



Styresak 007-2017

Høringsuttalelse NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Saksbehandler: Paul Martin Strand
Dato dok: 10.02.2017
Møtedato: 21.02.2017
Vår ref: 2016/3474

Vedlegg trykt: Presentasjon: Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover? NOU 2016:25 Avgitt 1 desember 2016; Leder Stener Kvinnsland

Vedlegg ikke trykt: NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover?

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering eller formulerer eget vedtak til hørings svar i styremøtet (etter forberedelser i lukket styreseminar).

Direktørens vurdering:

Saken vedrører NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover? Avlevert av et utvalg med 16 deltakere, ledet av Stener Kvinnsland. Denne NOU 2016:25 er nå sendt på høring med høringsfrist 03.03. De regionale helseforetakenes styre vil avgi høringsuttalelser, det samme vil mange lokale helseforetak. Styret må selv ta stilling til om det vil avgi en høringsuttalelse og med hvilke vedtakspunkter.

Saken er omfattende og av stor betydning for helseforetaket Nordlandssykehuset. Administrerende direktør har derfor tillatt seg å gi en forholdsvis omfattende drøfting av sakskomplekset.

Jeg slutter meg til utvalgets flertall (13 av 16) og konkluderer med at man i NOU 2016:25 ikke finner noen forslag til bedre styringsmodeller uten de regionale helseforetak, enn dagens styringsmodell hvor de er helt sentralt med i styringen av regioner.

Videre deler jeg oppfatningen til utvalgets medlemmer Bleikelia, Brustad, Carlyle, Gjessing, Haukaas, Grimsgaard, Gåsvatn og Thurmer om at man ikke kan støtte noen tilrådingen om å fjerne styrene i (de lokale, min presisering) Helseforetakene.

Jeg vil tilrå at ansvaret for eiendomsforvaltningen blir videreført som et ansvar for den som har ansvaret for driften av sykehustjenesten. Krav til nivå på vedlikehold, husleie-ordninger mm bør eventuelt håndteres som rammebetingelser for driften gitt av eier.

Bakgrunn

2 oktober 2015 ble det satt ned et utvalg som skulle se på erfaringer med dagens modell for styring og eierskap av spesialisthelsetjenesten som ble innført i 2002. Videre skulle utvalget redegjøre for andre lands erfaringer med organisering og eierskap til sykehus. Med utgangspunkt i dette skulle utvalget vurdere fire 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.”*
- (NOU 2016:25, side 10).

Premisser for arbeidet var at staten fremdeles skal eie sykehusene og at finansieringssystemet skulle ligge fast. Videre skal sykehusene være organisert som foretak med egne styrer.

I gjennomgangen presenteres fire modeller for hvordan regionale helseforetak og helseforetak kan organiseres¹.

I modell 1 er det foreslått å avvikle de regionale Helseforetak, og justere dagens 20 ‘lokale’ Helseforetak til 10-15, og videreføre disse med egne styrer direkte under HOD som da skal ivareta ”sørge-for-ansvaret” som nå er tillagt de regionale Helseforetakene.

Modell 2 er lik modell 1, men da med tillegg av et eget sykehusdirektorat til støtte for HOD i drift av helseforetakene. En kan i slik modell tenke seg at funksjoner i dagens regionale helseforetak videreføres som ‘regionale satellitter’ for det nye sykehusdirektoratet.

Modell 3 presenterer ‘lokale’ helseforetak med egne styrer som er underlagt et nasjonalt helseforetak som har «sørge for-ansvar». Også i en slik modell kan man tenke seg at funksjoner i dagens regionale helseforetak videreføres som ‘regionale satellitter’ for det nye nasjonale helseforetaket.

Nøkkelbegreper som ligger til grunn for utvalgets arbeid er effektiv ressursutnyttelse, minst mulig byråkrati, økonomistyring og kontroll, samordning og ressursutnyttelse (mellom sykehus, mellom ulike nivåer, mellom private og offentlige, mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste). Videre står pasienters og pårørendes påvirkning på helsetilbudet sentralt. Utvalgets rapport referer til en evaluering foretatt av Agenda Kaupang fra 2012 “Evaluering av styrene i helseforetakene. En evaluering av roller og funksjon for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene.” hvor det heter:

«oppfatningen at styrene har bidratt vesentlig til å gi legitimitet til helseforetakene og at de har bidratt til bedre og mer omforente prosesser for utviklings- og omstillingstiltak»
(NOU 2016:25, side 15).

Legitimitetskriteriumet står sentralt i rapporten og effekten av de ulike alternativer på politisk, regional og lokal legitimitet. Det generelle her er at en sentralisering vil gi økt politisk legitimitet og vil svekke regional og lokal legitimitet.

¹ Presentasjon: Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover? NOU 2016:25 Avgitt 1 desember 2016; Leder Stener Kvinnsland

Utvalget mener etter en samlet vurdering at alternativ 3 med ett nasjonalt helseforetak som eier av helseforetakene er det beste blant de alternativene som er gitt i mandatet.

Et flertall på 13 av utvalgets 16 medlemmer mener likevel

“...etter en samlet vurdering at det bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivået, og vil ikke anbefale å erstatte de regionale helseforetakene med ett nasjonalt foretak... Overføring av viktige beslutninger knyttet til inntektsfordeling, investeringer og funksjonsfordeling fra regionalt til nasjonalt nivå innebærer sentralisering av beslutninger og makt, og kan svekke legitimitet til modellen lokalt. Flertallet mener en modell med beslutningsorganer på regionnivået gir det beste grunnlaget for regional planlegging av spesialisthelsetjenesten “.

Et mindretall på tre mener at grunnlaget ikke er godt nok til å gi en entydig anbefaling og vil derfor anbefale at en modell med en nasjonal overbygning tas med videre i regjeringens vurdering.

“Et nasjonalt nivå bør ivareta nasjonale oppgaver, herunder overordnede strategiske oppgaver og eierskap. Dette kombineres med utvidede fullmakter til helseforetakene, og sykehus organisert som selvstendige enheter under disse. Modellen tilsier at det kan bli noen færre helseforetak enn det en har i dag”.

Med bakgrunn i mandatets alternativ d) eventuelle andre modeller, lanserer utvalget en alternativ 4-modell. Utvalget deler seg på midten med hensyn til å anbefale/ikke anbefale dette alternativet. I modell 4 er det i første rekke ansvarsdelingen mellom regionalt og lokalt nivå som påvirkes. Modell 4 presenteres som en modell hvor de regionale helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter og hvor helseforetakene blir en del av det samme rettssubjekt og direkte styrt av det regionale foretaket. Det betyr at i modell 4 så vil ikke helseforetakene ha egne styrever.

Helseforetakene (de lokale, min presisering) videreføres som hensiktsmessige organisatoriske resultatenheter for sykehus, kalt sykehusgrupper, men som del av samme rettssubjekt som det regionale helseforetaket. ”Sørge for-ansvaret” vil som i dag ligge hos de regionale helseforetakene.

Utvalgets medlemmer Kvinnsland, Andresen, Fagernæs, Kalseth, Okkels, Rugland, Slatten og Aase mener

“dette vil være det beste systemet, ved at det klargjør ansvarsforhold og samtidig legger til rette for mer effektiv styrings- og beslutningslinjer. Dette kan gi bedre grunnlag for regional samordning og styring, og også legge bedre til rette for å gjennomføre nasjonal politikk.

Styrer på to nivåer som har selvstendig beslutningsmyndighet, kan føre til uklare ansvarsforhold. Spesielt i saker med uenighet og konflikt kan dette bli satt på spissen. I en modell med styrer på ett nivå vil ansvarsforholdene bli klargjort og beslutningsprosessene forenklet og mer effektive. Administrerende direktør for helseforetakene må i dag forholde seg til eget styre og til administrasjonen i det regionale helseforetaket. I denne modellen vil lederen utelukkende forholde seg til ledelsen i det nye helseforetaket, i en direkte styringslinje. Disse medlemmene legger vekt på at lederne for sykehusgruppene på denne måten vil få en klarere rolle i styringslinjen, og mener at det må formaliseres at lederne skal inngå i ledergruppen i helseforetaket. Dette vil gi økt mulighet for direkte å påvirke beslutninger på regionnivået. De vil i større grad enn i dag kunne være med på å legge premissene for strategiske beslutninger ved at de tidlig blir involvert i å utarbeide beslutningsgrunnlag mv. “

Utvalgets medlemmer Bleikelia, Brustad, Carlyle, Gjessing, Haukaas, Grimsgaard, Gåsvatn og Thurmer støtter ikke tilrådingen om å fjerne styrene i (de lokale, min presisering) Helseforetakene

“Helseforetaksreformen var en desentraliseringsreform hvor siktemålet var å skape en stor grad av autonomi for sykehusene ved å etablere dem som selvstendige helseforetak.

