

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Vår referanse:  
23/00434-2  
Saksbehandler:  
Kirsti Bjørge

Deres referanse:  
23/1237-

Dato:  
30.06.2023

## Høringsuttalelse NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse

Helse Sør-Øst RHF viser til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 27. mars 2023, med frist for høringsuttalelse 30. juni 2023 på Sykehusutvalgets NOU 2023:8 *Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse*.

Denne høringsuttalelsen er behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF 21. juni 2023.

Helse Sør-Øst RHF deler utvalgets oppsummering av hovedtrekkene ved utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Norge perioden etter 2015 og fram til 2019. Selv om situasjonen etter koronapandemien kan ha endret dette bildet, er det positivt at aktiviteten i spesialisthelsetjenesten i perioden har økt, at ventetider og fristbrudd er redusert og at OECD-indikatorene viser at spesialisthelsetjenesten overordnet leverer tjenester av god kvalitet samtidig som kostnadsveksten i den vesentlige følger av befolkningsutviklingen. Helse Sør-Øst RHF merker seg at når vi sammenligner indikatorer for kvalitet, effektivitet og tilgjengelighet med land uten foretaksorganisering, skiller den norske helsetjenesten seg oftere ut i positiv enn negativ retning.

De regionale helseforetakene må ivareta sitt sørge-for-ansvar innenfor de økonomiske rammer Stortinget og regjeringen setter. For å legge til rette for reduserte ventetider, økt pasientsikkerhet og kvalitet, må bevilgningen over tid ligge noe over den veksten i kostnader som følger av den demografiske utviklingen i befolkningen. Forutsigbare bevilgninger som øker med lønns-, pris- og demografivekst, er en vesentlig forutsetning for planlegging og gjennomføring av investeringstiltak. Gjennom langsiktig planlegging må de regionale helseforetakene legge til rette for at tilbudet av spesialisthelsetjenester innrettes i tråd med overordnede helsepolitiske beslutninger og behovet for spesialisthelsetjenester i helseregionen. Effektiv forvaltning av tildelte midler til drift og investeringer er en forutsetning for dette.

Vårt hørings svar følger den tematiske inndelingen i høringsbrevet og er konsentrert rundt utvalgets vurderinger og forslag/anbefalinger i de ulike kapitlene. Helse Sør-Øst RHF gir sin tilslutning til utvalgets anbefalinger og forslag og støtter hovedretningene til utvalget der hvor ikke annet er kommentert.

Innledningsvis oppsummeres de viktigste synspunktene fra Helse Sør-Øst RHF:

- Gode prosesser for medvirkning og forankring er viktig ved store beslutninger. Helse Sør-Øst RHF mener lokal og regionalpolitisk medvirkning et godt stykke på vei ivaretas i dagens prosesser, og at praksisen eventuelt kan formaliseres i vedtekter.
- Sammensetning og kompetanse i styreer bør tilpasses det enkelte helseforetaks utfordringer og behov. Det bør utvises tilbakeholdenhet med å stille mange og spesifikke krav til sammensetning og kompetanse. Det er viktig at styrene forblir beslutningsdyktige.
- I Helse Sør-Øst bidrar den regionale lånemodellen til tidligere gjennomføring av regionalt prioriterte investeringsprosjekter ved helseforetakene. Utvalgets forslag til endringer i finansiering av sykehusbygg med redusert egenkapitalkrav vil innebære et utsatt krav til omstilling som følge av betaling av rente og avdrag. Særskilt finansiering av kapitalkostnader kan lette denne tilpasningen, men samtidig føre til at inntektsrammer for de regionale helseforetakene blir påvirket av at et annet foretaks investeringsbeslutninger.
- Helse Sør-Øst RHF støtter utvalgets forslag om å endre rentemodellen for investeringslån tilbake til de prinsippene som ble brukt før 2018. Statens margin på 40 basispunkter på lånerenten bør reduseres til en margin som er tilpasset statens faktiske administrative kostnader ved finansieringsordningen.
- Uheldige utslag av markedstenkning bør vurderes redusert. God virksomhetsstyring og forvaltning av tilgjengelige ressurser som er tildelt spesialisthelsetjenesten, er en forutsetning for at de regionale helseforetakene skal kunne oppfylle sitt sørge-for-ansvar.
- Et visst omfang av innsatsstyrt finansiering bør videreføres, men det regionale helseforetaket kan slutte seg til en overgang mot rammefinansiering som hovedmodell. Overgangen bør skje gradvis. Forslaget i utredningen om en toppfinansiering for aktivitet utover det som er forutsatt finansiert i rammen, bør en utrede nærmere. Uavhengig av økonomisk modell er det viktigste at utviklingen i den samlede bevilgningen til drift og investeringer må dekke demografisk betinget vekst, samt vekst ut over demografi som for eksempel mer kompliserte sykdomsbilder og nye behandlingsmetoder.
- Forslag om samhandlingsbudsjetter mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten må utredes og prøves ut i konkrete, mindre piloter før eventuell innføring.

