



# Innst. 377 S

(2014–2015)

## Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:96 S (2014–2015)

### **Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Per Olaf Lundteigen og Janne Sjelmo Nordås om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene**

Til Stortinget

#### **Sammendrag**

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «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.»

Forslagsstillerne mener at 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 foreslås å avvikle dagens helseforetakslov, og at sykehusene styres gjennom en forvaltningsmodell med folkevalgt styring nasjonalt, regionalt og lokalt. Sykehusene bør videreføres med statlig eierskap, mens 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.

Videre mener forslagsstillerne at en nasjonal helse- og sykehusplan må gi politiske avklaringer for lokalisering, kvalitet, rekruttering og utdanning, funksjonsfordeling og organisering av helsetilbudet. Planen skal vedtas av Stortinget og rulleres hvert fjerde år etter modell av Nasjonal transportplan.

Forslagsstillerne mener at folkevalgt styring av sykehusene vil være en demokrati- og ledelsesreform for spesialisthelsetjenesten, og at sykehusene må tas tilbake til folkevalgt styring og offentlig forvaltning for å sikre en effektiv og demokratisk ledet spesialisthelsetjeneste med tillit i befolkningen.

#### **Komiteens merknader**

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiten, Niclas Tokerud og Karianne O. Tung, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og

Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Lavrans Kierulf, lederen Kari Kjønnaas Kjos og Harald T. Nesvik, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollstad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Venstre, Ketil Kjenseth, og fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, viser til representantforslaget.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil påpeke at selv om Stortinget behandler overordnede prinsipper og kvalitetskrav for spesialisthelsetjenesten, skal helseforetakene også fremover ha ansvar for å planlegge og gjennomføre det utviklings- og omstillingsarbeidet som er nødvendig for å imøtekomme de nasjonale prinsippene og faglige kriteriene som blir satt. Flertallet mener en slik rollefordeling må respekteres. Stortinget bør og kan ikke detaljstyre foretakene eller de enkelte sykehusene. Flertallet mener det er styrenes oppgave å ha ansvar for foretakets økonomistyring, kontroll av drift og ledelse, kvalitet i behandlingen, organisering av sykehusene og pasienttilbudet.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at det i regjeringens plattform slås fast at regjeringen vil fremme en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget for å skape åpenhet og forutsigbarhet i sektoren. Dette flertallet viser videre til at helse- og omsorgsministeren har varslet til Stortinget (Prop. 1 S Tillegg 1 (2013–2014)) at nedleggelse av de regionale helseforetakene først vil kunne skje når den nasjonale helse- og sykehusplanen er utformet, vedtatt og virker.

Dette flertallet er opptatt av at den nasjonale helse- og sykehusplanen skal skissere nasjonale prinsipper for ulike typer sykehus og sykehusstruktur. Den skal utarbeides med utgangspunkt i pasientenes behov, bygge på oppdatert kunnskap og på de strategier og planer som er utviklet i helseforetaksstrukturen. Dette flertallet mener det er behov for mer politisk styring med hvordan spesialisthelsetjenesten utvikler seg. Nasjonal helse- og sykehusplan vil gi Stortinget større innflytelse på hvordan en samlet spesialisthelsetjeneste skal utvikles i Norge.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er behov for mer politisk styring av spesialisthelsetjenesten, og at vesentlige endringer må forankres på folkevalgt nivå. Disse medlemmer mener det er nødvendig med en styrende nasjonal

helse- og sykehusplan som sikrer at spesialisthelsetjenesten utvikles etter de rammene som settes av Stortinget.

Disse medlemmer mener at en nasjonal helse- og sykehusplan må gi politiske avklaringer for lokalisering, kvalitet, rekruttering og utdanning, funksjonsfordeling og organisering av helsetilbudet. En helse- og sykehusplan må rulleres hvert fjerde år etter modell av Nasjonal transportplan, og 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.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«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.»

Disse medlemmer vil understreke at en slik nasjonal helse- og sykehusplan må inneholde klare definisjoner og sikre at et fullverdig lokalsykehus skal ha breddekompetanse og basisfunksjoner som sikrer døgnberedskap innen både kirurgi, medisin og anestesi, inkludert røntgen- og laboratorietjenester. Fødeavdelinger skal og må være desentraliserte.

Disse medlemmer viser til at regjeringen i regjeringens plattform slo fast at den vil fremme en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget for å skape åpenhet og forutsigbarhet i sektoren. Ifølge regjeringens plattform skal helse- og sykehusplanen blant annet inneholde en definisjon av innholdet i ulike typer sykehus, struktur i spesialisthelsetjenesten, behovskartlegging, utstysbehov og investeringsplaner. Sykehusplanen må ifølge regjeringens plattform også omhandle lokalsykehus og den viktige rollen de har for å sikre beredskap for liv og helse i hele landet. Disse medlemmer registrerer at statsråden og regjeringspartiene i sin omtale av hva sykehusplanen skal inneholde, nå er mindre tydelige enn det som står nedfelt i egen regjeringens plattform. Disse medlemmer viser til at det i regjeringens plattform står at regjeringen vil legge ned de regionale helseforetakene når det er utformet en nasjonal helse- og sykehusplan, men at det i Prop. 1 S

Tillegg 1 (2013–2014) ble presisert at det først skulle skje når den nasjonale helse- og sykehusplanen er uformet, vedtatt og virker. Etter disse medlemmers syn er dette å skyve et valgløfte mer og mer ut i tid. Disse medlemmer viser til at da Høyre la fram sine helseløfter i valgkampen, sa Erna Solberg til Bergens Tidende 2. september 2013:

«Slik vi har en Nasjonal Transportplan (NTP) for samferdsel, bør vi få en nasjonal helseplan for sykehusene. Da vil vi lytte til lokale innspill, faglig råd og la Stortinget ta avgjørelsene. Den helseplanen vi vil lage, vil definere oppgavene til hvert enkelt sykehus, også lokalt, ut fra et nasjonalt hensyn».

