

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

HØRINGSSVAR – ORGANISERING OG STYRING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN

Sykehuset Telemark helseforetak (STHF) viser til høring vedrørende NOU 2016:25 - Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.

Sykehuset Telemark er et områdesykehus for Telemark fylke. Sykehuset dekker et befolkningsgrunnlag på rundt 170 000 innbyggere og har om lag 4000 ansatte. Sykehuset er et allsidig akuttsykehus som tilbyr diagnostikk og behandling innenfor de fleste spesialistområder. STHF har delregionfunksjon innen fire fagområder. Dette er plastikkirurgi, medisinsk genetik, fertilitetsbehandling og arbeidsmedisin. Sykehuset Telemark har drift i Skien, Porsgrunn, Notodden, Tinn, Kragerø, Seljord og Sauherad. Hovedadministrasjonen ligger i Skien.

Sammendrag

Sykehuset Telemark mener det er fornuftig å beholde en regional organisering av spesialisthelsetjenesten, og vi synes at dagens modell med fire regionale helseforetak fungerer godt. Sykehuset deler oppfatningen av at dagens styringsmodell kan virke uklar, men mener det er bedre å klargjøre styringslinjene framfor å avskaffe de lokale sykehusstyrene. Forslaget om å opprette regionale forvaltningsenheter for bygg og eiendom bør utredes nøye før det vurderes gjennomført.

Innledning og bakgrunn

Ved kongelig resolusjon 2. oktober 2015 ble det oppnevnt et utvalg for å utrede organiseringen av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Utvalget ble bedt om å vurdere alternative modeller for hvordan staten kan organisere eierskapet til sykehusene. Utvalget skulle også vurdere inndeling i helseregioner og antall helseforetak og organisering av eiendomsforvaltningen. Utvalget la fram sin innstilling 1. desember 2016.

Sykehuset Telemark ønsker å kommentere følgende problemstillinger i dette høringssvaret:

- Dagens helseforetaksmodell eller andre modeller
- Antall regionale helseforetak
- Styringsmodell
- Forvaltning av bygg og eiendom

Dagens helseforetaksmodell eller andre modeller

Utvalget skulle vurdere om spesialisthelsetjenesten kan fungerer bedre ved å velge andre organisatoriske løsninger enn dagens modell med regionale helseforetak. I mandatet ble det skissert tre mulige modeller:

1. Færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet
2. De regionale helseforetakene avvikles og det opprettes et sykehusdirektorat som tilrettelegger for departementet
3. Ett nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene

De ulike modellene er grundig drøftet i utredningen, men utvalget valgte likevel å anbefale en videreføring av dagens modell. Dette viser hvor utfordrende det er å finne gode alternativer til dagens organisering av spesialisthelsetjenesten.

Alle modeller vil ha sine svakheter, men så lenge det ikke finnes opplagte alternativer, mener vi det er fornuftig å videreføre dagens løsning. Vi mener også det er mer konstruktivt å videreutvikle og forbedre dagens modell enn å lete etter helt nye modeller.

Sett i et historisk perspektiv er dagens modell ganske ny, og det vil alltid ta tid før store og komplekse organisasjoner klarer å tilpasse seg nye strukturer.

Etter vår oppfatning fungerer organiseringen av spesialisthelsetjenesten bedre i dag enn det den gjorde for noen år siden. Det er et bedre samarbeid mellom helseforetakene og RHF-ene, det er langt bedre kvalitets- og kostnadskontroll, og det er klarere forventninger til de ulike nivåenes roller.

Ett argument for å fjerne dagens modell er behovet for sterkere sentral styring. Et annet argument er å gi helseforetakene større selvstyre og mer autonomi. Hvis de regionale

helseforetakene blir fjernet, vil det være krevende å innfri begge disse ønskene og forventningene.

