

# Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.

## Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?

---

NOU 2016:25 AVGITT 1. DESEMBER 2016

LEDER: STENER KVINNSLAND

# Mandatet

---

## Modellvalg:

- a) Avvikling av de regionale helseforetakene.  
Færre helseforetak enn i dag - direkte underlagt departementet
- b) Et eget direktorat til erstatning for RHF
- c) Ett nasjonalt helseforetak til erstatning for RHF
- d) Eventuelle andre modeller

## Andre tema:

- Regioninndeling
- Eiendomsforvaltning

# Premisser for mandatet

---

Staten skal fortsatt eie sykehusene

Sykehusene skal fortsatt være organisert som foretak med egne styrer. Dette betyr også at regnskapsloven skal gjelde.

Finansieringssystemet ligger fast med mindre modellvalg krever tilpasninger

# Utvalget

---

Utvalgsleder: lege Stener Kvinnsland, Bergen

Medlemmer:

rådmann Trude Andresen, Lier

klinikkdirektør Per S. Bleikelia, Hønefoss

tidligere helse- og omsorgsminister Sylvia K. Brustad, Hamar

leder av brukerutvalget UNN Cathrin Carlyle, Tromsø

tidl. regjeringsadvokat Sven Ole Fagernæs, Oslo

lege Hege Gjessing, Oslo

lege Christian Grimsgaard, Oslo

spesialrådgiver Jon J. Gåsvatn, Sarpsborg

prosjektdirektør Lars Haukaas, Oslo

seniorforsker Jorid Kalseth, Trondheim

departementsråd Per V. Okkels, København

daglig leder Brit K.S. Rugland, Stavanger

konsulent/partner Bente G. H. Slaatten, Nesbru

lege Hanne Thürmer, Notodden

professor Karina Aase, Stavanger

# Prosesen

---

Opprettet 2. oktober 2015.

Bred prosess hvor mange aktører har fremmet sine syn for utvalget

- En rekke innledere er invitert til utvalgsmøtene
- Eksterne innspill i heldagsmøte
- Egen nettside og invitasjon til å gi skriftlig innspill

