

Saksframlegg til styret

Møtedato: 28.02.17

Sak nr: 010/2017

Sakstype: Beslutningssak

Saksbehandler: Administrerende direktør Stein Kinserdal

NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – hørings svar

Hensikten med saken:

Helseforetakene er blant dem som er invitert til å gi hørings svar innen 1. mars på NOU 2016:25 «Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten». Ettersom høringen gjelder temaer som kan få konsekvenser for både SiV som selvstendig juridisk enhet, styrets framtid og administrerende direktørrollens være eller ikke-være, finner administrerende direktør det riktig at det er SiVs øvertse organ – styret – som avgir høringsuttalelsen. Det er vanligvis administrerende direktør som avgir høringsuttalelser på vegne av SiV.

I saken redegjøres det først for forhold administrerende direktør mener bør vektlegges når det skal vurderes alternative modeller og endringer av organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Deretter omtales de viktigste områdene som Kvinnslandutvalget har foreslått, vurdert og gjort anbefalinger på.

Selve høringsuttalelsen følger som vedlegg til denne saken.

Forslag til vedtak:

Forslag til hørings svar på NOU 2016:25 vedtas og oversendes Helse-og omsorgsdepartementet.

Tønsberg 28.02.17

Stein Kinserdal
Administrerende direktør

Fakta grunnlag:

Bakgrunn

I Regjeringsplattformen for sittende regjering ble det lagt til grunn at de regionale helseforetakene skal legges ned. For å følge opp dette, oppnevnte regjeringen 2. oktober 2015 et offentlig utvalg med Stener Kvinnsland som leder. Utvalget fikk i oppdrag å utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres og styres. 1. desember 2016 overleverte utvalget sin rapport til Helse- og omsorgsministeren; NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Rapporten er sendt på høring med frist 3. mars til å avgi hørings svar.

Utvalgets mandat og arbeid

Hovedpunktene i mandatet:

1. Gi en kort beskrivelse og vurdering av erfaringene med helseforetaksmodellen og kort redegjøre for andre lands erfaringer med organisering av eierskap til sykehus.
2. Med utgangspunkt i pkt. 1 – utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere sitt eierskap til og innrette eierstyringen av foretak som tilbyr spesialisthelsetjenester og gi tilråding om valg av modell. Med foretak menes selvstendige rettssubjekter med styrer.
3. Vurdere inndelingen i helseregioner og antall helseforetak i lys av de alternative modellene for organisering av eierskapet.
4. Vurdere økonomiske, juridiske, administrative og samfunnsmessige konsekvenser av forslagene.
5. Utvalget skal legge dagens prinsipper for finansiering av spesialisthelsetjenesten til grunn, men vurdere, gitt disse prinsippene, hvilke behov for endringer i finansieringssystemet som utløses av de alternative modellene.
6. Utarbeide risikoanalyser for implementering av modellene. Dette skal bl.a. inkludere konkrete vurderinger av risiko knyttet til tilgang til/tap av kompetanse, redusert pasientbehandling,
7. Effekt på pasientsikkerhet og beredskapsevne, behov for tilpasning av IKT-systemer og annen kritisk infrastruktur, samt evne til å opprettholde kostnadskontroll.

Forhold som bør vektlegges i vurderingen av organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Mål og resultater

Administrerende direktør mener beslutning av organisasjonsmodell må gjøres med formål å nå de mål og resultater i tjenestetilbudet som eier fastsetter. Spesialisthelsetjenesten har levert gode resultater etter sykehusreformen. Samtidig har det vært en debatt over flere år om helseforetaksmodellen, og særlig de regionale helseforetakenes rolle. Dette har i stor grad dreid seg om såkalt demokratisk underskudd og mulighet for politisk styring. Dette er også reflektert i utvalgets mandat.

Administrerende direktør mener det er grunn til å støtte utvalgets vurdering av de overordnede utfordringer fremover:

- Behovet for økt kapasitet som følge av befolkningsutvikling og krav om reduserte ventetider, i tillegg til at behandlingsmulighetene vil øke.
- Forventninger om økt kvalitet og utjevninger av forskjeller. Økte forventninger og økte krav fra befolkningen gjør at de i større grad enn før vil benytte retten til å velge de sykehusene der behandlingen forventes å være best.

