



Finansdepartementet

Sendt kun pr. e-post:  
postmottak@fin.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 15/1337

Dato: 19.04.2016

## **Legeforeningens høringsuttalelse - Produktivitetskommisjonens andre rapport**

Det vises til *NOU 2016: 3 Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi*.  
Legeforeningen hadde fått utsatt høringsfrist til 19. april 2016.

Legeforeningen har flere kommentarer til rapporten. Legeforeningen mener arbeidet er viktig og det er positivt at kommisjonens første rapport følges opp med en nærmere gjennomgang av utvalgte temaer. Vi mener også at områdene forskning og innovasjon, arbeidsmarkedet og effektivitet i offentlig sektor er viktige og sentrale. Å sikre fremtidig bærekraft for en solidarisk basert velferdsstat er av overordnet betydning for alle samfunnsaktører, herunder organisasjonene i arbeidslivet.

Vi viser til vår høringsuttalelse til kommisjonens første rapport. Her påpekte vi en rekke svakheter ved kommisjonens omtale og analyse av forhold i helsesektoren som enten ikke var nevnt, eller mangelfullt behandlet. Vi merker oss at kommisjonen knapt har fulgt opp noen av våre innspill til videre utredning.

### **1 Innledning**

Legeforeningen mener at kommisjonen gir en god oversikt over hvorfor det norske samfunnet har et godt utgangspunkt. Rapporten gir således på noen områder en nyttig gjennomgang, men den må suppleres. Vi mener at tilnærmingen og ambisjonene har vært for store og at utvalget med fordel kunne avgrenset oppdraget. Dette ville bidratt til grundigere analyser og bedre kvalitet. Rapporten viser, i likhet med den første rapporten, at kommisjonen har manglet kompetanse på viktige områder knyttet til de mange og sammensatte forhold i helsetjenesten som har betydning for produktivitet. Utvalgets sammensetning er også i liten grad egnet til å analysere så brede og komplekse samfunnsområder. Mange av områdene rapporten omtaler krever inngående ekspertise og kunnskap innenfor en rekke samfunnsområder og rapporten bærer preg av at økonomiske hensyn gjennomgående blir for dominerende.

Legeforeningen ser at kommisjonen, i tråd med mandatet, fokuserer på produktivitet. Andre viktige samfunnshensyn blir dermed i liten grad vurdert og vektlagt, slik som bl.a. fordeling, likestilling, arbeidsmarkedstilknytning, miljøhensyn mv, og hvilke konsekvenser de foreslåtte tiltakene vil kunne medføre. Slike hensyn vil være viktige i de samlede vurderingene av hva slags løsninger som skal velges. Det er derfor problematisk at kommisjonen, med lite motforestillinger, gir råd om tiltak basert på til dels ufullstendige analyser og til dels manglende forståelse. Dette gjør rapporten lite treffsikker og mindre egnet som beslutningsgrunnlag.

Rapporten viser gjennomgående til enkeltteksempler, uten nærmere analyse av bakenforliggende årsaker. Noen problemstillinger behandles ved å vise til uttalelser fra enkeltpersoner, og konklusjoner trekkes ofte, nokså bastant, og uten at uttalelsene eller grunnlaget for disse ettergås. Videre gjør rapporten i svært liten grad rede for metodeutfordringer, for eksempel i omtale av benchmarking som virkemiddel for å øke effektivitet. Sammenligninger på tvers av institusjoner og land kan være nyttige, men må brukes med forsiktighet. Det er mange mulige feilkilder, og det at det observeres forskjeller i effektivitet sier ikke noe om forskjeller i kvalitet eller hvilke tiltak som kan bedre effektiviteten.

En viktig problemstilling som kommisjonen knapt tar opp er spørsmålet om datagrunnlaget som er sentralt for å måle produktivitet. Den danske kommisjonen pekte på store svakheter i det danske datagrunnlaget, og det er betydelige svakheter i det norske. Det er et klart behov for at kommisjonen gjør en vurdering av, eller setter i gang arbeid for å forbedre datagrunnlaget for norske produktivitetstall.

Legeforeningen mener det er utfordringer og forbedringsmuligheter knyttet til effektiv ressursutnyttelse i helsetjenesten. Disse er sammensatte, men vi framhever særlig følgende:

#### **Legeforeningen mener:**

- Legeforeningen leser kommisjonens rapport slik at den anerkjenner det organiserte arbeidslivet og den norske samfunnsmodellens betydning for utvikling og omstillingsevne. Legeforeningen mener dette er viktig og reagerer på at kommisjonen likevel foreslår endringer i modellen blant annet ved å anbefale økt bruk av midlertidige ansettelser i arbeidslivet, innstramninger i sykelønnsordningen og ensidig liberalisering av arbeidstidsbestemmelser. Legeforeningen mener dette vil kunne bidra til å svekke det organiserte arbeidslivet og undergrave tilliten til modellen. Det vil dessverre i tillegg bidra til å svekke omstillingsevnen og produktivitetsutviklingen i Norge snarere enn å styrke den. Samtidig skriver kommisjonen i kapitlet om effektivisering av offentlig forvaltning at økt effektivitet er avhengig av mindre kontroll og detaljstyring. Legeforeningen er enig i denne vurderingen og påpeker at viktige suksesskriterier for høy produktivitet og omstillingsevne er at det offentlige bærer de langsiktige velferdskostnadene, et lite hierarkisk arbeidsliv og en

gjennomgående kultur for medvirkning og samarbeid i stedet for ensidig styring og kontroll. Avtaler må forvaltes av avtalepartene med likeverdighet og samarbeid- dette er helt sentrale forutsetninger for videreføring av partssamarbeidet som en viktig forutsetning for produktivitet og omstillingsevne.

- Kommisjonens forslag til tiltak for å øke produktivitet i arbeidslivet er blant annet sterkere styring for arbeidsgiver knyttet til regulering av arbeidstid. Kvalitet, pasientsikkerhet, og effektiv ressursutnyttelse krever bemanning tilpasset oppgavene og ikke utelukkende fleksible arbeidstidsbetingelser. Det er godt dokumentert<sup>1</sup> at ansatte i helse- og omsorgssektoren kommer klart dårlig ut i landsdekkende arbeidsmiljøundersøkelser, blant annet når det gjelder kontroll over egen arbeidssituasjon, høye jobbkrav og ubalanse mellom innsats og belønning. Å forrykke styrkeforholdet mellom arbeidstaker- og arbeidsgiversiden ved å utvide arbeidsgivers styringsrett over arbeidstiden, vil derfor kunne ha spesielt uønskede og negative konsekvenser i denne sektoren.
- Legeforeningen mener at kvalitetsaspektet blir borte i det til tider altomfattende fokuset på økt produksjon på den ene siden og økonomisk balanse på den andre. Økningen i antall re-innleggelses viser at dette fokuset i realiteten fører til økte kostnader for samfunnet og legger beslag på kapasitet. Fokuset på økt produksjon, som jo er i tråd med kommisjonens mandat, fører til at andre viktige samfunnshensyn ikke omtales. Det er problematisk at kommisjonen, med lite motforestillinger, likevel gir anbefalinger selv om disse er basert på til dels mangelfullt kildegrunnlag, mangelfull eller utelatt redegjørelse for metodene eller omtale av metodiske utfordringer, og uten å veie og drøfte andre legitime samfunnshensyn. Dette gjør rapporten lite tillitvekkende og treffsikker og mindre egnet som beslutningsgrunnlag. Legeforeningen mener at når analysene enten er fraværende eller lite presise, bør man være forsiktig med å trekke konklusjoner.
- Det er en gjennomgående svakhet ved rapporten at den ikke ser på helheten i helsetjenesten og de ulike oppgaver helsetjenesten skal løse. Det er blant annet problematisk med det ensidige produksjonsfokuset, da dette vil kunne gå utover ikke-målbare størrelser som for eksempel sykehusenes lovfestede ansvar for pasientopplæring, utdanning av helsepersonell og forskning. Dette er viktige oppgaver som bidrar til lavere målt produktivitet.
- Primærhelsetjenesten er i svært liten grad omtalt, og samhandling mellom helsetjenestens ulike deler er overhodet ikke nevnt. Legeforeningen ga nokså omfattende innspill på disse punktene i forrige høringsuttalelse, og viser til det som ble sagt da.

