

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref:

Oslo, 18.01.2011
Vår ref: Gerhard Salicath/ 10-16739

Samhandlingsreformen - høringsvar fra HSH

HSH har i sitt arbeid med samhandlingsreformen gjennomført en høring med et representativt utvalg medlemsvirksomheter innenfor helse- og omsorgsområdet. HSH har også avholdt medlemsmøter med inviterte eksperter på helseøkonomi og finansieringssystemer. Dette arbeidet danner utgangspunktet for kommentarene og innspillene nedenfor.

HSH leverte i februar 2010 et omfattende innspill til behandlingen av Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen til Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Dette innspillet er relevant også for denne høringsuttalelsen og følger vedlagt. Det har i løpet av også 2010 vært gjennomført høringer av hhv NOU 2010: 2 Håndhevelse av offentlige anskaffelser, og NOU 2010:5 Et helhetlig hjelpemiddeltilbud. Høringsuttalelsene til begge de ovennevnte NOUene er også vedlagt.

Hovedpunkter og oppsummering:

- HSH ønsker en vellykket gjennomføring av Samhandlingsreformen. Det må gjennomføres strukturelle endringer i organiseringen av helsesektoren om Norge skal sikre en bærekraftig helse- og omsorgssektor med høy kvalitet i fremtiden. HSH mener at det er for så vidt mange svakheter og uavklarte spørsmål til reformen at implementeringen av den må utsettes.
 - HSH merker seg at det er betydelig politisk uenighet om virkemidlene for å nå målene med reformen. For å sikre forutsigbarhet og stabilitet i rammevilkårene må reformen implementeres med bred politisk enighet. HSH mener Regjeringen har et særskilt ansvar for å bidra til dette.
 - HSHs mener de foreslåtte modellene for kommunal medfinansiering i liten grad vil redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. HSH mener at de foreslåtte økonomiske insentivene er for svake til å gjøre det lønnsomt for kommunene å bygge opp alternative tilbud.
 - HSH mener at begge de foreslåtte alternativene til avgrensningene i pasient/diagnosegrupper er for smale til å føre til overføringer av reelt ansvar og besparelser i kommunene. Man risikerer å innføre omfattende og kostbare administrative rutiner for å understøtte en modell som har et svært begrenset omfang.

- HSH mener at kommunesammenslåinger, med færre, større og mer robuste kommuner er et nødvendig virkemiddel for å nå målene med reformen, og sikre en vellykket gjennomføring av den.
- Samhandlingsreformen vil ha best forutsetninger for å lykkes dersom det blir reell likeverdighet mellom nivåene i helsetjenesten. Det nye lovverket må ha tydelige og klare bestemmelser som sikrer dette.
- Ikke-offentlige virksomheter gir i dag kvalitativt og kvantitativt viktige bidrag til helsetjenesten. Det innebærer for det første at det ikke brukes ressurser på å utvikle offentlige tjenestetilbud for å erstatte allerede fullgode og konkurransedyktige alternativer utenfor offentlig regi. Særlig de ideelle tjenesteleverandørenes rolle og rammebetingelser bør belyses og drøftes i større grad enn det er gjort til nå.
- HSH mener samhandlingsreformen burde benyttes til å ha en prinsipiell debatt om en *samfunnskontrakt* på helse, omsorgs- og barnevernsområdet, slik man har hatt i Sverige og Storbritannia. Med dette menes en debatt om på hvilke områder og under hvilke rammevilkår det offentlige, markedet og ideell sektor kan komme best til rette med sitt særpreg og utnytte sine fortrinn til det beste for brukerne og samfunnet for øvrig.
- HSH er positiv til forslaget om å overføre det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter til kommunene og forslagene fra departementet om å fjerne karensdagene og øke betalingssatsen for denne gruppen.
- HSH mener at spesialisthelsetjenestens rammebetingelser må høyere på dagsorden i arbeidet med reformen enn til nå. Det er like viktig for spesialisthelsetjenesten som for primærhelsetjenesten at finansieringssystemet og de økonomiske insentivene faktisk understøtter intensjonen om mer og bedre samhandling.
- Kommunene vil i fremtiden ha et stort behov for å rekruttere kvalifisert arbeidskraft til helsesektoren. HSH mener regjeringen må komme på banen med en utredning som ser nærmere på hvordan kommunene skal sikres tilgang på kvalifisert arbeidskraft for å løse fremtidige oppgaver.

1. Gjennomføring av samhandlingsreformen

HSH merker seg at det er bred politisk enighet om de helsepolitiske og samfunnsmessige utfordringene som ble skissert i Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, og som også er beskrevet i utkastene til kommunal helse- og omsorgslov og ny folkehelselov. Norge står overfor en demografisk utvikling som skaper betydelige utfordringer for velferdsstatens økonomiske bæreevne og for tilgangen på arbeidskraft til å løse fremtidige velferdsoppgaver.

HSH deler synet på at det må gjennomføres strukturelle endringer i organiseringen av helsesektoren for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste med høy kvalitet i fremtiden. For HSH dreier samhandlingsreformen seg om å kombinere et best mulig helse- og omsorgstilbud med en mer effektiv og bærekraftig bruk av fellesskapets ressurser. Et effektivt helsevesen er et viktig bidrag til en sunn og frisk befolkning, viktig for å få sykemeldte raskt tilbake i arbeid og redusere tilstrømningen til uføretrygd. Et effektivt helsevesen er med andre ord et viktig bidrag til arbeidslinjen og er en viktig bidragsyter til næringslivets konkurranseevne.

Det er imidlertid en stor reform med et høyt ambisjonsnivå. Innføring av økt kommunal medfinansiering skal på sikt føre til store endringer i organiseringen og finansieringen av helsetjenesten. HSH mener det er viktig å teste virkningene av forslagene til økt kommunal medfinansiering før de implementeres i full skala. Slik

testing og utprøving kan gjøres i samarbeid mellom RHF og utvalgte pilotkommuner, og i samarbeid med ikke-offentlige produkt- og tjenesteleverandører. HSH mener at Regjeringen bør utsette implementering av reformen til man har kunnskap om virkningene av en ny ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene, og mer kunnskap om av de økonomiske virkemidlene som til slutt blir valgt. HSHs konkrete vurdering av Regjeringens forslag til kommunal medfinansiering er nærmere omtalt under avsnitt 8 nedenfor.

I tillegg til å adressere behovet for strukturendringer i helsesektoren er det viktig at samhandlingsreformen bidrar til stabilitet og forutsigbarhet i rammevilkårene til alle virksomhetene som leverer produkter og tjenester til helsesektoren, både offentlige og ikke-offentlige. HSH merker seg imidlertid at det er politisk uenighet om gjennomføring av reformen og om virkemidlene som trengs for å nå målene med den. HSH opplever at det dels er uenighet om dette internt i regjeringen, og dels mellom regjeringen og opposisjonen på Stortinget. HSH mener implementering og gjennomføring av samhandlingsreformen må skje på bakgrunn av bred politisk enighet. Regjeringen har et særskilt ansvar for å bidra til et slikt kompromiss.

2. Generelle kommentar til forslaget om en felles helse- og omsorgslov

Forslaget til ny helse- og omsorgslov fremhever kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester. Lovforslaget gir ikke kommunene pålegg om å organisere helsetjenestene på bestemte måter, men gir kommunene frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i forhold til lokale behov og lokale ressurser. Etter HSHs oppfatning er det i denne sammenheng lagt for liten vekt i høringsnotatet på viktigheten av de ikke-offentlige tjenesteleverandørene. Ikke-offentlige produkt- og tjenesteleverandører er et nødvendig korrektiv og alternativ til de offentlige helseinstitusjonene, også i det fremtidsbildet samhandlingsreformen skisserer. Disse leverandørene gir i dag et kvalitativt og kvantitativt viktig bidrag til helsetjenesten. Deres rolle og rammebetingelser bør belyses og drøftes i større grad enn det er gjort til nå.

