FAGFORBUNDET

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.	Vår ref / Saksbehandler	Dato:
	16/9957-5 G00 &13 Hans Martin Aase / tlf. 92419540	24.02.2017

UTTALELSE FRA FAGFORBUNDET TIL «NOU 2016:25 ORGANISERING OG STYRING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN»

SAMMENDRAG/KONKLUSJON

Eierskap og styring av en så viktig tjeneste som spesialisthelsetjenesten må være tilpasset virksomhetens formål og baseres på folkevalgt legitimitet på tre nivåer. Fagforbundet mener at økt folkevalgt styring av sykehusene vil gi økt demokratisk legitimitet, bidra til bedre samhandling med kommunene og bidra til en mer helhetlig helsetjeneste for pasienten. En utvikling av dagens modell som styrker den regionale og lokalpolitiske innflytelsen vil etter Fagforbundets syn være det viktigste bidraget for å øke forvaltnings- og samfunnskompetansen i styrene. En slik utvikling bør inneholde en vurdering både av en utvidelse av personer som er folkevalgte og nye modeller for å ansvarliggjøre disse politisk. En mulig løsning, er en ordning med representantskap. Vi mener det ikke er grunnlag for å gå videre med noen av de fire modellene som utvalget har utredet.

En organisering av eiendomsforvaltningen, slik flertallet i utvalget anbefaler, vil ikke løse utfordringene knyttet til nødvendig vedlikehold og investering. Fagforbundet støtter vurderingene og konklusjonene fra utvalgsmedlemmene Brustad og Haukås og vurderer det som svært uheldig å flytte ansvaret for sykehusbyggene fra helseforetakene. Vi mener det bør satses på å utvikle og forbedre den eiendomsforvaltning helseforetakene har i dag.

Valg av system for finansiering og økonomisk styring er viktig for styringen av spesialisthelsetjenesten. Med sykehusreformen i 2002 ble systemene endret fra systemer utviklet for offentlige velferdsgoder (forvaltning) til systemer som er utviklet for forretningsvirksomhet med et stort innslag av innsatsstyrt finansiering. Vi mener erfaringer har vist at disse systemene ikke er tilpasset oppdraget til sykehusene og at de kompliserer styringen av sykehusene. Det bør derfor startes et arbeid med å endre dem. Felles systemer for regnskap, budsjettering og økonomisk planlegging som legger bedre til rette for styring og prioritering av våre felles sykehustjenester bør utredes. Et umiddelbart tiltak er at andelen av innsatsstyrt finansiering reduseres og at det bør arbeides med forsøk med full rammefinansiering.

Fagforbundet stiller seg bak hovedmomentene som beskrives som en utfordring i utredningen om styringen av sykehusene. Disse er at modellen for styring er for

Fagforbundet
www.fagforbundet.no
Telefon 23 06 40 00
Faks 23 06 40 01
Postboks 7003 St. Olavs plass
NO-0130 Oslo
Organisasjonsnr. 0097 10 75252
Bankgironummer 9001 08 07467

markedsstyrt, ikke sikrer tilstrekkelig demokratisk legitimitet og bidrar til et unødvendig byråkrati.

BAKGRUNN OG VURDERING

Generelt
Bakgrunnen for dagens styringsmodell for sykehusene, var innføringen av helseforetaksreformen i 2002. I Ot.prp. nr. 66, 2000-2001 Helseforetaksloven pkt. 2.3.2 framkommer verdigrunnlaget for reformen:

- Velferdsstatens grunnleggende verdier om likeverd, rettferdighet og solidaritet.
- Sikre alle tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomi og bosted.
- Helsesektoren skal være underlagt politisk styring for å sikre nasjonale helsepolitiske mål. Reformen skal gi sterkere statlig styring.
- Helsevesenet skal skape trygghet i samfunnet.
- Et velfungerende helsevesen er basert på forståelse og respekt for enkeltindividet, og at pasienten gis informasjon om rett til medvirkning i henhold til pasientrettighetsloven.

Det viktige nye da sykehusene ble overtatt av staten, var at representanter valgt av innbyggerne regionalt ble fjernet fra styringen av sykehusene. De ble erstattet av styrer sammensatt av personer som skulle styre ut fra bedriftsøkonomiske prinsipper. De var ikke lenger ansvarlige overfor innbyggerne regionalt, men ble ansvarlig overfor helseministeren. Systemene for regnskap, budsjett og planlegging utviklet for styring av felles velferdstjenester ble avviklet og erstattet med forretningsregnskap og foretakene ble organisert etter mønster for store forretningskonserner.

