



Helse og omsorgsdepartementet

Vår ref: (oppgi ved kontakt)
2016/4661 - 5114/2017

Dykkar ref.:

Saksbeh.: Bård Eikeset,
tlf: 57839553

FØRDE,
08.02.2017

NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - høyringsuttale

Innleiing

Vi viser til brev frå Helse- og omsorgsdepartementet den 5.12.16 der vi vert inviterte til å gje uttale til framlegga fremja i NOU 2016:25 – «Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten».

Rapporten vart levert styret i Helse Førde til styremøte den 16.12.16. I samband med styremøtet den 27.1.17 vart det arrangert eit miniseminar der Stener Kvinnsland gjekk gjennom hovudkonklusjonane, og der styret fekk høve til å stille nærare spørsmål til rapporten og bakgrunnen for denne.

Kort om mandatet

Helse Førde har merka seg dei tre sentrale føringane som ligg til grunn for utvalet sitt arbeid:

- Organisering skal skje innanfor helseføretakslova
- Staten skal framleis vere eigar
- Dagens prinsipp for finansiering skal leggjast til grunn

I mandatet er utvalet bedt om å vurdere tre alternative modellar der alle inneber ei avvikling av dagens RHF:

1. Avvikling av dei regionale helseføretaka og ha færre helseføretak enn i dag direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet
2. Avvikling av dei regionale helseføretaka og erstatte desse med eit nyoppretta direktorat
3. Avvikling av dei regionale helseføretaka og erstatte desse med eit nasjonalt helseføretak

I tillegg opna mandatet opp for at utvalet kunne foreslå eventuelle andre modellar for organisering av spesialisthelsetenesta. I rapporten greier difor utvalet ut ein modell 4 der helseføretaka ikkje lenger er eigne rettssubjekt, men direkte underlagt regionale helseføretak.

Helse Førde har og merka seg at statsråden i sjukehusstalen tek til orde for at ei anna organisering eintydig må framstå som eit betre alternativ enn dagens.

Generelle kommentarar

Kapittel 3 og 4 gir ein god omtale av helseføretaksmodellen slik den har verka fram til i dag. Rapporten viser at målbare resultat i spesialisthelsetenesta har utvikla seg godt i perioden etter at helseføretaksreforma vart innført, og det er i stor grad blitt levert på dei målsetjingane som var sett for reforma.



Det sentrale utgangspunktet for utgreiinga er om endringar i organisering og styring av spesialisthelsetenesta vil kunne gje eit betre grunnlag for å utvikle tenesta, og med det kunne gje ytterlegare resultatforbetring. Dette spørsmålet vil vere nær knytt til kva som er utfordringsbilete for spesialisthelsetenesta, og kva problem og utfordringar ein ønskjer å løyse. Når dette er definert, vil det neste spørsmålet vere om endringar i organisering vil vere eit eigna verkemiddel for å møte desse utfordringane.

Rapporten peikar sjølv på ein del utfordringar innan spesialisthelsetenesta, m.a. at det er ulikskapar i tenestetilbodet innan dei ulike føretaka, det er framleis rom for auka produktivitet, det er ulike utfordringar knytt til standard på bygg og at ein finn det naudsynt med nasjonale grep innan IKT-området. Vidare vert det framheva særlege utfordringar knytt til leing og intern organisering, samt behov for betre samhandling med kommunane.

Helse Førde deler utvalet sine vurderingar kring utfordringsbilete, og vi er samde med utvalet når det i punkt 6.2.3 blir understreka at dei utfordringar og tiltak som følgjer av nasjonal helse- og sjukehusplan ikkje krev ei bestemt organisatorisk løysing. Vi er også samde i at manglande nasjonale samordning innanfor IKT-området er ei vesentleg utfordring, og at det er behov for betre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet. Vi stiller oss likevel spørjande til om organisatoriske endringar av den typen som er løfta fram i mandatet, er rett verkemiddel for å møte utfordringane som utvalet har løfta fram og drøfta i kapittel 6.

