



STORTINGET

Representantforslag 128 S

(2024–2025)

frå stortingsrepresentantane Kjersti Toppe og Siv Mossleth

Dokument 8:128 S (2024–2025)

Representantforslag frå stortingsrepresentantane Kjersti Toppe og Siv Mossleth om å greie ut alternativ til helseføretaksmodellen

Til Stortinget

Bakgrunn

Lov om helseføretak blei vedtatt i 2001 og tredde i kraft 1. januar 2002, etter forslag frå regjeringa Stoltenberg I. Dette innebar at ansvaret for spesialisthelsetenesta blei overført frå fylkeskommunen til staten. Med lova gjekk ein vekk frå den tidlegare forvaltningsmodellen, og det blei etablert ein ny styringsmodell der spesialisthelsetenesta blei organisert i sjølvstendige økonomiske og juridiske einingar kalla helseføretak og regionale helseføretak. Føretaka er eigne rettssubjekt og dermed ikkje ein integrert del av den statlege forvaltninga. Spesialisthelsetenesta blir i dag styrt gjennom fire regionale helseføretak (RHF) og 20 helseføretak (HF) som driv pasientbehandling. Målet med helseføretaksreforma var å skape ein styringsmodell kor ein politisk klargjorde overordna styring, mens dei faglege og driftsmessige oppgåvene skulle løysast av dei regionale helseføretaka. Statsråden skulle styre helseføretaka etter tre hovudlinjer – gjennom dei årlege oppdragsdokumenta og budsjetta, gjennom føretaksmøte og ved samansetning av styre for RHF, og gjennom vedtak gjorde med heimel i lov eller forskrift.

Med helseføretaksmodellen blei Noregs offentlege, skattefinansierte spesialisthelseteneste for fyrste gong organisert og driven ut frå marknadsøkonomiske prin-

sipp. Føretaka si hovudfinansiering kjem frå to kjelder, rammeløyving og innsatsstyrt finansiering. Føretaka si økonomistyring og rapportering har sidan starten i 2002 vore basert på rekneskapslova etter modell frå privat sektor, som er utvikla for lønsemdstyring i forretningsverksemd.

Innføring av helseføretak og forretningsorganisering førte til fleire systemendringar:

- felles system for budsjett og langtidsbudsjett/økonomiplan forsvann,
- systemet med fylkesvise helseplanar blei borte og blei ikkje erstatta av eit tilsvarande felles plansystem for dei regionale helseføretaka og helseføretaka,
- samordning og samspel mellom primær- og spesialisthelsetenesta gjennom kommunen og fylkeskommunen sine helseplanar og anna lokalt og regionalt planarbeid blei også borte.

Endringane har etter forslagsstillarane si vurdering gjort samordning og samarbeid om pasienttilbod mellom helsenivåa vanskelegare. Det er det mange døme på. Det primære i reforma frå 2002 var å overføre avgjerdsmyndigheit frå ansvarleg folkevalt organ som måtte vurdere helsetenestene ut frå befolkninga sitt behov og i eit samfunnmessig perspektiv. I staden overtok styre oppnemnde av departementet for regionalt helseføretak. Desse skal styre ut frå mål og krav frå Helse- og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokumentet og bedriftsøkonomisk styring ut frå det enkelte føretaket sine interesser.

Over tid har ein sett at denne modellen for styring av spesialisthelsetenesta har ført til at viktige, nasjonale avgjerder om organisering, lokalisering og prioriterin-

gar blir fatta utan at det er tilstrekkeleg openheit, debatt og demokratisk kontroll over vedtaka. Modellen har svekt overordna politisk styring og stimulert til auka konkurranse mellom sjukehus i staden for samarbeid. Den har også ført til ei meir oppstykkta helseteneste, med større utfordringar når det gjeld samarbeid om pasientane med kommunane. Ein annan kritikk er at helseføretaksmodellen verkar sentraliserande og byråkratiserande, og har ført til ein stor auke i leiarnivå ved norske sjukehus samtidig som det ikkje blir lagt til rette for stadleg leiing.

Forslagsstillarane erfarer at vesentlege endringar i sjukehusstilbod ofte manglar demokratisk legitimitet. Helseministeren kan sjølv velje når han/ho vil gripe inn, eller berre vise til helseføretaka sitt sørge-for-ansvar når det passar. Stortinget blir involvert i vesentlege investeringar og endringar i sjukehusstilbod først langt ute i prosessane, som til dømes ved låneløyvng i statsbudsjettet, og då er det i praksis for seint å gjere endringar.

Forslagsstillarane viser til at Senterpartiet er uenig i denne marknadsrettinga av helsevesenet, og har i Stortinget fremma fleire forslag om å ta sjukehusa tilbake til folkevald styring og offentleg forvaltning, for slik å sikre ei effektiv og demokratisk leia spesialisthelseteneste med tillit i befolkninga, jf. Dokument 8:133 S (2018–2019), Innst. 384 S (2018–2019) og Dokument 8:96 S (2014–2015), Innst. 377 S (2014–2015).

Helseføretaksmodellen har vore evaluert ei rekke gonger. Det har dei siste åra vore to offentlege utval som har greidd ut spesialisthelsetenesta, NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? og NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse. Ingen av desse fekk som mandat å greie ut reelle alternativ til helseføretaksmodellen.

Forslagsstillarane meiner at helseføretaksmodellen må avviklast og erstattast med ein forvaltningsmodell for demokratisk leiing av norske sjukehus, og meir samhandling om pasientar med kommunane. For å starte dette arbeidet må ein ny modell greiast ut snarast av eit offentleg utval, med klart mandat og kort frist.

Forslag

På denne bakgrunnen blir det fremma følgande

f o r s l a g :

Stortinget ber regjeringa straks, og innan juni 2025, sette ned eit breitt samansett offentleg utval med klart mandat om å utarbeide forslag til alternativ til helseføretaksmodellen.

6. mars 2025

Kjersti Toppe

Siv Mossleth