Alternativ 4 vil, etter disse medlemmenes oppfatning, kunne bidra til sentralisering av makt og beslutninger. Lokal sykehusledelse vil kunne svekkes, ved at direktøren ikke lengre tilsettes og støttes av et styre. Etter medlemmenes vurdering vil svekket lokal ledelse være et sannsynlig utfall ved endringen. God og effektiv drift av sykehus forutsetter at ledelsen av virksomheten gis tilstrekkelig handlingsrom og myndighet. Sterk lokal ledelse vil også ivareta og utvikle samhandling med kommuner og fastleger bedre. En organisering med lokal sykehusledelse uten styrer i et konsern vil også kunne ha uheldige konsekvenser ved at vedtak ikke lenger blir tilstrekkelig opplyst og forankret, og at medbestemmelsen svekkes”.... “Medlemmene mener at den ansvarsavgrensning som ble etablert i 2002 ved å skille mellom sørge-for-ansvaret og det operative ansvaret for driften, bør opprettholdes. En sammenblanding av sørge-for-ansvaret og det operative driftsansvaret er i strid med reformens bærende ide. Helsesektoren og spesialisthelsetjenesten er sektorer hvor det alltid vil være sterke og kryssende interesser. Uansett organisasjonsmodell vil disse interessene brynes mot hverandre. Et tydelig ansvarsskille mellom regionale helseforetak som virkemiddel for å iverksette politikken, og helseforetakene som virkemiddel for den operative driften, er etter disse medlemmenes skjønn et svært viktig skille i rendyrkingen av ansvar. En risiko ved modellen er at den vil lede til at operative beslutninger, som enkelte oppfatter som kontroversielle eller uønsket, trykkes oppover i styrings- og lederlinjen. I dag er styret i helseforetakene et naturlig stoppunkt for slike sentraliserende prosesser, da regionale helseforetak må anvende eier- eller oppdragsteknikker for å gripe inn. Likeledes vil en sentralisering kunne føre til at legitimiteten i lokaldemokratiet og hos brukerorganisasjoner svekkes. For mange sentraliserte beslutninger har vært noen av hovedpunktene i kritikken mot dagens modell. Modellen i alternativ 4 begrunnes med behov for sterkere intern styring innenfor regionen. Disse medlemmene kan ikke se at dette har vært hovedproblemet i dagens modell. Hoved kritikken av modellen dreier seg om demokratisk legitimitet og mangel på politisk styring. Disse utfordringene kan løses gjennom tilgjengelige styringsvirkemidler i dagens modell.”

Utover dette har utvalget også sett på inndelingen i helseregioner og antall helseforetak, eiendomsforvaltningen samt utfordringer for IKT i helsesektoren. Fokuset for inndeling i helseregioner har særskilt tatt for seg utfordringene i Helse Sør-Øst. Om inndeling i helseregioner skriver utvalget følgende:

” Utvalget oppfatter at det er lite diskusjon om regioninndeling og regionsgrenser når det gjelder helseregionene Nord, Midt-Norge og Vest. Utvalget har derfor avgrenset vurderingene til alternativ regioninndeling til å gjelde Helseregion Sør-Øst.”
(NOU 2016:25, side 154).

Utvalgets gjennomgang av utfordringene for Helse Sør-Øst er mindre relevant for utfordringene for helsetjenester i Nord-Norge og vil ikke bli ytterligere omtalt i denne styresaken.

Direktørens drøfting

Utvalget opplyser at utvalgets egen problemforståelse av bakgrunnen for oppdraget er å finne i den politiske og offentlige debatten om styringen av sykehussektoren. Utvalget mener at flertallet av de som uttaler seg er kritiske til helseforetaksmodellen i nåværende form. Tre overordnede budskap har man merket seg; a) modellen er for markedsstyrt, b) for udemokratisk, og c) skaper et unødvendig byråkrati.

Det kan også fremstå som at utvalget umiddelbart ser et dilemma ved å ha blitt gitt et mandat som ikke i noen av de presiserte alternativer ivaretar en videreføring av et regionalt beslutningsnivå,

samtidig som erfaringene med utviklingen i sektorens resultatmål som økonomi, kvalitet, tilgjengelighet til tjenester, forskning o.a. har vært god. Det må ha framstått som om oppdragsgiver, uavhengig av empirisk måloppnåelse, allerede har identifisert et unødvendig byråkrati?

Og det kan også ha gitt utvalget ytterligere utfordringer med å forholde seg til mandatet at oppdragsgiver kort tid forut gjennom den nasjonale helse- og sykehusplanen forstås som å ha slått fast at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske helseregioner. I Innst 206 S (2015-2016) understreker komiteens flertall (Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre *«at den regionale organiseringen av spesialisthelsetjenesten har gjort det mulig å samordne og funksjonsfordele oppgaver, slik at det understøtter målet om å kunne gi et tilbud av likeverdige tjenester i en desentralisert sykehusstruktur»*).

Utvalget har nå avlevert en NOU 2016:25 som fremstår som et solid forsvarsskrift for de regionale helseforetakene. NOU'en gir god oversikt over historikk, formelle strukturer i inn og utland, og omfattende og gode drøftinger av alternativene 1-3.

Etter mitt skjønn går den faktisk noe i lengste laget i å gi et bilde av hvor operativt i drift og tilgjengelig i offentlighet, kommunalt samarbeide o.a. de regionale helseforetakene faktisk er.

Derimot kunne utvalget langt sterkere og tydeligere ha løftet frem den meget svært samfunnsnyttige og viktige funksjonen de regionale helseforetakene har, og må ha, av hensyn til tilbudslighet mellom og innad i regionene. Dette som uavhengig faglig autoritet og forsvarer for 'pasientens helsetjenester' tilgjengeliggjort med fornuftig geografisk distribusjon i en sektor hvor meget ressurssterke profesjonsmiljø tenderer til å ville sentralisering av tjenester til eget hus foran distribuert tilgjengelighet i regionen. Uten en slik faglig balanserende funksjon ved de regionale helseforetakene, med kunnskap om nasjonale og internasjonale fagstandarder, kombinert med en nærhet til de ulike kliniske miljø i regionen, ville ikke målsetninger som 'sentraliser bare det vi må, desentraliser det vi kan' kunne blitt realisert som en del av «Pasientens helsetjenester» uten betydelig større offentlige motsetningsforhold i spesialisthelsetjenestens rekker. Det er mulig det er dette forhold utvalget tangerer når det uttrykker *«stort kontrollspenn og departementets begrensede kunnskap om lokale og regionale forhold forventes å svekke samordningsevnen»* (NOU 2016:25 side 19-22).

På den annen side er det en svakhet ved utvalgets rapport at den oppleves å være tilnærmet fri for kritisk tilnærming til hvordan de regionale helseforetakene ivaretar andre aspekter ved sin funksjon. Jeg tror dette kan ha sin bakgrunn i at utvalget i utgangspunktet har fått et negativt ladet mandat i.f.t videreføring av de regionale helseforetakene. Dette synes å ha medført en betydelig overlevelse-mobilisering i de regionale foretakene, blant intervjuobjekter i spesialisthelsetjenesten og blant samarbeidspartnere til de regionale helseforetakene. Dette synes å smittet over på utvalgets flertall, og har etter min oppfatning medført at viktige kritiske perspektiv ikke blir drøftet i tilstrekkelig grad.

