



# Representantforslag 96 S

(2014–2015)

fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Per Olaf Lundteigen og Janne Sjelmo Nordås

Dokument 8:96 S (2014–2015)

## Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Per Olaf Lundteigen og Janne Sjelmo Nordås om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene

Til Stortinget

### Bakgrunn

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. Spesialisthelsetjenesten som utøves ved norske sykehus er grunnleggende viktig for folks trygghet. Norske sykehus ledes i dag på en måte som ikke gir tillit i befolkningen. Helseforetaksloven har ført til en ledelseskultur der viktige beslutninger blir avgjort av få personer, gjennom uformelle samtaler og i lukkede «styreseminarer». Beslutninger om sykehusstruktur og prioriteringer av behandlingstilbudet må skje i åpenhet. Spesialisthelsetjenesten må være desentralisert, og somatiske og psykiatriske sykehus må sikre nærhet til behandlingstilbud og akuttberedskap. Organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten må sikre disse formålene. Det er behov for en demokratiserings- og ledelsesreform av norske sykehus. Sykehusene må tas tilbake til offentlig forvaltning og folkevalgt styring.

Ved stortingsvedtak av 6. juni 2001 ble lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) vedtatt, jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001) og Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Dette innebar at ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunen til staten. Med loven gikk en vekk fra tidligere forvaltningsmodell og det ble etablert en ny styringsmodell, der spesialisthelsetjenesten ble organisert i selvstendige økonomiske og juridiske enheter kalt helseforetak og regionale helseforetak.

Spesialisthelsetjenesten styres i dag gjennom fire regionale helseforetak (RHF) og 20 helseforetak (HF). De regionale helseforetakene eies av staten alene og opprettes av Kongen i statsråd, jf. helseforetaksloven §§ 2 og 8. Helseforetak er virksomheter som eies av ett eller flere regionale helseforetak (RHF) eller helseforetak (HF) og er opprettet gjennom styrevedtak i de regionale helseforetakene, jf. § 9.

Det overordnede nasjonale ansvaret for helsepolitikken ligger hos Stortinget og regjeringen, det regionale ansvaret for iverksetting av denne, ligger hos det regionale helseforetaket mens det utøvende ansvaret for den pasientrettede virksomheten ligger hos helseforetaket.

Målet med helseforetaksreformen var å skape en styringsmodell hvor man politisk kun klargjorde overordnet styring, mens de faglige og driftsmessige oppgavene skulle løses av de regionale helseforetakene. Statsråden skulle styre helseforetakene etter tre hovedlinjer:

- Gjennom de årlige oppdragsdokumentene og budsjetter.
- Gjennom foretaksmøter og ved sammensetning av styrer.
- Gjennom vedtak truffet med hjemmel i lov eller forskrift.

Innføring av foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten i Norge hadde sammenheng med innføring av bestiller/ utfører-modell og aktivitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Økonomistyringen ble endret fra systemer utviklet for offentlige velferdstjenester til regnskap utviklet for lønn-

somhetsstyring i forretningsvirksomhet. Forretningsorganiseringen medførte flere viktige endringer:

- Felles system for budsjett og langtidsbudsjett/økonomiplan forsvant.
- Systemet med fylkesvise helseplaner ble borte og ble ikke erstattet av tilsvarende felles plansystem for regionhelseforetakene og helseforetakene.
- Samordning og samspill mellom primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom kommunenes og fylkeskommunenes helseplaner og øvrig lokalt og regionalt planarbeid ble også borte.

Arbeidet med helse- og sosialplaner var viktige samhandlingsarenaer der politisk og administrativ ledelse både på fagnivå, administrativt ledernivå og politisk nivå i kommunene og fylkeskommunene deltok. I disse fora og prosesser ble synspunkter på mål og konkrete tiltak og utbygging brynt mot hverandre. I disse prosesser måtte det utarbeides konsekvensberegninger av forslag med hensyn til virkninger for både helsetilbud og økonomi. Det er lett å undervurdere betydningen av slike arenaer. Effektene av at de er borte kommer fram først flere år senere.

