



Representantforslag nr. 94

(2008–2009)

fra stortingsrepresentantene Sonja Irene Sjøli og Inge Lønning

Dokument nr. 8:94 (2008–2009)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Sonja Irene Sjøli og Inge Lønning om en ny nasjonal helseplan

Til Stortinget

BAKGRUNN

Helseforetaksreformen ble innført fra 1. januar 2002 på bakgrunn av Stortingets vedtak i Innst. O. nr. 66 (2000–2001). Målet med reformen var å sikre bedre helsetjenester til befolkningen gjennom en bedre, mer helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og bedre utnyttelse av ressursene i sektoren. Reformen skulle bidra til kortere ventetid og mer likeverdig helsetilbud i hele landet.

Et hovedelement i reformen var at eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten ble overført til staten, slik at sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet ble samlet på én hånd. Videre ble virksomhetene organisert i foretak som egne rettssubjekter. Overordnede helsepolitiske mål og rammer fastsettes av Stortinget, og helse- og omsorgsministeren utøver eierstyringen i kraft av å være generalforsamling. De regionale helseforetakene fikk et helhetlig ansvar for organisering, finansiering og oppgavefordeling i underliggende helseforetak.

Et mer likeverdig helsetilbud

En sentral målsetting for helseforetaksreformen var å sikre et likeverdig helsetilbud i hele landet, og bedre utnyttelse av ressursene på tvers av geografiske grenser. Undersøkelser av praktisering av pasientrettighetene viser imidlertid at det er store geografiske variasjoner i tilbudet til pasientene. Rapporten "Ventetider og pasientrettigheter 2. tertial 2008" fra Hel-

sedirektoratet viser store variasjoner mellom de ulike helseforetakene med hensyn til tildeling av rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1. Noe av variasjonen kan forklares med ulike pasientsammensetninger, men det er også variasjoner mellom sykehus som har en relativt lik pasientsammensetning. F.eks. var andelen rettighetspasienter ved St. Olavs Hospital på 83 prosent, ved Haukeland universitetssykehus på 59 prosent, ved Ullevål universitetssykehus på 53 prosent, og ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø på 42 prosent. Videre viser rapporten at det er store variasjoner mellom helseforetakene med hensyn til frist for behandling, som varierte fra 86 til 202 dager. Dette representerer også et betydelig rettssikkerhetsproblem.

På bakgrunn av NOU 2003:1 foreslo Samarbeidsregjeringen en plan for å rette opp den økonomiske skjevfordelingen mellom regionale helseforetak, noe Stortinget sluttet seg til i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004). Stortinget vedtok en ny inntektsfordeling i tråd med Magnussen-utvalgets innstilling (NOU 2008:2) i Innst. S. nr. 270 (2007–2008), jf. St.prp. nr. 59 (2007–2008). Det er avgjørende at dette vedtaket gjennomføres, slik at bevilgningene til helseregionene sikrer et mer likeverdig tilbud.

Et tverr-regionalt utredningsarbeid viser et betydelig effektiviseringspotensial knyttet til samordning av stab- og støttestrukturer mellom de regionale helseforetakene. Dette viser at de regionale grensene forhindrer effektiv ressursutnyttelse, og dermed et best mulig tilbud til pasientene.

De regionale helseforetakene bør utvikles, for å sikre et mer likeverdig helsetilbud i hele landet. En sterkere nasjonal styring kan bidra til bedre rettssikkerhet for pasientene gjennom mindre variasjoner i helsetilbudet og en mer enhetlig praktisering av pasientrettighetene. Samtidig vil en bedre nasjonal sty-

ring sikre bedre utnyttelse av de faglige og økonomiske ressursene på tvers av regionsgrensene.

Bedre politisk styring

En undersøkelse publisert i Magasinet Mandag Morgen viser at 70 prosent av sykehusdirektørene mener at for mange styringssignaler hindrer effektiv sykehusdrift. Ifølge undersøkelsen opplever lederne det slik at helseforetakene pålegges stadig nye oppgaver og at det blir stadig vanskeligere å vite hvilke oppgaver de skal prioritere. De årlige bestilleroppdragene fra helse- og omsorgsministeren oppleves som detaljstyring. I mangel på relevante og sammenlignbare styringsdata og resultatkrav mener lederne at styringsdokumentene har karakter av å være en opplisting av tiltak hvor alt er like viktig.

Helseforetaksmodellen innebærer at mange spørsmål av politisk karakter avgjøres i foretakene, uten at politiske organ kan stilles direkte til ansvar for dette. Selv om helseministeren i kraft av å være eier og generalforsamling har det overordnede politiske ansvaret, innebærer modellen utstrakt delegering av politiske beslutninger knyttet til funksjonsfordeling, organisering og finansiering. For folkevalgte kan det fremstå slik at det er problematisk å gripe inn i politiske saker, fordi modellen forutsetter at de regionale helseforetakene skal ha utstrakt beslutningsmyndighet. Styrene i regionale helseforetak må ta krevende beslutninger, samtidig som det kan være vanskelig å få politisk støtte for disse. Dette misforholdet mellom beslutningsmyndighet og politisk ansvar kan føre til at vanskelige beslutninger i helseforetakene ikke har nødvendig demokratisk legitimitet. Det oppstår derfor mye uro rundt enkelte beslutninger, noe som også svekker tilliten til helsetjenesten.