---

<sup>1</sup> Arbeidstidutvalget, kapittel 13 (omtalt i mindretallets votum)

- Den overordnede omtalen av styringsutfordringer i offentlig sektor gir en grei oversikt. Det er viktig og riktig at det påpekes at styring mål- og resultatstyring (MRS) er preget av at overordnet nivå styrer gjennom til dels svært detaljerte og mange mål og oppgaver. Legeforeningen mener likevel at de analysene som gjøres om dette ofte bygger på et tynt kildegrunnlag.
- Legeforeningen er enig i at økt konkurranse i helsevesenet kan føre til bedre effektivitet, kvalitet, service og tilgjengelighet. Pasientene kan tjene på at man utnytter ledig kapasitet, uavhengig av om det er på private eller offentlige sykehus. Likevel er fokuset og gjennomgangen også her noe ensidig, og flere utfordringer og andre konsekvenser av økt konkurranseutsetting omtales ikke.
- Legeforeningen er enig i at det er utfordringer knyttet til en stor vekst i for eksempel den sentrale helseforvaltningen. Dette har betydning for hvordan helsetjenesten organiseres og drives – hvor stor del som brukes på administrasjon og hvor stor del går til tjenesten. Ressurser til administrasjon kan også ha betydning for mulighetene for investering i sykehus. Størrelsen på administrasjon har også betydning for overordnede prioriteringer og produktivitet. Det er derfor problematisk at det har skjedd en dreining mot en stadig større sentral helseforvaltning. Legeforeningen viser til omfattende innspill om utvikling i helseadministrasjonen og forslag til tiltak i vårt forrige høringssvar.
- Legeforeningen vil også påpeke at et ensidig produktivitetsfokus og kan føre til at flere kan falle ut av arbeidslivet, og den betydning dette har for den enkelte og for samfunnet.
- I tillegg til de nevnte manglene er det flere andre forhold sekretariatet savner omtale av, slik som for eksempel behovet for investering i sykehusbygg og medisinskteknisk utstyr, betydningen av systemer og struktur for effektive pasientforløp, legevakt, og de særlige samhandlingsutfordringer som har oppstått etter samhandlingsreformen. Vi viser til vårt forrige høringssvar for nærmere informasjon om disse forholdene.

### **Betydning av mangelfulle forutsetninger**

Legeforeningen stiller seg kritisk til manglende diskusjon av hvilke overordnede forutsetninger som skal legges til grunn og bruken av disse. De forutsetningene som er lagt til grunn danner grunnlaget for store deler av rapporten, og feilslutningene som kommisjonen gjør basert på disse har konsekvenser for kvaliteten i resten av rapporten. Legeforeningen viser til forutsetningene i tabell 4.1 og 4.2.

"

Tabell 4.1 Forutsetninger i framskrivningene som ikke er bestemt av politikk

Variabel	Forutsetning
1. Demografi	Middelalternativet (MMMM) i SSB-framskrivningene fra 2014
2. Sysselsettingsandeler og arbeidstid, gitt alder, kjønn og utdanning	Som i 2013 pluss effekter av pensjonsreformen av 2011
3. Årlig vekst i verdensmarkedspriser	2 pst.
4. Oljeprisnivå	50 2014-dollar
5. Verdensmarkedsrente, nominell	5,5 pst.
6. Uttak fra Statens pensjonsfond utland	3,5 pst.
7. Årlig produktivitsvekst, private næringer	1 pst. for arbeidskraft, ingen vekst for andre faktorer
8. Årlig produktivitsvekst, offentlig forvaltning	0,5 pst. årlig vekst i total faktorproduktivitet (TFP), dvs. 0,5 pst. økt mengde og/eller kvalitet, som ikke måles direkte, for gitt innsats av alle faktorer

Tabell 4.2 Forutsetninger i framskrivningene knyttet til politikk

Variabel	Forutsetning
1. Ressursbruk i forsvar	2010-nivået videreføres i faste priser
2. Alders- og kjønnsspesifikke brukerfrekvenser for individrettede offentlige tjenester	Som i 2010
3. Standard på offentlige tjenester	1 pst. vekst for alle sivile tjenester uavhengig av brukernes alder og kjønn
4. Mottakere av og ytelser til alderspensjon, uførepensjon, arbeidsavklaring, etterlatte	Framskrivninger på modellen MOSART basert på nytt pensjonssystem, se Fredriksen m.fl. (2015)
5. Mottakere av og ytelser til andre offentlige kontantoverføringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lønnsjustering av alle overføringer</li> <li>- Øvrige stønader (Statens pensjonskasse mv., barnetrygd, kontantstønad, utdanningsstønader) følger vekst i relevante aldersgrupper</li> <li>- Øvrige overføringer følger total befolkning</li> </ul>
6. Skatter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direkte og indirekte gjennomsnittlige skattesatser som i 2010</li> <li>- Beregner hvert år et uspesifisert skatte- eller overføringsbeløp som innebærer at handlingsregelen følges med 3,5 pst. uttak</li> </ul>

I tabell 4.2 pkt 2 fremkommer det brukerfrekvenser for individrettede offentlige tjenester fra 2010 legges til grunn i framskrivningene. En stor andel av tjenestene er helse- og omsorgstjenester. Forutsetningen innebærer at forbruk av helsetjenester øker proporsjonalt med økende levealder. Forutsetningen omtales i forskningen som "naiv tilnærming", og har dårlig forskningsmessig belegg.<sup>2</sup> En proporsjonal økning stemmer heller ikke overens med

<sup>2</sup> Zweifel P, Felder S, Meiers M. 1999. Ageing of population and health care expenditure: A red herring? *Health Economics*, 8: 485-96.

en observerte utviklingen. Med økende levealder vil de aldersbestemte brukerfrekvensene flytte med om lag det samme økningen i levealder; ved ett års økning i levealder vil brukerfrekvensen for en 70 åring tilsvare brukerfrekvens for en 69 åring før levealderøkningen. Beregningene må også justeres for kostnad siste leveår, som utgjør en betydelig del av totalkostnaden. Dette er en en-gangs kostnad.

I tabell 4.2 pkt 3 fremkommer at det legges til grunn en 1 prosent vekst for alle sivile tjenester knyttet til standardheving. Igjen utgjør helsetjenester hoveddelen av volumet. Forutsetningen er ikke i tråd med den observerte utviklingen de siste årene. Fremføring av en prosent vekst over 45 år skaper ikke uventet en betydelig utfordring. Holdes alle andre faktorer konstant vil denne forutsetningen alene føre til 56% økning i ressursinnsatsen (og bemanningsbehovet). Forutsetningen forklarer alene hoveddelen av utfordringsbildet.

Etter Legeforeningens erfaring er altså forutsetningene som legges til grunn feilaktige, eller usikre. Brukerfrekvensene er feilaktig fremskrevet, og den prosentvise økningen knyttet til kvalitetsheving lite sannsynlig. Effektene av økende pensjonsalder, prospektiv forsørgerbrøk, og økende andel friske eldre er også dårlig fremstilt. Dette er en avgjørende svakhet ved utvalgets rapport.

#### *Feil utgangspunkt om produktivitet i helsesektoren*

Legeforeningen er enig i at det er et effektiviseringspotensial i offentlig sektor, også i helsetjenesten. Samtidig mener vi at Norge har, på mange områder, en mer velfungerende offentlig sektor enn land som har satset på deregulering og konkurranseutsetting i større grad enn oss. Vi påpeker også at produktivitetsveksten har vært sterk innen helse- og omsorgstjenester, altså det omvendte av hva kommisjonen synes å legge til grunn. Legeforeningen viser til Helsedirektoratets innspill til den forrige rapporten fra kommisjonen der det heter:

*"Analyser av kostnadene i spesialisthelsetjenesten (Samdata spesialisthelsetjenesten 2013) viser en realvekst på 11,7 prosent fra 2004 til 2013. Befolkningsveksten i samme perioden var på knappe 11 prosent, og de totale kostnadene per innbygger økte dermed med 0,7 prosent for perioden samlet når det korrigeres for kostnadsvekst som skyldes nye oppgaver i perioden. Veksten knyttes til økte kostnader til ambulansse, pasienttransport, psykisk helsevern og rusbehandling. For somatiske spesialisthelsetjenester er kostnad per innbygger reelt 3,5 prosent lavere i 2013 enn i 2004 når nye oppgaver og finansieringsansvar holdes utenfor. Denne nedgangen i realkostnader har kommet samtidig med en aktivitetsøkning og innebærer en effektivisering av somatisk spesialisthelsetjeneste i denne perioden. Fra 2009 til 2013 har produktiviteten i somatisk spesialisthelsetjeneste økt med nær fem prosent. Utviklingen drives av en vekst i aktiviteten på drøyt fem prosent sammen med stabile kostnader. I samme periode har sengetallet gått ned med ni prosent, og gjennomsnittlig liggetid i helseforetak har blitt redusert med 11 prosent. Helsedirektoratet mener at effektivitetsveksten i spesialisthelsetjenesten underkommuniseres i høringsnotatet og at effektiviseringspotensialet for sykehusene kan være mer begrenset enn framstillingen i utredningen tilsier."*

## **2 Kommentarer til rapporten**

Legeforeningen har først og fremst sett på forhold som har betydning for produktivitet i helsesektoren og har følgende kommentarer til kapittel 5, 6 og 7.

### **Kapittel 5 Forskning, innovasjon og adopsjon**

Legeforeningen er enig i at det er viktig å satse på utdanning, forskning og innovasjon for å være best mulig rustet for fremtidig omstilling og utvikling. Det er særlig viktig med gode tiltak for å hindre frafall fra videregående skole, men også en tilrettelegging for at flere kan ta høyere utdanning.

Norge må utvikle universiteter og forskningsmiljøer i verdensklasse. Da må man tørre å prioritere hardere og satse der vi har forutsetninger for å lykkes.

Legeforeningen er enig i kommisjonens tilrådning om å styrke den forskningspolitiske koordineringen. Dette er viktig for å fremme kvalitet og effektivitet i forskningen. Legeforeningen er enig i at man må rydde i Forskningsrådets mange oppgaver og forsterke mekanismer som sikrer finansiering av fremragende forskning og forhindrer finansiering av svak forskning. Legeforeningen støtter kommisjonen i at finansieringssystemet for universiteter og høyskoler i større grad må gi institusjonene insentiver til å produsere forskning av høy vitenskapelig kvalitet.

