prinsipiell eller samfunnsmessig betydning. Det skal foretas en nærmere regulering av hvilke saker dette gjelder i vedtektene til det enkelte foretak.

Hvilke saker som er av vesentlig betydning, må vurderes konkret i den enkelte sak. Vurderingen vil variere etter hvorledes forholdet mellom eier og foretak er organisert i det enkelte tilfellet, for eksempel hvor detaljerte vedtekter foretaket har. Slike saker kan være salg eller utskilling av større deler av virksomheten, vedtak som vil endre virksomhetens karakter, deltagelse i omfattende samarbeidsvirksomhet som vil påføre foretaket omfattende ansvar, avtaler med tredjemann som får vesentlig betydning for foretaket eller andre større omlegginger av driften. Beslutning om nedleggelse av sykehus kan være et eksempel på vedtak som skal fattes av foretaksmøtet i regionalt helseforetak i henhold til bestemmelsen.

Etter bestemmelsens annet ledd er ansvaret for å forelegge saker som angår helseforetak, lagt på det regionale helseforetaket som er eier av helseforetaket. Saken vil dermed bli behandlet i styret i regionalt helseforetak før saken kommer til foretaksmøtet.

Denne bestemmelsen avviker fra regelen som gjelder for statsforetak. Begrunnelsen er at foretakene etter lovforslaget ikke utøver næringsvirksomhet, men ivaretar ansvaret for virksomheter innenfor en sektor som er av grunnleggende betydning for velferden i samfunnet. Det er derfor nødvendig at departementet som eier har mer omfattende overordnet tilsyn og kontroll med virksomheten enn det statsforetaksloven legger opp til. Viktigheten av dette kan synliggjøres med at omfattende endringer i sykehusstrukturen i regionene kan ha stor innflytelse på behovsdekningen og hverdagen til mange pasienter og andre brukere. Forslag til slike tiltak bør derfor besluttes av foretaksmøtet i regionalt helseforetak.

§ 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.

Merknad til § 31

Bestemmelsens første ledd fastsetter at foretaksmøtet selv må treffe beslutninger som går ut på at faste eiendommer skal pantsettes eller avhendes. Denne bestemmelsen er en begrensning av styrets kompetanse etter § 28.

For mange virksomheter i spesialisthelsetjenesten vil bygninger og tomt være en forutsetning for virksomhetens nåværende og fremtidige drift. Dess-

uten vil en vesentlig del av virksomhetens egenkapital ligge i den faste eiendommen. Salg av dette driftsmidlet kan dermed være av så grunnleggende betydning at det foreslås at eier selv skal treffe avgjørelsen. Pantsetting medfører en fare for senere salg, så de samme hensyn vil gjøre seg gjeldende her.

På samme måte som når det gjelder andre saker av vesentlig betydning, jf. § 30 annet ledd, skal saker som angår helseforetak forelegges for departementet av styret i regionalt helseforetak før vedtak treffes. Det kan vedtektsfestes at kun saker om eiendommer over en verdi som vedtektene fastsetter, skal forelegges departementet.

Etter konstitusjonell praksis kreves det i utgangspunktet samtykke fra Stortinget for å kunne selge statens eiendommer. Det samme gjelder pantsettelse. Stortinget kan i tillegg til å gi samtykke i den enkelte sak, gi et generelt samtykke til salg og pantsettelse innenfor et avgrenset område. Hvor salget inngår som et naturlig ledd i bestyrelsen av statens eiendommer, kan Kongen med hjemmel i Grunnloven § 19 foreta salg uten Stortingets samtykke. Det kan likevel være tvil om hva som inngår som et naturlig ledd i bestyrelsen av statens eiendommer. Det forutsettes at man i saker der salg eller pantsettelse kan komme til å berøre areal av betydning for universitets- og høyskoleformål, på forhånd tar opp saken med undervisningsinstitusjonen og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, og at eiendommer uansett ikke selges i strid med undervisningsinstitusjonens rettigheter. Bestemmelsen innebærer et forhåndssamtykke fra Stortinget til salg og pantsettelse.

§ 32 Salg av sykehusvirksomhet

Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke.

Merknad til § 32

Med «sykehusvirksomhet» menes i bestemmelsen sykehus i drift. Sykehus er virksomheter som er godkjent i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-1. Bestemmelsen regulerer salg av den delen av sykehuset som har kliniske funksjoner samt medisinske og andre helsefaglige servicefunksjoner.

Salg av sykehusvirksomhet er av så stor betydning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og muligheten for å nå de politiske målsettingene, at saken må undergis en betryggende demokratisk behandling. Bestemmelsen fastsetter derfor at Stortinget må samtykke til salg av sykehusvirksomhet.

Bestemmelsen regulerer salg av sykehusvirksomhet til andre enn regionale helseforetak og helseforetak. Formålet med bestemmelsen er, i tillegg til å sikre en betryggende demokratisk behandling av saken, å sette en prosessuell sperre mot privatisering av sykehusvirksomhet. Stortinget skal ha det avgjørende ord i spørsmål om salg av sykehusvirksomhet. Det er derfor ikke nødvendig i henhold til denne bestemmelsen å fremme saken for Stortinget i situasjoner hvor det er aktuelt å overføre et sykehus fra et helseforetak til et annet, eller fra det regionale helseforetaket til et helseforetak. Planlegging og organisering av spesialisthelsetjenesten, herunder å etablere en struktur av helseforetak i regionen, faller inn under det regionale helseforetakets ansvar. Overføring av sykehus mellom helseforetak regnes heller ikke som salg av sykehusvirksomhet i lovforslaget § 32 sin forstand. Dette kan for eksempel

være aktuelt ved justering av grensene mellom helseregionene. Overføring av sykehusvirksomhet mellom foretakene kan gjøres i henhold til reglene i forslaget § 51.

Forslag om salg av sykehus bør fremmes for Stortinget i forbindelse med nasjonal helseplan, se § 34 og merknaden til denne. Departementet kan likevel fremme slikt forslag som egen sak eller sammen med en annen sak den hører naturlig sammen med.

§ 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.

Merknad til § 33

Bestemmelsens første ledd fastsetter at regionalt helseforetak og helseforetak i utgangspunktet ikke kan ta opp lån. Med mindre eier positivt har gitt adgang til det ved at slik fullmakt er tatt inn i vedtektene, må foretaksmøtet vedta budsjett som ikke forutsetter finansiering gjennom låneopptak. I særskilte situasjoner kan foretaksmøtet vedta budsjett med underskudd, men da skal det foreligge planer som over flere år gir samlet driftsbudsjett i balanse. Når vedtektene gir fullmakt til låneopptak, skal vedtektene også fastsette en låneramme, jf. § 10 nr. 7 og § 11 nr. 8 som også fastslår at låneramme skal fremgå av vedtektene. Når foretaksmøtet godkjenner en slik ramme, kan det sette nærmere vilkår om låneformål, lånevilkår, mv. Rammen kan fastsettes i form av ramme for konkret angitte låneprosjekter eller det kan settes en totalramme for en periode, for eksempel et budsjettår.

Foretaksmøtet skal fastsette lånerammen i samsvar med helsepolitikkenes prioriteringer og foreta en vurdering av foretakets fremtidige økonomiske situasjon og hvilken lånebelastning foretakets økonomi totalt kan forventes å ville tåle. Normalt bør rammen ligge innenfor verdien av foretakets eiendeler, jf. statsforetaksloven § 5 første ledd. Det kan være vanskelig å fastsette verdien av eiendelene til en virksomhet som yter helsetjenester, fordi det sjelden vil være noe marked for slike eiendeler. Et sykehus kan for eksempel ha en høy egenkapital men lav inntjeningsevne. Balansetallene vil ikke nødvendigvis gi noe godt uttrykk for et foretaks økonomiske evne til å betjene låneopptak. Når regionalt helseforetak fastsetter lånerammer for helseforetakene i regionen, må det sørge for at rammene for hele regionen totalt ligger innenfor den lånerammen det selv har fått av sitt eget foretaksmøte. Det regionale helseforetaket kan ikke samlet videre delegere større samlede lånefullmakter enn det selv har fått.

Bestemmelsens annet ledd er til hinder for at et foretak kan ta den økonomiske risiko som kan ligge i å stille sikkerhet for at andre personer, herunder juridiske personer, oppfyller sine økonomiske forpliktelser. Økonomiske forpliktelser kan være lån, erstatning, misligholdsansvar mv. Et helseforetak kan heller ikke stille garanti for sin eiers forpliktelser.

Statsforetaksloven § 5 fjerde ledd har en bestemmelse om at låneavtaler som statsforetak har inngått uten å ha adgang til det, ikke er bindende for fore-

taket med mindre medkontrahenten var i aktsom god tro da avtalen ble inngått. Det er ikke tatt inn en tilsvarende bestemmelse i lovforslaget i og med at det fremgår av loven at fullmakten skal fremgå av vedtektene. Dersom medkontrahenten ikke har undersøkt innholdet av fullmakten i vedtektene vil han ikke kunne være i god tro.

§ 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.

Merknad til § 34

Denne bestemmelsen fastsetter en plikt for regionalt helseforetak til å orientere departementet om virksomheten i regionene, både om virksomheten i det regionale helseforetaket og i helseforetakene. Bestemmelsen formaliserer en informasjonsplikt som er løpende og automatisk, og som ikke utløses av at det har oppstått spesielt vanskelige situasjoner som eier må orienteres om. Denneplikten henger, liksom plikten etter § 30 til å forelegge eier enkeltsaker av vesentlig betydning, sammen med at foretakene ivaretar sektoransvaret på et viktig velferdsområde og at eier derfor har større behov for informasjon om virksomheten enn for næringsdrivende virksomheter som har økonomisk inntjening som formål. Statsforetaksloven har ikke noen tilsvarende bestemmelse om informasjonsplikt.

Etter bestemmelsens første ledd skal departementet hvert år motta en melding om regionens totale virksomhet.

Bestemmelsens annet ledd fastsetter at meldingen skal være en årsmelding. I tillegg til å omtale foregående år, skal meldingen inneholde virksomhetenes plan for de kommende år. Planen skal legge til rette for politisk styring av foretakets langsiktige utvikling. Bestemmelsen regulerer en oppadgående informasjonsplikt, ikke en rett eller plikt for departementet som sektormyndighet til å godkjenne planen. Den pålegger heller ikke departementet som eier en plikt til å foreta godkjenning av planen. Departementet kan imidlertid om det er ønskelig behandle planen i foretaksmøtet og gi instruksjoner om endringer.

§ 35 Rådsorganer

Regionale helseforetak skal ha et regionalt rådsorgan. Rådet skal ha 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 foretakene 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.

Merknad til § 35

Bestemmelsen pålegger regionalt helseforetak en plikt til å innhente råd i forbindelse med planarbeidet. Bestemmelsen formaliserer innhenting av slike råd ved at det skal opprettes et rådsorgan. Rådet skal ha representanter fra politisk valgte organer i regionene. Dette skal sikre at de politiske organer som har ansvar for tjenester som samarbeider tett med spesialisthelsetjenesten skal kunne øve innflytelse på planens utforming. Behovet for generell regionalpolitisk innflytelse på spesialisthelsetjenesten skal også ivaretas. Rådet har en rådgivende funksjon i forhold til planarbeidet. Det har ingen rolle i forbindelse med implementering av planene. Her utgjør eiers styring de retningslinjene foretakets ledelse skal følge.

