



STORTINGET

Innst. 384 S

(2018–2019)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:133 S (2018–2019)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om 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

Til Stortinget

Bakgrunn

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen utrede og fremme lovfor-
slag om at helseforetaksloven erstattes av en ny hel-
seforvaltningslov med folkevalgt styring av
sykehusene, 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 sy-
kehusinvesteringer prioriteres av Stortinget i nasjo-
nal helse- og sykehusplan og fullfinansieres over
statsbudsjettet, og der sykehus omfattes av samme
budsjett- og regnskapssystem som kommuner og
fylkeskommuner.»

Det vises til dokumentet for nærmere redegjørelse
for forslaget.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeider-
partiet, Elise Bjørnebekk-Waagen, Stine
Renate Håheim, Tuva Moflag, Tellef Inge

Mørland og Jorid Juliussen Nordmelan, fra
Høyre, Torill Eidsheim, Erlend Larsen,
Sveinung Stensland og Camilla Strandkog,
fra Fremskrittspartiet, Åshild Bruun-
Gundersen og Knut Magne Flølo, fra
Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Sosialis-
tisk Venstreparti, Sheida Sangtarash, fra
Venstre, Carl-Erik Grimstad, og fra Kris-
telig Folkeparti, lederen Geir Jørgen
Bekkevold, viser til forslagene i Dokument 8:133 S
(2018–2019). Helseministeren har uttalt seg om forsla-
gene i brev til komiteen av 22. mai 2019. Brevet følger
som vedlegg til denne innstillingen. Komiteen har i
tillegg anmodet om skriftlige innspill til høringen, og
har mottatt ett innspill.

Komiteen viser til at helseforetakenes formål er å
yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle
som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder,
kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å leg-
ge til rette for forskning og undervisning.

Komiteen viser til at regjeringen Solberg den
2. oktober 2015 oppnevnte et utvalg som skal utrede
hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetje-
nester kan organiseres. Utvalgets mandat var å utrede
alternative modeller for hvordan staten kan organisere
eierskapet til sykehus. Utvalget vurderte også inndelin-
gen i helseregioner samt eierskap til og forvaltning av
bygg.

Komiteen viser til at utvalgets flertall mente at
hovedtrekkene i dagens modell burde beholdes.

Komiteens flertall, medlemmene fra
Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kris-
telig Folkeparti, viser til at Stortinget sluttet seg til
å videreføre dagens styringsmodell i forbindelse med

behandlingen av statsbudsjettet for 2018. Regjeringen la dette til grunn i Meld. St. 6 (2018–2019) Oppgaver til nye regioner, og at det på denne bakgrunn ikke var aktuelt å følge opp forslaget fra Hagen-utvalget om å vurdere organiseringen av sykehusene på nytt. Stortinget sluttet seg til dette da meldingen ble behandlet i Stortinget i desember 2018, jf. Innst. 119 S (2018–2019).

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at utvalget var delt og landet ikke på en entydig tilråding om hvordan staten burde innrette sitt eierskap til sykehusene. Mandatet til Kvinnsland-utvalget er også blitt kritisert for å være for snevert til å utrede flere alternative modeller, og at sammensetningen av utvalget ikke var nøytral. Disse medlemmer viser til at Legeforeningen på denne bakgrunn har tatt til orde for en ny utredning med åpent mandat. Disse medlemmer vil også minne om at halvparten av medlemmene i Kvinnsland-utvalget ville fjerne styrene på helseforetaksnivå. Dette ville medført en enda sterkere maktsentralisering og ytterligere sementering av makt til de fire regionale helseforetakene.

Disse medlemmer mener at Kvinnsland-utredningen ikke kom med løsninger på det som er den største utfordringen med helseforetaksmodellen, nemlig maktkonsentrasjon, udemokratisk styring, stadig lengre beslutningslinjer og svekket pasientnær ledelse. Disse medlemmer mener det også er en svakhet at Kvinnsland-utvalget ikke fikk mandat til å se på alternative finansieringsmodeller eller å vurdere om de markedsøkonomiske prinsippene som helseforetaksmodellen er bygd på, er tjenlig for helsetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, mener at representantforslaget vil føre til svært uklare ansvarsforhold og innebære oppstyking av det politiske ansvaret. Flertallet viser til statsrådets svarbrev hvor det påpekes at modellen skaper et inntrykk av at fylkestinget og fylkespolitikere vil få et direkte ansvar for sykehusdriften, mens de i realiteten må forholde seg til de budsjettene og styringsdokumentene som Stortinget og regjeringen har vedtatt.

