Oslo universitetssykehus HF

Postboks 4956 Nydalen

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
2014/9997	16/6520	JJA	28. februar 2017

Høring NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet sendte den 5. desember 2016 NOU 2016: 25 "Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten" ut på høring med frist 3. mars 2017. Oslo universitetssykehus er blant høringsinstansene. Nedenfor følger helseforetakets høringssvar.

Høringssvaret er organisert i henhold til utvalgets vurderinger i utredningens kapittel 2.8.

1.0 Om modellvalg
Da Stortinget vedtok helseforetaksmodellen i 2001 sto det i Innst. O nr. 118 (2000-2001), kapittel 1.2.5 om begrunnelse for reformen:

"... en gjennomgående problemstilling er å finne balansen mellom lokal frihet i det enkelte foretak og nødvendig overordnet statlig styring, og at reformens suksess vil avhenge av at denne balansen oppnås."

I utredningen som er sendt på høring er det anbefalinger som griper inn i modellen for spesialisthelsetjenesten og i betydelig grad påvirker balansen mellom den lokale frihet for det enkelte foretak og den overordnede styring.

1.1 Organisering av et eventuelt nasjonalt beslutningsnivå.
Oslo universitetssykehus støtter utvalgets vurdering om at ett nasjonalt helseforetak er det beste alternativet av de tre vurderte modellene for ett nasjonalt beslutningsnivå.

Oslo universitetssykehus mener at et eget nivå rett utenfor departementet, som skal iverksette den nasjonale helsepolitikken, i stor utstrekning har fungert etter sin hensikt. Modellen hvor utøvelsen av sørge-for-ansvaret er lagt til et eget nivå mellom den overordnete statlige styring med forvaltningsnivået i departementet og de tjenesteytende helseforetakene, gir en rolledeling som legger til rette for effektiv gjennomføring av spesialisthelsetjenestene; i

samsvar med gjeldende lovverk og helsepolitiske beslutninger formalisert i foretaksmøte eller gjennom tildelinger.

Oppgaven med å eie de offentlige sykehusene og utøve sørge-for-ansvaret er sammensatt ved at den skal ivareta overordnet styring og samtidig forutsetter betydelig handlefrihet i gjennomføringen. Foretaksorganiseringen tar opp i seg disse to hensynene ved at helseforetaksloven legger sterkere vekt på styring og kontroll enn ved den ordinære statsforetaksformen. En rekke saker som kan ha vesentlig politisk betydning skal forelegges eller godkjennes av eier (statsråden).

Oslo universitetssykehus vil trekke frem som en fordel ved foretaksorganisering at det gir sammenheng og sammenlignbarhet når eierskap til tjenesteytere og sørge-for-ansvaret utføres under samme rammebetingelser som tjenesteyterne opererer innenfor; regnskapsloven, arbeidsmiljøloven osv.

I dagens modell skilles det også formelt mellom nivået som har sørge-for-ansvaret og dem som yter helsetjenestene – helseforetakene og øvrige tjenesteytere. Oslo universitetssykehus støtter et slikt skille og gir sine merknader til det nedenfor under punkt 1.3 om hvorvidt helseforetakene skal fjernes som selvstendige rettssubjekt.

Oslo universitetssykehus viser til at fra helseforetaksreformens innføring har det foregått en utvikling hvor oppgavefordeling og samhandling mellom nivåene er blitt nærmere presisert og klargjort. En slik tilpasning følger av erfaringer fra modellen, men også av at det er gjort betydelig endringer i struktur og organisering av helseforetakene etter innføringen. Det har vært en styrke ved den tredelte modellen at den gir fleksibilitet til tilpasning etter som forutsetninger og behov endrer seg som følge av endringer i struktur, systemer, teknologi, befolkning og samfunnet ellers.