# Status etter 14 år med helseforetaksmodellen

---

Kvaliteten på helsetilbudet i Norge er generelt god

Sykehus er blant de off. virksomhetene som brukerne er mest fornøyd med

Økonomien er under kontroll

Investeringsnivået er klart høyere enn på 90-tallet

Produktiviteten har økt

Styringsdialogen og rolleforståelsen har blitt tydeligere over tid

Det er tatt grep for å bedre samordningen både nasjonalt og regionalt

# Men:

---

Fortsatt store forskjeller i tjenestetilbudet

Fortsatt rom for økt produktivitet

Utfordringer knyttet til bygg med dårlig standard

Behov for nasjonale grep spesielt på IKT-området

Utfordringer knyttet til ledelse og intern organisering

Behov for bedre samhandling med kommunene

# Utfordringer

---

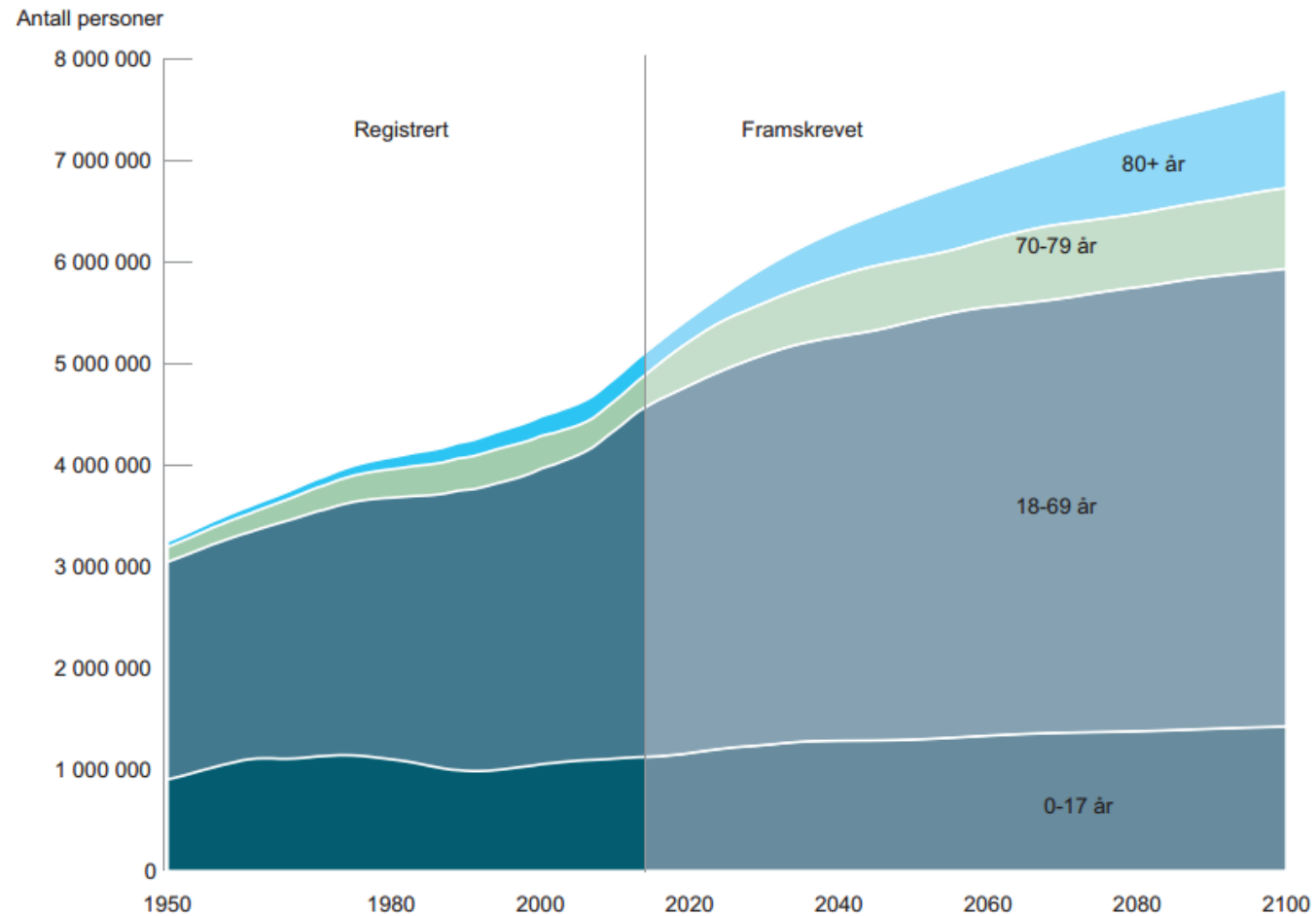
Demografiske endringer fram til 2030:

- Vi blir én million flere
- Urbanisering fortsetter – ca. 30% vekst i storbyene, mens de eldre blir boende på bygda
- 300.000 flere over 70 år
  - En 70- åring bruker om lag dobbelt så mye helsetjenester som en 40- åring

Den offentlige budsjettsituasjonen forventes å bli strammere framover



# Vekst i antall eldre



# Utfordringer - forts

---

Den medisinsk-tekniske utviklingen stiller store krav til omstilling

Føringer gjennom nasjonal helse- og sykehusplan (samordning mv.)

Rettighetslovgivning

IKT

Ledelse og intern organisering

# De sentrale oppgavene til RHFene

---

## Sørge-for-ansvaret:

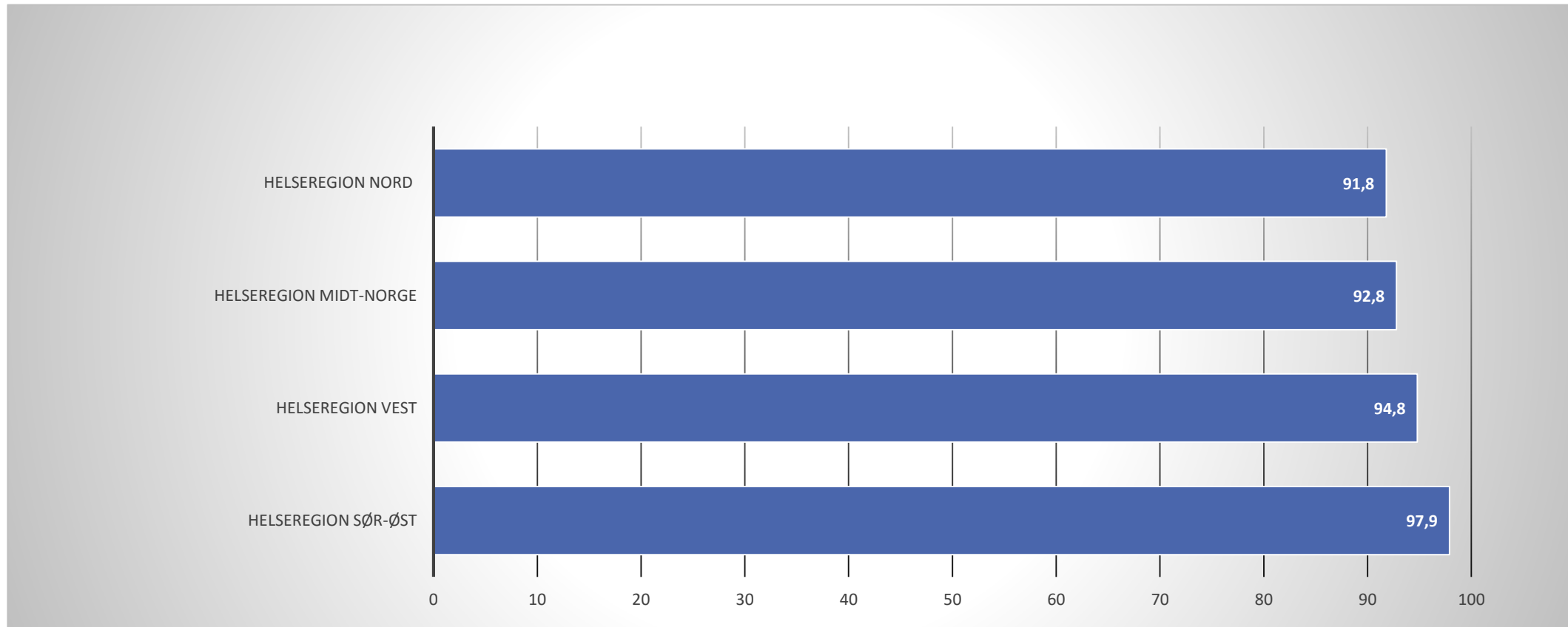
- Planlegging av tilbudet – på kort og lang sikt
- Funksjons- og oppgavefordeling
- Prioritering av investeringer
- Kjøp av helsetjenester fra private leverandører