Flertallet vil påpeke at dagens modell ble innført for å rette opp i regionale forskjeller i helse, få bedre samordning og prioritering, styrke forskningen og øke kapasiteten. Samtidig var det et mål å gjøre sektoren bedre i stand til å gjennomføre nødvendige investeringer. Resultatet ser vi gjennom en mangedobling i investeringer og forskning, høyere kvalitet, kortere ventetider og flere behandlede pasienter. Forslagsstillerne har ikke troverdige løsninger for å videreutvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med denne utviklingen, og forslaget vil sette oss tilbake til tiden da man manglet oversikt

over sektoren. Dette vil gå ut over pasientene og svekke det faglige nivået i tjenesten.

Flertallet viser til at helseforetaksreformen har gitt bedre sammenheng i sykehustjenestene, bedre samhandling, bedre kontroll over økonomistyringen, flere pasienter får behandling, kortere ventetider og høyere kvalitet. Flertallet viser til at pasientene er mer fornøyd med tilbudet de får nå enn da fylkeskommunene eide sykehusene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at både pasienter og helsepersonell i distriktene opplever effektene av en stram sykehusøkonomi. Det kuttes i psykiatri, i rehabilitering, i akuttmedisin og i fødetilbud. Men disse medlemmer mener den dårlige økonomien skyldes en kronisk underfinansiering fra høyreregjeringen, og ikke helseforetaksmodellen som sådan.

Disse medlemmer har forståelse for frustrasjonen som meldes fra fagfolk i helsetjenesten, en frustrasjon knyttet til målstyringssystemer og markedsmekanismer i helseforetakene. Disse medlemmer har merket seg kritikken om at politikerne skyver helseforetaksstyrene foran seg.

Disse medlemmer er enige i at det måles for mye i tjenesten, og at mange yrkesgrupper bruker for mye tid på rapportering. Disse medlemmer er kritiske til at byråkratiet på toppen har blitt større og at tiliten mellom kommuner og helseforetak er blitt svekket. Disse medlemmer viser til at oppfølgingen av samhandlingsreformen fikk knusende kritikk fra Riksrevisjonen i 2016, jf. Dokument 3:5 (2015–2016). For mange pasienter er blitt kasteballer mellom spesialist- og primærhelsetjenester. I tillegg utdannes det ikke nok folk innenfor en del yrkesgrupper. Særlig mangel er det på helsefagarbeidere, sykepleiere, enkelte legespesialister og legegeneralister som kunne jobbet i distriktene. Disse medlemmer mener det er et politisk ansvar å finne løsninger på disse utfordringene.

Disse medlemmer viser til at denne regjeringen istedenfor har bidratt til en høyredreining i helseforetakene. Derfor ønsker disse medlemmer å avvikle ordningen med nøytral merverdiavgift i helseforetakene, som bidrar til outsourcing av tjenester. Derfor mener disse medlemmer at innsattsstyrt finansiering bør reduseres, særlig innenfor fødetilbudet, psykiatri og rusfeltet. Derfor mener disse medlemmer at styrene i helseforetakene må ha politisk kompetanse og kompetanse fra primærhelsetjenesten. Derfor er disse medlemmer mot høyreregjeringens privatiseringsreform «Fritt behandlingsvalg», som bidrar til å bygge opp en kommersiell helsesektor på bekostning av de offentlige sykehusene. Derfor vil disse medlemmer etablere en hovedregel om at alle norske sykehus skal ha

stedlig ledelse: en plassjef som har vide fullmakter til å lede sitt ansvarsområde.

Disse medlemmer mener at dagens utfordringer i helseforetakene kan løses med politisk vilje, god styring av sykehusene og ikke minst en sterkere sykehusøkonomi. Ansatte i foretakene har over mange år vist stor vilje og evne til omstilling. Disse medlemmer mener at nye store omstillingsprosesser i helsesektoren ikke er en god idé.

Derfor mener disse medlemmer fortsatt at statlig eierskap av sykehusene, basert på sterk regional styring, er en god modell, fordi man bør unngå en sentralisering av makten ett sted. Det er mulig i dag for en statsråd å gripe inn i helseforetakene når «vesentlige samfunnsmessige behov» er påvirket, og disse medlemmer mener at statsråden og Stortinget slik har en mulighet til å utøve folkevalgt styring av helseforetakene. Samtidig anerkjenner disse medlemmer at et system som har eksistert i 17 år, bør utvikles i takt med tiden. Foretaksmodellen har behov for en tydeligere politisk styring og strukturer som fremmer samarbeid med kommunene. I utviklingen av modellen må man lytte til landets lokalpolitikere, til tillitsvalgte i helsetjenesten og til pasient- og brukerorganisasjonene.