I det videre følger Helse Sør-Øst RHF sine kommentarer på utvalgte områder.

## ***Styring og ansvarsforhold – regional, politisk og demokratisk innflytelse***

### *Lokal og regionalpolitisk medvirkning*

Gode prosesser for involvering i store beslutninger er viktig for å ivareta lokal- og regional medvirkning og forankring. I Helse Sør-Øst søker vi å legge til rette for dette i alle større saker, både i regi av helseforetakene og det regionale helseforetaket. På denne bakgrunnen mener vi at det ikke er nødvendig å lovfeste utvalgets forslag om krav til medvirkning og strukturert dialog, men at et slikt krav eventuelt kan formaliseres i vedtekter. For Helse Sør-Øst RHF er det viktig, dersom en slik bestemmelse om dialog med kommune/fylkeskommune innføres, at den ikke skaper usikkerhet om ansvar og beslutningsmyndighet under helseforetaksloven.

### *Virkemidler rettet mot styrene*

Sykehusutvalget foreslår at det ved oppnevning av styrer skal tas utgangspunkt i forslag fra kommunene og at styrenes kompetanse bør styrkes med helsefaglig kompetanse. Helse Sør-Øst RHF vil peke på at styresammensetningen i helseforetakene skal balansere flere hensyn, herunder kjønn, alder, geografi og krav til kompetanse. Helse Sør-Øst er en region med store lokale forskjeller, blant annet i levekår og etniske grupper, som må tas hensyn til ved oppnevning av styrer. Det er viktig at styrene i helseforetakene har en sammensetning og kompetanse som er tilpasset det enkelte helseforetaks utfordringer og behov. Helse Sør-Øst RHF utvidet styrene i helseforetakene i 2020 for å bedre ivareta disse behovene. Styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst er i dag bredt sammensatt av medlemmer med blant annet lokal og regional samfunnsmessig forståelse, medisinsk/helsefaglig kompetanse (herunder erfaring fra primærhelsetjenesten), og kompetanse knyttet til sykehusdrift. Helse Sør-Øst RHF vurderer at et eventuelt pålegg om å innhente forslag fra kommuner og fylkeskommuner kan skape forventninger som nødvendigvis ikke vil bli innfridd. Samtidig vil det være krevende for de regionale helseforetakene å avvike fra for eksempel forslagene fra fylkeskommunene i regionen. Det kan også bli mer krevende å samle seg om beslutninger i styret dersom styremedlemmer i tillegg anser seg som representanter for regionale og lokale myndigheter. Helse Sør-Øst RHF slutter seg til utvalgets vurdering at antall styremedlemmer ikke bør økes. Samtidig mener Helse Sør-Øst RHF at det bør utvises tilbakeholdenhet med å stille mange og spesifikke krav til kompetanse.

Helse Sør-Øst RHF vurderer at sykehusutvalgets forslag om å begrense styreverv med lederroller i det regionale helseforetaket og administrerende direktører i helseforetak på tvers av regioner, vil svekke mulighetene for kompetanseoverføring og læring på tvers i spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF vil samtidig presisere at det i styrene for helseforetak som leverer fellestjenester, eksempelvis Sykehuspartner HF i Helse Sør-Øst, er viktig å ivareta representasjon fra ledelsen i helseforetakene som mottar tjenestene som leveres. Her kan det også være riktig med representasjon fra det regionale helseforetaket. Det bør ikke legges begrensninger som svekker denne styringen av felles tjenesteleverandører.

