

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Dykkar ref.:	Vår ref.:	Sakshandsamar:	Dato:
	2023/296 - 5515/2023	Ivar Eriksen	30.06.2023

Høyring - NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus

Helse Vest viser til brev frå Helse- og omsorgsdepartementet av 27. mars 2023 der det blir invitert til å gi uttale til Sjukehusutvalet si utgreiing *NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus*.

Helse Vest har ikkje lagt opp til å gi ei samla høyringsuttale frå føretaksgruppa, men i staden opna for at helseføretaka i regionen gir sine egne høyringsuttaler.

Styret i Helse Vest RHF behandla høyringsuttalen i styremøte 14. juni 2023, sak 069/23. Styret slutta seg til framlegget til høyringsuttale med dei kommentarar som kom fram i møtet. Kommentaraner er innarbeidd i denne høyringsuttalen.

Styret har samla stilt seg bak heile høyringsuttalen med unntak av eit punkt, og det gjeld synspunkta knytt til Sjukehusutvalet sitt forslag om å gi ein til to konserntillitsvalde/konsernhovudverneombod observatørstatus i styra i dei felleseigde helseføretaka. Styremedlemmene Wenche Kristin Røkenes og Linda Karin Gangstøe har til dette punktet utarbeidd ein dissens som følger høyringsuttalen som vedlegg.

Innleiande kommentarar

Helseføretaksmodellen har vore gjenstand for utvikling – til det betre – gjennom dei meir enn 20 åra modellen ha eksistert. Sjukehusutvalets gjennomgang av erfaringar med dagens styring og organisering av sjukehusa og helseføretaksmodellen (kapittel 4 i utgreiinga) viser at helsetenesta i Noreg både skårar godt og har utvikla seg positivt på ein rekke område.

Det er Helse Vest sin vurdering at dagens modell fungerer godt. Den har levert gode resultat relatert til bakgrunnen for helsereforma og dei måla som blei sett, jf. oppsummeringa av Spekter sine skriftlege innspel på side 33 i rapporten. Sjølv om det kan vere mange faktorar som spelar inn, er det vår vurdering at helseføretaksreforma har vore ein viktig føresetnad for dei resultatane som er oppnådd. Helse Vest vil også vise til at det over fleire år har blitt gjort evalueringar av helseføretaksmodellen. Resultata av desse evalueringane er gjennomgåande gode for helseføretaksmodellen. Ser vi desse resultatane i samanheng med dei utviklingstrekk

og gradvise tilpassingar/endingar av modellen som har blitt gjort, står dagens modell fram som meir robust og demokratisk enn i sin opprinnelige form.

Samstundes går det fram av dei skriftlege innspela utvalet har motteke at det på fleire område kjem til uttrykk blanda erfaringar med modellen. Det tilseier at det er behov for å sjå på moglege grep som kan gi ønska forbetringar. Det er Helse Vest sin vurdering at rapporten gir eit godt grunnlag for diskusjonar om korleis sjukehusa bør bli styrt for å sikre at alle innbyggjarane har tilgang til forsvarlege, trygge og omsorgsfulle sjukehusstenester. Helse Vest ønsker også å uttrykke at det er ein styrke at helseføretaksmodellen jamleg blir diskutert og eventuelt justert. Helse Vest finn likevel grunn til å peike på at ein stor del av debatten kring spesialisthelsetenesta ofte blir kopla opp mot modellen og styringa av sjukehusa sjølv om dei tema som blir drøfta snarare omhandlar spørsmål knytt til kor mykje økonomiske ressursar ein skal sette inn i tenesta, korleis midlane skal tilførast, prioritering med vidare. Som utvalet påpeiker, trur også Helse Vest at desse diskusjonane er gjeldande uavhengig av helseføretaksmodellen, korleis styringa av sjukehusa skjer og korleis sektoren er organisert.

Helse Vest registrerer at det er ulike syn både med omsyn til på kva område ein meiner helseføretaksmodellen fungerer godt, på kva område som fungerer mindre godt og kva konsekvensar dette har gitt. Det er også ulike oppfatningar blant utvalet sine medlemmer på kor godt eller dårleg helseføretaksmodellen fungerer på ulike område. Helse Vest oppfattar likevel at utvalet er samstemte i at dei tema som er omtala i punkt 4.5.1 – 4.5.9 dannar eit godt utgangspunkt for utvalet sine drøftingar av tiltak som kan bidra til forbetringar.