Legeforeningen er bekymret for den utstrakte bruken av midlertidige stillinger i academia. Når man skal satse på forskning er det ikke holdbart at forskerne skal jobbe i midlertidige og usikre stillinger i årevis. Det er konkurranse om de beste hodene, og hvis academia skal kunne rekruttere de beste, må man kunne tilby gode og stabile vilkår. Et kutt i basisbevilgningene vil neppe bidra til redusert midlertidighet. En god del av dagens midlertidige stillinger skyldes at mange jobber prosjektbasert på konkurranseutsatte midler.

Selv om Legeforeningen er enig i flere av anbefalingene i kapitlet, ser vi også her at analysene og kildematerialet er ujevnt. I deler av kapitlet får man et inntrykk av at kommisjonen i for stor grad er styrt av enkeltpersoners innspill, og at kommisjonen selv ikke har tilstrekkelig kompetanse til å vurdere og analysere innspillene.

Samtidig mener Legeforeningen at samlet sett har dette kapitlet gjennomgående en god fremstilling av utfordringene i sektoren, og at det oftest gjøres gode avveininger mellom ulike hensyn. Legeforeningen kjenner igjen utfordringsbildet som beskrives og støtter behovet for økt autonomi og styrket rekruttering til sektoren. Vi er enig i at det er viktig å styrke den faglige styringen av utdanningsenhetene, og påse at andelen temarettet forskning ikke blir for høy. Etter Legeforeningens syn vil også høyspesialisert virksomhet som sykehusene profitere på en sterkere faglig styring og autonomi. Verdens fremste sykehus er ledet av sterke faginteresser (eksempelvis Mayo clinic). Prinsippet om profesjonsnøytral ledelse i sykehus (1999) er etter Legeforeningens syn lite hensiktsmessig, og har medført betydelige utfordringer i styring av norske sykehus. Produktivitetskommisjonen viste i første rapport til

høyere produktivitet i de finske sykehusene. De er organisert med faglig styring i motsetning til norske sykehus.

#### *Innovasjon og entreprenørskap - Næringsdrift en effektiv organisasjon av fastleger*

Norge scorer lavt på innovasjon og entreprenørskap. Vi trenger flere selvstendig næringsdrivende, og for å få til dette må det satses mer på rettighetene og sikkerhetsnettet. For å stimulere til fleksibilitet, innovasjonsvilje og mangfold er det derfor helt sentralt at regjeringen fortsetter innsatsen for å bedre rammebetingelsene for gründere og selvstendig næringsdrivende.

Næringsdrift er den valgte hovedform for organisering av fastlegevirksomhet. Denne driftsformen er effektiv, legger lite beslag på administrative ressurser i kommunen og bør være hovedregelen også i fremtiden fordi det gir stabilitet og god tilgjengelighet for pasientene. Avtalebaserte samarbeidsformer er videre fleksible og gir stor rom for å finne felles løsninger. Legeforeningen ser imidlertid at ledelsen av fastlegeordningen bør videreutvikles og at de mulighetene som ligger i avtaleverket kan brukes enda mer effektivt enn i dag.

Legeforeningen savner omtale av primærhelsetjenesten i rapporten. Regjeringen la våren 2015 frem stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet». Legeforeningen har over tid pekt på utfordringer ved blant annet en for lite koordinert tjeneste med svake samarbeidslinjer, og vi har i ulike sammenhenger etterlyst initiativ til videreutvikling av fastlegeordningen. Det var således knyttet store forventninger til en stortingsmelding på dette området.

Det er ikke vanskelig å være enig i meldingens mål om en primærhelsetjeneste med bedre tverrfaglig samarbeid for få til god behandling og omsorg, særlig rundt de sykeste pasientene som har behov for en helhetlig oppfølging. Det er imidlertid mange ubesvarte spørsmål med hensyn til retningen videre, særlig med tanke på hvordan kommunene skal innrette seg for å møte fremtidens behov, og hvordan man kan bidra til bedre samarbeid og effektiv helsehjelp i kommunene. Legeforeningen mener blant annet at det er behov for å satse mer på medisinsk kompetanse (legetjenestene) og medisinskfaglig ledelse i kommunene, som kan bidra til å "skru helsetjenesten bedre sammen". Samtidig må et mer tydelig kvalitetsperspektiv trekkes inn i vurderingene som skal gjøres. Vi nevner også at det er behov for mer oppmerksomhet på prioriteringer i kommunehelsetjenesten. De seneste arbeider rundt dette fokuserer i hovedsak på prioriteringer sett fra spesialisthelsetjenestens ståsted. Samtidig er en politisk hovedmålsetning at flere pasienter skal behandles i kommunene. Prioriteringsdilemmaer i kommunene og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten bør vies større oppmerksomhet.

Samlet sett vil Legeforeningen fremheve at det er betydelige utviklingspotensial og potensielle effektiviseringsgevinster i primærhelsetjenesten. Det er en klar svakhet at kommisjonen ikke behandler området nærmere i sin rapport.



## **Kapittel 6 Arbeidsmarkedet i omstilling**

Kommisjonen viser til enkelte forslag fra arbeidstidsutvalget i dette kapitlet. Legeforeningen har mottatt *NOU 2016: 1* fra Arbeidstidsutvalget på høring og vil avgi en mer omfattende høringsuttalelse til denne. Det er imidlertid enkelte forhold vi ønsker å kommentere allerede nå.

### *Den norske modellen*

Kommisjonen skriver under punkt 6.3.2 at en høy grad av koordinering i lønnsdannelsen har ifølge flere analyser bidratt til at Norge over tid har hatt høy produktivitet, høy sysselsetting, lav arbeidsledighet og små inntektsforskjeller. En viktig forutsetning for denne koordinerte lønnsdannelsen har vært at det norske arbeidsmarkedet har vært preget av en høy organisasjonsgrad, og at regulering av arbeidslivet i stor grad er basert på tariffavtaler. Under punktet 7.5.1 om ledelse av offentlige institusjoner skriver imidlertid kommisjonen at i store deler av offentlig virksomhet er det mer oppsplittede relasjoner, fordi medarbeidere er organisert i mange spesialiserte organisasjoner med sterke profesjonsinteresser. De skriver at dette gjelder særlig i spesialisthelsetjenesten og at det for organisasjonene lett vil kunne bli et spill om å få flere ressurser, fremfor å gjennomføre tiltak for å øke effektiviteten.

Legeforeningen påpeker motsetningen mellom det som omtales i disse to punktene og minner om at partssamarbeidet er viktig for produktivitet og omstillingsevne i den enkelte bedrift, mellom bedrifter og for den makro- økonomiske styringen av Norge. Både Holden III og kommisjonens rapport omtaler arbeidslivets parter og deres samarbeid med myndighetene som viktige forutsetninger for utviklingen av et produktivt nærings - og arbeidsliv.

Legeforeningen mener det er viktig at rådene som kommisjonen gir, ikke bidrar til å undergrave den norske arbeidslivsmodellen eller øke forskjellene.

Legeforeningen reagerer på at også i denne rapporten bidrar kommisjonen til å befeste fordommer om at fagprofesjonenes interesser kan stå i veien for nødvendige omstillingsprosesser uten at dette dokumenteres. Som vi påpekte i høringsuttalelsen til den første rapporten har Legeforeningen registrert at i den senere tid er slike oppfatninger blitt vektlagt sterkere og preger en utvikling mot stadig sterkere styring av de ulike delene av helsetjenesten, og en dreining bort fra velfungerende samarbeid. Konsekvensene er at legitimitet og tillit svekkes, noe som er avgjørende for gode prosesser og resultater.

Legeforeningen mener at samarbeid og medvirkning er en avgjørende faktor for utvikling av gode og hensiktsmessige rammebetingelser for helsetjenesten, og har sett mange eksempler på uheldige konsekvenser av omstillingsprosesser og regelendringer der den faglige forankringen og samarbeid med fagmiljøene har vært mangelfull. Vi ser tendenser til at forvaltningen i større grad ser seg selvforsynt med faglig kompetanse og dermed unnlater å involvere berørte parter. Gjennomgående fører dette til dårligere løsninger, manglende oppslutning og dermed energi-/ effektivitetslekkasjer.

### *Arbeidsmarkedsreguleringer - styring av arbeidskraftressursene i helsesektoren*

Kommisjonen omtaler arbeidsmarkedsreguleringer i både kapittel 6 om arbeidsmarked og kapittel 7 om effektivisering i offentlig sektor. Legeforeningen vil omtale ulike

problemstillinger knyttet til reguleringer av og forhold i arbeidsmarkedet samlet i det følgende.

Innledningsvis påpeker Legeforeningen at det foreligger solid dokumentasjon<sup>3</sup> på at ansatte i helse- og omsorgssektoren kommer klart dårlig ut i landsdekkende arbeidsmiljøundersøkelser, blant annet når det gjelder kontroll over egen arbeidssituasjon, høye jobbkrev og ubalanse mellom innsats og belønning. Å forrykke styrkeforholdet mellom arbeidstaker- og arbeidsgiversiden ved å utvide arbeidsgivers styringsrett over arbeidstiden, vil derfor kunne ha spesielt uønskede og negative konsekvenser i denne sektoren.

