



STORTINGET

# Representantforslag 133 S

(2018–2019)

fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Marit Knutsdatter Strand, Geir Inge Lien, Per Olaf Lundteigen og Siv Mossleth

Dokument 8:133 S (2018–2019)

**Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Marit Knutsdatter Strand, Geir Inge Lien, Per Olaf Lundteigen og Siv Mossleth om å avvikle helseforetaksmodellen og ta sykehusene tilbake til folkevalgt styring og offentlig forvaltning**

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

Til Stortinget

## Bakgrunn

Ved stortingsvedtak av 6. juni 2001 ble lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) vedtatt, jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001). Reformen ble fremmet av Stoltenberg I-regjeringen etter en svært kort høringsrunde. Reformen har vært omstridt siden den ble vedtatt. Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet sto bak lovvedtaket, og helseforetaksloven trådte i kraft 1. januar 2002. Dette innebar at ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunen til staten. Med loven gikk man 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. Foretakene er egne rettssubjekter og således ikke en integrert del av den statlige forvaltningen. Spesialisthelsetjenesten styres i dag gjennom fire regionale helseforetak (RHF) og 20 helseforetak (HF). 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:

Med helseforetaksmodellen ble Norges offentlige, skattefinansierte spesialisthelsetjeneste for første gang organisert og drevet ut fra markedsøkonomiske prinsipper. Innføringen hadde klar sammenheng med innføring av markedsløsninger i helsesektoren, som innføring av bestiller/utfører-modell og aktivitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten (penger følger pasienten). Bestillerfunksjonen ligger i dag på to nivå: fra Helse- og omsorgsdepartementet til fire regionale helseforetak (Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF), og fra RHF-ene til deres datterforetak (HF-er) og private institusjoner. Foretakets hovedfinansiering kommer fra to kilder, rammebevilging og innsatsstyrt finansiering (ISF). De står hver for seg for om lag 50 pst. av finansieringen. For å innpasse pasientbehandling i et markedsmessig system, er systemet med diagnoselaterte grupper (DRG-kode) utviklet for å gi en bestemt inntekt per behandling. Foretakenes økonomistyring og -rapportering har siden starten i 2002 vært basert på regnskapsloven fra privat sektor, som er utviklet for lønnsomhetsstyring i forretningsvirksomhet, og som skiller seg ut fra budsjett- og regnkapsystemet brukt i kommunal og fylkeskommunal sektor. Forretningsorganiseringen medførte flere viktige endringer:

- Felles system for budsjett og langtidsbudsjett/økonomiplan forsvant.
- Systemet med fylkesvise helseplaner ble borte og ble ikke erstattet av et tilsvarende felles plansystem

for de regionale helseforetakene og helseforetakene.

- Samordning og samspill mellom primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom kommunenes og fylkeskommunenes helseplaner og øvrig lokalt og regionalt planarbeid ble også borte.

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.

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

Forslagsstillerne erfarer at misnøyen med at sykehus blir drevet etter en forretningsmessig modell, er stor. Kombinasjonen lønnsomhetsregnskap, foretaksorganisering med styrer etter modell for aksjeselskaper og høy grad stykkprisfinansiering har svekket overordnet politisk styring og stimulert til økt konkurranse mellom sykehus i stedet for samarbeid. En annen kritikk er at helseforetaksmodellen virker sentraliserende og byråkratiserende og har medført en stor økning i ledernivå ved norske sykehus samtidig som det ikke legges til rette for stedlig ledelse. Beslutninger om vesentlige endringer i sykehusstilbudet mangler demokratisk legitimitet. Styremedlemmer i RHF- og HF-ene står ikke til ansvar overfor folket i valg. De regionale helseforetakene legger stor vekt på å disiplinere foretaksstyrene. Kravet om lojalitet til overordnede organer er sterkere enn noen gang. Helseministeren kan selv velge når han vil gripe inn, eller når han kun vil vise til de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. Stortinget blir sjelden involvert i vesentlige endringer i sykehusstilbudet. Slik blir det politiske ansvaret utydeliggjort og tilslørt. Helseforetaksloven 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. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009), jf. Innst. 212 S (2009–2010)) har forsterket behovet for å se helheten i helsetjenesten. Dagens sykehusorganisering og -finansiering er ikke tilpasset behovene som er skapt gjennom samhandlingsreformen, og bygger ikke opp under samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Riksrevisjonen har påpekt hvordan sykehus har kuttet i liggetid og bygd ned antall sengeplas-