HSH støtter forslaget om å oppheve skillet mellom helse- og omsorgstjenester og innføre et felles regelverk med en felles klage- og tilsynsinstans. På denne måten gis kommunene en bedre mulighet for helhetlig organisering og prioritering av sitt tjenestetilbud samtidig som en felles lov vil kunne forhindre ansvarsfraskrivning og overlapping. Noe av poenget med hele reformen er å sikre helhetlige tjenester i et livsløpsperspektiv for brukere med sammensatte behov, og det er viktig at reformen sikrer nettopp dette. Fra et brukerperspektiv vil en felles lov gjøre det enklere å orientere seg om kommunens plikter, noe som særlig vil være til nytte for pasienter med behov for sammensatte tjenester. Det er viktig at regelverket for tilsyn og klager sikrer disse brukergruppene likeverdig behandling. Samtidig må det forhindres at en felles organisering bidrar til økte administrative byrder og byråkratisering.

Lovverket må operere med klare og tydelige bestemmelser. HSH stiller spørsmål ved om skillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes ansvarsoppgaver fremkommer tilstrekkelig klart av loven og/eller lovforarbeidene. Samhandlingsreformen vil ha best forutsetninger for å lykkes dersom det blir likeverdighet mellom begge nivåene i helsetjenesten. For å oppnå og en bedre ressursutnyttelse er det nødvendig med et klart og presist regelverk som tolkes likt av de ulike parter og som ikke er konfliktskapende. Det må da være klare bestemmelser av hvilket nivå som har definisjonsmakten, og har det avgjørende ordet i situasjoner hvor det oppstår uenigheter. Det må bl.a. være en klar definisjon på hva som er det endelige skillet mellom spesialistnivået og primærnivået. Det er samtidig sentralt at det etableres effektive og uavhengige tvisteløsningsmekanismer som partene har tillit til.

Selv om det foreslåtte lovverket i hovedsak legger et godt grunnlag for reformen er det i tillegg avgjørende for å lykkes at aktørene utvikler en god samarbeidskultur hvor koordinering, kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling står sentralt. Gode

rutiner på disse områdene lar seg vanskelig lovfeste, slik at det i stor grad er opp til partene å få til en godt fungerende samhandling.

3. Generelle kommentarer til forslaget til folkehelselov

HSH forstår folkehelsearbeid som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme helsen til befolkningen. De overordnede formålene med den nye folkehelseloven er å fremme folkehelse og bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Dette henger sammen med at satsing på bedre folkehelse sammen med mer satsing på økt forebygging og tidlig intervensjon fremheves som sentrale virkemidler for å dempe veksten i etterspørselen etter helsetjenester. Folkehelseloven skal med andre ord sikre at folkehelsehensyn integreres tettere inn i kommunenes øvrige aktiviteter som for eksempel plan- og reguleringsarbeid. Forslaget gir kommunene et økt ansvar for et tydeligere folkehelsearbeid, mer informasjon om befolkningens helsetilstand og gir kommunene plikt til å iverksette tiltak knyttet til å nå konkrete mål i folkehelsearbeidet. HSH tolker dette dit hen at kommunene gjennom disse forpliktelsene også får et ansvar for gjennomføring av tiltak som bidrar til å bedre, og mer forebyggende arbeid.

HSH mener det er positivt at generelle folkehelsehensyn integreres som en naturlig del av alle kommunenes aktiviteter. Dette forutsetter imidlertid at kommunene har oppdatert informasjon om helsetilstanden i befolkningen sosiale forhold mv, og hvilke faktorer som påvirker dette. Denne typen informasjon forutsetter et betydelig informasjonsinnhentings og statistikkarbeid som er ressurskrevende. Det er i tillegg behov standardisering kommunene i mellom. Økt innsats fra kommuner og fylkeskommuner på dette området vil kreve ytterligere ressurser og HSH stiller spørsmål ved om dette er tilstrekkelig fulgt opp i reformen. Økt ansvar for denne typen folkehelsearbeid forutsetter at kommunesektoren er tilpasset nye utfordringer.

Det er i tillegg klart at det kommunale apparatet alene ikke er tilstrekkelig for å sørge for forbyggende arbeid. En stor del av forebyggende arbeid er knyttet opp mot enkeltpersoners vilje til å trene, holde seg god form, spise sunn og riktig mat, mosjon og trening, m.a.o. knyttet til livsstil. Dette er målsettinger og handlinger som det er vanskelig å lovregulere seg frem til. For å overholde eventuelle nye lovpålagte oppgaver på folkehelseområdet så må kommunene aktivt utnytte og stimulere til samarbeid med eksisterende ikke-offentlige tilbud som for eksempel rehabiliteringssentre og treningssentre.

4. Demografiske forhold og endringer i tjenestebehovet må adresseres

Økningen i antallet eldre mot 2030 og 2050 vil føre til endringer i sykdomsbildet i befolkningen og i sterk grad påvirke etterspørselen etter helsetjenester. Veksten i antallet eldre vil i tillegg føre til en kraftig forrykning i forholdstallet mellom de som trenger behandling i helsetjenesten, og de som skal gi behandling. Det vil med andre ord være et økende behov for arbeidskraft i helsesektoren, samtidig som det relativt sett vil være en krympende arbeidsstyrke.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen pekte bl.a. på at pleie- og omsorgstjenesten alene kan legge beslag på 10,5 pst av BNP innen 2050, mot 3,4 pst i 2005. Om vi legger til utgiftsveksten i spesialisthelsetjenesten vil den samlede andelen av BNP være enda høyere. Dette vil ha store konsekvenser for tilbudet av andre velferdsgoder i samfunnet. Helsepolitikken og spørsmål om hvordan helsetjenesten skal organiseres og finansieres er dermed ikke lenger en sak for helsemyndighetene alene, men er et bredere samfunnsspørsmål. Det er derfor av stor betydning at reformen, når den etter hvert skal implementeres, faktisk fører til de strukturelle endringene som er nødvendig for å nå målene som er satt.

5. Kommunestrukturen må endres

HSH mener at kommunesammenslåinger, med færre, større og mer robuste kommuner må vurderes på lik linje med andre virkemidler for å nå målene med

reformen, og sikre en vellykket gjennomføring av den. Samhandlingsreformen vil innebære en betydelig overføring av ansvar til kommunene som stiller store krav til en heving av kompetansenivået, økt kapasitet, og kvalitetsheving av det kommunale tjenestetilbudet. Det er på det rene at større kommuner kan ta på seg risikoen og ansvaret for langt flere oppgaver enn det mindre kommuner eller samarbeidskommuner kan gjøre, selv om reformen innebærer store utfordringer også for disse. Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester varierer stort og er vanskelig å forutsi. For mindre kommuner vil dette føre til en betydelig økonomisk risiko, som kan gi store utslag i økonomien fra år til år. Større kommuner vil på sin side ha bedre forutsetninger for å kunne håndtere disse svingningene uten tilsvarende økonomisk risiko og ekstra økonomiske overføringer fra staten. Denne risikoen øker jo høyere en setter den kommunale medfinansieringsandelen. Når det gjelder arbeidskraft, så er det et faktum at mange kommuner allerede i dag har vanskeligheter med å få tak i arbeidskraften de trenger, enten det dreier seg om leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, jurister, lærere, pedagoger eller ingeniører mv. Hovedårsaken er at små kommuner i sin natur ikke har behov for, eller ressurser til, å bygge opp større fagmiljøer. Dette gjør det mindre attraktivt å arbeide der, samtidig som det er en risiko for at tjenestekvaliteten blir dårligere enn ønskelig.

Ratsutvalget, som utredet finansieringssystemet for kommunene og fylkeskommunene, pekte allerede i 1996 på at kommunenes geografiske og befolkningsmessige avgrensning påvirker de økonomiske forutsetningene for kommunens virksomhet. Det ble spesieltpekt på at befolkningsstørrelse påvirker kostnadsforholdene for den kommunale tjenesteproduksjon, og at kostnadene for et kommunalt tilbud er store hvis kommunene ikke makter å utnytte stordriftsfordeler i produksjonen. Utvalget var ikke i tvil om at små kommuner har en kostnadsulempe i tjenesteproduksjonen, og at de betydelige forskjellene i økonomiske ressurser resulterte i ulik standard på tjenestetilbudet. Smådriftsulempene medfører i dag store ekstraoverføringer til små kommuner, og det store antallet små kommuner gjør det dermed dyrere for samfunnet å sikre et mest mulig likt tjenestetilbud til alle landets innbyggere. Utvalget konkluderte med at kommunesammenslåinger over tid kan gi økonomiske gevinster i tjenestetilbud og bedre betingelser for samfunnsutbyggingen.