Bestemmelsens annet ledd bestemmer at det skal opprettes et eget råd for å ivareta samenes særlige interesser. Sametinget oppnevner rådet som skal fungere som rådsorgan for alle de regionale helseforetakene. Det som er sagt om de regionale rådernes rolle, vil gjelde også for dette rådet. Bestemmelsens siste ledd gir departementet hjemmel til å gi forskrifter om oppnevning og sammensetning av rådsorganene og om deres funksjon.

§ 36 Pasienters og andre brukeres innflytelse

Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse 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.

Merknad til § 36

Bestemmelsen fastsetter det viktige prinsipp at pasienter og andre brukere skal høres og ha innflytelse på planlegging og drift av spesialisthelsetjenesten. Første ledd gjelder innflytelse i regionale helseforetaks arbeid med planene etter § 34 annet ledd. Det regionale helseforetaket har plikt til å sikre at pasienter og andre brukere blir hørt ved utarbeidelse av planen. Denne plikten påhviler styret som bestemmer hvordan pasienter og andre brukere skal utøve innflytelse på planarbeidet. Det kan tenkes flere gode måter å gjøre dette på. Styret må i valg av fremgangsmåte ta hensyn til de rådende forhold i regionene, herunder de forskjellige etniske gruppene det regionale helseforetaket skal betjene.

Annet ledd gjelder den løpende virksomheten i sykehus og andre institusjoner som yter spesialisthelsetjenester. Det er styret i det regionale helseforetaket sin plikt å sørge for at den enkelte virksomhet etablerer systemer for å innhente pasienters erfaringer og synspunkter. En rekke sykehus har i dag innført forskjellige ordninger for å få tilbakemeldinger fra pasienter og andre

brukere. Det vil bli opp til virksomhetene å utarbeide ordninger som sikrer dette.

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.

Merknad til § 37

Bestemmelsen fastsetter at både regionalt helseforetak og helseforetak skal ha en daglig leder. Daglig leder tilsettes, sies eventuelt opp og avskjediges av styret. Det er ikke adgang til å ta inn i vedtektene at foretaksmøtet skal ha denne myndigheten. Dersom daglig leder skulle ansettes av foretaksmøtet, kunne det oppstå uklarheter omkring styrets overordningsforhold til daglig leder. «Daglig leder» er lovens betegnelse på den som har ansvar for den daglige ledelsen av foretaket. Loven er ikke til hinder for at det i praksis brukes andre betegnelser, så som sykehusdirektør i helseforetak hvor dette er aktuelt.

§ 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 avvendes 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.

Merknad til § 38

Bestemmelsens første ledd fastsetter daglig leders oppgaver og ansvar. Gjennom sin daglige ledelse av foretaket har leder gjennomføringsansvaret for at virksomheten drives i samsvar med foretakets formål, lovgivning, vedtekter, årsbudsjett, foretaksmøtets avgjørelser, instruksjoner og andre retningslinjer. Daglig leder er underlagt styrets instruksjonsmyndighet. Styret kan omgjøre daglig leders avgjørelser, med mindre hensynet til tredjemann er til hinder for det. Daglig leder er tillagt et særlig ansvar for regnskapsarbeidet og formue-

forvaltningen. At styret også har en overordnet tilsynsplikt følger av § 28 tredje ledd.

Bestemmelsens annet ledd pålegger daglig leder i regionalt helseforetak et særlig tilsynsansvar for helseforetak som regionalt helseforetak eier.

Bestemmelsens tredje ledd gir en negativ avgrensning av daglig leders ansvarsområde. Daglig leder har ikke avgjørelsesmyndighet i saker som er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker hører normalt under styrets myndighet. Om sakene er av en slik karakter må vurderes etter selskapsrettslig praksis. Dessuten må det foretas en konkret vurdering i forhold til det enkelte foretaks størrelse, virksomhetens omfang og hvor vide fullmakter daglig leder generelt har fått. Selv om en sak i seg selv synes å være av uvanlig art eller av stor betydning, kan den likevel ligge innenfor daglig leders kompetanseområde dersom det går klart frem av foretakets budsjett hvilke avgjørelser foretaket skal ta. Styret kan delegere avgjørelsesmyndighet til daglig leder i saker som er av uvanlig art eller av stor betydning, men delegasjonen kan ikke være av generell karakter. Den må omfatte en konkret sak, ikke en viss type saker.

Bestemmelsen gir daglig leder hastekompetanse i saker som er av uvanlig art eller av stor betydning. Dersom det vil medføre ulempe eller skade for foretakets virksomhet at daglig leder skal avvente styrets behandling av saken, kan daglig leder treffe avgjørelsen. I slike saker må ulempen ved å utsette avgjørelsen veies opp mot ulempen ved at styret ikke får vurdert saken selv. Hastebestemmelsen gir ikke grunnlag for å fravike bestemmelsen i § 30 om at saker av vesentlig betydning skal forelegges departementet. Dersom daglig leder går utenfor sin normale kompetanse i hastesaker, pålegger bestemmelsen ham en orienteringsplikt overfor styret. Dersom daglig leder ellers har gått utenfor sin vanlige kompetanse ved inngåelse av avtaler med tredjemann, vil det avhenge av alminnelige avtale- og selskapsrettlige regler om avtalen kan gjøres gjeldende mot foretaket. Se også § 41 og merknadene til denne.

Bestemmelsen svarer innholdsmessig til statsforetaksloven § 27 når unntas annet ledd.

§ 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.

Merknad til § 39

Bestemmelsen formaliserer en informasjonskanal mellom den daglige ledelsen og det ansvarlige ledelsesorganet innen regionalt helseforetak og helseforetak som skal sikre at styret regelmessig får den informasjon og de styringsdata som er nødvendig for at det skal utøve en aktiv og ansvarlig ledelse av virksomheten, og for at det på en god måte skal kunne følge opp det ansvaret som pålegges i lovforslaget § 28. Informasjonen skal være skriftlig. Denne plikten til regelmessig rapportering erstatter ikke daglig leders vanlige varslingsplikt overfor styret dersom de driftsmessige forutsetningene endrer seg

foruroligende, f.eks. fordi det oppstår store avvik i forhold til fastsatte helsepolitiske mål eller fordi det oppstår en vesentlig svikt i inntektene eller en vesentlig økning i utgiftene i forhold til budsjettet. Styret er i § 28 tredje ledd pålagt et uttrykkelig, overordnet ansvar for budsjettstyring av virksomheten. Det er derfor viktig at styret får den tertialvise informasjonen som er nødvendig for å føre til tilsyn med den økonomiske utviklingen og oppfølging av budsjettet. I og med at virksomhetens målsetting ikke er økonomisk inntjening, men ytelse av helsetjenester av tilstrekkelig kvalitet, er det ikke tilstrekkelig at styret blir informert om den økonomiske utviklingen. Styret må i tillegg informeres om oppfølging av styrets og foretaksmøtets vedtak og oppfølging av virksomhetsplaner og saker som kan være av helsepolitisk og samfunnsmessig betydning.

I lovforslaget § 28 fjerde ledd er styret i regionalt helseforetak pålagt et tilsvarende tilsynsansvar for virksomheten i de helseforetak som regionalt helseforetaket eier, som for regionalt helseforetakets egen virksomhet. Bestemmelsens annet punktum fastsetter derfor at styret i det regionale helseforetaket skal få samme informasjon av styret i helseforetaket om helseforetakets virksomhet.

Statsforetaksloven fastsetter ikke en tilsvarende bestemmelse. Derimot har den nye aksjeloven innholdsmessig tilsvarende bestemmelser i §§ 6-15 første ledd og 6-16 første ledd med unntak av at daglig leder ikke forpliktes til å gi skriftlig informasjon etter § 6-15 første ledd.

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 dens myndighet etter § 38.

Merknad til § 40

Bestemmelsens førte ledd fastsetter at styret i regionalt helseforetak og helseforetak har generell kompetanse til å representere de respektive foretak utad. Styret kan binde foretaket ved å inngå avtaler med tredjemann, for eksempel ved å inngå driftsavtaler med private eller andre offentlige helsevirksomheter eller helseforetakets styre kan inngå avtaler med regionalt helseforetak.

Bestemmelsens annet ledd fastsetter at det er styret som tegner foretakets firma. Styret kan gi enkeltmedlemmer av styret eller daglig leder rett til å tegne firma. Styret kan gi nærmere instruks for bruk av tegningsfullmakten. Gjennom vedtektsbestemmelser kan foretaksmøtet begrense styrets myndighet etter første punktum og selv gi nærmere instruks for bruk av tegningsfullmakten dersom det er hensiktsmessig.

Bestemmelsens tredje ledd fastsetter også daglig leder sin kompetanse til å representere foretaket utad. Men i motsetning til styrets generelle kompetanse, omfatter daglig leders kompetanse kun området daglig ledelse.

Statsforetaksloven har en tilsvarende bestemmelse i § 31.

§ 41 Overskridelse av representasjonsretten

Har noen som representerer foretaket utad etter reglene i § 40 ved disposisjon på selskapets vegne gått utover sin myndighet, er disposisjonen ikke bindende for foretaket når foretaket godtgjør at medkontrahenten forsto eller burde ha forstått at myndigheten ble overskredet, og det ville stride mot redelighet å gjøre disposisjonen gjeldende.

Merknad til § 41

Bestemmelsen regulerer rettsvirkningen av at noen går ut over sin myndighet når de handler på vegne av regionalt helseforetak eller helseforetak. Disposisjonen blir bare bindende for foretaket i de tilfellene medkontrahenten er i aktsom god tro og i de tilfellene det ikke ville stride mot redelighet at medkontrahenten gjør disposisjonen gjeldende selv om han ikke er i aktsom god tro.

I motsetning til statsforetaksloven § 32 legger bestemmelsen uttrykkelig ansvaret for å godtgjøre at medkontrahenten forsto eller burde ha forstått at myndigheten ble overskredet, på foretaket. Bestemmelsen tilsvarer derimot § 6-33 i aksjeloven.

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.

Merknad til § 42

Bestemmelsen pålegger foretak et ansvar for å samarbeide med andre. Samarbeidsansvaret omfatter ansvaret for å samarbeide med andre helseforetak og tjenester innen regionalt helseforetaket som ikke er organisert som egne foretak. Målet er å etablere gode helsetjenester til beste for de pasientene som regionen har ansvaret for. Ansvaret omfatter også ansvaret for å etablere gode samarbeidsrelasjoner i forhold til primærhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og for å arbeide for at behandlingsskjeden sett under ett skal bli av tilstrekkelig god kvalitet. Regionalt helseforetak har også i denne sammenheng et særlig ansvar for god utnyttelse av de totale ressursene i regionen, både de faglige og de økonomiske ressursene.

Det vil være foretakets vedtekter og de oppgaver og ansvar eier har lagt på det enkelte foretak, som trekker opp rammen for innholdet av det enkelte foretaks initiativansvar og resultatansvar når det gjelder samarbeid med andre. Regionalt helseforetaks ansvar vil omfatte et tilsynsansvar for at helse-

foretakene samarbeider på områder der det vil gagne den totale helsetjenesten i regionen, ikke bare det ansvaret for helsetjenester som direkte er pålagt i lovverket. På de områder der det ikke er etablert foretak og regionalt helseforetaket selv har et daglig gjennomføringsansvar, får regionalt helseforetak selv initiativansvar for å samarbeide med andre. Aktuelle samarbeidspartnere, i tillegg til primærhelsetjenesten, vil være frivillige organisasjoner, herunder brukerorganisasjoner og andre private som arbeider innenfor samme oppgaveområde og med samme formål som foretaket.