Bent Høie uttalte følgende til samme avis:

«Det vil alltid gå et fakkeltog, men nå vil fakkeltogene vite hvor de skal gå. De kan henvende seg til sine egne politikere på Stortinget, som med vår modell vil ha ansvar for beslutningene. Det har de ikke i dag, den makten ligger til de regionale helseforetakene».

Disse medlemmer merker seg at målet for innholdet i en nasjonal helse- og sykehusplan har endret seg etter valget, og viser til at statsråden i svar til Stortinget av 5. mai 2014 i forbindelse med behandling av Dokument 8:25 S (2013–2014) uttalte at:

«Jeg ønsker ikke med Nasjonal helse- og sykehusplan å legge opp til at Stortinget skal ta beslutninger knyttet til det konkrete føde- og akutttilbudet eller øvrige endringer ved de ulike sykehusene».

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener styrene i helseforetakene bør ha balansert kompetanse som ivaretar styrenes primære oppgaver. Styremedlemmer må gjerne ha politisk bakgrunn, men flertallet er svært kritisk til en modell der flertallet i styret er valgt av og blant fylkestingsmedlemmer. Dette 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 krysspress 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 regjering ønsker å få gjennomført. Flertallet vil påpeke at helse- og omsorgsministeren vil i tilfeller der styrene ikke gjennomfører vedtatt politikk, i ytterste konsekvens 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.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at 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 ytes ved norske sykehus er grunnleggende viktig for folks trygghet. Disse medlemmer viser til at helse og sykehus er et vesentlig politisk område der behov for debatt og folkevalgt innflytelse er stort. Disse medlemmer mener at norske sykehus i dag ledes på en måte som ikke gir tillit i befolkningen. Helseforetaksloven har ført til en ledelseskultur der viktige beslutninger blir avgjort på udemokratisk vis, uten folkevalgt forankring. Disse medlemmer mener det er behov for en demokratiserings- og ledelsesreform av norske sykehus, og at sykehusene må tas tilbake til offentlig forvaltning og folkevalgt styring. Disse medlemmer viser til at helseforetaksloven ble vedtatt i 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. 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 fra offentlige velferdstjenester til regnskap utviklet for lønnsomhetsstyring i forretningsvirksomhet. Disse medlemmer mener at erfaringene med helseforetaksmodellen tilsier at man må avvikle dagens helseforetakslov, og at sykehusene tas tilbake til folkevalgt styring og styres gjennom en forvaltningsmodell med folkevalgt styring nasjonalt, regionalt og lokalt. Disse medlemmer mener at sykehusene bør videreføres med statlig eierskap, men at ansvaret for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten desentraliseres til om lag 20 sykehusstyrer som kan tilsvare dagens 20 helseforetak. Disse skal styre innenfor rammene gitt av Stortinget i en nasjonal helse- og sykehusplan.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, mener det er behov for mer politisk styring, og fremhever at Stortinget vil ha en nasjonal helse- og sykehusplan til behandling der Stortinget vil ta stilling til prinsipper for fremtidens sykehus, sykehusstruktur, nødvendig kompetanse i sykehusene og kvalitets-

krav. Dette vil skape åpenhet og forutsigbarhet i helsesektoren. Flertallet påpeker at det er hensiktsmessig at Stortinget har vedtatt en plan før en utreder en framtidig styringsmodell for spesialisthelsetjenesten. Denne styringsmodellen skal understøtte målet om et likeverdig pasienttilbud med god kvalitet og effektiv utnyttelse av ressursene. Flertallet er opptatt av at pasienter, brukere og kommuner sikres innflytelse i modellen. Flertallet legger vekt på at styringsmodellen må sikre samarbeid, god koordinering og ressursutnyttelse mellom de ulike aktører. Flertallet mener derfor det ikke er å skyve ut et valgløfte i tid ved ikke å reorganisere spesialisthelsetjenesten nå, som Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti hevder, men heller et mål om en grundig behandling av saken om fremtidig styringsmodell.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil hevde at det ikke er belegg for å si at norske sykehus ledes på en måte som ikke gir tillit i befolkningen. Disse medlemmer mener det er en grov undervurdering av det arbeid som i dag skjer på de norske sykehus. Det ytes en stor innsats i pasientbehandlingen, det forskes og utvikles stadig nye metoder for pasientbehandling. Disse medlemmer vil fremheve det arbeidet som gjøres for å bedre behandling av kreft, og viser til pakkeforløp som er innført av regjeringen. Innføring og implementering av de ulike pakkeforløp krever en ledelse som nettopp prioriterer og omstiller. Disse medlemmer mener vi må snakke de ansatte og ledere opp, ingen blir bedre av å snakkes ned. Det betyr ikke at det ikke skal stilles krav til ledere og lederskap i spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Stortingets behandling av Helse- og omsorgsdepartementets eierstyring knyttet til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, Innst. 240 S (2014–2015). I høringen til saken (side 19 i innstillingen) forklarte helse- og omsorgsminister Bent Høie hvorfor han mener det er viktig for muligheten til å utøve godt lederskap overfor styreledere, at kontakt mellom statsråd og styreledere kan skje i fortrolighet. Saksordfører Per Olaf Lundteigen spurte:

«Ser ikke statsråden at det er et demokratisk problem når lederskap utføres på den måten i et område som har stor offentlig interesse?»

