



# Innst. 466 S

(2016–2017)

## Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:140 S (2016–2017)

### **Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Janne Sjelmo Nordås, Per Olaf Lundteigen og Geir Inge Lien om oppfølging av Kvinnsland-utvalgets rapport og erstatte helseforetaksloven med en helseforvaltningslov og innføre folkevalgt styring og stedlig ledelse av norske sykehus**

Til Stortinget

#### **Sammendrag**

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen følge opp Kvinnsland-utvalgets rapport gjennom å fremme egen sak for Stortinget om å erstatte helseforetaksloven med en helseforvaltningslov som sikrer folkevalgt styring og stedlig ledelse av hvert sykehus.
2. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å endre finansieringen av sykehus med mål om at sykehus i all hovedsak skal rammefinansieres og at eventuell bruk av innsatsstyrt finansiering ikke må videreføres ned på sykehusnivå.»

Forslagsstillerne mener at sykehusene må videreføres med statlig eierskap der helseforetaksloven erstattes med en helseforvaltningslov med folkevalgt styring av sykehusene både nasjonalt, regionalt og lokalt. De mener videre at Stortinget må ta tilbake makten over den nasjonale sykehuspolitikken. Ved avvikling av helseforetaksmodellen mener forslagsstillerne at ansvaret for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten desentraliseres til sykehusstyrer som tilsvarer dagens helseforetak. Disse skal styre

innenfor rammene gitt av Stortinget i en nasjonal helse- og sykehusplan. Sykehusstyrene skal komme til erstatning for dagens helseforetak, og flertallet i styret skal være valgt av og blant fylkestingsmedlemmene. Hvert sykehus skal ha virksomhetsstyrer der også kommunehelsetjenesten og kommunene er representert. Forslagsstillerne mener i tillegg at finansieringen av sykehusene må endres slik at sykehusene i all hovedsak rammefinansieres, og forslagsstillerne vil gå vekk fra dagens forretningsystem etter regnskapsloven. Forslagsstillerne mener det må innføres stedlig ledelse ved alle sykehus som har det faglige ansvaret, samt regnskaps- og personalansvar. Forslagsstillerne mener sykehusstruktur, prioritering av store investeringer og beslutninger om nasjonale, regionale og lokale funksjoner ved sykehus skal avgjøres av Stortinget i nasjonal helse- og sykehusplan. Det kan om nødvendig også opprettes egne styrer for landsomfattende tjenester, som IKT, bygg osv. Disse tjenestefunksjonene må forankres i nasjonal helse- og sykehusplan. Gjennom en nasjonal helse- og sykehusplan må man i fremtiden tydeliggjøre oppgavefordelingen mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. I planen bør de økonomiske virkemidlene avklares og behandlingsforløp ses i sammenheng.

#### **Komiteens merknader**

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Freddy de Ruiten, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen og Torgeir Micaelsen, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud,

lederen Kari Kjønnaas Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at regjeringen nedsatte Kvinnsland-utvalget for å utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten bør organiseres. Utvalget overleverte sin rapport 1. desember 2016, NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.

Komiteen viser til at utvalget ble bedt om å vurdere tre alternativer til dagens organisering, som alle innebærer at de regionale helseforetakene avvikles:

1. færre helseforetak (HF) enn i dag direkte underlagt departementet
2. et nytt direktorat til erstatning for dagens regionale helseforetak (RHF)
3. ett nasjonalt helseforetak til erstatning for RHF.

Komiteen viser til at utvalget mener en modell med ett nasjonalt HF er det beste alternativet av disse tre. Utvalget har også vurdert en modell der HF-ene ikke er selvstendige rettssubjekter, men styres direkte av det regionale nivået. Det vil da ikke være styrer på HF-nivå. Komiteen merker seg at 13 av 16 medlemmer i utvalget mener det fortsatt bør være et regionalt beslutningsnivå, og begrunner dette blant annet med at regional forankring av beslutninger gir større legitimitet. Dette vil også på en bedre måte sikre hensynet til regional planlegging og dimensjonering av spesialisthelsetjenesten. Tre medlemmer anbefaler at en modell med en nasjonal overbygning tas med videre i regjeringens vurdering. Komiteen merker seg videre at halvparten av utvalget, inkludert lederen, støtter en modell der HF-ene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter. Det legges vekt på at dette vil klargjøre ansvarsforhold og gi mer effektive styringslinjer. Den andre halvparten av utvalget går imot en slik endring og legger spesielt vekt på at den vil bidra til sentralisering av makt og beslutninger. Komiteen viser videre til at spørsmålet om regioninndeling er begrenset til Helse Sør-Øst. Et samlet utvalg mener at Oslo universitetssykehus HF bør videreføres som regionsykehus for hele regionen. 11 av 16 medlemmer mener at regioninndelingen bør videreføres som i dag. Begrunnelsen er bl.a. at etablering av regioner uten eget regionsykehus vil kreve mer omfattende samordningsmekanismer og avtaler for å styre til dels omfattende gjestepasientstrømmer. Deling vil også gripe inn i de investeringsplanene som er lagt, og det vil være betydelige kostnader og risiko ved omstillingen. Et mindretall ønsker å dele Helse Sør-Øst.

Komiteen peker på at hensikten med eventuelt å endre organisasjonsmodell må være å få en modell som er bedre enn den vi har i dag.