Kommisjonen skriver at dagens arbeidstidsreguleringer innebærer i praksis at fagforeningene har vesentlig innflytelse på arbeidsplanene i sykehusene, og at en endring av dette uten at vernebestemmelsene i arbeidsmiljøloven svekkes, vil ha lettet sykehusenes mulighet til å utnytte kapasiteten, bl.a på dyrt utstyr på en vesentlig bedre måte. Kommisjonen omtalte denne problemstillingen også i den første rapporten. Legeforeningen kommenterte dette da og understreker følgende igjen.

På prinsipielt grunnlag mener vi videre at det er avgjørende viktig at lovens regler om arbeidstid er innrettet slik at de sikrer jevnbyrdighet i partsforholdet. De utfordringer som finnes i helse- og omsorgssektoren, løses ikke best ved å lovfeste en generell ordning som i realiteten begrenser arbeidstakersidens adgang til å inngå avtaler. Saker som dette bør løses av tariffpartene, og ikke gjennom lovendringer. Legeforeningen har i alle år bidratt til dette ved avtaler med arbeidsgiversiden om vide unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Med slike unntak forventes det blant annet oversikt over arbeidet tid og innflytelse over tjenesteplanene med den avtalte arbeidstiden. Legeforeningen ønsker å bidra til god sykehusdrift gjennom å avtale unntak fra lovens arbeidstidsbestemmelser. De avtalte unntakene er blant de videste og mest fleksible i norsk arbeidsliv. Legeforeningen ønsker også å påpeke at kvalitet, pasientsikkerhet og effektivitet krever bemanning ikke bare fleksible arbeidstidsordninger. Det må ansettes flere leger i sykehus. Fremover vil det være spesialistmangel innen en rekke spesialiteter. Legeforeningen savner tiltak som griper fatt i bemanningsproblematikken.

Det har skjedd vesentlige endringer i legenes arbeidssituasjon de siste årene. Med stram effektivisering, kombinert med flere og sykere pasienter, økt byråkratisering, høyere intensitet under vakt og mindre muligheter for hvile, har presset på legenes arbeidstid økt betydelig. Endringer i sykehusenes praktisering av de avtalte unntak fra arbeidsmiljøloven har også bidratt til dette.

Kommisjonen trekker frem Spekters formulering om at det er mellom 20- og 25000 forhandlinger om arbeidstid i norske sykehus årlig for sykepleier. Utsagnet er misvisende. Ledelse og ansatte planlegger sammen arbeidstiden innenfor avtalte rammer mange tusen ganger årlig, og kun unntaksvis oppstår det problemer i denne planleggingen. Kommisjonen henviser videre til Arbeidstidsutvalgets tilrådinger på området. Legeforeningen presiserer at

---

<sup>3</sup> Arbeidstidutvalget, kapittel 13 (omtalt i mindretallets votum)

dette utvalget var nedsatt uten noen representert fra arbeidstakersiden, det var derimot arbeidsgiversiden (Spekter). Utvalget kom med forslag til justeringer av lovverket som vil føre til en betydelig maktforskyvning i partssamarbeidet om de gjennomføres. Utvalget var delt og vurderingene omstridt. Produktivitetskommisjonen bør etter Legeforeningens syn unnlate å gi tilslutning til vurderingene gitt av dette utvalget.

Kommisjonen skriver blant annet at det for brukere av spesialisthelsetjenesten vil ha stor betydning om tidspunktet for planlagt behandling kunne utvides, f.eks fram til kl. 21.00, men viser til at legenes tariffavtale begrenser en slik løsning i dag. Kommisjonen peker på at det er behov for endringer i legenes tariffavtale for bedre ressursutnyttelse og økt kapasitet. Dette er en feil og tendensiøs fremstilling av situasjonen.

Sykehuslegenes arbeidstid er i dag mellom kl 7 og 18 i de fleste helseforetak. Legene jobber, som kommisjonen selv skriver, mellom 40 og 45 timer ukentlig, kirurger gjerne en del flere timer. En utvidelse av åpningstid i sykehus vil ikke øke kapasiteten med mindre det etterfølges av flere utdannede legespesialister. De fleste leger har en andel ubekvem arbeidstid knyttet til vaktarbeid, og å henlegge rutinearbeid til kveldstid vil svekke rekrutteringen. Store deler av virksomhetene er også avhengig av samtidig tilstedeværelse av mange innsatsfaktorer, som kommisjonen selv gjør rede for. Et mer effektivt tiltak vil være å øke legenes tidsbruk i direkte pasientkontakt fra dagens rekordlave nivå. Tiltaksforslag på dette området krever imidlertid mer inngående analyse av problematikken enn utvalget har hatt mulighet til å gjennomføre.

Legeforeningen mener at det ikke er nødvendig med lovendringer knyttet til skift- og turnusordninger, slik kommisjonen foreslår. De lovendringer som trådte i kraft 1. juli 2015, innebærer allerede en betydelig utvidelse av adgangen til å gjennomsnittsberegne den alminnelige arbeidstiden. Å øke arbeidsgivers styringsrett i denne situasjonen, vil bidra til økt risiko for helsemessige belastninger, samt at det undergraver jevnbyrdigheten i partsforholdet.

### *Mobilisering av arbeidskraft*

Legeforeningen er enig i at det er viktig å mobilisere ubenyttet arbeidskraft, og skape insentiver for å stå lenger i arbeid. I lys av dette målet er det underlig at rapporten anbefaler at seniorordningene avvikles. I følge rapporten gjør disse ordningene arbeidstakerne for dyre i forhold til produktiviteten. Det mangler en drøfting av om produktivitet er det beste måleparameteret for seniorene i arbeidslivet. Kanskje er det mer samfunnsøkonomisk lønnsomt at de faktisk står i arbeid noen år ekstra.

Norge er avhengig av at flere står lenger i arbeid når vi nå møter en eldrebølge i befolkningen. Hevingen av aldersgrensen i arbeidslivet fra 70 til 72 år var et viktig skritt i riktig retning. I helsesektoren er et eksempel på en avtaletilpasning på dette området utvidelse av aldersgrensen for avtalespesialister fra 70 til 72 år med virkning fra 1. januar 2016.

Pensjonsreformen gir adgang til å tjene opp pensjonspoeng til 75 år og stadig flere eldre ønsker å jobbe lenger. Legeforeningen mener at pensjonssystemene skal fremme økt yrkesdeltaking blant eldre. Pensjonssystemet må gi motivasjon for fortsatt arbeid, det vil si høyere pensjon for de som ønsker å stå lenger i arbeid enn de som fratrer tidlig.

Legeforeningen er enig med kommisjonen i at høy velferd årene fremover er avhengig av at arbeidsinnsatsen er høy. Dette krever at man klarer å mobilisere de tilgjengelige arbeidskraftressursene i befolkningen. Kommisjonen skriver videre at for å hindre større utenforskap må trygdeytelsene utformes slik at det lønner seg å være i arbeid. Ytelsene må være mer aktivitetsorienterte. Legeforeningen støtter dette prinsippet. Treparts samarbeidet om et mer inkluderende arbeidsliv er viktig for å få til et mer aktivitetsfremmende lov- og regelverk.

Kommisjonen skriver også at arbeidsgiver bør ha et økonomisk medansvar for de lengre sykdomsforløpene. Dette er i tråd med et forslag som ble utarbeidet av partene og myndighetene i fellesskap i forbindelse med reforhandling av IA avtalen i 2010.

#### Yrkeskvalifikasjoner og godkjenning av utdanning

Det er positivt at kommisjonen omtaler godkjenning av yrkeskvalifikasjoner som et tiltak for å bedre integrering, øke yrkesmobilitet samt utnytte tilgjengelig og kompetent arbeidskraft. Kommisjonen skriver at det finnes 180 lovregulerte yrker og at systemet for godkjenning og autorisasjon er krevende, lite oversiktlig og at det særlig er godkjenningskontorene for helsepersonell som later til å være strengere enn i våre naboland. Det er også svært lang saksbehandlingstid. Dette er uheldig for den enkelte og for samfunnet da økt tilstrømming og bedre bruk av utenlandsk arbeidskraft er viktig for å møte det økte behovet for arbeidskraft, særlig innenfor helse- og omsorgssektoren. Legeforeningen er enig i denne vurderingen, og har gjentatte ganger tatt opp problemstillingen med lang saksbehandlingstid og rigid regelverksfortolkning, både med godkjenningskontoret og med Helse- og omsorgsdepartementet. Feil i implementering av deler av EU direktivet om godkjenning av yrkeskvalifikasjonsdirektivet om veiledet tjeneste for allmennleger for en tid tilbake medførte omfattende problemer for en stor gruppe utenlandsutdannede leger med potensielle store konsekvenser for rekruttering til allmennmedisin. Saksbehandlingen og informasjon fra godkjenningskontoret (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell) var kritikkverdig, og Legeforeningen måtte gå tungt inn i både enkeltsaker og gjennom myndighetskontakt for å finne løsninger for de legene som ble rammet. Det er behov for et fortsatt fokus på både kvaliteten i saksbehandlingen og ikke minst saksbehandlingstiden som er uforsvarlig lang i mange godkjenningssaker.

