

Forord

Helsepolitikk er viktig for hele befolkningen. Dette handler om trygghet i sin videste forstand. Forventningene til styresmaktene, er at våre helsetjenester skal dekke våre behov og gi oss helsehjelp når vi trenger det. Hvordan prioriteringer i helsetjenester gjøres har stor betydning for utvikling av lokalsamfunn enten man bor i store byer, eller ute i distriktene. Tillitt til at storsamfunnet ivaretar sitt ansvar er helt vesentlig, og i dette ligger det en forventning om at man skal få lik tilgang på helsetjenester, og at økonomiske ressurser blir rettferdig fordelt. Befolkningen forventer også at de skal ha innflytelse på helsetjenester gjennom politiske kanaler, slik de har på andre viktige velferdsområder som krever offentlige løsninger av god kvalitet.

Sykehuspolitikk har i særdeleshet vært gjenstand for et folkelig og politisk engasjement. Hvordan vi har styrt spesialisthelsetjenesten ved å ta disse ut av forvaltningen, og organisere disse som foretak har blitt mye debattert og problematisert siden innføringen i 2001/02. Mye av kritikken mot styringsmodellen har vært at den har flyttet ansvar og prioriteringer fra det politiske nivået, og gitt stor makt til styrer og helsebyråkrater. I styrene har det vært mer eller mindre politisk representasjon opp gjennom årene, uten at dette tilsynelatende har gitt effekt i form av mer politisk innflytelse. De som leder sykehusene har i mindre grad helsefaglig bakgrunn, og i større grad økonomisk utdanning. Dette gjenspeiles både i prioriteringer og hovedfokus, og ikke minst en økende andel personell uten medisinsk faglig bakgrunn. Økonomiske ressurser har heller ikke blitt fordelt etter en nasjonal modell, noe Helse Midt Norge er et eksempel på.

Vi tilskriver disse utfordringene til styringsmodellen. Den gir et stort handlingsrom til helsebyråkratiet som pulveriserer ansvaret det politiske nivået har for en helhetlig samfunnsutvikling, der tilgang på spesialisthelsetjenester må ses i sammenheng med andre faktorer.

EN LIK OG SOLIDARISK HELSETJENESTE FOR HELE BEFOLKNINGEN

Bakgrunn for arbeidet.

Årsmøtet i Møre og Romsdal Arbeiderparti vedtok i 2019 en helhetlig helsepolitisk uttale, der styring av spesialisthelsetjenesten og våre sykehus var et vesentlig punkt i uttalelsen;

Møre og Romsdal Arbeiderparti er kritisk til måten helseforetaksmodellen har utviklet seg på siden oppstarten. Skal en oppnå bedre kapasitet, bedre kommunikasjon og bedre kvalitet på behandlingen, er det nødvendig at spesialisthelsetjenesten blir styrt på en bedre måte enn i dag. Primært mener Møre og Romsdal Arbeiderparti at helseforetaksmodellen må avvikles. I dag eksisterer det ingen aktuell alternativ modell som vil gi bedre tjenester og styring uten å gå utover den nødvendige arbeidsroen de ansatte i sykehussektoren trenger, og pasientenes behov for et forutsigbart tilbud. Frem til ny modell er på plass, vil Møre og Romsdal Arbeiderparti for å forbedre situasjonen og styringen, langs følgende linjer:

- *En full gjennomgang av dagens helseforetaksmodell, med sikte på å finne alternative og mer demokratiske styringsmodeller*
- *Økt politisk styring av sykehusene, og at de samhandler bedre med primærhelsetjenesten*
- *En kraftig reduksjon i statlige helsebyråkrati, færre ledere i helseforetakene, og systematisk utvikling av gode ledere i helsetjenesten*

Fylkesårsmøtet i Møre og Romsdal 2. – 3. mars 2019

DAGENS ORGANISASJONSMODELL OG BEHOVET FOR ENDRING.

