



Arkivsak-dok. 201600037-259
Saksbehandler Terje Kind

Saksgang
Fylkestinget

Møtedato
15.02.2017

NOU 2016: 25 ORGANISERING OG STYRING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN. HVORDAN SKAL STATENS EIERSKAP INNRETTES FRAMOVER?

Forslag til

VEDTAK

For å opprettholde og videreutvikle en desentralisert sykehusstruktur innenfor helseforetaksmodellen og for å sikre nødvendig legitimitet og brukermedvirkning både lokalt og regionalt bør

- regionnivået opprettholdes som beslutningsnivå og
- de lokale helseforetakene videreføres som egne rettssubjekt med definerte roller, ansvar og myndighet.

Oppland fylkeskommune støtter forslagene om ytterligere formalisering av lokale og regionale samhandlingsarenaer og forankringen av disse.

I det videre arbeid bør styrker og svakheter ved helseforetaksmodellen som sådan vurderes opp mot alternative modeller, herunder modeller hvor sykehusene underlegges politisk styring gjennom direkte tilknytning til forvaltningen

Rasmus O. Vigrestad
Fylkesrådmann

Terje Kind
Ass. fylkesrådmann

Vedlegg: NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten følger som elektronisk vedlegg

Bakgrunn:

Et offentlig utvalg ledet av Stener Kvinnsland, leverte NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* til helse- og omsorgsministeren 1. desember 2016. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt utredningen på høring.

Bakgrunn

I oktober 2015 ble det oppnevnt et offentlig utvalg med mandat å utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres. Utvalget skulle blant annet vurdere følgende alternativer:

- a) avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet
- b) opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene
- c) opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene
- d) eventuelle andre modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten.

Utvalget skulle også vurdere inndelingen i helseregioner og antall helseforetak i lys av de alternative modellene, samt eierskapet til og forvaltningen av bygg.

Utredningen - NOU 2016:25 - kan leses på følgende lenke:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/6db6ac4fbfde49e6bc5f8bd615c6fa1e/no/pdfs/nou201620160025000dddpdfs.pdf>

Saksframstilling:

Fra mandatet gjengis følgende:

Bakgrunn

Helseforetaksmodellen ble innført 1.1.2002 (Ot.prp. nr. 66 (2000–2001)) og har siden da lagt rammene for den statlige styringen av spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av praktiske erfaringer og tilpasninger i løpet v de første ti årene med modellen, ble det med bakgrunn i Prop. 120 L (2011–2012) vedtatt enkelte endringer i helseforetaksloven med ikrafttredelse 1.1.2013.

Intensjonene med helseforetaksmodellen

Helseforetaksreformen var basert på to hovedelementer:

- *Staten overtok eierskapet* til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten – det offentlige eierskapet ble samlet på statens hånd.
- *Virksomhetene ble organisert i foretak*. Den offentlige eide spesialisthelsetjenesten er således ikke en integrert del av den statlige forvaltningen. Overordnede helsepolitiske mål og rammer fastsettes av staten og ligger til grunn for styring av foretakene. Staten har et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenesten med både myndighetsansvaret, finansieringsansvaret og eierskapet på en hånd.

Om erfaringer med helseforetaksmodellen anføres:

I løpet av 14 år etter at helseforetaksmodellen ble innført, har det skjedd betydelige strukturendringer i den statlig eide spesialisthelsetjenesten. Sykehusene er nå organisert i 20 helseforetak. I tillegg er sykehusapotekene og regionale og nasjonale støttefunksjoner organisert som helseforetak, ansvarlige selskaper eller aksjeselskaper. Gjennom funksjons- og oppgavefordeling er det gjennomført betydelige omstruktureringer av tjenestetilbudet og det er foretatt investeringer i bygg, utstyr og IKT. Etter flere år med underskudd har helseforetakene i de senere år hatt overskudd. Det har siden helseforetaksreformen i 2002 vært både faglig og politisk debatt om ulike sider ved denne styringsmodellen. Sentrale problemstillinger som har vært diskutert er:

- Om modellen legger til rette for tilstrekkelig nasjonal samordning og utjevning av forskjeller i kvalitet og effektivitet mellom regioner og mellom helseforetak og sykehus.
- Om det er tilstrekkelig klarhet i roller mellom nivåene, og tilstrekkelig demokratisk legitimitet knyttet til vanskelige beslutninger i helseforetakene.
- Om det er riktig balanse mellom de regionale helseforetakenes beslutningsmyndighet og det politiske ansvaret for disse beslutningene.
- Om foretaksmodellen sikrer tilstrekkelig grad av politisk styring, herunder tilstrekkelig involvering av Stortinget i sentrale beslutninger.