Derfor mener disse medlemmer det er behov for å gjennomgå utformingen av RHF-ene og lønnsnivået i toppsjiktet i foretakene. Derfor mener disse medlemmer at det bør satses på teknisk støttepersonell for helsearbeidere, i tillegg til at det gjøres nødvendige investeringer i IKT. Disse medlemmer mener det bør utredes måter å sikre demokratisk legitimitet for styrer i helseforetakenes, og de regionale helseforetakenes, opptaksområde på. Disse medlemmer mener også at investeringer i mindre grad burde gå ut over driften i foretakene, og viser til at Arbeiderpartiet i sitt alternative budsjett ønsket å øke låneandelen i sykehusene for store investeringer.

Disse medlemmer mener forslaget om å fjerne dagens ordning med et statlig eierskap av sykehusene, basert på sterk regional styring, ikke er til det beste for spesialisthelsetjenesten. Det vil svekke Stortingets rolle i styringen av vår felles helsetjeneste, og det kan potensielt bidra til å skape større geografisk ulikhet i helsetjenesten. Disse medlemmer merker seg at forslagsstillernes løsning innebærer en dobling i antallet styrer i helseforetakene, og mener bestemt at sykehusene ikke har behov for et ytterligere lag med styreplasser.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil bemerke at Senterpartiets forslag til ny organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten ikke innebærer endring av at spesialisthelsetjenesten skal eies av staten. Det er nettopp ved å ta makt fra de regionale helseforetakene at Stortingets ansvar vil styrkes gjennom en styrende nasjonal helse- og sykehusplan som folkevalgte

på Stortinget må stå til ansvar for. I tillegg vil politisk styring på regionalt nivå gjøre at den folkevalgte styringen av sykehussektoren styrkes ytterligere i en forvaltningsmodell, som Senterpartiet foreslår. Dette medlem vil presisere at Senterpartiets forslag ikke innebærer en dobling av antall helseforetaksstyrer, da styrene i de regionale helseforetakene skal avvikles. Dette medlem mener også det er stor forskjell på et styremedlem som er aktivt folkevalgt i et sykehusstyre der folkevalgte har flertall, og et styremedlem oppnevnt politisk slik det er i dagens system, der styremedlemmer ikke trenger å stå til ansvar for folket i valg. Det er godt kjent at RHF-ledelsen i dagens system legger stor vekt på å disiplinere foretaksstyrene, og at kravet til lojalitet går oppover og de overordnede styringssignalene er sterke. Dette medlem mener det er viktig å styrke den lokale ledelsen ved hvert sykehus og samarbeidet med kommunehelsetjenesten og kommuneledelse i kommuner i opptaksområde. Dette i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener forslaget om ny finansieringsmodell, kombinert med forslaget om ny sykehusstyring, potensielt kan lede til færre investeringer i helseforetakene, og viser til at fylkeskommunenes investeringer i sykehus på 90-tallet utgjorde omtrent 3 mrd. kroner årlig, og at i 2019 er sykehusenes investeringsbudsjetter på ca. 13 mrd. kroner. Fremover vil det være stort behov for nye sykehusbygg, ny teknisk infrastruktur og investeringer i medisinsk utstyr. En omlegging av finansieringsmodellen bør legge til rette for faglig gode investeringer, noe forslaget ikke synes å gjøre.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at de totale sykehusbudsjettene er økt siden 2000-tallet, og at det økte investeringsbudsjettet selvsagt ikke kan relateres til helseforetaksmodellen alene. Disse medlemmer vil presisere at foretakenes økonomistyring og -rapportering siden innføring av foretaksmodellen i 2002 har vært basert på regnskapsloven fra privat sektor, som er utviklet for lønnsomhetsstyring i forretningsvirksomhet. Dette skiller seg fra budsjett og regnskapssystem brukt i kommunal og fylkeskommunal sektor. Det er etter disse medlemmers syn ingen reelle argumenter for at det å likestille investeringer i sykehus med investeringer som skjer i helsetjenesten ellers, og med investeringer som skjer i kommuner og fylkeskommuner, skal svekke grad av investering i offentlig eide sykehus. Disse medlemmer mener at dagens måte å finansiere investeringer i sykehus på, der det må kuttes i drift for å få råd til egenkapital, ikke lenger kan forsvares. Disse medlemmer mener også at det er feil at investeringer og drift av offentlige

sykehus må skje etter modell for lønnsomhetsstyring i forretningsvirksomhet.