Tiden før innføring av helseforetaksmodellen var sterkt preget av et spill mellom fylkeskommunene som eier av sykehusene og staten sitt ansvar for finansiering av sektoren. Ventelistene for behandling var lang, og økonomien var særdeles krevende å håndtere. Bakteppet er at helsesektoren skal levere en av de viktigste og mest avanserte tjenester i velferdsstaten med klarere ansvars- og rollefordeling og dermed sikre bedre og mer likeverdig helsetjeneste til hele befolkningen. Tiden var overmoden for en opprydding i dette. Samtidig hadde New Public Management tankegangen bredt om seg. Siden 80-tallet hadde denne reformbølgen, som skulle effektivisere offentlig sektor etter styringsprinsipper fra privat sektor, fått fotfeste også i vårt parti. Markedsprinsipper ble innført gjennom mål – og resultatstyring, og begrepsbruken endret seg der vi nå snakket om «konkurranse i produksjon av offentlige tjenester», og større «valgfrihet» for brukere av de offentlige tjenestene som bærende elementer. Politiske myndigheter skulle ha et overordnet ansvar for tjenestene, og overlate styring og utforming av tjenestene til et administrativt nivå. Målet var bedre ressursutnyttelse av våre offentlige midler og troen på markedet var stor.

Dagens organisasjonsmodell da den ble vedtatt i juni 2001 (innført i 2002) baserte seg på to hovedelementer;

1. *Ansvar for hele spesialisthelsetjenesten skulle overføres til ett nivå, staten.*
2. *Virksomhetene ble organisert i foretak. Dette innebar at de ble organisert som egne rettssubjekter og ikke en integrert del av den statlige forvaltning.*

Den gode hensikten var at staten ville komme i en helhetlig ansvarsposisjon for spesialisthelsetjenesten med samling av sektoransvar, finansieringsansvar og eierskap på ei hånd. Siktemålet var å oppgradere den nasjonale styringen av sykehusene slik at nasjonal vedtatt helsepolitikk skulle gjennomføres. Dette la grunnlaget for at ansvaret ble tydeliggjort, og med staten, regjering og Storting, som ansvarlig.

Det er nå gått 18 år siden sykehusene ble organisert i foretak, med et sterkt regionalt foretaksnivå.

Spørsmålene som må stilles er om helseforetakene har fått for stort spillerom til å optimalisere egne krav fremfor hensyn til samfunnets beste. Vi må stille spørsmål om helsesektoren bør styre beslutningsprosessene alene. Er helsesektoren skodd til å ta de nødvendige helhetshensyn og styre planprosesser som skaper gode helhetsløsninger? Ut fra støyen i prosessene å dømme, fra befolkning og helsefagmiljø så er spørsmålene helt betimelig å stille. Erfaringer tilsier at det er stort behov for å se om denne organisasjonsformen støtter Arbeiderpartiets helsepolitiske grunnlag og om våre krav til en god offentlig spesialisthelsetjeneste dekkes, og om det bedriftsøkonomiske fokuset er i tråd med vårt verdigrunnlag for en sterk offentlig helsesektor. Videre må vi søke svar på om det oppfattes av befolkningen at ansvaret er tydeliggjort med regjering og Storting som ansvarlige.

Det har gjennom årene vært noen tilløp til evaluering i vår parti.

Allerede i mars 2004 hadde Arbeiderpartiets landsstyre saken til behandling under tittelen: "Forbedringer må til i helseforetakene".

Senere har temaet vært framme i lyset flere ganger. Mest sentralt er Kvinslandutvalget med NOU 2016: 25 "Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten", og Magnussen m.fl sin rapport "Mellom politikk og administrasjon" mai 2016.

Mye tyder på at intensjonen med foretaksstyring av spesialisthelsetjenesten ikke oppfylles slik den var tenkt i 2001. Disse påstandene vil vi belyse og redegjøre for i denne rapporten.

