Helsedirektoratet

Returadresse: Helsedirektoratet, Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo, Norge

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:	16/6520
Vår ref.:	16/39840-6
Saksbehandler:	Inger Økland
Dato:	28.02.2017

Høring - NOU 2016:25 - Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Det vises til Invitasjon til høring om NOU 2016:25, mottatt 05.12.2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet. Kvinnsland-utvalgets mandat var å utrede organiseringen av statlig eierskap til spesialisthelsetjenesten innenfor følgende alternativer:

1) avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet

2) opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene

3) opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene

4) eventuelle andre modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten

– her har utvalget utredet en modell der regionale helseforetak beholdes og videreføres som selvstendige rettssubjekter, med helseforetakene i egne resultatenheter (sykehusgrupper), direkte styrt av RHF – altså uten styrer på HF-nivå.

Utvalget skulle også vurdere inndelingen i helseregioner og antall helseforetak i lys av de alternative modellene, samt eierskapet til og forvaltningen av bygg.

Høringsinstansene er bedt om **å gi sine vurderinger av forslagene i utredningen.**

Innledning

Kvinnsland-utvalget har utført en omfattende analyse av dagens organisering av spesialisthelsetjenesten, og de foreslåtte modellene for å møte fremtidens behov er nøye evaluert.

Utvalget har imidlertid ikke klart å enes om én anbefalt modell.

Helsedirektoratet
Avdeling sykehustjenester
Inger Økland, tlf.: 24 16 39 48
Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Helsedirektoratet vurderer det slik at hvis de tre alternativene i mandatet (som alle innebar nasjonal styring) forkastes, er det usikkert om alternativ 4 har åpenbare fordeler sammenliknet med å beholde dagens foretaksmodell med nødvendige tilpasninger.

Helsedirektoratet mener at en omorganisering av hele spesialisthelsetjenesten ikke bør iverksettes uten at det er enighet både politisk og i fagmiljøene om at endringen er påkrevd og alternativet er bedre enn dagens ordning. Kostnader både med hensyn til økonomi og kapasitet i helsetjenesten må vurderes opp mot forventet måloppnåelse. Kvinnsland-utvalget understreker også at det før en omorganisering må gjøres en mer detaljert og grundig konsekvensvurdering enn den overordnede analysen av implementeringsrisiko som er omtalt i rapporten.

I mars 2016 leverte Helsedirektoratet sitt **innspill** til Kvinnsland-utvalget, der vi pekte på de positive erfaringene med regional styring (bedre planleggingsprosesser, økonomistyring, kvalitetsutvikling og gjennomføringskraft). Det ble lagt vekt på at en fremtidig styringsmodell ikke måtte svekke disse gode sidene ved dagens modell. Behovet for sterkere nasjonal styring på noen områder må veies mot behovet for samhandling lokalt, med lokal forankring av spesialisthelsetjenester og nærhet til kommunehelsetjenesten.

Gitt et bredere mandat kunne Helsedirektoratet sett det som hensiktsmessig med en gjennomgang som omfattet organiseringen av den samlede helsetjenesten. Et mer integrert samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten, bedre samhandling mellom kommuner og helseforetak med mer helhetlig oppgaveløsning ville kanskje ført oss nærmere Pasientens helsetjeneste. Mange av de store oppgavene og utfordringene som helsetjenesten står overfor i kommende tiår, med befolkningsvekst og økt andel eldre, forutsetter at organisatoriske barrierer mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste bygges ned og forenkles.

Vurdering av modellene

Bakgrunn: Planlegging og styring av spesialisthelsetjenesten i Norge har særskilte utfordringer knyttet til geografi og bosettingsmønster. På den ene siden er 5,2 mill. mennesker en relativt liten befolkningsenhet som kunne danne grunnlag for en nasjonal styring og organisering. På den andre siden innebærer det spredte bosettingsmønsteret at spesialisthelsetjenesten må organiseres med lokal tilpasning – med formål å motvirke uønsket variasjon i tjenestetilbudet. En regional organisering med ca. 1 mill. innbyggere pr region har dannet grunnlag for inndeling av spesialisthelsetjenesten i Sverige og Danmark. Inndelingen i helseregioner med et ansvar for løsning av spesialisthelsetjenestens oppgaver innen regionen har således alt i alt vært god. Det er etter Helsedirektoratets vurdering viktig og riktig at den regionale inndelingen er knyttet til et beslutnings- og finansieringsorgan.

Alternativ 1: *Avvikling av de regionale helseforetakene og færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet.*

Helsedirektoratet mener at dette kan medføre at beslutninger sentraliseres og den politiske styringen blir sterkere. Organisering av spesialisthelsetjenesten vil kreve mye av departementet og muligens kunne svekke satsing på andre områder. Lokale hensyn, samhandling med

kommunehelsetjeneste, ansattmedvirkning osv. vil med denne modellen bare kunne påvirkes for beslutninger på HF-nivå.

Alternativ 2: *Opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene.*

Det er Helsedirektoratets vurdering at en eventuell opprettelse av et eget sykehusdirektorat vil kunne forsterke de organisatoriske skillene som går mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, og vil kunne være uheldig for videre utvikling av gode helhetlige pasientforløp. Eierstyring og sørge-for-ansvar er ikke naturlige oppgaver for direktorater i vår sektor. Hvis en tenker seg det eventuelle sykehusdirektoratet som en tilrettelegger for departementet (figur 7.3 i rapporten), vil eierstyringen av helseforetakene ligge hos departementet. Dette vil imidlertid gi de samme sentraliseringsproblemene som nevnt under Alternativ 1 over.

