

## **VEDLEGG:**

### **NOU 2016:25 - Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – høringssvar fra Helse Sør-Øst RHF**

Høringssvaret er organisert iht. utredningens kapitler. Innledningsvis er det tatt inn en oppsummering av de viktigste synspunktene fra Helse Sør-Øst RHF.

#### **1. Oppsummering – hovedpunkter**

Generelt mener Helse Sør-Øst RHF at dagens modell for organisering og styring av spesialisthelsetjenesten har fungert godt og på mange områder gitt de ønskede resultater. Det kan selvfølgelig gjøres forbedringer av dagens organisering, noe også utvalget påpeker. Helse Sør-Øst RHF er imidlertid av den oppfatning at det ikke påvises åpenbare svakheter i dagens organisering som rettferdiggjør omfattende endringer. En omfattende endring i organisering og styring av spesialisthelsetjenesten vil innebære en betydelig risiko for økte kostnader og redusert effektivitet, samt for redusert styring i en omstillingsfase. Det er heller ikke slik at det blant de ulike modellalternativer som drøftes fremstår organisatoriske løsninger som åpenbart er bedre enn dagens. Alternativene vil etter Helse Sør-Øst RHF's mening være klart dårligere enn dagens modell.

Systemet for medvirkning fra brukere og ansatte er videreutviklet i den nåværende styringsmodellen. Dagens organisering gir et godt grunnlag for ytterligere styrking av dette. I utvalgets arbeid er medvirkningsperspektivet i liten grad drøftet og de sentraliserte styringsmodellene som utvalget har utredet fremstår som svake når det gjelder brukere og ansattes medvirkning.

Det regionaliserte helsevesen har vært førende for organiseringen av spesialisthelsetjenesten siden midt på 1970-tallet. Gjennom sykehusreformen ble regionsperspektivet forsterket. Helse Sør-Øst RHF mener at en videreføring av dette er svært viktig også i den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Dette vil gi det beste utgangspunktet for å sikre legitimitet for beslutninger, effektive tjenester, god samhandling og medvirkning.

Det er Helse Sør-Øst RHF's oppfatning at dersom man velger å endre dagens organisering med fire regioner, er den logiske løsningen å velge en nasjonal modell.

Helse Sør-Øst RHF vil også på det sterkeste fraråde en oppdeling av Helse Sør-Øst i to eller flere regioner. Helse Sør-Øst RHF slutter seg til de argumenter som fremføres fra utvalgets flertall for å beholde dagens regioninndeling.

Helse Sør-Øst RHF vil understreke at dagens regionstruktur med fire regionale helseforetak bygger på en god logikk i forhold til pasientstrømmer og arbeidsdeling mellom sykehus/helseforetak. Hver helseregion må ha et regionsykehus som ivaretar hoveddelen av den mer krevende pasientbehandlingen, noe som også er understreket i Nasjonal helse- og sykehusplan. Hoveddelen av pasientstrømmene går mellom regionsykehuset og de øvrige helseforetakene i regionen. Dette fordi det er behov for løpende styring av funksjonsdeling og tilhørende pasientstrømmer mellom sykehus/helseforetak og mellom helseforetak og regionsykehus.

Helse Sør-Øst RHF vil særlig understreke de uheldige effektene en eventuell deling av Helse Sør-Øst vil ha når det gjelder ressursutnyttelse, styringsstruktur, IKT-utvikling og forvaltning av eksisterende løsninger, prioritering og finansiering av større byggeprosjekter, samt knyttet til administrativ effektivitet.

Når det gjelder spørsmålet om hvor vidt helseforetakene bør videreføres som selvstendige rettssubjekter eller være en del av det regionale helseforetaket, beskrives dette i modell D, som har tilslutning fra halvparten av utvalgets medlemmer. Dette alternativet vil føre departementet nærmere beslutninger knyttet til sykehusdriften.

Helse Sør-Øst RHF ser utfordringer med modell D slik denne er beskrevet. Modellen fremstår som en sentralisering av ansvar og beslutningsmyndighet og kan svekke de ulike beslutningsnivåenes legitimitet i befolkningen. De lokale styrene bidrar til lokal forankring og legitimitet i beslutningsprosessene, samt at de ansatte sikres medvirkning gjennom styrerepresentasjon. Helse Sør-Øst RHF mener også, i likhet med et mindretall i utvalget, at det er argumenter som taler for å opprettholde skillet mellom «sørge for»-ansvaret og det operative driftsansvaret i sektoren.

Helse Sør-Øst RHF støtter flertallets anbefaling om å innføre en modell med kostnadsdekkende husleie. Helse Sør-Øst RHF mener det er nødvendig å utrede nærmere hvilke organisatoriske løsninger som må etableres for å få en ordning med kostnadsdekkende husleie til å fungere etter intensjonene.

Helse Sør-Øst RHF vil videre understreke at en annen organisering av eiendomsområde enn dagens må underbygge det helhetlige ansvaret eier av helseforetakene har i forhold til å sikre midler til drift og til finansiering av investeringer i hele helseforetaksgruppen. Dette innebærer at organisatoriske løsninger med flere eiere, eller med en eierstruktur som ikke er i samsvar med ansvaret for spesialisthelsetjenesten for øvrig, etter Helse Sør-Øst RHF's oppfatning, ikke er egnede løsninger.

