

HELSE  ØST

Scenarier Helse Øst 2025: Betydning for bygg og eiendom

ECON-rapport nr 2006-053
(Prosjekt nr 48370)

Juni 2006



Rapport 2006-053

**Scenarier Helse Øst
2025 – betydning for
bygg og eiendom**

Scenarier Helse Øst 2025 – betydning for bygg og eiendom

Utarbeidet for
Helse øst RHF

Innhold:

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	1
1 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn.....	6
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Scenarier – hvorfor og hvordan	6
1.3.1 Hvorfor scenarier	6
1.3.2 Scenarieutvikling og scenariobasert planlegging	7
2 SITUASJONEN I 2006	9
3 DRIVKREFTER OG SCENARIER	12
3.1 Arbeidsdeling og organisering av bestiller/utfører viktige usikkerheter.....	12
3.1.1 Politikk.....	12
3.1.2 Økonomi	13
3.1.3 Samfunn.....	14
3.1.4 Teknologi.....	14
3.1.5 Sortering av drivkrefter og etablering av scenariekryss	15
3.2 Fire scenarier – og en wildcard.....	17
3.2.1 Kontroll: Fortsatt offentlig planlegging, styring og forvaltning av tjenestetilbudet	18
3.2.2 Simulert konkurranse: Skille bestiller og utfører.....	19
3.2.3 Krevende balanse: Upartisk bestiller og leverandør	20
3.2.4 Bred arbeidsdeling: Helse Øst en av mange likeverdige leverandører.....	21
3.2.5 Helseløftet: Friske penger til spesialisthelsetjenesten	21

Sammendrag og konklusjoner

Resymé

De viktigste usikkerhetsfaktorene for Helse Østs planlegging frem mot 2025 er trolig organiseringen av bestiller- og utføreroppdragene, og graden av arbeidsdeling nasjonalt, internasjonalt og i forhold til kommersielle aktører. Begge disse usikkerhetsfaktorene gjør pasientgrunnlaget mer usikkert. Den langsiktige planleggingen må ta høyde for slike usikkerheter. Større variasjon i pasientgrunnlaget skjerper kravene til styring på konsernnivå og til effektiv produksjon.

For Helse Østs bygg- og eiendommer kan fremtiden stille økte krav til porteføljestyring på konsernnivå og til fleksibilitet for å tilpasse porteføljen til endringer i produksjonen.

Bakgrunn

Styret for Helse Øst RHF har vedtatt å utarbeide en overordnet utviklingsstrategi for helseforetaksgruppen, med 2025 som målhorisont. Bygg og eiendom utgjør ett av flere sentrale virkemidler i helseforetakets produksjon.

Problemstilling

For Helse Øst er bygg og eiendom et virkemiddel, ikke et mål i seg selv. Strategien for eiendomsporteføljen må derfor ta utgangspunkt i hvilke av Helse Østs overordnede og operative mål den skal bidra til å innfri, med andre ord hvilke oppgaver Helse Øst skal løse frem mot 2025.

Følgende problemstilling er lagt til grunn:

Det skal utvikles scenarier for oppgavene til Helse Øst mot 2025, som bakgrunn for strategisk innretning av eiendomsporteføljen i ulike fremtidige situasjoner.

Oppdragsgiver har vært Helse Øst RHF.

Situasjon

Situasjonen for Helse Øst i 2006 er preget av blant annet en helsereform som fremdeles ikke fullt ut later til å ha funnet sin form, press fra flere kanter mot virksomhetens styringsmessige frihet, politiske skifter i spørsmål om bruk av private leverandører, og lav fleksibilitet i bygg og eiendom.

Scenariometodikk

Scenarier er fortellinger om *mulige* fremtider, ikke prognoser – som viser den mest sannsynlige fremtiden, eller visjoner – som viser en ønsket fremtid. Scenarier er nyttige for planleggingsformål når fremtiden er usikker og kan anta ulike utviklingsbaner, og vi ønsker å være beredt til å møte ulike utfall.

Hovedelementene i scenarioutvikling kan beskrives i tre trinn:

1. *Identifikasjon av drivkrefter:* Hvilke krefter kan påvirke det aktuelle området for scenariene innenfor den valgte tidshorisonten?
2. *Sortering av drivkrefter:* De identifiserte drivkreftene sorteres i henholdsvis sikre/usikre og krefter med stor/liten betydning.
3. *Bestemme de viktigste dimensjonene og bygge scenariene:* Dimensjonene må være slik at de usikre og viktige drivkreftene tydelig lar seg plassere det systemet som fremkommer. Scenariene bygges for å beskrive de resulterende situasjonene.

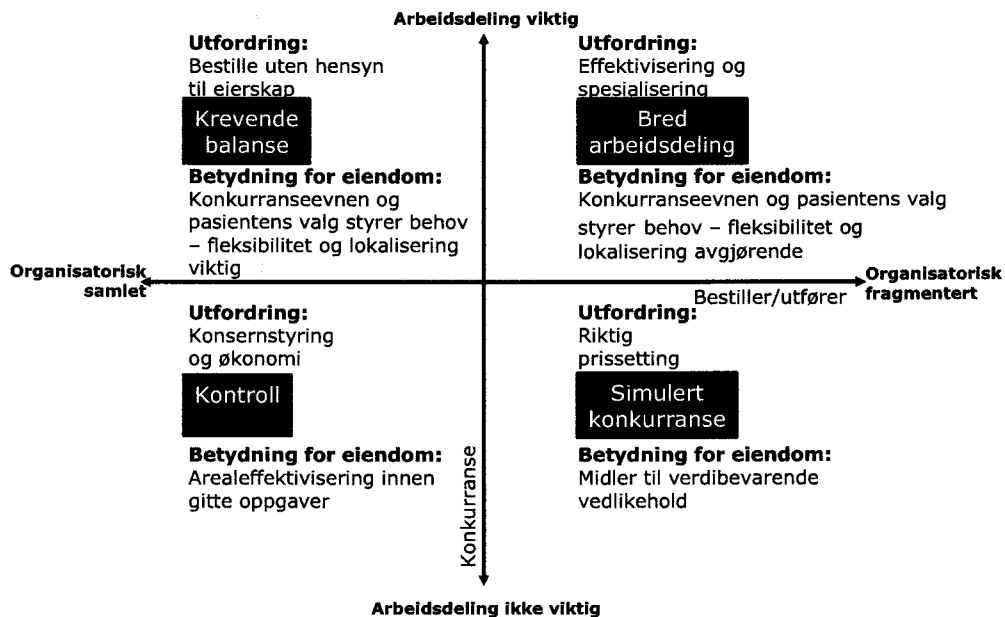
I scenariearbeid er det særlig viktig å identifisere drivkrefter som er usikre, men som vil ha stor betydning dersom de får styrke. Ved å variere drivkreftenes utslag og innbyrdes kombinasjon, dannes grunnlaget for distinkte og gjensidig utelukkende, men likevel fullt mulige scenarier.

Scenariene

I scenariene for Helse Øst mot 2025 har vi tatt utgangspunkt i to potensielt meget viktige, men usikre drivkrefter. Den ene gjelder organisering av bestiller/utførerfunksjonen og om den vil forbli samlet som i dag, eller deles mellom ulike organisatoriske enheter. Dette er langt på vei en politisk usikkerhet rundt en i dag utstabil situasjon, som det i et lengre tidsperspektiv ikke er mulig å vite hvilken retning vil ta. Siden vi er opptatt av virkninger for eiendomsporteføljen, som først og fremst er knyttet til utførerrollen, behandler vi Helse Øst som utfører i scenariene hvor de to rollene skilles. Dette er illustrert i den horisontale dimensjonen i Figur A under.