Helse Sør-Øst RHF slutter seg til mindretallets forslag om å videreføre dagens praksis med oppnevning etter forslag fra Sametinget av ett styremedlem i Helse Nord RHF og i helseforetakene i Helse Nord, inntil en ev. utredning om ivaretagelse av den samiske befolkningens medbestemmelse foreligger.

Helse Sør-Øst RHF viser til utvalgets forslag om oppnevning og sammensetning av styrene i de felleseide helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF støtter her mindretallets vurderinger om at de regionale helseforetakene, i samarbeid med de konserntillitsvalgte, evaluerer og arbeider videre med å tilrettelegge for hensiktsmessige samarbeidsformer for utvikling og styring av de felleseide helseforetakene. De regionale helseforetakene har innført flere tiltak for å sikre bedre involvering fra de ansattes representanter i helseforetakene om forhold knyttet til de felleseide helseforetakene. Det vises i denne sammenheng til sak i styret i Helse Sør-Øst RHF (092-2022) der de regionale helseforetakene drøfter prinsipielle forhold ved eierstyringen av de felleseide helseforetakene, herunder forholdet til de tillitsvalgte.

#### *Forholdet mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene, herunder de felleseide helseforetakene*

Utvalget foreslår at det tas inn en presisering i styreveileder om at helseforetakene må få anledning til å ferdigbehandle en sak før det regionale helseforetaket tar endelig stilling i saksframlegget for sitt styre. Dette er i tråd med etablert praksis for behandling i Helse Sør-Øst av større saker som direkte berører helseforetaket. Begge nivå har da ansvar for å gjøre selvstendige vurderinger på sitt nivå. Samtidig må en opprettholde normalt, god flyt i behandling av større og mindre saker. I mange saker, f.eks. i fordeling av bevilgning til hvert foretak, følger behandlingen godt etablerte retningslinjer. Da er ikke forutgående høring nødvendig og riktig.

Utvalget foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet bør bli orientert når det tas beslutninger i felleseide helseforetak som har betydning for nasjonal samordning og nasjonale målsetninger. Helse Sør-Øst RHF vil vise til at det er jevnlig dialog mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører årlige møter med de felleseide helseforetakene. Behovet for orientering vil kunne dekkes innenfor de etablerte arenaene.

#### *Strukturelle forhold*

Helse Sør-Øst RHF mener at en ev. utredning av framtidig sykehusstruktur bør legge til grunn at den regionaliserte organiseringen av spesialisthelsetjenesten videreføres. Vurderingene som skal ligge til grunn for beslutninger om utvikling av sykehusstruktur, bør tuftes på regionale og lokale forhold. Utvikling og dimensjonering av helsetjenestene (sykehusstrukturen) bør ta utgangspunkt i lokale utfordringsbilder og tilpasses befolkningens behov i den enkelte region. Vurderingene bør derfor skje nærmest mulig tjenesten og gjennom tett dialog og medvirkning fra berørte parter, bl.a. for å ivareta nødvendig forankring og legitimitet til beslutningene som fattes.

### *Navn og begrepsbruk*

Helse Sør-Øst RHF vurderer at utvalgets forslag om navn og begrepsbruk kan gjøre det vanskelig å skille mellom geografiske områder og juridiske subjekt, og dermed kunne bidra til forvirring og uklarheter i kommunikasjon med befolkningen og avtaleparter. For sykehus i nettverk og helseforetak med funksjonsfordeling mellom ulike sykehus/lokasjoner, kan forslag til navneendringer gjøre det vanskeligere for helseforetakene å fremstå som ett samlet helseforetak i møte med pasient og pårørende. I lys av at utredningen skisserer et behov for gjennomgang av pliktsubjektene, er det viktig at man ikke gjør endringer som vil kunne bidra til at det blir uklart om man snakker om et pliktsubjekt, et geografisk område, eller et sykehusbygg. Forslaget vil også gi økte kostnader og mer byråkrati, og må ev. følges opp med lovendringer. Det vises for øvrig til at samtlige helseforetak i Helse Sør-Øst, med unntak av Vestre Viken, allerede har sykehus i sine navn.

