



Utvalgssak			
Utvalg	Sak	A nr.	Møtedato
Fylkestinget	29/2006		27.04.2006
Opplæring, kultur og helsekomitéen	21/2006		04.04.2006
Fylkesrådet for funksjonshemmede			04.04.2006
Eldrerådet			28.03.2006
Saksnr.:	2006/1434		
Filnavn:	rolwig-20060322-Nasjonal helseplan 2007-2010 - Innspill til høringsnotat		

Nasjonal helseplan 2007-2010 - Innspill til høringsnotat

Utrykt vedlegg:

De to evalueringsrapportene:

- Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet – en evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer.
- Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005.

1. Innledning

Hele kap 3 i denne saken gjengir sammendragkapitlene i de to rapportene. Rapportene følger saken som utrykt vedlegg og er dessuten elektronisk tilgjengelige, jf distribuert kopi av HOD's brev av 14.03.06. Fylkesrådmannens vurdering kommer til uttrykk i kap. 4 og 5.

2. Bakgrunn

Regjeringen varslet i Soria Moria-erklæringen at Stortinget skal få til behandling en nasjonal helseplan hvert fjerde år, og at fylkeskommunene skal delta i utarbeidelsen av slike planer.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i brev av 14.03.06 til landets fylkeskommuner og KS bedt om synspunkter på spesialisthelsetjenestens situasjon og utfordringer, og særlig på hvilke nasjonale strategier og tiltak dette tilsier. Det inviteres både til innspill av generell karakter og innspill knyttet til den enkelte fylkeskommune/region. Frist for innspill er 21.04.06.

Det fremgår videre at HOD's brev at et høringsnotat som tilsikter å identifisere og belyse aktuelle problemstillinger for planen skal sendes på høring i uke 21 (22.-28.05) med høringsfrist 23.06.06. For å presentere og drøfte høringsnotatet vil departementet invitere fylkeskommunene og KS til regionale høringskonferanser. Konferansen i Oslo avholdes 01.06.06.

3. Sammendrag av de to evalueringsrapportene

Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet – kap 2 Resyme

Flere deler av evalueringsrapporten har en oppsummerende og helhetsorientert karakter. Det gjelder hele kapittel 9 "Sykehusreformen og helseforetaksmodellen – status og perspektiver" – og det gjelder de oppsummerende avsnitt i kapittel 6 "Internasjonal gjennomgang" og kapittel 8 "Gjennomgang av utvikling i Norge" – avsnittene 6.3.3. "Tverrgående oppsummering" samt 8.8 "Tema-tverrgående gjennomgang". Dette resymé bygger på kapittel 9. Kapittel 9 samler perspektiver og sentrale aspekter i evalueringsrapporten, og bygger på de oppsummerende og helhetsorienterte avsnitt i

rapporten forøvrig, hvor de enkelte kapitlers grunnanalyser av utviklingen innenfor spesialisthelsetjenesten i henholdsvis Norge og utvalgte europeiske land samles opp.

2.1. Helseforetaksmodellen

Det er en helt grunnleggende vurdering at helseforetaksmodellen kan utgjøre et fundament for styring og utvikling av spesialisthelsetjenesten også i årene som kommer. Det er likeledes en grunnleggende vurdering at det er behov for justeringer og endringer i forhold til den måte helseforetaksmodellen rent faktisk er implementert og utviklet på etter sykehusreformen.

Det har ut fra den samlede analyse- og evalueringsinnsatsen vært overveid og vurdert om helseforetaksmodellen framover kan fungere uten et regionalt nivå – altså uten de regionale helseforetak. Konklusjonen og anbefalingen her er at dette ikke bare vil være uhensiktsmessig, men at de regionale helseforetakene i stedet bør tillegges ytterligere ansvar og oppgaver.

Det er en klar anbefaling i forbindelse med en utvidelse av de regionale helseforetakenes ansvar og oppgaver at den lokal- og regionalpolitiske legitimitet bør utvides. Det kan skje gjennom fast etablering av såkalte samfunnspanel som flere regionale helseforetak og helseforetak (HF-nivået) allerede har eksperimentert med og gjort bruk av i forhold til strukturutvikling. Utvidelse av lokal- og regionalpolitisk legitimitet kan også skje gjennom utvidelse av styrene i de regionale helseforetakene, slik at det åpnes rom for deltakelse av kommunale politikere og fylkespolitikere.

Helseforetaksmodellens grunnleggende fundament foreslås opprettholdt på dette punkt. Det vil si at det økte lokal- og regionalpolitiske elementet i styrene gjennomføres ved at Helse- og Omsorgsdepartementet peker ut styremedlemmer, og at det politiske nivå i kommuner og fylkeskommuner blir gitt en innstillingsrett.

Vi vil presisere at anbefalingene vedrørende samfunnspaneler og utvidet politisk involvering også forslås gjennomført på helseforetaksnivået. Dette ikke minst fordi helseforetakene ut fra bl.a. hensynet til oppgave- og funksjonsfordelinger og kapasitetsutnyttelse nå er langt større enn de fylkeskommunale sykehusene var før reformen.

På bakgrunn av disse grunnleggende vurderinger og anbefalinger vedrørende helseforetaksmodellen har vi også indikert at det ikke synes å være grunnlag for endringer når det gjelder å forankre eierskapet til spesialisthelsetjenesten på nasjonalt nivå.

Spesielt om investeringer

Det har vært en del av helseforetaksmodellen at de enkelte foretak skal underlegges regnskapsloven, slik at ansvaret for ressursbruken og ressursstyringen også skal omfatte investerings- og avskrivningssiden.

Det har i hele tiden etter sykehusreformen vært vanskelig å få retningslinjene for bruk av regnskapsloven endelig på plass. Bl.a. har et investeringsnivå tilsvarende 2/3 av gjenanskaffelsesverdien og forutsatte levetider for aktiva blitt utsatt for kritikk. Det samme gjelder bruken av såkalte korrigerte regnskap, hvor det gjennom eierkanalen blir utarbeidet årsresultater, som ikke svarer til de som er utarbeidet av uavhengige revisorer tilknyttet helseforetakene.

Vi vil anbefale at hele denne problemstillingen – som i verste fall kan bidra til å så tvil om helseforetaksmodellens generelle egnethet – blir løst, og at investeringsnivået blir oppjustert, slik at det svarer til en gjenanskaffelsesverdi på eksempelvis 4/5, og slik at estimerte levetider for aktiva framstår som realistiske.

Bare IKT investeringer alene vil de nærmeste 5-10 år kreve anselige ressurser.

I forlengelsen av dette forslaget anbefales det å utvide kravene til helseforetakene når det gjelder å dokumentere driftseffektivitet; jfr. avsnitt 2.5 nedenfor.

2.2. Bestiller-utfører

Vi foreslår helt å eliminere fra foretaksmodellen de forskjellige former for bestiller-utfører

tenkning som i noen grad var en del av sykehusreformens verdimessige grunnlag, og de former for rolleadskillelse og skille mellom ulike styringsformer (eierstyring og innholdsstyring) som har vært avledet av dette.

Bestiller-utfører tankegangen synes ikke reelt sett å ha slått gjennom på noen avgjørende måte i styringen av den norske spesialisthelsetjenesten. Som det også fremgår av kapittel 6 varierer de internasjonale erfaringer med denne tankegangen fra blandet til negative. De regionale helseforetakene har reelt gjort styring gjennom bestiller-utfører modellen både urealistisk og unødvendig. Dette ikke minst på grunn av press i retning av oppgave- og funksjonsfordelinger og konsolidering av sykehus innenfor rammene av større helseforetak.

Etter sykehusreformen har det vært arbeidet mye med rolleadskillelser og selvstendige organisatoriske fundament for f.eks. eierstyring og innholdsstyring – bl.a. ut fra bestiller-utfører tankegangen. Den merverdi som er tilført gjennom denne innsatsen synes ikke innlysende.

Bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene har vært Helse- og Omsorgsdepartementets helt vesentlige fundament for innholdsstyringen av spesialisthelsetjenesten.

Formen på dette vurderer vi generelt som hensiktsmessig og den anbefaler vi videreført. Men det kan være grunn til å vurdere graden av konkretisering i bestillerdokumentene. Vi vil således anbefale at bestillerdokumentene helt entydig beholdes innholdsstyringen – og dermed føringer vedrørende:

- det generelle omfang av ytelser, det vil si generelle aktivitetsnivåer innenfor hovedkategorier av ytelser
- overordnet fordeling av ytelser på spesialiteter eller fagområder
- overordnet fordeling av ytelser på høyspesialiserte, spesialiserte og alminnelige ytelser.

Til gjengjeld anbefaler vi også at bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene i større grad enn hittil konkretiserer og presiserer de føringer som ligger ved – og at intensiteten i innholdsstyringen fra nasjonalt nivå dermed økes. Det er et vesentlig premiss for denne anbefalingen at en slik intensivering kan gjennomføres uten å gå på akkord med sykehusreformens premiss om at Helse- og Omsorgsdepartementet skal stå for den overordnede og policyorienterte styringen.

Prioritering er et avgjørende element i innholdsstyringen. Konkretisering og presisering av prioriteringer – å legge til, men også velge bort – kan med fordel gjøres mindre overordnet i bestillerdokumentene.

Det synes å være forskjeller mellom regionene når det gjelder den videre nedbryting av bestillerdokumentene fra de regionale helseforetakene til helseforetakene og produsentsystemet.

Men også her synes det å være mulig med en økt konkretisering og detaljering, særlig når det gjelder prioritering (i de såkalte foretaksdokumentene).

