

Berre Ingebjørg

Fra: Harald Jachwitz Andersen [harald.jachwitz.andersen@hsh-org.no]
Sendt: 23. juni 2006 13:17
Til: Postmottak HOD
Kopi: Jarle Hammerstad
Emne: DOK-2006-01077 : NASJONAL HELSEPLAN (2007-2010) - INFORMASJON OM PROSESS OG INVITASJON TIL Å KOMME MED INNSPILL



00073209.DOC (57
kB)

Vedlagt oversendes HSHs høringsuttalelse til Nasjonal helseplan (2007-2010). Uttalelsen sendes også i posten.

Med vennlig hilsen
Harald Jachwitz Andersen

Seksjonsleder, Samfunnspolitisk avdeling
HSH - Handels og Servicenæringens Hovedorganisasjon
Tlf: 22 54 17 00 (sentr.bord), 22 54 17 62 (dir.), 48 99 22 44 (mob.)
Faks: 22 56 17 00
<http://www.hsh-org.no>

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Att:

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Oslo, 23. juni 2006

Vår ref: Jørgen Tysnes Fossum / DOK-2006-01077

Deres ref:

NASJONAL HELSEPLAN 2007-2010

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets (HODs) brev av 17.03.06 om ovennevnte. Vi viser også til innspill formidlet departementet i HODs høringsmøte 07.06.06 samt i møte i HSH 21.06.06. Endelig viser vi også til at flere av HSHs medlemmer på helse- og omsorgsområdet avgir egen høringsuttalelse i saken.

HSH takker for invitasjonen til å kommentere arbeidet med Nasjonal Helseplan (NH). Vi vil innledningsvis bemerke at vi finner det foreliggende høringsnotatet noe lite konkret og forpliktende. HSH forutsetter derfor at en i det videre arbeidet utvikler et dokument som i sterkere grad tydeliggjør regjeringens visjoner og intensjoner i helse- og omsorgspolitikken, og som kan fungere som et strategisk grunnlagsdokument bl.a. som utgangspunkt for konkrete prioriteringer (eksempelvis i forhold til hvordan man ønsker å møte "eldrebølgen"). Bruker-/pasientperspektivet må her etter HSHs vurdering stå helt sentralt.

Hvor er de private aktørene?

HSH organiserer omlag 400 helse- og omsorgsinstitusjoner. De fleste er drevet på et ideelt eller frivillig grunnlag. Private aktører har lang tradisjon i Norge som leverandører av helse- og omsorgstjenester, og en rekke av disse har på mange måter vært som pionerer å regne innenfor sine områder. De private aktørene utgjør i dag både et alternativ, et supplement og et korrektiv til og en målestokk for offentlig eide helse- og omsorgsvirksomheter, og de er således viktige for mangfoldet i helse-Norge. En rekke av virksomhetene er i dag dessuten helt nødvendige for at folk skal få tilgang på de tjenestene man har krav på.

Soria Moria-erklæringen gir løfter om samarbeid med og gode og forutsigbare rammevilkår for private, ideelle virksomheter. I lys av ovennevnte synes HSH det er beklagelig at de private tjenestetilbyderne er avspist med en heller marginal beskrivelse og omtale i NH. Tilsvarende er det beklagelig at drøftingen av forholdet mellom private og offentlige virksomheter er nær ikke-eksisterende. Samhandling, konkurranse og oppgavefordeling mellom private og offentlige aktører bør inngå som en naturlig del av en nasjonal helseplan, og HSH regner med at den endelige planen vil gjenspeile Soria Moria-erklæringen og konkretisere konsekvensene innen helsesektoren av uttalt regjeringstilbud.

Bedre samhandling mellom linjene krever organisatoriske og finansieringsmessige reformer

Veltilpasset organisering og finansiering har stor betydning for ressursutnyttelse, prioritering og samhandling mellom helsetjenestene, både innenfor den enkelte linje og mellom ulike linjer. Behovet for styrket samhandling er dessverre intet nytt tema.

Finansierings- og insentivsystemer kan spille en viktig rolle i å øke samhandling mellom helsetjenestene. Det foreligger imidlertid lite helseøkonomisk forskning på dette området. Wisløffutvalget, NOU 2005:3, adresserer dette; "...på sikt kan det imidlertid være behov for større organisatoriske og finansielle reformer. Det er imidlertid lite dokumentasjon på hva ulike valg av organisering og finansiering betyr for samhandling."¹ Etter HSHs vurdering er dette problemstillinger som Norges Forskningsråd burde engasjere seg mer i.

Organisering og finansieringssystemer er riktignok kun midler og styringsverktøy, men det er etter HSHs vurdering viktig at NH aksepterer og anerkjenner effekten av økonomiske insentiver. Ny organisering og finansiering samt sterkere grad av harmonisering mellom lov om spesialisthelsetjeneste og lov om kommunehelsetjeneste kan etter HSHs vurdering være nøkkelen til bedre samhandling og samordning mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, jf. Wisløffutvalgets innstilling.