Vi tror at en regional løsning best innfrir behovet for både sentral styring og lokalt handlingsrom. Dette synes derfor som den mest fornuftige organiseringen hvis vi skal sikre kvalitet og likeverdighet, kombinert med effektivitet og fleksibilitet.

Antall regionale helseforetak

I utvalget ble det drøftet om det er behov for å endre på antall regionale helseforetak, og i denne diskusjonen var først og fremst organiseringen av Helse Sør-Øst som ble vurdert.

Utvalget diskuterte om det er behov for å splitte HSØ i to eller tre regionale helseforetak, men endte til slutt med en flertallsinnstilling (11 av 16) som anbefaler å beholde dagens struktur.

Da foretaksmodellen ble innført, ble det opprettet fem regionale helseforetak, men i 2007 ble Helse Sør og Helse Øst slått sammen til Helse Sør-Øst.

I den tidligere modellen var Rikshospitalet og Radiumhospitalet en del av Helse Sør, sammen med Sykehuset i Vestfold, Vestre Viken, Sørlandet Sykehus og Sykehuset Telemark. Ullevål universitetssykehus var en del av Helse Øst, sammen med de andre helseforetakene på Østlandet.

Etter at Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen, ble også sykehusene i Oslo etter hvert slått sammen til Oslo Universitetssykehus (OUS). Dette ble blant annet gjort for å utnytte og organisere ressursene i hovedstaden på en mer fornuftig måte.

Det er ingen grunn til å tro – og det er heller ikke så mange som ønsker – at sykehusene i Oslo skal organiseres på den måten de var organisert tidligere. OUS vil alltid være en stor aktør i en hver organisasjon – enten OUS står alene, om de er en del av en mindre helseregion, eller om Helse Sør-Øst består som i dag.

Helse Sør-Øst RHF er det desidert største regionale helseforetaket. Noen mener at HSØ er for stort, og at de store avstandene gjør det vanskelig å fungere som en region. Andre mener også at HSØ – på grunn av størrelsen – har for stor innflytelse sammenliknet med de andre regionale helseforetakene, og at størrelsesforholdet mellom de regionale helseforetakene burde vært jevnere. Hos enkelte er det også en oppfatning av at Oslo Universitetssykehus(OUS) krever for mye ressurser og fokus i Helse Sør-Øst.

Sykehuset Telemark HF er et av de minste helseforetakene i HSØ, og nettopp derfor er det kanskje mange som tror at vi deler de argumentene som er nevnt over. Det gjør vi ikke, og vi vil sterkt advare mot en splittelse av helseregionen.

Vi opplever at det regionale helseforetaket har utviklet seg til en god organisasjon, hvor det er kort avstand mellom regionalt nivå og foretaksnivå, og hvor det er et godt samarbeid mellom de ulike helseforetakene. De store geografiske avstandene har liten praktisk betydning – verken for pasientene eller de ansatte på sykehusene i regionen.

Det er tydelige signaler om at Norge ikke skal ha flere enn fire regionsykehus, og at disse fortsatt skal ligge i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Regionsykehusene er godt spredt, og de fordeler seg naturlig mellom de regionale helseforetakene.

Regionsykehusene spiller en viktig rolle, og det betyr mye for pasientbehandlingen at det er et godt og tett forhold mellom regionsykehusene og de andre sykehusene. Organisering i samme regionale helseforetak sikrer god pasientflyt.

I tillegg er regionsykehusene viktige samarbeidspartnere på faglig nivå, og de bidrar til forskning, utdanning og rekruttering lokalt.

Vi mener det vil være svært uheldig å splitte en helseregion, med den konsekvensen at én eller to regioner blir uten et eget regionsykehus. Dette kan i ytterste konsekvens ramme pasientene, som ikke vil få like stor tilgjengelighet til et regionsykehus. Det kan også gjøre det vanskeligere å få til et smidig samarbeid mellom helseforetak og regionsykehus, og det kan komme til å prege utdanningen og rekrutteringen av viktig kompetanse i enkelte deler av landet.