2.3. Eier-myndighet

Myndighetsstyringen synes både i Norge og i andre europeiske land å være mindre godt definert. Det virker som om de enheter som i utgangspunktet ble etablert som organisatoriske fundament for myndighetsstyringen, i økende grad har blitt involvert i arbeid som har karakter av innholdsstyring og eierstyring i like stor grad som av myndighetsstyring.

Det er også internasjonalt en tendens til at de tradisjonelle myndighetsorganer i økt omfang beskjeftiger seg med oppgaver som har karakter av å gi råd og å utforme redskaper. De er også involvert i arbeid som vedrører utvikling og administrasjon av standarder og normer på områder hvor lovgiving og utfylling av lover ikke er til stede, eller

er til stede i svært overordnet og generell form.

Sosial- og Helsedirektoratet er den viktigste aktøren når det gjelder myndighetsstyringen i forhold til spesialisthelsetjenesten. Sosial- og Helsedirektoratet har fått oppgaver av en karakter som ikke kan betraktes som myndighetsstyring i tradisjonell, snever forstand.

Det er en klar anbefaling at noen av Sosial- og Helsedirektoratets oppgaver i forhold til spesialisthelsetjenesten bør reduseres betraktelig. Dette er detaljert og konkret begrunnet i kapittel 9. De regionale helseforetakene kan i høy grad overta ansvaret for og medvirkning i forhold til bl.a. IKT, operasjonalisert prioritering, og mer konkretiserte retningslinjer for prioritering samt for kvalitetsutvikling, kvalitetsindikatorer, avvikssystemer og faglige standarder. De overordnede rammebetingelsene for en slik økt regional innsats på disse områdene, kan fastlegges gjennom den nasjonale eierstyringen, men delvis også – jfr. ikke minst når det gjelder prioritering – gjennom den nasjonale innholdsstyringen (bestillerdokumentene m.v.).

Myndighetsstyringen synes generelt å være begrunnet med en situasjon hvor det nasjonale nivå ikke har påvirkningsmuligheter, eller bare indirekte har påvirkningsmuligheter, i forhold til produserende ledd, og hvor direkte eierstyring er forankret på regionalt eller lokalt nivå.

Med sykehusreformen forsvant det regionale eierskapet til spesialisthelsetjenesten – og dermed også i stor grad begrunnelsen for en fortsatt tett og utvidet myndighetsstyring. Helseforetaksmodellen fungerer nå innenfor rammer hvor den offentlige del av produsentsystemet kan påvirkes direkte gjennom eierstyring og innholdsstyring. Behovet for å fylle ut området mellom presis, konkretisert lovgiving og regelverk på den ene siden og behovet for standarder, normer og rammer på den andre siden kan i prinsippet utelukkende sikres gjennom disse to styringsformene.

Vi vurderer det som unødvendig mye dobbeltarbeid når både det nasjonale nivå og det regionale nivå bruker krefter på områder som kvalitetsarbeid og IKT. På disse områdene kan med fordel de regionale helseforetakene tildeles større ansvar og forpliktelser. Det er et selvstendig poeng at det nasjonale nivås innsats i alle tilfeller likevel vil måtte bygge på involvering av fagressurser på det regionale nivå og på helseforetaksnivå når det gjelder kvalitet og faglige standarder samt IKT.

Ingen av de land som er inkludert i denne evalueringen har erfaringer som tyder på at nasjonalt forankret innsats og ansvar sikrer større framdrift i forhold til målsettinger om driftsmessig integrering av klinisk IT og kvalitetsarbeid i produsentsystemet. Med kvalitetsarbeid menes her alle systematiske former for innsats med kvalitetsdatabaser, utvikling og vedlikehold av effektmål for utredning og behandling, samt dokumentert kvalitet.

Det er derimot indikasjoner på at produsentsystemets vilje til og prioritering av innsats på dette området kan fremmes på andre måter. Det kan skje gjennom meget klare og presise krav og pressmekanismer fra nasjonalt nivå i forhold til slike målsettinger, strukturer med former for audits og reviews med premisser om offentliggjøring av resultater, samt klare konsekvenser av "lav performance" på disse områdene.

Når det gjelder kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten, vil vi henlede oppmerksomheten på at de såkalte nasjonale kvalitetsindikatorene har en karakter som i de fleste andre land ville vært betegnet som "serviceindikatorer". Egentlige og standardiserte effektmål synes bare i begrenset grad å være i bruk i den norske spesialisthelsetjenesten, og da ofte som følge av utfyllinger fra de regionale helseforetakene.

Uansett hvordan kvalitetsarbeidet innenfor rammene av helseforetaksmodellen blir organisert og styrt fremover bør det, også fra nasjonalt nivå, etableres noen klare og

omfattende mål, som kan sikre gradvis driftsmessig integrering av "egentlige" kvalitetsindikatorer.

Det anbefales at man vurderer mulighetene for å etablere et uavhengig og auditorientert nasjonalt kvalitetsorgan. Det er ikke tatt konkret stilling til om Helsetilsynet i så fall kan utgjøre den organisatoriske ramme for de arbeidsområder et slikt uavhengig organ skal ivareta.

Vi har konstatert at de uavhengige revisjonsfirmaene som nå er tilknyttet foretakene på mange måter oppfattes som en gevinst av styrene og den administrative ledelsen fordi de medvirker til å synliggjøre problemstillinger og utfordringer som (muligens) ellers ikke ville vært kommet frem for toppledelsen.

En instans som det foreslåtte uavhengige kvalitetsorganet kunne på mange måter være en faglig parallell til de uavhengige revisjonsfirmaene – og kunne prinsipielt utvise samme nidkjærhet når det gjelder kravene til dokumentasjon og registrering av kvalitet, som det vi kan observere på det økonomiske området.

Det er en klar anbefaling at det gjennom nasjonalt fastlagte krav sikres generell innføring av akkreditering og sertifisering i den norske spesialisthelsetjenesten. Det vil si at både den offentlige og den private del av produsentsystemet underlegges krav om prosess- og logistikkmessig standardisering gjennom et eller flere valgte sertifiserings eller akkrediteringssystemer. Det foreslåtte nasjonale uavhengige kvalitetsorgan kan i en slik sammenheng tildeles rollen som overordnet rådgiver i forhold til valg av system. Dette organet vil gjennom en rolle som "sertifiseringsorgan" samtidig kunne være det organisatoriske fundament for kontrollstyringen. Det anbefales at dette uavhengige organet en gang per år avgir en rapport til Stortinget om den aktuelle situasjon i helseforetakene når det gjelder bruk av egentlige kvalitetsindikatorer (effektmål) og akkrediteringssystemer.

En slik rapport kan sikre overordnet informasjon til det nasjonale politiske system, men kan samtidig danne grunnlaget for løpende justering av krav overfor produsentsystemet eller deler av produsentsystemet. Samtidig kan eierstyringen, eventuelt i kombinasjon med myndighetsstyringen, brukes som grunnlag for oppfølging av rapporten.

Eksakt hvilken sertifiseringsmåte eller akkrediteringssystem som velges av de regionale helseforetakene er ikke så vesentlig. Det må i høy grad være de regionale foretakene som er drivere i en prosess frem mot akkreditering og sertifisering. De regionale foretakene kan godt ha fritt spillerom innenfor de overordnede rammer når det gjelder valg av system. Det synes å være en viss tendens til konvergering når det gjelder de markedsledende akkrediterings- og sertifiseringssystemene. I forbindelse med innføring av 1. generasjons systemer for akkreditering og sertifisering kan det utmerket godt være en fordel med en viss variasjon.

Organiseringen på departementalsnivå forekommer ikke å være den mest påtrengende problemstilling i forhold til spesialisthelsetjenestens videre utvikling innenfor rammene av helseforetaksmodellen. Det kan, også ut fra vurderingene om bestiller-utfører, argumenteres for en mer integrert modell, hvor spesialisthelsetjenesteavdelingen og eierafdelingen samles, og som også svarer bedre til den tendens som kan observeres på RHF-nivå. Men det kan – også på tross av en avvisning av bestiller-utfører-modellen – argumenteres for at en bør holde fast på den nåværende strukturen, bl.a. med henblikk på å sikre en mer entydig og konkretisert innholdsstyring.

Derimot synes det å være en åpenbar problemstilling å få til en avklaring av roller og arbeidsoppgaver mellom Helse- og Omsorgsdepartementet, Sosial- og Helsedirektoratet og en rekke ulike eksterne organer. De organer vi sikter til er blant annet Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, Nasjonalt prioriteringsråd, Råd for høyspesialisert

medisin og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Det synes å være et klart behov for å få presisert grenseflater, arbeidsdeling og roller. Det gjelder både disse organenes forhold til departementet og Sosial- og Helsedirektoratet, men også organenes forhold til de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Det understrekes at myndighetsstyring prinsipielt – med den norske helseforetaksmodellen og det nasjonale eierskap – kan drives også fra regionalt nivå, og at akkrediterings- og sertifiseringssystemer – hvis de innføres – i meget stor grad kan tilrettelegges på en slik måte at de favner over en ganske stor del av myndighetskravene. Akkreditering og/eller sertifisering kan således oppfattes som en avspeiling av myndighetskrav – og dermed som en form for myndighetsstyring.

Innholdsstyringen fra nasjonalt nivå kan med fordel øke graden av konkretisering når det gjelder forskningsinnsatser. Det kan kanskje være behov for en nasjonal forsknings og utviklingsplan i forhold til spesialisthelsetjenesten. En slik plan må i så fall utformes slik at behovene for forskning og utvikling i relasjon til spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste avveies. En nasjonal forskningsplan kan eventuelt integreres i den nasjonale plan for spesialisthelsetjenesten som foreslått i avsnitt 2.4. Det synes således å være et behov for å tydeliggjøre prioriteringen av forskningsmessige satsningsområder og ikke minst spydspissområder, som også bør favoriseres ressursmessig.

