

Vedlegg 1: Evalueringsrapporter om helseforetaksreformen

Helse – og omsorgsdepartementet har bedt RHFene om høringsuttalelse til evalueringsmaterialet som foreligger om helseforetaksreformen. Fra departementets side er det ønskelig at høringen skal tjene som innspill til det nasjonale helseplanarbeidet.

De regionale helseforetakene er bedt om å gi høringsuttalelse basert på evalueringsmateriale som foreligger for helseforetaksreformen:

- Rapport fra Muusmann og Agenda: Helseforetaksmodellens funksjonalitet – en evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer.
- Prosessevaluering fra NIBR, Nordlandsforskning og Rogalandsforskning: Eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjeneste 2002 – 2005.

Det foreligger et omfattende materiale. Helse Øst har trukket ut noen hovedpunkter i det vi har oppfattet som konklusjoner og anbefalinger. Vi vil kommentere disse i lys av egne erfaringer og forsøksvis skissere perspektiver og muligheter for utviklingen framover.

Rapportene har fire hovedområder:

- Eierskap og eiermyndighet,
- Bestiller - utfører
- Kostnadskontroll og
- Demokrati

Vi vil følge denne inndelingen og kommentere i forhold til konklusjoner/anbefalinger som vi har markert med "kulepunkter" og hvilken rapport de er hentet fra - Muusmann – Agenda (MA) og NIBR.

Eierskap/myndighet – helseforetaksmodellen

- *Helseforetaksmodellen kan utgjøre et fundament for styring og utvikling av spesialisthelsetjenesten også i årene framover. Det er vurdert om helseforetaksmodellen kan fungere uten et regionalt nivå og konkludert med at det ikke bare ville være uhensiktsmessig, men at de regionale helseforetakene bør tillegges ytterligere ansvar og oppgaver. En forutsetning for dette vil være at helseforetakenes legitimitet utvides lokalt og regionalt – ved politisk deltakelse i styrene. (MA)*
- *Det stilles spørsmål om hvorvidt et sentralt statlig direktorat eller folkevalgte regionale forsamlinger, kan gi helseforetakene samme rammevilkår som i dag. Det konkluderes med at dette er tvilsomt, og at den viktigste funksjonen til de regionale helseforetakene er å være en buffer mellom en styringsaktiv stat og helseforetak som trenger forutsigbare rammer og lokalt armslag. (NIBR)*
- *Det er en grunnleggende mangel ved gjennomføring av helseforetaksmodellen at retningslinjene for bruk av regnskapsloven i helseforetaksmodellen ikke er på plass. Investeringsnivået fastsatt til 2/3 av gjenanskaffelsesverdi er ikke holdbar, og det samme gjelder forutsatte levetider for aktiva. (MA)*

Helse Øst gir sin tilslutning til disse hovedkonklusjonene. Vi vil fremheve at i vår region har helseforetaksmodellen dokumentert seg som en god modell til å styre virksomheten og oppnå drift i balanse i sykehusene. Dette har gitt handlingsrom for prioritering, forbedrings-

og utviklingsarbeid og er grunnleggende for innholdsstyringen i forhold til tjenestene, som den overordnede målsettingen for de nærmeste år. Det gjenstår å oppjustere investeringsnivået.

Når det gjelder nye oppgaver, er allerede store nye områder overført etter 2002 – behandlingshjelpemidler, syketransport, rusbehandling og rehabiliteringstjenester. Det er store utfordringer knyttet til integreringen av de to sistnevnte områder fremdeles. Søkelyset bør settes på delelinjen mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten i forhold til betjeningen av de store brukergruppene eldre og pasienter med kroniske sykdommer. Det er en hovedutfordring for helsetjenesten å effektivisere ressursutnyttelsen, både nivåene hver for seg og via samhandling, om spesialisthelsetjenesten skal forbli like geografisk spredt som i dag. Tilføring av nye oppgaver til spesialisthelsetjenesten må følges av tilsvarende økning i ressursene slik at disse oppgavene blir fullfinansiert og ikke gir utilsiktede behov for å prioritere og/eller overføre ressurser fra andre like høyt prioriterte oppgaver.

Helse Øst vil sterkt understreke behovet for at investeringsnivået blir oppjustert. Som påpekt er dette grunnleggende for IKT-utviklingen (MA), men ikke minst også i forhold til effektivisering av arealbruken og vedlikehold og fornyelse bygninger og medisinsk/teknisk utstyr.