### *Gjennomgang av pliktsubjektene i spesialisthelsetjenesteloven mv.*

Helse Sør-Øst RHF støtter utvalgets forslag om å vurdere bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven som beskriver virksomhetenes plikter.

### ***Helsefelleskap og samhandling med kommunehelsetjenesten***

Helse Sør-Øst RHF deler utvalgets beskrivelse av utfordringene ved samhandlingen mellom de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene. Vi ser i likhet med utvalget behovet for *tiltak som kan bidra til å styrke både den strategiske og den faglige samhandlingen mellom kommuner og helseforetak.*

### *Samhandlingsbudsjetter*

Helse Sør-Øst RHF merker seg at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede samhandlingsbudsjetter, og at utvalget foreslår å innføre samhandlingsbudsjetter for kommuner og helseforetak med øremerkede midler.

Helse Sør-Øst RHF mener at samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste skal være prioritert uavhengig av finansieringsordning. Det er risiko for at midler går tapt for spesialisthelsetjenesten. En ordning med samhandlingsbudsjett bør blant annet av den grunn utredes og prøves ut i konkrete piloter før en eventuell innføring.

Dersom det åpnes opp for at helsefelleskapene kan anvende samhandlingsbudsjetter til tiltak som ikke omfatter alle kommunene i opptaksområdet, må det tas tilstrekkelig hensyn til overordnede mål om å sikre likeverdige tjenester til alle innbyggere.

Med øremerkede midler følger det gjerne omfattende krav til rapportering. Det vil være av betydning for partnerne i helsefelleskapet at rapporteringskravene er forholdsmessige, og at det unngås unødvendig byråkrati rundt ordningen.

### *Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter*

Helse Sør-Øst RHF støtter utvalgets uttalelse om at det er ansvarsmessig riktig at kommunene delfinansierer oppholdet i spesialisthelsetjenesten for pasienter som

venter på et kommunalt tilbud. Det er samtidig fornuftig at ordningen med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter evalueres. Det er fortsatt en del uenigheter mellom sykehus og kommune både om generell praktisering av regelverket og om betalingsplikt knyttet til enkeltpasienter.

#### *Ansvarsforhold, innhold og utforming av formelle avtaler*

Helse Sør-Øst RHF støtter utvalgets anbefaling om at avtalen mellom KS og regjeringen om helsefelleskap videreføres.

#### *Faglig samarbeid, kommunikasjon og IKT*

Helse Sør-Øst RHF støtter utvalgets beskrivelse av hvor viktig styringsinformasjon, gode framskrivningsverktøy, digitale løsninger for meldingsutveksling og samarbeid om forskning er. Vi vil i tillegg påpeke at utviklingen av velferdsteknologi i kommunene og teknologi for utvikling av hjemmebehandling fra spesialisthelsetjenesten på sikt bør samordnes bedre.

Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget om å etablere et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling som kan bidra til å etablere kunnskap om hvilke samhandlingstiltak som virker.

#### *Helsefelleskapenes rolle og mandatets pkt. II*

Helse Sør-Øst RHF deler utvalgets syn om at helsefelleskapene kan brukes som en arena for strukturert dialog mellom helseforetak og kommuner i opptaksområdet. Partnerskapsmøtet som er etablert i det enkelte helsefelleskap er en arena mellom politisk ledelse i kommunene og ledelsen i helseforetaket. Utvalget foreslår i kap 5.8.1 at *"helseforetak får en lovpålagt plikt til å inngå avtaler med kommuner og fylkeskommunene i opptaksområdet om hvilke saker disse skal bli hørt, før styret i helseforetaket fatter beslutninger"*, og at *"Avtalene kan utarbeides og revideres gjennom drøfting i helsefelleskapene"*. Helse Sør-Øst RHF vil bemerke at fylkeskommunen ikke er en av partnerne i helsefelleskapet, slik at det med dagens ordning ikke er naturlig å utarbeide avtaler mellom helseforetak og fylkeskommune innenfor rammene av helsefelleskapet.