I rapporten kap. 4.1.1 blir m.a. kritikken mot dagens modell trekt fram. Denne kan summerast i fem punkt:

- Modellen er udemokratisk
- Den gir eit marknadsstyrt helsevesen
- Styra har manglande tillit
- Modellen skapar eit unødvendig byråkrati
- Modellen er ei utfordring for lokalsjukehusa

Etter vår vurdering understøttar rapporten i liten grad denne kritikken. Det er over fleire år gjort ei rekkje evalueringar av helseføretaksmodellen. Resultata av desse evalueringane er gjennomgåande gode. Ser vi desse resultata i samanheng med dei utviklingstrekk og gradvise tilpassingar av modellen som er gjort, framstår dagens modell meir robust og demokratisk enn nokon sinne. Sentrale endringar som er gjennomført dei seinaste åra, har særleg bidrege til dette. Vi viser her til dei endringar som blei trekt fram av statsråden i sjukehustalen den 10. januar 2017:

- Gjennom nasjonal helse- og sjukehusplan har regjeringa etablert ein sterkare demokratisk forankring av styringa av spesialisthelsetenesta.
- Kravet om utarbeiding av utviklingsplanar i tråd med nasjonal rettleiar for slik planar.
- Etableringa av nasjonale føretak for IKT, bygg og innkjøp – noko som legg til rette for meir nasjonal styring og samordning.
- Profesjonalisering av styra.
- Etablering av ein praksis der viktige saker vert lagt fram for avgjerd av statsråden i føretaksmøtet, til dømes nedlegging av sjukehus og framtidig sjukehusstruktur i hovudstadsområdet.



Etter vår vurdering har ein gjennom desse tiltaka kome mykje av kritikken i møte. Dette, i tillegg til dei forbetringar som nemnt ovanfor, viser at utviklinga går rett veg. Helse Førde seier ikkje at dagens ordning er perfekt, men vi meiner det innanfor dagens organisering vil vere råd å få til ytterlegare forbetringar. Så langt vi kan sjå, har ikkje utvalet vurdert dette.

Utvalets alternativ til dagens organisering

I kapittel 7 i utgreiinga er det gitt omtale og vurdering av dei alternative organisasjonsformene som er gitt i mandatet. Modellane er vurderte opp mot eitt sett av kriterium som kan samlast under overskriftene legitimitet, effektivitet og kriterium for samhandling og medverknad. Alternativa 1-3 vurdert opp mot kvarandre er summert i kap. 7.5.5, tabell 7.2.

Dei tre modellane som var oppgitt i mandatet, har som nemnt innleiingsvis det til felles at dei ikkje har eit regionnivå med formell avgjerdsmynde. Det fjerde alternativet legg opp til at helseføretaka vert lagt ned som eigne rettssubjekt, og direkte underlagt eit regionalt helseføretak.

Nærare om alternativ 1 – dei regionale helseføretaka blir avvikla og helseføretaka blir lagt direkte under departementet

Dette alternativet kan i utgangspunktet framstå som ein forenkling av styringsmodellen. Alternativet gir færre avgjerdsnivå, direkte politisk påverknad og opprydding i unødvendig byråkrati. Modellen vil gje auka rom for nasjonal samordning, og slik sett svarer modellen ut mykje av den kritikken som er retta mot dagens modell.

Som utvalet sjølv peikar på vil denne modellen sikre at viktige avgjerder blir brakt til eit forvaltningsnivå der statsråden både har full instruksjonsrett og ansvar ovanfor Stortinget, noko som i neste omgang vil kunne gi auka politisk legitimitet. Helse Førde vil til dette merke at mange av desse omsyna allereie er innarbeidde i dagens styringssystem, gjennom etableringa av nasjonal helse- og sjukehusplan, og ikkje minst dei endringar som vart gjort i helseføretakslova § 30 i 2012. Endringa medførte at ei rekke sentrale spørsmål skal leggast fram for eigar før endeleg vedtak blir gjort.

På den andre sida er Helse Førde samde med utvalet når dei peiker på at kontrollspennet for statsråden blir stort i denne modellen, og at det gir stor risiko for at det blir for stort fokus på spesialisthelsetenesta på kostnad av ei heilskapleg tilnærming til helsepolitikken som sådan. Det politiske ansvaret vil bli meir omfattande og fleire enkeltsaker vil bli løfta til departement, statsråd og storting.

Modellen vil kunne medføre at dei lokale helseføretaka får eit større handlingsrom, noko som framstår som positivt. Men dette auka handlingsrommet vil påføre departementet eit vesentleg auka kontrollspenn. Helse Førde er samde med utvalet når dei understreker at departementet vil vere lite eigna til å ivareta mange av oppgåvene og ansvaret som dei regionale helseføretaka har i dag. Departementet vil aldri kunne sitje på den lokale og regionale kunnskap og forankring som openbert er naudsynt for å få til god styring og utvikling av tenestene. Vi stiller oss og tvilande til om eit departement vil vere betre rusta til å handtere oppgåver av utprega regional karakter som dei regionale helseføretaka i dag utøver, t.d. funksjons- og oppgåvefordeling, prioritering av investeringar, styring og oppfølging av kapasitet og kvalitet, inntektsfordeling, samhandling med kommunane m.v.