1.2 Et regionalt eller et nasjonalt nivå

Utvalget er delt i anbefalingen om det skal være et regionalt eller et nasjonalt nivå. Et flertall av medlemmene anbefaler et regionalt nivå ut fra vurdering om at et nasjonalt nivå innebærer en uheldig sentralisering av beslutninger og makt og at regionale nivå gir det beste grunnlaget for regional planlegging. Av de medlemmene som vil beholde et regionalt nivå mener et flertall at helseforetakene skal opphøre som egne rettssubjekt. De som anbefaler at en nasjonal overbygning tas med i de videre vurderingene, ser det i kombinasjon med utvidete fullmakter til helseforetakene.

Oslo universitetssykehus viser til at staten har ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Ansvaret er nasjonalt og omfatter alle som bor i landet, pasientenes rettigheter er de samme for alle. Det å dele opp iverksettingen av den nasjonale helsepolitikken i geografiske adskilte deler, med oppbygging av parallelle systemer, fremstår som en krevende modell når formålet er et likeverdig tilbud for alle i landet.

Den regionale oppdelingen av sørge-for-ansvaret er gjort med utgangspunkt i de fire regionsykehusene. De fire helseregionene har hver for seg tjenesteytere på alle nivå, inkludert et helseforetak (regionsykehus) med spisskompetanse som kan levere mer spesialiserte tjenester. Slik kan ansvaret for likeverdige spesialisthelsetjenester til innbyggerne i stor grad ivaretas av tjenesteytere innen hver region. På denne bakgrunn kan det hevdes at i større grad enn et nasjonalt nivå, har modellen med parallelle regionale nivå, iboende incentiver for en bredere utbygd spesialisthelsetjeneste. Regionenes størrelse og totale ressurser er vesentlig

forskjellig, men innenfor hver region vil innbyggerne bli ivaretatt med likeverdige spesialisthelsetjenester.

En svakhet ved den regionale oppdelingen er evnen til nasjonal samordning. For sykdommer hvor behandlingen krever særlig kompetanse- og/eller kapital (utstyr) er det åpenbart hensiktsmessig at en funksjonsfordeling og dimensjonering ikke er begrenset til innenfor hver region. Oslo universitetssykehus har mange flerregionale og nasjonale oppgaver, og slike oppgaver er også lagt til andre regionsykehus. Det er en forutsetning for en slik nasjonal (overregional) funksjonsfordeling og samordning at det er etablert avklarte og effektive nasjonale ordninger for samarbeid og tjenesteyting på tvers av alle regionene. Dette gjelder praktiske og funksjonelle forhold i forbindelse med behandlingsforløp, men også for administrative og økonomiske forhold. Dette vil bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet.

Etter innføringen av helseforetaksreformen er det gjennomført funksjonsfordeling og dimensjonerende og strukturelle tilpasninger for helseforetakene i regionene. Antallet helseforetak som organiserer sykehusvirksomhet (somatiske helseforetak) er fra 2002 redusert fra 43 til 20. Samtidig har regionene etablert flere fellesleverandører av egne tjenester til helseforetakene innen regionen, som for eksempel apotek, IKT, osv. For å avhjelpe behovet for nasjonal koordinering er det i tillegg etablert felleseide selskaper og helseforetak med nasjonalt ansvar for ytelser av særskilte tjenester i spesialisthelsetjenesten. Virksomheten i helseforetakene som organiserer sykehusvirksomhet forholder seg derfor i økende grad både til aktører med regionalt formål og aktører med nasjonalt formål.

Uavhengig av om de har regionalt eller nasjonalt formål har det økende antall fellesaktører som innvirker på aktiviteten i det enkelte helseforetak, betydning for forutsetningene for styring og gjennomføring av virksomheten til helseforetakene. Dette omtales også nedenfor under punkt 3.0 Om organisering av eiendomsforvaltning.