Alternativ 3: *Opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene.*

Det er mulig at sterkere nasjonal styring vil redusere variasjon i tilgang og kvalitet på helsetjeneste. Helsedirektoratet er i så fall enig med Kvinnsland-utvalget i at alternativ 3 med et nasjonalt helseforetak er det beste av de tre alternativene i mandatet. Men hvis dette skal organiseres med regionale enheter, som en modifisert form for dagens RHF, kan resultatet bli at man legger til ytterligere et styringsledd.

Alternativ 4*: Kvinnsland-utvalget har utredet en modell der regionale helseforetak beholdes og videreføres som selvstendige rettssubjekter, med helseforetakene i egne resultatenheter (sykehusgrupper) direkte styrt av RHF – altså uten styrer på HF-nivå.*

Alternativet innebærer forslag om at helseforetakene ikke skal ha egne styrer (ikke være egne rettssubjekter). Dette vil også gjelde store region-/universitetssykehus. Konsekvensene av avstand til RHF-styret bør vurderes/utredes nærmere før man eventuelt går inn for en slik modell – det kan ellers fremstå som risikabelt å fjerne styrene på HF-nivå. Kan et RHF-styre ha tilstrekkelig styringskraft i så mange HF av svært varierende størrelse innenfor samme region?

På den annen side ser Helsedirektoratet at en slik endring i strukturen kan bidra til å forenkle og standardisere styringsinformasjonen på regionalt nivå. Eksempelvis vil det regionale helseforetaket trolig lettere få tilgang til alle data for de underliggende enhetene ved at det regionale helseforetaket blir eier av data.

Helsedirektoratets rolle

Når det gjelder Helsedirektoratets rolle overfor spesialisthelsetjenesten, viser Kvinnsland-utvalget flere ganger til Nasjonal helse- og sykehusplan, der det legges sterke føringer for økt nasjonal styring og koordinering på tvers av regionene for å sikre likeverdige tjenester. Sentralt i dette er å styrke Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan.

Det synes fullt mulig å organisere styringen av spesialisthelsetjenesten innenfor rammene av Nasjonal helse- og sykehusplan, enten man velger å beholde dagens ordning eller går for ett av de fire alternativene i rapporten. Kvinnsland-utvalget viser til at NHSP er regjeringens operative

redskap for styring av spesialisthelsetjenesten og Helsedirektoratet er enig med utvalget, som mener at *det er viktig å sikre at planen blir et reelt og hensiktsmessig verktøy for den nasjonale politiske styringen av spesialisthelsetjenesten*.

Øvrige innspill

- Helsedirektoratet vil for øvrig bemerke at en omorganisering av eierskap til spesialisthelsetjenesten og vurdering av ny inndeling i helseregioner bør sees i lys av den pågående regionreformen. Det vil være vanskelig å se for seg ulike regioninndelinger for forskjellige statlige tjenester.
- For å opprettholde en viss balanse mellom helseregionene, støttes tanken om at hver helseregion bør ha et regionsykehus med regionsfunksjoner.
- Behovet for sterkere nasjonal styring er stort på IKT-området, hvor det i dag til dels er valgt separate regionale løsninger med lite forpliktende teknologivalg. Fra et nasjonalt perspektiv og et samhandlingsperspektiv er dette ikke hensiktsmessig i forhold til effektivitet og kvalitet. Helsedirektoratet støtter Kvinnsland-utvalgets vurdering om at det er nødvendig med en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for de ulike aktørene innenfor IKT-området.
- Når det gjelder ny spesialistutdanning for leger, er det lagt opp til en organisatorisk løsning som i hovedtrekk følger dagens styringsmodell for spesialisthelsetjenesten. Men nasjonal koordinering og styring vil være viktig for å begrense variasjon i kvaliteten på utdanningen mellom foretak og regioner. Tilbud av læringsaktiviteter bør ha samme kvalitet i alle foretak – dette gjelder også for praksisutdanningene.

Videre forutsetter Helsedirektoratet at en eventuell omorganisering finner gode løsninger for regnskapsrapportering, helsestatistikk og eiendomsforvaltning.

Konklusjon

Direktoratet vurderer at Kvinnsland-utvalget ikke har kommet fram til et forslag om en modell som er ubetinget bedre enn dagens organisering av spesialisthelsetjenesten.

Et overordnet mål for Regjeringen er å skape Pasientens helsetjeneste. Helsedirektoratet mener at de lokale utfordringene knyttet til samhandling og samarbeid er lettere å identifisere ved regional og lokal styring, og anbefaler å beholde dagens struktur med regional styring inntil videre.

Ved en videre utredning av et eventuelt alternativ, bør det være aktuelt å se på organisering av hele helsetjenesten – primær- og spesialisthelsetjeneste – under ett. Dette omfattes imidlertid ikke av Kvinnsland-utvalgets mandat.

Dersom en omfattende endring av dagens organisering skal være hensiktsmessig, må det foreligge et alternativ som åpenbart vil føre til en bedre styring og drift av helsetjenesten. Helsedirektoratet kan ikke se at en slik modell foreligger.

Omorganiseringer vil uansett være ressurskrevende og må ha et klart mål om forbedring av helsetjenesten før igangsetting.

Vennlig hilsen

Olav Valen Slåttebrekk e.f.
assisterende direktør

Johan Georg Røstad Torgersen
divisjonsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk