

Møte torsdag den 27. mai kl. 13.35

President: J o r u n n R i n g s t a d

D a g s o r d e n (nr. 31):

1. Innstilling fra sosialkomiteen om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
(Innst. O. nr. 65 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 10 (1998-99))
2. Referat

S a k n r . 1

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Innst. O. nr. 65 (1998-99), jf. Ot.prp. nr. 10 (1998-99))

Presidenten: Etter ynske frå sosialkomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir avgrensa til 1 time og 40 minutt, og at taletida blir fordelt slik på gruppene:

Arbeidarpartiet 35 minutt, Framstegspartiet 15 minutt, Kristeleg Folkeparti 15 minutt, Høgre 15 minutt, Senterpartiet 5 minutt, Sosialistisk Venstreparti 5 minutt, Venstre 5 minutt og Tverrpolitisk Folkevalde 5 minutt.

Vidare vil presidenten foreslå at det blir gitt høve til replikkordskifte på inntil fem replikkar med svar etter innlegg frå medlemmer av Regjeringa.

Vidare blir det foreslått at dei som måtte teikne seg på talarlista utover den fordelte taletida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

– Det blir sett som vedteke.

Are Næss (KrF) (ordfører for saken): Det lovforslag som Odelstinget i dag behandlar, skal erstatte sykehusloven og de organisatoriske bestemmelsene i lov om psykisk helsevern. Loven innebærer i stor grad en videreføring og modernisering av gjeldende rett, men inneholder også flere viktige endringer. Komiteen har sett det som positivt at loven skal omfatte hele spesialisthelsetjenesten, noe som er med på å understreke at psykisk helsevern ikke representerer en særomsorg innen helsevesenet.

Lovforslaget må ses i sammenheng med forslaget til felles lov om helsepersonell, som allerede er behandlet av Odelstinget, og forslagene til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern og lov om pasientrettigheter. Det er viktig at disse fire store helselovene er samordnet, og komiteen har derfor funnet det rett at de blir behandlet samtidig, slik at de lettere kan ses i sammenheng.

Under komiteens arbeid med spesialisthelsetjenesteloven har Sørensen-utvalget, som vurderte tilknytningsformer for offentlige sykehus, lagt frem sin utredning. Et flertall i komiteen ville gjerne lagt konklusjonen fra dette utvalget til grunn også for behandling av spesialisthelsetjenesteloven på dette området, men dette ville da ha ført til en utsettelse av lovbehandlingen. Komiteen ber derfor Regjeringa komme til Stortinget så snart råd er, med forslag til tilknytningsformer for sykehusene bygd på Sørensen-utvalgets utredning.

Et flertall i komiteen, bestående av Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og SV, stiller seg imidlertid i en merknad kritisk til å omgjøre offentlige sykehus til aksjeselskap.

Lovforslaget følger opp vedtak fattet av Stortinget, spesielt Stortingets behandling av St.meld. nr. 50 for 1993-94, Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste, og St.meld. nr. 24 for 1996-97, Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste, samt forslag i NOU 1997:2, Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. De fleste høringsinstansene har vært positive til den revisjon og samordning av regelverket som er foretatt i lovproposisjonen.

Komiteens tilråding følger proposisjonen. Det foreligger dessuten seks mindretallsforslag, som gjenspeiler de ulike politiske syn på spesialisthelsetjenestens organisasjon, og som vil bli tatt opp av representanter for de respektive partier.

Spesialisthelsetjenesten er ikke et medisinsk begrep, men en samlebetegnelse for den helsetjeneste som en ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivå. Etter gjeldende rett er lovens virkeområde knyttet opp til bestemte oppregnede institusjoner og tjenester, mens virkeområdet i den nye loven er definert gjennom spesialisthelsetjenestebegrepet, som omfatter de tjenestene som fylkeskommunene i dag har plikt til å yte etter sykehusloven og lov om psykisk helsevern. Komiteen er enig i at dette er hensiktsmessig.

De overordnede siktemål med loven er presisert i formålsparagrafen. Lovens formål er særlig å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming, bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, bidra til et likeverdig tjenestetilbud, til at ressursene utnyttes best mulig, og til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov og blir tilgjengelig for pasientene. Komiteen ser det som viktig at formålene er likeverdige.

Når ikke annet følger, gjelder loven for spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes i riket av fylkeskommunen, staten og private. Ansvarsfordeling og generelle oppgaver er beskrevet i lovens kap. 2. Det er fylkeskommunen som har ansvar for å sørge for et forsvarlig tilbud av spesialisthelsetjenester, samtidig som den ikke nødvendigvis selv behøver å være tjenesteyter. Slik skiller loven i sterkere grad enn gjeldende rett mellom fylkeskommunen som ansvarlig for at tjenestetilbudet finnes, og som tjenesteyter.

Når det gjelder luftambulansetjenesten, er statens ansvar for denne videreført i ny lovtekst, idet Luftambulansutvalgets utredning er til høring. Komiteen finner det riktig at eventuelle endringer blir lagt frem for Stortinget etter at høringsprosessen er avsluttet.

Plikten til at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven, skal være forsvarlige, er et grunnprinsipp som svarer til bestemmelsene i helsepersonelloven, hvor samme plikt stilles til den enkelte utover. Kristelig Folkeparti vil legge betydelig vekt på forsvarlighetsbegrepet som en grunnpilar i helsetjenesten. Plikten til forsvarlighet understreker et kvalitetskrav som sikrer befolkningen en god standard på helsetjenestene. For-

(Næss)

svarlighetskravet innebærer også at eier av og ledelsen ved f.eks. et sykehus har et ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Forsvarlighet er et nøkkelbegrep i forholdet mellom helsevesen og pasient og skal sikre tilliten til helsevesenet.

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud vil også ha nytte av den foreslåtte plikten til utarbeidelse av individuelle planer for slike pasienter. Jeg ser det som vesentlig at det her er lagt opp til et samarbeid med andre tjenesteytere, slik at planen skal bidra til et helhetlig tilbud til pasientene. Tverrfaglighet er et nøkkelord også i denne sammenheng. Det er også viktig og positivt at det nå innføres en bestemmelse om opplæring, etterutdanning og videreutdanning av helsepersonell.

Kravet til forsvarlighet står også sentralt i § 3-9, Ledelse i sykehus, hvor det ikke stilles et generelt krav til kompetanse for ledere av sykehusavdelinger, men presiseres at dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere. Bestemte kvalifikasjonskrav kan departementet stille i forskrift.

Et flertall i komiteen støtter forslaget i § 5-5 om at departementet hvert år kan fastsette antall nye spesialistlegestillinger innen hver medisinsk spesialitet ved institusjoner og tjenester som inngår i de regionale helseplanene, samt antall nye hjemler for driftsavtaler om privat spesialistpraksis innen regionene og antall nye spesialistlegestillinger innen hver spesialitet innen de statlige institusjoner og tjenester. Etter Kristelig Folkepartis oppfatning er dette nødvendige reguleringsiltak for å hindre overetablering av leger i sentrale strøk og for å sikre et mer likeverdig helsetilbud til alle innbyggere i landet, uansett bosted.

Utgangspunktet for lovforslaget er å sikre en forsvarlig spesialisthelsetjeneste. På denne bakgrunn er det foreslått noen reguleringer av organisatoriske og ledelsesmessige forhold, bl.a. gjennom forslag om én ansvarlig leder på alle nivå i sykehus, samtidig som det er funnet riktig på noen punkter å fremheve legers særskilte posisjon, kfr. forslag om medisinskfaglig rådgiver og om pasientansvarlig lege. For øvrig er det ikke foreslått omfattende reguleringer av organisatoriske forhold. Vi ser vel alle at så vel den politiske og samfunnsmessige som den medisinsk-teknologiske utvikling i fremtiden vil kunne føre til sterke krav til omstillinger og tilpasninger av virksomheten. Etter Kristelig Folkepartis mening balanserer forslaget til lov om spesialisthelsetjenesten disse hensyn på en god måte, og jeg anbefaler komiteens innstilling.

Gunhild Øyangen (A): Odelstinget skal i dag vedta en viktig og omfattende lov om spesialisthelsetjenesten til erstatning for dagens sykehuslov. Lovarbeidet har vært forberedt av to regjeringer og har vært grundig behandlet i komiteen. I Arbeiderpartiet mener vi at spesialisthelsetjenesten får et moderne og oppdatert lovverk som også inneholder en viss fleksibilitet, som et helsevesen i stadig endring har behov for.

Det er også et viktig poeng at den nye loven skal omfatte hele spesialisthelsetjenesten, ved at den også erstatter de organisatoriske bestemmelsene i lov om psykisk helsevern. På denne måten understreker lovgiver at psykisk helsevern ikke er en særomsorg innen helsetjenesten, men en integrert del av det norske helsevesen.

Parallelt med at sosialkomiteen har arbeidet med den nye loven for sykehusene, har et regjeringsoppnevnt utvalg vurdert helt sentrale spørsmål om sykehusenes styring og framtidige tilknytningsform. For helhetens skyld hadde det vært klart ønskelig om Stortinget kunne behandlet de prinsipielle sidene ved tilknytningsform i sammenheng med den foreliggende innstillingen.

Jeg vil derfor sterkt understreke at Regjeringen må komme til Stortinget med forslag til tilknytningsform for sykehusene bygd på Sørensen-utvalgets utredning.

Spørsmålet om sykehusenes tilknytningsform er satt på spissen ved at Høyre-byrådet i Oslo ønsker å omdanne sykehusene Ullevål og Aker til aksjeselskaper. Sykehusene er landets største og tredje største og utgjør en meget vesentlig del av det norske helsetilbudet. Hvordan Oslo velger å organisere sine sykehus, er ikke en kurant sak som kun angår Oslo, men en viktig nasjonal sak som må ses i sammenheng med oppfyllelse av nasjonale helsepolitiske målsettinger.

Jeg blir sterkt betenkt og overrasket dersom et knappest mulig flertall i Oslo prøver å presse fram en aksjeselskapsløsning for store deler av vårt helsevesen før den nye loven vi nå behandler, har trådt i kraft. Det vil ikke minst sette Kristelig Folkeparti i Oslo i et merkelig lys.

Det er derfor viktig å merke seg at et flertall i sosialkomiteen, og dermed i Stortinget, så klart stiller seg kritisk til å omgjøre offentlige sykehus til aksjeselskap. Jeg vil særlig trekke fram flertallets begrunnelse at kombinasjonen fritt sykehusvalg og store sykehus i sentrale strøk som organiserer seg som aksjeselskaper, innebærer en betydelig fare for sentralisering av spesialisthelsetjenesten.

Flertallet varslor for øvrig at man vil komme tilbake til eierstruktur og eierform i forbindelse med behandlingen av Sørensen-utvalgets utredning. Et bredt flertall mener at tilknytningsform kan ha betydning for å nå de overordnede helsepolitiske mål.

Fra Arbeiderpartiets side forutsetter vi at helseministeren på bakgrunn av sosialkomiteens innstilling sørger for at ingen offentlige sykehus omdannes til aksjeselskap før Stortinget har behandlet saken på et prinsipielt grunnlag. Med den godkjenningensordning som foreslås i loven, og de klare komitemerknader som foreligger, har helseministeren nødvendig verktøy og mandat for å sikre de nasjonale helsepolitiske interesser.

Jeg vil be om at helseministeren klargjør om vi nå kan regne med at Regjeringen setter en stopper for det råkjøret det politiske flertall har lagt opp til når det gjelder å omdanne to av landets største sykehus til aksjeselskap. Kommuneforbundet, Sykepleierforbundet, YS, AF og andre organisasjoner har gått imot en slik omdanning, og jeg tror mange velgere ønsker et klart svar på hva Regjeringen og Kristelig Folkeparti akter å gjøre i denne saken.