Helse Vest legg til grunn at det sentrale utgangspunktet for Sjukehusutvalet si utgreiinga er om endingar i styring av spesialisthelsetenesta vil kunne gi eit enda betre grunnlag for å utvikle tenesta og gi ytterlegare forbetringar i resultat. Dette spørsmålet vil vere nært knytt til kva som er utfordringsbilete for spesialisthelsetenesta og kva problem og utfordringar ein ønskjer å løyse. Når dette er definert, vil det neste spørsmålet vere om dei endingane som blir tilrådd er egna for å møte desse utfordringane/problema.

Helse Vest finn også grunn til å understreke at i arbeidet med å utvikle styringsstrukturen, må målet om å skape attraktive arbeidsplassar og moglegheita for den enkelte til å kunne arbeide i stimulerande fagmiljø som tilbyr tenester av høg fagleg kvalitet, vere eit viktig premiss.

Oppsummert forstår Helse Vest mandatet til utvalet slik at det handlar om å sjå på styringa av spesialisthelsetenesta med særleg vekt på følgjande tema:

- Demokratisk innflytelse og regional og politisk kontroll
- Finansiering av sjukehusbygg
- Mindre uheldige konsekvensar av marknadstenking
- Betre og meir heilskaplege pasientforløp
- Mål- og resultatstyring
- Leiarstruktur og leiing

Utvalet har i kapitla 5 – 9 vurdert og kome med forslag til endingar innanfor desse tema, og Helse Vest vil i det følgjande gi våre kommentarar til vurderingane og forslaga.

Kap. 5 Styring og ansvarsforhold – regional, politisk og demokratisk innflytelse

Den offentlege helsetenesta i Noreg står sterkt og har stor oppslutning, og det er viktig at styringa av sjukehusa har god legitimitet og forankring i befolkninga. Det er derfor ein utfordring når det jamleg blir peika på at modellen er udemokratisk og manglar legitimitet. Helse Vest er derfor i utgangspunktet positiv til alle gode målretta tiltak som vil kunne bidra til styrka oppslutninga om modellen.

Utvalet har i kapittel 5 i rapporten kome med ei rekke tilrådingar. Vi vil nedanfor kommentere desse tilrådingane punkt for punkt i samsvar med den struktur utvalet har presentert dei i.

Lokal- og regionalpolitisk medverknad

Styra i helseføretaka og dei regionale helseføretaka gjer vedtak i saker som har stor betydning og innverknad på lokale forhold. Helse Vest er einig i at det bør vere rutinar og system for at kommunar og fylkeskommunar blir høyrte i nærare definerte sakstyper. Det er samstundes viktig for Helse Vest å peike på at det å involvere det lokal- og regionalpolitiske nivå langt på veg allereie er ein del av etablert praksis. Til dømes gjeld dette for arbeidet med lokale og regionale utviklingsplanar og i lokaliseringssaker.

I tillegg finn det stad ein ikkje ubetydeleg involvering gjennom helsefelleskapa. Samhandling og samarbeid med kommunane er eit satsingsområde i alle helseføretaka i vår region. Samhandling skjer både på overordna nivå, gjennom samhandlingsstrukturar og i det daglege ute i avdelingane. Helsefelleskapa har formelt kome på plass i løpet av 2021 og 2022, og det blir no arbeidd med felles handlingsplanar i alle helsefelleskapa.

For å skape gode helsetenester er alle ledd avhengige av kvarande: Fastlegar, helsepersonell på sjukehus og helsepersonell i helse- og omsorgstenesta til kommunane. Det er gjennom ei slik struktur som helsefelleskapa representerer, der føretak og kommunane arbeidar i saman, at vi vil kunne utvikle tenester med betre kvalitet, tenleg oppgåvedeling og samarbeid og samhandling mellom tenestenivåa.

Utvalet har gjort framlegg om at det bør lovfestast ein plikt til å inngå avtaler med kommunane om i kva saker dei skal høyrast. Helse Vest er usikker på i kva grad det vil føre til endring i praksis og har vanskar med å sjå at ei slik lovfesting i seg sjølve vil føre til meir og betre involvering og samhandling. På den anna side vil ei slik formalisering kunne gi ein betre innramming, større forutsigbarheit og synbarheit som i seg sjølve styrkar modellen.