Målet var som nevnt tidligere likeverdig tilgang til gode helsetjenester, nasjonalt ansvar og samordning ned til de pasientnære nivåene. Vi ser nå en kraftig maktkonsentrasjon omkring det svært store administrative og byråkratiske regionnivået. Fokus på bedriftsøkonomi er juridisk forankret og er overordnet pleie-, omsorg- og faglighetsperspektivet. Dette gjenspeiles spesielt på kompetansen hos de som styrer dagens helseforetak der mange er økonomer, og vi har fått en betydelig økning av personell med annen kompetanse enn helsefag inn i sykehusene våre. Det er også økte krav til rapportering og kontroll som tar tid fra pasienten, og som i mange tilfeller oppleves unødig og et misbruk av helsefaglige ressurser.

Implementering av Foretaksmodellen, supplert med bruken av innsatsstyrt finansiering (ISF) og DRG (Diagnoserelaterte grupper) som klassifiserer pasienter etter diagnose (innført i 1997) medvirker til at en betydelig andel av våre offentlige midler går til private helseaktører via anbud. Isolert sett er ikke ISF og DRG negativt, men i *kombinasjon* med foretaksstyring bereder dette grunnen for mer privatisering og har resultert i en utvikling av noen store private helsetilbydere. Disse anbudene er

utenfor politisk styring, og samfunnsperspektivet er fraværende. Derfor må praksisen med anbud opphøre siden dette undergraver vårt mål om et solidarisk helsevesen for alle. Anbudsregime fører ofte til feilprioriteringer, overdiagnostisering og overbehandling. Gjennom økt bruk av anbud overfører helseregionene nå milliarder til private helsetilbydere, uten politiske beslutninger. Parallelt ser vi også at andelen nordmenn med privat helseforsikring har økt kraftig i samme tidsperiode.

Vi må også se på i hvor stor grad utviklingen blir politisk styrt. Hvem ivaretar den politiske styringen ute i regionene? Vi ser på styresammensetning og dermed styrenes arbeid og legitimitet, helsefaglig fokus vs økonomi, økning av private helsetilbydere og fordeling av helseressursene innenfor de regionale nivåene. Er denne utviklingen i tråd med Arbeiderpartiets uttalte politikk der vi ønsker å gå bort fra New Public Management og over til en tillitsbasert reform av offentlig sektor?

VÅRT HELSEPOLITISKE VERDIGRUNNLAG

Det skal være det offentliges ansvar å gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helsetjenester basert på velferdsstatens grunnleggende verdier som likeverd, rettferdighet og solidaritet. Staten skal fremdeles være eier av sykehusene.

Fra vårt programforslag 2021-2025: Mindre marked, mer tillit, medvirkning og samhandling.

Arbeiderpartiet vil sørge for at ansatte får mer tillit, at markedstenkningen og målstyringen reduseres, og at vi tar sterkere politisk kontroll over vår felles helsetjeneste. Pasientene skal høres og delta i dialog med sine behandlere. Samhandlingen mellom sykehus og hjemkommune skal bli bedre. Et kommersielt helsetilbud på siden av den offentlige, finansiert av forsikringsprodukter, er oppskriften på økte forskjeller og tapper det offentlige for både menneskelige og økonomiske ressurser. Den offentlige helsetjenesten skal være god og trygg for alle våre innbyggere. Vårt mål er at vår felles offentlige helsetjeneste er den beste.

- **Lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi. Privat kjøpekraft skal ikke være styrende for helsetjenestetilbudet man har behov for.**

Argument: Legemiddelforsyningen styres av anbud. Våre nasjonale anbud er små i internasjonal sammenheng, og har medført mangel på sentrale og vanlig legemidler.

Avanserte og dyre medikament til behandling av kreft og immunologiske sykdommer, tilbys ofte gratis via private, som ledd i utprøving eller fordi de slipper å gå via det nasjonale beslutningsforum, som må forholde seg til anbud. Det har vært en stor vekst i bruk av private spesialisthelsetjenester i løpet av de siste årene. I perioden 2010 til 2014 har utgiftene til de private aktørene økt med 8 %, mens kostnadene til den offentlige spesialisthelsetjenesten har økt med 5%. (Helsedirektoratet IS-2450).