Jeg finner det naturlig at det blir stilt spørsmål om det i forlengelsen av AS-dannelser foreligger motiver eller planer om å gå videre med salg eller delsalg av offentlige sykehus. Fra Arbeiderpartiets side er vi derfor svært tilfreds med at et bredt flertall i denne innstillingen understreker fortsatt fylkeskommunalt eierskap for de offentlige sykehusene, og at det dermed er uaktuelt med salg av slike sykehus.

Arbeiderpartiets overordnede helsepolitiske målsetting er at hele befolkningen skal ha lik tilgang til viktige helsetjenester uavhengig av økonomi, sosiale forhold og bosted. Likeverdigheten sikres best gjennom et sterkt og solidarisk offentlig helsevesen over hele landet. Det er den enkelte lidelses alvorlighet og ikke den enkeltes økonomi som skal avgjøre når pasienter skal få behandling.

Utfordringene i helsevesenet er fortsatt store. Mange gode reformer er foreslått av både tidligere arbeiderparti-regjeringer og sentrumsregjeringen. Men det gjenstår fortsatt mye ugjort når det gjelder en bedre organisering av våre sykehus. Så langt jeg har hatt anledning til å gå inn i Sørensen-utvalgets innstilling, synes det som om gode analyser er foretatt. Dessverre stemmer det godt med inntrykket en generelt har fått, når utvalget peker på at sykehusledelsen har et uklart mandat til å styre sykehusene, at ledelsen mangler normal myndighet i personellspørsmål, at tilgangen på investeringsmidler ofte er tilfeldig, og at sykehusledelsen lett blir utsatt for inngrep i den daglige driften. Erfaringene med dagens styring tyder på at ledelsen må gis et klarere og mer langsiktig oppdrag til å styre sykehusene. Styringen preges dessuten av mangelfull avklaring av statens og fylkeskommunens rolle som overordnet styringsorgan.

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

Den interne organiseringen ved sykehusene har lenge vært preget av fragmentering, uoversiktighet og profesjonsstrid. Den nye loven som skal vedtas i dag, innebærer betydelige forbedringer når det gjelder organisering. Arbeiderpartiet vil understreke viktigheten av at det nå blir innført enhetlig ledelse med én ansvarlig leder på hvert nivå ved sykehusene, og at det skal være lederkvalifikasjoner og ikke profesjonstilhørighet som skal være avgjørende for lederansettelser.

Det er verdt å merke seg at en samlet komite mener det må stilles krav til alle sykehus om effektiv styring og ledelse og klare ansvarsforhold. En enstemmig komite peker på at mange pasienter i dag opplever lite forutsigbarhet i forhold til når de kan forvente behandling og hva behandlingen skal gå ut på, og at mange pasienter opplever at operative inngrep gjentatte ganger blir utsatt eller avlyst. Komiteen mener informasjonsrutinene og den interne organiseringen ved sykehusene må bli vesentlig be-

dre, slik at syke mennesker blir vist respekt ved at de får tilstrekkelig informasjon om de helsetjenestene de har utsikt til å få.

Den alvorlige kritikken som altså en enstemmig komite stiller seg bak, krever at noe gjøres. Det er derfor etter mitt syn nødvendig at vi i lov om pasientrettigheter ser til at pasientene får oppleve større forutsigbarhet og bedre informasjon om den hjelp de har i sikte.

Arbeiderpartiet legger også meget stor vekt på bedre arbeidsdeling mellom sykehusene. De regionale helseutvalgene for samarbeid og funksjonsfordeling mellom sykehusene er derfor viktige. Gjennom godkjenning av de regionale helseplanene har departementet et verktøy til å sikre en funksjonsdeling som bidrar til å øke effektiviteten og ikke minst styrke de faglige miljøene og heve kvaliteten på tjenestene. Øvelse gjør mester, og alle kan ikke gjøre alt. Jeg tror at stadig mer kunnskapsrike pasienter i framtiden vil etterspørre kvalitet i langt sterkere grad enn hittil. Fritt sykehusvalg vil også kunne bidra til større konkurranse mellom sykehusene og forhåpentligvis bidra til å bedre kvaliteten på tjenestene.

Pasienten er gjennom tidligere reformer satt først – gjennom innføring av 30 dagers vurderingsgaranti, tre måneders behandlingsgaranti for alvorlige lidelser og rett til fritt sykehusvalg innen helseregionen. I forlengelsen av dette innebærer loven at det nå også innføres en ordning med pasientansvarlig lege ved sykehusene, som vil gi den enkelte pasient større trygghet og forutsigbarhet gjennom hele behandlingsperioden.

Det er klargjørende at det i loven er tatt inn en bestemmelse som uttrykker hva som er sykehusenes oppgaver, nemlig pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Når det gjelder utdanning av helsepersonell, er det viktig å merke seg at det foreslås en utvidelse av opplæringen som helseinstitusjonene plikter å delta i, til også å omfatte helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister. I forlengelsen av institusjonenes plikt til å delta i opplæring mener Arbeiderpartiet at det er naturlig å vurdere om privatpraktiserende leger, kliniske psykologer og fysioterapeuter med offentlig driftsavtale også bør bistå i opplæring av nytt helsepersonell.

En viktig utfordring nå er å gi de enkelte sykehus større frihet og fleksibilitet i hvordan oppgavene skal løses, men likevel slik at man lokalt ikke undergraver nasjonale helsepolitiske målsettinger. Den foreliggende loven vil gi fylkeskommunene et moderne og mer fleksibelt system som setter sykehuseierne bedre i stand til å møte pasientenes behov i et samfunn i rask og omfattende endring.

Til slutt vil jeg ta opp de forslagene som er fremmet av Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Presidenten: Representanten Gunhild Øyangen har teke opp dei forslaga ho refererte til.

John I. Alvheim (Frp): La meg starte med å takke saksordføreren for en ryddig og god fremstilling av den

foreliggende innstilling, og la meg også koste på meg å gratulere helseministeren og regjeringsfraksjonen med at lovproposisjonen gjennom behandlingen i komiteen ikke har avstedkommet et eneste flertallsforslag til endring av lovteksten.

La meg imidlertid oppriktig få uttrykke at det ikke er grunn til å gratulere fremtidige brukere av spesialisthelsetjenesten og heller ikke fagekspertisen i våre sykehus med den foreliggende innstilling. En skriver ikke fremtidsrettet helsepolitisk historie med den foreliggende innstilling.

Det er etter mitt skjønn én hovedgrunn til at flertallsfraksjonen, bestående av Arbeiderpartiet og regjeringspartiene, ikke har endret en eneste lovparagraf, nemlig at både nåværende helseminister og forrige helseminister begge er faddere til lovproposisjonen. På grunn av dette tosidige fadderskap synes det for meg som det har vært et godt samarbeid mellom Arbeiderpartiet og regjeringspartiene under behandlingen av lovproposisjonen i komiteen. Regjeringspartiene og Arbeiderpartiet synes fortsatt mer opptatt av politisk detaljstyring av vårt offentlige helsevesen enn av pasientenes rettigheter og sykehusenes behov for sterkere fristilling og forutsigbar finansiering.

Jeg er ikke overrasket over at Arbeiderpartiets styringsiver i helsepolitikken så sterkt kommer til uttrykk i den foreliggende innstilling, men jeg er virkelig både overrasket og til dels sterkt skuffet over Kristelig Folkeparti, som tidligere har hatt visse tilløp til nytenkning innen vårt helsevesen de seneste år, en nytenkning som etter min vurdering er fraværende i foreliggende innstilling. Kristelig Folkeparti går i innstillingen i spann med det styringskåte Senterpartiet, KS og fylkeskommunene, og de to sistnevnte har jo ikke gjort seg særlig positivt bemerket de seneste år når det gjelder å ivareta brukernes interesser i spesialisthelsetjenesten. KS og fylkeskommunene er livredde for brukermedvirkning og spesielt engstelige for at brukerne skal få juridiske rettigheter i forhold til vårt offentlige helsevesen. Flertallet anfører i sin merknad på side 15 andre spalte at de stiller seg kritiske til å omdanne offentlige sykehus til AS. Dette kan forpurre Oslo kommunes vedtak om å omdanne Ullevål og Aker sykehus til AS. Her vil Fremskrittspartiet love kamp.

KS og fylkeskommunene har også ifølge proposisjonen effektivt forhindret at Statens helsetilsyn fikk sterkere sanksjonsmuligheter i form av å gi døgnbøter eller foretaksstraff. Dette til tross for at en enstemmig sosialkomite under budsjettbehandlingen i 1998 så behov for å utvide og styrke Statens helsetilsyns sanksjonsmuligheter ved brudd på sykehusloven og bad departementet vurdere dette.

Den foreliggende innstilling vil ikke forhindre fremtidige profesjonskonflikter, da verken organisasjons- eller ledelsestrukturen i sykehusene er tilstrekkelig avklart i proposisjonen eller innstillingen. De samme krav til faglig forsvarlighet som ble pålagt helsepersonell i helsepersonelloven, stilles ikke til sykehuseier og -driver i foreliggende innstilling. En skikkelig og fornuftig diskusjon om systemansvar kontra personansvar er lite omtalt både

i proposisjonen og i flertallsmerknadene. Den interne organisering og ledelse er overlatt til den enkelte sykehuseier, slik at striden om lederjobber fortsatt vil vedvare. Slik Fremskrittspartiet ser det, må det være uomtvistelig at den som har det medisinske ansvaret for pasientens behandling, også må ha myndighet, dvs. instruksjonsmyndighet over alt annet helsepersonell i sykehuset.

Det åpnes imidlertid i loven for at to- eller flerdelte ledelse kan aksepteres, og i denne sammenheng konstrueres det en helt ny fagtittel, nemlig medisinskfaglig rådgiver, som skal kunne gi råd til ikke-faglig leder også ved kliniske avdelinger. Den medisinskfaglige rådgiveren, en lege, kan imidlertid ikke gjøre selvstendige beslutninger. Dette er understreket av flertallet på side 25 første spalte. Denne ordningen mener jeg kan gå på sikkerheten løs for pasientene.

De to partier som de seneste år i vesentlig grad har stått for nytenkning og modernisering av norsk helsevesen og norsk helsepolitikk, nemlig Fremskrittspartiet og Høyre, og som så langt har fått gjennomslag for ventetidsgarantien, innsatsbasert finansiering, fritt sykehusvalg og en sterkere fristilling av sykehusene, har i foreliggende innstilling sterke merknader og flere endringsforslag til lovtekst som går på en fortsatt videreutvikling og modernisering av norsk sykehusvesen til beste for pasientene, men er dessverre i mindretall i innstillingen. Dette mindretallet er imidlertid ikke ubetydelig. Jeg tror det ville være klokt av Regjeringen i fremtiden også å legge vekt på hva disse to partiene står for, og hvilke endringsforslag de har fremmet i innstillingen, men som i dag ikke får flertall.

Arbeiderpartiet og SV stiller på side 30 første spalte spørsmål ved stykkprisfinansieringen. Den innsatsbaserte finansieringen er så langt det eneste nye virkemiddel som har gitt som resultat færre garantibrudd i 1998.

Fremskrittspartiet og Høyre har et endringsforslag til annet ledd i § 2-3 som går på organisasjon og forsvarlig organisering av sykehusene, slik at driften legges opp på en måte som gjør helsepersonell i stand til å ivareta sine lovbestemte plikter. Ansvaret for noe som går galt i et sykehus, kan i mange tilfeller skyldes organisasjons- og systemsvikt, og ansvaret må derfor ikke ensidig pålegges det enkelte helsepersonell. Organisering, rutiner og systemer er sykehuseiernes og ledelsens ansvar.

Fremskrittspartiet vil endre på den nåværende ventetidsgarantiordningen og tilbakeføre prioriteringen av den enkelte pasient til fagekspertisen. Endringen går i korte trekk ut på at sykehuset/overlegen ved vurdering av pasienten skal fastsette en juridisk bindende tidsfrist når behandling skal være foretatt, og at oversitting av denne tidsfristen skal gi pasienten rett til behandling ved andre sykehus innenlands eller i utlandet for det offentliges regning. I dag har vi faktisk en mer eller mindre politisk styrt prioritering av syke mennesker som Fremskrittspartiet finner uakseptabel.