## Forvalte eierskap til helseforetakene:

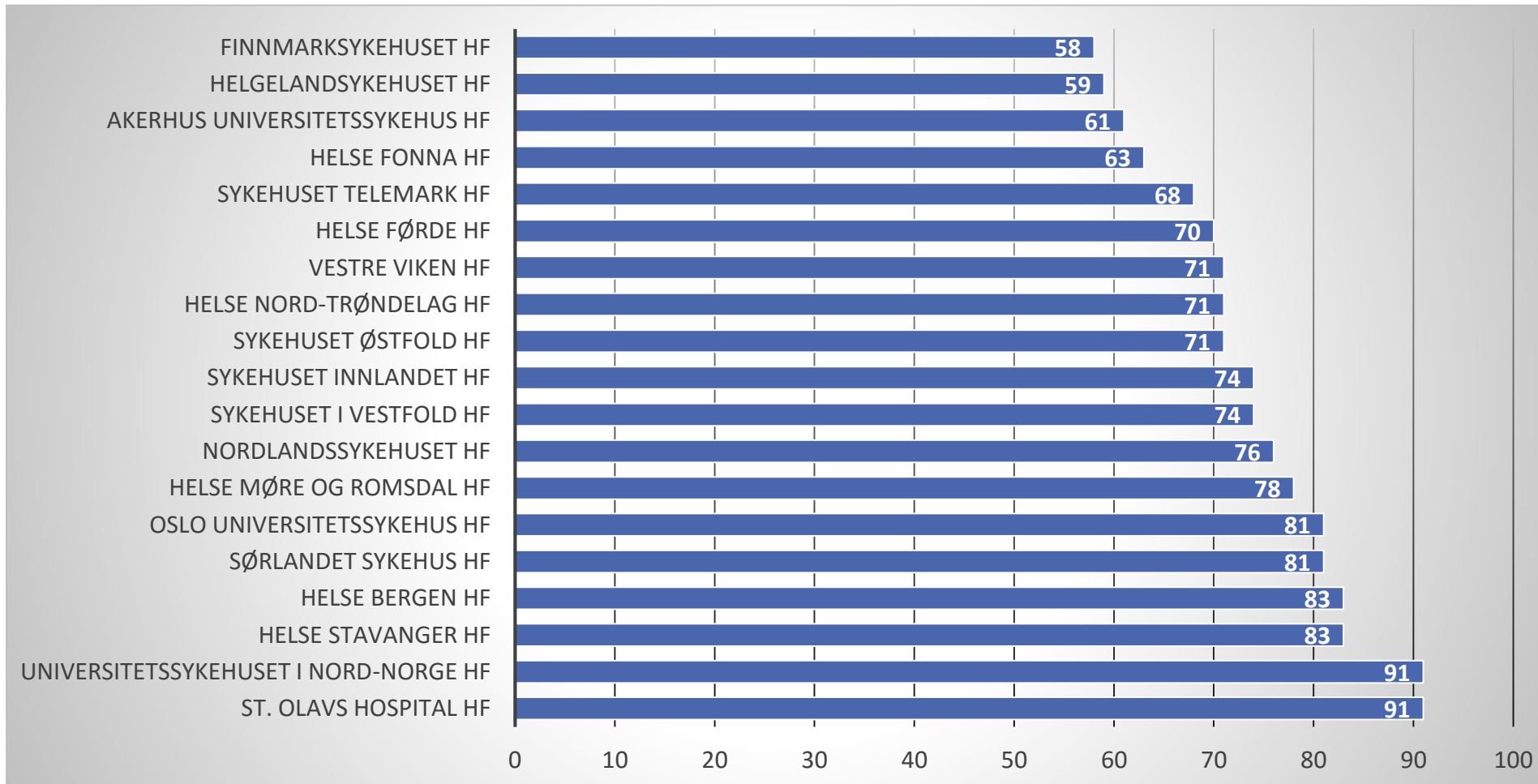
- Sette mål og fordele budsjett
- Oppfølging og kontroll

