



Saksframlegg

NOU 2016: 25 Høyringsvar frå Eid kommune

Bakgrunn for saka:

Vedlegg

NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetenesta
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/>

Kva saka gjeld

I oktober 2015 var det oppnemnt eit offentleg utval med mandat å utgreie korleis det statlege eigarskapet til spesialisthelsetenesta skal organiserast. Utvalet skulle blant anna vurdere følgjande alternativ:

- avvikling av dei regionale helseføretaka og etablering av ei ordning med færre helseføretak enn i dag direkte underlagt departementet
- oppretting av eit eige direktorat til erstatning for dei regionale helseføretaka
- oppretting av eit nasjonalt helseføretak til erstatning for dei regionale helseføretaka
- eventuelle andre modellar for organisering av spesialisthelsetenesta

Utvalet skulle også vurdere inndelinga i helseregionar og talet på helseføretak i lys av dei alternative modellane, og vurdere eigarskapet til og forvaltninga av bygg.

Andre premiss for mandatet var

- Staten skal framleis eige sjukehusa.
- Sjukehusa skal framleis vere organiserte som føretak med eigne styre.
- Finansieringssystemet ligg fast med mindre modellvalet krev tilpassingar.

Vurderingane til utvalet ligg føre som NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetenesta, og Helse- og omsorgsdepartementet inviterer høyringsinstansane til å gi sine vurderingar av forslaga i denne.

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Høyringsvar

Eid kommune sluttar seg til utvalet sine generelle endringsforslag, jamfør punkt 10.1.

Eid kommune sluttar seg også til utvalet si tilråding om ei organisering der ein framleis skal ha regionale avgjerdsnivå i form av regionale helseføretak.

Eid kommune meiner at dei lokale helseføretaka bør halde fram som eigne rettssubjekt i ein regional modell.

Bakgrunnen for høyringssvaret kjem fram gjennom vedlagde saksframlegg.

Saksopplysningar:

Bakgrunn for utvalet sine vurderingar

Utvalet legg til grunn for arbeidet sitt at talet personar med samansette og kroniske lidingar vil auke i tida framover. Desse vil trenge koordinerte tenester og kontinuitet i behandling og oppfølging. Dette tilseier at ein må styrke samordning og samarbeid lokalt i sjukehusa og med primærhelsetenesta. Samstundes legg nasjonal helse- og sjukehusplan vekt på tiltak for meir nasjonal styring og koordinering for å bidra til større likskap i tenestetilbodet.

Formålet med å gjere eventuelle endringar skal vere å bidra til økt legitimitet, betre vilkår for samhandling og medverknad og meir effektiv ressursbruk.

Utvalet sine generelle vurderingar og endringsforslag

Staten har gode verkemiddel som gjev Storting og Regjering gode moglegheiter til å styre spesialisthelsetenesta

Det er behov for betre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet.

Det bør stillast krav om at helseføretaka skal utarbeide kriterium for når kjøp frå private er aktuelt og krav om at større avgjerder om val mellom eigenproduserte tenester og kjøp av tenester skal grunngjevast.

Utvalet støttar den noverande tilnærminga med stadleg leiing som eit hovudprinsipp, men opnar for alternative løysingar der lokale tilhøve tilseier det.

Samhandlingsperspektivet bør styrkast ved samansetjing av styre, og det bør vere eit krav om at alle styre har medlemmar med kunnskap om primærhelsetenesta.

Departementet må sikre at det blir fastsett felles retningslinjer og einsarta praksis for brukarmedverknad. Ein skal sikre at leiarar av brukarutvala skal ha observatørstatus med møte- tale- og forslagsrett i styra.

Kommunar og sjukehus må halde fram med å utvikle ulike samhandlingstiltak, der fastlegane si rolle må få spesiell merksemd.

Det bør etablerast faste arenaer for samarbeid med kommunar, representert ved ordførar, rådmann og kommuneoverlege i sjukehuset sitt nedslagsfelt, og dette bør formaliserast i eigarstyringa.

Både dei som inngår avtalar og dei som har ansvar for å følgje desse opp lokalt, bør ha naudsyn te fullmakter og mynde i eiga verksemd. Dette gjeld både kommunar og sjukehus. Spesielt er det viktig å ha fokus på dette der fleire sjukehus inngår i same helseføretak.

Også på regionalt nivå er det behov for å vidareutvikle samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetenesta og representantar for kommunesektoren.

Utvalet si tilråding om nasjonal modell

I val av modell har utvalet drøfta kva modell som er den beste, om eit regionalt avgjerdsnivå bør førast vidare og om helseføretaka bør halde fram som sjølvstendige rettssubjekt (med eigne styre).

Utvalet meiner at alternativ c) med oppretting av eitt nasjonalt helseføretak er det beste av dei tre modellane.

I dei to andre modellane får departementet eit kontrollspenn som er så stort at det er lite tenleg. Departementet vil få omfattande oppgåver knytt til:

- Planlegging (funksjonsfordeling mv.)
- Ressursfordeling (mellom anna investeringar)
- Oppfølging og kontroll

Ein sannsynleg konsekvens av dette vil vere at spesialisthelsetenesta blir for dominerande i departementet, med for stort fokus på enkeltsaker.

Avgjerdsprosessane vert enklast i modell c).

Det er minst risiko knytt til å implementere endringane i modell c).

Regionalt eller nasjonalt avgjerdsnivå?

Fleirtalet av utvalet sine medlemmar vil tilrå eit regionalt avgjerdsnivå (13 av 16 medlemmar).

