

Dokumenttype	NOU 1991:7	Dokumentdato	1990-10-25
Tittel	Spesialisthelsetjenesten m.m. - Utkast til lov med motiver		
Utvalgsleder	Helset, Per		
Utgiver	Sosialdepartementet		
Kapittel	Sammendrag av utredningen		

Utredningen inneholder utkast til ny lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Den nye loven er ment å erstatte lov om sykehus av 19 juni 1969 nr 57 (sykehusloven) og deler av lov om psykisk helsevern av 28 april 1961 nr 2, og bygger i det vesentlige på gjeldende rett. Utredningen er i tre deler:

I utredningens første del (innledning) er det redegjort for

- utredningsarbeidet,
- utviklingen av spesialisthelsetjenesten,
- forholdet mellom fylkeshelsetjenesten og tilgrensende tjenester og
- helsepolitiske utredninger m.v av særlig betydning for utformingen av utkastet.

Utredningens første del tar hovedsakelig sikte på å danne en rettslig og faktisk ramme for utkastet og dets motiver.

I utredningens annen del (generelle motiver) gis en relativt fyldig oversikt over utkastets regler med utgangspunkt i en fremstilling av gjeldende rett. Det er lagt stor vekt på å få frem likheter og forskjeller mellom utkastet og reglene i sykehusloven/lov om psykisk helsevern.

I utredningens tredje del (lovutkastet og dets spesielle motiver) er det først gitt merknader til de enkelte bestemmelser i utkastet. Deretter følger utkastet til lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Avslutningsvis er utredningen supplert med endel vedlegg. Bl.a er sykehusloven og lov om psykisk helsevern inntatt som vedlegg til utredningen.

I det følgende gis et kort sammendrag av utredningens enkelte kapitler:

Kapittel Sammendrag av utredningen

Kapittel 2 gjør rede for utredningsarbeidets bakgrunn og formål, prosjektets organisering m.v og forholdet til andre pågående lovreformer innen helse- og sosialsektoren.

Prosjektet ble igangsatt av Sosialdepartementet for å gjennomføre en sammenslåing av sykehusloven og deler av lov om psykisk helsevern til en lov. De to lovene inneholder i stor grad de samme regler. Sammenslåingen av de to lovene er også ønskelig for å markere at psykisk helsevern ikke representerer noen særomsorg innen helsetjenesten. Innen prosjektets ramme har det videre vært meningen å foreta en total lovteknisk reform av gjeldende rett, idet dagens lover tildels er usystematiske og inneholder regler som er motstridende. Prosjektet har således i stor grad bestått i å systematisere og redigere gjeldende rett på en ny og bedre måte.

I tillegg har prosjektet hatt som oppgave å oppdatere gjeldende rett i forhold til utviklingen innen helsetjenesten og i forholdet mellom staten og kommunesektoren de siste 20 år. Det er således tatt hensyn til forvaltningspraksis, vedtak i politiske og administrative organer og offentlige utredninger m.v om helsevesenet ved utformingen av utkastet.

Prosjektet har vært ledet av en prosjektleder som har utført utredningen i henhold til kontrakt med Sosialdepartementet. Under arbeidet med utredningen har prosjektlederen hatt møter med en rådgivende referansegruppe bestående av representanter fra Finansdepartementet, Helsedirektoratet, Kommunaldepartementet, Kommunenes Sentralforbund og Sosialdepartementet.

Prosjektlederen har eneansvaret for utredningen. Verken

Sosialdepartementet eller referansegruppen har kunnet instruere prosjektlederen om utredningens form eller innhold.

Under arbeidet med utredningen har prosjektlederen tatt hensyn til andre pågående lovreformer. Det gjelder bl.a.:

- Berntutvalgets forslag til lov om psykisk helsevern uten eget samtykke (NOU 1988:8),
- Helsedirektoratets forslag til lov om vern mot smittsomme sykdommer (NOU 1990:2),
- Kommunelovutvalgets arbeid med ny lov om kommuner og fylkeskommuner (foreligger ikke pr februar 1990),
- Utkastet til ny sosiallov (NOU 1985:18, Ot.prp.nr 60 (1988-89) og Ot.prp.nr 8 (1989-90) - ikke fremmet pr februar 1990),
- Utkast til ny folketrygdlov (foreligger ikke pr februar 1990),
- Utredninger om pasientrettighetslov og ny felles helsepersonellov (pågår pr februar 1990).

Kapittel Sammendrag av utredningen

I kapittel 3 beskrives utviklingen av spesialisthelsetjenesten generelt og fylkeshelsetjenesten spesielt. Fremstillingen er summarisk og skissepreget, og tar bare sikte på å gi en oversikt som kan danne bakgrunn for utkastets regler.

Somatiske sykehus er blitt stadig mer differensiert siden forrige århundre. Fra 1970 har fylkeskommunene tatt ansvaret for planlegging, utbygging og drift av slike sykehus, jfr sykehuslovens § 2 .

I 1970-årene ble det investert betydelige midler i sykehussektoren. Utbyggingen avtok ved inngangen til 1980-årene. Det siste tiåret har myndighetene i større grad satset på utbygging av primærhelsetjenesten, forebyggende tiltak og ytelse av spesialisthelsetjenester uten innleggelse i sykehus.

Utviklingen de siste 20 år har videre vært preget av at de somatiske sykehus har blitt færre og større, samtidig som den medisinsk-tekniske utvikling og spesialiseringen av helsepersonellet har tiltatt.

Sykestuer og fødehjem var tidligere hyppig forekommende, særlig i områder med lang vei til sykehus, men de siste tiår har utviklingen gått i retning av å nedlegge disse eller omgjøre dem til sykehjem.

Somatiske sykehjem omfatter alminnelige sykehjem og spesialsykehjem. Fra 1 januar 1988 har kommunene hatt ansvaret for de alminnelige, somatiske sykehjem, mens fylkeskommunene fortsatt har ansvaret for spesialsykehjemmene.

Rekonvalesenthjem og kursteder omfattes av sykehusloven når det gjelder f.eks godkjennelse av den enkelte institusjon, men delfinansieres i medhold av folketrygdloven. Antallet rekonvalesenthjem har sunket noe de siste tyve år, mens det er blitt noen flere kurbad i samme periode.

Sykehotell omfattes av sykehusloven, og er opprettet for å gi pasienter som er til ambulantmedisinsk undersøkelse eller behandling et overnattingstilbud nær sykehuset. Antallet har vært omtrent konstant de siste 20 år. Sykehotellene godkjennes og finansieres etter sykehuslovens regler.

Medisinske laboratorier er dels offentlige, dels private, dels tilknyttet sykehus og dels frittstående. De siste 20 år er laboratorietjenesten blitt differensiert og delvis regionalisert. Radiologitjenesten er dels organisert i tilknytning til sykehus og dels som frittstående røntgeninstitutter.

Laboratorier og røntgeninstitutter skal godkjennes etter sykehusloven. De gis etter 1 juni 1987 trygderefusjon etter søknad til departementet. Private institusjoner av denne type kan inngå avtale med vedkommende fylkeskommune om refusjon av utgifter.

Den psykiatriske institusjonshelsetjenesten har i dette århundret

tildels gjennomløpt en utvikling som har vært preget av differensiering, overbelegg, innføring av nye behandlingsmetoder, økt sirkulasjon av pasienter, utvikling av nye institusjonstyper og polikliniske tilbud. Klinikkkavdelinger har blitt opprettet ved alminnelige sykehus, samtidig som barne- og ungdomspsykiatriske behandlingshjem og poliklinikker er blitt oppført.