Demokratiske prosesser og mulighet for politisk styring er grunnleggende for velferdstjenestene. De er viktige for modellens demokratiske legitimitet, og derfor viktige kriterier i vurdering av modell. I tillegg må effektiv ressursutnyttelse, mulighetene for innovasjon og omstilling, og et godt samspill mellom offentlig og privat sektor, tillegges vekt.

Et sentralt element ved valg av tilknytningsform er avveiningen mellom behovet for politisk styring opp mot virksomhetens behov for handlefrihet og autonomi. Med løsningen som ble valgt i 2002 med selvstendige foretak kombinert med gode muligheter for politisk styring, ble det lagt vekt på å balansere disse hensynene. De alternative modellene må derfor etter administrasjonens syn vurderes i forhold til dagens modell.

Demokratisk legitimitet

Velferdsstatens vektlegging av universelle velferdsgoder bygger på sterke likhetsprinsipper. Alle borgere skal ha lik tilgang til velferdstjenestene, uavhengig av personlig økonomi, utdanning, sosial status og bosted. Likhetsprinsippet må ses i forhold til mulighetene for påvirkning, og det utfordres dersom de gruppene med mest ressurser, får større gjennomslag enn svakere gruppene. Likhetsprinsippet utfordres også dersom ansatte i helsesektoren, gjennom det faktum at de er ansatt, får større påvirkning på politiske beslutninger enn borgere som ikke er ansatt.

Spørsmålet om en modell gir demokratisk legitimitet, eller demokratisk underskudd, må slik vi ser det forstås i tre dimensjoner:

- I hvilken grad politiske vedtak kan gjennomføres på en effektiv og handlekraftig måte
- Hvordan grunnlaget og begrunnelsene for politiske vedtak bygges opp og forankres gjennom åpne beslutningsprosesser, hvor befolkningen på ulike måter og med ulike virkemidler får anledning til å slippe til med sine synspunkter.
- I hvilken grad modellvalget sikrer at argumenter blir veid på en saklig måte, slik at pressgrupper med store ressurser og sterke talspersoner ikke får større innflytelse over de politiske beslutningene enn grupper med mindre ressurser.

Politisk styring

Helt siden utvalget ble satt ned, har det fra mange hold vært framholdt at alternative modeller bør vurderes i forhold til dagens modell. Vurdering av den politiske styrbarheten må holdes opp mot forutsetningen om at det politisk skal styres i stort og ikke i smått.

Helsesektoren en av de mest gjennomregulerte og politisk styrte sektorene i samfunnet. Med hovedvirkemidler i den statlige styringen som regulering, finansiering, eierstyring og styring gjennom normer og retningslinjer, er det store muligheter for utøvelse av politisk styring. I tillegg benyttes indirekte styring også gjennom tilsyn og kontroll som virkemiddel og via rapporteringssystemer. Innenfor dagens modell er det også flere andre kanaler for medvirkning. Eksempler på dette er lokalpolitisk forankring, eksterne interesseorganisasjoner, fagforeninger eksternt og internt, representanter i styrene og høringer. Alle gir mulighet for demokratisk påvirkning. I tillegg er det betydelig rom for intern medvirkning for ansatte gjennom tillitsvalgtsapparat og vernetjeneste.

Argumentet om «demokratisk underskudd» brukes ofte når det er uenighet om selve beslutningen som er fattet, selv om det er gode systemer for demokratisk påvirkning underveis i beslutningsprosessen. Det er viktig at det er god kvalitet på beslutningsprosessene, men når politiske myndigheter har fattet beslutninger og de skal gjennomføres, kan ikke andre demokratiske systemer innrettes på å motarbeide selve gjennomføringen. Det er i tillegg viktig å minne om at det er ledelsen som har det overordnede ansvaret for pasientene.

2.4 Effektiv ressursutnyttelse

Det er viktig å vurdere hvordan alternative modeller påvirker mulighetene for effektiv ressursutnyttelse og god økonomisk styring. Det er grunnleggende for den demokratiske legitimiteten at Stortingets bevilgninger anvendes på en effektiv måte til de formål som er

bestemt. Det er RHFene som har fått ansvaret for å sikre dette. Effektiv ressursutnyttelse berører både samordning og effektiv bruk av ressurser på nasjonalt nivå, på tvers av helseforetak og regioner, og effektiv ressursutnyttelse i de enkelte driftsorganisasjonene.