HSH ser det derfor som maktpåliggende at det snarest igangsettes et arbeid med å få etablert finansieringssystemer på hele helse- og omsorgsområdet som gir alle aktører de samme incentiver til å utnytte sine ressurser mest mulig effektivt², til gagn for både pasienter og statlige finanser. HSH mener finansieringen av helsetjenester i større grad bør være aktivitetsbasert. Dette muliggjør en mer effektiv prioritering, samtidig som skjevhetene i finansieringen og tilpasningen av f.eks. DRG-vekter synliggjøres. Dette vil medvirke til at myndighetene på et tidligere stadium får signaler om ubalanserte og ikke-oppdaterede DRG-vekter. HSH mener også det vil være naturlig å vurdere hvorvidt andre variabler, så som pasientdemografi, bør inkluderes i finansieringssystemet for å gjøre det mest mulig treffsikkert.

NH er uansett en god arena for å problematisere og diskutere mål og konsekvenser av helsetjenestenes organisering, ulike finansieringssystemer og hvorvidt gjeldende lovgivning er harmonisert mellom de ulike områder. I denne sammenhengen burde man også ha utarbeidet tydelige helseøkonomiske målsettinger for helsevesenet. Overordnet ville dette tilsi systemer og rammer som gir befolkningen best og mest helsetjenester innenfor rammene av offentlige bevilgninger.

Opprydding i og profesjonalisering av offentlig rolleutøvelse og kontraktvilkår

I en organiserings- og samhandlingsdiskusjon er det også viktig at NH på et overordnet og selvstendig grunnlag problematiserer rolleutøvelsen til offentlige myndigheter. HSH mener offentlige myndigheter som innehar en tjenestebestillerfunksjon av helsetjenester fullt og helt må frikobles rollen som eier av egen tjenesteproduksjon og utskilles i fullstendig autonome bestillerenheter. En modell hvor begge disse rollene skal ivaretas av samme enhet gir insentiver suboptimering og favorisering av egne tjenesteprodusenter, selv om dette er i konflikt med overordnede mål om "mest og best mulig helse for pengene". Man har etter hvert lang erfaring innefor offentlig forvaltning i å skille roller når ivaretagelse av én rolle kan komme i konflikt

¹ NOU 2005:3, s. 140

² Med effektivitet menes her både ren kostnadseffektivitet og "mest mulig kvalitet for hver krone".

med den andre. Det er således et stort paradoks at denne erkjennelsen fortsatt ikke har nådd helsevesenet.³ (Vi ser da bort fra ”kvasiløsningen” som er valgt i RHFene hvor rollekonflikten er ”løst” gjennom opprettelsen av en egen avdeling/seksjon innenfor RHF’et, som endog ikke skal håndtere alle bestillinger, men kun de fra private aktører).

Organiseringsproblemet oppleves både i regionale helseforetak og i kommunene, hvor private aktører ofte opplever forskjellsbehandling i rammevilkår og betaling for tjenestene. Dekning av normale avskrivningskostnader og kostnader til egen- og fremmedkapital er eksempler på kostnader som må omfattes i finansieringsgrunnet for helsetjenester. Disse kostnadene eksisterer også for offentlig eide institusjoner, men rapporteringspraksis i offentlige virksomheter bringer ikke disse kostnadene frem til bestillere. Eksempelvis er helseforetakene i dag, stikk i strid med økonomifaglig teori og praksis, ikke stilt overfor krav til avkastning på egenkapitalen. Dette betyr at de offentlige sykehusene har tillatelse fra sin eier til å utnytte egen kapital mindre effektivt enn det private virksomheter kan tillate seg å gjøre.

Prinsipielt bør finansieringen av all helsevirksomhet, i likhet med all øvrig virksomhet, uavhengig av eierskap inneholde rom for dekning av løpende påregnelige kostnader til både egenkapital og fremmedkapital samt avskrivninger. Dette rommet bør inngå som en del av den aktivitetsbaserte finansieringen. Og endelig må fremtidens finansieringsmodeller være robuste i forhold til å kunne håndtere det vi kan kalle for eksogene sjokk. Følgene av Finansdepartementets endring av tekniske, økonomiske parametere for beregning av pensjonskostnader er et aktuelt eksempel på et slikt sjokk i form av en ekstrakostnad den enkelte institusjon ikke kan råde over.

Det er videre et generelt behov for en vurdering av kostnadsrapporteringen i helsesektoren. En god ressursutnyttelse kan ikke skje hvis tjenesteleverandører ikke kan stilles opp mot hverandre og sammenliknes på en fornuftig måte. Offentlig regnskapsrapportering bør etterstrebe å synliggjøre alle reelle kostnader og fordele disse på de tjenester virksomheten produserer. I dag er dette svært mangelfullt. Underrapporteringen omfatter ikke kun avskrivninger og kapitalkostnader, det er et generelt trekk at faste kostnader og indirekte variable kostnader ikke henføres på produserte tjenester.