Psykiatriske sykehjem skal i prinsippet ta seg av langtidspasienter som er ferdigbehandlet ved sykehusene. Antallet plasser i slike sykehjem har økt betraktelig i etterkrigstiden. Samtidig har antallet sinnslidende anbrakt i privat forpleining blitt redusert. Ettervernshjem og langtidspensjonater er bygget etter 1960. Hjemmene gir pasienter utskrevet fra psykiatriske institusjoner attføringstilbud. Antallet ettervernshjem har holdt seg noenlunde konstant de siste 20 år.

Psykiatriske poliklinikker har siden 1960-årene blitt opprettet i mange fylkeskommuner. Stadig flere pasienter behandles uten at innleggelse skjer.

Ansvar for HVPU-institusjonene ble i sykehusloven lagt til fylkeskommunen. Fra 1970-årene har tanken om normalisering og integrering fått gjennomslag. Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede skal med virkning fra 1 januar 1991 ligge hos kommunene.

Spesialisthelsetjenesten utenfor institusjon omfatter særlig legespesialister i privat praksis som selvstendig næringsdrivende. Med virkning fra 1 april 1984 ble legespesialisttjenesten utenfor institusjon regulert i sykehusloven. Endel av disse legespesialistene er i dag integrert i fylkeshelsetjenesten ved avtaler om driftstilskudd m.v med vedkommende fylkeskommune. Også endel privatpraktiserende spesialister i klinisk psykologi er med virkning fra 1 april 1984 blitt integrert i fylkeshelsetjenesten ved slike avtaler.

Tannhelsetjenesten har vært fylkeskommunal siden folketannrøkta ble innført 1 juli 1950. Modeller for den offentlige tannhelsetjenestens organisering (kommunal, statlig og "blandet") er blitt drøftet av Nyhusutvalget (NOU 1982:10). En ny lov om tannhelsetjenesten - som i det vesentlige er bygget opp som kommunehelsetjenesteloven - trådte i kraft 1 januar 1984. Ansvar for finansiering og drift av Den offentlige tannhelsetjenesten er i loven lagt til fylkeskommunen. Den største delen av tannlegeetjenestene i Norge ytes imidlertid av privatpraktiserende tannleger.

Prosjektlederen vurderer i utredningens pkt 3.3 om reglene i tannhelsetjenesteloven bør inkorporeres i herværende utkast. På bakgrunn av en avveining av hensyn for og imot dette, konkluderes det med at bestemmelsene om tannhelsetjenesten ikke bør inkorporeres i utkastet.

Kommunikasjonstjenester omfatter transporttjenester og medisinske nødmeldetjenester.

Både pasienter og helsepersonell må transporteres. Det skjer i form av ambulansetjenester, syketransport og skyss av helsepersonell.

Ambulansetjenester til lands og til sjøs ble inntil 1 januar 1986 finansiert i medhold av folketrygdlovens regler. Fylkeskommunene fikk fra nevnte dato ansvar for slike ambulansetjenester. Ansvar for luftambulansetjenesten er statlig. Disse tjenestene finansieres fortsatt i medhold av folketrygdloven.

Syketransport av pasient med egen bil, drosje m.v har verken stat, kommune eller fylkeskommune hatt ansvaret for til nå. Skyss av helsepersonellet til pasienten finansieres i medhold av folketrygdloven.

Medisinsk nødmeldetjeneste ble etablert som en obligatorisk tjeneste for kommuner og fylkeskommuner med virkning fra 1 juli 1989.

Utviklingen av private helsetjenester er det nærmere redegjort for i pkt 3.5. Spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt hatt et stort innslag av privat virksomhet både når det gjelder institusjonshelsetjenester og spesialistpraksis utenfor institusjon.

Utviklingstendensen de siste 10 år har dels bestått i at privat virksomhet i større grad er blitt knyttet til det offentlige helsevesen, og dels bestått i at kommersielle helsetjenestetilbud av privat karakter har oppstått som et supplement til det offentlige tilbudet.

I perioden 1985-90 har flere private selskaper søkt om godkjenning som private sykehus. For tiden (februar 1990) ser det ut til at Ring Medisinske A/S og Klinikk 8, Oslo private sykehus A/S kan bli gitt adgang til å tilby sine pasienter undersøkelser og behandling som krever sykehusopphold med

overnatting etc.

I tillegg til private sykehus har en rekke private poliklinikker og helsesentra blitt etablert de senere år.

I pkt 3.6 redegjøres det kort for utviklingen av statlige helsetjenester. Staten har tradisjonelt tatt ansvar for enkelte helseinstitusjoner (f.eks. Rikshospitalet), men har etter sykehusloven også ansvaret for luftambulansetjenesten.

Kapittel Sammendrag av utredningen

Utredningens kapittel 4 redegjør for forholdet mellom fylkeshelsetjenesten og tilgrensende helse- og sosialtjenester.

Kommunehelsetjenesten ble etablert ved lov av 19 november 1982. Loven trådte i kraft 1 januar 1984, jfr utredningens pkt 4.2.

I pkt 4.3 redegjøres det for enkelte deltjenester innen helsetjenesten. Fængselshelsetjenesten er fra 1 april 1987 inkorporert i kommunenes og fylkeskommunenes helsetjenestetilbud. Dette følges opp med enkelte konkrete forslag i utkastet til ny fængselslov (NOU 1988:37). Utkastet til lov om spesialisthelsetjenesten m.m inneholder ingen bestemmelser som spesielt gjelder for fængselshelsetjenesten.

Apotektjenesten reguleres ved lov av 21 juni 1963.

Legemiddelforsyningen i Norge skjer gjennom selvstendige apotek, sykehusapotek, filialapotek og medisinsalg. Apotektjenester ytes i det vesentlige av private. Det foreslås ikke regler om apotektjeneste og legemiddelforsyning i utkastet.

Familievernkontorer finnes i nesten alle landets fylker. Drøyt halvparten drives av Kirkens familierådgivning. De øvrige drives av kommuner og fylkeskommuner. Utkastet inneholder ikke bestemmelser om familievernkontorene.

Kiropraktortjenester ble av Nyhusutvalget foreslått etablert som en fakultativ del av fylkeshelsetjenesten, jfr. NOU 1982:10. Etter utkastet til lov om spesialisthelsetjenesten m.m er det intet til hinder for at fylkeskommunene oppretter en slik deltjeneste, men utkastet inneholder ingen bestemmelser om kiropraktortjenester spesielt.

Nyhusutvalget foreslo at logoped- og audiopedagogtjenesten skulle gjøres til en obligatorisk fylkeshelsetjeneste. Sosialdepartementet uttalte i Ot.prp.nr 48 (1983-84) at nevnte tjenester og ortopedtjenester ville bli vurdert i relasjon til fylkeshelsetjenesten senere, men en slik vurdering er ikke foretatt. Utkastet til lov om spesialisthelsetjenesten m.m gir ikke særregler om disse deltjenestene, men inneholder heller ikke regler som er til hinder for at fylkeskommunene etablerer slike deltjenester eller inngår avtaler med privatpraktiserende logopeder m.v av eget tiltak.