Utvalget nevner kort hva Tormod Hermansen peker på i boka 'En bedre styrt stat' (2015) nemlig *'at organiseringen som forvaltningsorganer med utvidede fullmakter ville ha gitt en bedre mulighet for å balansere hensynet til overordnet strukturell styring og de overordnede økonomiske rammene mot hensynet til faglig selvstendighet og desentralisert operativt driftsansvar'*. Dette burde kanskje foranlediget et alternativ 4 basert på denne tilnærmingen, det skjer ikke. Derimot lanseres et annet, svakt opplyst og begrunnet forslag til alternativ 4, se senere.

Med en mer balansert foranledning kunne denne NOU vært noe mer enn hva den nå er. Den kunne vært en kritisk gjennomgang etter 14 år med disse regionale helseforetakene. Kritisk provoserende

spørsmål kunne vært reist rundt tema som gjengitt nedenfor her. Dette i den hensikt å hentet kunnskap, læring og videreutvikling av virksomhetene.

- I hvilket omfang og med hvilke kilder kan det regionale helseforetaket faktisk dokumentere tilbudslighet for befolkningen i regionen?
- Når tenker de fire RHF'er de kan samles om samme elektroniske pasient journal (EPJ) med sine knapt 6 millioner pasienter? Tenker regionene at de kan samle alt av kundenes kontrakter, merkantile og funksjonell forvaltning, og utviklingsprosjekter i ett felleseid selskap? Hvorfor ikke teknisk forvaltning og drift fra ett og samme datasenter? Hvorfor ulike versjoner og hundretalls millioner i ulike utviklingsprosjekter i de respektive regioners egenregi? Er det slik at riksrevisjonens antydninger om at det her sløses med offentlige midler i innbyrdes rivalisering bare kan analyseres vekk, eller plasseres som en oppgave i en fjern horisont?
- Hvilken posisjon mener regionene de kan og bør ta i forhold til å bygge Kunnskapssamfunnet Norge? Skal innovasjonsmotorer, forskningsmiljø og spesialisthelsetjenestens egen randsoneraktivitet samles og stimuleres i klynger ved Universitetssykehusene eller skal sektoren understøtte en mer geografisk differensiert vekst i regionen? Hva er fasit etter 14 år? Det vi skal leve av i årene fremover er innovasjon og kunnskap. Hvilke fotavtrykk har de regionale helseforetakene etterlatt på disse områder i sine regioner, utenfor campus ved Universitetssykehusene?
- De regionale helseforetakene fordeler årlig ressurser tilsvarende 140 milliarder kroner, det meste til underliggende helseforetak. Fordelingene influerer direkte på pasienttilbud, arbeidsmiljø, forskningsaktivitet, og ressurser som kan legges i samhandlingsarenaer ved de underliggende helseforetak. Hvordan saksbehandles og besluttes den del av disse ressurser som ikke følger av behovskomponent i nasjonal inntektsmodell? Hvor åpen er disse prosesser? Er modellene gjenstand for eksterne revisjoner? Hvorfor er beregningsmetodikker av gjestepasientkostnadene ulik mellom regionene? Hvorfor er vektninger av komponenter som 'reiseavstand' og 'forskning' i 'kostnadsulempe kompensasjonsmodell' ulike mellom regioner?
- Er de regionale styrene sammensatt med representasjon relativ til HF's befolkningsstørrelse? Er det uavhengige etterprøvinger av om dette kan ha gitt skjevheter i tildelinger av ressurser, funksjoner og oppgaver mellom HF'ene?
- Vesentlig i den offentlige kritikk av helseforetakene har vært framstillingen av de regionale helseforetak som et godt avlønnet byråkrati som agerer i lukkede beslutningsrom og hvor kun administrerende direktør kan stilles til ansvar, og da kun av sitt styre. Som igjen antas å ha sin sammensetning etter innstilling influert fra samme direktør? Har de regionale helseforetak utviklet lukkede innflytelse-sfærer og beslutningskulturer?

Foreligger det andre svar enn de regionale helseforetakenes administrasjoner og styrers egevalueringer på disse spørsmålene? Hva er gjort av forskning?

Med et trusselbilde for fjerning av det regionale nivået har for mye av den kritiske refleksjon uteblitt fra intervjuobjekter og fra utvalget. Med den samfunnsmessige verdi helsesektoren og spesialisthelsetjenestene har nasjonalt, regionalt og lokalt mener jeg at det burde vært større rom for kritisk refleksjon.

Jeg slutter meg til utvalgets flertall (13 av 16) og konkluderer med at man i NoU 2016:25 ikke finner noen forslag til bedre styringsmodeller uten de regionale helseforetak, enn i dagens styringsmodell hvor de er helt sentralt med i styringen i regioner.

En nyanse er at jeg i valget av minste onde blant disse tre ville fortrukket alternativ 2 (utvalget peker på alternativ 3) med et nytt sykehusdirektorat med lokale satellitter som saksbehandlende organ for HOD. Dette måtte i så fall vært kombinert med færre helseforetak, og for de uten status som universitetssykehus en frihetsgrad til å ha avtale om pasientforløp med flere av universitetssykehusene, slik at man fikk en 'fri flyt nasjonalt av avtalte pasientstrømmer mellom helseforetakene'. I samsvar med generell konkurranse og markedsteori ville det ha senket spesialisthelsetjenestens samlede kostnadsnivå.

Så til utvalgets alternativ 4.

Det forslag som her fremkommer gir meg det bestemte inntrykk av et utvalg som har blitt satt i et dilemma gitt av en tydelig bestilling om avvikling av et av oppdragsgiver antatt unødvendig og omstridt byråkrati, men som for utvalget viser seg å fremstå som et rimelig velfungerende styringsorgan som dertil omtales i positive vendinger av samarbeidspartnere. Noe ukritisk legger utvalget så også til grunn i sitt arbeide de regionale helseforetakenes egenpresentasjoner mht hvilke driftsoperative evner de besitter, samt hvor omfattende operativ samhandlingsflate de har med andre helseaktørers driftsorganisasjoner (kommuner, fastleger m. fl.).

Som ethvert annet organisasjonsledd som, under trussel om avvikling, blir utfordret på hvordan øke egen beslutningseffektivitet, svarer også dette organet "om jeg kunne få slippe å forholde meg til andre interessenter og få noe mindre offentlighet rundt prosessen". Hvorpå deler av utvalget, formodentlig et godt stykke ut i utvalgsarbeidet, snur seg for å finne andre byråkrater og et mulig beslutningsnivå å fjerne?

Det er påfallende med hvor lite omfang av beskrivelser, og med hvor lite nøyaktighet, utvalget omtaler de lokale helseforetakenes administrasjon og deres styrer. Det vedrører aspekt som: interessenter til og i beslutningsprosessen i de lokale helseforetakene, deres interne og eksterne utrednings- og beslutningsprosesser ift egen styrebehandling og brukerutvalg, deres samspill med det regionale helseforetak, deres samhandling med politisk og helsefaglig nivå i kommunesektor, deres arenaer i forhold til andre helseforetak og o.a.

Det er fortjenestefullt at utvalget bruker om lag 230 sider på fakta og vurderinger og deretter med godt dokumentert kunnskap avviser å avvikle de regionale styrer. Det er derimot sterkt kritikkverdig at 50 % av utvalget – uten noe i nærheten av 10 % av samme dokumentert kunnskapsnivå om styringsmiljø og prosesser i de lokale helseforetakene – foreslår å avvikle disse som selvstendige juridiske enheter med styrer.

Den del av utvalget som støtter forslaget mener:

“Modellen virker sentraliserende ved at styrene for de nye helseforetakene (regionale, min presisering) vil få et ansvarsområde som også omfatter det ansvaret styrene i helseforetakene har i dag. Samtidig er det grunn til å anta at lederne for sykehusgruppene vil bli styrket bandt annet som følge av at de inngår i ledergruppen i de nye helseforetakene, og at den øverste ledelsen i foretaket vil få så stort kontrollspenn at delegasjon av beslutningsmyndighet er nødvendig. Dette kan gi økt legitimitet lokalt.”

og “Lederne av sykehusgruppene vil få en klarere rolle i styringslinjen og økt mulighet til direkte å påvirke beslutninger på regionnivået”.

Dette er en kraftig misvisende underkjennelse av det eksisterende beslutningsregime slik det praktiseres med dagens lovgivning.