Koordinering av forskning og undervisning

# Dekningsgrad i helseregionene



# Egendekning i helseforetak (69,5 pst.)



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Grunnlag: Alle DRG, alle innmåter, alle omsorgsnivå. 1. januar – 31. desember 2014

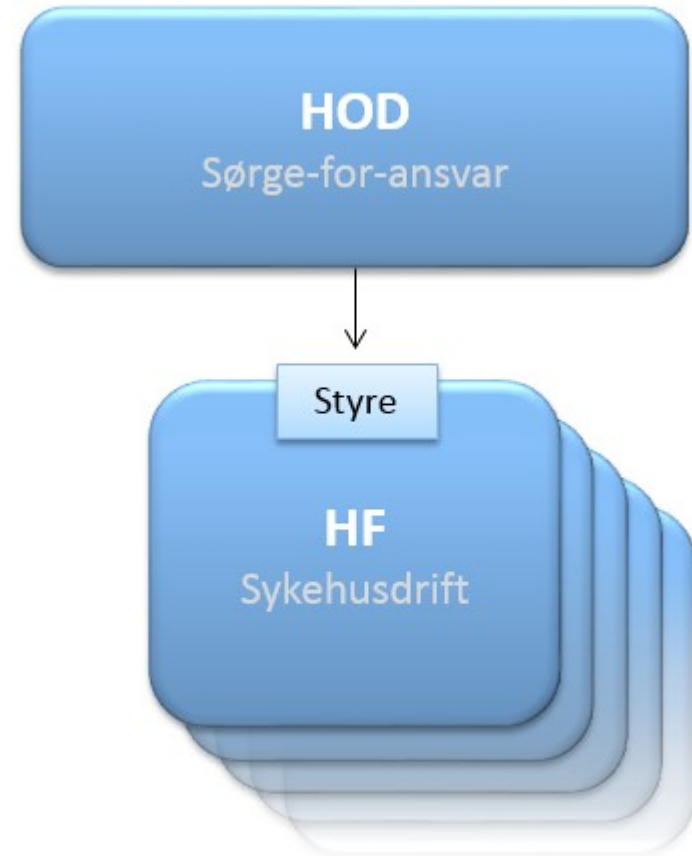
# Modell 1

---

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.