§ 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.

Merknad til § 43

Det fremgår av lovforslaget § 7 at foretak ikke kan organiseres med begrenset ansvar.

Bestemmelsens første ledd fastslår at foretak ikke har full adgang til å skille fra deler av kjernevirksomheten og organisere de fraskilte delene som aksjeselskap. Forbudet mot å organisere deler av virksomheten med begrenset ansvar, gjelder virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste, det vil si kliniske funksjoner og medisinske og andre helsefaglig service funksjoner. Foretak kan heller ikke eie alle aksjene i et aksjeselskap som driver slik virksomhet.

Annet ledd fastslår videre at regionalt helseforetak og helseforetak som i samarbeid med andre foretak vil danne en selvstendig virksomhet som omfatter kliniske funksjoner eller medisinske og andre helsefaglig service funksjoner, og som ønsker å organisere dette samarbeidet som eget rettssubjekt, må organisere denne virksomheten som et ansvarlig selskap. Staten som eier av regionalt helseforetak og regionalt helseforetak som eier av helseforetak, vil dermed bli fullt ut ansvarlig for samarbeidsvirksomhetens forpliktelser. Styrene skal ha et oppfølgende ansvar for at ansvarlige selskaper gis et økonomisk fundament som gjør at de ikke kommer i situasjoner som medfører konkurs, utlegg eller arrest. Ansvarlig selskap kan riktignok i teknisk forstand slås konkurs, men det er upraktisk at en kreditor vil ønske å slå et ansvarlig selskap med kun statlige eiere konkurs, når han kan oppnå full dekning med en gang ved å gå direkte på en likvid eier som staten vil være, jf. lovforslaget § 7 annet ledd. Det samme vil gjelde i forhold til muligheten til å ta utlegg og arrest i virksomhetens eiendeler. Det er nærmest utelukket at staten som eier kan la virksomheter som yter et grunnleggende velferdsgode som helsetjenester gå konkurs. Det ville derfor ikke være noen realitet knyttet til en

ansvarsformen med begrenset ansvar i disse tilfellene. Adgangen til å organisere virksomhet som omfatter kliniske funksjoner eller medisinske og andre helsefaglig service funksjoner som ansvarlig selskap, foreligger bare dersom samtlige deltagere er foretak.

Derimot kan ikke-medisinske funksjoner skilles ut og organiseres med begrenset ansvar, se tredje ledd. Dersom foretak skal eie virksomhet som yter slike ikke medisinske servicefunksjoner, samme med private, må virksomheten organiseres med begrenset ansvar. Dette er nødvendig for å sikre at staten ikke blir ansvarlig for privates gjeldsforpliktelser. Det kan i enkelte tilfeller være aktuelt for foretak å eie helseinstitusjoner sammen med kommunale organer. Dersom de aktuelle virksomhetene yter spesialisthelsetjenester vil det ikke være adgang til det etter denne bestemmelsen. Det er antagelig lite praktisk at slike virksomheter yter spesialisthelsetjenester, ettersom kommunen i utgangspunktet ikke har ansvar for slike tjenester. Denne type virksomheter kan imidlertid ligge i grensen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Departementet kan i så fall benytte hjemmelen det har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven til å avgjøre om den aktuelle tjenesten yter spesialisthelsetjenester, se forslaget til endring i spesialisthelsetjenesteloven § 1-2 annet ledd.

Kapittel 11 Regnskap, revisjon og kontroll

§ 44 Regnskap mv.

Regnskapslovens bestemmelser gjelder for foretak.

Årsregnskap og årsberetning skal godkjennes av foretaksmøtet.

Merknad til § 44

Bestemmelsens første ledd fastsetter at regnskapsloven i sin helhet gjelder for regionalt helseforetak og for helseforetak. Herunder at både regionalt helseforetak og helseforetak skal føre regnskap etter regnskapslovens regler og prinsipper. Det medfører blant annet at det etableres en regnskapsmessig balanse der det gis en samlet oppstilling over foretakets eiendeler (aktiva), samt egenkapital og gjeld (passiva). Det etableres et resultatorientert regnskapssystem, til forskjell fra dagens finansielle regnskapssystem i statlige og fylkeskommunale virksomheter. Dette innebærer blant annet at alle eiendeler blir ført i balansen og aktivert, slik at årlige avskrivninger kommer frem. Dette til forskjell fra et finansielt orientert regnskap, der en investering i sin helhet utgiftsføres i anskaffelsesåret.

Overgangen til et resultatorientert regnskapssystem innebærer dessuten at inntekter og kostnader regnskapsføres etter hvert som de oppstår. Dagens kontantprinsipp og anordningsprinsipp i henholdsvis statlig og fylkeskommunal virksomhet vil dermed ikke lenger bli lagt til grunn ved føring av inntekter og kostnader.

Bestemmelsen medfører blant annet at foretakene må følge regnskapslovens bestemmelser for konsern og konsernregnskap. Det vil si at de regionale helseforetakene må avlegge konsoliderte regnskap.

§ 45 Revisjon

Foretak skal ha revisor som velges av foretaksmøtet.
Foretaksmøtet godkjenner revisors godtgjørelse.

Merknad til § 45

Bestemmelsen fastsetter at både regionalt helseforetak og helseforetak skal ha revisor, og at det er eier som velger revisor i foretaksmøte. I og med at det i lovforslaget § 44 første ledd foreslås at regnskapsloven skal gjelde for både regionalt helseforetak og helseforetak, blir foretakene regnskapspliktige etter regnskapsloven § 1-2 nr. 13. Det følger dermed av revisorloven § 2-2, jf. 2-1, at årsregnskaper skal revideres av en registrert revisor eller statsautorisert revisor. Det følger likeledes etter revisorloven § 4-1, jf. 2-1, at foretakets revisor ikke kan være ansatt i foretaket. Revisor skal innkalles til foretaksmøte i både regionalt helseforetak og helseforetak dersom de sakene som behandles tilsier det, jf. lovforslaget § 18 første ledd. Dessuten skal revisor innkalles når Riksrevisjonen krever det, jf. lovforslaget § 18 første ledd. Når det gjelder forvaltningsrevisjon, vises det til merknaden til lovforslaget § 28.

Bestemmelsens første ledd svarer i hovedsak til statsforetaksloven § 43 og aksjeloven § 7-1-første ledd. Annet ledd svarer til aksjeloven § 7-1 annet ledd.

§ 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 revisor 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.

Merknad til § 46

Bestemmelsen inneholder regler om Riksrevisjonens kontroll med foretak. Formålet med Riksrevisjonens kontroll er å kontrollere statsrådets forvaltning av statens interesser i foretakene. Riksrevisjonens selskapskontroll med foretakene antas i det vesentlige utført på tilsvarende måte som den kontrollen som utføres når det gjelder statsforetak og statlig heleide aksjeselskaper.

Bestemmelsen tilsvarende statsforetaksloven § 45 og i det vesentlige aksjeloven § 20-6.

*Kapittel 12 Oppløsning og avvikling***§ 47 Vedtak om oppløsning**

Foretaksmøtet treffer vedtak om oppløsning av foretaket.

Merknad til § 47

Bestemmelsen fastsetter at både regionalt helseforetak og helseforetak kan oppløses.

Bestemmelsen krever ikke at visse vilkår må være til stede for at det skal kunne gjennomføres en oppløsning. En slik beslutning er opp til foretaksmøtet. Bestemmelsen krever heller ikke at foretak i visse situasjoner skal oppløses. Men det kan tenkes situasjoner hvor det er en nødvendig følger av andre myndighetsbeslutninger, for eksempel dersom det skulle bli aktuelt å foreta slike strukturendringer i inndelingen i helseregioner at det blir færre regioner enn regionalt helseforetak. Justering av grenser mellom regionene skjer med hjemmel i lovforslaget § 4 og uten at det er nødvendig å oppløse og reetablere de berørte regionale helseforetakene.

Bestemmelsen stiller ingen krav om at foretak som har betalingsvansker skal oppløses. Bestemmelsen gir ingen, heller ikke kreditorer, rett til å kreve oppløsning. Dette henger sammen med at regionalt helseforetak og helseforetak ikke driver næringsvirksomhet eller økonomisk virksomhet i egentlig forstand, men tjenesteproduksjon som gjør at helsepolitiske behov og formål kan tilsi at virksomheten fortsetter selv om økonomien er svak. Eier er fullt ut ansvarlig for foretakets forpliktelser slik at kreditor kan kreve dekning av eier direkte, uten at det er vedtatt oppløsning, jf. lovforslaget § 7. På dette punktet avviker lovforslaget vesentlig fra statsforetakslovens system.

Når de gjelder oppløsning av regionalt helseforetak, treffes vedtaket av departementet. Når det gjelder oppløsning av helseforetak, treffes vedtaket av regionalt helseforetakets styre, men vedtaket kan være av så stor samfunnsmessig betydning at styret i regionalt helseforetaket må forelegge det for departementet før det treffer vedtak selv, jf. lovforslaget § 30 annet ledd. Bestemmelsen krever ikke at regionalt helseforetakets styre treffer oppløsningsvedtak med kvalifisert flertall.

§ 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 kreditorerne 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.

Merknad til § 48

Bestemmelsens første ledd fastsetter at så snart det er vedtatt at foretaket skal oppløses, velger foretaksmøtet et avviklingsstyre til å gjennomføre avviklingen. Foretaksmøtet gir avviklingsstyret mandat og fullmakter. Hvor vidtgående fullmakter avviklingsstyret skal ha, er opp til foretaksmøtet.

Bestemmelsens annet ledd fastsetter at det ordinære styret trer ut av funksjon med en gang det særlige avviklingsstyret er valgt. Avviklingsstyret må beslutte om daglig leder skal fortsette i sin stilling, og om det er nødvendig å ha en daglig leder under avviklingen. Dette vil blant annet avhenge av hvorledes avviklingsstyret er sammensatt.

Bestemmelsens tredje ledd fastslår at det straks skal sendes melding til Foretaksregisteret om oppløsningen. Etter foretaksregisterloven § 4-2 har medlemmene av avviklingsstyret plikt til å foreta melding, mens Foretaksregisteret pålegges å offentliggjøre avviklingen og varsle kreditorene gjennom kunngjøring. Av kunngjøringen skal det fremgå at fordringshaverne må melde sine krav på foretaket innen to måneder. Overskridelse av fristen medfører ikke at fordringen faller bort, jf. § 49 første ledd. Bestemmelsens formål er at avviklingsstyret skal få best mulig oversikt over foretakets totale forpliktelser. Dessuten har varslet betydning for foreldelsesfristen etter § 49 annet ledd.

Bestemmelsens fjerde ledd pålegger avviklingsstyret å utarbeide et forslag til avviklingsoppgjør. Det er foretaksmøtet som treffer beslutning om oppgjøret.

Når foretaksmøtets beslutning om avviklingsoppgjøret er truffet, pålegger bestemmelsens femte ledd avviklingsstyret å melde fra til Foretaksregisteret om at foretaket er avviklet. Foretaket kan da slettes fra Foretaksregisteret.

§ 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.