#### **Kapittel 7 Økt effektivitet i offentlig sektor**

Kapittel 7 handler om økt effektivitet i offentlig sektor. Legeforeningen deler kommisjonens overordnede vurdering av at "*Det overordnede målet for offentlig virksomhet må være gode resultater for innbyggerne, med en effektiv bruk av ressursene.*"

### *Økt sysselsetting i offentlig sektor*

Legeforeningen påpeker innledningsvis at veksten i offentlig sektor de siste 20 årene har vært noe svakere (2%) enn veksten i privat sektor (SSB). Andelen sysselsatte i offentlig sektor er ganske lik andelen i Danmark og Sverige. Veksten har for en stor del vært knyttet til skolefritidsordning, barnehager og hjemmebaserte tjenester. Vi er likevel enig i kommisjonens beskrivelse av at ressursene dreies i retning av en kraftig økning i sentralforvaltningen. Relativt sett har Norge nå verdens største helsedirektorat. Direktoratet har i de senere årene fått tillagt en rekke nye oppgaver, og det bør gjøres en kritisk gjennomgang av om den sterke veksten faktisk fører til bedre tjenester.

Vi er enig i at den sterke veksten, særlig i direktoratene kan være et uttrykk for et byråkrati som i stadig større grad er basert på kontroll og at dette kan svekke effektiviteten i viktige deler av offentlig sektor. Vekst i administrasjon trekker ressurser bort fra kjerneoppgavene. Det er imidlertid ingen offentlig tilgjengelig oversikt over størrelsen på helseadministrasjon, verken på sentralt, regionalt eller kommunalt nivå. Det er en svakhet ved rapporten at manglene datagrunnlag ikke kommenteres nærmere, og at det heller ikke foreslås arbeid for å forbedre datainnsamling og kvalitet. Legeforeningen har tidligere påpekt at det i styringslinjen for sykehus, med helseministeren som eier og leder av foretaksmøter, i varierende grad er tilgjengelig oversikt over ressursbruk og antallet ansatte på regionalt nivå. Oppgaver og administrasjon skilles ut i egne enheter, med ledelsen i RHF som styreledere, uten at det foreligger en samlet, offentlig tilgjengelig oversikt over dette. Det er imidlertid et pågående arbeid om alternative modeller for organisering av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten, og Legeforeningen vil gi nærmere innspill der.

Kommisjonen skriver videre i punkt 7.2.2 at den sterke veksten i sysselsetting i direktoratene har skjedd på grunn av økte oppgaver fra politikere, og at oppfølging av handlingsplaner, tiltak og lovvedtak krever økt bemanning både i departementene og direktoratene, og dette lett kan føre til dobbeltfunksjoner og kontrollbyråkrati. Legeforeningen er enig i at det er behov for å utforme en klarere politikk for den rollen som direktoratene bør spille i forvaltningen. Vi er også enig i at det bør være en klarere og tydeligere arbeidsdeling mellom departementer og direktorater og en klarere prioritering av oppgaver. Siktemålet må være å begrense behovet for detaljert kontroll av hvordan oppgavene utføres og unngå dobbeltarbeid.

Legeforeningen vil likevel påpeke at den politiske diskusjonen rundt "avbyråkratisering" i spesialisthelsetjenesten har noen utfordringer. Også i helsesektoren er det fortsatt behov for viktige funksjoner som merkantile støttetjenester, økonomi- og juridisk kompetanse. Det gjøres imidlertid mye unødig dobbeltarbeid mellom styringsnivåene. Det forsinkes og trenerer viktige beslutninger rundt sykehusenes kjerneoppgave; pasientbehandlingen. Produktivitetskommisjonen har som sagt vist til at kontroll- og rapporteringskravene i offentlig sektor har økt. Byråkratibegrepet kan derfor med fordel nyanseres og deles opp:

- Pasientrettede administrative funksjoner (merkantile støttetjenester til mer effektiv pasientbehandling)
- Kontroll- og rapporteringsfunksjoner (HR-funksjoner, herunder økonomi og tilsynskrav)

- Ledelse og styring, utviklingsrettede administrative funksjoner (mål- og styringskrav, herunder framskrivninger av befolkningsutvikling og kapasitetsbehov)

Fra Legeforeningens ståsted oppleves det at spesielt kontroll- og rapporteringsfunksjonene har økt. Det er i dagens modell flere store HFER, med til dels store HR- og administrative avdelinger. Samtidig har også RHFene overlappende og kontrollerende funksjoner (administrative dobbeltfunksjoner). Disse har etter vårt syn bidratt til at helseforetaksmodellen har utviklet seg skjævt, og ført til overstyrt organisering for økonomisk innstramming. Det oppleves som de overordnede tilsynsfunksjoner resulterer i at virksomheten bruker mye tid på rapportering og svare på henvendelser. Legeforeningen viser til det vi skrev i forrige rapport at for å få et bedre beslutningsgrunnlag bør kommisjonen bidra til arbeid for å få mer konkret oversikt over følgende:

- Hvordan har utviklingen vært siden 2002 på HF og RHF-nivå i stillingskategorier som omfatter kontroll- og rapporteringsfunksjoner?
- Tilsvarende; hvordan har personellutviklingen vært siden 2002 i Helsetilsynet, Riksrevisjonen og andre tilsynsfunksjoner?
- Hvordan har personellutviklingen vært siden 2002 i de regionale helseforetakenes lokale tjenesteleverandører (Sykehuspartner i Helse Sør-Øst, Hemit i Helse Midt, Helse Nord IKT i Helse Nord, Helse Vest IKT i Helse Vest)
- Hvordan har utviklingen i bruk av eksterne konsulenttjenester vært på HF og RHF-nivå siden 2002?

Det er videre interessant at kommisjonen påpeker en utvikling i form av flere politikere, politiske rådgivere og kommunikasjonsmedarbeidere. Dette er også tilfellet i helsetjenesten. Flere politikere kan ifølge kommisjonen bidra til at det settes flere og mer detaljerte mål som igjen kan føre til at antallet politiske rådgivere og kommunikasjonsfolk øker, og at dette igjen henger sammen med utfordringene knyttet til detaljstyring, se nedenfor.

Legeforeningen deler vurderingen som refereres av at "Dagens politikk er mindre nedenfra drevet enn tidligere." Politikens honnørord er gått fra 70-tallets «plan», til «reform», «satsinger» og «pakker». Det refereres i rapporten at veksten i antall politikere og kommunikasjonsmedarbeidere gjør noe med departementenes måte å tenke på, og at faglighet og vekt på effektivitet kan bli utfordret av politikernes ønske om å selge en bestemt politikk. Etter Legeforeningens syn er svekket vektlegging av faglige hensyn et bekymringsfullt utviklingstrekk. Legeforeningen oppfatter at utredningsarbeidet som legges til grunn for reformer og enkelttiltak ofte er for faglig svakt, og i for stor grad preget av hensynet til kortsiktig politisk vinning.

Det er videre fare for at en økt sentralforvaltning "blir seg selv nok". Vår erfaring er at man i mindre grad enn tidligere tar seg tid til involvering av berørte interessenter som organisasjonene i tidlige faser av utredningsarbeid (inkl. lov og forskrift). Vi mener dette svekker kvaliteten og kan føre til manglende overholdelse av nytt regelverk fordi det ikke

oppleves relevant eller er virkelighetsfjernt. Dette tilsier at nytt regelverk bør være grundig forberedt og målrettet og ikke utarbeides på bakgrunn av symbolpolitikk, se også nedenfor om betydningen av pasient- og brukerrettigheter.

### *Bemanning i helsesektoren*

Under 7.6 omtales bemanningssituasjonen, og under 7.6.3 særskilt bemanning i helsesektoren. Etter Legeforeningens syn vil dette være blant områdene vi møter de største utfordringene de nærmeste årene. Etter Legeforeningens syn vil bedre utnyttelse av arbeidskraften være det mest effektive tiltaket som kan iverksettes kombinert med styrket rekruttering. Kommisjonen viste i den første rapporten til produktiviteten i finsk spesialisthelsetjeneste. Hvis Norge kunne nærmet seg finsk nivå ville store deler av utfordringsbildet i spesialisthelsetjenesten være løst. En forutsetning for å nå bedre produktivitet er at arbeidsoppgavene bedre tilrettelegges for helsearbeiderne. De senere årene har utviklingen i Norge gått i retning at helsearbeiderne bruker stadig mindre tid i direkte pasientrettet arbeid. For legene nærmer denne andelen seg nå 40 % mot 60 % for få år siden. Dette har sammenheng med økende dokumentasjonskrav, reduksjon i støttepersonell, manglende tilrettelegging og arealknapphet. Norske sykehus dimensjoneres i dag gjennomgående for små, og det oppstår køer og flaskehalser i behandlingslinjene.