#### *Tillegg – Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnerhet*

Helse Sør-Øst RHF viser til utvalgets omtale av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i punkt 6.2.2 og 6.6.3. Hensikten med å etablere disse tilbudene var å avlaste sykehusene og dermed også gi flere pasienter mulighet til å få utredning og behandling nærmere eget bosted. Det ble trukket penger fra spesialisthelsetjenestens rammer til disse nye plassene. Det er stor usikkerhet knyttet til om de kommunale tilbudene i tilstrekkelig grad bidrar til å avlaste sykehusene. I Helse Sør-Øst er det stor variasjon mellom de ulike tilbudene og et gjennomsnittlig lavt belegg. I likhet med en eventuell evaluering av ordningen med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter bør også denne ordningen evalueres.

### ***Finansiering av sykehusbygg***

Helse Sør-Øst RHF støtter utvalgets anbefaling om å beholde dagens modell med samlet finansiering av drift og investeringer. Som utvalget peker på var et viktig formål med helseforetaksreformen å bidra til at det ble etablert tydeligere og mer helhetlige ansvars- og fullmaktposisjoner. Ansvar for å se drift og investeringer i sammenheng innenfor en samlet ramme var et sentral premiss. Helse Sør-Øst RHF mener at et helhetlig ansvar for drift og investeringer gir helseforetakene mulighet til å legge langsiktige planer for virksomheten, og nødvendig handlingsrom til å prioritere tilgjengelige midler mellom ulike innsatsfaktorer.

Helse Sør-Øst RHF ser fordeler med en finansieringsordning som behandler inntekter til kapital særskilt, men ser utfordringer ved utvalgets forslag om særlig finansiering slik det er presentert. Helse Sør-Øst RHF støtter utvalgets intensjoner bak forslagene til endringer i rammebetingelser for finansiering av sykehusbygg som er å gi lettere tilgang til likviditet og en større trygghet for økonomisk bæreevne. Samtidig vil Helse Sør-Øst RHF bemerke følgende om utvalgets forslag til endrede rammebetingelser for finansiering av sykehusbygg:

#### *Redusert egenkapitalkrav og særskilt finansiering av kapitalkostnader:*

En økning av låneandel for investeringene fra 70 til 90 prosent vil gi lavere kapitalutlegg i investeringsfasen, men samtidig medføre større kapitalutlegg på lang sikt i form av avdrag og renter som belaster foretaksøkonomien. Høyere lånefinansiering øker også den finansielle risikoen for byggherre (helseforetakene). Siden byggeprosjektene er usikre både med iboende risiko og en viss sannsynlighet for eksogene sjokk som pandemi og krig, er det nødvendig for helseforetakene å ha en solid økonomi og en betydelig egenkapital i finansieringsplanen for å være i stand til å håndtere kostnadsavvik i prosjektene eller andre avvik fra de økonomiske forutsetninger som tas i tidligfasen. Økt gjeldsandel kan dermed sette økonomien i sykehusene under press på lang sikt og medføre et enda sterkere økonomifokus når byggene står ferdig.

Det vil være uheldig dersom økt låneandel for investeringslån dekkes inn ved lavere inntektsrammer til spesialisthelsetjenesten. Forutsigbare bevilgninger som øker med lønns-, pris- og demografivekst er en vesentlig forutsetning for planlegging og gjennomføring av investeringstiltak.

I tillegg bemerker Helse Sør-Øst RHF at vår region allerede har etablert en velfungerende felles, regional lånemodell. Den gir økt evne til å finansiere også store investeringer.

Helse Sør-Øst RHF støtter at det bør ses på mulighetene for å vektlegge kapitalkostnadene i finansieringen for de regionale helseforetakene med store investeringsplaner, og erkjenner at en slik endring antagelig vil slå positivt ut for Helse Sør-Øst. De store investeringsplanene i Helse Sør-Øst har historie fra før foretaksmodellen og er drevet av særskilte behov for bygningsmessige investeringer for å støtte opp under økt kapasitetsbehov og den medisinske utviklingen. Dette understøtter økt vektlegging av kapitalkostnader i finansieringen.