IKT og elektronisk pasientjournal – offentlig ansvar, men med lik tilgang for alle aktører

Helsesektoren vil oppleve store effektivitets- og samhandlingsgevinster med ny teknologi og bruk av elektronisk pasientjournal. Finansieringen av infrastruktur er essensielt for at sektoren skal kunne nytte seg av samhandlingsgevinstene ved en elektronisering av arbeidet. Sterke nettverkseffekter tilsier at eierskap og ansvar for utarbeidelse og implementering av og investering i systemer og infrastruktur må legges til sentrale myndigheter.⁴

HSH opplever at hensynet til personvernet i dag hindrer anvendelsen av elektronisk kommunikasjon, ved at loven hindrer at alle helseaktører har lik elektronisk tilgang til pasientjournaler. Satt på spissen har man her vektlagt hensynet til personvernet sterkere enn hensynet til liv og helse. Et nasjonalt pasientregister vil innebære store effektivitetsgevinster og bedre pasientsikkerhet ved at all informasjon om pasienten er lagret på ett sted. Det bør derfor

³ Agenda og Muusmanns evalueringsrapport behandler RHFes ulike roller. Konklusjonen her bærer dessverre preg av en snever og feilaktig markedsavgrensning der private helseinstitusjoner ikke er inkludert. HSH har tidligere og ved flere anledninger tatt dette opp med departementet.

⁴ Norsk Helsenett er i dag eid av de regionale helseforetak. HSH mener dette er en del av nasjonal infrastruktur for helsetjenesten som bør eies av sentrale myndigheter.

etter HSHs vurdering være en sentral oppgave i arbeidet med NH å finne løsninger som ivaretar personvernet, men som ikke hindrer samhandlingsgevinsten ved å anvende elektronisk kommunikasjon i helsesektoren. NH bør være en pådriver i å søke løsninger for datakryptering som ivaretar personvernsinteresser og som muliggjør elektronisk samarbeid på nasjonalt nivå. Det bør være teknologisk mulig å forene disse hensynene, men det fordrer at myndighetene driver utviklingen.

Endelig kan det også stilles spørsmål ved hvem som bør "eie" pasientjournalene – pasienten selv, leger eller behandlingsinstitusjoner. Dette er etter HSHs vurdering et viktig spørsmål som bør diskuteres i NH. Uansett er det HSHs klare vurdering at brukernes behov her som ellers må tillegges sterk vekt.

Andre temaer

HSH ønsker avslutningsvis å kort adressere enkelte andre forhold som vi mener bør behandles og omtales i NH:

- Kvalitetssystemer og prosessarbeidet med kvalitetssystemer bør behandles mer utførlig.
- I behandlingen av psykisk helsevern bør boligproblemet på kommune-/bydelsnivå vies mer oppmerksomhet.
- NH omtaler flere områder som skal være styrende for helsetjenestene i fremtiden, blant annet likeverdig tilbud uavhengig av geografi og sosial status, forebyggingsperspektivet, mestringsperspektivet, samhandling, ressursforvaltning og effektivitet. Disse må tydeliggjøres og det bør utarbeides en strategi for å implementere disse gjennom styringsdokumenter og foretaksmøter.
- Fra forskningskapittelet, 7.3, er flere medisinske områder innenfor spesialisthelsetjenesten utelatt, deriblant muskel- og skjelettsykdommer og geriatri. Forskningsstrategien for NH bør også være en rettesnor for RHF'enes forskningsstrategi.
- Sykehjemstjenesten har fått et annet og mer krevende innhold med økte krav til medisinsk behandling. I dag er det store variasjoner mellom kommunene. Rettesnor for kvalitet blir i denne sammenhengen et resultat av kommunens økonomi. NH bør i denne sammenhengen diskutere muligheten for føringer for anbefalte normer for bemanning og kompetanse i sykehjemmene.
- Utdanning og kompetanseheving er en forutsetning for å få en god helsetjeneste. Dette er stemoderlig behandlet i NH, og man burde her være tydelige på prioriteringer mellom eksempelvis ulike utdanningsløp og fagområder. Man bør også adressere de private aktørenes deltakelse på utdanningsområdet innenfor helsevesenet.
- NH bør i sterkere grad reflektere det relativt betydelige omfanget av helseproblemer og -utfordringer knyttet til rus- og avhengighetsproblemer. Forståelsen av rusmiddelmissbruk kan ikke begrenses til å forstå problemet som isolert til kun misbrukeren. Rusmiddelmissbruk er et relasjonelt problem som vedrører misbrukerens familie, venner og arbeidsfelleskap.

Vennlig hilsen

**HANDELS- OG SERVICENÆRINGENS
HOVEDORGANISASJON**

Vibeke Hammer Madsen
Adm. direktør

Harald Jachwitz Andersen
Seksjonsleder