Komiteen har merket seg at regjeringen i revidert nasjonalbudsjett for 2017 varslet at de vil komme tilbake til oppfølgingen av Kvinnslands-utvalgets rapport i forbindelse med statsbudsjettet for 2018.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Høyre, viser til at det er en stor utfordring å finne hva som skal være alternativet til dagens styringssystem. Det vil måtte være et bedre system og ha bred politisk oppslutning for å kunne stå seg over tid. Kvinnsland-utvalget hadde ingen bedre alternativer til dagens modell, og flertallet viser til at det ikke lenger er bred enighet i Stortinget om å legge ned de regionale helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener at Kvinnsland-utvalgets rapport gir en god beskrivelse av dagens sykehusmodell, og viser til at den peker på en del vesentlige områder for forbedringer. Helsetjenesten er i stadig endring, og det vil også være behov for å forbedre måten vi organiserer driften på fra tid til annen. Kritikken mot dagens foretaksmodell omfatter flere områder. Avstand mellom ledelse og den pasientnære virksomheten, manglende legitimitet hos toppledelsen, for mye fokus på markedsprinsipper på bekostning av pasientbehandling samt manglende tillit på tvers av sykehusene er noen av hovedmomentene i kritikken.

En stor omorganisering vil kreve mye ressurser, ikke bare økonomisk, men også personellmessig. For at slik ressursbruk skal kunne forsvares, mener disse medlemmer at man, med rimelig grad av sikkerhet, må kunne forvente en betydelig bedring sammenlignet med dagens virksomhet. Kvinnsland-utvalgets konklusjon var at ingen av modellene de utredet, var åpenbart bedre enn foretaksmodellen, og flertallet i utvalget foreslo at dagens modell opprettholdes med visse justeringer.

Disse medlemmer mener at det er et stort rom for å gjøre nødvendige forbedringer innenfor dagens helseforetaksmodell, og støtter derfor at denne modellen opprettholdes.

Disse medlemmer mener det er grunn til å dempe markedsfinansieringen av sykehusene, slik at det blir en bedre balanse mellom hensynet til kvalitet i pasientbehandlingen og økonomiske krav. Dette må også avspeiles i hvordan man omtaler spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved at et sykehus er et sykehus, og ikke et helseforetak. Disse medlemmer mener videre at det er hensiktsmessig å beholde styrene på de ulike nivåene, og at disse må inneha både tung fagkompetanse og god samfunnsforståelse.

God ledelse og tillit mellom de ulike leddene i tjenesten er en forutsetning for en god tjeneste, og

disse medlemmer mener at reell stedlig ledelse skal være en hovedregel.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre mener tiden er inne for å endre styringsmodellen for sykehusene, og at de regionale helseforetakene må legges ned. I den forbindelse viser disse medlemmer til regjeringsplattformen, der det heter følgende:

«Regjeringen vil legge ned de regionale helseforetakene når det er utformet en nasjonal helse- og sykehusplan.»

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre viser til at disse partiene mener det er behov for ny styring, organisering og ledelse av norske sykehus, og viser til at også Den norske legeförening på sitt landsstyremøte 31. mai 2017 vedtok at de vil utvikle de regionale helseforetakene. Legeföreningen mener at beslutningene må flyttes nærmere pasientene. Disse medlemmer viser til at Kvinnsland-utvalgets mandat ikke la opp til en utredning av en helhetlig alternativ modell til dagens helseforetaksmodell, og at mandatet la dagens finansieringsløsning til grunn.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener dette viser at det aldri var reell vilje til å legge ned helseforetakene. Disse medlemmer mener Kvinnsland-utvalget burde fått i oppdrag å utrede en forvaltningsmodell under folkevalgt styring.

Disse medlemmer mener også at Kvinnsland-utvalgets mindretallsforslag om en løsning med færre helseforetak med sørge-for-ansvar, direkte underlagt departementet eller et nasjonalt helseforetak, bør vurderes nærmere. Mindretallet mente at i en slik modell bør det også vurderes om en del av oppgavene de regionale helseforetakene i dag ivaretar, bør overføres til et direktorat. Disse medlemmer ønsker ikke opprettelse av et nasjonalt helseforetak eller direktorat.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener som mindretallet i utvalget, at Helse Sør-Øst HF, uavhengig av styringsmodell, bør deles opp.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre viser til den varslede oppfølgingen i statsbudsjettet for 2018, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede en løsning der dagens helseforetaksmodell utvikles til fordel for en modell der det enkelte helseforetak får delegert sørge-for-ansvar og blir direkte underlagt et nasjonalt nivå.»

Disse medlemmer imøteser regjeringens forslag til ny organiseringsmodell til erstatning for de regionale helseforetakene i forbindelse med statsbudsjettet 2018.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre fremmer i tillegg følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen vurdere å dele opp Helse Sør-Øst.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at forslagene fremmes på bakgrunn av dagens politiske flertall, som et minstekrav til nødvendige endringer. Senterpartiet vil erstatte foretaksmodellen med en forvaltningsmodell under folkevalgt styring, og dette medlem viser til øvrige forslag om dette i innstillingen.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre viser til saken om outsourcing av IKT i Helse Sør-Øst og at denne til fulle viser hva slags strategiske beslutninger for samfunnet som er tatt ut av Stortinget og overlatt helseforetakene og foretaksmøtene. Disse medlemmer mener saken viser at det er betydelig behov for kontroll med overordnede prioriteringer og beslutninger. Disse medlemmer mener det er viktig at kompetanse beholdes og utvikles i Norge, og at det er nasjonal kontroll over pasientenes helseinformasjon. På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at strategiske beslutninger om IKT i spesialisthelsetjenesten alltid underlegges grundig politisk behandling og beslutninger basert på høringsrunder.»

