

NOU

Norges offentlige utredninger 2016:25

Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?



Norges offentlige utredninger 2016

Seriens redaksjon:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Informasjonsforvaltning

1. Arbeidstidsutvalget
Arbeids- og sosialdepartementet
2. Endringer i verdipapirhandelloven
– flagging og periodisk rapportering
Finansdepartementet
3. Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til
kunnskapsøkonomi
Finansdepartementet
4. Ny kommunelov
Kommunal- og moderniseringsdepartementet
5. Omgåelsesregel i skatteretten
Finansdepartementet
6. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2016
Arbeids- og sosialdepartementet
7. Norge i omstilling – karriereveiledning
for individ og samfunn
Kunnskapsdepartementet
8. En god alliert – Norge i Afghanistan 2001–2014
Utenriksdepartementet og Forsvarsdepartementet
9. Rettferdig og forutsigbar – voldsskadeerstatning
Justis- og beredskapsdepartementet
10. Evaluering av garantireglene i
bustadoppføringslova
Justis- og beredskapsdepartementet
11. Regnskapslovens bestemmelser om
årsberetning mv.
Finansdepartementet
12. Ideell opprydding
Kulturdepartementet
13. Samvittighetsfrihet i arbeidslivet
Arbeids- og sosialdepartementet
14. Mer å hente
Kunnskapsdepartementet
15. Lønnsdannelsen i lys av nye økonomiske
utviklingstrekk
Finansdepartementet
16. Ny barnevernslov
Barne- og likestillingsdepartementet
17. På lik linje
Barne- og likestillingsdepartementet
18. Hjertespråket
Kommunal- og moderniseringsdepartementet
19. Samhandling for sikkerhet
Forsvarsdepartementet
20. Aksjeandelen i Statens pensjonsfond utland
Finansdepartementet
21. Stiftelsesloven
Nærings- og fiskeridepartementet
22. Aksjelovgivning for økt verdiskaping
Nærings- og fiskeridepartementet
23. Innskuddsgaranti og krisehåndtering
i banksektoren
Finansdepartementet
24. Ny straffeprosesslov
Justis- og beredskapsdepartementet
25. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
Helse- og omsorgsdepartementet

Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?

Utredning fra et utvalg oppnevnt i statsråd 2. oktober 2015.

Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. desember 2016.

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1307-3

07 PrintMedia AS

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Ved kongelig resolusjon 2. oktober 2015 ble det oppnevnt et utvalg for å utrede organiseringen av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Utvalget ble bedt om å vurdere alternative modeller for hvordan staten kan organisere eierskapet til sykehusene. Utvalget skulle også vurdere inndeling i helseregioner og antall helseforetak og organisering av eiendomsforvaltningen. Utvalget legger med dette fram sin innstilling.

Oslo, 1. desember 2016

Stener Kvinnsland
(leder)

Trude Andresen

Per S. Bleikelia

Sylvia K. Brustad

Cathrin Carlyle

Sven Ole Fagernæs

Hege Gjessing

Christian Grimsgaard

Jon J. Gåsvatn

Lars Haukaas

Jorid Kalseth

Per V. Okkels

Brit K. S. Rugland

Bente G. H. Slaatten

Hanne Thürmer

Karina Aase

Målfrid Bjærum
(sekretariatsleder)

Mette Bakkeli

Atle Gøhtesen

Lars Fjell Hansson

Stein Johnsen

Vegard Pettersen

Innhold

1	Mandat, utvalgets sammensetning og arbeidsform	9	3.5.1	Private leverandører med drifts-avtale og avtaler etter anbud	41
1.1	Mandat for utredningen	9	3.5.2	Avtalespesialister – leger og psykologspesialister som har driftsavtale med regionalt helseforetak	42
1.2	Utvalgets sammensetning	11	3.5.3	Nærmere om godkjenningsordningen innenfor fritt behandlingsvalg	43
1.3	Merknader til mandatet	11	3.6	Arbeidsrettslige forhold og medvirkning	43
1.4	Utvalgets arbeid	12	3.7	Medvirkning og samarbeid med andre	44
1.5	Utredninger	13	3.7.1	Brukermedvirkning	44
2	Sammendrag	14	3.7.2	Lokal- og regionalpolitisk samarbeid og forankring	45
2.1	Dagens system	14	3.7.3	Forholdet til universiteter og høyskoler	46
2.2	Erfaringer med helseforetaksmodellen	14	3.8	Finansieringssystemet	47
2.3	Erfaringer fra andre land	15	3.8.1	Hovedtrekk i dagens finansierings-system	47
2.4	Utfordringsbildet	16	3.8.2	Utvikling av finansieringsordningene	49
2.5	Alternativer til dagens organisering av spesialisthelsetjenesten	18	3.8.3	Finansiering av investeringer	49
2.6	Inndeling i helseregioner og antall helseforetak	24	4	Erfaringer med helseforetaksmodellen	51
2.7	Eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten	25	4.1	Debatten om helseforetaksmodellen	51
2.8	Utvalgets vurderinger	26	4.1.1	Medieanalyse fra Retriever	51
2.8.1	Modellvalg	26	4.2	Kunnskapsgrunnlag	52
2.8.2	Regioninndeling	27	4.2.1	Evalueringer initiert av helse- og omsorgsdepartementet	53
2.8.3	Organisering av eiendomsforvaltningen	28	4.3	Utvikling i tjenestetilbudet	54
2.8.4	Andre tema	29	4.3.1	Kvalitet og likeverdighet i tilbudet	54
3	Dagens system – helseforetaksmodellen	30	4.3.2	Ventetider og fristbrudd	57
3.1	Bakgrunn for helseforetaksreformen	30	4.3.3	Aktivitetsutvikling	58
3.2	Gjennomføring av helseforetaksreformen	33	4.3.4	Utvikling i kostnader og bevilgninger	59
3.2.1	Om lov om helseforetak m.m.	33	4.3.5	Investeringer	60
3.2.2	Senere justeringer av lovverket	35	4.3.6	Produktivitetsutvikling	61
3.3	Ansvarsforhold og styringsstruktur i helseforetaksmodellen ..	35	4.4	Samordning og funksjons- og oppgavefordeling	62
3.3.1	Statens funksjon og oppgaver	36	4.4.1	Samordning internt i regionene ...	63
3.3.2	Rammer for eierstyringen	36	4.4.2	Samordning på tvers av helseregioner – nasjonale behandlingstjenester	64
3.3.3	De regionale helseforetakenes funksjon og oppgaver – sørgeforansvaret	38	4.4.3	Samordning av støttefunksjoner ..	65
3.3.4	Helseforetakenes funksjon og oppgaver	38	4.4.4	Samordning av beredskap og ivaretagelse av samfunnsansvar ...	65
3.3.5	Sammensetning og valg av styrer	39	4.4.5	Samordning av tjenester til den samiske befolkningen	66
3.3.6	Åpne styremøter	39			
3.3.7	Nærmere om myndighet og ansvar	40			
3.4	Organisering i helseregionene m.m.	41			
3.5	Private leverandører	41			

4.5	Utvikling i ansvarsforhold og styringspraksis	66	6.2	Føringer på spesialisthelsetjenesten gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)	100
4.5.1	Innledning	66	6.2.1	Nasjonalt styring og koordinering	100
4.5.2	Stortinget	67	6.2.2	Samordning og planlegging innenfor regionene	101
4.5.3	Foretaksmøtene	68	6.2.3	Forholdet til utvalgets mandat	102
4.5.4	Oppdragsdokumentene	69	6.3	Rettighetslovgivning	102
4.5.5	Rapportering og dialog	69	6.3.1	Viktige endringer i rettighetslovgivningen de senere årene	102
4.5.6	Styrene	71	6.3.2	Utfordringer i forholdet mellom pasientenes rettigheter og tjenestens ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester	103
4.6	Ledelse og forholdet til medarbeidere og ansattes organisasjoner	73	6.4	Nærmere om IKT-området	104
4.6.1	Lederes handlingsrom	73	6.5	Ledelse og intern organisering	108
4.6.2	Medarbeidere og ansattes organisasjoner	74	6.6	Erfaringer med helseforetaksmodellen	112
4.6.3	Lønnsvekst i helseforetakene	75	6.7	Avsluttende kommentarer	113
4.7	Erfaringer med medvirkning og samarbeid med andre	77	7	Alternativer til dagens organisering av spesialisthelsetjenesten	114
4.7.1	Brukermedvirkning	77	7.1	Innledning	114
4.7.2	Fylkeskommuner og kommuner ..	78	7.2	Kort om ulike tilknytningsformer	114
4.7.3	Universiteter og høyskoler	80	7.2.1	Forvaltningsorganer	115
4.7.4	Private tjenesteleverandører	82	7.2.2	Statlige selskaper og stiftelser	115
4.8	Økonomiske rammebetingelser og resultater	84	7.2.3	Forskjeller mellom tilknytningsformene	116
4.8.1	Innledning	84	7.3	Elementer som inngår i beskrivelsen av de ulike alternativene	117
4.8.2	Situasjonen ved inngangen til reformen	85	7.3.1	Styrings- og ansvarsforhold	117
4.8.3	2003 – 2007 Store og vedvarende underskudd	86	7.3.2	Oppgaver som RHF-ene har ansvar for og som må overføres til nytt nivå	118
4.8.4	Utviklingen fra 2008 til i dag – underskuddene reduseres og det blir overskudd	87	7.3.3	Selskaper som eies av RHF-ene alene eller i fellesskap som må overføres til nytt nivå	120
4.9	Ressurser brukt til administrasjon	88	7.4	Kriterier for vurdering av alternativene	121
4.9.1	Om årsverk i de regionale helseforetakene	88	7.5	Beskrivelse og drøfting av de alternativene som følger av mandatet	124
4.9.2	Administrasjon og rapportering i spesialisthelsetjenesten	88	7.5.1	Alternativ 1 – De regionale helseforetakene utvikles og helseforetak legges direkte under departementet	124
4.10	Oppsummering	89	7.5.2	Alternativ 2 – Departement med sykehusdirektorat til erstatning for de regionale helseforetakene ..	129
5	Erfaringer fra andre land	92	7.5.3	Alternativ 3 – Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene	134
5.1	Innledning	92			
5.2	Danmark	92			
5.3	England	93			
5.4	Finland	93			
5.5	Frankrike	94			
5.6	Nederland	94			
5.7	Skottland	94			
5.8	Sverige	95			
5.9	New Zealand	95			
5.10	Oppsummering	96			
6	Utfordringsbildet	98			
6.1	Samfunnsmessige utviklingstrekk	98			
6.1.1	Befolkning, helse og sykdom	98			
6.1.2	Medisinsk og teknologisk utvikling	99			

7.5.4	Implementeringsrisiko i de tre alternativene	137	9	Eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten	182
7.5.5	Utvalgets vurdering	140	9.1	Dagens system for styring og finansering av investeringer i spesialisthelsetjenesten	182
7.6	Beskrivelse og drøfting av et alternativ der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter	147	9.1.1	Regelverk og bakgrunnen for dette	182
7.6.1	Beskrivelse av alternativet	147	9.1.2	Sykehusbygg HF	183
7.6.2	Vurdering av alternativet opp mot de valgte kriteriene	149	9.1.3	Nærmere om kvalitetssikring av sykehusutbygginger	184
7.6.3	Implementeringsrisiko	152	9.2	Dagens organisering av eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten	185
7.7	Merknad fra et mindretall	153	9.3	Utvikling i sektoren	187
8	Inndeling i helseregioner og antall helseforetak	154	9.3.1	Investeringer og balanseverdier ..	187
8.1	Helseregioner og regionaliseringsprinsippet	155	9.3.2	Standard på bygg	188
8.2	Om Helseregion Sør-Øst	157	9.3.3	Investerings- og oppgraderingsbehov	189
8.2.1	Bakgrunnen for sammenslåingen av Helseregion Sør-Øst	158	9.3.4	Økonomiske langtidsplaner	190
8.2.2	Helseregion Sør-Øst – organisering og planer	159	9.4	Analyser som er gjort av organiseringen av eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten	190
8.2.3	Oslo universitetssykehus HF og regionale behandlingsfunksjoner ..	160	9.5	Statsbygg og Forsvarsbygg – erfaringer	193
8.2.4	Utviklingen i regionen etter sammenslåingen	164	9.5.1	Statsbygg	193
8.2.5	Oppsummering	169	9.5.2	Forsvarsbygg	195
8.3	Alternativ inndeling av Helseregion Sør-Øst	169	9.6	Systemene i Sverige og Danmark	197
8.3.1	Helseregion Sør-Øst deles i to regioner	170	9.6.1	Sverige	197
8.3.2	Helseregion Sør-Øst deles i tre regioner – Oslo blir egen helseregion	171	9.6.2	Danmark	197
8.3.3	Helseregion Sør-Øst deles i tre regioner – Oslo og Akershus i samme helseregion	171	9.7	Vurderinger	198
8.3.4	Økonomisk situasjon ved eventuell oppdeling	172	9.7.1	Vurderinger fra rapporten til Ernst & Young	198
8.4	Konsekvenser av å dele Helseregion Sør-Øst	172	9.7.2	Utvalgets vurderinger	202
8.4.1	Vurdering av deling mot de valgte kriteriene	172	10	Utvalgets vurderinger	205
8.4.2	Konsekvenser for økonomisk bæreevne og planlagte investeringer	175	10.1	Generelle endringsforslag	205
8.4.3	Omstillings- og implementeringskonsekvenser	177	10.1.1	Bakgrunn: Virkemidler for nasjonal politisk styring og samordning	205
8.4.4	Oppsummering	178	10.1.2	Oppfølging av felleseide selskaper	207
8.5	Antall helseforetak i de ulike modellene	179	10.1.3	Samordning av IKT i spesialisthelsetjenesten	208
8.5.1	Om dagens helseforetaksstruktur	180	10.1.4	Bruk av private aktører	209
			10.1.5	Sammensetning av styrever	210
			10.1.6	Formalisering av lokal forankring og samhandling	211
			10.1.7	Ledelse og intern organisering	213
			10.1.8	Gjennomgang av inntektsmodellen	214
			10.1.9	Oppsummering	214
			10.2	Modellvalg, antall enheter og eiendomsforvaltning	215

10.2.1	Valg av styringsmodell og antall enheter	215	11.2.2	Antall enheter	229
10.2.2	Organisering av eiendomsforvaltningen	224	11.2.3	Eiendomsforvaltning	229
11	Økonomiske og administrative konsekvenser	227	Litteraturliste		230
11.1	Generelle endringsforslag	227	Vedlegg		
11.2	Konsekvenser av endringer i styringsmodell, antall enheter og eiendomsforvaltningen	228	1	Økonomisk situasjon for nye regioner ved oppdeling av Helseregion Sør-Øst	237
11.2.1	Modellvalg	228	2	Endringer i helseforetaksstrukturen etter 2002	240
			3	Egendekning i helseforetakene ...	243

Kapittel 1

Mandat, utvalgets sammensetning og arbeidsform

1.1 Mandat for utredningen

Utvalget ble oppnevnt i statsråd 2. oktober 2015, og fikk følgende mandat:

Bakgrunn

Helseforetaksmodellen ble innført 1.1.2002 (Ot.prp. nr. 66 (2000–2001)) og har siden da lagt rammene for den statlige styringen av spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av praktiske erfaringer og tilpasninger i løpet av de første ti årene med modellen, ble det med bakgrunn i Prop. 120 L (2011–2012) vedtatt enkelte endringer i helseforetaksloven med ikrafttredelse 1.1.2013.

Intensjonene med helseforetaksmodellen

Helseforetaksreformen var basert på to hovedelementer:

- *Staten overtok eierskapet* til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten – det offentlige eierskapet ble samlet på statens hånd.
- *Virksomhetene ble organisert i foretak*. Den offentlige eide spesialisthelsetjenesten er således ikke en integrert del av den statlige forvaltningen. Overordnede helsepolitiske mål og rammer fastsettes av staten og ligger til grunn for styring av foretakene. Staten har et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenesten med både myndighetsansvaret, finansieringsansvaret og eierskapet på en hånd.

En vesentlig begrunnelse for å organisere sykehusene som helseforetak var at de i større grad skulle bli myndiggjort. Det ble forutsatt at eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold. Sykehusledelsen skulle gis autoritet til å kunne gjennomføre det offentlige oppdraget. Klare roller og ansvar skulle sette ledelsen i helseforetakene i stand til effektivt å ta beslutninger om styringsmessige forhold etter å ha fått belyst faglige og andre innspill fra ulike profesjoner og aktø-

rer. En av hensiktene med foretaksorganisering var å redusere muligheten for spill og dermed understøtte ledelsesautoritet, slik at det politisk styrte offentlige oppdraget kunne følges opp.

En viktig intensjon med reformen var videre å styrke den nasjonale politiske styringen og ta sterkere styringsgrep i forhold til helsetjenestens struktur blant annet gjennom funksjonsfordeling. Samtidig skulle de enkelte virksomhetene få større ansvar og frihet innenfor de rammene og strukturen som ble bestemt. Denne rolledelingen skulle legge grunnlaget for sterkere politisk styring på områder der viktige samfunnsmessige hensyn skulle ivaretas.

Et annet argument for foretaksorganisering var knyttet til statens mange roller; både som driftsansvarlig, myndighet, eier, finansieringsansvarlig og som tilsynsmyndighet. Når sykehusene og selve driften skilles ut fra forvaltningen, som selvstendige rettssubjekter med egne styrer, blir det større organisatorisk avstand til de andre rollene staten har. Dette skulle gi større tillit til at rollene ikke glir over i hverandre på uheldige måter.

Et siste argument var at regnskapsloven forplikter foretakene til å ta hensyn til kostnadene ved bruk av kapital i planleggingen av virksomhetens totale forpliktelser.

Helseforetaksmodellen innebærer at de regionale helseforetakene og helseforetakene er egne rettssubjekter. Dette setter rammer for hvordan politiske føringer og øvrige styringskrav kommuniseres og i hvilken grad og hvordan det kan gripes inn i virksomhetens drift. Departementets eierstyring skal ta utgangspunkt i statens eierskapspolitikk, jf. Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap, og da særlig statens prinsipper for god eierstyring (jf. eierskapsmeldingen s. 66–67) og samtidig ivareta rammer og mål som Stortinget fastsetter bl.a. gjennom budsjettvedtak og lovgiving. Eierstyringen skjer gjennom fastsetting av vedtekter, oppnevning av styremedlemmer og vedtak i foretaks-møter. Departementets oppgavestyring skjer gjennom et oppdragsdokument der staten som opp-

dragsgiver/bevilgningsmyndighet setter vilkår for tildeling av bevilgningen. Styret har det øverste ansvaret for forvaltningen av foretaket, og skal blant annet sørge for at denne skjer i henhold til vilkårene i oppdragsdokumentet og vedtak fattet av foretaksmøtet. De regionale helseforetakene er sentrale instrumenter til å gjennomføre regjeringens politikk knyttet til spesialisthelsetjenesten. Helseforetaksloven § 30 angir begrensninger i styrets beslutningskompetanse ved at foretaksmøtet treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Statsråden har således betydelige styringsmuligheter. Dersom organisering av foretak benyttes må imidlertid bruken av direkte styringsinngrep avveies mot statens prinsipper for god eierstyring ut fra hensynet til å oppnå en effektiv og målrettet bruk av ressursene i spesialisthelsetjenesten.

Erfaringer med helseforetaksmodellen

I løpet av 14 år etter at helseforetaksmodellen ble innført, har det skjedd betydelige strukturendringer i den statlig eide spesialisthelsetjenesten. Sykehusene er nå organisert i 20 helseforetak. I tillegg er sykehusapotekene og regionale og nasjonale støttefunksjoner organisert som helseforetak, ansvarlige selskaper eller aksjeselskaper. Gjennom funksjons- og oppgavefordeling er det gjennomført betydelige omstruktureringer av tjenestetilbudet og det er foretatt investeringer i bygg, utstyr og IKT. Etter flere år med underskudd har helseforetakene i de senere år hatt overskudd.

Det har siden helseforetaksreformen i 2002 vært både faglig og politisk debatt om ulike sider ved denne styringsmodellen. Sentrale problemstillinger som har vært diskutert er:

- Om modellen legger til rette for tilstrekkelig nasjonal samordning og utjevning av forskjeller i kvalitet og effektivitet mellom regioner og mellom helseforetak og sykehus.
- Om det er tilstrekkelig klarhet i roller mellom nivåene, og tilstrekkelig demokratisk legitimitet knyttet til vanskelige beslutninger i helseforetakene.
- Om det er riktig balanse mellom de regionale helseforetakenes beslutningsmyndighet og det politiske ansvaret for disse beslutningene.
- Om foretaksmodellen sikrer tilstrekkelig grad av politisk styring, herunder tilstrekkelig involvering av Stortinget i sentrale beslutninger.

Det er gjennomført flere evalueringer (i 2005–2006) og senest i 2012. Det ble gjort endringer i

helseforetaksloven fra 1.1.2013 (Prop. 120 L (2011–2012)).

Mål og rammer for organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten

Befolkningen skal sikres likeverdige tjenestetilbud med god kvalitet gjennom effektiv utnyttelse av ressursene som Stortinget stiller til disposisjon. Eierstyring er ett av flere virkemidler i den helhetlige politiske og strategiske styringen av spesialisthelsetjenesten. Staten er myndighet og styrer gjennom bl.a. lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak. Staten finansierer spesialisthelsetjenesten og stiller vilkår for tildeling av Stortingets bevilgning i oppdragsdokumentet. Eierstyringen og organiseringen av eierskapet skal understøtte den nasjonale politiske styringen for å oppfylle målsettingene i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven m.fl.

Utredningen av hvordan eierskapet best kan organiseres må også ta høyde for de styringsmessige tiltakene som vil følge av Stortingets vedtak ved behandling av nasjonal helse- og sykehusplan, jf. at regjeringen vil fremme et forslag til en slik plan høsten 2015.

Utvalget skal:

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 tilrådning om valg av modell. Med foretak menes selvstendige rettssubjekter med styrer. Utvalget skal blant annet vurdere følgende alternativer:
 - a. avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet
 - b. opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene
 - c. opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene
 - d. eventuelle andre modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten.

For alle modeller må utredningen omfatte:

- konsekvenser for statsrådets konstitusjonelle og politiske ansvar

- hvem som skal ha det rettslige ansvaret for å sørge for at befolkningen i et gitt geografisk område tilbys spesialisthelsetjenester, herunder planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tilbudet
- konsekvenser for styringsstruktur, herunder effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar
- eierskap til og forvaltning av bygg.

I vurderingen av de ulike alternativene skal utvalget, i den grad det kan forventes å være forskjeller mellom modellene, legge vekt på konsekvensene for:

- målet om effektiv utnyttelse av ressursene; mest mulig til pasientbehandling, minst mulig byråkrati
 - økonomistyring og kontroll
 - samordning og ressursutnyttelse mellom sykehus (f.eks. mellom universitetssykehus og andre sykehus), mellom behandlingsinstitusjoner med ulikt eierskap (bl.a. offentlige eide sykehus, private helseinstitusjoner med driftsavtale, private helseinstitusjoner med kjøpsavtale og avtalespesialister) og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten
 - pasienters, brukeres, kommunenes og andre berørtes innflytelse på tjenestetilbudet.
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. 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.
 5. Utarbeide risikoanalyser for implementering av modellene. Dette skal bl.a. inkludere konkrete vurderinger av risiko knyttet til tilgang til/tap av kompetanse, redusert pasientbehandling, effekt på pasientsikkerhet og beredskapsevne, behov for tilpasning av IKT-systemer og annen kritisk infrastruktur, samt evne til å opprettholde kostnadskontroll.

Tidsramme:

Utvalget skal legge fram sin tilrådning (NOU) innen 1. desember 2016.

1.2 Utvalgets sammensetning

Utvalget har hatt følgende sammensetning:

- Lege Stener Kvinnsland, Bergen (leder)
- Rådmann Trude Andresen, Lier
- Klinikkdirktør Per S. Bleikelia, Hønefoss
- Tidligere helse- og omsorgsminister Sylvia K. Brustad, Hamar
- Leder brukerutvalget UNN Cathrin Carlyle, Tromsø
- Tidligere 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

Utvalgets sekretariat har vært ledet av spesialrådgiver Målfrid Bjærum, Helse- og omsorgsdepartementet. Sekretariatet har ellers bestått av avdelingsdirektør Mette Bakkeli, seniorrådgiver Atle Gøhtesen, fagdirektør Stein Johnsen og spesialrådgiver Vegard Pettersen fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt utredningsleder Lars Fjell Hansson fra Finansdepartementet (nå Direktoratet for økonomistyring). Seniorskonsulent Morten André Svendsberget, Helse- og omsorgsdepartementet, har bistått sekretariatet.

1.3 Merknader til mandatet

Mandatet gir tre sentrale føringer som er lagt til grunn for utvalgets arbeid. For det første skal organiseringen av spesialisthelsetjenesten skje innenfor helseforetakslovgivningen, dvs. at vi fremdeles skal ha foretak som er selvstendige rettssubjekt med styrer. Det innebærer at en ren forvaltningsorganisering ikke er vurdert. For det andre skal staten være eier av foretakene. For det tredje skal dagens prinsipper for finansiering ligge til grunn, med mindre modellvalget i seg selv gjør det nødvendig med justeringer.

Dette innebærer at utvalget ikke har vurdert elementer i styringssystemet som flere i den offentlige debatten stiller seg kritiske til. Utvalget opplever ikke at det nå er mye diskusjon knyttet til at staten skal eie sykehusene. Finansieringssys-

temet, og da spesielt systemet med stykkprisfinansiering, har imidlertid vært gjenstand for kritikk over tid. Det samme gjelder forutsetningen om foretaksorganisering, som også innebærer at regnskapsloven skal gjelde. En av dem som har uttalt seg om dette er Tormod Hermansen i boken «En bedre styrt stat» fra 2015¹.

Utvalget har i sitt arbeid tatt mandatet for gitt. Virkemåte og konsekvenser av de ulike modellene som er gitt i mandatet er utredet slik at de kan vurderes opp mot hverandre. Den foretrukne modellen er vurdert opp mot dagens modell. Utvalget har også utredet en egen modell, slik punkt 4 i mandatet åpner for.

1.4 Utvalgets arbeid

Utvalget har hatt 13 møter i perioden fra 22. oktober 2015 til 7. november 2016, og i tillegg et eget innspillseminar.

På møtene fra november og fram til sommeren deltok en rekke ulike aktører. Statsråd Bent Høie og statssekretær Anne Grethe Erlandsen har møtt utvalget. Ansatte i Helse- og omsorgsdepartementet har informert om gjeldende system, og enkelte av utvalgsmedlemmene har hatt egne innledninger. Ellers har følgende deltatt på møter i utvalget:

- Administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene: Cathrine M. Lofthus (Helse Sør-Øst), Herlof Nilssen (Helse Vest), Lars Vorland (Helse Nord) og Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge)
- Professor Terje P. Hagen, Universitetet i Oslo
- Områdedirektør Helge Eide, KS
- Administrerende direktør Jan-Roger Olsen, Sørlandet sykehus HF
- Rådsmedlem Henrik Olsen og fagleder Lisbeth Skoglund, Sametinget og lege Cecilie Javo, Samisk helsepark

¹ I boken heter det: «Når jeg for min del er reservert overfor foretaksorganisering av sykehussektoren, er det først og fremst fordi det forretningsmessige element, som jo er det mest karakteristiske for foretak, uansett hva slags lovgivning som gjelder, ikke skal være den sentrale driftsmekanismen i ledelsen av sykehus. ... Det politiske styringsansvaret for en sektor som ikke skal ha et forretningsmessig lønnsomhetsformål, men tvert imot et ikke-kommersielt verdigrunnlag, tilsier, i tillegg til sektorens kompleksitet og iboende dynamikk, at den ansvarlige statsråd må kunne styre de strukturelle betingelsene og de overordnede rammene direkte. Det er min vurdering at organisering som forvaltningsorganer med utvidete fullmakter ville ha gitt en bedre mulighet til å balansere hensynet til overordnet strukturell styring og de overordnede økonomiske rammene mot hensynet til faglig selvstendighet og desentralisert operativt driftsansvar enn den foretaksorganisering som vi har nå.»

- Ansvarlig redaktør Markus Moe, Dagens medisin og politisk kommentator Magnus Takvam, NRK
- Sverre Dølvik, leder i Praktiserende spesialisters landsforening
- Fylkesråd for kultur, miljø og folkehelse Ingelin Noresjø, Nordland fylkeskommune
- Regionkontakt i Nord-Norge Gunnvald Lindset, Folkebevegelsen for lokalsykehusene
- Administrerende direktør Tor Ingebrigtsen (UNN HF), administrerende direktør Per Martin Knutsen (Helgelandssykehuset HF), kst. administrerende direktør Stein Erik Breivikås (Finnmarkssykehuset HF) og direktør Espen Mælen Hauge (Sykehusapotek Nord HF)
- Konsernverneombud Bengt Ole Larsen (Helse Nord), konserntillitsvalgte Ann-Mari Jenssen (YS), Sissel Alterskjær (Unio) og Ulrika Larsson (Akademikerne)
- Visedekan for sykepleie og helsefag Bodil Svendsgård, Nord universitet, Profesjonshøgskolen
- Legene Paul Olav Røsbø, Jo-Endre Midtbu og Stian Holmvik fra Legeforeningens regionutvalg, Nord-Norge
- Seniorrådgiver Dag Solumsmoen, Direktoratet for forvaltning og IKT
- Medieanalytiker Marte Fløan Beisvåg, assisterende analysesjef Ingvild Ketilsson Baustad og Senior Key Account Manager Kamilla L. Kjær, Retriever Norge AS
- Professor Richard B. Saltman, European Observatory on Health Systems and Policies
- Siviløkonom Harald Norvik
- Eiendomsdirektør Frode Meinich, Statsbygg
- Styreleder Steinar Frydenlund, Sykehusbygg HF
- Konserndirektør Atle Brynestad, Helse Sør-Øst RHF
- Professor Jon Magnussen, NTNU

I mars arrangerte utvalget et innspillseminar med følgende hovedbolker:

- Arbeidstakerorganisasjoner, samt konserntillitsvalgte og konsernverneombud
- Brukerorganisasjoner, samt representant for regionale brukerutvalg
- Arbeidsgiverorganisasjoner, universiteter og høyskoler, interesseorganisasjoner (Kommunenes interesseorganisasjon for lokalsykehus, Folkebevegelsen for lokalsykehusene, Helse-tjenesteaksjonen)

I tillegg mottok utvalget synspunkter fra tidligere statsråder i Helse- og omsorgsdepartementet Ansgar Gabrielsen, Sylvia Brustad og Bjarne Håkon Hanssen, samt tidligere statssekretær Dagfinn Sundsbø.

Det var et eget møte med styrelederne i de regionale helseforetakene: Per Anders Oksum (Helse Sør-Øst), Terje Vareberg (Helse Vest), Ola Strand (Helse Midt-Norge), Bjørn Kaldhol (Helse Nord).

I brev av 30. november 2015 ble berørte aktører invitert til å komme med skriftlige innspill til utvalget. Utvalget har mottatt 45 innspill, som ligger på utvalgets hjemmeside <http://nettsteder.regjeringen.no/kvinnslandutvalget/innspill/>

1.5 Utredninger

Utvalget har fått gjennomført følgende rapporter og notater som støtte for sitt arbeid:

- Difi-notat 2016 1: «Direktorat eller foretak? En drøfting av ulike tilknytningsformer for spesialisthelsetjenesten.»
- Terje P. Hagen: «Styringsmessige erfaringer med helseforetaksmodellen: Gir de retningslinjer for valg av ny modell?»
- Ernst & Young: «Eierskap og forvaltning av sykehusbygg. Oppsummering av analyser og dokumentasjon vedrørende sykehusbygg.»
- European Observatory on Health Systems and Policies: «Norway – Brief on Decentralized Hospital Governance.»
- Retriever: «Medieanalyse. Helseforetaksmodellen i mediene 01.01.2013 – 30.09.2015.»
- SKDE-rapport 2/2016: «En analyse av utvalgte regionfunksjoner ved Oslo universitetssykehus.»

Tidsrammen for utvalgsarbeidet har ellers satt begrensninger på muligheten til å få gjennomført utredningsoppdrag.

Kapittel 2

Sammendrag

2.1 Dagens system

Gjennom 1990-tallet var eierskapet til sykehusene tema for flere utredninger og omtalt i flere dokumenter til Stortinget. I kapittel 3 er det en gjennomgang av de viktigste dokumentene som danner bakgrunnen for vedtaket om statlig overtakelse av eierskapet til spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2002 (helseforetaksreformen).

Styringssystemet i helseforetaksmodellen er formalisert i helseforetaksloven og er beskrevet i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Hovedelementene er beskrevet i kapittel 3.

Etter at helseforetaksloven ble vedtatt i 2001, har det i begrenset grad vært gjennomført endringer. De viktigste endringene ble gjennomført i forbindelse med Prop. 120 L (2011–2012). Endringene innebar formalisering av praksis basert på erfaringene med modellen gjennom ti år, og innebar ikke vesentlige nye styringsprinsipper.

2.2 Erfaringer med helseforetaksmodellen

Erfaringene med helseforetaksmodellen gir grunnlag for utvalgets problemforståelse og er utgangspunkt for vurdering av alternative modeller. Kapittel 4 innledes med en omtale av den politiske og offentlige debatten om sykehussektoren. Denne viser at et flertall av aktørene som uttaler seg i debatten er kritiske til helseforetaksmodellen slik den er i sin nåværende form. Dette illustrerer utfordringen som ligger i å skape legitimitet for de beslutningene som fattes. Tre overordnede budskap kan trekkes fram; modellen er for markedsstyrt, udemokratisk og skaper et unødvendig byråkrati.

Gjennomgangen av utviklingen i spesialisthelsetjenesten etter 2002 tar utgangspunkt i målene for helseforetaksreformen og de utfordringene den skulle løse. Vurderingene av utviklingen er oppsummert i punkt 4.10. Utviklingen er et resultat av mange ulike faktorer. Det er derfor vanskelig å være presis på hva som er en effekt av sty-

ringsmodellen og hva som først og fremst kan forklares av andre forhold.

Kvaliteten på helsetilbudet i Norge er generelt god. Det har vært en gradvis forbedring av resultater over tid på mange av de områdene der det er etablert målesystemer. Det er imidlertid ikke grunnlag for å konkludere med at vi har fått et mer likeverdig tilbud.

Gjennomsnittlig ventetid ble redusert fra 90 dager i 2002 til 70 dager i 2004. I 2015 var gjennomsnittlig ventetid 69 dager. Tall for 2016 viser en positiv utvikling. Gjennomsnittlig ventetid var 59 dager i andre tertial 2016.

I perioden fra 2004 til 2015 økte bevilgningene til spesialisthelsetjenesten med i gjennomsnitt 2 pst. per år, mens gjennomsnittlig kostnadsvekst var 1,5 pst. Dette avspeiles i at det samlet sett har vært overskudd i perioden.

Det har vært en reell nedgang i kostnadsveksten per innbygger for somatikk, men vekst innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. Aktivitetsveksten har vært høyere enn kostnadsveksten innenfor somatikk. Dette kan tilskrives produktivetsforbedringer. Flere rapporter indikerer likevel at det fortsatt er rom for å forbedre produktiviteten.

En hensikt med helseforetaksmodellen var å oppnå mer bevissthet om innsatsfaktoren kapital. Intensjonen er oppnådd på den måten at investeringene finansieres av de regionale helseforetakene selv og inngår i en helhetlig prioritering. Lavere vekst i kostnader enn i bevilgninger og bedre økonomistyring har skapt rom for å øke investeringene de siste årene, og investeringsnivået er klart høyere enn på 1990-tallet. Samtidig er det fremdeles utfordringer knyttet til sykehusbygg med dårlig standard.

Behovet for bedre funksjonsfordeling var viktig ved innføring av helseforetaksreformen. Det har skjedd viktige endringer etter 2002, men faglige råd tilsier ytterligere endringer. Dette er imidlertid vanskelige prosesser som ofte møter motstand, og endringer må skje i forståelse med departementet.

Grepene som er tatt med å etablere felleseide selskaper for ikke-medisinske støttefunksjoner, dels etter pålegg fra departementet, er uttrykk for et ønske om en sterkere nasjonal samordning på viktige områder.

Styringsdialogen og rolledelingen mellom departementet og styrene for de regionale helseforetakene har blitt tydeligere over tid. Det har vært en utvikling i retning av færre styringskrav i oppdragsdokument og foretaksmøter, og de siste årene har det vært en dreining mot at styringen av kvalitet skal være like tydelig som styringen på økonomi.

Styrene i helseforetakene er målet for mye av kritikken mot helseforetaksmodellen, og det har vært stilt spørsmål ved om det er behov for styrer både i helseforetakene og på regionnivå. Det er en oppfatning hos flere at konklusjonene fra direktørmøter, der administrerende direktører i det regionale helseforetaket og helseforetakene samles, kan ha stor betydning for hvilke vedtak styrene i helseforetakene fatter. Dette kan i praksis gi det regionale helseforetaket en uformell styringslinje. Det er imidlertid ulike oppfatninger om styrenes funksjon. I evalueringen som ble gjort av Agenda Kaupang i 2012, er oppfatningen at styrene har bidratt vesentlig til å gi legitimitet til helseforetakene og at de har bidratt til bedre og mer omforrente prosesser for utviklings- og omstillingstiltak.

Selv om et flertall av de ansatte i medarbeiderundersøkelser gir uttrykk for at de er fornøyd med arbeidsforholdene, er det også grupper av ansatte som er kritiske til dagens system. Det er blant annet knyttet til at det er mange ledernivåer og at avstanden til toppledelsen oppleves som lang. Mangelfulle IKT-løsninger, for mye fokus på økonomi og for lite oppmerksomhet om faglig standard og kvalitet, er andre områder som trekkes fram som problematiske.

Et mål med helseforetaksreformen var dels sterkere statlig styring av overordnede spørsmål, og dels desentralisering ved at sykehusene skulle få større frihet i styringen av driften. Dette er en vanskelig balansegang. Undersøkelser viser at særlig ledere i helseforetak oppfatter at de har begrenset handlingsrom.

Sykehus er blant de offentlige virksomhetene som innbyggerne sier seg mest fornøyd med. Alle regionale helseforetak og helseforetak har brukerutvalg. Oppfatningen generelt er at det har vært en positiv utvikling for brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten etter 2002.

Regionale helseforetak og helseforetak har opprettet ulike samarbeidsformer med fylkeskommunene og kommunene. Evalueringen av sam-

handlingsreformen avdekker likevel et behov for at kommuner og sykehus jobber videre med å utvikle helhetlige pasientforløp. Det er behov for å styrke arenaer for dialog og samarbeid mellom kommunene og sykehusene. Økt kvalitet på informasjonsutvekslingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er viktig. Videre er det behov for å utvikle IKT-systemene slik at utvekslingen av pasientinformasjon på tvers av nivåene kan skje mer effektivt.

Dekanene ved de medisinske fakultetene har i innspill til utvalget gitt uttrykk for at det sektorovergrepene samarbeidet innen utdanning og forskning har blitt betydelig bedre gjennom etableringen av et regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Det har vært en klar økning i forskningsaktiviteten i sykehusene etter 2002. Utdanningskapasiteten innen helsefagene har også økt. Samtidig er det uttrykt behov for bedre og mer avklart samspill og samordning mellom helsetjenestene og utdanningsfeltet.

Helseforetaksreformen har ikke ført til vesentlig endring i bruk av private virksomheter; de regionale helseforetakene har i stor grad videreført fylkeskommunenes praksis. Andelen av budsjettet brukt på private har ligget på om lag 10 pst. i hele perioden, med en liten økning de senere årene. Omfanget av anskaffelser fra private aktører har vært påvirket av eierkrav etter helseforetaksreformen. Disse kravene har gått i ulike retninger.

En viktig bakgrunn for helseforetaksreformen var problemer knyttet til økonomistyring. Problemene vedvarte de første årene etter at reformen var iverksatt. Kostnadene oversteg bevilgningene, og en stor del av bevilgningsøkningene ble gitt som tillegg gjennom budsjettåret og ved at Stortinget vedtok høyere bevilgninger enn foreslått av Regjeringen. Situasjonen snudde i 2007–2008, og de siste årene har de regionale helseforetakene hatt betydelige overskudd som har gitt grunnlag for investeringer. Utviklingen må ses i sammenheng med læring og kompetanseoppbygging, at styringen på økonomi har blitt tettere og at de økonomiske rammene har blitt mer forutsigbare. Det har vært forbedringer i finansieringen av investeringer og pensjoner, og fra 2008 har det vært budsjettert med aktivitetsvekst i de årlige budsjettene. Nytt inntektssystem ble også innført med tilførsel av ekstra midler.

2.3 Erfaringer fra andre land

Utvalget har i kapittel 5 redegjort kort for andre lands erfaringer med organisering av eierskap til

sykehus. Utfordringsbildet er i stor grad felles internasjonalt: et økende antall eldre og kronisk syke, manglende koordinering mellom sykehus og primærhelsetjenesten, krav til effektivisering for å sikre økonomisk bæreevne, geografisk ulikhet i kvalitet og tilgjengelighet og et økende gap mellom behandlingsmuligheter og tilgjengelige budsjetttrammer.

European Health Observatory on Health Systems and Policies har utarbeidet en rapport for utvalget. Blant annet basert på denne er det i kapittel 5 gitt en beskrivelse av åtte land: Danmark, England, Finland, Frankrike, Nederland, Skottland, Sverige og New Zealand.

De nordiske landenes helsesystemer kan sies å være bygget på samme verdigrunnlag. De har samme målsetninger, er i hovedsak finansiert gjennom skatteinntekter og har et dominerende innslag av offentlig eierskap og styring. Det er en tydelig todeling i måten de fire landene har valgt å organisere eierskap og styring av sykehus på. På den ene siden har Sverige og Finland en desentralisert styringsstruktur med desentralisert eierskap, styring og finansiering med lokalt politisk ansvar. På den annen side har Danmark og Norge en mer sentralisert styringsstruktur, en mer aktiv stat og et mer formalisert regionalt mellomnivå. Danmark og Norge skiller seg fra hverandre når det gjelder politisk forankring. Det er et regionalt politisk nivå i Danmark, men dette har begrenset handlingsrom. Det pågår prosesser i både Sverige og Finland som kan innebære at disse går i retning av en sterkere vektlegging av det regionale nivået, med folkevalgt forankring.

De fleste landene som er omtalt har et styringsnivå mellom staten og sykehusene. Dette er enten i form av et eget nivå underlagt folkevalgt styring, eller en desentralisert statlig inndeling som har et geografisk avgrenset sørge-for-ansvar knyttet til planlegging og kapasitet. Nederland og England er et unntak fra dette, ved at de har systemer basert på mer markedsbasert koordinering. Denne forskjellen ses også igjen når det gjelder ansvar for investeringer og planlegging av sykehus. Sykehusene i England og Nederland kan ta egne investeringsbeslutninger og ta opp investeringslån i private banker. De kan også gå konkurs. I de andre landene er ansvar for investeringer og planlegging av sykehus lagt til et nivå under staten, enten med folkevalgt ansvar eller underlagt staten mer eller mindre direkte.

Det er i stor grad et felles utviklingstrekk at tiltak for standardisering og kvalitetsoppfølging drives fram gjennom nasjonale tiltak. Dette ser vi også i Norge. Vektleggingen av det regionale ni-

vået i Norge er også i tråd med den utviklingen som ellers er beskrevet.

2.4 Utfordringsbildet

Utvalgets oppdrag er å vurdere om spesialisthelsetjenesten kan bli bedre ved å velge andre organisatoriske løsninger. Som bakgrunn for vurderingen er det i kapittel 6 en drøfting av det utfordringsbildet sektoren står overfor. Der omtales elementer som kan knyttes opp mot valg av styringsmodell og andre forhold som er en viktig del av utfordringsbildet.

Generelle utviklingstrekk

To hovedtrekk ved utviklingen av spesialisthelsetjenesten framover er økte behov og høy endringstakt. Folketallet vil øke, spesielt i de eldste aldersgruppene. Dette gir økte behov. Mulighetene for økte ressurser til spesialisthelsetjenesten påvirkes av den generelle budsjettsituasjonen, der aldringen av befolkningen og reduserte inntekter fra petroleumsvirksomheten tilsier at det må forventes strammere offentlige budsjetter enn vi har hatt de siste årene.

Eldre pasienter har ofte kroniske sykdommer, flere diagnoser og bruker mange medikamenter. Utviklingen innebærer derfor at forebygging og god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene får enda større betydning i tiden som kommer.

Nye behandlingsmuligheter, legemidler og medisinsk utstyr utvikles i stort omfang og i høyt tempo. Utviklingen innebærer sentralisering av noen funksjoner og desentralisering av andre. Det er behov for å samle krevende og spesialiserte prosedyrer ved større sentre for at alle pasienter skal få best mulig utredning og behandling. På den annen side gir utviklingen oss også mer brukervennlig og mobilt utstyr. Oppgaver som før ble gjort på sykehus kan flyttes ut til pasientens hjem eller til kommunal helse- og omsorgstjeneste, og dette kan frigjøre sykehuskapasitet. Grensene mellom kirurgi, radiologi, anestesi og indremedisin endres kontinuerlig.

Pasientenes individuelle rettigheter er vesentlig utvidet de siste tiårene. Rettighetene kan grovt sett deles i to: Rett til å velge leverandør og rettigheter knyttet til de tjenestene som mottas (ventetider, garantier mv.). Utvidede rettigheter har vært en ønsket utvikling. Samtidig er det en løpende diskusjon om hvor langt en bør gå når det gjelder rettighetsfesting. Rettighetene påvirker handlefri-

heten til regionale helseforetak og helseforetak, som er forpliktet til å oppfylle rettighetene. Mulighetene for å planlegge og dimensjonere tilbudet blir svekket fordi det blir vanskeligere å forutse hvor pasientene vil velge å motta behandlingen. Sterkere pasientrettigheter vil også gi økt ressursbehov og behov for mer kontroll og rapportering.

IKT-området

I nasjonal helse- og sykehusplan understrekes behovet for sterkere nasjonal styring av IKT-området. Det samme er framhevet i flere innspill til utvalget. I kapittel 6 er det gitt en omtale av problemstillingen, herunder arbeidet med å nå målsetningen «En innbygger – én journal». Utvalget vurderer manglende nasjonal samordning på IKT-området som en betydelig utfordring. Samtidig understrekes at etablering av regionale løsninger har gjort det mulig å forbedre systemene, og at dette arbeidet også har lagt grunnlag for å etablere nasjonale løsninger.

Ledelse og intern organisering

Sykehus er komplekse kunnskapsorganisasjoner med sterke profesjonsinteresser, og med avgjørende samfunnsmessig betydning. Dette gjør ledelse av sykehus til en krevende oppgave. Lederrollen utfordres både fra ansatte i egen organisasjon, og i form av økte krav fra eier og omgivelsene. Den statlige styringen har blitt mer ambisiøs og brukerne mer krevende. Det er liten grunn til å tro at dette er en utvikling som vil snu.

I studier av sykehus er det et gjennomgående trekk at det foreligger en spenning mellom toppnivået og det nivået hvor selve tjenesteytingen foregår. Dette er dels et uttrykk for at sykehus er virksomheter hvor verdiene skapes av profesjonsutøvere som besitter ekspertkunnskap innen sitt område, slik at virksomheten vil måtte ledes faglig «nedenfra». I tillegg må den styres og ledes «ovenfra», og slik skapes en vertikal spenning i systemet. Den vertikale dialogen utfordres ved innføring av flere formelle nivå. Utviklingen de siste tiårene har medført at rommet for faglig styring nedenfra har blitt mindre samtidig som omfanget av ytre styring og regulering har økt – det profesjonelle rommet er redusert.

I sykehus vil det typisk oppstå målkonflikter mellom medisinskfaglige og ressursmessige hensyn. Økt omfang av styring og spesifiserte krav til måloppnåelse vil kunne gi opphav til flere målkonflikter. I en rapport utarbeidet av Fafo i 2012 trekkes fram at det er en klar opplevelse av en motset-

ning mellom mange og svært detaljerte målformuleringer og et tilstrekkelig stort handlingsrom. Mange opplever også at en vanskelig økonomisk situasjon bidrar til lite handlingsrom.

Den interne organiseringen av helseforetakene må ivareta koordinering og samordning både internt i sykehuset, og mellom ulike sykehus som inngår i et fellesskap. Sistnevnte har dels vært forsøkt løst gjennom å etablere tverrgående klinikker.

Generelt kan ledelse gjennomføres innenfor to hovedmodeller: gjennomgående ledelse på tvers av sykehusene som inngår i et helseforetak, eller ved lederlinjer som inkluderer stedlig ledelse med et samlet ansvar for virksomheten. De to modellene kombineres også på ulike måter. Det er fordeler og ulemper ved de ulike modellene. Tverrgående ledelse kan fremme hensiktsmessig bruk av ressurser og fordeling av arbeidsoppgaver og funksjoner på tvers av sykehus. Svakheten er at lederen er mindre tilgjengelig på de enkelte institusjonene. Fravær av stedlig ledelse har blitt kritisert fra flere hold, blant annet fra Norsk Sykepleierforbund og Legeforeningen. I stortingsbehandlingen av nasjonal helse- og sykehusplan ble stedlig ledelse løftet fram som et viktig begrep. Komitéen uttaler at stedlig ledelse er et viktig prinsipp, blant annet fordi lange beslutningslinjer resulterer i utydelige ansvarslinjer og usikkerhet, og at målformuleringer og strategier ikke forankres helt ut i sykehusene. Stedlig ledelse er et nødvendig grep for bedre samspill mellom sykehusene. Komitéens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig folkeparti og Venstre, fremmet følgende forslag som fikk tilslutning fra flertallet i Stortinget:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaks-møtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»

Erfaringer med helseforetaksmodellen

Viktige utfordringer som kan trekkes fram etter gjennomgangen av erfaringene med helseforetaksmodellen er også en del av utfordringsbildet, jf. punkt 2.2. Utfordringene er for en stor del knyttet til volum og kvalitet på tjenestene, samordning mellom sykehus og samordning av støttetjenester. Dette er forhold som påvirkes av overordnet organisering og som vil inngå i drøftingen av ulike styringsmodeller. Det samme gjelder styrenes rolle og hvilken legitimitet styringssystemet har. Andre utfordringer er ikke i samme grad knyttet til sty-

ringsmodell. Dette gjelder i første rekke samhandling med kommunesektoren, og utfordringer knyttet til ledelse og intern organisering.

2.5 Alternativer til dagens organisering av spesialisthelsetjenesten

Det følger av mandatet at utvalget skal vurdere følgende alternativer til dagens organisering av spesialisthelsetjenesten:

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. Eventuelt andre alternativer for organisering av spesialisthelsetjenesten.

Regiontankegangen har vært førende for organiseringen av spesialisthelsetjenesten siden 1970-tallet. Gjennom helseforetaksreformen ble regionsperspektivet ytterligere forsterket gjennom etablering av de regionale helseforetakene som

egne rettssubjekter. Sentrale aktører i sektoren har gjennom skriftlige innspill til utvalget, innlegg på utvalgsmøtene og et eget høringsseminar vektlagt betydningen av et regionalt nivå.

Samtidig er det et viktig formål med utvalgets arbeid å vurdere om antall nivå i styringslinjen kan reduseres. Utvalget har derfor vurdert et fjerde alternativ der disse hensynene blir forent. I dette alternativet er ikke helseforetakene lenger selvstendige rettssubjekter, slik at regionale helseforetak og den underliggende virksomheten blir del av det samme rettssubjektet. Dette innebærer også at styrene for helseforetakene avvikles. En slik organisering kan også betraktes som en variant av det første alternativet, dvs. en modell med få helseforetak direkte underlagt departementet.

De ulike alternativene er nærmere beskrevet i kapittel 7.

Sammenlignende vurdering av de tre alternativene som er gitt i mandatet

Tabell 2.1 oppsummerer hvordan alternativene 1–3 vurderes opp mot de sentrale vurderingskriteriene. Det er lagt vekt på de elementene der alternativene skiller seg fra hverandre.