En stor svakhet ved loven når det gjelder faglig ansvarlighet, er at man i lovteksten ikke pålegger sykehuseier å oppnevne pasientansvarlig lege. Sammen med Høyre fremmer Fremskrittspartiet i innstillingen forslag om at

sykehusene pålegges å utpeke pasientansvarlig lege til den enkelte pasient.

Fremskrittspartiet fremmer forslag til lovendring i § 4-1 tredje ledd som sier at det utelukkende skal tas hensyn til faglige kriterier ved godkjenning av sykehus og helseinstitusjoner, og at de samme kriteriene skal gjelde så vel for offentlige helsetilbud som private helsetjenester. Slik lovteksten i innstillingen lyder, kan departementet bruke «samfunnsmessige» hensyn for å la være å godkjenne private helsetilbud, samfunnsmessige hensyn som utelukkende er politisk styrt.

Fremskrittspartiet er fortsatt av den formening at man ikke skal ha noen offentlig dirigering av helsepersonell og heller ikke leger. Partiet var sterk motstander av tidligere ULS og kan ikke støtte den nye ordningen med en departemental legeregulering. Erfaringer fra tidligere ulike reguleringsopplegg har, som alle vet, ikke gitt de ønskede resultater. En sentralstyrt legeregulering vil etter mitt skjønn være sterkt i strid med en sterkere fristilling av sykehusene og også svært uheldig i forhold til fritt sykehusvalg. Vi i Fremskrittspartiet tror at markedet med ulike positive incitamenter også er i stand til å gi en langt bedre spredning av leger enn ved offentlige reguleringer. Fremskrittspartiet mener for øvrig at spesialistmangelen generelt sett ikke er så stor som man vil ha det til. Et relativt stort antall private spesialister jobber i dag i ikke-spesialisttjeneste, som allmennleger, bedriftsleger og privatpraktiserende – dette på grunn av manglende offentlige stillinger og fylkeskommunale driftsavtaler.

Fremskrittspartiet mener at lovforslaget, slik det foreligger i denne innstillingen, på de fleste viktige områder ikke er et fremskritt i forhold til någjeldende sykehuslov.

Etter en samlet totalvurdering av foreliggende proposisjon og innstilling har Fremskrittspartiet kommet til at vi vil stemme mot hele loven, etter at våre endringsforslag er nedstemt i Odelstinget.

Til slutt tar jeg opp de forslag der Fremskrittspartiet er medforslagsstiller, og Fremskrittspartiets eget forslag i innstillingen.

Presidenten: John I. Alvheim har teke opp dei forslaga han refererte til.

Annelise Høegh (H): Dagens debatt og vedtak er det foreløpige endepunkt for mange års debatt om reformer av helsevesenet vårt. Det har medgått tre helseministre – den siste er jo fremdeles ved godt mot. I dag skal altså alle helsemeldingene nedfelles som en ny sykehuslov – men nå skal det ikke hete sykehuslov lenger, nå skal det hete spesialisthelsetjenestelov. Loven er nok en liten forbedring, om enn ikke språklig sett.

Den nye loven erstatter sykehusloven av 19. juni 1969, som Jo Benkow var saksordfører for. Den ble stående i ganske nøyaktig 30 år, og den var et gjennombrudd for offentlig ansvar for helsevesenet da den kom i 1969. Jeg tror ærlig talt det ikke skal så store spådomskunster til for å spå at den nye loven, som blir vedtatt i dag, ikke vil få et like langt liv.

Selv om flertallet hvert år har beveget seg litt mer i retning av den nye helsepolitikken, der brukerinteresser, pasientrettigheter, står i sentrum – og som Fremskrittspartiet og Høyre har vært spydspisser for – er den loven som etter all sannsynlighet blir vedtatt i dag, først og fremst en flikking på dagens system. Flertallet går et lite stykke i retning av å la pasientenes behov være styrende, men det gjenstår så mye at Høyre har valgt å legge frem et eget lovforslag. Det gjør vi for å vise hvordan man kan få et nasjonalt styrt og offentlig finansiert helsevesen, der pasienter skal sikres rask og god behandling og hjelp der det er ledig kapasitet, og der vi ser landet som en helhet. For vi mener det er pasientenes behov og ikke lokalpolitiske hensyn som skal overstyre det som gagnar den enkelte pasient.

Høyre mener at norsk helsevesen er overmodent for reformer. Norge må bli ett helserike, slik at vi slipper å være gjestepasienter i eget land. Systemendringer og en større økonomisk innsats er avgjørende for å gi stadig flere pasienter hjelp raskere. Derfor må vi i stor grad ha vilje til forandring og gjennomgripende reformer for å komme bort fra et helsevesen som i dag dessverre er preget av spill og ansvarsfraskrivelse mellom forvaltningsnivåene.

Jeg er likevel den første til å understreke at det ikke finnes én enkelt løsning eller noe trylleformular for å få problemene i helsevesenet til å fordampe. Man må ha en helhetlig strategi, der så vel pasientrettigheter, finansiering, organisering og eierskap er nødvendige deler. Det burde ikke være vanskelig å erkjenne at gamle virkemidler ikke lenger er hensiktsmessige. Når vi nå får flertall for fritt sykehusvalg – om ikke i dag, så ganske snart – får stadig større innslag av innsatsstyrt finansiering og statlig godkjenning av regionale helseplaner, er jo det innrømmelser av at de gamle virkemidlene med full rammefinansiering, det stavnsbåndet som har fungert inntil nå, man har måttet ha behandling i det fylket man bor i, ikke lenger er hensiktsmessig, og at fylkeskommunene er blitt et uhensiktsmessig og begrensende mellomledd.

Regjeringspartiene, Arbeiderpartiet og SV velger altså likevel å opprettholde fylkeskommunen. Da fremstår det for meg som at de sier at det er viktigere å bevare et forvaltningsnivå av lokalpolitiske hensyn enn å ta utgangspunkt i helsepolitiske vurderinger. De velger et forvaltningsnivå av lokalpolitiske hensyn fremfor et helsevesen helt og fullt på pasientenes premisser. Og det er lov, det er fullt mulig, men det er ikke den optimale løsningen, sett fra pasientens synspunkt. Fylkeskommunene er for små enheter til å drive mange av de spesialiserte tjenestene som sykehusene i dag gjør. De gjør ingen dårlig jobb, de gjør så godt de kan, men de er blitt et unødvendig og uhensiktsmessig forvaltningsnivå.

Selv om enkelte, særlig på venstresiden, ynder å fremstille Høyre som et parti med statskrekke, er det ikke slik. Det har alltid vært et sentralt konservativt prinsipp at staten skal ha ansvaret for styringen av primære fellesoppgaver for å sikre mest mulig likeverdige tilbud til alle. Helse, omsorg og trygghet er slike sentrale fellesoppgaver. Derfor forsvarer Høyre en sterk, men begrenset statsmakt. Sprer staten sine ressurser tynt utover alt og

alle, slik den gjør i dag, blir den nok stor, men samtidig svak. Derfor er det vår oppfatning at vi må konsentrere innsatsen om kjerneoppgavene, slik at vi kan løse dem langt bedre enn vi gjør i dag.

Høyres spesialisthelsetjenestelov er en lov som bygger på nasjonalt ansvar og lokal frihet. Bare når regjering og storting har ansvaret for funksjonsfordelingen og bevilgningene, kan vi sikre likeverdig behandling uansett hvor i landet vi bor, på tvers av fylkes- og regiongrenser.

Høyres modell bygger altså på statlig ansvar for sykehusene. Bare slik kan vi garantere en likeverdig behandling, bare slik kan vi få slutt på ansvarsfraskrivelsen og det uverdige spillet mellom stat, fylke og kommuner. Det er bare slik vi kan gjøre Norge til ett helserike, og overflødiggjøre gjestepasientoppgjøret.

Vi går inn for en overordnet statlig styring med stor grad av lokal frihet til å velge så vel intern som formell organisering. På denne måten får vi en beskjeden sentral ledelse kombinert med regionkontorer som fører til et slankere og et mindre byråkrati enn det flertallet legger opp til i sin nye modell. Og jeg vil gjerne si at det er ikke på grunn av styringen, eller kanskje mangel på styring, av statssykehusene at Høyre går inn for at staten skal overta ansvaret for sykehusene, snarere på tross av det. Vi ønsker ikke noen form for statlig detaljstyring av det enkelte sykehus. Det viktigste er ikke at staten eier sykehusene, men hvilken grad av frihet staten gir det enkelte sykehus til å operere innenfor vedtatte normer, funksjoner og økonomi. Stortingets oppgave blir i vår modell å vedta en egen sykehusbevilgning som består av rammefinansiering til statlige regionkontorer og stykkpris til det enkelte sykehus. Slik unngår vi spill og ansvarsfraskrivelse, slik får vi plassert ansvaret. Vi får synliggjort om den bevilgningen Stortinget gir, er stor nok til å kunne behandle de pasienter som vi ønsker å garantere skal få behandling. Vi mener at Stortinget må vedta en nasjonal sykehusplan som fastlegger fordelingen av lands- og regionfunksjonene, og ikke driver med detaljplanlegging. Vi ønsker altså statlige regionkontorer som skal fordele rammebevilgningene til sykehusene i regionen, for dermed å sikre lokalt ansvar for det som bestemmes lokalt, og hindre oppbygging av et stort sentralt byråkrati. Regionkontorene skal også stå for fordelingen av sentral- og lokalsykehusfunksjonene samt øyeblikkelig hjelp og elektive funksjoner. Et slikt system vil altså gi et langt mindre og slankere byråkrati enn det flertallet forutsetter, ved fortsatt fylkeskommunalt eide sykehus, som skal overstyres av regionale helseutvalg, der staten kan sitte på toppen og over styre også dem gjennom å bruke sin vetorett.

I vår modell vil de offentlige og godkjente private sykehusene konkurrere om å gi best mulig og mest mulig pasientbehandling, og de får, som jeg har sagt, stykkprisinntekter direkte fra pasientbehandlingen.

Sykehusene skal fristilles når det gjelder å velge organisasjonsmodeller, og skal kunne operere fritt innen de økonomiske og faglige rammer som gis.

Dette er hovedpunktene i Høyres modell, men det får vi altså dessverre ikke flertall for i dag. Det er, slik vi ser

det, visse forbedringer i flertallets forslag i forhold til gjeldende lov, i og med at vi får vedtak om at det skal være individuell plan, enhetlig ledelse i sykehus og aktivitetsavhengige tilskudd, og vi får en forskrift – riktignok bare en forskrift – om pasientansvarlig lege. Men heller ikke dette er tilstrekkelig til at Høyre vil stemme for flertallets forslag når våre egne er falt.

Til slutt noen ord om denne debatten om Sørensen-utvalget og tilknytningsformer for sykehus. Som jeg sa, ønsker altså Høyre fristilling av sykehusene, vi er overbevist om at fristilling betyr bedre sykehus og friere sykehus. Vi unngår politisk detaljstyring, det er det som har vært hovedproblemet, det er det Sørensen-utvalget beskriver. Det forbauser meg derfor at Arbeiderpartiet særlig, men også regjeringspartiene, prøver å bruke Sørensen-utvalgets innstilling som brekkstang for å stanse Oslo kommunes vedtak om å omgjøre Ullevål og Aker sykehus til kommunale AS-er.

Det er riktig at flertallet i Sørensen-utvalget mener at utvalgets nye konstruksjon kommunalt selskap er å foretrekke fremfor aksjeselskap, men stortingsflertallet underslår i innstillingen, og Gunhild Øyangen gjorde det også i sitt innlegg, at flertallet i Sørensen-utvalget mener at sykehusene og sykehuseierne skal stå fritt og bør få velge tilknytningsform ut fra hva man lokalt finner å være best.