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet fremmer i tillegg følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at ansvar for og utvikling av IKT-infrastruktur i helsetjenesten ikke blir outsourcet.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at spesialisthelsetjenesten ikke kan drive sine teknologiske løsninger og

IKT-systemer uten bruk av private leverandører, og dette inkluderer også utenlandske leverandører. Det viktigste er at man har sikkerhet for at pasientinformasjon ikke kommer på avveie. Det avgjørende spørsmålet er om man skal gi tilgang, og hva slags tilganger som eventuelt blir gitt. Det må gjøres konkrete vurderinger knyttet til både informasjonssikkerhet generelt og nasjonal sikkerhet. Disse medlemmer mener at det er de som har ansvaret for tjenesten, som også må gjøre disse vurderingene. Helseforetaksmodellen er basert på at det skal være en klar rolle- og ansvarsfordeling i styringen av spesialisthelsetjenesten. Stortinget styrer gjennom å vedta reglene i helselovgivningen og andre lover, blant annet personvernlovgivningen. Stortinget styrer også gjennom å stille vilkår for bevilgningen ved behandling av statsbudsjettet, og legger politiske rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten ved behandlingen av nasjonal helse- og sykehusplan. Disse medlemmer mener at forslaget om politisk behandling av strategiske beslutninger om IKT ville innebære et klart brudd med den etablerte ansvarsfordelingen.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre viser til at mange avgjørelser og prioriteringer skjer i ikke-formaliserte møter mellom de fire administrerende direktørene (AD-ene) i de regionale helseforetakene, kalt AD-møter. Disse medlemmer mener denne praksisen er problematisk og burde vært vurdert av Kvinnsland-utvalget. Disse møtene legger premisser for beslutninger, og uformelle beslutninger tas uten innsyn og deltakelse fra tillitsvalgte. AD-møter holdes uten referat eller offentlige sakslistor. Disse medlemmer mener dette må endres, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen vurdere helseforetakenes praksis med uformelle AD-møter og sikre formalisering av møtene ved å innføre krav til full åpenhet, dokumentasjon og at tillitsvalgte får fulle rettigheter til deltakelse.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at møter mellom de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene er sentrale i forhold til å sikre enhetlig nasjonal praksis og gjennomføring av krav som er stilt av eier i foretaksmøtet og oppdragsdokument, herunder oppfølging av Stortingets vedtak. Det er også et forum for erfaringsutveksling mellom helseregionene og gjensidig orientering om aktuelle saker. Disse medlemmer mener at å skulle formalisere krav til åpenhet og dokumentasjon knyttet til admi-

nistrativ saksforberedelse og erfaringsutveksling mellom helseregionene ville bryte med det som er allmenlig praksis også på andre samfunnsområder. For eksempel har dekanene ved de medisinske fakultetene tilsvarende møtepraksis. Når det gjelder ansattes og tillitsvalgtes rett til medvirkning, reguleres dette gjennom arbeidsmiljøloven og hovedavtalen.

Disse medlemmer er sterkt kritiske til forslaget om å erstatte helseforetaksloven med en helseforvaltningslov som skal sikre folkevalgt styring og stedlig ledelse av hvert sykehus. Forslaget vil føre til svært uklare ansvarsforhold og innebære en pulverisering av det politiske ansvaret for en stor og viktig samfunnssektor. Disse medlemmer mener styrene i helseforetakene bør ha balansert kompetanse som ivaretar styrenes primære oppgaver. Styremedlemmer må gjerne ha politisk bakgrunn, men disse medlemmer er kritiske til en modell der flertallet i styret er valgt av og blant fylkestingsmedlemmer. Styrerepresentantene vil da kunne komme i et krysspess mellom å gjennomføre den politikken som de som medlemmer av fylkestinget har vært med på å vedta, og å gjennomføre den politikken som Stortinget og regjeringen ønsker å få gjennomført. Disse medlemmer vil påpeke at helse- og omsorgsministeren i tilfeller der styrene ikke gjennomfører vedtatt politikk, i ytterste konsekvens vil måtte bytte ut styrene. Etter denne modellen vil en da være avhengig av å velge nye medlemmer fra samme fylkesting, og statsråden kan da risikere fortsatt å ha styrer som ikke gjennomfører den politikken som Stortinget og regjeringen har vedtatt. Modellen vil skape uklare ansvarsforhold og åpne for den typen politisk spill som dagens styringsmodell hadde som hensikt å rydde opp i.

Disse medlemmer viser videre til at regjeringen allerede har gjort viktige endringer i styrings-systemet for å legge til rette for mer nasjonal styring og samordning. Disse medlemmer viser til at Stortinget har lagt rammene for denne utviklingen gjennom behandlingen av nasjonal helse- og sykehusplan. Regjeringen har også etablert nasjonale selskaper for innkjøp, bygg og IKT. Disse medlemmer vil fortsette arbeidet med å sikre mer nasjonal og folkevalgt styring gjennom nasjonal helse- og sykehusplan, styrke den nasjonale koordineringen gjennom de felles eide helseforetakene og gi større lokal handlefrihet til sykehusene og de lokale helseforetakene.