Den anførte fokusering på forskning og utvikling kan, jevnfør ovenfor, ledsages av en intensivering i innholdsstyringen vedrørende innhold i og omfang av høyspesialiserte funksjoner, spesialiserte funksjoner og alminnelige funksjoner. Bestillerdokumentene kan med fordel omfatte en årlig statusgjennomgang av disse områder. På den måten legges føringer for hvordan det gjennom eierstyringen bør legges til rette for samling av spesialiserte og høyspesialiserte funksjoner og for grad av spredning av kapasitetsutnyttelse i forhold til denne type av funksjoner.

2.4. Demokrati

Pasient-/innbyggersystemet har i Norge, som i andre land, fått vesentlig større innflytelse på og innsikt i spesialisthelsetjenesten. Den norske spesialisthelsetjenesten synes å være helt i front i forhold til de fleste andre land på dette området. Likevel bør brukermedvirkning vedlikeholdes og intensiveres; både rent formelt og gjennom økt innsats vedrørende pasient- og pårørende-opplæring, samt egenomsorg og forebygging. Det er viktig hele tiden å følge med i og evaluere de former for bruker- og innbyggerinvolvering som tas i bruk i forhold til helseforetakene, og de resultater slike former for involvering generelt gir.

Det er viktig å unngå risiko for flertallsfavorisering og manglende helhetsorientering på dette området. Det gjelder for eksempel hvis bestemte pasientgrupperinger eller pasientforeninger blir involvert.

Likeledes kan det være grunn til å ta konkrete initiativ når det gjelder produsentsystemets påvirkning av pasient-/innbyggersystemet. Det er for tiden en klar tendens til økt press fra pasient-/innbyggersystemet overfor produsentsystemet når det gjelder krav og forventninger. Informasjons-ubalansen i forhold til fagmiljøene reduseres kanskje også som følge av pasient-/innbyggersystemets økte involvering og økte adgang til å gjøre seg kjent med spesifikke sykdommer og behandlingsmuligheter f.eks. gjennom internett.

På den annen side bør den økte innflytelse fra pasient-/innbyggersystemet også kanaliseres således at det sikres at de på en mer forpliktende måte erkjenner de mange dilemmaer produsentsystemet og spesialisthelsetjenesten står oppe i. Dette gjelder også i forhold til den stadig større "kløft" mellom utrednings- og behandlingsmessige muligheter og ressursmessige rammer og det økte behov for mer konkret prioritering som følger av dette.

Dette krever at produsentsystemet, og ikke minst fagmiljøene, tar et økende helhetsansvar snarere enn å fremme spesialiteter eller hensynet til spesielle faggrupper når de har kontakt med pasient-/innbyggersystemet og de mange forskjellige delinteressene i dette systemet.

Den anbefalte styrking av direkte politikerinvolvering i de regionale helseforetakene og helseforetakene er berørt under 2.1.

I tillegg synes det å være behov for at det nasjonale politiske system (Stortinget) i høyere grad blir involvert på en strategisk og framtidsrettet måte i utviklingen av spesialisthelsetjenesten, og at det dermed blir skapt en plattform for en slik involvering. Dette foreslås etablert via to forskjellige grep som kan integreres.

For det første foreslår vi at det blir utarbeidet en Nasjonal strategisk plan for spesialisthelsetjenestens utvikling – hvor det kan fokuseres på enkeltområder – f.eks. psykiatri, hjerteområdet, cancerfeltet osv. – men hvor det primære formålet er å formulere helhetsorienterte mål og signaler på helt overordnet nivå.

For det andre anbefaler vi at det (litt ut fra irsk og fransk forbilde) etableres en årlig strategisk samling, hvor Stortingets politikere – sammen med utvalgte ressurser fra de regionale helseforetakene og helseforetakene, og ikke minst fra fagmiljøene – gjennomgår og drøfter vesentlige utviklingstendenser og utfordringer, og i det hele tatt gjensidig utveksler synspunkter og forventninger.

Vi anbefaler videre at denne strategiske samlingen – som kan avholdes i en av høstmånedene – får en formalisert status som utgangspunkt for bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene. Men den strategiske samlingen bør også fungere som del av grunnlaget for å utvikle og kontinuerlig justere den Nasjonale strategiske planen vi har beskrevet.

Både den Nasjonale strategisk planen og den strategiske samlingen gir det nasjonale politiske system nye muligheter for involverings og påvirkning. Men begge grep innebærer også at behovet for og legitimiteten i inngrep fra det nasjonale politiske nivå i enkeltsaker kanskje kan bli redusert.

2.5. Kostnadskontroll

Det anbefales at den norske spesialisthelsetjenesten fortsatt tildeles ressurser både ut fra rammefinansiering og ut fra case mix baserte takster (DRG). Det er i den sammenheng en klar vurdering fra vår side at det bør holdes fast ved 60 % -satsen i forhold til innsatsbasert aktivitet, og at denne satsen bare bør endres med helt spesielle begrunnelser. Det synes generelt å være mange eksempler på at det i løpet av året gjennomføres justeringer av grunnlaget for HFenes og RHFenes ressursstyring og samlede økonomiske rammer. Helseforetaksmodellen har nå fungert i noen år. Det gjør det rimelig å forvente at det nasjonale nivå allerede ved årets begynnelse kan fastlegge de økonomiske rammebetingelser for foretakene, og at det bare helt unntaksvis gjennomføres justeringer eller endringer av de ressursmessige rammebetingelsene i løpet av året.

Kravet til aktivitet formaliseres gjennom overordnet innholdsstyring og eierstyring, hvor forventninger til årets aktivitetsnivå fastlegges på en lite spesifikk måte. Samtidig kan det for det enkelte helseforetak være tvil om hvorvidt marginalaktivitet utover det forutsatte samlede aktivitetsnivå (budsjetterte antall DRG poeng) rent faktisk vil bli dekket. Denne usikkerhet gjelder også i forhold til 60 % -taksten for innsatsbasert aktivitet. På denne bakgrunn foreslås det at det i tilknytning til innsatsbasert aktivitet ikke etterlates tvil om det finansieringsmessige grunnlag – heller ikke i situasjoner hvor det enkelte helseforetak produserer ut over det budsjetterte antall DRG poeng. I tilfeller med produksjon utover det budsjetterte antall DRG poeng kan det opereres med et konkret

fastlagt avregningstak som eksempelvis kan ligge på 102 % av det samlede aktivitetsbudsjett (de budsjetterte DRG poeng). En slik sats kan gjelde nasjonalt. En annen mulighet er å operere med en form for knekktakst, eksempelvis 40 % eller 30 %, som tas i bruk når aktiviteten når opp på et nivå over det budsjetterte. En kombinasjon av disse to former vil også være mulig.

De eventuelle insitamenter til å fremme effektivitet som ofte hevdes å kunne ligge i innsatsbasert styring, antas ikke å bli vesentlig berørt av et taksttak og/eller av knekktakster, når nivået for innsatsbasert styring i forveien ligger så høyt som på 60 %. Derimot kan taksttak og/eller knekktakster motvirke en tilstand med ustyrbart aktivitetsmessig vekst.

Det bør være mulig å sikre et bedre vedlikehold av DRG systemet. I det ligger også at avstemningen mellom konkrete DRG takster og de faktiske kostnader i produksjonen bør bli bedre. Eventuell bruk av skjønnsmessige takster i forbindelse med prioritering vil være avhengig av at det er meget stor grad av sammenheng mellom de grunnleggende DRG takstene og de reelle kostnadene i forbindelse med utredning og behandling.

Det foreslås at det som en del av eierstyringen – og som supplement til de rapporteringer som forøvrig gjennomføres fra helseforetakene – blir satt i gang et arbeid som kan sikre at det enkelte helseforetak fordeler sine kostnader, ekskl.

investeringer/avskrivninger, på blant annet samtlige DRG kategorier. Dagkirurgiske kategorier inkluderes i dette arbeidet. Poenget med dette vil være å fordele alle relevante kostnader (herunder for de medisinske støttefunksjoner) på polikliniske konsultasjoner, somatisk aktivitet og på psykiatrien.

Eier får med en slik rapportering et bilde som kan brukes i flere forskjellige sammenhenger, herunder

- kostnadsfordelingen for de forskjellige helseforetakene i forhold til de områder eier (også via innholdsstyringen og bestillerdokumentenes føringer) har fastlagt som vesentlige

- sammenhengen mellom DRG takster og de av helseforetakene angitte reelle DRG relaterte kostnader, jfr. behovet for løpende vedlikehold av DRG takstene.

I tilknytning til dette forslaget anbefales det også at det enkelte helseforetak hvert år pålegges å utarbeide en produktivitetsredegjørelse. Denne redegjørelse bør belyse hvordan produksjonsverdien av aktiviteten har utviklet seg på den ene siden, og hvordan utviklingen i ressursbruk har utviklet seg på den andre. Det bør i den forbindelse stilles krav om et visst nivå av konkretisering. Det anbefales at det enkelte helseforetak i utgangspunktet selv får lov til å beskrive hvilke metoder og framgangsmåter som skal anvendes – innen noen helt overordnede rammebetraktninger, som de regionale helseforetakene i samarbeid med nasjonal eier kan fastlegge. Ut fra erfaringene i "år 1" – som bør samles opp på regionalt og nasjonalt nivå – tilpasses rammebetingelsene. Men hele tiden bør utgangspunktet være at det er de enkelte helseforetakene som har ansvaret for å levere.