Flertallet i Sørensen-utvalget vil at sykehuseierne i tillegg til forvaltningsorganisering også skal kunne velge tilknytningsformer der sykehusene er selvstendige rettssubjekter. Flertallet i Sørensen-utvalget skriver på side 87 i innstillingen sin:

«Flertallet mener følgelig at kommunalt selskap, statsforetak, aksjeselskap og stiftelse alle bør være tilgjengelige tilknytningsformer for offentlige sykehus.»

Flertallet i Sørensen-utvalget skriver at sykehuseierne selv må få vurdere og velge tilknytningsform, og så sier de videre at de legger

«avgjørende vekt på sykehuseiernes organisasjonsfrihet som et grunnleggende demokratisk og forvaltningsmessig hensyn».

Det vil forbause meg meget om regjeringspartiene og helseministeren, som selv har bedt om Sørensen-utvalgets innstilling, skulle bruke den til å gå imot et stort flertall i Sørensen-utvalget, der også pasientrepresentantene er med i flertallet, og gå imot deres hovedkonklusjon, nemlig at det lokale selvstyre skal få råde, og at det må være opp til det enkelte fylke å bestemme hvilken tilknytningsform av alt fra forvaltningsorgan til AS eller stiftelse det enkelte fylkesting – eller for Oslos vedkommende, bystyre – bestemmer.

Høyre har ingen bastant oppfatning av at aksjeselskapsformen er den eneste riktige tilknytningsform for frie sykehus. Andre modeller kan også vise seg å være hensiktsmessige. Men for å vite noe sikkert om det må man være villig til å prøve ut og vinne politisk erfaring. Det viktigste er å gi sykehuslederne større frihet, slik at pasientene kan få raskere og bedre hjelp. Her er flertallet i Sørensen-utvalget og Høyre på samme lag. Forskjellen mellom ulike tilknytningsformer trenger ikke være så

stor i praksis, fordi man gjennom vedtekter og styringsopplegg kan organisere et AS slik at det i stor grad vil fungere slik som Sørensen-utvalgets anbefalte modell, nemlig som kommunalt selskap. På pressekonferansen der lederen for Sørensen-utvalget presenterte utvalget, kalte han – hvis jeg ikke husker feil – det kommunale selskap for et fordekt AS. Og det er jo egentlig det det er. Derfor har vi, som sagt, ikke noen bastante holdninger til at det skal være AS. Men vi har en bastant holdning til at når et så stort flertall i et offentlig oppnevnt utvalg anbefaler at fylkeskommunene selv skal få velge tilknytningsform og ikke vil advare mot noen av dem – selv om de foretrekker et og annet – bør heller ikke storting og regjering legge hindringer i veien for den prosessen som har gått i Oslo, og som sikkert vil komme andre steder.

Det er et problem at kommunalt selskap foreløpig ikke er en tilgjengelig tilknytningsform. Det er AS-formen. Reformene vil ta tid, men behovet for endring er stort. Derfor bør ikke helseministeren eller stortingsflertallet legge hindringer i veien, stikke kjepper i hjulene, for den demokratiske prosessen som har gått – og vil fortsette å gå – i Oslo kommune. Jeg forventer at helseministeren i dag klart gir uttrykk for at han ikke vil søke å hindre den lokale, demokratiske prosessen som Oslo nå er inne i. Han bør iallfall ikke gjøre det med henvisning til det utvalget han selv har oppnevnt, hvor altså et stor flertall anbefaler at det kommunale selvstyret får råde.

Så må jeg til slutt få ta opp Høyres forslag, nr. 6, som er tatt inn i innstillingen.

Presidenten: Annelise Høegh har teke opp det forslaget ho refererte til.

Inga Kvalbukt (Sp): Regjeringen legger i proposisjonen fram forslag til ny lov om spesialisthelsetjenesten, som skal erstatte sykehusloven fra 1969 og de organisatoriske bestemmelsene i lov om psykisk helsevern fra 1961. Begrepet «spesialisthelsetjenesten» omfatter med andre ord de tjenestene som fylkeskommunene i dag har plikt til å yte etter sykehusloven, og lov om psykisk helsevern. Senterpartiet syns en slik sammenfatning er hensiktsmessig.

Lovforslaget må ses i sammenheng med forslag til lov om pasientrettigheter, forslag til felles lov om helsepersonell og forslag til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Forslaget til lov om spesialisthelsetjenesten er i stor grad en videreføring og modernisering av gjeldende rett, men den inneholder også viktige endringer.

Noen av endringene som er fremmet av Regjeringen, er:

- et sterkere skille mellom fylkeskommunen som ansvarlig for at tjenestetilbudet finnes, og fylkeskommunen som den rette tjenesteyter
- plikt til forsvarlig tjenesteyting kommer fram i egen lovtekst
- plikt for kommunehelsetjenesten og fylkeskommunen til å utarbeide individuelle planer for pasienter med be-

hov for langvarige og samordnede tilbud fra helsetjenesten

Det er også foreslått å innføre en ordning med pasientansvarlig lege eller sykepleier i sykehusene. En slik ordning mener vi i Senterpartiet vil være svært positiv. Den vil på en best mulig måte kunne sikre oppfølgingen av den enkelte pasient, og pasienten selv vil få bedre mulighet til å følge med i behandlingsopplegget. Slik kan ordningen være med på å gi en bedre behandling og et bedre sluttresultat.

Senterpartiet mener det er særskilt viktig at barn som må innlegges på sykehus, får oppleve så stor trygghet som mulig, og at foreldre i denne forbindelse ikke skal påføres ekstra bekymringer og økonomiske belastninger. Vi er derfor glade for forslaget om at utgifter som foreldre eller andre nære pårørende har i forbindelse med barns sykehusopphold, skal dekkes av sykehuset.

Senterpartiet er i det hele tatt godt fornøyd med Regjeringens forslag, og at det er flertall for hovedinnholdet i disse nye forslagene. Særlig fornøyd er vi med likestillingen av somatiske og psykiatriske helsetjenester, som er et skritt i riktig retning for ikke å stigmatisere de psykiatriske sykdommene.

En av de viktigste utfordringene i helsevesenet er å fylle opp de ubesatte legestillingene i Norge, og samtidig sørge for en mer balansert legedekning der Distrikts-Norge ikke kommer dårligere ut enn sentrale strøk. Det er i den forbindelse godt at alle partiene i komiteen, med unntak av Fremskrittspartiet, uttrykker bekymring for legemangelen i distriktene. Samtidig syns jeg det er synd at Høyre ikke følger opp den uttalte bekymringen med praktisk politikk.

I denne innstillingen finnes noen viktige stridsspørsmål. Senterpartiet mener at en ved godkjenning av helseinstitusjoner skal kunne legge vekt på både faglige, samfunnsmessige og helsepolitiske hensyn. Verken Fremskrittspartiet eller Høyre vil ta samfunnsmessige hensyn.

Senterpartiet mener at en omdannelse av store sykehus i sentrale strøk til aksjeselskap, kombinert med fritt sykehusvalg, innebærer en fare for sentralisering av spesialisthelsetjenesten, og dermed et redusert tjenestetilbud for befolkningen i distriktene. Senterpartiet vil derfor igjen understreke at vi går inn for fortsatt fylkeskommunalt eierskap for de offentlige sykehusene, og at det er uaktuelt med salg av slike sykehus. Det er også i tråd med Regjeringens erklæring fra Voksenåsen.

Senterpartiet mener at ordningen med et årlig rammetilskudd fra staten til fylkeskommunen skal videreføres. Fremskrittspartiet og Høyre ønsker mer innsatsbasert finansiering, en finansieringsform som, når den blir for tungtveiende, setter hensynet til effektiv behandling foran hensynet til kronisk syke og et helsesystem basert på behandlingstilbud på ulike nivå og med en variert sykehusstruktur.

Regjeringen har lagt fram en hensiktsmessig samordning av gamle lover og foreslått fornuftige endringer som har samlet støtte. Den viktigste skillelinjen er – nå som før – viljen til å ta samfunnsmessige hensyn i helsepolitikken, der hensynet til sykdommens art og hensynet til

likeverdige tjenestetilbud over hele landet settes foran hensynet til behandlingens effektivitet.

Olav Gunnar Ballo (SV): Formålet med lov om spesialisthelsetjenesten har det ikke vært noen problemer for komiteen å kunne stå samlet om. Det som står om lovens formål, er at den skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Videre står det at den skal bidra til å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet, bidra til et likeverdig helsetjenestetilbud og til at ressursene utnyttes best mulig. Den skal videre bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientens behov og blir tilgjengelig for pasientene. Omtrent så lenge var det at Adam kunne forbli i Paradis.

Man hører jo her når lederen i sosialkomiteen svinger sin pisk over de andre partiene, med unntak av Høyre, at noen synes å kunne sole seg i sin egen stråleglans fordi man har funnet de løsningene som skal kunne gi et bedre helsevesen. Og det gjør man altså, riktignok etter å ha fått gjennomslag for en del av sine partiers politikk, i en situasjon hvor mangelen på leger i distriktene er større enn noen gang, og man ser at lokalsykehusene sliter i motbakke. Dette er nettopp en konsekvens av den politikken som man sier skal være brukertilpasset, som skal gi et bedre tilbud og et likeverdig tilbud, og som man altså har vært med på i betraktningene av § 1-1.

Jeg syns det er interessant at komitelederen uttrykker at det nå må bli slutt på den offentlige detaljstyringen, etter at den samme leder og hans parti gang på gang i denne salen har vært med på detaljstyring helt ned på pille-nivå, og man diskuterer og fremmer forslag knyttet til det enkelte sykehus for å bestemme og legge føringer for hvordan driften skal være. I en del av de sakene har det ikke vært vanskelig for SV å støtte Fremskrittspartiet, nettopp fordi vi i enkeltsaker ser behovet for detaljstyring, men da må komitelederen og hans parti bestemme seg for hvilken fot man skal stå på, slik at man ikke både tar munnen for full og forskrever seg.

Jeg vil trekke fram en del enkeltpunkter når det gjelder loven, som jeg syns det er viktig å betone. SV ble stående alene om en betraktning knyttet til luftambulansetjenesten, der vi helt klart mener at staten fortsatt skal ha det overordnede ansvaret. Det vil være vanskelig å se fylkesgrensene – i hvert fall når man befinner seg i luften – og det vil neppe heller være fornuftig.

I forhold til ventelisteregistreringen har vi betonet at den registreringen som har vært, har vært en styrke, men at verktøyet ikke er godt nok i seg selv, og at man burde ha utviklet typer verktøy der man så på forskjellene mellom de ulike helseregionene for å sikre en utjamning av tilbudsforskjellene. Det er åpenbart at der det skapes et tilbud, skapes det også en etterspørsel. Den kan være høyst ulik i ulike regioner, og ventelistene vil ikke fange opp det.

Det har vært viktig også for SV å sikre retten til opplæring for helsepersonell, og det gjøres da også i § 2-7. Det er svært positivt at det understrekes at man har et ansvar i forhold til opplæringen. Det må imidlertid understrekes at det bør være et ansvar som ikke bare tilligger

de offentlige sykehusene og de offentlige tjenesteyterne, men også private aktører når det inngås avtaler med det offentlige, og gjerne også uten at det foreligger denne type avtaler. Det ville være svært uheldig om man skyver mer og mer av ansvaret over på det offentlige, og så får man en type fristilling av private aktører som øker inntjeningen, men som ikke tar et samfunnsansvar på lik linje med det offentlige.