HSH har merket seg at eksperter på finansieringssystemer og helseøkonomi mener at større kommuner gjør det enklere å gjennomføre intensjonene med reformen. Forskere ved NTNU har for eksempel ment at reformen er best tilpasset kommuner med flere enn 20 000 innbyggere; bare rundt 100 av landets 429 kommuner har til sammenlikning over 10 000 innbyggere. Gjennomføringen av reformen vil være krevende når fire regionale helseforetak (RHF) skal samarbeide med 429 kommuner med hvert sitt selvstendige politiske beslutningssystem. Reformen er avhengig av å få etablert klare, forutsigbare og forpliktende samarbeidsformer mellom disse nivåene. Det er da ikke bare størrelsen på kommunene som er utfordringen, men også antall kommuner som RHF må forholde seg til. Den foreslåtte modellen med utstrakt bruk av forpliktene avtaler mellom RHF/HF og kommuner vil etter HSH mening bidra til en uoversiktlig situasjon, som også vil legge et større press på ressursbruken enn det som var de opprinnelige intensjonene med reformen. Det må i tillegg avklares hvordan retten til fritt sykehusvalg skal ivaretas i et for så vidt komplisert avtalesystem som det legges opp til. Det er i tillegg fare for at denne modellen fører til mer administrasjon og byråkrati, noe HSH ikke ønsker.

De etablerte formene for kommunesamarbeid som f.eks. samkommunemodellen, vertskommunemodellen og IKS-modellen gir effektivitetsmessige og demokratiske utfordringer. Økt ansvar for helsetjenester i primærhelsetjenesten forutsetter videre at kommunene må kunne tiltrekke seg nødvendig kvalifisert arbeidskraft og kompetanse til å løse de nye oppgavene.

Spørsmålet om hvilke funksjoner og hvilket ansvar som skal legges på det nye primærnivået, og hvordan dette skal finansieres, er uavklart. Om primærhelsetjenesten kun får en begrenset økning i sitt ansvarsområde, vil dette etter HSHs syn ikke være tilstrekkelig til å nå ambisjonene om å få mest mulig ut av hver krone som brukes i helsesektoren, et bedre pasientforløp og dempet vekst i bruken av spesialisthelsetjenester. Imidlertid må det, selv ved en mindre økning i primærhelsetjenestens ansvarsområde, stilles krav til samarbeid om helsetjenester mellom kommunene. Det er viktig å forhindre at økt interkommunalt samarbeid om nye oppgaver på helseområdet tar form av et nytt forvaltningsnivå.

6. Gevinsten av bedre forebygging ligger frem i tid

Gevinsten av økt forebygging kan være usikker og ligger langt frem i tid. Det er behov for å utrede nærmere hvilke tiltak som med stor sannsynlighet kan gi redusert bruk av helsetjenester. I en periode vil økt satsting på forebygging kreve mer ressurser da det parallelt vil være behov for behandling av livsstilssykdommer samt sammensatte og kroniske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at eksisterende tilbud videreføres inntil nye og andre tilbud er etablert, og bygget opp. HSH mener at de økonomiske insentivene for bedre samhandling og endringer i ansvarsforholdene mellom hhv primær- og spesialistnivået må ta høyde for dette. Finansieringssystemet må innrettes på en måte som gir kommunene insentiver til god og riktig forebygging som på sikt kan dempe antallet innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

HSH mener videre at det må utredes nærmere hvilke forbyggende aktiviteter kommunene skal investere i og hvordan dette vil påvirke bruken av spesialisthelsetjenester på lengre sikt, samt hva slags personell og andre ressurser kommunene vil kunne trenge til å gjennomføre disse aktivitetene. Det er heller ikke avklart hvordan primærhelsetjenesten skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og de ikke-offentlige aktørene.

7. Bedre koordinering av tjenestene viktig

Bedre koordinerte tjenester er viktig for å sikre pasientene bedre tjenester samtidig som det er grunn til å anta at dette vil gi en bedre ressursbruk. Det er derfor viktig at pasientene til enhver tid behandles på det best tilpassede nivået i behandlingsskjeden. Eksempler på dette er f.eks. ved bruk av mellomstasjoner for å avklare om pasienten trenger sykehusinnleggelser, eller kan få full behandling på primærnivået. Dette krever i sin tur oppbygging av et mer omfattende og spesialisert helsetilbud i primærhelsetjenesten enn i dag. Et slikt tilbud kan gi tidligere og bedre intervensjon og raskere utskrivning fra sykehus. I tillegg blir det viktig å ha søkelys på hvilke forebyggingsaktiviteter som kan bidra til at det blir færre som kommer inn i behandlingsskjeden. HSH mener at dette krever en helhetlig og koordinert politikk – hvor en tenker tiltak i bred forstand for å begrense bruken av helsetjenester. Vi mener at dette starter allerede ved å stimulere til fysisk aktivitet og en sunnere livsstil på et tidlig stadium. Økt satsing på teknologiske løsninger og bedre hjelpemidler for funksjonshemmede og personer med midlertidige eller permanente nedsatt bevegelsesevne vil også være nødvendige bidrag for å sikre pasienter og brukere bedre livsmestring økt deltakelse i arbeidslivet.

Mer bruk av standardiserte og tydelig definerte pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene for f.eks. kronikere og pasienter med livsstilssykdommer, sammensatte lidelser og sjeldne og lite kjente funksjonshemninger, vil både kunne gi pasientene tjenester av god kvalitet samtidig som det kan være ressursbesparende. Kravet til koordinerende enhet i forskrift om habilitering og rehabilitering må formuleres slik at avsvaret og arbeidet skal legges til en tverrfaglig enhet, gjerne et fast overordnet tverrfaglig team slik det er formulert i høringsnotatet. Ansvaret burde ikke koordineres gjennom en egen koordinatorperson, eller gjennom den ordinære virksomheten. Erfaringene fra HSHs medlemmer tilsier at de to siste forslagene ikke fungerer etter hensikten. Samtidig må det være fastlegens ansvar å koordinere medisinske tjenester til brukere med sammensatte behov og med kroniske

lidelser. HSH etterlyser i tillegg tiltak og føringer som kan sikre tjenestetilbud til pasienter med varige og sammensatte helseproblemer som kvalifiserer for tjenester både innenfor primærhelsetjenestens og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder. Herunder delt finansiering av helhetlige og kompetente behandlings- og omsorgstilbud i ikke-offentlige virksomheter.

Døvblinde er eksempel på en brukergruppe med sammensatte behov som har begrensede rettigheter til tjenester fra kompetansesentrene etter fylte 67 år, selv om det er fullt mulig å gi et tilbud. I et livsløpsperspektiv er det viktig at rettighetene til tjenester for disse brukerne utvides til etter fylte 67 år.

For at døve og døvblinde skal få tilgang på samme helsetilbud som hørende, er det behov for å opprettholde og utvikle spesialiserte tilbud. I dag besitter for få helse- og omsorgspersonell tegnspråkkompetanse, og tolketjenesten er for lite utbygd. Dette gjør at døve og døvblinde vil ha behov for spesialiserte tilbud, hvor de har mulighet for å bruke sitt eget morsmål/sin egen språkkode, for å få lik tilgang på gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, og hjelpemidler. Dette forutsetter imidlertid koordinering av tjenestetilbudet, samhandling mellom kompetansesentrene og kommunene. På samme måte som opplæringsloven sikrer døve rett til opplæring på tegnspråk bør det i ny helse- og omsorgslov sikres at elementære bruker- og pasientrettigheter innfris gjennom at døve og døvblinde får muligheten til å bruke sitt morsmål i samtale med helse- og omsorgspersonell. De spesielle behovene for samhandling og koordinering på tvers av forvaltningsnivåene som er beskrevet ovenfor er også gjeldende for andre brukergupper med særskilte behov.

7.1 Bedre ressursutnyttelse

Bedre ressursutnyttelse innebærer også bedre utnyttelse av den allerede eksisterende kompetansen på begge nivåene i helsetjenesten. Når kommunene skal få større ansvar og komme inn tidligere i behandlingen av pasienter blir det viktig med kunnskapsdeling og kunnskapsoverføring mellom nivåene og mellom institusjonene, bl.a. mellom offentlige og ikke-offentlige institusjoner. Spesialisthelsetjenesten bør bli bedre på å dele kunnskap med kommunene og i større grad "legge igjen kunnskap".

