

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.:
2015/709 /008

Saksbehandler/dir.tlf.:
Kristian Iversen Fanghol, 950 76 075

Sted/dato:
Bodø, 28.02.2017

Invitasjon til å gi innspill til NOU 2016: 25 Organisering av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover

Det vises til invitasjon til å gi innspill til Kvinnslandutvalgets innstilling. Styret i Helse Nord RHF behandlet saken i styremøte 22. februar og fattet følgende vedtak.

1. Styret i Helse Nord RHF mener NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* representerer en god gjennomgang av de organisatoriske utfordringene i styringen av spesialisthelsetjenesten og gir et godt grunnlag for å videreutvikle organiseringen til å bli enda bedre.
2. Styret vil understreke at regionaliseringsprinsippet for organiseringen av spesialisthelsetjenesten fortsatt må ligge til grunn. Ved ev. endringer i organiseringen av statens eierskap til spesialisthelsetjenesten må det sikres at tjenestene til befolkningen kan planlegges i en regionalisert modell.
3. Styret mener at dagens ordning med et regionalt beslutningsnivå, fire regioner og fire regionsykehus bør videreføres.
4. Styret vil tilrå at det i framtidig organisering legges stor vekt på å utvikle de legitimitetsskapende deler av organiseringen og vil anbefale at ordningen med styrer for helseforetakene opprettholdes.
5. Styret vil tilrå at det lovfestes etablert et rådsorgan mellom spesialisthelsetjenesten og representanter for regionale og kommunale myndigheter.
6. Ansvaret for eiendomsforvaltningen bør tillegges det nivået som har operativt ansvar for spesialisthelsetjenesten. Krav til nivå på vedlikehold, husleieordninger etc. bør ev. håndteres som rammebetingelser for driften gitt av eier.

7. Styret ber om at utdanning og forskning og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og UH¹-sektoren ivaretas i den fremtidige organiseringen av spesialisthelsetjenesten, uavhengig av organiseringsform som velges.

Vedlagt vår utredning i saken.

Med vennlig hilsen

Lars Vorland
Sign
Administrerende direktør

Kristian Fanghol
Sign
Direktør

¹ UH: universiteter/høgskoler

NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? Helse Nord RHF's utredning.*

Generelt

Helse Nord RHF's vurdering av hvordan statens eierskap til spesialisthelsetjenesten bør ta utgangspunkt i tre forhold:

1. Hvilken organisering vil best sikre at landsdelens befolkning, inkludert Svalbard, får et moderne helsetjenestetilbud på nivå med landet for øvrig, der behandling, forskning, utdanning og opplæring i all hovedsak skjer i landsdelen?
2. Hvilken organisering av det statlige eierskapet vil best sikre en helsetjeneste av god kvalitet og ivareta nødvendige prioriteringer?
3. Hvilken organisering av det statlige eierskapet vil best sikre en effektiv bruk av ressursene med de rammevilkår som til enhver tid vil gjelde?

I utvalgets arbeid har for øvrig følgende kriterier vært brukt for å vurdere de ulike alternativer:

- Legitimitet for beslutninger/demokratisk legitimitet
- Effektivitetskriterier/økonomistyring og kontroll/effektive beslutningsprosesser
- Kriterier for samhandling og med virkning, pasienter og andre berørtes innflytelse og samarbeid med høyskole og universitetssektoren

Utfordringsbildet

Etterspørselen etter tjenester vil øke. Det følger både av den demografiske utviklingen, vi blir flere eldre, og vi vet at jo eldre vi blir, desto mer helsetjenester bruker vi. Videre vil etterspørselen etter tjenester øke som følge av at kunnskap og teknologi gjør stadig mer mulig. Den generelle samfunnsutviklingen, der stadig flere tjenester sees på som en vare folk har rettigheter til, vil også føre til at etterspørselen etter tjenester, også av marginal eller ingen nytte, vil øke.

Videre tar vi som utgangspunkt at økt behov for/etterspørsel etter tjenester vil gjøre at ressursene til helsetjenestene må økes, mest sannsynlig utover den generelle veksttaket i samfunnet. Dette vil også føre til et økt behov for effektivisering og bedre produktivitet, økte krav til mer og bedre tjenester for de ressurser som settes inn og ytterligere krav til prioritering av hvem skal få hvilke tjenester på hvilket nivå.