Bedre samordning og funksjonsfordeling var et av målene med sykehusreformen i 2002. Etter reformen er det gjennomført et omfattende arbeid med funksjonsfordeling og samordning innen de enkelte regionene. Det er fortsatt potensial for mer nasjonal samordning, og dagens modell gir gode rammevilkår for dette.

Effektiv ressursutnyttelse i lys av sømløs og effektiv samhandling mellom helseforetakene og kommunene, er av stor betydning. Intensjonene i samhandlingsreformen er gode, men gjennomføringen innfrir foreløpig i behovene og ambisjonene på tilfredsstillende vis, og er ikke orientert mot å løse de store omstillingene som hele helsetjenesten står overfor de nærmeste 30 årene. Administrerende direktør mener det er vesentlig at organiseringen av helsetjenesten understøtter god samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Effektiv ressursutnyttelse i driftsorganisasjonen dreier seg også om treffsikker og effektiv utnyttelse av de ressursene (penger, personell, utstyr og bygg) som stilles til disposisjon. Dette var et av målene med foretaksetableringen i 2002, som ga nye rammebetingelser for virksomhetene. Arbeidet med utvikling av effektive driftsorganisasjoner lykkes best når rammebetingelsene knyttet til finansiering og prioriteringer ligger fast, når det er rimelig grad av forutsigbarhet og når styrenes og ledernes ansvar og myndighet er tydelige.

Innovasjon, endring og handlingsrom for ledelse

De alternative modellene må vurderes ut fra hvordan de bidrar til innovasjon og omstilling. Samfunnet står overfor store demografiske endringer, en akselererende medisinsk-teknologisk utvikling samtidig som befolkningens forventninger til helsetilbudet er økende. Det medfører at presset på tjenestene vil øke. Samtidig vil de økonomiske rammebetingelsene være begrenset.

Utfordringene kan ikke møtes med økt bemanning og ressursbruk alene. Det vil også være nødvendig å forbedre og fornye tjenestene med bruk av innovative løsninger både når det gjelder teknologi, organisering, prosesser og bruk av kompetanse. Innovasjon og endring kan ikke vedtas politisk, det må gjøres i virksomhetene, blant de som har ansvar for driften av sykehus. Samtidig må politikere legge til rette for at endring og utvikling av kreative løsninger er mulig.

Noen forutsetninger er viktige for å få til dette:

- Virksomhetene må gis tilstrekkelig autonomi og handlingsrom for ledelse.
- Det må være mindre detaljstyring. Styringen bør konsentrere seg om overordnede resultatmål, ikke hvilke virkemidler som skal benyttes.
- Praktiseringen av tilsyn og kontroll bør gjennomgås. Kontroll er viktig, men overdreven oppmerksomhet på dette kan lede til at nulltoleranse for feil hemmer innovasjonskulturen.

Et viktig formål med sykehusreformen i 2002 var myndiggjøring og handlingsrom for ledelse. Dette er forutsetninger for gjennomføringskraft i endring og omstilling. Det er like aktuelt i dag, og det er derfor viktig at den valgte styrings- og organisasjonsmodellene understøtter dette. Dette dreier seg like mye om innholdet i styringen, som selve styringsmodellen.

Samspill mellom offentlige og private aktører

Helsetjenestene leveres i dag av både offentlige, kommersielle og ideelle virksomheter. Mer enn 500.000 nordmenn har helseforsikringer og de fleste borgere har så stor kjøpekraft at de vil kunne betale for helsetjenester dersom ikke det offentlige kan tilby de de ønsker. Derfor er det viktig å utvikle nye og bedre samspillmodeller som kan ivareta og nå de helsepolitiske målsettingene. Det vil være oppgaver nok for alle, og det må påregnes at private og ideelle aktører i større utstrekning blir en større del av oppgaveløsningen, samtidig som hovedgrunnlaget fortsatt skal være en sterk offentlig helse- og omsorgstjeneste. Slik kan man

også få mer kunnskap og mer erfaring i hvordan alternativ organisering og oppgavefordeling kan bidra til nødvendige innovasjoner.