Statens styring av sykehusene var sterk da fylkeskommunene drev dem. Det var allerede en regionalisering med regionsykehus og noen spesialiserte funksjoner for hele landet. Staten bevilget inntektene til fylkeskommunene og vedtok særskilte finansieringsordninger, herunder innsattsstyrt finansiering. Store bygningsmessige investeringer ble godkjent av departementet. Fordeling av legehjemler ble jevnlig regulert av staten. Da som nå styrte staten helselovgivning, fastsatte forskrifter og kontrollerte gjennomføringen av helsetiltakene.

Det primære i reformen fra 2002 var å avvikle regional folkevalgt styring og erstatte den med styring etter mønster fra næringslivet. Systemendringen betydde at beslutningsmyndighet ble overført fra ansvarlige folkevalgte organer, som måtte vurdere helsetjenestene ut fra befolkningens behov og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. I stedet overtok upolitiske foretaksstyrer, såkalte profesjonelle styrer, som ble pålagt å vurdere spesialisthelsetjenesten basert på mål og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokumentet og bedriftsøkonomisk styring ut fra det enkelte foretakets interesser.

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.

Disse virkningen står i realiteten i motsetning til de overordnede mål for reformen: pasienten i sentrum, sterkere politisk styring, velferdssamfunnets verdigrunnlag og trygghet i samfunnet<sup>1</sup>.

## **Erfaringer og utfordringer ved dagens styring av sykehusene**

Spesialisthelsetjenesten omfatter mange temaer som innebærer viktige politiske prioriteringer som befolkningen har sterke krav til og meninger om. Helse og sykehus er et vesentlig politisk område der behov for debatt og folkevalgt innflytelse er stort. Erfaringene med dagens foretaksmodell er at den gir manglende tillitt i befolkningen. Beslutninger om vesentlige endringer i sykehusstilbudet mangler demokratisk legitimitet og fører derfor til mye uro. Dette svekker igjen kvaliteten og effektiviteten i sykehusorganisasjonen.

Styremedlemmer i RHF- og HF-ene står ikke til ansvar overfor folket i valg. Utviklingen har også gått i retning av at de regionale helseforetakene legger stor vekt på å disiplinere foretaksstyrene. Kravet om lojalitet til overordnede organer er sterkere enn noen gang.

Erfaringen med helseforetaksloven er at den fungerer best når det er stor grad av enighet og samsvar mellom befolkningens forventninger og avgjørelser som fattes om helsetilbudet. Helseforetaksloven har imidlertid vist seg å fungere svært dårlig i vanskelige og viktige saker det er uenighet om. Forslagsstillerne viser i den forbindelse blant annet til kontroll- og konstitusjonskomiteens behandling i 2015 av eierstyringen knyttet til nytt sykehus i Møre og Romsdal.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009), jf. Innst. 212 S (2009–2010)) har forsterket behovet for å se helheten i helsetjenesten og for å etablere en eier- og ledelsesstruktur som understøtter sammenhengen mellom det forebyggende helsearbeidet, primærhelsetjenesten og sykehusenes virksomhet. Dagens sykehusorganisering er ikke tilpasset behovene som er skapt gjennom samhandlingsreformen og sikrer ikke på en god måte et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Da Hagen-utvalget (NOU 2003: 1) vurderte finansieringsmodeller for de regionale helseforetakene, anbefalte et stort flertall å gå over til en ordning med rammebudsjettering av RHF-ene, uten at det skjedde. Også Nordheim-utvalget (NOU 2014: 12) problematiserer innsattsstyrt finansiering (ISF) og viser til at den kan påvirke prioriteringsbeslutninger i sykehusene. Både New Zealand og Skottland har reversert foretaksorganiseringen fordi den ikke virket etter hensikten. Skottland gikk i 2004 tilbake til en drifts- og finansieringsmodell hvor alle aktører opererer på grunnlag av de budsjetter de får tildelt fra overordnet myndighet. Det skotske helsevesen baseres på samarbeid, ikke konkurranse.