Utvalget vurderer også at manglende samordning av IKT på nasjonalt nivå er en utfordring, og sier i tillegg at etableringen av regionale løsninger har gjort det mulig å forbedre systemene og lagt et grunnlag for å etablere nasjonale løsninger.

Ledelse av og i sykehus trekkes også fram som en generell utfordring. Her pekes det særlig på måten ledelse er organisert på, enten som gjennomgående ledelsesmodeller på tvers av institusjoner eller en organisering med stedlig ledelse og samling av ansvar.

Legitimitet og effektivitet er to helt sentrale dimensjoner hvor ulike modeller på ulikt vis vil kunne oppfylle slike egenskaper. Effektivitet må være en karakteristikk både ved organisasjons- og beslutningsprosesser samt ved hvordan tjenestene ytes. Samtidig er det viktig å være seg bevisst at helsetjenesten er avhengig av samfunnsmessig legitimitet på flere plan. Hvordan vi organiserer «apparatet» har betydning for dette.

En regionalisert helsetjeneste

Dette er nasjonal politikk og dermed førende for organiseringen av det statlige eierskapet som også må organiseres omkring en regionalisert helsetjeneste. Slik har det vært i Norge siden 1976. I perioden etter det er den spesialiserte helsetjenesten desentralisert til hele landet. Regionaliseringsprinsippet, med ansvar for tjenestene på regionalt/fylkeskommunalt nivå, har vært avgjørende for at dette har skjedd.

Helse Nord RHF er en sterk og tydelig tilhenger av en regionalisert helsetjeneste. Etter vår vurdering blir dette enda viktigere i tiden framover. Kunnskapen om hvordan forbruket av helsetjenester fordeler seg i befolkningen blir stadig bedre, og i arbeidet med å utvikle en likeverdig helsetjeneste er det avgjørende at ett nivå har ansvar for de samlede tjenester til en befolkning i et geografisk område.

I Nasjonal helse- og sykehusplan er det også lagt til grunn at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehusene i et helseforetak og mellom helseforetakene i helseregionen skal styrkes og bli mer forpliktende. I Nasjonal helse- og sykehusplan er det også slått fast at det skal være fire regionsykehus.

Antall regioner

I vurderingen av spørsmålet om antall regioner er det Helse Nord RHF's oppfatning at dette må vurderes langs to akser. Helse Nord RHF slutter helt og fullt opp om at det skal være fire geografiske områder knyttet til de fire regionsykehusene. Norge trenger ikke flere regionsykehus. Dersom det velges å dele Nord-Norge i to regioner med hver sitt regionsykehus, vil dette være ødeleggende for begge regionsykehusene.

Befolkningsgrunnlaget vil bli for små til hvert av sykehusene, og befolkningen vil ikke kunne nyte et fullverdig tjenestetilbud fra de to regionsykehusene.

Samtidig ser vi begrunnelser for ev. å dele opp Helse Sør-Øst som dette i realiteten handler om. Det handler både om størrelse internt og størrelsen i relasjon til øvrige regioner. Internt i Helse Sør-Øst handler det om informasjonsflyt, mulighet for koordinering, framtidig befolkningsvekst, samhandling, manglende opplevelse av felles identitet i regionen etc. Når det gjelder Helse Sør-Øst og de andre regionene, handler dette om at en region har halvparten av Norges befolkning, og det er stor asymmetri økonomisk og på andre områder.

Argumentene mot å dele opp Helse Sør-Øst er det omfattende arbeidet som er nedlagt med å samle regionen, og de transaksjonskostnader som vil følge av en oppdeling. En eller to regioner vil bli uten eget regionsykehus, dersom Helse Sør-Øst deles i to eller tre.

Det skal ikke etableres flere regionsykehus, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan, og en slik oppdeling vil kunne føre til at det vil bli forsøkt å etablere flere nye regionsykehus. I tillegg vil det bli en stor mengde transaksjoner mellom de nye regionene og den regionen hvor regionsykehuset ligger på grunn av «gjestepasientordningen». Det investeringsprogrammet som er planlagt i Helse Sør-Øst, vil også måtte revideres, fordi kapitalen skal reforderes og det kan sette flere investeringsprosjekter i spill.