ser uten at kommunene har fått styrket sin kapasitet tilsvarende (jf. Dokument 3:5 (2015–2016)). Akuttutvalget (NOU 2015:17) påpekte at det over år har skjedd en samtidig sentralisering av den akuttmedisinske beredskapen i helseforetak og kommuner. Et eksempel på at helseforetaksmodellen ikke fungerer, er den akutte situasjonen i Møre og Romsdal. Helseforetaket vedtar omfattende kuttforslag, der kommunene på kort varsel må ta over pasientansvar. Dette har ført til dyp mistillit og en alvorlig situasjon der kommunestyrene trekker seg fra samarbeidsavtalene de i dag har med helseforetaket.

### **Evalueringer og utredninger av alternativer til dagens styring av sykehusene**

Forslagsstillerne viser til at helseforetaksmodellen har vært evaluert en rekke ganger. Både i rapportene «Foretaksmodellens funksjonalitet» (Agenda Muusman, 2005) og «Resultatevaluering av sykehusreformen» (Forskningsrådet, 2007) var det kritiske konklusjoner. Men de førte dessverre ikke til noen store endringer av sykehusreformen. Blant annet på bakgrunn av vurderinger i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) ble det igjen igangsatt to evalueringer, men heller ikke disse førte til noen vesentlige endringer i modellen. Hagen-utvalgets rapport «Regionreformen: Desentralisering av oppgaver fra staten til fylkeskommunene», datert 5. februar 2018, anbefalte at spørsmålet om organisering av sykehusene vurderes på nytt, der en fylkeskommunal modell inkluderes i utredningen. Denne anbefalingen ble ikke fulgt opp av regjeringen. Kvinnsland-utvalget (NOU 2016:25) som skulle vurdere hvordan statens eierskap av sykehusene skulle innrettes framover, fikk et så snevert mandat av regjeringen at de ikke kunne utrede en reell erstatning for helseforetaksmodellen.

Forslagsstillerne viser til at Skottland avviklet sin helseforetaksmodell i 2004. De avviklet bestiller/utfører-modellen allerede i år 2000, og stykkpris (ISF) ble erstattet med årlige rammebevilgninger. Det skotske helsevesenet ble så reorganisert som en del av offentlig sektor, med statlig eierskap, 14 regionale helsestyrer og 8 styrer for ulike landsdekkende funksjoner. Skottland ville vekk fra bruken av markedsmekanismer som stykkprisfinansiering, penger-følger-pasienten og konkurranse med private. Ifølge DE FACTO-rapporten «De tok sykehusene tilbake» opplevde sykehusene i Skottland i årene etter avviklingen av foretaksmodellen en positiv utvikling der de klarte å holde seg innenfor budsjett og øke produktiviteten.

### **Senterpartiets modell for folkevalgt styring av sykehusene**

Senterpartiet stemte imot innføring av helseforetaksloven i 2001. Representanter fra Senterpartiet har tidligere fremmet forslag om en alternativ modell der norske sykehus styres gjennom en forvaltningsmodell med folkevalgt styring nasjonalt, regionalt og lokalt, jf.

Dokument 8:96 S (2014–2015) og Innst.377 S (2014–2015). Dette forslaget går ut på å utvikle de regionale helseforetaksstyrene og samtidig sikre en overordnet og tydelig nasjonal helse- og sykehusplan som gir folkevalgte ansvar for lokalisering, store investeringer, kvalitet, rekruttering og utdanning, funksjonsfordeling og organisering av helsetilbudet. Nasjonal helse- og sykehusplan må rulleres hvert fjerde år etter modell av Nasjonal transportplan. Sykehusplanen må tydeliggjøre oppgavefordelingen mellom de ulike nivåene i helsetjenesten og vedta prioritering av store investeringer. Sykehusene videreføres med statlig eierskap, men 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 rammefinansiert modell. Disse skal styre innenfor rammene gitt av Stortinget i en nasjonal helse- og sykehusplan. Sykehusstyrene skal bestå av et flertall av medlemmer valgt av og blant fylkestingets medlemmer. 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. Forslagsstillerne viser til at Senterpartiet vil sikre både en demokrati- og ledelsesreform ved norske sykehus. Alle sykehus skal ha stedlig leder med faglig ansvar, økonomisk ansvar og personellansvar. I tillegg må sykehus ha eget virksomhetsstyre, der også folkevalgte i kommunestyrene og kommunehelsetjenesten blir representert. For å sikre nødvendig samhandling skal det være gode rutiner for løpende møter og dialog mellom kommunene, sykehuset og kommunehelsetjenesten.