Tabell 2.1 Alternativene 1–3 vurdert opp mot sentrale vurderingskriterier

<i>Vurderingskriterier</i>	<i>Alternativ 1: De regionale helseforetakene avvikles og helseforetak legges direkte under departementet</i>	<i>Alternativ 2: Departement med sykehusdirektorat til erstatning for de regionale helseforetakene</i>	<i>Alternativ 3: Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene</i>
<i>1. Legitimitetskriterium</i>			
<i>Legitimitet for beslutninger</i>	Viktige beslutninger bringes til et forvaltningsnivå der statsråden har full instruksjonsrett og ansvar overfor Stortinget. Dette kan gi økt politisk legitimitet. På den annen side innebærer dette en sentralisering av myndighet, som kan svekke legitimiteten lokalt og regionalt. De ansatte vil ikke på samme måte som i dag være representert når viktige beslutninger blir tatt. Møteoffentlighet vil heller ikke kunne praktiseres på samme måte.	Samme vurdering som i alternativ 1.	Statsrådets formelle rolle og ansvar er uendret. Sentralisering kan svekke legitimiteten. Mye makt samles i ett styre og hos én administrerende direktør. Dette kan svekke legitimiteten. Dagens ordninger for medvirkning fra de ansatte og møteoffentlighet videreføres i det nasjonale helseforetaket.
<i>2. Effektivitetskriterier</i>			
<i>Effektiv utnyttelse av ressursene – samordning</i>			
Nasjonal samordning og styring	Muligheten for nasjonal samordning og styring forbedres i utgangspunktet når eierstyringen av helseforetakene skjer fra samme sted. Samlet effekt påvirkes av en mer krevende beslutningsstruktur og stort kontrollspenn	Samme vurdering som i alternativ 1.	Bedre mulighet for nasjonal samordning og styring, som i alternativene 1 og 2. Beslutningsstrukturen blir tydelig, men kontrollspennet blir stort.
Regional samordning	Regional samordning og planlegging utredes og besluttet i departementet. Stort kontrollspenn og departementets begrensede kunnskap om lokale og regionale forhold forventes å svekke samordningsevnen.	Direktoratet ivaretar regional samordning og planlegging, men de viktigste beslutningene vil bli tatt i departementet. Direktoratet kan velge å ha regionale avdelinger.	Det nasjonale helseforetaket ivaretar regional samordning og planlegging, og fatter beslutninger. Foretaket kan velge å ha regionale avdelinger.

Tabell 2.1 Alternativene 1–3 vurdert opp mot sentrale vurderingskriterier

<i>Vurderingskriterier</i>	<i>Alternativ 1: De regionale helseforetakene avvikles og helseforetak legges direkte under departementet</i>	<i>Alternativ 2: Departement med sykehusdirektorat til erstatning for de regionale helseforetakene</i>	<i>Alternativ 3: Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene</i>
Inntektssystemet	Helseforetakenes inntektsrammer fastsettes i departementet. Muligheten for regionale tilpasninger vil i praksis bli begrenset. Investeringer: Det vil være krevende for departementet å overta de regionale helseforetakenes rolle knyttet til fordeling av likviditet. Departementet må i utgangspunktet gjennomføre omfordeling ved å justere bevilningene fra år til år. Mulige virkemidler kan være å øke rammene for statlige lån eller å etablere et statlig eiendomsselskap.	Samme vurderinger som for alternativ 1.	Det nasjonale helseforetaket vil fordele inntektsrammen, men departementet forventes å legge føringer på fordelingen. Muligheten for regionale tilpasninger vil i praksis bli begrenset. Investeringer: Det nasjonale helseforetaket vil kunne omfordele likviditet mellom helseforetakene. Handlingsrommet vil være større enn i dag, siden utjevningen kan skje på nasjonalt nivå.
Departementets forhold til helsesektoren som helhet	Fokus på helsetjenesten som helhet svekkes, når spesialisthelsetjenesten får en så stor plass i departementet. Departementets rolle som politisk sekretariat svekkes også.	Spesialisthelsetjenesten vil få en dominerende plass i departementet, men ikke i samme grad som i alternativ 1. Direktoratet vil bistå med utredning, analyse, rapportering og oppfølging.	Rollen og ansvaret til statsråden og departementet påvirkes i utgangspunktet ikke.
Forholdet til private aktører	Det formelle ansvaret vil ligge i departementet. Stort kontrollspenn og manglende kunnskap om regionale og lokale forhold tilsier at den praktiske oppfølgingen vil bli delegert til en egen enhet.	Kjøp av tjenester fra private kan delegeres til sykehusdirektoratet.	Et nasjonalt helseforetak kan håndtere innkjøpene på samme måte som de regionale helseforetakene.

Tabell 2.1 Alternativene 1–3 vurdert opp mot sentrale vurderingskriterier

Vurderingskriterier	<i>Alternativ 1:</i> De regionale helseforetakene avvikles og helseforetak legges direkte under departementet	<i>Alternativ 2:</i> Departement med sykehusdirektorat til erstatning for de regionale helseforetakene	<i>Alternativ 3:</i> Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene
<i>Effektivitet i beslutningsprosesser og samsvare mellom myndighet og ansvar</i>	<p>Færre beslutningsnivåer og overføring av beslutninger fra regionalt til nasjonalt nivå kan gi sterkere styringskraft for statsråden og departementet.</p> <p>Styrings- og gjennomføringskraften begrenses av:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Stort kontrollspenn, og at departementet ikke er innrettet på å håndtere en så stor saksmengde. – Større fokus på enkeltsaker. – Statsråden vil være direkte ansvarlig for langt flere saker. Kan lede til risikoaversjon. – Styringskraften på andre områder kan svekkes som følge av at spesialisthelsetjenesten blir så dominerende i departementet. – Statsråden og departementet vil ikke ha støtte fra styrer med regional forankring og bred kompetanse. – Svekket legitimitet kan medføre at beslutninger blir vanskeligere å gjennomføre. 	<p>Samme vurdering som i alternativ 1, med følgende nyanser:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Også i dette alternativet vil departementets kontrollspenn, fokus på enkeltsaker og spesialisthelsetjenestens dominans øke. Effektene er likevel mindre enn i alternativ 1, siden en rekke oppgaver kan legges til direktoratet. – Beslutningsprosessen kan ta noe lengre tid enn i alternativ 1, ettersom det er behov for tett dialog mellom direktorat og departement. 	<p>Overføring av viktige beslutninger fra regionalt til nasjonalt nivå kan gi sterkere styringskraft. Dette kan styrke samordningen og utviklingen av felles løsninger.</p> <p>I motsatt retning trekker at kontroll- og beslutningsspennet på øverste nivå i foretaket blir stort. Sentralisering og maktkonsentrasjon hos ett styre og én administrerende direktør kan gi legitimitetsproblemer som gjør det vanskelig å gjennomføre beslutninger.</p>

Tabell 2.1 Alternativene 1–3 vurdert opp mot sentrale vurderingskriterier

<i>Vurderingskriterier</i>	<i>Alternativ 1: De regionale helseforetakene avvikles og helseforetak legges direkte under departementet</i>	<i>Alternativ 2: Departement med sykehusdirektorat til erstatning for de regionale helseforetakene</i>	<i>Alternativ 3: Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene</i>
3. Kriterier for samhandling og medvirkning			
<i>Samarbeid med kommunesektoren</i>	Departementet vil vanskelig kunne fylle den rollen regionale helseforetak har hatt som samarbeidsaktør med kommunesektoren på regionnivået.	Direktoratet vil få ansvar for å ivareta samhandling og samarbeid med kommunesektoren som regionale helseforetak har i dag. Direktoratet kan velge å ha regionale avdelinger. Kontakten med disse vil imidlertid kunne oppfattes som mindre verdifull siden de viktigste beslutningene fattes sentralt.	I hovedsak samme vurdering som i alternativ 2. Avhengig av størrelsen på helseforetakene, kan ansvaret for kontakt på regionnivået også bli ivaretatt av disse.
<i>Samarbeid med universiteter og høyskoler</i>	Departementet vil vanskelig kunne tre inn i det etablerte samarbeidet med universiteter og høyskoler på regionnivået. Samarbeidet vil bli mer krevende, men region-sykehusene kan evt. få et større ansvar for regionale samordningsoppgaver.	Direktoratet vil ivareta det etablerte samarbeidet med universiteter og høyskoler. Uten regionale avdelinger kan dette samarbeidet bli mer krevende. Men som i alternativ 1, kan region-sykehusene evt. få et større ansvar for regionale samordningsoppgaver.	Samme vurdering som i alternativ 2.
<i>Pasienters og brukeres innflytelse på tjenestetilbudet</i>	Brukerutvalgene på helseforetaksnivå videreføres. Brukerutvalgene vil falle bort på regionalt nivå. Det kan etableres samarbeid på nasjonalt nivå, men dette vil få en annen innretning.	Brukerutvalgene på helseforetaksnivå videreføres. Direktoratet vil kunne utnevne brukerutvalg med rådgivende funksjon, men da på nasjonalt nivå.	Brukerutvalgene på helseforetaksnivå videreføres. Et nasjonalt helseforetak vil kunne utnevne rådgivende brukerutvalg på nasjonalt nivå, med møte- og talerett i styret.
<i>Medvirkning fra ansatte</i>	Ordnningen med ansattvalgte styremedlemmer, konserntillitsvalgte og konsernverneombud på regionalt nivå vil bortfalle.	Samme vurdering som i alternativ 1.	Ordnningen med ansattvalgte styremedlemmer, konserntillitsvalgte og konsernverneombud på regionalt nivå kan erstattes av representasjon i det nasjonale foretaket.

Vurdering

Alle de tre alternativene som er omtalt i mandatet innebærer at mange av de viktigste beslutningene blir sentralisert. Dette er en naturlig konsekvens av at modellene ikke har et selvstendig regionalt nivå. Dette kan gi bedre grunnlag for nasjonal samordning og styring. Samtidig vil sentralisering av beslutninger kunne svekke legitimiteten.

I alternativene 1 og 2 legges et større ansvar til statsråden og departementet, og dette kan gi økt legitimitet hos aktører som etterlyser sterkere politisk styring. Utvalget mener likevel etter en samlet vurdering at alternativ 3 med ett nasjonalt helseforetak som eier av helseforetakene er det beste blant de alternativene som er gitt i mandatet. Dette skyldes at alternativene 1 og 2 har klare svakheter når de drøftes opp mot effektivitetskriteriene. En hovedforklaring er at departementet i disse alternativene overtar sørge-for-ansvaret fra de regionale helseforetakene, med de konsekvensene dette har for kontrollspenn og oppgavemengde i departementet, krevende beslutningsstrukturer og bortfall av den bufferfunksjonen regionale helseforetak har i dag.

Utvalget vurderer det også slik at det er minst risiko knyttet til implementeringen av alternativ 3. Alternativet krever minst endringer: selskapsstrukturen med tre nivå (departementet, overordnet helseforetak og utøvende helseforetak) og saksgangen vil være tilnærmet lik dagens, bortsett fra at man går fra fire regionale helseforetak til ett nasjonalt helseforetak. Alternativene 1 og 2 har konsekvenser som vil være utfordrende i en gjennomføringsfase. I alternativ 1 er det størst risiko for negative effekter som følge av tap av kompetanse, mens det i alternativ 2 er utfordringer knyttet til styringen og rolleforståelsen i det nye systemet.

Egenskaper ved et alternativ der regionale helseforetak og underliggende helseforetak blir samme rettssubjekt

I alternativ 4 er det i første rekke ansvarsdelingen mellom regionalt og lokalt nivå som påvirkes. De regionale helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter. Helseforetakene videreføres som hensiktsmessige organisatoriske resultatenheter for sykehus, kalt sykehusgrupper, men som del av samme rettssubjekt som det regionale helseforetaket.

Nedenfor gjengis de viktigste vurderingene som er gjort av alternativet i kapittel 7, vurdert opp mot kriteriene legitimitet, effektivitet, samhandling og medvirkning, samt implementeringsrisiko.

Legitimitet

Modellen virker sentraliserende ved at styrene for de nye helseforetakene vil få et ansvarsområde som også omfatter det ansvaret styrene i helseforetakene har i dag. Samtidig er det grunn til å anta at lederne for sykehusgruppene vil bli styrket blant annet som følge av at de inngår i ledergruppen i de nye helseforetakene, og at den øverste ledelsen i foretaket vil få så stort kontrollspenn at delegasjon av beslutningsmyndighet er nødvendig. Dette kan gi økt legitimitet lokalt.

Styrene har hatt en funksjon ved å sikre innflytelse for viktige aktører. Hvis disse bortfaller, må større fokus rettes mot andre arenaer for påvirkning og informasjonsutveksling, og da spesielt mellom sykehusgruppene/det enkelte sykehus, kommunene og brukere.

Effektiv ressursutnyttelse

Kortere styringslinjer vil i utgangspunktet gi sterkere gjennomføringskraft og effektivitet. Grunnlaget for både nasjonal og regional styring og samordning forbedres i den grad endringene gir mer effektive beslutningsprosesser.

Lederne av sykehusgruppene vil få en klarere rolle i styringslinjen og økt mulighet til direkte å påvirke beslutninger på regionnivået. Disse lederne forutsettes å inngå i ledergruppen til helseforetaket på regionalt nivå.

En oppfatning hos flere er at konklusjonene fra møtene mellom de administrerende direktørene kan ha stor betydning for hvilke vedtak styrene i helseforetakene fatter. Hvis dette er riktig, vil det å fjerne styrene bidra til å klargjøre ansvarsforholdene.

Når beslutningsmyndigheten flyttes til regionalt nivå, vil aktører som ønsker å påvirke beslutninger ønske å komme i dialog med dette nivået. For at systemet skal fungere effektivt, må det etableres klare fullmakter internt i foretaket, med en forventning om at beslutninger normalt ikke overprøves eller underlegges en fornyet vurdering på overordnet nivå.

Forholdet til private tjenesteleverandører er en utfordring i dette alternativet, ved at bestiller- og utføreransvaret ligger til samme organisatoriske enhet. Det er først og fremst omfanget av konkurranseutsatte avtaler med private leverandører som vil kunne påvirkes negativt. Utvalget mener det i alternativ 4 vil være behov for å gjøre det organisatoriske skillet mellom rollen som bestiller og rollen som eier av sykehusene tydeligere. Utvalget har i kapittel 10 også drøftet behovet for tiltak

overfor private tilbydere gitt at dagens system videreføres, og som er relevante også for dette alternativet.

Samhandling og medvirkning

Grunnlaget for samhandling vil i liten grad påvirkes av endringer i formelle ansvarsposisjoner, men vil kunne påvirkes av målet om å tydeliggjøre driftsansvaret på det lokale nivået. Ansvar for samhandling vil ligge til sykehusgruppene, og mindre enheter kan være en fordel. Alternativet legger til rette for å etablere flere sykehusgrupper enn det er helseforetak i dag, og dette er også et mål som må følges opp i styringsdialogen.

Det er opprettet brukerutvalg både ved de regionale helseforetakene og ved helseforetakene. Brukerutvalg kan videreføres med ny modell, men da knyttet opp mot leder i sykehusgruppene eller mot de enkelte sykehusene.

Det etablerte samarbeidet med universiteter og høyskoler vil kunne videreføres som i dag.

Implementeringsrisiko

Det vurderes slik at alternativ 4 har lav implementeringsrisiko. Det er i utgangspunktet ingen personer som må bytte arbeidssted, og man beholder sentrale elementer fra dagens modell, samt et regionalt perspektiv i planlegging og eierstyringen. Det vil imidlertid være utfordringer og risiko knyttet til å etablere ny fullmakts- og styringsstruktur.

Den endelige vurderingen av alternativene for organisering av spesialisthelsetjenesten er gjort i kapittel 10.

2.6 Inndeling i helseregioner og antall helseforetak

Utvalget oppfatter at det er lite diskusjon om regioninndeling og regiongrenser når det gjelder helseregionene Nord, Midt-Norge og Vest. Vurderingene av alternativ regioninndeling i kapittel 8 er derfor avgrenset til Helseregion Sør-Øst. Vurderingene tar utgangspunkt i diskusjonen om at regionen er uhensiktsmessig stor, og at dette har gitt for stort kontrollspenn og lange styringslinjer. I et planleggingsperspektiv må imidlertid størrelsen på denne regionen også vurderes i lys av at regionen dekker et område med stor befolkningskonsentrasjon. Organisering av området i én helseregion gir mulighet for å samordne pasienttil-

bud og vurdere funksjonsfordeling for et stort befolkningsområde.

To hovedproblemstillinger er vurdert:

- Bør regioninndelingen endres for å legge til rette for å flytte deler av pasientbehandlingen?
- Bør regioninndelingen endres fordi det slik legges til rette for mer effektiv drift?

Utvalget mener at Oslo universitetssykehus HF bør videreføres som regionsykehus for hele regionen. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har gjort en gjennomgang som viser at det etter deres oppfatning er begrenset potensiale for å øke egedekningen i eventuelt nye regioner gjennom å fordele regionfunksjoner som ivaretas av Oslo universitetssykehus HF til flere helseforetak. Dette innebærer at en eventuell oppdeling av regionen i liten grad kan knyttes til en anbefaling om å flytte deler av pasientbehandlingen, for slik å sikre pasientgrunnlag og høyere egedekning i eventuelle nye regioner.

Oppsummeringen av evalueringen som SINTEF har gjort av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst, tilsier ikke at det er forhold ved organiseringen av Helse Sør-Øst som har gitt negative utslag på driften. Dette støttes også av andre tall som illustrerer utviklingen i regionen de siste årene. Til tross for dette mener utvalget at en ikke kan se bort fra at mindre regioner ville gitt grunnlag for en bedre oppfølging av helseforetakene og mer effektiv drift.

På denne bakgrunn har utvalget vurdert tre alternative inndelinger av helseregionen, og konsekvensene av en eventuell deling. Utvalget har vurdert ett alternativ der Sør-Øst deles i to regioner, og to alternativer for å dele Sør-Øst i tre nye regioner. Gitt utvalgets tilrådning om ikke å etablere flere regionsykehus, vil det ved eventuell oppdeling av Helseregion Sør-Øst være én eller to regioner som ikke har eget regionsykehus. En viktig premiss er derfor at arbeidsdelingen mellom Oslo universitetssykehus HF og de andre helseforetakene i hovedsak bør være som i dag.

Utvalget har vurdert konsekvensene av en deling ut fra tre tilnærminger:

1. Vurdering opp mot kriterier for legitimitet, effektivitet, samhandling og medvirkning.

Mindre regioner/flere regionale helseforetak vil kunne ha tettere styring og oppfølging av helseforetakene. Dette vil også kunne legge til rette for å få flere og mindre helseforetak, med kortere styringslinjer enn i dag. Ved flere regioner blir det flere styremedlemmer med lokal representasjon og tilhørighet, og tilsvarende flere arenaer for brukerinnflytelse og

medvirkning fra ansatte. Mindre regioner kan slik bidra til høyere legitimitet. En oppdeling av helseregionen og eventuelt oppdeling i flere helseforetak, kan legge bedre til rette for samarbeid og samhandling med kommunene og helse- og omsorgstjenestene.

Pasientstrømmer på tvers av regiongrenser vil øke ved en deling, og regionen/regionene som ikke har regionsykehus vil bli sterkt avhengig av Oslo-regionen. Ved etablering av regioner uten regionsykehus vil det derfor måtte etableres mer omfattende avtaler mellom Oslo-regionen og den/de andre region(ene) som må understøttes av finansieringsordninger. Det vil være usikkerhet knyttet til om sykehusene vil være lojale til inngåtte avtaler, og dette må følges opp av eier. Usikkerhet om pasientstrømmer vil også gi usikkerhet knyttet til økonomistyring.

2. Konsekvenser for økonomisk bæreevne og planlagte investeringer.

Helse Sør-Øst RHF står foran store investeringsprosjekter. Deling av regionen vil innebære usikkerhet om planlagt framdrift for disse.

Gjennomføring av investeringer krever både tilgang på likviditet og økonomisk bæreevne for å betjene nåværende og framtidige låneopptak. Mindre regioner vil gi mindre muligheter for omfordeling av likviditet. Det vil derfor måtte vurderes om staten ved departementet må få en ny og utvidet rolle på investeringsområdet, for eksempel gjennom en utvidet statlig låneordning for å sikre likviditet til utbyggingsene.

Oslo universitetssykehus HF har en spesiell rolle i regionen. En stor andel av pasientene bor i opptaksområdet til andre helseforetak. Helse Sør-Øst RHF har hatt en viktig rolle når det gjelder å fastsette rammebetingelsene for sykehuset. Dersom Oslo universitetssykehus HF skulle tilhøre en klart mindre region, er det sannsynlig at staten vil måtte ta et større ansvar for rammebetingelsene for dette sykehuset.

3. Omstillings- og implementeringskonsekvenser.

Det vil være ledelses- og styringsmessig risiko forbundet med å gjennomføre en så omfattende omorganisering som en deling av regionen vil innebære.

Endringer i regioninndelingen vil i en omstillings- og implementeringsfase også gi utfordringer knyttet til oppgjør av fordringer og gjeld. Dette kan innebære konsekvenser for rekkefølge og tidsplan for gjennomføring av framtidige investeringer.

Det er ulike hensyn som taler for og mot deling av Helseregion Sør-Øst. Utvalgets vurderinger går fram av kapittel 10.

Antall helseforetak

Endringer i antall helseforetak vil ha konsekvenser både for driftsmessige forhold og investeringsbeslutninger. Det ville innebære et stor inngrep i ansvarsområdet for regionale helseforetak om departementet skulle beslutte dette, uten at det er tilstrekkelig utredet og vurdert av det regionale helseforetaket selv. Utvalget har i kapittel 8 gitt en oversikt over dagens helseforetaksstruktur, og har lagt til grunn at endringer i antall helseforetak må utredes nærmere i en eventuell ny styringsmodell.

2.7 Eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten

I kapittel 9 er det drøftet hvordan eierskap til og forvaltning av bygg kan organiseres på en mest mulig effektiv måte.

De regionale helseforetakene har ansvaret for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester innenfor gitte økonomiske rammer. Dette innebærer et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng. Gjennomgangen viser at det er skapt rom for betydelige investeringer i helseforetakene de siste årene, og at det i langtidsplanene er innarbeidet en vesentlig økning i investeringsnivået. Hvorvidt planene vil la seg gjennomføre, vil blant annet avhenge av bevilgningsnivået framover og i hvilken grad helseforetakene lykkes med å effektivisere driften.

Kunnskapsgrunnlaget som er gjennomgått for utvalget viser at tilstanden for en del av sykehusbyggene i Norge i dag ikke er tilfredsstillende, og at det synes å være et akkumulert vedlikeholdsetterslep i sektoren. En gjennomgang av vedlikeholdsutgiftene i regionale helseforetak viser at nivået på vedlikeholdet varierer mellom de regionale helseforetakene, men at alle ligger under det som er et faglig anbefalt nivå.

Etablering av egne eiendomsforvaltningselskap med husleieordninger i offentlig sektor har dels vært begrunnet med hensynet til effektiv ressursutnyttelse og at kapital skal ha en pris. Ved siden av arealeffektivisering kan etablering av husleieordninger begrunnes med hensynet til å sikre midler til verdibevarende vedlikehold, ved at nivået på vedlikeholdsmidlene fastsettes ut fra et langsiktig perspektiv og ikke inngår i de årlige

budsjettprioriteringene. En husleieordning underbygges ved å etablere et skille mellom bruker og leverandør (forvalter), der disse er adskilte resultatenheter. Etablering av egne enheter for eiendomsforvaltning vil også oppfylle et annet råd som går igjen i analyser av eiendomsforvaltningen, nemlig profesjonalisering av forvaltningen.

En vurdering er knyttet til på hvilket nivå det bør etableres egne eiendomsenheter. I sentrale utredninger tilrås etablering av selskap på nasjonalt nivå.

I en rapport som Ernst & Young har utarbeidet for utvalget trekkes fram at omorganisering ikke er et mål i seg selv, men kan være et middel for å oppnå ønsket utvikling. Etablering av et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg vil ikke automatisk innebære forbedringer eller løsninger på de forbedringsområdene som er identifisert. Det konkluderes med:

«Et hovedspørsmål er på hvilken måte det i størst mulig grad, uten for store omstillinger og omstillingskostnader, kan oppnås forbedringer. Etablering av et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg innebærer en meget stor omstilling og det bør ut fra dette vurderes om det er mulig å få til vesentlige forbedringer ved å ytterligere legge til rette for utvikling innenfor dagens organisering, eventuelt med større grad av regionalisering av eiendomsfunksjonene.»

De forbedringsområdene det vises til, er behov for:

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

Gjennom utvikling av planverket for nye sykehusbygg kan det legges til rette for mer behovstilpassede lokaler, og økt fokus på gode og realistiske gevinstrealiseringsplaner. Her vil Sykehusbygg HF kunne ta en viktig rolle. Det samme gjelder tiltak for ytterligere standardisering, samordning og læring.

Hensynet til å forbedre standarden på sykehusbygg og sikre bedre mekanismer for arealeffektivisering er argumenter for å etablere en kostnadsdekkende husleieordning. Et alternativ for å sikre standard på bygg kan være å stille krav til

nivå på vedlikeholdskostnader gjennom eierstyringen.

Endelige vurderinger av hvordan eiendomsforvaltningen bør organiseres er gitt i kapittel 10. Et klart flertall går inn for å etablere en husleieordning og etablere egne eiendomsenheter på regionalt eller nasjonalt nivå. Det er i begrunnelsen lagt spesiell vekt på behovet for å sikre et tilstrekkelig vedlikehold og profesjonalisering av forvaltningen.

2.8 Utvalgets vurderinger

I kapittel 10 drøfter utvalget om en endring av styringssystemet og organiseringen kan forventes å legge et bedre grunnlag for å møte utfordringene i sektoren framover. Nedenfor gjengis utvalgets vurderinger når det gjelder modellvalg, regioninndeling, eiendomsforvaltning og enkelte justeringer som kan gjennomføres uten å endre styringsmodellen.

2.8.1 Modellvalg

Sentralt i utvalgets vurderinger er spørsmålet om hensynet til nasjonal styring og samordning tilsier at en bør innføre et nasjonalt beslutningsnivå til erstatning for dagens regionale helseforetak. Utvalget er i mandatet bedt om å vurdere tre modeller uten et regionalt beslutningsnivå, og konkluderer i kapittel 7 med at en modell med ett nasjonalt helseforetak er det beste alternativet av disse tre.

Nasjonalt eller regionalt beslutningsnivå?

13 av de 16 medlemmene i utvalget (medlemmene Kvinnsland, Andresen, Bleikelia, Brustad, Carlyle, Fagernæs, Gjessing, Haukaas, Kalseth, Okkels, Rugland, Slaatten og Aase) mener det fremdeles bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivået. Overføring av viktige beslutninger knyttet til inntektsfordeling, investeringer og funksjonsfordeling fra regionalt til nasjonalt nivå innebærer sentralisering av beslutninger og makt, og kan svekke legitimiteten til modellen lokalt. Flertallet mener en modell med beslutningsorganer på regionnivået gir det beste grunnlaget for regional planlegging av spesialisthelsetjenesten. Hovedinntrykket fra innspillene som utvalget har fått, er også at det er bred oppslutning om en regional modell. Flertallet vektlegger videre at en modell med én nasjonal leder og ett styre gir sterk maktkonsentrasjon, noe som blant annet vil utfordre den rollefordelingen som systemet bygger på.

Medlemmene Grimsgaard, Gåsvatn og Thürmer mener at grunnlaget ikke er godt nok til å gi en entydig anbefaling og vil derfor anbefale at en modell med en nasjonal overbygning tas med videre i regjeringens vurdering. Et nasjonalt nivå bør ivareta nasjonale oppgaver, herunder overordnede strategiske oppgaver og eierskap. Dette kombineres med utvidede fullmakter til helseforetakene, og sykehus organisert som selvstendige enheter under disse. Modellen tilsier at det kan bli noen færre helseforetak enn det en har i dag. Dette bør skje som et utviklingsarbeid over tid, basert på samarbeid i helseforetakene og delegering av makt og myndighet fra det nasjonale helseforetaket.

Bør helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter?

Utvalget har i kapittel 7 skissert en modell der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekt, men er en del av samme rettssubjekt og blir direkte styrt av det regionale nivået. Dette innebærer også at det ikke lenger vil være styrer på helseforetaksnivå. Utvalget er delt i to når det gjelder denne problemstillingen.

Utvalgets medlemmer *Kvinnsland, Andresen, Fagernæs, Kalseth, Okkels, Rugland, Slaatten og Aase* anbefaler en modell der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter. Sykehusene vil være organisert som egne resultatenheter (kalt sykehusgrupper) under helseforetak på regionnivået, som da er parallellt til dagens helseforetak.

Disse medlemmene legger vekt på at en slik modell klargjør ansvarsforhold og legger til rette for mer effektive styrings- og beslutningslinjer. Lederne for sykehusgruppene vil få en klarere rolle i styringslinjen, og det må formaliseres at lederne skal inngå i ledergruppen i helseforetaket. Dette vil gi lederne økt mulighet til direkte å påvirke beslutninger på regionnivået, og de vil i større grad enn i dag kunne være med på å legge premissene for strategiske beslutninger. Med en felles ledergruppe legges det også til rette for bedre samarbeid mellom sykehusgruppene internt i helseregionen.

Styringsmodellen forutsettes å gi mer autonomi for det enkelte sykehus. Lederne for sykehusgruppene bør ha stor frihet til å velge hvordan oppgavene skal løses, og dette må formaliseres i styringsdialogen. Modellen legger til rette for å etablere flere sykehusgrupper enn det er helseforetak i dag, og dette er også et mål som må følges opp i styringsdialogen. Det behovet for å dele-

gere som ledelsen i helseforetakene vil ha som følge av økt kontrollspenn, vil i seg selv gi grunnlag for autonomi for lederne av sykehusgruppene.

Styrene på helseforetaksnivå har gitt innflytelse for viktige interesser og aktører. Medlemmene mener det i denne modellen må etableres andre organer som kompenserer for dette, i samarbeid med samarbeidspartene (kommunesektoren, brukerutvalg mv.).

Utvalgets medlemmer Bleikelia, Brustad, Carlyle, Gjessing, Grimsgaard, Gåsvatn, Haukaas og Thürmer støtter ikke tilrådingen om å fjerne styrene i helseforetakene. Helseforetaksreformen var en desentraliseringsreform hvor siktemålet var å skape stor grad av autonomi for sykehusene ved å etablere dem som selvstendige helseforetak. Modellen vil, etter disse medlemmenes oppfatning, kunne bidra til sentralisering av makt og beslutninger.

Etter medlemmenes vurdering vil svekket lokal ledelse være et sannsynlig utfall ved endringen. God og effektiv drift av sykehus forutsetter at ledelsen av virksomheten gis tilstrekkelig handlingsrom og myndighet. Sterk lokal ledelse vil også ivareta og utvikle samhandling med kommuner og fastleger bedre. En organisering med lokal sykehusledelse uten styrer vil også kunne ha uheldige konsekvenser ved at vedtak ikke blir tilstrekkelig opplyst og forankret, og at medbestemmelsen svekkes.

Medlemmene er særlig bekymret for negative følger ved en overgang til konsernorganisering av virksomheten i den største helseregionen. Helse Sør-Øst har ansvar for 56 pst. av befolkningen og pasientbehandlingen, og har mer enn 70 000 ansatte. I en så stor enhet vil det være krevende å sikre tilstrekkelig medbestemmelse, politisk innflytelse, forankring og mulighet for offentlig innsyn. Avgjørelser i mange forhold av lokal art må løftes til det regionale helseforetakets styre. Når ett styre skal behandle saker fra mer enn halve virksomheten i spesialisthelsetjenesten vil saksmengden bli stor, og styret må prioritere de viktigste sakene. Mange saker som i dag styrebehandles vil måtte avgjøres av konsernledelsen uten styrebehandling.

2.8.2 Regioninndeling

Utvalget har på bakgrunn av drøftingene i kapittel 8 vurdert om dagens regioninndeling bør endres. Vurderingene er knyttet til om Helseregion Sør-Øst bør deles og utvalget mener det er en utfordring at Helseregion Sør-Øst er så mye større enn de andre regionene. Et samlet utvalg har lagt til grunn at Oslo Universitetssykehus HF bør videre-

føres som regionsykehus for hele det området som i dag inngår i Helseregion Sør-Øst, også ved en eventuell deling av regionen.

11 av de 16 medlemmene i utvalget (medlemmene Kvinnsland, Andresen, Brustad, Carlyle, Fagernæs, Gjessing, Haukaas, Kalth, Okkels, Rugland og Slaatten) mener etter en samlet vurdering at regioninndelingen kan videreføres som i dag. Flertallet har spesielt lagt vekt på at deling av regionen vil gjøre det vanskeligere å planlegge pasientbehandlingen, gitt at Oslo universitetssykehus opprettholdes som regionsykehus for hele det aktuelle området. Det vil måtte etableres mer omfattende styringsmekanismer og avtaler mellom regionene. En deling vil videre gripe inn i de omfattende investeringsplanene som er lagt, og omstillingskostnadene og -risikoen vil være betydelig. Den demografiske utviklingen vil stille store krav til styringskraft i de kommende årene, og omfattende organisatoriske endringer vil kunne svekke styringskraften i en periode.

Medlemmene Grimsgaard, Gåsvatn, Thürmer og Aase mener en tredeling av Helseregion Sør-Øst, og der Oslo blir egen helseregion, vil være det alternativet som best løser de utfordringene regionen har knyttet til framtidig befolkningsvekst, koordinering, informasjonsflyt, utnyttelse av medisinsk teknisk utstyr og samhandling med kommuner, primærhelsetjeneste og brukerorganisasjoner. *Medlemmet Aase* som går inn for en modell der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter, mener videre at denne modellen intensiverer behovet for tredelingen av Helseregion Sør-Øst for å motvirke konsekvensene av stort kontrollspenn og maktkonsentrasjon hos én leder og ett styre.

Medlemmet Bleikelia peker på at Helseregion Sør-Øst skiller seg ut i størrelse på en slik måte at den framstår for dominerende i forhold til de tre øvrige. Medlemmet mener det bør vurderes en todeling av regionen der Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sykehuset Østfold utgjør region Øst, mens Vestre Viken, Vestfold, Telemark og Sørlandet utgjør region Sør.

2.8.3 Organisering av eiendomsforvaltningen

To tema har stått sentralt i utvalgets vurderinger; for det første om det bør etableres en kostnadsdekkende husleieordning, og for det andre om det bør etableres egne enheter med ansvar for eiendomsforvaltningen på regionalt eller nasjonalt nivå.

11 av de 13 medlemmene i utvalget (medlemmene Kvinnsland, Andresen, Bleikelia, Carlyle, Fagernæs, Gjessing, Kalth, Okkels, Rugland, Slaatten og Aase) som mener det fortsatt bør være et regionalt beslutningsnivå, anbefaler at det etableres egne eiendomsenheter på regionalt nivå. Med dagens styringsmodell forutsettes det at eierskapet til bygg overføres fra helseforetakene til regionale helseforetak. I et alternativ der regionalt helseforetak med underliggende foretak blir samme juridiske enhet, følger det av systemomleggingen at eierskapet til byggene vil bli overført til de nye helseforetakene. Flertallet foreslår videre at det etableres en ordning med kostnadsdekkende husleie. Helseforetakene vil gjennom en husleieordning bære kostnadene ved investeringer, slik de gjør i dag. Flertallet legger ellers til grunn at ansvaret for medisinsk-teknisk utstyr og bygningsmessige tilpasninger knyttet til dette, fortsatt skal ligge til helseforetakene/sykehusgruppene.

Flertallet har spesielt lagt vekt på behovet for å sikre tilstrekkelig vedlikehold. Tall for de siste årene viser at midler brukt til vedlikehold for helseforetakene samlet, ligger klart under det som er et faglig anbefalt nivå. En samling av virksomheten regionalt vil legge til rette for profesjonalisering, som sammen med en videreutvikling av Sykehusbygg HF kan bidra til standardisering, samordning, læring og erfaringsoverføring på viktige områder. Utforming av et felles system for regionene vil kreve et omfattende utredningsarbeid og ulike avveininger må gjøres når det gjelder prinsipper for fastsettelse av husleie, organisasjonsstruktur, fordeling av ansvar og oppgaver mv. Hvordan systemet bør innrettes for å oppnå gode insentiver må også være en del av dette utredningsarbeidet.

Utvalgets medlemmer Brustad og Haukaas viser til at eierskap til bygg og eiendom er tett knyttet til helseforetakenes ansvar i dag og at et viktig poeng i helseforetaksreformen var at det skulle være et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng. Utvikling og vedlikehold av sykehusbyggene har sterke konsekvenser for driften, og bør derfor ligge så tett opp mot driften som mulig. Større avsetninger til vedlikehold kan gjennomføres innenfor dagens modell og dersom de regionale helseforetakene velger å etablere regionale eiendomsselskap og eventuelt en husleieordning, ligger det innenfor dagens modell å kunne gjøre det.

Medlemmene Grimsgaard, Gåsvatn og Thürmer mener eierskapet til bygningsmassen i en modell med et nasjonalt helseforetak bør overføres til dette foretaket, og at det på dette nivået bør eta-

bleres en eiendomsforvaltningsenhet. Videre bør det etableres en kostnadsdekkende husleieordning.

Medlemmet Grimsgaard mener at ved en eventuell videreføring av en regional modell, bør det vurderes å opprette et nasjonalt byggselskap, basert på at Sykehusbygg HF skal videreutvikles med sikte på et helhetlig ansvar for bygging og drift av helsebygg.

2.8.4 Andre tema

Utvalget har vurdert justeringer i styringssystemet som i stor grad kan vurderes uavhengig av hvordan eierskapet organiseres. Utvalget har vurdert at følgende endringer kan bidra til økt legitimitet, bedre vilkår for samhandling og medvirkning og mer effektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten:

- Rapportering og oppfølging av de felleseide selskapene bør inngå som en fast del av den etablerte styringsdialogen.
- 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 må synliggjøres i styringsdialogen på hvilken måte kjøp av tjenester fra private leverandører har vært vurdert i de løpende kapasitetsvurderingene, og det bør bli mer samordning og standardisering av innholdet i og utforming av avtalene. Praksis og rutiner for hvordan pa-

sientene informeres og tiltak for å øke helsepersonellens kompetanse knyttet til ordningen med fritt behandlingsvalg bør også omtales.

- Vedtektene endres slik at eieroppnevnte styremedlemmer samlet sett har helsefaglig kompetanse, kompetanse om primærhelsetjenesten, forvaltnings- og samfunnskompetanse og tilknytning til universitets- og høyskolesektoren.
- Departementet må sikre at det blir fastsatt felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning som sikrer observatørstatus med møte-, tale- og forslagsrett for lederne av brukerutvalgene i styrene.
- Det bør etableres faste arenaer for samarbeid med kommunene i sykehusets nedslagsfelt. Det må være et klart definert lokalt ansvar, slik at både de som inngår avtaler og de som har ansvar for å følge opp disse lokalt, har nødvendige fullmakter og myndighet i egen virksomhet. Det bør i samarbeid med KS utvikles modeller for beste praksis for samhandling.
- Også på regionalt nivå er det behov for å videreutvikle samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og representanter for kommunesektoren.
- Departementet bør vurdere om det er behov for å sette i gang et evalueringsarbeid for å gjennomgå erfaringer med ulike organisasjons- og ledelsesmodeller.
- Modellen for fordeling av basisbevilgningen (inntektssystemet) bør oppdateres.

Kapittel 3

Dagens system – helseforetaksmodellen

Staten overtok eierskapet til spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2002 gjennom den såkalte helseforetaksreformen. Formålet ble beskrevet slik i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven):

«Reformen dreier seg i hovedsak om organisatoriske endringer. Den dreier seg ikke om endringer i helsepolitikkenes mål. Denne reformen må derfor sees på som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for et bedre helsevesen i framtiden. Målet med proposisjonen er å legge grunnlaget for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og å lovfeste et tydelig statlig ansvar, foruten å legge til rette for bedre utnyttelse av de ressursene som settes inn i sektoren og derved sikre bedre helse tjenester til hele befolkningen. De helsepolitiske målene realiseres på lengre sikt gjennom den samlede bruken av virkemidler og ressurser, og ikke minst, gjennom den enkelte helsearbeiders innsats i møte med pasienten.»

Helseforetaksreformen var basert på to hovedelementer:

- *Staten overtok eierskapet* til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten – det offentlige eierskapet ble samlet på statens hånd.
- *Virksomhetene ble organisert i foretak*. De er egne rettssubjekter og således ikke en integrert del av den statlige forvaltningen. Overordnede helsepolitiske mål og rammer fastsettes av staten og ligger til grunn for styring av foretakene. Staten har et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenesten med både sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet på én hånd.

Helseforetaksloven ble behandlet og vedtatt av Stortinget i juni 2001, med et flertall bestående av representantene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet.

3.1 Bakgrunn for helseforetaksreformen

Gjennom 1990-tallet var eierskapet til sykehusene tema for flere utredninger og omtalt i flere dokumenter til Stortinget. Det ble vedtatt nye helselover som fikk stor betydning for driften av spesialisthelsetjenesten (lov om pasientrettigheter, lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, lov om helsepersonell og lov om spesialisthelsetjenesten). Pasientene fikk en sterkere rettsstilling gjennom ventetidsgaranti og fritt sykehusvalg. Den statlige finansieringen av sykehus ble endret fra 1. juli 1997 ved innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF).

Nedenfor omtales de viktigste dokumentene som danner bakteppet for vedtaket om statlig overtakelse av eierskapet til spesialisthelsetjenesten i 2001.

St.meld. nr. 9 (1974–75) Sykehusbygging mv. i et regionalisert helsevesen

Gjennom St.meld. nr. 9 (1974–75) ble landet delt inn i fem helseregioner, og det ble gjennomført en nivådeling med tre typer sykehus:

- *Lokalsykehusene* skulle dekke behovene for de vanlige tjenestene innen indremedisin, kirurgi og som oftest fødsels hjelp.
- *Sentralsykehusene* samlet flere spesialiteter. Hvert fylke hadde som hovedregel ett sentralsykehus.
- *Regionsykehusene* ble utviklet i hver helseregion og skulle i særlig grad ivareta høyspesialiserte tjenester for flere fylker. De hadde samtidig også lokal- og sentralsykehusfunksjoner.

Det ble lagt til grunn at helsetjenesten skulle baseres på samarbeid, arbeidsdeling og spesialisering innenfor helseregionene. Dette har blitt omtalt som regionaliseringsprinsippet. Utgangspunktet var at for å få en robust spesialisthelsetjeneste, måtte tilbudet dimensjoneres ut fra et tilstrekkelig

stort befolkningsgrunnlag – samtidig som hensynet til lokalbaserte tjenester ble ivaretatt.

Hellandsvik-utvalget – NOU 1996: 5 Hvem skal eie sykehusene?

I forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 50 (1993–1994) Samarbeid og styring, jf. Innst. S. nr. 165 (1994–95), vedtok Stortinget å be regjeringen om å «*utrede konsekvensene av en statlig overtakelse av kapitalkostnadene for regionsykehusene og en statlig overtakelse av hele drifts- og eieransvaret for disse sykehusene. En slik vurdering må ses i lys av Stortingets ønske om en nasjonal og helhetlig helsepolitikk.*»

Hellandsvik-utvalget ble på denne bakgrunn oppnevnt i september 1995 og avga innstilling i mars 1996. Utvalgets mandat ble utvidet til å omfatte eierskap, organisering og finansiering av alle sykehus. Utvalget pekte på behov for et enda tettere og mer forpliktende regionalt samarbeid om spesialisthelsetjenesten, både for å løse problemene med en uhensiktsmessig sykehusstruktur og for å møte framtidige utfordringer.

Utvalget beskrev tre modeller og utvalgets 12 medlemmer delte seg i tre like store grupperinger i valg av modell:

- Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunen som eier – løst formalisert regionalisert samarbeid.
- Formalisert interfylkeskommunalt samarbeid – interfylkeskommunalt selskap.
- Regionalisert sykehusvesen med staten som eier.

Hellandsvik-utvalgets innstilling ble fulgt opp i St.meld. nr. 24 (1996–97).

St.meld. nr. 24 (1996–97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Innst. S. nr. 237 (1996–97)

I St.meld. nr. 24 (1996–97) gikk departementet inn for å opprettholde fylkeskommunen som sykehuseier. Samtidig gikk departementet inn for å legge større styrings- og koordineringsansvar til de regionale helseutvalgene. Det ble særlig lagt vekt på at disse utvalgene skulle sørge for planlegging av oppgavefordeling mellom sykehusene i regionen. Mer nasjonal styring på enkelte områder skulle oppnås blant annet gjennom at departementet skulle vedta regionale helseplaner.

I Sosialkomitéens innstilling tok medlemmene fra Høyre og Fremskrittspartiet til orde for at staten burde ta over sykehusene. Flertallet i komi-

téen la vekt på at det skulle gis et likeverdig sykehusstilbud i hele landet, og at sektoren trengte mer ressurser. Ressurstilgangen ble vurdert som viktigere enn spørsmålet om eierskap. Flertallet mente også at nærhet mellom beslutningstakere og befolkning talte for fortsatt fylkeskommunalt eierskap, men erfaringer talte for et bredere og mer formalisert samarbeid på tvers av fylkesgrenser. Funksjonsfordeling mellom sykehus ble vurdert som et viktig virkemiddel for å opprettholde kompetanse ved det enkelte sykehus.

Stortinget sluttet seg til hovedlinjene i forslagene i meldingen, som ble konkretisert slik:

- De regionale helseutvalgene skulle formaliseres ved bestemmelser i den kommende spesialisthelsetjenesteloven, og departementet skulle få adgang til å regulere utvalgenes sammensetning og oppgaver.
- De regionale helseutvalgene skulle være politiske organer, sammensatt av politikere oppnevnt av fylkestingene i regionen.
- Det skulle etableres permanente sekretariater.
- Utkast til planer skulle utarbeides av de regionale helseutvalgene, som i tillegg til å regulere oppgavefordeling mellom sykehusene, skulle få en sentral rolle i fordelingen av legespesialister og i styringen av sykehusutbyggingen. Staten ved Sosial- og helsedepartementet skulle vedta planene og kunne sette vilkår i vedtaket.

Stortingets vedtak ble fulgt opp i Ot.prp. nr. 48 (1997–98). Regjeringen ble også bedt om å utrede og foreslå ny inndeling av helseregionene. Dette ble fulgt opp av regjeringen i St.meld. nr. 37 (1997–98).

St.meld. nr. 37 (1997–98) Et sted må grensen gå. Om ny inndeling av helseregionene på Sør-Østlandet. Innst. S. nr. 231 (1997–98)

I Innst. S. nr. 237 (1996–97) ble følgende vedtak fattet: «*Stortinget ber regjeringen utrede og legge fram forslag om inndeling når det gjelder Helseregion 1 og Helseregion 2, der det forutsettes at Oslo og Akershus tilhører samme region.*»

I stortingsmeldingen ble det vurdert å samle alle fylkeskommunene på Sør-Østlandet i én helseregion. Dette ble imidlertid ikke fulgt opp på grunn av den store tyngden en slik region ville ha fått både befolkningsmessig og arealmessig. Det ble også lagt vekt på at det viktigste samarbeidsproblemet den gangen var på lokal- og sentralsykehusnivå, blant annet med utbyggingsplaner både i Akershus og Østfold. Departementet foreslo at Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland og Øst-

fold skulle utgjøre Helseregion Øst, mens Vestfold, Buskerud, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder skulle utgjøre Helseregion Sør.

Flertallet i Sosialkomitéen sluttet seg til departementets forslag, mens komitéens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet foreslo at hele Sør-Østlandet skulle omfattes av én helseregion. Meldingen ble behandlet i juni 1998 og ny regioninndeling ble gjort gjeldende fra 1. januar 1999.

Ot.prp. nr. 48 (1997–98) Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern (Sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid) og Innst. O. nr. 65 (1997–98)

Regjeringen la i denne proposisjonen fram forslag om lovendringer for å følge opp Stortingets behandling av regionalt samarbeid i St.meld. nr. 24 (1996–97), og la grunnlaget for sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid om helsepolitikken. Følgende forslag til lovendringer ble vedtatt av Stortinget i juni 1998, jf. Innst. O. nr. 65 (1997–89):

1. Riket inndeles i helseregioner
2. De regionale helseutvalgene formaliseres
3. De regionale helseutvalgene pålegges å utarbeide regionale helseplaner
4. Departementet gis hjemmel til å gi nærmere bestemmelser om de regionale helseplanenes innhold og utforming og rapportering om gjennomføring av planene
5. Departementet gis hjemmel til endelig å vedta de regionale helseplanene
6. Departementet gis hjemmel til å gi bestemmelser om de regionale helseutvalgenes oppgaver

Det ble i proposisjonen understreket at de regionale helseutvalgene og deres sekretariat ikke skulle representere et nytt forvaltningsnivå. Eierskap til sykehusene skulle fortsatt forankres hos fylkeskommunene.

Sørensen-utvalget – NOU 1999: 15 Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus

Sørensen-utvalget ble oppnevnt i september 1998. Oppnevningen ble begrunnet med at det ikke var gjennomført noen systematisk vurdering av hva som var hensiktsmessig tilknytningsform for de offentlige sykehusene. Det ble vist til at Stortinget hadde vedtatt rett til fritt sykehusvalg, det var innført innsatsstyrt finansiering, det var vedtatt endringer i sykehusloven om mer aktiv bruk av regional helseplanlegging og private aktører hadde fått økt betydning på helseområdet. I revi-

dert nasjonalbudsjett for 1998 varslet Sosial- og helsedepartementet at det skulle utredes om Radiumhospitalet og Rikshospitalet burde omdannes til sykehusforetak. Det var også fylkeskommuner som hadde fremmet forslag om å endre sykehuse-nes tilknytningsform, blant annet hadde et flertall i Oslo kommune høsten 1998 åpnet for å organisere Ullevål og Aker sykehus som aksjeselskap. Sørensen-utvalget avga innstilling i mars 1999. Utvalget ga en samlet vurdering av bruk av tilknytningsformer for offentlige sykehus.

Utvalget pekte på at den offentlige sykehussektoren særlig stod overfor følgende tre styringsmessige utfordringer:

- Sykehusledelsen trengte videre fullmakter og økt handlefrihet innenfor personalfeltet.
- Sykehusledelsen trengte videre fullmakter og økt handlefrihet innenfor økonomi.
- Det var behov for bedre styring av kostnadene.

Et samlet utvalg mente at utfordringene tilsa reformer i styringen av de offentlige sykehusene. Utvalgets prinsipielle utgangspunkt var likevel at det ikke burde settes formelle restriksjoner på statens og fylkeskommunenes organisasjonsfrihet. Flertallet i utvalget foreslo imidlertid å innføre en ny valgfri kommunal tilknytningsform; fylkeskommunalt og kommunalt selskap. På samme måte som ved statsforetaksformen skulle selskapet være en selvstendig rettslig og økonomisk enhet som var skilt fra fylkeskommunen.

Ot.prp. nr. 25 (1999–2000) Om lov om fylkeskommunale sykehusselskaper m.m. Innst. O. nr. 88 (1999–2000)

I Ot.prp. nr. 25 (1999–2000) la Regjeringen Bondevik I fram forslag til ny lov om fylkeskommunale sykehusselskaper. Forslaget bygget i store trekk på Sørensen-utvalgets innstilling. Den nye organisasjonsformen innebar at sykehus ville bli egne rettssubjekter, men det ble ikke foreslått at organisasjonsformen skulle gjøres obligatorisk. Forslaget ble med enkelte endringer vedtatt av Stortinget i juni 2000, jf. Innst. O. nr. 88 (1999–2000).

Begrunnelsene for å benytte foretaksorganisering var i korte trekk at det generelt var et reformbehov, og at den mest grunnleggende utfordringen lå i å klargjøre rollene knyttet til styring av sykehus. Departementet la vekt på betydningen av å få en avklaring og bevisstgjøring av hvilke saker som «hører hjemme på politikernes bord», og på hvilken måte det overordnede politiske nivået i fylkeskommunen skulle involveres. Videre ble det

lagt vekt på at sykehusledelsen måtte ha nødvendig autonomi, fleksibilitet og forutberegnelighet til å lede sykehusene innenfor de politisk opptrukne rammene. Tilknytningsformen måtte gi grunnlag for kontrakts- og avtalestyring, og legge til rette for at sykehus kunne fungere i forhold til de ulike samarbeidsaktørene i helsepolitikken, blant annet i det regionale helsesamarbeidet og med primærhelsetjenesten. Styringsopplegget måtte heller ikke hindre ønskede strukturomlegginger.

St.prp. nr. 47 (1999–2000) Om sykehusøkonomi og budsjett 2000 og Innst. S. nr. 241 (1999–2000)

I St.prp. nr. 47 (1999–2000), som ble lagt fram i april 2000 av Regjeringen Stoltenberg I, ble det fremmet forslag om tilleggsbevilgninger på i alt 1 250 mill. kroner for å bedre sykehusenes økonomi. Bakgrunnen var blant annet at aktiviteten hadde økt langt mer enn planlagt i 1999. I proposisjonen ble det understreket at utviklingen i sykehusøkonomien viste at det var behov for en omfattende vurdering av sykehusenes organisasjons- og styringsmodeller. Regjeringen ville på et senere tidspunkt komme tilbake med konkrete forslag til forbedringer innen organisering og styring av sykehusene. Gjennom stortingsbehandlingen ble tilleggsbevilgningen økt med 520 mill. kroner til 1 770 mill. kroner, jf. Innst. S. nr. 241 (1999–2000).