Dersom det blir innført ein lovpålagt plikt til å regulere i kva saker kommunane og fylkeskommunane skal høyrast i, er det Helse Vest sitt syn at slike avtaler bør omhandle ein plikt til å involvere som går begge veger. Ei rekke avgjersler som blir gjort på kommunalt nivå, har stor påverknad på spesialisthelsetenesta. Endringar som blir gjort i det kommunale helsetenestetilbodet kan gi store konsekvensar for eit helseføretak og bør ikkje gjerast utan at helseføretaket er involvert/høyrte.

Virkemidlar retta mot styra

Helseføretaka forvaltar viktige samfunnsoppgåver og store ressursar på vegne av fellesskapet og er store verksemdar i samfunnet vårt. Det er derfor viktig at styra har ein samla kompetanse som kan reflektere oppgåvene i styret og utfordringane helseføretaka har. Styra skal vere kollegiale organ, og

i tråd med føretaksmodellen representerer ikkje styremedlemmene i helseføretak verken politiske organisasjonar, geografiske område eller andre interessegrupper.

Helseføretakslova inneheld ingen nærare kvalifikasjonskrav til styra si samansetting, men det er for Helse Vest likevel lagt til grunn som rimeleg klart at føretaksmøtet vil vere forplikta til å sørgje for at styra får ei samansetting som til saman har den breie kompetanse og evne til å leie føretaket som er naudsynt.

Sjuehusutvalet har særleg peika på to forhold når det gjeld samansetting av styra; styrke forvaltnings- og samfunnskompetansen og styrke helsekompetansen.

Helse Vest er ikkje ueinige i at dette er viktig kompetanse, snarare tvert i mot, men det er noko uklart kva som er utgangspunktet for utvalet sitt forslag på dette punktet og på kva grunnlag og kjennskap til dagens samansetting av styra, utvalet baserer sitt forslag på.

Når det gjeld helsekompetanse i styra i våre underliggjande helseføretak, meiner vi den allereie er god. Alle styra har styremedlemmer som til dagleg er fastlege/kommunelege. Alle styra har i tillegg ein til to eigaroppnemnde styremedlemmer med helsefagleg bakgrunn. Utover det representerer også dei tilsettevalde styremedlemmane ein solid helsefagleg kompetanse. Det er også vår vurdering at styra i dag innehar god forvaltnings- og samfunnskompetanse.

Styret i Helse Vest har i alle år hatt stort merksemd knytt til samansetting av helseføretaksstyra. Annakvart år – som innleiing til prosessen som fører fram til oppnemning av helseføretaksstyra – behandlar styret i Helse Vest ei sak som legg føringar for korleis prosessen fram til val av nye styre skal vere og som i tillegg klargjer dei føringane og momenta som skal leggjast til grunn ved val av styremedlemmer. I slik styresak våren 2023 er det peika på følgjande kompetansekrav som viktige å legge vekt på ved samansetting av helseføretaksstyra:

- helsefagleg kompetanse
- innsikt i og relevant erfaring frå styrearbeid
- administrativ/organisatorisk kompetanse og erfaring frå organisasjonsutvikling og omstillingsprosessar
- økonomisk kompetanse
- bakgrunn frå helsefakultet/medisinsk fakultet, jf. Husebekkutvalet
- rolleforståing som styremedlem i eit dotterselskap i eit konsern
- evne til å balansere styret sitt arbeid/sine utspel for å sikre at føretaket skaper tillit og tryggleik hjå pasientar og innbyggjarar
- evne til å balansere ”i det opne landskap” der ein må ta omsyn til politiske føringar, krav frå eigar og forventingar frå tilsette og pasientar
- evne til å ha eit heilskapleg perspektiv på oppgåveløysinga
- evne til å etterleve og iverksetje vedtak fatta av overordna organ

I tillegg har styret i Helse Vest peika på kontinuitet og fornying, variasjon i kjønn, alder, utdanning og yrkesbakgrunn, naturleg tilknytning til regionen, habilitet, RHF representasjon i helseføretaksstyra, brukarkompetanse, tid til å utføre styrevervet og mangfald, som viktige moment når styra skal setjast saman.

Utpeiking av helseføretaksstyrer er ei viktig eigaroppgåve, og det vil vere styra i dei regionale helseføretaka som best kan vurdere kva kompetanse og samansetting eit helseføretaksstyre til ein kvar tid treng ut frå lokale forhold og utfordringar. Det er mange omsyn som skal

vektleggast når styra blir sett saman, og det er viktig at det ikkje blir lagt for stramme rammer når denne eigaroppgåva skal utøvast. Helse Vest vil likevel understreke at vi sjølvsagt er samde i at eit helseføretaksstyre generelt bør inneha både helsekompetanse og forvaltnings- og samfunnskompetanse.