Disse medlemmer viser til at misnøyen med at sykehus blir drevet etter forretningsmessig modell er stor. Kombinasjon av lønnsomhetsregnskap, foretaksorganisering med styrer etter modell fra aksjeselskaper og høy grad av stykkprisfinansiering har svekket overordnet politisk styring og stimulert til økt konkurranse mellom sykehus i stedet for samarbeid. Helseforetaksmodellen har også virket 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. Møtene mellom de fire direktørene i de regionale helseforetakene (AD-møter) er eksempel på at den uheldige maktkonsentrasjonen bare får utvikle seg. Det er i dag ikke mulig å vite hvilke beslutninger som i prinsippet tas i disse møtene.

Disse medlemmer vil understreke at sykehus-tjenester er en sentral del av velferdsstatens tilbud og et offentlig ansvar. På den bakgrunn mener disse medlemmer at sykehussektoren må være demokratisk forankret, og at viktige endringer i sykehusstilbudet må behandles i Stortinget.

Disse medlemmer viser til at helseforetaksmodellen ble innført gjennom lov om helseforetak. Loven ble vedtatt av Høyre, Fremskrittspartiet og Arbeiderpartiet i 2001 og iverksatt i 2002. Disse medlemmer merker seg at hovedgrepet i reformen fra 2002 var å utvikle regional folkevalgt styring og erstatte den med styring etter mønster fra næringslivet. Disse medlemmer viser til at helseforetaksmodellen har vært omstridt siden den ble innført, og at den er omstridt den dag i dag.

Disse medlemmer merker seg at Helse- og omsorgsdepartementets styring av de regionale helseforetakene skjer gjennom de årlige oppdragsdokumentene og budsjettene, gjennom foretaksmøter og ved sammensetning av styrer, og gjennom vedtak truffet med hjemmel i lov eller forskrift. Disse medlemmer registrerer at foretaksmøtene mellom helseministeren og de regionale helseforetakene skjer bak lukkede dører.

Disse medlemmer viser til at dagens statsminister (daværende stortingsrepresentant) i valgkampen 2013 lovet å legge ned de regionale helseforetakene, og uttalte følgende:

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

Disse medlemmer viser til at dagens helseminister (daværende stortingsrepresentant) ved samme anledning uttalte følgende:

«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 deler kritikken som ble rettet mot foretaksmodellen i 2013, og konstaterer at det ikke er gjort vesentlige endringer i modellen seks år etter at kritikken ble fremmet. Tvert imot har helseministeren gitt de regionale helseforetakene økt makt og nye oppgaver – blant annet knyttet til prioriteringsbeslutningene som er lagt til Beslutningsforum for nye metoder.

Disse medlemmer registrerer at helseministeren i 2015 la frem Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019, og konstaterer at dette var et helt annet dokument enn det som ble lovet i valgkampen. Disse medlemmer registrerer at planen ikke fulgte løftet om å «definere oppgavene til hvert enkelt sykehus, ut fra et nasjonalt hensyn», men tvert imot overlot til de regionale helseforetakene å lage utviklingsplaner for sykehusene.

Disse medlemmer viser til at regjeringen satte ned et utvalg som skulle utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres (Kvinnsland-utvalget). Disse medlemmer registrerer at utvalget i hovedsak har konsentrert seg om hvorvidt de regionale helseforetakene skulle erstattes av et nasjonalt helseforetak, et eget sykehusdirektorat eller ved å tilføre nye oppgaver til Helse- og omsorgsdepartementet. Disse medlemmer registrerer at mandatet til utvalget fastslo at det fremdeles skulle være foretaksorganisering av sykehussektoren. Dermed har ikke utvalget tatt stilling til helseforetaksmodellen som sådan – bare ett enkelt aspekt ved modellen. Ettersom modellen i sin helhet ikke er vurdert, er det følgelig ikke riktig at utvalget har konkludert med at flesteparten av trekene ved dagens modell kan beholdes.

Disse medlemmer viser til at det i flere helseforetak pågår prosesser som har svært lav tillit både blant fagfolk og i befolkningen. Det gjelder Oslo universitetssykehus som har vedtatt å legge ned Ullevål sykehus, det gjelder Helse Møre og Romsdal som har vedtatt å legge ned fødeavdelingen i Kristiansund, og det gjelder Helgelandssykehuset HF som planlegger en sykehusstruktur på Helgeland.