## **2. Kommentarer til kapittel 3 *Dagens system og helseforetaksmodellen* og kapittel 4 *Erfaringer med helseforetaksmodellen***

Hensikten med organiseringen av spesialisthelsetjenesten er å på best mulig måte understøtte helsepolitikken og pasientbehandlingen, i tillegg til utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Formålet til de regionale helseforetakene og helseforetakene er *«å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning»* (Helseforetaksloven § 1 annet ledd). De regionale helseforetakene har «sørge for»-ansvaret, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og har etter Helseforetaksloven § 2 annet ledd som sine oppgaver å legge *«til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette»*. I dette ligger blant annet at de regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for å iverksette den til enhver tid gjeldende nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Videre har det regionale helseforetaket finansieringsansvaret for spesialisthelsetjenesten til pasienter som er bosatt i regionen, jf. Spesialisthelsetjenesteloven kapittel 5.

NOU 2016:25 har i kapittel 3 og 4 en god og dekkende beskrivelse av bakgrunnen for sykehusreformen og de regionale helseforetakenes oppgaver, roller, ansvar og styringsstruktur. Det gis videre en god beskrivelse av helseforetaksmodellen og de erfaringer som er gjort etter 2002. Utvalget dokumenterer at målbare resultater i spesialisthelsetjenesten har utviklet seg positivt i denne perioden og at det i stor grad er levert på de målsettinger som ble lagt til grunn for sykehusreformen.

Det sentrale utgangspunktet er om eventuelle endringer i organisering og styring av spesialisthelsetjenesten vil kunne gi et enda bedre grunnlag for å utvikle tjenesten og forbedre tilbudet til pasientene. Spørsmålet om det er behov for å endre organisering og styring må knyttes til hva som er utfordringsbildet for spesialisthelsetjenesten og hvilke problemer og utfordringer som skal løses. Dette er i liten grad belyst verken i utvalgets mandat eller i innstillingen.

Til tross for det overordnede positive inntrykket som utvalget beskriver, trekkes det frem at det er misnøye med dagens styringsmodell fra flere hold. Tre overordnede forhold påpekes:

- Modellen er for markedsstyrt. Det er bunnlinje og ikke pasienten som står i sentrum.
- Helseforetaksmodellen er udemokratisk. Beslutninger tatt i styrene har ikke tilstrekkelig tillit og legitimitet i befolkningen.
- Helseforetaksmodellen skaper et unødvendig byråkrati. Herunder reagerer ansatte på et skjemavelde som fratrar dem tid med pasienten og til å utøve faget sitt.

Helse Sør-Øst RHF vil bemerke at disse momentene i liten grad er knyttet til forhold som berører organisering av spesialisthelsetjenesten.

Utvalget beskriver i pkt. 3.3.2 rammer for eierstyringen etter Helseforetaksloven. Det fremkommer bl.a. at *“Formelt sett er det ikke begrensinger i eiers rett til å styre. Hvor nært departementet til enhver tid vil styre de regionale helseforetakene som eier er på langt vei et politisk spørsmål”*.

Helseforetaksloven legger opp til en tettere styring av helseforetakene enn det som er vanlig med fristilte, egne rettssubjekter, og det er i Helseforetakslovens § 30 fastsatt at enkelte saker ikke kan avgjøres av styrene i de regionale helseforetakene, men må forelegges foretaksmøtet, dvs. statsråden. Utvalget beskriver videre: *“Forståelsen av hvilke konkrete vedtak foretaksmøtet skal fatte, vil påvirkes av den politiske situasjonen og statsrådets vurdering av hvilke politiske beslutninger som antas å være prinsipielle, overordnede eller for å ha vesentlige samfunnsmessige virkninger”* og at *“Statsråden kan bygge på, men er ikke bundet av, tidligere statsråders praktisering av § 30”*.

Dette viser at Helseforetaksloven har et vidt rom for politisk styring. At helseforetaksmodellen er udemokratisk er ofte hevdet i den politiske debatten. Kritikken er at makten er overgitt til *ansiktsløse byråkrater*, og at problemet er mangel på folkevalgt styring på regionalt nivå. Med andre ord at makten er flyttet fra politikerne og fagprofesjonene og over i styrerommene.

Helse Sør-Øst RHF vil imidlertid anføre at:

- Statsråden velger selv hvor detaljert han vil styre
- De ansatte (og dermed profesjonene) deltar i styrene på både helseforetaksnivå og regionalt nivå
- Styremøtene er åpne møter
- Offentlighetsloven gjelder for dokumenter fra administrasjon til styret
- Offentlighetsloven gjelder mellom helseforetak, regionalt helseforetak og departement

Helse Sør-Øst RHF vil videre påpeke at den politiske debatten gjerne har utgangspunkt i og fokus på konkrete enkeltsaker som blir behandlet hver for seg, i stedet for det mer overordnede og helhetlige fokus som sykehusreformen egentlig legger opp til. Nasjonal helse- og sykehusplan ble behandlet av Stortinget i mars 2016. Den gjelder for perioden 2016-2019 og omtaler tiltak som på ulike måter påvirker rammebetingelsene for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF antar at en politisk omforent plan på sikt vil kunne medføre klarere styringslinjer og at oppmerksomhet og styring vil flyttes fra enkeltsakene og over til mer overordnede og helhetlige problemstillinger.