- For alle HF interne drifts- og investeringssaker forholder administrerende direktør seg til det oppdragsdokument man har mottatt fra sitt styre, og til de fullmakter man er gitt av styret, samt til regionens investeringsreglement mm. Det nødvendige handlingsrom er tilstede og

prosessusikkerheten er lav. Vesentlige beslutningssaker innenfor administrerende direktørs fullmakter utredes enten av linjen i eget helseforetak eller av en meget liten lokal stab, de drøftes i helseforetakets ledergruppe, og de drøftes med tillitsvalgte og vernetjeneste. Berører beslutningssakene pasienttilbudet drøftes de med brukerutvalg og kommunenes representanter i faste Samhandlingsutvalg (OSO). Deretter treffes beslutning og gjennomføres.

En fullmakt til å treffe beslutninger gitt pr delegasjon fra en administrerende direktør til en underordnet resultatansvarlig leder for en sykehusgruppe kan selvsagt ikke sies å ha høyere legitimitet enn en fullmakt gitt til en administrerende direktør av et styre for et eget juridisk objekt, slik deler av utvalget argumenterer for.

- For alle vesentlige drift-, utviklings- og investeringsaker som er utenfor HF-direktørens gitte fullmakter, og/eller berører det regionale foretaket, og annet HF forutsetter en styrebehandling i lokalt helseforetaks styre. Det samme gjelder høringssaker fra det regionale helseforetaket i forkant av deres behandling av styresaker. For alle slike saker er den lokale saksbehandlingen som for punktet ovenfor her.

Å hevde at man øker muligheten til å påvirke slike beslutninger på regionnivået ved ikke å behandle saker i en styrelinje til egne styrer er i seg selv en oppsiktsvekkende påstand fra deler av utvalget. Hvilken åpenhetskultur representerer dette?

Derimot kan man med rimelig sikkerhet si at man ved å legge de lokale og det regionale Helseforetaket i samme juridiske enhet oppnår man et annet forhold til Lov om offentlighet i forvaltningen (Offentlighetsloven). I dag er tilnærmet all saksbehandling mellom de lokale og det regionale Helseforetaket å anse som omfattet av krav til offentlighet. Etablert i samme juridiske enhet vil mer av dette kunne falle inn under bestemmelsene om 'intern saksforberedelse'. Offentlige styresaker ved lokale helseforetak bidrar til åpenhet og offentlig debatt rundt drift og strategiske veivalg. Ved å fjerne lokale styrer får man større enheter som raskt kan medføre mindre åpenhet.

Videre kan man si at en slik filialisering av de lokale Helseforetakene fort vil dempe grunnlaget for offentlig debatt, flere kontroversielle saker vil kunne holdes under den offentlige radar. Hvor mange filialsjefer har i offentlighet protestert på renteendringer fra moderbank?

Deler av utvalget synes ikke å ha forstått implikasjoner ved at det i det regionale beslutningsapparat fordeles betydelige ressurser mellom formål og mellom helseforetak. Og at det er regelen og helt legitimt, ikke uønsket og uvanlig, at det er motstridende interesser ved disse fordelinger. Det er dette offentlige prioriteringer handler om.

Ressursfordelingene påvirker direkte pasienttilbudet mellom geografiske områder, mellom pasientgrupper, mellom pasientgrupper i ulike HF, ansatte grupper, samhandlingspartnere i kommuner og primærhelsetjeneste, i undervisning og forskning osv. I den minste regionen, Helse Nord, alene fordeles internt om lag 17 milliarder, hvorav om lag 25 % enten etter regionalt behandlede nøkler eller enkeltvedtak.

Det er åpenbart at disse prioriterings- og fordelingsspørsmål bør håndteres i bredt involverende prosesser og i det offentlige rom. Dette ikke bare av hensyn til offentlig legitimitet, men også for å unngå beslutningsprosesser med asymmetrisk informasjon og/eller principal-agent lignende spill mellom interessenter.

En direktør for et helseforetak kan, og skal, helt legitimt fremme i offentlighet nødvendig informasjon og foretakets interesser i fordelingssaker (enten ressurser eller funksjonsfordelinger) i form av styresaker til eget styre. Og i regel også kun der.

En 'resultatansvarlig leder for en sykehusgruppe' som inngår i en regional ledergruppe, med en administrerende direktør som skal fremme innstilling i slike saker til eget styre, er i filialbestyrerens posisjon og skal selvsagt ikke fremføre egne posisjoner i det offentlige rom. Så det foreslåtte alternativ 4 vil åpenbart medføre at det beslutningsregimet som nå kritiseres for å være lukket, faktisk blir vesentlig mer lukket.

Jeg deler oppfatningen til utvalgets medlemmer Bleikelia, Brustad, Carlyle, Gjessing, Haukaas, Grimsgaard, Gåsvatn og Thurmer om at man ikke kan støtte noen tilrådingen om å fjerne styrene i (de lokale, min presisering) Helseforetakene

Utvalgets forslag om eiendomsforvaltning.

Kvinnsland-utvalget er bedt om å evaluere eierskap og forvaltning av bygg. Eksisterende bygningsmasse i spesialisthelsetjenesten antas å ha et etterslep på vedlikehold og har et behov for modernisering tilpasset dagens tjenestetilbud. Etterslepet og moderniseringsbehovet er anslått til å utgjøre ca 55 – 85 milliarder kroner (NOU 2016:25, side 190). I tillegg til tilstand og vedlikeholdsnivå trekkes også frem behov for målrettet arealutnyttelse, mangelfullt beslutningsgrunnlag for investeringer samt utfordringer i gevinstrealiseringsbildet, fra Riksrevisjonens undersøkelse i 2011.

Flertallet i utvalget går inn for å etablere en husleieordning og etablere egne eiendomsenheter på regionalt eller nasjonalt nivå. Ulike effekter av et slikt alternativ presenteres på sidene 199 – 202. Flere av disse punktene går på å etablere insentiver for å få en mer optimal utnyttelse av arealene. En fleksibel tilpasning og bruk av arealene kan vanskelig forstås å kunne bli løst bedre i organisasjoner på regionalt eller nasjonalt nivå. Det at sykehusene selv står for utredning, investering og drift av bygningsmasse gir bedre eierskap til utfordringer og kontinuerlig tilpasning. God utnyttelse og tilpasning av arealer krever lokal kunnskap og forståelse. En sentralisering vil ikke bidra til dette.

Jeg vil tilrå at ansvaret for eiendomsforvaltningen blir videreført som et ansvar for den som har ansvaret for driften av sykehustjenesten. Krav til nivå på vedlikehold, husleieordninger mm bør eventuelt håndteres som rammebetingelser for driften gitt av eier.

Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.

Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?

NOU 2016:25 AVGITT 1. DESEMBER 2016

LEDER: STENER KVINNSLAND

Mandatet

Modellvalg:

- a) Avvikling av de regionale helseforetakene.
Færre helseforetak enn i dag - direkte underlagt departementet
- b) Et eget direktorat til erstatning for RHF
- c) Ett nasjonalt helseforetak til erstatning for RHF
- d) Eventuelle andre modeller

Andre tema:

- Regioninndeling
- Eiendomsforvaltning

Premisser for mandatet

Staten skal fortsatt eie sykehusene

Sykehusene skal fortsatt være organisert som foretak med egnestyrer. Dette betyr også at regnskapsloven skal gjelde.

Finansieringssystemet ligger fast med mindre modellvalg krever tilpasninger

Utvalget

Utvalgsleder: lege Stener Kvinnsland, Bergen

Medlemmer:

rådmann Trude Andresen, Lier

klinikkdirektør Per S. Bleikelia, Hønefoss

tidligere helse- og omsorgsminister Sylvia K. Brustad, Hamar

leder av brukerutvalget UNN Cathrin Carlyle, Tromsø

tidl. regjeringsadvokat Sven Ole Fagernæs, Oslo

lege Hege Gjessing, Oslo

lege Christian Grimsgaard, Oslo

spesialrådgiver Jon J. Gåsvatn, Sarpsborg

prosjektdirektør Lars Haukaas, Oslo

seniorforsker Jorid Kalseth, Trondheim

departementsråd Per V. Okkels, København

daglig leder Brit K.S. Rugland, Stavanger

konsulent/partner Bente G. H. Slaatten, Nesbru

lege Hanne Thürmer, Notodden

professor Karina Aase, Stavanger

Proessen

Opprettet 2. oktober 2015.