1.3 Videreføring av helseforetakene som selvstendige rettssubjekter

Halvparten av utvalgets medlemmer tilrår å beholde helseforetakene som egne rettssubjekt med formell autonomi og styrer. Den andre halvparten av utvalget anbefaler en modell der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter, men at spesialisthelsetjenesten organiseres inn i ett foretak i hver region hvor såkalte sykehusgrupper inngår som organisasjonsenheter. Den store forskjellen på de to anbefalingene er størrelsen de gir på foretakene og følgene av en slik betydelig forskjell i størrelse.

Ansvar, rettigheter og plikter har utgangspunkt i helseforetakene som egne rettssubjekt. Helseforetaksloven legger en del spesifiserte beslutninger til øverste ledelse. Likeledes vil beslutninger om felles policy, kontroll, samordning og fordeling på tvers, ligge til den øverste ledelsen enten helseforetaket er stort eller lite. Forskjellen er at jo større helseforetaket er, jo flere nivåer vil beslutningslinjen internt i helseforetaket måtte bestå av. Helseforetakenes hovedformål er å yte gode spesialisthelsetjenester til alle som trenger det. Helseforetakene skal i sin utøvelse samordne, tilpasse, utvikle og utnytte alle sine ressurser på en effektiv måte, både over tid og i den daglige virksomhetsgjennomføringen. Det forutsetter ansvar, handlingsrom og ledelsesautoritet på hvert nivå i organisasjonen. Hvis avstanden mellom de utøvende delene av virksomheten og den øverste ledelsen blir for stor, vil sammenhengen i virksomheten kunne svekkes og muligheten for en helhetlig og samordnet ledelse og styring bli redusert. Økende størrelse kan medføre økt byråkratisering og opplevelse av

fremmedgjøring, både for brukere, ansatte og andre aktører. I utredningen vises det til økt mulighet for såkalt demokratisk underskudd.

Oslo universitetssykehus er Norges største helseforetak med en million pasientkontakter i året, over tjuetre tusen ansatte og en årlig omsetning på tjueto milliarder kroner. Virksomheten er i størrelse sammenlignbar med virksomheten i tre av helseregionene. Til forskjell fra i helseregionene er det imidlertid spesielle forutsetninger for en samordnet drift og styring i Oslo universitetssykehus. Helseforetaket består av fire hovedsykehus, alle plassert innenfor få kilometers avstand i samme kommune. Tjenestetilbudet kan derfor fordeles og organiseres mellom de fire behandlingsstedene uten at det har betydning for et likeverdig tilbud til pasientene eller samordning med førstelinjetjenesten. Den samlede lokaliseringen gir, tross størrelsen, også et grunnlag for oppfatning om fellesskap, oversikt og gjennomgående ledelsesautoritet og ansvar i helseforetaket.

En helseforetaksstruktur knyttet til sykehusene gir egne formelle nivå som bidrar til å øke andelen lokale beslutninger i spesialisthelsetjenesten. Saker som legges frem for helseforetakenes øverste ledelse er offentlige, de er opplyst i et saksgrunnlag og vedtak blir protokollert. Ordningene sikrer at saker utredes, forankres og at medbestemmelse ivaretas.

Som regionsykehus ivaretar Oslo universitetssykehus koordinerende oppgaver og støtteoppgaver både regionalt, flerregionalt og nasjonalt. Regionssykehuset bidrar med sin utvidete rolle til en oppgavefordeling som understøtter og avhjelper øvrige helseforetak og det overliggende nivået (RHFet) som med sitt sørge-for-ansvar skal styre lokalisering, dimensjonering og funksjonsfordeling mellom de tjenesteytende helseforetakene. I Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019 fremgår det at regionsykehusene er tiltenkt en tydeligere rolle i utviklingen av spesialisthelsetjenesten[1]. I helseforetaksloven er det åpnet for at helseforetak kan eie andre helseforetak. Det er en mekanisme som kan knytte sammen det tjenesteytende nivået, samtidig som det utvider muligheten for lokale beslutninger og økt lokal legitimitet. Utvalget har ikke vurdert denne organiseringsmuligheten.