Det er gjennomført en rekke evalueringer av helseforetaksmodellen. Resultatene fra disse er gjennomgående positive. Ser en dette i sammenheng med de utviklingstrekk og tilpassinger av modellen som er gjort i perioden, fremstår dagens modell mer fremtidsrettet og demokratisk enn i sin opprinnelige form.

Når det gjelder forskning og utdanning henviser utvalget til innspill fra dekanene ved de medisinske fakultetene. Disse gir uttrykk for at det sektorovergripende samarbeidet innen forskning og utdanning har blitt betydelig bedre gjennom etableringen av et regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten og at det har vært en klar økning i forskningsaktiviteten i sykehusene etter 2002. Helse Sør-Øst RHF slutter seg til denne vurderingen. Sykehusreformen og de regionale helseforetakenes satsing på forskning har hatt stor betydning for økningen i klinisk forskning. I Helse Sør-Øst har ressursinnsatsen for forskning økt kraftig og vært fulgt av en tilsvarende økning i vitenskapelig produksjon og kvalitet. Det har vært mulig å etablere et regionalt forskningssystem i spesialisthelsetjenesten med regionsykehuset og universitetssykehusene som nav. Det er etablert regionalt finansierte infrastrukturløsninger og nettverk for å styrke forskningen ved alle helseforetak.

Helseforetakene er også store utdanningsinstitusjoner med lovpålagte oppgaver knyttet til utdanning. Disse utdanningsoppgavene er avgjørende for rekruttering og mulighetene for å dekke kompetansebehov, og således for kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen. For å møte kompetanseutfordringen har Helse Sør-Øst vektlagt kompetanse og utdanning som strategisk satsingsområde. Denne satsingen og kontakten med utdanningsinstitusjonene medvirker til at Helse Sør-Øst RHF får en rolle som pådriver og regional koordinator mellom helseforetak, øvrige forvaltningsorgan, ulike interessentgrupper og samarbeidsorgan.

### **3. Kommentarer til kapittel 5 *Erfaringer fra andre land***

Utvalget vurderer bl.a. at det norske systemet for organisering av spesialisthelsetjenesten, med sin vektlegging av det regionale nivået og føringer fra sentral helseforvaltning, i stor grad er på linje med den utvikling som er beskrevet for en del europeiske land. En eventuell endring i Norge, mot mer vektlegging av sentralt beslutningsansvar, vil avvike fra hovedtrenden som er beskrevet. Helse Sør-Øst RHF deler denne vurderingen og vil påpeke at dette understøtter de øvrige synspunkter som reflekteres i vårt høringssvar.

#### **4. Kommentarer til kapittel 6 *Utfordringsbildet***

Utredningen beskriver to hovedtrekk ved utviklingen av spesialisthelsetjenesten framover: *“...økte behov og høy endringstakt. Ressursinnsatsen vil måtte øke, det samme vil behovet for prioriteringer. I en slik situasjon er det viktig å utnytte potensialet for produktivitetsvekst for å gi større handlingsrom. Det må legges til rette for god arbeidsdeling av behandlingstilbud for å sikre høy kvalitet og god ressursutnyttelse. Det må også legges til rette for at endringer i behandlingstilbud mv. kan fanges opp og utnyttes til beste for pasienter og ansatte. Styringsmodellen må vurderes ut fra disse hensynene”.*

Et viktig poeng i utredningen er at *“Nye behandlingstilbud, legemidler og medisinsk utstyr utvikles i stort omfang og høyt tempo”.* Det påpekes at dette har to parallelle konsekvenser: *“Utviklingen innebærer sentralisering av noen funksjoner og desentralisering av andre”.*

Helse Sør-Øst RHF slutter seg til vurderingen av disse hovedtrekkene i utfordringsbildet. Sett opp mot de momenter som er trukket frem om stedlig ledelse i utredningen, vil Helse Sør-Øst RHF påpeke at hovedutfordringene må løses på tvers av både sykehus og tjenestenivå. Utfordringsbildet som er beskrevet, tilsier gjennomføringskraft for å få til hensiktsmessig funksjons- og oppgavedeling og at samarbeid mellom sykehus og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må styrkes. Dette kan ikke utføres som engangshendelser, men må være en del av en kontinuerlig utvikling.

Helse Sør-Øst RHF ser dette som en interessant og relevant problemstilling og skulle gjerne sett at utvalget hadde en bredere diskusjon av hva som anses som forutsetninger for å lykkes med å gjennomføre funksjons- og oppgavefordeling og hvordan slike prosesser skal sikres tilstrekkelig legitimitet, jf. de tilsynelatende motsetninger som fremkommer i omtalen av undersøkelser om stedlig ledelse og ledelse på tvers av lokalisasjoner.