Den andre viktige usikkerheten gjelder spørsmålet om arbeidsdeling i spesialisthelsetjenesten, mellom helseforetak nasjonalt, internasjonalt og i forhold til kommersielle aktører, vil få større omfang fram mot 2025. Arbeidsdeling kan være selvvalgt og frivillig – gjennom allianser og samarbeid, eller påtvunget gjennom konkurranse drevet frem politisk, av helseforetakene selv, eller av pasientenes egne valg og økt bevissthet om egne rettigheter. Samarbeid og allianser kan også være et virkemiddel for å møte en eventuell tiltagende konkurranse. Innslaget av arbeidsdeling er illustrert i den vertikale dimensjonen i Figur A.

Figur A Fire scenarier for Helse Øst



Hver av de fire kvadrantene i figuren beskriver situasjonen i ett scenario.

Kontroll er det av scenariene som ligner mest på dagens situasjon: bestiller og utfører er samlet og arbeidsdeling har begrenset betydning. Betydelige utfordringer er å gjennomføre helhetlig konsernstyring, å sikre sammenheng mellom økonomiske rammer og produksjonsforventninger, samt å gjennomføre arealeffektivisering. Det er også en utfordring å balansere ønsket om nærhet med behovet for tilstrekkelige volumer til å opprettholde ønsket kvalitet i behandlingen.

Simulert konkurranse inneholder organisatorisk adskilte bestiller og utførerfunksjoner – med Helse Øst som utfører – mens arbeidsdelingen i hovedsak er uendret fra dagens situasjon. I dette scenariet er det knyttet store utfordringer til å etablere prismekanismer og kontraktstrategier som sikrer riktig produksjon både med hensyn til mengder og kvalitet. Det blir også en utfordring å sikre at prisene som betales gir rom for verdibevaring av Helse Østs realaktiva.

Krevende balanse betegner en situasjon hvor bestiller og utfører er samlet i en enhet som i dag, men hvor den egen og andres produksjonskapasitet skal likebehandles ved tildeling av kontrakter om leveranser av spesialisthelsetjenester. En slik likebehandling vil i seg selv stille store krav til bestilleren og til å definere leveransene slik at tilbud fra ulike leverandører blir sammenlignelige. Videre vil pasientgrunnlaget for egen produksjonskapasitet være mer usikkert enn i en tilnærmet monopolsituasjon, slik at kravet til å kunne skalere opp og ned kapasiteten, og til å ha riktig kapasitet på riktig sted, øker.

Bred arbeidsdeling innebærer at Helse Øst er en ren leverandør av spesialisthelsetjenester og må finne sin plass blant flere andre leverandører, private, offentlige og utenlandske eller internasjonale. Trolig er effektivisering og spesialisering viktige suksessfaktorer i dette scenariet.

Mindre kontroll og forutsigbarhet med hensyn til pasientgrunnlaget fremstår som en felles effekt i alle scenariene som er beskrevet over. Styrken i dette varierer mellom scenariene, men selv i Kontroll-scenariet vil press fra EU og private finansieringsløsninger trolig få som effekt at en del pasienter i Helse Østs område velger alternative løsninger, samtidig som det åpnes større muligheter for å hente inn pasienter fra andre områder.

I tillegg til de fire scenariene som er utledet av scenariekrysset og beskrevet over, har vi utviklet et såkalt wildcard-scenario, basert på en helt egen driver:

Helseløftet er et scenario hvor de økonomiske rammene for Helse Øst er endret. Dette skjer ved at avskrivninger baseres på fulle bokførte verdier i tråd med regnskapslovens alminnelige bestemmelser. En sentral utfordring i dette scenariet er å unngå at de økte økonomiske rammene låses til verdibevaring av realverdier det ikke er reelt behov for. Helseløftet kan ses som en variant av Kontroll-scenariet.

Strategiske implikasjoner

Hovedfokus i arbeidet med scenariene har vært å danne grunnlag for en senere strategiprosess. En del strategiske tema peker seg ut som særlig viktige:

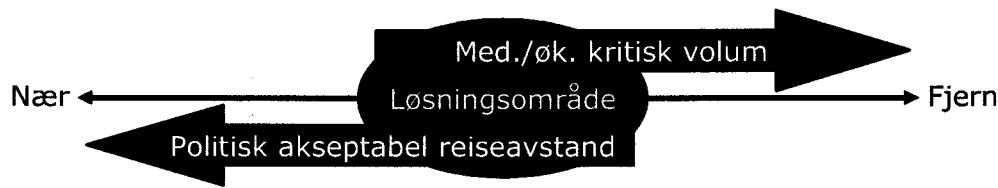
Styrket konsernstyring og fortsatt effektivisering fremstår som sentrale i alle scenarier. Jo større eksternt press Helse Øst utsettes for, dess viktigere blir disse temaene. I dag er konsernet det regnskaps- og aktivitetsmessige målingsnivået, men utfordres både fra eier og de enkelte helseforetakene som faktisk styringsnivå. Når det gjelder eiendom spesielt innebærer disse temaene at eiendomsmassen i større grad bør styres som én portefølje på konsernnivå. Dette omfatter blant annet en samlet plan for tilgang, avgang og vedlikehold. Det er viktig å understreke at optimalt vedlikehold av bygg ikke det samme som null vedlikeholdsetterslep: Kun bygg hvor aktiviteten skal fortsette noenlunde uendret i vedlikeholdsperioden – eller hvor det trolig vil ha verdi for en eventuell kjøper – bør holdes i topp stand.

Motstand mot salg av eiendom (flytting av virksomhet) vil i betydelig grad kunne hemme både konsernstyring og effektivisering.

Riktig prissetting er også viktig i alle scenarier, men får økt betydning dersom bestiller- og utføreropp gavene skilles og dersom arbeidsdeling får større betydning. Uten økt arbeidsdeling skal prissettingen først og fremst sørge for riktige insentiver for driften av virksomheten, med økt arbeidsdeling blir pris en konkurransefaktor. Optimering av kostnader knyttet til eiendomsmassen blir ekstra viktig dersom det skal konkurreres på pris. Dette gjelder både eiendomsmassens omfang, inndeling og vedlikeholdsnivå.

Spesialisering og balanse mellom nærhet og kvalitet er viktige tema dersom arbeidsdeling blir et viktigere virkemiddel i spesialisthelsetjenesten. Figur B illustrerer en mulig konsekvens av ren passiv tilpasning til en slik situasjon.

Figur B Passiv tilpasning til økt arbeidsdeling



Figuren viser hvordan organiseringen av ulike behandlinger må balanseres mellom på den ene siden ønsket om nærhet til pasientene og på den andre siden behovet for volum slik at behandlingen kan gis med god kvalitet. I hovedsak vil nærhet til pasientens hjemsted være lettest å oppnå for hyppig benyttede behandlinger, mens lengre reiseavstand må aksepteres ved mer spesialiserte og sjeldnere behandlingsformer. Økt arbeidsdeling kan tenkes først og fremst komme til å gjøre seg gjeldende i ytterpunktene. Med ren passiv tilpasning kan Helse Øst i så fall stå igjen med middels spesialiserte behandlinger i middelsstore volumer. Dette kan utfordre både økonomien og rekrutteringsmulighetene til konsernet.

Fordi det neppe er mulig på samme tid å være best på alle typer behandlinger, forutsetter en aktiv holdning til denne situasjonen at det treffes valg om spesialisering innen utvalgte behandlinger. Kriteriene for slike valg bør fastsettes på strategisk nivå i konsernet.