På lik linje med Arbeiderpartiet vil også jeg her på vegne av SV understreke at den utviklingen vi ser i Oslo knyttet til AS-modeller, er særdeles betenkelig, nettopp fordi det rammer brukerne. Det kan ramme brukerne bl.a. i Oslo gjennom at salg av deler av virksomheten blir knyttet opp mot private helseforsikringer. Man får en prioritering av kjøpere av den typen tjenester. Seleksjon gir ikke likeverdighet i helsetjenestetilbudet, de som skal prioriteres, er de som er friskest, og som har fått godkjenning for den typen forsikring. Jeg syns at både Høyre og Fremskrittspartiet i sine kommentarer fra denne talerstol tar altfor lett på at det kan være andre motiver som ligger til grunn, som er like prisverdige og formålstjenlige som de to partienes, når man søker å skape likeverdighet i tilbudet, og det å kaste seg ut i et sånt eksperiment som Høyre og Fremskrittspartiet her legger opp til, er jo forbundet med betydelig risiko.

Jeg vil til slutt si at SV mente at man skulle ha utsatt denne loven til Sørensen-utvalgets utredning forelå og var ferdigbehandlet av departementet. Det hadde Fremskrittspartiet rikelig anledning til å støtte. Det gjorde de ikke, SV ble stående alene med sitt forslag. Men vi tar ansvar for at man nå har hatt en full gjennomgang av loven, og vil støtte lovforslaget slik som det foreligger, men det er et slag i tomme luften når Fremskrittspartiet her i dag skal stemme mot en lov som de ikke engang i sosialkomiteen var villig til å få utsatt.

Hallvard Aamlid (V): I Venstre er vi svært tilfreds med det foreliggende lovforslaget om spesialisthelsetjenesten m.m. Selv om forslaget i stor grad er en videreføring og modernisering av eksisterende lovverk, er de foreslåtte endringene viktige. Lovens formål er å sikre en mer fleksibel helsetjeneste, samtidig som det legges vekt på god ressursutnyttelse, tilpasning til pasientenes behov og tilgjengelighet.

Når det gjelder organisering og tilknytningsform, vil Venstre støtte flertallet i komiteen som sier at det offentlige helsevesenet må være grunnpilaren i spesialisthelsetjenesten, og at tjenesten må være like god for alle innbyggere. Vi må derfor velge organisasjonsformer som støtter opp om disse hovedmålene. Dette vil trolig kreve forskjellige løsninger, noe en vil komme tilbake til.

I loven om helsepersonell ble det slått fast en individuell plikt hos helsepersonell til å yte forsvarlige tjenester. Dette blir her videreført i forhold til mer generelle bestemmelser for fylkeskommunen, som er ansvarlig for spesialisthelsetjenesten. Dette ligger det store forpliktelsen i, både når det gjelder å sørge for kompetente medarbeidere, medisinteknisk utstyr og høyt kunnskapsnivå i organisasjonene. Forsvarligheten kommer også inn når

det gjelder plikt til å utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og samordnede tjenester. Slike planer vil gjøre behandlingen mer forutsigbar og strukturert, både for tjenesteyter og pasient.

At pasienten har en ansvarlig lege og sykepleier å forholde seg til, vil forsterke dette. En hører stadig historier om at pasientene må forholde seg til et stort antall personer med forskjellige oppfatninger av hvordan behandlingen skal være. En skrevet plan og noen få ansvarlige personer vil være svært nyttig for pasientene.

Loven legger også opp til utvidet samarbeid både mellom grupper av helsepersonell og de forskjellige tjenestestnivå. Selv om en lov ikke automatisk endrer folks arbeidsvaner, må en forvente at dette er en ordning som har positiv effekt både på økonomi og pasientflyt.

Venstre er også svært tilfreds med at det legges opp til utvidet regionalt samarbeid og utarbeiding av regionale helseplaner. Vi har tro på at dette vil føre til bedre utnyttelse av både økonomiske og menneskelige ressurser.

Asmund Kristoffersen (A): Jeg skal bare gå inn på et par ting som har vært oppe i debatten nå – først til representanten Annelise Høegh som sa noe om at andre partier i den nye helsepolitikken hadde beveget seg i retning av Høyre, bl.a. i synet på pasientrettigheter. Jeg vil da minne representanten Annelise Høegh om at det var regjeringen Harlem Brundtland v/helseminister Werner Christie som i 1994 fremmet en helsemelding som la grunnlaget og trakk opp rammene for den pasientrettighetsloven som vi om få dager skal behandle i Odelstinget.

Så merket jeg meg at representanten Alvheim var inne på en sak som knytter seg til innsatsstyrt finansiering. Både Arbeiderpartiet og SV har pekt på behovet for å følge virkningene av denne ordningen nøye, og jeg ville kanskje tro at debatten i disse dager om Regjeringens overraskende nedregulering av fylkeskommunenes forventede inntekter fra ISF-ordningen, skulle tilsi at ordningen ikke uten videre er problemfri. Arbeiderpartiet har foreslått innføring av ordningen, og det står vi ved. Vi ønsker også at denne ordningen skal vedvare, for vi tror at den er riktig, men vi har med uro registrert at Høyre og Fremskrittspartiet har lagt et sterkt press for å gjøre den mer og mer til en stykkprisfinansiert ordning. Med et slikt system vil en stå i fare for å miste styringen med kostnadene.

Så til Sørensen-utvalget og spørsmålet om AS. Arbeiderpartiet mener, slik representanten Gunhild Øyangen gjorde bredt greie for, at det ville være svært uheldig om landets største og tredje største sykehus skulle gjøres om til AS, til og med for utvalgets innstilling har vært til politisk behandling. Jeg tror at det kunne få helt ukontrollerbare virkninger å gjøre disse sykehusene om til frittstående AS-organisasjoner. AS-formen er som kjent en ordning basert på forretningsdrift og avkastning, og jeg tror det ville være svært uheldig å prøve ut en AS-modell ved så store sykehus, som fort i et fritt system kan tiltrekke seg helsepersonell på bekostning av de øvrige sykehusene. Og vi vet vel alle i denne sal her hvem som er mest sårbare.

Jeg går ut fra at formålet med et AS er å legge til rette for at sykehusene skal kunne bestemme mer over f.eks. arbeids- og lønnsforhold. Jeg tror neppe at et slikt system bygger opp under en solidarisk helsepolitikk i landet vårt.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Regjeringens forslag om en ny lov om spesialisthelsetjenesten er en del av den omfattende reformen av helselovgivningen med i alt fem lovforslag, som Stortinget har til behandling. Lovforslaget er således en samordnet del av et moderne rammeverk for utviklingen av et nasjonalt helsetilbud – som er rasjonelt drevet, har god kvalitet og står til tjeneste for det enkelte mennesket.

Det er tilstrebet at forslaget om lov om spesialisthelsetjenesten skal utgjøre en helhet som skal legge til rette for lik tilgjengelighet og forsvarlige helsetjenester. Kravet til forsvarlighet gjelder så vel helsepersonell som det enkelte sykehus og eieren av sykehusene. Lov om spesialisthelsetjenesten erstatter sykehusloven og de organisatoriske bestemmelsene i lov om psykisk helsevern.

I helsepolitikken er det to hovedspor. Det ene går sterkt i retning av marked, bruk av markedsincitament og en sterkere fristilling. Det andre spor går i retning av større vekt på planlegging og styring. I debatten settes disse to spor gjerne opp som motpoler. Jeg vil si at på mange måter er det spor som må utfylle hverandre i en moderne helsepolitikk. Vi trenger markedets incitament og fristillingens fordeler når det gjelder fleksibel tilpasning i tjenestetilbudet, men vi trenger også den overordnede politiske styring og plan for å sikre en helhet i tilbudet, som ivaretar både geografi og enkeltmenneskets totale behov. Derfor er grunnlaget for Regjeringens helsepolitikk nettopp at vi forfølger begge disse spor samtidig. Det blir mer markedsincitament og på samme tid mer planstyring. Det er faktisk i samsvar med internasjonale trender på dette området.

Det fremgår av innstillingen at et mindretall går inn for statlig overtakelse av ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Lovforslaget legger imidlertid til grunn et fortsatt fylkeskommunalt ansvar, i samsvar med Stortingets behandling av St.meld. nr. 24 for 1996-97, Tilgjengelighet og faglighet. Det ville vært oppsiktsvekkende om Regjeringen hadde sett bort fra at Stortinget så sent som i 1997 faktisk tok stilling til det fylkeskommunale eierskapet til sykehus.

Endringer i behov, sterkere brukerinnflytelse, flere konkurranseelementer, fordelingspolitiske mål og en rask utvikling av medisinsk teknologi og metode vil stille krav til omstilling og tilpasning av virksomhetene. Eiere og ledelse må således ha frihet til å tilpasse styringen og ledelsen av virksomheten til disse kravene. I utgangspunktet står eier og ledelse etter forslaget relativt fritt med hensyn til hvordan de skal organisere sin virksomhet. For å sikre helsepolitiske mål om lik tilgjengelighet og et likeverdig tilbud i hele landet kan det imidlertid være behov for særlig regulering på enkelte områder.

Som kjent nedsatte Regjeringen i september i fjor et utvalg som skulle se nærmere på tilknytningsformer for

offentlige sykehus. Utvalget la fram sin utredning i mars i år. Utredningen er sendt på høring med høringsfrist 16. juli d.å. Regjeringen vil sette i gang et arbeid med å følge opp utredningen overfor Stortinget i høst. Jeg antar, i likhet med sosialkomiteens flertall, at det i en slik oppfølging kan være nødvendig å komme tilbake med forslag om endringer i lovverket.

Jeg har merket meg at flertallet i sosialkomiteen stiller seg kritisk til å omgjøre offentlige sykehus til aksjeselskap, og jeg vil komme tilbake til eierstruktur og eierform i forbindelse med behandlingen av Sørensen-utvalgets innstilling.

Det foreslås i § 4-1 at sykehus etter forslaget fortsatt må godkjennes av departementet. Departementet kan gi forskrift om at vesentlige endringer i godkjent virksomhet også skal godkjennes. For øvrig er det lagt opp til en mer fleksibel ordning enn den som gjelder i dag, ved at departementet kan gi forskrift om at andre helseinstitusjoner eller helsetjenester må godkjennes. Innstillingen viser at det er støtte til Regjeringens forslag om en godkjenningsordning for helseinstitusjonene. Flertallet slutter seg til at både faglige, samfunnsmessige og helsepolitiske hensyn skal kunne vektlegges ved godkjenningen, videre at det skal tas hensyn til om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er tatt inn i den regionale helseplanen.

Det er et viktig element i dette forslaget at en også får en forskrift om pasientansvarlig lege og en plikt til å utarbeide individuelle planer, som er en viktig forbedring for pasientene.

La meg så avslutningsvis si at denne debatten om at noen er for reformer og noen er for flikking på helsevesenet, er ganske spesiell, all den tid Regjeringen faktisk har lagt fram fem nye helselover siden den tiltrådte – en psykiatireform, en kreftplan, en utstyrsplan, et initiativ når det gjelder fristilling av statlige sykehus og tilknytningsformer, og en gjennomføring av fritt sykehusvalg og økt andel ISF. Det er reformpolitikk!

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

John I. Alvheim (Frp): La meg først få kommentere at jeg med glede registrerte at helseministeren har registrert at det også finnes et høyrespor i helsepolitikken.

Som nevnt i mitt innlegg, vil Fremskrittspartiet stemme mot den foreliggende lovproposisjon, begrunnet i at det foreliggende lovforslag er lite fremtidsrettet og lovene er lite egnet til å møte de utfordringer sykehusene allerede har, og i enda sterkere grad vil få i årene som kommer. Lovforslaget er i store trekk en sementering av dagens sykehusorganisasjon og -struktur. Lovforslaget er i det hele tatt ikke noe vesentlig fremskritt i forhold til nåværende sykehuslov.