7.2 Felles journalsystem viktig for reell samhandling

For at samhandlingsreformen skal gi de ønskede resultater må det etter HSHs oppfatning satses mer på systemer som legger til rette for elektronisk kommunikasjon av helseopplysninger. Elektroniske pasientjournaler og elektronisk utveksling av helseopplysninger er ofte en forutsetning for å få til bedre kvalitet på helsetjenestene og økt effektivitet i behandlingen. Dette gjelder både innenfor det enkelte nivå og på tvers av nivåene slik at også helseforetak og kommunehelsetjeneste bruker felles løsninger. I et slikt arbeid må det også vurderes nærmere å innføre et felles elektronisk journalsystem med standardiserte datajournaler. Det er også viktig at lovverket oppdateres for å ta hensyn til behandling av sensitive pasientopplysninger og personvernet.

8. Medfinansiering og andre økonomiske insentiver

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen trakk frem tre overordnede grep på finansieringsområdet: Innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, overføre det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter ved sykehusene til kommunene og øke graden av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten.

I lovutkastene som nå er på høring har departementet i noen grad gått nærmere inn på utformingen av den kommunale medfinansieringen av spesialisthelsetjenesten og hvordan det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter skal fordeles mellom helseforetakene og kommunene. Forslaget til endring av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten er derimot ikke omtalt i det siste utkastet til reformen.

HSH vil i dette avsnittet redegjøre for vårt syn på de tre overordnede grepene som fortsatt synes å ligge fast i det siste utkastet til samhandlingsreform. Vi vil peke på utfordringer som etter vår mening må løses for å sikre at finansieringsordningene støtter opp under intensjonene med reformen.

8.1 Redusert omfang på kommunal medfinansiering

Stortingsmeldingen foreslo i utgangspunktet en generell kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten på 20 prosent. Medfinansieringen er ment å gi kommunene insentiver til å utvikle alternativer til spesialisthelsetjenesten, og motivere kommuner og helseforetak til å samarbeide. I det siste utkastet til samhandlingsreformen har departementet gått nærmere inn på to alternative modeller for medfinansiering: En aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år, alternativt en modell som omfatter alle medisinske innleggelser/behandlinger uavhengig av alder. Modellene har det til felles at de begge er betydelig avgrenset sammenlignet med det opprinnelige forslaget om en generell kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Departementet anslår den kommunale medfinansieringsandelen ved den aldersspesifikke modellen til å være ca. 1,5 milliarder kroner, mens tilsvarende beløp for modellen for medisinske innleggelser er estimert til ca. 3,6 milliarder kroner. Medfinansieringen i den generelle modellen som omfattet all spesialisthelsetjeneste ble til sammenligning anslått å utgjøre 13 milliarder 2009-kroner.

I det siste utkastet til samhandlingsreformen gjøres det klart at arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering ikke er ferdig når høringsnotatet sendes ut. Departementet skisserer også mulighetene for kommunal medfinansiering innenfor psykisk helsevern, rus og rehabilitering, men HSH oppfatter dette arbeidet kun å være på skissestadiet.

Det er utfordrende å komme med klare tilbakemeldinger når det gis svært begrenset informasjon om de alternative modellene. Allikevel vil mange av HSHs kommentarer til den opprinnelige Stortingsmeldingen fortsatt være gyldige (disse følger vedlagt). De foreslåtte modellene bygges etter hva vi kan se på de samme hovedprinsippene som det opprinnelige alternativet.

Kommunene skal i de to modellene dekke 20 prosent av kostnaden i spesialisthelsetjenesten for de relevante pasientgruppene. Den relativt lave andelen på medfinansieringen betyr at kommunene kun vil finne det økonomisk forsvarlig å utvikle alternative tjenester dersom de koster mindre enn 20 prosent av prisen i spesialisthelsetjenesten. Det er etter HSHs mening lite realistisk å tro at en slik medfinansiering vil bidra til å utvikle alternative kommunale tjenestetilbud i stor skala¹. Departementet er selv inne på problemstillingen i høringen når de påpeker at "De medfinansieringsmodeller som vurderes, vil ikke alene sette kommunene i stand til å fullfinansiere alternative kommunale tilbud". Det er etter HSHs mening en reell fare for at man her innfører omfattende og kostbare administrative rutiner for å understøtte en modell som i meget begrenset grad vil redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester.

HSH påpekte i høringsbrevet til Stortinget at et alternativ kan være å øke andelen kommunal medfinansiering betydelig. En høyere andel vil gjøre det enklere for kommunene å lage et realistisk alternativ til spesialisthelsetjenesten for de relevante pasientgruppene, men medfører at risikoen for kommunene blir større, jf avsnitt 3 ovenfor. Kommunenes risiko er betydelig redusert gjennom forslaget om å gå for en av to avgrensede modeller. Det kan stilles spørsmål ved om man her sitter igjen med en lite virkningsfull finansieringsordning – omfanget er som nevnt vesentlig redusert

¹ Beregninger utført av Terje P. Hagen i "Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene" illustrerer hvor krevende det er å etablere så kostnadseffektive tjenester.

sammenlignet med fjorårets forslag – implisitt begrunnet ved at nåværende kommunestruktur ikke kan takle en mer omfattende og virkningsfull reform.

I tillegg til det underliggende poenget med at mange mindre kommuner vil være økonomisk sårbare ved en generell medfinansiering av spesialisthelsetjeneste, trekker departementet frem andre forklaringer på hvorfor man finner det hensiktsmessig å gå videre med enten en aldersbestemt modell eller en modell for medfinansiering av medisinske innleggelser. HSH er enig i at kommunene i liten grad kan påvirke innleggelsene til kirurgisk behandling, mens det er større muligheter for å påvirke antall innleggelser for medisinsk behandling (spesielt for eldre pasienter), rus og psykiske lidelser. I lys av dette kan det være hensiktsmessig å begrense kommunal medfinansiering til en av de to foreslåtte modellene.

HSH vil påpeke at det ikke uten videre er uproblematisk å innsnevre kommunal medfinansiering på denne måten. For det første reduseres omfanget – og dermed den potensielle besparelsen – vesentlig ved valg av en av de to begrensede modellene. For det andre har avgrensingene mulige uheldige sider. Det vil være problematisk å forsvare hvorfor ikke en 80-åring skal ha samme mulighet til behandling innenfor spesialisthelsetjenesten som en som er yngre. I tillegg vil det ikke være hensiktsmessig å nekte personer under 80 år å benytte effektive kommunale tilbud utviklet for dem som tilhører pasientgruppen over 80 år.

Motsatsen til kommunal medfinansiering er å finansiere kommunenes økte ansvar for helsetilbudet gjennom en rammefinansiering med vekst i kommunenes frie inntekter. HSH mener dette ikke vil være i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Rammefinansiering gir ikke incentiver til økt samhandling sett fra kommunenes synsvinkel. Snarere vil det for kommunene være lønnsomt å skyve pasientene over til spesialisthelsetjenesten, og effekten vil kunne bli en økt belastning på sykehusene.

8.2 Overføre det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter

HSH er betinget positiv til forslaget i siste utkast av samhandlingsreformen hvor departementet foreslår å overføre det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter til kommunene fra dag en for alle pasientgrupper. I tillegg foreslås det å heve betalingssatsen for utskrivingsklare pasienter. I sum styrker forslagene incentivene for kommune til å bygge opp et alternativt tilbud til de utskrivingsklare pasientene utenfor spesialisthelsetjenesten. Dagens system med en karenperiode på 10 døgn og en døgnpris langt under estimert kostnad for sykehusoppholdet har bidratt til at det er lønnsomt for kommunene å benytte sykehusene som "hotell" for egne innbyggere. Dette er ikke i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen HSH mener det viktigste grepet på dette området er at betalingssatsen for utskrivingsklare pasienter så langt som mulig skal reflektere de reelle kostnadene i spesialisthelsetjenesten.

Det er viktig at det settes klare retningslinjer for når en pasient skal regnes for utskrivingsklar og at aktørene forholder seg til disse bestemmelsene. For å fremme samhandlingen og bedre pasientforløpet er det viktig at kommunene også får være med å avgjøre når pasientene er klare til og overføres til primærhelsetjenesten. Dette forutsetter imidlertid en klar enighet om når sykehusbehandlingene av pasientene på spesialistnivået er ferdig jf kommentarene under avsnitt 2 ovenfor.

