

Helse- og omsorgsdepartementet

postmottak@hod.dep.no

Vår dato: 01.03.2017

Saksbehandler: Vigdis Velgaard

Vår ref.: 15/06218

NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Styret for Sykehuset Østfold HF behandlet NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten, i sitt møte 27. februar 2017, sak 08-17.

Under behandlingen i styret ble følgende forhold rundt eiendomsforvaltning drøftet, med følgende konklusjon:

Eiendom bør utredes videre, der man må se på eiendom sammen med teknologi, IKT og øvrige servicefunksjoner. Dette med bakgrunn i at eiendom i seg selv ikke gir tilstrekkelige rammer for god pasientbehandling.

Styret for Sykehuset Østfold fattet følgende vedtak:

«Styret for Sykehuset Østfold gir følgende anbefalinger når det gjelder organisering og styring av spesialisthelsetjenesten:

- 1. Sykehusene bør fortsatt organiseres som helseforetak som selvstendige juridiske subjekt med egne styrever. En modell med styre bare på regionalt nivå frarådes.*
- 2. Spesialisthelsetjenesten bør fortsatt være regionalisert med regionale helseforetak. Hver region bør ha ett regionsykehus. Det bør ikke etableres regioner uten regionsykehus. Det frarådes at Helse Sør-Øst deles.*
- 3. Det bør etableres gode mekanismer for nasjonal samordning og normering på områder der dette er faglig og økonomisk hensiktsmessig. Eksempler på dette kan være prioritering, uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester, kompetanse og rekruttering, IKT, legemidler, økonomimodeller, juridiske avklaringer og store byggeprosjekter.*
- 4. Eiendom utredes videre, og man må se på eiendom i et videre perspektiv som en del av aktiviteten rundt pasientbehandlingen i sykehuset.»*

Saksdokument til styresak 08-17 følger som vedlegg.

Med vennlig hilsen



Just Ebbesen

Administrerende direktør

Postadresse

Sykehuset Østfold
Administrerende direktør
Postboks 300 1714 Grålum

Besøksadresse Administrasjonen, Kalnesv. 370, 1714 Grålum**Telefon**

Org.nr. NO 983 971 768 MVA
www.sykehuset-ostfold.no

STYREMØTE 27. februar 2017

Side 1 av 6

Styresak nr.:	08-17	Sakstype:	Beslutningssak
Saksnr. arkiv:	15/06218		

Høring - Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten (Kvinnslandutvalget)

Sammendrag:

Et offentlig oppnevnt utvalg utreder alternative modeller for hvordan staten kan organisere sitt eierskap til og innrette eierstyringen av helseforetak. I saken fremmes forslag til høringsuttalelse fra styret i Sykehuset Østfold.

Forslag til vedtak:

Styret gir sin tilslutning til forslag til høringsuttalelse, og ber administrerende direktør oversende denne til Helse- og omsorgsdepartementet.

Sarpsborg, den 26.01.2017

Just Ebbesen
administrerende direktør

Vedlegg: Link til NOU:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/sec4?q=organisering%20og%20styring#match_0

Styresak nr.: 08-17

1. Administrerende direktørs anbefalinger / konklusjoner

Administrerende direktør anbefaler styret å gi sin tilslutning til den foreslåtte høringsuttalelsen.

2. Faktabeskrivelse

Et offentlig oppnevnt utvalg under ledelse av Stener Kvinnsland har hatt i oppgave å utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere sitt eierskap til og innrette eierstyringen av helseforetak, og gi tilråding om valg av modell. Utvalget fikk i mandat å 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 har beskrevet erfaringer med dagens helseforetaksmodell (selvstendig rettssubjekt med eget styre), erfaringer fra andre land og utfordringsbildet. Alternativene a-c er vurdert opp mot legitimitet for beslutninger, effektiv utnyttelse av ressursene – samordning, effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar og kriterier for samhandling og medvirkning (med kommunesektoren, universiteter og høyskoler, pasienter og brukere, ansatte). Utvalget har også utredet organiseringen av eiendomsforvaltningen.