### Ny finansiering, demokratisk ledelse av norske sykehus

Som følge av kritikken mot manglende politisk styring og demokratiske avgjørelser, direktørstyre og næringslivsdominans i helseforetakene vedtok den rødgrønne regjeringen å øke andelen politikere i foretaksstyrene fra 2006. Helseminister Bent Høie opphevd dette kravet i 2014. Forslagsstillerne mener at det er underordnet om det er politikere i helseforetaksstyrene, så lenge de ikke er folkevalgte og de ikke må stå til ansvar overfor sine velgere. Forslagsstillerne mener at erfaringen med politikere i foretaksstyrene viste at det ikke førte til mer demokratisk styring eller politisk kontroll. På grunn av at RHF-ledelsen legger stor vekt på å disiplinere foretaksstyrene, og kravet til lojalitet går oppover og de overordnede styringssignaler er sterke, er det ikke mulig for politikere i helseforetaksstyre å ha avgjørende makt eller mulighet til å vise politisk styring. Så lenge de

ikke er folkevalgte, så ivaretas ikke det grunnleggende demokratiske prinsippet om at den som står til ansvar for utviklingen av det offentlige helsevesenet, skal kunne kastes ved valg. Forslagsstillerne mener derfor det er helt nødvendig å ta et oppgjør med markedsrettingen av helsevesenet og ta sykehusene tilbake til folkevalgt styring og offentlig forvaltning, for slik å sikre en effektiv og demokratisk ledet spesialisthelsetjeneste med tillit i befolkningen. Da må helseforetaksloven erstattes av en ny helseforvaltningslov, som sikrer reell folkevalgt styring av sykehusene. Finansiering av store investeringer er blitt et særlig problem. Ordningen nå er at store investeringer finansieres dels med lån fra staten (70 pst.) og dels med egenkapital fra foretakene (30 pst.). Egenkapitalen kan framskaffes ved salg av eiendommer eller overskudd i driften. Det fører til et sterkere press på salg av sykehuseiendommer og at sykehusene må ha store overskudd på driften selv om de ikke klarer å opprettholde eksisterende tilbud (jf. forslaget om å legge ned fødeavdelingen ved Kristiansund sykehus). Når investeringen er gjennomført, må helseforetakene dekke vesentlig større beløp i avskrivninger og rentekostnader. Derfor skaper store nybygg og investeringer vesentlig økte driftskostnader som helseforetakene vanskelig kan dekke. Derfor er det nødvendig å utrede en finansieringsmodell for investeringer i store, nye sykehusbygg. Helt sentralt må være at store sykehusinvesteringer skal prioriteres av Stortinget i nasjonal helse- og sykehusplan. Regnskapsloven for sykehusdrift må utvikles, og sykehus må omfattes av samme budsjett- og regnskapsystem som kommuner og fylkeskommuner. Dette innebærer at man skiller investerings- og driftsbevilgningen.

### Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

for s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen utrede og fremme lovfor-slag om at helseforetaksloven erstattes av en ny hel-seforvaltningslov med folkevalgt styring av syke-husene, der eiernes styrerepresentanter er valgt av og blant fylkestingets medlemmer.
2. Stortinget ber regjeringen utrede og fremme forslag til ny finansieringsmodell for sykehus, der store sykehusinvesteringer prioriteres av Stortinget i nasjonal helse- og sykehusplan og fullfinansieres over statsbudsjettet, og der sykehus omfattes av samme budsjett- og regnskapsystem som kommuner og fylkeskommuner.

10. april 2019

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

**Marit Knutsdatter Strand**

**Geir Inge Lien**  
**Siv Mossleth**