Eiendomsporteføljen må tilpasses de valgene som gjøres med hensyn til både balanse mellom nærhet og kvalitet og med hensyn til spesialisering.

Allianser og samarbeid fremstår som viktige supplementer til egen spesialisering, og kan omfatte både offentlige, private og utenlandske aktører, avhengig av tema for samarbeidet. Slike løsninger bør søkes på områder hvor Helse Øst selv ikke ønsker eller kan bli tilstrekkelig sterke, men som likevel anses som viktige i et samlet tilbud. Allianser og samarbeid kan også være et virkemiddel for å redusere skadelig hard konkurranse. Sambruk av bygg og eiendom kan være et mulig resultat av felles porteføljevurderinger innen slike allianser.

Den overordnede implikasjonen for Helse Østs bygg og eiendommer er at *fleksibilitet i arealbruken* fremstår som et felles strategisk tema i alle scenarier. Fleksibiliteten bør søkes på konsernnivå, ikke bare innenfor de enkelte helseforetakene. Prinsipielle vurderinger av hvilke typer bygg som bør eies og hvilke som med fordel kan leies er ett eksempel på naturlig strategisk virkemiddel for fleksibel arealbruk.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Mange av spesialisthelsetjenestens utfordringer er knyttet til kvalitet, kapasitet og økonomisk bæreevne. En ansvarlig forvaltning og styring krever planlegging på lang sikt. Styret for Helse Øst RHF har derfor vedtatt å utarbeide en overordnet utviklingsstrategi for helseforetaksgruppen med 2025 som målhorisont.

Bygg og eiendom utgjør ett av flere sentrale virkemidler i helseforetakets produksjon.

1.2 Problemstilling

Bygg og eiendom er et virkemiddel, ikke et mål i seg selv. Alternative strategier for eiendomsporteføljen må derfor ta utgangspunkt i hvilke mål den skal bidra til å innfri, med andre ord hvilke oppgaver Helse Øst skal løse i 2025.

Følgende problemstilling er lagt til grunn:

Det skal utvikles scenarier for oppgavene til Helse Øst mot 2025, som bakgrunn for strategisk innretning av eiendomsporteføljen i ulike fremtidige situasjoner.

Oppdragsgiver har vært Helse Øst RHF.

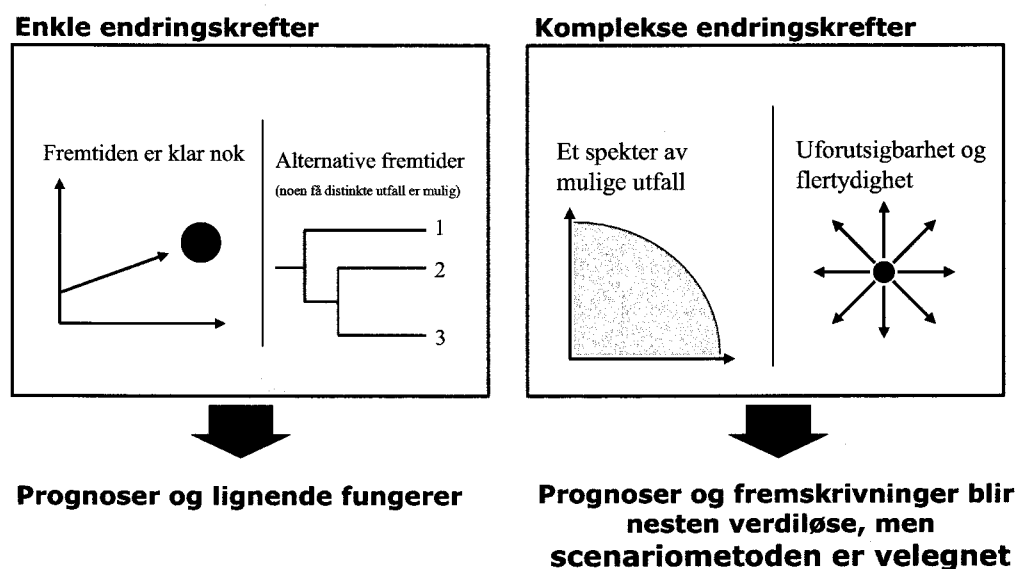
1.3 Scenarier – hvorfor og hvordan

I dette avsnittet redegjør vi kort for hva scenarier er, og vi setter metoden i relasjon til andre teknikker for å beskrive fremtiden. Deretter gjennomgår vi på en kortfattet måte hvordan vi utarbeider scenarier og bruker dem til planleggingsformål.

1.3.1 Hvorfor scenarier

Figur 1.1 illustrerer sammenhengen mellom ulike former for endringskrefter og forskjellige metoder for å beskrive fremtiden.

Figur 1.1 *Scenarier passer når fremtiden er kompleks og uforutsigbar*



Scenariometoden er et kraftfullt verktøy, spesielt velegnet til å behandle komplekse sammenhenger på en tilgjengelig og engasjerende måte. Metoden handler grunnleggende sett om å lage forskjellige, utfordrende fortellinger om fremtiden, som igjen kan fungere som bakteppe bl.a. for ulike aktørers planlegging, strategiutforming, konfliktløsning og innovasjon.

I scenarioarbeidet er vi ikke nødvendigvis ute etter de mest sannsynlige fortellingene om fremtiden, heller ikke nødvendigvis de mest ønskelige. Snarere er vi på jakt etter troverdige fortellinger om hva som kan skje i et langsiktig perspektiv, og som det er viktig å tenke gjennom og forholde seg til allerede i dag. I bunn for scenarioutviklingen ligger grundige faglige analyser, men fortellingene og språket skal være lett tilgjengelig.

I scenarioanalyse er det viktig å ha en ordentlig forståelse av målgruppen, og hva scenariene skal hjelpe denne målgruppen med. Scenariene må likefullt reflektere at målgruppen og andre berørte aktører ikke nødvendigvis er en enhetlig gruppe med felles interesser. Tvert imot, på flere områder kan det tenkes motstridende interesser mellom dem. Slikt er det viktig å avklare tidlig. Dersom det avdekkes viktige motsetninger, bør scenarioprosessen legges opp på en måte som bidrar til å bygge bro over disse. Kanskje er det også ønskelig at scenariene skal kunne fungere kommunikasjon og påvirkning overfor omverden?

1.3.2 Scenarioutvikling og scenariobasert planlegging

De vanligste hovedelementene i scenarioutvikling kan beskrives i tre trinn:

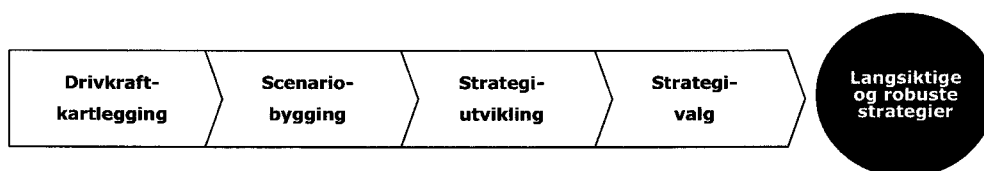
- 1 *Identifikasjon av drivkrefter:* Hvilke krefter kan påvirke det aktuelle området for scenariene innenfor den valgte tidshorisonten?
- 2 *Sortering av drivkrefter:* De identifiserte drivkreftene sorteres i henholdsvis sikre/usikre og krefter med stor/liten betydning.

3 *Bestemme de viktigste dimensjonene og bygge scenariene:* Dimensjonene må være slik at de usikre og viktige drivkreftene tydelig lar seg plassere det systemet som fremkommer. Scenariene bygges for å beskrive de resulterende situasjonene.