<sup>1</sup> Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. Helseforetaksloven. S. 6 og 7 Oslo, 2001

Forslagsstillerne mener det er behov for å endre finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten slik at sykehusene i all hovedsak rammefinansieres. Dagens forretningssystem etter regnskapsloven bør avvikles og erstattes av kommunenes og fylkeskommunens budsjett- og regnskapssystem. Forslagsstillerne mener det er behov for en tydeligere forankring av sykehuspolitikken i Stortinget og å styrke den lokale, folkevalgte innflytelsen. Målet er å skape åpenhet, debatt, aksept og folkevalgt forankring av de avgjørelser som tas. En tydeligere demokratisk prioritering og ansvarliggjøring av alle folkevalgte nivå vil gi grunnlag for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

### **Ny styringsmodell: Folkevalgt styring av sykehusene**

Forslagsstillerne mener at man må avvikle dagens helseforetakslov. Sykehusene må styres gjennom en forvaltningsmodell med folkevalgt styring nasjonalt, regionalt og lokalt. Stortinget må ta tilbake makten over den nasjonale sykehuspolitikken. Folkevalgte i fylkene må gis styreansvar regionalt.

Ved avvikling av foretaksorganiseringen mener forslagsstillerne at sykehusene bør videreføres med statlig eierskap. Ansvaret for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten desentraliseres til 20 sykehusstyrer tilsvarende dagens 20 helseforetak. Disse skal styre innenfor rammene gitt av Stortinget i en nasjonal helse- og sykehusplan.

### **Nasjonal helse- og sykehusplan**

Nasjonal helse- og sykehusplan må gi politiske avklaringer for lokalisering, kvalitet, rekruttering og utdanning, funksjonsfordeling og organisering av helsetilbudet. Forslagsstillerne viser i den forbindelse til representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Per Olaf Lundteigen, Ivar Odnos og Geir Pollestad om at sjukehusstruktur og endring av vesentlige oppgaver ved sjukehus skal avgjøres av Stortinget i ein nasjonal helse- og sjukehusplan, Dokument 8:25 S (2013–2014), jf. Innst. 199 S (2013–2014).

Helse- og sykehusplanen må rulleres hvert fjerde år etter modell av Nasjonal transportsplan. Når Stortinget vedtar en slik plan, må det være etter en grundig faglig og politisk behandling og med en bred høringsprosess regionalt og kommunalt, som involverer folkevalgte organ i kommuner og fylker. Helse- og sykehusplanen må avklare sykehusstruktur, prioritere store investeringer og redegjøre for nasjonale, regionale og lokale funksjoner ved de enkelte sykehus. Sykehusplanen må tydeliggjøre oppgavefordelingen mellom de ulike nivå i helsetjenesten. Planen må avklare de økonomiske virkemidlene og se behandlingsforløp i en sammenheng.

### **Sykehusstyrer**

Ansvaret for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten desentraliseres til 20 sykehusstyrer tilsvarende dagens 20 helseforetak. Sykehusstyrene får ansvaret for sykehusene i sin region i en rammefinansierte modell. Sykehusene skal styres av overordnede prioriteringer fra Stortingets side nedfelt i den nasjonale helse- og sykehusplanen. Sykehusstyrene ansetter stedlig leder ved sykehusene.

Sykehusstyrene skal bestå av et flertall av medlemmer valgt av og blant fylkestingets medlemmer, i tillegg til de ansattes representanter og brukerrepresentant. Lederen av styret skal velges blant fylkestingsrepresentantene i styret. For eksempel kan sykehusstyrene bestå av ni medlemmer hvor flertallet – fem medlemmer – er valgt av og blant fylkestingets medlemmer og i tillegg til de ansattes tre representanter og én brukerrepresentant. Styret skal ut fra årlig statlig finansiering utarbeide og vedta års- og langtidsbudsjett som grunnlag for sin styring av virksomheten. Styret skal avgi årsmelding og regnskap til fylkestinget og Helse- og omsorgsdepartementet.