Samtidig vil Helse Sør-Øst RHF på prinsipielt grunnlag vise til at utvalgets forslag om dekning i årlig bevilgning til de regionale helseforetakene av deler av de faktiske avskrivingskostnadene vil gi en større usikkerhet i inntektsrammene enn ved dagens inntektsmodell. Dette kan gi utilsiktede utslag i planlegging av drift og investeringer. Gitt at den samlede økonomiske rammen til spesialisthelsetjenesten er den samme, vil en økning i finansiering av kapitalkostnader ved ett regionalt helseforetak, medføre lavere inntektsrammer for andre helseforetak. Helse Sør-Øst RHF viser til NOU 2019:24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak* der utvalget anbefalte en inntektsfordelingsmodell der særskilt behandling av kapitalkostnader ble avvirket. Dagens modell skiller ikke mellom inntekter til kapital og drift. De økonomiske effektene av utvalgets forslag om særskilt finansiering av kapitalkostnader må utredes grundig dersom det velges å se videre på dette forslaget.

Helse Sør-Øst RHF bemerker også at utredningens sammenligning av forslaget opp mot statens husleiekompensasjonsordning på 75 prosent har en vesensforskjell i at de andre statlige investeringsprosjektene, eksempelvis gjennom Statsbygg, som hovedregel er finansiert med tilskudd. Dette er til forskjell fra spesialisthelsetjenestens ordninger, hvor investeringene i stor grad er lånefinansiert. Å etablere en ordning med husleiekompensasjon i nasjonal inntektsmodell fører til at helseregioner belastes gjennom inntektsreduksjon som følge av investeringer i andre regioner.

Helse Sør-Øst er en region med stor befolkningsvekst. Investeringene i nye sykehusbygg tar høyde for framskrevet aktivitetsutvikling hvor befolknings- og demografiveksten er vesentlige faktorer. Hovedutfordringen er at dagens finansieringsnivå skal finansiere sykehusbygg for framtidens kapasitetsbehov. Dette gjelder både oppsparing av egenkapital for investeringen, men også en periode etter at nye bygg er tatt i bruk. I dag dimensjoneres byggene etter et framskrevet aktivitetsnivå 15-20 år fram i tid. Når bygget står ferdig, og avdrag og renter begynner å påløpe, vil det fortsatt være ti til 15 år hvor finansieringsnivået er lavere enn aktivitetsforutsetningene som dimensjoneringen av prosjektet er gjort på. Helse Sør-Øst RHF mener at finansiering av et framtidig aktivitets-/behovsnivå kan være mer hensiktsmessig å vurdere. Den prosentvise veksten i fremtidig aktivitetsbehov som følge av befolkningsvekst kunne for eksempel vært kompensert ved å gi tilskudd over statsbudsjettet til prosjekts finansieringsplan tilsvarende prosentvis vekst i befolkningen fra i dag til og med dimensjoneringstidspunktet.

#### *Bedre rentebetingelser:*

Helse Sør-Øst RHF mener at en annen hovedutfordring med dagens finansieringsmodell er rentebetalingene, og spesifikt rentemodellen for investeringslån til sykehusbyggprosjekter. Helse Sør-Øst RHF mener at dagens modell, med grunnlag i den såkalte basisrenten, er uheldig. Basisrenten fastsettes med utgangspunkt i uttrekk av priser på boliglån til privatmarkedet. Boliglån og investeringslån til helseforetak er svært forskjellige og krever ulik tilnærming. Helse Sør-Øst RHF støtter derfor utvalgets forslag om å endre rentemodellen for investeringslån tilbake til de prinsippene som ble brukt før 2018.



Helse Sør-Øst RHF vil bemerke at bedre rentebetingelser ikke øker de statlige lånekostnadene, men reduserer de statlige renteinntektene. Flytende rente for investeringslån vedtatt før 2018 er effektiv rente av en syntetisk 6-måneders statskassevekselrente tillagt en margin på 40 basispunkter, og fastsettes halvårlig. Helse Sør-Øst RHF mener at statens margin på 40 basispunkter til utlån til spesialisthelsetjenesten er høy. Marginen bør dekke statens administrative kostnader ved finansieringsordningen og ikke mer.