Scenarioplanlegging – eller scenariobasert strategiprosess – dreier seg til syvende og sist om å treffe kloke, robuste og fleksible og forutseende beslutninger i dag, og å øke evnen til å lese omgivelsene og oppdage store forandringer så tidlig som mulig.

En scenariobasert strategiprosess består enkelt sagt av fire steg som vist i figuren nedenfor:

Figur 1.2 Scenariobasert strategiprosess i fire steg



Kvaliteten i det endelige resultatet – langsiktige og robuste strategier – er avhengig av kvaliteten i alle leddene som kommer foran. Arbeidet som dokumenteres i denne rapporten har vært konsentrert om scenariobyggingen, og det påpekes sentrale tema for det etterfølgende strategiarbeidet.

I drivkraftkartleggingen er det vesentlige å identifisere alle viktige faktorer som kan påvirke fremtidsbildet på det feltet vi arbeider med. I scenariobyggingen brukes faktorer som vi har klassifisert som viktige og rimelig sikre (trender), som basis i alle scenariene. Viktige faktorer som er klassifisert usikre, det vil si at de kan anta ulike forløp og derved påvirker fremtiden på ulike måter, utnyttes i scenariobyggingen til spile ut ulike scenarier. På grunnlag av analyser av scenariene utvikles strategier som er robuste i de ulike scenariene, og mulige strategivalg i de forskjellige situasjoner som kan oppstå.

Gode scenarier er verken visjoner eller prognoser. Til forskjell fra visjoner, bør scenarier ikke representere ønskebilder av fremtiden – heller ikke katastrofebilder. Hvert scenario bør inneholde både muligheter og utfordringer, slik at alle scenariene er med på å utfordre brukeren. I motsetning til en prognose skal ikke et scenario nødvendigvis "treffe" den framtidige virkeligheten. Det viktige er at scenariene treffer i dag, gjennom å utfordre oss til å tenke og handle klokere i forhold til relevante og viktige problemstillinger.

For å lykkes med scenarioprojekter er det viktig at man tilpasser metoden og formatet på sluttproduktet til det aktuelle formål og problemstilling. Scenarier anvendes i et så bredt utvalg av sammenhenger at det er mange muligheter til å gå seg vill ved blindt å kopiere tilnærming fra prosjekt til prosjekt.

2 Situasjonen i 2006

Utgangspunktet for analysen og scenariene er den situasjonen som Helse Øst står i nå i 2006. I dette avsnittet beskrives en del forhold som summarisk karakteriserer nåsituasjonen på en del punkter som er relevante for den videre analysen.

Helseforetakene er mer enn de aller fleste andre virksomheter gjenstand for politisk oppmerksomhet og virkemiddelbruk. Følgende punkter karakteriserer den politiske virkeligheten som foretakene skal virke innenfor i 2006:

- Helseforetaksreformen er gjennomført, om enn ikke fullendt, med bred politisk støtte. Stoltenberg I-regjeringen utformet og iverksatte reformen, og Bondevik II-regjeringen fulgte opp. Slik sett har reformen blitt gjennomført og forvaltet på et meget bredt tverrpolitisk grunnlag, til tross for den store politiske oppmerksomheten som reformen har hatt, og de mange vanskelige spørsmålene den har reist.
- En del til dels vanskelige forhold ble "lagt i skuffen på vent" da reformen ble gjennomført. Flere av disse forholdene reflekterer problemer som fortsatt står uløste. Av relevans for vår scenarietanalyse kan nevnes spørsmål knyttet til verdifastsettelsen i helseforetakenes åpningsbalanse, deler av finansieringssystemet, spørsmålet om avskrivninger, styringsproblematikk, særlig hva gjelder grad av detaljstyring og politisk inngripen og spørsmålet om en klarere rolledeling (bestiller/utfører). På disse punktene har reformen neppe funnet en stabil løsning ennå. Dette dreier seg i og for seg ikke så mye om politisk kontroversielle spørsmål, men snarere om å finne de gode og stabile løsningene.
- På en del andre punkter har det imidlertid blitt utkrystallisert ulike politiske retninger, der politikken faktisk har variert med varierende politisk ledelse. Posisjonen og opposisjonen har uttrykt ulike synspunkter og i noen grad praktisert ulik politikk på følgende punkter:
 - Spørsmålet om hvilke grad det skal være konkurranse mellom offentlige og private sykehus. Nåværende regjering har vært klar på at den ønsker at de privates rolle skal begrenses til en form for bufferkapasitet. I Helse Øst har imidlertid kjøp fra private allerede et ganske betydelig omfang. Kjøp fra private spesialister har også stor betydning.
 - Detaljstyring og politisk styring. Stoltenberg II-regjeringen innførte raskt et system der flertallet av eieroppnevnte styrerepresentantene oppnevnes blant de foreslåtte folkevalgte fra henholdsvis kommune eller fylkeskommune. Videre legger den økt vekt på å opprettholde

eksisterende, lokale tilbud. Det innebærer at muligheten til å omstrukturere blir begrenset.

- Politisk gis det hele tiden "løfter" om nye tilbud uten at det nødvendigvis følger ressurser med "satsingene". Et eksempel er fedmebehandling, som på kort tid har blitt tillagt sterke politiske føringer. Et annet eksempel er løftet om kapasitet til 400 flere fødsler i Oslo, som skal gjennomføres uten budsjettjusteringer. Det kan være grunn til å stille spørsmål ved om prioriteringsmekanismene fungerer optimalt. Mediastyringen blir dessuten stadig sterkere.

De økonomiske rammebetingelsene har ikke funnet en stabil og forutsigbar form. Blant annet er usikkerheten stor omkring følgende:

- Viktige hovedkomponenter i inntektssystemet varierer. Stykkprisfinansieringsandelen er nå 40 pst, ned fra 60 pst tidligere. Andelen har variert også tidligere. At den aktivitetsbaserte andelen har gått ned gir redusert incentiv til økt aktivitet.
- Flere vil hevde at helseforetakene er underbudsjettet.
- Reformen setter krav om at virksomheten skal være i økonomisk balanse. Foretakene styrer i forhold til balansekravet, men oppfyller dette i varierende grad. I flere tilfeller er det gjort individuelle tillempninger til dette kravet, senest nå i 2006.

Samfunnsmessige endringer skaper også nye rammer for helseforetakene. Blant annet vil vi nevne:

- Pasientene får stadig økt innsikt i egen sykdom og behandlingsmetoder, blant annet ved hjelp av Internett. Det innebærer at kunnskapen øker, og pasientene stiller strengere krav til behandlingen.
- Det er de faktiske pasientene som er mest opptatt av kvaliteten i behandlingen, mens "potensielle" pasienter later til å legge mest vekt på nærhet, ved å opprettholde eksisterende sykehusstruktur. Med fritt sykehusvalg har kvalitet blitt en "konkurranseparameter".
- Helseforetakene opplever ofte sterk lokal motstand mot omstruktureringer og nedleggelser, ofte på en måte hvor grupper av ansatte, lokalpolitikere og lokalbefolkningen står side om side i protester mot endringer.
- Pasientenes valgfrihet øker, også med muligheter til å velge behandling utenlands. En nylig avsagt EU-dom vil kunne bidra til å forsterke dette. Stadig flere kjøper spesialisthelsetjenester selv, eller får dem finansiert gjennom helseforsikringer.