Oslo universitetssykehus mener at egne formelle nivå for tjenesteyterne, med helseforetak knyttet til sykehusene, skaper lokal legitimitet ved at det bidrar til å øke andelen lokale beslutninger i spesialisthelsetjenesten. Det gir bedre forutsetninger for samordnet styring og ledelsesautoritet og det bidrar til økt innsyn, medvirkning, notoritet og godt forberedte og forankrede vedtak. En organisering av helseforetakene som egne rettssubjekt sikrer også et skille mellom utøveren av sørge-for-ansvaret og tjenesteyterne. Oslo universitetssykehus anbefaler å opprettholde at tjenesteyterne er egne rettssubjekt, organisert i helseforetak. Det gir en tydeligere rolle når oppdrag og bestillinger skal fordeles mellom behandlingsinstitusjoner med ulikt eierskap, som offentlige eide sykehus, private helseinstitusjoner og avtalespesialister.

2.0 Om regioninndeling

Et flertall av utvalget mener etter en samlet vurdering at regioninndelingen kan videreføres som i dag. De øvrige medlemmene mener Helseregion Sør-Øst, som er større enn de tre andre regionene til sammen, bør deles opp i flere regioner. Vurderingen av spørsmålet om regioninndeling henger sammen med øvrig organisering, som om det skal innføres et samlet nasjonalt nivå og om helseforetakene fortsatt skal være egne rettssubjekt. Et samlet utvalg la

[1] Kapittel 12.10 side 105

til grunn at Oslo universitetssykehus videreføres som regionsykehus for hele området som i dag inngår i helseregion Sør-Øst.

En eventuell oppdeling av helseregion Sør-Øst vil ha konsekvenser for Oslo universitetssykehus. Som omtalt over støtter Oslo universitetssykehus, uavhengig av en eventuell oppdeling av helseregion Sør-Øst, at det etableres avklarte og effektive ordninger for samarbeid og tjenesteyting på tvers av regioner. Det aller meste av pasientaktiviteten på tvers av helseforetak internt i Helse Sør-Øst, skjer i dag mellom regionsykehuset og de andre helseforetakene, og i liten grad mellom de øvrige helseforetakene. Om lag halvparten av pasientbehandlingen i Oslo universitetssykehus, målt i DRG-poeng, er til pasienter bosatt i andre sykehusområder innen helseregion Sør-Øst. Det utgjør over syv milliarder kroner i året. En deling av regionen i to eller tre vil med stor sannsynlighet føre til økt byråkratisering når det gjelder inngåelse av tjenesteavtaler med regioner uten regionsykehus og unødvendig usikkerhet i budsjetteringsprosesser.

Dersom Helseregion Sør-Øst deles opp med Oslo universitetssykehus som felles regionsykehus vil det være en forutsetning med et system med interregionale tjenesteavtaler som skal dekke meget store volumer. Et slikt system vil også kreve at det finnes en effektiv ordning for å løse uenighet mellom regionene og for å hindre uønsket utvikling i tjenestetilbudet.

Oslo universitetssykehus står foran store investeringsprosjekter for en mer samlokalisert virksomhet. En eventuell deling av helseregion Sør-Øst må gjennomføres uten at det endrer muligheten for framdriften i disse prosjektene. Inndelingen i helseregioner skal i seg selv ikke endre den finansielle stillingen for Oslo universitetssykehus. Dersom Oslo universitetssykehus blir et stort foretak i en mindre region kan det bli en likviditetsutfordring å håndtere en så vidt stor utbygging som utføres for å levere helsetjenester til andre regioner. Dette må i så fall håndteres i egen avtale mellom regionene, eller med Helse og omsorgsdepartementet.