Når det gjelder stedlig ledelse, vil disse medlemmer vise til at flertallet på stortinget under behandlingen av nasjonal helse- og sykehusplan ba regjeringen stille krav om at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus. Dette ble fulgt opp av helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte 4. mai 2016.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener at dette stortingsflertallets krav om stedlig ledelse ikke er fulgt opp siden det i hele Helse Møre og Romsdal nå skal innføres klinikkledelse. På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at det innføres stedlig ledelse ved sykehusene i Møre og Romsdal i tråd med Stortingets vedtak 542 ved behandlingen av Innst. 206 S (2015–2016) om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet mener videre at full rammefinansiering av foretakene kan føre til at aktiviteten i sykehusene går ned og køene øker. Disse medlemmer viser til at innsatsstyrt finansiering (ISF) er et godt instrument for å tilrettelegge for økt aktivitet på en mest mulig effektiv måte. Disse medlemmer vil påpeke at det er viktig at ISF ikke blir et premiss for prioriteringstiltak – riktig prioritering og god helhetlig behandling skal primært fremmes gjennom faglige retningslinjer, lover og forskrifter.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener det må være en politisk styring av sykehusene og vil utvikle de regionale helseforetakene. Disse medlemmer mener det statlige eierskapet av sykehusene bør videreføres, og at ansvarlig statsråd bør stå for styringen av de lokale helseforetakene, på bakgrunn av føringer gitt av Stortinget. Disse medlemmer mener det er viktig at de folkevalgte i Stortinget og styrene i de lokale helseforetakene bestemmer. Disse medlemmer vil at folkevalgte i kommunene og regionene skal sitte i de lokale helseforetaksstyrene.

Disse medlemmer mener Stortinget skal stå for overordnet, langsiktig styring gjennom en rulle-ende nasjonal helse- og sykehusplan, etter mønster av nasjonal transportplan. Vesentlige endringer i sykehusstruktur og sykehusfunksjoner skal avgjøres av Stortinget gjennom denne planen. På denne måten sikres helhetlig og forutsigbar styring, og med en slik modell er det folket, gjennom politikerne de velger på alle tre nivåer, som bestemmer hvordan sykehus-Norge skal se ut framover.

Disse medlemmer viser til Innst. 206 S (2015–2016), der komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet fremmet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig gjennomgang av dagens finansiering i sykehusene og utrede alternative finansieringsmodeller som sikrer

at økonomien ikke blir styrende for den helsehjelpen som gis pasientene.»

Disse medlemmer vil understreke utfordringene ved modellen med innsatsstyrt finansiering. Det bør ikke være slik at det er hva sykehusene tjener på, som er det styrende for den helsehjelpen som gis pasientene.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti er kritisk til ISF-sats på over 30 prosent.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener sykehusene i all hovedsak må rammefinansieres.

Dette medlem viser til at spesialisthelsetjenesten som utøves ved norske sykehus, er grunnleggende viktig for folks trygghet. Formålet med helsepolitikken er å forebygge sykdom, redusere sosiale helseforskjeller og yte gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det. Dette medlem mener det er behov for en demokratiserings- og ledelsesreform av norske sykehus. Sykehusene må tas tilbake til offentlig forvaltning og folkevalgt styring.

Dette medlem har merket seg at deler av kritikken mot Kvinnsland-utvalget er at arbeidet i liten grad berørte befolkningens fremtidige behov for helsetjenester og hvordan styringsmodellen på best måte kan understøtte dette. Dette medlem viser til at samhandlingen mellom de ulike nivåene i helsetjenesten ikke er god nok, og at dette er påpekt i mange rapporter, blant annet av Riksrevisjonen. Dagens styringsmodell legger opp til konkurranse framfor samarbeid i mange sammenhenger, noe som kan true samhandling til det beste for pasientene.

Dette medlem viser til at helseforetaksmodellen ikke sikrer folkevalgt og demokratisk styring av et viktig offentlig velferdsområde. Reformen fra 2002 utviklet regional folkevalgt styring og erstattet den med styring etter mønster fra næringslivet. Systemendringen betydde at beslutningsmyndighet ble overført fra ansvarlige folkevalgte organer. Dette medlem mener at kombinasjonen lønnsomhetsregnskap, foretaksorganisering med styrer etter modell for aksjeselskaper og stykkprisfinansiering har svekket overordnet politisk styring og stimulert til konkurranse mellom institusjonene i stedet for samarbeid.

Dette medlem viser til at regjeringen Solberg i sin tiltredelseserklæring slo fast at den ville legge ned de regionale helseforetakene når det var utformet en nasjonal helse og sykehusplan. Regjeringen satte i 2015 ned Kvinnsland-utvalget, som fikk i mandat å komme med forslag til ny organisering og styring av spesialisthelsetjenesten (NOU 2016:25). Rapporten ble levert 1. desember 2016 og har vært sendt på hø-

ring. Dette medlem viser til at helse- og omsorgsminister Bent Høie i revidert nasjonalbudsjett 2017 varslet at oppfølgingen vil komme i statsbudsjettet for 2018. Samtidig varslet helse- og omsorgsministeren at han hadde snudd og ikke lenger vil legge ned de regionale helseforetakene. Dette medlem viser til at helse- og omsorgsministerens uttalelser ikke representerer regjeringskollega Fremskrittspartiet. Dette medlem mener at Kvinnsland-utvalgets mandat var begrenset, og at utvalgets sammensetning bar preg av at de fleste medlemmene hadde et eierforhold til dagens modell. Dette medlem konstaterer at regjeringen dermed har gitt et løfte som den senere har brutt, og at den har brukt samfunnets ressurser på en utredning som ikke vil føre til nødvendige endringer.

Dette medlem viser til at Kvinnsland-utvalget skulle vurdere følgende alternativer til dagens organisering av spesialisthelsetjenesten:

- 1) avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet,
- 2) opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene,
- 3) opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene,
- 4) eventuelt andre alternativer for organisering av spesialisthelsetjenesten.