Statsråd Bent Høie svarte:

«Jeg kan prøve med et eksempel for å illustrere hva jeg mener med dette: En styreleder kan ta kontakt med meg og si at en vurderer om en skal igangsette en prosess med nedleggelse av en fødeavdeling på et sykehus. Alle som sitter her, vet at det å starte sanne

prosesser er ekstremt krevende. Det skaper mye uro i egen organisasjon. Det ville hatt stor betydning for deres lederes autoritet, ikke minst hvis det er sånn at en vet at en sånn prosess uansett ville ende f.eks. med at jeg i foretaksmøtet stoppet prosessen, eller at Stortinget ville pålegge meg å stoppe en sånn prosess. Det må være mulig for en styreleder, f.eks. før en starter den typen vanskelige prosesser, å ta kontakt med meg som statsråd og si: Hvis jeg starter en sånn prosess, vil det være et helt håpløst politisk prosjekt, eller er det mulig å gå videre med det? Det er å utøve godt lederskap. Jeg må kunne svare styrelederen på det uten at jeg nødvendigvis må informere Stortinget om en sånn kontakt, for da vil den måten å lede på, å sørge for at politiske rammer rundt foretakene fungerer, ikke være mulig å håndtere.»

Disse medlemmer vil understreke at de mener at sykehussektoren ikke kan styres på bakgrunn av uformelle styringssignaler slik statsråden her beskriver og mener er eksempel på god eierstyring. Disse medlemmer viser til at resonnetet til statsråden ikke er knyttet til Nordmøre og Romsdal, men er allment og at det stadig foregår sykehussaker der det er høyst uklart for offentligheten om beslutninger tas i åpenhet eller i skjulte prosesser. Etter statsrådens sykehustale i januar 2015 gikk en statssekretær ut i et intervju i en lokalavis og sa at sykehuset på Tynset skulle skjermes og ikke miste akuttkirurgien selv om befolkningsgrunnlaget var under grensen statsråden skisserte i sykehustalen. Dette førte til at Sykehus Innlandet endret sine prosesser med planer for avvikling av akuttkirurgi ved Tynset. Ved Sykehuset Sørlandet HF pågår det en strategiprosess der et alternativ er å legge ned fødeavdelingen og akuttkirurgi ved Flekkefjord Sykehus. Med bakgrunn i styringsprinsippene om fortrolighet kan ikke folkevalgte eller befolkningen vite om det under hånden og i fortrolighet finnes en avtale om at det er politisk akseptabelt å legge ned fødeavdelingen. Det er grunn til å spørre om det fantes en slik fortrolighet mellom Sykehuset Telemark og Helse- og omsorgsdepartementet om at nedlegging av Rjukan og Kragerø sykehus var akseptabelt politisk. Da barneavdelingen i Kristiansund ble helgestengt i 2014, skapte dette sterke reaksjoner i lokalmiljøet. Disse medlemmer konstaterer at for befolkningen er det umulig å vite om helgestengingen var «akseptert» av Helse- og omsorgsdepartement eller statsråden før vedtaket ble fattet.

Disse medlemmer mener at regjeringens sykehuspolitikk fører til at svært mange avgjørelser som burde vært tatt i den nasjonale helse- og sykehusplanen, tas uavhengig av denne og før denne er forelagt Stortinget. Dette gjelder også vesentlige endringer slik som å legge ned sykehus og fødeavdelinger.

Disse medlemmer viser til at statsråden mener eierstyringen som utføres skjer i henhold til

helseforetaksloven. Disse medlemmer mener at dette viser at det innenfor helseforetaksloven og helseforetaksmodellen foregår en rekke uryddige og udemokratiske prosesser som offentligheten mangler innsyn i.

Disse medlemmer mener at flere sykehusprosesser viser at helseforetaksloven ikke sikrer legitimitet i befolkningen, og at helseforetaksloven derfor er overmoden for å erstattes av en forvaltningslov med folkevalgt styring.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme lovforslag der helseforetaksloven erstattes av en ny helseforvaltningslov med folkevalgt styring av sykehusene.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener denne styringsmodellen vil skape en illusjon av lokal demokratisk forankring av sykehusdriften. Flertallet mener det skapes et inntrykk av at fylkestinget og fylkespolitikkerne har et direkte ansvar for sykehusdriften, mens de i realiteten må forholde seg til de budsjetter og styringsdokumenter som kommer fra Stortinget og regjering. Flertallet mener modellen skaper uklare ansvarsforhold og åpner for den type politisk spill som dagens styringsmodell for spesialisthelsetjenesten hadde som hensikt å rydde opp i.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at alle partier, utenom Arbeiderpartiet, gikk til valg på å utvikle foretaksmodellen, og at Senterpartiet nå har fremmet et realistisk forslag til alternativ organisering, som på mange områder er likt med det som er gjort med gode erfaringer i Skottland. Skottland utviklet markedsmodellen i sin helsesektor og tok sykehusene tilbake til offentlig forvaltning på begynnelsen av 2000-tallet. Skottlands National Health Service (NHS Scotland) har 14 regionale styre med ansvar for alle helsetjenester til befolkningen i sin region. I tillegg finnes det styre for åtte landsdekkende funksjoner. Helsestyrene er rammefinansierte fra det skotske parlamentet. Et prøveprosjekt med direktevalg på halvparten av medlemmene i to regionale helsestyre ble gjennomført i 2010. Konklusjonen var at dette er en strategi for demokratisering og folkelig forankring. DRG-koding og innsatsstyrt finansiering er utviklet. Det rapporteres om at budsjettene er overholdt og at det er oppnådd betydelig effektivitetsforbedring. I årsrapporten for 2011/12 fra NHS Scotland heter det at ventetider har gått ned, at pasientsikkerheten er bedret og dødeligheten redusert i sykehusene. Disse medlemmer mener Norge