Sosiallovutkastet tar sikte på å erstatte lov om edruskapsvern, barnevernsloven, sosialomsorgsloven og lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholinstitusjonene m.v., og regulerer sosialtjenesten på alle forvaltningsnivåer. Det vises til NOU 1985:18, Ot.prp.nr 60 (1988-89) og Ot.prp.nr 8 (1989-90). Etter regjeringsskiftet høsten 1989 ble sistnevnte proposisjon trukket tilbake. Det er for tiden (februar 1990) uklart om en tilsvarende proposisjon vil bli fremmet. Herværende utkast bygger på at proposisjonsutkastet (inntatt i Ot.prp.nr 8) vil bli vedtatt for så vidt angår de av sosiallovutkastets regler som har sammenheng med spesialisthelsetjenesten.

Utkast til ny folketrygdlov vil antakelig foreligge fra trygdlovutvalgets side i løpet av 1990. Folketrygden finansierer i stor grad spesialisthelsetjenester og andre tjenester som omfattes av herværende utkast, jfr særlig folketrygdlovens kapittel 2, sykehuslovens kapittel III og lov om psykisk helsevern kapittel V. I utredningens pkt 4.4.3.3 er det gitt en oversikt over de relevante bestemmelser i folketrygdlovens kapittel 2.

Kapittel Sammendrag av utredningen

Utredningens kapittel 5 gjøres det rede for synspunkter og forslag i enkelte utredninger, meldinger m.v som har hatt særlig betydning for utformingen av utkastet. Fremstillingen i kapittel 5 tar ikke sikte på å gi et generelt og uttømmende sammendrag av de relevante utredninger. Det er særlig synspunkter m.v av betydning for utformingen av utkastet som trekkes frem. I pkt 5.2 gjøres det rede for Eilertsenutvalgets innstilling (NOU 1987:25). Deretter fremstilles hovedpunktene i Lønningutvalgets innstilling (NOU 1987:23) i pkt 5.3. De to nevnte innstillinger følges opp av Sosialdepartementet i St.meld nr 41 (1987-88) Nasjonal helseplan, og av Stortinget i Innst.S.nr 120 (1988-89). I utredningens pkt 5.4 gjøres det rede for synspunktene i Nasjonal helseplan og oppfølgingen av denne i Storting og forvaltning.

Kapittel Sammendrag av utredningen

Kapittel 6 (i utredningens annen del (generelle motiver)) presenterer endel prinsipielle synspunkter om statlig styring av spesialisthelsetjenesten. Det gjøres også rede for bruken av styringsmidler i lovutkastet.

I pkt 6.2 drøftes ulike typer rettslige virkemidler. Styring ved hjelp av forhandlinger og avtaler drøftes som alternativ eller supplement til tradisjonell myndighetsutøvelse. I samsvar med en uttalelse avgitt av Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen, bygger utkastet på det prinsipielle syn at lovgivningen skal danne hovedrammen for den statlige styring med spesialisthelsetjenesten generelt og fylkeshelsetjenesten spesielt. Etter utkastet er det imidlertid intet til hinder for at andre styringsmidler kan supplere og utfylle de styringsmidler som utkastet inneholder.

I pkt 6.3 drøftes spørsmålet om og i hvilken grad staten bør styre en regionalisert og spesialisert spesialisthelsetjeneste.

På den ene siden har staten ved reformer i lokalforvaltningen overlatt betydelig styring til kommunesektoren. Systemet med rammefinansiering og fylkeskommunalt eier- og driftsansvar forutsetter at statlige styringsambisjoner dempes noe ned. På den annen side er det et visst behov for statlig styring bl.a for å sikre:

- en viss tilbudslikhet mellom fylkeskommunene,
- opprettholdelse av tjenestetilbudet i hele landet,
- effektiv ressursutnyttelse og unngå unødig "dublert" av tilbud,
- at nasjonale helsepolitiske målsettinger blir gjennomført i fylkeskommunene.

Hvorvidt og i hvilken grad staten bør styre spesialisthelsetjenesten i fylkeskommunene beror på en avveining mellom behovet for statlig styring og hensynet til det fylkeskommunale selvstyret. Staten må selv foreta denne avveiningen. Utkastet bygger på den grunntanke at en hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom staten og fylkeskommunene må tilstrebes når det gjelder styring av helsevesenet:

Statens oppgave bør bl.a være å trekke opp mål og sette rammer for helsetjenesten. Fylkeskommunens oppgave bør være å velge virkemidler for å nå målene og utfylle rammene som staten har etablert. Normalt bør staten

nøye seg med å formulere mål og oppgaver, mens fylkeskommunen selv bør avgjøre hvordan mål skal nås og oppgaver skal løses.

I visse tilfeller kan det imidlertid tenkes at fylkeskommunene ikke klarer å løse oppgavene og realisere målsettingene på en måte som statlige myndigheter finner tilfredsstillende. Det kan også tenkes tilfeller hvor veiledning, råd m.v fra statlige organer er nødvendig for at fylkeskommunene skal kunne løse sine oppgaver. Med tanke på slike situasjoner bør staten ha visse styringsmuligheter til sin rådighet. Utkastet er utformet med sikte på å gi staten en mulighet til å gripe inn med pålegg m.v dersom vedkommende fylkeskommune(r) ikke løser sine oppgaver tilfredsstillende. Det er også hensiktsmessig at råd og veiledning overfor fylkeskommunene gis en lovmessig forankring. Det må understrekes at dagens lovgivning også inneholder styringsmidler som nevnt.

I utredningens pkt 6.5 gis en oversikt over de statlige styringsmidler som finnes i utkastet og/eller annen lovgivning. Følgende styringsmidler er nevnt.

- 1) styring ved angivelse av mål og oppgaver,
- 2) styring ved planleggingssystemer,
- 3) styring ved oppstilling av "minstestandarder" og spesifiserte krav,
- 4) styring ved pålegg om valg av organisatoriske løsninger,
- 5) styring ved å gi pasienten rettskrav på visse tjenester (pasientrettigheter),
- 6) styring ved godkjennelsesordninger,
- 7) styring ved bestemmelser om samarbeid, tvistløsning og annen samordning og
- 8) styring ved veiledning og tilsyn.

Oversikten over styringsmidler pretenderer ikke å være uttømmende. Det må understrekes at disse styringsmidlene ikke nødvendigvis gjenfinnes i utkastet. I utredningens kapittel 7 flg er de viktigste styringsmidlene drøftet. I hvert tilfelle er det tatt standpunkt til om vedkommende styringsmiddel er tjenlig for staten når det gjelder å styre den virksomhet som omfattes av utkastet til lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Kapittel Sammendrag av utredningen

I utredningens kapittel 7 drøftes først målstyring som virkemiddel for staten. Deretter gjøres det rede for utkastets § 1-2. Paragrafen oppstiller mål for den offentlige helsetjeneste som omfattes av utkastet:

For det første oppstilles fremmelse av helse og forebygging, motvirkning av sykdom m.v som mål for helsetjenesten (utkastets § 1-2 nr 1). Bestemmelsen er ny i forhold til sykehusloven og lov om psykisk helseverns regler, men tilsvarende bestemmelser finnes i kommunehelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Dessuten er bestemmelsen i samsvar med målformuleringen i Nasjonal helseplan (St.meld.nr 41 (1987-88)).

For det annet oppstiller utkastets § 1-2 nr 2 likhet som mål for helsetjenesten. Bestemmelsen er ny i forhold til gjeldende rett, men bygger i noen grad på målformuleringen i Nasjonal helseplan. Likhetsmålsettingen knytter seg dels til tilbudslikhet ("likeverdighet i tjenestetilbudet"), og dels til resultatlikhet ("likhet i helsetilstanden").

For det tredje oppstilles kvalitet og effektivitet som mål for helsetjenesten i utkastets § 1-2 nr 3. Bestemmelsen er ny i forhold til sykehusloven og lov om psykisk helsevern.