Utvalget viser til at løsningen på disse utfordringene er bedre samordning og koordinering. Sammenhengen mellom styringsmodell og samordningsbehov er grundig utdypet når det gjelder IKT-området. Når det gjelder det mer komplekse samspillet mellom medisinsk og teknologisk utvikling og konsekvensene som trekker både i retning av sentralisering og desentralisering av funksjoner og oppgaver, savnes det en mer dyptgående analyse av fordeler og ulemper med ulike styringsmodeller for å sikre tilstrekkelig fleksibilitet, dynamikk og legitimitet.

#### **5. Kommentarer til kapittel 7 *Alternativer til dagens organisering av spesialisthelsetjenesten***

Utvalget har iht. mandatet vurdert tre alternative organisasjonsmodeller der hovedtrekkene beskrives slik:

##### Modell A

- De regionale helseforetakene avvikles og 10 – 15 helseforetak legges direkte under departementet
- Departementet har «sørge for»-ansvaret og forvalter eierskapet og alle oppgavene knyttet til dette
- Statsrådets politiske ansvar blir betydelig utvidet og departementet får mange flere oppgaver enn i dag

### Modell B

- De regionale helseforetakene avvikles og det opprettes et sykehusdirektorat som tilrettelegger for departementet
- Departementet har «sørge for»-ansvaret og forvalter eierskapet til helseforetakene. En del oppgaver kan delegeres til direktoratet
- Statsrådets politiske ansvar blir betydelig utvidet og departementet får flere oppgaver enn i dag

### Modell C

- Det opprettes ett nasjonalt helseforetak som erstatter de regionale helseforetakene
- Det nasjonale helseforetaket har «sørge for»-ansvaret og forvalter eierskapet og alle oppgavene knyttet til dette
- Statsrådets politiske ansvar og departementets oppgaver videreføres i utgangspunktet som i dag

I tillegg fremmer utvalget en modell D, som halvparten av utvalgets medlemmer anbefaler:

- De regionale helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter
- Helseforetakene blir en del av samme rettssubjekt og direkte styrt av det regionale helseforetaket
- Statsråden og departementet kommer tettere på styringen av sykehusdriften

Helse Sør-Øst RHF mener det er gjort grundige og gode vurderinger av de ulike modellalternativene.

Helse Sør-Øst RHF understreker at dagens regionstruktur med fire regionale helseforetak bygger på en god logikk i forhold til pasientstrømmer og arbeidsdeling mellom sykehus/helseforetak. I dette ligger at hver enkelt region har et regionsykehus som ivaretar hoveddelen av den mer krevende pasientbehandlingen, noe som også er også understreket i Nasjonal helse- og sykehusplan. Hoveddelen av pasientstrømmene i hver region går mellom regionsykehuset og de øvrige helseforetakene. Og hoveddelen av pasientstrømmene er innen en region (93-97 % av pasientstrømmene). I tillegg ivaretar Oslo universitetssykehus landsfunksjoner, men disse utgjør imidlertid et lite volum. Dagens organisering ivaretar på en god måte behovet for løpende styring av funksjonsdeling og tilhørende pasientstrømmer mellom sykehus/helseforetak og mellom helseforetak og regionsykehus.

Helse Sør-Øst RHF mener hovedutfordringen i dagens modell med fire regionale helseforetak primært er knyttet til de områdene hvor det er nødvendig eller ønskelig med nasjonal samordning og enhetlige løsninger. Her vil fire selvstendige rettssubjekter med eget styre og ledelse kunne gjøre nasjonal samordning og enhetlige løsninger mer krevende å få til. Dette vil kunne gjelde kjernevirksomheten, dvs. hvilke helsetjenester som tilbys, kvaliteten på tjenestene og tilgjengeligheten til tjenestene. Og det vil kunne gjelde ulike støttetjenester, for eksempel IKT.

Når det gjelder kjernevirksomheten settes det som hovedregel nasjonale krav til tjenestene. Det er bare unntaksvis at det settes regionale krav, og disse vil da i så fall måtte innebære at man ønsker en bedre standard enn den nasjonale. Krav som avviker fra den nasjonale standarden settes også av det enkelte helseforetak, også med utgangspunkt i at man ønsker en bedre standard enn den nasjonale. Det er mye som tyder på at det er like store forskjeller mellom helseforetak innad i en

region som det er forskjeller mellom regionene. Med andre ord er det ikke gitt at det vil være enklere å skape et enhetlig tilbud av helsetjenester i en nasjonal modell enn i en regional modell.

Det er lagt som en forutsetning for utvalgets arbeid at det skal være fire regionsykehus, at helseforetaksorganiseringen skal bestå og at regnskapsloven skal følges. Det er også etablert et prinsipp, senest slått fast i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), at spesialisthelsetjenesten skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske helseregioner. Dette er sentrale og meget viktige premisser for drøftingene av ulike organisatoriske modeller. Det innebærer også at Oslo universitetssykehus HF skal bestå som en enhet. Helse Sør-Øst RHF mener det er positivt at også utvalget støtter denne tilnærmingen.

