



# Representantforslag 140 S

(2016–2017)

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

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**

Til Stortinget

## Bakgrunn

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. Regjeringen Solberg har i sin tiltredelseserklæring slått fast at de vil legge ned de regionale helseforetakene når det er 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 høring. Helse- og omsorgsminister Bent Høie har varslet at NOU-en blir fulgt opp i revidert nasjonalbudsjett, og ikke gjennom egen sak til Stortinget.

Forslagsstillerne viser til at helseforetaksmodellen ble innført 1. januar 2002 og har siden lagt rammene for den statlige styringen av spesialisthelsetjenesten. Staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene, og virksomheten ble organisert i foretak. Det ble forutsatt at eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold.

I løpet av 15 år med helseforetaksmodellen er det skjedd store funksjons- og oppgavefordelinger gjennom betydelige omstruktureringer av tjenestetilbudet, og det er foretatt investeringer i bygg, utstyr og IKT. Etter flere år med underskudd har helseforetakene de senere år hatt overskudd. Innføring av foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten i Norge hadde sammenheng med innføring av bestiller- og utfører-modell og aktivitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Økonomistyringen ble endret fra systemer utviklet for offentlige velferdstjenester til regnskap utviklet for lønnsomhetsstyring i forretningsvirksomhet. Men helt siden reformen ble innført har det vært både politisk og faglig debatt om ulike sider ved styringsmodellen.

Spørsmålet har vært om modellen legger til rette for nasjonal samordning av tilbudet, som var en intensjon for innføringen, eller om det er demokratisk legitimitet knyttet til vanskelige beslutninger i helseforetakene. Det har også blitt stilt spørsmål ved klarhet i roller mellom nivåene og balansen 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 utfører-modellen og til dagens forretningsystem etter regnskapsloven.

## Erfaring med foretaksmodellen

Etter at helseforetaksmodellen ble innført i 2002 har det vært både faglig og politisk debatt om ulike sider ved styringsmodellen. Ved innføring av modellen mente mindretallet i arbeids- og sosialkomiteen blant annet at modellen ville svekke muligheten for demokratisk folkevalgt styring og politisk kontroll. At helseforetaksmodellen er udemokratisk, er ifølge Kvinnsland-utvalget det mest brukte budskapet i debatten. Fra 2014 stiller ikke regjeringen krav om at

minst halvparten av styremedlemmene i foretakene skal være folkevalgte. Sykehussaken på Nordmøre blåste nytt liv i debatten om den udemokratiske helseforetaksmodellen. Avgjørelser blir i realiteten tatt på bakrommet. Legeforeningen sier at saken viser at overordnede spørsmål og beslutninger må flyttes tilbake til Stortinget. Misnøyen med sykehus drevet etter en forretningsmessig modell, er også sterk. Høy grad av innsattsstyrt finansiering som videreføres helt ned på avdelingsnivå, har økt oppmerksomheten på inntjening. At helseforetaksmodellen har ført til byråkratisering av det norske helsevesenet, er et annet argument som brukes. Flere aktører er frustrerte, og helsepersonell opplever at mye tid som skulle vært brukt til pasientbehandling, går med til møter, rapportering, sekretærarbeid og lignende. Helseforetaksmodellen ble gjenstand for en helhetlig evaluering i 2004, og Forskningsrådet leverte i januar 2007 en evaluering. På bakgrunn av vurderinger i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) ble det igangsatt to evalueringer. Men evalueringene har ikke ført til store endringer i modellen. Helse og sykehus er et vesentlig politisk område der behovet for debatt og folkevalgt innflytelse er stort. 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. Forslagsstillerne mener det også er en realitet at helseforetaksreformen virker sentraliserende og byråkratiserende og har medført en stor økning i ledernivåer i norske sykehus, og at modellen 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.

Forslagsstillerne mener 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. Forslagsstillerne mener det er behov for en demokratiserings- og ledelsesreform av norske sykehus. Sykehusene må tas tilbake til offentlig forvaltning og folkevalgt styring.