må utvikle sin egen forvaltningsmodell, men at vi bør lære av de erfaringene Skottland har gjort som er overførbare til norsk helsevesen.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil bemerke at Skottland har en annen innretning på ventetidsmålene enn Norge. Dette er opplysninger fra Stortingets utredningsseksjon. De har bl.a. et 18 ukersmål fra henvisning til behandling (RTT), og en 12 ukers behandlingsgaranti (TTG) fra beslutning om innleggelse til innleggelse og fra henvisning til utredning/poliklinisk behandling. Ett av problemene i Skottland er knyttet til at ventetidene til poliklinisk behandling er økende. En annen flaskehals synes å være ventetider ved øyeblikkelig hjelp: Kun fire av de 14 geografiske helsestyrene klarte å oppfylle målet om at 95 prosent av pasientene skulle få hjelp innen fire timer (høsten 2013).

Innenfor kreftbehandling ligger Norge lenger fremme med innførte pakkeforløp. I Skottland fikk 94,6 prosent av pasientene behandling innen 62 dager etter hastehenvisning med mistanke om kreft, og ca. 98 prosent hadde startet behandling innen 31 dager etter beslutning om behandling (høsten 2013). Notatet viser geografiske forskjeller i behandlingstid.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at de om lag 20 sykehusstyrene i den foreslåtte forvaltningsmodellen fra Senterpartiet skal bestå av et flertall av medlemmer valgt av og blant fylkestingets medlemmer, i tillegg til de ansattes representanter og brukerrepresentant. Styret skal gi 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. Dette medlem viser til at disse sykehusstyrene vil kunne ha ansvar for flere sykehus i sitt område, slik de lokale helseforetakene har i dag. Dette medlem mener en slik modell, der folkevalgte sykehusstyrer styrer utviklingen innenfor rammene av en detaljert Nasjonal sykehusplan vedtatt av Stortinget, vil sikre en politisk forankring av utvikling av spesialisthelsetjenesten. Dette medlem vil presisere at det nettopp er uklare ansvarsforhold og manglende legitimitet til beslutninger som er en av de store utfordringene med dagens styringsmodell.

Dette medlem merker seg at statsråden i sitt svarbrev til komiteen er sterkt kritisk til at sykehusstyringen skal forankres på folkevalgt nivå i kommuner og fylkesting. Dette medlem vil avvise at en styrking av sykehusstyringens demokratiske legitimitet gjennom folkevalgtrepresentasjon innebærer en ansvarspulverisering. Dette medlem viser til

at en rekke oppgaver løses i en kombinasjon av nasjonal og lokal politisk myndighet og bevilgninger. Dette medlem mener en ny helseforvaltningslov med folkevalgt styring av sykehusene vil styrke sykehusstyringens demokratiske legitimitet, gi åpne prosesser om sykehusstyringen og dermed tydeliggjøre ansvarsforholdene. Dette medlem merker seg bekymringen for politisk spill. Dette medlem deler synet på at spill er uheldig, men vil samtidig understreke at problemet med dagens modell er at det parlamentariske og de øvrige folkevalgte nivåene i svært liten grad er involvert i sykehusstyringen. Dette medlem mener det er uheldig at dagens sykehusstyring i stor grad foregår på siden av demokratisk valgte organer, og er mer bekymret for dette enn for stor politisk innflytelse over et samfunnsområde av svært stor betydning for befolkningen. Dette medlem viser til Prop. 120 L (2011–2012) der regjeringen uttrykte det slik:

«Staten kan velge å foreta eierstyring tett på foretakene, så tett at foretaket nærmest blir som et underliggende forvaltningsorgan, eller staten kan opptre som en meget tilbaketrukket eier og kun holde foretaksmøte når loven pålegger det.»

Dette medlem mener at sykehusstyring i henhold til helseforetaksloven fortsatt pågår på denne måten, trass i lovendringene i 2012, og at denne fleksibiliteten i loven har vist seg som et lite egnet styringsverktøy.

Dette medlem viser i den forbindelse også til merknad fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti til Prop. 120 L (2011–2012), jf. Innst. 62 L (2012–2013):

«Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at etter all den debatt som har vært de siste årene, er det bra at det foretas revideringer av helseforetaksloven nå, og at flere skal komme. (...)