Generelt er det Helse Sør-Øst RHF's oppfatning at dersom man velger å endre dagens organisering med fire regioner, er den logiske løsningen å velge en nasjonal modell. Dette er en løsning som kan understøtte ønsket om å bedre den nasjonale koordineringen og styringen på områder som vurderes å ha behov for dette i dagens regionale modell.

Helse Sør-Øst RHF er enig med utvalget i at blant de alternativene som er gitt i mandatet, er modell C med ett nasjonalt helseforetak å foretrekke. Alternativ 1 og 2 vil etter Helse Sør-Øst RHF's mening kunne gi dårligere styring og kontroll med spesialisthelsetjenesten enn dagens løsning med fire regioner.

I omtalen av de fire alternativene sies det blant annet at *“...det er grunn til å tro at kunnskapen om lokale og regionale forhold hos beslutningstakerne vil være dårligere eller vanskeligere tilgjengelig i dette alternativet enn i et system med sterkere regional forankring”*. Videre sies det *“På grunn av størrelsen vil kunnskapen om lokale og regionale forhold være mer begrenset i Helse Sør-Øst enn i de andre tre regionene, og argumentet er derfor mindre relevant for denne regionen”*.

Helse Sør-Øst RHF er ikke enig i at Helse Sør-Øst RHF har en mer begrenset kunnskap om lokale og regionale forhold enn de tre øvrige regionene. Helse Sør-Øst RHF må naturlig nok ha en større organisasjon enn de tre øvrige regionene. Helse Sør-Øst RHF har bygget opp en kapasitet i sin organisasjon som fullt ut sikrer at Helse Sør-Øst RHF har den oversikt over lokale og regionale forhold som er nødvendig for å sikre god ivaretagelse av “sørge for”-ansvaret og god styring og oppfølging av helseforetakene. Ett element for å sikre god lokal og regional kunnskap er å trekke på lokale ressurser i mange sammenhenger og også ha en rekrutteringspolicy som bidrar til at det ansettes personell fra hele regionen.

Selv om det er størrelsesmessige forskjeller på dagens regioner, er hver region svært store organisasjoner. Det samme gjelder de aller fleste helseforetakene som i norsk sammenheng er store virksomheter. De ledelses- og styringsmessige utfordringene er i stor grad de samme som for alle store organisasjoner og er også utfordringer som må håndteres i dagens organisering både av de regionale helseforetakene og de lokale helseforetakene.

Modell D, som utvalget beskriver og som har tilslutning fra halvparten av utvalgets medlemmer, vil føre departementet nærmere beslutninger knyttet til sykehusdriften. Dette ettersom de nye helseforetakene (til erstatning for dagens regionale helseforetak) også vil ha ansvaret for driften av spesialisthelsetjenesten. De nye helseforetakene vil styre de underliggende virksomhetene direkte, og kortere beslutningslinjer fra nasjonale myndigheter til sykehusene vil bl.a. kunne legge bedre til rette for nasjonal samordning og styring. En slik modell vil isolert kunne bidra til mer effektiv styring av de utførende delene av spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF mener at

beslutninger i eksisterende styringsstruktur er basert på god kunnskap om lokale og regionale forhold og mener at det samme ville være tilfellet i en styringsstruktur som beskrevet i modell D.

Helse Sør-Øst RHF ser utfordringer med modell D slik denne er beskrevet. Modellen fremstår som en sentralisering av ansvar og beslutningsmyndighet og kan svekke de ulike beslutningsnivåenes legitimitet i befolkningen. Samlet vurderer Helse Sør-Øst RHF det å være en styrke med lokale styrer. Disse bidrar til lokal forankring og legitimitet i beslutningsprosessene, samt at de ansatte sikres medvirkning gjennom styrerepresentasjon. Helse Sør-Øst RHF mener også, i likhet med et mindretall i utvalget, at det er argumenter som taler for å opprettholde skillet mellom "sørge for"-ansvaret og det operative driftsansvaret i sektoren. Et ansvarsskille mellom regionale helseforetak som iverksetter av helsepolitikken og helseforetakene som virkemiddel for den operative driften bør videreføres.

Utvalget påpeker at en del av de utfordringene man har knyttet til nasjonal samordning og styring kan løses ved å etablere felleseide selskaper. Dette har de regionale helseforetakene gjennomført innen flere områder. Organisering i fellestjenesteleverandører gjøres også på regionalt nivå, bl.a. innen IKT-området. Dette med samme begrunnelse som for å etablere nasjonale fellestjenesteleverandører.

Helse Sør-Øst RHF er enig i at fellestjenesteenheter kan være et virkemiddel for å oppnå bedre nasjonal samordning og styring. Helse Sør-Øst RHF vil imidlertid påpeke at det, basert på de erfaringene som er gjort med fellestjenesteenheter så langt, er behov for å gjøre noen styringsmessige forbedringer. Det er allerede satt gang et slikt arbeid i regi av de regionale helseforetakene. Dette arbeidet omfatter bl.a. å etablere bedre prosesser for å utarbeide oppdragene til disse selskapene og for budsjettarbeidet. For å sikre at disse fellestjenesteenhetene er effektive i sin ressursutnyttelse, kreves tett og god oppfølging fra eierne. For å sikre god eierstyring er det viktig at organiseringen og eierskapet til fellestjenestene ikke frikobles fra de regionale helseforetakene som har det overordnede økonomiske ansvaret.