Utvalet sitt forslag om å styrke forvaltnings- og samfunnskompetansen i styra er sterkt knytt mot utvalet sitt forslag om at det skal innhentast forslag på kandidatar med slik kompetanse frå kommunane i det enkelte helseføretak sitt opptaksområde i forkant av styreoppnemning. Desse innspela på kandidatar skal ikkje vere bindande, men slik Helse Vest les utvalet sitt forslaget skal dette sikre at gode kandidatar blir brakt fram og gi kommunane ein moglegheit til å påverke prosessen og med det styrke den demokratiske legitimiteten til styra.

Helse Vest er av den vurdering at tiltak som bidrar til å få fram kvalifiserte styrekandidatar med relevant kompetanse for dei respektive styra er av det gode, og vi tenker at framlegget om ei slik ordning kan fungere godt. Det er likevel viktig å understreke at ansvaret for å sette saman gode og velfungerande styrer ligg til eigar, og at det inneber at ein ikkje må vere bunden av innspela som kjem inn. Helse Vest ser at det her kan ligge ein risiko for kritikk dersom ingen eller berre eit fåtal av dei kandidatane som blir spelte inn faktisk blir oppnemnt.

Helse Vest vil minne om at det tidlegare har vore ein ordning der eit fleirtal av dei eigaroppnemnde styremedlemmane skulle veljast frå lister av kandidatar føreslått frå kommunane og fylkeskommunane. Erfaringane med ordninga var svært blanda og førte til at det var meir krevjande å sette saman velfungerande styrer som samla sett hadde den ønska kompetansen, jf. opplistinga av kompetansemoment ovanfor.

Ut frå gjeldande føringar er det i dag anledning til at medarbeidarar i dei regionale helseføretaka, med unntak av administrerande direktør og fagdirektør, kan inneha styreverv i underliggjande helseføretak. Det er også høve å utpeike leiare i regionale helseføretak/helseføretak som styremedlem i helseføretak i andre regionar. Utvalet har fremma forslag om at departementet gjennom eigarstyring skal legge føringar som inneber at denne praksisen ikkje kan vidareførast. Utvalet har i sin grunngjeving peikt på at det i kritikken mot helseføretaksmodellen kjem fram at det er for sterk samling av makt på nokre få personar, og at dette kan knytast til denne praksisen.

Helse Vest har lang tradisjon for å ha ein eigarrepresentant (person frå leiargruppa i RHF) som styremedlem i kvart av dei underliggjande sjukehusføretaksstyra. Erfaringane med dette er gode og har bidratt til godt samarbeid og samhandling mellom nivå. I tillegg har ordninga bidrege til kompetanse- og erfaringsdeling som er verdfull både for helseføretaksstyra og for administrasjonen i det regionale helseføretaket, og det vil ver eit tap dersom moglegheita til å hente ut dette potensialet blei innskrenka. Helse Vest saknar ein avveging av fordeler med denne ordninga mot eventuelle ulemper før ein legg innskrenkande føringar, og Helse Vest støttar derfor ikkje dette forslaget. Det same gjeld forslaget om å avskaffe moglegheita for å hente kompetanse inn i styra frå leiarnivå i andre regionar.

Dersom departementet skulle kome til å følgje opp utvalet sitt forslag om gjennom eigarstyring å legge slike føringar, er det for Helse Vest viktig å understreke at føringane berre må gjelde for sjukehusføretaka. For underliggjande verksemder som leverer tenester til sjukehusføretaka som til dømes dei regionale IKT-einingane og sjukehusapoteka, har det for

Helse Vest vore ein viktig suksessfaktor at styra for desse selskapa i det alt vesentlege er samansett av leiarar frå regionalt helseføretak og helseføretak. Ein endring i denne ordninga vil ikkje vere tenlege for tenesta.

Helse Vest kan heller ikkje støtte tilrådinga om å gi ein til to konserntillitsvalde/konsernhovudverneombod observatørstatus i styra i dei felleseigde helseføretaka. Dei regionale helseføretaka har vurdert medverknad og involvering frå dei tilsette ved fleire høve, seinast i felles styresak for styra i dei regionale helseføretaka i 2022. Helse Vest vil peike på at det er etablert fleire ordningar for å legge til rette for og sikre at konserntillitsvalde og konsernhovudverneombod skal kunne gi viktige bidrag knytt til aktiviteten i dei felleseigde helseføretaka, både internt i det enkelte regionale helseføretak, i samarbeid mellom regionane og i samspelet med dei felleseigde helseføretaka. Det er Helse Vest sin vurdering at desse ordningane bør få verke før det eventuelt blir gjort endringar. Helse Vest vil også minne om at dei tilsette i dei felleseigde helseføretaka har styrerepresentasjon i desse styra i tråd med dei reglane for styrerepresentasjon som følger av helseføretakslova § 23.