3.2 Gjennomføring av helseforetaksreformen

På landsmøtet i Arbeiderpartiet 12. november 2000 ble det fattet vedtak om at staten skal eie sykehusene:

«Eierskapet til sykehusene må overføres til staten for å sikre en mer helhetlig planlegging og klarere ansvarsforhold i sykehusvesenet. Ved statlig eierskap skal sykehusene skilles ut av forvaltningen, eies hundre prosent av staten og organiseres som statlige foretak. Dette skal fastlegges i egen lov. Hvert foretak skal ha et regionalt basert styre, oppnevnt av eieren og med tilknytning og tilhørighet i den befolkningen de skal tjene. (...)

I forbindelse med denne reformen må det skje et økonomisk oppgjør mellom staten og fylkeskommunen.»

Høyre og Fremskrittspartiet hadde tidligere tatt til orde for at staten skulle eie sykehusene, blant annet i Innst. S. nr. 237 (1996–97).

3.2.1 Om lov om helseforetak m.m.

Forslag til reform ble lagt fram i april 2001 av Regjeringen Stoltenberg I ved Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. Som bakgrunn for reformen ble det i proposisjonen pekt på flere forhold som illustrerte at sykehussektoren hadde mer enn et ressursproblem. Bevilgningsøkningene hadde vært store de siste årene uten at de økonomiske problemene var løst. Pasientbehandlingen hadde økt mye uten at ventelistene hadde blitt kortere. Det var personellmangel til tross for økt utdanningskapasitet. Samarbeidet for å utnytte ledig kapasitet var for dårlig, og kapitalutstyret var dårlig utnyttet. Dette ble et stykke på vei sett som et uttrykk for organisatoriske og styringsmessige problemer. Det ble stilt spørsmål ved om forvaltningsorganiseringen satte begrensninger for sykehusenes ansvar på en slik måte at det ble vanskelig å oppfylle de helsepolitiske målsettingene. Tre problemstillinger ble trukket fram:

- *Målsettingen om likeverdige tjenester.* Det var store forskjeller i ventetid for behandling av samme lidelse i forskjellige fylker. Det var også store geografiske variasjoner i medisinsk praksis innenfor enkelte fagområder. Det var tiltagende faglig enighet om at kvaliteten på enkelte helsetjenester kunne forbedres ved å fordele funksjoner mellom sykehus slik at det nås et minstevolum på aktiviteten.
- *Forskjell i ressursbruk.* Det ble vist til betydelige forskjeller i ressursbruk, som dels kunne tilskrives lokale forhold, men som også kunne skyldes ulik tilrettelegging fra eiers side.
- *Uklare ansvarsforhold.* Ansvarsforholdet var todelte. Fylkeskommunene hadde ansvaret for eierstyring og arbeidsgiveransvaret, mens finansieringen i hovedsak var statens ansvar. Staten hadde også det overordnede ansvaret for helsesektoren. Oppsplittingen i eier- og finansieringsansvar skapte uklare ansvarsforhold, både internt i sektoren og enda mer utad.

Helseforetaksreformen dreide seg i hovedsak om organisatoriske endringer, ikke om endringer i helsepolitikkenes mål. Indirekte kan imidlertid tilknytningsform og fullmakter som følger av denne ha betydning for mulighetene til å drive på en effektiv måte, og dermed for tjenestenes kvalitet, omfang og prioritering.

I proposisjonen ble det lagt vekt på at en gjennom reformen sikret at staten kom i en helhetlig ansvarsposisjon for spesialisthelsetjenesten. Sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet ble samlet på én hånd, og det skulle ikke være tvil om at staten hadde det fulle og hele ansvaret. Dette ga staten en sterkere styringsrolle på de områdene det var nødvendig. Reformens intensjon var å oppnå sterkere styring med helsetjenestens struktur, for eksempel gjennom funksjonsfordeling.

Samtidig som statens styringsevne ble styrket, skulle de enkelte virksomhetene få større ansvar og frihet innenfor gitte rammer. En vesentlig begrunnelse for å organisere sykehusene som helseforetak, var at de da ble myndiggjort.

Foretaksorganisering markerte et klart organisatorisk skille mellom virksomheten og overordnet politisk organ. Ledelsen ved sykehusene skulle få et mer helhetlig ansvar for løpende drift, mens eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold. Foretaksorganisering ble vurdert å være en viktig forutsetning for å oppnå en ønsket styringskultur mellom eier og virksomhetsledelse, og redusere muligheten for «spill» om rammebetingelsene. Det ville også være et virkemiddel for å gi sykehusledelsen autoritet. Dette er ikke minst viktig i sykehus, som drives etter faglige standarder som i stor utstrekning fastsettes av profesjonene selv¹.

Som ledd i å målrette den statlige styringen mot overordnede prioriteringer og struktur, ble det i proposisjonen varslet at planer fra foretakene skulle være grunnlag for å legge fram helseplaner for Stortinget. Med sterkere nasjonal politisk styring ville det være mindre betenkelig å gi sykehusene større myndighet til styring av driften. Foretaksorganiseringen skulle være et desentraliseringstiltak. Det ble framhevet at en vellykket reform var avhengig av en riktig balanse mellom lokal frihet i det enkelte foretak og nødvendig overordnet statlig styring.

Ved statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten fikk staten flere roller – både som driftsansvarlig, myndighet, eier, finansieringsansvarlig og tilsynsmyndighet. Foretaksorganisering ble vurdert å kunne bidra til rolleklarhet. Når sykehusene og selve driften ble skilt ut fra forvaltningen, ble det større organisatorisk avstand til de andre rollene. Dette var ment å øke tilliten til at

rollene ikke gled over i hverandre på uheldige måter.

Et siste tungtveiende argument for den valgte modellen var intensjonen om mer bevissthet om innsatsfaktoren kapital i sykehus. Foretaksorganisering med bruk av prinsippene i regnskapsloven ville inspirere til langt mer bevisste holdninger til bruken av kapital.

Lov om helseforetak ble vedtatt med et flertall fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001).

Et mindretall i sosialkomiteén, bestående av representanter fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, hadde omfattende merknader til lovforslaget. Det ble blant annet pekt på at modellen svekker muligheten for demokratisk folkevalgt styring og politisk kontroll. Mindretallet var også uenige i problemforståelsen og at endring i eierskap var svaret på utfordringene²:

«Disse medlemmer viser til at forslaget om statlige helseforetak ikke gir svar på de styrings- og ledelsesutfordringer som helsesektoren står overfor. Disse medlemmer mener derfor at det ikke er eierstrukturen, men utfordringer innen ledelse og intern oppgavefordeling og mangelfulle bevilgninger i forhold til sykehusenes oppgaver og folks forventninger, som er hovedårsakene til problemene i sykehussektoren.»

«Disse medlemmer mener at Regjeringens forslag til helsereform samlet sett representerer en svekkelse av innbyggernes mulighet til påvirkning av tjenestetilbudet og innsyn i de beslutninger som gjøres, blant annet funksjonsfordeling og sykehusstruktur. I tillegg representerer helsereformen en uønsket sentralisering, en uheldig oppbygging av statlig driftsansvar og økt profesjonsstyring. Disse medlemmer hevder at Regjeringens reform ikke gir en reduksjon av beslutningsnivåer i spesialisthelsetjenesten, men fjerner den direkte folkevalgte styringen av de nivåene som er nærmest innbyggerne. Regjeringens reform svekker også Stortingets styringsmulighet gjennom den forutsatte delegasjon av styringsmyndighet til de regionale foretakene.»

Det ble lagt fram en motmelding til høringsnotatet om forslaget til lov om helseforetak og til Ot. prp. nr. 66 (2000–2001)³. Motmeldingen, som ble lagt

¹ NOU 1997: 2 «Pasienten først! Ledelse og organisering av sykehus» trakk opp viktige prinsipper for ledelse og organisering som også lå til grunn for vurderingene i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001).

² Innst. O. nr. 118 (2000–2001) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m. Side 17–24.

fram av en gruppe leger, mente at helseforetaksreformen dreide seg om å gjennomføre et fundamentalt systemskifte i norsk helsepolitikk – fra et politisk forvaltningsstyre med pasienten som uegennyttig mål – til et bedriftsøkonomisk markedsstyre med pasienten som et middel for økonomisk inntjening. Legegruppen som skrev Motmeldingen mente det var naturlig å forvente følgende konsekvenser av regjeringens forslag:

1. Sykehusene vil bli spesialiserte, akuttberedskapen vil bli sentralisert og sengetallet redusert.
2. Bedriftsøkonomi vil bestemme sykehusenes pasienttilbud.
3. De friskeste pasientene vil få enda høyere prioritet, på bekostning av de mest syke.
4. Overbehandling og feilbehandling vil øke.
5. Byråkratiet vil vokse og dominere fagmiljøene i sykehusene.
6. Som resultat av 4) og 5) vil effektiviteten reduseres.
7. Fagutvikling vil hemmes pga. konkurranse mellom sykehusene og fordi opplæring blir «ulønnsom» aktivitet.
8. Arbeidsmiljøet vil bli svekket av ytterligere tidspress og «resultatlønn».
9. Over tid vil Norge få et todelt sykehusvesen: Ett i offentlig eie og ett i privat eie.
10. I et markedssystem vil ikke folket i valg eller Stortinget ha noen reell innflytelse over prioriteringene i sykehusvesenet.

3.2.2 Senere justeringer av lovverket

Etter at helseforetaksloven ble vedtatt i 2001, har det i begrenset grad vært gjennomført lovendringer. De viktigste endringene ble foreslått i Prop. 120 L (2011–2012) Endringer i helseforetaksloven mv. Proposisjonen ble lagt fram av Regjeringen Stoltenberg II i mai 2012, og grunnlaget for endringene ble omtalt slik i Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015):

«Det er snart ti år siden helseforetaksmodellen ble gjennomført. På grunnlag av de erfaringene som er gjort til nå, vil det blir gjort en gjennomgang med sikte på mulige forbedringer i modellen og tilpasninger/endringer i lovverket, herunder vurdering av styringspraksis,

og regional og lokal forankring. Det tas sikte på at gjennomgangen gjøres i denne stortingsperioden.»

Komiteén støttet en gjennomgang og evaluering med sikte på forbedringer av helseforetaksmodellen og nødvendige endringer og tilpasninger i lovverket.

I Prop. 120 L (2011–2012) viste departementet til at det var iverksatt en evaluering av rolle og funksjon for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Hensikten var å belyse om styrene faktisk bidro til å fylle rollene de var tiltenkt i modellen, og hvilken merverdi dette ga i et styringsmessig perspektiv. Det ble også vist til at det var iverksatt en kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk, jf. omtale i punkt 4.2.1. Departementet varslet at det kunne være aktuelt å vurdere enkelte endringer i modellen når de igangsatte evalueringene forelå. Dette ble ikke fulgt opp.

Forslagene til endringer i helseforetaksloven i Prop. 120 L (2011–2012) var basert på praktiske erfaringer med helseforetaksloven gjennom ti år, og innebar ikke vesentlige nye styringsprinsipper. Det ble vist til at det var foretatt endringer i praktiseringen av modellen over tid uten at det hadde vært nødvendig å foreta lovendringer. Endringene ble imidlertid nå foreslått tatt inn i loven for at denne skulle gi et mer helhetlig bilde av helseforetaksmodellen. Blant annet ble den nasjonale styringen i større grad synliggjort i loven. Det ble foreslått enkelte utvidelser av de organisatoriske valgmulighetene, blant annet ved at det ble åpnet for felleseide helseforetak. Videre ble det lovfestet at styremøter i helseforetakene skulle holdes for åpne dører med noen unntak av hensyn til taushetsplikt og personvern mv.

3.3 Ansvarsforhold og styringsstruktur i helseforetaksmodellen

Gjennom helseforetaksreformen fikk staten gjennom sitt eierskap vesentlig større muligheter til å styre spesialisthelsetjenesten enn tidligere, selv om sykehusene ble organisert som foretak og egne rettssubjekter underlagt departementet, og dermed ble mer fristilt enn om de hadde vært forvaltningsorganer.

I dette avsnittet gjennomgås rammene for *eierstyringen* av helseforetakene. Eierstyring er ett av flere virkemidler i den samlede nasjonale sektorstyringen.

³ Trude Arnesen m.fl.: Motmelding 2 til høringsnotat fra Sosial- og helsedepartementet om «Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og forslag til lov om helseforetak m.m.» og Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) «Om lov om helseforetak m.m.» April 2001.

3.3.1 Statens funksjon og oppgaver

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 bestemmer at: «*Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.*» Staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter og fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene. Staten har også ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller sine rettslige forpliktelser.

Stortinget styrer for det første gjennom å vedta reglene i *helselovgivningen og andre lover*. Den mer detaljerte styringen gjennom forskrifter er overlatt til departementet, eventuelt Kongen i statsråd, og gjennom myndighetskrav, herunder veiledere og retningslinjer fra blant annet Helse- og omsorgsdepartementet.

Staten har videre ansvar for å *finansiere* spesialisthelsetjenesten. Dette gir Stortinget mulighet til styring gjennom å stille vilkår i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet. Lånetilsagn til store investeringer i sykehusbygg mv. vedtas av Stortinget. Den helsepolitiske bestillingen og tildelingen av midler skjer i hovedsak gjennom de årlige oppdragsdokumentene fra departementet. Her videreføres Stortingets vilkår overfor foretakene, og departementet kan stille ytterligere vilkår.

Eierstyring utøves gjennom oppnevning av styrever, fastsetting av vedtekter og vedtak i foretaksmøtene i regionale helseforetak. Departementet fører også tilsyn med at virksomheten drives i tråd med vilkår i oppdragsdokumentet og vedtak i foretaksmøter.

Staten styrer videre gjennom *planer*, som danner grunnlag for langsiktig innretning av finansiering, departementets oppdrag til de regionale helseforetakene og eierstyringen av disse. Stortingsmeldingen om Nasjonal helse- og sykehusplan som ble lagt fram høsten 2015 er et eksempel på dette.

3.3.2 Rammer for eierstyringen

Helseforetaksloven fastsetter hvilke styrings- og beslutningsorganer foretakene skal ha og hvilken myndighet som er lagt til det enkelte organ. Helseforetaksloven bygger på en klar rollefordeling mellom eier, styre og daglig leder. Den politiske styringen følger de lovfestede ansvarslinjene.

Styrene i helseregionene er helse- og omsorgsministerens redskap for å gjennomføre regjeringens helsepolitikk. På samme måte er styrene i helseforetakene de regionale helseforetakenes redskaper for å gjennomføre deres ansvar for

å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen.

Foretaksmøtet (eiermøtet) er foretakets øverste styringsorgan. I de regionale helseforetakene er departementet ved statsråden foretaksmøte. I helseforetakene er styret for det regionale helseforetaket foretaksmøte. Foretaksmøtet har all myndighet i foretaket og kan instruere styret i alle saker⁴. Foretaksmøtet kan også omgjøre styrets beslutninger.

Foretakene skal ha styre og daglig leder. Styrets ansvar er forvaltning av foretaket i vid forstand og å føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med lover og forskrifter. Styret har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med den nasjonale helsepolitikken og for at foretakets samlede ressurser brukes på beste måte for å oppfylle virksomhetens formål. Styret har også ansvar for å gjennomføre foretaksmøter i helseforetak ved behov.

Daglig leder har ansvar for den daglige driften av virksomheten innenfor rammen av styrets instruksjon. Styret skal fastsette instruks for stillingen og føre tilsyn med daglig leder.

Helseforetaksmodellen legger til rette for politisk styring av de regionale helseforetakene under parlamentarisk ansvar. Dette kan skje gjennom eierstyring og vilkår knyttet til bevilgninger over statsbudsjettet. I tillegg til vilkår for bevilgninger fastsatt av Stortinget, kan både departementet og de regionale helseforetakene utenom foretaksmøtet fordele tildelte bevilgninger og sette vilkår for disse. Dette skjer hvert år i januar gjennom utsending av oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Det er også lovfestet at departementet årlig skal avholde foretaksmøte i løpet av årets første måneder for å fastsette økonomiske og organisatoriske krav og rammer for regionale helseforetak. Det avholdes foretaksmøte innen utgangen av juni for godkjenning av årsregnskap og årlig melding.

Departementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet og om virksomheten drives i samsvar med kravene som er stilt i foretaksmøter og vilkår som er satt for tildeling av bevilgning. Dette skal skje gjennom skriftlige rapporteringer og rapporteringsmøter som kan holdes utenom foretaksmøtet. I tillegg skal det rapporteres i årlig melding, som også er departementets grunnlag for tilbakemelding og framleggelse av planer for Stortinget.

⁴ Dette gjelder ikke vedtak i saker om tilsetning, oppsigelse eller avskjed av administrerende direktør, som bare kan fattes av styrene i RHF/HF, jf. helseforetaksloven § 36.

Formelt sett er det ikke begrensninger i eiers rett til å styre. Hvor nært departementet til enhver tid vil styre de regionale helseforetakene som eier, er langt på vei et politisk spørsmål.

Ved innføringen av helseforetaksmodellen i 2002 ble det forutsatt at eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold. Dette ble blant annet beskrevet slik på side 42 i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001):

«En av reformens sentrale intensjoner er å gi de regionale helseforetakene betydelige frihetsgrader i sin daglige drift, samtidig som det skal legges til rette for at sentrale, nasjonale helsepolitiske målsettinger oppfylles. Visse hensyn tilsier imidlertid at staten i en overgangsfase i noe større grad sikrer hensynene til kostnadskontroll og gjennomføringen av sentrale prioriterte oppgaver ved en noe mer aktiv styring enn det som på sikt forutsettes.»

Helseforetaksloven § 16 første ledd bestemmer at «*eiere utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøte*» og at «*eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte*». Det at eierstyring skjer i foretaksmøte innebærer at all kommunikasjon mellom statsråden og ledelsen i regionalt helseforetak utenom foretaksmøtet må anses som dialog og meningsutvekslinger. Det er ikke instruks. Styremedlemmene skal fatte vedtak på selvstendig grunnlag. Det samme gjelder i forholdet mellom regionalt helseforetak og helseforetak.

Hvert enkelt styre er ansvarlig for å fatte vedtak på selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøte. Styrene skal fatte sine egne vedtak og stå for disse. Det vil ikke være en selvstendig vurdering fra styremedlemmenes side dersom den eneste begrunnelsen for vedtaket er at statsråden har uttalt noe utenom foretaksmøtet. Dersom eier ikke er enig i et styrevedtak eller ser behov for et vedtak i en sak som styret ikke har tatt stilling til, må eier vurdere å fatte vedtak i foretaksmøte.

Sykehusene og de regionale helseforetakene disponerer store samfunnsressurser og yter tjenester som er avgjørende for innbyggernes velferd. Helseforetaksloven legger derfor opp til tettere styring av foretakene enn det som er vanlig ved styringen av fristilte, egne rettssubjekter. Det er derfor fastsatt i helseforetaksloven § 30 at en del viktige saker ikke kan avgjøres av styret for de regionale helseforetakene, men undergis politisk behandling og derfor avgjøres av departementet i foretaksmøte. Dette gjelder saker som antas å

være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet, av vesentlig betydning for løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver, saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning og saker som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Følgende eksempler er gitt i loven; vedtak som kan endre virksomhetens karakter, vedtak om nedleggelse av sykehus, omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen, omfattende endringer i tjenestetilbudet, vedtak om endringer i antallet helseforetak i helseregionen og vedtak om endringer i opptaksområdet for helseforetak.

Vedtakskompetansen kan ikke delegeres til styrene. Saker etter § 30 skal forelegges departementet av styret i det regionale helseforetaket. I praksis vil en sak bli forberedt i det aktuelle helseforetaket og styret gir sin anbefaling til vedtak til det regionale helseforetaket. Styret i det regionale helseforetaket fatter deretter vedtak om sin anbefaling, etter egen saksforberedelse.

Forståelsen av hvilke konkrete vedtak foretaksmøtet skal fatte, vil påvirkes av den politiske situasjonen og statsrådets vurdering av hvilke beslutninger som anses å være prinsipielle, overordnede eller for å ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Den enkelte statsråd kan derfor ta et prinsipielt standpunkt til hvordan vedkommende ønsker å forstå og praktisere bestemmelsen i helseforetaksloven § 30. Statsråden kan bygge på, men er ikke bundet av, tidligere statsråders praksising av § 30.

En gjennomgang av protokoller fra foretaksmøter i regionale helseforetak viser at det relativt sjelden fattes vedtak som kan henføres til helseforetaksloven § 30. Som eksempler kan nevnes: omorganisering av fødselsomsorgen i flere regioner, utvikling av sengeposten ved Sørlandet sykehus avdeling Farsund, omstilling i Helse Sør-Øst RHF («hovedstadsprosessen»), bruk av Aker sykehus som samhandlingsarena, funksjons- og oppgavefordeling mellom lokalsykehus i Helse Førde HF, sammenslåing av helseforetakene i Møre og Romsdal, anmodning om at utviklingsplan for sykehusene i Møre og Romsdal bør drøfte alternativer med både ett og to sykehus, valg av lokalisering for nytt sykehus i Møre og Romsdal og utvikling av akuttfunksjoner i Kragerø og på Rjukan. I flere saker «stadfester» foretaksmøtet vedtak som allerede er fattet av styrene i regionale helseforetak.

Foretaksmøtet i regionalt helseforetak er videre forpliktet til å fatte vedtak i følgende tilfeller:

- § 12 vedtektsendringer
- § 15 disponering av foretakets midler

- § 21 valg av styremedlemmer og fastsetting av styregodtgjørelse
- § 31 salg av eiendom
- § 33 lån og garantier
- § 34 årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak
- § 43 årsregnskap og årsberetning
- § 44 revisors godtgjørelse

Foretaksrådet kan med hjemmel i helseforetaksloven § 16 første ledd velge å fatte vedtak i saker som ikke omfattes av § 30.

3.3.3 De regionale helseforetakenes funksjon og oppgaver – sørge-for-ansvaret

Ifølge helseforetaksloven § 2 a har regionale helseforetak et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Mer konkret har de ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd ansvaret for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. De skal sørge for at pasientenes rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp oppfylles. Dette omtales ofte som et sørge-for-ansvar. Tilbudet av spesialisthelsetjenester skal innrettes i tråd med overordnede helsepolitiske målsetninger og beslutninger, behovet i helseregionen og en effektiv forvaltning av tildelte ressurser.

Finansieringen av spesialisthelsetjenestene som de regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for, er regulert i spesialisthelsetjenesteloven kapittel 5. Finansieringsansvaret ligger hos det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

De regionale helseforetakene eier underliggende helseforetak og tilknyttede virksomheter. Sørge-for-ansvaret kan oppfylles gjennom egne helseforetak, eller ved å kjøpe tjenester fra private tjenesteytere, institusjoner og privatpraktiserende spesialister, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd. I følge helseforetaksloven § 2 a plikter de i forbindelse med langsiktig planlegging å vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom inngåelse av avtale med private eller offentlige virksomheter som de ikke eier selv.

De regionale helseforetakene skal i henhold til helseforetaksloven § 1 planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten, og legge til rette for forskning og utdanning etter eiers retningslinjer. De regionale helseforetakene planlegger og styrer funksjonsfordeling, lokalisering, dimensjonering og investeringer for å ivareta et helhetlig regionalt tilbud. For å kunne legge konkrete planer

for spesialisthelsetjenestens framtidige innretning må regionene vurdere blant annet endringer i befolkningens behov, teknologisk og medisinsk utvikling, investeringer og personellbehov. Gjennomføring forutsetter styringsevne og oversikt over styringskrav. De regionale helseforetakene må innhente styringsinformasjon om befolkningens behov, tilbud av tjenester og områder med svikt og fare for svikt for å evaluere om planene følges, om målene nås og om noe må korrigeres. De kan delegere oppgaver til helseforetakene, men ikke delegere sørge-for-ansvaret. De regionale helseforetakene er nivået som tar initiativ til og gjennomfører mange av de nødvendige omstillingene av tjenesten.

Øvrige rammer for de regionale helseforetakenes oppgaver framgår av vedtektene, vilkår for årlig bevilgning fra Stortinget og departementet (oppdragsdokumentet), og eiers vedtak i foretaks-møte.

Fylkesmennene og Statens helsetilsyn fører tilsyn med at de regionale helseforetakene oppfyller det lovpålagte ansvaret.

3.3.4 Helseforetakenes funksjon og oppgaver

De offentlige sykehusene ble organisert som helseforetak gjennom den statlige overtakelsen i 2002. Helseforetakene er det utøvende leddet i spesialisthelsetjenesten og har arbeidsgiveransvaret for de ansatte i sykehusene.

Helseforetakene har ikke det rettslige ansvaret for å sørge for et tilbud om spesialisthelsetjenester, men de er egne rettssubjekter som har selvstendig ansvar for at det tilbudet de faktisk gir, oppfyller kravene til forsvarlighet, pasient- og brukerrettigheter mv.

Helseforetakene skal yte spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, eller som er pålagt i lov. De enkelte helseforetakenes konkrete oppgaver framgår av vedtektene, vilkår for årlig bevilgning fra det regionale helseforetaket (oppdragsdokumentet) og eiers vedtak i foretaks-møte. I praksis har de regionale helseforetakene innrettet styringen slik at helseforetakene har ansvar for å yte spesialisthelsetjenester for befolkningen i sitt geografiske opptaksområde. I Helse Sør-Øst er dette definert gjennom at regionen er inndelt i sykehusområder. Helseforetakene som utgjør et sykehusområde skal ha ansvar for sin befolkning og tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester og mer spesialiserte tjenester for sitt område.

Fra 2013 ble det gjennom endringer i helseforetaksloven som åpnet for at virksomhet som ikke er spesialisthelsetjeneste, men som er nødvendige og sentrale forutsetninger for utøvelse av spesialisthelsetjeneste, også kan organiseres som helseforetak. Det ble også adgang til at de regionale helseforetakene kunne eie helseforetak sammen.

3.3.5 Sammensetning og valg av styrer

Styret skal etter helseforetaksloven ha minst fem medlemmer. I helseforetak med mer enn 200 ansatte skal styret ha minst sju medlemmer. Eier velger flertallet av styremedlemmer i foretaksmøte. I praksis innebærer dette at foretaksmøtet velger medlemmer til de regionale helseforetakenes styrer og at det regionale helseforetakets styre velger medlemmer til styrene i helseforetakene det eier.

Inntil en tredel og minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer skal i regionale helseforetak velges av og blant de ansatte i det regionale helseforetaket og helseforetak som foretaket eier.

I helseforetak som har flere enn 30 ansatte, kan et flertall av de ansatte kreve at inntil en tredel og minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer, velges av og blant de ansatte. I helseforetak som har flere enn 200 ansatte, skal de ansatte i tillegg enten velge ett styremedlem og varamedlem eller to observatører og varamedlemmer. Gjennomføring av de ansattes valg av styremedlemmer er regulert i egen forskrift.

Helseforetaksloven stiller ingen kompetansekrav til styremedlemmene, men for å sikre en forsvarlig eierforvaltning må styret samlet sett ha kompetanse som står i forhold til oppgavene og foretakets utfordringer. Det er videre fastsatt i vedtektene at styret skal ha en geografisk og aldersmessig bredde. Helseforetaksloven § 21 første ledd bestemmer at kravet til kjønnsmessig balanse etter reglene i aksjeloven § 20-6 gjelder tilsvarende. I regionalt helseforetak skal styremedlemmene som velges av foretaksmøtet, ha tilknytning til den regionen som foretaket hører under.

Alle styremedlemmene er likeverdige styremedlemmer, enten de er valgt av eier eller av de ansatte. De har de samme rettighetene og det samme ansvaret for beslutningene som fattes av styret. Det skal styres til beste for foretaket. Ingen av styremedlemmene kan ta særlige hensyn til de grupperinger eller det geografiske området de er valgt fra.

Fra 2002 var det ni medlemmer i styrene. Med bakgrunn i regjeringserklæringen fra 2005 (regje-

ringen Stoltenberg II) ble det gjennom vedtektene etablert praksis for at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene skulle velges av og blant foreslåtte lokalpolitikere i kommuner og fylkeskommuner. Til styrene i regionale helseforetak valgte eier et flertall styremedlemmer som hadde verv i kommunestyre, fylkesting eller Sametinget. Til styrene i helseforetak valgte eier et flertall styremedlemmer som enten hadde eller hadde hatt politiske verv. Etter denne ordningen økte antall styremedlemmer betydelig. De største styrene hadde 16 styremedlemmer.

Med bakgrunn i regjeringsplattformen for regjeringen Solberg, ble kravet om at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene skulle være politisk aktive avvirket ved valget av nye styrer i 2014. Dette ble begrunnet med at den stadig sterkere politiseringen av styrene hadde gått på bekostning av rekrutteringen av personer med bakgrunn og kompetanse som er viktig for å løse de oppgavene og utfordringene de regionale helseforetakene og helseforetakene står overfor. Videre ble det framhevet at størrelsen på styrene i flere sammenhenger hadde vært til hinder for gode prosesser og grundige diskusjoner. Styrene for de regionale helseforetakene er nå redusert til inntil ti medlemmer, hvorav inntil sju medlemmer er oppnevnt av eier.

Når det velges nye styrer til de regionale helseforetakene, blir styremedlemmene gjort kjent med styringssystemet både i egne seminarer og gjennom skriftlig materiale, herunder styreveilederen utarbeidet av departementet.

3.3.6 Åpne styremøter

Ifølge helseforetaksloven § 26 a er hovedregelen at styremøter i foretak skal holdes for åpne dører. Begrunnelsen for at styremøtene som hovedregel skal være åpne, er at der drøftes det fellesgoder av stor betydning for befolkningen og at åpne styremøter bidrar til tillit og legitimitet for de vedtakene som fattes. Dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan styret vedta å behandle en sak for lukkede dører i følgende tilfeller:

- Av hensyn til personvernet. Personalsaker skal alltid behandles for lukkede dører.
- Orientering om sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket.
- Informasjon om lovbrudd, saksframlegg eller av hensyn til foretakets partsstilling i sak for norsk domstol.
- Av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltningen til foretaket.

- Saker som gjelder tilbud og protokoll etter regelverket om offentlige anskaffelser til valget av leverandør er gjort.

3.3.7 Nærmere om myndighet og ansvar

3.3.7.1 Om fordeling av myndighet og ansvar mellom regionale helseforetak og helseforetak

Både regionale helseforetak og helseforetak er selvstendige rettssubjekter. Det innebærer at styret i de enkelte foretakene (og de som er delegert myndighet innad i virksomheten) har myndighet til å fatte beslutninger på vegne av foretaket om alt som vedrører virksomheten. Det gjøres bare unntak fra dette utgangspunktet dersom myndigheten er begrenset ved lov eller i vedtak fattet av eieren.

Som eier og overordnet helseforetakene kan det regionale helseforetaket beslutte begrensninger i den myndigheten som skal tilligge helseforetakets øverste ledelse, og hvilke saker som skal bringes opp til beslutning i regionalt helseforetak. Det er kun styret i regionalt helseforetak, eventuelt administrerende direktør etter fullmakt fra styret, som i foretaksmøte har myndighet til å instruere helseforetak i slike spørsmål. Ansatte i regionalt helseforetak er ikke overordnet helseforetakets styre eller ansatte. I forarbeidene til helseforetaksloven er det forutsatt at helseforetakene skal ha en viss autonomi. Det er derfor en avstand mellom regionalt helseforetak og helseforetakets virksomhet som i praksis begrenser forventningene til styrets inngrep i helseforetakets virksomhet.

Det er opp til det enkelte styre å vurdere hvilke beslutninger det regionale helseforetaket selv ønsker å fatte og hvor stort handlingsrom som skal overlates til helseforetaket. Momenter i vurderingen vil blant annet være behovet for lokal autonomi, behovet for felles regionale løsninger, behovet for samordning, styrets arbeidsbyrde, hvor velfungerende konserndialogen er og behovet for lokale prosesser. Fordelingen av beslutninger mellom regionalt helseforetak og helseforetak kan derfor variere med geografi, kompleksitet, styrets sammensetning og risikovillighet hos de involverte.

3.3.7.2 Om myndighet og ansvar internt i virksomhetene

Med myndighet menes retten til å fatte beslutninger på vegne av virksomheten. Helseforetaksloven gir styret og daglig leder myndighet til å fatte

beslutninger. Alle beslutninger som fattes på vegne av virksomheten skal derfor fattes enten av styret eller daglig leder selv, eller av den som har fått fullmakt i arbeidsavtaler, stillingsinstruksjoner mv. Ledere på ulike nivåer gis fullmakt til å fatte beslutninger og kan delegerer denne videre til sine underordnede. Ut over generelle stillingsinstruksjoner, velger hver enkelt leder internt i helseforetaket hvor mye av myndigheten som skal delegeres til underordnede. Det kan derfor variere hvor langt ned i en virksomhet ulike beslutninger fattes.

Slik oppstår et myndighetshierarki hvor den øverste ledelsen (styret og administrerende direktør) har myndighet til å fatte alle beslutninger som tilligger helseforetaket eller å endre alle beslutninger fattet av underordnede. Jo lenger ned i lederkjeden man kommer, jo mer begrenset vil myndigheten faktisk være. Lederen beholder full instruksjonsmyndighet for de oppgavene som er delegert, og delegasjonen kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake.

Styret, administrerende direktør og de ansatte som er gitt fullmakt har ikke bare anledning til å fatte beslutninger på vegne av virksomheten. De har en tilsvarende forpliktelse. Det følger av lov for styrene og administrerende direktørs del, og av ansettelsesforholdet for de ansattes del. Styret og administrerende direktør skal derfor som et utgangspunkt identifisere og gripe inn i alle uheldige forhold som er av vesentlig betydning for virksomheten. Det samme gjelder ledere lenger ned i virksomheten som har delegert sin beslutningsmyndighet til underordnede. Forpliktelsen til å gripe inn beholdes ved delegasjon.

Alle som har myndighet til å fatte en beslutning vil kunne stilles til ansvar for enten aktivt å ha fattet en beslutning eller for å ha latt være å fatte en beslutning eller gripe inn i en uheldig utvikling. I Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-2/2013 om lederansvaret i sykehus skriver departementet at lederen beholder ansvaret for at oppgavene som delegeres blir utført på en tilfredsstillende og forsvarlig måte. Dette gjelder også når det oppstår avvik eller svikt ved utføringen av oppgavene.

Av dette følger det at styret, administrerende direktør og alle ledere i kjeden fram til det stedet i virksomhet hvor en beslutning ble truffet eller en hendelse fant sted, kan stilles til ansvar av sin eier eller av sin overordnede.

Om noen stilles til ansvar og hva sanksjonen eventuelt blir, vurderes av beslutningstakerens eier eller overordnede. Avgjørende for styrets stilling og arbeidsrettslige sanksjoner er normalt om

eieren eller den overordnede har tillit til beslutningstakeren. Hvis det er tillit, blir styret sittende og den ansatte lederen beholder sin stilling. Det kan bli aktuelt med utskifting av hele eller deler av styret, administrerende direktør kan bli bedt om å fratse sin stilling eller ansatte i virksomheten kan oppleve endrede arbeidsoppgaver eller arbeidsrettslige sanksjoner. Straffansvar og erstatningsansvar kan også i prinsippet være aktuelt, men spørsmål om dette oppstår svært sjelden.

En administrerende direktør kan for eksempel i ytterste konsekvens stilles til ansvar av sitt styre for en uønsket praksis på avdelingsnivå i et sykehus. Det avgjørende vil trolig være om direktøren kan klandres for manglende oppfølging, ressursfordeling, organisering mv.

3.4 Organisering i helseregionene m.m.

Eierskapet til spesialisthelsetjenesten er organisert ved at staten eier fire regionale helseforetak, som igjen eier helseforetakene i egen region. Antall regionale helseforetak er redusert fra fem til fire gjennom sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst i 2007, jf. omtale i punkt 8.1.

Antall helseforetak er redusert betydelig fra de opprinnelige 46 foretakene. De største endringene har skjedd i Helseregion Sør-Øst. Det er nå 20 helseforetak i regionene som driver sykehusvirksomhet. I tillegg har alle de regionale helseforetakene et eget helseforetak som organiserer sykehusapotekene.

En oversikt over de regionale helseforetakene og helseforetakene er gitt i kapittel 8.

Alle regionene har etablert egne selskaper på IKT-området. Helse Sør-Øst RHF har organisert dette som et eget helseforetak (Sykehuspartner HF, som også ivaretar HR- og innkjøpstjenester). Helse Vest RHF har i 2015 organisert innkjøpsvirksomheten i regionen som eget helseforetak.

En del av virksomheten er samordnet på tvers av regionene for å sikre standardisert og effektiv oppgaveløsning. Det er til nå etablert seks selskaper (ANS og HF) som eies av de regionale helseforetakene i fellesskap. Det er gitt en oversikt over disse i punkt 7.3.3.

3.5 Private leverandører

De regionale helseforetakene har ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a ansvaret for å sørge for tilbud av spesialisthelsetjenester til befolkningen i

helseregionen. Tilbudet kan gis av egneide helseforetak, helseforetak i andre regioner eller av private tilbydere som har avtaler med de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakenes overordnede målsetting er å framskaffe best mulige helsetjenester for de tildelte ressursene basert på behovet i helseregionen. I forarbeidene til helseforetaksloven framgår det at i valget mellom å tilby befolkningen statlige tjenester eller å inngå avtaler med private aktører om levering, skal det legges vekt på hvilke løsninger som på en mest mulig effektiv måte gir befolkningen tilbud om tjenester av tilstrekkelig høy kvalitet.

Avtalene de regionale helseforetakene har med de private tilbyderne kan deles i fire grupper. Den første gruppen er driftsavtaler som ble videreført ved den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene i 2002. Den andre gruppen er avtaler som er inngått med private leverandører etter konkurranse. Den tredje gruppen er avtalespesialistene. Denne gruppen består av selvstendig næringsdrivende leger og psykologer som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak. Fra og med 1. november 2015 er det kommet en ny gruppe private leverandører som ikke nødvendigvis har en avtale med et regionalt helseforetak, men som leverer tjenester til det offentlige. Disse leverandørene er godkjent av HELFO til å delta i fritt behandlingsvalg.

3.5.1 Private leverandører med driftsavtale og avtaler etter anbud

Noen driftsavtaler ble overtatt fra fylkeskommunene i 2002 og videreført uten konkurranse. I Helse Sør-Øst gjelder dette i hovedsak somatiske sykehustjenester. I Helse Vest gjelder avtalene også psykisk helsevern.

De store ideelle sykehusene med driftsavtale har i lang tid vært ansett som en integrert del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Før den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten i 2002, var de store ideelle sykehusene inntatt på regionale helseplaner og mottok tilskudd fra fylkeskommunene til dekning av utgifter til drift og vedlikehold. Etter 2002 har de fått dekket sine kostnader gjennom basisbevilgninger og ISF, på samme måte som helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har innlemmet de store ideelle sykehusene i sine planer for å oppfylle ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen, og de fordeler funksjoner til disse sykehusene på lik linje med egne eide helseforetak.

I Prop. 56 L (2014–2015) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) gis følgende omtale av de store (diakonale) ideelle sykehusene (side 62):

«Videre vil de diakonale sykehusene (Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Hospitalet Betanien i Bergen) som gjennom driftsavtaler har inngått et tett og forpliktende samarbeid med de regionale helseforetakene, falle utenfor. Det stilles ingen eierkrav til de diakonale sykehusene tilsvarende de krav som stilles til helseforetakene som er eid av de regionale helseforetakene. I rettslig forstand betraktes imidlertid disse sykehusene som offentlige. Dette framgår av forarbeidende til pasient- og brukerrettighetsloven og av Ot.prp. nr. 63 (2003–2004) s. 15 og Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) s. 87. Disse sykehusene har ikke vært kommersielt drevet og inngikk tidligere i de fylkeskommunale og regionale helseplanene. På samme måte som for helseforetakene vil de diakonale sykehusene derfor ikke være omfattet av ordningen med fritt behandlingsvalg».

I høringsnotat av 29. april 2015 *om forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten – fritt behandlingsvalg*, benevnes på side 27 også følgende sykehus som private ideelle sykehus som leverer tjenester uten å ha tatt del i konkurranse: Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli.

Den andre gruppen avtaler er de som er inngått med private leverandører etter konkurranse. Avtaler er inngått med både ideelle og kommersielle leverandører:

- Ideelle organisasjoner leverer i all hovedsak tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern.
- Ideelle rehabiliteringsinstitusjoner leverer en stor andel av spesialisert rehabilitering. Det konkrete omfanget er noe usikkert ettersom kommersielle og ideelle er likestilt i anskaffelsesregelverket. Det kan blant annet være vanskelig å skille ideelle fra familieeide kommersielle alternativer.
- Private kommersielle tilbydere leverer i all hovedsak kirurgi, radiologi og medisinske laboratorietjenester.

3.5.2 Avtalespesialister – leger og psykologspesialister som har driftsavtale med regionalt helseforetak

I forbindelse med den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten i 2002 ble fylkeskommunenes partsstilling i rammeavtalene og driftsavtalene med privatpraktiserende legespesialister og psykologer overført til de regionale helseforetakene.

Ordningen med avtalespesialister reguleres gjennom lov og forskrift og avtaler på flere nivåer, herunder avtaler om driftstilskudd mellom regionalt helseforetak og avtalespesialist, samt ulike oppgjørsavtaler.

Avtalespesialistene leverer tjenester som i 2014⁵ utgjorde om lag 28 pst. av den totale polikliniske aktiviteten innen somatiske fagområder, og om lag 23 pst. innen psykisk helsevern for voksne. Nærmere 1500 privatpraktiserende spesialister har driftsavtaler med de regionale helseforetakene. Omfanget varierer mye mellom helseregionene. I Helse Sør-Øst var det knapt 1000 driftsavtaler per 31. desember 2014, og avtalespesialistene står med det for en stor del av den polikliniske virksomheten. I Helse Vest var det driftsavtaler med 277 privatpraktiserende spesialister, mens tilsvarende i Helse Midt-Norge og i Helse Nord var hhv. 147 og 84 driftsavtaler. Det er også store variasjoner i forbruket innen regionene, med konsentrasjon til de største byene. Driftsavtalene varierer i størrelse fra 20 pst. til hele årsverk.

I 2014 var det 764 avtalespesialister innen psykisk helsevern (psykiatri og psykologi). Innenfor somatiske fagområder var det 728 avtalespesialister. Fagområdet øyesykdommer sto alene for en tredel av den totale aktiviteten hos avtalespesialister innen somatiske fagområder, og her sto avtalespesialistene for to tredeler av det nasjonale forbruket. Andre store fagområder er øre-nese-hals sykdommer, hud og veneriske sykdommer, fødselshjelp og kvinnesykdommer, samt indremedisin.

De regionale helseforetakene utarbeider og vedtar regionale planer for utvikling og fordeling av avtalepraksis i regionen. Avtalespesialister er viktige for å ivareta behovet for desentraliserte tjenester. Nye og ledige avtalehjemler kunngjøres og vilkår knyttet til hjemmelen skal framgå av kunngjøringen. Det regionale helseforetaket fastsetter hvem som skal tilbys avtalehjemmel.

Det har lenge vært en ambisjon om å knytte avtalespesialistene tettere opp mot regionenes an-

⁵ Helsedirektoratet: Aktivitetsdata for avtalespesialister 2014

svar for å realisere helsepolitiske mål. Det ble inngått ny rammeavtale høsten 2015 som tydeligere legger til rette for at avtalespesialistene støtter opp under regionenes sørge-for-ansvar. Dette forutsetter at avtalespesialistene og sykehusene er samordnet når det gjelder informasjonsteknologi, oppgavefordeling og samarbeidsrutiner. Sykehus og avtalespesialister skal formalisere skriftlig hvordan man vil samarbeide for å dekke befolkningens behov. Samarbeidsavtalen kan gjelde hensiktsmessig arbeidsdeling, håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom sykehusavdelinger og avtalespesialister, utveksling av kapasitet, informasjon om felles prosedyrer og kliniske retningslinjer mv.

3.5.3 Nærmere om godkjenningsordningen innenfor fritt behandlingsvalg

Fra 1. november 2015 trådte fritt behandlingsvalg i kraft, jf. nærmere omtale i punkt 6.3. Hensikten med reformen er å redusere ventetidene, øke valgfriheten til pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Ordningen innebærer for det første at pasienter får mulighet til å velge hvor de ønsker å få behandling – både i det offentlige og blant enkelte godkjente private virksomheter. Videre skal de regionale helseforetakene kjøpe mer fra private gjennom anbud, og de offentlige sykehusene gis mer frihet.

Som en del av opplegget er det etablert en godkjenningsordning, der private virksomheter som oppfyller visse krav kan levere enkelte spesialisthelsetjenester til en pris fastsatt av staten. HELFO er ansvarlig for å godkjenne og følge opp de virksomhetene som ønsker å bli leverandører med godkjenning. Forskriften gjelder ikke de private ideelle sykehusene med driftsavtale som er omtalt i punkt 3.5.1, og privatpraktiserende lege- og psykologspesialister som har driftsavtale med regionale helseforetak.

Fra oppstart omfatter godkjenningsordningen døgnbehandling innenfor rusbehandling og psykisk helsevern, samt enkelte tjenester innenfor somatikk. Fra 2017 vil ordningen utvides til å omfatte flere somatiske tjenester. Utgiftene til pasientbehandling som omfattes av fritt behandlingsvalg er anslått til 200 mill. kroner i 2017.⁶

3.6 Arbeidsrettslige forhold og medvirkning

I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) ble det uttrykt at departementet gjennom de nye foretakene ønsket å skape organisasjoner som sikrer personalet kompetanseutvikling på alle nivåer og utviklingsmuligheter for den enkelte ansatte. Dette forutsatte et godt og forpliktende samarbeid med de ansattes organisasjoner.

Ledere i sykehus innehar arbeidsgiverrollen, med de rettigheter og plikter som følger av dette. Det er et stort antall profesjoner og opp til 30 fagforeninger som er representert i sykehusene. Arbeidsgiverrollen skal utøves innenfor de rammer og regler som gjelder for arbeidslivet. Ivaretagelse av partsforholdet og partssamarbeidet er en del av lederrollen. Ledelse er nærmere omtalt i kapittel 6.

Ved kgl. res. av 6. juli 2001 ble det besluttet at helseforetakene skal være tilsluttet arbeidsgiverorganisasjonen Spekter. Det er etablert et eget underutvalg Spekter-Helse som er gitt egen beslutningsmyndighet på landsomfattende nivå innenfor virksomheter som omfattes av lov om helseforetak. Spekter-Helse har fire medlemmer med varamedlemmer. De fire medlemmene er de administrerende direktørene ved de regionale helseforetakene.

De ansatte er omfattet av arbeidsmiljøloven og arbeidstvistloven. Dermed gjelder arbeidsmiljølovens regler om varsling, vernebestemmelser, krav til helse, miljø og sikkerhet mv. Spekter har inngått hovedavtaler med hovedorganisasjonene. Hovedavtalen åpner for å inngå ulike tariffavtaler med ulike forbund. Hovedavtalen inneholder også en egen del om samarbeid og en del om ledelsens og de tillitsvalgte gjensidige rettigheter og plikter. Organisasjonsgraden i sykehusene er høy og ca. 95 pst. av de ansatte omfattes av tariffavtaler knyttet opp til det formelle avtaleforholdet mellom Spekter og forbundenes hovedorganisasjoner.

I dag er de ansatte i helseforetakene i tre av helseregionene omfattet av pensjonsordningen i KLP. I Helseregion Sør-Øst er de ansatte av historiske grunner omfattet av pensjonsordninger i henholdsvis SPK, KLP, Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet og Oslo Pensjonsforsikring AS. Videre er pensjonsordningene for de ansatte i helseforetakene i dag til dels lovfestet (som f.eks. sykepleierpensjonsloven) og til dels tariffestet.

Ansattes styrerepresentasjon framgår av helseforetaksloven §§ 22 og 23 og forskrifter til disse bestemmelsene. Gjennomføring av de ansattes

⁶ Prop. 1 S (2016–2017) Helse- og omsorgsdepartementet.

valg av styremedlemmer er regulert i egen forskrift. Se også omtale i punkt 3.3.

Styremedlemmene som er valgt av og blant de ansatte har samme rettigheter og ansvar som styremedlemmer valgt av eier. De deltar likevel ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

3.7 Medvirkning og samarbeid med andre

3.7.1 Brukermedvirkning

Brukere har rett til å medvirke og helsetjenesten har plikt til å involvere brukeren. Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1 slår fast at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.

I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) ble det framhevet at pasient- og brukerorganisasjoner «*står i en særskilt posisjon for å definere sitt behov for helsetjenester, og er en viktig kanal for å få formidlet hvordan helsetilbudet oppleves for ulike pasientgrupper. Det er viktig at de regionale helseforetakene har adgang til denne kompetansen og etablerer strukturer for å nyttiggjøre seg denne i sitt planarbeid.*

Helseforetakslovens § 35 slår fast at de regionale helseforetakene skal ha brukermedvirkning i sin arbeidsform, og at det skal etableres systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Helse- og omsorgsdepartementet har i styringspålegg slått fast at dette også skal være gjennomført for helseforetakene. Brukermedvirkning innebærer at helseforetakene benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig helsehjelp, og planlegge et best mulig tjenestetilbud. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til god kvalitet på tjenestene og at brukeren får økt innflytelse på egen livskvalitet.

Ansvar for medvirkning fra pasienter og pårørende er også fastsatt i § 14 i vedtektene for de regionale helseforetakene:

«Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Det skal framgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalg har fått forelagt meldingen før denne sendes departementet, jf. § 15. Melding fra pasientombudene skal legges ved meldingen til departementet.»

Brukermedvirkning skjer på flere nivåer:

- På individnivå betyr brukermedvirkning at den enkelte som benytter seg av et tjenestetilbud får innflytelse på dette tilbudet. Vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av tilbudene som til enhver tid måtte være tilgjengelig.
- På tjenestenivå innebærer brukermedvirkning at brukerne eller deres representanter inngår et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltagende ved endring av behandlingstilbud og tjenester.
- På systemnivå innebærer brukermedvirkning at brukernes representanter, vanligvis gjennom faste utvalg, involveres i prosesser før administrative og politiske beslutninger fattes.

I denne utredningen er det naturlig å ha fokus på brukermedvirkning på systemnivå. Verken vedtekter eller lov fastsetter hvordan helseforetakene skal organisere brukermedvirkningen på systemnivå. Helseforetakene har derfor hatt noe ulike rutiner og praksis for brukermedvirkning. Dette gjelder for eksempel for rutiner ved oppnevning av brukerutvalg og brukermedvirkning i forbindelse med styremøter. Brukerutvalgene skal være et rådgivende organ for styret og administrasjonen i saker som angår tilbudet til pasientene. Andre arenaer for brukermedvirkning på systemnivå kan blant annet være uttalelser til styret, høringsuttalelser, representanter fra brukerne i styringsgrupper, og dialogkonferanser. Brukermedvirkning skal også ivaretas når helseforetakene inngår driftsavtaler eller kjøpsavtaler med private leverandører av helsetjenester.

For å sikre at prinsipper og rutiner for brukermedvirkning er enhetlig på tvers av helseforetak, ble det i foretaksmøte for de regionale helseforetakene i januar 2015 fattet vedtak om at de regionale helseforetakene skulle etablere felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå for de regionale helseforetakene og helseforetakene.

3.7.2 Lokal- og regionalpolitisk samarbeid og forankring

I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) ble det lagt vekt på at lokale og regionale politiske myndigheter skulle ha reelle muligheter til å gi innspill i forbindelse med planleggingen av spesialisthelsetjenesten. Det ble presisert at anledning til å gi innspill ikke skulle komme i konflikt med ansvaret som er pålagt de regionale helseforetakene eller med departementets eierstyring av disse. Det ble derfor lagt opp til at innspill skulle gis i forbindelse med de regionale helseforetakenes planprosess knyttet til behov, prioritering, samarbeid med øvrige helse- og sosialtjenester og eventuelt i andre viktige saker.

Det ble foreslått å lovfeste regionale rådsorganer som skulle ha rådgivende funksjon for foretakene i utarbeidelse av planer. Forslaget fikk imidlertid ikke flertall i Stortinget under henvisning til at styrene og de regionale helseforetakene ble forutsatt å ha nødvendig kompetanse til å sikre forsvarlig planlegging. Det ble vedtatt et lovkrav om at styret skal ha regional tilknytning, jf. omtale i punkt 3.3.5.

De regionale helseforetakene og helseforetakene vektlegger å gjennomføre regional og lokal forankring av veivalg og beslutninger om planlegging og organisering av tilbudet. Dette skjer gjennom møter med regionale politiske organer og organisasjoner, gjennom brukermedvirkning og ved å utlyse høringsrunder der offentlige etater, organisasjoner og innbyggere kan delta. I tillegg deltar foretakene som høringsinstans i offentlige høringer som andre etater lyser ut.

Foretakene er omfattet av forvaltningsloven⁷ og offentlighetsloven. Dette gir omgivelsene tilgang til dokumentasjon og innsyn. Åpne styremøter er omtalt i punkt 3.3.6.

Samarbeidsavtaler med kommunene om tjenestetilbud

Det er fastsatt i vedtektene for de regionale helseforetakene at de skal sørge for at det etableres nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud. Det samme gjelder overfor samarbeidspartnere som blant annet det statlige barne-

og familievernet, samt øvrige aktuelle statlige ansvarsområder.