Etter innføringen av reformen, er flere mindre sykehus lagt ned eller har mistet funksjoner. Det gjelder særlig fødeavdelinger og akuttfunksjoner i kirurgi. Styring og ledelse i sykehusene er blitt sentralisert. Mindre sykehus har mistet stedlig leder. De bedriftsøkonomiske prinsippene gir ledelsen sterkere posisjon. Det blir mer styring ovenfra og nedover, mindre plass til innspill fra andre enn ledelsen. Ikke minst «koster» det mer for ansatte og tillitsvalgte å motsi ledelsen. Det er også eksempler på at store og avgjørende beslutninger treffes uten tilstrekkelige konsekvensberegninger og utredninger. Det gjelder særlig nedleggelse av sykehus, funksjonsfordeling mellom sykehus og sammenslåinger av sykehus jf. prosessen om sammenslåing av sykehusene i Oslo og nedleggelsen av Aker sykehus.

Helseforetaksreformen bygget på en myte om at Norge brukte mer ressurser på helsetjenester enn andre land og oppnådde dårlige resultater. I ettertid er det godt dokumentert at det ikke var riktig. En fersk OECD-rapport viser at Norges ressursinnsats til helsetjenester ligger på gjennomsnittsnivået for europeiske land med høyt inntektsnivå og omtrent på samme nivå som de andre nordiske land.

Et viktig spørsmål er om store sykehus leverer tjenester med bedre kvalitet enn små sykehus. Forskningen viser at for behandlinger store og små sykehus kan ivareta, så finner en ikke slike sammenhenger. Nøkkelen synes å ligge i samarbeidet mellom store og små sykehus og at de opererer i nettverk. Det er klare indikasjoner på at behandling på små

sykehus koster mindre enn på store sykehus. I tillegg blir kostnader til transport og styrking av prehospitale tjenester større når de mindre lokalsykehus legges ned.

Modeller for styring av spesialisthelsetjenesten
Regjeringen ba utvalget vurdere tre konkrete modeller for framtidig styring av sykehusene. Alle innebærer nedleggelse av dagens regionale helseforetak. I tillegg foreslår halve utvalget en modell der dagens helseforetak avvikles som selvstendige rettssubjekter og legges inn i de regionale helseforetakene. Alle modellene representerer etter vårt syn en uønsket sentralisering. Endring i styringsmodell vil i seg selv kreve omfattende ressurser, både økonomiske og personalmessige og må kunne gi betydelige forbedringer i styringen dersom en slik ressursbruk skal forsvares. Fagforbundet kan ikke se at noen av modellene bidrar til å løse hovedutfordringene i dagens modell. Vi mener derfor at det ikke er grunnlag for å gå videre med noen av de fire modellene som utvalget har utredet.

Fagforbundet mener man i stedet bør satse på endringer som kan bidra til å løse noen av utfordringene innenfor dagens modell. For det første mener vi at eierskapet og styringen må tilpasses virksomhetens formål og baseres på folkevalgt legitimitet på tre nivåer. Videre mener vi erfaringer har vist at dagens finansieringssystem ikke er tilpasset oppdraget til sykehusene og at det bør startes et arbeid med å endre dette. Vi vil komme grundigere tilbake til dette nedenfor.

For markedsstyrt
Regjeringen har vært klar i sine ønsker om at kommersielle aktører i større grad skal tas i bruk. Flere av tiltakene som er innført i denne stortingsperioden har dette som premiss: innføringen av fritt behandlingsvalg, økt bruk av avtalespesialister, innføring av nøytral moms, økt bruk av OPS og finansiell leasing. Forekomsten av selskaper som har som hovedmål å generere overskudd bidrar til at skatteinntekter som er avsatt til velferdsformål går til profitt i stedet for å utvikle virksomheten. Dette er i tråd med konklusjonene i en fersk svensk offentlig utredning, «SOU 2016:78 Ordning och reda i välfärden». Fagforbundet er bekymret for at en slik utvikling kan bidra til å svekke effektiviteten og oppslutningen om et offentlig finansiert og likeverdig helsevesen.