Bedre arbeidsdeling og tilrettelegging forutsetter også økt bruk av ansatte med lavere utdanning. Andelen hjelpepleiere/ helsefagarbeidere har vært fallende i norske sykehus gjennom mange år. En satsing på helsefagarbeidsstillinger i sykehus vil bidra til økt utnyttelse av høyt utdannet arbeidskraft. I pleie og omsorgssektoren kan bemanningsnormer sikre at arbeidsforholdene i sektoren er av en slik art at det oppleves attraktivt å ta utdannelsen. Lønnsnivået for sykepleiere er også viktig for rekruttering, og kommisjonen bør være kjent med at norske sykepleieres lønnsnivå ligger under snittet i OECD.

Kommisjonens analyser og tilrådinger knyttet til bemanning i helsesektoren er overraskende svake. Gjennomgående er løsningsforslagene mer styring og kontroll og økt andel ubekvem arbeidstid. Tiltakene vil ha den omvendte effekt av det som er hensikten. Å tvinge helsearbeiderne til økt ubekvem arbeidstid vil svekke rekrutteringen. Det eksisterer i dag ordninger for å dekke helge-behovet i de fleste helseforetak. Arbeidsgiversiden har imidlertid ikke ønsket å anvende slike ordninger i utstrakt grad. Utviklingen i spesialisthelsetjenesten går i tillegg i retning av mindre døgnbaserte tjenester og lavere behov for helgebemanning. Kommisjonen har neppe vært kjent med denne type inngående kunnskap om sektoren, men nettopp derfor bør det utvises varsomhet med å fremme tilrådinger.

### *Styring av helsetjenesten*

I kapittel 7.3 stilles det spørsmål om hvordan styringssystemet virker, og det gjøres en god overordnet fremstilling av problemene knyttet til mål- og resultatstyring. Det fremstilles økt behov for kontroll, og at antall mål i departementenes tildelingsbrev til underliggende virksomheter ble mer enn fordoblet fra 2004-2014. Kommisjonen påpeker at mange komplekse mål for offentlige virksomheter har hindret effektiv styring og skapt behov for omfattende kontrollordninger. Legeforeningen er enig i vurderingen av at det er behov for mindre kontroll og detaljstyring for å øke effektiviteten. En uheldig tendens har vært at man

måler det som kan måles og at sider ved forvaltningen som understøtter helhet, samfunnseffekten eller kvalitative størrelser ikke fanges opp. Legeforeningen er positiv til at det for spesialisthelsetjenestens del er innført reduksjon i antallet styringskrav de siste to årene.

Kommisjonen peker på at offentlig sektor er skjermet fra en konkurransesituasjon som stimulerer til produktivtetsvekst, og viser i kapittel 7.5 blant annet til sterkere styring som en av flere tiltak som kan avhjelpe situasjonen. Vi påpekte det problematiske med denne tilnærmingen i forrige høring der vi skrev at Legeforeningen ser en skjerpet styringsideologi fra arbeidsgiversiden, særlig i staten og i helseforetakene. Det er fokus på pålegg og ensidig styring fremfor dialog og samarbeid. Lokale ledere får sterkt begrenset handlingsrom som følge av stramme sentrale føringer. Legeforeningen ser at samme budskap gjentas i denne rapporten og underbygges blant annet ved å vise til uttalelse fra en enkeltperson<sup>4</sup> som uttaler ”Hovedavtalen i staten og tilsvarende avtaler for sektorselskap og helseforetak i stor grad innsnevrer handlingsrommet for hvordan lederskap kan utøves”. Dette er et av flere eksempler på sviktende og unyansert fremstillinger som går igjen i kapittel 7.

Tiltakene som foreslås for å øke produktiviteten er sterkere arbeidsgiverstyring. Medbestemmelse og samarbeid som forklaring på høy omstillingsevne, produktivitet og lavt konfliktnivå er ikke omtalt. Legeforeningen mener at det er viktig å legge til rette for hverdagsrasjonalisering med de ansatte på laget. Økt kunnskap om lov- og avtaleverket, økonomistyringen og de forvaltningsmessige forutsetningene virksomheten ellers er underlagt, ville bidratt til at virksomhetsledere i større grad enn i dag ville oppnådd et annet av kommisjonenes uttalte mål, nemlig å utnytte det eksisterende handlingsrommet i samarbeid med arbeidstakerne. Prinsipper for ledelse uavhengig av virksomhetens virkemåte eller oppbygging eller som baserer seg på ledelse av privat virksomhet som har profitt som formål, egner seg dårlig i offentlig sektor.

Tillitshensyn i arbeidslivet må gi nødvendig fleksibilitet i ressursutnyttelsen og prioriteringene og fordrer at ledere gis reell autonomi og ansvar for egen virksomhet og/eller fagområde. Reell ledelse må være mulig helt ned på virksomhets- og avdelingsnivå. Systemene må bygges på prinsippet om at samordning er mulig uten at alle beslutninger må fattes sentralt. Aktørene på sentralt nivå bør angi overordnede mål og rammer for politikk og administrasjon, men det er de lokale lederne som skaper reell effektivitet ved å tilpasse ressursbruk etter behov og lokale forhold.

Ansatte opplever at sykehusene i dag er for ensidig styrt på bakgrunn av økonomi og antall pasienter som behandles. Lett målbare resultater og et ensidig fokus på den produktivitet som kan måles kan føre til at man ikke får en diskusjon om hensiktsmessige styringsmodeller. Det mest opplagte kriteriet som helsetjenesten må styre etter, er om pasientenes helse blir bedre i forhold til ressursene som brukes. I dag styres størstedelen av helsetjenesten ikke etter kvalitet, men etter kvantitet, økonomi og bunnlinje. Å måle helsetjenestens kvalitet og

---

<sup>4</sup> Colbjørnsen



effektivitet etter aktivitet gir risiko for feilprioriteringer. Aktivitetsmål sier lite om kvaliteten på tjenesten, tid med pasienten, eller om tjenesten bedrer helsetilstanden til pasienten. Faren for feilbehandling og behandling av «feil pasienter» - det vil si de som er lettest å telle - øker når styring primært baserer seg på aktivitet og produksjon.

Måten sykehusene er organisert på, særlig etter innføringen av foretaksreformen har også betydning for effektiv ressursutnyttelse. Legeforeningen har registrert at det har skjedd en forskyvning mot styring via mellomledd, både i større og mindre enheter. Ansvar for koordinering av ressursinnsatsen i de aller fleste pasientforløpene i mange sykehus ligger mange ledernivåer unna driftsenhetene. Å skulle styre samhandlingen i mellom mange enheter gjennom fem til seks ledd, er krevende og derfor oppleves svikt alt for ofte. Dette har betydning ikke bare for kvalitet, men også for effektiv ressursutnyttelse i sykehus.

Utviklingen ser vi også på regionalt plan, med innføring av de regionale helseforetak som fører til mange mellomledd mellom staten som øverste eier, og den operative tjenesten. Mellomledd bidrar til uklare styringslinjer og ekstraarbeid i form av møtevirksomhet, økte rapporteringskrav i alle ledd mv. Det vises til det Legeforeningen har sagt ovenfor om innspill vi vil komme med i det pågående utredningsarbeidet om organisering av spesialisthelsetjenesten (Kvinslandutvalget).

#### *Refusjonsordninger og delt ansvar*

Kommisjonen skriver at i noen områder i offentlig sektor har ikke virksomheten som beslutter omfanget av aktivitet ansvar for budsjettet. Dette gjelder blant annet finansiering av visse helse- og omsorgstjenester. Denne finansielle ansvarsfordelingen mener kommisjonen kan være kostnadsdrivende og kommisjonen bruker som eksempel utskrivning av legemidler på blåresept, som dekkes av folketrygden. Kommisjonen omtaler imidlertid ikke folketrygdfinansiering av fastlegevirksomhet og for avtalespesialister.

Legeforeningen påpeker at finansiering av fastlegetjenester og avtalespesialister har betydning for effektivitet i primærhelsetjenesten og deler av spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen mener at folketrygdfinansiering bidrar til god ressursutnyttelse ved behandling hos fastleger og avtalespesialister. Pasienters behov for disse tjenestene dekkes ved at ressursene i stor grad følger pasienten med finansiering over folketrygden og speiler aktiviteten hos fastlegen. Dette er en fleksibel og effektiv finansieringsordning som sikrer at helseressurser går til behandling og ikke til administrasjon. I tillegg gir denne finansieringsformen god kostnadskontroll for staten samt forutsigbare rammevilkår for den enkelte fastlege. Det er med andre ord utviklet en svært effektiv finansieringsordning hvor man har eliminert de fleste av de tradisjonelle innvendingene mot såkalt tredjepartsfinansiering.

#### *Påbegynte effektiviseringstiltak*

Legeforeningen er positiv til tiltak for å identifisere tidstyver og sikre effektivitetsgevinster som er omtalt i punkt 7.4.4. Prosjektet ble initiert av sittende regjering og formålet var å identifisere såkalte "eksterne tidstyver" (forårsaket av andre enn virksomheten selv). Vi

mener dette er et godt eksempel på konkrete tiltak som kan ha effekt på produktivitet innenfor ulike sektorer. Vi er imidlertid også enige i det kommisjonen skriver om at potensielt økt effektivitet som følge av slike tiltak kan være krevende å realisere innenfor områder med stor grad av statlig detaljstyring, og viser til det vi har skrevet om detaljstyring ovenfor.