#### *Framskrivningsmodellen*

Det vil alltid være usikkerheter forbundet med modeller for framtidig kapasitetsbehov, men Helse Sør-Øst RHF vil vise til at dagens praksis ivaretar en tett involvering av de kliniske fagmiljøene.

Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 har Helse Sør-Øst RHF etablert et kompetansemiljø for framskrivinger som har ansvar for å revidere framskrivningsmodellene som benyttes i spesialisthelsetjenesten. Kompetansemiljøet er etablert med representanter fra de fire regionale helseforetakene, samt representanter fra Folkehelseinstituttet, Sykehusbygg HF, KS, brukerrepresentanter, tillitsvalgte og Helsedirektoratet. Kompetansemiljøet eies av de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene i fellesskap.

I det praktiske arbeidet med revisjon av framskrivningsmodellene for somatikk og psykisk helsevern og TSB etableres det faggrupper med representasjon fra de fire regionale helseforetakene, helseforetakene, KS, kommunerepresentanter, tillitsvalgte og brukere. Helsedirektoratet er observatør. Utvikling av framskrivningsmodellene gjøres dermed med en bred involvering fra de relevante kliniske miljøene.

#### **Markedstenkning i styringen av helseforetakene**

Helse Sør-Øst RHF støtter at det er *uheldige* utslag av markedstenkning som bør vurderes redusert. Det regionale helseforetaket mener god virksomhetsstyring og forvaltning av tilgjengelige ressurser som er tildelt spesialisthelsetjenesten, er en forutsetning for at de regionale helseforetakene skal kunne oppfylle sitt sørge-for-ansvar. Uavhengig av finansieringsløsningene skal spesialisthelsetjenesten drive i tråd med lov om spesialisthelsetjenester og det verdigrunnlaget som den er tuftet på.

#### *Innsatsstyrt finansiering*

Innsatsstyrt finansiering (ISF) har både fordeler og ulemper, som vist i utvalgets rapport og i gjennomgangen utført av Helseøkonomisk analyse AS. Helse Sør-Øst RHF anerkjenner at effektene av ISF er usikre, men mener det er sannsynlig at ISF gir økt aktivitet og kostnadseffektivitet. Det er lange ventetider i spesialisthelsetjenesten, og ISF-ordningen kan bidra til å redusere disse. Det er også potensielle ulemper med ISF, som for eksempel reduksjon i kvalitet eller "oppkoding" av pasienter, men det har i gjennomgangen til Helseøkonomisk analyse AS ikke vært mulig å konkludere om dette. Helse Sør-Øst RHF har forståelse for at dagens modell kan oppfattes å utfordre helsepersonell i sine valg ved pasientbehandling, eller i noen tilfeller å være til hinder for bedre og mer effektive behandlingsmetoder gjennom de økonomiske insentivene

som ligger i ordningen. Uavhengig av hovedmodell må sykehusene fortsatt prioritere innenfor de samlede økonomiske rammene Stortinget bevilger til spesialisthelsetjenesten. Kravene til prioritering og kostnadskontroll kan bli sterkere hvis det ikke er mulig å påvirke inntektsnivået.

Helse Sør-Øst RHF ønsker på denne bakgrunn å ha et visst omfang av ISF, men kan under visse forutsetninger slutte seg til en overgang til rammefinansiering som hovedmodell.

Ved en eventuell overgang til rammefinansiering blir det enda viktigere at aktivitetsforutsetningene som ligger til grunn for bevilgningene til økt aktivitet er realistiske. Det er en fordel ved ISF-ordningen at det gir en viss risikofordeling mellom helseregionene og staten. Utvalgets forslag kan synes å legge en større risiko på staten, gitt at aktivitetsmålet oppfylles. Slik Helse Sør-Øst RHF kjenner bevilgningsopplegget til Stortinget, vil forventede utgifter til toppfinansiering bevilges av Stortinget og måtte dekkes inn av en lavere rammebevilgning.