8.3 Er økt grad av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten formåltjenlig?

HSH ser at en reduksjon av den aktivitetsbaserte finansieringen (ISF) til sykehusene i tråd med forslaget i selve Stortingsmeldingen kan være teoretisk hensiktsmessig. En høy stykkprisfinansiering gir incentiver til å behandle flere i spesialisthelsetjenesten, og ved å svekke dette incentivet samtidig som man lar kommunene ta en del av kostnadene ved sykehusbehandling, tilpasser man i utgangspunktet incentivene i

henhold til intensjonene med reformen. HSH mener likevel man på nåværende tidspunkt ikke bør endre den aktivitetsbaserte finansieringsandelen fra 40 til 30 prosent.

Dette skyldes at effektene av det forebyggende arbeidet, som er en sentral del av reformen, er usikre og uansett ligger langt frem i tid. ISF er et sentralt virkemiddel for å stimulere sykehusene til effektiv drift bl.a. ved å utnytte ledig kapasitet når det oppstår. En reduksjon av ISF-andelen før man ser resultatene av det forebyggende arbeidet og behandlingen på primærnivå kan bidra til lengre helsekøer.

HSH savner også i det nye utkastet til samhandlingsreform forslag til finansieringsordninger som legger til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad skal se seg tjent med å samarbeide med de andre aktørene i helsevesenet. Det kan være å få legene "ut av" sykehusene for i større grad å tilby behandling nærmere pasienten, eller å bidra med nødvendig spesialistkunnskap for å bedre sykdomsløpet for pasienter med kroniske lidelser som trenger hjelp for å unngå sykehusinnleggelse. Generelt mener HSH at spesialisthelsetjenestens rammebetingelser i for liten grad er omtalt og drøftet i arbeidet med samhandlingsreformen og må høyere opp på dagsorden. HSH vil understreke at det er like viktig for spesialisthelsetjenesten som for primærhelsetjenesten at finansieringssystemet og de økonomiske insentivene faktisk understøtter intensjonen om mer og bedre samhandling.

9. Utdanning, rekruttering og kompetanse

Stortingsmeldingen overfører mange arbeidsoppgaver til kommunene og trekker frem at behovet for arbeidskraft innenfor helse og omsorg vil fortsette å vokse. Disse faktorene tilsier at mange kommuner vil stå overfor store utfordringer når det gjelder å rekruttere kvalifisert personell til å håndtere de nye oppgavene. Kommunestørrelse vil ha betydning også på dette området jf avsnitt 5 ovenfor.

Når det gjelder behovet for arbeidskraft i helsesektoren merker HSH seg at stortingsmeldingen tar utgangspunkt i at helsepersonell er den største og viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten. HSH vil i den sammenheng peke på at framskrivninger fra SSB anslår at det vil mangle om lag 40 000 årsverk helsefagarbeidere i 2030. Dette er en viktig yrkesgruppe innenfor primærhelsetjenesten og vil i økende grad kunne benyttes i spesialisthelsetjenesten. Selve Stortingsmeldingen pekte imidlertid på få konkrete grep for å sikre at tilgangen på kvalifisert arbeidskraft øker og at kompetansen justeres inn mot økte krav til samhandling. Spesielt er utfordringene store for kommunene som etter intensjonene skal få mer ansvar for helsetilbudet til befolkningen.

Lovforslagene peker på den nye Stortingsmeldingen om utdanning for velferdsyrkene som er under arbeid. Denne meldingen skal etter planen legges frem høsten 2011, dvs kort tid før implementering av reformen begynner 1. januar 2012. Det vil imidlertid være lang tid til de utdanningspolitiske grepene i meldingen munner ut i utdanningsløp og kompetanse som er tilpasset fremtidens behov. Det er dermed usikkerhet knyttet til behov for dimensjonering, organisering og innhold i helse- og sosialfaglig utdanning som skal dekke fremtidige behov på både spesialist- og primærnivå etter at reformen er fullt ut implementert. Det som imidlertid er sikkert er at det vil bli nødvendig å se nærmere på innholdet i utdanningene for å sikre at sykepleiere, leger og helsefagarbeidere mv får kompetansen de trenger for å løse fremtidige og endrete oppgaver.

10. Ikke-offentlige tjenesteleverandører og samhandlingsreformen

For å bruke ressursene effektivt for skape gode helse- og omsorgstjenester, er det også viktig å ta hensyn til de ikke-offentlige aktørenes rolle i helsevesenet. Samhandlingsreformen bør slik sett også dreie seg om samhandling mellom produkt- og tjenesteleverandørene, og ikke bare mellom forvaltningsnivåene i helsesektoren.

Innslaget av ikke-offentlige tjenesteleverandører er omfattende og av særlig stor betydning innen for eksempel rehabilitering, habilitering, sjeldne og spesielle lidelser, rusomsorg, apotek, leverandører av utstyr og tjenester, og det forebyggende arbeidet. Men de ikke-offentlige spiller også en viktig rolle på andre områder hvor de utgjør en lavere andel av tilbudet.

HSH er opptatt av at en må videreføre tjenesteproduksjon som allerede er bygget opp og som er av god kvalitet. Det innebærer for det første at det ikke brukes ressurser på å utvikle offentlige tjenestetilbud for å erstatte allerede fullgode og konkurransedyktige alternativer utenfor offentlig regi. Eventuelt burde det offentlige benytte sin rolle som oppdragsgiver til å dreie leveransene fra ikke-offentlige produkt- tjenesteleverandører i den retning oppdragsgiver ønsker. For det andre må det gis forvarlige og forutberegnelige rammebetingelser. Det betyr at man må ha fokus på tilstrekkelig finansiering og langsiktighet gjennom avtaleverket.

Det er i forbindelse med reformen allerede etablert flere samhandlingsprosjekter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Disse forane etableres ofte uten deltakere fra ikke-offentlige produkt- og tjenesteleverandører, selv om de er store produsenter av helsetjenester og har viktige roller som leverandører av legemidler og utstyr. De ikke-offentlige leverandørene burde være selvfølgelig deltakere i dette. RHF og kommunene må derfor instrueres til å ta dem med i dette arbeidet.

10.1. Avtaleforhold

Ved at samhandlingsreformen legger opp til økt ansvar for kommunene vil disse i økende grad opptre som innkjøper og avtalepart. HSH er i den forbindelse opptatt av fokus på bestillerkompetanse. Med bestillerkompetanse menes her evnen til å spesifisere sitt behov og utforme et godt konkurransegrunnlag, evnen til å gjennomføre anskaffelser i tråd med anskaffelsesregelverket og evnen til å følge opp inngåtte kontrakter. Manglende kompetanse innenfor disse områdene kan bidra til å komplisere anskaffelsesprosessen og i ytterste konsekvens til dyrere tjenester enn ellers. Et kompetent og velfungerende innkjøpsmiljø vil være en viktig faktor for at kommunene skal lykkes med sine nye oppgaver. Dette vil gi økt fleksibilitet og bedre ressursutnyttelse.

Når det gjelder behovet for forutberegnelighet handler det om langsiktighet i avtaleforholdet. For avtaler som er inngått etter anskaffelsesregelverket er det vanligvis en maksimal varighet på fire år. Med en slik kort tidshorisont kan det være utfordrende å foreta nødvendige investeringer som sikrer gode tjenester og utvikling av tjenestetilbudet. Det er også en utfordring å rekruttere kompetente medarbeidere. I den forbindelse er det verdt å merke seg at begrensningen på fire år stort sett synes å bero på en misforståelse av anskaffelsesregelverket fra oppdragsgiver sin side.

HSH vil i den sammenheng bemerke at lov og forskrift om offentlige anskaffelser kun opererer med en hovedregel om maksimal lengde på fire år ved rammeavtaler som overstiger terskelverdiene. Andre avtaler enn rammeavtaler har ingen slik begrensning, og avtaler med ideelle aktører etter unntaksbestemmelsen i forskriftens § 2-1 (3) har heller ikke en slik begrensning. I tillegg er fireårsregelen bare et utgangspunkt, da det uansett er anledning til å operere med lengre avtaler der det er "særlig berettiget ut fra rammeavtalens gjenstand". Et eksempel på relevante hensyn i den forbindelse vil være behovet for investeringer i bygninger, utstyr og kompetanse som fordrer en avskrivningstid som overstiger fire år. Når varigheten på avtalen ikke tar høyde for dette behovet, løper oppdragsgiver også en risiko for at tilbudene blir dyrere og dårligere enn de ville vært ved tilstrekkelig langvarige avtaleforhold.