Om området for sykehusstyret ikke følger fylkesgrensene, må styrerepresentanter bli valgt fra begge fylker. Eventuelt må området for sykehusstyret tilpasses fylkesgrensene. I tillegg må behovet for å opprette egne styrer for landsomfattende tjenester vurderes. Disse tjenestefunksjonene må forankres i nasjonal helse- og sykehusplan. Eksempel på slike områder er IKT, sykehusbygg, forskning og utdanning.

### **Virksomhetsstyre ved hvert sykehus**

Sykehusene skal ha stedlig leder med faglig ansvar, økonomisk ansvar og personellansvar og eget virksomhetsstyre. Virksomhetsstyrene skal bestå av de ansattes representanter og brukerrepresentanter, representanter fra kommunehelsetjenesten, fra sykehusstyret i regionen og representanter valgt av fylkestinget blant kommunestyremedlemmer i aktuelle kommuner. Kommunene nominerer sine representanter.

Et virksomhetsstyre kan eksempelvis bestå av tre ansattrepresentanter, én brukerrepresentant, to representanter fra sykehusstyret, fire folkevalgte fra kommunene og én representant for kommunehelsetjenesten. Styrene må forpliktes til å arrangere åpne informasjonsmøter for befolkningen i alle berørte kommuner hvert år, i tillegg til regelmessige samarbeidsmøter med kommuneledelsen. Årsmelding og regnskap fra virksomhetsstyrene skal avgis til fylkestinget og berørte kommuner. For å sikre nødvendig samhandling skal det være gode rutiner for løpende møter og dialog mellom kommunene, sykehuset og kommunehelsetjenesten.

## Demokrati- og ledelsesreform

Ny folkevalgt styring av sykehusene er en demokrati- og ledelsesreform for spesialisthelsetjenesten. Ledelseskulturen er bare vellykket når den har de ansattes og befolkningens tillit. Stedlig leder skal være synlig i sykemiljøet og tilgjengelig for de ansatte. Den daglige driften av sykehusene må være tillitsbært gjennom sterke faglige fellesskap mellom alle sykehusansatte. Kjernevirksomheten i sykehusene, møtet mellom behandler og pasient, skal gis størst oppmerksomhet. Ledelse og støttefunksjoner må alle bygges opp for å fremme dette formål. Befolkningen skal erfare trygghet for at det er kort vei til folkevalgte beslutningstagere og en sykehusledelse som setter pasienten i sentrum.

Forslagsstillerne mener at sykehusene må tas tilbake til folkevalgt styring og offentlig forvaltning for å sikre en effektiv og demokratisk ledet spesialisthelsetjeneste med tillit i befolkningen.

## Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen fremme lovforslag der helseforetaksloven erstattes av en ny helseforvaltningslov med folkevalgt styring av sykehusene.
2. Stortinget ber regjeringen sørge for at politiske prioriteringer for kvalitet, rekruttering og utdanning, funksjonsfordeling, lokalisering og organisering av spesialisthelsetjenesten skjer gjennom nasjonal helse- og sykehusplan. Denne planen skal legge rammene for folkevalgt styring av sykehusene.
3. Stortinget ber regjeringen gjennom ny helseforvaltningslov opprette 20 sykehusstyrer tilsvarende dagens 20 helseforetak der flertallet i styret er valgt av og blant fylkestingsmedlemmene.
4. Stortinget ber regjeringen gjennom ny helseforvaltningslov opprette virksomhetsstyrer ved sykehusene der flertallet av medlemmene er folkevalgte, og innføre stedlig ledelse med faglig, økonomi- og personalansvar.
5. Stortinget ber regjeringen endre finansieringen av spesialisthelsetjenesten slik at sykehusene i all hovedsak rammefinansieres.

15. april 2015