I mandatet het det at:

«Utvalget skal legge dagens prinsipper for finansiering av spesialisthelsetjenesten til grunn, men vurdere, gitt disse prinsippene, hvilke behov for endringer i finansieringssystemet som utløses av de alternativene modellene.»

Utvalget slår fast at alle de tre alternativene som er omtalt i mandatet, innebærer at mange av de viktigste beslutningene blir sentralisert. Dette kan ifølge utvalget gi bedre grunnlag for nasjonal samordning og styring. Samtidig vil sentralisering av beslutninger kunne svekke legitimiteten. Utvalget mener etter en samlet vurdering at alternativ 3 med ett nasjonalt helseforetak som eier av helseforetakene er det beste blant de alternativene som er angitt i mandatet. Et flertall i utvalget foreslår en modell der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter. Sykehusene vil være organisert som egne resultatenheter (kalt sykehusgrupper) under helseforetak på regionnivået, og ikke ha egne styre. Dette vil bety at for eksempel Helse Sør-Øst, som har ansvar for 56 prosent av befolkningens sykehustjenester, bare vil ha ett styre.

Dette medlem mener Kvinnsland-utvalgets tilrådinger betyr et fortsatt demokratisk underskudd i styringen av sykehusene. Forslaget om en modell der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssub-

jekter, betyr en maktsentralisering og vil være en forsterking av helseforetaksmodellens negative sider. Dette medlem mener at mindretallsforslaget om å utrede færre helseforetak direkte underlagt departementet burde vært utredet i hele sin bredde. Dette medlem mener, som mindretallet i utvalget, at uavhengig av styringsmodell bør Helse Sør-Øst HF deles opp.

Dette medlem viser til at det i løpet av 15 år med helseforetaksmodellen har skjedd store funksjons- og oppgavefordelinger gjennom betydelige omstruktureringer av tjenestetilbudet, og det er foretatt investeringer i bygg, utstyr og IKT. Innføring av foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten i Norge hadde sammenheng med innføring av bestiller- og utførermodellen og aktivitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Økonomistyringen ble endret fra systemer utviklet for offentlige velferdstjenester til regnskap utviklet for lønnsomhetsstyring i forretningsvirksomhet.

Dette medlem viser til at mange har stilt spørsmål ved om modellen gir en nasjonal samordning av tilbudet, som var en intensjon for innføringen, eller om det er demokratisk legitimitet knyttet til vanskelige beslutninger i helseforetakene. Stadig tilbakevendende er også spørsmålet om det er tilstrekkelig klarhet i roller mellom nivåene og balanse mellom helseforetakenes beslutningsmyndighet og det politiske ansvaret – og om Stortinget blir tilstrekkelig involvert i sentrale beslutninger. Kritiske spørsmål er også stilt til finansiering, bestiller- og utførermodellen og til dagens forretningsssystem etter regnskapsloven.

Dette medlem merker seg at helseforetaksmodellen er udemokratisk, og ifølge Kvinnsland-utvalget er dette det mest brukte budskapet i debatten.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at kontroll- og konstitusjonskomiteens behandling av Helse- og omsorgsdepartementets eierstyring knyttet til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, jf. Innst. 240 S (2014–2015), synliggjorde udemokratiske sider ved helseforetaksmodellen og at avgjørelser i realiteten blir tatt på bakrommet. Erfaringer med dagens foretaksmodell er at den gir manglende tillit i befolkningen. Beslutninger om vesentlige endringer i sykehusstilbudet mangler demokratisk legitimitet og fører derfor til mye uro. Det svekker igjen kvaliteten og effektiviteten i sykehusorganisasjonen.

Disse medlemmer viser til at misnøyen med sykehus drevet etter en forretningsmessig modell, er sterk. Høy grad av innsatsstyrt finansiering som videreføres helt ned på avdelingsnivå, har økt oppmerksomheten på inntjening. Dette fører til konkurranse framfor samarbeid i helsetjenesten, det stikk motsatte

av intensjonen i samhandlingsreformen. Norsk helsevesen er byråkratisert. Helsepersonell opplever at mye tid som skulle vært brukt til pasientbehandling, går med til møter, rapportering, sekretærarbeid og lignende. Disse medlemmer mener det er en realitet at helseforetaksreformen virker sentraliserende og byråkratiserende og har medført en stor økning i ledernivåer i norske sykehus.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at regjeringen Solberg har økt den innsatsstyrte finansieringen av sykehusene til 50 prosent, noe som stimulerer til konkurranse framfor samarbeid mellom sykehusene.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at når diagnosekoder kobles til inntjening for sykehusene, gir dette insentiver til å sikre sykehuset stort pasientvolum og pasienter som lønner seg økonomisk. Riksrevisjonen har påvist store svakheter i medisinsk kodepraksis mellom sykehus og avdelinger (Dokument 3:5 (2016–2017)).

Riksrevisjonen påpeker at sykehusene bruker antall DRG-poeng som et mål på aktivitet. De fleste helseforetakene viderefører dette ned på avdelingsnivå. Dette gjør at de fleste klinikkene og mange avdelinger delvis finansieres av hvor mange DRG-poeng de genererer. Riksrevisjonen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet mener DRG-systemet ikke er robust nok til å bli brukt til dette formålet. Disse medlemmer mener dette er alvorlige funn som må føre til endringer, og at ISF ikke lenger må videreføres ned på sykehus- og klinikknivå.