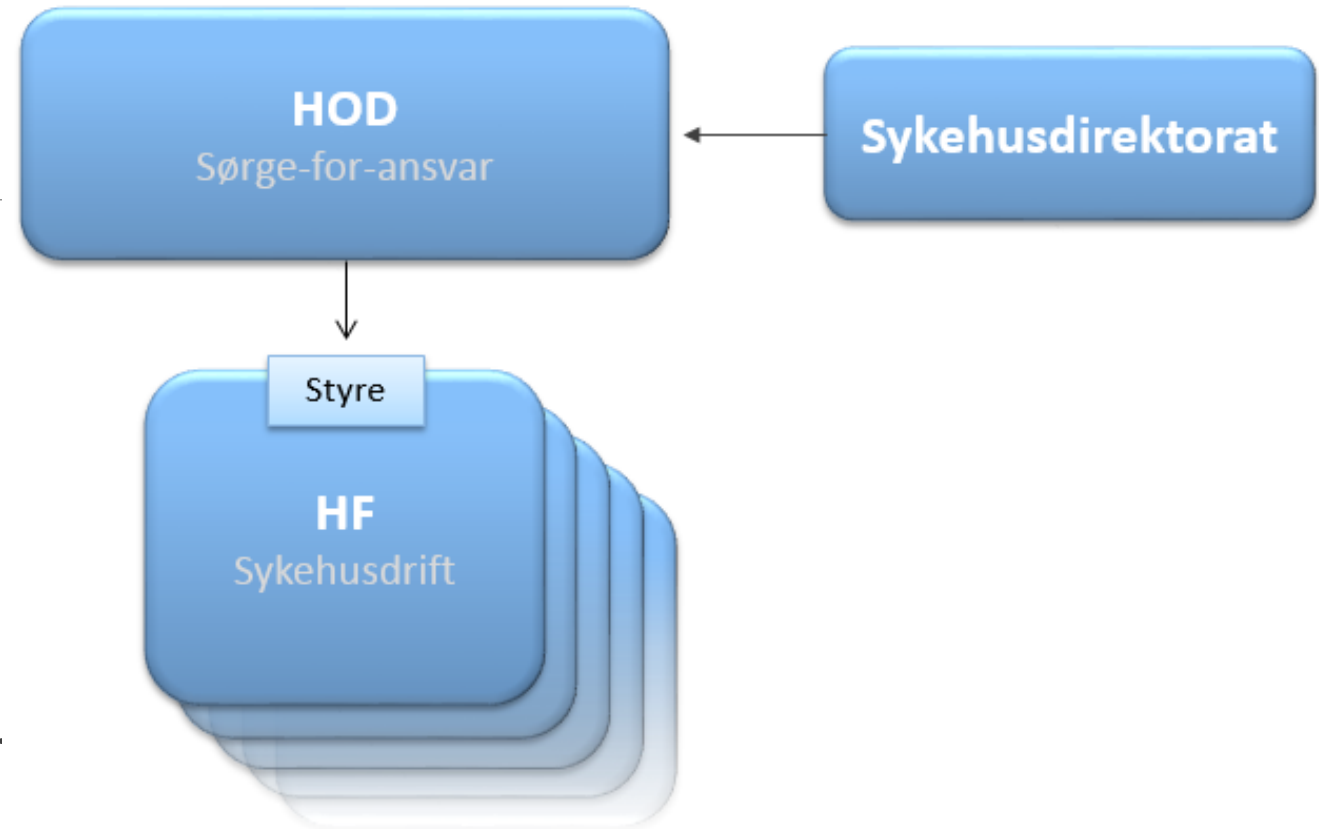


# Modell 2

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.