Det er ikke alltid skarpe grenser mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I de aller fleste tilfellene framgår imidlertid ansvaret klart av lov eller forskrift.

Prop. 91 L (2010–2011) var en oppfølging av stortingsmelding om samhandlingsreformen og Stortingets behandling av denne. I proposisjonen foreslo departementet et lovpålagt lokalt avtale-system. I helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 forpliktet kommunen til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket eller med det helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Formålet med lovpålagte lokale samarbeidsavtaler er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Den overordnede hensikten med avtaler er å bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak eller helseforetak er ett av flere virkemidler for å realisere samhandlingsreformen.

I § 6-2 listes det opp flere punkter som avtalen som et minimum skal omfatte. Blant annet skal avtalene omfatte «*enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre*». Med andre ord må partene eksplisitt avtale i de tilfeller hvor oppgaveutførelsen skal fravike den lovpålagte ansvars plasseringen. I tillegg til å bli enige om en felles forståelse av oppgavefordelingen, skal partene bli enige om organisering og finansiering av oppgaver som det skal samarbeides om.

I forbindelse med samarbeidsavtalene har Helse- og omsorgsdepartementet sammen med KS inngått en avtale om å opprette en nasjonal uavhengig tvisteløsningsnemnd som står til rådighet for partene i lokale samarbeidsavtaler. Dette skal bidra til likeverdighet mellom partene og sikre en mest mulig forutsigbar praksis. Tvisteløsningsnemnda har en rådgivende rolle. Det innebærer at uttalelsene fra nemnda ikke er rettslig bindende, med mindre partene har avtalt annet. I tilfeller hvor partene ikke har avtalt at uttalelsene skal være rettslig bindende, forventes det likevel at partene legger uttalelsen til grunn.

⁷ I saker om ansettelse, oppsigelse eller andre personalsaker kommer likevel bare forvaltningslovens kapittel 2 og 3 til anvendelse, jf. lov om helseforetak § 5.

3.7.3 Forholdet til universiteter og høyskoler

Det var et viktig formål med helseforetaksreformen å etablere klare ansvarsforhold slik at også sykehusenes ansvar for forskning og utdanning ble bedre ivaretatt.

3.7.3.1 Forskning

Forskning har siden 2001 vært en av sykehusenes fire lovpålagte oppgaver, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 og helseforetaksloven §§ 1 og 2. Alle helseforetak er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning som en integrert del av sin virksomhet. Med sin nærhet til pasientbehandling har helseforetakene en særlig rolle i klinisk behandlingsforskning. Universitetssykehusene er pålagt et særskilt ansvar for forskning. I forskrift om godkjenning av bruk av betegnelsen universitetssykehus stilles det krav om at universitetssykehusene skal «dokumentere at det utføres biomedisinsk og helsefaglig grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innenfor de fleste kliniske fagområder» og «at det kan dokumenteres forskningsaktivitet av høy internasjonal kvalitet og bredde.»

Alle helseforetak driver med forskning, men aktiviteten er størst i universitetssykehusene og den største helseregionen. I 2014 stod de seks universitetssykehusene for 81 pst. av de innrapporterte driftskostnadene til forskning og 80 pst. av forskningsårsverkene. To tredeler av den totale forskningsinnsatsen fant sted i Helseregion Sør-Øst. Analyser av forskningsaktiviteten viser videre noe ulik prioritering mellom universitetssykehusene og sykehus uten universitetsfunksjon. Universitetssykehusene driver mer avansert forskning og har en større bredde i fagområder det forskes på, mens sykehus uten universitetsfunksjoner har en relativt større forskningsinnsats innen blant annet rus og psykisk helse.⁸

I 2003 ble det etablert en strategigruppe for forskning mellom de regionale helseforetakene. Formålet var å samordne aktiviteten på området, blant annet oppfølging av felles oppdrag gjennom oppdragsdokumentet, og å legge til rette for erfaringsutveksling. Gruppen er rådgivende overfor de regionale helseforetakene og ledes for tiden av Helse Sør-Øst RHF. Helse- og omsorgsdepartementet, Forskningsrådet, Helsedirektoratet, CRISTin, NIFU og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er observatører.

⁸ NIFUs rapporter om ressursbruk til forskning i sykehusene; www.nifu.no

For å bidra til et samarbeid mellom de regionale helseforetakene og universitetene og høyskolene, har Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en instruks til styrene i de regionale helseforetakene. I henhold til instruksens punkt 5 skal det opprettes et samarbeidsorgan mellom helseregionen og universitetene og høyskolene i helseregionen. Disse skal behandle saker om forskning, innovasjon og utdanning og skal avgi innstilling til styret om tildeling av regionalt tilskudd til forskning i helseforetakene.

For å sikre dialog og samordning av helseforskningen i et nasjonalt perspektiv, ble det etablert en nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) i 2005. NSG er et strategisk rådgivende organ for deltakende institusjoner⁹ og har blant annet initiert seks nasjonale forskningsnettverk. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet er observatører i NSG.

3.7.3.2 Utdanning

Utdanning av helsepersonell er en av fire lovpålagte hovedoppgaver for helseforetakene, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-5, 3-8 og helseforetaksloven §§ 1 og 2. Gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene stiller Helse- og omsorgsdepartementet ulike utdanningsrelaterte krav. Eksempelvis er det stilt krav om at de regionale helseforetakene skal sikre et kvalitativt godt tilbud og tilstrekkelig kapasitet i utdanningen av helsepersonell som har spesialisthelsetjenesten som læringsarena.

Helseforetakenes utdanningsoppgaver er primært som praksisarena for ulike grunnutdanninger ved både videregående skoler, høyskoler og universiteter. En undersøkelse gjennomført av Universitets- og høyskolerådet i 2010¹⁰ gir en pekepinn på omfanget. I skoleåret 2007–2008 var det om lag 12 600 studenter som gjennomførte praksisperiode i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten hadde et tilsvarende antall studenter i praksis (12 784). Dersom praksisperiodene telles i antall uker, viste undersøkelsen et langt større volum av praksis i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten. Studenttallet har økt de siste årene, slik at praksisomfanget er større nå enn da undersøkelsen ble gjennomført.

⁹ Deres mandat: <http://www.helseforsk.no/wp-content/uploads/2010/10/Endelig-nytt-mandat-for-NSG-2-Sak-15-2014-Vedlegg-3-.pdf>

¹⁰ Universitets- og høyskolerådet: Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. UHR-Rapport april 2010.

For leger og sykepleiere har helseforetakene utdanningsoppgaver både i grunnutdanning, videre- og etterutdanning og spesialistutdanning. De har også et ansvar for turnustjenestene for henholdsvis leger og fysioterapeuter. Det ansettes om lag 475 leger i turnusstillinger i sykehus hvert halvår, dvs. 950 årlig. Vel 300 fysioterapikandidater gjennomfører turnustjeneste. I tillegg arrangerer helseforetakene ulike kurs og kompetanseutviklingstiltak som bidrar til kompetanseheving av medarbeidere.

For å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig personell i helsetjenesten både på kort og lenger sikt, er det etablert utstrakt samarbeid med ulike utdanningsinstitusjoner i de respektive regionene. Samarbeidsorganene som er etablert mellom regionale helseforetak og universitet og høyskoler i regionene skal benyttes aktivt til planlegging av utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet. Flere foretak har i senere år etablert supplerende arenaer med andre interessenter i regionen for å løfte og drøfte utdanningsspørsmål.

Helseforetakene finansierer i hovedsak sin utdanningsaktivitet gjennom basisbevilgningen. Helseforetakene mottar et aktivitetsavhengig tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter, som utgjør 28 200 kroner per turnusplass.

3.8 Finansieringssystemet

3.8.1 Hovedtrekk i dagens finansieringssystem

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er i hovedsak todelt og består av en aktivitetsuavhengig del (basisbevilgning) og en aktivitetsavhengig del. Det vesentlige unntaket fra denne hovedregelen er at døgnbehandling innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er rammefinansiert, og inngår som en del av basisbevilgningene.

Bevilgningene til de regionale helseforetakene utgjør vel 140 mrd. kroner i 2016. De fordeler seg med om lag 105 mrd. kroner til basisbevilgninger (inkludert midler til forskning og lån til investeringer) og vel 35 mrd. kroner til aktivitetsavhengige bevilgninger (ISF og poliklinisk virksomhet).

Om fordeling av basisbevilgninger

Basisbevilgningen til de fire regionale helseforetakene skal legge grunnlaget for å realisere de helsetpolitiske målsetningene i spesialisthelsetje-

nesten. Nåværende inntektsmodell ble innført i 2009 og 2010 og bygger på Magnussen-utvalget, som leverte sin innstilling NOU 2008: 2 *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak* til Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2008.

Prinsippet for modellen er at fordeling av basisbevilgningen mellom regionale helseforetak skal avspeile ulike behov for spesialisthelsetjenester og ulike kostnader ved å produsere disse tjenestene. Målet med inntektsfordelingsmodellen er å sette de fire regionale helseforetakene i stand til å tilby likeverdige spesialisthelsetjenester i hele landet. Samme prinsipp gjelder i inntektsystemet for kommunene.

Modellen beregner ressursbehovsindekser som viser relativt, og ikke absolutt, ressursbehov i helseregionene. Modellen er basert på separate behovsindekser for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Behovsindeksene vektet sammen ved hjelp av tilhørende kostnadsandeler på nasjonalt nivå. Alder er en viktig forklaringsfaktor i disse tre behovsindeksene. I tillegg er det kriterier som skal ta hensyn til ulike sosiale forhold, for eksempel nivå på dødelighet, andel sykemeldte og uføretrygdede, andel i Oslo (storbyfaktor under rusindeksen) og andel ikke-vestlige innvandrere (under indeksen for psykisk helsevern). Det er også lagt inn en vekt for klima og breddegrad.

Ressursbehovsindeksen for prehospitaltjenester kompenserer for regionale forskjeller i behov for og kostnader ved å framskaffe disse tjenestene, basert på regionale forskjeller i reisetid til nærmeste akuttisykehus. Videre er det lagt inn en korreksjon for forskjeller i kapital i regionene.

Modellen kompenserer for regionale forskjeller i kostnadsforhold ved at behovsindeksen multipliseres med en indeks som reflekterer forskjeller i kostnader ved å frambringe tjenester i de fire regionene.

Ut fra inntektsmodellen fastsettes fordelingen av inntektsrammen, men modellen sier ikke noe om hvor mye penger som samlet sett skal tilføres de regionale helseforetakene.

Innføring av ny inntektsfordeling i tråd med Magnussen-utvalgets innstilling ga som resultat at Helse Sør-Øst RHF fikk en relativt lavere andel av totalrammen enn de hadde hatt tidligere. Ved innføringen ble inntektsrammen økt over to år, slik at Helse Sør-Øst ikke fikk redusert basisbevilgning, mens de tre andre regionene fikk økt sin andel av totalrammen i tråd med ny inntektsfordeling.

Utvalget har fått en redegjørelse fra de regionale helseforetakene om hvordan de har fordelt midler til de ulike helseforetakene i regionene, jf.

Boks 3.1 Regionale fordelingsordninger for basisbevilgninger mv.

De regionale helseforetakene tar utgangspunkt i den nasjonale modellen for fordeling av inntekter mellom helseforetakene, men med regionale tilpasninger. Regionene tilpasser modellen på ulike måter; gjennom justering av behovsindekser, kostnadsindekser og hvilke elementer som holdes utenfor fordelingsmodellen og særfinansieres. Alle regionene har egne systemer for å håndtere pasientmobilitet/gjesteoppgjør og kjøp fra private tjenesteleverandører.

For *Helse Sør-Øst* er utgangspunktet at mest mulig av basisrammen til helseforetakene skal fordeles gjennom modellen. Enkelte forhold er likevel holdt utenfor. Dette gjelder oppgaver som helseforetakene utfører på vegne av det regionale helseforetaket og andre spesifikke tildelinger til helseforetak, enkelte regionale tjenester eller funksjoner og enkelte midler av midlertidig karakter. Det er gjort enkelte endringer i behovskriteriene i fordelingsmodellen sammenlignet med den nasjonale inntektsmodellen. Det er valgt ikke å inkludere klimakriteriet og sykmeldingskriteriet når det gjelder somatikk. Videre har regionen fått utført en egen analyse for fordeling av utgifter til psykisk helsevern, som blant annet har medført at kriteriet ikke-vestlige innvandrere er tatt bort som behovskriterium. Antall innbyggere i hver kommune er tillagt vekt i behovsvurderingen innenfor psykisk helsevern og rusbehandling (storbykriterium). Det er utviklet et eget modellelement for prehospitale tjenester. Ved siden av å håndtere pasientmobilitet, er det i modellelementet for somatikk en egen komponent knyttet til lands- og regionfunksjoner ved Oslo universitetssykehus HF. Denne komponenten innebærer et såkalt abonnement med egne forutsetninger knyttet til volum og pris. Videre gjøres det korreksjoner for forskjeller i bruk av private leverandører og Sunnaas sykehus. Midler til forskning fordeles ut fra en kombinasjon av fast fordeling og poengbasert fordeling. Det faste beløpet bygger på en forutsetning om at Oslo universitetssykehus HF gjennomfører hovedtyngden av forskningsaktiviteten i regionen.

Helse Vest vektlegger at fordelingen av midler har vært under jevnlig utvikling siden 2004, og at denne er godt forankret gjennom grundige prosesser i regionen med bistand fra ulike helseøkonomimiljø. Like ressurser skal gis for likt behov, justert for kostnader utenfor foretakets kontroll. Behovsindeksen følger Magnussen-utvalget fullt ut både for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Det er imidlertid laget en egen indeks for prehospitale tjenester og pasienttransport. Det er også utviklet en kostnadsindeks for somatisk behandling blant

annet knyttet til sykehusstruktur og merkostnader i behandling knyttet til forskning. Analysene av merkostnader knyttet til behandlingen av pasienter gir ikke eksakte svar på hvor mye av merkostnadene som er frivillige og hvor mye som skyldes forhold utenfor foretakets kontroll. Utøvelsen av skjønn i modellen er lagt i vektingen av elementene i kostnadsindeksen. Også *Helse Vest* korrigerer for pasientstrømmer i regionen og omfang av virksomhet hos private aktører i opptaksområdet til helseforetakene. Beløpet som fordeles utenfor modellen består i all hovedsak av kompensasjon for pensjonskostnader, og baserer seg på foretakenes faktiske pensjonskostnader.

Helse Midt-Norge benytter også prinsippene i Magnussen-modellen med fordeling av basisrammen etter behov og korrigert for kostnadselementer. Tilpasninger er gjort blant annet gjennom elementer som holdes utenfor modellen. De største elementene som særfinansieres er pasienttransport og ambulanse. Det arbeides for å innlemme disse elementene i finansieringsmodellen senest fra 2018. Behovsindeksen vil fra 2017 bestå av tverrfaglig spesialisert rusbehandling, somatikk og psykisk helsevern. Kostnadsindeksene representerer kostnadsforskjeller som ikke kan påvirkes av helseforetakene og er ulike for de tre sektorene. Det er benyttet noe skjønn for å fastsette indeksene. Det korrigeres for kjøp av tjenester fra private tilbydere og interne pasientstrømmer i regionene.

Helse Nord viser i sitt innspill til at fordelingen av inntekter til helseforetak i en region prinsipielt sett er forskjellig fra den nasjonale modellen for inntektsfordeling til de regionale helseforetakene. *Helse Nord RHF* har sørge-for-ansvar, mens helseforetakene er leverandører av helsetjenester etter bestilling fra det regionale helseforetaket. Derfor er det prinsipielt to forskjellige modeller som ligger til grunn for finansieringen av regionale helseforetak og helseforetakene. I den regionale inntektsfordelingen benyttes likevel deler av logikken i den nasjonale modellen ved fordeling av inntektsrammen, men korrigeres for funksjonsfordeling i tillegg til kostnadsulempene og pasientmobilitet. Kostnadsulempene er til dels beregnet gjennom lokale analyser. *Helse Nord RHF* særfinansierer som de andre deler av helsetjenestene direkte. Dette gjelder luftambulansetjenesten, drift av felleseide selskaper, pasientskade, en del kjøp av helsetjenester fra private og utlandet, i tillegg til en rekke nasjonale og regionale prosjekter. Videre gir RHF-styret et særskilt tilskudd til foretakene når nye store bygg tas i bruk og kostnadene kommer i regnskapene.

boks 3.1. Alle de regionale helseforetakene har laget sin egen inntektsmodell basert på prinsippene i den nasjonale inntektsmodellen. Det er gjort til dels omfattende lokale tilpasninger basert på egne analyser og egne prosesser for å ivareta egen organisering og spesielle forhold.

Den største av de aktivitetsbaserte ordningene er innsatsstyrt finansiering (ISF), som omfatter somatisk virksomhet. Systemet innebærer at en andel av finansieringen avhenger av gjennomført aktivitet, mens den andre delen gis som rammetilskudd. ISF andelen er nå på 50 pst., men varierte i perioden 2002–2015 mellom 40 og 60 pst. Den var høyest i 2003 og 2005 med 60 pst., mens den var 40 pst. i årene 2004 og 2006–2013. I tillegg til ISF-ordningen er det aktivitetsbaserte ordninger for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), poliklinisk radiologi, laboratorieanalyser og avtalespesialister.

De eksisterende aktivitetsbaserte ordningene er enten kodeverksbaserte systemer (ISF, poliklinisk radiologi) eller takstsystemer (poliklinisk psykisk helsevern og TSB, laboratorieanalyser og avtalespesialister). I de kodeverksbaserte systemene grupperes aktiviteten ut fra medisinske og kostnadmessige kriterier, som det så knyttes finansiering til. Generelt innebærer aktivitetsbasert finansiering at innsats av ulike ressurser må kunne telles og tilordnes en aktivitet. Det fordrer gode data for kostnader og aktivitet. Aktivitetsbasert finansiering innebærer videre at den utførte aktiviteten må rapporteres. Det er viktig at dette samtidig ikke innebærer en uforholdsmessig stor mengde rapportering for sektoren.

I 2014 ble det etablert en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene. Ordningen skal evalueres etter tre år. Dette innebærer at en andel av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse basert på 33 ulike indikatorer. Ordningen utgjør om lag 0,5 mrd. kroner.

I forbindelse med samhandlingsreformen ble det innført en egen betalingssats for kommunene for utskrivningsklare pasienter, dvs. at kommunene må betale en døgn-sats for utskrivningsklare pasienter hvis de ikke tar imot dem. Tall for 2014 viser at kommunene tar imot utskrivningsklare pasienter raskere enn tidligere, noe som frigjør kapasitet i sykehusene. For 2016 er betalingssatsen 4505 kroner per døgn.

De aktivitetsbaserte ordningene som er beskrevet over, gjelder på nivået mellom departementet og regionale helseforetak, som selv i prinsippet står fritt til å vurdere hvordan de vil finansiere egne helseforetak. De regionale helseforetakene har likevel valgt å videreføre de aktivitetsba-

serte ordningene ut på helseforetaksnivå. Dermed har endringene i andelen innsatsstyrt finansiering også fått konsekvenser for helseforetakene. Avtaler med private er basert på priser oppnådd gjennom anbud og er ikke direkte koblet til innsatsstyrt finansiering. Det er etablert nasjonale og regionale gjestepasientoppgjør mellom regionale helseforetak og helseforetak i den enkelte region for å ta høyde for pasientmobilitet, blant annet som følge av retten til fritt behandlingsvalg (tidligere fritt sykehusvalg).

3.8.2 Utvikling av finansieringsordningene

Finansieringsordningene er utviklet og endret i perioden etter statlig overtakelse. Dette har kommet i tillegg til endringer som følge av mindre årlige oppdateringer i kodeverk, DRG-system og kostnadsvekter for å ivareta endringer i medisinsk praksis og kostnadsforhold. I perioden er somatisk poliklinikkfinansiering endret og inkludert i innsatsstyrt finansiering. Det er laget en løsning for selvadministrert legemiddelbehandling som helseforetakene har fått finansieringsansvar for. I tillegg er det gjort endringer i finansieringen av dag- og døgnkirurgi i tråd med de generelle prinsippene for ordningen. Det er også lagt til rette for mer fleksibel bruk av ulike typer helsepersonellgrupper, nye former for digital samhandling, økt brukt av ambulant behandling (det vil si at pasienten mottar tjenesten der pasienten befinner seg, for eksempel hjemme eller i institusjon), og samarbeidsløsninger med kommunehelsetjenesten. Det pågår fortsatt utviklingsarbeid knyttet til finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten. Som følge av dette er det gjort endringer i refusjonstakstene for nettbasert pasientbehandling, ambulant behandling og behandling utført av team. Argumentet for å inkludere egen finansiering for ambulant virksomhet i de aktivitetsbaserte ordningene er at disse kan ha et høyere kvalitativt innhold enn vanlige polikliniske konsultasjoner. Dette må veies mot reduksjonen i den totale aktiviteten en slik inkludering innebærer – siden kostnaden per konsultasjon er høyere for ambulant virksomhet. I 2017 endres poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og inkluderes i innsatsstyrt finansiering.

3.8.3 Finansiering av investeringer

De regionale helseforetakenes helhetlige ansvar er understøttet av finansieringssystemet. Bevilgninger til investeringer og vedlikehold er ikke øremerket, men overføres som en del av den gene-

relle basisrammen. Foretakene har ansvar for å prioritere investeringer i bygg og utstyr eller vedlikehold opp mot annen drift.

Helseforetaksloven § 43 pålegger foretakene å føre regnskap etter regnskapsloven. Hensikten er blant annet at kostnader knyttet til investeringer – kapitalkostnadene – skal framkomme som en årlig kostnad på lik linje med andre kostnadstyper. Etter regnskapslovens prinsipp, belaster investeringer regnskapet i hele investeringsens levetid gjennom avskrivningene. Avskrivninger er ikke-betalbare kostnader. Gitt driftsmessig balanse, kan midlene som er lagt inn i basisrammen for å dekke avskrivningskostnadene nyttes til nye investeringer, avdrag på lån, eller sparing til framtidige investeringer. Avskrivningskostnaden var om lag 5,9 mrd. kroner i 2015.

De regionale helseforetakene har ansvar for å prioritere mellom ulike investeringsprosjekter i regionen, planlegging av disse og beslutninger om igangsetting av byggeprosjekter. Som en del av styringsdialogen skal de regionale helseforetakene etter en viss tid i planprosessen for investeringer (konseptfasen), legge fram resultater og vurderinger, sammen med ekstern kvalitetssikring for departementet. Det er satt en beløpsgrense på 500 mill. kroner for investeringsprosjekter som skal legges fram for departementet.

Det er fire finansieringskilder for investeringer:

- Inntekter (i basisrammen) til å dekke avskrivninger
- Lån fra staten. Det er adgang til å låne opptil 70 pst. av prosjektkostnadene
- Sparing/overskudd fra driften
- Finansiell leasing (fra 2015)

De regionale helseforetakene kan bare ta opp lån i den statlige låneordningen som er etablert. Fra

2015 er det gitt adgang til at de regionale helseforetakene kan inngå finansielle leieavtaler med en kontraktsverdi på inntil 100 mill. kroner. Finansielle leieavtaler utover dette beløpet må forelegges foretaksmøtet.

I de første årene etter reformen ble det bevilget en låneramme i de årlige statsbudsjettene som departementet hadde fullmakt til å fordele til de regionale helseforetakene. Departementets fordeling av bevilgningen var basert på den samlede investeringsporteføljen til de regionale helseforetakene og var ikke prosjektspesifikk. Fra 2009 er det gitt lån til enkeltprosjekter med en fastsatt øvre låneramme og med årlige lånebevilgninger vedtatt ved behandlingen av neste års statsbudsjett. Fra 2009–2013 var øvre låneandel 50 pst. av investeringskostnaden, fra 2014 er øvre låneandel økt til 70 pst. av investeringskostnaden. Samtidig ble maksimal avdragstid økt fra 20 til 25 år. Når et investeringsprosjekt med samlet låneramme over 500 mill. kroner blir forelagt departementet, er det primært prosjektets økonomiske bæreevne som blir vurdert. Investeringer med en samlet kostnadsramme under 500 mill. kroner må i sin helhet dekkes innenfor foretakenes egne økonomiske rammer (100 pst. egenfinansiering).

Når helseforetakene skal gjennomføre store investeringsprosjekter, vil de ofte ikke ha tilstrekkelig med egen likviditet til å håndtere løpende utbetalinger i planleggings- og byggefasen. De regionale helseforetakene har da mulighet til å omfordele ledig likviditet mellom helseforetakene. Selv om helseforetakene inntektsfører inntekter til å dekke avskrivninger i sine regnskaper, kan det regionale helseforetaket likevel holde tilbake likviditeten. Omfordeling av likviditet er hittil benyttet i ulik grad og med noe ulike teknikker i de regionale helseforetakene.

Kapittel 4

Erfaringer med helseforetaksmodellen

Erfaringene med helseforetaksmodellen skal gi grunnlag for utvalgets problemforståelse og er et utgangspunkt for vurdering av alternative modeller. Kapitlet innleder med en omtale av den politiske og offentlige debatten om sykehussektoren. Det blir videre gitt en vurdering av utviklingen i spesialisthelsetjenesten etter helseforetaksreformen i 2002, med utgangspunkt i de målene som ble satt og utfordringene helseforetaksmodellen var forutsatt å skulle løse. Utviklingen er et resultatet av mange ulike faktorer. Det er derfor vanskelig å være presis på hva som er en effekt av styringsmodellen og hva som i stor grad kan forklares av andre forhold.

4.1 Debatten om helseforetaksmodellen

Etter at helseforetaksreformen ble innført i 2002 har det vært både faglig og politisk debatt om ulike sider ved styringsmodellen. Ved stortingsbehandlingen av helseforetaksloven mente mindretallet i sosialkomiteén blant annet at modellen ville svekke muligheten for demokratisk folkevalgt styring og politisk kontroll, jf. omtale i punkt 3.2.1. Her omtales også den motmeldingen som ble lagt fram ved innføring av reformen. Synspunktene som kom fram her, har vært sentrale tema i debatten også i årene etterpå.

4.1.1 Medieanalyse fra Retriever

På oppdrag fra utvalget har Retriever foretatt en systematisk kartlegging og analyse av debatten om helseforetaksmodellen i alle redaksjonelle medier i perioden 1.1.2013–1.10.2015. Dette for å få bedre innsikt i hva som har vært dominerende tema i debatten de siste årene, hvilke synspunkter som har vært framført, og hvem som har vært de mest sentrale aktørene¹. Retriever sin oppsumme-

ring er basert på omtrent 2400 papirartikler og radio- og TV-innslag. I det følgende gjengis deler av funnene fra Retrievers medieanalyse.

Aktører og saker

Et flertall av aktørene som uttaler seg i debatten er kritiske til helseforetaksmodellen slik den er i sin nåværende form. Politikere er de mest aktive aktørene i debatten. Senterpartiet uttaler seg oftest. Et flertall av partiene har programfestet å avskaffe de regionale helseforetakene, men de er uenige om hvordan dette skal gjøres. I tillegg har aksjonsgrupper, fagpersoner og fagforeninger vært viktige stemmer i debatten.

Et knippe store sakskomplekser har vært med på å legge føringer for debatten. Legeopporet i 2013 (senere kalt Helsetjenesteaksjonen) er ett eksempel på en sak som skapte stor diskusjon rundt helseforetaksmodellen. Det samme gjelder sykehussaken på Nordmøre. Der viser mange aktører en stor mistillit til hvordan helseforetakene styres. De reagerer blant annet på at for mange avgjørelser tas bak lukkede dører.

Det er mest omtale av helseforetaksmodellen i Nordland og Møre og Romsdal. I sistnevnte fylke er omtalen av sykehussaken hovedårsaken til at det kommer høyt opp på listen. I Nordland er omtalen mer variert, men flere av oppslagene handler om lokalsykehusdebatten.

Synspunkter

I mange leserinnlegg, lederartikler og nyhetsartikler blir det i detalj beskrevet hva som er utfordringene ved gjeldende helseforetaksmodell, og hva de negative konsekvensene av dette blir. Et gjennomgående trekk ved omtalen er imidlertid at det sjelden fremmes konkrete løsninger på utfordringene. En stor andel av oppslagene er leserinnlegg. Brorparten av disse har et lokalt fokus, og det er gjerne lokalsykehusets framtid som er på agendaen. Nedenfor gjengis hovedbudskapetene.

¹ Retriever (mars 2016): Medieanalyse. Helseforetaksmodellen i mediene 01.01.2013–30.09.2015.

Udemokratisk

At helseforetaksmodellen er udemokratisk er det mest brukte budskapet i debatten, og det er Senterpartiet som oftest kommuniserer dette. Flere kritiserer helseforetakene for å ha overgitt makten til ansiktsløse byråkrater. SV mener problemet er mangel på folkevalgt styring på regionalt nivå, noe Senterpartiet er enig i. Dette har ført til at den politiske styringen har blitt for svak. Det hevdes at det er for stor avstand til makten i helse-Norge og at den makten som er igjen, er flyttet fra politikere og fagprofesjonene og over i styrerommene. Fra 2014 stiller ikke regjeringen lenger krav til at minst halvparten av styremedlemmene i foretakene skal være folkevalgte. Flere kritiserer regjeringen for å fjerne et viktig demokratisk grep i helseforetakene. Sykehussaken på Nordmøre blåser nytt liv i synet på den udemokratiske helseforetaksmodellen. Det hevdes at helseforetaksloven legger til rette for å ta avgjørelser på bakrommet, og flere politikere mener loven er utydelig og uryddig når det gjelder forståelsen av hvem som har ansvar for hva. Legeforeningen sier saken viser at overordnede spørsmål og beslutninger må flyttes tilbake til Stortinget.

Markedsstyrt helsevesen

Det at mange mener at modellen er både udemokratisk og unødvendig byråkratisk kan ses på som en følge av at helsevesenet er styrt etter New Public Management (NPM). Budskapet er et av de mest brukte i debatten. Det blir tatt til orde for å fjerne helseforetaksloven og stykkprisfinansiering av pasienter.

Tillit til styret

Styrene i helseforetakene er målet for mye av kritikken av helseforetaksmodellen. Kritikken har ulike innfallsvinkler. Blant annet påpekes at utvelgelsen av representanter til styrene er udemokratisk. I flere tilfeller legges det også vekt på at modellens struktur fører til at styremedlemmer ikke holdes til ansvar for beslutninger som tas. En tredje innfallsvinkel til kritikk er at styrene/lederne tar ukloke beslutninger. Det vises i flere tilfeller til utsagn av typen «viktige beslutninger blir tatt på bakrommet» og «styresammensetningen bygger på vennskap og kjennskap». I forbindelse med sykehussaken på Nordmøre rettes mye av kritikken mot hvordan helseforetakene styres og det uttrykkes lite tillit til styret i flere av oppslagene.

Byråkratisering

At helseforetaksmodellen fører til en byråkratisering av det norske helsevesenet er et argument som fremmes med jevne mellomrom i løpet av analyseperioden. Flere aktører er frustrerte og helsepersonell opplever at mye tid som skulle vært brukt til pasientbehandling, går med til møter, rapportering, sekretærarbeid og lignende. Flere politiske partier ønsker å avvikle de regionale helseforetakene fordi de framstår som et byråkratiserende mellomledd i helsepolitikken og at de fører til en overadministrering av sykehusene.

Behold lokalsykehus

Opprettholdelse av tilbud ved lokalsykehus engasjerer publikum gjennom hele analyseperioden. Seks av ti oppslag med dette som hovedbudskap er enten leserinnlegg eller lederartikler. Det er særlig politikere og representanter for aksjonsgrupper som er aktive i den redaksjonelle debatten med dette som fanesak (gjelder hele åtte av ti oppslag).

4.2 Kunnskapsgrunnlag

Utvalget har i sitt arbeid fått bidrag fra en rekke aktører, både gjennom innlegg på møter, gjennom skriftlige bidrag/innspill og gjennom et høringsmøte som ble arrangert i mars. Det er også bestilt enkelte utredninger. I denne sammenheng vises det til omtale av utvalgets arbeidsform i kapittel 1. En del informasjon er hentet inn særskilt fra de regionale helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementet har initiert flere evalueringer som er benyttet i analysene, og som er kort omtalt nedenfor. Dette er dels evalueringer av erfaringene med reformen de første årene etter at den var innført, og dels evalueringer som ble gjennomført på bakgrunn av vurderinger gjort i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)². Drøftingene er videre basert på flere andre evalueringer, utredninger, doktorgradsarbeid mv. Disse er det referert til løpende, og går fram av litteraturlisten til rapporten. Nyttig bakgrunnsinformasjon er også hentet fra Riksrevisjonens undersøkelser.

Kilder for de kvantitative analysene er Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Tall for utviklingen i aktivitet og ventetider er hen-

² Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

tet fra Norsk pasientregister (NPR), som inngår som en del av Helsedirektoratet. NPR inneholder opplysninger om alle pasienter som venter på eller har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. Tall for kostnadsutviklingen er hentet fra publikasjonen SAMDATA spesialisthelsetjenesten, som er en årlig rapport om utviklingen i ressursinnsats til spesialisthelsetjenesten, bruk av tjenestene og ressursutnyttelse for både somatisk behandling, psykisk helsevern og tværfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Rapporten utgis av Helsedirektoratet. Kostnadstallene i analysen til SAMDATA er basert på innrapporterte kostnadstall fra helseforetakene til Statistisk sentralbyrå (SSB).

4.2.1 Evalueringer initiert av helse- og omsorgsdepartementet

I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. ble det forutsatt at reformen skulle evalueres etter en tid. Helse- og omsorgsdepartementet initierte i 2004 en helhetlig evaluering i tre deler som skulle vurdere resultatene i lys av de mål om ble satt for reformen. Nedenfor gis en kort omtale av de tre hovedprosjektene.

Norsk institutt for by- og regionforskning, Nordlandsforskning og Rogalandsforskning leverte i april 2005 en rapport med vurdering av hvordan staten hadde utført oppgaven som sykehuseier, hvordan regionale helseforetak og lokale foretak hadde forholdt seg i sine nye funksjoner og hvordan den overordnede politiske styringen hadde artet seg³. Hovedfunn var at staten ved Helse- og omsorgsdepartementet hadde brukt sin eierposisjon til aktiv styring av regionale helseforetak. Disse var i 2005 på god vei til å finne sin form, og ble oppfattet å ha både autoritet og god styring med de lokale helseforetakene. Når det gjelder det økonomiske underskuddet de første årene etter reformen, vises det til at det økonomiske balansekravet hadde stått i motsetning til krav om kortere ventelister og at statens eierstyring ikke hadde vært forutsigbar. Forskerne mente at Stortingets engasjement i sykehussaker hadde økt siden reformen ble innført, og at det var en vanskelig balansegang mellom politisk styring og frihet for foretakene.

Agenda Utredning og utvikling og Muusmann Research & Consulting leverte i november 2005 en evaluering av hvordan modellen har egnet seg for

å ivareta sykehusenes oppgaver. En vesentlig del av evalueringen var å belyse og vurdere eier- og myndighetsdimensjonen, samt bestiller-utfører-dimensjonen⁴. Det var videre vesentlig å få belyst og vurdert kostnadskontroll og om sykehusreformen hadde påvirket rammene for demokrati og demokratisk innflytelse på spesialisthelsetjenesten. Arbeidet omfattet samtaler med en rekke nøkkelpersoner både i norsk og utenlandsk spesialisthelsetjeneste, dokumentstudier, egen informasjonssamling og en større dialogkonferanse. Det var en grunnleggende vurdering at helseforetaksmodellen kunne utgjøre et fundament for styring og utvikling av spesialisthelsetjenesten også framover, men at det var behov for justeringer og endringer i den måten helseforetaksmodellen var implementert og utviklet på etter sykehusreformen.

Forskningsrådet leverte i januar 2007 en evaluering som besto av to større samarbeidsprosjekt, med i alt ni delprosjekt⁵. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) utførte to delprosjekt, mens Universitetsforskning i Bergen (UNIFOB), avdeling Rokkansenteret, var ansvarlig for syv delprosjekt. I evalueringen er det fokusert på sykehusreformen som innholdsreform. Mest sentralt stod helseforetakenes oppgaver i forbindelse med pasientbehandling, dvs. tilgjengelighet, prioritering og effektivitet. Evalueringen viste varierende resultater. På flere områder var det oppnådd resultater i tråd med intensjonene (aktivitet, tilgjengelighet, effektivitet), på andre områder var en på god vei (brukermedvirkning). På noen områder var det små eller ingen endringer (funksjonsfordeling, prioriteringspraksis, samhandling). Dette var et overordnet bilde, og det trekkes i rapporten fram at en vanskelig kan konkludere sikkert på om observerte resultater kan tilskrives reformen.

På bakgrunn av vurderinger i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) ble det igangsatt to evalueringer, som så på henholdsvis de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk og styrenes arbeid.

BDO AS, i samarbeid med Telemarksforskning, leverte i november 2012 en rapport med kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk⁶. Utredningen hadde ikke som mandat eller siktemål å evaluere helseforetaksmo-

³ Norsk institutt for by- og regionforskning, Nordlandsforskning og Rogalandsforskning (2005): Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002–2005. En prosessevaluering. Sluttrapport.

⁴ Agenda Utredning og utvikling/Muusmann Research & Consulting (2005): Belyse helseforetakenes funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer.

⁵ Norges forskningsråd (2007): Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse.

dellens organisatoriske funksjonalitet, kvaliteten i utførelsen av oppgavene eller om ressursbruken var hensiktsmessig. Resultater fra kartleggingen er gjengitt i punkt 7.3.2.

Agenda Kaupang leverte i juni 2012 en rapport om evaluering av styrene i helseforetakene⁷. Hovedproblemstillingen som en ønsket å belyse, var om styrene faktisk bidro til å fylle rollene de var tiltenkt i modellen og hvilken merverdi dette ga i et styringsmessig perspektiv. Hovedvekt var lagt på synspunkter fra styrene selv, samt daglige ledere. Videre er det innhentet synspunkter fra ordførere/byråder, fylkesordførere og ledende personer i helsebyråkratiet. Resultater fra rapporten er gjengitt i punkt 4.5.6.

4.3 Utvikling i tjenestetilbudet

Formålet med dette avsnittet er å belyse noen sentrale utviklingstrekk i perioden; utvikling i kvalitet, ventetider og fristbrudd, aktivitet, kostnader og bevilgninger, investeringer og produktivitet.

⁶ BDO AS og Telemarksforskning (2012): Kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk.

⁷ AGENDA Kaupang (2012): Evaluering av styrene i helseforetakene – En evaluering av roller og funksjon for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene.

4.3.1 Kvalitet og likeverdighet i tilbudet

I Ot.prp. nr. 66 (2001–2002) Om lov om helseforetak m.m. heter det at reformens overordnede målsetting er at helsetjenestens innhold skal bli bedre sett fra pasientens ståsted. I denne forbindelse er det også viktig å utjevne de store forskjellene i helsetilbudene over landet. Ett av hovedformålene med helseforetaksreformen var således også å sikre mer likeverdige helsetjenester.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet administrerte Norges forskningsråd en forskningsbasert resultatevaluering av sykehusreformen i 2005 og 2006. Oppdraget ble publisert i 2007. Ett av formålene med resultatevalueringen var å få en vurdering av om reformen hadde bidratt til bedre kvalitet på behandlingstilbudet. I rapporten fra Forskningsrådet framgår det at det viste seg vanskelig å få fram prosjekter som kunne vurdere utviklingen i kvalitet. Hovedgrunnen var i stor grad mangelfullt datagrunnlag. Evalueringen besvarte derfor ikke denne delen av oppdraget.

Ovennevnte illustrerer betydningen av å sikre metoder og systemer for å måle kvalitet. Det har de siste årene vært arbeidet systematisk med å etablere systemer for å vurdere og følge opp behandlingstilbudet. Dette omtales nedenfor, før status og utvikling på området beskrives. Selve kvalitetsbegrepet er også viktig, jf. boks 4.1.

I Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) blir det vist til de nasjo-

Boks 4.1 Ulike dimensjoner på kvalitet

Kvalitet består av ulike elementer som endres over tid og som vektlegges og vurderes ulikt, avhengig av ståsted og egne oppfatninger. De ulike elementene kan også komme i konflikt med hverandre. Ofte vil det være mangelfull kunnskap om flere av elementene som inngår i kvalitetsbegrepet. Dette gjør at kvalitet er vanskelig å måle.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «... og bedre skal det bli!», ble utgitt som en veileder av daværende Sosial- og helsedirektoratet i 2005. Formålet med veilederen er å bidra til at myndighetenes politikk for god kvalitet gjennomføres, og at kvalitetsarbeidet samordnes og styrkes. Veilederen gir kvalitetsbegrepet et innhold som bygger på samfunnets føringer, lovverkets krav og faglige vurderinger, for å gi best mulig tjenester til bru-

kerne. Det er formulert seks dimensjoner ved kvalitet som sier at tjenestene skal:

1. være virkningsfulle
2. være trygge og sikre
3. involvere brukerne og gi dem innflytelse
4. være samordnet og preget av kontinuitet
5. utnytte ressursene på en god måte
6. være tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Disse dimensjonene eller egenskapene er langt på vei sammenfallende med kvalitetsstrategier i andre land og i internasjonale organisasjoner som Verdens helseorganisasjon, OECD og EU. Målgruppene er definert som ledere, beslutningstakere og utøvere i sosial- og helsetjenesten. Det er ikke gitt konkrete føringer for hvilke grep sentrale myndigheter skal ta for å støtte arbeidet.

nale pasienterfaringsundersøkelsene som gir viktig informasjon om pasientenes opplevelser, og at det er viktig at sykehusene bruker disse til å utvikle tjenesten. I 2014 fikk helseforetakene krav om å gjennomføre lokale pasienterfaringsundersøkelser. Resultatene skulle offentliggjøres på helseforetakenes nettsider og følges opp i tjenesten. Dette er gjennomført ved noen, men ikke alle sykehus. Som del av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «*I trygge hender*» gjennomføres også standardiserte kartlegginger av pasientskader og pasientsikkerhetskultur i alle helseforetak.

Arbeidet med indikatorer og registre mv.

Det nasjonale systemet for kvalitetsindikatorer ble innført i 2003. Kvalitetsindikatorene gir pasienter og pårørende et grunnlag for å kunne ta kvalifiserte og informerte valg, de gir informasjon om kvaliteten i tjenestene og benyttes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring. Helsedirektoratet har fra 2012 et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer, basert på ulike datakilder. Per oktober 2016 er det 150 nasjonale kvalitetsindikatorer. Resultater for disse publiseres regelmessig på helsenorge.no. De nasjonale kvalitetsindikatorene fordeler seg på områdene somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern, rusbehandling og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Ved siden av faglige retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorer er etablering og bruk av nasjonale medisinske kvalitetsregistre et sentralt virkemiddel for å bidra til kunnskapsbasert praksis og systematisk forbedringsarbeid. Det finnes per i dag 52 kvalitetsregistre med nasjonal status (www.helseregistre.no). Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å dokumentere behandlingsforløp og pasientrapporterte resultater, som grunnlag for kvalitetsforbedring og forskning.

I 2014 ble det etablert en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene, jf. omtale i punkt 3.8.2.

Uforklart variasjon utfordrer prinsippet om likeverdig tilgang til helsetjenester og reiser spørsmål om riktig prioritering og planlegging i spesialisthelsetjenesten. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene er det stilt krav om at de regionale helseforetakene skal analysere variasjon i kvalitet, kapasitetsutnyttelse, effektivitet og tilgjengelighet og bruke dette som verktøy i forbedringsarbeidet. I de årlige kvalitetsmeldingene presenteres forskjellene/variasjonen mellom de regionale helseforetakene på ulike indikatorer.

I foretaksmøtene i januar 2015 ble det stilt krav om at Helse Nord RHF og Helse Vest RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om å utvikle en nasjonal atlastjeneste for å belyse og analysere forbruk og variasjon av helsetjenester. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2016 er det stilt krav om at de regionale helseforetakene i fellesskap skal identifisere indikatorer for å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer basert på funn som går fram av helseatlasen, jf. omtale under.

Status og utvikling

Kvaliteten på helsetilbudet i Norge vurderes som generelt god internasjonalt. OECD-rapporten «Health at a Glance: Europe 2014» inneholder sammenlignbare data fra 35 europeiske OECD-land, basert på data fra 2012. Rapporten viser en høyere forventet levealder og lavere sykkelighet og dødelighet enn gjennomsnittet for EU-landene i OECD. Norge skårer godt på en rekke indikatorer, bl.a. overlevelse etter akutt hjerteinfarkt, og generelt god overlevelse etter flere kreftformer, men noe dårligere når det gjelder pasientsikkerhet og vaksinasjon.

I de senere årene er det lagt fram årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Formålet med meldingene er større åpenhet og økt oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet i den nasjonale helsepolitikken. Kvalitetstenkningen og de seks dimensjonene i Helsedirektoratets veileder er lagt til grunn for utforming av tiltak i meldingene. Brukerdimensjonen er utviklet videre i tråd med regjeringens mål om en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste og prinsippet om aktiv medbestemmelse. Meldingene beskriver status og utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet, slik dette kommer til uttrykk i årsmeldinger fra Pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Kunnskapscenterets meldeordning og nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer. Gjennom å legge fram årlige meldinger kan utviklingen følges over tid.

I Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014* vises det til at forskjeller i praksis og utførelse av helsetjenester over tid kan gi en indikasjon på om pasientene mottar et likeverdig tilbud, og om tilbudet varierer i urimelig grad mellom behandlingssteder. Det blir blant annet pekt på utfordringer med kommunikasjon og involvering av pasienter og pårørende, kompetanse, læring og ledelse. Det trekkes fram som en utfor-

dring at det på mange områder ennå ikke er etablert kvalitetsindikatorer.

Som en del av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet publiseres det årlige estimater for pasientopphold med minst én skade for alle alvorlighetsgrader. Konklusjonen i rapporten for 2015 er at en kan se nedadgående trend over tid. Forskjellene i estimatene er mye mindre når man kun ser på pasientopphold med én eller flere alvorligere skader.

I meldingen går det fram at det har vært en gradvis forbedring av resultater over tid på mange av de områdene hvor det er etablert målesystemer. Det er imidlertid ikke grunnlag for å trekke sikre konklusjoner om hvorvidt pasientene har fått et mer *likeverdig* tilbud som følge av helseforetaksreformen. Eksempler på nasjonale kvalitetsindikatorer der vi ser betydelige forskjeller over tid, er andel pasienter som mottar trombolysebehandling ved hjerneslag og andel keisersnitt. Geografiske utfordringer, som for eksempel avstand mellom behandlingssteder eller forskjeller i pasientsammensetningen, kan være faktorer som forklarer variasjon mellom behandlingssteder.

Ulikhet i tilbud bekreftes av ulike rapporter fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). I en rapport fra 2015 (som er en pilotversjon av helseatlasen, jf. krav i foretaksmøtene i 2015) er forbruket av 12 vanlige dagkirurgiske inngrep analysert med utgangspunkt i helseforetakenes boområder. Undersøkelsen viser at forbruket varierer til dels svært mye mellom befolkningene i boområdene. For 9 av 12 inngrep har områdene med høyest forbruk over dobbelt så høy rate som områdene med lavest forbruk. Uten kjent variasjon i sykkelighet må en slik variasjon vurderes som uforklarlig, og dermed som et uttrykk for at disse inngrepene ikke er likeverdig fordelt i befolkningen. Variasjonen må derfor også kunne kalles uønsket. En annen rapport fra 2015 fra SKDE viser stor variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester hos barn.

I et notat fra Frisch-senteret til Helse- og omsorgsdepartementet (2016) vises hovedtrekk i utviklingen av enkelte kvalitetsindikatorer for perioden 2008 til 2013/2014⁸. Hovedbildet i analysen er en svak, men signifikant kvalitetsforbedring for norske somatiske sykehus i perioden, men med enkelte unntak.

⁸ Det har ikke vært mulig å analysere årene før 2008. Årsaken til dette er at pasientene ikke har vært identifiserbare og derfor ikke kan følges mellom år og mellom sykehus.

Pasienterfaringer

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) gjennomførte høsten 2015 en nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant voksne døgnpasienter ved somatiske sykehus⁹. Resultatene viser at pasienter rapporterer stadig bedre erfaringer med norske sykehus. I 2015 var syv av i alt ni pasienterfaringsindikatorer signifikant bedre enn i 2011. Dette er én mer enn i 2014. Pasientene rapporterte i 2015 best erfaringer med ivaretagelse av pårørende og med pleiepersonalet og legene, mens utskrivningsprosessen, samhandling mellom sykehus og kommunale tjenester, ventetid for elektive pasienter og organisering av sykehusets arbeid er de områdene som skårer dårligst. Det er betydelig variasjon i pasienterfaringer mellom sykehusene, men variasjonen er mindre enn i 2014 for de fleste indikatorene.

Kunnskapssenteret gjennomførte i 2015 også en nasjonale undersøkelse innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling¹⁰. Resultatene viser at det er en positiv utvikling på flere områder. Samtidig er det, som tidligere år, fortsatt en stor andel pasienter som rapporterer dårlige erfaringer på flere områder. Sammenligninger over tid viser at det er noen endringer på enkeltspørsmålene i undersøkelsen. Alle endringer som er funnet er positive, men forholdsvis små. Flest positive endringer er det i spørsmålene som handler om behandlerne/personalet.

Prioriteringer – beslutningsforum

Et viktig virkemiddel for å sikre likeverdighet i tilgangen til helsetjenester, er å gi regler for prioritering.

Fra 2012 ble det etablert et nytt system for innføring av nye behandlingsmetoder og ny teknologi i spesialisthelsetjenesten. Det skal gjennomføres en systematisk vurdering av hvilken vitenskapelig dokumentasjon som finnes om metodens effekt, nytte og kostnadseffektivitet før den tas i bruk i ordinær pasientbehandling. *Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten* involverer mange aktører som arbeider på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. *Be-*

⁹ Holmboe, Olaf og Bjertnes, Øyvind Andresen: Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse. PasOpp-rapport nr. 147 – 2016.

¹⁰ Haugum, Mona, Holmboe, Olaf, Iversen, Hilde Hestad og Bjertnes, Øyvind, Andresen: Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015. PasOpp-rapport nr. 1 – 2016.

slutningsforum for nye metoder består av de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene, og er et viktig element i dette nye systemet. Beslutningsforum har myndighet til å beslutte hvilke metoder som skal tas i bruk i spesialisthelsetjenesten. Ett av hovedformålene med Beslutningsforum er å sikre mer likeverdige helsetjenester i hele landet.

Ellers har regjeringen gjennom Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering* fremmet forslag til prinsipper for prioritering som regjeringen mener vil bidra til rettferdig tilgang til helsetjenester og gi legitimitet til vanskelige beslutninger helsepersonell tar hver dag.

4.3.2 Ventetider og fristbrudd

Ventetid til utredning eller behandling er en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Lang ventetid kan redusere pasientens muligheter for å oppnå maksimalt utbytte av behandling og kan indikere kapasitetsproblemer i sykehusene. God informasjon om ventetid er derfor sentralt i den daglige driften av sykehusene og slik informasjon er i tillegg viktig for valg av behandlingssted.

Det er usikkerhet knyttet til kvaliteten på ventetidsregistreringen, og utviklingen i tallene må derfor tolkes med varsomhet. Den nasjonale ventelistestatistikken er basert på helseforetakenes praksis for registrering av ventetider. I en rapport fra Riksrevisjonen i 2012¹¹ stilles det spørsmål ved i hvilken grad det er de faktiske ventetidene som registreres. I rapporten fra Riksrevisjonens pekes det på at det er store forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder registrering av når ventetiden er avsluttet (jf. note 13).

Saken ble lagt fram for departementet og statsråden svarte i brev av 18. november 2011 at:

«Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) konstaterer at ny mal for rapportering i årlig melding har ført til en bedre og mer utfyllende rapportering, slik som tilsiktet. Det er fremde-

les potensial for bedre resultatrapportering, og departementet vil fortsatt ha oppmerksomhet på bedre resultatrapportering både på tiltak og på styringsparametere.»

Saken er fulgt opp av Riksrevisjonen i flere runder, senest i Dokument 3:2 (2015–2016). Her vises det til redegjørelse fra departementet i 2015¹² om status for tiltak som er iverksatt, og beskrivelse av eventuelle effekter tiltakene så langt har hatt for kvaliteten på ventelistestatistikken. Departementet peker også på at Helsedirektoratets nyere analyser av ventelistestatistikk viser at det fortsatt er store forskjeller i registreringspraksis. Departementet viser til at enkelte tiltak ennå ikke er ferdigbehandlet og satt i system, slik at det er for tidlig å si noe om den samlede effekten tiltakene har for kvaliteten på ventelistestatistikken.

Det er bare planlagte (elektive) kontakter/innleggelses som inkluderes i ventelistestatistikken. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp kommer til behandling uten ventetid. Om lag 70 pst. av alle innleggelses i sykehus er øyeblikkelig hjelp. De fleste som venter (om lag 4 av 5) venter på poliklinisk konsultasjon eller utredning¹³.