Jeg tillater meg nå å utfordre helseministeren ved å be om at han peker på i det minste tre forhold i den foreliggende innstilling som skal være revolusjonerende og egnet til å møte de utfordringene sykehusene vil stå overfor i fremtiden.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Jeg må ta til etterretning at Fremskrittspartiet velger å gå imot en lov som

legger opp til en forskrift om pasientansvarlig lege, som legger opp til en klarere og tydeligere ledelsesfunksjon i sykehusene, som legger opp til en plikt til å utarbeide individuelle planer, og en lov som totalt sett innebærer en modernisering av gjeldende lovgivning.

Jeg har ikke påstått at dette er noen revolusjon. Derfor føler jeg heller ikke at det med rette kan stilles noe krav til meg om at jeg skal dokumentere at det er en revolusjon. Men jeg mener at det på vesentlige punkter er en klar forbedring for pasienten og for forvaltningen av helsevesenet.

Så får det være at Fremskrittspartiet og regjeringspartiene, som faktisk er enige om mange ting i helsepolitikken, har skilt lag når det gjelder spørsmålet om eierskapet til sykehusene. Men det er ikke noe nytt som har kommet fram i denne saken. Det har ligget der lenge. Det ble bekreftet av Stortinget da vi behandlet St.meld. nr. 24 for 1996-97, Tilgjengelighet og faglighet, og det er også den underliggende konfliktlinje i denne debatten.

Gunhild Øyangen (A): Jeg tror ikke det norske helsevesenet trenger en revolusjon eller eksperimentering. Jeg tror at det som trengs, er systematiske forbedringer, og det er det som det har vært lagt opp til, både av den forrige regjering og av den nåværende regjering, og det er fremmet en rekke endringsforslag som har bedret situasjonen for norske pasienter. Derfor knytter denne loven seg også til de forbedringer som er vedtatt i de senere år.

Jeg vil særlig trekke fram godkjenningsordningen i § 4-1. Jeg vil gi ros til helseministeren for at han har lagt vekt på at godkjenningen også skal innebære samfunns-gagnlige hensyn.

Spørsmålet mitt er om jeg kan tolke helseministeren dit hen at Stortinget skal få anledning til å uttale seg om Sørensen-utvalgets innstilling. Det er et godt arbeid som er gjort av utvalget, men det blir ikke fattet noe demokratisk vedtak i et offentlig utvalg, så Stortinget må få det til behandling før Oslo kommune trumfer igjennom en aksjeselskapsform som det er flertall mot i Stortinget, og som alle organisasjoner går imot. Jeg vil bare få bekreftet at helseministeren vil sette en stopper for gjennomføringen av de planene som er vedtatt, og i tillegg med knappst tenkelig flertall i Oslo kommune.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Jeg vil få bekrefte at Stortinget skal få anledning til å drøfte Sørensen-utvalgets innstilling, og jeg vil legge opp til en rask oppfølging når høringsrunden er avsluttet. Jeg tar sikte på å komme til Stortinget i høst med det spørsmålet.

Så tar representanten Øyangen opp en helt annen sak, nemlig Oslo bystyres prinsippvedtak om å AS-organisere Ullevål og Aker sykehus og statens håndtering av dette. Det er slik at inntil den loven som Odelstinget i dag behandler, trer i kraft med alle sine forskrifter, må norsk sykehusvesen forvaltes etter dagens sykehuslov. Det gjelder også spørsmålet om godkjenning av vesentlige endringer i driften av eksisterende sykehus. Jeg må som helseminister forholde meg til de lover og bestemmelser som gjelder, og det er i dette tilfellet sykehusloven § 3, som

stiller krav om at vesentlige endringer av driften ved godkjente sykehus også må godkjennes. Jeg må foreta en vurdering av det forslaget som Oslo kommune utarbeider, og som ikke foreligger ennå. Som forvaltning må vi selvfølgelig foreta en konkret vurdering av det forslaget for å kunne avgjøre for det første om det er en vesentlig endring av driften, noe jeg vil mene at mye taler for at det er, og for det andre om det er en endring som kan godkjennes etter sykehusloven. Jeg kan ikke her og nå forskuttere den behandlingen, enn si at den ikke skal kunne skje i henhold til gjeldende lovgivning.

Annelise Høegh (H): Når det gjelder akkurat de to siste replikkene, må jeg si at Gunhild Øyungen, etter mitt syn dessverre, kan ta det med ro, for det virker som om helseministeren – hvis han i det hele tatt har lovlig grunnlag – vil etterkomme hennes ønske. Men min bønn er at helseministeren også ser hen til hva et så klart flertall i det utvalget han selv har oppnevnt, har anbefalt, nemlig ikke å la storting og regjering blande seg inn i demokratisk fattede vedtak i fylkeskommunene. Så selv om det er to ulike saker, som han ganske riktig sier, vil min innstendige anmodning være at helseministeren ikke bruker sin eventuelle rett til å nekte den lovlig fattede prosessen som går i Oslo kommune.

Ellers må jeg si at jeg synes helseministeren holdt et veldig greit og ordentlig innlegg, som han som regel alltid gjør. Jeg er helt enig med ham i at disse to hovedsporene i helsepolitikken, nemlig marked og fristilling på den ene siden og planlegging og styring på den andre, ikke er eller bør være motpoler. Det er de heller ikke i Høyres modell, idet vi helt klart ønsker en nasjonal styring og kontroll, men den skal være overordnet og ikke detaljpreget. Vi ønsker å vedta en egen nasjonal sykehusplan som skal fastlegge funksjonsfordelingen. Vi ønsker at Stortinget skal ha et direkte ansvar for de totale bevilgninger og ønsker også å bruke det såkalte markedet, altså pasientenes behov, som styringsredskap. Selv om det er riktig, som helseministeren og flertallet har vært inne på, at dagens lov innebærer visse reformer – og det som kommer senere i forbindelse med pasientrettighetsloven, innebærer enda viktigere reformer og forbedringer sett fra et brukersyn – så er de forslagene som i dag blir vedtatt, såpass «små» at jeg synes de fortjener karakteristikk flikking. Det største problemet er nemlig at det er spill og ansvarsfraskrivelse mellom forvaltningsnivåene, og det vil det fortsatt være etter Odelstingets vedtak i dag.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Det som var mitt hovedpoeng, var at de samlede reformer som denne regjeringen har presentert siden den tiltrådte 17. oktober 1997, må ses i en totalsammenheng. Det er ganske riktig at den loven Odelstinget i dag behandler, representerer en videreføring av gjeldende rett på vesentlige områder. Og det mener jeg det er grunnlag for, fordi hovedstrukturen i helsevesenet bør videreføres.

Men det er også på det rene at vi sett i sammenheng med de øvrige reformer som jeg refererte til i mitt hoved-

innlegg, står overfor en betydelig gjennomføringsfase av endringer og forbedringer i helsevesenet både når det gjelder ressurser og tilgjengelighet, når det gjelder organisering og når det gjelder lovgivning. Etter min oppfatning er det grunn til å forvente at den samlede effekt av disse reformene vil bety forbedringer, ikke minst for de pasienter som helsevesenet er til for.

Olav Gunnar Ballo (SV): Med utgangspunkt i det som Høyres representant her nevnte, som jeg synes er en interessant betraktning: Departementet må holde fingrene borte fra fylkeskommunen, som man fra Høyres side i sin tur ønsker å få nedlagt.

Når det gjelder den innsatsstyrte finansieringen som flere har vært inne på, har jeg et spørsmål til helseministeren. Man har sett at det har vært betydelige utgiftsøkninger også utover det man hadde forventet i forkant, og jeg vil spørre statsråden: Er det en ren effektivitetsgevinst som ligger i den innsatsstyrte finansieringen og de utgiftene man ser knyttet til den, eller kan det tenkes at denne ordningen – hvis den utvikles for langt – er kostnadsdrivende, og at man får uforutsette kostnader knyttet til den som går utover det man ville fått ved en annen fordeling mellom den innsatsstyrte finansieringen og rammetilskudd?

Statsråd Dagfinn Høybråten: Jeg ser det slik at noe av intensjonen med å innføre innsatsstyrt finansiering nettopp har vært å øke tilgjengeligheten av helsetjenester og å øke behandlingsskapiteten. Og det er det vi ser har skjedd: Antall behandlede pasienter øker dramatisk, og antall brudd på ventelistegarantien reduseres enda mer dramatisk. Det ser jeg på som tilsiktede effekter av innsatsstyrt finansiering. Det er ikke effekter av innsatsstyrt finansiering alene, men jeg er overbevist om at det har sin del av æren for det. Så jeg vil være en sterk forsvarer av at den ordningen må videreføres. Vi må evaluere den, og vi må foreta justeringer og forbedringer underveis når vi ser at den har uheldige utslag, eller at rammene for den ikke fungerer tilfredsstillende på noen punkter. Og som kjent er det omfattende evalueringsopplegg i gang.

Jeg vil imidlertid gi representanten Ballo rett i at dersom en går veldig langt i andelen stykkprisfinansiering, vil man få et budsjettstyringsproblem. Det må alle som ønsker å trekke denne andelen opp, forholde seg til. Jeg er for min del av den oppfatning at vi for tiden har funnet et leie som vi bør la ligge en tid, nettopp for å høste erfaringer med effektene. Og så langt mener jeg de er overveiende positive.

Gunhild Øyungen (A): Jeg føler behov for å gå en runde til når det gjelder dette med AS ved de største sykehusene våre, og hvilke konsekvenser det kan få.

Det som bekymrer meg, er om offentligheten nå skal leve i uvisshet om hva Regjeringen og Kristelig Folkeparti tenker å foreta seg i den saken. Jeg vil minne om § 9-2, Ikrafttredelse, i loven som vi nå har til behandling, der det står:

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

Det vil si at hvis helseministeren ønsker det, kan § 4-1, som er godkjenningsordningen, etter mitt syn tre i kraft ganske raskt. Da håper jeg at vi nå kan få en siste oppklaring fra helseministeren, for jeg synes at det blir – unnskyld uttrykket – litt for mye tåkeprat når vi ber om et klart svar: Vil helseministeren stoppe utviklingen av dette med aksjeselskap ved de to store sykehusene i Oslo?

Statsråd Dagfinn Høybråten: Jeg har merket meg det flertallet sier om skepsis til AS-modellen i sykehus, og la meg gjenta det jeg har sagt i denne salen tidligere: Jeg deler den skepsisen.

Men det representanten Øyangen i realiteten ber meg om, er å ta forhåndsstandpunkt til en AS-modell som Oslo kommune ennå ikke har ferdig utredet. De har fattet et prinsippvedtak i bystyret, der deler av flertallet faktisk har stilt som betingelse at man også skal se på Sørensenutvalgets innstilling og løsningene der før man tar endelig standpunkt, og skal så ha en sak med den endelige stiftelsen og forslag til vedtekter osv. Og jeg mener at en ansvarlig forvaltning av lovgivningen, enten det er gjeldende lov eller den loven som skal komme, tilsier at man saksbehandler på grunnlag av et konkret forslag og ikke en skisse, som man til nå har lagt fram fra Oslo kommunes side.

Det får representanten Øyangen kalle «tåkeprat», eller hva det måtte være. Sett fra min side, er det et uttrykk for at jeg faktisk må forholde meg konkret til et forslag når det foreligger, og så har jeg sagt det jeg har sagt om mine mer grunnleggende holdninger.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Presidenten gjer merksam på at den tida som reglementet føreset, er omme. Presidenten vil likevel foreslå at møtet held fram til dagens kart er ferdighandsama – og det blir rekna som vedteke.

Dei talarane som får ordet heretter, har ei taletid på inntil 3 minutt.

Inga Kvalbukt (Sp): Senterpartiet mener at i all organisering av helsetjenesten – og i denne sammenheng spesialisthelsetjenesten – må hensynet til den enkelte pasient være overordnet kravet til effektivitet. Etter mitt syn er det vanskelig å skille hensynet til den enkelte pasient og generelle samfunnsmessige hensyn. Derfor synes jeg det er interessant når Høyre sier i klartekst i innstillingen at de ikke vil legge samfunnsmessige hensyn til grunn for godkjenning av helseinstitusjoner. Høyres representant Høegh sa også at de synes det er problematisk med for mange forvaltningsnivå – og det er greit, demokratiet er kanskje ikke effektivt, men jeg tror likevel det er det beste vi har.