Målet om kvalitet i helsetjenesten er i noen grad inntatt i utenlandsk lovgivning og fremgår som delmål i en WHO-resolusjon fra 1984. I Nasjonal helseplan er kvalitet fremhevet som et mål for helsetjenesten.

Målsettingen om et effektivt helsevesen er undertiden uttalt uttrykkelig i utenlandsk helselovgivning, men har bare delvis kommet til uttrykk i norsk

rett. (Se f.eks sykehuslovens § 5 og lov om psykisk helsevern § 2 , annet ledd.) Effektivitetsmålsettingen er imidlertid uttalt i Nasjonal helseplan.

For det fjerde oppstilles tilpasning til brukernes behov og tilgjengelighet for brukerne som mål for helsetjenesten i utkastets § 1-2 nr 4 og 5. Ingen av disse målsettingene fremgår av gjeldende rett. Målsettingen om tilpasning og fleksibilitet i forhold til brukernes behov er kommet til uttrykk i Nasjonal helseplan. Målet om at helsetjenesten skal være tilgjengelig for brukerne er ikke oppstilt som et hovedmål for helsetjenesten i Nasjonal helseplan, men lik tilgjengelighet til tilbudene for ulike befolkningsgrupper m.v fremheves sterkt annetsteds i meldingen.

I utredningens pkt 7.8 drøftes målkonflikter innen helsetjenesten, dvs det forhold at mål som oppstilles for virksomheten er innbyrdes motstridende. Det fremheves at de mål som er nevnt i utkastets § 1-2 i utgangspunktet er likeverdige i den forstand at intet mål kan neglisjeres eller settes i en særstilling i forhold til de øvrige. I tilfelle målkonflikt må den som er ansvarlig for vedkommende helsetjeneste søke å harmonisere målene. Det innebærer at man renonserer på realiseringen av et mål av hensyn til det eller de andre mål som også skal søkes realisert.

Kapittel Sammendrag av utredningen

I utredningens kapittel 8 gjøres det rede for fylkeshelsetjenestens oppgaver, organisering og saksbehandling.

Fylkeshelsetjenestens oppgaver drøftes i pkt 8.1. I sykehusloven og lov om psykisk helsevern angis fylkeskommunens oppgaver i § 2 jfr. § 1 , mens helseinstitusjonenes oppgaver er særskilt regulert i sykehuslovens kapittel II jfr samme lovs § 1 , nest siste og siste ledd.

Utkastets § 1-3 , jfr kapittel 3 bygger i det vesentlige på gjeldende rett:

Fylkeskommunen er ansvarlig for at befolkningen tilbys kliniske spesialisthelsetjenester, laboratorie- og røntgentjenester, ambulansetjenester til lands og vanns og medisinske nødmeldetjenester (§ 1-3 , første ledd). Disse oppgavene kan løses av fylkeskommunen selv eller ved at fylkeskommunen inngår avtale med private (§ 1-3 , annet ledd). Fylkeskommunen gis plikt til å planlegge, organisere, utbygge, drive og vedlikeholde de helsetjenester som tilbys på forsvarlig måte (§ 1-3 , tredje ledd). Endelig skal fylkeskommune bidra til at ansatte, privatpraktiserende spesialister med avtale om driftstilskudd m.v og helseinstitusjoner som eies eller finansieres av fylkeskommunen kan løse oppgaver de er pålagt i medhold av utkastet (§ 1-3 , fjerde ledd). Bestemmelsene i fjerde ledd er nye. Ellers er § 1-3 i hovedsak samsvarende med gjeldende rett og praksis.

Bestemmelsene om helseinstitusjonens oppgaver tilsvarer stort sett gjeldende rett. I utkastets § 3-1 er det inntatt regler om plikt til å yte øyeblikkelig hjelp som er i samsvar med sykehuslovens § 6 jfr lov om psykisk helsevern § 2 i.f.

I § 3-2 er det foreslått regler om opplæring, etterutdanning og videreutdanning. Helseinstitusjoner som omfattes av utkastet får etter § 3-2 plikt til å sørge for at helsepersonellet gis opplæring m.v som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Bestemmelsen er ny i forhold til gjeldende rett, selv om sykehuslovens § 8 inneholder en regel som gir Kongen myndighet til å pålegge institusjoner å gi undervisning m.v av helsepersonellet. Bestemmelsen i § 3-2 foreslås bl.a for å motvirke at manglende opplæring m.v medfører at tjenestene som ytes pasientene blir uforsvarlige. Tilsvarende bestemmelser finnes bl.a i kommunehelsetjenestelovens § 6-1 og § 6-2 .

I pkt 8.2 drøftes fylkeshelsetjenestens organisering. Sykehuslovens § 13 gir regler om sykehusnemnder, mens samme lovs § 14 inneholder bestemmelser om helseinstitusjoners styre. Etter sykehuslovens § 1 ,

fjerde ledd gjelder sykehuslovens § 13 og § 14 også for psykiatriske institusjoner.

Fylkeskommuneloven av 16 juni 1961 gir regler om fylkeskommunens organer (fylkesting, fylkesutvalg, fylkesordfører og fylkesrådmann).

I tillegg har de fleste fylkeskommuner helse- og sosialstyrer som dels gir råd til fylkesutvalget, og dels har selvstendig avgjørelsesmyndighet. I praksis har mange helse- og sosialstyrer fungert som sykehusnemnder etter sykehuslovens § 13. Sykehussjefen/fylkeshelsesjefen forbereder helsesaker for helse- og sosialstyret og utøver den løpende kontroll med fylkeshelsetjenesten.

Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen har uttalt at det er viktig at fylkeskommunene får større adgang til å løse sine organisatoriske og administrative gjøremål slik de selv finner det hensiktsmessig.

Utkastet inneholder ikke bestemmelser om den nærmere organisering av fylkeshelsetjenesten. Det begrunnes dels med at det er i samsvar med Hovedkomiteens syn (jfr ovenfor), og dels med at det er mest i samsvar med prinsippet om målstyring av helsetjenesten (jfr kapittel 6). Dette innebærer at utkastet ikke inneholder bestemmelser som tilsvarer sykehuslovens § 13 og § 14 (om sykehusnemnder og institusjonsstyrer).

Spørsmålet om det bør gis regler om avdelingsledelse på sykehus drøftes særskilt i pkt 8.2.3. Først gjøres det rede for spørsmålets aktualitet og de viktigste forslag vedrørende avdelingsledelse som fremmes i en innstilling fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Sosialdepartementet. Deretter gjøres det rede for et svensk forslag til endring av helse- og sjukvårdslagen av 1982. Det svenske forslaget innebærer at en sjefsoverlege skal ha den samlede ledelsen av enhet som forestår undersøkelse, behandling m.v.

Det redegjøres videre for to mulige modeller for utforming av en lovparagraf om avdelingsledelse i sykehus. Den ene modellen bygger på prinsippet om gruppeledelse, mens den andre modellen bygger på løsninger i det svenske lovforslaget (jfr ovenfor).

I pkt 8.2.3.4 har prosjektlederen foreslått mulige utforminger av paragrafen om avdelingsledelse. Formuleringene er bare ment som diskusjonsgrunnlag for en eventuell videre debatt om disse spørsmålene. Utkastet inneholder ikke forslag til regulering av spørsmålet om hvordan avdelinger i sykehus skal organiseres og ledes.