Forholdet mellom regionale helseføretak og helseføretak

Sjukehusutvalet har gjort ei rekke vurderingar knytt til autonomi, styringslinjer og korleis avgjerdsprosessane bør gjennomførast, og utvalet har tydeleg peika på at helseføretaka i størst mogleg grad bør ha ansvar for eiga verksemd og ha moglegheit til å gjere vedtak i saker som gjeld helseføretaket åleine.

Helse Vest er ikkje ueinig i dette utgangspunktet, og det er vår oppleving at det normalt er slik modellen blir praktisert i dag. Helse Vest legg til grunn ein kontinuerleg vurdering av spørsmål knytt til arbeidsdeling, og Helse Vest har ikkje sett at det har vore behov for ytterlegare konkretisering av dette utover det som er gjort greie for i gjeldande rammeverk for verksemdstyring i Helse Vest, sist revidert 23. mars 2022, og i gjeldande rettleiar for styrearbeid i helseføretak.

Men – ei lang rekke saker er ikkje av ei slik art at dei gjeld helseføretaket åleine. Ei sentral oppgåve for dei regionale helseføretaka er å utvikle regionane, det regionale samarbeidet, sikre riktig kapasitet og robuste fagmiljø og helseføretak. Det er eit gjennomgåande trekk at dei regionale helseføretaka har levert på denne oppgåva. Samstundes er det mykje regionalt utviklingsarbeid som er ugjort. Dette er utviklingsarbeid der dei regionale helseføretaka har ein viktig funksjon og kor grunnlaga for avgjerane må utviklast i eit regionalt fellesskap.

Helse Vest saknar elles ein konkretisering av på kva område helseføretaka eventuelt burde bli gitt større handlingsrom. Helseføretaksmodellen opnar for lokalt handlingsrom og bygg på at helseføretaka er sjølvstendige juridiske einingar, og eigarstyring skal berre skje innanfor dei rammer lova set. Samstundes er det i regionane stort behov for standardisering og samordning, og erfaring viser at dei beste resultatane blir skapt gjennom eit tett operasjonelt samarbeid i føretaksgruppa.

Det er Helse Vest sin vurdering at ei for klar vektlegging av autonomi og lokal handlingsfridom, kan innebære ein risiko for ein negativ utvikling, snarare enn å bli eit gode. Resultatet kan lett bli det motsette av det ein ønsker, nemleg ei meir fragmentert og mindre heilskapleg og likeverdig spesialisthelseteneste.

Andre tema i kapittel 5

Fleirtalet i Sjukehusutvalet foreslår at det skal etablerast ein ordning der det blir oppnemnd eitt styremedlem i kvart av dei fire regionale helseføretaksstyra etter forslag frå Sametinget. Helse Vest er ikkje einig i at dette er ei god løysing og vil tilrå at gjeldande ordning med ein representant etter forslag frå Sametinget i styret i Helse Nord bør vidareførast. Vi viser elles til det som er sagt om styresamansetting ovanfor og meiner at det også for departementet som eigar av dei regionale helseføretaka, må vere generelle prinsipp og ei konkret vurdering av oppgåver og utfordringsbilete i den enkelte region som må vere førande når styra i dei regionale helseføretaka skal settast saman. Dette er likevel ikkje til hinder for at det blir opna for at Sametinget blir gitt høve til å fremme forslag på kandidatar til alle styra i dei regionale helseføretaka.

Helse Vest er einig i utvalets vurderingar kring føretaksmøtet og Stortingets myndigheit, til dei vurderingane som er gjort kring strukturelle forhold og til det som er sagt om gjennomgang av pliktsubjekta i spesialisthelsetenesta, og vi har ikkje ytterlegare kommentarar til desse punkta.

Utvalet har avslutningsvis i kapittel 5 gjort framlegg om at namna på verksemdene ikkje lengre bør innehalde kortformene RHF og HF. Samstundes er det sagt at dette ikkje rokkar ved organisasjonsform eller etablerte ansvarsforhold.