Utviklingen på teknologiområdet skjer svært hurtig:

- En rivende teknologisk utvikling gjør noen behandlinger rimeligere, men teknologien bidrar også til at flere sykdommer kan behandles og noen (nye) behandlinger blir dyrere. Det reiser spørsmål om i hvilken grad nye metoder skal tas i bruk, når og i hvilket omfang, og hvordan skal dette finansieres? Effekten er ofte en sterk og ukontrollert kostnadsvekst.
- Ny teknologi skaper nye utfordringer for arbeidsformer og organiseringen av arbeidsprosessene.

- Bygningsmassen er ofte tildels dårlig vedlikeholdt og lite fleksibel ift. endringer i behov.
- Teknologien kan utnyttes både i sentraliserende og i desentraliserende retninger.

Endelig er det en del interne forhold i helseforetakene og de regionale helseforetakene som utgjør viktige rammebetingelser. Vi nevner blant annet:

- Modellen impliserer i prinsippet en betydelig grad av autonomi for de enkelte regionale helseforetak. Men detaljstyringen fra politisk nivå forplanter seg i noen grad til det enkelte foretak, slik at autonomien begrenses. Det griper naturligvis inn i styringsmodellen.
- Det er ofte en betydelig internt motstand mot strukturendringer som medfører flytting av arbeidsplasser eller som innebærer endringer i profesjonenes roller. Noen av profesjonene har en inngripen i intern styring av foretakene som i andre former for virksomhet tilligger ledelsen.
- Det oppleves trolig ofte som svært vanskelig å styre de regionale helseforetakene som konserner. Det gis liten eierstøtte for slik styring, og foretakene har fått en rolle ”mellom barken og veden”.

Denne situasjonsforståelsen er lagt til grunn for utvikling av scenariene, som beskrives i neste kapittel.

3 Drivkrefter og scenarier

I dette kapitlet utvikles scenarier for ulike fremtidige situasjoner. Vi følger metodikken det er redegjort for i kapittel 1.3, slik at vi først identifiserer drivkrefter, så sorterer dem og utleder et scenarietkryss. Til sist beskriver vi fire scenarier som illustrerer spennet i scenarietkrysset. I tillegg utvikler vi et frittstående såkalt ”wildcard”-scenario, uten sammenheng med scenarietkrysset.

3.1 Arbeidsdeling og organisering av bestiller/utfører viktige usikkerheter

Ved identifikasjon av drivkrefter er det ofte nyttig å bruke en teknikk kalt PEST; Politikk, Økonomi (Economy), Samfunn og Teknologi. Ved systematisk å gjennomgå disse fire områdene økes sannsynligheten for å fange opp alle viktige forhold.

I mange tilfeller kan det diskuteres hvilket av de fire områdene en drivkraft skal kategorisere under. Kategoriseringen er imidlertid langt på vei mindre viktig enn at de ulike drivkreftene identifiseres. Oppstillingen under må ses i lys av dette.

3.1.1 Politikk

Innen området politikk kan det tenkes en rekke drivkrefter. Blant de viktigste er trolig:

Fortsatt vekt på å opprettholde eksisterende, lokale tilbud

Politikken kan også i 2025 være opptatt av å imøtekomme krav i media, lokalbefolkning og blant helseforetakenes ansatte om ikke å legge ned eller flytte eksisterende tilbud. Dette vil vanskeliggjøre strukturelle endringer.

Ytterligere utvidelse av pasientrettigheter

Økende velstand fører til økende forventninger og kvalitetskrav. Utvidede pasientrettigheter kan gjelde både generelle rettigheter for alle pasientgrupper og rettigheter for pårørende. Flere sykdommer kan gis spesielle garantier for behandling. Rettighetene kan gjelde både tidspunkt for og innhold i behandlingen. Rettighetene kan også omfatte større medbestemmelse for pasienter og pårørende i valg av behandlingsform og -forløp. Økte rettigheter for pasienter og pårørende vil redusere Helse Østs fleksibilitet og anledning til selv å bestemme innretningen

av oppgaveløsningen. Dette kan blant annet skape utfordringer for utvikling av kvalitetsnormer og beste praksis.

Geografisk regionreform

Grensene i 2006 mellom de regionale helseforetakene gir en rekke utfordringer med hensyn til pasientflyt, god utnyttelse av kapasiteten og økonomiske mellomværender. Dette kan gi grunn til justering av grensene. For Helse Østs del er det særlig grensen til Helse Sør som kan oppleves som problematisk, og hvor det kan tenkes justeringer eller etablering av nye samarbeidsformer mellom helseregionene.

Innføring av reell rammestyring

Økt vekt på lokal eller regional innflytelse på helsetilbudet i eget område kan føre til større andel frie midler i finansieringen av de regionale helseforetakene. Dersom dette gjennomføres og fastholdes, kan ulik prioritering mellom regionene føre til økte regionale forskjeller.

Skille bestiller/utfører

Som det er redegjort for i kapittel 2, var spørsmålet om bestiller- og utføreransvaret skulle være samlet eller delt en aktuell problemstilling allerede ved innføring av reformen i 2002. Dobbeltrollen de regionale helseforetakene har i 2006 er problematisk på mange måter, og kanskje særlig i valget mellom å bruke egen eller andres utførerkapasitet. Ved et eventuelt skille av de to rollene, kan nye regioner som erstatning for dagens fylkeskommuner være et aktuelt sted å plassere bestillerfunksjonen. Vi legger til grunn at et eventuelt skille av de to rollene vil gjøre det resterende Helse Øst til en ren utførerorganisasjon.

3.1.2 Økonomi

Følgende drivkrefter fremstår som sentrale på økonomiområdet:

Stadige effektiviseringskrav

Som på de fleste samfunnsområder, virker det rimelig å forvente at også spesialisthelsetjenesten vil stå overfor vedvarende krav til effektivisering. Andre drivkrefter, som nye behandlingsformer og økte krav og forventninger fra pasienter og pårørende, gjør det imidlertid sannsynlig at effektivisering ikke vil tas ut i form av reduserte bevilgninger, men snarere i form av økt produksjon. Bevilgningene kan altså ikke forventes økt proporsjonalt med produksjonskravene.

Mer penger følger pasienten

En naturlig følge av økte pasientrettigheter, jfr. over, kan være at en større del av de finansielle ressursene som stilles til rådighet i spesialisthelsetjenesten disponeres av den enkelte pasient selv. Sammen med (et fortsatt) fritt sykehusvalg, gjør dette at Helse Øst i større grad må konkurrere om pasientgrunnlaget. Det kan være naturlig å anta at et system hvor pengene følger pasienten begrenses til et nærmere definert antall sykdommer og/eller behandlingsformer.

Økt arbeidsdeling styrt av pasientenes valg

En rekke av de øvrige drivkreftene – særlig skille bestiller/utfører og økte pasientrettigheter hvor midlene følger pasienten – vil utfordre dagens system, hvor private leverandører først og fremst utgjør en kapasitetsbuffer og prioriteres etter de offentlige sykehusene.

For å opprettholde eller øke produksjonen, må Helse Øst i en slik situasjon konkurrere med såvel andre offentlige som med private – norske og utenlandske – leverandører av spesialisthelsetjenester.

3.1.3 Samfunn

Den generelle endringstakten i samfunnet er økende, og flere generelle utviklingstrekk må forventes å påvirke spesialisthelsetjenesten. Dette kan omfatte:

Økt individualitet, kompetanse og mobilitet

Det er allerede påpekt flere muligheter for at pasienten og enkeltindividet får en viktigere rolle i spesialisthelsetjenesten. Dette vil forsterkes av en mulig fremtidig situasjon hvor pasientene, gjennom Internett og andre kilder, får stadig bedre innsikt i egen sykdom og nye behandlingsformer. Endrede reisevaner og bedre transportformer kan gjøre avstand til et stadig mindre relevant argument i pasientenes valg av behandlingssted.