Disse medlemmer mener en tydeligere eierrolle vil være en fordel, men fortsatt vil det være uklarheter i forholdet mellom den politiske ledelse og de aktuelle foretaksstyrene. Det politiske ansvaret vil fortsatt ikke være så klart plassert og parlamentarisk forankret som disse medlemmer ønsker.»

Dette medlem vil presisere at en forvaltningsmodell med et flertall av folkevalgte i sykehusstyrene og at Stortingets flertall bestemmer den nasjonale sykehuspolitikken, på en helt annen måte enn i dag vil sikre ansvarliggjøring av folkevalgte representanter for den sykehuspolitikken som føres. At styremedlemmene til sykehusstyrene er valgt av og blant fylkestingenes medlemmer, vil også gjøre styremedlemmene direkte ansvarlige overfor sine velgere og en sikrer prinsippet for folkevalgt styring; nemlig at de som styrer kan kastes ved valg.

Komiteens medlem fra Senterpartiet fremmer i tillegg følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennom en ny helseforvaltningslov opprette om lag 20 sykehusstyrer der flertallet i styret er valgt av og blant fylkestingsmedlemmene.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at flere sykehus i dag har spesialiserte oppgaver og mottar pasienter fra hele Norge. Flertallet mener det blir illusorisk å tenke at styremedlemmene som er valgt fra et fylkesting, kan ivareta interessene til pasienter fra det ganske land på en bedre måte enn et medlem som ikke er valgt fra fylkestinget. Flertallet vil understreke at det er kompetansen til styrene og det enkelte medlem som er avgjørende for foretakets styring og kvaliteten på sykehusstilbudet. Flertallet er opptatt av at pasienter, brukere og andre berørte skal sikres innflytelse på tjenestetilbudet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til forslaget fra Senterpartiet om at det i en ny forvaltningsmodell av spesialisthelsetjenesten må vurderes å opprette egne styrer for landsomfattende funksjoner. Disse styrene må forankres i nasjonal helse- og sykehusplan. Eksempel på slike områder er IKT, sykehusbygg, forskning og utdanning. Dette medlem viser til at et stort flertall av pasienter blir behandlet i eget sykehusområde, og at 2 av 3 pasienter blir behandlet på lokalsykehusnivå. Dette medlem mener at å sikre nasjonale, landsomfattende og høyt spesialiserte tilbud fint kan sikres i en ny organisering, og at dette ikke er et argument for å tviholde på en byråkratiserende helseforetaksmodell som ikke skaper tillit i befolkningen.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at det uttrykkes svært liten tillit til at folkevalgte kan ivareta befolkningens behov for sykehustjenester og at det hevdes at dette er illusorisk. Disse medlemmer mener en slik antagelse ikke tar innover seg at mange av dagens sykehus betjener en betydelig andel pasienter som har tilhørighet utenfor eget sykehusområde, og at dette er en viktig og ønsket del av sykehusdriften som blant annet bidrar til å opprettholde akuttberedskapen flere plasser. Disse medlemmer mener det er liten grunn til å tro at ikke også lokalt folkevalgte ser verdien av en kvalitativt god og moderne sykehusdrift, og viser for øvrig til at de lokale folkevalgtes innflytelse vil eksistere i et samspill med Stortinget og eier.

Disse medlemmer vil understreke at nasjonale kvalitetskrav og andre krav til utvikling av de ulike sykehusene og sykehusstilbudet må fastsettes i den nasjonal helse- og sykehusplanen og at sykehusstyrene må styre under disse rammene. Disse medlemmer vil påpeke at de partiene som gikk til valg på å fjerne foretaksmodellen, og som kritiserer forslagene i denne saken, bør fremme sitt eget alternativ til organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten. Det er oppsiktsvekkende at partiene nå forsvare dagens styresett og ikke fremmer noe eget alternativ til foretaksorganiseringen. Disse medlemmer viser til at Senterpartiet har levert et realistisk forslag til ny forvaltningsstyring av spesialisthelsetjenesten, og mener at kritikken mot å la folkevalgte styre mer av sykehuspolitikken i stedet for helsebyråkrater, ikke rimer med hva partiene tidligere har uttalt om svakhetene ved foretaksmodellen.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at forslaget om en detaljert nasjonal sykehusplan, fremdeles statlig eierskap, folkevalgte sykehusstyrer og stedlig ledelse sammen med en omlegging av finansieringen vil sikre befolkningen en fremtidsrettet og desentralisert spesialisthelsetjeneste der utviklingen er forankret i befolkningen. Dette medlem vil presisere at dette er Senterpartiets forslag til ny sykehusforvaltning, og at en gjerne kan diskutere enkeltelementer i denne om det hadde vært politisk vilje fra Stortingets andre partier til å gjøre alvor av sine programformuleringer om å avvikle foretaksmodellen.

Komiteen mener en styringsmodell må sikre godt samarbeid, god koordinering og ressursutnyttelse mellom sykehus og andre aktører, herunder den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til forslaget om at hvert sykehus skal ha eget virksomhetsstyre. Virksomhetsstyrene skal bestå av de ansattes representanter og brukerrepresentant, representanter fra kommunehelsetjenesten, fra sykehusstyret i regionen og representanter valgt av fylkestinget blant kommunestyremedlemmer i aktuelle kommuner. Kommunene nominerer sine representanter. Dette medlem viser til at det i dag er stort behov for et styrket samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, og mener at forslaget om å sikre kommunehelsetjenesten representanter i virksomhetsstyre vil bidra til bedre samarbeid om lokale helseplaner. I tillegg viser dette medlem til forslaget om at styrene må forpliktes til å arrangere åpne informasjonsmøter for befolkningen i alle berørte kommuner hvert år, i tillegg til regelmessige samarbeidsmøter med kommuneledelsen.