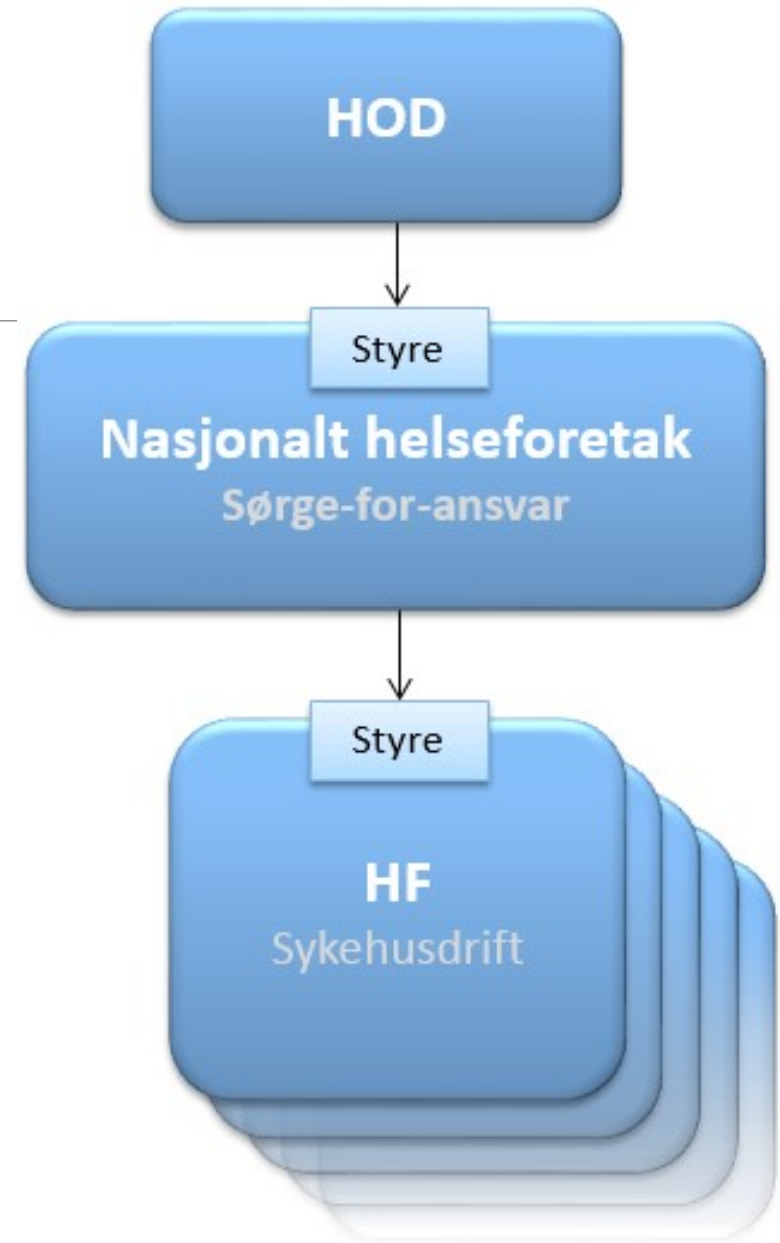


# Modell 3

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.





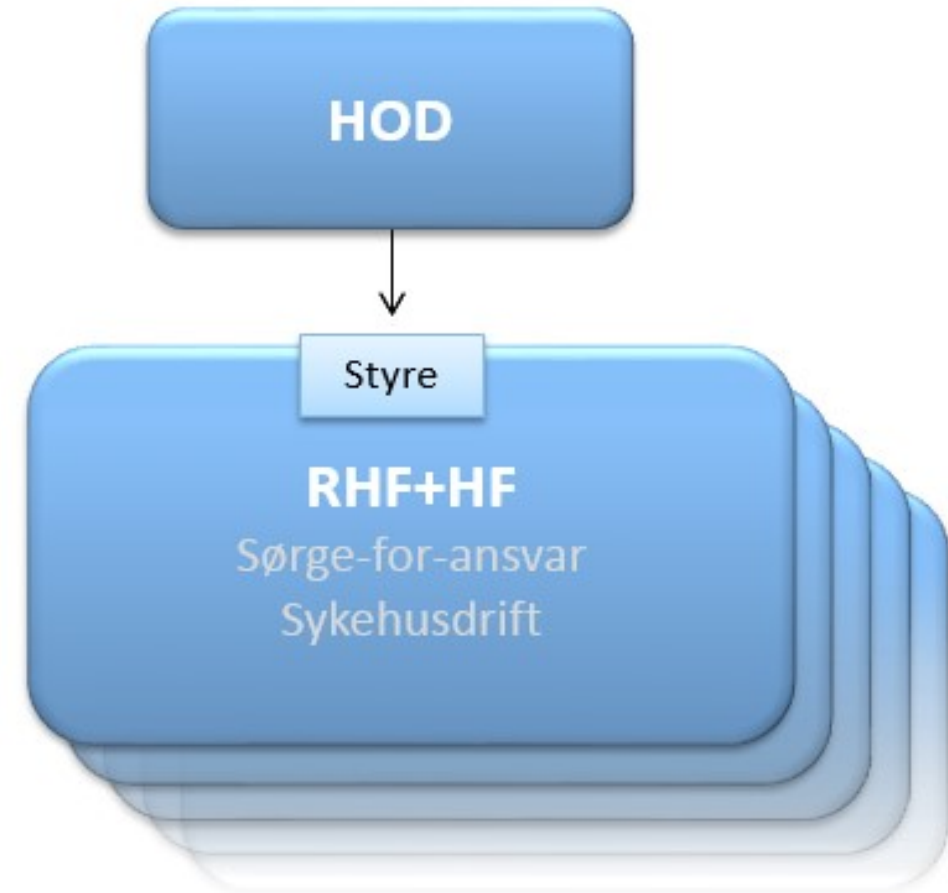
# Modell 4

---

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.



# Modellvalg

---

Hvilken av de 3 nasjonale modellene er den beste?

Bør et regionalt beslutningsnivå videreføres?

Bør helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter?

# Tilråding om nasjonal modell

---

Utvalget mener alternativet med ett nasjonalt helseforetak er det beste.

I de to andre modellene får departementet et uhensiktsmessig stort kontrollspenn, med omfattende oppgaver knyttet til:

- Planlegging (funksjonsfordeling mv.)
- Ressursfordeling (herunder til investeringer)
- Oppfølging og kontroll

Sannsynlig konsekvens: Spesialisthelsetjenesten blir for dominerende i departementet, med for stort fokus på enkeltsaker.

Beslutningsprosessene enklest i modell 3.

Minst implementeringsrisiko i modell 3.

# Flertallet anbefaler et regionalt beslutningsnivå (13 av 16 medlemmer)

---

Sentralisering av de viktigste beslutningene innebærer en sentralisering av beslutninger og makt som kan svekke legitimiteten til modellen lokalt.

En modell med ett nasjonalt helseforetak gir så sterk maktkonsentrasjon til én nasjonal leder og ett styre at den vil kunne utfordre den rollefordelingen som systemet bygger på.