Disse medlemmer merker seg at representanter for flere av regjeringspartiene fra Stortingets talerstol har ytret seg sterkt kritisk til nedleggelsesplanene både til Ullevål i behandlingen av Dokument 8:8 S (2018–2019), jf. Innst. 247 S 1819, og til nedleggelsesplanene i

Kristiansund i behandlingen av Dokument 8:79 S (2018–2019), jf. Innst. 264 S (2018–2019). Disse medlemmer registrerer at de samme representantene likevel ikke stemte i tråd med den overbevisningen de ga uttrykk for fra talerstolen, med henvisninger til at dette er beslutninger som ligger til helseforetakene. Regjeringspartienes sterke engasjement i de nevnte sykehussakene understreker at de aktuelle sykehusprosessene er av stor politisk betydning. Samtidig observerer disse medlemmer at det finnes en sterk motvilje mot å fatte politiske vedtak i disse sakene, og mener dette understreker at sykehusene er unntatt reell politisk styring.

Disse medlemmer konstaterer på den bakgrunnen at dagens helseminister og statsminister har brutt valgløftene fra 2013, og at de ikke har lyktes å gi en økt demokratisk forankring av sykehussektoren. Disse medlemmer anser samtidig at behovet for demokratisk forankring av sykehusene er større enn noensinne.

Disse medlemmer viser til at det er svært store utfordringer i organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Ansatte rapporterer om at generelle krav om innsparing gjennom ABE-reformen og krav om å gå med overskudd for å sikre investering i nye bygg, går ut over kvalitet og grunnbemanning. Samtidig har antall ledelsesledd i helseforetakene økt, og administrasjonen i de regionale helseforetakene vokser. Disse medlemmer viser til at dagens helseforetaksmodell har en rekke forbedringspunkter, der det viktigste er å ta sykehusene tilbake under folkevalgt styring og sikre at det er politikere som stilles til ansvar for utviklingen i sykehusene. Slik modellen er blitt nå, er det en modell for ansvarsfraskrivelse der politisk ledelse peker på direktørene for helseforetakene, og direktørene peker på resultatkrav fra staten.

Disse medlemmer viser til at da helseforetaksmodellen ble innført i 2001, var det uten grundig utredning. En ny omlegging av organiseringen av sykehusene må gjøres slik at det sikrer forankring og en reell endring i muligheten for politisk styring. Disse medlemmer merker seg at i tillegg til endring av styringsstrukturen må også de ansatte fagpersonene i sykehusene tillegges større mulighet for deltagelse og medbestemmelse. Dette innebærer at sykehusavdelingene i hovedsak må rammefinansieres, grunnbemanningen må økes og sykehusene må i mindre grad være avhengige av eksterne vikarbyråer for å fylle stillinger.

Disse medlemmer mener at en omlegging av styringsmodellen er nødvendig for at helsepersonell kan bruke mest mulig av tiden sin på direkte pasientbehandling, og at det må sikres økt bruk av teknisk støttepersonell i sykehusene for å oppnå dette. Disse medlemmer viser til behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan, der det ble fremmet forslag om at alle sykehus skulle ha stedlig ledelse, hvor den stedlige lederen skulle ha både fagansvar, økonomiansvar og persona-

lansvar. Disse medlemmer registrerer at forslaget ikke ble støttet av Arbeiderpartiet eller regjeringspartiene. Disse medlemmene viser til at helseforetaksmodellen har medført sentralisering og privatisering, økt målstyring, byråkrati og svekket tillit mellom kommuner og helseforetak. Disse medlemmer viser til privatiseringsreformen fritt behandlingsvalg og innføring av nøytral merverdiavgift i helseforetakene, som er reformer som ytterligere stimulerer til slik konkurranseutsetting og privatisering av tjenester. Disse medlemmer vil fremheve at Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ikke støtter noen av disse reformene. Disse partiene vil styrke økonomien til offentlige sykehus og bedre dens mulighet til investeringer ved å innføre en ny finansieringsmodell der man skiller drift og investering. Disse medlemmer vil presisere at mere penger til sykehusene ikke løser hovedutfordringen med at helseforetaksmodellen er udemokratisk og baserer seg på prinsipper for markedsretting av vår felles, offentlige helsetjeneste. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede og fremme lovforslag om at helseforetaksloven erstattes av en ny helseforvaltningslov, der det utredes hvordan fylkene kan overta drift av sykehusene, innføre folkevalgt styring, stedlig og praksisnær ledelse og medbestemmelse for de ansatte.»