Dette medlem vil også understreke forslaget om å sikre alle sykehus en stedlig leder med faglig ansvar, økonomisk ansvar og personellansvar. Dette medlem viser til at sykehus er store kunnskapsorganisasjoner, og mener det er stort behov for å ha en ledelse «tett på». Dette medlem mener at klinikkorganisering med ledere som har arbeidsplassen sin på et annet sykehus i regionen, fører til dårlig ledelse både faglig og økonomisk. Dette medlem viser til flere rapporter om problemet med at ansatte ikke vet eller kjenner til hvem som er deres nærmeste sjef. Dette medlem mener at en stedlig leder skal være synlig i sykehusmiljøet og tilgjengelig for de ansatte.

På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennom ny helseforvaltningslov opprette virksomhetsstyrer ved sykehusene der flertallet av medlemmene er folkevalgte, og innføre stedlig ledelse med faglig, økonomi- og personallansvar.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, merker seg at regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om saken på egnet måte etter at nasjonal helse- og sykehusplan er lagt fram.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det haster med å avvikle foretaksmodellen og at en ny folkevalgt styring av sykehusene vil skape et grunnlag for en demokrati- og ledelsesreform for spesialisthelsetjenesten som sikrer pasientenes tilbud og skaper debatt, aksept og folkevalgt forankring av de beslutninger som tas om utviklingen av tilbudet. Den daglige driften av sykehusene må bli tillitsbasert, og det må skapes sterke faglige fellesskap mellom alle sykehus og sykehusansatte. En ny forvaltningsmodell vil kunne sikre at organisering og ledelse av norske sykehus blir basert på samarbeid, ikke konkurranse. Kjernevirksomheten i sykehusene – møtet mellom behandler og pasient – må få størst oppmerksomhet. Ledelse og støttefunksjoner må være bygd opp rundt dette formål og sette pasienten i sentrum.

Disse medlemmer viser til forskning, undersøkelser og enkelthendelser som viser mangel på åpenhetskultur for de ansatte i norsk helsevesen. Helseforetakene har stort fokus på omdømmebygging og regulerer kommunikasjonen gjennom kommunikasjonsstrategier. En doktoravhandling av Hogne Sataøen ved Universitetet i Bergen viser at tallet på

kommunikasjonsarbeidere er doblet etter at helseforetaksmodellen ble innført i 2002, og at nesten alle er knyttet til sykehusledelsen. Disse medlemmer mener fagfolk har fått mindre rom for å uttale seg som fagpersoner og at dette er et demokratisk problem som i verste fall truer pasientsikkerheten. Disse medlemmer mener den sterke vektleggingen av ansattes lojalitetsplikt er tett sammenvevd med organiseringen og styringskulturen for øvrig. Konsekvensen av foretaksmodellens bedriftsøkonomiske prinsipper er en mindre opplyst offentlighet med stor makt til helsebyråkratiet.

Disse medlemmer viser også til at erfaringene fra sykehussaken i Nordmøre og Romsdal avslørte en kultur hvor styremøter gjerne lukkes når viktige beslutninger i realiteten foretas. Endringene i helseforetaksloven i 2012 lovfestet at styremøtene skal være åpne, samtidig som at styremøtene kan lukkes når en diskuterer en sak som er til forberedelse og ikke er til beslutning i samme møte. Disse medlemmer mener at denne praksisen har vist seg å være uheldig fordi det svekker tilliten til prosessen. Disse medlemmer mener at foretaksmodellen, største svakhet er at beslutninger ikke fattes i åpenhet og at prosessene forut for vedtak oppleves som skinnprosesser.

Disse medlemmer viser til at det i november 2014 i mediene ble oppmerksomhet rundt at det i mars 2013 var 3 700 årsverk i den sentrale helseforvaltningen, altså Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, og at antallet hadde økt til 3 862. Disse medlemmer konstaterer at helsebyråkratiet fortsetter å øke, trass i valgløfter fra Høyre om det motsatte. Tall fra 2012 viste at antall administrativt ansatte i spesialisthelsetjenesten etter helseforetaksreformen i 2002 hadde økt med 27 prosent. Disse medlemmer viser til at anslagene og forklaringen på hvorfor helsebyråkratiet har vokst, varierer. Disse medlemmer merker seg at det er bred enighet om at helsebyråkratiet og konsulentbruken over år har vokst og at det knytter seg svært store kostnader til dette.

Disse medlemmer viser også til svært høye lønninger hos ledelsene i helseforetakene. Adresseavisen meldte i mars 2015 om at 18 av 23 helsetopper tjener mer enn statsministeren. Det er også kjent at sluttavtalene etter sykehusstriden i Nordmøre og Romsdal beløper seg til mange millioner, og at slike avtaler er vanlig også andre steder. Disse medlemmer mener at mangelen på måtehold i lønnspolitikken i helseforetakene bidrar til å styrke behovet for en ledelsesreform.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, er opptatt av at ressurs-

sene i spesialisthelsetjenesten skal brukes effektivt og at det er et mål at den sentrale helseforvaltningen skal reduseres. Flertallet vil påpeke at Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti har vært opptatt av avbyråkratisering og at disse partiene i 2012, gjennom Dokument 8:91 S (2011–2012) ba regjeringen Stoltenberg utarbeide en strategi for avbyråkratisering av spesialisthelsetjenesten. Det kom ingen slik strategi.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet påpeker at regjeringen forenkler og effektiviserer den sentrale helseforvaltningen, og at Helse- og omsorgsdepartementet vil omorganisere den sentrale helseforvaltningen og redusere antall etater fra 15 til 11.