Bred prosess hvor mange aktører har fremmet sine syn for utvalget

- En rekke innledere er invitert til utvalgsmøtene
- Eksterne innspill i heldagsmøte
- Egen nettside og invitasjon til å gi skriftlig innspill

Status etter 14 år med helseforetaksmodellen

Kvaliteten på helsetilbudet i Norge er generelt god

Sykehus er blant de off. virksomhetene som brukerne er mest fornøyd med

Økonomien er under kontroll

Investeringsnivået er klart høyere enn på 90-tallet

Produktiviteten har økt

Styringsdialogen og rolleforståelsen har blitt tydeligere over tid

Det er tatt grep for å bedre samordningen både nasjonalt og regionalt

Men:

Fortsatt store forskjeller i tjenestetilbudet

Fortsatt rom for økt produktivitet

Utfordringer knyttet til bygg med dårlig standard

Behov for nasjonale grep spesielt på IKT-området

Utfordringer knyttet til ledelse og intern organisering

Behov for bedre samhandling med kommunene

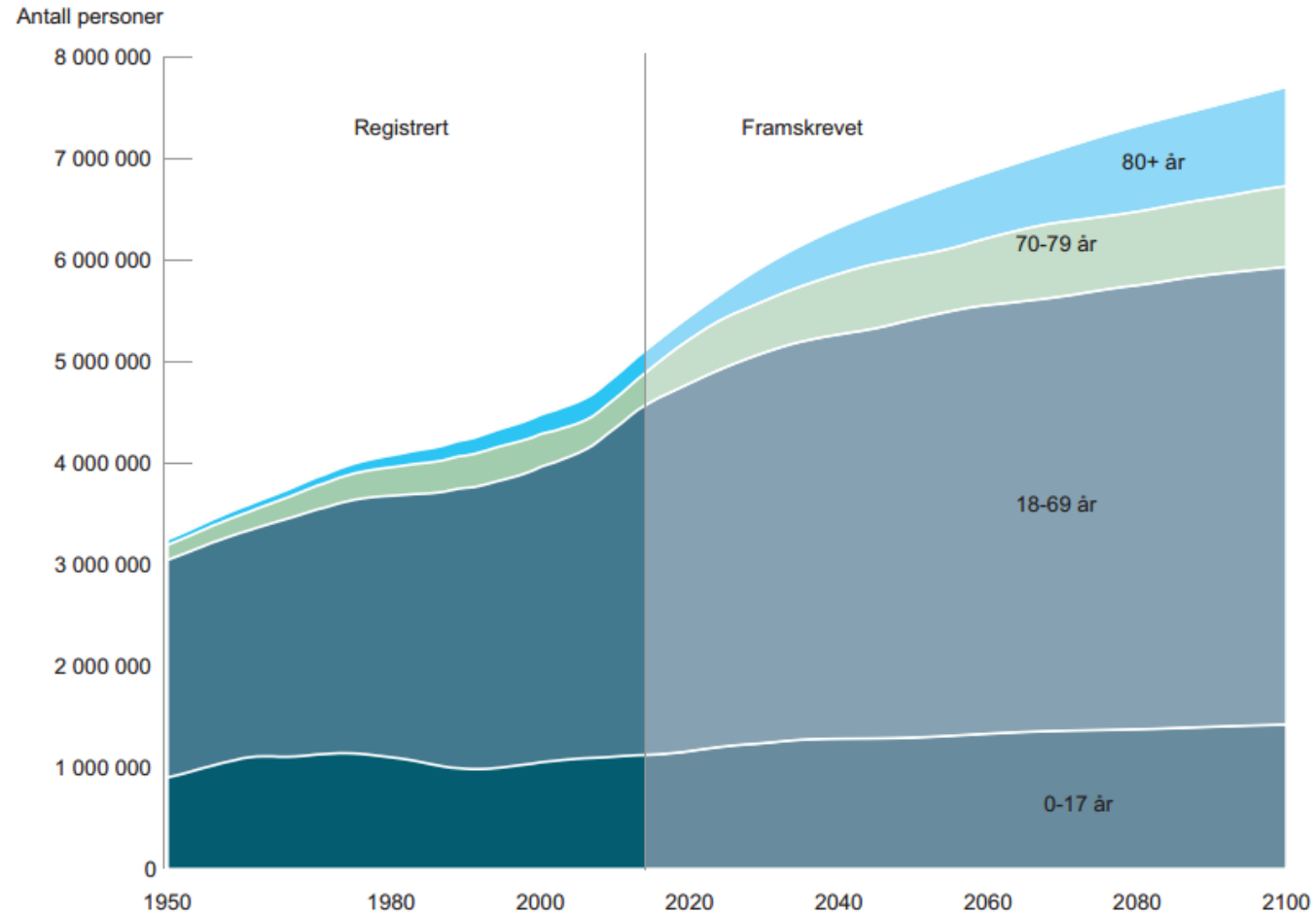
Utfordringer

Demografiske endringer fram til 2030:

- Vi blir én million flere
- Urbanisering fortsetter – ca. 30% vekst i storbyene, mens de eldre blir boende på bygda
- 300.000 flere over 70 år
 - En 70-åring bruker om lag dobbelt så mye helsetjenester som en 40-åring

Den offentlige budsjettsituasjonen forventes å bli strammere framover

Vekst i antall eldre



Utfordringer - forts

Den medisinsk-tekniske utviklingen stiller store krav til omstilling

Føringer gjennom nasjonal helse- og sykehusplan (samordning mv.)

Rettighetslovgivning

IKT

Ledelse og intern organisering

De sentrale oppgavene til RHFene

Sørge-for-ansvaret:

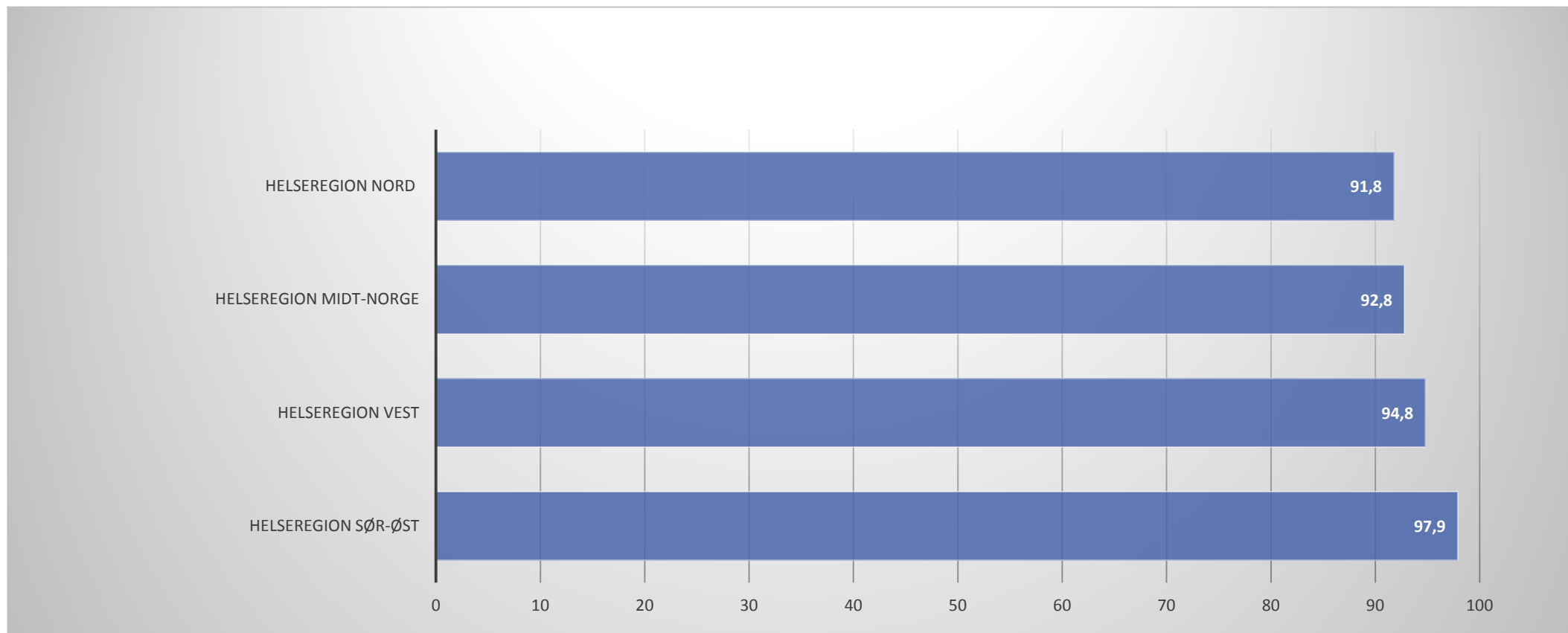
- Planlegging av tilbudet – på kort og lang sikt
- Funksjons- og oppgavefordeling
- Prioritering av investeringer
- Kjøp av helsetjenester fra private leverandører