Utvalget gjennomgår den økonomiske utvikling i spesialisthelsetjenesten etter innføringen av helseforetaksreformen. De bekrefter at hovedårsaken til de store regnskapsmessige underskudd i perioden 2002 til 2008 (Akkumulert regnskapsunderskudd i perioden 2002 til 2007 var 31,9 milliarder kroner) var innføring av nye regnskapsprinsipper (nye verdier på bygninger og kostnadsføring av avskrivninger og pensjoner) og ikke dårlig økonomistyring. Videre at hovedårsaken til at regnskapene gikk i balanse eller med overskudd fra 2009 skyldes at Stortinget ga store ekstraordinære bevilgninger til avskrivninger i 2008 og til pensjonskostnader i 2009.

Stortinget bevilger nå en samlet basisbevilgning til å dekke de regionale helseforetakenes og helseforetakenes drifts og investeringskostnader (avskrivninger og renter på lån fra staten). Stortinget kan bevilge lån til investeringer som er større enn 500 millioner kroner. Lånene kan utgjøre maksimalt 70 prosent av investeringskostnaden. Dette betyr at Stortinget i realiteten prioriterer store investeringer til nye sykehus gjennom sine bevilgninger til lån. Ut over dette må helseforetakene framskaffe midler til investeringer selv. Det gjør helseforetakene ved å redusere driftsutgiftene for å bygge opp nødvendig

egenkapital til investeringene. Dette skaper et system hvor helseforetakene må spare på drifta av sykehusene for å bygge opp egenkapital, samtidig som de nedlegger lokalsykehus og funksjoner ved lokalsykehus, ikke har råd til å opprettholde bemanning og daglig drift, nye medisiner, vedlikehold og nødvendig utstyr. Systemet er uoversiktlig for utenforstående og vanskelig å forstå.

En særlig utfordring med dagens system, er at det kan bidra til å skjule et reelt investeringsbehov i helseforetakene. I dag finansieres investeringer i stor grad ved at sykehusene må ha et positivt driftsresultat. Blant annet fra Storbritannia ser vi at langsiktige og kostbare investeringsavtaler gjennom OPS-kontrakter og finansiell leasing binder opp så mye av kapitalen at det får direkte og negative følger for driften. Vi mener erfaringer har vist at dagens system for økonomistyring og finansiering ikke er tilpasset oppdraget til sykehusene og at det bør startes et arbeid med å endre dette. Som et umiddelbart tiltak mener vi at andelen av innsatsstyrt finansiering må reduseres, at det bør arbeides med forsøk med full rammefinansiering. Det bør utredes felles systemer for regnskap, budsjettering og økonomisk planlegging som legger bedre til rette for styring og prioritering av våre felles sykehustjenester.

Manglende demokratisk legitimitet
Fagforbundet stiller seg bak utvalget sin vurdering om at det er behov for økt forvaltnings- og samfunnskompetanse i styrene.

Samhandlingsreformen forutsetter et tettere samarbeid og overføring av funksjoner mellom forvaltningsnivåene og forutsetter et integrert offentlig helsevesen. Fagforbundet mener at økt folkevalgt styring av sykehusene med demokratisk legitimitet vil bidra til en bedre samhandling med kommunene og til en mer helhetlig helsetjeneste for pasienten. En videreutvikling av dagens modell som styrker den regionale og lokalpolitiske innflytelsen vil etter vårt syn være det viktigste bidraget for å øke forvaltnings- og samfunnskompetansen i styrene. En slik videreutvikling bør inneholde en vurdering både av en utvidelse av personer som er folkevalgte og nye modeller for å ansvarliggjøre disse politisk. En mulig løsning, er etablering av en ordning med representantskap.

Halve utvalget anbefaler å legge ned helseforetakene som egne juridiske enheter og legge disse inn i de regionale helseforetakene. En konsekvens vil være at styrene i helseforetakene forsvinner. I likhet med den andre halvdelen av utvalget, mener Fagforbundet det er gode argumenter mot et slikt forslag. Dette vil representere en uønsket forskyvning av makt til fordel for helsebyråkratene, bidra til sentralisering av makt og beslutninger og gi mindre offentlig innsyn og åpenhet i styringsprosessene. Det svekker muligheten for demokratisk styring av spesialisthelsetjenesten og kan forsterke mange de problemer helseforetaksmodellen har skapt. I tillegg vil medbestemmelsen og kompetansen, som de ansattes representanter i styrene representerer på dette beslutningsnivået, bortfalle helt. En slik organisering vil også representere en sammenblanding av sørge-for-ansvaret som i dag ivaretas av de regionale helseforetakene og det operative driftsansvaret til helseforetakene. Etter vår mening bryter det med et viktig prinsipp i helseforetaksreformen. En slik endring vil ikke være en justering av dagens modell, men en vesentlig endring. Fagforbundet støtter derfor ikke forslaget om å legge ned helseforetakene som selvstendige juridiske enheter.