En modell med beslutningsorganer på regionnivået legger det beste grunnlaget for regional planlegging.

# Mindretallet anbefaler at nasjonal modell vurderes videre (3 medlemmer)

---

Mindretallet mener at grunnlaget ikke er godt nok til å gi en entydig anbefaling og anbefaler at en modell med en nasjonal overbygging tas med videre i regjeringens vurdering.

Egenskapet ved en nasjonal modell:

- Nasjonalt nivå ivaretar nasjonale oppgaver, herunder overordnede strategiske oppgaver og eierskap.
- Helseforetakene får utvidede fullmakter og sykehusene organiseres som selvstendige enheter under disse.
- Et siktemål er å styrke helseforetakenes autonomi, myndighet og handlingsrom.

# Bør helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter?

---

Halvparten av medlemmene, inkludert utvalgets leder, støtter modellen der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter.

- Klargjør ansvarsforhold og legger til rette for mer effektive styrings- og beslutningslinjer
- Lederne for sykehusgruppene inngår i ledergruppen på det regionale nivået
- Lederne for sykehusgruppene får en klarere rolle i styringslinjen og økt mulighet til direkte å påvirke beslutninger på regionnivået
- Det legges til rette for bedre samarbeid mellom sykehusene internt i helseregionen

Modellen forutsetter at det etableres samhandlingsarenaer på lokalt nivå, og at sykehusene gis økt autonomi i driftsspørsmål. Legger til rette for flere sykehusgrupper enn det er HF i dag.

# Bør helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter? – forts.

---

Den andre halvparten av utvalget går imot en slik endring, og mener den vil bidra til sentralisering av makt og beslutninger.

- Svekket lokal ledelse er et sannsynlig utfall, med negative konsekvenser for sykehusdrift og samhandling.
- Modellen vil også kunne føre til at vedtak ikke blir tilstrekkelig opplyst og forankret, og svekket medbestemmelse.
- Medlemmene er særlig bekymret for negative følger for virksomheten i Helse Sør-Øst, som har ansvar for 56 pst. av befolkningen og pasientbehandlingen.

# Regioninndeling

---

Helseregionene Nord, Midt-Norge og Vest har vært uendret siden 1975

Utvalget har begrenset vurderingene til Helseregion Sør-Øst

Det har vært diskusjon om Helseregion Sør-Øst er uhensiktsmessig stor:

- Stort kontrollspenn
- Lange styringslinjer



# Helseregion Sør-Øst

---

Innbyggere: 2,9 millioner

Areal: 110 000 km<sup>2</sup>, ti fylker

Ansatte: 78 300 (59 800 årsverk)

Inntekter 2016: 81,1 mrd. kroner

Helseforetak:

**Oslo universitetssykehus HF**

**Akershus universitetssykehus HF**

**Sunnaas sykehus HF**

**Sykehuset Innlandet HF**

**Sykehuset i Vestfold HF**

**Sykehuset Telemark HF**

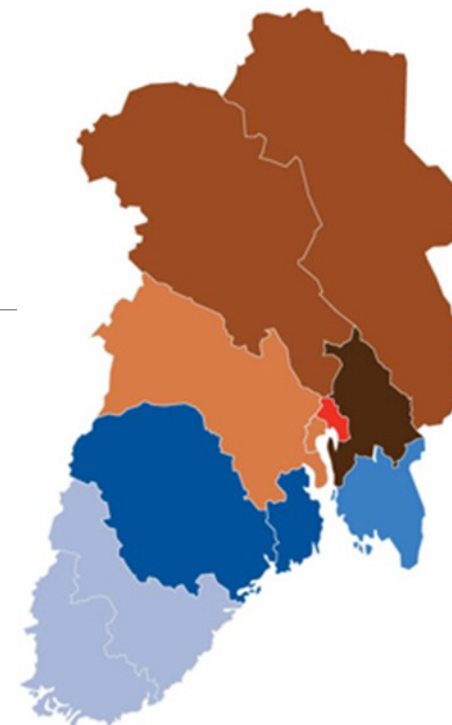
**Sykehuset Østfold HF**

**Sørlandet Sykehus HF**

**Vestre Viken HF**

**Sykehusapotekene HF**

**Sykehuspartner HF**



# Oslo universitetssykehus HF

---

- **Regionsykehus for Sørlandet og Østlandet, og ivaretar de fleste nasjonale behandlingstjenester**
- **Største bidragsyter i regionen innen forskning, fagutvikling og undervisning**

- Inntekter (2015): 22,5 mrd. kroner
- Årsverk: 17 800

- Over 1 mill. pasientbehandlinger per år
- 52 000 operasjoner per år

Utvalget mener OUS bør videreføres som regionsykehus for hele det området som i dag er Helseregion Sør-Øst

Ved eventuell deling av regionen vil det da være en eller flere regioner uten regionsykehus

# Flertallet foreslår at dagens regioninndeling videreføres (11 av 16)

---

Størrelsen på Helseregion Sør-Øst er en utfordring og det kunne vært en fordel med flere, mindre regioner.