Komiteens medlem fra Venstre er mest opptatt av å bygge tillit innen sykehussektoren og helsetjenesten, det være seg mellom pasient og det offentlige, mellom pasient og ansatt, og mellom ansatte og det offentlige. Pasientens helsetjeneste i Norge i dag er svært god når blålysene kommer på. Men før og etter oppleves det ofte vanskelig både å nå fram og å finne fram. Samtidig blir folkehelsearbeidet nedprioritert til fordel for reparering, samt at somatikk gis for mye oppmerksomhet sammenliknet med rus og psykiatri. Et todelt helsevesen må få mindre preg av å være delt.

Dette medlem viser til at Venstre i sitt program for perioden 2017–21 ønsker et forsøk med en samling av all helsetjeneste på ett nivå og en større innsats i folkehelsearbeidet. Det bør stimuleres til at kommuner som ønsker det, kan velge å inngå samarbeid med sykehusforetak om oppgaver innen spesialisert pleie og omsorg, ø-hjelp og legevakt som et alternativ til å inngå stadig mer interkommunalt samarbeid. Dette medlem er åpen for å samle de fire re-

gionale helseforetakene til ett nasjonalt foretak med vekt på å styre de nasjonale behandlingstjenestene, drive nasjonalt utviklingsarbeid, nasjonal standardisering for både pasientsikkerhet, kvalitet og IKT-infrastruktur, samt overordnet FoU. Dette må følges av en ny organisering av dagens 20 sykehusforetak.

Dette medlem er bekymret over at stadig større og stadig flere beslutninger i norsk sykehussektor i dag samles i et økende antall «forum» bestående av kun de fire direktørene i de fire regionale helseforetakene. Et økende antall store beslutninger og anskaffelser blir forsøkt holdt unna offentlighet og brukere, slik som priser på dyre medisiner og outsourcing av store IKT-kontrakter til utenlandske selskaper. Både mangel på åpenhet og usikkerhet rundt digital pasientinformasjon reduserer tillit. Venstre ønsker mest mulig ressurser nærmest mulig pasienter og helsepersonell. I dag er det et nasjonalt konglomerat av aktører med uklart mandat og for små ressurser til å drive nasjonal standardisering og utvikling av nasjonal infrastruktur. I sum skaper dette et for stort byråkrati for langt unna sykehusene og med for lite nasjonal handlekraft.

Dette medlem etterlyser en utredning og debatt om reelle alternativer til dagens fire regionale helseforetak. De få ideelle aktørene i Norge ser ut til å drive sykehus mer effektivt og med lavere konfliktnivå enn de offentlige. Dette må vi ta lærdom av. I Nederland har de opprettet en nokså lik struktur som i Norge, men der hvor de regionale helseforetakene i Norge mer og mer blir seg selv nok, er disse i Nederland tillagt en funksjon som pasientens agent i form av å være (statlig regulerte) forsikringsselskap. Mens i Danmark har regionalt eierskap til sykehusene, kombinert med statlig utlysning av et antall investeringsprosjekter, blitt en mer bærekraftig modell enn mange fryktet ved reformen der. Det finnes altså alternativer, men de ble i liten grad utredet og «oversatt» til norske forhold i Kvinnsland-utvalgets arbeid. I en situasjon hvor vi mangler et reelt alternativ, vil Venstres svar være å gjøre et utvalgt forsøk – i hovedsak med helseforetak som rammemodell.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener Nasjonal helse- og sykehusplan og Stortingets behandling av denne (Meld. St. 11 (2015–2016), jf. Innst. 206 S (2015–2016)) ikke svarte på de sentrale utfordringene. Løfter om en bedre politisk styring av sykehussektoren gjennom en nasjonal helse- og sykehusplan ble en plan som ga enda større rom for ikke-folkevalgte i de regionale helseforetakene og statsråd i foretaksmøte til å ta beslutninger om vesentlige endringer i landets offentlige sykehustilbud.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at sykehusene må videreføres med statlig eierskap der helseforetaksloven erstattes med en helseforvaltningslov med folkevalgt styring av sykehusene både nasjonalt, regionalt og lokalt (jf. Dokument 8:96 S (2014–2015)). Stortinget må ta tilbake makten over den nasjonale sykehuspolitikken. Ved avvikling av helseforetaksmodellen mener dette medlem at ansvaret for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten må desentraliseres til sykehusstyrer som tilsvarende dagens helseforetak. Disse skal styre innenfor rammene gitt av Stortinget i en nasjonal helse- og sykehusplan. Sykehusstyrene skal komme til erstatning for dagens helseforetak, og flertallet i styret skal være valgt av og blant fylkestingsmedlemmene. Hvert sykehus skal ha virksomhetsstyrer der også kommunehelsetjenesten og kommunene er representert. Finansieringen av sykehusene må endres slik at sykehusene i all hovedsak rammefinansieres, og dette medlem vil gå vekk fra dagens forretningsystem etter regnskapsloven. Det må innføres stedlig ledelse ved alle sykehus som har det faglige ansvaret, samt regnskaps- og personalansvar. Sykehusstruktur, prioritering av store investeringer og beslutninger om nasjonale, regionale og lokale funksjoner ved sykehus skal avgjøres av Stortinget i nasjonal helse- og sykehusplan.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen følge opp Kvinnsland-utvalgets rapport gjennom å fremme egen sak for Stortinget om å erstatte helseforetaksloven med en helseforvaltningslov som sikrer folkevalgt styring og stedlig ledelse av hvert sykehus.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet fremmer i tillegg følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å endre finansieringen av sykehus med mål om at sykehus i all hovedsak skal rammefinansieres.»

«Stortinget ber regjeringen redusere graden av innsattsstyrt finansiering, i første omgang til 30 prosent.»

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om at innsattsstyrt finansiering ikke må videreføres ned på sykehusnivå og på klinikknivå.»