Spørsmålet om hensynet til nasjonal styring og samordning tilsier at en bør innføre et nasjonalt beslutningsnivå til erstatning for dagens regionale helseforetak, har vært sentralt i utvalgets vurderinger. Utvalget er bedt om å vurdere tre modeller uten et regionalt beslutningsnivå. Utvalget konkluderer med at en modell med ett nasjonalt helseforetak (c.) er det beste alternativet av disse tre.

13 av 16 medlemmer i utvalget mener imidlertid at det fremdeles bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivået. Dette flertallet mener en funksjonsfordeling fra regionalt til nasjonalt nivå innebærer sentralisering av beslutninger og makt, og kan svekke legitimiteten til modellen lokalt. De mener en modell med beslutningsorganer på regionnivået gir det beste grunnlaget for regional planlegging av spesialisthelsetjenesten.

Mindretallet anbefaler at en modell med en nasjonal overbygning tas med videre i regjeringens vurdering, med utvidete fullmakter til helseforetakene og færre helseforetak.

Utvalget har skissert en modell der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter, men er en del av samme rettssubjekt og blir direkte styrt av det regionale nivået. Dette innebærer at det ikke lenger vil være styrer på helseforetaksnivå. Utvalget er delt i to når det gjelder denne problemstillingen.

Både styret og administrerende direktør for Sykehuset Østfold er høringsinstanser, med høringsfrist 3. mars 2017.

Administrerende direktør vil fremme følgende høringsuttalelse, og anbefaler styret å gi sin tilslutning til denne:

Styresak nr.: 08-17

«Dagens utfordringer»

Det har skjedd store endringer i helseforetaksstrukturen siden helseforetaksmodellen ble innført i 2002, og våre erfaringer er at organisering og styring av spesialisthelsetjenesten nå bør endres og tilpasses dagens og fremtidens utfordringer.

Vi erfarer at stadig flere oppgaver som helseforetakene selv ikke kan eller bør løse, må finne sin løsning nasjonalt, og ikke regionalt. Dette gjelder blant annet overordnede og førende prioriteringer, store byggeprosjekt, overgripende IKT-løsninger, juridiske vurderinger og økonomiske incentiver og utfordringer når det gjelder bemanning og utdanning av helsepersonell.

Vi står overfor økende utfordringer når det gjelder gapet mellom faglige/tekniske muligheter, befolkningens forventninger og hva som er praktisk og økonomisk mulig og etisk riktig å levere. Dette vil det ikke være mulig eller riktig å løse regionalt. En robust nasjonal overbygning vil bli stadig viktigere i forhold til å forklare og balansere dette gapet, og gir også et bedre grunnlag for å sikre likeverdige helsetjenester til alle.

Norge er befolkningsmessig et lite land hvor det neppe er rasjonelt å utvikle mange parallelle systemer. Likeverdighet er et viktig prinsipp som best lar seg oppfylle gjennom nasjonal koordinering og nasjonale standarder. Eier må legge opp til organisering og styring som understøtter at pasientopplevelsene blir best mulig.

Det er viktig å satse mer på en bedre folkehelse og redusere ulikhetene i helsetilstanden. Dette krever både en nasjonal og lokal satsning, med samarbeid på tvers av sektorer og målrettet innsats på alle nivå.

Anbefalt modellvalg med kommentarer

Sykehuset Østfold anbefaler modell c med opprettelse av ett nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene. Vi mener det er nødvendig med et beslutningsnivå mellom helseministeren og de enkelte helseforetakene. Spesialisthelsetjenesten er en omfattende virksomhet som skal fungere i et samspill med blant annet primærhelsetjenesten. En direktelinje mellom ministeren og spesialisthelsetjenesten ville innebære at sykehus og spesialisthelsetjeneste fikk en uforholdsmessig stor oppmerksomhet i forhold til kommunehelsetjenesten.

Vi har god erfaring med eget styre for helseforetaket. De ansatte er som ansattvalgt i styret gitt et definert ansvar og innflytelse på styringen av helseforetaket og ikke minst er brukernes stemme tydelig gjennom observatørstatusen. Dette har vært et svært viktig bidrag for å gi brukerne økt innflytelse. Begge deler mener vi det er vanskelig å erstatte med tilsvarende representasjon dersom styrene fjernes.