Konklusjon

Etter en samlet vurdering mener Helse Nord RHF at antall regioner bør være som det er i dag. Det kan framstå som om det er stor ubalanse mellom de fire regionene i dag, men dette har man i stor utstrekning funnet mekanismer for å håndtere på overordnet nivå. Mest krevende er nok dette internt i Helse Sør-Øst og i faglige arbeidsfellesskap som skal være likeverdige, men hvor det i liten grad er regulert hvordan samarbeidet skal skje.

Organisering av statens eierskap til spesialisthelsetjenesten – regionalt eller nasjonalt

Helse Nord RHF deler utvalgets syn om at en direktoral modell eller «en avdeling» direkte organisert mot Helse- og omsorgsdepartementet ikke er hensiktsmessige modeller. De to modellene vil representere en svært sterk sentralisering og i tillegg føre til at enheter som skal håndtere nasjonal helsepolitikk i stor grad også vil måtte befatte seg med lokale spørsmål på detaljnivå uten muligheter til å håndtere dette så fleksibelt som det er nødvendig.

De to andre hovedmodellene er

- et nasjonalt helseforetak
- et regionalt beslutningsnivå

Det er argumenter for begge disse to alternativene. Et nasjonalt helseforetak vil ha svært tett kopling til det politiske ved at ansvarsomfanget har mange likheter. Hovedfokus vil og skal være stor oppmerksomhet om nasjonal likeverdighet i tjenestetilbud, felles løsninger i hele sykehus-Norge, enhetlig styring av sektoren m. m. Læring på tvers vil kunne få bedre vilkår, og kravet til effektivitet og produktivitet vil kunne bli enda tydeligere. Det er også nærliggende å anta at oppmerksomheten blir størst omkring evnen og kapasiteten til å fatte beslutninger.

Et regionalt beslutningsnivå vil, som nå, ha oppmerksomheten først og fremst mot sitt geografiske ansvarsområde, befolkningen der og de tjenester som skal ytes der. Dette vil skje innenfor rammen av nasjonal helsepolitikk og de krav som nasjonale myndigheter setter. I en regional kontekst er fokuset i større grad rettet mot iverksetting og at det som skal gjennomføres må skje på en måte som er tilpasset organisasjonens særegne trekk.

En organisering med ett nasjonalt helseforetak vil representere en sterk sentralisering av makt i helse-Norge, og en slik organisasjon vil mangle et regionalt styre som kan fungere som et legitimitetsskapende element. Det er også et selvstendig poeng at et nasjonalt helseforetak vil kunne bli et maktsenter nr. 2 i tillegg til statsråden. De ressurser, det ansvaret og den innflytelsen et slikt foretak skal forvalte, vil bli svært stort.

Et siste poeng er at helseforetakene i en modell med et nasjonalt helseforetak ventelig vil bli færre og større enn i dag. Om dette er tilpasset framtidens utfordringer hvor samarbeid på tvers, nettverk, felles systemer og pasientforløp fortsatt er viktig, er et åpent spørsmål. Det vil kunne øke konkurransen helseforetakene imellom, og beslutnings- og iverksettingsprosessene vil kunne bli krevende på en rekke områder.

Etter Helse Nord RHF's vurdering er det helt avgjørende, også i et nasjonalt helseforetak, å ha en regional administrasjon, med tydelige fullmakter, som kan arbeide nært de som yter tjenestene. Helsetjenestene ytes lokalt, virksomheten har stor interesse lokalt, og det er avgjørende å ha en organisasjon på regionalt nivå som kan håndtere aktuelle problemstillinger i en regional kontekst, ikke bare slik det enkelte helseforetak ser det.

Etter Helse Nord RHF's vurdering er det å ha lokal kunnskap og kjennskap til organisasjon og medarbeidere avgjørende både for å kunne iverksette nasjonal politikk på en egnet måte og kunne være den "lytteposten" som en nasjonal organisasjon vil være avhengig av. Hvis ikke, vil dette bli en modell som i enda større grad enn i dag vil bli farget av de problemstillinger som er aktuelle i det sentrale østlandsområdet.