Inntektsfordeling frå nasjonalt nivå og heilt ut vil bli svært krevjande, og nasjonalt nivå vil vanskeleg kunne opparbeide seg same innsikt i og kunnskap om lokale forhold som i dag er etablert på regionalt



nivå. Modellen vil derfor kunne gi auka risiko for konflikt på tvers av helseføretak og regionar. Tilsvarende utfordringar vil i denne modellen gjelde i forhold til likviditetsfordelinga som i dag skjer i dei regionale helseføretaka. Helse Førde er samd med utvalet når dei peikar på at ei slik oppgåve ikkje berre vil vere krevjande, men nærast umogleg for eit departementet å handtere.

Alternativet kjem også dårlig ut i forhold til dei tre overordna kriteria som utvalet har målt dei ulike modellane opp mot. Modellen gir større avstand til avgjerdene, fører til sentralisering, svekkjer sjansane lokalmiljøa har til å påverke avgjerder, tilsvarende for tilsette si deltaking og medbestemmelse, det gir dårlegare rammevilkår for innsyn og møteoffentlegheit og vil gi svekka legitimitet og lojalitet til avgjerder.

Modellen vil medføre ei kraftig oppbemanning i departementet. Helse Førde vil her vise til rapporten pkt. 7.5.4 som konkluderer med at implementeringsrisikoen ved denne modellen er høg, særleg knytt til faren for tap av kompetanse.

Etter Helse Førde si vurdering er dette ein lite eigna modell.

Nærare om alternativ 2 – departementet med sjukehusdirektorat til erstatning for dei regionale helseføretaka

Denne modellen skil seg frå modell 1 på den måten at det vert oppretta eit sjukehusdirektorat direkte underlagt departementet. Dei formelle ansvarsforholda er dei same, og utvalet legg til grunn at departementet vil måtte utøve eigarstyringa.

Slik Helse Førde ser det vil dei fleste fordelar og ulemper i høve til modell 1 også gjelde for denne modellen. Vi er samde med utvalet når dei peikar på auka risiko for omkampar og større pågang frå pressgrupper i budsjettprosessar og enkeltsaker når sørge for-ansvaret vert lagt til statsråden. Den «bufferrolle» som dei regionale helseføretaka har i dag, vil falle bort. Vurdert i høve til effektivitetskriteria meiner utvalet at dette alternativet kjem dårleg ut. Helse Førde vil og peike på at utvalet opnar for å opprette regionale einingar underlagt direktoratet. Dersom dette skjer har vi vanskar for å sjå korleis ein skal redusere byråkratiet i styringa av spesialisthelsetenesta.

Utvalet vurderer at implementeringsrisikoen også ved dette alternativet er stort. Også her vil det vere fare for tap av kompetanse, i tillegg til dei spesielle utfordringane ein vil få knytt til styring og rolleforståing i det nye styringssystemet.

Etter Helse Førde si vurdering er heller ikkje dette ein modell vi kan gje vår tilslutning til.

Om alternativ 3 – nasjonalt helseføretak til erstatning for dei regionale helseføretaka

Denne modellen har store fellestrekk med dagens organisering med regionale helseføretak. Ei rekke forhold vil bli som i dag. Statsrådens politiske ansvar blir vidareført, det vert like mange styringsnivå og styringslinene og –prosessane er kjende.

Modellen har fleire fordelar, særleg knytt til moglegheitene for nasjonal styring og samordning.

Likevel vil også denne modellen innebere ein klar sentralisering. Det vert lang veg mellom dei lokale einingane til det nasjonale avgjerdsnivået, noko som svekker høva lokalmiljø har til å påverke og tilsette sine moglegheiter for medverknad. Modellen vil medføre ein maktkonsentrasjon hjå styret og administrerande direktør i det nasjonale helseføretaket. Samla er dette openbert eigna til å svekke legitimiteten til styringssystemet.



Leiinga i det nasjonale helseføretaket vil få dei same utfordringane med kontrollspennet som departementet/direktoratet ville få i dei to andre modellane.

Også ved denne modellen er det opna opp for regionale einingar, noko som talar mot ein reduksjon av byråkratiet innan spesialisthelsetenesta. Eit nasjonalt helseføretak med regionale einingar vil likevel på kort sikt medføre lågare implementeringsrisiko ved at tilsette i regionane vert overførte til det nasjonale føretaket.