Disse medlemmer viser til helseforetakslovens bestemmelse om at helseforetakene må følge regnskapsloven. Disse medlemmer registrerer at dette betyr at foretakene må finansiere nødvendige investeringer gjennom overskudd på driftsbudsjettet. Når investeringen er gjennomført, må helseforetakene dekke vesentlig større beløp i avskrivninger og rentekostnader. Disse medlemmer merker seg at konsekvensen i mange tilfeller er at helseforetak må kutte i pasienttilbudet i forkant av at de skal gjøre større investeringer i nye bygninger. Disse medlemmer konstaterer at dette nå kommer til uttrykk i Helse Møre og Romsdal, hvor helseforetaket planlegger kutt i fødetilbudet, kutt i et distriktspsykiatrisk senter, kutt i rehabiliteringstilbudet og kutt i liggetid, for å nevne noe.

Disse medlemmer viser til at Legeforeningens foretakstillitsvalgte ved Akershus universitetssykehus HF (Ahus), Vestre Viken HF og Sykehuset Østfold HF har advart mot at finansieringsmodellen fører til at nye sykehusbygg systematisk er underdimensjonert fra den dagen de åpner (Dagens Medisin, 2. desember 2016):

«Den direkte koblingen mellom drift og investering legger et utilbørlig press på investeringsrammene. Driftsøkonomiske utfordringer medfører at helseforetakene ikke makter å fremskaffe tilstrekkelige investeringsmidler.»

De tillitsvalgte påpeker at kostnadsrammen for Ahus ble redusert med to mrd. kroner under planleggingsperioden, og at akuttmottaket måtte bygges om raskt etter åpning på grunn av trange forhold. Byggekostnadene for det nye sykehuset i Østfold ble redusert med en halv milliard kroner underveis i prosessen, hvorpå man etter åpningen av sykehuset avdekket for trange forhold i akuttmottaket. Det nye sykehuset som planlegges i Drammen, er planlagt med samme beleggsprosent som i Østfold og Akershus. Disse medlemmer deler bekymringene fra de tillitsvalgte, og frykter at dagens finansieringsmodell vil føre til at flere sykehus bygges for smått i fremtiden.

Disse medlemmer minner om at dagens statsminister lovet at Nasjonal helse- og sykehusplan skulle være for helsetjenesten det Nasjonal transportplan er for samferdselssektoren. Disse medlemmer viser til Sunnvolden-plattformen, som fastslo at Nasjonal helse- og sykehusplan skulle inneholde en investeringsplan. Disse medlemmer registrerer at Nasjonal helse- og sykehusplan – på tross av løftene i valgkampen 2013 og regjeringsplattformen fra samme år – ikke har gitt Stortinget anledning til å prioritere store investeringer i sykehussektoren.

På denne bakgrunnen fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«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 regnskapssystem som kommuner og fylkeskommuner.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen utrede og fremme lovforslag om at helseforetaksloven erstattes av en ny helseforvaltningslov, der det utredes hvordan fylkene kan overta drift av sykehusene, innføre folkevalgt styring, stedlig og praksisnær ledelse og medbestemmelse for de ansatte.

Forslag 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 regnskapssystem som kommuner og fylkeskommuner.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og råder Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

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 – vedtas ikke.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 4. juni 2019

Geir Jørgen Bekkevold

leder

Sveinung Stensland

ordfører

Vedlegg**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 22. mai 2019****Dokument 8:133 S (2018-2019) - Representantforslag om å avvikle helseforetaksmodellen og ta sykehusene tilbake til folkevalgt styring og offentlig forvaltning**

Jeg viser til brev fra Helse- og omsorgskomiteen datert 2. mai 2019 vedlagt 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.

Stortingsrepresentantene fremmer følgende forslag:

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 regnskapssystem som kommuner og fylkeskommuner.

Organiseringen av spesialisthelsetjenesten ble utre- det i NOU 2016: 25 (Kvinnsland-utvalget). Flertallets innstilling og høringen viste stor tilslutning til å videre- føre en regionalisert styringsmodell med utgangspunkt i dagens fire helseregioner. Regjeringen la fram sin vur- dering av framtidig organisering og styring av spesialist- helsetjenesten i forbindelse med Prop.1 S (2017-2018) for Helse- og omsorgsdepartementet, med utgangs- punkt i Kvinnsland-utvalgets innstilling. Stortinget sluttet seg til å videreføre dagens styringsmodell i for- bindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2018. Regjeringen la dette til grunn i Meld. St. 6 (2018-2019) Oppgaver til nye regioner, og at det på denne bakgrunn ikke var aktuelt å følge opp forslaget fra Hagen-utvalget om å vurdere organiseringen av sykehusene på nytt. Stortinget sluttet seg til dette da meldingen ble behand- let i Stortinget i desember 2018, jf. Innst. 119 S (2018- 2019).