Flere eldre med sammensatte behov

Bedre behandlingsformer og bedre generell sunnhet i befolkningen, gjør det sannsynlig at flere eldre vil leve videre med komplekse og sammensatte diagnoser. Dette stiller spesialisthelsetjenesten overfor utfordringen både med hensyn til ressursbruk og organisering av behandlingen.

Endret fokus fra profesjon til pasient

Økt arbeidsdeling, sammensatte behov og mer krevende og selvbevisste pasienter kan tvinge frem en utvikling hvor spesialisthelsetjenesten i større grad må organiseres omkring pasient og pårørende fremfor omkring de behandlende profesjonene. Mer komplekse behandlingsformer vil også trekke i denne retningen, ved at organiseringen må innrettes etter behandlingsforløp hvor mange ulike profesjoner må koordineres.

En utvikling som dette vil også forutsette bedre samspill mellom nivåene i helsetjenesten, og kan utfordre skillet mellom forvaltningsnivåene.

3.1.4 Teknologi

Teknologiområdet er kanskje det av de fire som behandles her hvor forandringene må forventes å bli størst, og hvor innholdet er vanskeligst å forutsi. Følgende overordnede drivkrefter kan likevel være viktige:

Redusert liggetid og mer poliklinisk behandling

Nye, forbedrede og mer effektive behandlingsformer kan virke sammen med bedre forebyggende arbeid. Dette kan gjøre det mulig å utnytte kapasiteten langt bedre ved at liggetider reduseres og flere behandlinger gjøres poliklinisk.

Stadig ny, dyr teknologi gir krevende prioriteringer

Mange av de nye behandlingene må forventes å forutsette investeringer i nye og kostbare apparater. Dette kan blant annet muliggjøre behandling av sykdommer og sykdomsstadier som tidligere ikke lot seg behandle.

Under forutsetning av at de økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten fremdeles vil være endelige, kan dette forutsette svært krevende prioriteringer, blant annet av hvem som skal få behandling og hvor lenge i et sykdomsforløp.

Teknologisk utvikling trolig kostnadsdrivende

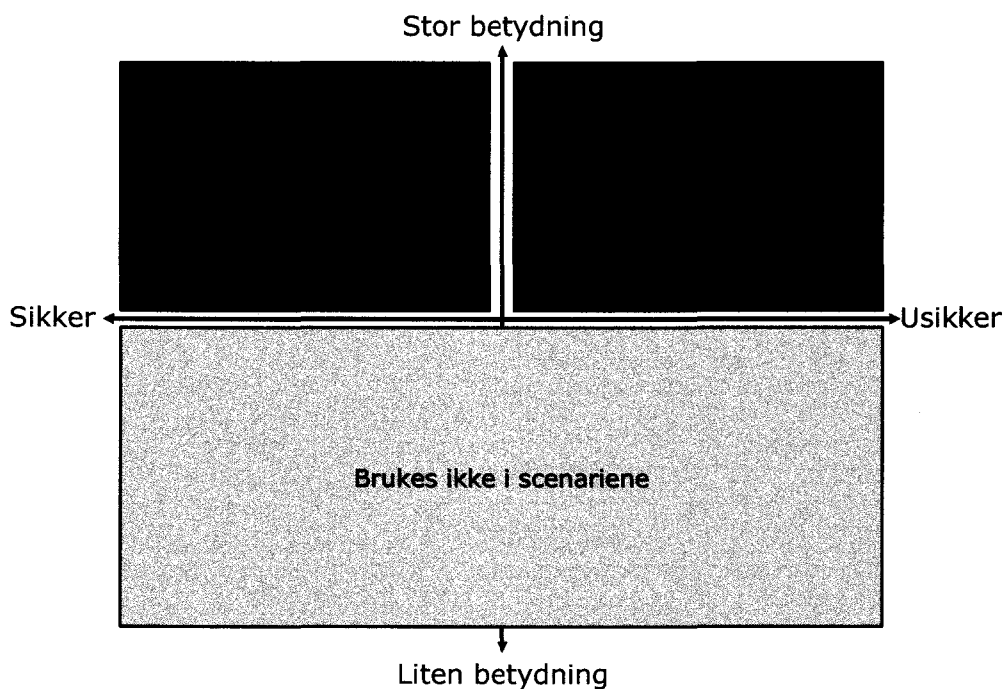
Den teknologiske utviklingen kan virke kostnadsreduserende ved bedre forebygging, tidligere oppdagelse av sykdom og mer effektiv behandling. På den annen side vil nye behandlingsmuligheter kunne utvide kravet om behandling til stadig nye sykdommer og -stadier.

Selv om det er usikkert hva den økonomiske summen av disse endringene vil være, kan det være rimelig å anta at full utnyttelse av de nye mulighetene vil være kostnadssøkende.

3.1.5 Sortering av drivkrefter og etablering av scenarietkryss

I dette avsnittet sorterer vi de identifiserte drivkreftene slik det er illustrert i figuren under. Det sondres mellom på den ene siden drivkrefter med stor eller liten betydning, på den andre siden drivkrefter som er sikre eller usikre.

Figur 3.1 Sortering av drivkrefter



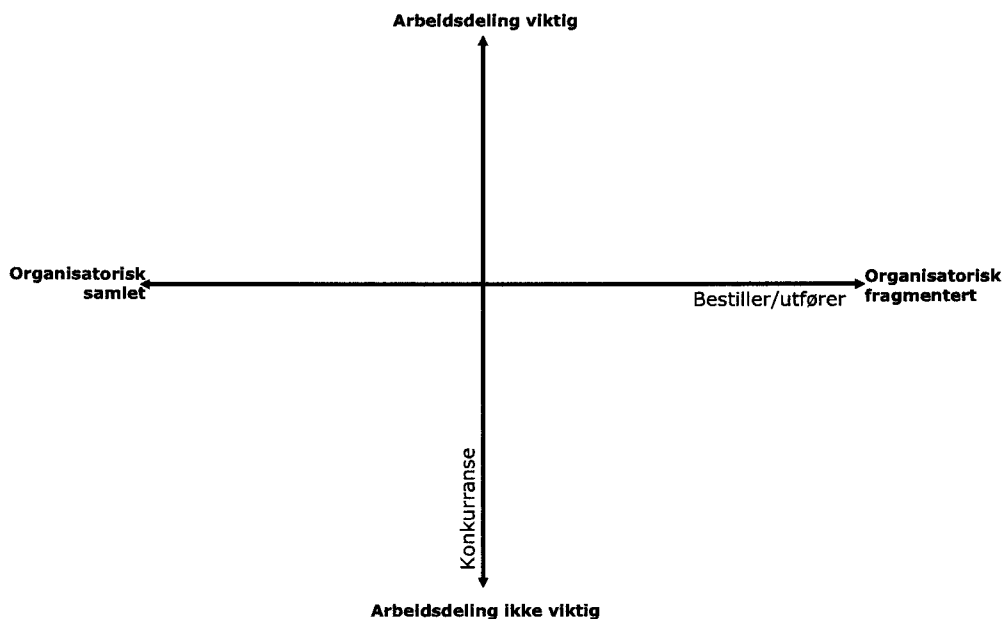
Ingen av de drivkreftene som er omhandlet i de foregående avsnittene har liten betydning, mens de fleste av dem må anses som relativt sikre. For eksempel fremstår det som ganske sikkert at vi vil oppleve en betydelig teknologisk utvikling, selv om de konkrete resultatene er ukjente. Det virker også ganske trygt å regne med at individet og den enkelte pasient vil få en større påvirkning på innretningen av og aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.