De politiske signalene om stadig sterkere nasjonal styring og samordning må balanseres mot sykehusenes frihet til å finne gode løsninger i sitt område. Etablering fra nasjonale felleseide selskaper har flere utfordringer. Helseforetakene må ofte avgi nøkkelkompetanse til disse selskapene og blir derfor mer avhengig av strategiske beslutninger som fattes i de nasjonale selskapene. Et uønsket og ressurskrevende resultat kan være at det ansettes flere med samme kompetanse på ulike nivåer innen spesialisthelsetjenesten. Fra et arbeidstakersynspunkt medfører etableringen av nasjonale selskapsdannelser utfordringer i forhold til medbestemmelse. Utredningen beskriver selv utfordringene med at konklusjonene fra direktørmøter er førende for vedtakene i helseforetakenes styrer. En slik utvikling truer etter Fagforbundets syn maktbalansen i modellen. Vi er generelt skeptiske til å styrke administrasjonens makt og fullmakter på bekostning av styrene. Vi mener det må være en grundig gjennomgang av hvordan slike direktørmøter gjennomføres og hvordan arbeidstakerorganisasjonen kan sikres reell medbestemmelse.

Unødvendig byråkrati
Økte individuelle rettigheter for pasientene har vært en ønsket utvikling. Slike rettigheter kan skape utfordringer med å planlegge og dimensjonere helsetjenestene og føre til behov for økte ressurser til kontroll og rapportering. Fagforbundet mener derfor det bør gjøres en vurdering av hvordan individuelle rettighetene skal utvikles med tanke på styringsmessige utfordringer. En slik gjennomgang bør se på mulighetene for en styrking av plikten til å levere helsetjenester som et alternativ til økte individuelle rettigheter for å sikre gode og likeverdige helsetjenester framover.

Økt bruk av private kommersielle aktører i spesialisthelsetjenesten vil etter vår mening bidra til økt byråkrati. Det medfører et utstrakt behov for oppfølging, kontroll og rapportering. I tillegg påløper transaksjonskostnader som i mange tilfeller ikke framkommer i beregninger, men som viser seg å bli betydelige. Drift i egenregi gir større fleksibilitet og bedre kontinuitet knyttet til forvaltning av viktig kompetanse.

Spesialisthelsetjenesten bruker betydelige ressurser til å leie inn konsulenter. I noen tilfeller er det selvsagt riktig å hente inn nødvendig kompetanse som ikke finnes i virksomheten for kortere perioder. Sykehusene er imidlertid i vedvarende utvikling og endring. Fagforbundet mener mer av ressursene derfor må dreies fra innleide konsulenter til økt bruk av egen kompetanse.

En bredere involvering av alle yrkesgrupper med fokus på riktig fordeling av kompetanse og arbeidsoppgaver, vil etter vårt syn bidra til mer effektiv drift og mindre byråkrati. Fagforbundet mener en endret og mer tilpasset oppgavefordeling vil bidra til å snu en utvikling med stadig omgjøring av stillinger med høyere formelle kompetansekrav som ikke er bærekraftig eller hensiktsmessig.

Eiendomsforvaltning
Et flertall i utvalget anbefaler å etablere egne eiendomsforvaltningsenheter på regionalt nivå. Den sentrale ideen er at sykehuseiendommene skal ivaretas av egne enheter, at forvaltningen av sykehuseiendommene skal skilles fra brukerne og at det skal innføres interne kostnadsdekkende husleier for brukerne. Hovedbegrunnelsen synes å være at det vil gi incentiver til å redusere behovet for arealer, det vil gi bedre vedlikehold av sykehusbyggene og profesjonalisere eiendomsforvaltningen.