Utvalget påpeker at det i dagens modell kan oppstå uenighet både om nødvendigheten av og innretningen på de enkelte enhetene for fellestjenester. Helse Sør-Øst RHF mener at det er et godt forslag at rapporteringen og oppfølgingen av de felles eide selskapene også inngår som en fast del av den etablerte styringsdialogen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene.

Utvalget peker spesielt på behovet for bedre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet, samt behovet for en vurdering av roller og ansvar mellom dagens aktører. Dette er vurderinger Helse Sør-Øst RHF støtter. En forutsetning for realisering av det nasjonale målbildet innen IKT-området er at man har en styrings- og finansieringsmodell som forplikter og bidrar til å øke gjennomføringsevnen. Det innebærer blant annet en entydig plassering av roller og ansvar mellom et stort antall aktører. Det er i dag stor grad av overlapp i roller og ansvar mellom aktørene med et ansvar innen IKT-området. Dette innebærer at uforholdsmessig mye tid benyttes på koordinering og avklaringer knyttet til ansvar og styringslinjer. Helse Sør-Øst RHF er opptatt av at det må være en tydelig kobling mellom prioritering og finansiering av IKT-tiltak og ansvaret for gjennomføring.

## **Oppsummering**

Generelt mener Helse Sør-Øst RHF at dagens modell for organisering og styring av spesialisthelsetjenesten har fungert godt og på mange områder gitt de ønskede resultater. Det kan selvfølgelig gjøres forbedringer av dagens organisering, noe også utvalget påpeker. Helse Sør-Øst RHF er imidlertid av den oppfatning at det ikke påvises åpenbare svakheter i dagens organisering eller utfordringsbilde som tilsier omfattende organisatoriske endringer. En omfattende endring i organisering og styring av spesialisthelsetjenesten vil innebære en betydelig risiko for økte kostnader og redusert produktivitet, samt for redusert styring i en omstillingsfase. Det er heller ikke slik at det blant de ulike modellalternativer som drøftes fremstår organisatoriske løsninger som åpenbart er bedre enn dagens. Alternativene vil etter Helse Sør-Øst RHF's mening være klart dårligere enn dagens modell.

Det regionaliserte helsevesen har vært førende for organiseringen av spesialisthelsetjenesten siden midt på 1970-tallet. Gjennom sykehusreformen ble regionsperspektivet forsterket. Helse Sør-Øst RHF mener at en videreføring av dette er svært viktig også i den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Dette vil gi det beste utgangspunktet for å sikre legitimitet for beslutninger, effektive tjenester, god samhandling og medvirkning.

## **6. Kommentarer til kapittel 8 *Inndeling i helseregioner og antall helseforetak***

Utvalget viser til at regionalisering av spesialisthelsetjenesten har vært bærende prinsipp helt tilbake til St.meld. nr. 9 (1974-75). Helseregionene Nord, Midt-Norge og Vest har vært uendret siden dette, mens region Sør og Øst ble slått sammen til en region i 2007. Hovedbegrunnelsen for dette var behovet for en sterkere samordning av tjenestetilbudet i Oslo og en enhetlig regionsykehusfunksjon i samsvar med etablerte pasientstrømmer i landsdelen.

I vurderingen av regionstrukturen har utvalget begrenset sine vurderinger til Helseregion Sør-Øst. Det har vært diskusjon om helseregion Sør-Øst er uhensiktsmessig stor, bl.a. ved at kontrollspennet er for stort og at styringslinjene er for lange.

Utvalget drøfter ulike alternativer til dagens regioninndeling, en todeling (tilnærmet lik organiseringen før 2007) og en tredeling der Oslo og evt. Akershus utgjør en egen helseregion. Alle alternative regioninndelinger innebærer at en eller flere regioner vil være uten eget regionsykehus.

Helse Sør-Øst RHF vil også i denne sammenhengen understreke at dagens regionstruktur med fire regionale helseforetak bygger på en god logikk i forhold til pasientstrømmer og arbeidsdeling mellom sykehus/helseforetak. Hver helseregion må ha et regionsykehus som ivaretar hoveddelen av den mer krevende pasientbehandlingen. Hoveddelen av pasientstrømmene går mellom regionsykehuset og de øvrige helseforetakene. Dette fordi det er behov for løpende styring av funksjonsdeling og tilhørende pasientstrømmer mellom sykehus/helseforetak og mellom helseforetak og regionsykehus.

Når det gjelder alternativenes betydning for utviklingen av økonomi og økonomistyring vil Helse Sør-Øst RHF understreke følgende: Det framgår av utvalgets rapport at den økonomiske utviklingen har vært positiv i alle helseregionene. Det gjelder både utviklingen i produktivitet og

evnen til å prioritere investeringer. Utvalget trekker fram flere relevante forhold som taler imot en deling av Helse Sør-Øst.