Dagens utfordringer gjør det nødvendig med større grad av nasjonal standardisering. Dette ser vi spesielt i prioriteringsdiskusjoner hvor det er meningsløst å diskutere prioritering regionalt. Dette må ha et nasjonalt perspektiv. Det samme gjelder IKT og teknologi, hvor behovet for nasjonal standardisering og samordning er påtrengende, både mellom

Styresak nr.: 08-17

regionene og mellom nivåene i helsetjenesten. En eier kan gi en større kraft i arbeidet med nasjonal standardisering.

Det er et stort behov for nær kontakt mellom helseforetakene, ikke bare innen regionen men mellom helseforetak i hele landet. Dette har i seg et stort læringspotensial som ikke har blitt realisert gjennom dagens organisering. Med én eier, vil det ligge til rette for å etablere et felles, nasjonalt lederforum som vil gi ledelsesmessig merverdi for det enkelte helseforetaket.

Vi ser for oss færre helseforetak, anslagsvis 15 totalt. Dette gir et overkommelig kontrollspenn for eier, og et godt utgangspunkt for felles drøftinger i direktørgruppen. Dette vil også gjøre helseforetakene størrelsesmessig mer like. I dag er det som kjent et stort sprik mellom de minste og de største helseforetakene. Sykehusapotekene, Pasientreiser, HINAS, Sykehusbygg og tilsvarende tjenesteytere bør ha en alternativ akse og ikke inngå i den øvrige lederstrukturen.

Vi mener det vil være en fordel å samle samtlige regionsykehus under én og samme eier. Det gir både incitament til positiv konkurranse og til å redusere dysfunksjonell aktivitet som kan oppstå når du er monopolist i en region. Felles styring og ledelse og kan også sikre bedre synergier mellom regionsykehusene.

En nasjonal organisering vil også ha mer tyngde i forhold til andre nasjonale etater, f.eks. i utdanningspørsmål. Spesialisthelsetjenesten må i fremtiden ha en langt sterkere posisjon i forhold til bestilling av utdanningsforløp tilpasset moderne og fremtidsrettet driftskonsept.

Modell c vil gi lavest transaksjonskostnader sammenlignet med de øvrige modellene som er diskutert. Modell c kan tvert imot muliggjøre redusert byråkrati gjennom at fire regionale helseforetak omdannes til ett nasjonalt foretak. Det blir mulig å fjerne dubberte funksjoner og i stedet etablere robuste enheter nasjonalt. Målstyringen kan forenkles, og styringsmålene kan legges på riktig nivå i forhold til relativt selvstyrte lokale helseforetak som må sikres vide fullmakter. Dette kan bli et viktig element i avbyråkratiseringsarbeidet som pågår.

En forutsetning er at det ikke etableres regionale nivåer i tillegg til det nasjonale, enten som «overgangsordninger» eller permanente løsninger. Det kan lett føre til økt byråkrati og ansvarspulverisering.

Helseforetakenes har siden opprettelsen i 2002 utviklet profesjonelt lederskap og organisering, hvor behovet for regional koordinering i tillegg til den nasjonale, synes unødvendig.

Det må uansett skje en regional koordinering og samhandling rundt regionsykehusene. Spesialisthelsetjenesten trenger fortsatt store utdannings- og forskningsinstitusjoner som innehar kompetanse som aldri vil kunne bygges ut i helseforetakene. Det er ikke nødvendig med et eget regionalt nivå for å ivareta dette. Faglige premisser, ikke administrative, vil ligge til grunn for samhandlingen. Det kan legges til grunn at det inngås samarbeidsavtaler

Styresak nr.: 08-17

mellom helseforetakene og regionsykehusene for eksempel tilsvarende avtalene vi har med kommunene.

Arbeidsgiverrollen vil bli enklere å koordinere opp mot Spekter, dersom modell c velges.

Alternativ inndeling av helseregioner

Dersom man skulle velge å beholde regioner, vil en aktuell problemstilling være om Helse Sør-Øst (HSØ) bør deles på grunn av størrelse. En oppdeling av HSØ ville føre til regioner som enten ikke har regionsykehus eller som består av et regionsykehus uten "omland". Dette ville i tilfelle bli dysfunksjonelle regioner som ikke er egnet til å fatte beslutning om arbeidsdeling, ressursfordeling og styring av pasientstrømmer.