Merknad til § 49

Bestemmelsens første ledd fastslår at eier av foretak ikke blir fri for sitt ansvar for foretakets forpliktelser gjennom avviklingen. Kreditor som ikke har fått dekning av foretaket, beholder sin rett til å kreve dekning av henholdsvis staten og regionalt helseforetaket også etter at avviklingen er foretatt.

Bestemmelsens annet ledd fastsetter imidlertid en siste foreldelsesfrist for alle foretakets fordringer er tre år regnet fra det tidspunktet da avviklingen blir registrert i Foretaksregisteret. Dersom et krav forfaller like før utløpet av denne foreldelsesfristen, vil kreditor få kort tid til å aksjonere for å få dekning

og eventuelt til å gå til sak for å avbryte foreldelsesfristen. Bestemmelsen fastsetter derfor at ingen krav foreldes før tidligst seks måneder etter forfall.

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.

Merknad til § 50

Bestemmelsens første ledd fastsetter at styremedlemmer, daglig leder og medlem av avviklingsstyret har et personlig ansvar for tap som de forårsaker på grunn av manglende aktsomhet ved utførelsen av deres oppgaver i foretaket.

Etter bestemmelsens annet ledd kan ansvaret lempes dersom ansvaret virker urimelig tyngende for den ansvarlige når det tas hensyn til skadens størrelse, den ansvarliges økonomisk evne, utvist skyld og forholdene ellers. Vurderingen av om ansvaret skal lempes, skal foretas i samsvar med § 5-2 i lov om skadeserstatning.

Bestemmelsens tredje ledd tillegger foretaksmøtet å bestemme om foretaket skal gjøre ansvar gjeldende mot noen av de personene som er nevnt i første ledd.

Bestemmelsene tilsvarende selskapsloven § 2-43 og i hovedsak statsforetaksloven §§ 56 og 57, men kretsen av personer som kan bli erstatningsansvarlige er utvidet.

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.

Merknad til § 51

Bestemmelsen regulerer eventuelle virksomhetsoverdragelser som skjer etter at de regionale helseforetakene er dannet. Den regulerer ikke den overtakelsen som skjer i og med at sektoransvaret går over på staten og de regionale helseforetak når de foreslåtte endringene i spesialisthelsetjenesteloven trer i kraft. Denne overtakelsessituasjonen foreslås regulert i overgangsbestemmelsene til endringene i spesialisthelsetjenesteloven.

Bestemmelsen bygger på et kontinuitetsprinsipp for omdanning og omorganisering. Det regulerer forholdet til fordringshavere og andre rettighetshavere til de forpliktelser som overføres fra en offentlig eid virksomhet til foretak eller mellom foretak. Det er en forutsetning for at dette prinsippet skal gjelde at virksomheten overføres som en helhet, og at ikke enkelte eiendeler eller rettigheter skilles ut. Fordringshavere og andre rettighetshavere må akseptere at det besluttes omdanning, og at dette får betydning for deres egne rettigheter. De kan ikke påberope seg omdanningen som bristende forutsetning for rettsforholdet, men må finne seg i at foretaket trer inn i de samme rettigheter og plikter som virksomheten tidligere hadde, og at de selv får de samme rettigheter og plikter i forhold til foretaket.

Bestemmelsen sikrer en enklest og mest mulig smidig overgang fra tidligere selskapsform til selskapsformen etter lovforslaget, og ved eierskifte mellom foretak etter loven, med minst mulig kostnader og ulemper for det offentlige.

Etter bestemmelsens tredje ledd skal omregistrering av hjemmelsforhold knyttet til eiendeler, rettigheter mv. i offentlige registre skje avgiftsfritt. Dette får blant annet betydning for overføring av hjemmel til en virksomhets faste eiendommer. Det påløper dermed ikke tinglysningsgebyr eller dokumentavgift.

Betegnelsen «fylkeskommunalt og statlig selskap» i fjerde ledd omfatter også statsforetak og andre aktuelle selskapsformer.

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.

Merknad til § 52

Det foreslås at Kongen kan beslutte delt ikraftsetting.

§ 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.

Merknad til § 53 nr. 3

Departementet foreslår at bestemmelsene om rett til ventelønn og fortrinnsrett til annen statsstilling for de tidligere statsansatte tjenestemenn blir videreført i en overgangsperiode på tre år fra overdragelsestidspunktet. De særskilte rettighetene om ventelønn og fortrinnsrett beholdes dersom de blir sagt opp på grunn av forhold som nevnt i tjenestemannsloven § 13 nr. 1. De nærmere vilkårene for ventelønn og vilkår for bortfall av ventelønn er fastsatt i forskrift til lov om statens tjenestemenn m.m. av 11. november 1983. Disse reglene vil også gjelde for ventelønn etter lovforslaget, se forslagets § 53 nr. 3.

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 byggearbeider ved private sykehus som har inngått i en regional helseplan og har mottatt tilskudd til drift og vedlikehold fra en fylkeskommune dersom:

- a) byggearbeider anslått til samlet mer enn 50 millioner kroner er godkjent av departementet før lovens ikraftsetting, eller
- b) byggearbeider 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.

Merknad til nr. 5

Formålet med overgangsbestemmelsen i nr. 3 er å sikre at private sykehus som etter § 6-3 i gjeldende lov om spesialisthelsetjeneste 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. Med dagens ordning utbetales kapitalrefusjonsmidlene fra staten til fylkeskommunen, uavhengig av om godkjente byggearbeider er i regi av offentlige eller private sykehus. I de tilfeller hvor fylkeskommunen i dag har håndtert dekning av slike renter og avdrag ved private sykehus gjennom økt driftsstøtte, overtakelse av lånekostnader eller gitt tilskudd til byggeprosjekter på annen måte, overtar staten fylkeskommunens forpliktelser ved overgangen til statlig eierskap. Det er således ikke en intensjon å gi private sykehus en særskilt rettighet til å få kapitalrefusjonsordningen som et tillegg til den finansiering de i dag mottar.

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 spesialisthelsetjenestene 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 rusmiddelmissbrukere 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 overføring 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.

Merknad til nr. 6

Første ledd i nr. 6 fastslår at i samme øyeblikk som sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten og øvrige helsetjenester som bestemmelsen nevner, går fra fylkeskommunene og over på de regionale helseforetakene, går også de virksomhetene som er knyttet til tjenestene over. Det foreslås at overdragelsen skal skje i og med lovvedtakets ikrafttreden, ikke gjennom en administrativ eller avtalerettslig beslutning. Den statlige overtakelsen skjer gjennom virksomhetsoverdragelser, ikke gjennom overdragelse av de enkelte formuesposisjonene.

Det bestemmelsen fastsetter skal overdras staten ved de regionale helseforetakene, er alt som omfattes av virksomhetene og som således er knyttet til dem. Dette gjelder virksomheter både innenfor kliniske funksjoner, medisinske og helsefaglige funksjoner og dessuten ikke-medisinske servicefunksjoner. Innenfor sykehus og andre institusjoner får staten rett til å overta all fast eiendom og det som følger med, som bygninger og andre lokaler, bygningsteknisk utstyr, verktøy og maskiner, utstyr til administrasjon, som kontormøbler, kontorutstyr, maskiner, IT, rekvisita og lignende, møbler og utstyr til bruk i omsorg, medisinsk undersøkelses- og behandlingsutstyr, medisinsk og

annet varelager, biler og andre maskiner til utendørs bruk, ambulanser med garasjer, ambulansebåter, utstyr til forskning, undervisning og opplæring, medisinske samlinger/museer osv.

Foruten sykehus og andre institusjoner, overdras eksempelvis laboratorier, røntgeninstitutter, ambulansetjeneste, pasienthotell, sykehotell, offentlig eide sykehusapotek, kjøkken og vaskeri. Alle funksjonene som det er naturlig å kategorisere under disse virksomhetene overdras, uansett hvorledes de er organisert og plassert rent fysisk, og selv om de er plassert i egne bygg eller utenfor selve sykehusområdet.

Hvilken tilknytningsform fylkeskommunen og kommunen har valgt for virksomheten er ikke avgjørende for at virksomheten overdras. Dersom for eksempel fylkeskommunen har organisert en institusjon som forvaltningsorgan eller eget rettssubjekt, får dette bare betydning for hvilke typer rettigheter som overdras, om det er eiendomsrett til selve institusjonen eller til eierandeler i et selskap eller foretak som eier institusjonen.

Bestemmelsens første ledd nest siste punktum fastsetter direkte at det ikke bare er realkapital eller formuesgjenstander som overdras. Også rettigheter og plikter etter ulike typer avtaler overdras. Det vil si at det regionale helseforetaket trer inn i fylkeskommunens eller kommunens rettigheter og plikter i alle typer kontraktsforhold som er knyttet til virksomheten. Det fremgår også at staten ikke er forpliktet til å yte særskilt godtgjørelse for virksomhetsovertakelsen. Det økonomiske oppgjøret skjer ved at fylkeskommunens og kommunens gjeld og andre forpliktelser knyttet til virksomhetene overdras til staten. Regjeringen vil komme tilbake til avgrensningen for dette i forbindelse med Kommuneproposisjonen og Statsbudsjettet for 2002, jf. drøftingene i 4.22.6.

Bestemmelsen fastsetter en meget vid overdragelse i og med at alt som fylkeskommunen på en eller annen måte har knyttet til virksomhetene overdras, for eksempel ansatteboliger, barnehaver, tomtearealer mv.

Første ledd tredje punktum innebærer en presisering av at også formuesposisjoner som i dag disponeres til universitets- og høyskoleformål, overdras til det regionale foretaket, men slik at de rettigheter og plikter som universiteter og høyskoler i dag har i forhold til fylkeskommunen, videreføres på uendrede vilkår, herunder at retten til å disponere lokaler øremerket for universitets- og høyskoleformål.

Avhengig av hvorledes den (fylkes)kommunale virksomheten er organisert, kan andre aktiva som ikke egentlig har noe med forvaltning av virksomheten å gjøre, være lagt inn under den. I slike tilfeller fastsetter bestemmelsens annet ledd at staten ikke har rett eller plikt til å overta formuesposisjoner som åpenbart ikke er knyttet til virksomheten. Forutsetningen er at det er rimelig at (fylkes)kommunen får beholde dem.

Universiteter og høyskoler beholder eiendomsretten til de aktiva de i dag er i, selv om disse befinner seg på sykehusets område. Det presiseres også at selve den universitets- og forskningsvirksomhet som universiteter og høyskoler i dag driver innenfor sykehusene, skal videreføres av undervisningsinstitusjonene på uendrede vilkår. Dette uendrede ansvaret for de statlige undervisningsinstitusjonene er det ikke nødvendig å fastsette i overgangsbestemmelsen - det følger direkte at overgangsbestemmelsen bare retter seg mot det

som staten ved de regionale helseforetakene skal overta fra fylkeskommunene.

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.

Merknad til nr. 7

Bestemmelsen i nr. 7 regulerer forholdet til fordringshavere og andre rettighetshavere til de forpliktelsene som overføres fra (fylkes)kommunene til staten ved de regionale helseforetakene. Den fastsetter at fordringshavere og andre rettighetshavere må akseptere overdragelsen, og at den får betydning for deres rettigheter. De kan ikke påberope seg overdragelsen som bristende forutsetning for rettsforholdet og må finne seg i at det regionale helseforetaket trer inn i de samme rettigheter og plikter som (fylkes)kommunen hadde tidligere, og at de selv får samme rettigheter og forpliktelser overfor det regionale helseforetaket.