I mandatet skrives videre følgende om Mål og rammer for organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten:

Befolkningen skal sikres likeverdige tjenestetilbud med god kvalitet gjennom effektiv utnyttelse av ressursene som Stortinget stiller til disposisjon. Eierstyring er ett av flere virkemidler i den helhetlige politiske og strategiske styringen av spesialisthelsetjenesten. Staten er myndighet og styrer gjennom bl.a. lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak. Staten finansierer spesialisthelsetjenesten og stiller vilkår for tildeling av Stortingets bevilgning i oppdragsdokumentet. Eierstyringen og organiseringen av eierskapet skal understøtte den nasjonale politiske styringen for å oppfylle målsettingene i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven m.fl. Utredningen av hvordan eierskapet best kan organiseres må også ta høyde for de styringsmessige tiltakene som vil følge av Stortingets vedtak ved behandling av nasjonal helse- og sykehusplan, jf. at regjeringen vil fremme et forslag til en slik plan høsten 2015.

Med bakgrunn i ovenstående ble utvalget gitt følgende mandat:

Utvalget skal:

1. Gi en kort beskrivelse og vurdering av erfaringene med helseforetaksmodellen og kort redegjøre for andre lands erfaringer med organisering av eierskap til sykehus. 2. Med utgangspunkt i pkt. 1 – utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere sitt eierskap til og innrette eierstyringen av foretak som tilbyr spesialisthelsetjenester og gi tilrådning om valg av modell. Med foretak menes selvstendige rettssubjekter med styrer. Utvalget skal blant annet vurdere følgende alternativer:

- a. avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet
- b. opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene
- c. opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene
- d. eventuelle andre modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten.

I kapittel 3 i utredningen gis en nærmere beskrivelse av helseforetaksmodellen slik den framstår i dag. I kapittel 4 og 5 gjøres det en gjennomgang av erfaringer med modellen, både i Norge og i andre land. Videre gis det i kapittel 6 en beskrivelse av *utfordringsbildet* slik utvalget oppfatter det. Det gjøres her en beskrivelse av bla samfunnsmessige utviklingstrekk, befolknings- og sykdomsbildet, den medisinske og teknologiske utviklingen samt føringer gitt gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). For en nærmere gjennomgang av disse spørsmål vises derfor til utredningen.

I kapittel 7 svarer utvalget opp punkt 2 i mandatet hvor det bes om en utredning om alternative modeller for hvordan staten kan organisere sitt eierskap innenfor rammen av helseforetakslovgivningen. Sistnevnte innebærer en klar begrensning i utvalgets arbeid. Utvalget har gitt følgende merknader til mandatet:

Mandatet gir tre sentrale føringer som er lagt til grunn for utvalgets arbeid. For det første skal organiseringen av spesialisthelsetjenesten skje innenfor helseforetakslovgivningen, dvs. at vi fremdeles skal ha foretak som er selvstendige rettssubjekt med styrer. Det innebærer at en ren forvaltningsorganisering ikke er vurdert. For det andre skal staten være eier av foretakene. For det tredje skal dagens prinsipper for finansiering ligge til grunn, med mindre modellvalget i seg selv gjør det nødvendig med justeringer. Dette innebærer at utvalget ikke har vurdert elementer i styringssystemet som flere i den offentlige debatten stiller seg kritiske til. Utvalget opplever ikke at det nå er mye diskusjon knyttet til at staten skal eie sykehusene. Finansieringssystemet, og da spesielt systemet med stykkprisfinansiering, har imidlertid vært gjenstand for kritikk over tid. Det samme gjelder forutsetningen om foretaksorganisering, som også innebærer at regnskapsloven skal gjelde. En av dem som har uttalt seg om dette er Tormod Hermansen i boken «En bedre styrt stat» fra 2015¹. Utvalget har i sitt arbeid tatt mandatet for gitt. Virkemåte og konsekvenser av de ulike modellene som er gitt i mandatet er utredet slik at de kan vurderes opp mot hverandre. Den foretrukne modellen er vurdert opp mot dagens modell. Utvalget har også utredet en egen modell, slik punkt 4 i mandatet åpner for.