I høringsnotatet om fritt behandlingsvalg legger departementet til grunn at «en videreutvikling av bestillerfunksjonen betyr at private inngår i «sørge-for» ansvaret på en annen og mer forpliktende måte enn i dag».

Dette berører anbudsregimet og anskaffelsesregelverket, men også selve praktiseringen av regelverket. De regionale helseforetakene eier de offentlige sykehusene, og skal her balansere eierfunksjon og bestillerfunksjon. Resultatkravene til de regionale helseforetakene på drift av de offentlige sykehusene gjør dette utfordrende. I foretakenes nye strategier for samarbeid, er det imidlertid større oppmerksomhet enn tidligere om utøvelsen av bestillerfunksjonen, med helhetlige vurderinger av hvordan man setter sammen et best mulig tjenestetilbud ved bruk av både offentlige og private ressurser. Ved valg av modell bør det tas hensyn til at eierfunksjonen og bestillerfunksjonen er to forskjellige roller, som kan være i konflikt med hverandre. Modellen som velges bør derfor ha en tydelig plassering av «sørge-for»-ansvaret. Denne rollen må plasseres slik at det ikke oppstår dobbeltroller mellom det offentlige som bestiller og det offentlige som ansvarlig for drift av egne virksomheter. Dette kan håndteres innenfor en RHF-organisering, slik som i dag, men det bør sees på hvordan denne grenseoppgangen kan tydeliggjøres.

Utgangspunkt for høringsvaret

Regioninndeling

Utvalget har tatt utgangspunkt i at grunnlaget for eventuelt å gjøre endringer i antall helseregioner eller helseforetak, må det bygge på at en alternativ inndeling bedre vil bidra til å realisere målene for helsetjenesten. Sentrale spørsmål er om en annen inndeling vil være mer hensiktsmessig for planlegging, dimensjonering, funksjonsfordeling og føre til mer effektiv drift av helseforetakene.

Et sentralt spørsmål har også vært hvordan en endret regioninndeling vil påvirke det faktum at det er ett regionsykehus i hver region i dag. Det er ikke grunnlag for flere slike sykehus, slik at en endring i regioninndeling vil endre kunne endre regionsykehusenes rolle.

Utvalget har tatt utgangspunkt i at det har vært liten diskusjon om regioninndeling og regiongrenser i helseregionene Nord, Vest og Midt-Norge. Når det gjelder Helse Sør-Øst, har det vært en diskusjon knyttet til om den er uhenktsmessig stor, at dette har gitt for stort kontrollspenn og lange styringslinjer. Utvalget har derfor avgrenset vurderingene av alternativ regioninndeling til Helse Sør-Øst RHF. Utvalget har lagt til grunn den evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst, som SINTEF gjorde i 2012. Analyser av produktivitetutviklingen som SAMDATA utarbeider årlig, har utvalget også benyttet som grunnlagsinformasjon for sin anbefaling.

Utvalget har skissert og vurdert tre ulike alternativer for endret regioninndeling i Helse Sør-Øst:

1. ett alternativ der Helse Sør-Øst deles i to nye regioner og
2. to alternativer for å dele Helse Sør-Øst i tre nye regioner.

Gitt utvalgets tilrådning om ikke å etablere flere regionsykehus, vil det ved en eventuell oppdeling av Helseregion Sør-Øst være en eller to regioner som ikke har eget regionsykehus.

Utvalget har vurdert Oslo Universitetssykehus sin rolle og funnet at det bør videreføres som regionsykehus for hele det aktuelle området. Heller ikke en vurdering i lys av de øvrige kriteriene tilsier at det er forhold ved organiseringen av Helse Sør-Øst som gir negative utslag, selv om en ikke kan se bort fra at mindre regioner gir grunnlag for bedre oppfølging av helseforetakene og

mer effektiv drift. Et flertall av utvalget anbefaler etter en samlet vurdering at regioninndelingen bør videreføres slik det er i dag

Administrerende direktør deler synet til flertallet av utvalget. De fleste av de problemstillinger som er reist, er knyttet til ledelse og intern organisering som ikke nødvendigvis løses ved å dele Helse Sør-Øst i to eller tre mindre regioner. Framover er det imidlertid av stor betydning at Helse Sør-Øst og underliggende foretak arbeider aktivt på ulike nivå med å identifisere områder med høy risiko og arbeider aktivt med å redusere disse. For å nå de krav til resultater for pasientbehandlingen som er satt og for å sikre tilliten til hele organiseringen og styringssystemet, er det avgjørende at roller og ansvar er avklart, at sykehusledere på hvert sitt nivå har den myndighet og handlingsrom som er nødvendig for å kunne jobbe målrettet innenfor sine områder.