- *Med sykehusreformen forsvant det fylkeskommunale eierskapet til spesialisthelsetjenesten – og dermed også i stor grad begrunnelsen for en fortsatt tett og utvidet myndighetsstyring. (MA)*

Helse Øst vil si seg enig i ovennevnte vurdering. Ifølge NIBR-rapporten er ikke den statlige styringen av sykehusene alltid like konsekvent. Det stilles spørsmål ved om vi står overfor en foretaksmodell mer i navnet enn i gavnet. Behovet for å utfylle rommet mellom lov og regelverk på den ene siden og nødvendigheten av felles standarder, normer og rammer på den andre, kan oppfylles ved *eierstyring og innholdsstyring (MA)*. Det påpekes at det utføres mye dobbeltarbeid på dette området, og at Sosial- og helsedirektoratets rolle i dette bør reduseres, samtidig som det regionale nivået bør stimuleres til å ta et aktivt felles ansvar for utvikling og operasjonalisering av systemer. Samtidig blir det påpekt at kvalitetsindikatorer som er utviklet til nå vesentlig har karakter av "servicekvalitet", er rettet mot strukturelle og tekniske forhold og i mindre grad behandlings/innholdskvalitet og effektmål. I NIBR-rapporten hevdes det at tilgjengeligheten til sykehustjenester er blitt bedre etter sykehusreformen, men når det gjelder resultater relatert til nasjonale kvalitetsindikatorer, er det knapt registrert noen forbedring. Det anbefales etablering av et nasjonalt uavhengig og audit-orientert kvalitetsorgan (MA).

Helse Øst vil si seg enig i at det er behov for en tydeliggjøring av arbeidsfordelingen mellom RHFene og Sosial- og helsedirektoratet for å unngå dobbeltarbeid og få et tydeligere skille mellom audit, revisjon og kontroll/myndighetsutøvelse på den ene siden og fagutvikling, standarder for beste praksis, støttesystemer og retningslinjer på den andre siden. IKT, kvalitet og prioritering er områder der Sosial- og helsedirektoratet har vært meget aktivt inne på utviklingssiden, og hvor en styrings- og myndighetsrollen har blitt blandet sammen med utviklerrollen. Fremtidig utviklingsarbeid bør skje i et samspill mellom sentral- og regionnivået, men det vil være hensiktsmessig at de regionale helseforetakene får et tydelig eierskap, da utviklingsarbeid bør skje tett på det kliniske fagmiljø og tjenesteutøvende ledd i helseforetakene. Om vi skal få til en videreutvikling av kvalitetsindikatorer bort fra ensidig strukturelle forhold og mer i retning av innholdskvalitet, vil det forandre et tydeligere skille mellom myndighetsrolle og utvikler/utøverrolle. De regionale helseforetakene bør få eierskap

og tydelig ansvar for denne type utviklingsarbeid og samordning. Dette vil forutsette en overføring av ressurser fra sentralnivået.

- *Generell innføring av akkreditering og sertifisering i spesialisthelsetjenesten ved at produsentsystemet underlegges nasjonale krav om prosess- og logistikkstandardisering. (MA)*

Helse Øst er enig i at dette er vegen å gå for å få etablert et sammenhengende kvalitetssystem. Det er nødvendig at både offentlige og private tjenesteleverandører underlegges standardiserte krav for prosess og logistikk og at disse er felles. I Helse Øst har vi erfaring for at krav til helseforetakene om å etablere kvalitetssystemer og legge til grunn elementene i ISO-sertifisering, har vært meget positivt for kvalitetsarbeidet. Et stykke på veg har det vært spørsmål om å legge til rette og tilby arbeidsverktøy. Et felles nasjonalt system som bindes opp til et nasjonalt og uavhengig organ, slik det foreslås i MA-rapporten, vil gi et langt bedre utgangspunkt for styring. Det vil kanskje også overflødiggjøre store deler av den omfattende aktivitets- og institusjonsbaserte rapporteringen vi har i dag som ikke er målrettet. Det vil gi bedre mulighet til å kontrollere den "tekniske" kvaliteten. Samtidig vil et akkrediterings- og sertifiseringssystem kunne bli en hensiktsmessig måte å realisere store deler av eier- og myndighetsstyringen. Vi vil også si oss enig i at felles akkrediterings- og sertifiseringssystem, når de er etablerte, meget vel kan driftes fra det regionale nivået. Videre at også en stor del av innholdsstyringen, med nasjonalt eierskap og helseforetaksmodellen, kan utøves på det regionale nivået.