3.0 Om organisering av eiendomsforvaltning

Et flertall av utvalget anbefaler at det etableres egne eiendomsenheter utenom helseforetakene som organiserer sykehusene. Helseforetakene skal leie sine lokaler fra eiendomsforetakene. Ved vurderingen har flertallet lagt spesiell vekt på behovet for å sikre et tilstrekkelig vedlikehold av bygningsmassen.

Oslo universitetssykehus støtter i dette spørsmålet mindretallet som viser til at et viktig poeng i helseforetaksreformen var at det skulle være et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng. Utvikling og vedlikehold av sykehusbyggene har sterke konsekvenser for driften, og bør derfor ligge så tett opp mot driften som mulig.

Sykehusbygg og lokaler er nødvendig for å kunne yte helsetjenester. Det er en forutsetning for god og effektiv drift at lokaler fortløpende tilpasses utviklingen i behandlingstilbudet. Dette må skje koordinert med den løpende pasientbehandlingen. Lagt til et eget eiendomsforetak vil beslutninger om helseforetakenes lokaler bli gjort ut fra rasjonale som følger av eiendomsforetakets effektivitetsforståelse og formål. Dette vil være et annet enn for de enkelte helseforetakene som har ansvaret for å yte gode spesialisthelsetjenester til alle som trenger det. Sykehusbyggene er helt sentrale i utøvelsen av helseforetakenes virksomhet og utgjør en kapital og et virkemiddel som bør forvaltes i sammenheng og avveining med driften for øvrig.

Helseforetakenes virkemidler til å ivareta et helhetlig ansvar for driften påvirker foretakenes oppfatning og utøvelse av ansvaret for virksomheten. Evnen til å ta ansvar påvirker ansvaret man tar. Å tjenesteutsette viktige innsatsfaktorer i virksomhetsgjennomføringen bidrar ikke til å gi de enkelte helseforetakene et klarere og mer direkte ansvar for helsetjenestens ressurser. En oppdeling av virkemidler og leveranser i ytelsen av helsetjenester på flere aktører påvirker også oppgavefordelingen mellom nivåene i spesialisthelsetjenesten. Nivået med sørge-for-ansvaret vil få en rolle mer direkte knyttet til selve produksjonen av helsetjenestene gjennom eierskap og styring av nødvendige innsatsfaktorer i tjenesteytingen (pasientbehandlingen), oppdelt på flere leverandører.

Helseforetakene har egne eiendomsavdelinger og løpende eiendomsdrift og vedlikehold må som i dag skje der byggene fysisk er. Utredningen er lite konkret på hvilke gevinster som ligger i å tjenesteutsette denne virksomheten til et eget eiendomsforetak. Sykehusbygg HF ivaretar allerede erfarings- og kunnskapsoverføring, samordning og standardisering når helseforetakene har større eiendomsprosjekter. Medlemmene som foreslår egne eiendomsforetak mener at helseforetakene skal ha ansvar for medisinskteknisk utstyr og bygningsmessige tilpasninger til dette. Når det gjelder erfaringsoverføring og samordning så kan det også oppnås gjennom å etablere nettverk og samarbeid mellom helseforetakene på eiendomsområdet. Hvilke gevinstområder som er igjen ved å etablere eksterne eiendomsselskap er uklart.

Etableringen av en ekstern eiendomsforvalter vil medføre transaksjonskostnader og byråkratisering i samhandlingen mellom et eiendomsforetak og helseforetakene som ikke er i eiendomsforvaltningen i dag.

Som begrunnelse for etablering av egne eiendomsforetak har flertallet i utvalget lagt spesiell vekt på behovet for å sikre et tilstrekkelig vedlikehold. Helseforetakene har både som tjenesteyter og arbeidsplass stor interesse av å vedlikeholde sine bygninger og lokaler. Med helseforetaksreformen er eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten ikke underlagt offentlig økonomiforvaltning, men følger regnskapsloven der kapitalkostnad (verdiforringelse) er del av helseforetakenes økonomi som synliggjøres i ressursstyringen og vises i regnskapet. Vedlikehold av kapitalverdier er et ansvar som ligger på helseforetakene som en forutsetning for fortsatt fremtidig drift. Dersom et helseforetak bruker for lite ressurser på vedlikehold så kan eier av foretaket pålegge en annen ressursfordeling i foretaksmøte. Det vil være en enklere, trolig billigere og mer treffsikker tilnærming enn å etablere en sentral eiendomsforvalter.