### **Kvinnsland-utvalgets rapport**

2. oktober 2015 ble Kvinnsland-utvalget nedsatt. Kvinnsland-utvalget avga sin NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? 1. desember 2016. 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, og 4) eventuelt andre alternativer for organisering av spesialisthelsetjenesten. Utvalget fikk ikke i mandat å se på finansiering.

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 styrer. Dette vil bety at for eksempel Helse Sør-Øst, som har ansvar for 56 pst. av befolkningens sykehustjenester, bare vil ha ett styre. Dette styret vil være på regionalt nivå og skal behandle saker fra hele virksomheten. Et mindretall av utvalget foreslår å dele Helse Sør-Øst i to eller tre deler. Et mindretall i utvalget foreslår at en løsning med færre helseforetak med sørge-for-ansvar, direkte underlagt departementet eller et nasjonalt helseforetak, bør vurderes nærmere. I en slik modell bør det også vurderes om en del av oppgavene de regionale helseforetakene i dag ivaretar, bør overføres til et direktorat. De mener at inndelingen i nye helseforetak kan sees i sammenheng med regionreformen, og at det vil være mest aktuelt med åtte til tolv helseforetak.

Forslagsstillerne mener NOU 2016:25 hadde et mandat som gjorde at de aldri skulle eller kunne utrede en reell erstatning for helseforetaksmodellen, og at NOU-en bærer preg av dette. Forslagsstillerne mener Kvinnsland-utvalgets tilrådinger betyr et fortsatt demokratisk underskudd i styringen av sykehusene. Forslaget om en modell der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter, betyr en makt-sentralisering og vil være en forsterking av helseforetaksmodellens negative sider. Forslagsstillerne mener at mindretallsforslaget om å utrede færre helseforetak direkte underlagt departementet, burde vært utredet i hele sin bredde. Forslagsstillerne mener som mindretallet i utvalget at uavhengig av styringsmodell bør Helse Sør-Øst HF deles opp.

### **Behovene framover**

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009), jf. Innst. 212 S (2009–2010)), har forsterket be-

hovet 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.

Helseforetaksmodellen sikrer heller ikke sammenheng i beslutningene som tas på de ulike nivåene av helsetjenesten. Akuttutvalget, NOU 2015:17 Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus, påpekte hvordan det over år er skjedd en samtidig sentralisering av den akuttmedisinske beredskapen i helseforetak og kommuner. Riksrevisjonen har påpekt hvordan sykehusene har bygd ned antall sengeplasser i psykiatrien, uten at kommunene har styrket sin kapasitet tilsvarende (Dokument 3:5 (2015–2016)).

Regjeringen Solberg har økt den innsatsstyrte finansieringen av sykehusene til 50 pst., noe som stimulerer til konkurranse framfor samarbeid mellom sykehusene. 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)).

Forslagsstillerne 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 sykehusstilbud. Oppfølgingen av nasjonal helse- og sykehusplan skapte betydelig usikkerhet og uro. Det viser behovet for en endring i organisering og ledelse av norske sykehus.

### Ny styringsmodell

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 (jf. Dokument 8:96 S (2014–2015)). 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 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. Forslagsstillerne mener i tillegg at finansieringen av sykehusene må endres slik at sykehusene i all hovedsak rammefinansieres, og forslagsstillerne vil gå vekk fra dagens forretningssystem 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 framtiden tydeliggjøre oppgavefordelingen mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. I planen bør de økonomiske virkemidlene avklares og behandlingsforløp ses i sammenheng.

Forslagsstillerne registrerer at det i dag er et politisk flertall i Stortinget for å avvikle foretaksmodellen. 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 følge opp Kvinnslandutvalgets 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.

26. april 2017

**Kjersti Toppe**  
**Per Olaf Lundteigen**

**Janne Sjelmo Nordås**  
**Geir Inge Lien**