- *Innholdsstyringen fra nasjonalt nivå kan med fordel øke graden av konkretisering når det gjelder forskningsinnsatser – og det kan være behov for en nasjonal forsknings- og utviklingsplan i forhold til spesialisthelsetjenesten. (MA)*
- *Bedre ledelse og styring og økt satsing på FOU vil kunne gi bedre tjenester på sikt. (NIBR)*

De regionale helseforetakene har de siste år tatt tydelige grep for å styrke forskningen i form av prioriterte avsetninger, etablering av forskningsutvalg og kriterier for fordeling av midler. Helse Øst anser at en naturlig videreutvikling vil være at de regionale helseforetakene samordner seg i større grad, prioriterer og fordeler spissområder og innsatser seg imellom. Slike prosesser er i gang og bør føres et stykke videre, før man eventuelt konkretiserer føringer og prioriteringer på nasjonalt nivå.

- *Intensivert innholdsstyring vedrørende innhold i og omfang av høyspesialiserte funksjoner, spesialiserte funksjoner og alminnelige funksjoner. Bestillerdokumentet kan med fordel omfatte en årlig statusgjennomgang av disse områder – gjennom eierstyringen legge til rette for samling av spesialiserte og høyspesialiserte funksjoner og for grad av spredning av kapasitetsutnyttelsen. (MA)*

Helse Øst stiller seg kritisk til denne anbefalingen og mener generelt at innholdsstyringen bør ha sitt hovedtyngdepunkt på regionalt nivå. Dette synspunktet underbygges ved at styringsrelasjonen mellom regionale helseforetak og lokale helseforetak oppfattes som ryddig og avklart, og ved at tilliten mellom nivåene er høy. Få ledere i de lokale helseforetakene stiller spørsmål ved de regionale helseforetakenes autoritet (NIBR).

Det regionale nivået har "sørge for" ansvaret for sin befolkning. Helse Øst anser at det nasjonale nivået bør representere eier-, myndighets- og strategisk nivå i forhold til de regionale helseforetakene. I Bestillerdokumentet bør det kun gis overordnede føringer.

Som eksempel på innholdsstyring på nasjonalt nivå vil vi nevne:

- overordnet innholdsstyring – markere yttergrensene for det offentlige (finansierte) tilbudet
- definering og fordeling av landsfunksjoner mellom RHFene
- overordnede føringer for kapasitet og prioriteringer innen sykdomsområder (for eksempel psykiatri, kreft, hjertesykdommer osv) – ikke ned på medisinsk spesialitet, spissfunksjoner osv.
- ansvars- og rollefordeling mellom offentlige og private tilbud
- definere delelinjen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – eventuelt å vurdere sammenslåing av forvaltningsnivåene.

Eksempler på innholdsstyring på RHF /HF-nivå:

- ressursfordeling til helseforetak /avtaleparter, basert på demografiske kriterier, aktivitet, kostnader og prioriteringer i forhold til kapasitet og kvalitet.
- styring av innholdet i tjenestene og funksjonsfordeling både av alminnelige funksjoner og spissfunksjoner ned på spesialitetsnivå
- samordning av spissfunksjoner mellom regionale helseforetak
- stimulering av kunnskapsbasert praksis – utvikle faglige retningslinjer, protokoller etc. Ansvar for dette arbeidet bør i større grad flyttes ned fra nasjonalt til regionalt og interregionalt nivå, men det bør skje i et samspill med nasjonalt kunnskapssenter, forsknings- og kompetansemiljøer. Dette vil forutsette ressursoverføring fra nasjonalt nivå (Shdir) til regionalt nivå.