Pkt 8.2.3.5 omhandler ledelsesspørsmålet innen psykiatriske institusjoner, og redegjør kort for gjeldende rett samt Berntutvalgets forslag i NOU 1988:8. Utkastet til lov om spesialisthelsetjenesten m.m inneholder ingen regler om ledelse innen psykiatrien.

Alt i alt kan det slås fast at utkastet ikke pålegger fylkeskommunene m.v å organisere spesialisthelsetjenesten på noen bestemt måte. Organiseringen overlates stort sett til den som forestår vedkommende tjeneste. Det er likevel grunn til å peke på utkastets § 1-3, tredje ledd som pålegger fylkeskommunen å organisere helsevirksomheten på forsvarlig måte.

I pkt 8.3 redegjøres det for fylkeshelsetjenestens saksbehandling.

I utgangspunktet gjelder forvaltningslovens regler for saksbehandlingen i politiske og administrative organer innen den offentlige helsetjenesten og for virksomheten i kommunale institusjoner. Det er tvilsomt om forvaltningsloven kommer til anvendelse på virksomhet i private helseinstitusjoner som er inntatt på helseplaner og finansieres av det offentlige.

I tillegg til forvaltningslovens regler gjelder endel saksbehandlingsregler i særlovgivningen og uskrevne regler om forsvarlig saksbehandling m.v.

Utkastet inneholder saksbehandlingsregler i kapittel 7.

Ved utarbeidelse av saksbehandlingsreglene har det dels vært nødvendig å ta stilling til forholdet mellom utkastets og forvaltningslovens regler, og dels vært nødvendig å vurdere hvor saksbehandlingsreglene bør plasseres (i utkastet, andre lover eller andre lovutkast).

Prosjektlederen har vurdert å foreslå saksbehandlingsregler om inntak i og utskrivning fra institusjon og om henvisningsplikt, men har kommet til at slike regler ikke bør inntas i utkastet.

Saksbehandlingsreglene i utkastet bygger i noen grad på gjeldende rett

(sykehuslovens § 16-17 m.v.). Utkastet tar imidlertid også sikte på å supplere gjeldende rett på punkter hvor den er mangelfull, å avklare rettsspørsmål som idag er usikre og å harmonisere utkastet med sosiallovutkastet. I utkastets kapittel 7 gis det regler om

- Forvaltningslovens anvendelse på virksomhet i private institusjoner (§ 7-1)
- Taushetsplikt (§ 7-2)
- Opplysningsplikt overfor tilsynsmyndighetene og overfor sosialtjenesten (§ 7-3 og § 7-4)
- Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten (§ 7-5)
- Meldeplikt ved personskade m.v. (§ 7-6)

Kapittel Sammendrag av utredningen

I kapittel 9 redegjøres det for finansieringen av fylkeshelsetjenesten.

Sykehuslovens kapittel III inneholder regler om finansieringen av kapital- og driftsutgifter vedrørende tjenester som omfattes av loven. Det opprinnelige kurlpengesystemet ble fra 1 januar 1980 erstattet med et rammefinansieringssystem når det gjelder driftsutgiftene, dvs at fylkeskommunen får en rammebevilgning hvert år som den i prinsippet selv benytter slik den finner det tjenlig.

Kapitalutgiftene tilknyttet institusjonshelsetjenesten dekkes med 37,5 prosent av godkjente kostnader etter sykehuslovens § 10. Rammefinansieringssystemet medførte ingen endring når det gjaldt dekning av kapitalutgiftene.

Rammefinansieringen tok sikte på å fremme effektivitet, desentralisering og geografisk utjevning.

En konsekvens av rammefinansieringssystemet var gjestepasientordningen.

Fra 1 januar 1977 ble fylkeskommunen styrket som selvstendig forvaltningsnivå.

Senere har det blitt innført et nytt inntektssystem for fylkeskommunene fra 1 januar 1986. En rekke overførings- og refusjonsordninger ble da avvirket. Det ble isteden innført en ordning med et generelt driftstilskudd og noen få sektorvise rammetilskudd.

Rammefinansieringen, styrkingen av fylkeskommunen og det nye inntektssystemet må ses i sammenheng. Meningen med alle tre reformer er å styrke fylkeskommunens stilling - bl.a som leder av fylkeshelsetjenesten. Staten bør dermed normalt respektere fylkeskommunens prioriteringer mellom sektorene (skolevesen, helsevesen etc.) og innen sektorene (fordeling av midler til ulike typer helsetjenester etc).

Utkastets finansieringsbestemmelser er inntatt i utkastets kapittel 4. Bestemmelsene er i det vesentlige resultat av en lovteknisk omredigering og et forsøk på klarlegging av bestemmelsene i sykehuslovens kapittel III og lov om psykisk helsevern kapittel V.

Prosjektlederen har vurdert å foreslå regler om forsøksvirksomhet i utkastet som kan gi klar hjemmel for forsøksordninger med stykkprisfinansiering og DRG-system, men har kommet til at det ikke er nødvendig dersom det foretas en mindre endring i lov om planlegging av helsetjenesten av 19 november 1982 nr 68.

Prosjektlederen har videre overveiet å innta regler i utkastet om kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter, men har på basis av uttalelser bl.a i Nasjonal helseplan kommet til at slike regler for tiden (februar 1990) ikke bør foreslås.

Detaljerte regler om pasientens egenbetaling vil antakelig bli inntatt i utkastet til pasientrettighetslov. I herværende utkast er likevel noen av reglene om dette i sykehusloven og lov om psykisk helsevern inntatt.

Utkastets kapittel 4 inneholder regler om følgende:

- Hvem som skal dekke driftsutgifter m.v. (§ 4-1)
- Rammetilskudd til fylkeskommunen fra folketrygden (§ 4-2)

- Tilskudd til utbygging av sykehus fra folketrygden (§ 4-3)
- Tilskudd til eier av universitetsklinikk fra staten (§ 4-4)
- Gjestepasientordningen (§ 4-6 jfr. § 4-5)
- Dekning av utgifter vedrørende pasient som ikke er bosatt i Norge (§ 4-7)
- Dekning av utgifter til kontrollkommisjonenes virksomhet (§ 4-8)
- Pasienters egenbetaling for poliklinisk behandling (§ 4-9)

Kapittel Sammendrag av utredningen

I utredningens kapittel 10 gjøres det rede for planlegging av fylkeshelsetjenesten.

Sykehusloven og lov om psykisk helsevern legger ansvaret for planlegging av fylkeshelsetjenesten på den enkelte fylkeskommune. I 1980 ble det rullerende plansystemet innført. Det må ses i sammenheng med at sentrale myndigheter mistet muligheten til å styre gjennom godkjenning av institusjonsbudsjettene da rammefinansieringsordningen ble etablert.

Det rullerende plansystemet har ikke virket slik man forestilte seg det da systemet ble innført, jfr f.eks kritikken av systemet i Eilertsenutvalgets og Lønningutvalgets innstillinger. I Nasjonal helseplan drøftes behovet for en revisjon av helseplanleggingen, men det uttales intet konkret om hvordan dette bør skje.

I utkastet fastslås fylkeskommunens planleggingsansvar i § 1-3 , tredje ledd. I kapittel 5 er det foreslått nærmere regler om dette. Reglene tar sikte på å etablere et enkelt og effektivt plansystem. Systemet skal primært være en kanal for informasjonsutveksling mellom staten og fylkeskommunene. Staten bør i utgangspunktet nøye seg med å gi veiledning til fylkeskommunene om utforming av planene, men bør ha hjemmel til å gripe inn med pålegg om prioriteringer m.v i planene hvis nasjonale interesser tilsier det.