Helse Vest er kritisk til forslaget. Dette er for det første grunngeve i at så lenge organisasjonsforma skal vere den same og helseføretakslova ikkje skal endrast, er det vanskeleg å sjå at kortforma HF ikkje skal vere ein del av det juridiske namnet for eit helseføretak. Dette på same måte som kortforma AS alltid vil inngå i det juridiske namnet for eit aksjeselskap, jf. føretaksnamnelova § 2-2.

For det andre stiller Helse Vest seg spørjande til kvifor det blir fokusert på kortforma som ein del av namnet. I Helseregion Vest vil namna i dagleg tale vere Helse Bergen, Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger og ikkje innehalde kortforma eller omgrepet «helseføretak». Samtidig er dette ikkje til hinder for også å operere med sjukehusomgrepet knytt til den enkelte lokalsjon. I Helse Bergen vil ein følgeleg omtala sjukehusa i føretaket med namn som Haukeland universitetssjukehus og Voss sjukehus

For det tredje opplever Helse Vest at dagens namn på føretaka er godt innarbeidd, og det å gjere endringar av den typen som utvalet foreslår vil også bringe med seg vanskelege vurderingar. Helse Førde består til dømes av fleire sjukehus som er lokalisert i ein del av det større fylket Vestland. Det å eventuelt gi dette føretaket eit namn av typen «Sjukehuset i» gir neppe eit betre namn enn det 20 år gamle innarbeidd omgrepet Helse Førde.

For det fjerde er det også viktig å påpeike at ein større namneendring også vil innebere ikkje ubetydeleg kostnadar. Dette er ikkje nærare utgreidd, og Helse Vest er spørjande til om ei namnendring er eit tenleg grep og bruk av ressursar.

Til slutt finn vi også grunn til å kommentere forslaget om at dei regionale helseføretaka bør endre namn, eksemplifisert her ved at Helse Vest skal heite Helseregion Vest.

Helse Vest er av den vurdering at dette er eit uklokt forslag. Det er vår vurdering av eit omgrep av typen Helseregion Vest er meir dekkjande for heilskapen i føretaksgruppa, det vil seie det regionale helseføretaka og underliggjande helseføretak/andre heileigde selskap. Å omtale morselskapet i denne strukturen (for Helse Vest sin del, det regionale helseføretaket lokalisert i eit kontor på Forus) som Helseregion Vest, er ikkje særleg presist, og vi foreslår derfor at det ikkje blir gjort endringar på dagens namn på dei regionale helseføretaka.

Kap. 6 Helsefelleskap og samhandling kommunehelsetenesta

Helse Vest er einig i at god samhandling mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta vil vere avgjerande for moglegheita til å oppretthalde og vidareutvikle ein sterk offentleg finansierte helseteneste. Gitt dei demografiske utfordringane helse- og omsorgstenesta står ovanfor vil det ha store konsekvensar dersom vi ikkje lykkast med å legge til rette for god samhandling mellom nivåa.

Som vist til ovanfor, under omtalen av lokal- og regionalpolitisk medverknad, finn det allereie stad ein ikkje ubetydeleg involvering gjennom helsefelleskapa, og vi får allereie til mye. Helse Vest deler likevel utvalet sin tenking knytt til å etablere ordningar som kan sikre stabil finansiering av samhandlingstiltak og mekanismar som legg til rette for overgang mellom tidsavgrensa samhandlingsprosjekt til drift.

Utvalet har gjort framlegg om ei ordning med øyremerka samhandlingsbudsjett. Helse Vest er i utgangspunktet positiv til forslag som kan bidra til betre samhandling, betre pasientforløp og betre pasientopplevingar i møte med ei helseteneste med to ansvarsnivå. Innan Helse Vest har vi også eksempel med gode erfaringar frå bruk av samhandlingsbudsjett, og det er etter vår vurdering grunn for å kunne sjå inn i og utvikla dette vidare.

Sjukehusutvalet sitt forslag om samhandlingsbudsjett inneheld ingen føringar utover semje om bruken av midlane. Helse Vest vil derfor tilrå at ei eventuell slik ordning blir underlagt ei nærare utgreiing, og at ordninga med øyremerka samhandlingsbudsjetta bør piloterast før den eventuelt blir breidda ut. Det vil vere av avgjerande betydning at det til grunn for ei slik ordning blir utarbeidd eit godt og forpliktande partnerskap og der begge/alle partar i samarbeidet bidreg finansielt.