Etter Helse Førde si vurdering er heller ikkje dette ein modell vi kan slutte oss til.

Om alternativ 4 – regionale helseføretak til erstatning for dagens helseføretak

Mandatet gav utvalet høve til å føreslå også andre alternativ til dagens organisering. På denne bakgrunn har utvalet greidd ut eit alternativ der helseføretaka ikkje lenger er sjølvstendige rettssubjekt, men blir direkte styrt av regionale helseføretak. Verksemda til dagens helseføretak og regionale føretak vert samla i eit styrka regionalt helseføretak. Dagens helseføretak vert vidareført som organisatoriske resultateiningar for sjukehus, men underlagt det regionale føretaket som rettssubjekt. Leiarane av resultateiningane vil inngå i leiargruppa i RHF`a, og rapportere direkte til administrerande direktør i det regionale helseføretaket. Dei lokale leiarane opererer innanfor fullmakter gitt av styret og AD innan regionen.

Alternativet medfører at det vert kortare formelle avgjerdslinjer, men avstanden mellom toppleiinga og dei underliggjande einingane vert ikkje kortare. Noko av kritikken mot dagens modell er at det alt er for lang veg opp til leiinga, og at leiinga i mange føretak er «usynlege». Dette vil ikkje bli hjulpet i alternativ 4, snarare tvert om.

Vidare vil dette alternativet medføre utvida og meir detaljert intern fullmaktsstruktur. I kva grad dette vil føre til auka effektivisering og lokal medbestemmelse går ikkje eintydig fram av rapporten. Sjølv med vide delegasjonsfullmakter ut til resultateiningane, kjem vi ikkje unna at det regionale nivået er rettssubjektet. Det juridiske ansvaret for t.d. alle inngåtte avtalar vil difor ligge på regionnivå. Dette kan skape uklare styringslinjer.

Alternativ 4 svarar ut kritikken som er reist kring direktørmøtet som det organet som i realiteten tek viktige avgjerder på kostnad av styra i dagens helseføretak. Helse Førde stiller likevel spørsmål ved om dette åleine er eit moment for ny organisering. Vi vil og vise til at det ikkje er uvanleg at administrasjonen i både private selskap og offentlege verksemdar legg premisser for styrande organ. Eit styre vil likevel ha høve til å gjere om på slike vedtak.

Helse Førde vil vidare påpeike at ein modell der helseføretaka ikkje lenger er sjølvstendige rettssubjekt, vil verke svekkande på den lokale legitimiteten og lojaliteten. Større avstand til det ansvarlege nivået vil kunne slå ut negativt for lokalt samarbeid t.d. gjennom Samhandlingsreforma.

I Stortinget si handsaming av nasjonal sjukehusplan vart «stadleg leiing» løfta fram som eit viktig omgrep. Komiteen uttalar at stadleg leiing er eit viktig prinsipp, mellom anna fordi lange beslutningslinjer resulterer i utydelege ansvarslinjer og utryggleik, og at formuleringar av mål og strategiar ikkje er forankra heilt ut i sjukehusa. Komiteen meiner at stadleg leiing er eit naudsynt grep for betre samspel mellom sjukehusa. Fleirtalet i komiteen (Ap, H, Frp, KrF og V) fremja følgjande framlegg som fekk tilslutnad i Stortinget:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»



Helse Førde stiller spørsmål ved om alternativ 4 er i samsvar med den vekt Stortinget har lagt på stadleg leiing. Vi vil og vise til at denne sentraliseringa vil kunne svekke legitimiteten og dermed lojaliteten til å finne fram til dei beste løysingane for spesialisthelsetenesta.

På denne bakgrunn er heller ikkje dette ein modell Helse Førde kan slutte seg til.

Oppsummering/konklusjon

Med tilvising til ovanstående kan ikkje Helse Førde sjå at nokon av dei føreslegne modellane eintydig framstår som betre alternativ enn dagens modell. Dette inneber at vi vil tilrå at gjeldande modell blir vidareført. Dette er ikkje grunnlagt i at eksisterande modell er ideell, men vi meiner at ei vidareutvikling av dagens regime er betre eigna til å møte utfordringane spesialisthelsetenesta står overfor. Vi viser her til rapporten som teiknar eit godt bilete av dei erfaringar som er gjort gjennom dei 15 år modellen har verka. Slik vi les utgreiinga dokumenterer den at modellen har gitt gode resultat, og resultat som har vore i tråd med målsetjingane som var sett for reforma. Dei regionale helseføretaka med underleggjande helseføretak har vist seg å vere ein konstruksjon som er eigna til å levere på dei oppgåver og krav som er blitt stilt gjennom årlege oppdragsdokument, og krav og føringar gitt i føretaksmøta.