Konklusjon

Stortinget har nettopp behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan. I all hovedsak var det tilslutning til den helsepolitikken som har vært ført de siste 15 årene av skiftende regjeringer. Ordningen med regionale helseforetak har, etter noen år med utfordringer i innkjøringsfasen, bidratt til at nasjonal helsepolitikk er iverksatt, og at det har vært en god utvikling av helsetjenesten i stort, også slik Stortinget har vurdert det.

I arbeidet med Kvinnslandutvalget framkom det også i møte med en rekke aktører at det var rimelig oppslutning om det regionale nivået. Dette var ikke en selvfølge, dersom en legger den offentlige debatten til grunn. Når valg av modell for statens eierskap til spesialisthelsetjenesten skal gjøres, sitter vi ikke med en rekke alternativer hvor vi med sikkerhet kan vite at noe er best. Det er etter vår vurdering dokumentert at dagens organisering fungerer bra, og at endring av organiseringen vil medføre mye arbeid og «støy» uten at en med sikkerhet kan vite at en får noe bedre. På denne bakgrunn vil Helse Nord RHF tilrå at et alternativt med et regionalt beslutningsnivå videreføres.

Selvstendige helseforetak med egne styrever eller sykehusgrupper organisert som del av et regionalt beslutningsnivå

Dette er utredningens mest nyskapende og mest krevende forslag å vurdere. Ved gjennomføringen av reformen i 2002 var det ingen diskusjon om at helseforetakene skulle organiseres som egne rettssubjekter. Et av formålene med nyorganiseringen var mer autonomi til det enkelte helseforetak. Om dette har skjedd, er det ulike meninger. Mye har imidlertid endret seg siden 2002 og flere utviklingstrekk drar i retning av redusert autonomi. Først og fremst er mer blitt felles enten under nasjonal, men særlig regional eller foretaksovergripende styring. Dette gjelder ikke minst følgende fire områder:

- IKT-infrastruktur, -systemer og -utvikling
- Felles stabs- og støttesystemer
- Felles forvaltning av en rekke systemer
- Felles og like pasientforløp

Sentrale virkemidler som det enkelte HF-et tidligere behersket fullt og helt, er redusert.

Etter Helse Nord RHF's vurdering er det særlig tre forhold som er av betydning, når spørsmålet om helseforetak som eget rettssubjekt eller sykehusgrupper som del av en beslutningsenhet på regionalt nivå skal vurderes:

1. Hensynet til legitimitet
2. Hva vil fremme størst oppmerksomhet om likeverdighet i tjenestetilbud
3. Hensynet til effektivitet i organisasjon og drift

Spesialisthelsetjenesten har stor oppmerksomhet. Tjenesten er uløselig knyttet til den kommunale helsetjenesten som er politisk styrt og lokalt organisert. Helseforetakene er i omsetning, antall medarbeidere, betydning i lokalsamfunn og som tjenesteyter store og komplekse virksomheter, ofte størst i sine lokalsamfunn. Derfor er bruk av «jording» til det lokale, for å bidra til legitimitet og skape gode løsninger i en lokal kontekst, viktig. Det vil ikke si at styrefunksjonen og helseforetaket som selvstendig rettssubjekt, alltid har gitt den ønskede effekt på dette området. Men her er det muligheter for forbedring. Etter vår vurdering er tilknytning til det lokale gjennom en styrefunksjon et poeng, når legitimitet til en vesentlig velferdstjeneste skal sikres.

På den andre side vil en konsernlignende modell, der hver enkelt sykehusgruppe (tidligere helseforetak) er organisert som del av en regional organisasjon, være en mer effektiv organisasjon i beslutnings- og driftssammenheng. En slik organisering vil også kreve forankringsprosesser, lokal medvirkning, tydelig delegering til lokalt lederskap etc., men det vil styrke den samlede organisasjonen og ledelse på regionalt nivå ved at ledelsen for sykehusgruppene blir del av den regionale organiseringen.

Spesialisthelsetjenesten vil være avhengig både av legitimitet og en organisering som fremmer effektivitet. Særlig dersom rammebetingelsene blir betydelig strammere, vil det måtte legges ytterligere vekt på effektivitet i organisasjonen.