Representantforslaget innebærer at staten fortsatt skal ha eierskap til helseforetakene og dermed at Helse- ministeren er konstitusjonelt ansvarlig for tjenesten overfor Stortinget. Det må da legges til grunn at helsepoli- tikken forankres i Stortinget og utøves av regjeringen. Helseministerens redskap for å gjennomføre helsepoli-

tikken vil være styrene i helseforetakene. I følge forsla- get skal flertallet av disse velges av og blant folkevalgte medlemmer i fylkestingene. I tillegg foreslås det at syke- husene skal ha eget virksomhetsstyre, der også folke- valgte i kommunestyrene og kommunehelsetjenesten skal være representert.

Jeg viser til mitt svar til Helse- og omsorgskomiteen datert 15. mai 2017 vedr. Dokument 8:140 S (2016-2017) Representantforslag om oppfølging av Kvinnsland-ut- valgets rapport og erstatte helseforetaksloven med en helseforvaltningslov og innføre folkevalgt styring og stedlig ledelse av norske sykehus og tidligere svar til Hel- se- og omsorgskomiteen datert 18. mai 2015 vedr. Do- kument 8:96 S (2014-2015) Representantforslag om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene.

Jeg mener fortsatt at forslaget vil føre til svært uklare ansvarsforhold og innebære pulverisering av det politis- ke 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 å vedta og å gjennomføre den politikken som Stortinget og re- gjeringen ønsker å få gjennomført. Helseministeren vil i tilfeller der styrene ikke gjennomfører vedtatt politikk i ytterste konsekvens bytte ut styrene. Etter denne mo- dellens vil en da være avhengig av å velge nye medlem- mer fra samme fylkesting og statsråden kan da risikere fortsatt å ha styrer som ikke gjennomfører den politik- ken som Stortinget og regjeringen har vedtatt. Modellen skaper et inntrykk av at fylkestinget og fylkespolitikkerne har et direkte ansvar for sykehusdriften, mens de i reali- teten må forholde seg til de budsjettene og styringsdo- kumentene som Stortinget og regjeringen har vedtatt. Dette vil også undergrave deres rolle som folkevalgte.

Jeg vil fortsatt sterkt advare mot forslaget som både undergraver Stortingets rolle som det folkevalgte nivået med ansvar for spesialisthelsetjenesten, Helsemi- nisterens konstitusjonelle ansvar overfor Stortinget, og fylkestingsmedlemmenes rolle som folkevalgte på det regionale nivået. Modellen skaper uklare ansvarsfor- hold og åpner for den type politisk spill som dagens sty- ringsmodell for spesialisthelsetjenesten hadde som hensikt å rydde opp i.

De politiske rammene for den videre utviklingen er lagt gjennom nasjonal helse- og sykehusplan og Stortin- gets behandling av denne. Regjeringen vil legge fram en ny nasjonal helse- og sykehusplan hvert fjerde år og slik

fortsette arbeidet med å sikre nasjonal og folkevalgt styring av spesialisthelsetjenesten.

Representantene ber videre 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 regnskapssystem som kommuner og fylkeskommuner.

I forbindelse med helseforetaksreformen ble det fremhevet at ett av flere viktige mål med reformen var å legge til rette for en bedre ivaretagelse av de verdier som ligger i investert kapital, samt å sikre en bedre ressursbruk ved at foretakene fikk ansvar for å se både drifts- og kapitalressursene i sammenheng. Det ble i den forbindelse besluttet at foretakene skulle bli underlagt bestemmelser i regnskapsloven. Regnskapsloven gir tekniske krav til hvordan et regnskap skal føres, og bidrar til å synliggjøre alle kostnader ved å yte spesialisthelsetjenester, også slitasje og elde som følge av bruk av bygg og utstyr. Bruk av regnskapslovens bestemmelser gir god oversikt over bruk av ressurser, og gir et grunnlag for god styring.

Kommunene og fylkeskommunene fører sine regnskaper etter anordningsprinsippet. Dette innebærer at regnskapene er finansielt orientert, og bygger på noe andre regnskapsprinsipper enn regnskapsloven. Det sentrale resultatbegrepet for kommuner og fylkeskommuner (netto driftsresultat) er forskjellig fra resultatbegrepet etter regnskapsloven (årsresultat). Hovedforskjellen er at netto driftsresultat er belastet med avdrag på lån i stedet for avskrivninger, og at netto driftsresultat ikke omfatter gevinst og tap ved avhending av eiendeler (anleggsmidler).

I NOU 2016: 25 (Kvinnsland-utvalget) oppsummeres erfaringene med helseforetaksmodellen med at intensjonen om mer bevissthet om innsatsfaktoren kapital er oppnådd på den måten at investeringene finansieres av de regionale helseforetakene selv og inngår i en helhetlig prioritering. Lavere vekst i kostnader enn i bevilgninger og bedre økonomistyring har skapt rom for å øke investeringene de siste årene, og investeringsnivået er klart høyere enn på 1990-tallet.