Sett fra det enkelte helseforetaks ståsted kan disse rapporteringsformene bli oppfattet som nye krav – på toppen av det som i forveien oppleves som betydelig. Reelt bør likevel et helseforetak, hvor det prinsipielt skal fokuseres ikke bare på å holde budsjettet, men også på driftsmessig effektivitet og kapasitetsutnyttelse, naturlig fokusere også på de områder, som disse rapporteringsforslagene avspeiler. Man kan også formulere det motsatt: Et helseforetak som ikke kjenner egne kostnader, eller som ikke kjenner samlet kostnadstrekk i forhold til bestemte DRG kategorier og/eller bestemte former for produksjon, kan prinsipielt sies å være "nødlidende" når det kommer til det konkrete behov for å identifisere muligheter for forbedringer av kapasitetsutnyttelse, ressursutnyttelse, pasientlogistikk og arbeidsformer m.v.

Evalueringen tyder på at kapasitetsutnyttelse er et av de områder hvor det er tvilsomt om det er et tilstrekkelig fokus. Det gjelder både planlegging av kapasitet, kunnskap om kapasitetsutnyttelse og eventuelle "lommer" av kapasitet som ikke er benyttet. Det synes i den sammenheng også å være noe tvil, både blant HF og RHF, om hvordan kapasitetsbehovet innenfor spesialisthelsetjenesten spesifikt skal og bør planlegges i forhold til veksten i kronikere og langvarig syke, samt veksten i antallet av eldre. Dette vedrører både spesialisthelsetjenestens egen fordeling av kapasitet på forskjellige typer sykehus – universitetssykehus, allsidige akuttssykehus/sentralsykehus, lokalsykehus og distriktsmedisinske sentre, men det gjelder også hvilken arbeidsdeling det i årene framover skal være mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I forhold til mange andre land ivaretar spesialisthelsetjenesten i Norge i utgangspunktet et relativt omfattende terreng. Dette er kanskje delvis en følge av de mange små kommuner som hver for seg kan være lite bærekraftige i forhold til de utfordringer både demografi og et økt antall kronikere m.m. innebærer.

2.6. Primærhelsetjenesten

Det synes generelt som om spesialisthelsetjenesten i Norge omfatter en større andel av helsesektoren totalt sett enn i flere andre land. Integreringen av rus, rehabilitering og pasienttransport kan være eksempler på områder hvor det i andre land kan registreres en systematisk økt utbygging av primærhelsetjenestens kapasitet. I blant annet England, Danmark, Irland og Sverige ser vi således målsettinger om betydelig økt vekst i primærhelsetjenestens kapasitet. Det er et premiss i flere av disse landene at denne veksten skal være større enn veksten i spesialisthelsetjenesten.

I flere land forutsetter den strategiske planlegging for primærhelsetjenesten at konsekvensene av kommende års demografisk utvikling med flere eldre, økt antall kronikere og langtidssyke, og vekst i behovene for rehabilitering, langt på vei skal kunne håndteres via kapasiteten – eller den økte kapasitet – i primærhelsetjenesten. Eller at det skal skje gjennom former for ambulante teams, hvor spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samarbeider systematisk.

Det synes å være et vesentlig behov for å prioritere det nasjonale arbeidet med planlegging av kapasitet innen henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Dette til tross for at det er gjort mye utredningsarbeid på dette området de senere år. Uansett hvilken innsats som er gjort på dette området synes det som om de senere års sterke fokusering på spesialisthelsetjenesten etter sykehusreformen, i noen grad har gitt et etterslep når det gjelder fokus på primærhelsetjenesten og samspillet og den gjensidig forpliktende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Med den situasjon som nå er etablert via helseforetaksmodellen, og hvor spesialisthelsetjenesten er preget av relativt få og i hovedsak ganske store helseforetak, vil etableringen av formelle og driftsmessig stabilt fungerende samspillsformer mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten være den kanskje største utfordringen for det norske helsesystem som helhet i de nærmeste årene.

Det synes også å være et stort behov for å gå gjennom grunnlaget for økt samarbeid mellom kommunene på dette området; eventuelt via økte insitamenter til kommunale fellesløsninger eller interkommunalt samarbeid. Dette er nødvendig hvis primærhelsetjenesten skal være bærekraftig når demografiske effekter og økningen i tallet på kronikere for alvor slår gjennom. Dette vil også være nødvendig for å sikre balanserte relasjoner til spesialisthelsetjenesten.

Vi vil i den sammenheng anbefale at det blir utredet og gjennomført finansierings- og avregningsmekanismer, som både i forhold til fastleger og i forhold til relasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skaper insitamenter som gjør det lønnsomt å avlaste spesialisthelsetjenesten med oppgaver knyttet til pasienter med

langvarige sykdommer, kronikere m.v., og hvor det ofte ikke er evidens for at opphold på (som regel) medisinske avdelinger gir noen effekt.

Tankegangen knyttet til oppsøkende team og ambulante team på det somatiske området bør fremmes i tilknytning til strategier for å utvikle større grad av sammenbinding mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ambulante team med formelle kompetanser og ansvarsområder kan med fordel baseres på ressurser både fra kommunal sektor og fra spesialisthelsetjenesten.

Det bør avslutningsvis understrekes, jfr. det vi skrev ovenfor om myndighetsstyring og ikke minst Sosial- og Helsedirektoratets rolle framover, at nettopp det kommunale eierskapet til primærhelsetjenesten legger andre rammer for myndighetsstyring av primærhelsetjenesten.

Mens Sosial- og Helsedirektoratets innsats overfor spesialisthelsetjenesten vurderes å være unødvendig omfattende, og ofte av en karakter som mer hensiktsmessig kan ivaretas utelukkende gjennom eierstyring og innholdsstyring fra Helse og Omsorgsdepartementet og fra de regionale helseforetakene, synes dette ikke nødvendigvis å være tilfellet overfor primærhelsetjenesten.

2.7. Spesielt om privat produksjon

Ut fra sykehusreformens premisser har det vært lagt vekt på å ha en viss andel privat produksjon. Aktivitet utført av private produsenter er steget betraktelig i årene etter sykehusreformen, men den private andel av den samlede aktiviteten i spesialisthelsetjenesten ligger likevel fortsatt på et marginalt nivå. Dette avspeiler selvsagt den kraftige vekst i aktiviteten som også har vært i den offentlige delen av produsentsystemet.

Det er vurderingen at det kan være behov for en mer systematisk vurdering av hvorfor, i hvilket omfang og på hvilke områder det skal være private produsenter i spesialisthelsetjenesten.

Dette skyldes blant annet at involveringen av private produsenter i stor grad synes å foregå utelukkende ut fra kriterier om at sykehusreformen la vekt på en slik privat involvering.

Dette realiseres derfor i en viss, men begrenset, utstrekning av de regionale helseforetakene. Dette skjer tilsynelatende uten å skjele til om et offentlig helseforetak har kapasitet til å utføre det samme for marginale ekstrabevillinger. Det synes heller ikke å være en orientering mot systematiske former for konkurranse eller sammenlikninger av "performance" mellom private og offentlige produsenter.

Overdragelse av produksjon til private leverandører synes derfor heller ikke å foregå ut fra premisser om at de er billigere eller mer effektive enn de offentlige helseforetakene.

Generelt synes det fortsatt å være så store potensialer for kapasitetsforbedringer i den norske spesialisthelsetjenesten at en begrunnelse om privat involvering ut fra kapasitetsmessige betraktninger ikke synes å være relevant.

Ut fra internasjonale erfaringer, og det gjelder ikke minst i de land hvor man har vært tidlig ute med pilotprosjekter og vurderinger av mekanismer som kan sikre bedre sammenheng mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, kan det kanskje være grunn til å overveie insitamenter som kan gi grunnlag for private leverandører i arbeidet med å støtte opp under den enkelte pasient (spesielt eldre, kronikere og medisinske pasienter med sammensatte lidelser) i forbindelse med de mange behov for koordinering av ytelser på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og innenfor en primærhelsetjeneste, som ofte er preget av stor grad av heterogenitet. I slike sammenhenger kunne det til og med overveies i større grad å skape insitamenter for privat involvering innen det medisinske området.

Initiativer av denne type forutsetter likevel fortsatt at det generelt og systematisk blir tatt konkret stilling til hva formålet med en privat sektor innenfor spesialisthelsetjenesten (helsesystemet generelt) egentlig er, og hvordan dette formålet helt konkret skal oppnås.

Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005 – Oppsummering og avsluttende kommentar.

Oppsummering og avsluttende kommentarer

Sykehusreformen er i 2005 vel tre år gammel. Den representerer en av de største reformene i norsk samfunnsliv noensinne. 100 000 ansatte fikk nye arbeidsgivere, og milliardverdier ble flyttet mellom fylkeskommuner og stat. Omorganiseringen skjedde i stort tempo. Det gikk bare vel 13 måneder fra Arbeiderpartiet gjorde vedtak om at staten skulle overta sykehusene på sitt landsmøte i november 2000, via stortingsbehandling 6. juni 2001 til reformen trådte i kraft 1.1.2002.

Ambisjonen med rapporten har vært å bidra til en første beskrivelse og analyse av reformens gjennomføring og dens umiddelbare konsekvenser - for så vel den sentrale som den lokale styringen av spesialisthelsetjenesten. Vi skal i dette siste kapitlet kort oppsummere hovedfunn fra de enkelte kapitler og gi noen avsluttende kommentarer. Kommentarene tar utgangspunkt i områder hvor reformen har ført til fremskritt i forhold til målene for reformen og de utfordringer som reformen har støtt på i sine første leveår. Er reformen på rett veg sett i lys av de observasjoner som er gjort i de ulike kapitlene?