Kap. 7 Finansiering av sjukehusbygg

Ein vedvarande kritikk mot helseføretaksmodellen har vore at styringssystemet er utforma på ein måte som utfordrar det helsefaglege perspektivet i styringa av sjukehusa ved at økonomifokus har fått for stor plass i staden for fag og kvalitet. Sjukehusutvalet har særleg diskutert to forhold som fører til stort økonomifokus; systemet med finansiering av investeringar (kap. 7) og ordninga med innsatsstyrt finansiering (kap. 8).

Gjeldande modell for finansiering av investeringar bygg på prinsippet om at helseføretaket som gjennomfører investeringa må bære heile kostnaden. Sjukehusutvalet har peika på at det er forhold ved modellen som kan gi uheldige utslag. Utvalet har peika på at desse problema vil kunne bli redusert med ein finansieringsmodell som gir lettare tilgang på likviditet og samtidig gir helseføretaka større tryggleik for økonomisk bereevne.

Sjukehusutvalet har i kapittel 7 gjort ein grundig vurdering av gjeldande system for finansiering av investeringar, og sjukehusutvalet har konkludert med at det framleis bør vere

eit samla ansvar for drift og investering. Helse Vest sluttar seg til utvalet sine vurderingar kring denne problemstillinga, og vi støttar at helseføretaka framleis skal arbeide med drift og investering i samanheng. Dette gir både handlingsrom og ansvar.

Når det gjeld dei tiltaka som sjukehusutvalet har trekt fram knytt til finansieringsordninga, vil Helse Vest for det første støtte tilrådinga om ein reduksjon i kravet til eigenkapital frå 30 til 10%. Dette vil styrke evna til å gjennomføre naudsynte investeringar.

Helse Vest legg og til grunn at ein ordning med kompensasjon for 75% av avskrivningar kan vere ein tenleg modell, men det er viktig å unngå store fordelingsverknader av omlegginga. Det vil vere svært uheldig om finansiering av ordninga skjer ved at basisramma til anna drift blir redusert. Det er og viktig å sjå korleis store nye byggeprosjekt verkar inn på inntektsfordelinga mellom regionane.

Helse Vest støtter vidare at det blir ein felles modell for fastsetting av rente på lån frå HOD. Det er viktig at denne gjenspeiler nivået på renter som spesialisthelsetenesta ville ha oppnådd om ein hadde same moglegheit til å ta opp lån som til dømes kommunane. Spesialisthelsetenesta representerer sannsynlegvis lågare risiko enn kommunane slik at det ville kunne forsvare enda lågare renter enn kommunane.

Helse Vest støtter å forbetre planleggingsmodellane og at fagmiljøa blir involvert på ein god måte.

Alle dei regionale helseføretaka er i ein periode med store investeringsbehov. Eit grep som vil kunne betre rammevilkåra for å gjennomføre naudsynte investeringar i sjukehusbygg er å redusere gjeldsbyrda i sektoren. Dette kan enklast bli gjort ved å gjere om langsiktig gjeld til eigenkapital. Dette tiltaket er ikkje foreslått av utvalet, men dette vil være til stor nytte for sektoren utan at det fører til at Staten må betale ut pengar til sektoren. Om Staten finn det naudsynt å balansere ut tapte renteinntekter ved omgjerung av lån til eigenkapital så kan dette bli løyst ved å stille eit positivt resultatkrav på dei regionale helseføretaka, slik at Staten eventuelt kan ta ut eit utbytte.

Kap. 8 Marknadstenking i styringa av helseføretaka

Legg til grunn at helseføretaka er involvert i forkant av anbodskonkurransar

Utvalet har i dette kapitlet lagt til grunn at helseføretaka blir involvert i forkant av at dei regionale helseføretaka utlyser nye anbodskonkurransar og inngår avtaler med private leverandørar.

Dette er ei ordning som allereie er godt innarbeidd i Helse Vest.

Utgreiing om det bør vere ei godkjenningssordning for etablering av privatfinansierte helsetenester

Helse Vest støttar forslaget i kapittel 8 om at det bør utgreiast ei godkjenningssordning for etablering av privatfinansierte helsetenester.

Ny finansieringsmodell

Sjukehusutvalet har i rapporten slått fast at det er lite marknadstenking i helsetenesta. I Noreg er helsetenesta sterkt regulert og del offentleg finansierte helsetenester er blant dei høgste i verda. Utvalet har tolka mandatet slik at det er *uheldige* utslag av marknadstenking som er ønskt redusert. Det er etter Helse Vest sitt syn ei god tilnærming.