Forvalte eierskap til helseforetakene:

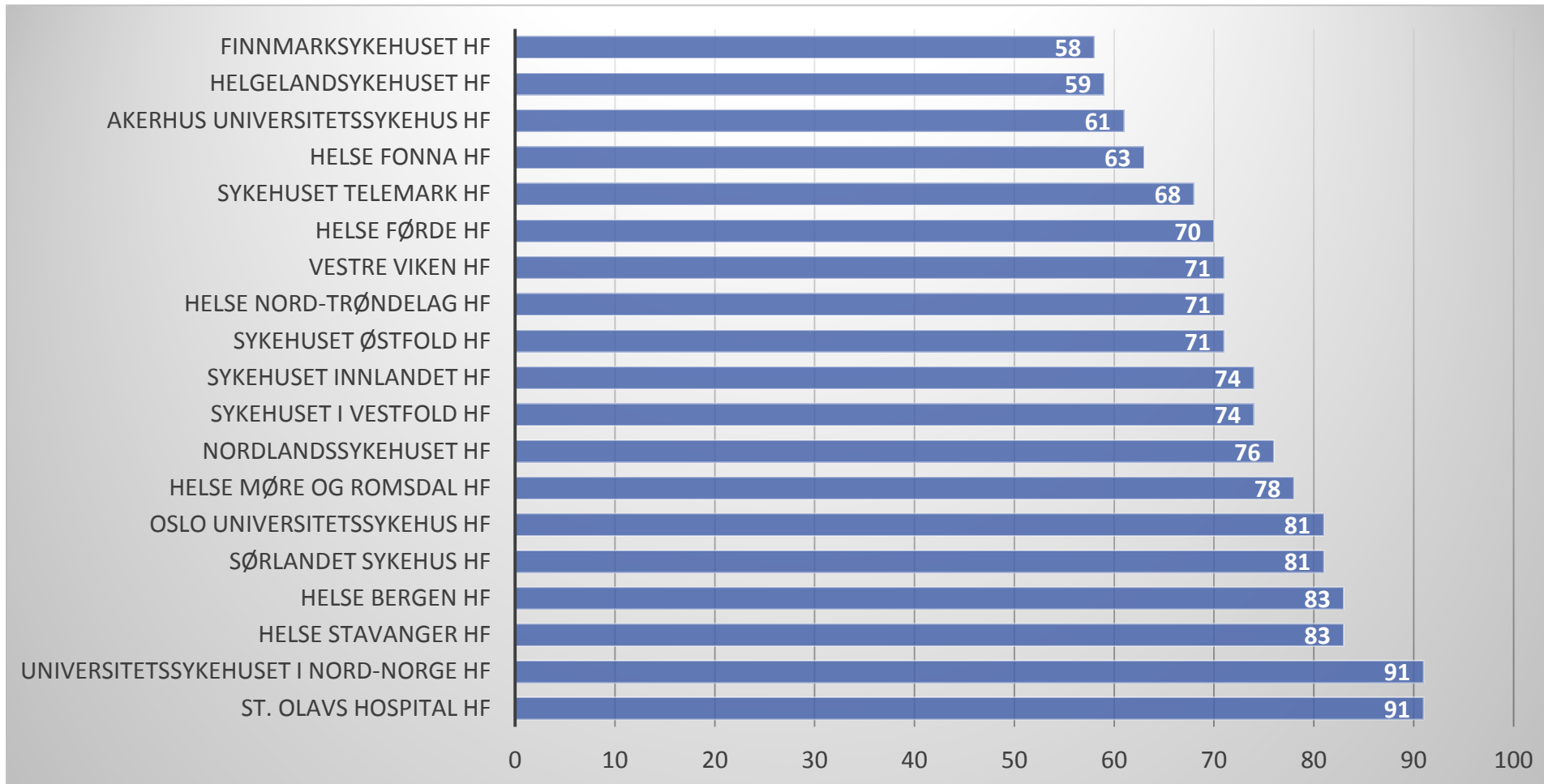
- Sette mål og fordele budsjett
- Oppfølging og kontroll

Koordinering av forskning og undervisning

Dekningsgrad i helseregionene



Egendekning i helseforetak (69,5 pst.)



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

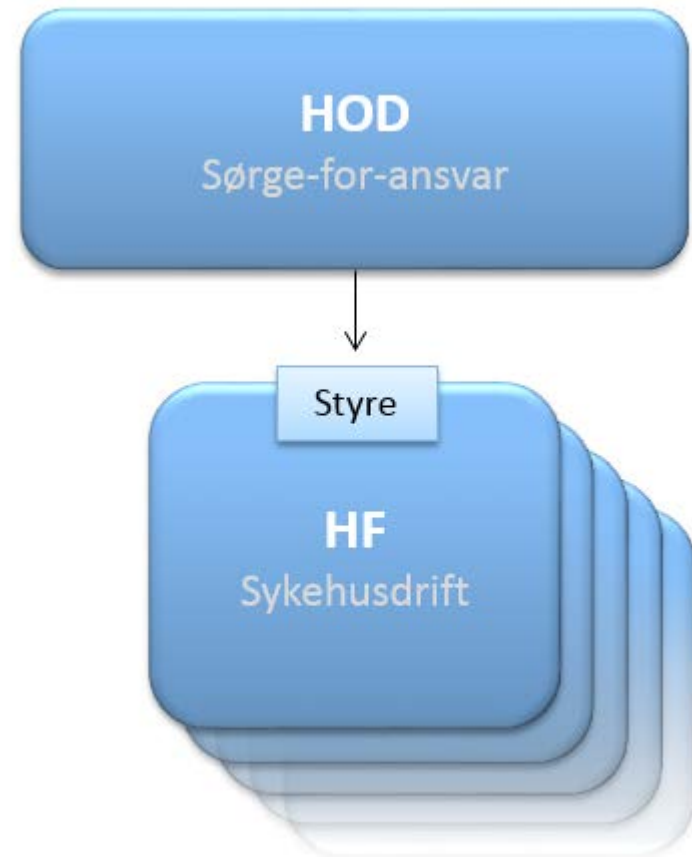
Grunnlag: Alle DRG, alle innmåter, alle omsorgsnivå. 1. januar – 31. desember 2014

Modell 1

De regionale helseforetakene avvikles og 10 – 15 helseforetak legges direkte under departementet.

Departementet har sørge-for-ansvaret og forvalter eierskapet og alle oppgavene knyttet til dette.

Statsrådets politiske ansvar blir betydelig utvidet og departementet får mange flere oppgaver enn i dag.