Komplekse problemer, tilgang på løsninger og handlekraftige politiske ledere

Som bakgrunn for den videre analysen startet rapporten med en kort diskusjon av begrunnelsene for reformen, og hvordan det var mulig at reformen kunne bli utredet og vedtatt på så kort tid (jf. kapittel 2). Kapitlet er basert på tilgjengelig forskningslitteratur om bakgrunnen for reformen. Behovet for organisatoriske reformer i helsesektoren er blitt behandlet i en rekke offentlige utredninger og meldinger i løpet av de siste 20-30 årene. Det var således ikke mangel på dokumentasjon av reformbehov og forslag til endringer i spesialisthelsetjenesten. Stikkord er problemer og utfordringer knyttet til styringsstruktur og medisinskdemografiske utviklingstrekk, ressursmangel og kostnadskontroll, effektivitet og sykehusstruktur, dårlig tilgjengelighet og kvalitet, og for store regionale forskjeller i tilgjengelighet, kvalitet og medisinsk praksis. I tillegg ble tilgangen på og erfaringer med alternative organisasjonsmodeller stadig større. Den internasjonale New Public Management bølgen bidro med et økende forvaltningspolitisk fokus på styringsog ledelsesmodeller hentet fra privat sektor. Norske myndigheter hadde dessuten fått erfaring med spesielle norske organisasjonsløsninger som man antok også kunne egne seg som modell for spesialisthelsetjenesten. At reformen så, etter mange års utredninger og debatt, kunne gjennomføres så raskt, kan kobles til et linjeskifte i toppledelsen i Arbeiderpartiet og sterk handlekraft i den politiske ledelsen.

Eierskap, organisering og ledelse – mellom stabilitet og fornyelse

I kapittel 3 gjennomgås hovedtrekkene i den nye organisasjons- og styringsstrukturen. Gjennomgangen viser - ikke overraskende - en blanding av stabilitet og fornyelse. Politisk innebærer eierskapsreformen en entydig ansvars plassering på sentralt nasjonalt nivå. Den folkevalgte styringen er flyttet fra 19 fylkesting til Stortinget, og de regionale og lokale foretaksstyrene er sammensatt uten politisk representasjon. I den sentrale helseforvaltningen har reformen resultert i større rollemangfold og økt organisatorisk spesialisering.

Mens eierskapsreformen er uttrykk for en politisk sentralisering, representerer etableringen av regionale helseforetak et nytt administrativt nivå. Men verken regionaliseringen eller inndelingen i de aktuelle helseregionene er en nyvinning. De fem helseregionene har en historie tilbake til 1970-tallet. Sammenslåingen av sykehus i underliggende helseforetak uttrykker derimot mer gjennomgripende endringer. Hvor store endringer som er gjort, varierer imidlertid mellom regionene. I noen regioner er foretakene hovedsakelig basert på de etablerte fylkesgrensene, mens andre har etablert foretak som går på tvers av fylkesgrensene. Det varierer dessuten i hvilken grad en har innført gjennomgående ledelse internt i foretakene.

Sykehusreformen har ikke ført til en radikal fornyelse av ledelsen i sykehusene. Analysen av sammensetningen av foretaksstyrene og den administrative ledelsen viser at økonomer og ledere med bakgrunn fra det private næringsliv har fått solid innpass i styrer og administrative ledergrupper, men det er helseprofesjonene og ansatte med bakgrunn i offentlig sektor som utgjør de største enkeltgruppene. Ledelsen har således fremdeles

solid forankring i den offentlige helsesektoren. Samlet finner vi altså en blanding av nytt og gammelt som kan sikre fornyelse kombinert med stabilitet. Blandingen kan imidlertid også medføre "kulturkollisjoner" og uklar rolleforståelse, med nye konflikter eller manglende autoritet som resultat.

De regionale administrasjonene som er etablert utgjør bare om lag en tredel av det tidligere antall ansatte i de fylkeskommunale helseavdelingene. Ut fra størrelsen på de regionale administrasjonene er det derfor neppe grunnlag for å si at det er bygd opp et stort regionalt byråkrati. Lederne i helseforetakene er imidlertid tvilsom til om reformen har bidratt til å omfordele ressurser fra administrasjon til tjenesteyting. Det er også en utbredt oppfatning at det fokuseres mer på økonomi, effektivitet og kostnadshensyn, enn på tjenesteyting.

Et aktivt Storting

Kapittel 4 har belyst Stortingets sykehuspolitiske engasjement før og etter sykehusreformen. Kapitlet tar utgangspunkt i to antagelser; en antagelse med utgangspunkt i en New Public Management-tilnærming hvor forventningen er at Stortingets sykehuspolitiske engasjement vil bli redusert etter innføringen av sykehusreformen, og at engasjementet vil bli mindre detaljorientert. En alternativ antagelse utledes fra et (ny)institusjonelt perspektiv på sykehusreformen. Her antas det at Stortinget vil utvise et betydelig engasjement i sykehuspolitiske saker, slik det også har gjort i mange andre saker i de senere år. Denne forventningen gjelder ikke bare de overordnede prinsipielle sakene, men også de mange store og små detaljspørsmålene som preger helseforetakenes virksomhet. Det antas også at reformtilhengerne vil føle seg mer forpliktet til å følge opp intensjonene med reformen enn reformmotstanderne. Det formuleres derfor en antagelse om at reformmotstandernes sykehuspolitiske engasjement vil være mer omfattende enn reformtilhengerenes engasjement. Engasjement vil ofte være en nødvendig, men sjelden tilstrekkelig betingelse for å få politisk innflytelse. I tillegg til å studere Stortingets engasjement i sykehussaker, søker kapitlet også å belyse spørsmålet om hvilken innflytelse Stortinget har i disse sakene.

I kapitlet er oppmerksomheten konsentrert om de saker som er preget av de initiativer og det engasjement som Stortinget selv utviser. Det foretas en kartlegging av spørsmål, private forslag, fraksjonsmerknader i komitéinnstillinger og vedtak i Stortinget før og etter sykehusreformen. Stortingets innflytelse ses i lys av vurderingene til styremedlemmene og de administrative lederne i de regionale og lokale helseforetakene. Hovedkonklusjonen i kapitlet er at Stortinget utviser et sykehuspolitisk engasjement som er betydelig større enn det man skulle forvente i henhold til den New Public Management-baserte antagelsen. Engasjementet ligger også i overkant av det man skulle forvente i henhold til den (ny)institusjonelt baserte antagelsen og den generelle utviklingen i Stortinget. Stortingsrepresentantene tar opp en lang rekke store og små saker, ikke bare overordnede og prinsipielle saker slik den NPM-baserte antagelsen skulle tilsi. Verken tilhengerne eller motstanderne av sykehusreformen lar seg hemme av forutsetningen om tilbakeholdenhet fra politikernes side. Gjennom sitt omfattende engasjement utfordrer Stortinget det balanseforholdet mellom politisk styring og autonomi for helseforetakene som reformen bygger på.

Helsedepartementets styring av helseforetakene – rollemangfold og sterk sektorstyring

I Kapittel 5 satte vi søkelys på det statlige eierskapet og Helsedepartementets styring av helseforetakene. Hvordan er balanseforholdet mellom Helsedepartementets styring og den autonomi som helseforetakene er tilført gjennom foretaksmodellen, og hvilke mekanismer påvirker balanseforholdet? I likhet med kapittel 4 tar kapitlet utgangspunkt i to antagelser. Den første er basert på at Helsedepartementet inntar en overordnet og tilbaketrukket eierrolle slik staten har gjort på andre områder hvor den har etablert foretak eller selskaper. Den andre antagelsen tar utgangspunkt i statens mange roller og virkemidler og den styringstradisjon som er utviklet i sykehussektoren. Forventningen er at disse forholdene vil gi opphav til en større statlig styringsinnsats enn det som var intensjonen med foretaksmodellen. I kapitlet kartlegges Helsedepartementets styringspraksis etter sykehusreformen med utgangspunkt i rollene som bestiller, eier og myndighetsutøver. Datagrunnlaget er statens styringsdokument, protokoller fra

foretaksmøter og de regionale foretaksledernes vurderinger av den statlige styringen. Konklusjonen er at Helsedepartementet har benyttet eierposisjonen til en aktiv og stadig sterkere styring av de regionale helseforetakene. Denne styringen er kommet i tillegg til den sentrale helseforvaltningens myndighetsstyring og kontroll- og tilsynsvirksomhet. I sum har statens mange roller gitt opphav til en sterk sektorpolitisk styring av helseforetakene som ikke alltid er like konsekvent. Slik foretakslederne ser det, er den statlige styringen for lite samordnet og forutsigbar. Kapitlet viser at den sentrale helseforvaltningen står overfor et dilemma når den både skal forsøke å skille statens mange roller og samtidig samordne de samme rollene i en mest mulig helhetlig og koordinert styring av helseforetakene. Det tette og integrerte styringsforholdet mellom Helsedepartementet og de regionale helseforetakene ligger til grunn for spørsmålet i avslutningen om vi her står overfor foretak mer i navnet enn i gavnet.

Regional styring av lokale helseforetak – fri dressur eller samspill?

I kapittel 6 ble de regionale helseforetakenes roller og styringsfunksjon analysert. Den sentrale problemstillingen er om de regionale helseforetakene har tilstrekkelig autoritet i tråd med reformens intensjoner, og hvordan de i så fall utøver sin myndighet i praksis overfor de lokale helseforetakene. Datagrunnlaget er spørreundersøkelsene i helseforetakene, styringsdokumenter og protokoller fra styremøter og foretaksmøter. En casestudie i Helse Nord danner grunnlag for en nærmere kvalitativ beskrivelse av hvordan organisasjon og styringsrelasjoner har utviklet seg i denne helseregionen de første tre årene av reformen.