Å splitte opp Helse Sør-Øst i flere regioner vil få konsekvenser for økonomien knyttet til gjestepasienter. Disse aspektene er uavklarte, og vil skape usikkerhet for helseforetakene i regionen.

Spesialisthelsetjenesten står overfor store utfordringer i årene som kommer, og vi vet at det er et stort behov for investeringer og nye bygg. For å gjennomføre disse tiltakene er det avgjørende med lang planleggingshorisont, koordinering av større prosjekter og utnyttelse av felles ressurser.

Vi tror det skaper mer forutsigbarhet og investeringskraft dersom det regionale helseforetaket har en viss størrelse. Vi mener derfor at mindre regioner vil ha en større sårbarhet ved store investeringer, og vi er også av den oppfatningen at mindre regioner heller ikke ser den samme helheten som en stor region.

De regionale helseforetakene har krevende oppgaver foran seg, og det er lagt ambisiøse planer for flere år fram i tid. Dersom Helse Sør-Øst skulle splittes, tror vi at dette vil kreve store ressurser og mye oppmerksomhet. Erfaringer viser at oppdeling av store organisasjoner kan ramme fokuset på kjernevirksomheten, og fisjoner er gjerne mer krevende enn fusjoner.

Vi ønsker derfor at Helse Sør-Øst skal bestå som et felles og samlet regionalt helseforetak.

Styringsmodell

Dagens styringsmodell er på mange måter todelt. På den ene siden styres helseforetakene av de regionale helseforetakene, mens de på den andre siden styres av egne lokale styrer. Dette kan skape uklare styrings- og beslutningslinjer, og utvalget mener derfor at helseforetakene skal opphøre som selvstendige rettssubjekter. Det juridiske ansvaret vil i så fall overføres til det regionale helseforetaket – noe som i praksis betyr at de lokale sykehusstyrene blir avvirket.

Utvalget var delt i synet på dette (8 av 16), men fikk flertall på grunn av utvalgsleders synspunkt. Vi leser utvalgets innstilling som et ønske om å klargjøre styringslinjene, og vi deler også utvalgets oppfatning av at det tidvis kan være krevende å forholde seg til både en eier og et lokalt styre.

Vårt inntrykk er at det er en kontinuerlig og tett oppfølging og rapportering mellom helseforetak og eier (RHF), mens forholdet mellom helseforetakenes daglige ledelse og styrene fungerer noe ulikt fra helseforetak til helseforetak. Det er heller ikke unaturlig at det vil være lokale og personlige tilpasninger på helseforetaksnivå.

For at dagens styringsstruktur skal fungere optimalt, er det avgjørende med en god dialog mellom styreleder/foretaksstyret og det regionale helseforetaket.

Dagens modell kan virke «tungrodd» og uoversiktlig, og den forutsetter på mange måter at det legges føringer på arenaer som ikke er formalisert. På den måten går det an å stille spørsmål ved den reelle maktbalansen mellom lokalt styre og regionalt helseforetak (eier).

Ved å fjerne helseforetakene som selvstendige rettssubjekter, og dermed kutte ut de lokale styrene, vil styringslinjene bli tydeligere og mer effektive. RHF-ene vil få en klarere rolle overfor helseforetakene, og daglig leder vil kun forholde seg til eier.

Dette kan frigjøre oppgaver for daglig leder og resten av sykehusets administrasjon, og det muliggjør et tettere samarbeid mellom de daglige lederne og administrasjonen i det regionale helseforetaket. Ved å fjerne helseforetakene som selvstendige rettssubjekter, kan det også tenkes at det vil være enklere å samarbeide på tvers av helseforetakene, og i noen tilfeller kan det være lettere for eier å styre et tettere samarbeid og funksjonsfordeling mellom sykehusene.