Den samlede bevilgningen til drift og investeringer må dekke demografisk betinget vekst, samt vekst ut over demografi som for eksempel mer kompliserte sykdomsbilder og nye behandlingsmetoder.

Helse Sør-Øst RHF mener en så stor omlegging av finansieringssystemet som foreslås må gjøres gradvis, med reduserte satser år for år, slik at eventuelle negative konsekvenser kan fanges opp underveis og videre reduksjon kan revurderes.

Uavhengig av hovedmodell mener Helse Sør-Øst RHF det bør arbeides videre med å forbedre ISF-systemet. ISF-systemet bør ikke være til hinder for bedre og mer effektive behandlingsmetoder eller helhetlige pasientforløp. Helse Sør-Øst RHF vil understreke viktigheten av at arbeidet med kostnad per pasient-data (KPP) fortsetter med samme ambisjon om kvalitet som før. Endringer i finansieringsmodell kan likevel realistisk påvirke målinger av aktivitet, jf. Goodharts lov.

#### *Øvrige forslag*

Utvalget anbefaler at en i arbeidet med finansieringsmodellen for avtalespesialister tilstreber at finansieringen av aktiviteten hos avtalespesialistene skal inngå som en del av finansieringen av de regionale helseforetakene på samme måte som øvrig poliklinisk virksomhet. Helse Sør-Øst RHF viser til de regionale helseforetakenes innspill i forbindelse med Helsedirektoratets utredning om hvordan aktivitetsbasert finansiering av avtalespesialister kan inkluderes i ISF-ordningen i 2021. Overføring av finansieringsansvar og inkludering i sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene forutsetter at de regionale helseforetakene har styring, kontroll og oversikt over aktivitet, kvalitet, faglig innhold i pasientbehandlingen og kostnader, samt at avtalespesialistene stilles samme krav til rapportering som øvrig spesialisthelsetjeneste. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at de regionale helseforetakene blir involvert i videre arbeid med finansieringsmodellen for avtalespesialister.

Helse Sør-Øst RHF støtter at private som leverer spesialisthelsetjenester, må rapportere til etablerte registre. Gode helsedata kan gi oversikt over bruk av helsetjenester og kunnskap om befolkningens helsetilstand. Dette er viktig for planlegging, behovsvurdering, styring, utvikling av kunnskapsbasert praksis, beslutningsstøtte og beredskap. Det er i dag begrenset kunnskap om spesialisthelsetjenester utført av private aktører utenfor den offentlige finansierte helsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF merker seg at utvalget ikke er enstemmig i sin vurdering av om ordningen med nøytral merverdiavgift skal avvikles. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at dersom ordningen med nøytral merverdiavgift skal avvikles, vil det i forkant måtte gjøres en konsekvensvurdering av hvilke effekter dette vil ha i forhold til endring i rammefinansieringen til regionene. Helse Sør-Øst RHF viser til at en reversering av ordningen med nøytral merverdiavgift kan medføre betydelige investeringsbehov hos helseforetakene dersom de skal reetablere tjenestene i egen drift.

### ***Mål- og resultatstyring***

Helse Sør-Øst RHF støtter utvalgets forslag om en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering, og at kliniske fagrevisjoner er et viktig supplement/virkemiddel for å oppnå god faglig praksis. Helse Sør-Øst RHF har i 2023 utarbeidet en regional veileder for kliniske fagrevisjoner og gitt helseforetakene i oppdrag å gjennomføre minst to kliniske fagrevisjoner etter anbefalinger i veilederen. Valg av revisjonstema skal baseres på analyser av helseforetakenes egne resultater fra kvalitetsregister/helseatlas/nasjonale kvalitetsindikatorer der helseforetaket oppnår dårligere resultater enn virksomheter det er naturlig å sammenligne seg med.

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst har utarbeidet sitt eget høringsinnspill til NOU 2023:8. Høringsinnspillet er vedlagt høringsuttalelsen til Helse Sør-Øst RHF.

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF

Terje Rootwelt  
Administrerende direktør

Line Alfarrustad  
Økonomi og finansdirektør

Vedlegg: Høringsinnspill fra Brukerutvalget i Helse Sør-Øst