Konklusjon

Når en anbefaling skal gis, må det vurderes hvilke utfordringer vi vil stå foran på kort og lang sikt. Det er overveiende sannsynlig at kravet til effektivitet vil øke. Sett fra Helse Nord RHF's ståsted er allikevel hensynet til legitimitet til organisasjon og beslutninger det aller viktigste. Spesialisthelsetjenesten og hele dens virke angår folk fra vugge til grav. Det omfatter arbeidsplasser, kompetanse, lokalsamfunns attraktivitet etc. Slike dimensjoner vil etter vår vurdering fanges best opp med et styre også på helseforetaksnivå.

Legitimitetsaspektet, med styrer oppnevnt bl.a. med folk fra det geografiske området, vurderes som viktigere enn en ytterligere utvikling av en sterk og konsernlignende struktur. Så må dette kompenseres med stor oppmerksomhet omkring det som er felles i en region.

Regionalt kontaktorgan

Spesialisthelsetjenesten er, uavhengig av overordnet organisering, en stor samfunnsaktør lokalt og regionalt. Beslutningene har konsekvenser for tjenestetilbudet til folk, det påvirker utdanningstilbud, tilgjengelighet på arbeidsplasser, lokalsamfunns attraktivitet etc. Helse Nord RHF vil derfor foreslå at det lovfestes etablert et kontaktorgan mellom det regionale beslutningsnivået/regional administrasjon og regionale og kommunale politiske myndigheter.

Hovedbegrunnelsen er at disse demokratisk valgte organene er folks ombudspersoner, og helse er en viktig velferdstjeneste av stor betydning, både for folks liv og som infrastruktur i lokalmiljø. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten som en stor aktør og lokale og regionale myndigheter har nødvendige møtepunkter hvor større saker og strategiske spørsmål kan diskuteres.

Eiendomsforvaltning

Utvalget foreslår å etablere eiendomsforvaltningsenheter enten på regionalt eller nasjonalt nivå. Formålet er først og fremst å styrke evnen til å opprettholde en tilfredsstillende standard på vedlikeholdet. Det foreslås videre å innføre husleiemodeller.

Effekten av en ordning med eiendomsforvaltningsenheter er at prioriteringene av vedlikehold etc. løftes bort fra det tjenesteytende nivå og kan skje som en prioritering, før detaljerte beslutninger omkring pasientbehandlingen skal skje. Bakgrunnen for å treffe et slikt valg er at det er så maktpåliggende å sikre vedlikeholdet på kort og lang sikt. En ordning hvor vedlikeholdet skal prioriteres og ivaretas av de som har ansvar for driften, vurderes som svært krevende. Pasientbehandlingen vil ofte ha forrang.

Konklusjon

De samlede erfaringer med dagens modell for fordeling av ansvar for pasientbehandling, eiendomsforvaltning etc. er god, selv om vedlikehold i varierende grad er ivaretatt på en bærekraftig måte. Det foreslås derfor at ansvaret for eiendomsforvaltningen knyttes til det nivået som har ansvar for den utøvende tjenesten. Nivå på og omfang av vedlikeholdet fastsettes av eier i rammebetingelsene for det enkelte helseforetaket.

IKT-området

Utvalget sier avslutningsvis at det er behov for bedre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet, herunder Nasjonal IKT HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF.

Det foreslås at det gjøres en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for de ulike aktørene, hvor målsettingen er å oppnå en bedre organisering og drift av IKT-området i spesialisthelsetjenesten.

Helse Nord RHF's vurdering er at den viktigste forutsetningen for standardisering og felles systemanskaffelser var innføringen av ny lovgivning fra 1. januar 2015. Nåsituasjonen er delvis et resultat av manglende rammebetingelser.

De regionale helseforetakene har et omforent målbilde for IKT-utviklingen innenfor 5-8 års horisont. Forutsatt en samordning av kommune- og fastlegedelen, er det realistisk innenfor et akseptabelt risikobilde, å nå målsettingene for *Én innbygger – Én journal*.

Gjennomføringsevnen er avhengig av en god og finstemt balanse mellom nasjonale og regionale tiltak og ikke minst prosesser. All erfaring viser at nærhet til sektor i utvikling og gjennomføring, kombinert med felles strategi og mål er det som gir resultater. Denne måten å arbeide på må ivaretas også framover.

Konklusjon

Helse Nord RHF er enig i at det vil være nyttig med en gjennomgang av roller og oppgaver for de ulike aktørene.