Det avtegner seg særlig to drivkrefter som er usikre, men som vil ha stor betydning dersom de gjør seg gjeldende:

- Innføring av et organisatorisk skille mellom bestiller og utfører
- Mer gjennomført likebehandling av ulike leverandører av spesialisthelsetjenester, og dermed økt arbeidsdeling.

Disse to drivkreftene kan fanges opp i to dimensjoner, slik det er vist i figuren under.

Figur 3.2 Scenarietkryss



Den horisontale dimensjonen omhandler hvordan forholdet mellom bestiller og utfører av spesialisthelsetjenester organiseres. Mulighetsspennet går her fra organisatorisk samlet – som i dag – til organisatorisk fragmentert. En slik oppdeling kan anta mange former, men det mest sentrale i scenarioarbeidet er at de to funksjonene – bestille og utføre – i en fragmentert løsning ikke lenger er tillagt en og samme organisasjon. Fordi scenariene primært skal brukes til å velge strategier for Helse Østs bruk av bygg og eiendom – som i hovedsak er knyttet til utførerfunksjonen – velger vi å betrakte Helse Øst som en utfører i fragmenterte løsninger.

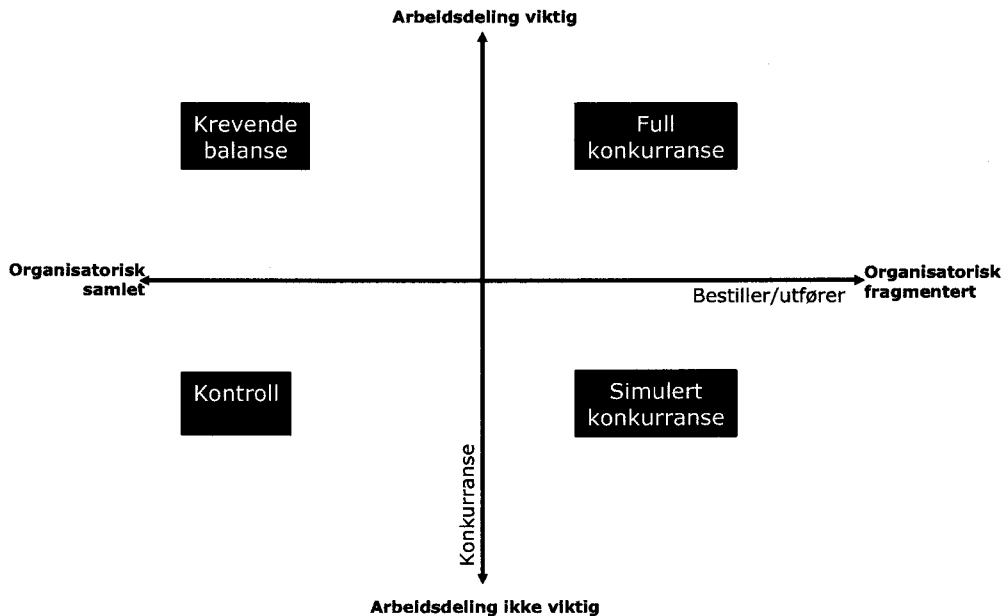
Den vertikale dimensjonen omhandler hvem som produserer spesialisthelsetjenester. Mulighetsspennet går her fra en situasjon hvor arbeidsdeling gjennom konkurranse eller samarbeid med andre offentlige og private leverandører ikke er fremtredende – som i dag – til en situasjon med utstrakt arbeidsdeling, og hvor alle private og offentlige aktører behandles likt.

Når disse to dimensjonene settes i sammenheng, fremkommer det som kalles et scenarietkryss, og som danner utgangspunktet for fire scenarier.

3.2 Fire scenarier – og en wildcard

De fire scenariene er utviklet for å beskrive situasjonen i de fire kvadrantene i scenarietkrysset.

Figur 3.3 Fire scenarier



I det følgende utvikles og beskrives de ulike scenariene.

3.2.1 Kontroll: Fortsatt offentlig planlegging, styring og forvaltning av tjenestetilbudet

I Kontrollscenariet er utfører og bestiller samlet, og arbeidsdeling er ikke svært viktig. Dette er det scenariet som ligger nærmest dagens situasjon, og kan dermed ses som et 0-alternativ.

Scenariet kan karakteriseres som et duopol, hvor det innslaget som finnes av konkurranse først og fremst skjer mellom de regionale helseforetakene. Fordi scenariet ligger nærme dagens situasjon, vil også fordeler, ulemper og utfordringer langt på vei være de samme som i dag.

De viktigste endringsagentene for denne "ikke-endringen" er trolig de ansatte ved helseforetakene, lokalpolitikere og de delene av lokalbefolkningen som ikke har behov for mer kompliserte eller komplekse behandlinger.

Som i alle monopollignende situasjoner, er en viktig utfordring i Kontrollscenariet å sørge for effektiv utnyttelse av ressursene og godt samsvar mellom økonomiske rammer og forventninger til produksjonen. Fra eierens og den statlige bestillerens side (Helsedepartementet) vil en betydelig utfordring være å kreve økonomisk balanse innen gitte ressursrammer, uten å kunne spille på andre, alternative leverandører.

En betydelig fordel i Kontrollscenariet er at man har et mer forutsigbart pasientgrunnlag enn i situasjoner med flere store viktige leverandører. Dersom man ikke lykkes i å utnytte produksjonsressursene på en god måte, vil det likevel være en fare for lekkasjer til andre offentlige, private eller utenlandske leverandører.

Innen bygg og eiendom vil det være en utfordring å gjennomføre effektiv bruk av arealene uten harde økonomiske rammer.

Den viktigste strategiske utfordringen i dette scenariet kan være å balansere pasientenes ønske om geografisk nært behandlingstilbud med ønsket om – og behovet for – tilstrekkelige pasientvolumer for å opparbeide og opprettholde god kvalitet. Dette vil særlig være krevende når det gjelder kompliserte eller sjeldne behandlingstyper. Spørsmålet kan formuleres som valget mellom ”maksimal nærhet, med akseptabel kvalitet” eller ”maksimal kvalitet, med akseptabel reiseavstand”. Svaret kan trolig variere mye, avhengig av blant annet sykdom/behandlingstype og pasientgruppe: kroniker eller akuttpasient, eldre m.v.

3.2.2 Simulert konkurranse: Skille bestiller og utfører

Mens kontrollscenariet over er basert på at bestiller og utfører er en og samme organisatoriske enhet, er situasjonen i ”Simulert konkurranse” at de to funksjonene skilles organisatorisk.

I dette scenariet er Helse Øst en ren utfører uten ”sørge for”-ansvar, mens bestillerfunksjonen ivaretas av andre. Selve bestillingen blir dermed et viktig styringsredskap overfor Helse Øst. Den viktigste endringsagenten i dette scenariet er trolig regionale politikere, som også antas å være den mest sannsynlige bestilleren i denne situasjonen.

Det regionale helseforetaket har imidlertid fremdeles tilnærmet monopol på å levere spesialhelsetjenester innenfor sitt geografiske område. Et viktig avklaringsspørsmål er hvem som bestemmer prisene og hvilke mekanismer som legges til grunn for dette.

- Skal leverandøren sette pris og bestiller avgjøre mengden?
- Skal bestiller avgjøre (total) pris og leverandøren sette mengden?
- Skal prisene settes etter benchmarkingprinsipper?
- Hvordan skal eventuelle forhandlinger organiseres m.v.?

Viktige utfordringer i prissettingen blir å sikre at produksjonen treffer behovene både med hensyn til mengder og kvaliteter. I dette vil kontroll- og tilsynsfunksjoner få en forsterket rolle.