Flertallet vil likevel ikke tilrå å dele regionen, fordi:

- Det blir vanskeligere å planlegge pasientbehandlingen med én eller flere regioner uten regionsykehus. Det vil kreve omfattende styringsmekanismer og avtaler mellom regionene.
- Investeringer kan bli skjøvet ut i tid og finansieringsgrunnlaget blir usikkert.
- Det vil være betydelige omstillingskostnader ved å dele regionen, styringskraft og gjennomføringsevne vil bli svekket i en periode.

# Regioninndeling - mindretallets forslag

---

4 av medlemmene anbefaler en tredeling av Helse Sør-Øst, og der Oslo blir egen helseregion.

Hovedbegrunnelsen for dette er:

- Helseregion Sør-Øst er mye større enn de andre tre helseregionene, og blir derfor også for dominerende.
- Dette vil best løse regionens utfordringer knyttet til fremtidig befolkningsvekst, koordinering, informasjonsflyt, utnyttelse av medisinsk teknisk utstyr og samhandling.

Ett medlem mener det bør vurderes å dele Helseregion Sør-Øst i to regioner

# Eiendomsforvaltningen – forbedringsområder

---

Forbedre den bygningsmessige og tekniske standarden på en del sykehusbygg

Mer behovstilpassede arealer/lokaler

Bedre mekanismer for arealeffektivisering

Ytterligere standardisering, samordning og læring

Økt fokus på gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter

(Rapport fra Ernst & Young til utvalget)

# Eiendomsforvaltningen – forslag fra flertallet

---

11 av de 13 medlemmene som vil videreføre et regionalt beslutningsnivå foreslår at systemet for eiendomsforvaltning endres:

- Egne eiendomsforvaltningsenheter på regionalt nivå
- Kostnadsdekkende husleie

Hovedformål er å sikre tilstrekkelig vedlikehold og profesjonalisering av forvaltningen.

Behov for et betydelig utredningsarbeid.

2 medlemmer vil videreføre dagens system.

# Eiendomsforvaltningen – forslag fra mindretallet

---

Medlemmene som mener en nasjonal modell bør vurderes anbefaler at det i en slik modell etableres:

- Eiendomsforvaltningsenhet på nasjonalt nivå
- Kostnadsdekkende husleie

Ett av medlemmene mener det bør vurderes å opprette et nasjonalt byggselskap ved en eventuell videreføring av en modell med regionalt beslutningsnivå.

# Andre forslag i utredningen (I)

---

Rapportering og oppfølging av selskaper som regionale helseforetak eier sammen bør inngå som en fast del av styringsdialogen

Vedr. private aktører:

Det må synliggjøres i styringsdialogen på hvilken måte kjøp av tjenester fra private har vært vurdert i kapasitetsvurderingene

Mer samordning og standardisering av innholdet i og utformingen av avtalene

Praksis og rutiner for hvordan pasientene informeres og tiltak for å øke helsepersonellens kompetanse om ordningen med fritt behandlingsvalg bør også være tema i styringsdialogen



# Andre forslag (II) – styresammensetning mv.

---

Nye krav til styresammensetning: eieroppnevnte medlemmer skal samlet sett ha helsefaglig kompetanse, kompetanse om primærhelsetjenesten, forvaltnings- og samfunnskompetanse og tilknytning til UH-sektoren.

Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning som sikrer observatørstatus med møte-, tale- og forslagsrett for lederne av brukerutvalgene i styrene.

# Andre forslag (III) – samarbeid lokalt

---

Det bør opprettes faste arenaer for samarbeid med kommunene i sykehusets nedslagsfelt. Både de som inngår avtaler og de som har ansvar for å følge opp disse må ha nødvendige fullmakter og myndighet.

Modeller for beste praksis for samhandling bør utvikles i samarbeid med KS.

Samhandlingsarenaer bør videreutvikles også på regionalt nivå.

# Andre forslag (IV) - utviklingsarbeid

---

Det må sikres bedre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet, og foretas en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for alle aktørene på IKT-området.

Det bør vurderes å sette i gang et evalueringsarbeid for å gjennomgå erfaringer med ulike organisasjons- og ledelsesmodeller.

Inntektssystemet bør oppdateres.