Staten finansierte spesialisthelsetjenester for 140 mrd kr i 2016, av dette var 14,5 mrd kjøp av private spesialisthelsetjenester (både private kommersielle og ideelle) Forsikringsselskaper har kjøpt spesialisthelsetjenester for ca. 1 mrd, i 2017, ca. en halv million nordmenn har tegnet privat behandlingsforsikring.

Fortsetter denne utviklingen. kan vi ende opp med et todelt helsevesen, der pasienter med ressurser får bedre behandling

- **Helsesektoren skal være underlagt politisk styring for å sikre helse- og velferdspolitiske mål i et helhetlig samfunnsperspektiv.**

Argument:

Primær oppgavene til helsesektoren er å sikre hele befolkningen god og likeverdig helsehjelp. Helsesektoren skal gjennom politisk styring inngå som et vitalt område innenfor velferdsstaten.

- **Helsevesenet skal skape trygghet i befolkningen for at helsetjenestene er av høy og likeverdig kvalitet og i rimelig geografisk nærhet til der folk bor.**
Argument: Det må være en felles forståelse for at helsetjenesten er en av velferdsstatens aller viktigste fundament. Den påvirker infrastruktur, hvor vi bosetter oss og etablering av arbeidsplasser m.m. Spesialisthelsetjenesten er et viktig distriktspolitisk virkemiddel.
- **Menneskene som til daglig arbeider med pasientene må få mulighet til å utføre sitt arbeid på en helsefaglig forsvarlig måte, få delta i systematisk faglig utvikling og oppleve trygghet i sin arbeidshverdag**
Argument: Dagens organisering bidrar til at «lønnsomme diagnosegrupper» prioriteres, og at «lønnsomhet» settes opp mot kvalitet i pasientprioritering. Tilsvarende mener så mange som 1 av 5 leger at den medisinske kvaliteten i pasientbehandlingen ikke vektlegges, og lange beslutningslinjer oppleves problematisk (Magnussen et al, 2016).
Når en rendyrker sentralisering og større enheter under påskudd av at dette gir bedre faglighet, så finnes det ikke empiri for dette. Svaret kan heller være god funksjonsfordeling mellom sykehusene.

FORVALTNINGSMODELL

I rapporten “Mellom politikk og administrasjon” v/ Magnussen m.fl fra mai 2016 er ulike organisasjonsmodeller for spesialisthelsetjenesten utredet. Grunnleggende er forskjellen på en styringsmodell basert på foretak og en modell hvor spesialisthelsetjenesten er en del av forvaltningen. Her drøftes ulike former for regionalisering. Rapporten tar ikke stilling til foretrukket modell.

En av modellene som beskrives i ovennevnte rapport er en ren forvaltningsmodell.

Magnussen skriver: *“I forhold til de presenterte kriteriene for god eier- og virksomhetsstyring er det en rekke prinsipielle fordeler med en forvaltningsmodell. Gjennomsiktighet i beslutningsprosessene, medvirkning og organisatorisk integritet(legitimitet) understøttes i forvaltningsmodellen av generelle forvaltningsrettslige regler om innsikt, høring og offentlighet i forvaltningen. Ansvarliggjøring knyttes til den parlamentariske styringskjeden, og statsrådenes mulighet til å utøve styring gjennom departements-(og direktorats-) ledelsen.”*

Magnussen sier også bl.a.: *“Det kan være en ulempe med en forvaltningsmodell at det vil kunne være uklart hvilke mål eller resultater det skal styres etter. Dette er avhengig om man også i forvaltningen benytter en form for kontraktstyring eller om man baserer seg på en mer ad-hoc preget løpende styring. Manglende klarhet kan føre til at styringen domineres av kortsiktige politiske interesser, og av en redusert gjennomsiktighet.*

En forvaltningsmodell gir økt direkte politisk innflytelse, men dermed også en mulighet til politisk detaljstyring og til politisering av forhold som vil kunne falle inn under det teknisk/faglig domene”

En overgang til forvaltningsstyre krever grundige utredninger slik at det enhetlige ansvar som staten har som eier, beholdes. Videre må det legges til grunn at nasjonal vedtatt helsepolitikk gjennomføres i alle ledd i helsetjenesten.