Utvalgets presiseringer i forhold til mandatet er viktig. **Dette gjelder ikke minst forutsetningen om at kun er modeller innenfor dagens helseforetakslovgivning som skal vurderes.** Utvalget tar derfor til etterretning at direkte forvaltningsbaserte organisasjonsmodeller ligger utenfor mandatets oppdrag.

Mandatet trekker opp 3 hovedmodeller som bes utredet.

Felles for disse modellene er blant annet at de **alle forutsetter at de regionale helseforetakene avvikles.**

Utvalget har med bakgrunn i et sett av vurderingskriterier som det gjøres nærmere rede for i utredningen, vurdert og gitt sine anbefalinger om modellvalg.

I tillegg til dette har utvalget benyttet den åpningen som mandatet gir for å vurdere en alternativ modell, dog - slik det presiseres i mandatet - **innenfor helseforetakslovgivningen.**

Utvalget reiser med dette et meget prinsipielt viktig spørsmål: Nasjonalt eller regionalt beslutningsnivå?. Som en del av dette spørsmålet drøfter utvalget om antall nivå i styringslinjen kan/bør reduseres. I denne skisserte modellen legges til grunn at de lokale helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter, men slik at de regionale helseforetak og den underliggende virksomheten blir en del av det samme rettssubjektet. I så fall innebærer dette bla at styrene for helseforetakene avvikles.

På sidene 19 - 22 i utredningen gir utvalget en summarisk oppsummering av egne vurderinger om fordeler og ulemper knyttet til de respektive alternativene basert på kriteriene legitimitet, effektivitet og samhandling/medvirkning. I valget mellom de 3 skisserte modellene i mandatet konkluderer utvalget med å anbefale modellalternativ 3, dvs. opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene. På sidene 125 - 153 gis det i kapitel 7 en nærmere beskrivelse og vurdering av de 3 modellene.

Fylkesrådmannen slutter seg i utgangspunktet til utvalgets vurderinger knyttet de angitte 3 modellene, men går ikke nærmere inn på disse, men tilrår i stedet at fylkeskommunens uttalelse konsentreres om hovedspørsmålet: **Nasjonalt eller regionalt beslutningsnivå?**

Dette åpner for det meget viktige spørsmålet om bla antall beslutningsnivå og regional forankring, herunder ivaretagelse av regionale perspektiver. I kjølvannet av dette drøftes videre spørsmålet om et selvstendig beslutningsnivå lokalt, under forutsetning av at det regionale beslutningsnivå videreføres.

Under kapitel 10.2.1 fra side 215 og utover drøftes spørsmålet om regionalt eller nasjonalt beslutningsnivå. Det argumenteres med at et nasjonalt helseforetak kan legge til rette for gjennomføring av nasjonal politikk siden eierstyringen av helseforetakene vil skje fra ett sted. I denne forbindelse understrekes at nasjonal samordning er viktig for effektiv utnyttelse av ressursene og for å sikre likeverdig helsetjeneste.

Fylkesrådmannen er enig i utvalgets poengtering av at staten har en rekke muligheter i tillegg til eierstyring gjennom et nasjonalt helseforetak for å utøve nasjonal samordning. Det pekes bla på lovgivning, overordnet planlegging gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan, finansieringssystem osv. I kapitel 10.1 vurderer utvalget aktuelle tiltak som kan forbedre samordningen og styringen av spesialisthelsetjenesten. Stikkordsmessig nevnes:

- Oppfølging av felleseide selskaper
- Samordning av IKT-området
- Bruk av private aktører
- Sammensetning av styrer
- Formalisering av lokal forankring og samhandling
- Ledelse og intern organisering
- Gjennomgang av inntektsmodellen

Fylkesrådmannen deler utvalgets oppfatning av at det på flere områder er samordningspotensiale som kunne - og burde - vært utnyttet bedre, uten at det er

nødvendig å opprette et **nasjonalt** helseforetak. Fylkesrådmannen har spesielt merket seg forslag om en sterkere formalisering av samhandlingsarenaer både regionalt og lokalt. Dette vil etter fylkesrådmannens oppfatning kunne bidra positivt både til en bedre lokal og regional forankring. Dette bør vurderes gjennomført uavhengig av modellvalg for øvrig.