Utkastet etablerer to typer planer: For det første fire års rullerende planer for fylkeshelsetjenesten (fylkeshelseplaner). For det annet årsplaner som i utgangspunktet er bindende for virksomheten i budsjettåret. Reglene om disse planene er inntatt i § 5-1 og § 5-2 . Tilsvarende bestemmelser finnes ikke i sykehusloven og lov om psykisk helsevern, men det må understrekes at fylkeskommunens utarbeidelse av planene i utkastet ikke nødvendigvis representerer noen administrativ merbelastning i forhold til praksis i dag. Det er meningen at fylkeshelseplanen og årsplanen skal kunne inntas i henholdsvis langtidsbudsjettet og årsbudsjettet som i alle fall må utarbeides i henhold til fylkeskommuneloven.

Det er ikke foreslått regler om statlig godkjenning av fylkeshelseplan eller årsplan i utkastet. Statlige interesser er søkt ivaretatt ved § 5-3 som inneholder bestemmelser om departementets tilrådinger og pålegg i tilknytning til planene.

Utkastet inneholder heller ikke detaljerte regler om saksbehandlingen ved utarbeidelse av planen. I § 5-3 er det inntatt en regel om at planutkast skal sendes departementet i rimelig tid før planen vedtas, og i § 5-4 er det bestemt at fylkeshelseplanen og årsplanen skal samordnes med fylkeshelseplan som utarbeides i henhold til plan- og bygningsloven.

Kapittel Sammendrag av utredningen

I utredningens kapittel 11 er statlig godkjenning av

helseinstitusjoner, institusjonsplaner m.m drøftet.

Etter sykehuslovens § 3 og lov om psykisk helsevern § 2 skal visse helseinstitusjoner godkjennes av statlige myndigheter. Planer for oppføring m.v av institusjon skal godkjennes av statlige myndigheter etter forskrift av 26 september 1969.

I utkastet er det ikke inntatt bestemmelser om statlig godkjenning av institusjoner. Godkjennelsesordningen er bare opprettholdt når det gjelder planer om oppføring m.v av institusjoner.

I § 2-1 er det gitt regler om hvilke planer som er gjenstand for godkjenning. Utkastet nevner de institusjonstyper som plankravet knytter seg til. I utkastets § 2-2 er det inntatt regler om retningslinjer for skjønnsutøvelsen som tar sikte på klargjøre vurderingstemaet når godkjenning overveies. Det fremgår videre av § 2-2 at det kan knyttes vilkår til godkjenningen. I praksis kan det bli behov for å endre de godkjente planer før f.eks en bygning er ferdigstilt. Utkastets § 2-3 tar sikte på å regulere slike situasjoner.

Alt i alt innebærer utkastets kapittel 2 en forenkling av det gjeldende godkjenningssystem. Ved utformingen av reglene har prosjektlederen søkt å avveie behovet for fylkeskommunalt selvstyre mot behovet for statlig styring av institusjonshelsetjenesten.

Kapittel Sammendrag av utredningen

I utredningens kapittel 12 redegjøres det for fylkeshelsetjenestens samarbeid med andre deler av helse- og sosialtjenesten.

Enhet og sammenheng i dagens fragmenterte tilbud av helse- og sosialtjenester kan bare oppnås ved at ulike samordningstiltak iverksettes. Samarbeid må skje mellom ulike forvaltningsnivåer (stat, fylkeskommune og kommune), og mellom ulike sektorer (helsetjenesten, sosialtjenesten m.v.).

Sykehuslovens § 2 inneholder regler om samarbeid og tvistløsning. Tilsvarende bestemmelser finnes i lov om psykisk helsevern § 2. Reglene regulerer forholdet mellom fylkeskommunene innbyrdes og mellom fylkeskommune og staten. Enkelte særregler om samarbeid mellom fylkeshelsetjenesten og privat virksomhet finnes i sykehuslovens § 4 og § 5.

Særregler om samarbeid innen helse- og sosialtjenesten finnes dessuten i bl.a følgende lover:

- kommunehelsetjenesteloven,
- tannhelsetjenesteloven,
- lov om planlegging i helsetjenesten,
- folketrygdloven og
- sosiallovutkastet.

I tillegg inneholder fylkeskommunelovens § 29 generelle regler om samarbeid mellom fylkeskommuner m.v.

I utkastets kapittel 6 er det inntatt regler om samarbeid innen helsetjenesten. § 6-1 inneholder regler om samarbeid innen den offentlige helsetjenesten. Bestemmelsene bygger på gjeldende rett, men er mer utførlige. Bl.a kan det nevnes at samarbeidet mellom fylkeskommunene og kommunene er regulert i utkastet. I første ledd slås det fast at fylkeskommunene kan inngå samarbeidsavtaler med staten, kommunene og andre fylkeskommuner om løsningen av oppgaver etter loven. Annet ledd gir statlig myndigheter hjemmel til å påby et visst samarbeid når hensynet til pasientene eller nasjonale interesser gjør det påkrevet.

I § 6-2 er det gitt regler om regionhelsetjenesten på basis av den praksis som har utviklet seg siden siste halvdel av 1970-årene. Tilsvarende regler finnes ikke i sykehusloven og lov om psykisk helsevern. Utkastet tar sikte på å fastlegge rammen for regionhelsetjenesten, men regulerer ikke dens nærmere innhold eller organisering.

Utkastets § 6-3 inneholder bestemmelser om tvistløsning når det er

uenighet om utgiftsfordelingen i tilknytning til samarbeidsavtaler mellom fylkeskommuner m.v. Tilsvarende regler finnes i sykehusloven og lov om psykisk helsevern.

Kapittel Sammendrag av utredningen

I utredningens kapittel 13 er kvalitetssikring innen helsetjenesten drøftet.

Innledningsvis i kapitlet gjøres det rede for utviklingen av kvalitetssikringssystemer innen industrien generelt og i arbeidet med å sikre arbeidsmiljøet spesielt. Ulike systemer for internkontroll og annen kvalitetssikring er utviklet innen bl.a følgende områder:

- verkstedsindustri,
- transportvirksomhet og
- petroleumsvirksomhet

Når det gjelder sikring av arbeidsmiljøet er det redegjort for internkontroll som virkemiddel i to offentlige utredninger (NOU 1987:10 og NOU 1987:32). Bl.a på grunnlag av forslagene i disse utredninger sendte Kommunaldepartementet en generell forskrift om internkontroll på høring i januar 1990. Forskriftsutkastet gjelder for de fleste virksomheter som sysselsetter arbeidstakere.

Innen helsetjenesten har internkontroll og kvalitetssikring et visst fotfeste i praksis, men ordningens lovmessige forankring er spinkel. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 inneholder en forutsetningshjemmel for internkontroll, men bestemmelsen er ikke fulgt opp med forskrifter, rundskriv m.v i nevneverdig grad.

Innen legemiddelproduksjon, legemiddelforsyning og ved bruk av legemidler foreligger det relativt velutviklede systemer for kvalitetssikring. Det samme kan nok sies om laboratorietjenester og tjenester som knytter seg til anskaffelse og bruk av medisinsk-teknisk utstyr. I noen grad har også konsensuskonferanser o.l blitt brukt som et kvalitetssikringstiltak.