Tall fra Norsk pasientregister viser at gjennomsnittlig ventetid for pasienter i alle fagområder var 69 dager i 2015. Tallgrunnlaget omfatter ordinært avviklede pasienter, dvs. at pasienter som har utsatt behandling etter eget ønske eller av medisinske grunner, er holdt utenfor.

Tabell 4.1 illustrerer utviklingen. Ventetiden ble redusert fra 90 til 70 dager i perioden 2002 til 2005, for så å øke til 78 dager i 2010. I perioden 2010 til 2015 er ventetiden igjen redusert fra 78 til 69 dager. Tall for 2016 viser positiv utvikling i ventetidene. Gjennomsnittlig ventetid var 59 dager i

¹² Helse- og omsorgsdepartementet: Brev til Riksrevisjonen datert 20. mars 2015.

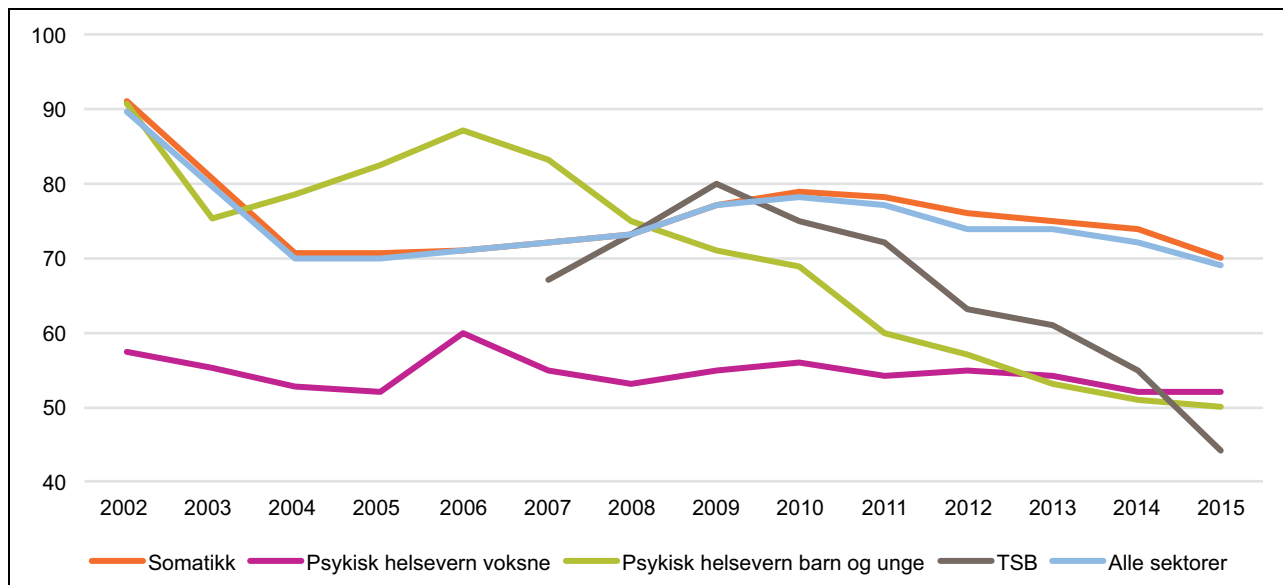
¹³ Ventelistestatistikken fra Norsk pasientregister (NPR) er basert på eksterne henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, samt henvisninger mellom enheter i spesialisthelsetjenesten, dersom det gjelder et nytt syketilfelle for pasienten. Gjennomsnittlig ventetid betegner tiden fra henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten og til helsehjelp er igangsatt. I retningslinjene for registrering fremgår det at pasienter med en uavklart tilstand skal avvikles fra ventelisten ved utredningsstart, mens pasienter med avklart tilstand avvikles fra ventelisten når pasienten møter til behandling.

¹¹ Dokument 3:2 (2011–2012) Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2010.

Tabell 4.1 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. 2002–2015

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alle sektorer	90	80	70	70	71	72	73	77	78	77	74	74	72	69

Kilde: NPR



Figur 4.1 Gjennomsnittlig ventetid (dager) for ordinært avviklede pasienter. Ulike fagområder. 2002–2015.

Kilde: NPR

andre tertial 2016, som er en nedgang på åtte dager fra samme periode året før.

Ulike forhold kan forklare utviklingen, herunder rydding i ventelistene. Dette gjelder særlig de første årene i perioden. Endringer i registreringspraksis har også blitt trukket fram som forklaring.

Ventetiden varierer noe mellom regionene, men variasjonen har blitt mindre i perioden 2008 til 2015. Det er også variasjon i ventetider mellom fagområder. Ventetiden for behandling innenfor somatikk har gått noe ned siden 2009, og vært stabil innenfor psykisk helsevern for voksne. Innenfor TSB og psykisk helsevern for barn og unge har det vært nedgang i ventetidene i de senere årene.

Den positive utviklingen de siste årene må blant annet ses i sammenheng med konkrete måltall i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene, som innebærer at gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager.

Siden 2012 har NPR publisert tall for ventetid fra henvisningen er mottatt til en prosedyre er utført for et utvalg prosedyrer. Dette ventetidsmålet viser en nedgang i ventetidene på to dager fra 2012 til 2015, mens nedgangen er på fem dager for det ordinære ventetidsmålet.

Fristbrudd oppstår når pasienten ikke får helsehjelp innen den fristen som er satt. Fristen er satt på medisinsk grunnlag og er juridisk bindende. Trenden er at både antall og andel fristbrudd går ned. Andel registrerte fristbrudd er redusert på alle områder.

I andre tertial 2016 var det 1,4 pst. som ikke fikk påbegynt utredning eller behandling innen fristen. Dette er en nedgang på 2,9 pst. poeng sammenlignet med samme periode i 2015. I 2013 var tallet 6,7 pst.

Fra og med 2014 har styringskravet til de regionale helseforetakene vært at ingen pasienter skal oppleve fristbrudd. I 2012 ble det vedtatt en del endringer i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Blant annet ble skillet mellom rettighetspasienter og behovspasienter opphevet og vurderingsfristen ble forkortet fra 30 til 10 dager. Disse lovendringene trådte i kraft 1. november 2015. Andelen pasienter som er henvist til utredning har økt fra 77 pst. i andre tertial 2012 til 88 pst. i andre tertial 2016. Tilsvarende er andelen pasienter henvist til behandling, blitt redusert.

Fra 1. november 2015 ble det også innført en lovendring som innebærer at det er sykehuset og ikke pasienten som skal kontakte HELFO, som så vil forsøke å finne et annet behandlingstilbud til pasienten. Sykehuset er ansvarlig for utgiftene. Den positive utviklingen må ses i lys av dette (jf. omtale i punkt 6.3.1).

4.3.3 Aktivitetsutvikling

Aktivitetsutviklingen er en viktig indikator på hvordan tilgjengeligheten i spesialisthelsetjenesten utvikler seg.

Innenfor somatikk måles aktivitetsutviklingen i DRG-poeng. Denne metoden fanger opp endring i både antall behandlinger og endringer i behand-

lingstyngde. Figur 4.2 illustrerer veksten fra 2002 til 2016. Årene før 2004 var preget av til dels ukontrollert aktivitetsvekst. I perioden fra 2004 til 2015 var veksten om lag 18 pst., som tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på om lag 1,6 pst. Aktivitetsveksten i 2015 må ses i sammenheng med at de offentlige sykehusene ble gitt større frihet i forbindelse med reformen med fritt behandlingsvalg. Anslag for 2016 tilsier at aktivitetsveksten blir noe lavere enn i 2015.

Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling er det ikke et tilsvarende vektet aktivitetsmål. Innenfor disse fagområdene måles aktivitetsutviklingen i antall innleggelses og polikliniske konsultasjoner. Trenden er reduksjon i døgnbehandling og vekst i poliklinisk behandling, noe som er i tråd med målsetningene.

4.3.4 Utvikling i kostnader og bevilgninger

De første årene etter reformen var kostnadsveksten høyere enn bevilgningsveksten, noe som ga til dels betydelige underskudd i helseforetakene. Etterhvert som de økonomiske forutsetningene ble bedret og helseforetakene fikk kontroll og styring på økonomien, ble underskuddene snudd til balanse og positive økonomiske resultater. Utviklingen i forutsetninger og styring mv. er nærmere omtalt i punkt 4.8.

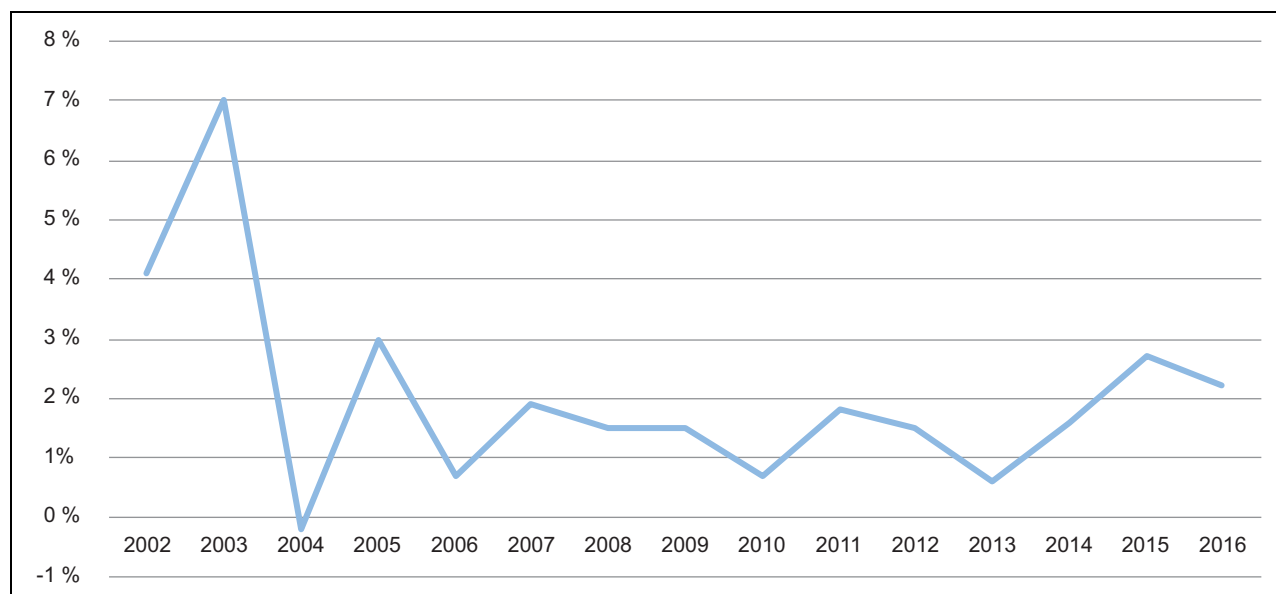
Tall fra SSB viser at totale driftskostnader var 138 mrd. kroner i 2015. Figur 4.3 viser kostnadsutviklingen fra 2004 til 2015 i faste priser. I etterkant

av helseforetaksreformen i 2002 har de regionale helseforetakene blitt tilført flere nye oppgaver. Blant annet gjelder dette tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), pasientreiser, rehabilitering og finansiering av legemidler som tidligere ble finansiert over folketrygden. Veksten i ressursinnsats er korrigert for disse nye oppgavene.

Den oppgavekorrigerte kostnadsveksten var på om lag 16 pst. i perioden, tilsvarende en gjennomsnittlig årlig vekst på 1,5 pst. Befolkningsveksten var på om lag 13 pst. i samme periode. Realvekst i kostnad per innbygger var dermed på om lag 3 pst. i perioden, eller 0,3 pst. per år i gjennomsnitt. Det har vært en reell nedgang i kostnadsveksten per innbygger for somatikk, men vekst innenfor psykisk helsevern og TSB.

En reell nedgang i kostnader per innbygger for somatikk innebærer i praksis at økt etterspørsel etter somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 2004 til 2015 har blitt håndtert gjennom høyere produktivitet.

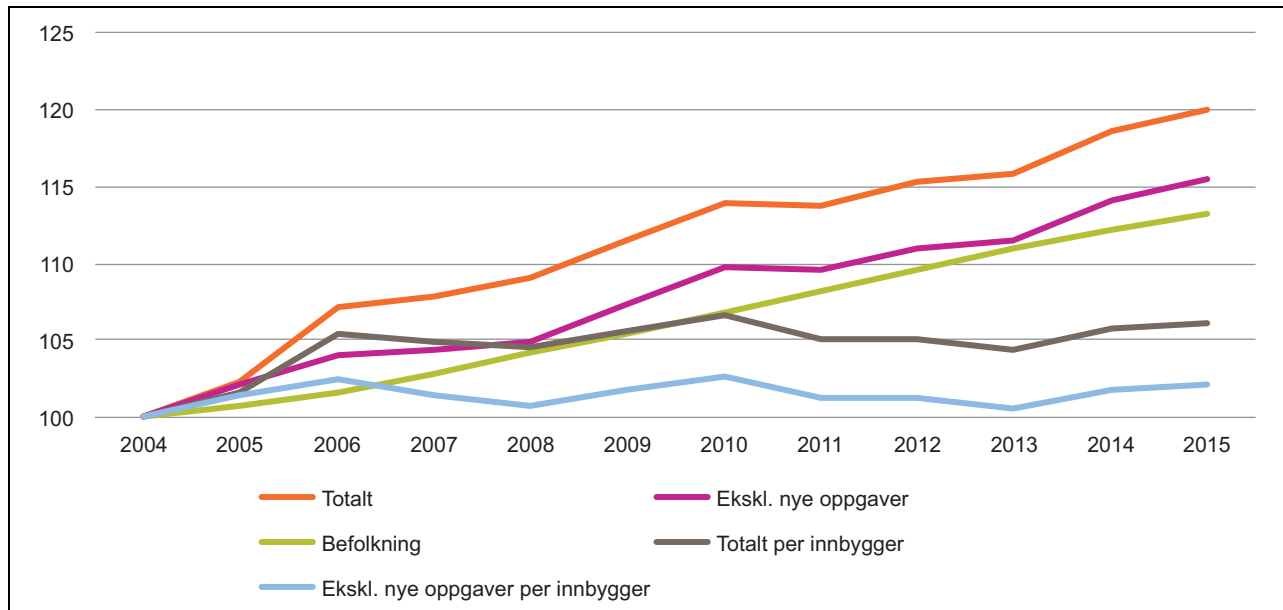
Utviklingen reflekterer dels et stramt bevilgningsregime, men også en utvikling hvor spesialisthelsetjenesten gikk fra å bruke mer ressurser enn bevilget (underskudd), til at de ikke benytter de årlige bevilgningene fullt ut (overskudd). Dette skyldes at deler av bevilgningene settes av for å bidra til finansiering av framtidige investeringer. At det samtidig har vært en relativt klar vekst i ressursbruken innenfor psykisk helsevern og TSB reflekterer i stor grad politiske prioriteringer.



Figur 4.2 Aktivitetsvekst innenfor somatikk 2002–2016 (anslag 2016)

Aktivitetsveksten måles som realvekst i utbetalinger korrigert for satsendringer. Fra 2008 er somatisk poliklinikk inkludert i beregningsgrunnlaget.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet



Figur 4.3 Kostnader i spesialisthelsetjenesten 2004 til 2015 i faste priser (2004=100)

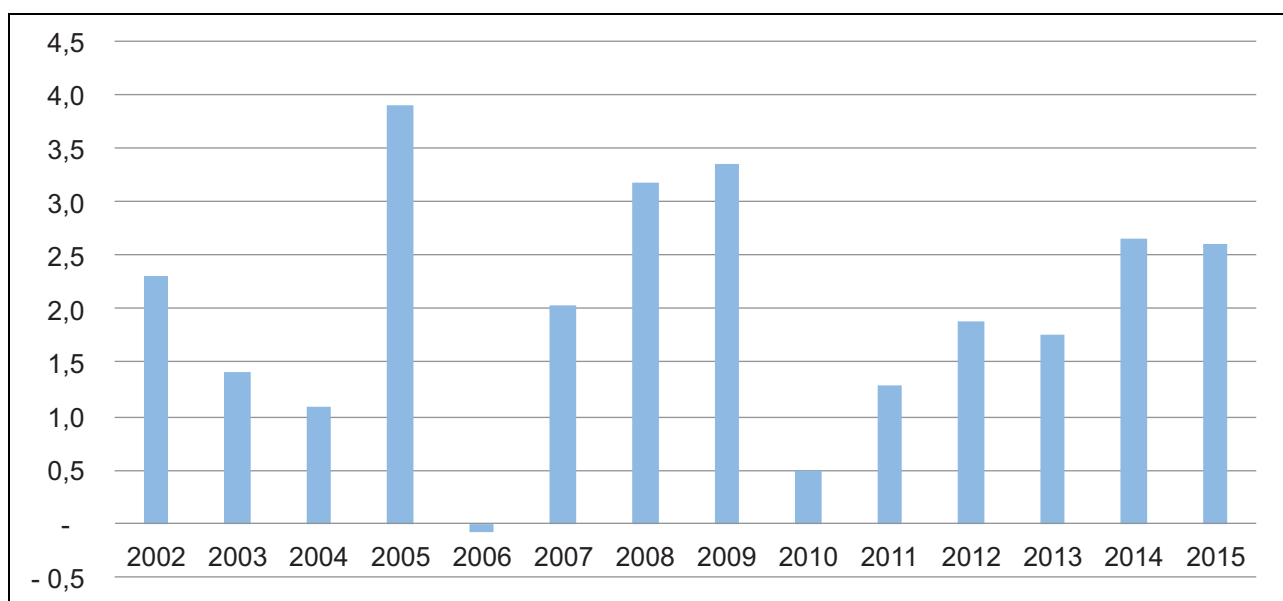
Årene 2002 og 2003 er utelatt i analysen for å få gode sammenlignbare tall i tidsserien. Tallene inkluderer avskrivninger og pensjon. Tallene for pensjon er korrigert for engangseffekter av pensjonsreformen for å gjøre tallene sammenlignbare.

Kilde: Helsedirektoratet: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015 (Rapport IS-2485)

Figur 4.4 viser veksten i årlige bevilgninger til de regionale helseforetakene i perioden 2002 til 2015 i faste priser, og korrigert for bevilgninger som skyldes endret finansieringsansvar. Beregningene viser en årlig vekst i bevilgningene i faste priser på i gjennomsnitt 2 pst. i perioden.

4.3.5 Investeringer

Verdien av helseforetakenes eiendeler ble verdsett til 66 mrd. kroner i 2002. Fram til 2015 er det investert for 104 mrd. kroner, tilsvarende 7,4 mrd. kroner i gjennomsnitt pr. år. Bygg og utstyr har nå en verdi på 86,4 mrd. kroner, jf. tabell 4.2. Av denne går det fram at det har vært en særskilt vekst i balanseverdien i Helse Midt-Norge, noe



Figur 4.4 Økte årlige bevilgninger til de regionale helseforetakene i faste priser (pst.)

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

Tabell 4.2 Balanseførte verdier for de regionale helseforetakene i 2003 og 2015. Foretaksgruppen. (mill. kroner i løpende priser)

	2003	2015	Endring 2003–2015	Endring i % 2003–2015
Helse Sør-Øst	36 913	45 892	8 979	24,3 %
Helse Vest	12 095	15 031	2 936	24,3 %
Helse Midt-Norge	9 001	13 729	4 728	52,5 %
Helse Nord	8 578	11 736	3 158	36,8 %
Totalt	66 587	86 388	19 801	29,7 %

som må ses i sammenheng med utbyggingen av St. Olavs hospital. Også i Helse Nord har det vært en sterk vekst.

Figur 4.5 viser årlige investeringer i perioden fra 2002 til 2015. Fram til 2008 ga helseforetakenes inntekter kun rom for å oppgradere to tredeler av bygningsmassen. I 2008 ble det gitt en permanent årlig bevilgningsøkning på 1,67 mrd. kroner, som la til rette for at hele bygningsmassen kunne reanskaffes og holdes ved like. Når investeringsnivået var relativt høyt også i perioden fram til 2008, må det ses i lys av byggingen av St. Olavs hospital og Akershus universitetssykehus som ble finansiert ved særskilte investeringstilskudd og låneopptak. Økningen i investeringer de siste årene reflekterer at de regionale helseforetakene har fått økonomisk handlingsrom til å øke investeringsnivået.

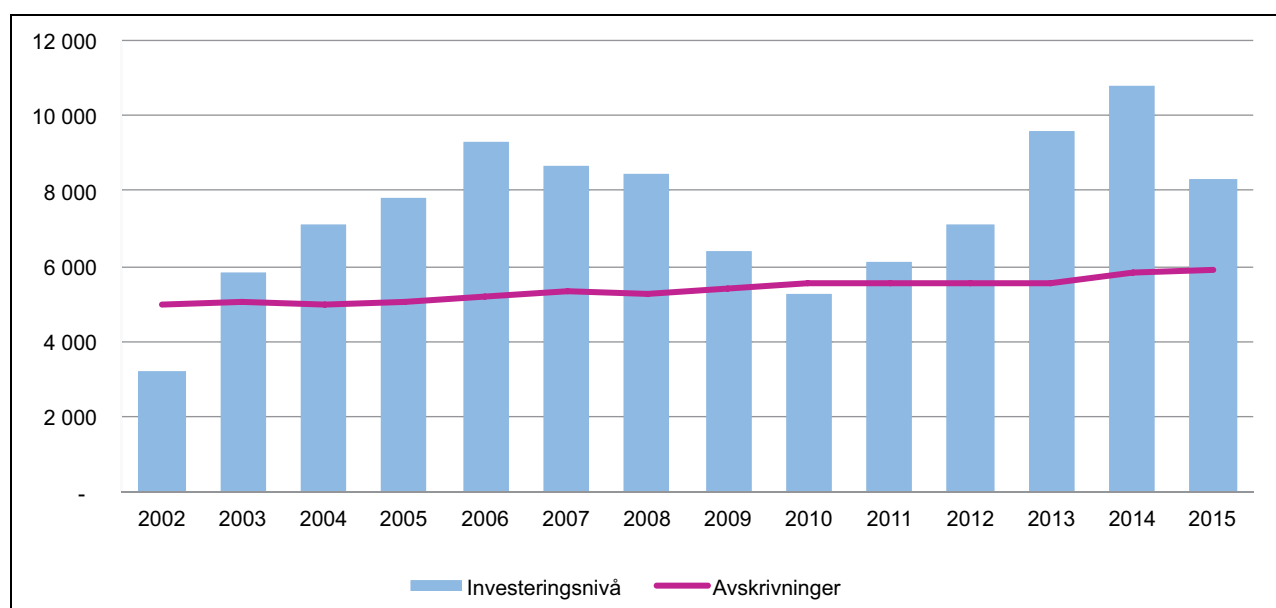
Selv om det er investert betydelige beløp i sykehusene, er det fremdeles oppgraderingsbehov. Dette er nærmere omtalt i kapittel 9.

4.3.6 Produktivitetsutvikling

En sentral målsetning med reformen var å utnytte ressursene bedre. Ulike undersøkelser indikerer en positiv produktivitetsutvikling. Størrelsen er usikker og kan variere, både over tid og mellom helseregioner og sykehus.

Analyser i et notat fra SINTEF fra 2010¹⁴ innenfor somatikk, samt tidligere gjennomførte analyser, tyder på at det skjedde et positivt skift i produktiviteten både i forbindelse med innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997 og i forbindelse med sykehusreformen i 2002¹⁵. Notatet kon-

¹⁴ SINTEF Teknologi og Samfunn (2010): Notat. Produktivitetsutvikling og overordnet budsjettering.



Figur 4.5 Årlige investeringer i helseforetakene (mill. kroner i løpende priser)

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

kluderer med at det er vanskelig å se noen klar trend i utviklingen i produktivitet utover dette. Notatet viser til at det i analysene er en utfordring å skille mellom produktivetsutvikling og kvalitetsutvikling.

Flere rapporter indikerer at det fortsatt er rom for produktivetsforbedringer i sykehusene. En undersøkelse utført av Riksrevisjonen¹⁶ viser for eksempel stor variasjon i utnyttelsen av operasjonsstuene og andelen kirurgi som utføres som dagkirurgi. Riksrevisjonen har også pekt på at det er stor variasjon i hvor effektivt helseforetakene utnytter pleieressursene¹⁷.

SAMDATA spesialisthelsetjenesten har analysert produktivetsutviklingen i perioden 2010 til 2014. Produktiviteten i somatisk spesialisthelsetjeneste økte med 2,3 pst. fra 2010 til 2014. Når pensjonskostnadene holdes utenom, økte produktiviteten med 3,9 pst. gjennom perioden.

I en rapport¹⁸ fra Frisch-senteret til Helse- og omsorgsdepartementet er det gitt en samlet beskrivelse av utviklingen i produktivitet innen somatikk for perioden fra 1999 til 2014. I tillegg presenteres en analyse som omfatter perioden fra 2004–2014, og som inkluderer helseforetakenes bruk av kapital.

I notatet måles utvikling i produktivitet som utvikling i forholdet mellom registrerte DRG-poeng¹⁹ og kostnader i faste kroner. Analysene viser en samlet vekst i produktivitet i *perioden 1999–2014* på 24 pst, eller en årlig vekst på gjennomsnittlig om lag 1,5 pst. Utviklingen er imidlertid ikke jevn. Det er en betydelig vekst i perioden fra 1999 og fram til 2003, dvs. umiddelbart etter innføring av helseforetaksreformen. Deretter var det en periode uten vekst fram til 2007, før vi den siste seks-syvårs perioden igjen har hatt en vekst i produktivitet.

Analysen av *perioden 2004–2014* viser at kapitalkostnader som andel av totale kostnader er blitt

reduert i perioden. Det er altså produsert mer med relativt sett mindre bruk av kapital. Hvis en i beregning av produktivitet inkluderer den samlede ressursbruken, dvs. inkludert kapitalkostnader, vil dermed produktiviteten være høyere. Resultatene viser en produktivets vekst på 10,4 pst inkludert kapitalkostnader, og 5,7 pst. uten kapitalkostnader.

Det er i analysene sett på om produktivetsforbedringen har medført at kvaliteten på pasientbehandlingen har blitt dårligere. Hovedbildet er en svak, men med noen unntak signifikant kvalitetsforbedring for norske somatiske sykehus i perioden. Den positive utviklingen i produktivitet ser dermed ikke ut til å gå på bekostning av utviklingen i kvalitet slik dette er målt i rapporten fra Frisch-senteret.

SAMDATA spesialisthelsetjenesten har analysert produktivetsutviklingen i perioden 2010 til 2014 innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Kostnader til pasientbehandling i psykisk helsevern for voksne ble redusert i perioden 2010 til 2014, samtidig som det var en økning i antall behandlede pasienter på nærmere 10 pst. Denne veksten skjedde først og fremst i poliklinikkene, både gjennom omfordeling av ressurser fra døgnavdelingene og forbedring i personellproduktiviteten (flere konsultasjoner per årsverk). Kostnad per opphold ble redusert med 8,9 pst. i perioden, mens kostnad per polikliniske pasient økte med 3,8 pst. Antall konsultasjoner per pasient i poliklinikkene økte, mens oppholdstiden for døgnopphold ble redusert.

Også i poliklinikker for psykisk helsevern for barn og unge har personellproduktiviteten økt. Effekten av produktivetsforbedringen er benyttet til å øke antall konsultasjoner per pasient. Kostnadsveksten har vært større enn økningen i antall behandlede pasienter i perioden 2010 til 2014. Fra 2013 til 2014 økte kostnaden per polikliniske pasient med 4,9 pst.

Kostnader til TSB har økt betydelig i perioden fra 2010 til 2014. Som for psykisk helsevern er personellproduktiviteten i poliklinikkene økende.

4.4 Samordning og funksjons- og oppgavefordeling

Et hovedpoeng i debatten og utredningene om organiseringen av spesialisthelsetjenesten gjennom hele 90-tallet var å få til bedre funksjons- og oppgavefordeling og samarbeid mellom sykehusene. Dette var en forutsetning både for å få til bedre kvalitet og for å få mer likeverdig tilgjengelighet

¹⁵ Norges forskningsråd (2007): Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse.

¹⁶ Dokument 3:4 (2013–2014) Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus.

¹⁷ Dokument 3:12 (2014–2015) Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene.

¹⁸ Frisch-senteret (2016): Notat. Produktivetsvekst i somatiske sykehus i perioden 1999–2014.

¹⁹ Det er ikke korrigert for endring i antall DRG-poeng som skyldes bedre kvalitet på den medisinske kodingen. Isolert sett trekker dette i retning av å overvurdere produktivetsveksten. Det vil også eksistere effekter som trekker i motsatt retning, grunnet det som kan kalles medisinsk inflasjon. Med dette menes at kvalitetskravene til behandling av en gitt lidelse øker uten at dette reflekteres i aktivitetsmålet (antall DRG-poeng).

til spesialisthelsetjenesten. Samordning med den kommunale helse- og omsorgstjenesten har også vært en viktig målsetting. Dette er nærmere omtalt i punkt 4.7.

4.4.1 Samordning internt i regionene

Et overordnet grep med helseforetaksreformen var å etablere de regionale helseforetakene med sørge-for-ansvar for befolkningen. Sammenslåing av flere sykehus til større og færre helseforetak var et viktig organisatorisk grep for å legge til rette for bedre funksjons- og oppgavefordeling i de respektive helseregionene. En viktig føring har vært at spesialisert behandling bør sentraliseres til færre sykehus, samtidig som flere behandlingstjenester bør desentraliseres ved store pasientvolum og/eller når behandlingsmetoder og teknologi har blitt mer «moden».

Føringer gitt i oppdragsdokumentene

Departementet har i oppdragsdokumentene fra og med 2002 gitt føringer til de regionale helseforetakene om å gjennomføre funksjons- og oppgavefordeling.²⁰ I det følgende omtales noen eksempler på viktige temaer som har vært trukket fram.

I 2002 ble de regionale helseforetakene bedt om å videreføre arbeidet med effektivisering av sykehusstrukturen i helseregionen, bl.a. med grunnlag i de foreliggende regionale helseplanene. Hensikten var å utvikle organisatoriske strukturer for effektiv utnyttelse av de samlede ressursene. Samtidig skulle strukturen sikre tjenester av høy kvalitet og god tilgjengelighet. Helsedepartementet forutsatte at dette arbeidet ble fulgt opp også i 2003. Departementet la vekt på den egenverdi slike forbedringstiltak kan ha, samtidig som effektiviseringskravene som de regionale helseforetakene var pålagt gjorde det nødvendig å gjennomføre slike tiltak. Det ble også vist til at Stortinget blant annet gjennom innstillingen til akuttmeldingen (Innst. S. nr. 300 (2000–2001)), forutsatte en gjennomgang av tjenestestrukturen på områder som fødselsomsorg og kirurgisk beredskap.

I 2007 ble det lagt vekt på utvikling av lokal sykehusene, samarbeid og hensiktsmessig arbeidsdeling mellom sykehusene. Det ble også vist til at Helse- og omsorgsdepartementet hadde ned-

satt en arbeidsgruppe som skulle komme med anbefalinger som blant annet skulle tydeliggjøre lokalsykehusenes akuttfunksjoner som del av en sammenhengende behandlingsskjede.

I 2009 ble det lagt vekt på behandlingskvalitet og at god kvalitet på behandlingen må være kunnskapsbasert og at spesialisering, arbeidsdeling og samordning kan bidra til optimal pasientbehandling. De regionale helseforetakene skulle sørge for en arbeidsdeling mellom sykehusene som ivaretar behandlingskvaliteten. Det ble stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle gjennomgå den kirurgiske kreftbehandlingen. Målet var å samle kirurgisk kreftbehandling på færre sykehus.

Gjennomførte endringer

De regionale helseforetakene har gjennomført samordning og endringer i funksjons- og oppgavefordelingen på flere områder. Erfaringene med funksjons- og oppgavefordeling omtales slik i evalueringen fra Agenda og Muusmann²¹ i 2005:

«Det har uten tvil skjedd en videre oppgave- og funksjonsfordeling både internt i og mellom helseforetakene i perioden 2002–2005. Utviklingen på dette området har gått hurtigere i denne perioden enn i tilsvarende tidligere perioder, selv om bildet ikke er helt entydig. Det er forskjeller fra region til region. Av mange vises det til at det lå flere planer fra de tidligere helseregionene som RHFene kunne bygge videre på. I stor grad synes prosessene med oppgave- og funksjonsfordeling å være drevet fram av RHFene.

De beste eksempler på oppgave- og funksjonsfordeling er kanskje omlegging/sentralisering av kreftkirurgi samt opprettelse av kirurgisk, nasjonalt ensartet tilbud i de 5 RHF ved noen få sykehus.»

I Forskningsrådets rapport fra 2007²² oppsummeres erfaringene med desentralisering slik:

«Analysene av mindre og middels spesialiserte prosedyrer viser at to av åtte prosedyrer hadde et statistisk signifikant lavere konsentrasjonsnivå i årene etter sykehusreformen sammenlig-

²⁰ Oppdragsdokumentene har hatt ulike benevnelser: I 2002–2004 het det «styringsdokument», 2005–2006 «bestillerdokument» og fra 2007 «oppdragsdokument».

²¹ Agenda Utredning og utvikling/Muusmann Research & Consulting (2005): Belyse helseforetakenes funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer.

²² Norges forskningsråd (2007): Resultatevaluering av sykehusreformen

net med de tre årene før reformen. Denne utviklingen kan imidlertid ikke knyttes til økt bruk av lokalsykehus. I den grad det har skjedd en desentralisering av mindre spesialiserte prosedyrer i siste seksårsperiode kan dette knyttes til en økning av aktiviteten ved private kommersielle sykehus. Disse er i hovedsak plassert i geografiske sentra.»

Det ble gjennomført endringer i oppgavefordeling innenfor *fødselsomsorgen* som oppfølging av styringsdokumentene for 2003. Ved behandlingen av St.meld. nr. 12 (2008–2009) *En gledelig begivenhet* ble de regionale helseforetakene pålagt å utarbeide en plan for fødetilbudet i regionen, sammen med berørte kommuner, basert på nasjonale kvalitetskrav. Planene skulle godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet²³. Alle de regionale helseforetakene har fulgt opp dette.

Helsedirektoratet beskriver i rapporten *Kreftkirurgi i Norge*²⁴ at det har skjedd en betydelig sentralisering av kreftkirurgien ved at den er samlet på langt færre sykehus. Det foregår fortsatt kreftkirurgi ved en rekke sykehus, men rapporten fra Helsedirektoratet viser at det har skjedd en betydelig grad av spesialisering innenfor de ulike kreftformene.

Endret lokalisering av *akuttfunksjoner* har lange tradisjoner for å utløse stort politisk engasjement og debatt. Det er likevel eksempler på at funksjoner er samlet. Blant annet er akuttkirurgisk beredskap samlet til færre sykehus. Akutt PCI (metode for å blokke opp kransårer i hjertet) er et annet område som tidligere ble utført på flere sykehus enn nå.

Desentralisering har også skjedd ved at det i enkelte deler av landet er etablert større helseinstitusjoner utenfor sykehus der det ytes spesialisthelsetjenester. Flere av tjenestene er av en karakter som vanligvis forbindes med sykehusbehandling. Oftest er disse spesialisthelsetjenestene samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester. Noen av disse enhetene, som Hallingdal sjukestugu eller Alta helsesenter, har eller planlegger døgntilbud med spesialisthelsetjenester i tillegg til polikliniske tjenester og billeddiagnostikk. Andre, som Valdres lokalmedisinske senter, har spesialisthelsetjenester i form av poliklinikk og dagbehandling, men uten døgntilbud²⁵.

Antallet AMK-sentraler er halvert de siste ti årene. Høsten 2015 er det 16 sentraler, men det er fortsatt regionale forskjeller i AMK-struktur. For eksempel er Oslo, Akershus og Østfold med et befolkningsgrunnlag på over en mill. innbyggere samlet i én AMK-sentral, mens resten av landet er fordelt på 15 sentraler. Departementet har satt i gang en utredning for optimal organisering av den akuttmedisinske nødmeldetjenesten med vekt på AMK-sentralene.

Gjennomgangen viser at de regionale helseforetakene til en viss grad har lyktes med å gjennomføre funksjons- og oppgavefordeling. På politisk krevende områder har det til dels vært gitt nasjonale føringer, som en forutsetning for endringene. Det har også vært gjort vedtak om funksjonsfordeling i foretaksmøte. I saken om samling av nevrokirurgisk virksomhet ved Haukeland sykehus (regionfunksjon) anmodet styret for Helse Vest om at saken ble vedtatt av foretaksmøtet. Endringer i oppgavefordeling mellom sykehusene i Helse Førde har også vært behandlet i foretaksmøte, det samme gjelder avvikling av sengepost ved Farsund sykehus (2004) og avvikling av akuttfunksjoner i Kragerø og på Rjukan (2014).

4.4.2 Samordning på tvers av helseregioner – nasjonale behandlingstjenester

Nasjonale tjenester i Norge består av nasjonale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester. Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester sentraliserer behandling til ett eller to steder i landet. Målet er bedre kvalitet og større grad av likebehandling.

Ved gjennomføring av helseforetaksreformen fra 2002 ble den daværende fordelingen av lands- og flerregionale funksjoner, regionfunksjoner og medisinske kompetansesentra videreført og lagt til grunn for oppgavefordelingen.

I 2006 signaliserte departementet i bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene at den nasjonale styringen av landsfunksjonene skulle styrkes, ut fra målsettingen om å sikre lik tilgang til bruk av landsfunksjoner for pasientene og lik tilgang på kompetanse i fagmiljøene. De regionale helseforetakene utarbeidet i fellesskap et forslag til en helhetlig plan for framtidig organisering av høyspesialiserte tjenester og tjenester til pasienter med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. Rapporten fra de regionale helseforetakene ble fulgt av en gjennomgang av alle lands-

²³ Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) s. 77.

²⁴ Helsedirektoratet: Kreftkirurgi i Norge (2015) Rapport IS-2284.

²⁵ Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

funksjoner og kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten. Basert på rapporten, gjennomgangen og faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet, gjennomførte departementet forskriftsendring²⁶ og etablerte styringssystem for nasjonale tjenester (tidligere landsfunksjoner).

Endringer i dagens system som følger av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) er nærmere omtalt i punkt 6.2.1.

4.4.3 Samordning av støttefunksjoner

Fra 2002 ble Sykehusapotekene i hver helseregion samordnet i et eget helseforetak²⁷. Formålet med Sykehusapotekene er å være et *farmasøytisk og apotekfaglig kompetansesenter* og drive sykehusapotekene i helseregionen mv.

Det er også gjennomført betydelig samordning av ikke-medisinske støttefunksjoner i årene etter i 2002, både internt i og på tvers av helseregionene gjennom felles eide selskaper.

Alle helseregionene har etablert egne selskaper på IKT-området. Den største samlingen av støttetjenester er Sykehuspartner i Helse Sør-Øst, som i tillegg til IKT-tjenester for regionen også ivaretar HR- og innkjøpstjenester.

Profesjonalisering av innkjøpsområdet har vært en viktig satsing. Sykehuspartner viser i sin årsrapport for 2013 til at kontraktsverdi for anskaffelser i prosess var på ca. 14,5 mrd. kroner, og at det i 2013 var generert kostnadsbesparelser i anskaffelsesprosjekter i størrelsesorden over 200 mill. kroner. Helse Vest har fra 2015 samlet ansvaret for innkjøp i regionen i Helse Vest Innkjøp HF.

Helseforetakenes innkjøpsservice AS (HINAS) ble etablert etter initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2003. HINAS har inngått og forvalter i 2015 avtaler innen over 50 områder for spesialisthelsetjenesten. I 2013 hadde HINAS sin avtaleportefølje en omsetning på 3,8 mrd. kroner, som tilsvarer 9 pst. av totalt innkjøpsvolum for norske sykehus. Siden 2003 har dette gitt en samlet gevinst beregnet til 1,63 mrd. kroner. 1. juni 2015 ble også Legemiddelinnkjøpssamarbeid (LIS) en del av HINAS, der porteføljen i 2014 var på 5,8 mrd. kroner. Fra 2016 er det fusjonerte HINAS og LIS eta-

blert som Sykehusinnkjøp HF. I løpet av året skal regionale innkjøpsressurser innlemmes i helseforetaket. Målet er en betydelig utvidelse av avtaleporteføljen.

Protokollene fra foretaksmøtene i de regionale helseforetakene gjenspeiler at samordning på tvers av regionene har vært uttalt nasjonal politikk gjennom flere år. Både Nasjonal IKT HF, Sykehusbygg HF og nå Sykehusinnkjøp HF er etablert etter anmodning fra departementet.

De seks felleseide selskapene er for 2015 budsjettert med kostnader til drift på om lag 1,3 mrd. kroner. I tillegg kommer særskilte leveranser fastlagt i kontrakter og avtaler, for eksempel operatørkontrakter i luftambulansetjenesten og prosjekterings- og utbyggingsoppgaver på vegne av Sykehusbygg HF.

De ulike selskapsformene for de felleseide selskapene gjenspeiler når selskapene ble etablert. HINAS ble organisert som aksjeselskap i 2003, Luftambulansetjenesten (2004) og Pasientreiser (2009) som ansvarlige selskap (ANS), mens selskapene som er etablert etter 2013²⁸; HDO, Nasjonal IKT og Sykehusbygg er helseforetak. De regionale helseforetakene har høsten 2015 behandlet felles styresak, og vedtatt felles prinsipper for styring og eieroppfølging av selskapene, at alle framtidige felles eide selskaper skal organiseres som helseforetak og at Luftambulansetjenesten og Pasientreiser skal vurderes organisert som helseforetak.

4.4.4 Samordning av beredskap og ivaretagelse av samfunnsansvar

Spesialisthelsetjenesten utgjør en vesentlig del av den helsemessige beredskapen og har også ansvar for egen forsyningssikkerhet, smittevern, strålevern m.m. i tillegg til akuttmedisinsk beredskap. Strategisk og operativ samordning av beredskapsmessige forhold var derfor også et viktig mål for helseforetaksreformen.

De regionale helseforetakenes rolle i arbeidet med samordning av beredskapsplanene i sekto-

²⁶ Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten (trådte i kraft 1. januar 2011). Det er også utarbeidet en veileder til forskriften som gjelder nasjonale tjenester.

²⁷ Helse Øst RHF og Helse Sør RHF etablerte allerede 1. januar 2002 et felles eid selskap Sykehusapotekene ANS. Denne virksomheten ble overført til Sykehusapotekene HF 1. januar 2008, og eies av Helse Sør-Øst RHF.

²⁸ I Prop. 120 L (2011–2012) ble det åpnet for at helseforetak alene eller flere regionale helseforetak og helseforetak samme skal kunne organisere virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste som helseforetak. Begrunnelsen var at helseforetak er en selskapsform som er tilpasset offentlig spesialisthelsetjeneste og at den i større grad enn ansvarlig selskap vil kunne gjøre at virksomheten vil framstå som en naturlig og integrert del av den offentlige helsetjenesten. Videre går det fram at departementet har vurdert at organisering av virksomhet som yter ikke medisinske støtte-tjeneste som helseforetak, vil kunne legge til rette for hensiktsmessig fellesorganisering.

ren er et område der det kan vises til gode resultater. Spesialisthelsetjenesten har gjennomgående fått gode evalueringer etter store hendelser der det har vært utløst omfattende beredskapsressurser, bl.a. i rapporten fra 22. juli – kommisjonen²⁹, selv om det fortsatt er et potensiale for mer og bedre samordning, også med de øvrige nødetatene. Kritikkk fra Riksrevisjonen har ført til at departementet i foretaksmøter i 2014 har stilt krav om etablering av beredskap på områder knyttet til kritisk infrastruktur for blant annet vann, strøm, IKT og legemidler.

Vurderingen fra Akuttutvalget³⁰ var at Norge i utgangspunktet har en god akuttberedskap, men at det er behov for et nasjonalt løft for å øke kapasitet, kompetanse og kvalitet i akuttkjeden. De peker på at det er geografiske forskjeller i tilgjengelighet til tjenester. Utvalget peker på at delingen av ansvaret for akuttmedisinske tjenester mellom to forvaltningsnivåer (helseforetak og kommuner) er en utfordring, bl.a. med lite koordinerte beslutningsprosesser. Utvalget foreslår felles akuttmedisinske planer mellom kommuner og helseforetak som et tiltak. Utvalget viser også til at det er gode muligheter for nasjonale og regionale grep i helseforetakenes akutt-tjenester, men svakere muligheter for tilsvarende tiltak i kommunenes øyeblikkelig hjelp-tjenester.

De regionale helseforetakene og helseforetakene er omfattet av statens eierskapspolitikk. De senere årene har det særlig vært rettet oppmerksomhet mot kravene til samfunnsansvar innenfor områdene menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, miljø og klima og arbeidet mot korrupsjon. Helse- og omsorgsdepartementet har tydeliggjort krav på disse områdene i foretaksmøter. De regionale helseforetakene har fulgt opp dette blant annet gjennom prosjektet «Miljø- og klimatil- tak i spesialisthelsetjenesten», der ett av målene har vært miljøsertifisering av alle sykehus, som ble slutført i 2015³¹. Etisk handel har vært et annet viktig satsingsområde som de regionale helseforetakene og helseforetakene har fulgt opp.

²⁹ NOU 2012: 14 Rapport fra 22. juli kommisjonen.

³⁰ NOU 2015: 17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.

³¹ Handlingsplan 2015–2016 Nasjonalt prosjekt: Miljø- og klimatil- tak i spesialisthelsetjenesten.

4.4.5 Samordning av tjenester til den samiske befolkningen

Sametinget har kommet med innspill til utvalget der de framhever at helsetjenesten til den samiske befolkningen ikke blir godt nok ivaretatt innenfor dagens organisering. I en utredning på oppdrag fra Samisk legeförening er det vektlagt at organiseringen av helseforetakene i Norge bør reflektere samenes særstilling som urfolk samt behov for språklig og kulturelt tilpassede spesialisthelsetjenester. Rapporten anbefaler at det bør opprettes et selvstendig helseforetak med et eget styre og administrasjon under dagens Helse Nord RHF (eller tilsvarende), med spesielt nasjonalt ansvar for spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen, herunder driften av en framtidig Samisk helsepark. Slik kan fagressurser med særegen samisk språk- og kulturkompetanse gis nødvendig autonomi til å gjøre egne vurderinger og prioriteringer innenfor det norske spesialisthelsetystemet i nært samarbeid med øvrige helseforetak.

4.5 Utvikling i ansvarsforhold og styringspraksis

Ansvarsforhold og styringsstruktur er omtalt i punkt 3.3. I dette avsnittet gjennomgås erfaringene med de sentrale elementene i styringssystemet.

4.5.1 Innledning

Helseforetaksmodellen gir overordnede rammer for hvem som skal fatte beslutninger om strategier og investeringer, fordele ressurser og føre kontroll med underliggende nivåer. Med mindre det lovfestes, gir imidlertid ikke helseforetaksmodellen føringer for hva beslutningene skal gå ut på, hva som skal prioriteres, hvilke beslutninger som bør delegeres, hvor tett underliggende nivåer bør styres eller hvor detaljert styringskravene skal utformes. Hvordan de ulike aktørene tilpasser seg disse rammene, utformer strategi og utøver ledelse vil variere.

Staten har det overordnede sørge-for-ansvaret og bestiller helsetilbud til befolkningen ved å lovfeste plikter for foretakene og rettigheter til pasientene og ved å tildele budsjettmidler til de regionale helseforetakene på nærmere vilkår. De regionale helseforetakene operasjonaliserer den helsepolitiske bestillingen fra staten gjennom å fordele og sette vilkår for helseforetakenes bruk av bud-

sjettmidler og ved å inngå avtaler med private tjenesteytere. Dette er utøvelse av sørge-for-ansvaret. Både staten og de regionale helseforetakene kan gjennom foretaksmøter utøve sitt eierskap til å bestemme hvordan de underliggende foretakene skal organiseres og styres. Det er utøvelse av eierstyring. Helseforetakene og de private avtalepartene er utførere gjennom å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen.

Ved innføringen av helseforetaksreformen ble det besluttet at rollene som «bestiller» og «eier» skulle samles i samme organisatoriske enhet både i Helse- og omsorgsdepartementet og i de regionale helseforetakene.

I 2006 stilte departementet krav i foretaksmøte om at det regionale helseforetaket skulle gjøre et tydeligere skille mellom rollene for å sikre mer profesjonell gjennomføring av «bestiller-rollen» både overfor egne eide helseforetak og private virksomheter. Som ledd i dette ble det også besluttet at ansatte i det regionale helseforetaket som direkte forvaltet sørge-for-ansvaret ikke skulle lede og delta i styrer i underliggende helseforetak. Dette ble ytterligere strammet inn 2013, da departementet i foretaksmøte ga pålegg om at de regionale helseforetakene normalt ikke skulle oppnevne interne styreledere for helseforetak. Flere regioner hadde praktisert at ansatte i det regionale helseforetaket var representert i styret for egne eide helseforetak. Formålet var å oppnå raske kommunikasjon og tettere styring. Agenda Kaupang pekte i sin rapport fra 2012 på at en slik ordning sikret kommunikasjon mellom styret og eier, men at det kunne føre til redusert legitimitet for HF-styret og styreleder.

Også i departementet har det skjedd enkelte endringer. I tidsrommet 2002–2004 var det samme avdeling som ivaretok rollen både som «bestiller» og eier. Fra og med 2005 ble det valgt ny organisering i departementet med to avdelinger: Spesialisthelsetjenesteavdelingen skulle ha oppgaver knyttet til politikktutforming, myndighetsstyring og tilskuddsforvaltning (bestiller). Den nye Eieravdelingen skulle i hovedsak stille økonomiske og organisatoriske krav til de regionale helseforetakene ved å håndtere styrenes sammensetning, vedtekter og foretaksmøter.

4.5.2 Stortinget

Staten kan styre helseforetakene ved lov, vilkår for bevilgninger og vedtak i foretaksmøtet i regionalt helseforetak. Stortinget styrer spesialisthelsetjenesten blant annet gjennom relativt detaljerte regler i helselovgivningen, for eksempel i spesialist-

helsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Gjennom disse regelverkene gis det overordnede føringer for foretakenes gjennomføring av den statlige helsepolitikken.

Stortinget fastsetter de helsepolitiske målene og nasjonale prioriteringer i den årlige budsjettbehandlingen. Regjeringen ved helse- og omsorgsministeren gir bevilgningen videre til de regionale helseforetakene sammen med den helsepolitiske bestillingen i de årlige oppdragsdokumentene. Oppdragsdokumentet gir både overordnede føringer og stiller en rekke krav til foretakene i form av mål og prioriteringer for året.

Behandlingen av regjeringens meldinger i Stortinget, herunder Nasjonal helse- og sykehusplan, legger rammene for regjeringens politikk. Stortingets behandling av meldinger legger formelt sett ikke rammer for de regionale helseforetakene før dette er stilt som krav i oppdragsdokumentene eller i foretaksmøter. Stortinget forholder seg til helse- og omsorgsministeren som utøver statens eierskap for de regionale helseforetakene gjennom foretaksmøter. De regionale helseforetakene og helseforetakene har følgelig ikke direkte kontakt med Stortinget, men det er etablert praksis med at de regionale helseforetakene, oftest en gang i året, blir invitert til møter med stortingsrepresentantene fra de respektive fylkene. I disse møtene informerer de regionale helseforetakene om planer og aktuelle saker i helseregionene. Representanter fra departementets eieravdeling deltar på disse møtene. I rapporten fra NIBR m.fl.³² blir det også vist til at det har vært til dels omfattende kontakt mellom lederne i helseforetakene og Stortinget. Det blir videre trukket fram at Stortinget utviser et betydelig engasjement i sykehussaker; et engasjement som ble vurdert å være i overkant av det man skulle forvente i forhold til Stortingets rolle i styringsmodellen.

Stortinget blir orientert om utviklingen i spesialisthelsetjenesten gjennom omtale i statsbudsjettene basert på årlig melding fra de regionale helseforetakene, Nasjonal helse- og sykehusplan, meldinger på utvalgte områder, Riksrevisjonens saker og statsrådets svar på representantenes skriftlige og muntlige spørsmål.

Riksrevisjonen har i perioden fra 2003 avgitt mer enn 60 rapporter og vurderinger knyttet til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter blant annet effektivitet og kapasitet i sykehus, vedlikehold, økonomistyring, lederlønn, låne-

³² NIBR/Nordlandsforskning/Rogalandsforskning (2005): Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005. En prosessevaluering. Sluttrapport.

opptak, omstillingsprosessen ved OUS, ventetider, praktisering av prioriteringsforskriften, kodepraksis, innkjøpspraksis, anskaffelsesrettslige spørsmål, bruk av avtalespesialister, styring av pleieresurser, tiltak for rusavhengige, medisinsk teknisk utstyr, pasientenes bruk av fritt sykehusvalg. Over flere år har Riksrevisjonen interessert seg for styring og status for IKT og personvern i sykehus.