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.

Merknad til nr. 8

Bestemmelsen i nr. 8 fastsetter at omregistrering av hjemmelsforhold knyttet til eiendeler, rettigheter mv. til offentlige registre skjer avgiftsfritt. Dette får blant annet betydning for overføring av hjemmel til (fylkes)kommunens faste eiendommer. Det påløper ikke tinglysningsgebyr eller dokumentavgift.

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.

Merknad til nr. 9

Som det fremgår av nr. 6, foreslås det at det skal treffes vedtak om statens overtakelse av formuesposisjonene ved lovvedtak. For å kunne gjennomføre overdragelsen, må det imidlertid foretas en konkretisering av hvilke enkeltstående formuesposisjoner som loven overdrar. I forbindelse med denne konkretiseringen vil det kunne oppstå tolkningsspørsmål. Dersom staten og den enkelte fylkeskommune ikke kommer til enighet om hva staten har rett og plikt til å overta etter nr. 6, skal spørsmålet avgjøres av en tvistenemnd dersom en av partene krever det. Det er ikke nødvendig å legge frem for nemnda mer enn de konkrete forhold det er uenighet om. Spørsmål som gjelder gjeldsovertakelsen, er unntatt fra nemndas kompetanse. Nemnda vurderer kun hva staten har rett og plikt til å overta, ikke hvilke regionale foretak som skal tre inn i posisjonene på statens vegne. Det besluttet av departementet som eier av de regionale helseforetakene.

For å sikre nemndas vurderinger legitimitet, fastsetter annet ledd at nemnda skal være partssammensatt.

Bestemmelsens fjerde ledd gir departementet adgang til å fastsette nærmere regler om nemndas virksomhet. Blant annet om nemnda skal ha sekretariat, mv.

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.

Merknad til nr. 10

Bestemmelsene fastslår at partene må bringe spørsmål om rekkevidden av statens rett og plikt til å overta virksomheter frem for tvistenemnda, jf. nr. 9, før saken eventuelt kan prøves for domstolene.

11. Klage over beslutninger truffet i medhold av denne loven, gir ikke oppsettende virkning for statens rettigheter og plikter etter nr. 6.

Merknad til nr. 11

Bestemmelsen fastslår at staten har rett til å overta virksomhetene som omfattes av reformen selv om f.eks. eiendomsretten til sykehus og rett og plikt til å tre inn i visse kontraktsforhold ennå ikke er avklart.

8 Merknader til de enkelte bestemmelsene som foreslås endret i andre lover (lov om helseforetak m.m. § 54)

8.1 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 22. juni 1962 nr. 12 om pensjonsordning for sykepleier

§ 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.

Merknad til § 1 første ledd første punktum

Bestemmelsen i § 1 første ledd første punktum er endret slik at pensjonsordningen også omfatter ansatte i statlig virksomhet, herunder regionale helseforetak og helseforetak etter lov om helseforetak m.m.

8.2 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 12. mai 1972 nr. 28 om atomenergivirksomhet

§ 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.

Merknad til § 49 første ledd første punktum

Hjemmelen i § 49 første ledd første punktum er utvidet til også å omfatte de regionale helseforetakene.

8.3 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd

§ 14 første ledd første punktum skal lyde:

Regionale helseforetak skal organisere sykehustjenesten slik at kvinnen innen *helseregion* til enhver tid kan få utført svangerskapsavbrudd, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a.

Merknad til § 14 første ledd første punktum

Bestemmelsen i § 14 første ledd første punktum er endret slik at plikten til å organisere sykehustjenesten slik at kvinner kan få utført svangerskapsavbrudd, påhviler de regionale helseforetakene og slik at plikten gjelder kvinner innenfor den enkelte helseregion. Henvisningen til spesialisthelsetjenesteloven er endret i tråd med endringene i spesialisthelsetjenesteloven.

8.4 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene

§ 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.

Merknad til § 1-4 femte ledd

Bestemmelsen i § 1-4 femte ledd er endret slik at kommunen i tillegg til fylkeskommune og stat, også plikter å samarbeide med regionale helseforetak.

§ 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.

Merknad til § 5-1 tredje ledd

Bestemmelsen i § 5-1 tredje ledd er endret slik at forskriftshjemmelen gjelder kommunens plikt til å dekke utgifter for pasienter som er ferdigbehandlet, men som oppholder seg i sykehus eid av regionale helseforetak eller av helseforetak.

8.5 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 21. juni 1985 nr. 78 om registrering av foretak

§ 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.

Merknad til § 2-1 første ledd nr. 10

Forslaget til endringer i § 2-1 første ledd nr. 10 fastslår at regionalt helseforetak og helseforetak er registreringspliktige.

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:

Merknad til innledningen til § 3-9 første ledd

Forslaget til endring i 3-9 første ledd fastslår hvilke opplysninger som skal registreres om regionalt helseforetak og helseforetak.

§ 3-9 nytt annet ledd skal lyde:

For helseforetak skal registeret dessuten inneholde opplysninger om hvilket regionalt helseforetak som eier foretaket.

Merknad til § 3-9 nytt annet ledd

Forslaget til § 3-9 nytt annet ledd fastslår at eier av helseforetak dessuten skal registreres.

§ 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*.

Merknad til § 4-4 bokstav a

Forslaget til endring i § 4-4 bokstav a fastslår at opprettelsesvedtaket skal ligge ved førstegangsregistreringen.

§ 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 helseforetaker* riktige.

Merknad til § 4-4 bokstav e første punktum

Forslaget til endring i § 4-4 bokstav e første punktum fastslår at revisorerklæring skal ligge ved førstegangsmeldingen om registrering.

**8.6 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 21.
juni 1985 nr. 79 om enerett til firma og andre
forretningskjennetegn**

§ 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.

Merknad til § 2-2 ellevte ledd

Forslaget til endringer i § 2-2 ellevte ledd fastslår hva firma for regionalt helseforetak og helseforetak skal inneholde.

**8.7 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 13.
desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.**

§ 2-4 Fylkeskommunens og det regionale helseforetakets ansvar skal lyde:

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.

Merknad til § 2-4

Bestemmelsen i § 2-4 er endret slik at det regionale helseforetaket er ansvarlig for at de oppgaver som spesialisthelsetjenesten er pålagt etter lovens 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.

Merknad til § 2-5 annet ledd første punktum

Bestemmelsen i § 2-5 annet ledd første punktum er endret slik at hjemmelen for departementet til å kreve opplysninger og meldinger og unntaket fra taushetsplikten, også gjelder overfor regionale helseforetak og helseforetak som utfører tjenester som omfattes av sosialtjenesteloven.

§ 6A-6 første ledd annet punktum skal lyde:

Statens spesialisthelsetjeneste skal bistå ved utformingen og gjennomføringen av tiltakene.

Merknad til § 6A-6 første ledd annet punktum

Bestemmelsen i § 6A-6 første ledd annet punktum er endret slik at det er statens spesialisthelsetjeneste som skal bistå ved utformingen 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.

Merknad til § 6A-7 første ledd annet punktum

Bestemmelsen i § 6A-7 første ledd annet punktum er endret slik at vedtaket også skal sendes statens spesialisthelsetjeneste.

§ 6A-10 annet ledd annet punktum skal lyde:

Rapporten sendes fylkesmannen, *statens spesialisthelsetjeneste*, verge eller hjelpeverge og pårørende.

Merknad til § 6A-10 annet ledd annet punktum

Bestemmelsen i § 6A-10 annet ledd annet punktum er endret slik at rapporten også skal sendes statens spesialisthelsetjeneste.

§ 6A-12 Regionalt helseforetaks plikter skal lyde:

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.

Merknad til § 6A-12

Bestemmelsen i § 6A-12 er endret slik at de regionale helseforetakene har ansvar for at spesialisthelsetjenesten har den nødvendige kompetansen og bemanning for å kunne yte forsvarlig bistand til kommunene ved vedtak etter dette kapitlet.

§ 6A-13 Statens spesialisthelsetjeneste skal lyde:

Reglene i dette kapitlet gjelder tilsvarende for ansatte i *statens spesialisthelsetjenesten* 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.

Merknad til § 6A-13

Bestemmelsen i § 6A-13 er endret slik at reglene i kapittel 6A gjelder tilsvarende for ansatte i statens spesialisthelsetjeneste når disse deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 6A-6. Etter bestemmelsens annet ledd kan statens spesialisthelsetjeneste treffe vedtak om bruk av tvang etter bestemmelsene i kapittel 6A som ledd i deres utførelse av oppgaver etter § 6A-6.

**8.8 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 26.
juni 1992 nr. 86 om tvangsfullbyrdelse og midlertidig sikring**

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 *lovom helseforetak m.m. § 5.*

Merknad til § 1-2 annet ledd

Forslaget til endringer i § 1-2 annet ledd er en følge av lovforslaget § 5 om at regionalt helseforetaks og helseforetaks eiendeler ikke kan være gjenstand for utlegg eller arrest og at det ikke kan åpnes konkurs eller gjeldsforhandlinger i regionalt helseforetak eller helseforetak. Forslaget gir overensstemmelse mellom tvangsfullbyrdesloven og lov om helseforetak m.m.

**8.9 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 5.
august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer**

§ 4-2 annet ledd skal lyde:

Vedtak etter første ledd skal gjøres av kommunelegen sammen med legen som det *regionale helseforetak* 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.

Merknad til §§ 4-2 annet ledd og 5-8 første ledd første punktum

Bestemmelsene i §§ 4-2 annet ledd og 5-8 første ledd første punktum er endret slik at det er det regionale helseforetaket som skal utpeke den legen som sammen med kommunelegen skal fatte vedtak etter § 4-2 første ledd og hastevedtak etter § 5-2.

§ 6-1 første ledd annet punktum skal lyde:

Smittevern hjelp er å anse som en del av rett til *nødvendighelsehjelp* fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, *jf. pasientrettighetsloven § 2-1 første og annet ledd.*

Merknad til § 6-1 første ledd annet punktum

I bestemmelsen i § 6-1 første ledd annet punktum er henvisningen til reguleringen av rett til nødvendig helsehjelp rettet, slik at det henvises til reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 første og annet ledd.

§ 7-3 Det regionale helseforetakets ansvar skal lyde:

Det regionale helseforetakets 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 tjenester 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.

Merknad til § 7-3

Ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester innen smittevernet er etter endringer i § 7-3 første ledd overført til de enkelte regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal etter bestemmelsen i annet ledd utarbeide en plan for tiltak og tjenester innenfor smittevernet. De regionale helseforetakene er etter bestemmelsens tredje ledd tillagt kompetansen til å utpeke en lege som skal fatte vedtak etter § 4-2 og § 5-8.

§ 7-11 Forskrifter om organisering, samarbeid, oppgaver, utgiftsfordeling og smittevernberedskap skal lyde:

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.

Merknad til § 7-11

Forskriftshjemmelen i § 7-11 er utvidet slik at den også omfatter de regionale helseforetakene.

**8.10 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 28.
februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven)**

§ 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 *regional helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1 a tredje ledd.*

Merknad til §§ 5-4 og 5-7 annet ledd

Bestemmelsene i §§ 5-4 annet ledd første punktum og 5-7 annet ledd er endret slik at stønad utbetales dersom legen/psykologen har driftsavtale med et regionalt helseforetak.