I kapitlet vises hvordan de regionale helseforetakene er utsatt for en rekke kryssende hensyn og må håndtere et stort rollemangfold. Av de formelle rollene har eierrollen i reformens oppstartsperiode til en viss grad fått større oppmerksomhet enn bestillerrollen. Men det kan langt fra hevdes at de regionale helseforetakene har neglisjert bestillerrollen. De regionale helseforetakene oppfattes å ha autoritet og innflytelse vis a vis de lokale helseforetakene. Det er et relativt klart over- og underordningsforhold mellom de regionale og lokale helseforetakene. En annen observasjon er at styringsrelasjonen mellom de regionale og lokale helseforetakene består av en kombinasjon av hierarkiske kontraktsbaserte relasjoner og relasjoner basert på styringsdialog og tillit. Selv om styringsrelasjonene i store trekk oppfattes som ryddige og avklart, understrekes det at det også er behov for en mer uformell konsulerende styringsdialog. Det er i de regionene som skårer høyt både på formell og uformell styringsdialog at de lokale helseforetakene vurderer handlefriheten å være størst. Helse Midt-Norge skårer høyest både når det gjelder god styringsdialog og handlefrihet for de lokale helseforetakene. Helse Sør og til dels Helse Nord synes å ha større utfordringer i forholdet mellom regionalt helseforetak og de lokale helseforetakene.

Utviklingen i årene etter reformen tyder på at den statlige tilstramningen i styringen av de regionale helseforetakene også har fått følger for styringen av de lokale helseforetakene. De regionale helseforetakenes kontrollrolle på vegne av eier har blitt viktigere og handlefriheten til de lokale helseforetakene er blitt mindre. Men fortsatt har både de regionale og lokale helseforetakene stor autonomi i forhold til budsjett, personell mv. Behovet for en mer fleksibel styring og sterkere eierstyring har ført til en mer uformell og konsulerende dialog, men også en mer ensartet regional organisering som tydeliggjør behovet for eierstyring. Betegnelsen "samspill" synes å være mer dekkende enn "fri dressur" når styringsrelasjonen mellom regionale og lokale helseforetak skal karakteriseres. Dette er sannsynligvis betinget av utviklingen i retning av sterkere statlig styring, men det kan også fortolkes som et uttrykk for at en institusjonell, mer forvaltningspreget styring fungerer bedre enn den mer kontraktsbaserte. Felles for alle helseforetakene er sterk tvil om hvilken legitimitet og forankring de har i regionen og lokalsamfunnene. De eksterne relasjonene synes å være en større utfordring enn de interne.

Effektivisering av sykehusstrukturen: Staten bedre enn fylkeskommunene?

Kapittel 7 belyste endringer i sykehusstrukturen og hvordan valget av styringsmodell påvirker omfanget av endringer. Kapitlet tar utgangspunkt i en antagelse om at sykehusreformen har gitt effektiviseringstilhengerne en sterkere styringsmessig posisjon enn den posisjon de hadde i perioden med fylkeskommunalt eide sykehus. Forsvarerne av

den bestående sykehusstrukturen er i større grad blitt skjøvet ut av styringssystemet. Denne antagelsen holdes opp mot en alternativ antagelse hvor eksterne og interne motkrefter gjennom mobiliseringsevne og mer uformelt påvirkningsarbeid søker å erstatte tapet av formelle deltakelsesrettigheter. Kapitlet baserer seg på en kartlegging av akuttog fødetilbudet ved norske sykehus de siste 10 årene, to casestudier og vurderingene til foretaksledere, divisjonsledere, klinikkjefer og avdelingsledere om utviklingen i arbeidsog funksjonsfordeling etter reformen.

Konklusjonen i kapitlet er at det i begrenset, men varierende grad, er gjennomført omfattende arbeids- og funksjonsfordelingstiltak etter at staten overtok sykehusene. Det har vært lettere å få til en effektivisering av administrative stabs- og støttefunksjoner enn av mer pasientnære og konfliktfylte tjenester som akuttberedskap og fødetilbud. Det statlige eierskapet og foretaksorganiseringen har ikke vært tilstrekkelige betingelser for en effektiv gjennomføring av radikale strukturtiltak på dette konfliktfylte området. Utviklingen viser at forsvarerne av den bestående sykehusstrukturen har kompensert for en svekket formell styringsposisjon gjennom sterk mobilisering, alliansebygging og uformell lobbyvirksomhet.

Kapitlet viser at autonomiseringen av de lokale helseforetakene har gitt dem ikke bare handlefrihet, men også mulighet til å motsette seg regionale krav om effektivisering av sykehusstrukturen. Interne motkrefter har dermed bidratt til å modifisere radikale forslag til strukturendringer. Avslutningsvis viser kapitlet hvilke faktorer som er viktige for gjennomføringen av funksjonsfordelingstiltak. Samling av flere sykehus i store foretak legger til rette for strukturendringer slik foretaksledelsen vurderer det, vel å merke hvis dette er sykehus i ett og samme fylke. God styringsdialog mellom regionalt og lokalt helseforetak, samt lokal autonomi innenfor klare og forutsigbare rammer, er også viktige betingelser.

Sykehusreformen – til organisasjonens eller pasientens beste?

Kapittel 8 tok utgangspunkt i målene med sykehusreformen og kartla utviklingen etter at staten overtok sykehusene. Staten la i utgangspunktet stor vekt på å rydde opp i ventetider og overbelegg. I tillegg la en stor vekt på å utjevne det som ble oppfattet å være store forskjeller i tjenestetilbudet ut over i landet, og generelt sikre tjenester av høy kvalitet. Den statlige overtakelsen av sykehusene og foretaksorganiseringen er antatt å legge organisatorisk til rette for en mer effektiv målrealisering på disse områdene. I kapitlet benyttes offentlig tilgjengelig statistikk kombinert med data fra spørreundersøkelsene blant lederne i helseforetakene.

Den offentlige statistikken tyder på at tilgjengeligheten til sykehusenes tjenester er blitt bedre i årene etter sykehusreformen. Kvaliteten på tjenestene, uttrykt i andel korridorpasienter, epikrisetid og preoperativ liggetid for lårhalsbruddpasienter, er derimot ikke vesentlig endret i disse årene. Det synes heller ikke å være en entydig utvikling i retning av større geografisk utjevning. Slik foretaksledelsen vurderer det, er mest oppnådd i forhold til nedkorting av ventelister og ventetider, utvikling av systemer for økonomistyring og utvikling av en mer profesjonell og resultatfokustert ledelse. De tydeligste resultatene er å finne innenfor administrative funksjoner og ledelsesfunksjoner. Også forskning, opplæring og utvikling er områder hvor det har skjedd forbedringer, slik foretaksledelsen vurderer det. Mindre synes å være oppnådd på områder som berører pasientene og helsetjenestene direkte. Reduksjon i byråkrati og administrasjon og bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene er områder hvor relativt få av foretakslederne har registrert forbedringer.

I kapitlet foretas det avslutningsvis en statistisk analyse for å identifisere faktorer av betydning for oppfatningene om resultatoppnåelse. Den peker på lokal foretaksautonomi, bred lokal aksept og tillitsbaserte styringsrelasjoner som viktige betingelser for resultatoppnåelse.

Avsluttende kommentarer

Har staten som eier gjort en god jobb? Har reformen lagt til rette for en mer helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten? Er det skapt en god balanse mellom politisk styring på den ene siden og hensynet til helseforetakenes autonomi på den andre? Er modellen med statlig eierskap og foretaksmodell til pasientenes beste? Endelig dom over sykehusreformen kan ikke felles ennå. Debatten om organiseringen av sykehusene har

fortsatt med stor styrke, også i årene etter reformen. Det stilles spørsmål ved den valgte foretaksmodellen, men heller ikke det statlige eierskapet har unngått å bli diskutert. Hittil har ikke reformen på en kraftfull måte klart å overbevise om at den er det rette svaret på sykehussektorens utfordringer. Debatten og tilpasningene i reformen etter dens formelle iverksetting vitner om en reform som fortsatt er på veg. Tiden i støpeskjeen har ikke vært tilstrekkelig til å gi reformen en mer grunnleggende stabilitet og likevekt. Om utfordringene bare er av forbigående art eller er av grunnleggende karakter kan bare fremtiden gi svar på. Uansett er det vanskelig å forestille seg en naturlig endestasjon hvor alle utfordringene i sykehussektoren er reformert bort.

I forhold til den grunnleggende ansvarsuklarhet som etter hvert utviklet seg mellom de tidligere sykehuseierne, fylkeskommunene og staten, representerer sykehusreformen en klar markering av at det nå er staten som sitter med det hele og fulle ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Sammenlignet med de 19 fylkeskommunene som tidligere hadde ansvaret for sykehusene, representerer de fem statlige helseregionene en vesentlig grad av vertikal integrering. På det lokale nivået har reformen medført en enda sterkere integrering ettersom 250 sykehus og andre helseinstitusjoner er blitt slått sammen til 33 lokale helseforetak. Sykehusreformen har muliggjort en sterk statlig sektorpolitisk styring av sykehusene. Den statlige sektorpolitiske styringen understrekes ved at lokale aktører, slik som kommunale og fylkeskommunale myndigheter, tillegges minimal innflytelse på de beslutninger som treffes. Styringen fra statens side er likevel ikke så sterk at den ikke gir armslag for ledelsen i de helseforetakene. Balansen mellom politisk styring og foretakenes autonomi er imidlertid mer preget av ustabilitet og tvetydighet enn av stabilitet og klarhet. Utviklingen etter reformen viser at balanseforholdet mellom styring og autonomi er forskjøvet i retning av en sterkere statlig styring.