Færre etater gjør at man unngår dobbeltarbeid. Disse medlemmer viser også til regjeringens IKT-satsing og prosjektet én pasient – én journal. I tillegg til disse endringene etableres et nytt direktorat for e-helse i helsesektoren. Helsesektoren har en utfordring knyttet til effektiv bruk av IKT. Det er et stort behov for en sterkere nasjonal styring og en bedre organisering av IKT-feltet. I dag behandles ofte pasienter ved flere helseinstitusjoner, og gode IKT-løsninger er helt nødvendig for å effektivisere.

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

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener at en regionalisert modell for styring av spesialisthelsetjenesten har vist seg å svare godt på de utfordringene vi står overfor i helsesektoren. Norske sykehus har siden innføring av foretaksmodellen i 2002 behandlet langt flere pasienter enn tidligere, gitt kvalitativt bedre pasientbehandling og bidratt til at vi har god fordeling av både økonomiske og faglige ressurser regionene imellom. Ikke minst har det vært mulig å løfte viktige lokale og regionale problemstillinger gjennom en sterk regional aktør, som har kunnet ta overordnede grep for god ressursfordeling. Disse medlemmer mener dette har vært spesielt viktig for å sikre god kvalitet ved lokalsykehusene i regioner med store avstander og spredt befolkning.

Disse medlemmer vil peke på at foretaksmodellen har vært justert og endret en rekke ganger siden innføringen i 2002. Den politiske styringen har



blitt tydeligere underveis. Vi kan per i dag ikke se at en ny stor omorganisering vil gi et bedre sykehus tilbud til befolkningen. Disse medlemmer ser heller ikke at den modellen som skisseres i det foreliggende representantforslag svarer på de utfordringene vi har i spesialisthelsetjenesten. Arbeiderpartiet deler imidlertid forslagsstillernes syn på at det er behov for å styrke rammefinansieringen av sykehusene og mener det er viktig i første omgang å tilbake stille ISF-andelen fra 50 til 40 prosent, som var satsen under Stoltenberg II-regjeringen. Disse medlemmer er også enig i at det er viktig å sikre at styresammensetningen for de regionale helseforetakene har en sterkere regional politisk forankring, men støtter ikke at styremedlemmer skal velges blant fylkestingsmedlemmer.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at regjeringen vil komme med en nasjonal helse- og sykehusplan høsten 2015. Disse medlemmer er positiv til en slik plan, men understreker at det må legges opp til en rulling og oppdatering av planen med jevne mellomrom, for å sikre at denne svarer på de til enhver tid aktuelle utfordringer. Disse medlemmer vil hevde at en nasjonal helse- og sykehusplan ikke kan være et uttømmende styringsverktøy, og noterer seg med en viss undring at regjeringen så langt har vært svært lite konkret om hvordan man egentlig tenker at en nasjonal styringsmodell for sykehusene kan være.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet er også kritiske til at regjeringen har forlatt prinsippet om at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene til de regionale helseforetakene og sykehusene skal oppnevnes blant politikere foreslått av fylkeskommuner, kommuner og Sametinget. Disse medlemmer mener dette svekker den lokale, politiske forankringen i styringen av en så viktig samfunnssektor som sykehusene er, og peker på at en slik forankring er nødvendig for å ivareta sykehusenes legitimitet i befolkningen.

Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet på sitt landsmøte har gått inn for å videreføre en regionalisert spesialisthelsetjeneste i Norge. Disse medlemmer mener en regional modell er god og viser til at helsesektoren hele tiden er i endring og at man derfor kontinuerlig må utnytte det handlingsrom som finnes i styringsmodellen. Arbeiderpartiet vil fortløpende gjennomføre forbedringer i ledelse og organisering av norske sykehus, og sikre en styringsstruktur som ivaretar behovet for lokal forankring, folkevalgt kompetanse, legitimitet lokalt og regionalt, og bred kunnskap om sykehusdrift og samfunnsproblemer på alle nivå. Arbeiderpartiet har ved-

tatt at man ønsker å utrede en deling av det største regionale helseforetaket, Helse Sør-Øst. Handlingsrommet i sykehusmodellen må brukes for å styrke ledelse, fagenes selvstendighet og valgmuligheter for pasientene. Disse medlemmer mener dette er avgjørende for å kunne følge med i den faglige utviklingen i tjenestene og for å sikre den politiske styringen av sektoren. Ledelsen av sykehusene må forsterkes, ved å begrense rapportering og ved å styrke samarbeid i daglig drift mellom toppledelse, faglig ledelse, tillitsvalgte og vernetjeneste. Sykehusene må også gis mer ansvar gjennom styrking av rammefinansieringen.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det i dag er 50 prosent ISF-finansiering av spesialisthelsetjenesten. 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 Norheim-utvalget (NOU 2014: 12) problematiserer innsattsstyrt finansiering og viser til at den kan påvirke prioriteringsbeslutninger.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at et høyt innslag av innsattsstyrt finansiering kan føre til at pasienter prioriteres etter hvor lønnsomme de er, ikke etter hvem som har størst behov. Disse medlemmer viser til at finansieringssystemet med tilhørende diagnosekodesystem har vist seg å fremme kreativ diagnosesetting, og at det har vært flere saker der det er påvist at sykehusene setter uriktige diagnoser på pasienter bare fordi disse utløser mer penger fra staten.