Modellvalg

Modeller som ikke har regionnivå med formell beslutningsmyndighet

I tråd med mandatet har utvalget vurdert tre alternative modeller hvor det regionale nivået ikke lenger har beslutningsmyndighet:

Alternativ 1.

De regionale helseforetakene avvikles og helseforetak legges direkte under departementet. I dette alternativet fjerner man et ledd i styringslinjen og departementet utøver direkte eierstyring over helseforetakene i foretaksmøte.

Alternativ 2.

De regionale helseforetakene avvikles og det etableres et sykehusdirektorat som støtte for departementet i styringen av spesialisthelsetjenesten. Dette sykehusdirektoratet kan enten bli et ledd i eierlinjen, mellom departementet og helseforetakene eller en modell hvor de fungerer som en tilrettelegger for departementet

Alternativ 3.

Etablering av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene. Det nasjonale helseforetaket vil overta sørge-for-ansvaret.

I rapporten beskrives hver av de tre alternative modellene og hver av modellene vurderes ut fra de samme valgte kriteriene. Alle modellene innebærer at de viktigste beslutningene blir sentralisert. Utvalget mener det kan gi bedre grunnlag for nasjonal styring, men samtidig kan en slik sentralisering av beslutninger svekke legitimiteten til prosessene.

Utvalget anbefaler ikke noen av disse alternative modellene, men uttrykker at dersom én av alternativene må velges, vurderes det å være modell 3. Det er en modell hvor sørge-for-ansvaret ikke legges i departementet slik at oppgavemengde og kontrollspenn kan være håndterlig. Det er også den modellen som har minst risiko knyttet til implementering.

Administrerende direktør deler vurderingen til flertallet i utvalget som mener det bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivå. Etter direktørens oppfatning er det ikke en god løsning å erstatte de regionale helseforetakene med ett nasjonalt foretak.

Skal en av de foreslåtte modellene allikevel velges, er det alternativ 3 som er å foretrekke. Overføring av beslutningsmyndighet fra regionalt til nasjonalt nivå innebærer en sentralisering av beslutninger og makt som vil svekke legitimiteten til modellen lokalt, og dermed lojaliteten til beslutninger. Det er fare for mer detaljstyring og mindre autonomi for helseforetakene hvis de legges direkte under et direktorat, departement eller ved å samle alle dagens helseforetak under ett nasjonalt helseforetak. Administrerende direktør er enig med utvalget i at en slik maktkonsentrasjon vil utfordre den rollefordelingen som systemet bygger på.

Mandatet åpner for at utvalget kan vurdere andre alternativer enn de tre som fremkommer av 3.1.1 og har fulgt opp med å utrede at alternativ 4.

Alternativ modell der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter

Alternativ 4.

I dette alternativet videreføres de regionale helseforetakene som selvstendige rettssubjekter, mens helseforetakene endres ved å videreføres som organisatoriske resultatenheter under det regionale foretaket. I dette alternativet blir altså helseforetakene en del av samme rettssubjekt som det regionale helseforetaket. I dette alternativet med foretak på bare ett nivå, benevnes de regionale helseforetak som *(nye) helseforetak*. De nye helseforetakene viderefører de regionale helseforetakenes ansvar og oppgaver, i tillegg til at de overtar alle de juridiske og økonomiske forpliktelsene som styrene for helseforetakene har i dag, herunder eierskap til bygg. Departementets rolle blir i hovedsak ikke påvirket av endringene i styringsstruktur.

Halvparten av utvalgte medlemmer vurderer dette alternativet, hvor helseforetakene ikke er egne rettssubjekter, men styres direkte fra helseforetak på regionalt nivå som det beste alternativet.

