

Mandat

Utvalg som skal utrede ny organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn

Helseforetaksmodellen ble innført 1.1.2002 (Ot. prp. nr. 66 (2000-2001)) og har siden da lagt rammene for den statlige styringen av spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av praktiske erfaringer og tilpasninger i løpet av de første ti årene med modellen, ble det med bakgrunn i Prop. 120 L (2011-2012) vedtatt enkelte endringer helseforetaksloven med ikrafttredelse 1.1.2013.

Intensjonene med helseforetaksmodellen

Helseforetaksreformen var basert på to hovedelementer:

- *At staten overtok eierskapet* til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten – det offentlige eierskapet ble samlet på statens hånd.
- *At virksomhetene ble organisert i foretak.* Den offentlige eide spesialisthelsetjenesten er således ikke en integrert del av den statlige forvaltningen. Overordnede helsepolitiske mål og rammer fastsettes av staten og ligger til grunn for styring av foretakene. Staten har et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenesten med både myndighetsansvaret, finansieringsansvaret og eierskapet på en hånd.

En vesentlig begrunnelse for å organisere sykehusene som helseforetak var at de i større grad skulle bli myndiggjort. Det ble forutsatt at eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold. Sykehusledelsen skulle gis autoritet til å kunne gjennomføre det offentlige oppdraget. Klarere roller og ansvar skulle sette ledelsen i helseforetakene i stand til effektivt å ta beslutninger om styringsmessige forhold etter å ha fått belyst faglige og andre innspill fra ulike profesjoner og aktører. En av hensiktene med foretaksorganisering var å redusere muligheten for spill og dermed understøtte ledelsesautoritet, slik at det politisk styrte offentlige oppdraget kunne følges opp.

En viktig intensjon med reformen var videre å styrke den nasjonale politiske styringen og ta sterkere styringsgrep i forhold til helsetjenestens struktur blant annet gjennom funksjonsfordeling. Samtidig skulle de enkelte virksomhetene få større ansvar og frihet innenfor de rammene og strukturen som ble bestemt. Denne rolledelingen skulle legge grunnlaget for sterkere politisk styring på områder der viktige samfunnsmessige hensyn skulle ivaretas.

Et annet argument for foretaksorganisering var knyttet til statens mange roller; både som driftsansvarlig, myndighet, eier, finansieringsansvarlig og som tilsynsmyndighet. Når sykehusene og selve driften skilles ut fra forvaltningen, som selvstendige rettssubjekter med egne styrer, blir det større organisatorisk avstand til de andre rollene staten har. Dette skulle gi større tillit til at rollene ikke glir over i hverandre på uheldige måter.

Et siste argument var at regnskapsloven forplikter foretakene til å ta hensyn til kostnadene ved bruk av kapital i planleggingen av virksomhetens totale forpliktelser.

Helseforetaksmodellen innebærer at de regionale helseforetakene og helseforetakene er egne rettssubjekter. Dette setter rammer for hvordan politiske føringer og øvrige styringskrav kommuniseres og i hvilken grad og hvordan det kan gripes inn i virksomhetens drift. Departementets eierstyring skal ta utgangspunkt i statens eierskapspolitikk jf. Meld. St. 27 (2013-2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap, og da særlig statens prinsipper for god eierstyring (jf. eierskapsmeldingen s. 66-67) og samtidig ivareta rammer og mål som Stortinget fastsetter bl.a. gjennom budsjettvedtak og lovgiving. Eierstyringen skjer gjennom fastsetting av vedtekter, oppnevning av styremedlemmer og vedtak i foretaksmøter. Departementets oppgavestyring skjer gjennom et oppdragsdokument der staten som oppdragsgiver/bevilgningsmyndighet setter vilkår for tildeling av bevilgningen. Styret har det øverste ansvaret for forvaltningen av foretaket, og skal blant annet sørge for at denne skjer i henhold til vilkårene i oppdragsdokumentet og vedtak fattet av foretaksmøtet. De regionale helseforetakene er sentrale instrumenter til å gjennomføre regjeringens politikk knyttet til spesialisthelsetjenesten. Helseforetaksloven § 30 angir begrensninger i styrets beslutningskompetanse ved at foretaksmøtet treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Statsråden har således betydelige styringsmuligheter. Dersom organisering av foretak benyttes må imidlertid bruken av direkte styringsinngrep avveies mot statens prinsipper for god eierstyring ut fra hensynet til å oppnå en effektiv og målrettet bruk av ressursene i spesialisthelsetjenesten.

Erfaringer med helseforetaksmodellen

I løpet av 14 år etter at helseforetaksmodellen ble innført, har det skjedd betydelige strukturendringer i den statlig eide spesialisthelsetjenesten. Sykehusene er nå organisert i 20 helseforetak. I tillegg er sykehusapotekene og regionale og nasjonale støttefunksjoner organisert som helseforetak, ansvarlige selskaper eller aksjeselskaper. Gjennom funksjons- og oppgavefordeling er det gjennomført betydelige omstruktureringer av tjenestetilbudet og det er foretatt investeringer i bygg, utstyr og IKT. Etter flere år med underskudd har helseforetakene i de senere år hatt overskudd.