Kontroll- og konstitusjonskomiteén har også tatt initiativ til undersøkelser og avholdt kontrollhøringer. Kontrollhøring har vært gjennomført for den økonomiske situasjonen i sykehusene (2005), om omstillingen ved Oslo universitetssykehus (2010) og Helse- og omsorgsdepartementets eierstyring knyttet til nytt sykehus i Møre og Romsdal (2015).

4.5.3 Foretaksmøtene

I perioden 2002–2004 ble de økonomiske og organisatoriske styringskravene formidlet som del av styringsdokumentet. Foretaksmøter ble i hovedsak avholdt for godkjenning av årsregnskap og årlig melding, valg av styre og endringer i vedtekter. I tillegg ble det behandlet enkelte saker i henhold til helseforetaksloven § 30, særlig vedrørende funksjons- og oppgavefordeling innenfor fødselsomsorg og akuttkirurgisk beredskap. Disse sakene ble i hovedsak vedtatt i samsvar med styrets vedtak, men departementet satte i flere saker vilkår for gjennomføringen som blant annet omfattet å gjennomføre forankringsprosesser i samarbeid med kommunene.

Fra 2005 ble det innført praksis med å avholde foretaksmøter i januar eller februar, der eier satte økonomiske og organisatoriske krav og rammer for året. Dette ble fastsatt i vedtektene. Parallelt ble det innført praksis med rapportering til departementet i løpet av året på enkelte områder, oftest tertialvis rapportering. På økonomiområdet ble det innført rapportering hver måned allerede i 2002. Senere ble det innført mer regelmessige oppfølgingsmøter der tema de første årene hovedsakelig var økonomi.

Typiske saker på foretaksmøtene var blant annet saker knyttet til oppfølging av juridisk rammeverk slik som krav til internkontroll, etablering av intern revisjon, etterlevelse av regelverket for offentlige anskaffelser, etterlevelse av arbeidsmiljøloven mv. Det ble også lagt vekt på organisatorisk utvikling; bedre rolleforståelse, relasjon til private aktører, samt deltakelse i ulike nasjonale utviklingstiltak som blant annet ledelsesutvikling, IKT-utvikling, samordning av stab- og støttefunksjoner mv.

Innenfor det økonomiske området ble det tilsvarende stilt krav om omstillinger for å oppnå økonomisk balanse. Det ble gitt rammebetingelser for styring og kvalitetssikring av investeringsprosjekter og fastsatt lån til investeringer og driftskreditter. Fra og med 2007 og enda tydeligere fra 2008, ble det stilt langt mer eksplisitte krav om tiltak for å oppnå økonomisk balanse. Det ble også stilt krav om at økonomirapporteringen hver måned til departementet skulle være behandlet av styret. I de månedlige møtene med departementet ble den økonomiske rapporteringen gjennomgått og de regionale helseforetakene måtte redegjøre relativt detaljert for hvilke omstillingstiltak som skulle gjennomføres, hvilken økonomisk effekt de var forventet å ha og tidsplan for å ta ut effektiviseringsgevinster.

Systemet med månedlig rapportering knyttet til enkelte av kravene i foretaksmøtet er videreført, og har etter hvert blitt overført til andre områder enn økonomistyring. Dette gjelder for eksempel krav om å redusere andelen deltidsstillinger i helseforetakene. Fra 2011 ble det stilt krav om tilsvarende rapportering på indikatorer for ventetider og fristbudd og tiltak for å unngå korridorpatienter. Det er en tydelig endring fra og med 2010 om at også krav stilt i oppdragsdokumentet blir presisert i foretaksmøtet og protokollene fra dette.

Den siste endringen i departementets styringspraksis overfor de regionale helseforetakene ble innført i januar 2013, da det for første gang ble avholdt felles foretaksmøte for de regionale helseforetakene der det ble stilt organisatoriske og økonomiske krav for året. I juni 2015 ble det for første gang tilsvarende avholdt felles foretaksmøte for godkjenning av årsregnskap og årlig melding.

Det er et relativt begrenset antall saker som er behandlet i foretaksmøte utenom de lovfestede møtene i begynnelsen av året og i mai/juni. Ett unntak er at det jevnlig avholdes foretaksmøter for godkjenning av salg av eiendom³³. I tillegg til eksemplene som er omtalt i punkt 3.3.2 er det blant annet avholdt foretaksmøter om følgende saker:

- Samling av nevrokirurgisk virksomhet ved Haukeland universitetssykehus (2007) der styret for Helse Vest RHF anmodet om at saken ble vedtatt av foretaksmøtet (jf. omtale i punkt 4.4.1).

³³ Jf. Helseforetaksloven § 31 og vedtektene for regionale helseforetak om at salg av eiendom over 10 mill. kroner skal godkjennes av foretaksmøtet.

- Innføring av prøveordning med umiddelbar varsling til Statens helsetilsyn når alvorlige hendelser har skjedd (2010).
- Organisering av sykehusene i Møre og Romsdal med oppdrag om å slå sammen to helseforetak (2011) og senere anmodning om å drøfte alternativer med bygging av ett eller to sykehus i Nordmøre og Romsdal (2011).
- Vedtak om etablering av nytt sykehus for Helse Møre og Romsdal i Molde (2014).

En velfungerende modell forutsetter at styrene i liten grad opplever å bli overstyrt av foretaksmøtet. Gjennomgang av protokollene fra foretaksmøtene viser også at foretaksmøtet i de aller fleste tilfellene har sluttet seg til styrets vedtak. I noen tilfeller er det stilt enkelte vilkår, for eksempel om tilbudet i Helse Førde. Eksempler der foretaksmøtet har omgjort vedtak:

- Organisering av fødselsomsorg i Helse Øst; omgjøring av vedtak om å legge ned fødeavdelingen i Gjøvik (2003).
- Opprettholdelse av base for ambulansefly i Brønnøysund (2007).
- Bruk av sykehusenes navn (Radiumhospitalet og Rikshospitalet) i tillegg til helseforetakets navn ved Oslo universitetssykehus HF (2010).

4.5.4 Oppdragsdokumentene

Gjennom oppdragsdokumentet stiller Helse- og omsorgsdepartementet midlene som Stortinget har bevilget gjennom budsjettbehandlingen til disposisjon for de fire regionale helseforetakene. I statsbudsjettet for 2016 er det lagt til grunn at de regionale helseforetakene får inntekter på nær 140 mrd. kroner. Oppdragsdokumentet skal sikre at midlene brukes i tråd med overordnede politiske føringer og i henhold til vilkårene som er knyttet til bevilgningene gjennom budsjettbehandlingen.

De senere årene er utformingen av oppdragsdokumentet endret for å gjøre det mer i tråd med retningslinjene for mål- og resultatstyring i staten. Overordnet mål og strategi konkretiseres i større grad gjennom styringsparametere som gjør det mulig å måle virksomhetens resultater og vurdere måloppnåelse. Departementet har redusert antallet styringskrav som er formulert som generelle prioriteringssignaler og oppgavebeskrivelser. Lov og forskrifter gjentas som hovedregel ikke lenger i dokumentet. Det var ifølge Agenda Kaupang i 2012 en utbredt oppfatning i styrene og foretaksledelsen om at styringsdokumentet var for detaljert og hadde for mange styringsparame-

tere. Agenda Kaupang delte denne oppfatningen og stilte spørsmål ved om antall mål var så stort at det i praksis kunne være vanskelig å følge opp alle.

Det har vært kritikk, bl.a. fra Legeforeningen³⁴, men også som en del av den offentlige, politiske debatten om helseforetaksmodellen, mot at styringen har hatt for lite fokus på fagutvikling og kvalitet. De siste årene har det vært en dreining mot at styringen av kvalitet skal være like tydelig som styringen på økonomi. I tråd med dette er det formulert mål og styringsparametere på flere områder for å måle kvaliteten på tjenestene i helseforetakene. Flere kvalitetsmål er ikke i seg selv noe signal om nye eller endrede prioriteringer med budsjettmessige konsekvenser, men setter søkelyset på innholdet i de tjenestene som blir levert.

Oppdragsdokumentet for 2014 ble forenklet sammenliknet med 2013, med færre mål og et kortere dokument. Fra 2014 ble styringskravene i oppdragsdokumentet og foretaksmøtet lagt fram samtidig. Tidligere ble oppdragsdokumentet sendt ut som eget brev i desember året før. I oppdragsdokumentet for 2014 ble også Helsedirektoratets rolle som fagmyndighet tydeliggjort. Helsedirektoratet skal følge med på de enkelte fagområdene og vurdere om utviklingen er i tråd med nasjonale helsepolitiske signaler nedfelt i stortingsmeldinger, budsjettproposisjoner og strategidokumenter. Helsedirektoratet kan ikke selv stille styringskrav til tjenesten, men utøver sin faglig normerende rolle ved å utarbeide retningslinjer og veiledere, handlingsplaner mm. Oppdragsdokumentet for 2016 er ytterligere forenklet i strukturen. Antall mål i 2016 har økt noe sammenliknet med 2015.

De regionale helseforetakene har tilsvarende styringsdokument til sine helseforetak. Som regel har de regionale helseforetakene samlet kravene fra departementets oppdragsdokument og foretaksmøte i ett styringsdokument. Forenklingen av departementets oppdragsdokument vil slik sett medføre en forenkling og færre krav stilt fra de regionale helseforetakene til helseforetakene.

4.5.5 Rapportering og dialog

Statens styringsvirkemidler overfor de regionale helseforetakene ble tydeliggjort gjennom endringene i helseforetaksloven fra 2012 der etablert praksis ble lovfestet. Det ble lovfestet at eier kan tildele bevilgning og sette vilkår for tildelingen

³⁴ Den norske legeforening. Innspill til Kvinnsland-utvalget. Brev 15. mars 2016.

utenom foretaksmøtet (oppdragsdokumentet) og at departementet skal avholde foretaksmøte i starten av året for å fastsette økonomiske og organisatoriske krav og rammer for foretak. Det ble også lovfestet at departementet skal følge opp de regionale helseforetakene gjennom året ved å innhente skriftlige opplysninger og avholde rapporteringsmøter.

4.5.5.1 Rapportering

De regionale helseforetakene rapporterer gjennom Årlig melding for hvordan de har fulgt opp oppgaver og styringskrav i oppdragsdokumentene og foretaksmøtene. Årlig melding, årsregnskap og årsberetning styrebehandles i de regionale helseforetakene og sendes departementet innen mars året etter og blir behandlet i foretaksmøtene i mai/juni. Noen mål og oppgaver blir ikke nådd av de regionale helseforetakene. Departementet ber de regionale helseforetakene om å redegjøre for når disse vil bli nådd i eget brev etter behandlingen av Årlig melding. I foretaksmøtene fastsettes også hvordan styringskravene skal følges opp gjennom rapportering i løpet av året. Rapporteringen har blitt mer omfattende med årene. Dette skyldes blant annet krav om dokumentasjon av kvalitet.

Agenda Kaupang fant i 2012 at rapporteringen gjennomgående var blitt bedre i årene før undersøkelsen, og at dette ga styrene bedre forutsetninger for å følge opp mål og styringskrav. Styrene i de regionale helseforetakene opplevde å ha et oppdatert og helhetlig bilde av situasjonen i regionen gjennom rapporteringene fra helseforetakene. Rapporteringen opplevdes som svært omfangsrik, men det var en viss forståelse for at dette hadde sammenheng med det politiske oppdraget. Agenda Kaupang konkluderte med at spesialisthelsetjenesten styres av overordnede, klare mål som følges opp på en ryddig og systematisk måte av departementet. Mer systematisk og aktiv styring, spesielt på økonomiområdet, hadde etter Agenda Kaupang sin oppfatning også medvirket til bedre økonomisk kontroll.

Det foregår til dels omfattende informasjonsutveksling mellom departementet og de regionale helseforetakene knyttet til departementets rolle som sekretariat for politisk ledelse. Det gjelder særlig spørsmål fra Stortinget (spørretimen og spørsmål til skriftlig besvarelse) og aktuelle saker i media, der departementet har behov for å innhente informasjon som grunnlag for statsrådets svar.

4.5.5.2 Møtearenaer mellom departementet og de regionale helseforetakene

Som en del av statsrådets og departementets oppfølging av styrene, avholdes det årlige seminarer for styrene for de regionale helseforetakene. Det avholdes som regel styreseminar i løpet av februar eller mars. Det velges nye styrever i januar hvert annet år, og styreseminaret dette året vektlegger i stor grad introduksjon i helsepolitikken og styringsmodellen for nye styremedlemmer. Statsråden avholder også felles samlinger for styrelederne, som regel en til to ganger per år.

I tillegg til månedlige rapporteringsmøter, ble det fra 2007 innført en ordning med felles tertialoppfølgingsmøter mellom ledergruppene og styrelederne for de regionale helseforetakene og departementet.

De første årene etter innføring av helseforetaksmodellen var departementet mer aktiv deltaker i ulike administrative fora som er etablert på tvers av regionene. Departementet deltok for eksempel mer eller mindre fast på felles møter mellom de administrerende direktørene, (medisinske) fagdirektørmøter og økonomidirektørmøter. Departementet har nå endret sin rolle til å delta av og til; for å informere om eller følge opp enkeltsaker, men ikke som fast deltaker.

Agenda Kaupang pekte i 2012 på at styremedlemmene i de regionale helseforetakene mente at styringsdialogen og rolledelingen med departementet hadde blitt tydeligere med tiden og at departementet begrenset den formelle styringen til foretaksmøtene. Informasjonsutveksling og dialog i de månedlige kontaktmøtene fungerte godt. Departementet brukte ikke disse møtene til «*ekstra styring*». Det er fra departementets side lagt vekt på at disse møtene skal knyttes til rapporteringskravene som er definert i vedlegg til protokoll fra foretaksmøter i januar og i oppdragsdokumentene.

I brev av 30. juni 2015 presiserte departementet sin forståelse av adgangen til å ha dialog mellom eier og underliggende foretak. Det framgår der at både departementet og statsråden har jevnlig kontakt med alle de regionale helseforetakene, både administrativt og med styreleder. Styreledere i helseregionene vil ofte ha behov for å diskutere vanskelige saker med statsråden. Det kan være behov for å sondere eller drøfte politiske konsekvenser av ulike saker. Departementet framholdt at det er viktig for muligheten til å utøve godt lederskap overfor styrelederne at denne kontakten skjer i fortrolighet.

4.5.5.3 Møtearenaer internt i regionene

Administrerende direktører i det regionale helseforetaket og helseforetakene samles i direktørmøter for å diskutere saker som gjelder drift og strategiske veivalg for regionen. Det er opp til den enkelte helseregion å fastsette innretningen på møtene.

Direktørmøtet kan fungere som et forum for dialog om overordnede utfordringer, utveksling av erfaringer, orientering om aktuelle saker og samtaler om hvordan allerede fattede vedtak bør gjennomføres. Det kan imidlertid også fungere som et forum hvor siktemålet er å oppnå enighet om hvordan saker bør løses til det beste for regionen som helhet og hvordan saker bør framlegges for de respektive styrene.

Det er ulik praksis for i hvor stor grad det regionale helseforetakets administrasjon involverer seg i spørsmål av mer driftsmessig art ved det enkelte helseforetak, og hvor stor frihet administrasjonene i helseforetakene gis til selv å håndtere lokale utfordringer. For eksempel viser SINTEF i evalueringen av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst³⁵ til at regionen i forbindelse med gjennomføring av omstillingen gikk bort fra vedtaket om konkretiserte oppdrag til hvert enkelt helseforetak til mer «generelle» styringskrav med utgangspunkt i oppdragsdokumentet fra departementet. Helseforetakene fikk dermed i større grad ansvar for å utvikle sin egen framdriftsplan, mål og suksesskriterier.

Direktørmøtene utpekes ofte som styringsgruppe for regionale prosjekter. Styrelederne i helseforetakene og styreleder og administrerende direktør i det regionale helseforetaket møtes for å diskutere utfordringer, erfaringer og innspill. Det er også etablert fora for personal-, økonomi-, informasjonsdirektører m.m. I tillegg finnes faglige nettverk, prosjektgrupper, styringsgrupper, referansegrupper og andre møtearenaer for å samordne, samhandle og organisere prosjekter.

Tilsvarende møtearenaer er også etablert mellom de regionale helseforetakene.

4.5.6 Styrene

Det går fram av medieanalysen fra Retriever at styrene i helseforetakene er målet for mye av kritikken av helseforetaksmodellen. Kritikken går blant annet ut på at utvelgelsen av representanter til styrene er udemokratisk og at styremedlem-

mene ikke holdes til ansvar for beslutningene som tas i styret. I andre sammenhenger har det også vært stilt spørsmål ved om det er behov for styrer både i helseforetakene og på regionnivå. Dette ses også i sammenheng med lange styringslinjer.

I evalueringen som ble gjort av Agenda Kaupang i 2012, går det fram at styrene har bidratt vesentlig til å gi legitimitet til helseforetakene, både internt og eksternt. De har også bidratt til bedre og mer omforente prosesser for utviklings- og omstillingstiltak.

Agenda Kaupangs vurdering er at styrene har hatt oppmerksomhet rettet mot både de sentrale helsepolitiske målsettingene og spesifikke mål knyttet til drift og styring av helseforetakene³⁶. Fokus for styrenes arbeid hadde skiftet fra å få økonomien under kontroll til mer strategiske og pasientrelaterte spørsmål, særlig de siste tre-fem årene før undersøkelsen i 2012.

Styrets mandat og rolle er fastlagt i helseforetaksloven, vedtekter, styreinstruksjer og krav som eier stiller i foretaksmøtet. Overfor Agenda Kaupang ga de fleste styremedlemmene uttrykk for at de hadde et klart bilde av hva som forventes av dem, både som kollegium og i rollen som styremedlem. Det var likevel behov for å bedre rolleforståelsen i flere styrer, særlig HF-styrene. Departementet har utarbeidet en egen veileder for styrer i regionale helseforetak, som nylig er revurdert.

Intervjuene med foretakenes ledelse avdekket at politikere i RHF-styret hadde fungert bedre enn mange hadde ventet. Politikerne hadde i hovedsak inntatt en posisjon der de ser regionen i et helhetsperspektiv, uten partipolitisk eller geografisk basert argumentasjon. Det framkom imidlertid eksempler på at politisk aktive styremedlemmer også målbar lokal- eller partipolitiske argumenter i styret, noe som ble oppfattet som negativt av mange.

I forbindelse med oppnevning av nye styrer i 2014 ble vedtektene endret slik at kravet om at et flertall av styremedlemmene skulle oppnevnes blant politikere ble opphevet, jf. omtale i punkt 3.3.4. Dette ble begrunnet med at kravet begrenset handlingsrommet til eier i forhold til å utnevne styremedlemmer med annen nødvendig kompetanse. Det ble også lagt vekt på å unngå rollekonflikter. Samtidig med dette ble det understreket at

³⁶ Basert på spørreskjemaundersøkelse til fylkesordførere, ordførere og helsebyråder (svarprosent 33 pst.), intervjuer med fylkesordførere og/eller varaordførere i Troms og Akershus, samt ordfører i Lørenskog, og samtaler med sentrale personer i Eieravdelingen i HOD, Helsedirektoratet og Helsetilsynet samt fylkeslegen i Troms og Akershus.

³⁵ SINTEF Teknologi og samfunn (2015): Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst, jf. kapittel 8 – boks 8.3.

politisk kompetanse i styrene var viktig også framover. Det ville derfor bli oppnevnt personer til styrene med politisk erfaring, men uten at de var knyttet til et bestemt parti. Regjeringen ønsket også å redusere antall styremedlemmer.

Det er ikke et krav at styremedlemmer i helseforetakene skal ha tilknytning til regionen som foretaket hører inn under, til forskjell fra styrene i de regionale helseforetakene. Dette har også i noen grad vært kritisert, og det blir problematisert at flere av styremedlemmene har flere roller; som leder/direktør i ett foretak og styremedlem i et annet.

Kravet til åpne styremøter ble innført i 2004 og lovfestet i 2012. Agenda Kaupang fant at det var stor tilslutning til åpenhetsprinsippet i styrene og at dette skaper få problemer for styrenes arbeid. Enkelte uttrykte likevel forbehold om at åpne styremøter kunne redusere styrets beslutningsevne, begrense den frie diskusjonen i omstridte saker eller føre til populistiske vedtak som ikke er til beste for pasienten.

En undersøkelse foretatt av Tom Colbjørnsen (2015) viser at ledere i statlige selskaper er svært fornøyd med samarbeidet med styrene. Dette gjelder også ledere i helseforetak, men i noe mindre grad. Skepsisen til enkelte skyldes blant annet at det gis unødige mange mål å rapportere på, og at styret lar seg påvirke av medieoppslag.

Nærmere om betydningen av helseforetakenes styrer

Som nevnt stilles det fra ulike hold spørsmål ved om det bør være styrer på to nivåer. Spesielt stilles det spørsmål ved behovet for styrer på HF-nivå. Erfaringen med disse styrene drøftes nedenfor.

I en masteroppgave i 2009³⁷ om hvilken betydning styrene har for styringen av helseforetakene i Helse Nord, fant Karin Paulke at styrene i helseforetakene den gang kun hadde begrenset betydning for styringen av helseforetakene³⁸. Administrerende direktør i helseforetak utøvet ansvaret

³⁷ Karin Paulke (2009): Hvilken betydning har styrene for styringen av helseforetakene i Helse Nord?

Boks 4.2 Sammensetning av styrene

Styrer i de regionale helseforetakene

Etter oppnevning av nye styrer for de regionale helseforetakene i januar 2016 har to av styrene ni styremedlemmer (seks eieroppnevnte, tre ansattvalgte) og to styrer har ti styremedlemmer (sju eieroppnevnte, tre ansattvalgte). Før endringen av vedtektene i 2014 var styrene vesentlig større, med totalt 13 styremedlemmer i alle styrene fra 2012. I perioden 2007–2011 hadde styret i Helse Sør-Øst RHF totalt 16 styremedlemmer (11 eieroppnevnte, fem ansattvalgte). Alle styrene har medlemmer med politisk erfaring.

Styrer i helseforetakene som organiserer sykehus

Når det gjelder styrene for helseforetakene som ble oppnevnt våren 2016, er det noe mer variasjon både når det gjelder antall styremedlemmer og styresammensetning:

Styrene i Helse Sør-Øst har åtte styremedlemmer (fem eieroppnevnte og tre ansattvalgte). Politisk erfaring er vektlagt for ett styremedlem i fem (av ni) styrer. Alle styrene har medlemmer som er bosatt utenfor foretakets opptaksområde. Det er ikke representant fra RHF i styrene, men flere styrer har styremedlemmer som en-

ten tidligere har hatt lederstilling i Helse Sør-Øst eller i helseforetak også i andre regioner.

Styrene i Helse Vest har henholdsvis 10 og 11 styremedlemmer (seks-sju eieroppnevnte og fire ansattvalgte). Alle styrene har medlemmer med politisk erfaring, det er ett til to styremedlemmer per styre som er bosatt utenfor helseforetakets opptaksområde og det er representant for RHF i alle fire styrene.

Styrene i *Helse Midt-Norge* har åtte styremedlemmer (fem eieroppnevnte og tre ansattvalgte). Alle styrene har medlemmer med politisk erfaring, det er to styremedlemmer per styre som er bosatt utenfor helseforetakets opptaksområde og det er representant for RHF i alle fire styrene.

Styrene i Helse Nord har 11 styremedlemmer (sju eieroppnevnte og fire ansattvalgte). Alle styrene har medlemmer med politisk erfaring, tre av styrene har medlemmer bosatt utenfor helseforetakets opptaksområde og det er representant for RHF i alle styrene.

I 11 av 20 styrer er det styremedlem som har kommunal tilknytning, enten politisk (ordfører/varaordfører) eller rådmann, kommunalsjef, kommunelege, fastlege.

for driften i tett samarbeid med de andre helseforetakenes administrerende direktører og administrerende direktør i regionalt helseforetak. Oppgavene knyttet til strategi og organisering av virksomheten ble i stor grad ivaretatt av administrasjonen, gjerne etter konsensus med helseregionens øvrige administrerende direktører. Styrene fokuserte på tilsynsoppgavene, spesielt knyttet til økonomi, og evaluering av eget og administrerende direktørs arbeid.

Agenda Kaupang fant i 2012 at styrene på begge nivåer har vært viktige bidragsytere i arbeidet med å nå de overordnede målene for organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Foretakenes ledelse ga stor tilslutning til dagens modell med styrer på to nivåer. Det var likevel ulike syn blant styrelederne og direktørene, der de første var svært positive mens direktørene var forbeholdne, men positive. De RHF-direktørene som ønsket endring, ville legge ned styrene for helseforetakene fordi styringskraften fra det regionale helseforetaket ville være større uten. De HF-direktørene som ønsket endring, ville legge ned styrene for de regionale helseforetakene.

Det har siden starten av foretaksreformen utviklet seg en praksis hvor administrerende direktører i det regionale helseforetaket og helseforetakene samles i direktørmøter, jf. omtale over. Her drøftes mange saker av betydning for både det enkelte helseforetak og for regionen som helhet inngående og i en tidlig fase. Det er en oppfatning hos flere at konklusjonene fra disse møtene kan ha stor betydning for hvilke vedtak styrene fatter, selv om den formelle beslutningsmyndigheten ligger i styrene. Dette kan i praksis gi det regionale helseforetaket en uformell styringslinje. Prosessen omtales av mange som «konsernstyring», trolig med henvisning til situasjonen i konsern i privat sektor hvor morselskapet normalt har stor påvirkning på beslutninger i datterselskaper.

Helseforetakenes styrer skal gjøre en selvstendig vurdering av de sakene de blir forelagt og fatte vedtak i tråd med egen overbevisning (jf. punkt 3.7.7). Det er ikke grunnlag for å hevde at styrene generelt følger administrerende direktørs innstilling i alle saker. En gjennomgang av protokoller fra alle styremøter i 2015 i noen utvalgte helseforetak (St Olavs Hospital HF, Sykehuset Innlan-

det HF, Helse Førde HF og Nordlandssykehuset HF) viser at styrene i en betydelig andel saker inn tar presiseringer og tilføyelser i det endelige styrevedtaket, for eksempel tilleggsutredninger eller prosessrelaterede endringer.

Det er grunn til å tro at styrenes opplevde mer verdi vil variere mye mellom helseforetak og mellom helseregioner. Uttalelser fra flere som utvalget har hatt kontakt med tyder på det. Forhold som for eksempel helseforetakets størrelse, direktørmøtenes innretning i ulike regioner og styrets sammensetning har trolig betydning.

4.6 Ledelse og forholdet til medarbeidere og ansattes organisasjoner

Etter initiativ fra departementet i 2002 har helseforetakene hatt ledelse og ledelsesutvikling som satsingsområde. Det er lagt ned betydelig innsats i det enkelte foretak, på regionalt nivå og gjennom Nasjonal ledelsesutvikling. Dette har gitt resultater i form av fokus på mer tydelig ledelse, mer ansvarliggjorte ledere og en mer omforent ledelseskultur. Erfaringene viser at ledelsesutvikling er et langsiktig arbeid som krever systematisk satsing over tid.

Ett av formålene med helseforetaksreformen var at de enkelte virksomhetene skulle få større ansvar og frihet. Ledelsen ved sykehusene skulle få et mer helhetlig ansvar for løpende drift. Foretaksorganiseringen skulle være et virkemiddel for å gi sykehusledelsen autoritet. Samtidig skulle staten ta et sterkere grep om den overordnede styringen. Dette er en vanskelig balansegang, og et viktig spørsmål er i hvor stor grad ledelsen ved sykehusene opplever å ha fått et mer helhetlig ansvar for den løpende driften.

I punkt 4.6.1 gjengis undersøkelser som er gjort av utviklingen i lederes handlingsrom. Deretter gjengis vurderinger som er gjort av medarbeideres trivsel og synspunkter, og forholdet til de ansattes organisasjoner. Lønnsvekst i helseforetakene etter 2002 er kort omtalt i punkt 4.6.3.

Utfordringer knyttet til ledelse i sykehus er drøftet i kapittel 6 Utfordringsbildet. Her diskuteres også prinsipper for intern organisering i helseforetakene, herunder spørsmålet om stedlig ledelse.

4.6.1 Lederes handlingsrom

FAFO-rapporten «Ti år etter» viser til at særlig lederne på helseforetaksnivå er opptatt av at statens

³⁸ Det kan stilles spørsmål ved om funnene fra spørreundersøkelsen i 2009 er representative for utviklingen i helseregionene i de siste seks årene. Hovedprioritet for Helseregion Nord var fram til 2009 å bringe orden i økonomien. I de senere årene har regionene dreid fokuset over på andre sider av virksomheten, knyttet til kvalitet, pasientsikkerhet, ventelisteproblematikk mv.

helsepolitiske styring er for detaljert og at det er ulik opplevelse av eget handlingsrom. Det stilles derfor grunnleggende spørsmål ved om det faktisk har skjedd en myndiggjøring av ledelsen, som var en sentral målsetting ved reformen. FAFO peker på at ledelse i helseforetakene utøves innenfor rammene av et utfordrende samspill mellom sterke faggrupper, klare pasientinteresser og store komplekse organisasjoner. FAFO viser til at det er forskjeller mellom oppfatningen til toppledere og mellomledere i helseforetakene. Sistnevnte opplever i mindre grad at foretaksreformen har gitt dem styrket legitimitet og autoritet. Deres oppfatning er at handlingsrommet har krympet i de siste årene. Det er flere pålegg og krav som kommer ovenfra og støttesystemene beskrives som for dårlige. Dette påvirker betingelsene for å utøve ledelse. Topplederne vurderer i større grad at helseforetaksreformen har bidratt til å bemyndige lederne på en ny måte.

Tom Colbjørnsen har utarbeidet en rapport om handlingsrommet for daglige ledere i statlige virksomheter på oppdrag fra Spekter³⁹. Undersøkelsen viser at helseforetakene styres mer detaljert enn andre statlige selskaper. Utvalget mener dette må ses i sammenheng med den virksomheten helseforetakene driver.

Toppsjefene i helseforetak mener langt oftere enn ledere av andre statlige selskaper at både departementets styringsmål og vedtak på foretaks-møter griper inn i den daglige driften, og dermed også inn i daglig leders ansvarsområde. Undersøkelsen viser også at stortingspolitikere i langt større grad enn overfor andre statlig eide selskaper søker å påvirke beslutninger om sykehusene direkte.

Sykehusledernes påvirkes også av ulike aktører på andre måter. Nesten halvparten av sykehusenes toppsjefer erfarer at deres beslutninger og planer møtes av politiske demonstrasjoner og aksjoner. Presseoppslag påvirker dagsorden for 65 pst. av sykehussjefene (for andre toppledere er tallet rundt 25 pst.). 53 pst. av sykehussjefene opplever at kommunepolitikere forsøker å påvirke dem personlig. 71 pst. av helseforetakene er gjenstand for spørsmål, debatt og interpellasjoner i Stortinget. Tilsvarende tall for andre statlig eide selskaper er litt i overkant av 30 pst. Sykehusenes toppsjefer opplever også i større grad enn andre toppledere at ansatte bruker sin faglige makt til å motsette seg omstillinger og at ansatte tar opp

igjen beslutninger som egen leder har tatt høyere opp i systemet.

4.6.2 Medarbeidere og ansattes organisasjoner

De ansatte i helseforetakene er omfattet av arbeidsmiljøloven og det partssamarbeidet som følger av dette, jf. kapittel 3.7. Det er opp til 30 fagforeninger representert i sykehusene, og det er etablert et profesjonelt tillitsvalgtapparat med konserntillitsvalgte og foretakstillitsvalgte i alle regioner. Tilsvarende er det etablert system for vernetjenesten og konsernverneombud. Alle helseforetak har etablert systemer for oppfølging av arbeidsmiljøet som del av HMS-system, med regional rapportering om risikoforhold, arbeidsmiljø/HMS hvert tertial.

Departementet har også i sin eierstyring stilt krav om tiltak på personalområdet. Det er blant annet arbeidet målrettet med å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og å tilby flere heltidsstillinger. Det er innført retningslinjer for rapportering og kontroll av ansattes bierverv. Det har også vært arbeidet systematisk for at helseforetakene skal ha gode rutiner for å unngå brudd på arbeidsmiljøloven generelt og arbeidstidsbestemmelsene spesielt.

Det gjennomføres regelmessig medarbeiderundersøkelser i alle helseregionene. De regionale helseforetakene er pådrivere for gjennomføring og forbedringsarbeidet. I 2014 ble det for første gang gjennomført samme medarbeiderundersøkelse i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Midt-Norge.

Medarbeiderundersøkelsene kan benyttes som grunnlag for utforming av personalpolitikken og diskusjon av forbedringstiltak, og det er et uttalt mål at stadig flere medarbeidere skal oppleve en reell medvirkning i forbedringsarbeidet. Hovedkonklusjoner fra undersøkelsene er at de fleste ansatte i helseforetakene opplever motivasjon, arbeidsglede og tilhørighet til arbeidsplassen, noe som virker positivt inn på pasientens opplevelse av behandlingen. Jobbtilfredshet og jobbenegasjement bidrar til mestingsopplevelse og er en viktig buffer mot negative belastninger. Undersøkelsene viser samtidig at kombinasjonen av forholdsvise høye krav og liten grad av egenkontroll, som kjennetegnes som en belastende arbeidssituasjon, er vanlig innen helsesektoren.

FAFO-rapporten «Ti år etter» (2012) undersøkte hvordan ledere vurderte samarbeidet med ansatte, tillitsvalgte og verneombud. Når det gjel-

³⁹ Tom Colbjørnsen (2015): Daglige ledes handlingsrom i statlige selskaper og helseforetak. Rapport til Arbeidsgiverforeningen Spekter.

der samarbeidet med de ansatte og verneombud, vurderes dette som svært godt. FAFO fant også at nesten sju av ti toppledere vurderer sitt samarbeid med ansattes representanter i styret som godt. Når det gjelder samarbeidet med tillitsvalgte, viser dette at jo flere ansatte man leder og jo lenger man har vært leder, jo bedre vurderer man samarbeidet om den daglige driften og arbeidsplanlegging for å være. Det er regionale forskjeller, og det blir også pekt på at en relativt stor andel ledere ikke har gjort seg opp noen mening om samarbeidet med tillitsvalgte. FAFO-rapporten indikerer imidlertid at viktige tema som målformulering og utvikling av konkrete strategier for måloppnåelse, samt kritikkverdige forhold knyttet til bemanning og arbeidsmiljø, i liten grad forankres med de tillitsvalgte og nedover i organisasjonen.

Colbjørnsen (2015) konkluderer i sin undersøkelse med at de fleste daglige ledere i statlige selskaper og helseforetak samarbeider med de tillitsvalgte som medspillere, og at dette er like vanlig i helseforetakene som i de andre selskapene. Selv om de fleste ansatte gir uttrykk for tilfredshet, møter foretaksledelsen også kritikk fra grupper av ansatte. Dette er blant annet knyttet til at det er mange ledersjikt, og at avstanden til toppledelsen derfor oppleves som lang. Colbjørnsen peker på at daglige ledere i sykehusene tidvis må forholde seg til at ansatte, og særlig det medisinske personalet, motarbeider dem. Motstanden er ofte forankret i faglige subkulturer som har et annet syn enn staten og toppledelsen på hvordan et sykehus bør drives.

Pål Martinussen har i en rapport til Legeforeningen i 2016⁴⁰ gjengitt en surveyundersøkelse blant sykehusleger hvor tema var ulike aspekter ved foretaksmodellen. Legene var kritiske når det gjelder nåværende modell i forhold til en rekke sentrale helsepolitiske målsetninger. På spørsmål om hvilke aspekter ved organiseringen som oppleves som problematiske framheves spesielt «*lange beslutningslinjer*» og «*fravær av stedlig ledelse*». *Innsatsstyrt finansiering* oppleves også som problematisk av mange, i tillegg til *IT-løsningene*.

Legene ble også bedt om å vurdere hvordan en rekke sentrale oppgaver vektlegges av henholdsvis avdelingsledelsen, den øverste ledelsen i helseforetaket og den øverste ledelsen i det regionale helseforetaket. Ut fra legenes vurderinger er den høyest prioriterte oppgaven hos avdelingsledelsen knyttet til «*økonomistyring, regnskap og budsjett*», neste på listen er «*sørge for at regler og*

rutiner følges» og på tredjeplass «*sikre faglig standard og kvalitet på behandlingsaktiviteten*». *Økonomi* skiller seg klart ut som den oppgaven som oppleves å bli prioritert sterkest av ledelsen i helseforetaket og den øverste ledelsen i det regionale helseforetakene, videre vurderer legene at *juridiske bestemmelser* og *politiske føringer* blir prioritert høyt. De oppgavene som oppleves å få lavest prioritet er «*medarbeidere*» og «*faget*».

I følge undersøkelsen oppleves både det sosiale klimaet og innovasjonsklimaet som generelt godt. På spørsmålet om man har planer eller ønsker om å slutte ved sykehuset for å gå over til en annen arbeidsplass, viser det seg at 1 av 5 har slike planer, mens like mange ikke vet. Av de som ønsker å slutte har nesten halvparten (45 pst.) ønsker om å gå til et annet sykehus, mens 28 pst. kan tenke seg å gå over til privat helsevesen.

Norsk Sykepleieforbund (NSF) har i innspill til utvalget gitt uttrykk for at styringsmodellen har fungert på noen områder, men at det fortsatt er behov for forbedringer. De peker på til dels store forskjeller når det gjelder styringskultur, organisering, finansiering og prioriteringer. De stiller spørsmål ved om omfanget av styringskrav bidrar til å realisere helsepolitiske målsetninger på en god måte, og mener det må sikres god balanse mellom nødvendig politisk styring og behovet for lokalt handlingsrom. De mener ellers det er behov for økt fokus på kvalitet og fag i alle deler av pasientbehandlingen og mindre fokus på økonomi og tellekanter.

NSF peker også på at lange beslutningslinjer gjør at lederne i helseforetakene og i virksomhetene mangler viktig informasjon til styring, læring og kontroll for å forbedre virksomheten.

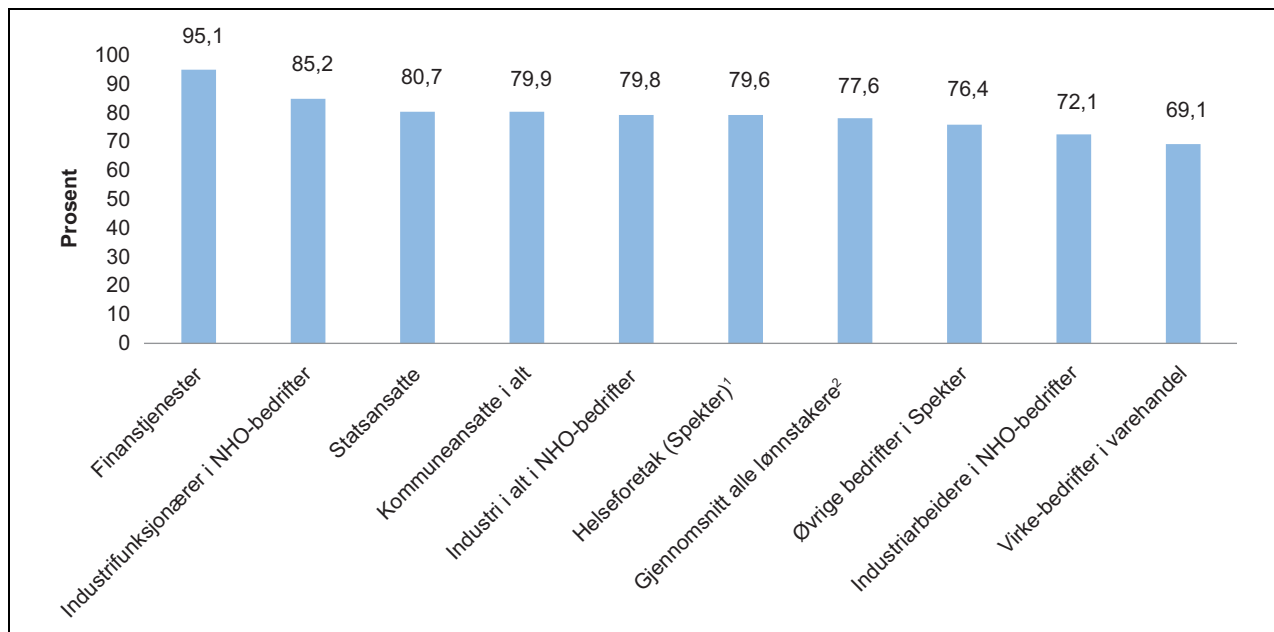
4.6.3 Lønnsvekst i helseforetakene

I forbindelse med at sykehusene ble organisert som statlige helseforetak fra 2002, ble de medlemmer i daværende arbeidsgiverforening NAVO (senere Spekter). Før det var de fylkeskommunale sykehusene en del av det kommunale/fylkeskommunale tariffområdet.

Figur 4.6 viser samlet lønnsvekst fra 2001 til 2015 for helseforetakene sammenlignet med lønnsveksten i de andre store forhandlingsområdene og i alt for alle lønnstakere. Lønnsveksttallene er hentet fra Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU) og beregnet ut fra et felles årslønnsberegnet.

Figuren viser at helseforetakene samlet hadde en lønnsvekst på 79,6 pst. i perioden 2001–2015, eller om lag som i industrien i NHO-bedrifter

⁴⁰ Jon Magnussen m.fl. (mai 2016): Mellom politikk og administrasjon. Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge. Rapport til Den norske legeforening.



Figur 4.6 Samlet lønnsvekst per årsverk/heltidsansatte for perioden 2001 – 2015 i noen store forhandlingsområder og i alt.

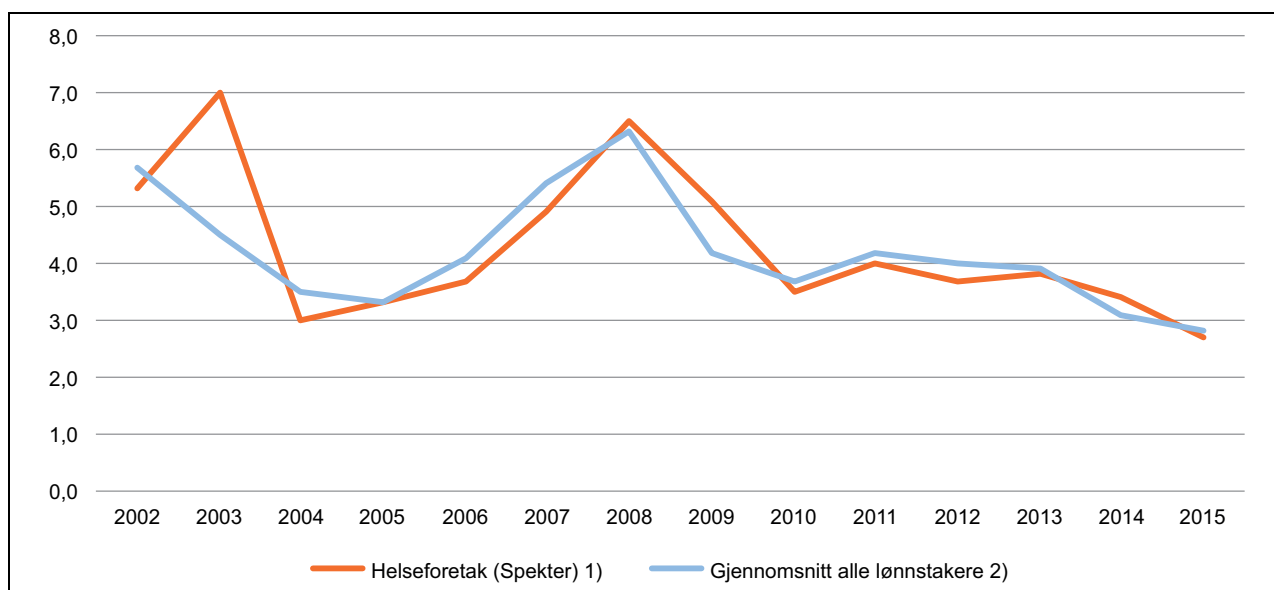
¹ Beregnet på Spekters tallmateriale til 2009. Fra 2010 beregnet på tallmateriale fra SSB.

² Beregnet ut fra nasjonalregnskapstall fra SSB basert på årslønnsbegrepet til TBU.

Kilde: Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU), NOU 2016: 6 og NOU 2012: 11, Arbeids- og sosialdepartementet.

(frontfaget). Lønnsveksten var noe høyere enn gjennomsnittet for alle (77,6 pst.), men lavere enn eksempelvis for ansatte i finansjenester (95,1 pst.) og industrifunksjonærer i NHO-bedrifter (85,2 pst.).

Figur 4.7 viser gjennomsnittlig årlig lønnsvekst fra 2001 til 2015. Spesielle forhold gjorde seg gjeldende i 2003. Etter dette har lønnsveksten i helseforetakene delvis ligget litt under og delvis litt over den årlige gjennomsnittlige lønnsveksten, men har svingt i takt.



Figur 4.7 Årlig lønnsvekst for helseforetakene og alle lønnstakere 2001 – 2015

¹ Beregnet på Spekters tallmateriale til 2009. Fra 2010 beregnet på tallmateriale fra SSB.

² Beregnet ut fra nasjonalregnskapstall fra SSB basert på årslønnsbegrepet til TBU.

Kilde: Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU), NOU 2016: 6 og NOU 2012: 11.

4.7 Erfaringer med medvirkning og samarbeid med andre

Det følger av helseforetaksloven § 41 at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal samarbeide med andre når dette er nødvendig for å fremme foretakets formål eller det er pålagt eller forutsatt i lovgivningen. Foretakene er følgelig pålagt å etablere gode samarbeidsrelasjoner til flere aktører. Nedenfor gis det en gjennomgang av utviklingen i samarbeidet med pasient- og brukerorganisasjoner, kommuner og fylkeskommuner, samt universitet og høyskoler. Forholdet til private tjenesteleverandører er også omtalt i dette avsnittet.

4.7.1 Brukermedvirkning

Helseforetaksreformen innebar at helseforetakene skulle ha brukermedvirkning i sin arbeidsform, jf. kapittel 3.6.

I forbindelse med Forskningsrådets resultatvurdering av sykehusreformen ble det gjennomført to undersøkelser for å belyse helseforetaksreformen som brukermedvirkningsreform. Rapporten oppsummerer dette slik (kapittel 4.9):

«Et viktig resultat av brukermedvirkningsreformen i helseforetakene er at det faktisk er etablert organisatoriske kanaler der representanter for helsetjenestens brukere kan formidle erfaringer og synspunkter inn til helsepolitikkenes iverksettere. Det finnes nå aktører i helsetjenesten som er bærere av en tenkning om betydningen av å lytte til brukerne, og som argumenterer for at helsetjenesten har nytte av å få inn brukerens perspektiver. Disse aktørene er ikke bare brukere, men også ledere i helsetjenesten, både på regionalt og lokalt foretaksnivå. Det store flertallet av de administrative lederne er positive til brukerutvalg, bare noen få er usikre på om brukerutvalget er et nødvendig organ i helsetjenesten.

Når det gjelder oppmerksomhet om brukerens rolle i utforming av helsetjenesten, er både brukerutvalg, administrative ledere og styreledere samstemte om at dette i stor grad er et resultat av brukerutvalgets arbeid.»

Nasjonale helse- og sykehusplan (2016–2019) slår fast at pasienter og pårørende som endringsagenter er en viktig drivkraft for fornying og forbedring. Pasientens kunnskap og erfaring skal brukes aktivt i arbeidet med å forbedre tjenestene. Pasientene må også få hjelp til å delta mer aktivt i

beslutninger om egen behandling. Det blir lagt vekt på tiltak som støtter dette, herunder bruk av teknologi. Det blir slått fast at den største utfordringen i arbeidet med å styrke pasientens stilling i helsetjenesten er å snu innarbeidet kultur og arbeidsmåter slik at helsetjenesten ses fra pasientens perspektiv. Pasientene skal føle seg ivaretatt, sett og hørt, og møtes som de unike individene de er. I arbeidet med standardisering av tjenestene må dette perspektivet være med.

Alle regionale helseforetak og helseforetak har brukerutvalg. Det er også utarbeidet strategier og planer for brukermedvirkning, både i planlegging av behandlingstilbud og i forskning og innovasjon. De regionale helseforetakene lyser også hvert år ut midler til brukerorganisasjoner (pasient- og pårørendeorganisasjoner) med drift og aktivitet i helseregionen sitt geografiske område, og som driver et stort og viktig informasjonsarbeid for sine målgrupper.

Lederne av de regionale brukerutvalgene har gitt innspill til utvalget. De legger vekt på at det siden 2002 har vært en positiv utvikling for brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten. Brukerutvalgene blir tidlig involvert i prosesser og saker, det er etablert en god kultur der brukerutvalgene opplever å være likeverdige samarbeidspartener, selv om det fortsatt er noe å gå på når det gjelder arbeidsform. At det har vært stilt økonomiske ressurser til disposisjon og at det blir gitt opplæring, trekkes fram som viktig for den statusen de har oppnådd. Brukerutvalgene legger vekt på at etablerte ordninger for brukermedvirkning på systemnivå beholdes og utvikles videre ved en eventuell omlegging av eierskap.

SINTEF har i evalueringen av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst også konkludert med at brukerrådenes rolle er styrket, og at dette har vært en ønsket utvikling.

Som omtalt i punkt 3.7.1 har de regionale helseforetakene og helseforetakene hatt noe ulike rutiner og praksis blant annet for brukermedvirkning i styrene. Mange har i lengre tid praktisert møte- og talerett for representant (leder) for brukerutvalgene. I foretaksmøte i januar 2015 ble de regionale helseforetakene bedt om å etablere felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning. Forslag til felles retningslinjer er behandlet i møte mellom de administrerende direktørene for de regionale helseforetakene og sendt på høring i brukerutvalgene med sikte på endelig fastsettelse primo 2017.

Flere helseforetak har også etablert ungdomsråd, og i foretaksmøte i januar 2016 ble de regionale helseforetakene bedt om at det i felles

retningslinjer for brukermedvirkning tas inn bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

Innbyggerundersøkelsen gjennomføres jevnlig av Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi). Undersøkelsen er todelt, med en innbyggerdel og en brukerdel. Siste undersøkelse er fra 2015⁴¹, og i brukerdelen av denne har brukere av 23 statlige, fylkeskommunale og kommunale tjenester besvart ulike spørsmål. Undersøkelsen er sammenlignet med resultater fra 2010 og 2013. Av undersøkelsen går det fram at sykehus har god oppslutning hos brukerne. De oppnår en gjennomsnittlig score på 78 når det gjelder total tilfredshet (skala fra 0–100). Dette er samme score som universiteter, og disse er nummer 6 blant de 23 som inngår i undersøkelsen. Tilfredsheten har økt to poeng fra 2010 og 2013. Sykehus scorer spesielt høyt når det gjelder vurderingen av ansattes faglige kompetanse til å løse oppgavene, og å yte service (behandle med respekt, være imøtekommende, vise omsorg mv.). Lav score ser vi blant annet når det gjelder ventetid til behandling og digitalisering.

4.7.2 Fylkeskommuner og kommuner

Spesialisthelsetjenesten har stor samfunnsmessig interesse, ikke minst lokalt. Et godt helsetilbud er viktig for befolkningen. Helseinstitusjonene er også viktige arbeidsplasser. Lokalisering av helseinstitusjoner må videre ses i sammenheng med utvikling av infrastruktur lokalt og regionalt. Kommuner, og i noen grad fylkeskommuner, har ansvar for deler av helsetjenesten, noe som gjør dem til viktige samarbeidsaktører.

Fylkeskommunene har etter helseforetaksreformen ingen formell rolle overfor spesialisthelsetjenesten, men er likevel en sentral samarbeidsaktør både for de regionale helseforetakene og helseforetakene som en følge av sitt ansvar for å sørge for tannhelsetjenester, og for å fremme folkehelse.

Et gjennomgående tema når det gjelder utviklingen av en god helsetjeneste er den tette koblingen mellom det kommunale og det statlige tilbudet. Skillet mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester framstår ikke alltid klart, og pasienter har ofte behov for tjenester fra begge nivåer. Det er derfor viktig med et godt samarbeid mellom nivåene. Som en del av samhandlingsreformen ble kommunene og

de regionale helseforetakene ved lov pålagt å inngå samarbeidsavtaler, jf. omtale i punkt 3.8.

Rammer for samhandlingen legges gjennom nasjonal styring via oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene, lovregulering mv. Innenfor disse rammene avhenger gode resultater i første rekke av de lokale samarbeidsforholdene, dvs. mellom kommuner og sykehus. Nivåene over kan likevel ha stor betydning gjennom lederoppmerksomhet og en pådriverrolle. Sentralt er blant annet vilje og evne til å legge ressurser i koordinering, og til å etablere felles læringsarenaer. Godt samarbeid forutsetter også at kommunene kan samarbeide godt seg imellom. Alle regionale helseforetak og helseforetak har opprettet ulike samarbeidsformer med fylkeskommunene og kommunene.

I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. ble det lagt vekt på betydningen av lokal- og regionalpolitisk forankring av helseforetakenes planer. Samarbeidet ble for alvor satt på dagsorden i forbindelse med samhandlingsreformen, og da med et bredt spekter av virkemidler.