Sykehusreformen har medvirket til å sette en rekke endringsprosesser på dagsorden. Den har akselerert prosessen med å samle sykehusene i store enheter. Gjennom modellen med regionale og lokale helseforetak er det lagt til rette for samarbeid og nettverksbygging på administrativt og faglig nivå på tvers av gamle institusjonelle skiller mellom sykehusene og på tvers av fylkesgrensene. Lederutvikling, nye systemer for økonomistyring og tiltak for å utvikle kvaliteten på tjenestene har vært viktige satsingsområder i årene etter reformen. Det er etablert formelle kanaler for sterkere bruker- og pasientmedvirkning gjennom regionale og lokale brukerutvalg, og det er iverksatt ulike tiltak for å effektivisere administrative stabs- og støttefunksjoner. Pasientenes tilgjengelighet til tjenestene er blitt bedret gjennom reduksjon i ventetider og ventelister – en reduksjon som ikke alene skyldes en administrativ rydding i listene. Det er økt fokus på pasientopplæring og på forsknings- og utdanningsoppgavene. De regionale helseforetakene har sammen med den sentrale helseforvaltningen vært viktige pådrivere i forhold til det omstillingsarbeid som er satt i gang etter reformen.

Sykehusreformen har også skapt nye utfordringer. Modellen med statlig eierskap og foretaksmodell stiller strenge krav til klar rolleforståelse mellom staten, de regionale helseforetakene og helseforetakene. Staten forventes å skille klart mellom sin eierrolle og myndighetsrolle, samtidig som staten må balansere sin styring med desentralisering av oppgaver og en selvstendigjøring og myndiggjøring av helseforetakene. Velger staten å overprøve beslutninger i de regionale helseforetakene som det formelt ligger til foretakene å avgjøre, kan det skape uklare ansvarsforhold. Den samme ansvarsuklarhet kan oppstå om ikke staten utad klarer å tale med "en stemme". Kravet om å balansere mellom styring og autonomi gjelder også de regionale helseforetakene. De skal ha tilstrekkelig autoritet til å styre helseforetakene, men de skal ikke detaljstyre på en måte som kommer i konflikt med de fullmaktene de er gitt.

Utviklingen i årene etter reformen viser at møtet mellom foretaksmodellen og politikken handlingslogikk har vært krevende. Reformens ambisjon om et desentralisert styringssystem med vide fullmakter til de regionale og lokale helseforetakene er blitt utfordret av en mer styringsaktiv stat. Det kan observeres en utvikling hvor autonomiseringen av helseforetakene etter hvert har gitt seg utslag i økt statlig styring og kontroll. Utfordringene forbundet med å omorganisere akutt- og fødetilbudet viser at det ikke er skapt noen armlengdes avstand mellom politikken sfære og helseforetakene, eller noe klart skille mellom politikk og administrasjon. Det er oppstått spenninger mellom

politikkenes oppmerksomhet om det kortsiktige og dagsaktuelle og helseforetakenes ønske om langsiktighet, forutsigbarhet og strategisk planlegging. Denne utviklingen utfordrer en av reformens suksesskriterier, nemlig balansen mellom den politiske styringen og helseforetakenes autonomi.

Sentraliseringen av folkevalgt myndighet fra fylkeskommunene til Stortinget har ettertrykkelig plassert det sykehuspolitiske feltet i den parlamentariske dragkamp mellom en mindretallsregjering og vekslende flertall på Stortinget. Stortinget har ikke falt inn i en tilbaketrukket og strategisk politisk rolle slik helseforetaksmodellen og mål- og resultatstyringen legger opp til. Enkeltspørsmål som i utgangspunktet kan oppfattes som rene lokale administrative anliggender er blitt plassert høyt på den politiske dagsordenen og viet betydelig politisk oppmerksomhet. For helseministeren har et aktivt Storting ført til en krevende balansegang mellom å gi etter for press eller å forsøke å skjerme helseforetakenes autonomi. Mye tyder på at rollen som helseminister er blitt mer kompleks og eksponert for kryssende hensyn. Det statlige eierskapet har gitt helseministeren et tydeligere ansvar for sykehuspolitikken. Samtidig påvirker mediepress, et aktivt Storting og desentraliseringen av myndighet til helseforetakene statsrådets herredømme over egen tid og dagsorden.

Det formelle arrangementet, uttrykt i foretaksorganisering, foretakslov og mål- og rapporteringssystem, gir ikke entydige føringer på hvordan den politiske styringen skal utøves. Det har i årene etter reformen oppstått en dynamikk hvor helseforetakene er blitt trukket nærmere de sentrale helsepolitiske instansene. Det kan hevdes at stortingspolitikkerne i økende grad har trengt inn på helseministerens ansvarsområde, mens Helsedepartementet og øvrige deler av den sentrale helseforvaltningen i økende grad har beveget seg inn på de regionale helseforetakenes ansvarsområde. Konsekvensen av denne utviklingen er at selve ideen om selvstendiggjorte regionale helseforetak settes under press. Fortsetter denne utviklingen vil foretaksmodellen kunne bli en organisatorisk kulisser mer enn en reell organisasjonsform.

De regionale helseforetakene har i noe varierende grad strammet til sin styring av de lokale helseforetakene. Styringsperspektivet er etter hvert blitt mer fremtredende, men de regionale foretakene har også i noen grad fungert som en buffer mot en mer aktiv stat. Et funn i rapporten er at styringsrelasjonen mellom de regionale helseforetakene og de lokale foretakene er mer avklart, ryddig og forutsigbar enn styringsrelasjonen mellom den sentrale helseforvaltningen og de regionale helseforetakene. De regionale og lokale helseforetakene opererer langt på veg ut fra den samme administrative handlingslogikk, mens forholdet mellom staten og de regionale helseforetakene i større grad bærer preg av møtet mellom en politisk og administrativ logikk.

Sterkere styring fra statens side kan bidra til at den nasjonale helsepolitikken på en klarere måte blir fulgt opp av de regionale og lokale helseforetakene. Deres rolle som iverksettere for staten kan bli tydeliggjort. Samtidig viser observasjonene i denne rapporten at lokal autonomi er en viktig betingelse for de resultater helseforetakene oppnår. De helseforetakene som oppnår mest, slik foretakslederne vurderer det, er de foretakene som har stor handlefrihet, legitimitet og hvor ansvarsforholdene er tydelige og forutsigbare. Dermed er det ikke åpenbart at en sterkere styring fra statens side er vegen å gå for å sikre bedre resultatoppnåelse lokalt. Redusert autonomi for helseforetakene kan ha en kostnadsside som også må tas med i regnestykket.

De mange rollene på statens hånd har gjort det mer påtrengende for staten å skape uavhengighet mellom rollene. Myndighetsrollen er forsøkt klargjort i forhold til eierrollen, bestillerrollen er forsøkt skilt fra utførerrollen. Tilsynsvirksomheten er blitt mer rendyrket. Den tradisjonelle integrerte organisasjonsmodellen, hvor kryssende krav og hensyn måtte brytes mot hverandre innenfor en og samme enhet, er blitt avløst av en sterkere horisontal rollespesialisering, vel og merke innenfor sektoren. Funnene i denne rapporten tyder på at denne rollespesialiseringen fører til visse samordningsproblemer, sett fra helseforetakenes ståsted. Helseforetakene vil gjerne møte én stat, men møter i stedet på et mangfold av statlige roller og institusjoner. En konsekvens av de mange statlige rollene er at statens styring kan virke sprikende slik helseforetakene opplever styringen. En annen konsekvens av oppsplittingen i roller er at samordningsansvaret skyves oppover. Når det i Helsedepartementet opprettes en egen bestilleravdeling i tillegg

til eieravdelingen betyr det at mer av samordningen mellom rollene blir overlatt til departementets politiske og administrative ledelse og til Stortinget. Ansvar for helheten blir skjøvet helt til topps. Hvordan helhetsansvaret ivaretas blir ikke bare et spørsmål om kapasitet, men også om politisk vilje og evne til helhetlig prioritering og styring. På bakgrunn av våre funn kan det være grunn til å spørre om det i forkant av reformen var tilstrekkelig prinsipiell debatt om hvordan de nye styringsordningene ville være i stand til å ivareta de mange og til dels motstridende målsettingene som reformen skulle ivareta. Det er en klar forskjell mellom debatten om sykehusreformen og debatter rundt andre forvaltningsreformer (f.eks. i kommunesektoren), der det er en løpende diskusjon om reformelementers konsekvenser for grunnleggende verdier knyttet til deltakelse, autonomi og effektivitet. Et nærliggende spørsmål er hvor velegnet det statlige eierskapet og foretaksmodellen er til å ivareta dette settet av verdier. Sykehussektoren består av en rekke kryssende hensyn som må avveies og brytes mot hverandre.

Spørsmålet om åpenhet og legitimitet lokalt og regionalt, har stått sentralt i den offentlige debatten rundt sykehusreformen. Nært knyttet til dette er diskusjonen om demokratisk underskudd i den valgte styringsmodellen. I stedet for å være et lokaldemokratisk prosjekt er sykehusene blitt sterkere integrert i den sentrale parlamentariske styringskjeden. Sakene Stortinget engasjerer seg i gir inntrykk av at den rikspolitiske dagsordenen er blitt utvidet, og at Stortinget til en viss grad kompenserer for den politiske tilbaketrekning som tapet av sykehusene innebærer for fylkespolitikkerne. Samtidig kan det stilles et spørsmål om hvor sterkt Stortinget styrer i forhold til overordnede spørsmål knyttet til prioriteringer mellom pasientgrupper og i forhold til eierkrav om at helseforetakene skal gå økonomisk i balanse. Det kan tenkes at bruddet med lokaldemokratiet snarere forsterker en generell prosess preget av en vridning bort fra tradisjonelle borgeridealer over mot en sterkere brukerorientering. Opprettelsen av brukertvalg og lovfesting av pasientrettigheter i forbindelse med sykehusreformen er eksempler på bevisste framstøt for å sikre pasientene og brukerne mer makt og innflytelse. Rapporten viser imidlertid at brukertvalgenes innflytelse er relativt begrenset, særlig slik de lokale foretakslederne vurderer de lokale brukertvalgene. Men det er også eksempler, først og fremst fra Helse Midt-Norge, på at brukertvalgene er godt forankret og tillegges stor betydning.