Utfordringene knyttet til forutberegnelighet gjelder uavhengig av samhandlingsreformen. HSH er imidlertid opptatt av at man i sammenheng med reformen har særlig fokus på bestillerkompetanse hos de offentlige aktørene, særlig

fordi flyttingen av ansvar fra stat til kommune vil øke antallet avtaler med kommunen som medkontrahent. Kommuner, særlig de mindre, har i liten grad den nødvendige bestillerkompetansen jf avsnitt 5 ovenfor. Med bestillerkompetanse menes her evnen til å spesifisere sitt behov og utforme et godt konkurransegrunnlag, evnen til å gjennomføre anskaffelser i tråd med anskaffelsesregelverket og evnen til å følge opp inngåtte kontrakter.

I utgangspunktet burde det være slik at finansiering ikke er en utfordring for ikke-offentlige produkt- og tjenesteleverandører, idet dette er et spørsmål om forhandlinger eller den pris leverandøren fastsetter i sitt tilbud. Men i realiteten innebærer den maktposisjon offentlige oppdragsgivere har en ubalanse i forhandlingsposisjonen som i mange tilfeller utnyttes.

Det har i løpet av 2010 vært gjennomført høringer av hhv NOU 2010: 2 Håndhevelse av offentlige anskaffelse, og NOU 2010:5 Et helhetlig hjelpemiddeltilbud. Begge disse NOUene reiser spørsmål knyttet til offentlig innkjøpspolitikk. HSHs høringsvar ligger vedlagt.

11. Ideelle tjenesteleverandører

HSH fikk i stortingshøringen om samhandlingsreformen i januar 2010 spørsmål om de ideelle tjenesteleverandørenes utsatte økonomiske situasjon fra både regjeringens og opposisjonens representanter i helse- og omsorgskomiteen. Vi gir her derfor en nærmere redegjørelse av de ideelle leverandørenes situasjon.

Ideelle tjenesteleverandører er en viktig samarbeidspartner for den offentlige helsetjenesten. På noen områder som innen sykehjemssektoren, rehabilitering og rusomsorg bidrar de ideelle med stor kapasitet og mye ekspertise. Innenfor andre områder utfører de ideelle leverandørene en mindre andel av tjenestene, men bidrar til gjengjeld med betydelig spisskompetanse. Somatiske sykehus og psykiatrien er to eksempler på dette.

De ideelle tjenesteleverandørenes samfunnsrolle er bredt politisk anerkjent. Soria Moria II sier bl.a. at "ideelle og frivillige organisasjoner som bidrar til velferdsproduksjonen, som leverandører til det offentlige, skal få forutsigbare avtalevilkår og arbeidsforhold." Høyre, FrP og KrF foreslo i sitt felles innspill til Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen en "samfunnskontrakt som sørger for at ideelle og andre private aktører får langsiktige og forutsigbare rammer for sin virksomhet innenfor helse- og omsorgstjenesten". Venstre stilte seg også bak det felles innspillet. HSH tolker dette som tverrpolitisk enighet om gode, forutsigbare og likeverdige rammevilkår for ideelle tjenesteleverandører.

Men til tross for disse gjentatte positive politiske signalene og formuleringene om gode og likeverdige rammevilkår for ideelle tjenesteleverandører, har det motsatte skjedd. HSH er alvorlig bekymret for at de ideelle tjenesteleverandørene på helse- og sosialsektorene er borte i løpet av en periode på 5-10 år om det ikke tas sentrale grep for å forhindre dette. Det har over tid vært en systematisk underfinansiering av kapital- og pensjonskostnader i de ideelle helse- og omsorgsvirksomhetene som er integrert i det offentlige tjenestetilbudet. Ideelle tjenesteleverandører som har avtaler med kommunene har i tillegg betydelige utfordringer knyttet til kommunale regnskapsregler som ikke tar høyde for felleskostnader og kapitalkostnader. Det er i forbindelse med samhandlingsreformen nødvendig å adressere de ideelle leverandørenes behov for bedre rammebetingelser.

Om de ideelle leverandørene blir nødt til å legge ned sin virksomhet, så forsvinner også kunnskapen, kompetansen og ekspertisen. Virksomhetene er gjerne drevet som stiftelser, uten eiere, og med det er det heller ingen som kan omdisponere kapitalen og arbeidskraften inn i ny virksomhet, eller til nye markeder. Når en stiftelse legges ned, så blir den borte, og fagmiljøene oppløses.

Nedenfor er fem eksempler på dårlige og uforutsigbare rammevilkår for ideelle tjenesteleverandører, til tross for uttrykte politiske ønsker om at de skal være med på å løse viktige oppgaver i helsetjenesten.

- **Omstillingsmidler.** Høsten 2008 fikk de fire regionale helseforetakene bevilget 500 mill kr til omstilling og effektivisering av driften, samtidig som de måtte få likviditet til å dekke løpende utbetalinger. Regjeringen overlot til RHF å fordele midlene til institusjonene i de respektive helseregionene. De 18 ideelle sykehusene som er tett integrert i RHF's foretaksgruppe fikk ikke tilskudd fra omstillingmidlene, på tross av at de leverer hele sin tjenesteproduksjon til RHF på samme vilkår som statens egne sykehus, og er underlagt samme krav til omstilling og effektivisering.
- **For korte avtaleperioder.** Lengden på kontrakter som inngås etter anskaffelsesreglene reflekterer ikke nedskrivningstiden på investeringer ikke-offentlige tjenesteleverandører gjør i bygninger, medisinsk og teknisk utstyr, arbeidskraft, kompetanseheving mv. Planlegging og organisering av helhetlige og ofte langsiktige pasientforløp, rekruttering og oppbygging av medisinsk kompetanse, samt investeringer i tilpassede bygninger, gjør at det er behov for lengre avtaler enn det som er praksis i dag. Det er viktig å merke seg at ikke-offentlige tjenesteleverandører er stilt overfor samme krav til kvalitet på tjenestetilbudet som tilsvarende (og ofte større) offentlige institusjoner. For å innfri disse kravene investerer disse i kapital og arbeidskraft på lik linje som sine offentlige samarbeidspartnere og konkurrenter.

For korte avtaleperioder fører til økt risikoeksponering for ideelle leverandører. HSH er kjent med at statlige sykehus og andre offentlige helsevirksomheter på sin side opererer med lengre avskrivningstid på tilsvarende investeringer, noe som er opphav til lavere avskrivningskostnader.

- **Avskrivningskostnader.** Det er mangelfull kompensasjon for avskrivningskostnader i både ideelle og offentlige tjenesteleverandører innenfor helsesektoren. Underfinansieringen er imidlertid størst for de ideelle tjenesteleverandørene. Ideelle må dekke sine udekte kostnader gjennom effektivisering av driften eller ved å tære på egenkapitalen. Offentlige virksomheter (særlig RHF) har gjennom store deler av 2000-tallet fått "tilgivelse" for å gå med underskudd.
- **Pensjonskostnader.** Ideelle tjenesteleverandører har av historiske årsaker ytelsesbaserte pensjonsordninger, tilsvarende dem man finner i offentlig sektor. Dette er i stor grad virksomhetene i sin tid ble pålagt å ha av sine offentlige oppdragsgivere. Innføringen av nye regnskapsprinsipper for ytelsesbaserte pensjonskostnader i 2007 førte til kraftige økninger i pensjonskostnadene for offentlige og ideelle tjenesteleverandører i spesialisthelsetjenesten. Dette spørsmålet har vært løst tilfredsstillende med øremerkede bevilgninger til kompensasjon for kostnadsøkningene i perioden 2008-2010. Det er viktig at dette løses på en måte som ikke svekker driftsgrunnlaget i ikke-offentlige virksomheter også etter 2010. Det reelle problemet med svingningene i pensjonskostnader er imidlertid knyttet til fastsettelsen av regnskapsprinsippene for beregninger av fremtidige pensjonskostnader. Det er viktig å sikre betydelig større grad av forutsigbarhet i beregningen av pensjonskostnader i virksomheter med ytelsesbaserte pensjonskostnader. Dette vil være et viktig bidrag til mer stabile rammebetingelser.
- **Konkurranse på ulike vilkår.** Det er også et generelt problem i konkurranseutsettingssammenheng at en stor del av pensjonskostnadene i de ideelle virksomhetene er historiske kostnader som har oppstått som følge av offentlig tjenesteproduksjon før tjenesteoppdragene ble lagt ut på anbud.