Regjeringen Stoltenberg har innført en ordning med at flertallet av de eieroppnevnte styremedlemmene i regionale helseforetak skal være oppnevnt blant folkevalgte som foreslås på fylkes- og kommunenivå. Ordningen er uheldig, fordi styremedlemmene da får en dobbeltrolle som eiers representanter på den ene siden, samtidig som de oppfattes som representanter for et politisk parti og et bestemt geografisk område på den andre. Slik forslagsstillerne ser det, er dette derfor ikke egnet til å styrke den politiske kontrollen med helseforetakene, og ordningen bør opphøre.

Det er nødvendig å sikre bedre politisk styring av helseforetakene gjennom bedre styring i stort og mindre styring i smått. Nasjonal helseplan må være et bedre verktøy for styring av prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. For den førstkommende perioden må utvikling av flere desentraliserte tilbud og ambulerende tjenester være prioritert, i tillegg til styrking av tilbudet innenfor habilitering og rehabilitering.

Stortinget må også fastlegge den overordnede strukturen i helsetjenesten gjennom nasjonal helse-

plan. Den overordnede strukturen må angi hvilke tilbud som skal finnes i ulike geografiske områder, basert på faglige normtall og politiske vurderinger. Det må fastsettes en struktur både for høyspesialiserte funksjoner, lokalsykehusfunksjoner og for tilbud i samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Oppdragsdokumentene fra helse- og omsorgsministeren til regionale helseforetak må ikke være for detaljerte, men klargjøre den politiske bestillingen til spesialisthelsetjenesten. Dette vil bidra til å styrke den politiske myndigheten og det politiske ansvaret for viktige helsepolitiske spørsmål. Samtidig vil dette klargjøre ansvarsfordelingen mellom folkevalgt og administrativt nivå, og mellom Stortinget og statsråden.

Økonomisk styring

Da staten overtok eierskapet for sykehusene i 2002, ble det sanert gjeld knyttet til sykehusene med om lag 15 mrd. kroner i fylkeskommunene. Det var en viktig forutsetning for sykehusreformen at de regionale helseforetakene skal ha et helhetlig ansvar for både drift og investeringer. Til tross for dette hadde de regionale helseforetakene ved inngangen til 2007 et akkumulert regnskapsmessig underskudd med 23,9 mrd. kroner, ifølge St.prp. nr. 1 (2008–2009). Dette omfatter blant annet driftsmessige underskudd med 9,4 mrd. kroner. Det er urovekkende at helseforetakene fortsatt ikke driver i økonomisk balanse, selv om dette er stilt som krav etter innføringen av helseforetaksreformen. Samtidig opplever befolkningen at det gjennomføres budsjettkutt som har kortsiktige budsjettmessige effekter, men som har uheldige langsiktige virkninger både for pasienter og for samfunnsøkonomien.

Kravet om at helsetjenesten må forholde seg til den ressursrammen som er stilt til rådighet gjennom en demokratisk prosess, må stå fast. Samtidig må det utarbeides en mer langsiktig plan for å sikre at driften kommer i balanse, med vekt på hensiktsmessige omstillinger og effektivisering av støttefunksjoner.

FORSLAG

På bakgrunn av dette fremmes følgende

f o r s l a g :

Stortinget ber Regjeringen utarbeide en ny nasjonal helseplan som inneholder følgende:

1. En tydelig prioritering av de viktigste oppgavene for helse- og omsorgstjenesten, med vekt på etablering av flere tilbud utenfor sykehus og tilbud i samarbeid med kommuner. I tillegg må tilbudet om habilitering og rehabilitering styrkes betydelig.

2. En overordnet struktur for helsetjenesten, med klare normer for funksjonsfordeling og organisering av helsetjenesten.
3. En plan for avvikling av de regionale helseforetakene og innføring av en modell som sikrer bedre nasjonal styring.
4. Tiltak for å sikre et mer likeverdig helsetilbud i hele landet, og bedre rettssikkerhet for pasientene.
5. Skille rollene som bestiller og utfører i de regionale helseforetakene.
6. En langsiktig plan for å sikre at helseforetakene drives i økonomisk balanse, med vekt på effektivisering av støttefunksjoner og hensiktsmessig omlegging av pasientforløp.
7. Avvikling av ordningen med politisk oppnevnte medlemmer i styrer for helseforetak og regionale helseforetak.

29. april 2009