Et sentralt spørsmål er om "outputorientert" legitimitet, dvs. støtte ut fra de ytelser og tjenester som gis innenfor helsevesenet, oppveier redusert "inputorientert legitimitet" som følge av at befolkningens og politikernes deltakelse og involvering i utviklingen av tjenestetilbudet tillegges mindre vekt (Scharpf 1999). Lederne i helseforetakene synes å være i tvil om hvilken forankring og legitimitet styrene for helseforetakene har i regionene og lokalsamfunnene. Opplevs beslutningsprosessene i sykehusene å være lukket for innsyn, deltakelse og innflytelse, vil heller ikke resultatene ha særlig aksept hos de som blir berørt - særlig hvis "output" eller resultatet er nedleggelse av tjenestetilbud. Spørsmålet er om vektleggingen av den resultatbaserte legitimiteten i foretaksmodellen i større grad må suppleres med et sterkere innslag av deltakelsesbasert legitimitet, ikke bare gjennom etablering av brukertvalg, men også i form av bedre utbygde relasjoner til kommunale og fylkeskommunale myndigheter.

Avslutningsvis kan det stilles et spørsmål om hvor dypt sykehusreformen stikker i forhold til de medisinsk-faglige miljøene. Er endringene i det politiske og administrative systemet av en slik karakter at de har styringsmessige konsekvenser for fagfolkene? Denne rapporten belyser styringsrelasjonene fra Stortinget, via den sentrale helseforvaltningen og de regionale helseforetakene, til divisjonssjefer og kliniksjefer i de lokale helseforetakene. Hvordan styringslinjene internt i helseforetakene er påvirket av sykehusreformen sier rapporten lite om. I de lokale helseforetakene møter reformen på en medisinsk logikk preget av at helbredelse kommer foran økonomi. Manglende samsvar mellom reformlogikk og den medisinsk-faglige handlingslogikken kan føre til at sykehusreformen frastøtes eller omformes på ulike måter. Men sykehusreformen er ikke alene om å representere en mulig endringsimpuls i forhold til det medisinsk-faglige miljøet. De forholder seg også til en rekke andre reformelementer slik som finansieringssystem og fritt sykehusvalg. Hvordan disse ulike reformelementene i sum påvirker fagmiljøene er i liten grad belyst. Kan hende er endringene i den politiske og administrative overbygning så fjerne fra fagmiljøene at de mer oppfattes som rituelle

endringer enn som reelle organisatoriske endringer av betydning for pasientbehandling og kvaliteten på tjenestene!

4. Fylkesrådmannens vurdering

Basert på den korte tid som har vært til disposisjon og den kapasitet og kompetanse vi har på området har fylkesrådmannen valgt, i sin innstilling, å fokusere på områder det er naturlig at HOD vurderer, drøfter, belyser og avklarer i sitt høringsnotat. Fylkesrådmannen har imidlertid drøftet og fått synspunkter, som grunnlag for sine vurderinger og innspill, av representanter for ledelsen ved Sykehuset Østfold HF. Fylkesrådmannens vurdering kommer til uttrykk i fylkesrådmannens forslag til innstilling, som presenteres som kulepunkter departementet bør se nærmere på og gi forslag til svar på i sitt høringsnotat.

De fylkeskommunale politiske organer vil som sentrale regionale utviklingsaktører og ut i fra sin ombudsrolle, kunne forholde seg på nytt til innholdet når høringsnotatet foreligger.

5. Fylkesrådmannens forslag til innstilling

Laveste Effektive OmsorgsNivå, det såkalte LEON-prinsippet, har vært bærende i helse- og helsetjenestepolitikken siden 70-tallet og er det fortsatt.

Slik Østfold fylkeskommune ser det innebærer det at det tas utgangspunkt i at det enkelte menneske bor i eget hjem i en kommune. Hjemmet blir dermed laveste omsorgsarena, deretter kommunale institusjoner og tjenester. Unntaksvis spesialisthelsetjenesten i forbindelse med spesialisert utredning og behandling. Utviklingen i spesialisthelsetjenesten går mye etter prinsippet "fra seng til stol". Liggetid reduseres og erstattes med poliklinikk og dagbehandling. Slik vi ser det er det ikke uenighet om dette prinsippet, L'n.

Mange har imidlertid erfaringer med at dette ikke fungerer tilfredsstillende. Det er ikke effektivt i betydningen at det er for liten grad av måloppfyllelse sett i forhold til den ressursinnsats som totalt brukes i helsetjenesten. E'n har ikke det nivå vi forventer. Spørsmålet som er naturlig å reise er om vi gjør de rette tingene rett. Det er dette helsepolitikken dreier seg om. I tillegg reises også spørsmålet om det som gjøres gjøres på rett OmsorgsNivå? Det fører oss inn i helsetjenestepolitikken. Er den tjenlig for å realisere helsepolitikken?

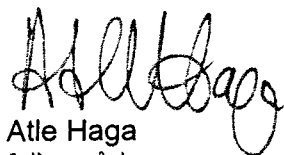
I nedenstående kulepunkter vil Østfold fylkesting peke på forhold som bør utredes, drøftes, presenteres og gis svar på i form av nasjonale strategier og tiltak i Nasjonal helseplan.

- Kvalitativ og kvantitativ underkapasitet i den primære helse- og omsorgstjenesten fører til unødig etterspørsel etter tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette er kanskje mest påtakelig innen eldreomsorgen og i psykisk helsevern.
- Tilstrekkelige hjemmetjenester slik at målgruppen kan klare seg i egen bolig.
- Tilrettelegging av boliger med tilnyttet service slik at målgruppen kan bo i egen bolig, selv med relativt stort behov for helse- og omsorgstjenester.
- Tilstrekkelig sykehjemsdekning inklusive lavterskeltilbud. Antall korridorpasienter i sykehusene er ofte et uttrykk for omfanget av manglende sykehjemsplasser og/eller manglende kompetanse i sykehjemmene.
- Økt fagkompetanse, spesielt leger og personale med annen rehabiliteringskompetanse, slik at behandling, omsorg og rehabilitering kan foregå i den primære helse- og omsorgstjenesten.
- Sammenligning mellom enkelte pasientgrupper mht liggetid, diagnoser og norsk sykehuskapasitet vil sannsynligvis gi indikasjon på for mange innleggelser i spesialisthelsetjenesten ikke ut fra pasientens behov men primærhelsetjenestens mangelfulle kapasitet og kompetanse.
- Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten til den primære helse- og omsorgstjenesten vil gi økt behandlingsmulighet der og ha kompetanseoverføring som god bieffekt.

- Det bør etableres et skarpere skille mellom de tjenester som ut fra faglige vurderinger egner seg for sentralisering og de tjenester som egner seg for desentralisering og som kan kommunaliseres.
- Ovenstående punkter har spesiell relevans for eldreomsorg og psykisk helsevern.
- For psykisk helsevern er det grunn til å se nærmere på tjenestens innhold. Hva er spesialiserte tjenester og hva er tjenester som kan gis effektivt på et lavere nivå (kommunene).
- Primærlegene kan i større grad overta kontroller etter behandling i spesialisthelsetjenesten.
- Innskrenkning av legespesialisters flerfoldige arbeidsgivertilknytninger; tilsetting i HF'ene og driftsavtaler. Vanskelig styr- og kontrollerbart med to arbeidsgivere. I begge tilfeller er det trygden som betaler. Prinsippet en finansieringskilde, en arbeidsgiver, bør etterstrebes.
- Mulige utilsiktede effekter av dagens ulike eierskap til den institusjonsbaserte tjenesten (sykehjem og sykehus/DPS/DMS) og eventuelt finansieringsordningen.
- Tannhelsetjensten bør finansieres som annen helsetjeneste. Kombinasjon av trygd og egenandel. For dagens prioriterte pasientgrupper ville det innebære lettere tilgang til tannhelsetjenester fordi både dagens offentlige og private tannhelsetjeneste ville inngå.
- Forebyggingsstrategier i spesialisthelsetjenestens mangler.
- Informasjons- og kommunikasjonssvikt i forhold til pasienter og pårørende.
- Sosioøkonomiske helseulikheter, eksempelvis dødelighet.
- Bygningsmassens betydning for god pasientlogistikk, moderne medisinsk aktivitet, faglig attraktivitet og god driftsøkonomi. Det er dyrt å være fattig på investeringsmidler. I Norge er det i tillegg dumt. Deler av statsformuen vil kunne gi god avkastning i form av bedre og billigere behandling dersom den ble investert i bygninger og utstyr.
- Utdanningen av helsepersonell skal både sikre et nødvendig kunnskaps- og ferdighetsmessig grunnlag. Den reelle kompetansens betydning er stor og økende. Akademiseringen av eksempelvis sykepleierutdanningen kan gå på bekostning av det praktiske, kliniske innholdet. Undervisningskrefter fra og nærhet til en klinisk praksis i rask utvikling er nødvendig.
- Prioriteringer i helsevesenet. Tør vi? Retningslinjer i Nasjonal helseplan?

Østfold fylkeskommune har videre lagt til grunn at eventuell endring av eierskapet til de regionale helseforetakene, overføring av bestillerfunksjonen til det nye regionale forvaltningsnivået eller annet som har med den varslede forvaltningsreform å gjøre, ikke inngår i det som etterspørres, men håndteres i melding til Stortinget høsten 2006 om ansvars- og oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåene.

Sarpsborg, 27.03.2006



Atle Haga
fylkesrådmann



Rolf Wiggen
fylkesdirektør