Høyres modell for helsevesenet, med statlig ansvar for spesialisthelsetjenestene, er etter Senterpartiets oppfatning en ordning som verken gagnar pasienten, distriktene eller folkevalgtes innflytelse, snarere det motsatte.

Det vil bli verre for kronisk syke, da innsatsbasert finansiering, som følger pasienten direkte til sykehuset, vil favorisere raske og kanskje billige behandlinger i stedet for å ta hensyn til kronisk syke pasienter. Den kanskje alvorligste faren, sånn jeg ser det, er at det vil bli større avstand til dem som bestemmer, med fare for at lokalsykehusene legges ned. Allerede i dag merker vi et hardt angrep på lokalsykehusene, selv om vi nå har en situasjon innen helsevesenet som tilsier at vi burde få øynene opp for de små sykehusenes fordeler. Ser vi bl.a. på det stadig økende antall tilfeller av vanskelige infeksjonssykdommer, der vi må stenge avdelinger og kanskje sykehus, vil en variert sykehusstruktur være noe av det beste vi kan ha. Høyres modell kan være en fare for dette. Med Høyres modell står vi altså i fare for å få et svekket offentlig helsevesen. Mulighet for dannelse av AS bidrar til ytterligere sentralisering og mindre mulighet til offentlig kontroll og folkevalgt styring. Det viktigste er – som sagt – tilgjengelighet til spesialisthelsetjenestetilbud over hele landet.

Senterpartiet vil også understreke at Regjeringen må opprettholde en stram regulering med hensyn til etablering av nye legestillinger for å hindre overetablering av leger i sentrale strøk, for en slik overetablering vil gjøre det enda vanskeligere å få leger i distriktene. Det nyopprettede Legefordelingsutvalget vil ha et særlig ansvar i så måte.

Presidenten: Fleire har ikkje bede om ordet til sak nr. 1. (Votering, sjå nedanfor)

Etter at det var ringt til votering i fem minutter, sa **presidenten:** Odelstinget går då til votering.

Votering i sak nr. 1

Presidenten: Under debatten er det sett fram seks forslag. Det er:

- forslaga nr. 1 og 2, frå Gunhild Øyangen på vegner av Arbeidarpartiet og Sosialistisk Venstreparti
- forslaga nr. 3 og 4, frå John I. Alvheim på vegner av Framstegspartiet og Høgre
- forslag nr. 5, frå John I. Alvheim på vegner av Framstegspartiet
- forslag nr. 6, frå Annelise Høegh på vegner av Høgre

Presidenten tek fyrst opp forslaga nr. 1, 2 og 4.

Forslag nr. 1, frå Arbeidarpartiet og Sosialistisk Venstreparti, lyder:

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

Forslag nr. 2, frå Arbeidarpartiet og Sosialistisk Venstreparti, lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at ingen offentlige sykehus omdannes til aksjeselskap før Stortinget har behandlet eller uttalt seg om Sørensenutvalgets innstilling.»

Forslag nr. 4, frå Framstegspartiet og Høgre, lyder:

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

Desse forslaga vert i samsvar med forretningsordenens § 30 fjerde ledd å sende til Stortinget.

Komiteen hadde rådd Odelstinget til å gjere slikt vedtak til

L o v
om spesialisthelsetjenesten m.m.

Kapittel 1 Formål og virkeområde

§ 1-1 Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

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

Presidenten: Her ligg det føre eit avvikande forslag frå Framstegspartiet og Høgre. Forslaget lyder:

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

§ 1-1 skal lyde:

§ 1-1 Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

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

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaget frå Framstegspartiet og Høgre vart tilrådinga vedteken med 56 mot 19 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 15.19.55)

Vidare var tilrådd:

§ 1-2 Lovens virkeområde

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

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

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

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

Presidenten: Høgre har varsla at dei går mot fjerde ledd.

V o t e r i n g :

1. Tilrådinga frå komiteen til § 1-2 fyrste, andre og tredje ledd vart samrøystes vedteken.
 2. Tilrådinga frå komiteen til § 1-2 fjerde ledd vart vedteken med 64 mot 9 røyster.
- (Voteringsutskrift kl. 15.20.31)

Vidare var tilrådd:

Kapittel 2 Ansvarsfordeling og generelle oppgaver

§ 2-1 Fylkeskommunens ansvar for visse helsetjenester

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

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

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

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

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

Presidenten: Her ligg det føre eit avvikande forslag frå Framstegspartiet og Høgre. Forslaget lyder:

«§ 2-1 skal lyde:

§ 2-1 Statens ansvar for visse helsetjenester

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

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

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

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

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

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaget frå Framstegspartiet og Høgre vart tilrådinga vedteken med 56 mot 19 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 15.21.35)

Vidare var tilrådd:

§ 2-2 Statens ansvar for luftambulansetjenesten

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

Presidenten: Framstegspartiet og Høgre har varsla at dei går imot.

Annelise Høegh (H) (fra salen): Når vårt forslag til § 2-1 er falt, der § 2-2 var inkorporert, er det naturlig at vi stemmer for § 2-2.

Presidenten: Då vil altså Høgre røyste for § 2-2, medan Framstegspartiet vil røyste imot.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart vedteken med 64 mot 10 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 15.22.35)

Vidare var tilrådd:

§ 2-3 Plikt til forsvarlighet

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

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Presidenten: Til eit andre ledd ligg det føre eit forslag frå Framstegspartiet og Høgre. Forslaget lyder:

«§ 2-3 andre ledd skal lyde:

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

V o t e r i n g s t a v l e n e viste at det var avgjeve 53 røyster mot og 22 røyster for forslaget frå Framstegspartiet og Høgre.

(Voteringsutskrift kl. 15.23.26)

Harald T. Nesvik (Frp): Jeg stemte feil – jeg stemte imot og skulle stemt for.

Jan Simonsen (Frp): Jeg stemte også feil – på samme måte.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg stemte også feil.

Presidenten: Når det er så mange som har stemt feil, vil presidenten ta voteringa opp att.

V o t e r i n g :

Forslaget frå Framstegspartiet og Høgre til andre ledd vart med 55 mot 20 røyster ikkje vedteke.

(Voteringsutskrift kl. 15.24.25)

Vidare var tilrådd:

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

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

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

Presidenten: Framstegspartiet og Høgre har varsla at dei går mot nr. 4.

V o t e r i n g :

1. Tilrådinga frå komiteen til fyrste ledd nr. 1, 2 og 3 vart samrøystes vedteken.

2. Tilrådinga frå komiteen til fyrste ledd nr. 4 vart vedteken med 56 mot 19 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 15.25.02)

Vidare var tilrådd:

§ 2-5 Ventelisteregistrering

Departementet kan gi forskrifter om

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

Presidenten: Her ligg det føre to avvikande forslag, forslag nr. 5, frå Framstegspartiet, og forslag nr. 6, frå Høgre.

Forslaget frå Framstegspartiet lyder:

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

§ 2-5 skal lyde:

§ 2-5 *Ventelisteregistrering*

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

Forslaget frå Høgre lyder:

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

§ 2-5 skal lyde:

§ 2-5 *Ventelisteregistrering*

Staten skal sørge for

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

Presidenten har forstått at Høgre, dersom Høgres forslag fell, vil gje subsidiær støtte til forslaget frå Framstegspartiet.

V o t e r i n g :

1. Forslaget frå Høgre vart med 66 mot 9 røyster ikkje vedteke.
(Voteringsutskrift kl. 15.25.53)
2. Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaget frå Framstegspartiet vart tilrådinga vedteken med 56 mot 19 røyster.
(Voteringsutskrift kl. 15.26.26)

Vidare var tilrådd:

a) § 2-6 Individuell plan

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

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

Presidenten: Til fyrste ledd ligg det føre eit avvikannde forslag frå Framstegspartiet og Høgre. Forslaget lyder:

«§ 2-6 første ledd skal lyde:

I helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal pasientansvarlig lege eller den som helseinstitu-

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

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen til fyrste ledd og forslaget frå Framstegspartiet og Høgre vart tilrådinga vedteken med 60 mot 15 røyster.
(Voteringsutskrift kl. 15.27.05)
2. Tilrådinga frå komiteen til andre ledd vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 2-7 *Opplæring, etterutdanning og videreutdanning*

Eier av virksomhet 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.

§ 2-8 *Om informasjon*

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

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

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

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

Kapittel 3 Særlige plikter og oppgaver

§ 3-1 *Øyeblikkelig hjelp*

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

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

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

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

Presidenten: Til andre ledd ligg det føre eit avvikande forslag frå Høgre. Forslaget lyder:

«§ 3-1 annet ledd skal lyde:

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

Framstegspartiet har varsla at dei støttar forslaget frå Høgre.

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen til andre ledd og forslaget frå Høgre vart tilrådinga vedteken med 56 mot 19 røyster.
(Voteringsutskrift kl. 15.28.01)
2. Tilrådinga frå komiteen til fyrste, tredje og fjerde ledd vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 3-2 Journal- og informasjonssystemer

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

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

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

Presidenten: Til fyrste ledd ligg det føre eit avvikande forslag frå Framstegspartiet og Høgre. Forslaget lyder:

«§ 3-2 første ledd skal lyde:

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

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen til fyrste ledd og forslaget frå Framstegspartiet og Høgre vart tilrådinga vedteken med 54 mot 19 røyster.
(Voteringsutskrift kl. 15.29.12)
2. Tilrådinga frå komiteen til andre og tredje ledd vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 3-3 Meldeplikt til fylkeslegen

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal snarest mulig gi skriftlig melding til fylkeslegen om be-

tydelig personskaade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskaade.

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

§ 3-4 Kvalitetsutvalg

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

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

§ 3-5 Om helseinstitusjoners deltakelse i undervisning og opplæring

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

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

§ 3-6 Særlige plikter i forbindelse med barns institusjonsopphold

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

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 3-7 Om pasientansvarlig lege m.m.

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

Presidenten: Her ligg det føre eit avvikande forslag frå Framstegspartiet og Høgre. Forslaget lyder:

«§ 3-7 skal lyde:

§ 3-7 Om pasientansvarlig lege

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

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaget frå Framstegspartiet og Høgre vart innstillinga vedteken med 55 mot 19 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 15.30.05)

Vidare var tilrådd:

§ 3-8 Sykehusenes oppgaver

Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver:

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

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 3-9 Ledelse i sykehus

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

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

Presidenten: Her ligg det føre eit avvikande forslag frå Framstegspartiet og Høgre. Forslaget lyder:

«§ 3-9 skal lyde:

§ 3-9 Ledelse i sykehus

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

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaget frå Framstegspartiet og Høgre vart tilrådinga vedteken med 56 mot 19 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 15.30.46)

Vidare var tilrådd:

Kapittel 4 Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester*§ 4-1 Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester*

Sykehus må godkjennes av departementet før det kan yte helsetjenester.

Departementet kan gi forskrift om at det kreves godkjenning av departementet for

- a) andre typer helseinstitusjoner og helsetjenester enn nevnt i første ledd,
- b) vesentlige endringer i helseinstitusjoner eller tjenestetilbud som har godkjenning.

Ved vurderingen av om godkjenningen skal gis, kan det blant annet legges vekt på om samfunnsmessige eller faglige hensyn taler for at helseinstitusjonen eller helsetjenesten godkjennes, om helseinstitusjonen eller helsetje-

nesten er tatt inn på regional helseplan, jf. § 5-3, og om de tjenester som skal ytes pasientene synes forsvarlige.

Departementet kan i hvert enkelt tilfelle knytte slike vilkår til godkjenningen som er påkrevet for å sikre oppfyllelse av denne loven og bestemmelser gitt i medhold av den.