§ 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.*

Merknad til § 5-16 første ledd annet punktum

Bestemmelsen i § 5-16 første ledd annet punktum er endret slik at reiseutgifter dekkes dersom et medlem må reise i forbindelse med en helsetjeneste som dekkes av et regionalt helseforetak eller et helseforetak, enten som eier av virksomheten eller etter avtale med andre tjenesteytere. Bestemmelsen omfatter også helsetjenester som dekkes av et regionalt helseforetak etter spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 annet ledd.

§ 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.*

Merknad til § 5-20 første ledd

Bestemmelsen i § 5-20 er endret slik at den gjelder institusjoner som ikke inngår i de planene som de regionale helseforetakene skal utarbeide i henhold til helseforetaksloven § 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*.

Merknad til § 18-8 første ledd første punktum

Henvisningen i § 18-8 første ledd første punktum til helseinstitusjoner under fylkeskommunalt ansvar er strøket slik at bestemmelsen nå bare gjelder helseinstitusjoner under statlig ansvar.

8.11 Merknader til de enkelte bestemmelser som endres i lov 26. mars 1999 nr. 14 om skatt av formue og inntekt (skatteloven)

§ 2-30 bokstav g nytt nr. 7 skal lyde:

Regionalt helseforetak og helseforetak

Merknad til § 2-30 bokstav g nytt nr. 7

Endringen medfører at regionale helseforetak og helseforetak ikke blir skattepliktige.

8.12 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

§ 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.

Merknad til § 1-2 første ledd

Bestemmelsen regulerer lovens virkeområde. Departementet foreslår endringer i gjeldende § 1-2 første ledd ved at ordet «fylkeskommunen» tas ut. Ved statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten vil det være staten eller private som tilbyr eller yter spesialisthelsetjeneste.

Begrepet spesialisthelsetjeneste er viktig ved fastleggingen av lovens saklige virkeområde. Begrepet svarer ikke til et presist medisinsk begrep. Spesialisthelsetjeneste er et samlebegrep på den type helsetjenester man ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivå. Hva som er hensiktsmessig i denne sammenheng, vil kunne forandre seg over tid, både på grunn av den medisinske utvikling og endring i organisering av helsetjenestene. Oppgaver har i årenes løp blitt definert enten som spesialisthel-

setjeneste eller som primærhelsetjeneste og begrepet må derfor ses i sammenheng med den faktiske oppgavefordeling mellom nivåene. Videre vil lovens øvrige paragrafer bidra til å klargjøre hva som er spesialisthelsetjeneste. Etter forslaget overtar staten ansvaret for den spesialisthelsetjeneste som fylkeskommunen i dag er ansvarlig for, og som omtales nærmere i kapittel 2 i denne proposisjonen. Det vises til at departementet i tvilstilfelle kan benytte hjemmelen i § 1-2 annet ledd til i forskrift eller i det enkelte tilfelle å bestemme hva som er spesialisthelsetjeneste.

Bestemmelsen i fjerde ledd foreslås opphevet.

§ 2-1 Statens ansvar for spesialisthelsetjenester skal lyde:

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

Merknad til § 2-1

Forslaget om å overføre sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten innebærer at staten vil ha det overordnede ansvaret for å sørge for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjeneste. De regionale helseforetakene som opprettes etter lov om helseforetak m.m. blir pålagt å sørge for at befolkningen innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste, jf. lovutkastet § 2-1a. Statens overordnede ansvar innebærer blant annet at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter til å sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen innen sine helseregioner. Videre blir staten ansvarlig for å fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene og for å gi de regionale helseforetakene rammebetingelser som gjør det mulig for dem å iverksette disse målsettingene. Statens ansvar begrenses dog ikke til å legge til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne oppfylle sine forpliktelser. Staten har gjennom det overordnede ansvaret som fastslås i § 2-1, også et innholdsmessig ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller sine forpliktelser av juridisk og konstitusjonell karakter.

§ 2-1a De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester skal lyde:

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.

*Merknad til § 2-1a**Første ledd*

Bestemmelsen i gjeldende lov § 2-1 regulerer fylkeskommunens ansvar for å sørge for spesialisthelsetjeneste til personer med fast bopel eller oppholdssted i fylket. Det foreslås endringer i bestemmelsen som følge av at statens sektoransvar for spesialisthelsetjenesten utøves gjennom at staten oppretter regionale helseforetak som får ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste jf. forslag til lov om helseforetak m.m. § 1. Ordene «fylkeskommunen» og «fylket» i første punktum erstattes med «de regionale helseforetakene» og «helseregionen». Bestemmelsen i § 2-1a nr. 4 innebærer at fylkeskommunenes ansvar for å sørge for medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt overføres til de regionale helseforetakene. Bestemmelsen innebærer videre enkelte språklige endringer i forhold til gjeldende § 2-1 annet ledd. I § 2-1 a nr. 4 foreslås videre en materiell endring i forhold til gjeldende § 2-2, slik at ansvaret for luftambulansetjenesten legges til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene får etter § 2-1a et ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen får tilgang til nødvendige helsetjenester i henhold til overordnede helsepolitiske målsettinger og beslutninger. Dette innebærer at de regionale helseforetakene får et ansvar for å fremskaffe best mulig helsetjenester innen de tildelte ressurser i forhold til behovet i helseregionen. De regionale helseforetakene kan oppfylle plikten ved å yte helsetjenestene selv eller ved å inngå avtaler med andre tjenesteytere, for eksempel private helseinstitusjoner, private laboratorier og røntgeninstituttt eller privatpraktiserende spesialister jf. den foreslåtte bestemmelsen i § 2-1a tredje ledd. De regionale helseforetakene kan imidlertid ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig spesialisthelsetjenestetilbud. De regionale helseforetakene har ansvar for at helsetjenestetilbudet organiseres i samsvar med overordnede fordelingspolitiske mål. De må blant annet sørge for at de alminnelige prinsipper for prioritering av helsetjenester følges i helsetjenesten. Dette innebærer at pasientene gis lik tilgang til helsetjenester. Videre følger det av forsvarlighetsprinsippet og av forskrift 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp at de alvorligst syke skal prioriteres først. Dette er grunnleggende krav som må oppfylles uavhengig av hvordan de regionale helseforetakene velger å organisere tilbudet i helseregionen. Ved kjøp av tjenester vil de regionale helseforetakene ha en plikt til å ivareta at det ikke er kommersielle hensyn som styrer tilbudet på bekostning av kravet om forsvarlig virksomhet.

Annet ledd

Ved lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap er det vedtatt et nytt fjerde ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1, som fastsetter at fylkeskommunen plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i fylket. Bestemmelsen i forslaget til § 2-1a annet ledd innebærer at de regionale helseforetakene gis en tilsvarende plikt til å yte hjelp ved ulykker og akutte situasjoner i helseregionen som fylkeskommunene er pålagt etter den vedtatte bestemmelsen i nåværende § 2-1 fjerde ledd.

Tredje ledd

Etter gjeldende rett kan fylkeskommunen oppfylle sitt ansvar for å sørge for å befolkningen tilbys spesialisthelsetjeneste ved å yte tjenesten selv eller ved å inngå avtale med andre tjenesteytere. Av forslaget til endringer i tredje ledd følger at dette vil gjelde også i forhold til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakenes overordnede målsetting blir å fremskaffe best mulige helsetjenester for de tildelte ressurser basert på behovet i helseregionen. I valget mellom å tilby befolkningen statlige tjenester eller å inngå avtaler med private aktører om levering av tjenester, må det legges vekt på hvilke løsninger som på en mest mulig effektiv måte gir befolkningen tilbud om tjenester av tilstrekkelig høy kvalitet.

Fjerde ledd

Bestemmelsen innebærer en videreføring av nåværende § 2-1 femte ledd.

§ 2-1b Beredskapsplan skal lyde:

*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. § 2-1 a i denne lov. Beredskapsplanen skal samordnes med kommunenes, *fylkeskommunenes* og *de andre regionale helseforetakenes beredskapsplaner*.*

Merknad til § 2-1b

Bestemmelsen erstatter nåværende § 2-1a, som er vedtatt ved lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap. Det følger av bestemmelsen at fylkeskommunen skal utarbeide beredskapsplan for de tjenester fylkeskommunen skal sørge for etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Denne plikten følger også av lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-2. Bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven er tatt inn for å synliggjøre fylkeskommunens plikt. Tilsvarende bestemmelser er gitt i andre lover på helse- og sosialområdet. Forslaget til ny § 2-1b første punktum innebærer endringer i forhold til den vedtatte § 2-1a første punktum, slik at plikten til å utarbeide beredskapsplaner legges til de regionale helseforetakene. Ettersom de regionale helseforetakene etter forslaget skal organisere spesialisthelsetjenesten, er de nærmest til å utarbeide planer for hvordan det skal ageres ved ulykker og akutte situasjoner. Annet punktum medfører endringer i forhold til nåværende § 2-1b annet punktum ved at ansvaret for å samordne planene legges til de regionale helseforetakene.

§ 2-1c Bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner skal lyde:

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.

Merknad til § 2-1c

Bestemmelsen erstatter nåværende § 2-1b. Bestemmelsen er vedtatt ved lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap og pålegger fylkeskommunene, etter anmodning, å bistå hverandre ved kriser og andre akutte situasjoner. Bistandsplikten foreslås videreført i § 2-1c første ledd med de regionale helseforetakene som pliktsubjekt. I § 2-1c annet ledd videreføres bestemmelsen i nåværende § 2-1b annet ledd med språklige endringer, slik at det fremgår at oppgjør skal skje mellom de regionale helseforetakene.

§ 2-1d Det regionale helseforetakets adgang til å disponere helsepersonell i enkelte akutte situasjoner skal lyde:

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 redningsentral.

Merknad til § 2-1d

Bestemmelsen erstatter gjeldende § 2-1c, som er vedtatt ved lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap.

Første ledd

Forslaget innebærer endringer i forhold til nåværende § 2-1d første ledd ved at adgangen til å pålegge helsepersonell å utføre nærmere tilvist arbeid legges til det regionale helseforetaket, og at den omfatter helsepersonell som tjenestegjør i det regionale helseforetaket og de institusjonene det regionale helseforetaket eier.

Annet ledd

Forslaget innebærer en videreføring av nåværende § 2-1d annet ledd.

Merknad til § 2-2

Forslaget innebærer at bestemmelsen i gjeldende § 2-3 videreføres.

§ 2-3 Departementets bestemmelser om lands- og flerregionale funksjoner og markedsføring av spesialisthelsetjenester skal lyde:

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.

Merknad til § 2-3

Bestemmelsen innebærer endringer i forhold til gjeldende § 2-4. § 2-4 gir departementet myndighet til ved forskrift eller i det enkelte tilfellet å gi

bestemmelser om oppgaver for og oppgavefordeling mellom sykehus, anskaffelse og bruk av medisinsk-teknisk utstyr ved sykehus, bruk av metoder for undersøkelse og behandling ved sykehus og markedsføring av tjenester som omfattes av loven, herunder forbud mot visse former for markedsføring. Departementet foreslår å videreføre hjemmelen i nummer 1 når det gjelder lands- og flerregionale funksjoner og hjemmelen i nummer 4 om markedsføring av helsetjenester. Bestemmelsene gjelder både offentlige og private institusjoner.