Bestiller - utfører

- *Bestiller- og utfører tenkning foreslås eliminert fra foretaksmodellen, da det eksisterende skillet synes både urealistisk og unødvendig. (MA)*
- *Den integrerte løsningen er kritisert av OECD for ikke å gjøre skillet mellom rollene tydelig nok. (NIBR)*

Helse Øst er enig i at en rendyrket "bestiller – utfører" modell ikke er hensiktsmessig. Dette spesielt når utviklingen etter sykehusreformen samtidig har gått i retning av oppgave- og funksjonsfordeling og konsolidering av sykehus i større foretak for å gjøre tjenesteytingen mer robust og effektiv. Imidlertid vil vi fremheve at tenkningen i prosessen til nå nok har bidratt til en profesjonalisering av arbeidet med bestilling og anskaffelser. Helse Øst støtter videreføring av en integrert modell.

- *Bestillerdokumentene bør ensidig forbeholdes innholdsstyringen og denne intensiveres med større grad av konkretisering og presisering av føringer. (MA)*

Vi er ikke enige i denne utledningen, og tror i motsetning til det som framholdes i rapporten, at en slik intensivering vil gå på bekostning av den overordnede og policyorienterte styringen som departementet skal utøve ifølge sykehusreformens premiss, jf. også oppgavefordelingen som vi har eksemplifisert under pkt. 1 ovenfor. Helse Øst er enige i at bestillerdokumentet skal forbeholdes innholdsstyring, men vil advare mot en for stor grad av detaljering.

Kostnadskontroll

Det foreligger følgende konkrete forslag (MA):

- *ressursfordeling via både rammefinansiering og DRG-takster videreføres.*
- *60 % satsen for innsatsbasert finansiering videreføres og endres nødvendig.*
- *bedre vedlikehold av DRG systemet med nøyaktigere avstemming mellom takster og kostnader – hyppigere revisjoner.*

- *iverksettes et arbeid for å få helseforetakene til å fordele kostnader (ekskl. investeringer) på samtlige DRG kategorier.*
- *helseforetakene utarbeider en årlig produktivitsredegjørelse.*

Helse Øst vil slutte seg til de innledende forslag. Imidlertid er vi i tvil om nytteverdien av å sette i gang et arbeid med å fordele kostnader basert på DRG-kategorier. Å skille ut investerings- og avskrivningskostnader vil være relativt enkelt, men den store utfordringen vil ligge i fordelingen av felleskostnader, støttefunksjoner, service med mer. For å konkludere i forhold til dette vil det være nødvendig at nåværende finansieringsordning evalueres.

Imidlertid er det et savn at vi ikke har gode metoder og systemer for å gjøre produktivitsvurderinger. Helse Øst vil anbefale at KPP (kostnad pr. pasient) systemet videreutvikles med basis i et standardisert kostnadsgrunnlag og eventuelt reelle KPP data. Systemet må kunne knyttes til tjenestene pasientene mottar ved ulike kostnadssteder. Først da blir det mulig å sammenligne helseforetak med hverandre.

Demokrati

Anbefalingen om å styrke helseforetakenes lokale og regionale legitimitet ved oppnevning av politikere til styrene, er allerede fulgt opp av departementet. Helse Øst har forventninger til at dette vil gi beslutninger som er bedre forankret lokalt. NIBR uttaler i sin prosessevaluering av Stortinget har utvist et engasjement i sykehussaker som er omfattende og i overkant av det man skulle forvente. Å styrke den lokale forankringen antas å kunne demme opp for dette.

Helse Øst har liten erfaring med de nye styresammensetningene ennå, men synes det tegner positivt. En nødvendig forutsetning for at styrene skal fungere er at det utvikles felles rolleforståelse hos styremedlemmene. Det er et stort potensial i å ha representanter med bredt nettverk og erfaring i å kommunisere løsninger for fellesskapet. Som det påpekes i MA-rapporten blir gapet stadig større mellom det som er medisinsk og teknisk mulig og de ressursmessige begrensninger. Nødvendigheten av konkrete prioriteringer blir derfor stadig mer påtrengende. Den nye styresammensetningen gir grunnlag for reelle diskusjoner om de vanskelige prioriteringsspørsmålene.

Helse Øst støtter forslagene om å etablere en årlig strategisk samling hvor sentrale politikere møter spesialisthelsetjenesten. Utvekslingen kan knyttes opp mot bestillerdokumentet og justering av fremtidig nasjonal strategisk plan. Vi er også enig i at fungerende og stabile samspillsformer mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten vil være den kanskje største utfordringen for helsetjenesten i de nærmeste årene.