Jeg mener at bruk av regnskapslovens bestemmelser har gitt et viktig bidrag til god og effektiv bruk av kapital i helseforetakene og til en god oversikt over, og styring med, helseforetakenes økonomi. Det har ikke vært aktuelt for regjeringen å vurdere å føre regnskap etter andre prinsipper, selv om dette vil kunne være mulig.

De fire regionale helseforetakene har ansvar for å gi god pasientbehandling til alle innbyggerne i sin helseregion. Det utarbeides regionale og lokale utviklingsplaner for å videreutvikle pasientens helsetjeneste, dette skjer bl.a. på grunnlag av framskrivninger av behov for kapasitet og bemanning. Dette danner grunnlaget for

ulike tiltak for utvikling av fag, tjenestetilbud, bygninger utstyr og IKT. Utvikling av helsetjenesten forutsetter at man ser utvikling av drift og investeringer i sammenheng.

Representantene foreslår å skille finansiering av store investeringer fra finansiering av arbeidskraft og medikamenter. Dagens finansieringsmodell understøtter helseforetakenes ansvar for å se både drifts- og kapitalressursene i sammenheng. Det er lagt inn midler i basisrammen til å dekke investeringskostnaden (avskrivninger). Samlede avskrivningskostnader for sykehusene utgjør om lag 7 mrd. kroner. Avskrivninger er en ikke-betalbar kostnad. Likviditeten knyttet til disse midlene benyttes til egenkapital til større investeringer, mindre investeringer i bygg, utstyr og IKT og nedbetaling av tidligere låneopptak. For større investeringer gis det i tillegg lånerammer som vedtas av Stortinget.

Gjennom midler i basisrammen og statlige lånerammer har sykehusene i dag frihet til å prioritere investeringer. Denne finansieringsmodellen har gitt resultater. Fylkeskommunenes investeringer i sykehus på 90-tallet utgjorde gjennomsnittlig 3 mrd. kroner årlig. Helseforetakene har siden 2002 investert for om lag 7,5 mrd. kroner årlig. I år utgjør sykehusenes investeringsbudsjetter ca. 13 mrd. kroner og nivået er økende. Investeringer prioriteres, og er ikke en utgift på bekostning av pasientbehandlingen, men er en nødvendig utgift som forutsetning for god pasientbehandling.

Forslaget om at store investeringer skal prioriteres og fullfinansieres av Stortinget vil medføre at hele eller deler av midlene som i dag ligger inne til avskrivninger trekkes ut av helseforetakenes basisrammer. Størrelsen på uttrekket vil avhenge av hvor en setter grensen for hvilke investeringer som skal fullfinansieres over statsbudsjettet. Jeg vil vise til at det verken blir mer eller bedre fordeling av ressurser til lønn, medisiner, utstyr og bygg om en viktig innsatsfaktor skilles ut og besluttes av Stortinget. På samme måte som det er et sykehus sitt ansvar å ha det riktig sammensatte operasjonsteamet og riktig antall helsearbeidere på jobb, må det også være sykehusenes ansvar å ha nødvendige utstyr og oppdaterte sykehusbygg. En omlegging som foreslått vil også medføre en betydelig overgangsproblematikk, som følge av at flere sykehus har gjennomført store investeringer, med tilhørende lån, mens andre sykehus står foran store kommende investeringer.

Jeg vil for øvrig vise til at regjeringen i tråd med Granavollplattformen har endret lånebetingelsene til helseforetakene ved å åpne for at avdragstiden økes fra 25 til 35 år. Avdragstiden kan likevel ikke være lengre enn levetiden for investeringen. Endringen vil gjelde for alle prosjekter som ikke er ferdigstilt. I tillegg åpnes det for at helseforetakene kan velge mellom serielån og annuitetslån. Endringene vil kunne lette den likviditetsmessi-

ge belastningen for helseforetakene de første årene etter at prosjektene er ferdigstilt.

Ressurser til sykehus er et prioriteringsspørsmål som vedtas av Stortinget. Den kommende helse- og sykehusplanen vil derfor på lik linje med den forrige planen gi en helhetlig beskrivelse av sykehusenes investeringsplaner. En slik helhetlig beskrivelse vil gi Stortinget informasjon om hvilke planer som foreligger i de regionale helseforetakene, og når Stortinget kan forvente at spørsmål om lånebevilgninger til prosjektene vil komme til behandling.