Nr. 1

Bestemmelsen i gjeldende § 2-4 nr. 1 gir i prinsippet departementet hjemmel til å gi bestemmelser om funksjoner som ikke er høyspesialiserte. Med høyspesialiserte funksjoner menes landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og regionsfunksjoner. Kompetansesenterfunksjoner omfattes av begrepene landsfunksjoner og flerregionale funksjoner. Forslaget innebærer således en endring i forhold til gjeldende rett ved at departementet kun gis myndighet til å gi bestemmelser om lands- og flerregionale funksjoner. Dette innebærer at departementets styringshjemmel begrenses til funksjonsfordeling på tvers av de regionale helseforetakene, mens funksjonsfordeling innad i de regionale helseforetakene skjer gjennom de regionale helseforetakenes eierstyring og gjennom avtaler med private institusjoner. Når det gjelder funksjoner innad i de regionale helseforetakene, vises til at funksjonsfordelingen vil fremgå av de regionale helseforetakenes planer for virksomheten, jf. lov om helseforetak m.m. § 34 annet ledd annet punktum.

Bestemmelsen innebærer videre endringer i forhold til gjeldende rett ved at det ikke lenger fremgår at departementets myndighet er knyttet til funksjonsfordeling mellom «sykehus». Bestemmelsen vil kunne benyttes også til å styre funksjonsfordeling mellom andre helseinstitusjoner enn sykehus. Dette vil særlig kunne være aktuelt i forhold til psykiatriske institusjoner.

Nr. 2

Bestemmelsen innebærer en videreføring av bestemmelsen i gjeldende § 2-4 nr. 4.

§ 2-4 Ventelisteregistrering skal lyde:

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* offentlig institusjon, samt pasienters rett til selv å skaffe slik *helsehjelp*.
3. *regionale helseforetaksrapporteringsplikt* for aktivitetstall.

Merknad til § 2-4

Forslaget innebærer endringer i forhold til bestemmelsene i gjeldende § 2-5 nr. 1 og nr. 2 slik at disse ikke angir hvem som er pliktsubjekt. Dette vil reguleres i en eventuell forskrift.

Forslaget innebærer videre en endring i forhold til gjeldende § 2-5 nr. 3 ved at departementet gis hjemmel til å gi forskrift om «regionale helseforetaks» rapporteringsplikt for aktivitetstall, mens forskriftshjemmelen etter gjeldende rett gjelder fylkeskommunens rapporteringsplikt.

§ 2-5 Individuell plan skal lyde:

Det regionale helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Det regionale 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.

Merknad til § 2-5

Forslaget innebærer endringer i forhold til gjeldende § 2-6 ved at fylkeskommunens plikt etter første ledd første punktum til å utarbeide individuell plan legges til det regionale helseforetaket. Tilsvarende endring foreslås i første ledd annet punktum, slik at plikten til å samarbeide med andre tjenesteytere legges til det regionale helseforetaket.

§ 3-1 annet ledd

Regionale helseforetak skal utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen med tilsvarende plikt overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp.

Merknad til § 3-1 annet ledd

Forslaget innebærer at fylkeskommunenes plikt til å utpeke helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner som skal ha plikt til å yte øyeblikkelig hjelp overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp, overføres til de regionale helseforetakene. Videre foreslås endringer i ordlyden slik at det ikke lenger fremgår at det skal utpekes *minst en* helseinstitusjon eller avdeling i slik institusjon, men at det regionale helseforetaket skal utpeke «det nødvendige antall» helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner.

§ 3-5 Om deltakelse i undervisning og opplæring skal lyde:

De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, 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.

Merknad til § 3-5

Første ledd

Bestemmelsen i første ledd innebærer endringer i forhold til gjeldende rett, ved at plikten til å delta i undervisning og opplæring ikke lenger legges på den

enkelte helseinstitusjon. Dette innebærer også at private helseinstitusjoner ikke direkte i lovbestemmelsen gis plikt til å delta i undervisning og opplæring. Bestemmelsen innebærer at de regionale helseforetakene får ansvar for å sørge for at behovet for opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister i helseinstitusjonene dekkes i helseregionen. Dette må blant annet ses i forhold til føringer fra departementet i forbindelse med fordeling av stillinger i henhold til bestemmelsen om legefordeling i lovforslaget § 4-2. Videre vil de regionale helseforetakene etter bestemmelsen ha et ansvar for at det samlede undervisnings- og opplæringstilbudet innen helseregionen er av en kvalitet som sikrer at de grupper som har behov for undervisning og opplæring oppnår tilstrekkelig kompetanse.

Annet ledd

Det følger av bestemmelsen at departementet kan stille krav til undervisningens innhold og omfang. Bestemmelsen innebærer endringer i forhold til gjeldende rett, ved at private helseinstitusjoners plikt til å delta i undervisning og opplæring foreslås regulert gjennom forskriftsbestemmelser.

§ 3-10 Opplæring, etterutdanning og videreutdanning skal lyde:

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.

Merknad til § 3-10

Bestemmelsen i § 3-10 erstatter gjeldende § 2-7. Forslaget innebærer en videreføring av gjeldende rett med den justering at plikten pålegges virksomheten i stedet for eier.

§ 3-11 Om informasjon skal lyde:

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.

Merknad til § 3-11

Bestemmelsen i § 3-11 erstatter gjeldende § 2-8. Forslaget innebærer en videreføring av gjeldende rett med den justering at plikten pålegges helseinstitusjonen i stedet for eier.

§ 4-1 tredje ledd

Ved vurderingen av om godkjenningen skal gis, kan det blant annet legges vekt på om samfunnsmessige eller faglige hensyn taler for at helseinstitusjo-

nen 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.

Merknad til § 4-1 tredje ledd

I bestemmelsen gis en oversikt over hensyn som departementet kan legge vekt på ved vurderingen av om godkjenning skal gis. Formålet med bestemmelsen er å presisere hvilke hensyn som er relevante. Etter gjeldende § 4-1 tredje ledd fremgår det at departementet blant annet kan legge vekt på om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er tatt inn på «regional helseplan, jf. § 5-3...». Ordningen med regionale helseplaner opphører når staten overtar sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten. Etter lov om helseforetak § 34 skal de regionale helseforetakene utarbeide årlige meldinger om foretaket og foretakets virksomhet. Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende fire år. Forslaget innebærer en endring i ordlyden slik at det fremgår at det kan legges vekt på om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er omfattet av «planer utarbeidet av helseforetak, jf. lov om helseforetak § 34...».

§ 4-2 Legefordeling skal lyde:

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.

Merknad til § 4-2

Bestemmelsen erstatter gjeldende § 5-5. Etter gjeldende rett kan departementet fastsette årlige rammer for antall nye spesialistlegestillinger som kan opprettes ved institusjoner og tjenester som inngår i den enkelte regionale helseplan og antall nye driftsavtaler med privatpraktiserende spesialister som kan opprettes innen hver enkelt helseregion. Departementet fastsetter også rammer for nye spesialistlegestillinger som kan opprettes innen statlige institusjoner og tjenester. Antall nye stillinger innen statlige institusjoner og tjenester angis som en del av rammen til den aktuelle helseregion. Den videre fordeling av stillingene og avtalehjemlene foretas av de regionale helseutvalgene.

Forslaget innebærer endringer i forhold til gjeldende rett som følge av at de regionale helseforetakene, jf. utkastet § 2-1a, gis ansvar for å sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen i helseregionen.

Første ledd nr. 1

Etter gjeldende § 5-5 første ledd nr. 1 vil institusjoner som er inntatt på regional helseplan være omfattet av legefordelingsordningen. Det følger av bestemmelsen i § 5-3, jf. § 6-1, at institusjoner og tjenester som får dekket utgifter til drift og vedlikehold av fylkeskommunen, skal inntas i regional helseplan. Ettersom det vil være de regionale helseforetakene som inngår slike avtaler, foreslås endringer i bestemmelsen slik at det fremgår at helseinstitusjoner og helsetjenester som mottar tilskudd til drift og vedlikehold fra et regionalt helseforetak, vil være omfattet av ordningen. Videre foreslås at også helseinstitusjoner og helsetjenester som mottar tilskudd til drift og vedlikehold fra staten omfattes av ordningen. Etter gjeldende § 5-5 første ledd nr. 3 er statlige institusjoner og tjenester omfattet av ordningen. Denne bestemmelsen er blitt tolket slik at den omfatter institusjoner og tjenester som får dekket utgifter til drift og vedlikehold av staten. Ordlyden «institusjoner og tjenester» etter gjeldende rett foreslås endret til «helseinstitusjoner og helsetjenester».

Dersom helseforetakene inngår omfattende avtaler om kjøp av tjenester fra private tjenesteytere, vil de regionale helseforetakene kunne stille vilkår om at disse etterlever legefordelingsordningen.

Første ledd nr. 2

Forslaget innebærer en endring i forhold til ordlyden etter gjeldende § 5-5 første ledd nr. 2 som følge av at de regionale helseforetakene vil være part i avtaler om drift av privat spesialistpraksis.

Første ledd nr. 3

Bestemmelsen innebærer en videreføring av bestemmelsen i gjeldende § 5-5 nr. 3. Formuleringen statlige «institusjoner og tjenester» foreslås endret til statlige «helseinstitusjoner og helsetjenester».

Annet ledd

Forslaget innebærer endringer i forhold til gjeldende § 5-5 annet ledd første punktum ved at det fremgår at stillinger og avtalehjemler som nevnt i «første ledd» angis som en samlet ramme for hver enkelt helseregion. Dette medfører at også spesialistlegestillinger til statlige helseinstitusjoner og helsetjenester inngår i rammen. Bestemmelsen i annet punktum etter gjeldende rett foreslås derfor opphevet.

Tredje ledd

Forslaget innebærer endringer i forhold til gjeldende § 5-5 tredje ledd ved at myndigheten til å viderefordre stillinger legges til de regionale helseforetakene. Også bestemmelsen i annet punktum om at departementet kan sette vilkår for fordelingen innebærer en endring i forhold til gjeldende rett. Bestem-

melsen er tenkt benyttet blant annet dersom det i forhold til enkelte tjenesteytere oppstår et særlig behov for å sikre at disse tildeles stillinger.

Fjerde ledd

Forslaget innebærer en videreføring av bestemmelsen i gjeldende § 5-5 fjerde ledd.

§ 5-1 Pasientens bostedsregion skal lyde:

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 mottatt 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*.

Merknad til § 5-1

Bestemmelsen innebærer en videreføring av gjeldende § 6-5 om pasientens bostedsfylke, med den endring at forslaget regulerer pasientens bostedsregion mens gjeldende bestemmelse regulerer hva som skal regnes som pasientens bostedsfylke. Bestemmelsen må ses i sammenheng med bestemmelsen i § 5-2 om det økonomiske oppgjøret. Som følge av at de regionale helseforetakene får ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen i helseregionen, vil det økonomiske oppgjøret skje mellom de regionale helseforetakene. I forhold til bestemmelsene i § 5-2 vil det være avgjørende i hvilken helseregion pasienten hører til.

§ 5-2 Refusjonskrav mot det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal lyde:

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. § 2-1 a. 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 helseforetakene* 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.

Merknad til § 5-2

Bestemmelsen erstatter gjeldende § 6-6, som regulerer bostedsfylkets ansvar for dekning av behandlings- og forpleiningsutgifter. Bestemmelsene i § 6-6 videreføres med endringer som følge av at ansvaret for å dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene vil ligge på de respektive regionale helseforetakene, som er gitt i oppgave å sørge for at befolkningen innen sine helseregioner tilbys spesialisthelsetjeneste.