Sjukehusutvalet har gjort framlegg om at gjeldande finansieringsordning med ISF blir erstatta med rammefinansiering som hovudmodell. For å ivareta eit element av risikodeling mellom stat og regionale helseføretak, foreslår utvalet å ha eit innslag av toppfinansiering for aktivitet utover aktivitetsnivået i ramma.

Helse Vest er i utgangspunktet einig i tanken som ligg bak forslaget, men vi vil likevel ikkje tilrå at ein vel ei løysing der ISF tas heilt bort. Det er vår vurdering at dagens ordning som allereie inneber at rammefinansiering er hovudfinansiering, er god. Bortfall av all ISF vil redusere økonomisk risiko for staten og auke risiko for føretaka, medan dagens modell gir ein god risikofordeling mellom stat og føretak. Framlegget til sjukehusutvalet vil også kunne innebære utilsikta aktivitet knytt til eit mål om å nå toppfinansieringa.

Eit alternativt grep vil vere å redusere ISF ned til dømes til 20 %. Det vil kunne bidra til å hente ut dei positive effektane som sjukehusutvalet har peika på, sikre risikodeling mellom stat og føretak, samstundes som det vil kunne understøtte kloke prioriteringar, redusere overbehandling og gi riktige insentiv for aktivitet, registrering og koding.

Dersom ein skulle legge om til ein finansieringsordninga ved at rammefinansiering blir hovudmodell, vil vilkåret for at omlegginga skal bli bra vere at det er eit sterkt fokus på å unngå fordelingsverknader av omlegginga. Det vil vere naudsynt med ein gjennomgang av inntektsfordelingsmodellen mellom dei regionale helseføretaka som ein del av denne prosessen.

Resultatbasert finansiering i sin opphavlege versjon var lite egna til styring av sektoren. Metoden hadde ikkje dokumenterte samband mellom årsak, behandling og resultat. Helse Vest tilrår at ein i større grad forsøk med verdibaserte finansieringsordningar, men det er viktig at det er målbare endepunkt for det som skal finansierast.

Finansiering avtalespesialistar.

Når det gjeld utvalet sine vurderingar knytt til finansiering av avtalespesialistar, vil Helse Vest vise til dei regionale helseføretaka sin eigen utgreiing om dette.

Kap. 9 Mål- og resultatstyring og kap. 10 Leiarstillingar og leiarstruktur

Utvalet har i desse to kapital ikkje kome med forslag om nye tiltak. Helse Vest har ikkje merknadar til utvalet sine vurderingar i desse kapitla, men vi vil nytte høve til å understreke at Helse Vest er einige i at alle einingar kritisk må gjennomgå behovet for rapportering og indikatorar, og at dette bør gjerast jamleg.

Vennleg helsing

Inger Cathrine Bryne
Administrerende direktør

Ivar Eriksen
Eigardirektør

Vedlegg: Dissens frå styremedlemmene Wenche Kristin Røkenes og Linda Karin Gangstøe

Dokumentet er elektronisk godkjent av: Inger Cathrine Bryne Administr.direktør

Digital kommunikasjon

Vi har elektronisk saksbehandling og er opptekne av at informasjon, også underlagt teieplikt, skal kunne sendast på ein rask og sikker måte. Vi ber derfor om at eit eventuelt svar på denne førespurnaden blir sendt gjennom ein av desse kanalane:

- Privatpersonar og private verksemder: [eDialog](#)
- Offentlege verksemder: eFormidling (via eige saks-/arkivsystem)

Ansattes representanter, her representert ved Wenche Røkenes og Linda Gangstøe har påpekt manglende reell medvirkning i felleseide helseforetak. Det er også påpekt at tiltakene Rhfene har foreslått for å styrke medvirkningen neppe vil være virkningsfulle. Rhfene har ved gjentatte anledninger avslått anmodningen om å gi sykehusansattes representanter (KTV) observatørstatus i de felleseides styrer, på lik linje med brukerrepresentanten i øvrige styrer uten at avslaget er grunnlagt med annet enn formelle hensyn. Rhfene står imidlertid fritt til å innrette dette i tråd med ansattes ønsker, men har ikke vist vilje til å etterkomme forespørselen.

Det er vanskelig å forstå hva den intense motstanden mot medvirkning i de felleseide helseforetakene bunner i. Ansatte i sykehus lever store eller hele deler av sine yrkesliv i og med de løsningene de felleseide foretakene utarbeider. Men Rhfene er altså iherdig motstandere av at ansattes representanter gis observatørstatus på linje med brukerne i de felleseides styrer.