I St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* er det knyttet målsetninger til:

- Mer forebyggende aktivitet.
- Redusert bruk av sykehustjenester ved at en større del av tjenestene/oppgavene blir levert i kommunene.
- Etablering av strukturer/modeller som gjør tjenestene mer helhetlige og koordinert for brukerne.

Når samarbeidsrelasjonene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i dag vurderes, er det først og fremst som et resultat av samhandlingsreformen, og ikke av helseforetaksmodellen. Nedenfor omtales evalueringen av samhandlingsreformen nærmere. Følgeevalueringen har vært administrert av Norges forskningsråd, og en sluttrapport ble levert i juni 2016.⁴² Styringsgruppen for evalueringen mener at kommuner og helseforetak i hovedsak lojalt har fulgt opp intensjonene i samhandlingsreformen og søkt å realisere dem. Det har foregått en klar utvikling i retning av noen av målene som lå til grunn til samhandlingsreformen, herunder samhandling mellom helseforetak og kommuner. Det er imidlertid usikkert om reformen så langt har gitt merkbare

⁴¹ Difi-rapport 2015:6: Innbyggerundersøkelsen 2015. Hva mener brukerne?

⁴² Forskningsrådet (juni 2016): Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVA-SAM).

uttellinger når det gjelder helhetlige pasientforløp. Fire områder bør etter styringsgruppens oppfatning vies særlig oppmerksomhet; samarbeidsavtalene, fastlegenes rolle og plass i reformen, hensynet til pasient-/brukermedvirkning for å skape mer helhetlige pasientforløp, samt bedre utnyttelse av digital teknologi i pasientkonsultasjoner.

Samhandlingsreformen ble beskrevet som en retningsreform der en løpende måtte evaluere virkemidlene. Med dette som bakgrunn inngikk KS og Helse- og omsorgsdepartementet i 2011 en avtale som blant annet omfattet etablering av et nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen for perioden 2012–2015. Nettverket har bestått av representanter fra KS sentralt og regionalt, fra ulike kommuner, fra de fire regionale helseforetakene, fylkesmennene og aktuelle departement og direktorat. En sluttrapport ble levert i desember 2015, og her gis det følgende overordnede råd for å nå målene i reformen på bakgrunn av erfaringene så langt:

1. Folkehelse må sees tettere opp mot miljø og bærekraft, og kommuner må sikres tilgang til spesialisthelsetjenestens kunnskap innen forebygging og folkehelse.
2. Skal kommunene kunne ta ansvar for en større del av de samlede helse- og omsorgstjenestene må finansiering av tjenestene være i tråd med oppgaveoverføringen og det må etableres insentiv for at kommunene skal overta oppgaver fra sykehusene.
3. Spesialisthelsetjenesten må samarbeide tettere med kommunene for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid, ved å bygge opp desentraliserte og ambulante tjenester som støtter opp under kommunale tjenester.
4. Kommuner og sykehus må utvikle helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem der også allmennlegetjenester og akutttilbud i kommunene er integrert.
5. Kommune og spesialisthelsetjeneste bør samarbeide om brukermedvirkning for å bygge «Pasientenes helsetjeneste» og ta i bruk brukerundersøkelser på tvers av nivåene.
6. Ledere på alle nivå må bevisst arbeide med kultur, holdninger, kompetansebygging og rekruttering for å sikre oppfølging av målene i samhandlingsreformen.
7. Det bør innføres felles IKT-systemer som letter utvekslingen av pasientinformasjon på tvers av nivåene.
8. Sykehus og kommuner bør ha likelydende lovkrav til gjensidig veiledningsplikt, utdanning og forskning.

9. Kommunene bør etablere overordnede strukturer som gjør det mulig for den enkelte kommune å ta ansvar for forskning.
10. Utdanningssektoren må i dialog med kommunene og spesialisthelsetjenesten sikre at innholdet i grunn- og videreutdanningene er i tråd med praksisfeltets behov.

Betydningen av at kommuner og sykehus videreutvikler arenaene for dialog understrekes. Videre anbefales det å innføre felles lederutvikling/lederutdanning for begge nivå.

Riksrevisjonen overleverte i januar 2016 en forvaltningsrevisjon av samhandlingsreformen⁴³. Her presenteres følgende hovedfunn:

- Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus.
- Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene.
- Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen.
- Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok.
- Innenfor rus- og psykiatriområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen.

Mange *helseforetak* får mangelfull informasjon om pasientens funksjonsnivå og medikamentbruk fra kommunene i forbindelse med at pasienter legges inn på sykehus. Flere enn halvparten av *kommunene* opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes forventede framtidige utvikling når de skrives ut fra sykehus. Det samme gjelder informasjon om pasientenes samlede funksjonsnivå. Informasjonen kommer også ofte for seint.

Blant forslagene fra Riksrevisjonen inngår å vurdere tiltak som kan bedre samarbeidet mellom sykehusene og kommunene, blant annet når det gjelder kvaliteten på informasjonen som utveksles og bruken av individuell plan.

I nasjonal helse- og sykehusplan understrekes også behovet for bedre samhandling på lokale arenaer. Spesialisthelsetjenesten må ifølge planen

⁴³ Dokument 3:5 (2015–2016): Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.

legge til rette for videre utvikling av desentraliserte, ambulante tjenester og samhandling med kommunenes helse- og omsorgstjenester, Nav, skole og arbeidsliv. Det legges også til grunn at utviklingsplanene skal utarbeides i tett dialog med blant annet kommunene. Det er nå utarbeidet en veileder for hvordan arbeidet med utviklingsplanene skal gjennomføres.

Nærmere om samarbeidsavtalene

Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak er av spesiell betydning. Disse skal bidra til bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten på de fleste sentrale samhandlingsområder.

Deloitte gjennomførte i 2014 på oppdrag fra KS prosjektet «Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de?»⁴⁴. Undersøkelsen baserer seg blant annet på tilbakemeldinger fra informanter fra intervju og workshop. Informantene var i hovedsak representanter fra ulike kommuner, regionale helseforetak og helseforetak.

Undersøkelsen viser at samarbeidsavtalene oppleves som et egnet og nødvendig verktøy for samhandling, har bidratt til en tydeliggjøring av ansvars- og oppgavefordeling samt medført et bedre samarbeid mellom partene. Hovedutfordringen knyttet til avtalene er omfanget, både antallet avtaler og detaljeringsgrad. Det synes å være store variasjoner når det gjelder hvorvidt avtalenes innhold er kjent, både i kommunen og i helseforetaket.

Funnene i undersøkelsen tyder på at områder som er konkretisert og tydeliggjort i avtalene, i hovedsak etterleves. Det anbefales derfor at avtalene utformes med konkrete, tydelige og presise formuleringer. Avtalene bør heller ikke være for omfattende og detaljerte. Det anbefales ellers at avtalene bør revideres annethvert år, at kommunegrupperinger som en samlet avtalepart bør inngå fellesavtaler med helseforetaket og at det sikres velfungerende elektroniske løsninger som støtter opp under avtalene. Det bør være jevnlig fysiske møter mellom partene, og etableres relevante samarbeidsforum/utvalg. Som suksesskriterium trekkes også fram ledelsesforankring.

I sluttrapporten om evaluering av samhandlingsreformen er en av anbefalingene fra styringsgruppen at det bør vurderes om avtaleområdene er for mange og for omfattende, eller om felles

avtaler med en større gruppe kommuner hadde vært en fordel. Alternativt må en foreta nødvendige prioriteringer slik at avtalene fungerer som operativt virkemiddel. Ellers påpekes at avtalene er relativt like, og dette knyttes til den nasjonale veilederen som har vært normgivende. Det antas at avtaleinnholdet i større grad vil tilpasses lokale behov og erfaringer når de reforhandles. Behovet for å styrke oppfølgingen av avtalene understrekes. Her bør også brukererfaringer og brukerpreferanser inngå.

Ifølge *Riksrevisjonen* opplever et flertall av kommunene at samarbeidsavtalene legger til rette for godt samarbeid og god arbeidsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og at de legger til rette for helhetlige pasientforløp. Rundt halvparten av kommunene synes imidlertid at det er utfordrende å etterleve kravene som stilles i avtalene i den praktiske utførelsen av arbeidet. En like stor andel mener at helsepersonell i egen kommune ikke har tilstrekkelig kjennskap til innholdet i avtalene, mens 61 pst. av kommunene opplever at ansatte i spesialisthelsetjenesten ikke har tilstrekkelig kjennskap til avtalene. Noen kommuner og helseforetak har oppgitt i intervju at både antallet avtaler og kravene til det detaljerte innholdet i disse er for omfattende.

Mens nær alle kommunene mener at samarbeidsavtalene klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for de utskrivningsklare somatiske pasientene, mener under halvparten av kommunene at avtalene klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for pasienter innen psykisk helse og rus.

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen skriver i sin sluttrapport at erfaringene som er delt i nettverket har gitt et bilde av at samarbeidsavtalene bør forenkles, men at avtalene og samarbeidsorganene har bidratt til et bedre samarbeid. Det anbefales at nasjonale myndigheter vurderer en forenkling av lovverket knyttet til samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, slik at godkjenningsprosedyrene er differensiert mellom overordnet avtale og tjenesteavtaler/retningslinjer.

4.7.3 Universiteter og høyskoler

Det er etablert samarbeidsorgan mellom regionale helseforetak og universiteter og høyskoler i regionene. De skal gi tilbakemelding til styrene for de respektive aktørene og være rådgivende for de regionale helseforetakenes besluttsende organer i saker som gjelder utdanning. Flere helseforetak har også etablert faste møtearenaer med høyskoler og universiteter og det er etablert for-

⁴⁴ KS FOU-prosjekt nr. 134017: Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de? En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak.

melle regionspesifikke samarbeidsarenaer mellom universitetssykehus og universitet. For eksempel er det i nord etablert et regionalt strategisk samarbeidsorgan for helsefaglig utdanning i samarbeid mellom Helse Nord RHF, helseforetakene, universitet og kommunal sektor.

Det har vært betydelig økning i forskningsaktiviteten i sykehusene. Forskningsmidler er siden 2003 dels fordelt over statsbudsjettet basert på såkalte forskningspoeng. Dette gjør at resultatene fra forskningen dokumenteres på en helt annen måte enn tidligere. Fredrik Niclas Piro (NIFU) skriver i en kronikk⁴⁵ at det at forskningsaktiviteten økte de første årene etter omlegging til et resultatbasert finansieringssystem, nok dels kan forklares av tidligere års underrapportering/manglende systemer for rapportering. Piro mener videre at den vedvarende veksten vi har sett etter 2003 skyldes at forskning nå er en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten og at det foreligger økonomiske insentiver for alle helseforetak knyttet til publisering og doktorgradsproduksjon.

Utdanningskapasiteten innen helsefagene har økt de siste årene. Dimensjonering av kapasiteten blir i hovedsak fastsatt av Kunnskapsdepartementet, men utdanningsinstitusjonene har frihet til å tilpasse dimensjonering etter lokale og regionale behov. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) går det fram at departementet ser behov for bedre og mer avklart samspill og samordning mellom helsetjenestene og utdanningsfeltet. Dette er nødvendig både for å vurdere endringsbehov og for å kunne sette inn målrettet innsats når det gjelder dimensjonering, innhold, innretting og kvalitet i utdanningene. Departementet ser behov for å gå gjennom strukturene for samarbeid mellom helse- og utdanningssektoren, og vil blant annet etablere et overordnet nasjonalt organ på området ledet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Universitets- og høgskolerådet har i prosjektet *Kvalitet i praksisstudier*⁴⁶ vist til at det er utfordringer knyttet til tilgang på praksisplasser i helse- og sosialfagutdanningene, og også til kvalitet og relevans i praksisstudiene. Behovet er størst i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det trekkes fram at Helse- og omsorgsdepartementet er det eneste eierdepartementet som har

regulert samarbeidet mellom utdanningssektoren og praksisinstitusjonene, og at det gis føringer gjennom oppdragsdokumentene. Det er likevel ikke føringer for rapportering på utdanningsoppgaven i helseforetakene. Finansieringen innenfor basisrammen gir ikke insentiver til å øke antall praksisstudenter, og det er ikke beregnet kostnader knyttet til utdanningsoppgavene i spesialisthelsetjenesten.

Norsk Sykepleierforbund har i innspill til utvalget pekt på et behov for sterkere nasjonal koordinering og styring når det gjelder rekruttering og utdanning av sykepleiere og spesialsykepleiere. De mener det må gjennomføres en nasjonal kartlegging av behovet for sykepleierkompetanse, og at det må utarbeides en forpliktende opptrappingsplan for å sikre at det utdannes spesialsykepleiere på viktige fagområder i tråd med behovet.

Dekanene ved de fire medisinske fakultetene har gitt et felles innspill til utvalget⁴⁷, der de gir uttrykk for sine erfaringer med og vurderinger av helseforetaksmodellen med fokus på forsknings- og utdanningsdelen. Dekanene mener at det sektorovergripende samarbeidet innen utdanning og forskning er blitt betydelig bedre gjennom etableringen av et regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten:

«Det at universitetene kan forholde seg til en stor regional aktør (RHFet) utover det historisk tette samarbeidet med universitetssykehusene har bidratt til et nærmere og bedre samarbeid i utdanning og forskning også med andre HF. (...) Overordnede samarbeidsavtaler på RHF-nivå har fasilisert forpliktende avtaler på HF-nivå med tydeligere fokus på praksisplasser for helsefagutdanningene og forskningsmuligheter. Sterke forskningsmiljø og avansert forskningsinfrastruktur har også blitt tilgjengelige for mindre HF.»

Dekanene viser til at evalueringer av norsk medisinsk og helsefaglig forskning har vist en betydelig vekst i den mer pasientnære kliniske og translasjonspregede helseforskningen.⁴⁸ Det at forskningen også i større grad skjer på mindre helseforetak vil trolig medvirke til fagutvikling, bedre rekruttering av fagpersonell og kunnskapsbaserte praksisarenaer for helsefaglige studenter.

⁴⁵ F.N. Piro, NIFU: Flere doktorgradsprosjekter i helseforetakene. Kronikk. Tidsskrift for Den norske legeförening nr. 14, 2015.

⁴⁶ Universitets- og høgskolerådet (februar 2016): Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt gjennomført på oppdrag fra KD i perioden 2014–2015.

⁴⁷ Innspill til Kvinnsland-utvalget. Brev 26. februar 2016.

⁴⁸ Translasjonsforskning er medisinsk forskning som bygger bro mellom grunnforskning og klinisk forskning. Forskning som tar sikte på å omsette kunnskap fra basalfagene til praktisk anvendelse i pasientbehandlingen.

De regionale forskningsmidlene har etter dekanenes mening medvirket til dette i betydelig grad og til at foretakene har blitt betydelige forskningsaktører.

De regionale samarbeidsorganene har ikke hatt tilsvarende fokus på utdanning som på forskning. Dette kan skyldes mindre tydelige resultatindikatorer for utdanning sammenlignet med forskning i oppdragsdokumentene fra departementet. Gitt det framtidige behovet for helsefaglig kompetanse, tror dekanene at et regionalt samarbeidsnivå vil være viktig for å utvikle og ivareta helsefaglige utdanninger. Dekanene mener også at samarbeidet som er etablert over flere år mellom foretakene vil gjøre det betydelig enklere å implementere ny spesialistutdanning for leger.

Oppsummert skriver dekanene at

«et regionalt nivå for samhandling om utdanning og forskning mellom spesialisthelsetjenesten og universitetene, og en videreutvikling av det integrerte regionale samspillet, vil være viktige strukturer for å kunne få til det nødvendige tverrsektorielle samarbeidet med å nå målene i den nasjonale helsepolitikken. Framtidige organisasjonsmodeller må ta hensyn til dette slik at offentlige ressurser kan forvaltes på en hensiktsmessig og effektiv måte.»

Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet har nedsatt en arbeidsgruppe (Husebakk-utvalget) for å vurdere samarbeidet mellom universiteter og helseforetak. Oppdraget er blant annet å kartlegge barrierer og handlingsrom mellom UH-sektoren og helseforetakene, som en del av regjeringens handlingsplan for oppfølging av Helse-Omsorg21-strategien. Utvalget skal legge fram sine anbefalinger til Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2016.

4.7.4 Private tjenesteleverandører

Andelen av budsjettet som helseforetakene bruker på private tjenesteleverandører har ligget på om lag 10 pst. i hele perioden, med en liten økning de senere årene. Veksten i 2014 og 2015 er særlig knyttet til vekst innenfor rusbehandling og private rehabiliteringsinstitusjoner.

De regionale helseforetakene har i stor grad videreført fylkeskommunenes praksis når det gjelder bruk av private virksomheter. Om lag halvparten av det private bidraget kan tilskrives videreføring av langvarige driftsavtaler med private ideelle virksomheter og bruk av privatpraktiserende avtalespesialister. Den andre halvparten kan tilskrives

bruk av private (både ideelle og kommersielle) gjennom ordinære anskaffelser.

I 2015 inngikk de regionale helseforetakene og Legeforeningen en ny rammeavtale for privatpraktiserende avtalespesialister med virkning fra 1. januar 2016. Målsetningen med den nye rammeavtalen er å integrere avtalespesialistene på en bedre måte i den øvrige spesialisthelsetjenesten. Partene har forpliktet seg til blant annet å arbeide videre med tilrettelegging for spesialistutdanning i avtalepraksis, rettighetstildeling for avtalespesialister og å utarbeide systemer og rammer for samarbeid mellom avtalespesialister, regionale helseforetak og helseforetak.

Som det går fram av punkt 3.5 er det en rekke private virksomheter, både ideelle og kommersielle, som har ordinære kjøpsavtaler med regionale helseforetak. Veksten i kjøp fra private virksomheter har stort sett fulgt veksten totalt sett etter helseforetaksreformen.

I perioden 2002 til 2005 økte de regionale helseforetakene anskaffelsene av somatisk behandling, mens de ble redusert etter 2005. Tall fra Norsk pasientregister viser at volumet av kjøp målt i antall DRG-poeng økte med 20 pst. fra 2003 til 2005, for deretter å bli redusert med 36 pst. fra 2005 til 2009. Endringene i perioden må ses i lys av endringer i andelen innsattsstyrt finansiering og endrete eierkrav om kjøp av private som følge av regjeringsskiftet høsten 2005.

Generelt har omfanget av anskaffelser fra private aktører vært eksponert for ulike eierkrav etter sykehusreformen. I boks 4.6 gjengis viktige styringssignaler som er gitt. Utviklingen i anskaffelser i perioden 2008 til 2015 er illustrert i figur 4.8.

Alle de regionale helseforetakene har utarbeidet strategier for bruk av private. Manglende kapasitet i egne helseforetak og ventetider er sentrale elementer i vurderingene av hva som anskaffes fra private og hvor mye. Andre momenter som vektlegges er økt mangfold i tjenestetilbudet og geografisk spredning av tilbudet.

Godkjenningsordningen fritt behandlingsvalg trådte i kraft 1. november 2015, jf. punkt 6.3. Fritt behandlingsvalg omfatter så langt døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern. I tillegg er enkelte somatiske spesialisthelsetjenester inkludert.

Foreløpig har responsen fra private leverandører vært liten. Per oktober 2016 har 30 virksomheter blitt godkjent, og volumet har vært relativt lite. Det kan være flere mulige forklaringer på det lave volumet, blant annet:

Boks 4.3 Eierkrav om kjøp fra private

I de første årene etter innføring av reformen var det en sterk vekst i kjøp av elektiv kirurgi fra private kommersielle virksomheter.

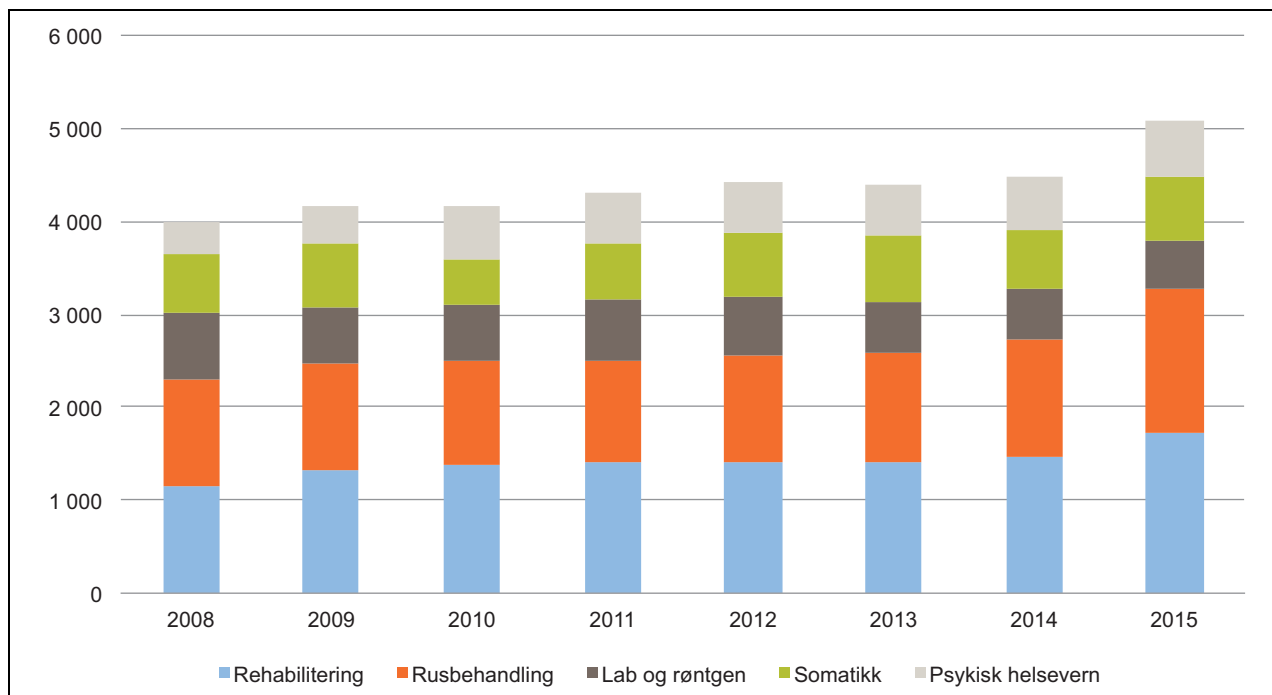
I bestillerdokumentet for 2006 fra regjeringen Stoltenberg II, framgår det at: «Omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses. Sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av frivillige organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med det offentlige.»

Som følge av dette ble omfanget av kjøp fra kommersielle sykehus redusert. I 2005 var andel dagkirurgiske opphold som ble utført ved private kommersielle sykehus 10,8 pst. av antall dagkirurgiske opphold. Andelen ble redusert til 6,5 pst. i 2007.

I oppdragsdokumentet for 2009 framgår det at: «Sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av private ideelle organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med det regionale helseforetaket» og «De regionale helseforetakene skal innenfor sine økonomiske rammer iverksette tiltak for å redusere ventetidene til behandling, her-

under gjøre bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetider på en kostnadseffektiv måte. Avtaler mellom helseforetak og private kommersielle sykehus skal ikke ha et omfang som undergraver pasientgrunnlaget for de små offentlige sykehusene.»

Dette viser etter utvalgets mening en endring i holdningen til bruk av private. Endringen ble enda tydeligere under regjeringen Solberg. I oppdragsdokumentet for 2014 til Helse Sør-Øst RHF framgår det at: «Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Det er en utfordring at mange pasienter venter unødvendig lenge på nødvendig behandling, også på helsetjenester der det er ledig kapasitet hos private aktører. Helse Sør-Øst RHF må sørge for mer bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Helse Sør-Øst RHF skal raskt utnytte kapasitet innenfor eksisterende avtaler og anskaffelsesregelverk, og de private skal sikres forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser.»



Figur 4.8 Utviklingen i anskaffelser i perioden 2008 til 2015 basert på kostnadstall fra Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord. (mill. kroner)

Kilde: De regionale helseforetakene

- Markedskonsentrasjon innen somatikk. Aleris Helse har i 2015 fått tillatelse av konkurransetilsynet til å kjøpe Teres Medical Group på bestemte vilkår. Sammen med Capio Group dominerer disse aktørene markedet innenfor somatikk. Responsen i fritt behandlingsvalg for somatikk vil dermed på kort sikt avgjøres av hvilke strategiske og taktiske disposisjoner disse aktørene gjør, blant annet egen vurdering av finansiell risiko knyttet til ordningen (usikkerhet for volum).
- Risikovurderinger. Arbeiderpartiet har signalisert at de vil reversere fritt behandlingsvalg dersom de kommer til makten i 2017.
- Begrenset ledig kapasitet etter økte anskaffelser. Innenfor rus og psykisk helsevern har det vært en kraftig økning i anskaffelsene fra de regionale helseforetakene i de senere årene, i tråd med styringssignaler fra eier.
- Prisene i ordningen. Flere mener at prisene i ordningen er satt for lavt.

Oppsummert viser gjennomgangen at helseforetaksreformen ikke har ført til vesentlig endring i bruk av private virksomheter. Utviklingen etter reformen bygger på flere områder på samarbeid som er etablert før 2002. Omfanget har holdt seg rimelig stabilt gjennom hele perioden, men med

variasjoner som i noen grad har vært påvirket av styringskrav fra eier.

4.8 Økonomiske rammebetingelser og resultater

4.8.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet stiller til disposisjon de midlene Stortinget har bevilget i oppdragsdokumentene. Det enkelte regionale helseforetaket skal gjennomføre oppgavene og styringskravene innenfor de ressursene som blir stilt til rådighet. Departementet har siden den statlige overtakelsen i 2002 hvert år spesifisert økonomiske resultatkrav.

Tabell 4.3 viser utviklingen i resultater fra 2002. Resultatene i tabellen viser avvik i forhold til styringskravene fra departementet. Disse avviker til dels fra de resultatene som følger av de ordinære regnskapsreglene. Dette er nærmere omtalt i boks 4.4.

Tabell 4.3 viser at de regionale helseforetakene samlet gikk med underskudd i perioden 2002 til 2008, og siden har gått med overskudd. Det største underskuddet var i 2003, da det var på nærmere 2 mrd. kroner og utgjorde 3,8 pst. av samlede bevilgninger.⁴⁹ Fra 2006 til 2008 ble un-

Tabell 4.3 Økonomisk resultat i regionale helseforetak og for landet samlet i perioden 2002–2015. Mill. kroner (nominelle kroner)

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Samlet
2002	97	-514		-313	24	-120	-826
2003	-29	-697		-524	-461	-262	-1973
2004	58	-779		-531	-498	-175	-1925
2005	42	-498		-182	-572	-165	-1375
2006	-15	-307		-405	-711	-433	-1871
2007			-1 087	-90	-10	-263	-1450
2008			-425	-141	86	-221	-701
2009			-157	156	214	100	313
2010			172	436	548	112	1268
2011			-478	455	417	373	767
2012			211	565	524	437	1737
2013			483	648	286	488	1905
2014			816	796	802	363	2777
2015			1046	680	393	617	2736
2002–2015	153	-2795	581	1550	1042	851	1382

Boks 4.4 Om fastsetting av resultatkrav

Utgangspunktet for Helse- og omsorgsdepartementets eierstyring har vært et resultatkrav på null. Det har ikke blitt krevd overskudd, begrunnet f. eks. med avkastningskrav på innskutt kapital. Det har imidlertid i de årlige budsjettproposisjonene blitt foretatt mange korrigeringer av resultatkravet. De første årene ble det presisert at kravet til balanse var før avskrivninger. Dette hadde sammenheng med at midler lagt inn for å dekke avskrivninger var klart lavere enn de faktiske avskrivningskostnadene på 5 mrd. kroner. Differansen ville framstå som underskudd for de regionale helseforetakene, og den ble holdt utenom eiers styringsmål fram til 2008. I 2008 ble det lagt inn 1,67 mrd. kroner i basisbevilgningene for å gi et bedre grunnlag for å dekke de faktiske avskrivningskostnadene.

Fra 2006 til 2008 ble kravet til balanse korrigert for pensjonskostnader. Bakgrunnen var store justeringer i pensjonskostnader på grunn

av endringer i de økonomiske parameterne for pensjonskostnadsberegninger. Fra 2009 ble det innført en ny modell for håndtering av pensjonskostnader og pensjonspremier der en i utgangspunktet bevilger midler til pensjonskostnader. Det har derfor vært mulig å stille resultatkrav der disse er dekket. I 2010 og 2014 ble pensjonskostnadene nedjustert som engangshendelser (effekter av pensjonsreformen), og det ble disse årene stilt krav om positivt resultat.

Fra 2014 er Helse- og omsorgsdepartementets økonomiske resultatkrav ikke lenger formulert som et krav om resultat i balanse. Foretaksgruppen i helseregionene skal innrette virksomheten innenfor de økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S, foretaksmøtet og oppdragsdokumentet, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

derskuddet redusert, og fra 2009 har det vært overskudd. Overskuddet nådde en topp i 2014 med nesten 2,8 mrd. kroner, tilsvarende om lag 2,4 pst av de samlede bevilgningene. Overskuddet var på om lag samme nivå i 2015. Utviklingen i resultat har imidlertid ikke vært lik for de regionale helseforetakene. Helse Øst RHF hadde små underskudd eller overskudd i hele perioden 2002–2006, mens Helse Sør RHF hadde betydelige underskudd i samme periode. Det sammenlåtte Helse Sør-Øst RHF (etablert 1. juni 2007) hadde sitt dårligste resultat i det første året med nesten 1,1 mrd. kroner i underskudd, og hadde underskudd så sent som i 2011. Helse Midt-Norge RHF hadde overskudd i 2002 og fikk en kraftig forverring til 2003. I perioden etter dette følger Helse-Midt Norge RHF hovedmønsteret, men oppnådde overskudd allerede i 2008. Helse Vest RHF og Helse Nord RHF har fulgt hovedmønsteret. I 2015 ble overskuddet redusert i Helse Midt Norge RHF og forbedret i Helse Nord RHF.

4.8.2 Situasjonen ved inngangen til reformen

I april 2000 ble det lagt fram en proposisjon med forslag om betydelige tilleggsbevilgninger, jf. St.prp. nr. 47 (1999–2000). Proposisjonen beskriver en aktivitetsvekst som var sterkere enn forutsatt og sterkere enn utviklingen i fylkeskommunenes økonomi. Det ble under visse forutsetninger beregnet at avstanden mellom kostnadene ved økt pasientbehandling fra 1997 til 2000 og det økonomiske grunnlaget for å dekke disse kostnadene var på 2,1 mrd. kroner. Utviklingen i underskudd i denne perioden var knyttet til innføringen av ISF fra 1997, som resulterte i aktivitetsvekst og kostnadsøkninger uten tilstrekkelig økonomisk grunnlag.

Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 47 (1999–2000) ble bevilgningsforslaget økt med 520 mill. kroner, slik at samlet styrking ble 1770 mill. kroner.

St.prp. nr. 82 (2001–2002) Kommuneproposisjonen for 2002 beskrev opplegget for overføring av midler fra fylkeskommunene til de regionale helseforetakene i forbindelse med helseforetaksreformen. Det ble ved uttrekket lagt til grunn å videreføre det utgiftsnivået som en ville hatt ved fortsatt fylkeskommunalt eierskap. Kostnadsutviklingen kom imidlertid ut av kontroll i 2001. Pa-

⁴⁹ Basert på vedtatt budsjett ved årets start, under kap. 732, 70–78

sientbehandling økte med vel 4 ½ pst. og driftskostnadene økte betydelig mer enn aktivitetsveksten skulle tilsi. Høsten 2001 var det derfor usikkerhet om hva som var det faktiske utgiftsnivået for sykehusene ved inngangen til 2002. I Tillegg nr. 4 (2001–2002) ble det varslet at Regjeringen ville komme tilbake til helheten i sykehusbevilgningene i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett. Det ble i mai 2002 fremmet en egen proposisjon, jf. St.prp. nr. 59 (2001–2002) Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002. Med utgangspunkt i opplysninger fra de regionale helseforetakene kunne det anslås at det ville bli 2,6 mrd. kroner i samlet driftsunderskudd før igangsatte tiltak. Årsaker som ble trukket fram var kostnader ved høyere aktivitetsnivå enn forutsatt, omstillingskostnader og høyere kostnadsvekst inkludert pensjoner. Det ble pekt på at kostnadsveksten var knyttet til forhold som sykehusene i liten grad hadde kunnet påvirke. Regjeringen foreslo å bevilge 1,3 mrd. kroner til delvis dekning av de nevnte forholdene. Resterende del av det forventede underskuddet ble forutsatt dekket gjennom effektiviserings- og kostnadsreduserende tiltak. Det ble vurdert som usikkert hvor raskt det var mulig å gjenopprette balanse i driften, men forutsatt at det uansett ble oppnådd økonomisk balanse i helseforetakenes drift i 2003. Ved Stortingets behandling av proposisjonen ble bevilgningene økt med 350 mill. kroner, i hovedsak til høyere aktivitetsvekst, og altså ikke for å redusere behovet for kostnadsreduserende tiltak. Det ble videre vedtatt en økning i driftskredittene med 1 mrd. kroner.

I revidert styringsdokument fra juni 2002 ble det uttrykt at det skulle styres med sikte på at aktiviteten ikke skulle medføre kostnader utover det som tilleggsbevilgningen ga rom for, og at det ikke ville komme ytterligere tildelinger i 2002. Styringssignalene innebar med andre ord at de regionale helseforetakene måtte gjennomføre omfattende kostnadsreduserende tiltak i oppstartsåret.

4.8.3 2003 – 2007 Store og vedvarende underskudd

Årene 2003 til 2007 kjennetegnes av at:

- det ikke ble bevilget midler til ny aktivitetsvekst, og aktivitetsveksten ble større enn forutsatt
- det ble satt frister for å komme i balanse som ble skjøvet på
- opprinnelig bevilgningsforslag ble økt i budsjettforhandlinger og/eller i senere budsjettframlegg.

I budsjettet for 2003 ble kravet om balanse skjøvet på til 2004. Det ble ikke bevilget midler til økt pasientbehandling sammenliknet med anslått aktivitet i 2002.

I styringsdokumentet for 2003 ble det sagt at det regionale helseforetaket hadde anledning til og «skal øke aktiviteten» dersom dette kan skje innenfor budsjettets rammer. Videre ble det sagt at departementet understreket at for å ivareta pasientbehandling, burde hele omstillingsperioden fram til 2004 nyttes for å oppnå balanse i driften.

25. juni 2003 sendte departementet ut et revidert styringsdokument til de regionale helseforetakene. Der ble det poengtert at det skulle styres inn mot samme aktivitetsnivå i 2003 som i 2002. Det reviderte styringsdokumentet ble imidlertid trukket fem dager senere etter påtrykk fra opposisjonen på Stortinget. Det ble i styringsdokumentet anført at helseforetakene hadde produsert mye mer enn 2002-nivået de første seks månedene. Styringsdokumentet innebar derfor i praksis at helseforetakene i siste halvår av 2003 måtte ha lavere aktivitet enn 2002-nivået for samlet å ende opp på 2002-nivået. I omgrupperingsproposisjonen høsten 2003 ble det gitt en tilleggsbevilgning på knapt 1,5 mrd. kroner knyttet til aktivitetsvekst ut over forutsetningene til ISF og poliklinikk. Aktivitetsveksten under ISF-ordningen endte på 7 pst., den høyeste som er registrert, jf. figur 4.2.

I 2004 førte budsjettforliket i Stortinget til at balansekravet ble skjøvet på til 2005, og bevilgningene ble økt med 500 mill. kroner. Ved behandlingen av RNB ble det lagt inn 500 mill. kroner til helseforetakene.

I budsjettet for 2005 ble bevilgningen økt med 500 mill. kroner ved behandlingen i Stortinget, og det ble åpnet for å vurdere å skyve på balansekravet til etter 2005 for Helse Sør. I RNB ble det gitt en tilleggsbevilgning på 700 mill. kroner, og balansekravet ble utsatt til 2006.

Ved behandlingen av *budsjettet for 2006* ble balansekravet opprettholdt og det ble forutsatt at aktivitetsnivået fra 2005 ble videreført. ISF andelen ble satt ned fra 60 pst. til 40 pst. I bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene ble blant annet følgende uttrykt:

«Det regionale helseforetaket må være oppmerksom på at bruk av aktivitetsbaserte tilskudd ut over [videreføring av aktiviteten fra 2005 til 2006] vil medføre bruk av basisbevilgningen som ikke er i tråd med kravene til faglig

prioritering og regnskapsmessig balanse i 2006.»

I revidert nasjonalbudsjett for 2006 (St.prp. nr. 66 (2005–2006)) ble Stortinget orientert om at underskuddet i 2005 hadde blitt større enn forutsatt og at særlig Helse Midt-Norge ville ha problemer med å komme i balanse. Balansekravet ble skjøvet på til 2007. Alle de regionale helseforetakene hadde betydelige underskudd, med unntak av Helse Øst RHF.

I *budsjettet for 2007* ble det også lagt opp til å videreføre aktivitetsnivået fra 2006. I februar 2007 ble det lagt fram en proposisjon der det blant annet ble foreslått å bevilge 700 mill. kroner til de regionale helseforetakene. Bevilgningsøkningen ble begrunnet med å gi de regionale helseforetakene noe bedre tid til å gjennomføre nødvendig effektivisering av driften og for å sikre pasientbehandlingen. Det er i proposisjonen beskrevet et tettere rapporteringsopplegg for de regionale helseforetakene til departementet i 2007, også knyttet til det enkelte helseforetak. Selv om underskuddet gikk ned, endte også 2007 med et underskudd på nesten 1 ½ mrd. kroner.

Oppsummert kan det slås fast at den første perioden var preget av store avvik mellom de kravene som ble stilt om økonomisk balanse og de resultatene som ble oppnådd. Utgiftsveksten var stor og ikke bærekraftig, slik den også hadde vært på slutten av 1990- tallet under fylkeskommunalt eierskap, jf. Magnussen m.fl. 2016 s. 8 figur 1⁵⁰. Fram til og med 2005 gjorde Stortinget betydelige endringer i budsjettoppleggene. Det reviderte styringsdokumentet i 2003 ble også trukket tilbake etter påtrykk fra Stortinget. Helsetjenesteforskeren Terje Hagen har i notat til utvalget trukket fram at styringen var preget av at en i perioden fra 1999 til 2005 hadde relativt svake mindretallsregjeringer som ble overkjørt av flertallet i Stortinget. Helseøkonomen Jon Magnussen (Magnussen m.fl. 2016 s 10) vektlegger at helseforetakene opplevde doble styringssignaler. En høy ISF-andel oppmuntret til høy aktivitetsvekst, samtidig som budsjettvedtakene innebar at veksten i aktivitet skulle reduseres.

Et styringssystem der krav som settes ikke følges opp, er uheldig. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved realismen i de kravene som ble stilt i perioden, og da spesielt forutsetningene om uen-

dret aktivitetsnivå, selv med vekst i befolkningen, kombinert med mål om reduserte ventelister.

4.8.4 Utviklingen fra 2008 til i dag – underskuddene reduseres og det blir overskudd

I *budsjettet for 2008* ble det for første gang etter innføringsåret budsjettert med en aktivitetsvekst på 1,5 pst. fra anslått nivå for 2007 etter 1. tertial. Også i 2008 ble det likevel tilleggsbevilget midler for å lette omstillingskravet. I St.prp. nr. 13 (2008–2009) fra november 2008 ble det lagt inn 500 mill. kroner til helseforetakenes basisbevilgninger. Uten denne bevilgningen ville underskuddet i 2008 blitt nesten på nivå med underskuddet i 2007.

I *budsjettet for 2009* ble det også lagt til grunn en tilsvarende aktivitetsvekst som i 2008. Videre ble det foreslått 600 mill. kroner til endret inntektsfordeling som oppfølging av Magnussen-utvalget, og 500 mill. kroner for å lette omstillingsutfordringene. I tillegg ble systemet for håndtering av pensjonskostnader og -premier lagt om.

Siden 2008 har det hvert år blitt budsjettert med aktivitetsvekst utover fjorårets nivå, og de regionale helseforetakene har samlet sett hatt resultatmessige overskudd fra 2009.

Den positive utviklingen i perioden må dels tilskrives tettere styring og læring hos de ulike aktørene, og dels bedre rammebetingelser. Aktivitetsstyringen ble strammet til over tid. Mens Helsedepartementet i 2002 understreket at ISF-ordningen var en overslagsbevilgning som la til rette for aktivitetsvekst, ble det over de følgende årene en dreining i retning av at de forutsatte aktivitetsanslagene ble mål for aktivitetsnivået, blant annet ved at det ble angitt anslag for DRG-poeng for hvert enkelt RHF. De økonomiske rammebetingelsene har blitt bedre og mer forutsigbare ved at det er budsjettert med aktivitetsvekst, nytt inntektssystem ble innført med tilførsel av friske midler og det ble i 2008 lagt inn ekstra midler for å dekke avskrivninger. Sistnevnte gjorde opplegget knyttet til håndtering av investeringer mer håndterbart og troverdig. Omleggingen av systemet for å håndtere pensjoner i 2009 gjorde også styringen knyttet til resultatkrav tydeligere ved redusert bruk av korreksjoner.

Fra 2015 er systemet for aktivitetsstyring endret ved at det ikke lenger settes opp mål for aktivitetsnivå for de regionale helseforetakene. Sykehusene skal kunne øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til dette. Aktivitetsveksten i 2015 ble en del høyere enn opprinnelig budsjettert.

⁵⁰ Jon Magnussen m.fl. (mai 2016): Mellom politikk og administrasjon. Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge. Rapport til Den norske legeförening.

4.9 Ressurser brukt til administrasjon

Noe av kritikken mot styringsmodellen har bl.a. vært at de regionale helseforetakene er et byråkratisk mellomledd og at for mye ressurser går til rapportering og administrasjon.

4.9.1 Om årsverk i de regionale helseforetakene

Ved gjennomføring av helseforetaksreformen ble det gjort et uttrekk fra fylkeskommunene på 750 mill. kroner til administrasjons- og felleskostnader, som ble innarbeidet i foretakenes budsjett-rammer for 2002. Ca. 700 årsverk (fordelt på 2000 ansatte) var knyttet til oppgaver innenfor spesialisthelsetjenesten. Det ble overført ca. 320 årsverk til helseforetakene og i underkant av 80 årsverk til de regionale helseforetakene. Bemanningsplanene for de regionale helseforetakene i 2002 var på i underkant av 150 årsverk. Den første tiden var det derfor omfattende innleie av personell for å etablere organisasjonene og funksjonene som skulle ivaretas.

Utviklingen etter 2002 viser en økning i årsverk. En oppsummering gjort i departementet i februar 2004 viste at det var om lag 175 årsverk i de regionale helseforetakene. En rapport fra revisjons- og rådgivningsvirksomheten BDO AS⁵¹ anslo 298 årsverk (2011–2012) og en oversikt i Prop. 1 S (2016–2017) viser til sammen 365 årsverk.

BDO AS gjennomførte i 2012 en kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Resultatene fra denne er gjengitt i tabell 7.1.

4.9.2 Administrasjon og rapportering i spesialisthelsetjenesten

Det har vært stor oppmerksomhet rundt vekst i administrative årsverk og krav til rapportering i spesialisthelsetjenesten. Det er gjort noen undersøkelser på dette området.

I rapporten til Legeforeningen fra Magnussen m.fl. (s. 14) heter det at det ikke er mulig å se noen endring i andelen arbeidskraft som benyttes til administrative eller andre støttetjenester etter innføring av helseforetaksreformen. De siste årene har andel administrativt personell likevel vokst noe. Den yrkesgruppen som særlig har økt sin andel er legene. Deres andel av den samlede

årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten er økt med nær 40 pst. siden 1990.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2012⁵² en historisk oversikt over årsverk i spesialisthelsetjenesten, med vekt på utviklingen i administrative og tekniske årsverk⁵³. For perioden 2002–2007 var veksten i antall årsverk i spesialisthelsetjenesten på 11 pst., veksten i behandlinger og konsultasjoner i overkant av 12 pst., mens veksten i administrative og tekniske årsverk var på 4,5 pst. For perioden 2008–2010 var årsverksveksten på 3,5 pst. og veksten i behandlinger og konsultasjoner på 7 pst. Veksten i administrative og tekniske årsverk var om lag 9 pst. Helsedirektoratet konkluderer med at veksten i administrative og tekniske årsverk i perioden 2008–2010 har vært moderat, og at det ikke er noe som tyder på at veksten har vært uforholdsmessig høy.

Helsedirektoratet ledet i 2013 et prosjekt som på oppdrag av departementet skulle kartlegge rapporteringsoppgavene blant medarbeidere og ledere på laveste organisatoriske enhet i sykehusene, i samarbeid med representanter for arbeidslivets organisasjoner⁵⁴. Hovedkonklusjonen var at det ikke var områder som pekte seg ut som unødvendige, men at den totale mengden rapportering, og til dels mangelfulle IKT-systemer som blant annet fører til dobbelregistrering, var årsak til frustrasjon og stor arbeidsbelastning.

Rapportering i sykehus omfatter alt fra styrings- og ledelsesinformasjon med personal-, økonomi- og aktivitetsrapportering, til dokumentasjon av pasientbehandling, håndtering av henvisninger, dokumentasjon og rapportering av kvalitetsdata og avviksrapportering. Flere standardiserte prosedyrer og nasjonale retningslinjer har blant annet medvirket til økning i pasientdokumentasjonen. Endringer i pasientrettigheter og flere kvalitetsregistre bidrar i samme retning. Samhandlingsreformen har også krav til mer formalisert kommunikasjon mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Kravene fra NAV til rapportering og oppfølging av langtidssykemeldte tar mer tid enn tidligere for ledere med personalansvar. Oppfølging av aktivitets- og andre styringsdata har

⁵² Helsedirektoratet (06/2012): Årsverksutviklingen i spesialisthelsetjenesten 2002–2010

⁵³ Helsedirektoratet har i denne gruppen inkludert It-konsulenter og helsesekretærer i administrasjons- og kontorpersonell. Ansatte med service-, tekniske- og/eller driftsfunksjoner inkluderer også kjøkkenpersonell, renholdspersonell, portører, vaktmestere, sentralbordoperatører og teknisk personell m.m.

⁵⁴ Rapport fra SINTEF 3. juni 2013 «ett ark til». Undersøkelsene ble gjennomført av SINTEF Teknologi og samfunn avd. Helse.

⁵¹ BDO AS og Telemarksforskning (2012): Kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk.

også økt som følge av krav om styring og kontroll. Forhold som følger av internkontrollforskriften som krav om risikovurdering, krav om internrevisjon eller rapportkrav fra tilsynsmyndighetene vil også kunne oppleves som del av et krevende rapporteringsregime.

4.10 Oppsummering

Utvikling i tjenestene

Kvaliteten på helsetilbudet i Norge er generelt god. OECD-rapporten Health at a Glance viser at helsetilstanden i Norge er god, med høyere forventet levealder og lavere sykkelighet og dødelighet enn gjennomsnittet for EU-landene i OECD. I stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som regjeringen la fram høsten 2015, går det fram at det har vært en gradvis forbedring av resultater over tid på mange av de områdene der det er etablert målesystemer. Det er imidlertid ikke grunnlag for å konkludere med at vi har fått et mer *likeverdig* tilbud. Ulikhet i tilbud dokumenteres i ulike rapporter. Det er ellers en utfordring at det på flere områder ennå ikke er etablert kvalitetsindikatorer, og det arbeides med å etablere bedre systemer for å kunne vurdere og følge opp kvaliteten på pasientbehandlingen.

Ventetid er en sentral indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Gjennomsnittlig ventetid ble redusert fra 90 dager i 2002 til 70 dager i 2004. I 2015 var gjennomsnittlig ventetid 69 dager. Tall for 2016 viser en positiv utvikling, og gjennomsnittlig ventetid var 59 dager i andre tertial 2016.

I perioden fra 2004 til 2015 økte bevilgningene til spesialisthelsetjenesten med i gjennomsnitt 2 pst. per år, mens gjennomsnittlig kostnadsvekst var 1,5 pst. Det har vært en reell nedgang i kostnadsveksten per innbygger for somatikk, men vekst innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. En lavere vekst i kostnader enn i bevilgninger illustrerer at det er skapt rom for å øke investeringene de siste årene.

Aktivitetsveksten innenfor somatikk var på i gjennomsnitt 1,6 pst. per år. Dette betyr at aktivitetsveksten på dette området har vært høyere enn kostnadsveksten. Dette kan tilskrives produktivetsforbedringer, noe som støttes av resultater fra ulike analyser. Samtidig er det flere rapporter som tilsier at det fortsatt er rom for å forbedre produktiviteten.

En hensikt med helseforetaksmodellen var å oppnå mer bevissthet omkring innsatsfaktoren kapital. Intensjonen er oppnådd på den måten at in-

vesteringene finansieres av de regionale helseforetakene selv og inngår i en helhetlig prioritering. Investeringsnivået er klart høyere enn på 1990-tallet. Samtidig er det fremdeles utfordringer knyttet til sykehusbygg med dårlig standard.

Alt i alt kan det konkluderes med at målbare resultater i spesialisthelsetjenesten har utviklet seg godt i perioden etter at helseforetaksreformen ble innført, når disse vurderes opp mot de ressursene som har vært tilgjengelige.

Samordning

Behovet for bedre funksjonsfordeling var en viktig problemstilling ved innføring av helseforetaksreformen. Behovet for å sentralisere spesialiserte tjenester har vært trukket fram, og også muligheter for å desentralisere andre tjenester. Viktige endringer har skjedd etter 2002, men faglige råd tilsier ytterligere endringer. Dette er imidlertid vanskelige prosesser som ofte møter motstand, og endringer må skje i forståelse med eier. Føringer har vært gitt av departementet og Stortinget. Retningslinjer for organisering av fødselsomsorgen er et eksempel på dette. Funksjonsfordeling har også vært tema for ekstraordinære foretaksmøter og i enkelte tilfeller har styrenes innstillinger blitt omgjort.

Også for ikke-medisinske støttefunksjoner er det tatt grep for bedre samordning. For apotekdriften skjedde dette allerede fra 2002, ved at denne ble organisert i egne selskaper i regionene. Det er også egne IKT-selskaper i alle regioner. Samordning mellom regioner har dels vært gjennomført gjennom etablering av seks felleseide selskaper. Grepene som er tatt med å etablere felleseide selskaper, dels etter pålegg fra departementet, er uttrykk for et ønske om en sterkere nasjonal samordning på viktige områder.

Ansvarsforhold og styring

Bruken av foretaksmøter har endret seg gjennom perioden, både når det gjelder struktur og innhold. Fra 2005 ble det etablert praksis for å avholde foretaksmøter i januar/februar, der eier setter økonomiske og organisatoriske krav og rammer for året. I juni avholdes foretaksmøter for å godkjenne årsregnskap og årlig melding. Krav satt på foretaksmøtene er fulgt opp gjennom rapportering. Det har vært gjennomført relativt få foretaksmøter utenom de faste møtene, og med noen unntak har foretaksmøtene sluttet seg til styrenes innstilling.

Utformingen av oppdragsdokumentet har endret seg. Overordnet mål og strategi konkretiseres nå i større grad gjennom styringsparametere som gjør det mulig å måle virksomhetens resultater og vurdere måloppnåelse. Antallet styringskrav formulert som generelle prioriteringssignaler og oppgavebeskrivelser er redusert, noe som også har ført til forenkling og færre krav stilt fra de regionale helseforetakene til helseforetakene. De siste årene har det vært en dreining mot at styringen av kvalitet skal være like tydelig som styringen på økonomi.

Både departementet og statsråden har jevnlig kontakt med alle de regionale helseforetakene, både administrativt og med styreleder. Styringsdialogen og rolledelingen mellom departementet og styrene for de regionale helseforetakene har blitt tydeligere over tid. Rapporteringsmøtene er forbeholdt dialog og informasjonsutveksling, mens den formelle styringen skjer i foretaksmøtene.

Administrerende direktører i det regionale helseforetaket og helseforetakene samles i direktørmøter for å diskutere saker som gjelder drift og strategiske veivalg for regionen. Direktørmøtet er et forum for dialog om overordnede utfordringer og informasjonsutveksling. Det kan også være en arena for å oppnå enighet om hvordan saker bør løses og framlegges for de respektive styrene.

Styrene i helseforetakene er målet for mye av kritikken mot helseforetaksmodellen, og det har vært stilt spørsmål ved om det er behov for styrer både i helseforetakene og på regionnivå. Det er en oppfatning hos flere at konklusjonene fra direktørmøter, der administrerende direktører i det regionale helseforetaket og helseforetakene samles, kan ha stor betydning for hvilke vedtak styrene i helseforetakene fatter. Dette kan i praksis gi det regionale helseforetaket en uformell styringslinje. Det er imidlertid ulike oppfatninger om styrenes funksjon. I evalueringen som ble gjort av Agenda Kaupang i 2012, er oppfatningen at styrene har bidratt vesentlig til å gi legitimitet til helseforetakene og at de har bidratt til bedre og mer omforrente prosesser for utviklings- og omstillingstiltak.