Det vil være urealistisk å mene at alle spørsmål knyttet til dette vil kunne løses avtalemessig mellom regionene. Resultatet ville bli at halvparten av landet ville være organisert med funksjonelle regioner (Vest, Midt og Nord) som ville være egnet til å styre pasientstrømmene, mens den andre halvparten av landet (Sør og Øst) ville være organisert med dysfunksjonelle regioner. For denne delen av landet ville en rekke problemstillinger som avklares i regionene i resten av landet måtte løstes til nivået over, det vil si departementet. En oppsplitting av HSØ vil føre til at nærheten til departementet vil kunne bli ulik i ulike deler av landet. Ved en oppsplitting av HSØ i dysfunksjonelle regioner vil begrunnelsen for regioner i stor grad falle bort. Ny organisering med ett nasjonalt selskap vil derfor være å foretrekke framfor videreføring av regioner med oppsplitting av HSØ.

Annet

Vi anbefaler at det nye, nasjonale helseforetaket lokaliseres utenfor det sentrale østlandsområdet, men gunstig kommunikasjonsmessig i forhold til fly/jernbane. Vi må unngå for stor opphopning av tjenester og makt i Oslo-regionen, og det å lokalisere «hovedkontoret» utenfor, kan blant annet bidra til dette.

En nasjonal eier betyr at man også må vurdere rollene til Helsedirektoratet med underavdelinger, Kunnskapscenteret og andre nasjonale instanser.

Fullmaktstrukturen må gjennomgås, hvor helseforetakene gis videre og tydeligere fullmakter. Inntektsmodellen må videreutvikles slik at det oppmuntres til rasjonell oppgavedeling, mer mobilitet og dermed mindre sårbare miljøer og bedre kvalitet. I dag kan effekten av inntektsmodellen virke motsatt.

Det bør vurderes om «sørge-for ansvaret» kan tillegges det enkelte helseforetaket, hvor blant annet ansvaret for avtalespesialister og avtaler med øvrige private leverandører legges til helseforetakene som har områdeansvar.

Fremtidig organisering av eiendomsforvaltningen krever en grundigere utredning, og vil være avhengig av hvilken overordnet styringsmodell som velges. SØ tar derfor ikke stilling til dette nå.»

Styresak nr.: 08-17

3. Administrerende direktørs vurderinger

Administrerende direktør mener en modell med opprettelse av ett nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene er den beste for å ivareta utfordringene i spesialisthelsetjenesten, og samtidig best ivareta legitimitet for beslutninger, effektiv utnyttelse av ressursene og samordning, effektivitet i beslutningsprosesser og samhandling og medvirkning fra kommunesektoren, universiteter og høyskoler, pasienter, brukere og ansatte.

Det finnes imidlertid også hensyn som kan tale for å beholde et regionalt beslutningsnivå, blant annet pasientstrømmene. Godt over 90 % av pasientene behandles innen egen region. En betydelig andel av pasientene, i størrelsesorden 25 %, beveger seg mellom det lokale sykehuset og regionsykehuset. Det vil alltid være stor dynamikk i aksentralisering - desentralisering. Erfaring har vist at det er betydelige spenninger både i fagmiljøene og lokale politiske miljø knyttet til spørsmål om arbeidsdeling mellom de større og de mindre sykehusene.

Det kan også argumenteres for at et regionalt nivå er best egnet til å fatte beslutning om arbeidsdeling, ressursfordeling og styring av pasientstrøm mellom det enkelte regionsykehuset og de øvrige sykehusene som naturlig samarbeider med det, og ha større mulighet for å oppnå legitimitet knyttet til spørsmål om sentralisering – desentralisering, enn et fjernere nasjonalt nivå.

Et verdifullt element ved helseforetaksreformen i 2002 er et tydeligere skille mellom politikk og ledelse. Fjerning av det regionale nivået kan føre til at flere spørsmål løftes til departementet ved at det i befolkningens og lokale politikeres bevissthet vil bli vanskeligere å opprettholde skillet mellom politisk ledelse i departementet og det nye nasjonale selskapet.

Etter en totalvurdering er imidlertid administrerende direktørs vurdering at den beste fremtidige løsningen er å etablere ett nasjonalt helseforetak til erstatning for de fire regionale helseforetakene.