Disse medlemmene av utvalget mener at det klargjør ansvarsforhold og samtidig legger til rette for mer effektive styrings- og beslutningslinjer. Det kan gi bedre grunnlag for regional samordning og styring, og også legge bedre til rette for å gjennomføre nasjonal politikk. Styrer på to nivåer som har selvstendig beslutningsmyndighet, mener de kan føre til uklare ansvarsforhold. I en modell med styrer på ett nivå vil ansvarsforholdene bli klargjort og beslutningsprosessene forenklet og mer effektive.

Den andre halvparten av utvalget mener styrene i helseforetakene bør bestå og at de forblir egne rettssubjekt.

Administrerende direktør mener at styrene i helseforetakene bør bestå. Helseforetaksreformen var en desentraliseringsreform hvor siktemålet var å skape stor grad av autonomi for sykehusene ved å etablere dem som selvstendige helseforetak. Alternativ 4 vil etter administrerende direktør mening bidra til sentralisering av makt og beslutninger med den konsekvens at lokal sykehusledelse svekkes ved at direktøren ikke lengre tilsettes, støttes og følges opp av eget styre.

God og effektiv drift av sykehus forutsetter at ledelsen av virksomheten gis tilstrekkelig handlingsrom og myndighet. Administrerende direktør mener at sterk lokal ledelse har de beste forutsetninger for ivareta og utvikle samhandling med kommuner og fastleger, som vil være den viktigste samarbeidsaksen og en stor oppgave fremover.

Helseforetaksmodellen slik den er gjennomført fra 2002, har levert betydelige resultater på alle reformens mål og samlet sett kan administrerende direktør ikke se at de foreslåtte alternativene vil gi bedre måloppnåelse enn dagens modell.

Det er administrerende direktørs syn er det fare for at en «konsernorganisering» med lokal sykehusledelse uten styrer, vil få uheldige konsekvenser ved at saker og forslag til vedtak som legges fram for det ene konsernstyret og som skal favne hele det regionen, ikke lenger blir tilstrekkelig opplyst og forankret. Det kan få særlige negative følger ved en overgang til konsernorganisering i Helse Sør-Øst, som er en stor og kompleks organisasjon med ca 70 000 ansatte og som har ansvar for å gi spesialisthelsetjeneste til 56 pst. av befolkningen.

Det vil være svært krevende å sikre tilstrekkelig medbestemmelse, politisk innflytelse, forankring og mulighet for offentlig innsyn i en organisasjon av en slik størrelse.

Avgjørelser i mange forhold av lokal art er tjent med å bli behandlet av et lokalt helseforetakets styre. Når ett styre skal behandle saker som omfatter mer enn halve spesialisthelsetjenesten i Norge, vil saksmengden bli stor. Når styret må prioritere de viktigste sakene må mange saker som i dag styrebehandles, måtte avgjøres av konsernledelsen uten styrebehandling.

Administrerende direktør mener at det må foreligge svært gode argumenter for å endre den organisatoriske strukturen og den rettslige statusen til dagens helseforetak. Endring vil kunne lede til at mye energi på nytt vil konsentreres om interne prosesser knyttet opp i organiseringsdiskusjoner, og tilpasning til nye makt- og styringsstrukturer. Hvis helseforetakene ikke lenger skal være egne rettssubjekter, er det mye mer enn en justering av modellen.

De regionale helseforetakene har de senere årene har beveget seg i retning av konsernlignende styringsmodeller i styringen av helseforetakene. Det kan også hevdes at det er en fordel at direktørene i dagens helseforetak kan bli en del av regionkonsernsjefens ledergruppe, i stedet for å måtte gå veien gjennom styret.

Selv om dette kan være relevante argumenter, mener administrerende direktør at sentraliseringskraften i endringsforslaget ikke må undervurderes. Den ansvarsavgrensningen som ble etablert i 2002 ved å skille mellom sørge-for-ansvaret og det operative ansvaret for driften, bør også opprettholdes. En sammenblanding av sørge-for-ansvaret og det operative driftsansvaret er i strid med reformens bærende idé. Helsesektoren og spesialisthelsetjenesten er sektorer hvor det alltid vil være sterke og kryssende interesser. Uansett organisasjonsmodell vil disse interessene brynes mot hverandre. Et tydelig ansvars-skille mellom regionale helseforetak som virkemiddel for å iverksette politikken, og helseforetakene som virkemiddel for den operative driften, er et svært viktig skille i rendyrkingen av ansvar.