Oslo universitetssykehus mener god ressursutnyttelse er viktig, også i eiendomsforvaltningen. I forvaltningen av sykehusbygg er god ressursutnyttelse i form av riktig vedlikehold viktig, men viktig for ressursutnyttelsen er også en effektiv arealutnyttelse. For at husleie skal virke arealeffektiviserende må den gi direkte insentiver med tydelig konsekvens og handlingsrom for brukere av arealene. Skal dette oppnås må arealbruk ha en kostnad for virksomheten internt i helseforetakene. Det kan etableres ved å innføre en kostnadsdekkende arealhusleie for organisasjonsenhetene i helseforetakene. En slik internhusleie må administreres av helseforetakene selv.

Avslutning

Oslo universitetssykehus mener foretaksreformen med sine tre nivåer har gitt grunnlag for en god utvikling innen spesialisthelsetjenesten. Ut fra reformen har de regionale helseforetakene

med eierskap og sørge-for-ansvaret, bygget opp oppdrags- og finansieringsmodeller og gjennomført strukturelle forandringer blant foretak og sykehus innen regionene.

Ansvaret for spesialisthelsetjenesten er imidlertid nasjonalt, og de siste årene er det etablert flere nasjonale fellesaktører for å koordinere mellom de regionale helseforetakene. Dette er kompenserende tiltak som bidrar til å øke og byråkratisere nivået mellom departementet og sykehusene ved helseforetakene. Av de tre modellene utvalget opprinnelig ble bedt om å vurdere, vil Oslo universitetssykehus fremheve ett nasjonalt foretak som eneste alternativ til dagens fire regioner.

Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019 tiltenker regionsykehusene en tydeligere rolle i utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Oslo universitetssykehus savner en vurdering av dette i utvalgets utredning.

Oslo universitetssykehus savner også en vurdering av den muligheten det er åpnet for i helseforetaksloven at helseforetak kan eie andre helseforetak. Det er en mekanisme som kan knytte sammen det tjenesteytende nivået, samtidig som det utvider muligheten for lokale beslutninger og økt lokal legitimitet.

Oslo universitetssykehus er imot opprettelsen av en sentral eiendomsenhet utenom helseforetakene. Utvikling og vedlikehold av sykehusbyggene har sterke konsekvenser for driften, og ansvaret for dette bør derfor ligge til helseforetakene.

Når det gjelder helseforetakene så mener Oslo universitetssykehus at den klareringen av rolle, ansvar og myndighet som følger med å være et eget rettssubjekt bidrar til lokal legitimitet og har vært en styrke for å sikre en kvalitativt god, tilstrekkelig og ressurseffektiv ivaretakelse av oppgavene innen pasientbehandling, forskning, utdanning og brukeropplæring med mer. Vi viser i den forbindelse til departementets vurderinger i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. fra 2001, hvor det på side 25 står følgende:

"Skal helsepolitikken lykkes, må sykehusene settes i stand til å gjøre jobben som de pålegges. Når det foreslås at sykehusene skal organiseres som helseforetak, er det et vesentlig poeng at de gis klarere roller og ansvar og på denne måten blir myndiggjort. Ved foretaksorganiseringen, der de blir egne rettssubjekter, får de et klarere og mer direkte ansvar for helsetjenestens ressurser. Foretakene får arbeidsgiveransvaret for egne medarbeidere og ansvaret for bruken av kapital."

Med vennlig hilsen

Bjørn Erikstein
administrerende direktør