Det bør utredes om det er mulig å legge Universitetssykehusene under samme organisatorisk paraply. På denne måten kan en få utnyttet både kapasitet og kvalitet på en bedre måte. Det vil også styrke samarbeidet i stedet for konkurransen.

Det bør etableres et styringsnivå der dagens regionale ledd vurderes fjernet

INNTEKSTMODELL

Inntektsfordeling mellom sykehusene må baseres på en vedtatt nasjonal modell. Magnussen II-utvalget har utarbeidet en slik modell som har stor tilslutning nasjonalt. I Foretaksmodellen er det en åpning for at helseregioner kan avvike de nasjonale styringssignalene, og vil dermed som ytterste konsekvens undergrave den overordnede politiske styringen.

ANBEFALING OG KONKLUSJON

Med bakgrunn i de analyser vi har gjort og det vi erfarer om styring av spesialisthelsetjenesten, så må en av velferdsstatens aller viktigste sektorer, styres gjennom en FORVALTNINGSMODELL. Dette vil være i tråd med signaler vår partiledelse har kommet med, som er vekt på mindre marked, mer tillitt, medvirkning og samhandling. Dette innebærer nærhet til bruker, respekt for fagfolk og involvering av ansatte. Skal Arbeiderpartiet oppnå troverdighet på dette området, er avvikling av foretaksstyring av spesialisthelsetjenesten et opplagt grep.

Det betyr at organisering gjennom "Lov om helseforetak m.m - Helseforetaksloven" avvikles.

Grunnleggende er også at STATEN fortsatt skal være eier og ansvarlig for spesialisthelsetjenesten.

Møre og Romsdal Arbeiderparti anbefaler at en utreder en forvaltningsmodell for styring av spesialisthelsetjenesten.

3. oktober 2020

Kildehenvisning.

- Meld.St nr 24 (1996-97) "Tilgjengelighet og faglighet" -om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Innstilling S.nr. 237(1996-97) https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-24_1996-97/id191073/
- Helseforetaksloven.- Ot.prp. nr. 66(2000-2001) Senere mindre revisjoner av denne loven.<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Norden 2011
<https://www.sintef.no/prosjekter/komparativ-analyse-av-spesialisthelsetjenesten-i-n/>
- "Mellom politikk og administrasjon" Magnussen m.fl. : Rapport til Den norske legeforening 2016
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/98ea07c4bf3f4948acd560e33e75ba3f/mellom-politikk-og-administrasjon.pdf>
- 2016-NOU 2016:25 "Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten"
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/>
- NOU 2019: 24 - Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-24/id2682523/>
- «Privat tilbud av helsetjenester – en trussel mot det offentlige helsevesenet?» Trude Fagerlie, rådgiver Metier OEC, DRG forum 2018
<https://drgforum.no/sites/default/files/Private%20institusjoners%20rolle%20i%20helsesektoren.pdf>
- «Helseadelen», Rune Slagstad- Tidsskrift for Den norske legeforening 2017
<https://tidsskriftet.no/2017/08/essay/den-nye-helseadelen>
- Arbeiderpartiets landsstyre uttalelse 19.3.2004 om behov for evaluering og revisjon av helseforetaksmodellen/loven.
- Jonas G Støre om New Public Management:
<https://www.dagbladet.no/nyheter/skal-kutte-pervers-malstyring/71841196>

Rapporten er skrevet av:

Siv Katrin Ulla- sivkatrin@hotmail.com

Asmund Kristoffersen - asmund.kristoffersen@gmail.com

Ove Økland- ove.lars.okland@alesund.kommune.no

Ivar Østrem- ivar.ostrem@stayon.no

Hege Gagnat- hege.gagnat@molde.kommune.no

Berit Tønnesen- berit@otek.no