Organisering av egedomsforvaltninga

Utvalet foreslår regionale egedomseiningar og ei ordning med kostnadsdekkande husleige. Utvalet peiker på at dette vil gje standardisering, læring, fokus på gevinstrealisering og ei profesjonalisering av forvaltninga.

Det er allereie godt samarbeid mellom drifts- og egedomseiningane i føretaka på Vestlandet. Det nasjonale føretaket Sykehusbygg HF er oppretta mellom anna for at kunnskapsdeling om bygg skal bli større. Rolla til Sykehusbygg HF bør bli ytterlegare utvikla for å leggje til rette for standardisering og læring.

Alle sjukehusbygg treng vedlikehald og naudsynt rehabilitering. I dag blir dette handtert av føretaka innanfor dei rammene dei har, og rapporten viser at dagens modell har skapt rom for ein monaleg auke i investeringsnivået. Det er ei tett kopling mellom sjukehusdrift og forvaltning av bygg, og eit viktig poeng ved helseføretaksreforma var at det skulle vere eit heilskapleg ansvar å sjå ressursar til drift og investeringar i samanheng. Ved å drive rasjonelt kan føretaka setje av midlar til investering og vedlikehald. Dette er såleis ein motivasjon for å drive slik at det blir rom for investeringar. Ein er redd at ei ordning med kostnadsdekkande husleige vil flytte pengar frå pasientbehandling til vedlikehald av hus. I tillegg vil det vere fare for at den lokale motivasjonen for å tilpasse drifta for å få råd til investeringar, blir mindre.

Erfaringar med oppretting av egne selskap/føretak innanfor spesifikke område av drifta er kostnadsdrivande. Etter at innkjøp vart organisert under Helse Vest Innkjøp HF frå 2016 steig utgiftene Helse Førde hadde til dette området med nesten 7 millionar. Det er ikkje alltid lett å fastslå at slike meirkostnader gir gevinstrealisering i den andre enden.

Vi vil difor ikkje tilrå regionale egedomseiningar eller ordningar med kostnadsdekkande husleige. I staden vil Helse Førde støtte ei vidareutvikling av dagens modell der ein i endå større grad samordnar på systemnivå.



Styresamansetting

Utvalet foreslår å endre vedtektene for eigaroppnemnde styremedlemmer slik at styra samla sett har helsefagleg kompetanse, kompetanse om primærhelsetenesta, forvaltnings- og samfunnskompetanse og band til universitets- og høgskulesektoren.

Helse Førde ser det som heilt sjølvsagt at styra er sett saman av personar som samla sett har god kompetanse innanfor fagområde og sektorar som er knytt til spesialisthelsetenesta. Det er og viktig at styra fattar sine vedtak på bakgrunn av tenestefaglege vurderingar, og mindre på lokalpolitiske omsyn. Slik sett vil eit fokus på styrka fag- og sektorkompetanse verke positivt. Eit styre med breitt samansett kompetanse vil lettare kunne ta ei meir aktiv rolle i strategiske val og helsepolitiske spørsmål. Vi er likevel usikre på om kompetansekrav fastsett i vedtekter er vegen å gå. Av omsyn til fleksibilitet og lokale tilhøve ser vi heller at ønskje om kompetanse i styra i staden får status som retningslinjer, ikkje absolutte krav.

Vidare blir det framheva at departementet må sikre at det vert utarbeidd felles retningslinjer som sikrar leiarane i brukarutvala observatørstatus med møte, tale og forslagsrett i styremøta. Helse Førde støttar dette forslaget.

Særleg om inntektsmodell

Dagens inntektsmodell for helseføretaka er frå 2008. Mykje har skjedd sidan då innan området pasientbehandling. I dag vert m.a. langt fleire pasientar behandla som dagpasientar utan innlegging, medan inntektsmodellen i for stor grad premierer døgnpasientar. Utvalet foreslår at det innan kort tid vert sett i gang eit arbeid med å oppdatere inntektsmodellen for fordeling av basisløyvinga. Helse Førde er samd i at inntektsmodellen er moden for revisjon, og ønskjer ein modell som i større grad tek omsyn til dreininga frå døgn- til dagpasientar.

Med helsing

Jon Bolstad
Adm. direktør