#### *Utnyttelse av kapasitet i helse- og omsorgssektoren*

Rapporten nevner langt færre eksempler fra helsesektoren enn den forrige. Ett eksempel som igjen trekkes fram gjelder utnyttelse av operasjonsstuer (punkt 7.6.3). Kommisjonen har moderert seg noe i forhold til forrige rapport og skriver nå at det er mange forhold som påvirker hvor mye operasjonsstue blir brukt. Disse "andre forhold" omtales ikke nærmere, men det vises blant annet til eksempler fra Nederland og Storbritannia som blant annet viser at utnyttelsesgraden i Nederland er gjennomsnittlig på 80 %. Legeforeningen viser til at vi påpekte bruken av dette eksemplet også i forrige høring der vi skrev at det ikke var tatt høyde for at ulike pasienter har behov for ulik oppfølging etter operasjonen og at det er sammensatte årsaker bak ulik kapasitetsutnyttelse. Kommisjonen legger til grunn at operasjonsstuer utgjør en stor del av ressursinnsatsen knyttet til operasjoner. Det er ikke riktig. Som ellers i helsevesenet er ansattes lønn den viktigste innsatsfaktoren og i mange sykehus er personell som er den kritiske ressursen og ikke operasjonsstuekapasiteten. Variasjonen mellom norske sykehus i bruk av operasjonsstuer kan i stor grad forklares med ulike arbeidsoppgaver. Mindre sykehus med øyeblikkelig-hjelp aktivitet i spredt bebodde deler av landet vil ha en lavere utnyttelsesgrad enn spesialiserte sykehus som i hovedsak driver med planlagt kirurgi. Legeforeningen mener at det kan være nyttig å presentere sammenlikninger på tvers av institusjoner og land, men de må brukes med forsiktighet. Det er mange mulige feilkilder, og det at det observeres forskjeller i effektivitet sier ikke noe om forskjeller i kvalitet eller hvilke tiltak som kan bedre effektiviteten.

Legeforeningen ga tilsvarende kommentarer til den forrige rapporten der dette ble brukt som et eksempel, og reagerer på at dette eksemplet brukes igjen, og kun med mindre modifikasjoner. Helsedirektoratet var også kritisk til bruk av dette eksemplet og skrev da:

*"Vi vil imidlertid påpeke at de eksemplene som benyttes for å vurdere effektiviseringspotensialet i sykehus, ikke nødvendigvis bør tolkes som uttrykk for det generelle effektiviseringspotensialet i sektoren. Det vises til variasjoner i utnyttelsesgraden i operasjonsstuer på dagtid (side 363) og til ulikheter mellom sykehus i antall liggedøgn for hoftebruddspasienter (figur 15.5). Dette er kjente eksempler på områder hvor det er store variasjoner mellom sykehusene og er derfor gitt særskilt oppmerksomhet av Riksrevisjonen. Disse forskjellene forklares delvis av forskjeller i praksis, men skyldes også strukturelle forhold som variasjoner i innsatsfaktorenes kostnader, tilgang på pasienter, hierarkiske pasientstrømmer og politiske beslutninger rundt sykehusstruktur. I Samdata spesialisthelsetjenesten[1] varierer kostnadsindeksen (driftskostnad per DRG-poeng) mellom 0,65 og 1,34[2], men de institusjonene som har det laveste kostnadsnivået representerer spesialiserte institusjoner med et begrenset omfang av tjenester (Betanien og Martina Hansen*

*hospital). Kostnadsnivået på disse enhetene kan ikke brukes som grunnlag for å beregne potensielle effektivitetsgevinster."*

### *Økt konkurranseutsetting*

Kommisjonen omtaler flere forhold som særlig er knyttet til helse- og omsorgssektoren. I dette kapitlet skriver de blant annet at det fremover trolig vil tvinge seg frem flere private tilbydere av helsetjenester, og at økt konkurranse kan være positivt ved at det skaper større bevissthet om kostnadene og mer effektiv bruk av ressursene i offentlig sektor. De påpekes at en slik utvikling også kan bidra til at helsevesenet blir mer todelt. Legeforeningen har tidligere påpekt at vi innenfor en sterk offentlig finansiert helsetjeneste er enig i at økt konkurranse kan føre til bedre effektivitet, kvalitet, service og tilgjengelighet. Pasientene kan tjene på at man tar i bruk flere aktører.

Kommisjonen skriver at det kan tvinge seg fram et større skille mellom basistjenester og tilleggstjenester i helse- og omsorgssektoren. Økt etterspørsel etter helsetjenester og standardøkninger vil føre til store merutgifter på offentlige budsjetter. For å holde igjen på utgiftsveksten, kan staten og kommunene tilby visse minimumstjenester til en gitt standard, mens tjenester utover basistilbudet er noe den enkelte må betale for selv. Dette er en svært krevende diskusjon. Legeforeningen er en forkjemper for et sterkt offentlig helsevesen med likt tilbud til alle, uavhengig av personlig økonomi. Dette er en helt grunnleggende forutsetning for den norske velferdsstaten.

Det norske helsevesenet er under et vedvarende kapasitetspress, med til dels lange ventetider og høy beleggprosent i sykehusene. Utfordringen er at gapet mellom kapasiteten i det offentlige og de politiske målene er for stor. Skal vi minske gapet kreves nytenkning og en erkjennelse av at det offentlige også trenger gode private partnere. Spørsmålet er derfor ikke – offentlig eller privat. Spørsmålet er hvilke samarbeidsformer som samlet sett vil gi en best helsetjeneste. Legeforeningen ønsker å unngå en ytterligere todeling i helsetilbudet, der tilgjengelighet blir mer avhengig av privat kjøpekraft og helseforsikringer. En slik todeling vil bidra til økende ulikhet i helse. For å unngå dette må den offentlige helsetjenesten fortsatt være en bærebjelke i det norske velferdssamfunnet. Men den må suppleres og korrigeres av private tjenestetilbydere – både ideelle og kommersielle.

### *Benchmarking*

Under 7.3 omtales økt bruk av benchmarking for å øke effektivitet innen forvaltningen, og i 7.6 innen helsesektoren. Bruk av benchmarking forutsetter kjennskap til både statistikk (naturlig variasjon) og sektoren som undersøkes. Med benchmarking menes utvalg av en forekomst som har det aller beste resultatet innen ett område/funksjon, og at dette målet settes opp som et mål for alle andre.

Statistisk variasjon kan skyldes:

- Tilfeldigheter
- Systematisk variasjon som kan forklares
- Systematisk variasjon som ikke kan forklares

Målsettingen i kvalitetsforbedringsarbeid er å redusere den variasjonen som ikke kan

forklares. Kritikken mot bruken av benchmarking er at man ikke tar hensyn til den systematiske variasjon som faktisk godt kan forklares. Dersom det er store metodologiske utfordringer med å bruke dette innen forvaltningen, er det rimelig å regne med at disse utfordringene er enda større innen helsesektoren/sykehus. Dette gjelder utvilsomt selv om man bare legger til grunn selve produksjonen som er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte oppgaver. Tar man hensyn til hvordan dette kan føre til lavere prioritet for spesialisthelsetjenestens øvrige tre lovpålagte oppgaver (som overhodet ikke er nevnt i rapporten), blir de metodologiske utfordringene enda større. Kommisjonen trekker frem bruk av operasjonsstuer som eksempel, og viser til variasjon mellom norske sykehus, men også på tvers av landene. Legeforeningen har omtalt dette nærmere ovenfor.

#### *Bemanningsnormer*

Under 7.4.1 omtales bemanningsnormer som årsak til økt behov for årsverk i offentlig sektor. Etter Legeforeningens syn er dette nok et område som ikke burde vært inkludert i rapporten da fremstillingen er for svak, og tilrådingene for dårlig fundert. Utvalget anbefaler at bemanningsnormer avvikles da de ”unndrar kostnadsbasen kvalitetsforbedringer”. Innenfor en strikt økonomisk logikk er muligens utsagnet og tilnærmingen meningsfull, men viktige hensyn utelates. Bemanningsnormer innen eksempelvis eldreomsorg eller barnehager skal bidra til å sikre tilstrekkelig kvalitet og forsvarlighet i tjenestene. Utvalget må være kjent med at det innen deler av eldreomsorgen er svært knapt med ressurser, og at brukerne ikke gis tjenester av god nok kvalitet. Et eksempel er eldre bare får være oppe få timer hver dag av ressurshensyn. Bemanningsnorm kan bidra til en sikring av minstestandard i tjenesteproduksjonen. Her må det gjøres avveining mot andre hensyn, men utvalget utelater avveiningene. Grunnlaget for anbefalinger er da ikke tilstede.

#### *Finansiering av legemidler på blåresept*

Under 7.4.2 kommer utvalget kort inn på de regionale helseforetakenes finansiering av enkelte legemidler. Kommisjonen skriver at helseforetaket da kan ta et helhetlig ansvar for ”formålseffektiv bruk av legemidlene”. Etter Legeforeningens syn er dette nok et område som burde vært utelatt da det er for mangelfullt fremstilt. Helseforetakene har fått incitament for å godkjenne dyre legemidler da dette belastes deres budsjett. Ordningen medfører en risiko for at helseforetakene unnlater å godkjenne viktige legemidler. I Norge har utviklingen gått i retning av at medikamenter som tilbys i mange andre europeiske land ikke gjøres tilgjengelige for norske pasienter. Et eksempel er PD-1 hemmere. En vurdering av hvorvidt dagens ordning er hensiktsmessig krever mer inngående analyser. En mulig utilsiktet effekt er at befolkningens tillit til den offentlige helsetjenesten svekkes, og at ordningen bidrar til utvikling i retning av et todelt helsevesen.