## **Forslag fra mindretall**

### **Forslag fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre:**

#### *Forslag 1*

Stortinget ber regjeringen utrede en løsning der dagens helseforetaksmodell avvikles til fordel for en modell der det enkelte helseforetak får delegert sørge-for-ansvar og blir direkte underlagt et nasjonalt nivå.

### **Forslag fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre:**

#### *Forslag 2*

Stortinget ber regjeringen vurdere å dele opp Helse Sør-Øst.

#### *Forslag 3*

Stortinget ber regjeringen sikre at strategiske beslutninger om IKT i spesialisthelsetjenesten alltid underlegges grundig politisk behandling og beslutninger basert på høringsrunder.

#### *Forslag 4*

Stortinget ber regjeringen vurdere helseforetakenes praksis med uformelle AD-møter og sikre formalisering av møtene ved å innføre krav til full åpenhet, dokumentasjon og at tillitsvalgte får fulle rettigheter til deltakelse.

### **Forslag fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet:**

#### *Forslag 5*

Stortinget ber regjeringen sørge for at ansvar for og utvikling av IKT-infrastruktur i helsetjenesten ikke blir outsourcet.

#### *Forslag 6*

Stortinget ber regjeringen sikre at det innføres stedlig ledelse ved sykehusene i Møre og Romsdal i tråd med Stortingets vedtak 542 ved behandlingen av Innst. 206 S (2015–2016) om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).

#### *Forslag 7*

Stortinget ber regjeringen følge opp Kvinnsland-utvalgets rapport gjennom å fremme egen sak for Stortinget om å erstatte helseforetaksloven med en helseforvaltningslov som sikrer folkevalgt styring og stedlig ledelse av hvert sykehus.



**Forslag fra Senterpartiet:***Forslag 8*

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å endre finansieringen av sykehus med mål om at sykehus i all hovedsak skal rammefinansieres.

*Forslag 9*

Stortinget ber regjeringen redusere graden av innsatsstyrt finansiering, i første omgang til 30 prosent.

*Forslag 10*

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om at innsatsstyrt finansiering ikke må videreføres ned på sykehusnivå og på klinikknivå.

**Komiteens tilråding**

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og rår Stortinget til å gjøre følgende

## v e d t a k :

Dokument 8:140 S (2016–2017) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Janne Sjelmo Nordås, Per Olaf Lundteigen og Geir Inge Lien om oppfølging av Kvinnsland-utvalgets rapport og erstatte helseforetaksloven med en helseforvaltningslov og innføre folkevalgt styring og stedlig ledelse av norske sykehus – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 12. juni 2017

**Kari Kjønås Kjos**

leder

**Kristin Ørmen Johnsen**

ordfører

**VEDLEGG****Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 15. mai 2017****Dokument 8:140 S (2016-2017) - Representantforslag om oppfølging av Kvinnsland-utvalgets rapport og erstatte helseforetaksloven med en helseforvaltningslov og innføre folkevalgt styring og stedlig ledelse av norske sykehus – Stortingsrepr. Kjersti Toppe, Janne Sjelmo Nordås, Per Olaf Lundteigen og Geir Inge Lien**

Jeg viser til brev fra helse- og omsorgskomiteen datert 3. mai 2017 vedlagt Dokument 8:140 S (2016-2017) Representantforslag om oppfølging av Kvinnsland-utvalgets rapport og erstatte helseforetaksloven med en helseforvaltningslov og innføre folkevalgt styring og stedlig ledelse av norske sykehus.

Stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Janne Sjelmo Nordås, Per Olaf Lundteigen og Geir Inge Lien fremmer følgende forslag:

1. Stortinget ber regjeringen følge opp Kvinnsland-utvalgets rapport gjennom å fremme egen sak for Stortinget om å erstatte helseforetaksloven med en helseforvaltningslov som sikrer folkevalgt styring og stedlig ledelse av hvert sykehus.
2. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å endre finansieringen av sykehus med mål om at sykehus i all hovedsak skal rammefinansieres og at eventuell bruk av innsattsstyrt finansiering ikke må videreføres ned på sykehus nivå.

Regjeringen oppnevnte et offentlig utvalg i oktober 2015 som skulle vurdere alternativer til dagens organisering av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten (Kvinnsland-utvalget). Utvalget avga innstilling 1. desember 2016. Innstillingen hadde høringsfrist 3. mars 2017.

Flertallet i utvalget mente at det fortsatt bør være et regionalt beslutningsnivå, og begrunner dette blant annet med at regional forankring av beslutninger gir større legitimitet. Flertallet av høringsinstansene mener at det bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivået. Det ble lagt vekt på at endringer i organiseringen kan medføre betydelige omstillings- og implementeringskonsekvenser og at en derfor må være sikker på at endringer i styringsmodellen er riktig virkemiddel for å løse utfordringene framover. Halvparten av Kvinnsland-utvalget støttet en modell der helseforetakene ikke videreføres som selvstendige rettssubjekter og styrene derfor faller bort. Denne modellen fikk ikke støtte blant høringsinstansene.

Representantforslaget innebærer at staten fortsatt skal ha eierskap til helseforetakene, og dermed at

Helse- og omsorgsministeren er konstitusjonelt ansvarlig for tjenesten overfor Stortinget. Det må da legges til grunn at helsepolitikken forankres i Stortinget og utøves av regjeringen. Helse- og omsorgsministerens redskap for å gjennomføre helsepolitikken vil være styrene i helseforetakene. I følge forslaget skal disse velges av og blant folkevalgte i fylkestinget. I tillegg innebærer forslaget at det skal være virksomhetsstyrer ved hvert sykehus, der også kommunehelsetjenesten og kommunene er representert.