Helse Sør-Øst RHF vil også understreke de uheldige effektene en deling vil få for:

- **Ressursutnyttelse:** Det er vesentlig risiko for at region(er) uten regionsykehus over tid vil bygge ut flere spesialiserte funksjoner. Dette vil kunne føre til at kompetanse trekkes til Sør- og Østlandsområdet fra andre deler av landet.
- **Styringsstruktur:** Det vil bli en mer kompleks styringsstruktur med et stort behov for avtaler, og tilhørende avtalelojalitet, knyttet til bruk av regionsykehuset. Dette vil også kunne medføre økt administrativ byrde knyttet til oppfølging av slike styringsstrukturer. Det fremstår også uklart hvilken region som skal ta beslutninger knyttet til sentralisering av funksjoner til regionssykehuset og desentralisering av funksjoner fra regionssykehuset og til ett eller flere av helseforetakene i de aktuelle regionene. Slike beslutninger vil nødvendigvis måtte havne i Helse- og omsorgsdepartementet for regionene som oppstår etter en deling av Helse Sør-Øst, mens de samme beslutningene vil kunne fattes i eget styre i Helse Nord, Helse Vest og Helse Midt-Norge.
- **IKT-utvikling og forvaltning av eksisterende løsninger:** En deling av Helse Sør-Øst vil medføre betydelige økte kostnader og utgjøre en risiko for den videre IKT- utviklingen. I dag styrer Helse Sør-Øst RHF den helhetlige prioriteringen mellom hvor mye som skal gå til IKT og hva som skal gå til øvrige regionale investeringsaktiviteter. Endret regioninndeling vil kunne medføre at de nye regionene vil ha ulik økonomisk evne og interesse for å prioritere investeringsmidler til felles IKT-prosjekter. I Helse Sør-Øst er Sykehuspartner HF i en særskilt posisjon som fellestjenesteleverandør og har en vesentlig gjeldsposisjon overfor øvrige helseforetak som følge av den regionale prioriteringen av likviditet til IKT-prosjekter. Ved en evt. deling av Helse Sør-Øst vil det oppstå en særskilt utfordring i forhold til eierskap og drift av Sykehuspartner HF. Det må i tilfelle legges til rette for en håndtering av eventuelle felles investeringer og finansieringen av disse, inklusive tilbakebetaling av eksisterende gjeld. Det understrekes at allerede gjennomførte investeringer og forpliktete avtaler vil kunne bli direkte berørt ved en eventuell deling av regionen. Endringer i dagens organisering av fellesfunksjoner i Helse Sør-Øst vil derfor kreve særskilte vurderinger.
- **Forskning og utdanning:** En oppsplitting av Helse Sør-Øst i flere regioner ville kunne føre til svekkelse av det regionale forskningssystemet. Dette fordi nye regioner uten en forskningstung kjerne (større universitetssykehus) ikke vil kunne ivareta en nav-funksjon. Dette vil kunne ramme forskningen utenfor universitetssykehusene. Tilsvarende gjelder for utdanningsaktiviteten. Universitetssykehusene og regionssykehuset er viktige nav i utdanning for hele helseforetaksgruppen. Særlig er deres rolle avgjørende for spesialistutdanningen for leger der rotasjon til universitets-/regionssykehus i mange tilfeller er avgjørende for å kunne gjennomføre hele spesialistutdanningen. En oppsplitting av Helse Sør Øst vil utfordre mulighetene til å få til gode utdanningsforløp.
- **Prioritering og finansiering av større byggeprosjekter:** Prioritering og gjennomføring av byggeprosjekter vil skje i en ny konstellasjon av helseforetak med ulike behov og ulik finansiell styrke. Langsiktige planer lagt i Helse Sør-Øst vil kunne bli endret. En deling av Helse Sør-Øst til mindre regioner med færre helseforetak, vil hver for seg og i sum få mindre finansielt handlingsrom for større byggeprosjekter enn hva som er tilfellet i Helse Sør-Øst med den etablerte finansieringsmodellen. Modellen for finansiering av store byggeprosjekter i Helse Sør-Øst, både begrunnelse og funksjon, er godt beskrevet i utvalgets rapport.

- Administrativ effektivitet: Helse Sør-Øst RHF har en administrasjon som er mindre enn hva størrelsen av regionen skulle tilsi. Det er administrative stordriftsfordeler både knyttet til ledelse, faglig styring og premissgivning, standardisering, rapportering og oppfølging. En deling av regionen vil i sum føre til en betydelig høyere administrativ kostnad.

I tillegg vil en deling av Helse Sør-Øst representere en meget stor omstilling som både vil kreve omstillingskostnader og som vil innebære en stor risiko for svekket styring i en overgangsfase med oppbygging av ny(e) organisasjon(er) og nye strukturer.

Helse Sør-Øst RHF vil på denne bakgrunn på det sterkeste fraråde en oppdeling av Helse Sør-Øst i to eller flere regioner. Helse Sør-Øst RHF slutter seg til de argumenter som fremføres fra utvalgets flertall for å beholde dagens regioninndeling.