#### *Økt lovregulering av pasient- og brukerrettigheter har konsekvenser for sysselsetting i offentlig sektor*

En annen problemstilling som kommisjonen ikke drøfter, er utviklingen mot en stadig økende lovregulering av ulike brukerrettigheter. Rapporten har riktignok et kapittel om "Utdeling av rettigheter og privilegier" (7.4.5), men den inneholder kun en liste med eksempler og det gjøres ingen vurderinger, og trekkes ingen konklusjoner eller anbefalinger utover å fastslå at måten slike rettigheter fordeles på kan ha betydning for hvordan ressursene blir brukt.

Kommisjonen nevner også problemstilling så vidt i omtale av den økte sysselsettingen i offentlig forvaltning og at en av årsakene er tiltagende kontrollorganer og funksjoner for å følge opp politiske målsetninger.

Tildeling av brukerrettigheter skjer på mange samfunnsområder der det innføres ulike tiltak/tjenester som innebærer skreddersydde brukerorienterte løsninger og reguleringer som blant annet er tilpasset brukernes ønsker om større valgfrihet. Innenfor helse- og omsorgssektoren har utviklingen vært betydelig. Da regjeringen lanserte fritt behandlingsvalg og tidligere fritt sykehusvalg, var det ikke bare for å utnytte kapasiteten bedre og gi raskere behandling. Det var et mål i seg selv å gi den enkelte økt valgfrihet. I primærhelsemeldingen, følges dette ytterligere opp med at brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud. Også den omfattende pasientrettighetslovgivningen og tildeling av partsrettigheter for pasienter og pårørende er et uttrykk for denne utviklingen. Økning av pasient- og brukerrettigheter har også den konsekvens at det medfører en ytterligere vekst i helseforvaltningen ved at det fører til en økning i antallet saker og ressursbruken til førsteinstansbehandling, klagesaksbehandling og saksbehandling i for eksempel kontroll – og tilsynsorganer for å kontrollere at rettighetene oppfylles, jf. det som er skrevet over om årsaker til vekst i helseforvaltningen. Da Sverige for noen år tilbake endret den svenske pasientsikkerhetsloven ved å fjerne partsforhold for pasienter og pårørende og skriftlige reaksjoner var målet å øke pasientsikkerheten. Sverige hadde erfart store utfordringer knyttet til partsforhold som medførte et stort antall saker, lang saksbehandlingstid og ressursbruk også på enkle saker som burde vært avvist, uten at det kunne dokumenteres økt pasientsikkerhet. Formålet med endringen var å bidra til større grad av åpenhet i helsetjenesten som grunnlag for bedre kvalitet og sikkerhet og til å redusere bruken av helsepersonells tid på å besvare henvendelser fra tilsynet. Legeforeningen er enig i de endringene som ble gjort i Sverige og at disse har bidratt til større grad av åpenhet og sikkerhet samtidig som det bidrar til å kanalisere ressurser til helsetjenesten, i stedet for stadig større ressursbruk i kontrollapparatet (helsemyndigheter og tilsyn).

Det er lett å forstå at politikere som ønsker å vise handlekraft og forsikre befolkningen at man skal få igjen for skattepengene, gjør dette ved å utvide antallet juridiske rettigheter. Denne utviklingen er imidlertid ikke bare positiv. Velferdsstaten er basert på stor grad av gjensidig tillit mellom myndighetene og befolkningen. Vi har høy oppslutning om skattesystemet, fordi vi har tillit til at myndighetene forvalter skatteinntektene slik at befolkningen får omfattende velferdsgoder. Dersom velferdstilbudene forringes, kan dette redusere tilliten til velferdsstaten. Det kan igjen så tvil om det offentlige velferdstilbudet er fremtidsrettet, eller om folk i stedet ønsker å beholde større deler av inntekten selv og sikre seg gjennom forsikringer eller på andre måter. For å utvikle og tilpasse den norske modellen til fremtiden, må det legges til rette for mer individuelle løsninger innenfor de brede kollektive ordningene, fremfor ren rettighetstenkning.

#### *Bruk av IKT i offentlig sektor*

Kommisjonen skriver at potensialet for økt effektivitet i offentlig sektor gjennom å utnytte tilgjengelig teknologi trolig fortsatt er betydelig. Legeforeningen deler kommisjonens

beskrivelse av problemene med koordinering av større IKT prosjekter og at man på nasjonalt nivå ikke har tilstrekkelige fokus på å ferdigstille, feilrette og vedlikeholde dagens løsninger. Samtidig trekkes store finansielle- og kompetanseressurser inn mot svært store prosjekter med usikker tidshorisont og potensial.

Legeforeningen skrev omfattende innspill til bruk av IKT i helsetjenesten i den første rapporten, og viser til det som står der. Vi påpekte blant annet at myndigheten må ta et overordnet ansvar for teknologiutviklingen på helseområdet, der prioritering og koordinering står sentralt. Brukerperspektivene i alle sammenhengene må samtidig ivaretas. Videre må det jobbes over flere akser for å håndtere oppgavene på området. Organisasjonene er så komplekse, behovene sammensatte og aktørene ulike, slik at uten overordnet koordinering og satsning (herunder finansiering) vil viktige prosesser vesentlig forsinkes og fordyres, om de overhodet kan realiseres.

Når dette er sagt vil Legeforeningen samtidig trekke frem nødvendigheten av at brukerne på alle nivåer blir involvert i prosessene. Det er også slik at representanter fra ulike aktører må samarbeide, og vi fremhever at avtaleverket kan brukes for nettopp å nå felles målsettinger. Et konkret eksempel i så måte er det såkalte «EPJ Løftet». Dette samarbeidet er basert på en avtale som ble inngått under Normaltariffforhandlingene mellom staten og Legeforeningen våren 2014 om avsetning av midler til utvikling av EPJ i fastlegepraksis. Partene gikk inn i forhandlingene med en felles intensjon om å finne en modell for å løse konkrete utviklingsprosjekter, og har opprettet en partssammensatt styringsgruppe som treffer vedtak om hvilke prosjekter som skal gjennomføres mv. Partene har hele veien hatt dialog om så vel utvelgelse av prosjekter, prioriteringer og gjennomføringsplaner, der også leverandørene og fagmiljøet har vært tett involvert. Så langt er flere konkrete utviklingsprosjekter ferdigstilt, og forutsatt videreføring av modellen i årets forhandlinger vil ytterligere prosjekter i nær fremtid bli realisert.

Siden forrige rapport fra kommisjonen er det opprettet et eget direktorat for e-helse. Legeforeningen er enig i at dette vil gi en mulighet for sterkere nasjonal styring og koordinering av e-helsefeltet. Vi ønsker likevel å påpeke at direktoratet kan få samme utfordringer som DIFI (direktoratet for forvaltning og IKT) knyttet til manglende legitimitet og konflikt med andre aktører fordi direktoratet har roller som ofte er i opposisjon til hverandre:

- som leverandør (utvikling og drift) av løsninger – dette omfatter spesielt de løsningene som i stor grad kan anskaffes fra det åpne markedet
- som myndighetsorgan

Noen av løsningene E-helse utvikler og drifter, er basert på betydelige økonomiske bidrag fra aktørene i helsesektoren. Dette i stedet for at aktørene anskaffer løsninger på det åpne markedet (eks. digital dialog på [helsenorge.no](http://helsenorge.no)). Andre løsninger er igjen utviklet med bruk av betydelige ressurser fra E-helse og tilbys vederlagsfritt til aktørene (eks. Forskrivningsmodulen). Dette påvirker utvilsomt markedets sammensetning i Norge.

Det er derfor viktig at Helse- og omsorgsdepartementet er oppmerksom på dette og kan stille kritiske spørsmål til de prioriteringer e-helsedirektoratet gjør.

Styringsmodellen e-helsedirektoratet foreslo involverte ikke alle aktørene i helsesektoren, og Legeforeningen mente at manglende brukerinvolvering kunne ha konsekvenser for vellykket utvikling og gjennomføring av større IKT prosjekter i helsetjenesten. Legeforeningen har gitt omfattende faglige innspill til større IKT prosjekter i helsetjenesten og til Helsedirektoratets forslag til styring av e-helseområdet for styrket gjennomføringsevne innenfor IKT i sektoren. Legeforeningen vil påpeke at det er meget sentralt å involvere alle aktører for å få koordinerte prosesser og ønsket effekt.

Vi vil fremheve som positivt at det er gjort omfattende arbeid i kartleggingsfasen. Samtidig poengterer vi altså at dersom prosjektet skal lykkes må prosessene rundt dette være åpne og man må involvere representanter for brukerne på en forutsigbar måte og på alle nivåer.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Geir Riise  
generalsekretær

Lars Duvaland  
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Saksbehandler: Siri Næsheim