Kvalitetssikringstiltak kan ikke benyttes innen helsetjenesten uten at kunnskap formidles om hva som virker og ikke virker innen vedkommende tjeneste. I praksis har det blitt reist spørsmål om taushetsplikt kan hindre gjennomføring av ulike kvalitetssikringstiltak innen helsetjenesten.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har ved sin regionalkomite for Europa vedtatt en anbefaling til medlemslandene om å utvikle effektive systemer for kvalitetssikring innen 1990. Regionalkomiteen anbefaler også at medlemsstatene iverksetter systematiske tiltak for å evaluere bruken av helseteknologi i forhold til nytte, effektivitet, sikkerhet, helsepolitiske målsettinger og økonomi.

I utenlandsk lovgivning er regler om kvalitetssikring av helsetjenester utbredt. I følgende europeiske land er slike regler vedtatt eller foreslått (listen pretenderer ikke å være uttømmende):

- England
- Belgia
- Forbundsrepublikken Tyskland (BRD)
- Spania
- Italia
- Nederland

Systematisk evaluering av medisinsk praksis m.v skjer i flere av disse land ved såkalt "Medical audit", "peer review" og "quality circles".

USA har kommet lengst i utviklingen av kvalitetssikringssystemer for helsetjenesten. Man har der utviklet kvalitetssikringssystemer som tar sikte på å definere, måle og evaluere kvaliteten på helsetjenester. I utredningens pkt 13.5.2 redegjøres det for endel av de metoder som benyttes

innen helsetjenesten i USA.

Utkastet til lov om spesialisthelsetjenesten m.m inneholder en bestemmelse i § 1-5 som er ment å utgjøre det rettslige fundament for utviklingen av systemer for internkontroll, evaluering og andre kvalitetssikringstiltak innen helsetjenesten. Bestemmelsen i § 1-5 tar sikte på å muliggjøre en videreutvikling av den tanke som ligger i tilsynslovens § 3 i bredden og dybden. Innen rammen av prosjektet har det ikke vært mulig å utvikle et generelt regelverk for kvalitetssikring av de helsetjenester utkastet regulerer.

§ 1-5 inneholder i første ledd en bestemmelse om plikt for ytere av helsetjenester til å utøve internkontroll. I annet ledd gis den forskriftshjemmel som er ment å danne basis for utvikling av regler om kvalitetssikringstiltak innen spesialisthelsetjenesten m.v. Endelig regulerer tredje ledd spørsmålet om informasjonsformidlingen når internkontroll m.v skal utøves: Taushetsplikt er ikke til hinder for at den som utøver internkontroll m.v etter utkastet gis enhver opplysning som er nødvendig for å gjennomføre vedkommende kvalitetssikringstiltak.

I utkastets § 9-4 , VI og IX foreslås at paragrafer med samme ordlyd som utkastets § 1-5 inntas i kommunehelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Dersom dette vedtas vil det rettslige fundament for utarbeidelse av forskrifter om kvalitetssikringstiltak være etablert for de vesentligste deler av helsetjenesten.

Kapittel Sammendrag av utredningen

I utredningens kapittel 14 drøftes regler om statlig tilsyn, pålegg og sanksjoner.

I medhold av lov om psykisk helsevern § 2 og sykehuslovens § 3 er det gitt ulike forskrifter om tilsynet med institusjoner som omfattes av de to lovene. Ved utøvelsen av tilsyn kan det f.eks oppdages mangler ved de helsetjenester som ytes. Sykehuslovens § 18 inneholder generelle bestemmelser om at helsedirektøren kan gi pålegg om retting av mangler i fylkeshelsetjenesten eller pålegg om stenging av en institusjon. Lov om statlig tilsyn av 30 mars 1984 inneholder en tilsvarende påleggshjemmel i § 5 . Praksis viser at påleggsmyndigheten etter disse bestemmelsene benyttes i liten grad. Sosialdepartementet har i brev til Helsedirektoratet av 15 januar 1990 slått fast at departementet ikke har noe ønske om at direktoratet skal utvise tilbakeholdenhet i sin utøvelse av tilsynet.

Utkastets bestemmelser om tilsynet bygger på gjeldende rett, idet det vises til at endringer i tilsynsreglene eventuelt bør skje som en oppfølging av Schjønnsbyutvalgets innstilling. Innstillingen ble avgitt til Helsedirektoratet i november 1989, og er for tiden (februar 1990) på høring hos endel instanser.

Utkastets bestemmelser om statlige myndigheters påleggsmyndighet ved mangler i helsetjenesten er inntatt i § 8-1 . Reglene er i det vesentlige i samsvar med sykehuslovens § 18 . Bestemmelsene i § 8-1 adskiller seg fra tilsynslovens § 5 i visse henseender, og er derfor ikke overflødige ved siden av tilsynslovens regler.

Gjeldende rett inneholder regler om straff og erstatning som sanksjoner ved svikt i helsetjenesten. Sykehusloven og lov om psykisk helsevern inneholder imidlertid ikke erstatningsregler. Straff kan etter de to lovene bare ilegges ved brudd på plikten til å yte øyeblikkelig hjelp og krenkelse av taushetsplikt, se sykehuslovens § 6 og § 16 . Sykehusloven og lov om psykisk helsevern inneholder ikke andre sanksjoner - f.eks tvangsmulkt ved manglende oppfyllelse av pålegg etter sykehuslovens § 18 eller hjemmel for nedjustering av rammetilskuddet hvis fylkeskommunens disposisjoner skulle avvike vesentlig fra forutsetningene fra statlig side.

Utkastet inneholder ingen erstatningsbestemmelser, men det er foreslått en generell straffehjemmel i § 8-3 , første ledd som retter seg mot private

virksomhetsutøvere. Etter regelen i første ledd kan den som eier eller leder privat virksomhet som omfattes av utkastet straffes ved forsettlig eller uaktsom overtrødelse av bestemmelser gitt i eller i medhold av utkastet. En tilsvarende regel finnes ikke i sykehusloven og lov om psykisk helsevern. Prosjektlederen har vurdert å gjøre straffehjemmelen gjeldende også for fylkeskommunal og statlig virksomhet, men har kommet til at regelen foreløpig ikke bør gis et så vidt anvendelsesområde. Hovedbegrunnelsen for dette er at bøtStraff overfor en fylkeskommune ikke kan inndrives etter gjeldende rett, jfr fylkeskommunelovens § 51 . Endringer på dette punkt bør eventuelt skje under oppfølgingen av kommunelovutvalgets innstilling.

Bestemmelser om tvangsmulkt er foreslått i utkastet § 8-2 .

Tilsvarende regler finnes ikke i sykehusloven eller lov om psykisk helsevern, men i annen helselovgivning (Se f.eks kommunehelsetjenestelovens § 4a-7). Regelen om tvangsmulkt kan bidra til å effektivisere pålegg og om retting av mangler og stenging etter § 8-1 .

Prosjektlederen har vurdert å foreslå bestemmelser om reduksjon av rammetilskudd som et sanksjonsmiddel overfor fylkeskommuner som benytter statlig tilskudd i strid med nasjonale prioriteringer m.v., men har kommet til at slike regler ikke bør gis. Hovedbegrunnelsen for dette standpunkt er at en slik reduksjonshjemmel vil stride mot tanken med det nye inntektssystemet som ble innført 1 januar 1986.

Kapittel Sammendrag av utredningen

I utredningens kapittel 15 redegjøres det for forskriftshjemlene i utkastet. Forholdet mellom utkastet og forskrifter gitt i medhold av sykehusloven og lov om psykisk helsevern blir også vurdert.