## **7. Kommentarer til kapittel 9 Eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten**

Dagens forvaltningsmodell, der det enkelte helseforetak eier og forvalter sine eiendommer, understøtter det helhetlige ansvaret for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng. Denne modellen har imidlertid vist seg å ha noen svakheter, ved bl.a.:

- Vanskelig å sikre prioritering av midler til vedlikehold. Resultatet av dette er at bygningsmassen samlet sett forfaller (gjennomsnittlig tilstandsgrad forverres), med tilhørende økt akkumulert vedlikeholdsetterlep.
- Lokal eiendomsforvaltning kan medføre en mer fragmentert eiendomsforvaltning og mindre kompetansemiljøer enn ønskelig.
- Det enhetlige ansvaret i dagens modell burde vært et sterkt incitament for god arealutnyttelse, men dette virker ikke fullt ut, bl.a. fordi ansvaret for budsjettering på klinikk- og avdelingsnivå normalt ikke omfatter eiendomskostnader.
- Det er utfordrende å digitalisere eiendomsvirksomheten, da dette krever standardisering og ensartede prosesser og prosedyrer på tvers av foretakene.

NOU 2016:25 gir en beskrivelse av dagens modell og alternative forvaltningsmodeller med referanse til Statsbygg, Forsvarsbygg og forvaltningen av sykehusbygg i Sverige og Danmark. I tillegg viser utredningen til en underrapport som er bestilt fra Ernst & Young. I denne rapporten fokuseres det på forbedringsområder innen eiendomsforvaltningen, og det er gjort en vurdering av fordeler og ulemper ved å skille ut eierskap og forvaltning i et eget selskap (på nasjonalt nivå).

Utvalget peker på følgende primære forbedringsområder:

1. Å forbedre den bygningsmessige og tekniske standarden på en del sykehusbygg.
2. Mer behovstilpassede arealer og lokaler.
3. Bedre mekanismer for arealeffektivisering.
4. Ytterligere standardisering, samordning og læring.
5. Økt fokus på gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter.

Det påpekes at kostnadsdekkende husleie langt på vei vil kunne løse problemet med nedprioritert bygningsvedlikehold og ikke-optimal arealbruk, gitt at:

- Det etableres et skille mellom bruker og leverandør (forvalter), der disse er adskilte resultatenheter, og
- Det etableres hensiktsmessige incentiver, bl.a. ved at laveste budsjetterende nivå (klinikk/avdeling) beholder eventuelle besparelser ved mer optimal bruk av arealer og lokaler.

Utvalget konkluderer med at et organisatorisk skille mellom eiendomsforvaltning og primærdrift, dvs. klinisk virksomhet, vil bidra til mer profesjonalisering av eiendomsforvaltningen. Det pekes imidlertid også på at etablering av et eget eiendomsforvaltningsselskap er et omfattende grep med store omstillingskostnader.

Helse Sør-Øst RHF mener at utvalget gir en god beskrivelse av dagens modell, behovet for endringer og hvilke alternativ som foreligger.

Helse Sør-Øst RHF vil understreke hovedprinsippet i at totalansvaret for primærdrift og støttefunksjoner henger sammen. Helse Sør-Øst RHF støtter etablering av en ordning med kostnadsdekkende husleie, som spesielt vil være viktig for forbedringsområdene 1 og 3 som er beskrevet over.

Ved riktig bruk av incitament, bl.a. ved etablering av husleieordninger på klinikk- eller avdelingsnivå, med budsjettmessig inkludering av eiendomskostnadene basert på objektive kriterier, vil dette kunne bidra til riktigere og mer effektiv arealbruk. I tillegg til forventede arealgevinster, må en samling av forvaltningsmiljøene forventes å innebære både mer effektiv ressursbruk og bedre kompetansebygging. Samtidig vil en husleiemodell kunne bidra til bedre vedlikehold og økt ressursinnsats til eiendomsområdet. Det er vanskelig å peke på kortsiktige økonomiske gevinster som en følge av en slik ordning, men over tid vil en husleiemodell kunne bidra til både bedre ivaretagelse av verdiene i eiendomsmassen og at eiendomsmassen vil være bedre tilpasset virksomhetens behov.

Helse Sør-Øst RHF mener det er nødvendig å utrede nærmere hvilke organisatoriske løsninger som må etableres for å få en ordning med kostnadsdekkende husleie til å fungere etter intensjonene.

Konsekvensene ved en eventuell overføring av forvaltningsansvaret eller også eieransvaret til et eiendomsselskap, herunder kostnadene ved denne prosessen, bør utredes nærmere før det tas en endelig beslutning.

Utvalget peker flere steder i rapporten på utfordringer ved felles eide selskaper som styringsmodell, særlig knyttet til effektivitet i beslutningsprosesser. Dette er et forhold som forverres med antall eiere. Utvalget konkluderer med at modellen med et felles eid selskap kan fungere som samordningsverktøy der det er stor grad av konsensus. Som styringsform for eiendomsforvaltning er denne modellen imidlertid lite egnet, siden det her vil kunne være betydelige interessemotsetninger mellom eiere, særlig knyttet til prioritering av investeringer.