Forslaget vil føre til svært uklare ansvarsforhold og innebære pulverisering av det politiske ansvaret for en svært stor og viktig samfunnssektor. Styrerepresentantene vil kunne komme i et krysspess mellom å gjennomføre den politikken som de som medlemmer av fylkestinget har vært med å vedta og å gjennomføre den politikken som Storting og regjering ønsker å få gjennomført. Helse- og omsorgsministeren vil i tilfeller der styrene ikke gjennomfører vedtatt politikk i ytterste konsekvens bytte ut styrene. Etter denne modellen vil en da være avhengig av å velge nye medlemmer fra samme fylkesting og statsråden kan da risikere fortsatt å ha styrer som ikke gjennomfører den politikken som Stortinget og regjeringen har vedtatt.

Modellen skaper et inntrykk av at fylkestinget og fylkespolitikkerne har et direkte ansvar for sykehusdriften, mens de i realiteten må forholde seg til de budsjettene og de styringsdokumentene som kommer fra Storting og regjering. Dette vil også undergrave deres rolle som folkevalgte.

Jeg vil fortsatt sterkt advare mot forslaget som både undergraver Stortingets rolle som det folkevalgte nivået med ansvar for spesialisthelsetjenesten, Helse- og omsorgsministerens konstitusjonelle ansvar overfor Stortinget, og fylkestingsmedlemmenes rolle som folkevalgte på det regionale nivået. Modellen skaper uklare ansvarsforhold og åpner for den type politisk spill som dagens styringsmodell for spesialisthelsetjenesten hadde som hensikt å rydde opp i. Dette understreket jeg også i mitt svar til Helse- og omsorgskomiteen datert 18. mai 2015. Svaret gjaldt Dokument 8:96 S (2014-2015) Representantforslag om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene.

Regjeringen har allerede gjort viktige endringer i styringssystemet for å legge til rette for mer nasjonal styring og samordning. De politiske rammene for den videre utviklingen er lagt gjennom nasjonal helse- og sykehusplan og Stortingets behandling av den-

ne. Regjeringen vil fortsette arbeidet med å sikre mer nasjonal og folkevalgt styring gjennom nasjonal helse- og sykehusplan, styrke den nasjonale koordineringen gjennom de felles eide helseforetakene og gi større lokal handlefrihet til sykehusene og de lokale helseforetakene.

I forbindelse med behandling av nasjonal helse- og sykehusplan ba Stortinget regjeringen om å benytte eierstyring gjennom foretaksmøtet til å stille krav om at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus. Dette ble fulgt opp i foretaksmøte med de regionale helseforetakene 4. mai 2016 og er omtalt slik:

"..Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer bl.a. at blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner."

Kvinnsland-utvalget så på mange ulike problemstillinger i tillegg til styringsmodell. Regjeringen ønsker å se disse i sammenheng, og har i revidert nasjonalbudsjett varslet at regjeringen vil gi en samlet framstilling av retningen for den videre oppfølgingen i statsbudsjettet høsten 2017. Med dette tilrettelegges det også for en samlet behandling i Helse- og omsorgskomiteén.

Stortingsrepresentantene foreslår at sykehusene rammefinansieres og at eventuell bruk av innsatsstyrt finansiering ikke videreføres ned på sykehusnivå. Et sentralt virkemiddel for gjennomføring av helsepolitikken er finansieringsordningene for helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er finansiert dels gjennom en basisbevilgning og dels gjennom ulike aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført 1. juni 1997, dvs. noen år før sykehusreformen i 2002. Jeg mener at ordningen fungerer godt. I motsetning til rammefinansiering, stimulerer ordningen til kostnadseffektiv pasientbehandling. Dette var en av grunnene til at Regjeringen økte andelen innsatsstyrt finansiering fra 40 til 50 pst. i 2014.

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene. ISF er derfor rettet mot de regionale helseforetakene. Refusjonene er i gjennomsnitt bare ment å dekke deler av kostnadene ved økt aktivitet. Resten må dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Prioriteringer skal foretas ut fra gjeldende lover og forskrifter, samt retningslinjer. Basisbevilgningen skal understøtte riktige prioriteringer. De regionale helseforetakene er pålagt sørge-for-ansvaret for spesialisthelsetjenester innenfor bevilgninger og rammebetingelser som Stortinget vedtar. ISF-refusjon utbetales fra staten til de regionale helseforetakene slik at de regionale helseforetakene kan finansiere tjenestene ut fra bl.a. lokal kunnskap om sykehus og pasientsammensetning ved disse. Finansieringen skal ikke være til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Det er en integrert del av sørge-for-ansvaret å sikre at tjenesten er godt organisert.

I forslaget er det vist til Riksrevisjonens Dokument 3:5 (2016-2017) om medisinsk kodepraksis. Dette er en viktig undersøkelse, som understøtter at det er viktig å ha oppmerksomhet på medisinsk kodepraksis. Kvaliteten på kodingen har betydning for hvor presist slik informasjon kan brukes i arbeidet med å utvikle tjenestene og finansiering lokalt. Det er positivt at Riksrevisjonens rapport er innrettet slik at den kan danne grunnlag for læring og erfaringsoverføring. Alle aktører med ansvar for medisinsk koding må bidra til å sikre god kvalitet på statistikken. Riksrevisjonens undersøkelse er nå til behandling i Stortinget. Jeg vil følge opp Riksrevisjonens undersøkelse i styringsdialogen med aktørene.