Utfordringen spesielt knyttet til bygg og eiendom vil trolig være å sikre at de fastsatte prisene gir rom for å avsette tilstrekkelige midler til vedlikehold.

Den sentrale strategiske utfordringen i dette scenariet er således å påvirke prissettingen: Hva skal Helse Øst hevde som ”riktige” prismekanismer og hvilke forhandlingssystemer og kontraktsstrategier bør foretrekkes?

En ytterligere strategisk utfordring kan være om Helse Øst skal søke å utvide eller innskrenke sitt produksjonsomfang i betydningen hva som regnes til spesialhelsetjenestene virksomheten skal levere.

3.2.3 Krevende balanse: Upartisk bestiller og leverandør

Helse Øst er i dette scenariet fremdeles både bestiller og utfører. Den tilnærmede monopolstillingen som utfører/leverandør av spesialisthelsetjenester i regionen er imidlertid borte. Dette innebærer at Helse Øst som leverandør må konkurrere om oppdragene, og at Helse Øst som bestiller fullt ut må likebehandle egne og andre offentlige og private leverandørers tilbud. Det kan tenkes flere viktige endringsagenter i dette scenariet: Private leverandører er en opplagt kandidat, men andre offentlige leverandører med overskuddskapasitet kan også tenkes å trekke utviklingen i denne retningen. Dersom private leverandører oppfattes å ha overlegne tilbud på ette eller flere områder, kan også befolkningen bli en påvirkningsagent: Finnes for eksempel korridorpasienter bare på offentlige sykehus?

Fordi Helse Øst i dette scenariet også vil kunne konkurrere om oppdrag i andre regioner, er det ikke på forhånd mulig å vite om konsekvensen vil være større eller mindre oppdragsmengde. Det er imidlertid sikkert at man vil ha mindre kontroll over pasientvolumene. I en slik likebehandlingssituasjon er det naturlig å anta at pasientenes frie sykehusvalg også vil omfatte alle private leverandører som har avtale med bestilleren. Dette kan øke uforutsigbarheten.

Viktige avklaringsspørsmål er blant annet hvordan bestillingen utformes:

- Priskonkurranse med definert (minste-)kvalitet
- Kvalitetskonkurranse med definert (maks-)pris
- Pris avhengig eller uavhengig av mengde m.v.

Utfordringen spesielt knyttet til bygg og eiendom vil trolig være å sikre en fleksibilitet som kan tilpasses større variasjoner i pasientvolum og å være tilstede på strategisk viktige lokasjoner for de typer behandling hvor nærhet enten til pasienten eller til spesialisert arbeidskraft er avgjørende.

Den sentrale strategiske utfordringen i denne situasjonen er trolig todelt:

Dels må det besluttes en håndtering av bestillerrollen som skaper tillitt og troverdighet og som sørger for tilstrekkelig kapasitet. Inntrykk av forskjellbehandling av leverandører kan være ødeleggende. Ett av flere viktige spørsmål blir hvem som skal sørge for nødvendig bufferkapasitet og hvordan denne skal prises.

Dels må egen produksjon og produksjonskapasitet tilpasses helheten i et mer oppdelt og komplekst samlet produksjonsapparat. Som produsent i konkurranse må man være attraktiv for å tiltrekke seg pasienter. Et viktig strategisk spørsmål blir valget av hvilke faktorer eller parametere Helse Øst skal bli særlig attraktive på, med andre ord hvor Helse Øst skal ha sine komparative fortrinn. Dette kan innebære å velge mellom for eksempel enten å være en mellomspesialisert leverandør av volumtjenester eller en høyspesialisert leverandør av nisjetjenester.

3.2.4 Bred arbeidsdeling: Helse Øst en av mange likeverdige leverandører

Også i dette scenariet finnes det mange leverandører av spesialisthelsetjenester i tillegg til Helse Øst. Imidlertid er Helse Øst ikke lenger bestiller, da denne funksjonen er skilt ut fra virksomheten. I dette scenariet kan påvirkningsagentene være en kombinasjon av agentene som ble påpekt i Simulert konkurranse og Krevende balanse-scenariene: Regionale politikere, andre leverandører og befolkningen.

På mange måter er dette – sett fra leverandørsiden – en mer rendyrket versjon av krevende balanse-scenariet. Fordi grunnlaget for spekulasjoner om forfordeling av egen produksjonskapasitet er fjernet, vil Helse Øst lettere kunne innta mer aggressive konkurransestrategier.

Et viktig avklaringsspørsmål i dette scenariet er hvordan bestillingen av spesialisthelsetjenester organiseres. Øvrige trekk ved modellen kan gjøre det mer nærliggende enn ellers å tenke seg at pasientene får større påvirkning gjennom fritt sykehusvalg eller ved det innføres en eller flere former for ”pengene følger pasienten”-ordninger.

For bygg og eiendom blir fleksibilitet og strategisk plassering enda viktigere. I tillegg kan betydningen av godt (ytre og synlig) vedlikehold også bli viktigere, fordi signaleffekten om høy eller lav kvalitet vil smitte over på oppfatningen av innholdsproduksjonen.

Den strategiske utfordringen blir i enda større grad enn i Krevende balanse-scenariet å velge hvilke tjenester Helse Øst skal produsere. Innsikt i egne styrker og svakheter i relasjon til konkurrentenes, og blir – sammen med endringsevne – avgjørende for å lykkes.

3.2.5 Helseløftet: Friske penger til spesialisthelsetjenesten

Helseløftet er et såkalt wildcard-scenario, uten sammenheng med scenarietkrysset i Figur 3.2. Helseløftet kan ses som en variant av Kontroll-scenariet.

Den sentrale driveren i Helseløftet er at de økonomiske rammen brytes ved at bevilgningene økes vesentlig. Friske penger kan tenkes tilført spesialisthelsetjenesten på en rekke ulike måter. I dette scenariet har vi valgt å ta utgangspunkt i at avskrivningstilskuddet økes slik at det kan skrives av på faktiske verdier i helseforetakene, og at basisrammen økes tilsvarende. Dette er for så vidt også i tråd med den sittende regjeringens tiltredelseserklæring, hvor det blant annet heter på side 40: *Avskrivninger skal baseres på den reelle verdien av bygningsmassen og være i tråd med regnskapslovens alminnelige bestemmelser.*

Motivasjonen for denne endringen kan være at formålet med dagens avskrivningsregime – å tvinge frem en reduksjon av (overflødig) realkapital – ikke er blitt akseptert gjennomført. Denne mangelen på aksept er gjenspeilt i motstanden fra flere parter mot nedleggelse av eksisterende, lokale tilbud.

Påvirkningsagentene i dette scenariet vil trolig primært være de regionale helseforetakene, og særlig de som er mest lojale mot den stående – men stadig frafalte – ordren om å gå i økonomisk balanse.

Den viktigste strategiske utfordringen for Helse Øst er trolig å unngå at foretaket blir straffet for å ha hatt den mest velordnede økonomien av de regionale helseforetakene. Likebehandling og å unngå at de minst lojale favoriseres er trolig viktige argumenter i denne sammenheng.

Den neste strategiske utfordringen blir å avgjøre hvordan den bedre økonomien skal utnyttes: Skal man ta igjen vedlikeholdsetterslep, fortsette å vedlikeholde egentlig overflødig bygningsmasse, sanere og bygge nytt, eller skal midlene brukes til å styrke andre deler av virksomheten, for eksempel forskning? Trolig bør Helse Øst i dette scenariet søke å unngå at de friske midlene låses til bygg og eiendom.