En risiko ved modellen er at den vil lede til at operative beslutninger, som enkelte oppfatter som kontroversielle eller uønsket, trykkes oppover i styrings- og lederlinjen. I dag er styret i helseforetakene et naturlig stoppunkt for slike sentraliserende prosesser, da regionale helseforetak må anvende eier- eller oppdragsteknikker for å gripe inn. Likeledes vil en sentralisering kunne føre til at legitimiteten i lokaldemokratiet og hos brukerorganisasjoner svekkes. For mange sentraliserte beslutninger har vært noen av hovedpunktene i kritikken mot dagens modell.

Organisering av eiendomsforvaltningen

Utvalget har også vurdert hvordan eierskapet til og forvaltningen av bygg kan organiseres på best mulig og effektiv måte. De viktigste problemstillingene er knyttet til i hvilken grad ansvaret for eiendomsforvaltningen bør samles og sentraliseres, og eventuelt etablering av husleieordning.

Etter kartlegging og fremstilling av ulike analyser er utvalget enig om at det er behov for forbedringer innenfor følgende:

- Å forbedre den bygningsmessige og tekniske standarden på en del sykehusbygg
- Mer behovstilpassende arealer og lokaler
- Bedre mekanismer for arealeffektivisering
- Ytterligere standardisering, samordning og læring
- Økt fokus på gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter

Det er ulike oppfatninger av hvordan eiendomsforvaltningen bør innrettes framover, og om hensynet til verdibevarende vedlikehold og arealeffektivisering tilsier endringer. Flertallet mener det bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivået, men et mindretall mener det bør etableres et nasjonalt eiendomsforvaltningsselskap. Flertallet mener også at det bør etableres ordning med kostandsdekkende husleie, etablering av egne eiendomsforvaltningsenheter på regionnivå, og overføring av eierskap til bygg til regionale helseforetak. Begrunnelsen er at det bør etableres et tydeligere skille mellom bruker, forvalter og eier. Flertallet mener videre at

Sykehusbygg HF bør videreutvikles, slik det er varslet i Nasjonal helse- og sykehusplan, med sikte på helhetlig ansvar for bygging og drift av sykehusbygg.

Administrerende direktør er skeptisk til å endre eierskap og forvaltning av bygg fra dagens modell hvor det enkelte helseforetaket har ansvaret, til en regional- eller nasjonal eierskaps- og forvaltningsmodell. Når det gjelder eierskap til bygg og eiendom, er det tett knyttet til HFets ansvar i dag. Det førende prinsipp er at det bør være et fornuftig forhold mellom ansvaret for ressursinnsatsen og de resultater som skapes. Vi mener derfor at konsekvensen må være at også dette ansvaret må ha desentralisering som en hovedpremiss.

Ved å flytte ansvaret fra HFene, gjennom en ny juridisk selskapskonstruksjonen til et sentralisert nivå, vil dagens incitamentstruktur endres. Det er et viktig incitament at arbeidet ledelsen og styret gjør i samarbeid med de ansatte og deres tillitsvalgte bl.a. ved effektiviseringsarbeid, kan føres tilbake til f.eks. investeringer. Jo større sammenheng det er mellom de aktørene som skaper resultatene og hvordan gevinstene realiseres, jo større motivasjon får de aktørene som samarbeider lokalt. Hvis ansvaret for anvendelsen av de verdiene som ligger i eiendommene sentraliseres og erstattes med et husleieregime, kan dette begrense interessen for utviklingen av ressursbruk lokalt. Det er heller ikke slik at det mangler virkemidler i dagens styringslinje for å pålegge krav om at HFene gjør ønskede avsetninger i sine regnskaper for vedlikehold. Dersom argumentet for sentralisering er at eier er bekymret for avsetninger til vedlikehold, kan dette med letthet gjennomføres innenfor dagens modell.