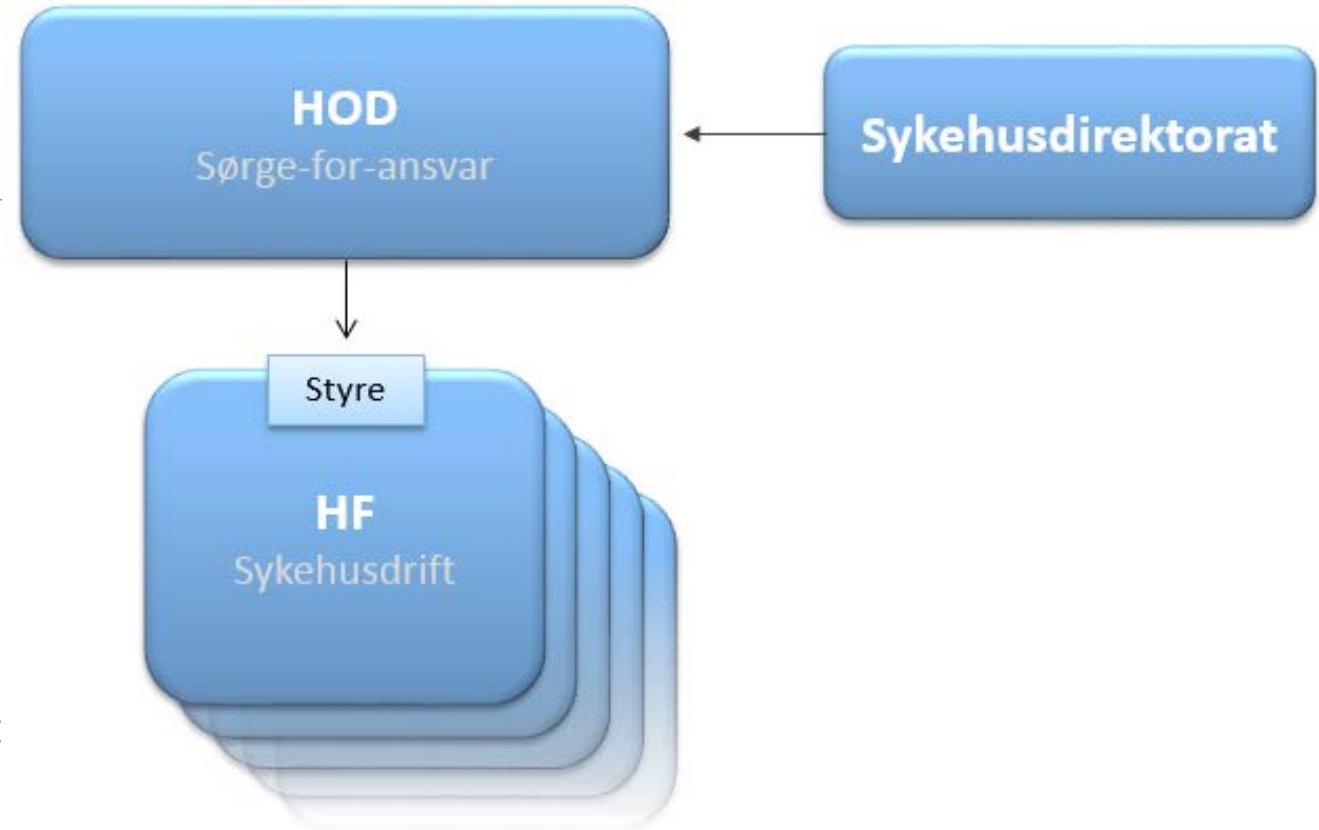
Modell 2

De regionale helseforetakene avvikles og det opprettes et sykehusdirektorat som tilrettelegger for departementet.

Departementet har sørge-for-ansvaret og forvalter eierskapet til helseforetakene.

En del oppgaver kan delegeres til direktoratet

Statsrådets politiske ansvar blir betydelig utvidet og departementet får flere oppgaver enn i dag.



Modell 3

Det opprettes ett nasjonalt helseforetak som erstatter de regionale helseforetakene.

Det nasjonale helseforetaket har sørge-for-ansvaret og forvalter eierskapet og alle oppgavene knyttet til dette.

Statsrådets politiske ansvar og departementets oppgaver videreføres i utgangspunktet som i dag.

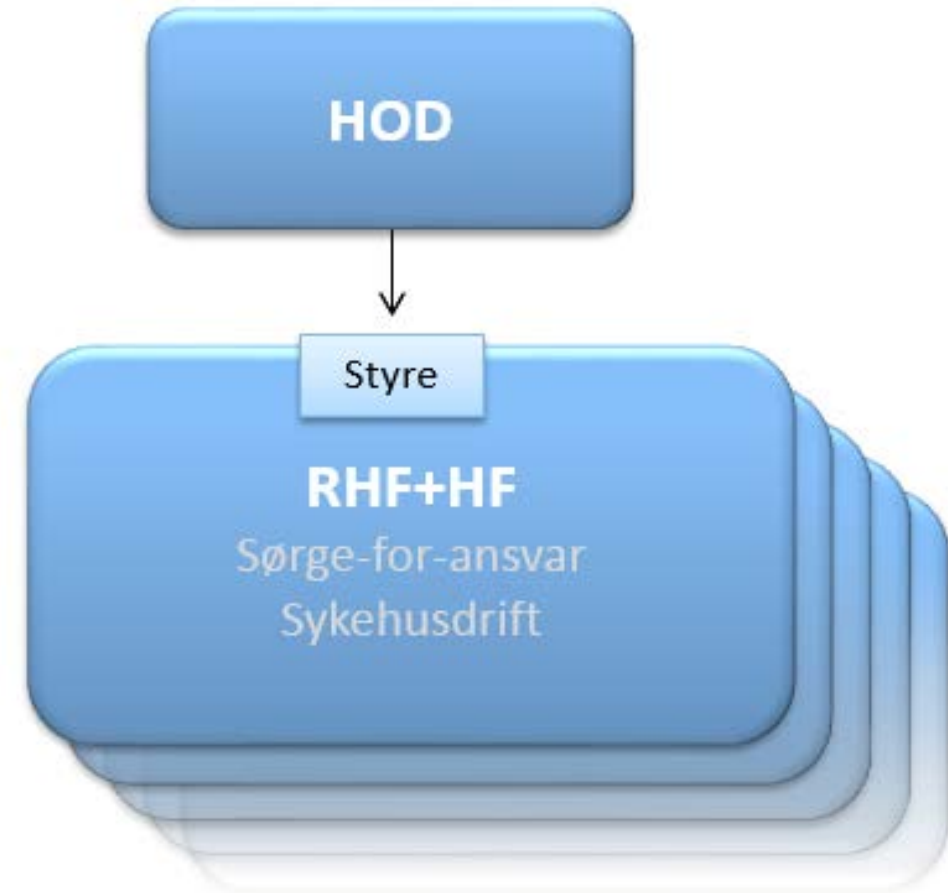


Modell 4

De regionale helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter.

Helseforetakene blir en del av samme rettssubjekt og direkte styrt av det regionale helseforetaket.

Statsråden og departementet kommer tettere på styringen av sykehusdriften.



Modellvalg

Hvilken av de 3 nasjonale modellene er den beste?

Bør et regionalt beslutningsnivå videreføres?

Bør helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter?

Tilråding om nasjonal modell

Utvalget mener alternativet med ett nasjonalt helseforetak er det beste.

I de to andre modellene får departementet et uhensiktsmessig stort kontrollspenn, med omfattende oppgaver knyttet til:

- Planlegging (funksjonsfordeling mv.)
- Ressursfordeling (herunder til investeringer)
- Oppfølging og kontroll

Sannsynlig konsekvens: Spesialisthelsetjenesten blir for dominerende i departementet, med for stort fokus på enkeltsaker.

Beslutningsprosessene enklest i modell 3.

Minst implementeringsrisiko i modell 3.

Flertallet anbefaler et regionalt beslutningsnivå (13 av 16 medlemmer)

Sentralisering av de viktigste beslutningene innebærer sentralisering av beslutninger og makt som kan svekke legitimiteten til modellen lokalt.

En modell med ett nasjonalt helseforetak gir så sterk maktkonsentrasjon til én nasjonal leder og ett styre at den vil kunne utfordre den rollefordelingen som systemet bygger på.

En modell med beslutningsorganer på regionnivået legger det beste grunnlaget for regional planlegging.

Mindretallet anbefaler at nasjonal modell vurderes videre (3 medlemmer)

Mindretallet mener at grunnlaget ikke er godt nok til å gi en entydig anbefaling og anbefaler at en modell med en nasjonal overbygging tas med videre i regjeringens vurdering.

Egenskapet ved en nasjonal modell:

- Nasjonalt nivå ivaretar nasjonale oppgaver, herunder overordnede strategiske oppgaver og eierskap.
- Helseforetakene får utvidede fullmakter og sykehusene organiseres som selvstendige enheter under disse.
- Et siktemål er å styrke helseforetakenes autonomi, myndighet og handlingsrom.