De systemene som er etablert i Statsbygg og Forsvarsbygg presenteres og vurderes og tas til inntekt for at det eneste fornuftige er at eierskap, forvaltning og drift av bygningene må skilles fra brukerne og at det må innføres kostnadsdekkende husleier for brukerne i av sykehusene. Det betyr at dagens helseforetak og de som yter sykehustjenestene må betale over sine budsjetter for bruken av arealer i dagens sykehus. For eksempel det forhold at sykehusbyggene er formålsbygg spesialtilpasset sykehusformål og at utleieren i realiteten er en monopolist nevnes, men problematiseres ikke.

Det synes da også som om en organisering av eiendomsforvaltningen, slik flertallet i utvalget anbefaler, ikke vil løse utfordringene knyttet til nødvendig vedlikehold og investering. Riksrevisjonen sin undersøkelse av forvaltningen av forsvarssektorens eiendommer, bygg og anlegg (Dokument 3:3 (2016-2017)) har følgende hovedkonklusjoner:

- Tilstanden til eiendomsmassen forverres og vedlikeholdsetterslepet øker. Vedlikeholdsetterslepet økte med 38 prosent fra 2013 til 2015.
- Forsvarsbygg har svak styring og kontroll med gjennomføring av vedlikeholdsarbeidet.

Problemet med manglende vedlikehold løses derfor ikke ved å innføre et skarpt skille mellom eier og forvalter av eiendommer og brukerne av dem og interne husleier. Hovedproblemet er at bedre vedlikehold er avhengig av at det bevilges nok midler til vedlikehold, noe Fagforbundet mener kan løses enklere innenfor dagens organisering. Kostnadsdekkende husleie kan bare bidra til bedre vedlikehold hvis husleiene fastsettes slik at det blir mer midler til vedlikehold. Med uendrete inntektsrammer vil et slikt system medføre mindre til andre områder av sykehusdriften som for eksempel helsepersonell, medisiner eller finansiering av nye investeringer.

Ulempene med modellen med interne husleier og at eierskapet til sykehusene flyttes fra Helseforetakene som yter sykehustjenestene er flere:

- Omorganisering og innføring av interne husleier er byråkratiserende og øker administrative kostnader og konsulentbruk.
- Den egeninteresse brukerne har for å ivareta eiendommer og arealer på en god måte svekkes.
- Utleier, særlig av formålsbygg som sykehus, vil være en monopolist og vil få sterkere innflytelse på bekostning av brukerne og vil ha incitamenter til å sette husleien så høy som mulig.
- Modellen innebærer et ytterligere element av kommersialisering av sykehustjenestene.

Et mindretall (Haukås og Brustad) understreker at eierskap til bygg og eiendom er tett knyttet til helseforetakenes ansvar. Sykehusene er formålsbygg for sykehusdrift. Utvikling og vedlikehold av byggene er viktig for driften og bør derfor ligge så tett opp mot driften som mulig. Eiendomsforvaltning er derfor en del av kjerneoppgavene i sykehusene. De understreker at dersom ansvaret for eiendommene sentraliseres og erstattes med et husleieregime vil det begrense muligheten og interessen for utviklingen av denne ressursen lokalt.

Eiendommer og utbygginger må ivaretas innenfor de økonomiske rammer som Stortinget årlig bevilger til spesialisthelsetjenesten. Bruk av inntekter til vedlikehold og utbygginger må derfor prioriteres mot anvendelse av midler til den ordinære driften som personell, utstyr, medisiner osv. Derfor er omfang av vedlikehold og utbygginger avhengig av helseforetakenes samlede inntekter på linje med annen aktivitet som sykehusene driver. Fundamentale utfordringer knyttet til nok midler til vedlikehold og nye investeringer til sykehus kan ikke løses med organisatoriske krumspring som innføring av nye organisasjoner for å eie sykehusene og interne husleieordninger. Det vil først og fremst virke byråkratiserende, komplisere eiendomsforvaltningen og øke kostnadene til eiendomsdrift. Fagforbundet mener det bør satses på å utvikle og forbedre den eiendomsforvaltning helseforetakene har i dag. Fagforbundet støtter vurderingene og konklusjonene fra Brustad og Haukås og vurderer det som svært uheldig å flytte ansvaret for sykehusbyggene fra helseforetakene.

Med hilsen
FAGFORBUNDET



Mette Nord
forbundsleder