- Sentralisering av dei viktigaste avgjerdene fører til ei sentralisering av avgjerder og makt som kan svekke legitimiteten til modellen lokalt.
- Ein modell med eitt nasjonalt helseføretak gir så sterk maktkonsentrasjon til éin nasjonal leiar og eitt styre at den vil kunne utfordre rollefordelinga som systemet byggjer på.
- Ein modell med avgjerdsorgan på regionnivået legg det beste grunnlaget for regional planlegging.

Mindretalet meiner at grunnlaget ikkje er godt nok til å gje ei klar tilråding, og tilrår at ein modell med eit nasjonalt overbygg vert teken med vidare i regjeringa si vurdering.

- Nasjonalt nivå syter for nasjonale oppgåver som overordna strategiske oppgåver og eigarskap.
- Helseføretaka får utvida fullmakter og sjukehusa vert organisert som sjølvstendige einingar under disse.
- Målet er å styrke autonomi, mynde og handlingsrom for helseføretaka.

Bør helseføretaka vidareførast som sjølvstendige rettssubjekt?

Halvparten av medlemmane, inkludert leiaren av utvalet, støttar modellen der helseføretaka ikkje lenger er sjølvstendige rettssubjekt.

- Klargjer ansvarsforhold og legg til rette for meir effektive styrings- og avgjerdslinjer.
- Leiarane for sjukehusgruppene inngår i leiargruppa på det regionale nivået.
- Leiarane for sjukehusgruppene får ei klarare rolle i styringslinja og økt moglegheit til å direkte påverke avgjerder på regionnivået.
- Det legg til rette for betre samarbeid mellom sjukehusa internt i helseregionen.
- Ein føresetnad for modellen vil vere at det vert etablert samhandlingsarenaer på lokalt nivå, og at sjukehusa får auka autonomi i drifta. Ein legg til rette for fleire sjukehusgrupper enn det er helseføretak i dag.

Den andre halvparten av utvalet går imot ei slik endring, og meiner den vil bidra til sentralisering av makt og avgjerder.

- Svekkja lokal leiing er eit sannsynleg utfall. Dette vil ha negative konsekvensar for sjukehusdrift og samhandling.

- Modellen vil også kunne føre til at vedtak ikkje vert tilstrekkeleg opplyste og forankra, og dermed svekka medbestemming.
- Medlemmane er spesielt bekymra for negative følgjer for verksemda i Helse Sør-Øst som har ansvar for 56% av befolkninga og pasientbehandlinga.

Vurdering:

Frå kommunen sin ståstad er det avgjerande at organiseringa av spesialisthelsetenesta legg til rette for at spesialisthelsetenester og kommunale helsetenester saman vert utvikla vidare til meir og meir saumlaust integrerte tenester tilpassa lokale demografiske og geografiske tilhøve. Legitimiteten til tenestene må sikrast gjennom ei organisering der avgjerdsprosessar er lokalt og regionalt forankra gjennom medbestemming i form av samhandling med kommunane og brukarane, politisk innverknad og offentleg innsyn. Dette vil byggje lojalitet til tenestene hjå dei som skal yte dei, og tillit til tenestene hjå dei som skal nytte dei.

Dei tre opphavslege alternativa i utvalet sitt mandat har alle til felles at dei inneber sentralisering av avgjerder og makt. Med dette vil dei kunne svekke legitimiteten regionalt og lokalt, og svekke lojaliteten til avgjerder som vert tekne for langt unna der dei skal følgast opp.

Ein uheldig biverknad av ei større omlegging av organiseringa av spesialisthelsetenesta vil kunne vere at det politiske fokuset i den tida det tek å implementere endringane, i stor grad vil kunne rette seg mot spesialisthelsetenesta. Dette vil føre til mindre merksemd omkring utviklinga på andre viktige område innan helse- og omsorgssektoren.

På bakgrunn av dette er det positivt at utvalet tilrår ei organisering der ein framleis skal ha regionale avgjerdsnivå (helseføretak) og samstundes legg vekt på sterk lokal leiing i spesialisthelsetenesta med naudsynte fullmakter i samhandlinga med kommunane.

Utvalet er delt i synet på om dei lokale helseføretaka bør vidareførast som sjølvstendige rettssubjekt. Om dei held fram som sjølvstendige rettssubjekt, vil dei ha eige styre med prosessar som liknar dei ein har i dag. Om dei ikkje gjer det, vil dei lokale helseføretaka verte styrt direkte av det regionale helseføretaket.

Ordninga med eit eige styre i kvart helseføretak bidreg til legitimitet gjennom lokal innverknad på prosessar og avgjerder.

Om styra i dei lokale helseføretaka vert fjerna, vil ein måtte innrette seg med ei organisering der interne fullmakter vert gjevne nedover i organisasjonen om ein skal kunne unngå at nærast alle saker potensielt vil kunne høyre heime på bordet til styret i det regionale helseføretaket. Dette vil kunne gje ei mindre tydeleg plassering av ansvar, og det vil kunne utvikle seg ulikskapar i utforminga av slike interne fullmakter i kvart helseføretak. Det vil også kunne føre til ei sterkare oppleving av avstand frå delar av organisasjonen opp til den øvste ansvarlege leiinga.

Dei generelle endringsframlegga til utvalet, som er uavhengige av modellval, vurderer kommunen som gode. Dei har eit sterkt fokus på formalisering av lokal forankring og samhandling.