Bør helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter?

Halvparten av medlemmene, inkludert utvalgets leder, støtter modellen der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter.

- Klargjør ansvarsforhold og legger til rette for mer effektive styrings- og beslutningslinjer
- Lederne for sykehusgruppene inngår i ledergruppen på det regionale nivået
- Lederne for sykehusgruppene får en klarere rolle i styringslinjen og økt mulighet til direkte å påvirke beslutninger på regionnivået
- Det legges til rette for bedre samarbeid mellom sykehusene internt i helseregionen

Modellen forutsetter at det etableres samhandlingsarenaer på lokalt nivå, og at sykehusene gis økt autonomi i driftsspørsmål. Legger til rette for flere sykehusgrupper enn det er HF i dag.

Bør helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter? – forts.

Den andre halvparten av utvalget går imot en slik endring, og mener den vil bidra til sentralisering av makt og beslutninger.

- Svekket lokal ledelse er et sannsynlig utfall, med negative konsekvenser for sykehusdrift og samhandling.
- Modellen vil også kunne føre til at vedtak ikke blir tilstrekkelig opplyst og forankret, og svekket medbestemmelse.
- Medlemmene er særlig bekymret for negative følger for virksomheten i Helse Sør-Øst, som har ansvar for 56 pst. av befolkningen og pasientbehandlingen.

Regioninndeling

Helseregionene Nord, Midt-Norge og Vest har vært uendret siden 1975

Utvalget har begrenset vurderingene til Helseregion Sør-Øst

Det har vært diskusjon om Helseregion Sør-Øst er uhensiktsmessig stor:

- Stort kontrollspenn
- Lange styringslinjer

Helseregion Sør-Øst

Innbyggere: 2,9 millioner

Areal: 110 000 km², ti fylker

Ansatte: 78 300 (59 800 årsverk)

Inntekter 2016: 81,1 mrd. kroner

Helseforetak:

Oslo universitetssykehus HF

Akershus universitetssykehus HF

Sunnaas sykehus HF

Sykehuset Innlandet HF

Sykehuset i Vestfold HF

Sykehuset Telemark HF

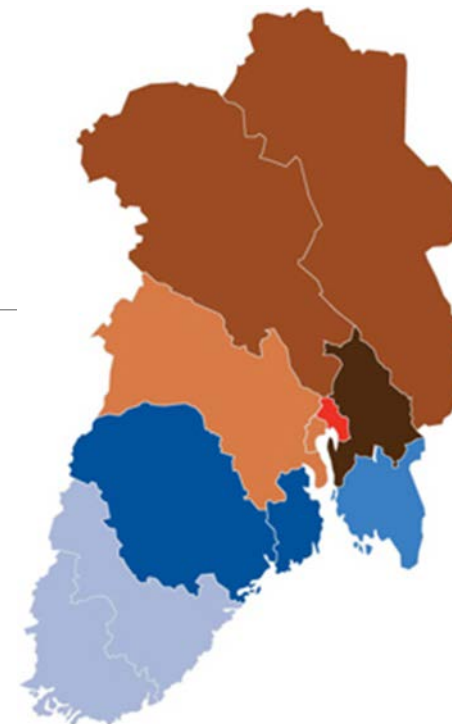
Sykehuset Østfold HF

Sørlandet Sykehus HF

Vestre Viken HF

Sykehusapotekene HF

Sykehuspartner HF



Oslo universitetssykehus HF

- **Regionsykehus for Sørlandet og Østlandet, og ivaretar de fleste nasjonale behandlingstjenester**
- **Største bidragsyter i regionen innen forskning, fagutvikling og undervisning**

- Inntekter (2015): 22,5 mrd. kroner
- Årsverk: 17 800

- Over 1 mill. pasientbehandlinger per år
- 52 000 operasjoner per år

Utvalget mener OUS bør videreføres som regionsykehus for hele det området som i dag er Helseregion Sør-Øst

Ved eventuell deling av regionen vil det da være en eller flere regioner uten regionsykehus

Flertallet foreslår at dagens regioninndeling videreføres (11 av 16)

Størrelsen på Helseregion Sør-Øst er en utfordring og det kunne vært en fordel med flere, mindre regioner.

Flertallet vil likevel ikke tilrå å dele regionen, fordi:

- Det blir vanskeligere å planlegge pasientbehandlingen med én eller flere regioner uten regionsykehus. Det vil kreve omfattende styringsmekanismer og avtaler mellom regionene.
- Investeringer kan bli skjøvet ut i tid og finansieringsgrunnlaget blir usikkert.
- Det vil være betydelige omstillingskostnader ved å dele regionen, styringskraft og gjennomføringsevne vil bli svekket i en periode.

Regioninndeling - mindretallets forslag

4 av medlemmene anbefaler en tredeling av Helse Sør-Øst, og der Oslo blir egen helseregion.

Hovedbegrunnelsen for dette er:

- Helseregion Sør-Øst er mye større enn de andre tre helseregionene, og blir derfor også for dominerende.
- Dette vil best løse regionens utfordringer knyttet til fremtidig befolkningsvekst, koordinering, informasjonsflyt, utnyttelse av medisinsk teknisk utstyr og samhandling.

Ett medlem mener det bør vurderes å dele Helseregion Sør-Øst i to regioner

Eiendomsforvaltningen – forbedringsområder

Forbedre den bygningsmessige og tekniske standarden på en del sykehusbygg

Mer behovstilpassede arealer/lokaler

Bedre mekanismer for arealeffektivisering

Ytterligere standardisering, samordning og læring

Økt fokus på gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter

(Rapport fra Ernst & Young til utvalget)

Eiendomsforvaltningen – forslag fra flertallet

11 av de 13 medlemmene som vil videreføre et regionalt beslutningsnivå foreslår at systemet for eiendomsforvaltning endres:

- Egne eiendomsforvaltningsenheter på regionalt nivå
- Kostnadsdekkende husleie

Hovedformål er å sikre tilstrekkelig vedlikehold og profesjonalisering av forvaltningen.

Behov for et betydelig utredningsarbeid.

2 medlemmer vil videreføre dagens system.

Eiendomsforvaltningen – forslag fra mindretallet

Medlemmene som mener en nasjonal modell bør vurderes anbefaler at det i en slik modell etableres:

- Eiendomsforvaltningsenhet på nasjonalt nivå
- Kostnadsdekkende husleie

Ett av medlemmene mener det bør vurderes å opprette et nasjonalt byggselskap ved en eventuell videreføring av en modell med regionalt beslutningsnivå.

Andre forslag i utredningen (I)

Rapportering og oppfølging av selskaper som regionale helseforetak eier sammen bør inngå som en fast del av styringsdialogen

Vedr. private aktører:

Det må synliggjøres i styringsdialogen på hvilken måte kjøp av tjenester fra private har vært vurdert i kapasitetsvurderingene

Mer samordning og standardisering av innholdet i og utformingen av avtalene

Praksis og rutiner for hvordan pasientene informeres og tiltak for å øke helsepersonellens kompetanse om ordningen med fritt behandlingsvalg bør også være tema i styringsdialogen

Andre forslag (II) – styresammensetning mv.

Nye krav til styresammensetning: eieroppnevnte medlemmer skal samlet sett ha helsefaglig kompetanse, kompetanse om primærhelsetjenesten, forvaltnings- og samfunnskompetanse og tilknytning til UH-sektoren.

Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning som sikrer observatørstatus med møte-, tale- og forslagsrett for lederne av brukerutvalgene i styrene.

Andre forslag (III) – samarbeid lokalt

Det bør opprettes faste arenaer for samarbeid med kommunene i sykehusets nedslagsfelt. Både de som inngår avtaler og de som har ansvar for å følge opp disse må ha nødvendige fullmakter og myndighet.

Modeller for beste praksis for samhandling bør utvikles i samarbeid med KS.

Samhandlingsarenaer bør videreutvikles også på regionalt nivå.

Andre forslag (IV) - utviklingsarbeid

Det må sikres bedre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet, og foretas en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for alle aktørene på IKT-området.

Det bør vurderes å sette i gang et evalueringsarbeid for å gjennomgå erfaringer med ulike organisasjons- og ledelsesmodeller.

Inntektssystemet bør oppdateres.