Presidenten: Til § 4-1 tredje ledd ligg det føre to avvikande forslag. Det er forslag nr. 5, frå Framstegspartiet, og forslag nr. 6, frå Høgre.

Forslaget frå Framstegspartiet lyder:

«§ 4-1 tredje ledd skal lyde:

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

Forslaget frå Høgre lyder:

«§ 4-1 tredje ledd skal lyde:

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

Presidenten vil fyrst la votere over fyrste, andre og fjerde ledd.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Presidenten: Når det gjeld tredje ledd, vil presidenten foreslå at det fyrst vert votert over forslaget frå Høgre, deretter over forslaget frå Framstegspartiet og til slutt over tilrådinga frå komiteen. – Slik vert det gått fram.

Presidenten har forstått at Framstegspartiet og Høgre går mot tilrådinga frå komiteen.

V o t e r i n g :

1. Forslaget frå Høgre vart med 64 mot 11 røyster ikkje vedteke.
(Voteringsutskrift kl. 15.31.45)
2. Forslaget frå Framstegspartiet vart med 63 mot 12 røyster ikkje vedteke.
(Voteringsutskrift kl. 15.32.07)
3. Tilrådinga frå komiteen til tredje ledd vart vedteken med 56 mot 19 røyster.
(Voteringsutskrift kl. 15.32.36)

Vidare var tilrådd:

Kapittel 5 Samarbeid innen den offentlige helsetjenesten og legefording*§ 5-1 Samarbeid innen den offentlige helsetjenesten*

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

(Presidenten)

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

Presidenten: Til fyrste ledd ligg det føre eit avvikande forslag frå Høgre. Forslaget lyder:

«§ 5-1 første ledd skal lyde:

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

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen til § 5-1 fyrste ledd og forslaget frå Høgre vart tilrådinga vedteken med 66 mot 8 røyster.
(Voteringsutskrift kl. 15.33.13)
2. Tilrådinga frå komiteen til § 5-1 andre ledd vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 5-2 Regionalt samarbeid

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

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

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

§ 5-3 Regionale helseplaner

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

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

Den regionale helseplanen skal vedtas av departementet.

Presidenten: Til desse paragrafane ligg det føre eit avvikande forslag frå Høgre, som omfattar §§ 5-2, 5-3 og ny 5-4. Forslaget lyder:

«§ 5-2 skal lyde:

§ 5-2 Nasjonal sykehusplan

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

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

§ 5-3 skal lyde:

§ 5-3 Statlige regionkontor

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

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

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

§ 5-4 skal lyde:

§ 5-4 Regionale helseplaner

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

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

Den regionale helseplanen skal vedtas av departementet.»

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaget frå Høgre vart tilrådinga vedteken med 65 mot 9 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 15.34.14)

Vidare var tilrådd:

§ 5-4 Tvist om utgiftsfordeling

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

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 5-5 Legefording

Departementet kan hvert år fastsette:

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

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

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

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

Presidenten: Til fyrste ledd nr.1 og tredje ledd ligg det føre eit avvikande forslag frå Høgre. Forslaget lyder:

«§ 5-5 første ledd nr.1 skal lyde:

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

§ 5-5 tredje ledd skal lyde:

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

Framstegspartiet har varsla at dei går mot heile paragrafen.

Det blir difor fyrst votert over forslaget frå Høgre og deretter over tilrådinga.

V o t e r i n g :

1. Forslaget frå Høgre vart med 66 mot 9 røyster ikkje vedteke.
(Voteringsutskrift kl.15.35.08)
2. Tilrådinga frå komiteen vart vedteken med 62 mot 10 røyster.
(Voteringsutskrift kl.15.35.31)

Vidare var tilrådd:

Kapittel 6 Finansiering

§ 6-1 Ansvaret for utgiftene

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

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

§ 6-2 Tilskudd til fylkeskommunen

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

Staten kan yte aktivitetsavhengige tilskudd eller tilskudd til bestemte formål til delvis dekning av fylkeskommunens utgifter til helsetjenester etter loven her.

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

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

Presidenten: Til § 6-1 andre ledd og § 6-2 ligg det føre eit avvikande forslag frå Høgre. Forslaget lyder:

«§ 6-1 annet ledd skal lyde:

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

§ 6-2 skal lyde:

§ 6-2 Tilskudd til de statlige regionkontorene

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

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

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

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

V o t e r i n g :

1. Tilrådinga frå komiteen til § 6-1 fyrste ledd vart samrøystes vedteken.
2. Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen til § 6-1 andre ledd og § 6-2 og forslaget frå Høgre vart tilrådinga frå komiteen vedteken med 66 mot 9 røyster.
(Voteringsutskrift kl. 15.36.28)

Vidare var tilrådd:

§ 6-3 Tilskudd til bygging av sykehus

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

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

§ 6-4 Tilskudd til regionsykehus

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

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

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 6-5 Pasientens bostedsfylke

Som bostedsfylke skal regnes det fylket der pasienten har sin faste bopel. Dersom pasienten ikke har fast bopel,

skal det fylket hvor vedkommende har sitt faste oppholdssted regnes som bostedsfylke.

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

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

Departementet avgjør i tvilstilfeller hvor en pasient har bostedsfylke.

§ 6-6 Refusjonskrav mot pasientens bostedsfylke

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

Pasientens bostedsfylke skal dekke utgifter til behandling og forpleining:

1. når det i henhold til internasjonal overenskomst foreligger rett til å reise til utlandet for å få 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. Ved beregning av refusjonskrav fra regionsykehus skal det tas hensyn til den andel av utgiftene som statens tilskudd etter § 6-4 utgjør.

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

Presidenten: Høgre har varsla at dei går imot.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart vedteken med 66 mot 9 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 15.37.04)

Vidare var tilrådd:

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

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

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

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

§ 6-8 Dekning av utgifter til kontrollkomisjonenes virksomhet

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

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

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 6-9 Pasienters egenbetaling

Departementet kan gi forskrift om:

1. pasienters betaling for poliklinisk behandling ved institusjon, hos legespesialist og spesialist i klinisk psykologi, herunder fritak for betaling ved forsinket behandling/undersøkelse eller kontroll,
2. pasienters betaling for bestilt time som ikke benyttes ved poliklinikk, hos legespesialist og spesialist i klinisk psykologi,
3. bostedsfylkets adgang til å bestemme at pasienter som oppholder seg i langtidsinstitusjoner helt eller delvis skal dekke 25 prosent av forpleiningsutgiftene når dette finnes rimelig etter pasientens økonomiske kår. Det kan ikke tas refusjon i kontantytelser som pasienten oppbærer etter folketrygdloven og heller ikke i midler som skriver seg fra slike ytelser. Hvis det ikke kan påvises noe bosted for pasienten, tas avgjørelsen av fylkeskommunen der institusjonen ligger. Fylkeskommunens avgjørelse kan klages inn for fylkesmannen.

Presidenten: Til § 6-9 fyrste ledd nr. 3 ligg det føre eit avvikande forslag frå Høgre. Forslaget lyder:

«§ 6-9 første ledd nr. 3 skal lyde:

3. at pasienter som oppholder seg i langtidsinstitusjoner helt eller delvis skal dekke inntil 25 prosent av forpleiningsutgiftene når dette finnes rimelig etter pasientens økonomiske kår. Det kan ikke tas refusjon i kontantytelser som pasienten oppbærer

etter folketrygdløven, og heller ikke midler som skriver seg fra slike ytelser.»

Framstegspartiet har varslet at dei går mot nr. 3.

Det blir difor røysta fyrst over forslaget frå Høgre og deretter over innstillinga.

V o t e r i n g :

Forslaget frå Høgre vart med 66 mot 9 røyster ikkje vedteke.

(Voteringsutskrift kl. 15.37.55)

Presidenten: Det vert så røysta over innstillinga, og fyrst over § 6-9 fyrste ledd nr. 1 og nr. 2.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Presidenten: § 6-9 nr. 3 er teken opp til votering.

Her har Framstegspartiet og Høgre varslet at dei går imot.

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart vedteken med 56 mot 19 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 15.38.30)

Vidare var tilrådd:

Kapittel 7 Taushetsplikt, opplysningsplikt og veiledningsplikt

§ 7-1 Taushetsplikt

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

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

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

§ 7-2 Opplysningsplikt til tilsynsmyndighetene

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

Den som skal gi opplysninger etter første ledd, eller som ønsker å gi opplysninger til Statens helsetilsyn eller fylkes-

legen av eget tiltak, kan gjøre det uten hinder av taushetsplikt, dersom det antas å være nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver etter lov, forskrift eller instruks.

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

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 7-3 Meldinger om helsepersonells virksomhet

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

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

Presidenten: Til § 7-3 fyrste ledd ligg det føre eit avvikande forslag frå Høgre. Forslaget lyder:

«§ 7-3 første ledd skal lyde:

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

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen til § 7-3 fyrste ledd og forslaget frå Høgre vart tilrådinga vedteken med 61 mot 9 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 15.39.14)

2. Tilrådinga frå komiteen til § 7-3 andre ledd vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

§ 7-4 Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten

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

Presidenten: Her ligg det føre eit avvikande forslag frå Framstegspartiet. Forslaget lyder:

«§ 7-4 skal lyde:

§ 7-4 Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten

Den som organiserer spesialisthelsetjeneste, og som omfattes av offentlige helseplaner, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysning om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommu-

nehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.»

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen og forslaget frå Framstegspartiet vart tilrådinga vedteken med 62 mot 10 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 15.39.53)

Vidare var tilrådd:

Kapittel 8 Pålegg

§ 8-1 Pålegg

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

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

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

Presidenten: Til § 8-1 fyrste ledd ligg det føre eit avvikande forslag frå Framstegspartiet. Forslaget lyder:

«§ 8-1 første ledd skal lyde:

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

V o t e r i n g :

1. Ved alternativ votering mellom tilrådinga frå komiteen til § 8-1 fyrste ledd og forslaget frå Framstegspartiet vart tilrådinga vedteken med 63 mot 10 røyster. (Voteringsutskrift kl. 15.40.29)
2. Tilrådinga frå komiteen til § 8-1 andre og tredje ledd vart samrøystes vedteken.

Vidare var tilrådd:

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

§ 9-1 Oppfyllelse av internasjonal overenskomst

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

§ 9-2 Ikrafttredelse

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

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

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

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

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

Kongen gir nærmere forskrifter om gjennomføringen av den private forpleiningen, herunder bruken av forpleiningskontrakter og ansvaret for den medisinske oppfølgingen av pasientene.

§ 9-4 Endringer i andre lover

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

§ 7 første ledd skal lyde:

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

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

§ 14 skal lyde:

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

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

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

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

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

§ 6-1 første ledd skal lyde:

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

§ 7-11 første ledd skal lyde:

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

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

§ 5-7 annet ledd første punktum skal lyde:

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

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

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

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

§ 6-8 første ledd skal lyde:

Retten til grunnstønad og hjelpestønad faller bort når et medlem oppholder seg i en institusjon eller boform for heldøgns omsorg og pleie etter sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven eller *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Det samme gjelder for et medlem som sitter i varetekt, soner straff eller er sikret i en av fengselsvesenets anstalter.

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

Følgende personer er yrkesskadedekket:

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

§ 22-4 tredje ledd skal lyde:

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

§ 22-5 annet ledd skal lyde:

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

V o t e r i n g :

Tilrådinga frå komiteen vart samrøystes vedteken.

Presidenten: Det vert votert over overskrifta til lova og lova i det heile.

Framstegspartiet og Høgre har varsla at dei går imot.

V o t e r i n g :

Overskrifta til lova og lova i det heile vart vedteken med 56 mot 19 røyster.

(Voteringsutskrift kl. 15.41.18)

Presidenten: Lovvedtaket vil verte sendt Lagtinget.

S a k n r . 2

Referat

Presidenten: Det ligg ikkje føre noko referat.

Møtet slutt kl. 15.45.