Private ideelle og private kommersielle tjenesteleverandører opererer derfor ofte med ulike rammebetingelser på dette punktet.

- **Ulik regnskapspraksis.** Ulike regnskapsregler i kommunene og i privat sektor er opphav til ulike kostnader for produksjonen av ellers like tjenester. Den ulike regnskapspraksisen fører ofte til at kommunene beregner for lave kostnader når de gir tilskudd til ikke-offentlige tjenesteleverandører. Dette har sammenheng med at kommunene som regel bruker kostnadene i egne pleie- og omsorgsvirksomheter som grunnlag for å beregne årlige tilskudd til ikke-offentlige samarbeidspartnere de har avtale med.

Bakteppet for denne problemstillingen er at kommunale helse- og omsorgsvirksomheter er fritatt fra å føre regnskap etter regnskapslovens prinsipper. Kommunale foretak har i praksis fritak fra å føre kapitalkostnader, alternativkostnader og reelle kostnader ved kommunale felleskostnader i regnskapet. Ikke-offentlige tjenesteleverandører må på sin side følge ordinære regnskapsprinsipper. På den måten oppstår en kunstig forskjell i kostnadsbildet mellom kommunale og ikke-offentlige tjenesteleverandører.

De seks tilfellene beskrevet ovenfor viser hvordan drift i RHF og i primærhelsetjenesten ofte skjer på bekostning av de ikke-offentlige, og da særlig de ideelle tjenesteleverandørene (listen er ikke uttømmende). Disse er nødt til å ta belastningene ved å benytte egne midler. Dette medfører at de i realiteten subsidierer den offentlige helsetjenesten. Sant nok har også offentlige tjenesteleverandører slitt med underskudd. Disse har imidlertid konkursvern i lovverket, og stat og kommunene som eier har enten tilført omstillingsmidler, eller gitt tilgivelse for underskuddene.

HSH mener samhandlingsreformen må benyttes til å gi ideelle tjenesteleverandører som er integrert i den offentlige helsetjenesten bedre, mer stabile og forutsigbare rammebetingelser. Samhandlingsreformen burde bl.a. benyttes til å ha en prinsipiell debatt om en *samfunnskontrakt* på helse, omsorgs- og barnevernsområdet, slik man har hatt i bl.a. Sverige og Storbritannia dvs. en debatt om på hvilke områder og under hvilke rammevilkår det offentlige, markedet og ideell sektor kan komme best til rette med sitt særpreg og utnytte sine fortrinn til det beste for brukerne og samfunnet for øvrig. En samfunnskontrakt er ikke målet i seg selv, men begynnelsen på en prosess for å tydeliggjøre politikken overfor de ikke-offentlige produkt- og tjenesteleverandørene som leverer velferdstjenester.

12. Rehabilitering

Det er positivt med en egen modell for rehabilitering som varslet i høringsnotatene. Samtidig er rehabiliteringssektoren kanskje den gruppen blant de ikke-offentlige aktørene som har de vanskeligste og mest varierende rammebetingelsene. Det er i dag et stort antall private rehabiliteringssentre som driver i spesialisthelsetjenesten, og som har avtaler med RHF. De er en viktig ressurs i rehabiliteringsarbeidet på nasjonalt nivå. De private rehabiliteringssentrene har også avtaler med NAV og med primærhelsetjenesten. Hovedtyngden av finansieringen til de private rehabiliteringssentrene kommer gjennom avtalene med RHF, og den faglige tilknytningen til spesialisthelsetjenesten har inntil nå vært avgjørende for kvalitetsutviklingen. Det er spesielt problematisk at avtalelengdene med RHF og NAV ikke reflekterer nedskrivningstiden på investeringene som må gjøres, som igjen er avgjørende for å beholde og utvikle kompetansemiljøene og utvikle tjenestetilbudet, jf punktet om avtaleperioder ovenfor. Det haster med å få til et avtaleregime som i større grad bidrar til stabilitet og forutsigbarhet – og dermed et bedre tjenestetilbud.

Rehabilitering er en viktig del av et helhetlig pasientforløp og spiller en nøkkelrolle i å få pasientene tilbake til arbeidslivet og et normalt funksjonsnivå etter medisinsk behandling. Signalene fra samhandlingsreformen er tydelige på at primærhelsetjenesten skal få et større ansvar for rehabilitering enn i dag. De private

sentrene må da forholde seg til nye oppdragsgivere. Det må benyttes til å gi sektoren stabile og forutsigbare rammebetingelser som i større grad reflekterer behandlingstilbudenes betydning i pasientforløpet. Rehabilitering er i tillegg et område hvor det er relativt enkelt å la pengene følge pasienten, dvs pasientene kan selv velge hvilket behandlingstilbud de ønsker, og få dette finansiert.

Dersom kommunene skal få økt ansvar for rehabilitering, så må det avklares om de private rehabiliteringssentrene skal levere spesialisthelsetjenester eller om tilbudet skal dreies mot å levere tjenester til primærhelsetjenesten. Spørsmålet om spesialist vs primærhelsetjenester er knyttet opp mot hvilken faglig kvalitet og nivå det skal være på tjenesteproduksjonen, og dermed også på kostnadsnivået. Det vil sannsynligvis være behov for både begge typer tjenester i primærhelsetjenesten fremover. Kommunene kan da velge mellom å kjøpe tjenester som ligger på dagens nivå eller enklere tjenester avhengig av behov. Sett fra de private rehabiliteringssentrenes synspunkt kan det være en fordel med større variasjon i tjenestene som etterspørres – under forutsetning av at kommunene er oppfinansiert til å ha ansvaret for dyrere spesialisthelsetjenester. Dette spørsmålet må avklares nærmere raskest mulig.

13. Rusomsorg

Det er positivt at det skal utredes en egen modell for rusomsorg. Dette er et område som vært preget av underfinansiering i lang tid, noe som har ført til underinvesteringer, ubenyttet kapasitet og økt behandlingsskø. Det er her viktig å merke seg at opptrappingsplanene for rusfeltet ikke er ferdig før i 2012. Det er fortsatt behov for økte investeringer i sektoren, særlig med hensyn til behovet for økt kompetanse og økt personelltetthet. Utredningen av den nye modellen må ta hensyn til den pågående opptrappingsplanen og de underliggende behovene for fortsatt vekst i bevilgningene.

Både RHF og kommunene er avhengig av samarbeid med særlig de ideelle tjenesteleverandørene for å ivareta sine lovpålagte oppgaver på rusfeltet. Målt i antall årsverk og antall oppholdsdøgn innen rusomsorgen på spesialisthelsetjenestnivå utførte ideelle rusklinikker en større andel av tjenestene enn i RHF i perioden 2005-2007 (se tabeller nedenfor). Det er grunn til å tro at dette bildet vil være liknende fremover. HSH har ikke tilsvarende tall fra kommunalt nivå, men det er også her grunn til å tro at det er et betydelig innslag av ideelle tjenesteleverandører. HSH har derfor positive forventninger til at modellen for rusomsorg fører til et styrket samspill mellom stat, kommune og ideelle aktører.

Årsverk rusomsorg spesialisthelsetjenesten 2005-2007

Antall årsverk	2005	2006	2007
Ideelle	1364	1532	1531
RHF	1281	1304	1359

Kilde: Sintef 2009

Oppholdsdøgn rusomsorg i spesialisthelsetjenesten 2006-2007

Antall oppholdsdøgn	2006	2007
Ideelle	315 287	375 638
RHF	201 577	193 501

Kilde: Sintef 2009

De ideelle tjenesteleverandørene leverer et bredt spekter av ulike tjenester med ulik spesialiseringsgrad. Samtidig er det ofte uklare grenser mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling er definert som spesialisthelsetjenester og skjer som regel på sykehus. Hovedtyngden av den faglige utviklingen skjer på spesialisthelsetjenestnivå

og tilknytningen til spesialisthelsetjenesten er avgjørende for kvalitetsutviklingen i de ideelle sykehusene og klinikkene som driver med rusbehandling.