Disse medlemmer mener at effektivitet i pasientbehandling i all hovedsak kan sikres på andre måter enn å lage kunstige økonomiske insentiv for sykehusbehandling, med å sette krav til kvalitet, ventelistegarantier osv. Disse medlemmer mener det ikke bør være vesentlig forskjell på finansiering av sykehus tjenester, og finansiering av andre velferdstjenester som skole, eldreomsorg osv. Disse medlemmer vil også vise til at det var gode erfaringer med en slik overgang til rammefinansiering i Skottland.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er et behov for å endre finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten. Dagens forretningsystem etter regnskapsloven bør avvikles og erstattes av kommunenes og fylkeskommunens budsjett – og

regnskapssystem. Sykehusene bør i all hovedsak rammefinansieres.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen endre finansieringen av spesialisthelsetjenesten slik at sykehusene i all hovedsak rammefinansieres.»

### **Forslag fra mindretall**

#### **Forslag fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:**

##### *Forslag 1*

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 ramme for folkevalgt styring av sykehusene.

##### *Forslag 2*

Stortinget ber regjeringen fremme lovforslag der helseforetaksloven erstattes av en ny helseforvaltningslov med folkevalgt styring av sykehusene.

##### *Forslag 3*

Stortinget ber regjeringen endre finansieringen av spesialisthelsetjenesten slik at sykehusene i all hovedsak rammefinansieres.

### **Forslag fra Senterpartiet:**

##### *Forslag 4*

Stortinget ber regjeringen gjennom en ny helseforvaltningslov opprette om lag 20 sykehusstyrer der flertallet i styret er valgt av og blant fylkestingsmedlemmene.

##### *Forslag 5*

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.

### **Komiteens tilråding**

Komiteen viser til representantforslaget og merknadene og rår Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

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 – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 9. juni 2015

**Kari Kjønås Kjos**

leder

**Kristin Ørmen Johnsen**

ordfører

Vedlegg**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 18. mai 2015****Dokument 8:96 S (2014-2015) - Representantforslag om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene - Stortingsrepresentant Kjersti Toppe, Per Olaf Lundteigen og Janne Sjelmo Nordås**

Jeg viser til brev fra helse- og omsorgskomiteen av 28. april 2015 vedlagt Dokument 8:96 S (2014-2015) Representantforslag om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene.

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

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.

I regjeringens plattform er det slått fast at regjeringen vil fremme en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget for å skape åpenhet og forutsigbarhet i sektoren. Som tidligere varslet til Stortinget (Prop. 1 S Tillegg 1 (2013-2014)) vil nedleggelse av de regionale helseforetakene først kunne skje når den nasjonale helse- og sykehusplanen er utformet, vedtatt og virker.

Regjeringen mener vi har behov for mer politisk styring med hvordan spesialisthelsetjenesten utvikler seg. Nasjonal helse- og sykehusplan vil gi Stortinget større innflytelse på hvordan en samlet spesialisthelsetjeneste skal utvikles i Norge. Helse- og sykehus-

planen vil skissere nasjonale prinsipper for ulike typer sykehus og sykehusstruktur. Den skal utarbeides med utgangspunkt i pasientenes behov, bygge på oppdatert kunnskap og på de strategier og planer som er utviklet i helseforetaksstrukturen.

Når Stortinget har behandlet de overordnede prinsippene for hvordan en samlet spesialisthelsetjeneste skal utvikles, er det helsemyndighetene som skal nedfelle disse prinsippene i faglige kriterier og kvalitetskrav som kan stilles til virksomhetene for fremtiden. Helseforetakene vil også framover ha ansvar for å planlegge og gjennomføre det utviklings- og omstillingsarbeidet som er nødvendig for å imøtekomme de nasjonale prinsippene og faglige kriteriene som blir satt. Regjeringens nasjonale helse- og sykehusplan kommer til å være innrettet slik at denne rollefordelingen respekteres.

Representantforslaget innebærer at staten fortsatt skal ha eierskap til helseforetakene, og dermed at Helse- og omsorgsministeren er konstituasjonelt 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 blant folkevalgte i fylkestinget. Dette 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 krysspenn 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 derfor 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.

Utformingen av en framtidig styringsmodell for spesialisthelsetjenesten skal understøtte målet om å sikre befolkningen likeverdige tjenestetilbud med god kvalitet og effektiv utnyttelse av ressursene som Stortinget stiller til disposisjon. Organisering av eier-

skapet til spesialisthelsetjenesten er ett av flere virkemidler for å sikre mer nasjonal politisk styring av sektoren, og må sees i forhold til øvrige styringstiltak som vil bli lagt fram i nasjonal helse- og sykehusplan. Styringsmodellen må sikre godt samarbeid, god koordinering og ressursutnyttelse mellom sykehus og andre aktører, herunder den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasienter, brukere og andre berørte skal sikres innflytelse på tjenestetilbudet. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om saken på egnet måte etter at nasjonal helse- og sykehusplan er lagt fram.