I dagens situasjon tror vi likevel det vil være fornuftig å opprettholde dagens styringsmodell med lokale styrer. Det sikrer medbestemmelse for ansatte, og det ivaretar lokal legitimitet og innflytelse over styringen av sykehusene.

Når vi vet hvilke utfordringer sykehusene står overfor de neste årene, hva vi forventer av omstilling, behovene for investeringer og krav til samhandling, er det avgjørende at sykehusene

ikke mister sin lokale forankring. Vi mener at beslutninger som berører sykehusene har en større legitimitet hvis de også er fattet lokalt.

Vi synes det er viktig å beholde de lokale styrene som en garantist for åpenhet og demokratiske prosesser, hvor det er anledning for offentligheten å få innsyn, følge med og påvirke. Hvis alle beslutninger fattes av det regionale helseforetaket, vil legitimiteten svekkes og «avstanden» til spesialisthelsetjenesten kan virke større. Det er det motsatte av hva vi har behov for. Når det er sagt, mener vi det er behov for å vurdere hvordan dagens styringsmodell kan styrkes gjennom tydeligere linjer og en klarere funksjonsfordeling mellom eier og lokalt styre. Det er uheldig for spesialisthelsetjenesten dersom det vokser fram uformelle beslutningsarenaer – både på regionalt nivå og lokalt nivå.

Forvaltning av bygg og eiendom

Utvalgets flertall (11 av 16) ønsker å etablere en egen eiendomsforvaltningsenhet på regionalt nivå. Målet med endringen skal være å utnytte kompetanse og ressurser på en mer fornuftig og helhetlig måte.

Et av argumentene for å sentralisere eiendomsforvaltningen er å frigjøre ressurser til kjernevirksomheten (pasientbehandling), men for oss er forvaltning av eiendom en integrert del av den medisinske tjenesten, og det kan være uheldig dersom helseforetakene mister kontroll over planlegging og utvikling. Helseforetakene bør derfor ha handlingsrom for å disponere og utvikle egne bygg.

Det kan være klokt å sentralisere flere oppgaver i spesialisthelsetjenesten på regionalt og nasjonalt nivå – ikke minst innenfor områder som kan defineres som støttefunksjoner. Ved å samordne disse ressursene og oppgavene bedre kan sykehusene ha mer fokus på kjernevirksomheten.

Likevel er det avgjørende å kartlegge mulig gevinstrealisering – både lokalt og samlet sett – før man setter i verk nye regionaliserings- og sentraliseringstiltak. I dette risikobildet må det tas hensyn til mulig dobbeltarbeid og byråkratisering. Erfaringer fra liknende organisatoriske endringer viser at kostnadsbildet ikke alltid blir slik man hadde forestilt seg.

Ved Sykehuset Telemark er derfor skepsisen til sentralisering av eiendomsforvaltningen stor, og det er vesentlig for oss å være trygg på at det ligger en gevinst i dette. Hvis usikkerheten og motstanden blant helseforetakene blir for stor, kan det bli krevende å få en ny modell til å fungere godt.

Det er verdt å merke seg at kostnadene til eiendomsforvaltning varierer mye mellom dagens helseforetak. En benchmarking fra 2014 viser et gjennomsnitt på 40 kroner per kvadratmeter til eiendomsforvaltning. Utredningen beskriver ingen forventinger om å redusere dette. Vi mener

Vår dato

01.03.2017

Vår referanse

15/02896-2

derfor at det forventede kostnadsnivået bør utredes nærmere før en beslutning om sentralisering blir vurdert.

Innføring av en sentral forvaltningsenhet kan føre til at helseforetakene vil bruke mye ressurser til saksbehandling. Dette kan fort oppleves som en ytterligere byråkratisering. Dersom dette blir resultatet, kombinert med mindre fleksibilitet og effektivitet, mener vi det kan være uheldig å sentralisere forvaltningen av bygg og eiendom.

Med vennlig hilsen
Sykehuset Telemark HF


Tom Helge Rønning
Adm.direktør (konst.)