I utgangspunktet *kan* ett sentralt, statlig beslutningsnivå også ivareta regionale perspektiv og hensyn. Fylkesrådmannen deler imidlertid de vurderinger som peker på at selvstendige regionale beslutningsnivå vil ha langt bedre forutsetninger for dette enn et sentralt nivå. Bedre regional kunnskap, større nærhet til lokale og regionale samarbeidspartnere, bedre grunnlag for skjønnsutøvelse osv vil legge et helt annet grunnlag for regional og lokal legitimitet enn en sentral modell. Utvalget er imidlertid delt i synet på om et regionalt beslutningsnivå bør videreføres.

Fylkesrådmannen støtter et flertall som anbefaler at det bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivå og frarår som følge av dette at det opprettes **ett** nasjonalt foretak, fortrinnsvis til erstatning for et regionalt nivå. Fylkesrådmannen er enig i at en overføring av beslutningsmyndighet fra regionalt til nasjonalt nivå vil kunne innebære en sentralisering av beslutninger og makt, noe som kan svekke legitimiteten - og derigjennom oppslutningen og gjennomføringsevnen lokalt og regionalt. Flertallet peker også på at "en slik maktkonsentrasjon også ville ha utfordret den rollefordelingen som systemet bygger på". Fylkesrådmannen er enig i dette.

Innenfor hovedmodellen med et regionalt beslutningsnivå drøftes så hvorvidt helseforetakene - for eksempel Sykehuset Innlandet HF - bør være egne rettssubjekter. Hvis det gjennomføres en modell uten helseforetakene som egne rettssubjekt, vil det bli innebære at dagens styrer for disse legges ned og at styringen skjer direkte fra det regionale nivå. Hovedmodellen for øvrig berøres lite.

Utvalget er delt i dette synet på om helseforetakene som selvstendige beslutningsenheter bør opphøre. De som går inn for å redusere antallet beslutningsnivå ved å fjerne styrene og helseforetakene som rettssubjekter argumenterer med at dette vil "klargjøre ansvarsforhold og samtidig legge til rette for effektive styrings- og beslutningslinjer". Videre hevdes det at "dette kan gi bedre grunnlag for regional samordning og styring, og også legge bedre til rette for å gjennomføre nasjonal politikk". Dette utdypes ved å poengtere at "styrer på to nivåer som har selvstendig beslutningsmyndighet, kan føre til uklare ansvarsforhold. Spesielt i saker med uenighet og konflikt kan dette bli satt på spissen." Videre anføres at "administrerende direktør for helseforetakene må i dag forholde seg både til eget styre og til administrasjonen i det regionale helseforetaket. I denne modellen vil lederen utelukkende forholde seg til det nye helseforetaket, i en direkte styringslinje."

De sykehus som i dag inngår i helseforetakene forutsettes organisert i sykehusgrupper. Antall sykehusgrupper vil kunne tilpasses etter behov og trenger ikke nødvendigvis være identisk med antall helseforetak i dagens modell. Det understrekes som en forutsetning

for denne modellen er å gi mer autonomi for det enkelte sykehus samtidig som modellen med sykehusgrupper vil kunne legge til rette for bedre samarbeid mellom sykehusgruppene.