Første ledd

Bestemmelsene i første ledd innebærer at det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion gis det samme ansvar for dekning av behandlings- og forpleiningsutgifter som pasientens bostedsfylke har etter gjeldende rett. Det fremgår av første ledd at de regionale helseforetakenes behandlings- og forpleiningsutgifter skal dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion. Hvilken helseregion som er pasientens bostedsregion følger av § 5-1. Det følger av bestemmelsen i annet punktum at i de tilfelle det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion har benyttet seg av private tjenesteytere i Norge eller tjenesteytere i utlandet, jf. lovforslaget § 2-1a tredje ledd, vil det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion være ansvarlig for utgiftene. Etter tredje punktum skal også andre utgifter til gjennomføring av psykisk helsevern dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

Annet ledd

Forslaget innebærer at det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion får det samme ansvaret for dekning av utgiftene som pasientens bostedsfylke har etter gjeldende rett.

Tredje ledd

Forslaget innebærer en videreføring av bestemmelsen etter gjeldende § 6-6 tredje ledd.

Fjerde ledd

Etter forslaget gis det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion samme ansvar for dekning av utgifter til laboratorie- og røntgentjenester som pasientens bostedsfylke har etter gjeldende rett. Etter annet punktum skal de regionale helseforetakene gjøre kjent hvilke medisinske laboratorier og røntgeninstitutt de har avtale med. Dette tilsvarer fylkeskommunenes plikt etter gjeldende rett. I tredje punktum foreslås å videreføre departementets hjemmel til å gi forskrifter med nærmere bestemmelser om finansieringen.

Merknader til § 5-3

Forslaget innebærer at bestemmelsene i gjeldende § 6-7 videreføres.

Merknader til § 5-4

Forslaget innebærer at bestemmelsene i gjeldende § 6-8 videreføres.

§ 5-5 Pasienters egenbetaling skal lyde:

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*.

Merknad til § 5-5

§ 5-5 innebærer en videreføring av gjeldende § 6-9, med enkelte nødvendige justeringer i bestemmelsens nr. 3 som følge av overføring av sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten til staten.

Nr. 3

Forslaget innebærer at gjeldende § 6-9 nr. 3 første punktum videreføres med den endringen at det ikke lenger følger av bestemmelsen hvilken instans som i den enkelte sak avgjør om det skal kreves betaling av pasienten i henhold til en eventuell forskrift. Gjeldende § 6-9 nr. 3 annet punktum videreføres uten endringer. Som en følge av at det ikke lenger fremgår av bestemmelsen hvilken instans som i den enkelte sak avgjør om det skal kreves betaling av pasienten, oppheves bestemmelsene i gjeldende § 6-9 nr. 3 tredje og fjerde punktum.

§ 5-6 Innhenting av driftsopplysninger skal lyde:

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

Merknad til § 5-6

§ 5-6 innebærer en videreføring av bestemmelsen etter gjeldende § 6-2 fjerde ledd med en endring i ordlyden, slik at det presiseres at departementet kan kreve fremlagt opplysninger som omtalt kun fra offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste. Det følger av Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. at gjeldende bestemmelse kun er ment å omfatte offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste.

Merknad til § 6-1

Forslaget innebærer at bestemmelsene i gjeldende § 7-1 videreføres.

Merknad til § 6-2

Forslaget innebærer at bestemmelsene i gjeldende § 7-2 videreføres.

§ 6-3 Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten skal lyde:

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.

Merknad til § 6-3

§ 6-3 innebærer en videreføring av gjeldende § 7-4, med enkelte justeringer. Veiledningsplikten er etter § 7-4 pålagt helsepersonell som er ansatt i offentlige helseinstitusjoner og helsepersonell som mottar tilskudd fra fylkeskommunen. Som følge av at de offentlige helseinstitusjonene etter forslaget vil være eid av staten, foreslås ordlyden «offentlige helseinstitusjoner» endret til «statlige helseinstitusjoner». Videre foreslås endringer i ordlyden slik at veiledningsplikten pålegges helsepersonell som mottar tilskudd fra «regionale helseforetak» til sin virksomhet.

§ 7-1 Pålegg skal lyde:

Dersom helsetjenester som omfattes av denne loven drives på en måte som er i strid med loven eller bestemmelser gitt i medhold av den, og driften antas å kunne ha skadelige følger for 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.

Merknad til § 7-1

§ 7-1 erstatter gjeldende § 8-1. Forslaget innebærer endringer i forhold til tredje ledd første punktum etter gjeldende rett, ved at det foreslås at pålegg etter første ledd skal kunne påklages eller omgjøres uten klage «av det departementet Kongen bestemmer».

Merknad til § 8-1

Forslaget innebærer en videreføring av gjeldende § 9-1.

Merknad til § 8-2

Forslaget innebærer en videreføring av gjeldende § 9-2.

§ 8-3 Pasienter i privat forpleining under det psykiske helsevernet skal lyde:

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.

Merknad til § 8-3

Bestemmelsen slår fast at de regionale helseforetakene plikter å opprettholde privatforpleining som deltjeneste. Dette betyr at forpleiningskontrakter som ble inngått mellom fylkeskommunene og private forpleiere med hjemmel i lov om psykisk helsevern 28. april 1961 nr. 2, fortsatt skal gjelde, men slik at ansvaret for kontraktene overtas av de regionale helseforetakene. Bestemmelsen er ikke til hinder for at pasienter som befinner seg i privat forpleining kan motta tjenester fra kommunene. De regionale helseforetakene og kommunene står også fritt til å samarbeide om en overføring av pasienter under privat forpleining til kommunal omsorg i overgangsperioden.

Forslaget innebærer for øvrig at bestemmelsene i gjeldende § 9-3 annet og tredje ledd videreføres uten endringer.

Merknad til § 8-4

Forslaget innebærer en videreføring av gjeldende § 9-4.

8.13 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

§ 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.

Merknad til § 3-11 første ledd

Bestemmelsen i § 3-11 første ledd bokstav a er endret slik at overføring mellom institusjoner under samme regionale helseforetak ikke omfattes av klageordningen.

§ 5-2 Vedtak om behandlingsansvaret skal lyde:

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.

Merknad til § 5-2

Bestemmelsen i § 5-2 er endret slik at myndigheten til å avgjøre hvilken institusjon som skal ha ansvaret for å ta imot personer som dømmes til psykisk helsevern, ligger til det regionale helseforetaket i domfeltes bostedsregion.

Videre er bestemmelsen i annet ledd endret slik at ansvaret for at det tvungne psykiske helsevernet settes i verk umiddelbart etter at dommen er rettskraftig, legges til det regionale helseforetaket.

8.14 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

§ 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.

Merknad til § 2-1 fjerde ledd

Pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd er endret slik at retten til helsehjelp gjelder andre tjenesteytere i den utstrekning regionale helseforetak eller helseforetak har inngått avtale med dem.

§ 8-2 første ledd første punktum skal lyde:

Staten skal sørge for at det er et pasientombud i hvert fylke.

Merknad til § 8-2 første ledd

Bestemmelsen i § 8-2 første ledd er endret slik at ansvaret for pasientombudsordningen overføres fra fylkeskommunene til staten. Etter denne bestemmelsen skal staten sørge for at det er et pasientombud i hvert fylke. Det er ikke gjort endringer i pasientombudets arbeidsområde.

8.15 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

§ 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.

Merknad til § 18 første ledd første punktum

Bestemmelsen i § 18 første ledd første punktum er endret slik at helsepersonells melding skal gis til kommune/fylkeskommune eller regionalt helseforetak.

8.16 Merknader til de enkelte bestemmelsene som endres i lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap

§ 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.

Merknad til § 1-3 første ledd

I § 1-3 første ledd bokstav c er regionalt helseforetak tilføyd under oppstillingen av de myndigheter/organer som ved lov er pålagt å sørge for et tilbud av tjenester og som private eventuelt kunne hatt avtale med.

§ 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.

Merknad til § 2-2 første ledd første punktum

Bestemmelsen i § 2-2 første ledd første punktum er endret slik at også de regionale helseforetakene har plikt til å utarbeide beredskapsplaner for de helse-tjenester 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.

Merknad til § 5-1 annet punktum

Bestemmelsen i § 5-1 annet punktum er endret slik at departementet også har fullmakt til ved kriser og katastrofer, å stille ressursene i virksomheter omfattet av loven til disposisjon for regionale helseforetak.

§ 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.

Merknad til § 6-1 annet ledd

§ 6-1 annet ledd er endret slik at departementet også kan pålegge regionale helseforetak å yte hel eller delvis refusjon av utgifter etter første ledd.

Sosial- og helsedepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag 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 målsettinger 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 kan 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 eller yter 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 tjenestetvister 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

Styret selv i regionalt helseforetak kan treffe 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. Vedtektene 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 forsvarlig 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, valgmåten 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 møtelederens 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 ansettelse 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 låneopp- tak.

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 forbindelse 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 avvendes 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 samvar 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 dens 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 medkontrahenten 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 revisor 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.

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 kreditorerne 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 registrerin-

gen, 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 byggearbeider ved private sykehus som har inngått i en regional helseplan og har mottatt tilskudd til drift og vedlikehold fra en fylkeskommune dersom:

- a) byggearbeider anslått til samlet mer enn 50 millioner kroner er godkjent av departementet før lovens ikraftsetting, eller
- b) byggearbeider 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 spesialisthelsetjenestene 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 rusmiddelmissbrukere 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 oreigning 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 sykehustjenesten slik at kvinnen innen *helseregion* 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. lovom 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 helseforetaker* 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 utformingen 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 helseforetaksplikter

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 spesialisthelsetjenesten* 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:

Smittevernhjelp er å anse som en del av rett til *nødvendighelsehjelp* 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 tjenester 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 *regional helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1 a 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:

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 ny § 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 ny § 2-1 b 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. § 2-1 a i denne lov. Beredskapsplanen skal samordnes med kommunenes, fylkeskommunenes og de andre regionale helseforetakenes beredskapsplaner.

Nåværende § 2-1b blir ny § 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 redningsentral.

Nåværende § 2-2 oppheves.

Nåværende § 2-3 blir ny § 2-2.

Nåværende § 2-4 blir ny § 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 ny § 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* offentlig institusjon, samt pasienters rett til selv å skaffe slik *helsehjelp*, og
- 3. *regionale helseforetaks* rapporteringsplikt for aktivitetstall.

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

§ 2-5 Individuell plan

Det regionale helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. *Det regionale 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.

§§ 2-7 og 2-8 oppheves.

§ 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, lærlinger, 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 og 6-3 oppheves.

Nåværende § 6-5 blir ny § 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 mottatt 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 ny § 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. § 2-1 a. 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 helseforetakene* 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 ny § 5-3.

Nåværende § 6-8 blir ny § 5-4.

Nåværende § 6-9 blir ny § 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 oppebærer 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 ny § 6-1.

Nåværende § 7-2 blir ny § 6-2.

Nåværende § 7-4 blir ny § 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 ny § 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 Ikrafttredelse, overgangsbestemmelser, endringer i andre lover m.m.

Nåværende § 9-1 blir ny § 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 kontrollkommissjonens 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, regio-

- nalt 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.