Det har siden helseforetaksreformen i 2002 vært både faglig og politisk debatt om ulike sider ved denne styringsmodellen. Sentrale problemstillinger som har vært diskutert er:

- Om modellen legger til rette for tilstrekkelig nasjonal samordning og utjevning av forskjeller i kvalitet og effektivitet mellom regioner og mellom helseforetak og sykehus.
- Om det er tilstrekkelig klarhet i roller mellom nivåene, og tilstrekkelig demokratisk legitimitet knyttet til vanskelige beslutninger i helseforetakene.
- Om det er riktig balanse mellom de regionale helseforetakenes beslutningsmyndighet og det politiske ansvaret for disse beslutningene.
- Om foretaksmodellen sikrer tilstrekkelig grad av politisk styring, herunder tilstrekkelig involvering av Stortinget i sentrale beslutninger.

Det er gjennomført flere evalueringer (i 2005-2006) og senest i 2012. Det ble gjort endringer i helseforetaksloven fra 1.1.2013 (Prop. 120 L (2011-2012)).

Mål og rammer for organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten

Befolkningen skal sikres likeverdige tjenestetilbud med god kvalitet gjennom effektiv utnyttelse av ressursene som Stortinget stiller til disposisjon. Eierstyring er ett av flere virkemidler i den helhetlige politiske og strategiske styringen av spesialisthelsetjenesten. Staten er myndighet og styrer gjennom bl.a. lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak. Staten finansierer spesialisthelsetjenesten og stiller vilkår for tildeling av Stortingets bevilgning i oppdragsdokumentet. Eierstyringen og organiseringen av eierskapet skal understøtte den nasjonal politiske styringen for å oppfylle målsettingene i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven m.fl.

Utredningen av hvordan eierskapet best kan organiseres må også ta høyde for de styringsmessige tiltakene som vil følge av Stortingets vedtak ved behandling av nasjonal helse- og sykehusplan, jf. at regjeringen vil fremme et forslag til en slik plan høsten 2015.

Utvalget skal

1. Gi en kort beskrivelse og vurdering av erfaringene med helseforetaksmodellen og kort redegjøre for andre lands erfaringer med organisering av eierskap til sykehus.
2. Med utgangspunkt i pkt. 1 - utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere sitt eierskap til og innrette eierstyringen av foretak som tilbyr spesialisthelsetjenester og gi tilråding om valg av modell. Med foretak menes selvstendige rettssubjekter med styrer. Utvalget skal blant annet vurdere følgende alternativer:
 - a) avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet
 - b) opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene
 - c) opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene
 - d) eventuelle andre modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten.

For alle modeller må utredningen omfatte:

- konsekvenser for statsrådets konstitusjonelle og politiske ansvar
- hvem som skal ha det rettslige ansvaret for å sørge for at befolkningen i et gitt geografisk område tilbys spesialisthelsetjenester, herunder planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tilbudet
- konsekvenser for styringsstruktur, herunder effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar
- eierskap til og forvaltning av bygg

I vurderingen av de ulike alternativene skal utvalget, i den grad det kan forventes å være forskjeller mellom modellene, legge vekt på konsekvensene for:

- målet om effektiv utnyttelse av ressursene; mest mulig til pasientbehandling, minst mulig til byråkrati
- økonomistyring og kontroll
- samordning og ressursutnyttelse mellom sykehus (f.eks. mellom universitetssykehus og andre sykehus), mellom behandlingsinstitusjoner med ulikt eierskap (bl.a. offentlige eide sykehus, private helseinstitusjoner med driftsavtale,

- private helseinstitusjoner med kjøpsavtale og avtalespesialister) og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- pasienters, brukeres, kommunenes og andre berørtes innflytelse på tjenestetilbudet
3. Vurdere inndelingen i helseregioner og antall helseforetak i lys av de alternative modellene for organisering av eierskapet.
 4. Vurdere økonomiske, juridiske, administrative og samfunnsmessige konsekvenser av forslagene. Utvalget skal legge dagens prinsipper for finansiering av spesialisthelsetjenesten til grunn, men vurdere, gitt disse prinsippene, hvilke behov for endringer i finansieringssystemet som utløses av de alternativene modellene.
 5. Utarbeide risikoanalyser for implementering av modellene. Dette skal bl.a. inkludere konkrete vurderinger av risiko knyttet til tilgang til/tap av kompetanse, redusert pasientbehandling, effekt på pasientsikkerhet og beredskapsevne, behov for tilpasning av IKT-systemer og annen kritisk infrastruktur, samt evne til å opprettholde kostnadskontroll.

Tidsramme:

Utvalget skal legge fram sin tilrådning (NOU) innen 1. desember 2016.