En stor del av rusomsorgen skjer imidlertid i kommunen og gjennom kommunehelsetjenesten. Det er imidlertid ofte uklart organisering av rusteamene i kommunene dvs. de er ofte forskjellig fra kommune til kommune. Samtidig vil de kommunale rusteamene sansynligvis få en viktig rolle i et mer helhetlig pasientforløp, og uklarheten forsterkes ved at det i mange tilfeller er mangelfull kompetanse på rusarbeid i kommunene jf avsnitt 5 ovenfor. Samhandling mellom spesialist og kommunenivået må i tillegg understøttes av finansieringssystemet. Slik takstene er utformet i dag så får poliklinikk på rus i spesialisthelsetjenesten betalt 88 kr pr time for samhandle med kommunehelsetjenesten, mens takstene for individuelle konsultasjoner ligger på 500 kr per time. Takstene må stimulere til økt samhandling mellom nivåene fremfor å stimulere til andre prioriteringer.

Det er et klart behov for mer målrettet individuell plan for brukerne av rustjenestene. Spesialisthelsetjenesten kunne i mange tilfeller redusere sine behandlingsforløp betydelig hvis individuell plan var startet opp i forkant av innleggelse. Slik det er nå vet pasienten ofte ikke hvor de skal bo etter endt opphold eller de mangler meningsfylt arbeid å gå til.

14. Pleie- og omsorgstjenester

Kommunale pleie- og omsorgstjenester omfatter bl.a. omsorgsboliger, sykehjem, hjemmetjenester, botilbud med oppfølging for rusmisbrukere, botilbud til tidligere innsatte, til psykiatriske pasienter, dagtilbud, korttidsopphold og botilbud til brukere med nedsatt funksjonsevne mv. Ideelle aktører har på alle disse områdene utviklet tjenestetilbud som siden har blitt naturlige oppgaver for kommunene.²

Demografiske endringer, med et økende antall eldre i samfunnet vil øke etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Dette betyr at eksisterende tilbud og institusjoner sannsynligvis vil få nye og utvidete roller. Dette vil særlig gjelde sykehjemmene og hjemmehjelpstjenesten som allerede er et eksisterende tilbud i hele landet, og som relativt enkelte kan utvides til nye brukergrupper. Mange sykehjem har i dag flere avdelinger som er tilrettelagt for særskilte behov, f.eks. langtidsavdeling, korttidsavdeling, avlastningstilbud, palliativ enhet, rehabiliterings- og opptreningstilbud m.v. Det finnes også sykehjem som er utelukkende tilrettelagt for brukere med særskilte behov. Slike tilbud kalles gjerne forsterkede sykehjem og kan i mange tilfeller også ha karakter av å være lokalmedisinske sentra.

En konsekvens av samhandlingsreformen kan være at slike tilbud må bygges ut i hele landet. Dette forutsetter i så fall at kommunene tilføres ressursene som trengs for å utvikle tjenestetilbudet. Det må også være likeverdig behandling av kommunale og ikke-offentlige tjenesteleverandører ved utbygging av forsterkede sykehjem eller lokalmedisinske sentra. Som følge av at det medisinske tilbudet til brukerne av sykehjem og lokalmedisinske styrkes, så må også disse institusjonene ha den nødvendige kompetansen som behøves for å levere helsetjenestene de etter hensikten ska få ansvaret for. Geriatri og rehabilitering er to områder som peker seg ut som viktige satsingsområder. Det må også avklares om helsetjenestene som leveres på sykehjemmene eller i lokalmedisinske sentre skal defineres som spesialisthelsetjenester eller kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er viktig fordi det er ulike plikter og rettigheter knyttet til hhv spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester. Tjenesteproduksjon av begge deler i samme institusjon reiser en rekke spørsmål som må være avklart på forhånd.

² NOU 1988: 17

15 Apotek

Fokus på riktig legemiddelbruk og apotekenes rolle i forhold til å bidra til god oppfølging av pasientene og å forebygge bruken av spesialisthelsetjenester, er en viktig del av samhandlingsreformen. Dette nevnes i meldingen, men det er viktig at det følges opp i det videre arbeidet.

Oppmerksomheten må rettes mot hvordan apotekansattes kompetanse kan utnyttes bedre for å bidra til mer riktig legemiddelbruk. Apotekene besitter en særlig legemiddelkompetanse, og apotekene har stor tilgjengelighet som følge av at de finnes over hele landet. HSH mener at dette er en kompetanse og en infrastruktur som i større grad må benyttes for å oppnå siktemålene med samhandlingsreformen. Blant annet er det klart at feil legemiddelbruk innebærer betydelige kostnader for samfunnet. Feil bruk - og dermed også kostnadene - kan reduseres betraktelig gjennom legemiddelsamtaler mellom bruker og farmasøyt.

I tillegg bør den farmasøytiske kompetansen, som i hovedsake besittes av apotekene, kunne benyttes for å veilede sykehjemmene om riktig legemiddelbruk. Denne kompetansen bør også være verdifull i forbindelse med flytting av pasienter mellom ulike behandlingsnivåer. Det er i dag ikke gode nok rutiner for å sikre god og riktig legemiddelbruk, blant annet som følge av at det tar relativt lang tid før journaler sendes fra sykehus til sykehjem.

I arbeidet med samhandlingsreformen er det også mulig å foreta en nærmere vurdering av om det lavterskeltilbud apotekene representerer, på noen områder kan benyttes til å avlaste fastlegene.

16. Forebygging og trening

HSH mener at økt satsing på forebygging spiller en helt sentral rolle i å nå ambisjonene med samhandlingsreformen. Forebygging burde sees på som en del av et helhetlig pasientforløp. Holdninger som skapes fra tidlig alder, gjennom for eksempel barnehage og skole spiller viktige roller i forståelsen av forebygging og trening i et livsløpsperspektiv. Omtalen av forebyggende arbeid i stortingsmeldingen har imidlertid et ensidig fokus på det tilbudet som finnes i regi av skolene og helsevesenet.

En svært viktig del av det forebyggende arbeidet foregår gjennom fysisk aktivitet og trening før den enkelte kommer i kontakt med helsevesenet. Ikke-offentlige aktører som for eksempel treningssentre, er sentrale tilbydere for den voksne norske befolkningen. Fysisk aktivitet og trening er ikke en del av det vi normalt kaller helsetjenesten. Når vi snakker om forebygging er det hevdet over tvil at fysisk aktivitet, trening og sunt kosthold er svært effektive virkemidler. Trening er i tillegg et utpreget lavterskeltilbud hvor man i stor grad selv kan styre og velge hva man ønsker å gjøre. Private treningssentre er reelle alternativer og valgmuligheter i dette arbeidet og burde spille en rolle i å stimulere til økt fysisk aktivitet som en del av det økte forebyggende arbeidet som skal skje.

HSH har tidligere forslått å fjerne fordelsbeskatningen på arbeidsgivers dekning av treningsavgift. HSH har også spilt dette alternativet in i IA-sammenheng som en del av sykefraværsforebygging. HSH mener dette er virkemidler som stimulerer til økt fysisk aktivitet som en del av satsingen på økt forebygging, og som ikke skjer innenfor rammene av helsevesenet.

I Danmark og Sverige brukes fysisk aktivitet i både forebygging og behandling. I Sverige brukes fysisk aktivitet som et legemiddel og skrives ut på resept. På denne måten kan kostnader ved fysisk aktivitet på treningssentre, som en del av et behandlingsforløp, dekkes gjennom rekvisisjon. Treningsopplegget følges opp og kontrolleres. En liknende modell brukes i Danmark. Brukerne/pasientene kan henvises til fysioterapeut som følger opp behandlingen med fysisk aktivitet. Begge

modellene er eksempler på at aktivitetstilbud utenfor det offentlige helsevesenet trekkes inn i helhetlige behandlingsforløp. HSH mener norske myndigheter må vurdere liknende virkemidler for å få fysisk aktivitet og forebygging helt integrert i et helhetlig behandlingsforløp.

Vennlig hilsen
HSH

Vibeke H. Madsen
Administrerende direktør

Torbjørn Aalborg
Direktør, Helse, utdanning, kultu

HSH
Henrik Ibsens gate 90
P.O. Box 2900 Solli
NO-0230 Oslo
Tel +47 22 54 17 00
Fax +47 22 56 17 00
e-post
info@hsh-org.no
Bankgiro
6030.05.18543
Org nr.
970 134 646 MVA
www.hsh-org.no