Andre deler av utvalget tar utgangspunkt i at helseforetaksreformen var en "desentraliseringsreform hvor siktemålet var å skape stor grad av autonomi for sykehusene ved å etablere dem som selvstendige helseforetak. Alternativ 4, slik den er skissert, vil etter disse medlemmers syn "kunne bidra til sentralisering av makt og beslutninger. Lokal sykehusledelse vil kunne svekkes ved at direktøren ikke lenger tilsettes og støttes av eget styre." Det hevdes at "svekket lokal ledelse vil være det sannsynlige resultat ved endringen." Videre anføres at "sentralisering vil kunne føre til at legitimiteten i lokaldemokratiet og hos brukerorganisasjoner svekkes. For mange sentraliserte beslutninger har vært noen av hovedpunktene i kritikken mot dagens modell." Disse medlemmene er særlig bekymret for negative følger en eventuell overgang til konsernorganisering vil kunne få i den helseregion Sør-Øst som er den klart største helseregionen.

Fylkesrådmannen deler hovedsynspunktene til de av medlemmene som mener at helseforetakene - gitt at dagens foretaksmodell videreføres - fortsatt bør bestå som egne rettssubjekt med egne styrer. Hensynet til et desentralisert beslutningsmønster og legitimitet lokalt bør veie tungt.

En annen sak - som bør vies oppmerksomhet - er synspunkt fra enkelte medlemmer om at "det kan se ut som den praksis dagens regionale helseforetak har utviklet for styring av helseforetakene i økende grad har beveget seg i en retning av konsernlignende styringsmodell." I så fall vil dette etter fylkesrådmannens oppfatning kunne utfordre sentrale forutsetninger for helseforetaksmodellen, herunder hensynet til lokal legitimitet og et reelt desentralisert beslutningsmønster.

Utvalget har videre drøftet regioninndelingen. Det er viet særskilt oppmerksomhet mot helseregion Sør-Øst som den desidert største regionen. Utvalget er også delt i spørsmålet om helseregion Sør-Øst bør deles eller videreføres som i dag. Argumentasjonen for en deling går i hovedsak på kontrollspenn, mange og lange styringslinjer, det store antall underliggende helseforetak, utfordringer i forhold til lokal/regional legitimitet osv. Et flertall i utvalget går likevel inn for at dagens regioninndeling fortsetter "selv om flere hensyn tilsier at det kunne være en fordel med flere og mindre regioner". Flertallet anfører som begrunnelse for sin tilrådning bla at "en deling av regionen vil gjøre det vanskeligere å planlegge pasientbehandlingen, *gitt forutsetning om at Oslo universitetssykehus opprettholdes som regionsykehus for hele det aktuelle området.* Det vil måtte etableres mer omfattende styringsmekanismer og avtaler mellom regionene." Videre anføres at en deling vil kunne gripe inn i de omfattende investeringsplanene som er lagt og at omstillingsrisikoen og -kostnadene vil kunne bli betydelige. Ett mindretall i utvalget går inn for en tredeling av Helseregion Sør-Øst, mens et annet mindretall går inn for en todeling.

Spørsmålet om en deling eller ikke av Helseregion Sør-Øst er meget omfattende og komplisert, ikke minst i forhold til den plass Oslo universitetssykehus bør ha. Selv om utvalget har gitt sine anbefalinger, berører dette i mindre grad de hovedspørsmål som reises, bla spørsmålet om regionalt eller nasjonalt beslutningsnivå og om nåværende helseforetak bør fortsette som selvstendig beslutningsnivå. Fylkesrådmannen har derfor valgt ikke å gå nærmere inn på dette i denne omgang, men viser til utvalgsrapporten og spesielt til kapittel 8 på side 154 og utover.

Som nevnt innledningsvis er utvalgets arbeid avgrenset gjennom mandat til å vurdere ulike organisasjonsmodeller, beslutningsstrukturer etc **innenfor rammen av helseforetakslovgivningen**. Utvalget peker selv på at dette medfører at utvalget ikke har vurdert viktige sider ved styringssystemet som det har vært reist kritiske spørsmål til i den offentlige debatten. Dette innebærer bla at sterke og svake sider ved helseforetaksmodellen som sådan ikke er vurdert bla i lys av en modeller der sykehusene underlegges mer direkte politisk styring bla gjennom direkte tilknytning til aktuelle deler av forvaltningen. Fylkesrådmannen mener at disse spørsmål bør vurderes i det videre arbeid. Blant annet kan eventuelle endringer i fylkes- og regionstrukturen gi nye premisser til disse problemstillinger.