I pkt 15.2 drøftes spørsmålet om de generelle fullmaktshjemler i utkastet er forskrifter i forvaltningslovens forstand. Dette må avgjøres ut fra legaldefinisjonene i forvaltningslovens § 2 , første ledd jfr fjerde ledd. Selv om det undertiden kan være tvilsomt om de generelle fullmakter er forskrifter etter § 2 , benyttes forskriftsbetegnelsen gjennomgående om generelle fullmakter i utkastet.

Spørsmålet om de generelle fullmaktenes forskriftsstatus må ses i sammenheng med spørsmålet om pålegg m.v i enkelttilfeller skal anses som "enkeltvedtak" etter forvaltningsloven. Hvis det dreier seg om et enkeltvedtak må forvaltningen følge de detaljerte særregler om saksbehandlingen i forvaltningslovens § 16 flg. I utkastet er betegnelsen "enkeltvedtak" unngått, idet avgjørelsens karakter må vurderes i det enkelte tilfelle ut fra kriteriene i forvaltningslovens § 2 .

I pkt 15.3 drøftes forskriftshjemlene i utkastet på prinsipielt grunnlag.

Prosjektlederen har for det første kommet til at det ikke bør gis en generell hjemmel i utkastet om at utkastet kan utfylles og gjennomføres ved hjelp av forskriftsbestemmelser. Rettssikkerhetshensyn m.v kan anføres for et prinsipp om at forskriftshjemlene i utkastet bør være spesifikke, uttømmende og knyttet tematisk til de enkelte bestemmelser i utkastet.

For det annet har prosjektlederen kommet til at de generelle fullmakter i utkastet stort sett bør legges til departementsnivå. Unntaksvis kan det være hensiktsmessig å tildele Regjeringen slik myndighet.

I pkt 15.4 drøftes spørsmålet om hva som bør skje med forskrifter gitt i medhold av sykehusloven og lov om psykisk helsevern etter at utkastet er trådt i kraft.

Prosjektlederen har kommet til at dette spørsmålet bør reguleres særskilt i utkastet. I § 9-2 er det således bestemt at forskrifter gitt i medhold av sykehusloven og lov om psykisk helsevern som hovedregel skal gjelde midlertidig etter utkastets ikrafttredelse. Unntak er oppstilt for det tilfellet av forskriftsbestemmelsene er i strid med utkastet. I § 9-2 er det også presisert at forskrifter som fortsatt skal gjelde etter § 9-2

kan endres eller oppheves av organet som opprinnelig ga reglene.

Kapittel Sammendrag av utredningen

I utredningens kapittel 16 er det gitt en oversikt over folkerett, EF-rett, internasjonale anbefalinger m.v som helt eller delvis gjelder for helsetjenester som omfattes av utkastet.

I pkt 16.2 redegjøres det for menneskerettigheter og traktatbestemmelser. Følgende regler m.v nevnes:

- FNs verdenserklæring om menneskerettighetene av 1948 art 22 og 25
- Den internasjonale FN-konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter art 12
- ILO konvensjon nr 102 om minstestandard for sosial sikkerhet art 10, 34 og 49
- Den europeiske sosialpakt av 1961, art 11 og 13
- Den europeiske konvensjon om sosial og medisinsk hjelp av 11 desember 1953
- Sluttakten fra Konferansen om sikkerhet og samarbeid i Europa (KSSE) av 1975
- Karantenereglementet av 25 juli 1969.

I pkt 16.3 drøftes EFs regelverk om helsetjenester. Formålet med Romtraktaten er primært å bidra til et felles marked når det gjelder utveksling av økonomiske goder. De senere år har imidlertid EFs sosiale dimensjon blitt fremhevet, men EFs regler om helsemessige og sosiale forhold stiller neppe krav som bør influere på utformingen av utkastet til lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Det foreligger imidlertid endel internasjonale anbefalinger og resolusjoner som det bør tas hensyn til ved utforming og tolkning av utkastet. Det gjelder særlig følgende anbefalinger m.v.:

- FN-resolusjon av 9 desember 1975 og Europarådsresolusjon av 19 januar 1973 om funksjonshemmede
 - FN-resolusjon av 20 september 1971 og Europarådsrekommendasjon nr 818 fra 1977 om henholdsvis HVPU-pasienter og psykiatriske pasienter
 - Alma Ata-deklarasjonen av 12 september 1978 om primærhelsetjenesten, særlig pkt. VI
 - WHO's regionalkomite for Europas resolusjon av ultimo september 1984 om "Targets for health for all"
-

Kapittel Sammendrag av utredningen

I utredningens kapittel 17 drøftes de økonomiske og administrative konsekvenser av lovutkastet.

Utkastets administrative konsekvenser diskuteres i pkt 17.2. Utkastet medfører ingen endringer i ansvars- og oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene innen helsetjenesten. Heller ikke i forholdet mellom offentlig og privat sektor innen helsevesenet medfører utkastet endringer av betydning.

Når det gjelder godkjennelsesordninger innebærer utkastet forenklinger i forhold til gjeldende rett, idet institusjonene ikke skal godkjennes etter de foreslåtte regler.

Bestemmelsene om fylkeskommunens planlegging i utkastets kapittel 5 kan medføre en viss merbelastning dersom fylkeskommunen velger å utarbeide

separate planer for helsetjenesten. Reglene i kapittel 5 er imidlertid utformet slik at planen skal kunne inntas i de budsjetter som må utarbeides i medhold av annen lovgivning. I så fall vil utarbeidelsen av planene neppe representere noen merbelastning av betydning.

I utkastets § 1-5 er det gitt hjemmel for å gi forskrifter om ulike kvalitetssikringstiltak. Dersom fullmakten benyttes vil den kunne føre til at fylkeskommunens administrasjon må utøve systemkontroll m.v., og vil således medføre en viss administrativ belastning. På sikt vil utvikling av kvalitetssikringssystemer sannsynligvis kunne frigjøre administrative ressurser.

Alt i alt vil utkastet neppe legge beslag på administrative ressurser i større grad enn gjeldende regler.

Også når det gjelder eventuelle økonomiske konsekvenser av utkastets regler, må det pekes på at lovutkastet i det vesentlige viderefører gjeldende rett. Generelt sett er det dessuten grunn til å fremheve at bestemmelsene i utkastet i liten grad vil bestemme kostnadene i de virksomheter som reguleres. I visse tilfeller kan imidlertid annenlinjetjenestens midler bindes opp som følge av de foreslåtte regler. Det gjelder for det første reglene om øyeblikkelig hjelp i § 3-1, men disse reglene er stort sett i samsvar med gjeldende rett. For det annet gjelder det den nye paragrafen om plikt til å yte opplæring m.v til helsepersonellet i § 3-2. Prosjektlederen har i dette tilfellet funnet at hensynet til kvalitet i helsetjenesten må veie tyngre enn hensynet til at fylkeskommunene ikke må påføres ytterligere utgifter. For det tredje kan økonomiske ressurser i fylkeskommunene bli bundet ved at staten gir pålegg i medhold av f.eks. § 1-5, § 1-7 og § 5-3. Dersom f.eks forskriftshjemmelen i § 1-5 benyttes til å gi påbud om å utvikle kvalitetssikringssystemer, kan dette på kort sikt medføre økte utgifter. På lang sikt er det grunn til å anta at kvalitetssikringssystemer kan medføre store besparelser bl.a fordi ressursutnyttelsen vil kunne bli bedre.

Kapittel Sammendrag av utredningen

I utredningens kapittel 18 gis det merknader til de enkelte bestemmelsene i utkastet. Utkast til lovtekst er inntatt i kapittel 19. Avslutningsvis inneholder utredningen endel vedlegg.