Bruk av private aktører

Det offentlige er og vil også i fremtiden være hovedleverandør av helsetjenester. I rapporten foreslås det ingen store endringer utover at det bør stilles krav om at helseforetakene skal utarbeide kriterier for når kjøp fra private er aktuelt og krav om at større beslutninger om valg mellom egenregi og kjøp av tjenester skal begrunnes. Hensikten er å legge til grunn at valget mellom privat eller offentlig regi for konkrete tjenester skal avhenge av hva som bidrar best til å dekke pasientens behov. Utvalget mener også at det som en større del av styringsdialogen bør synliggjøres hvordan bruk av private løsninger inngår i kapasitetsvurderingene.

Administrerende direktør mener at det bør bli klarere definert hva private aktører skal brukes til og hvordan de skal brukes i et mer strategisk og langsiktig perspektiv. Ved kjøp av tjenester fra private aktører er det i dag i hovedsak slik at det er historisk nivå på kjøp, manglende kapasitet i egne virksomheter og ventetidsstatus som er førende for hva private blir brukt til. En rekke andre moment burde også vært vurdert når det skal tas stilling til bruken av private aktører. Slike moment kan for eksempel være:

- Ønske om å øke mangfoldet i tjenestetilbudet
- Tilgjengelighet og geografisk spredning av tilbudet
- Bruk av private aktører kan gi økt mulighet for innovasjon i tjenestene
- Bruk av private aktører kan gi mer kostnadseffektive tjenester
- Bruk av private aktører kan legge til rette for nødvendig grad av konkurranse og mulighet for benchmarking på en slik måte at det skaper engasjement i utviklinga av helsetjenestene både faglig og administrativt

Tradisjonelt har det vært slik at det er de minst infrastrukturtunge tjenestene og «lettere» oppgaver som blir satt ut til private. I et 2030-bilde bør RHFene ta stilling til en strategi der det mer grunnleggende bør gås inn i spørsmålet om konkurranseutsetting, og der det tas stilling til om RHFene skal fortsette med denne type konkurranseutsetting eller velge område på en annen måte som for eksempel å konkurranseutsette:

- Hele forløp
- «Områder»
- Hele institusjoner
- Hele sykehus

IKT

Utviklingen av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i spesialisthelsetjenesten går raskt, og IKT er nå en viktig kjernefunksjon i sykehusene. Alle de regionale helseforetakene har egne regionale IKT-tjenesteleverandører som sørger for anskaffelse, drift og videreutvikling av IKT-systemer. Mål og strategier for disse tjenesteleverandørene er i stor grad sammenfallende, men det er ulikheter i hvordan de er organisert og hvor langt de har kommet i utviklingen.

De regionale helseforetakene har tradisjonelt fokusert på egne tiltak, og det er gitt få nasjonale styringssignaler på IKT-området. Det pågår i dag omfattende regionale prosesser for å standardisere arbeidsprosesser og teknologi. Noen mindre felles prosjekter er igangsatt i regi av Nasjonal IKT HF. Alle regionale helseforetak har en omfattende portefølje av utviklingsprosjekter fram mot 2018/2020. Dette er prosjekter med stor kompleksitet som involverer mange aktører og de innebærer store økonomiske løft. Til tross for felles statlig eierstyring så har det vært lav til middels realisering av nasjonale IKT-mål i helsesektoren.

Utvalget mener det er behov for bedre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet. For å sikre samarbeid og utvikling i tråd med de nasjonale målene for IKT-området, bør det etter utvalgets vurdering gjøres en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for de ulike aktørene. Samtidig legger utvalget vekt på at det er viktig å sikre gjennomføring av de igangsatte regionale utviklingsprosjektene.

Administrerende direktør er enig i at det bør gjøres en gjennomgang av oppgaver, roller og ansvar innenfor IKT-området. Premissen for dette arbeidet må være at ansvaret ikke kan legges til ett nivå, uten at konsekvensene av ansvaret er tydelig definert. Innenfor helsetjenesten totalt sett, er det et mål at det etableres en «motorvei», hvor systemløsningene fra ulike deler av helsesektoren kan «henge» sine løsninger på, slik at nødvendig informasjon er tilgjengelig der pasienten er, og for de helseaktørene som trenger det. Det er i sammenkoplingspunktene utfordringene er størst. Hvilke krav som skal stilles til den nasjonale infrastrukturen og hvilke krav som må stilles til de systemene som skal kople sine utallige applikasjoner på denne infrastrukturen, må sikres på et nasjonalt nivå.