Forholdet til ansatte

Selv om et flertall av de ansatte i medarbeiderundersøkelser gir uttrykk for at de er fornøyd med arbeidsforholdene, er det også grupper av ansatte som er kritiske til dagens system. Det er blant annet knyttet til at det er mange ledernivåer og at avstanden til toppledelsen oppleves som lang. Mangelfulle IKT-løsninger, for mye fokus på økonomi og for lite oppmerksomhet om faglig

standard og kvalitet er andre områder som trekkes fram som problematiske.

Et mål med helseforetaksreformen var dels sterkere statlig styring av overordnede spørsmål, og dels desentralisering ved at sykehusene skulle få større frihet i styringen av driften. Dette er en vanskelig balansegang. Undersøkelser viser at særlig ledere i helseforetak oppfatter at de har mindre handlingsrom enn tilfelle er for ledere i andre statlige selskaper.

Medvirkning og samarbeid med andre

Sykehus er blant de offentlige virksomhetene som innbyggerne sier seg mest fornøyd med. Helseforetaksloven slår fast at de regionale helseforetakene skal ha brukermedvirkning i sin arbeidsform. Alle regionale helseforetak og helseforetak har brukerutvalg. Oppfatningen generelt er at det har vært en positiv utvikling for brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten etter 2002.

En god, sammenhengende helsetjeneste avhenger av et godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Alle regionale helseforetak og helseforetak har opprettet ulike samarbeidsformer med fylkeskommunene og kommunene. Samarbeidet med kommunene ble satt tydelig på dagsorden gjennom samhandlingsreformen. Evalueringen av reformen avdekker et behov for at kommuner og sykehus jobber videre med å utvikle helhetlige pasientforløp. De lovpålagte samarbeidsavtalene oppfattes å ha bidratt til et bedre samarbeid, men det anbefales at disse forenkles og konkretiseres. Det er behov for å styrke arenaer for dialog og samarbeid mellom kommunene og sykehusene. Økt kvalitet på informasjonsutvekslingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er viktig. Videre er det behov for å utvikle IKT-systemene slik at utvekslingen av pasientinformasjon på tvers av nivåene kan skje mer effektivt.

Det er etablert samarbeidsorgan mellom regionale helseforetak, universiteter og høyskoler i regionene. Det har vært en betydelig økning i forskningsaktiviteten i sykehusene etter 2002. Utdanningskapasiteten innen helsefagene har også økt. Samtidig er det uttrykt behov for bedre og mer avklart samspill og samordning mellom helsetjenestene og utdanningsfeltet. Dekanene ved de medisinske fakultetene har i innspill til utvalget gitt uttrykk for at det sektorovergripende samarbeidet innen utdanning og forskning har blitt betydelig bedre gjennom etableringen av et regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Også fra disse ut-

trykkes behov for større fokus på utdanningsområdet.

Helseforetaksreformen har ikke ført til vesentlig endring i bruk av private virksomheter; de regionale helseforetakene har i stor grad videreført fylkeskommunenes praksis. Andelen av budsjettet brukt på private har ligget på om lag 10 pst. i hele perioden, med en liten økning de senere årene. Langvarige driftsavtaler med private ideelle virksomheter er videreført, det samme er bruk av privatpraktiserende avtalespesialister. Når det gjelder omfanget av anskaffelser fra private aktører for øvrig har dette vært påvirket av eierkrav etter helseforetaksreformen. Disse kravene har gått i ulike retninger. Godkjenningsordningen fritt behandlingsvalg trådte i kraft 1. november 2015, men foreløpig har både responsen fra private virksomheter og omfanget av ordningen vært liten.

Økonomistyring og kontroll

En viktig bakgrunn for helseforetaksreformen var problemer knyttet til økonomistyring. Problemerkene vedvarte de første årene etter at reformen var iverksatt. Kostnadene oversteg bevilgningene, og en stor del av bevilgningsøkningene ble gitt som tillegg gjennom budsjettåret og ved at Stortinget vedtok høyere bevilgninger enn foreslått av Regjeringen. I 2003 var det en aktivitetsvekst i helseforetakene på hele 7 pst. Situasjonen snudde i 2007–2008, og de siste årene har de regionale helseforetakene hatt betydelige overskudd som har gitt grunnlag for investeringer. Utviklingen må ses i sammenheng med læring og kompetanseoppbygging, både i de regionale helseforetakene og i Helse- og omsorgsdepar-

tementet som eierdepartement. Styringen på økonomi har blitt tettere, og de økonomiske rammene har blitt mer forutsigbare. Viktige endringer har vært forbedringer i finansieringen av investeringer og pensjoner, og at det fra 2008 har vært budsjettert med aktivitetsvekst i de årlige budsjettene. Nytt inntektssystem ble også innført med tilførsel av ekstra midler.

Synspunkter i den offentlige debatten

Til tross for at det overordnede inntrykket er positivt, uttrykkes misnøye med reformen fra flere hold. Analyseelskapet «Retriever» har på oppdrag fra utvalget foretatt en kartlegging og analyse av debatten rundt helseforetaksmodellen i perioden fra 1. januar 2013 til 1. oktober 2015. Gjennomgangen viser at et flertall av aktørene som uttaler seg i debatten er kritiske til helseforetaksmodellen slik den er i sin nåværende form. Tre overordnede budskap kan trekkes fram. Det modellen får mest kritikk for er at den er for *markedsstyrt*. Flere reagerer på at bunntilstand, og ikke pasienten, står i sentrum. For det andre beskyldes helseforetaksmodellen for å være *udemokratisk*. Beslutninger tatt i styrene har ikke tilstrekkelig tillit og legitimitet i befolkningen. For det tredje er oppfatningen at helseforetaksmodellen skaper et *unødvendig byråkrati*. Blant annet reagerer de ansatte på et skjemavelde som fratrar dem tid til pasienten og til å utøve faget sitt. Politikere er de mest aktive aktørene i debatten. Et flertall av partiene ønsker å avskaffe de regionale helseforetakene, men de er uenige om hvordan dette skal gjøres. I tillegg har aksjonsgrupper, fagpersoner og fagforeninger viktige stemmer i debatten.

Kapittel 5

Erfaringer fra andre land

5.1 Innledning

Ifølge mandatet skal utvalget kort redegjøre for andre lands erfaringer med organisering av eierskap til sykehus.

Ulik organisering og finansiering av helsetjenesten kan gjøre det vanskelig å sammenligne helsesystemer i ulike land. En gjennomgang av systemene i andre land vil likevel kunne være relevant for å vurdere endringsbehovet i Norge og hvordan eventuelle endringer bør utformes. Det er vanlig å skille mellom skattefinansierte helsesystemer (som i Norge og de andre nordiske landene) og helsesystemer som er finansiert med utgangspunkt i obligatoriske offentlige eller private sykekasser eller forsikringsordninger.

Utfordringsbildet er i stor grad felles internasjonalt; et økende antall eldre og kronisk syke, manglende koordinering mellom sykehus og primærhelsetjenesten, krav til effektivisering for å sikre økonomisk bæreevne, geografisk ulikhet i kvalitet og tilgjengelighet og et økende gap mellom behandlingsmuligheter og tilgjengelige budsjettammer.

Utvalget ga et oppdrag til *European Observatory on Health Systems and Policies*, der de ble bedt om å gi en oversikt over andre lands helsesystemer og hvilke lærdommer som kan trekkes fra et utvalg europeiske land. Ved utvalget av land som gjennomgås, er det lagt vekt på nærhet og sammenlignbarhet med det norske helsesystemet. Det er imidlertid også gitt en beskrivelse av helsesystemer som avviker mye fra det norske.

Rapporten¹ gir en beskrivelse av følgende land: Danmark, England, Finland, Frankrike, Italia, Nederland, Skottland, Spania og Sverige. Ulike forhold knyttet til eierskap, herunder institusjonelle forhold, ansvarsforhold og opplegg for finan-

siering av kapital, er redegjort for med omfattende kildehenvisninger.

Basert på rapporten og supplert med ytterligere opplysninger, gis det i det følgende en beskrivelse av de landene som er nevnt over med unntak av Italia og Spania, samt New Zealand som har et system som på mange måter ligner det vi har i Norge. Det er lagt særlig vekt på å få fram hvordan ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvaret) er organisert i de ulike landene, og vurderinger av forholdet mellom det sentrale og regionale nivået i de ulike landene.

5.2 Danmark

Danmark gjennomførte i 2007 en større strukturreform, der ansvaret for helsetjenestene ble overført fra amtene til 5 regioner. Det er altså disse regionene som har sørge-for-ansvaret i Danmark. Regionene styres av et folkevalgt organ (Regionrådet). De økonomiske rammene fastsettes av staten, og inntektene fordeles som i Norge ved hjelp av en befolkningsbasert modell der det korrigeres for behov og kostnadsforskjeller. Det er en liten andel statlig aktivitetsbasert finansiering av regionene i form av en aktivitetsbasert toppfinansieringsordning, i tillegg til kommunal medfinansiering. Sykehusene er eid av regionene. Det lages årlige økonomiavtaler mellom staten og regionene. Regionene kan ikke ta opp lån. I motsetning til de danske kommunene har ikke regionene selvstendige skatteinntekter. Styringen av det enkelte sykehus skjer fra regionalt nivå. Da de nye regionene overtok ansvaret for helsetjenester i 2007, var en del av økonomiavtalen mellom staten og Danske Regioner at minst halvparten av regionenes finansiering av sykehusene skulle være aktivitetsbasert. Det stilles årlige produktivitetskrav til regionene i økonomiavtalene. Det er store variasjoner mellom de danske regionene i hvordan de finansierer sine sykehus.

Gjennom en stor investeringsplan bygges det 16 nye sykehus i perioden 2009 til 2020. Staten bi-

¹ European Observatory on Health Systems and Policies (2016): Norway – Brief on Decentralized Hospital Governance.

drar med om lag 60 pst. av kostnadene og regionene med resterende om lag 40 pst. Basert på en vurdering av et ekspertpanel godkjenner staten hvilke prosjekter som skal bygges. Ifølge rapporten fra European Observatory on Health Systems and Policies har føringer som er lagt på investeringene, samt en utvidet rolle for Sundhedsstyrelsen, blitt brukt til sentralt å bestemme hvor ulike tjenester skal leveres (funksjonsfordelinger) og dermed påvirket planleggingen i den enkelte region.

5.3 England

Helseministeren og Helsedepartementet har det overordnede ansvaret for lov- og regelverk, strategi og bevilgninger. National Health Service (NHS) har siden 1948 hatt ansvaret for den offentlige helsetjenesten i Storbritannia. NHS England er et forvaltningsorgan direkte underlagt Helsedepartementet. Fra 2013 fikk NHS England ansvaret for å følge opp bestillerfunksjonen, og organisasjonen disponerer nær 90 pst. av det samlede budsjettet. Av dette går om lag 2/3 til over 200 såkalte «Clinical Commissioning Groups» (CCG), som har ansvaret for å bestille nødvendige helsetjenester i et geografisk område. CCG omfatter alle allmennleger i området, og har et styre som ledes av en lokal allmennlege. England har en befolkning på 56 mill. innbyggere. Det betyr at den enkelte CCG har et befolkningsansvar på i gjennomsnitt 265 000 innbyggere, som varierer fra under 100 000 til om lag 900 000. Bestilleransvaret for høyspesialiserte tjenester og primærhelsetjenester er lagt til fire regionale enheter i NHS England. Det er etablert flere sentrale enheter som fastsetter nasjonale standarder og følger opp kvalitet og pasientrettigheter.

De offentlige sykehusene er enten direkte underlagt NHS England som foretak (trust) eller selvstendige juridiske enheter (NHS foundation trusts). Omdanning til NHS foundation trust må godkjennes sentralt. NHS foundation trusts har en friere stilling enn NHS trusts. De kan blant annet låne fra kommersielle banker, mens NHS-trustene må låne fra staten. Både NHS trusts og NHS foundation trusts må ha kontrakt med lokale bestillergrupper (CCG). Det enkelte NHS foundation trust har et styre valgt av sentrale interessenter (inkludert pasienter, ansatte og lokale innbyggere).

Fram til 2013 fantes det strategiske helsemyndigheter på regionalt nivå som hadde som oppgave å vurdere større endringer i helsetilbudet i den regionen de hadde ansvaret for. Dette re-

gionale nivået er nå avskaffet. Det er ikke lenger en formell prioriteringsprosess for store investeringer. Lokale tilbydere er nå ansvarlig for å initiere lokale initiativ. Foundation trusts kan låne til slike investeringer, og er ikke underlagt finansiell og administrativ kontroll fra helsedepartementet.

På 2000-tallet har The Public Finance Initiative vært en viktig finansieringskilde for bygging av nye sykehus. I denne modellen påtar private seg å finansiere, bygge og vedlikeholde sykehus mot en kontraktsfestet årlig betaling. Kontraktene er typisk på 30–40 år. Dette er en modell som vi i norsk sammenheng vil kalle en OPS-modell (Offentlig Privat Samarbeid). Modellen har vært kontroversiell, og det har vært diskutert om dette er den mest kostnadseffektive og fleksible måten å gjennomføre investeringer på. Modellen er blitt noe justert i de senere årene. Blant annet er det stilt strengere krav til egenkapitalfinansiering av større prosjekter.

Det engelske systemet kjennetegnes av et sterkt skille mellom bestillere og tilbydere. Med små enheter for bestillingsansvar og lite planleggingsansvar, kan England beskrives som et land uten den form for sørge-for-ansvar som kjennetegner de regionale helseforetakene i det norske helse-systemet.

5.4 Finland

Finland har et desentralisert helsesystem med kommunal forankring. Systemet er underlagt to myndighetsnivåer. Staten setter regulatoriske og finansielle rammer. Det er kommunene som har sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenester og eier de offentlige sykehusene. For å redusere finansiell risiko for små kommuner, er eierskapet til sykehusene organisert som et interkommunalt samarbeid i såkalte sykehusdistrikter. Finland er delt inn i 20 sykehusdistrikter (eksklusive Åland), og alle de 317 kommunene skal etter lov være medlem av et sykehusdistrikt. Kommunene kan selv velge hvilket sykehusdistrikt de vil knytte seg til. Antall kommuner i hvert sykehusdistrikt varierer fra 6 til 58 og antall innbyggere fra 65 000 til 1,4 mill. Hvert distrikt er styrt av et sykehusråd der deltakende kommuner i hovedsak er representert ut fra størrelse. Beslutninger om investeringer gjøres i stor grad av det enkelte sykehusdistrikt og statens ansvar er begrenset.

I 2013 fremmet den finske regjeringen et lovforslag om å overføre sørge-for-ansvar og eierskap til sykehusene fra kommunene til staten. I 2014 ble partiene i den finske riksdagen enige om en

inndeling i fem regioner. Det var meningen at disse administrative regionene skulle bestille helsetjenester fra maksimalt 19 geografisk inndelte offentlige utførelsenheter. I mars 2015 forkastet den daværende regjeringen denne modellen. Det pågår nå et arbeid med å etablere en integrert modell med 18 folkevalgte distrikter som både har sørge-for-ansvar, eier egne sykehus og inngår avtaler med private virksomheter. Det pågår en diskusjon om distriktene også skal ha andre oppgaver og hvor stor frihet pasienter skal ha til å kunne velge private virksomheter for det offentlige regning. Endringene skal tre i kraft fra 2019.

5.5 Frankrike

Spesialisthelsetjenesten i Frankrike er offentlig finansiert. Mesteparten av finansieringen skjer via obligatorisk trygdeforsikring der både arbeidsgiver og arbeidstaker bidrar. I tillegg finansieres noe gjennom skatteinntekter.

Med utgangspunkt i et forsikringssystem, med skille mellom å betale for tjenester og levere tjenester, har tjenesteytere alltid hatt mulighet til å planlegge og levere tjenester som forsikringssystemet vil betale for. Geografisk befolkningsansvar eksisterer dermed, ifølge rapporten fra European Observatory, bare på en indirekte måte. Gjennom en reform i 2009 ble det opprettet 26 statlige regionale enheter med en form for planleggingsansvar i regionen, herunder behov for investeringer og endringer i sykehusstruktur og arbeidsdeling mellom sykehusene. Landet har dermed en sterkere statlig styring med helsetjenesten enn andre land med forsikringsbaserte helsesystemer.

Virksomheter som er godkjent for å levere helsetjenester får i stor grad sine inntekter fra trygdeforsikringssystemet. Alle sykehus må jevnlig godkjennes av staten, og det er etablert nasjonale systemer for å kunne få dekket visse typer behandlinger av trygdeforsikringssystemet etter nasjonale satser. Kapitalkostnader dekkes enten av inntekter fra pasientbehandlingen eller spesifikke regionale eller nasjonale programmer. Reformen i de senere årene har vært motivert ut ifra å sikre kostnadskontroll og øke effektivitet og kvalitet.

5.6 Nederland

Det nederlandske helsesystemet er basert på en obligatorisk forsikringsordning. Nederland gjennomførte i 2006 en omlegging av trygde- og finansieringssystemet. Før 2006 tilhørte befolkningen

enten den offentlige trygdeordningen eller hadde privat forsikring. Ved helseforsikringsloven (Zorgverzekeringswet) fra 2006 ble alle innbyggere pålagt å tegne helseforsikring hos private forsikringsselskaper. Forsikringsselskapene er forpliktet til å gi helseforsikring til alle som søker. Forsikringsselskapene inngår avtaler med sykehusene. Nesten alle sykehus drives av private eller ideelle organisasjoner. Samme sykehus kan ha avtaler med flere forsikringsselskaper. Sykehusene står fritt til å gjennomføre investeringer. I Nederland har det enkelte forsikringsselskap sørge-for-ansvar for sine medlemmer. Det er altså ikke noen geografisk ansvars plassering på regionalt nivå i Nederland.

Forsikringen består av to deler; en inntektsavhengig del som betales inn til en felleskasse, og en del som betales direkte til forsikringsselskapet. En ordning for overføringer mellom felleskassen og det enkelte forsikringsselskap kompensere for ulik risikoprofil. Forsikringsselskapene konkurrerer om kundene via prisene på forsikringsproduktet, og kundene kan bytte selskap inntil en gang i året. Gjennom den årlige kontrakten som inngås, kan forsikringskundene variere flere forhold, for eksempel om de vil ha lav fast pris på forsikringen og høye egenandeler, og om de vil kunne velge fritt mellom alle sykehus eller kun et begrenset antall.

Den nederlandske helsemyndigheten (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa), som også ble opprettet i 2006, er en uavhengig enhet for all virksomhet i helsetjenesten, inklusive forsikringsselskapene som inngår i helseforsikringsordningen. Enheten har blant annet ansvar for å vedlikeholde betalingssystemet. Organisasjonen beskriver seg selv som en markedsregulator gjennom å stimulere og overvåke markedskreftene i helsetjenesten. Det er også andre enheter på en armlengdes avstand mellom departementet og sykehusene som bidrar til kvalitetsoppfølging og vurdering av ny behandling mv.

5.7 Skottland

I Skottland er det etablert et helsesystem med 14 regionale helsestyrer (Health Boards). I tillegg er det 7 nasjonale helsestyrer med ansvar for nasjonale tjenester. De regionale helsestyrene har et overordnet sørge-for-ansvar for hoveddelen av helsetjenestene til en befolkning på 5,1 mill. innbyggere. Systemet er kjennetegnet ved at det ikke er noe skille mellom bestiller og utfører slik som i England. Sykehusene styres og finansieres di-

rette fra de regionale helsestyrene, som er offentlige forvaltningsenheter.

Den overordnede politiske og økonomiske styringen skjer på nasjonalt nivå. Sykehusene i Skottland var tidligere organisert i foretak slik som i England. Foretaksmodellen ble avvirket i 2004, samtidig som antall sykehus ble redusert fra 47 til 28. Fra 2010 ble det innført prøveordninger med direkte valg av medlemmer til de regionale helsestyrene.² Disse skulle sammen med representanter fra lokale myndigheter utgjøre flertallet i styrene. I 2013 ble det, på bakgrunn av lav deltakelse i disse valgene, bestemt å ikke videreføre dette forsøket. Fordeling av inntekter til de regionale helsestyrene skjer etter kombinasjon av befolkningens størrelse og behov for tjenester. Det kompenseres også for særlige kostnader knyttet til å levere tjenester i spredtbygde områder («remote areas»). Inntektsmodellen ligner dermed på modellen for fordeling av inntekter til de regionale helseforetakene i Norge. Det er ingen aktivitetsbasert finansiering av sørge-for-nivået slik som i Norge. Det enkelte sykehuset får sitt budsjett fra det respektive regionale helsestyret.

Finansieringen av investeringer skjedde tidligere gjennom sentral fordeling av offentlige midler. Det er nå åpnet opp for offentlig privat samarbeid slik som i England.

5.8 Sverige

I Sverige eies og drives spesialisthelsetjenesten av 17 landsting og 4 regioner³ (Skåne, Gotland, Halland og Västra Götaland) som dermed har et sørge-for-ansvar for sin befolkning. De største landstingene eller regionene, som Stockholm, Västra Götaland og Skåne, har laget organisatoriske skiller mellom bestiller og operativt nivå.

Et offentlig utvalg foreslo i 2007 å opprette regioner med utgangspunkt i regionsykehusene. Så langt er forslaget ikke fulgt opp. Landstingene i Sverige er delt inn i 6 helseregioner regulert av samarbeidsavtaler mellom landstingene i de respektive helseregionene. Den svenske modellen er kjennetegnet ved stor lokal frihet og få sentralstyrte løsninger. Dette medfører stor variasjon mellom landstingene når det for eksempel gjelder valgfrihet og finansieringsordninger. Siden 1990-tallet er det imidlertid gjennomført tiltak for å styrke den nasjonale innflytelsen, blant annet for å

koordinere tiltak og redusere regionale forskjeller. Nasjonale helsemyndigheter har blitt styrket. Sosialstyrelsen gir råd om prioriteringer og det gjennomføres arbeid for å sentralisere visse høyspesialiserte tilbud på færre sykehus. I mars 2016 foreslo et regjeringsutnevnt utvalg å slå sammen landstingene i seks regioner, tilsvarende dagens samarbeidsregioner. Endringen kan tidligst tre i kraft fra 2019. Begrunnelsen for å slå sammen landstingene til regioner er at dette vil legge bedre til rette for å kunne tilby likeverdige helse-tjenester i hele landet og møte framtidige utfordringer.

Investeringer blir besluttet av landstingene. Disse har låneadgang. Nye finansieringsformer er blitt tatt i bruk. Blant annet skal nytt Karolinske sykehus (med kostnad på 14,5 mrd. svenske kroner) finansieres ved et offentlig privat samarbeid mellom Stockholms landsting og et svensk privateid sykehusselskap.

5.9 New Zealand⁴

I New Zealand er ansvaret for å tilby spesialisthelsetjenester til i alt 4,5 mill. innbyggere lagt til 20 statlige regionale enheter (District Health Boards, DHB) av varierende størrelse, direkte underlagt Helsedepartementet og helseministeren. District Health Boards er selvstendige juridiske enheter definert i en egen lov av 2004 (Crown Entities Act 2004).

Den enkelte regionale enhet har sørge-for-ansvar for et definert geografisk område og har et styre som både består av lokalt valgte medlemmer og medlemmer utpekt av regjeringen (blant annet leder og nestleder). Styret ansetter administrerende direktør som har ansvar for den daglige driften. Den enkelte region eier både egne sykehus og inngår avtaler med private virksomheter. Sørge-for-ansvaret omfatter også primærhelsetjenester. Midlene fra staten fordeles for en stor del mellom regionene etter en modell basert på antall innbyggere, alderssammensetning og struktur. En betydelig andel til spesifikke formål går imidlertid fra departementet til de ulike DHB utenom dette systemet. I likhet med mange andre land er det etablert nasjonale organer med ansvar for å fastsette og følge opp nasjonale standarder.

² Kalseth, J. m.fl. (2010): Finansiering av spesialisthelsetjenesten i ulike land. SINTEF s 22.

³ Regioner er landsting med utvidet ansvarsområde.

⁴ Gould, Robin (2015): Public hospital governance in New Zealand. A case study on the New Zealand District Health Board. I Public Hospital Governance in Asia and the Pacific, Vol 1 No.1, 2015 Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.

Større investeringer krever særskilt godkjenning og prioriteres av en ekspertgruppe (The Capital Investment Committee) som rapporterer til departementet. District Health Boards kan ta opp lån i private banker. Kapitalkostnader må dekkes innenfor budsjetttrammen. District Health Boards har stor frihet når det gjelder intern organisering og oppgaveløsning så lenge de leverer på nasjonalt fastsatte mål i de årlige tildelingsbrevene fra departementet. Dette gjør at helseforetakene har valgt ulike løsninger tilpasset lokale forhold og utfordringer. Koordinering av ulike nasjonale helseforvaltningsmyndigheter og samordning mellom de ulike helseforetakene regionalt er beskrevet som utfordringer.

5.10 Oppsummering

Gjennomgangen over viser betydelige forskjeller, men også noen felles utviklingstrekk. Det tas først utgangspunkt i de nordiske landene. De nordiske landenes helsesystemer kan sies å være bygget på samme verdigrunnlag, har samme målsetninger, er alle i hovedsak finansiert gjennom skattesystemet og har et dominerende innslag av offentlig eierskap og styring. Samtidig er det betydelige forskjeller mellom de nordiske landene i grad av sentralisering, bruk av økonomiske insentiver og organisering av forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I de nordiske landene ser vi en tydelig todeling i måten de fire landene har valgt å organisere eierskap og styring av sykehus på. På den ene siden har Sverige og

Finland en desentralisert styringsstruktur med desentralisert eierskap, styring og finansiering med lokalt politisk ansvar. På den andre siden har Danmark og Norge en mer sentralisert styringsstruktur, en mer aktiv stat og et mer formalisert regionalt mellomnivå. Danmark og Norge skiller seg fra hverandre i politisk forankring, selv om det regionale politiske nivået i Danmark har begrenset handlingsrom. Det pågår prosesser i både Sverige og Finland som kan innebære at disse går i retning av mer vektlegging av det regionale nivået, men fortsatt med folkevalgt forankring. Et felles trekk ved de fleste nordiske landene er sentralisering av nasjonale kvalitetssikringstiltak.

Tabell 5.1 gir en oversikt over strukturen i de nordiske landene.

Går vi ut over Norden, er det også store forskjeller mellom landene. Med unntak av Nederland er sykehusene i alle de omtalte landene offentlig finansiert. Et annet kjennetegn er at sykehusene i hovedsak også er offentlig eid. Frankrike er et unntak med en større andel private sykehus i det offentlige tilbudet enn de andre landene. Det varierer mellom landene hvordan de har valgt å organisere eierskapet til de offentlige sykehusene. I den ene enden av skalaen er England, der de fleste sykehusene er organisert som egne selvstyrte enheter med stor grad av autonomi. I de andre landene som er beskrevet er det enten lokalt, regionalt eller nasjonalt styringsansvar for sykehusene. De fleste landene har en eller annen form for styringsnivå mellom staten og sykehusene. Dette er enten i form av et eget nivå underlagt folkevalgt styring, eller en eller annen

Tabell 5.1 Strukturen i de nordiske landene

	Finland	Sverige	Danmark	Norge
Spesialisthelsetjenester, ansvarlige enheter	21 distrikt	21 landsting (regioner)	5 regioner	4 regionale helseforetak
Desentralisert politisk styring av spesialisthelsetjenesten	Ja, gjennom sykehusdistriktene som styres av kommunene	Ja, gjennom landstingene som er folkevalgte	Ja, gjennom regionene som er folkevalgte	Nei
Primærhelsetjenesten	317 kommuner	21 landsting – 290 kommuner med delvis ansvar for sykepleie	5 regioner – 98 kommuner har ansvar for sykepleie i eldreomsorg	428 kommuner
Lokal politisk styring av primærhelsetjenesten	Ja, gjennom kommuner	Ja, gjennom landstingsansvar	Ja, gjennom regioner	Ja (men betydelig finansiering av privatpraktiserende helsepersonell gjennom folketrygden)

form for desentralisert statlig inndeling som har et geografisk avgrenset sørge-for-ansvar knyttet til planlegging og kapasitet. Mange av landene med regioninndeling har vesentlig flere og mindre regioner med det som kan oppfattes som en form for sørge-for-ansvar sammenlignet med Norge. Her er imidlertid regional planlegging beskrevet som utfordringer (New Zealand).

Som det framgår over, kan Nederland og England beskrives som unntak fra dette. Ved en organisering basert på bestillerenheter og stor autonomi hos tilbyder, legges det ikke opp til å ivareta sørge-for-ansvaret gjennom planlegging og samordning, men ved desentraliserte beslutninger hos tilbydere som selv vurderer hva som kan finansieres (dvs. det som i større grad kan beskrives som markedsbasert koordinering).

Denne forskjellen i ansvars plassering gjenspeiler seg når det gjelder ansvar for investeringer og planlegging av sykehus. Mens sykehusene i England og Nederland kan ta egne investeringsbeslutninger og ta opp investeringslån i private banker, har for eksempel Skottland valgt å sentralisere disse beslutningene. I de andre landene er ansvar for investeringer og planlegging av sykehus lagt til et nivå under staten, enten med folkevalgt ansvar eller underlagt staten mer eller mindre direkte. Finansering av investeringer inngår enten i finansieringssystemene for tjenestene eller gjennom egne ordninger for finansiering av inves-

teringsprosjekter. Selv om offentlige tilskudd fortsatt er den dominerende finansieringskilden for investeringsprosjekter, finnes det flere eksempler på investeringsprosjekter finansiert gjennom offentlig privat samarbeid. Dette har vært kontroversielt, og det har vært diskutert om dette er den mest kostnadseffektive og fleksible måten å gjennomføre investeringer på sammenlignet med direkte offentlig finansiering (England og Sverige). Selv med slike forskjeller i ansvar for både drift og investeringer, er det i stor grad et felles utviklingstrekk at tiltak for standardisering og kvalitetsoppfølging drives fram gjennom nasjonale tiltak ved ulike helseforvaltningsenheter på sentralt nivå.

Rapporten fra European Health Observatory on Health Systems and Policies avslutter sin oppsummering med å si at de ulike landene bør være varsomme med å kopiere andre land når reformer gjennomføres, siden det vil være behov for å tilpasse ordningene til de landspecifikke utfordringene og institusjonelle særtrekk.

Det norske systemet for organisering av spesialisthelsetjenesten, med sin vektlegging av det regionale nivået og økende vektlegging av sentrale føringer fra sentral helseforvaltning, er i stor grad på linje med den utvikling som er beskrevet for en del europeiske land over. En endring i Norge mot mer vektlegging av sentralt beslutningsansvar vil avvike fra hovedtrenden som er beskrevet.

Kapittel 6

Utfordringsbildet

Helseforetakene skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt legge til rette for forskning og undervisning. Dette følger av helseforetaksloven §1. I denne utredningen vurderes om oppgavene kan løses bedre framover gjennom en annen styringsmodell. Viktig i denne vurderingen er de samfunnsmessige utviklingstrekkene vi står overfor, de politiske føringene som er gitt, og de utfordringene som er avdekket i gjennomgangen av erfaringene med dagens modell. Disse utfordringene gjennomgås i dette kapitlet. En del av utfordringsbildet er knyttet til rettighetslovgivning, IKT-utviklingen, samt ledelse og intern organisering. Disse temaene er også omtalt i dette kapitlet.

6.1 Samfunnsmessige utviklingstrekk

To hovedtrekk ved utviklingen av spesialisthelsetjenesten framover er 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 produktivtvekst 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.

6.1.1 Befolkning, helse og sykdom

Helsetjenesten må tilpasse seg utviklingen i folketall og -sammensetning, flyttemønster og sykdomsbilde. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)¹, gis en oversikt over forventet utvikling.

¹ Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Folketallet vil øke framover, spesielt i de eldste aldersgruppene. I Nasjonal helse- og sykehusplan anslås det at vi fram mot 2030 vil være om lag 300 000 flere over 70 år enn i dag. Deretter vil både antall og andel eldre stige jevnt. Dette vil øke behovet for helsetjenester betydelig. Framskrivningene er usikre, og avhenger blant annet av migrasjon, både arbeidsinnvandring og flyttestrømmer som følge av krig og uroligheter. Det som er sikkert, er at vi får en utvikling med stadig flere eldre framover.

De siste tiårene har vært preget av sentralisering. Det har vært særlig høy vekst i folketallet i storbyregionene, mens folketallet har gått ned i utkantkommuner. Unge og innvandrere bosetter seg oftest i byene, slik at befolkningssammensetningen varierer mye mellom byer og spredtbygde områder.

I dag skyldes over halvparten av alle tapte leveår hjerte- og karlidelser og kreft. Muskel- og skjelettlidelser gir flest år med helsetap, dernest psykiske lidelser. Hjerte- og karlidelser og kreft rammer særlig den eldre delen av befolkningen, mens muskel- og skjelettlidelser oftest rammer folk i yrkesaktiv alder.

Sykdomsbildet framover vil i første rekke bli preget av aldersutviklingen. De største sykdomsgruppene omfatter i stor grad eldre pasienter. Disse har ofte kroniske sykdommer, ulike diagnoser og bruker mange medikamenter. Eldre over 70 år bruker omtrent dobbelt så mye helsetjenester som 40-åringene. Utviklingen innebærer blant annet at forebygging og god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene får enda større betydning i tiden som kommer.

I de yngre aldersgruppene forventes økt behov for rusbehandling og psykisk helsehjelp. Flyktninger og asylsøkere forventes å ha særskilt behov for psykisk helsehjelp som følge av tidligere påkjenninger og traumer.

Statistisk sentralbyrå har anslått at de demografiske endringene vil øke behovet for årsverk i spesialisthelsetjenesten med i underkant av 30

pst. fram mot 2030, og med 40 pst. fram mot 2040. Veksten blir størst i Helseregion Sør-Øst og Helse-region Vest. Nok helsepersonell med riktig kompetanse er ett av hovedelementene i Nasjonal helse- og sykehusplan. For å sikre tilstrekkelig personell i framtiden, må helsetjenesten arbeide målrettet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere.

I beregningene av arbeidskraftbehovet er det lagt til grunn videreføring av dagens nivå på forbruk av spesialisthelsetjenester på hvert alders-trinn. SSB har også gjort beregninger som viser effekten av endringer i sentrale forutsetninger om innvandring, levealder, helsetilstand, standard på tjenestene og produktivitetsvekst. Resultatene viser at ressursbehovet ikke påvirkes vesentlig av endringer i forutsetninger om innvandring, levealder og helsetilstanden til de eldre. Det er produktivitetsvekst og bedre standard på tjenestene som i særlig grad påvirker ressursbehovet.

De demografiske endringene stiller oss overfor større utfordringer enn de vi har hatt de foregående tiårene. Det må antas at befolkningen vil forvente økt standard på tjenestene også i årene framover. I Nasjonal helse- og omsorgsplan er vurderingen at veksten i behovene framover må møtes med både økte ressurser og økt endringstakt i spesialisthelsetjenesten.

Mulighetene for økte bevilgninger til spesialisthelsetjenesten vil påvirkes av hvordan budsjett-situasjonen for øvrig utvikler seg. Det er ikke bare utgiftene til spesialisthelsetjenester som vil øke som følge av aldringen av befolkningen, det samme vil gjelde for store utgiftsområder som kommunale helse- og omsorgstjenester og pensjoner. Samtidig vil inntektene fra petroleumsvirksomheten gå ned. I Nasjonalbudsjett 2017² heter det om utsiktene framover: «*Det samlede handlingsrommet i budsjettet i årene framover, dvs. veksten i skatte- og fondsinntekter fratrukket vekst i bundne utgifter, er usikkert, men vil trolig være mindre enn i årene vi har bak oss.*» Det trekkes fram at lavere oljeinntekter og utsikter til lavere avkastning i fondet de neste 10–15 årene vil gi et mer begrenset rom for økt bruk av oljepenger. Behovet for omstilling har vært kjent lenge. Fallet i prisene på olje og gass har imidlertid gjort at omstillingen kommer raskere enn ventet.

6.1.2 Medisinsk og teknologisk utvikling

Nye behandlingsmuligheter, legemidler og medisinsk utstyr utvikles i stort omfang og høyt tempo.

Utviklingen innebærer sentralisering av noen funksjoner og desentralisering av andre. Krevende tekniske behandlingsmuligheter stiller store og økende krav til spisskompetanse, avansert utstyr, støttefunksjoner (anestesi, røntgen, blodbank, laboratorium) og ikke minst til regelmessig øving og praksis. Dette gjør det nødvendig å samle slike prosedyrer ved større sentre for at alle pasienter skal få best mulig utredning og behandling.

På den andre siden gir utviklingen oss også mer brukervennlig og mobilt utstyr. Pasienter som er utredet sentralt kan følges opp lokalt, resultater kan deles via gode IKT-løsninger. Dette gir mulighet for samarbeid mellom sykehus og mellom første- og andrelinjetjenesten. Oppgaver som før ble gjort på sykehus kan flyttes ut til pasientens hjem eller til kommunal helse- og omsorgstjeneste, og dette kan frigjøre sykehuskapasitet.

Grensene mellom kirurgi, radiologi, anestesi og indremedisin endres kontinuerlig. Mini-invasiv kirurgi utføres av radiologer. Stadig flere kirurgiske pasienter har også indremedisinske sykdommer. Intensivavdelingene har mange skrøpelige eldre pasienter, også med indremedisinske kroniske sykdommer som nyresvikt, KOLS, hjertesvikt, diabetes mv.

Nye metoder og teknologier utvikles og tas først i bruk på spesialiserte avdelinger. Når teknologien viser seg å være nyttig, vil flere sykehus og spesialiteter ta metodene i bruk. Fagmiljøene utvikler standardiserte retningslinjer og metodebeskrivelser slik at utredningene standardiseres.

Den teknologiske utviklingen legger grunnlag for en mer aktiv pasientrolle. Selvbetjenings-teknologi og bedre tilrettelagt informasjon vil medføre at pasientene framover kan mestre egen helse og behandling i langt større grad enn i dag. Bruk av velferdsteknologi, telemedisin, videokommunikasjon og mobil helseteknologi åpner for nye muligheter. Teknologien gir andre muligheter for å involvere og behandle pasienter enn det tradisjonelle, fysiske møtet mellom behandler og pasient. Eksempelvis kan pasienter med diabetes, KOLS og psykiske helseutfordringer få oppfølging ved hjelp av telemedisin og videokommunikasjon. Utviklingen vil få store konsekvenser for hvordan sykehus bygges, organiseres og drives. Økt oppmerksomhet om egen helse kan også føre til flere pasienthenvendelser.

Persontilpasset medisin, eller «presisjonsmedisin», innebærer at behandling skreddersys til den enkelte pasient i forebygging, diagnostikk og behandling. Genetisk testing gir mulighet for ras-

² Meld. St. 1 (2016–2017): Nasjonalbudsjettet 2017.

kere og mer presis diagnostikk, noe som gjør at riktig behandling kan iverksettes tidlig i sykdomsforløpet. Den teknologiske utviklingen gjør at det kan samles inn store mengder biologiske data med et høyere presisjonsnivå enn før. Innføring og økt bruk av persontilpasset medisin i helsetjenesten krever ny kompetanse og mer tverrfaglig samarbeid, i tillegg til egnede IKT-systemer. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en nasjonal strategi for persontilpasset medisin.

Endringer i sykdomsbildet og en utvikling med nye store muligheter for behandling på mange områder medfører økte kostnader, og dermed vanskelige prioriteringer. Regjeringen la våren 2016 fram en stortingsmelding om prioritering³. Målet er at prinsippene som trekkes opp skal bidra til rettferdig tilgang til helsetjenester og gi legitimitet til vanskelige beslutninger som helsepersonell må ta.

6.2 Føringer på spesialisthelsetjenesten gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Nasjonal helse- og sykehusplan gjelder for perioden 2016–2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk fram mot 2040. Stortingsmeldingen ble behandlet av Stortinget i mars 2016, jf. Innst. 206 S (2015–2016). Det heter her at:

«Komitéens flertall, medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, ønsker ny styringsmodell for spesialisthelsetjenesten, der de regionale helseforetakene ikke inngår. Styringsmodellen skal endres etter at Nasjonal helse- og sykehusplan er behandlet og virker. Flertallet ser frem til Kvinnsland-utvalgets utredning om alternative styringsmodeller for sykehusene».

Tiltakene som beskrives i planen er dels gjennomførte og/eller vedtatte tiltak, og dels nye forslag for å utvikle helsetjenesten. Planen inneholder syv hovedelementer med følgende overskrifter:

- Styrke pasienten
- Prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten
- Nok helsepersonell med riktig kompetanse

³ Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering.

- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Innenfor disse områdene omtaler planen tiltak som på ulike måter påvirker rammebetingelsene for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Det legges føringer på hvordan tjenestene skal utføres (f.eks. pakkeforløp), på prioriteringer (rusbehandling og psykisk helsevern), på valg av tjenesteleverandører, samarbeidsrelasjoner og styringsforhold. Det heter i planen at den «vil være førende for regjeringens styring av helseforetakene i planperioden og danne grunnlaget for de mål og eierkrav som gis til de regionale helseforetakene. Oppfølgingen av planen overfor Stortinget skjer gjennom de årlige budsjettproposisjonene.»

I utvalgets arbeid er konsekvensene av planen for styringssystemet av størst relevans. Nedenfor gjengis viktige føringer på nasjonal styring og koordinering, og på samordning og planlegging innenfor regionene. Det vises i denne sammenheng til kapittel 6 i Nasjonal helse- og sykehusplan «Gjennomføre Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)».

6.2.1 Nasjonal styring og koordinering

Det varsles at Regjeringen i større grad vil vektlegge 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. Nasjonale kvalitetskrav skal fastsettes for behandlingstjenester i sykehus der dette er nødvendig for å sikre god kvalitet på tjenestene over hele landet. Helsedirektoratet skal få myndighet til å fastsette kravene i tråd med føringer som gis av Stortinget. Med bakgrunn i kvalitetskravene foreslås det videre å innføre en godkjenningsordning for behandlingstilbud som skal tilbys få steder i hver helseregion (4–12 steder i landet). Dette innebærer en utvidelse av dagens system for godkjenning av nasjonale behandlingstjenester. Fordeling av regionale behandlingstjenester er en oppgave som til nå har ligget til de regionale helseforetakene. Den nasjonale beslutningsmyndigheten foreslås flyttet fra departementet til Helsedirektoratet for å sikre et klart skille mellom politiske og faglige beslutninger. I forbindelse med stortingsbehandlingen skriver flertallet i komitéen (medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre) at de:

«merker seg at den nasjonale godkjenningsordningen for nasjonale behandlingstjenester legges til Helsedirektoratet, og at dette også vil omfatte godkjenningsordning av få regionale funksjoner. Flertallet støtter intensjonen om at det skal være et skille mellom faglige og politiske beslutninger. Flertallet ber om at den nasjonale godkjenningsordningen for nasjonale behandlingstjenester vurderes i forbindelse med anbefalingen om ny styringsmodell som Kvinnsland-utvalget skal legge frem.»

I planen varsles det mer regionovergripende samordning og organisering på utvalgte områder. Etableringen av et felleseid foretak for samordning av innkjøp 1. januar 2016 trekkes fram. Det skal utredes hvordan Sykehusbygg HF skal utvikles videre med sikte på et helhetlig ansvar for bygging og drift av helsebygg. Videre varsles at Regjeringen vil etablere et felles nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning på tvers av de fire regionale helseforetakene.

Behovet for utvikling av IKT-området er gjennomgående. IKT er viktig i forholdet mellom pasient og helsevesenet, både for å sikre bedre informasjon og som del av behandlingsopplegg. Gode IKT-løsninger er videre viktig for å bygge opp under nye og mer effektive arbeidsformer og organisering. Behovet for nasjonal samordning understrekes, jf. omtale i punkt 6.4.

6.2.2 Samordning og planlegging innenfor regionene

Gjennom den nasjonale helse- og sykehusplanen slås det fast at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske helseregioner. I Innst. 206 S (2015–2016) understreker komitéens flertall (medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre) «at den regionale organisering av spesialisthelsetjenesten har gjort det mulig å samordne og funksjonsfordele oppgaver, slik at det understøtter målet om å kunne gi et tilbud av likeverdige tjenester i en desentralisert sykehusstruktur».

I diskusjonen om oppgavefordeling mellom sykehus er spørsmålet om hvor akuttkirurgi skal tilbys sentralt. Det skjer en økende spesialisering og sentralisering innenfor kirurgiske spesialiteter. Stadig færre kirurger har så bred kompetanse at de kan operere et stort spekter av akuttkirurgiske tilstander. Det ble derfor foreslått at behandlingstilbudet for pasienter med behov for mer spesi-

serte akutte tjenester som hovedregel skulle være ved store akuttstusykehus. Regjeringen foreslo en veiledende grense for opptaksområde til slike sykehus på 60–80 000 innbyggere. Det skulle også legges vekt på forhold som klima, kommunikasjonsforhold og avstand til nærmeste større akuttstusykehus.

Som grunnlag for å gjennomføre endringer og tiltak, skal helseforetakene utarbeide utviklingsplaner. Disse skal vise mulige endringer i oppgavefordeling og sykehusstruktur, aktivitet, kapasitetsbehov, organisering og driftsøkonomi, konsekvenser av slike endringer og alternative løsninger. Vesentlige endringer skal bygge på forsvarlige konsekvensutredninger, forankret i gode lokale planprosesser der også kommunene blir hørt. For å bidra til at den nasjonale helsepolitikken blir gjennomført i tråd med de føringene som gis i Nasjonal helse- og sykehusplan, ble det i planen varslet at det vil bli utarbeidet en veileder for arbeid med utviklingsplaner. En slik veileder er nå utarbeidet.

I planen defineres fire ulike typer sykehus; regionsykehus, stort akuttstusykehus, akuttstusykehus og sykehus uten akuttstusfunksjoner. I protokoll fra foretaksmøte 4. mai 2016 refereres dette sammen med en del presiseringer som oppfølging av stortingsbehandlingen. Dette var spesielt knyttet til innholdet i akuttstusykehusene. Stortingets behandling innebar også noen endringer i det som lå til grunn fra regjeringen, blant annet reflektert i følgende føringer for arbeidet med utviklingsplanene, jf. protokoll fra foretaksmøtet 4. mai 2016:

- «← Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.
- Sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud, skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.
- I forbindelse med helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner skal de regionale helseforetakene gjennomgå basestrukturen for luftambulanser i Norge.
- Det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akuttstusykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.
- Arbeidet med avklaring av akuttstusfunksjoner skal være gjennomført innen 1. april 2017.»

Det skal stilles krav om forpliktende nettverk mellom sykehus og helseforetak i helseregionene. Disse skal sikre hensiktsmessig oppgavedeling. De skal også sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger.

Private tjenesteleverandører er en viktig del av spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis utfører avtalespesialister om lag 30 pst. av all poliklinisk behandling. Det ønskes et utvidet samarbeid med disse, særlig på de områdene der mange pasienter venter på behandling og det finnes avtalespesialister som kan behandle flere.

6.2.3 Forholdet til utvalgets mandat

I utvalgets mandat heter det at «*Utredningen av hvordan eierskapet best kan organiseres må også ta høyde for de styringsmessige tiltakene som vil følge av Stortingets vedtak ved behandling av nasjonal helse- og sykehusplan ...*»

Planen er utarbeidet med utgangspunkt i at den skal gjennomføres innenfor dagens styringsmodell. Utvalget har merket seg at flertallet på Stortinget ønsker en ny styringsmodell uten regionale helseforetak, jf. sitat innledningsvis i dette kapitlet.

Det er utvalgets oppfatning at utfordringene og tiltakene som følger av planen ikke krever én bestemt organisatorisk løsning. Ovenfor er omtalt føringer som legges på nasjonal styring og koordinering, og på samordning og planlegging innenfor regionene. Dette er også viktige kriterier som de ulike alternativene utvalget ser på er vurdert opp mot og som følger av mandatet, jf. gjennomgang av vurderingskriterier i punkt 7.4. Utvalget mener at den styringsmodellen som best oppfyller de kriteriene som følger av mandatet, også vil være det alternativet som best legger til rette for å implementere de tiltakene som følger av nasjonal helse- og sykehusplan på en god og effektiv måte.

6.3 Rettighetslovgivning

Det har vært en betydelig utvikling i rettighetslovgivningen innenfor helse- og omsorgssektoren de siste årene. Dette er en del av utfordringsbildet spesialisthelsetjenesten står overfor og har også økt omfanget av administrative oppgaver. Som utgangspunkt for en drøfting i punkt 6.3.2 gis det først en kort redegjørelse for utviklingen av rettighetene innenfor spesialisthelsetjenesten fra forskrift om ventetidsgaranti ble fastsatt i 1997.

6.3.1 Viktige endringer i rettighetslovgivningen de senere årene

Forskrift om ventetidsgaranti ble fastsatt i 1997. Pasienter som ble henvist til offentlige sykehus eller spesialistpoliklinikk, skulle vurderes innen 30 dager etter at henvisningen var mottatt. Samtidig skulle pasienten få fram møtedato for eventuell undersøkelse eller behandling, eller få informasjon om ventetid.

Pasienter skulle få tilbud innen tre måneder etter at henvisningen var mottatt, så fremt nærmere definerte vilkår var oppfylt. Dersom institusjonen ikke kunne tilby behandling innen tre måneder, hadde fylkeskommunen ansvar for å skaffe behandlingstilbud ved annen institusjon. Samlet ventetid før behandling var påbegynt skulle ikke overstige tre måneder, selv om pasienten ble overført fra en institusjon til en annen.

Sykehusene fikk gjennom denne forskriften en klar forpliktelse til å yte helsehjelp til visse pasienter innenfor en gitt tidsfrist, men forskriften ga ikke pasientene rettigheter.

I 1999 kom pasientrettighetsloven. Pasienter fikk rett til øyeblikkelig hjelp og rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og fra spesialisthelsetjenesten. Dette var første gang pasienter ble gitt en materiell rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Pasientene fikk også rett til å velge på hvilken offentlig institusjon behandling skulle foretas.

Retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten gjaldt bare dersom pasienten kunne ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene stod i rimelig forhold til tiltakets effekt. Pasientene ble skilt i to grupper, en gruppe som var rettighetspasienter og en gruppe som ble omtalt som behovspasienter. Sistnevnte gruppe hadde ingen materiell rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Det ble tatt inn en kapasitetsbegrensning som ble opphevet i 2003. Da fikk pasienter med rett til nødvendig helsehjelp krav på en individuelt fastsatt frist for når helsehjelpen senest skulle være igangsatt. Dersom fristen brytes har pasienten rett til helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller i utlandet. Samtidig ble retten til fritt sykehusvalg utvidet til å gjelde også overfor private institusjoner som hadde inngått avtaler med regionale helseforetak.

Skillet mellom rettighetspasienter og behovspasienter ble opphevet 1. november 2015⁴. Det

⁴ Prop. 118 L (2012–2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.) og Innst. 388 L (2012–2013).

innebar at de som ble vurdert til å ha et medisinsk behov for spesialisthelsetjeneste, i utgangspunktet skulle ha rett til nødvendig helsehjelp. Det skulle ikke lenger opereres med to grupper av pasienter i spesialisthelsetjenesten. Enten så blir man vurdert til å være rettighetspasient, eller så avvises pasienten eller henvises tilbake til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg ble vurderingsfristen endret fra 30 til 10 virkedager for alle pasienter. En annen sentral endring var at spesialisthelsetjenesten, og ikke pasienten, skal melde til HELFO dersom sykehuset ikke kan gi pasienten tilbud innenfor fristen. HELFO skal deretter umiddelbart skaffe pasienten et tilbud.

Fra samme dato ble reformen med fritt behandlingsvalg innført og pasientenes valgmuligheter ble med det på ny utvidet. Reformen er omtalt i boks 6.1.

6.3.2 Utfordringer i forholdet mellom pasientenes rettigheter og tjenestens ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer i regionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Det innebærer blant annet å planlegge, dimensjonere og organisere tilbudet slik at plikten overholdes. De regionale helseforetakene må organisere sine sykehus slik at alle pasienter får et forsvarlig tilbud. De skal framskaffe best mulige helsetjenester innen de tildelte ressurser i forhold til behovet i helseregionen. Det er tydeliggjort i lovbestemmelsen at de regionale helseforetakene kan oppfylle plikten enten ved å yte helse-tjenestene selv gjennom egne helseforetak eller ved å inngå avtaler med andre tjenesteytere.

Denne plikten utfordres og blir vanskeligere å overholde når pasientstrømmene blir mer uforutsigbare. Fritt sykehusvalg, og nå fritt behandlingsvalg, gjelder kun planlagt utredning og behandling. Pasienter kan ikke velge behandlingssted i øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Om lag 70 pst. av alle innleggelser gjelder øyeblikkelig hjelp.

Ordningen med fritt sykehusvalg er brukt i liten grad. Det arbeides derfor med å finne løsninger som skal gjøre det enklere for pasientene å velge selv. Helsedirektoratet har blant annet opprettet Helsenorge.no hvor det skal være enklere for pasientene å finne fram til helseinstitusjoner som kan gi det tilbudet pasienten har behov for og som har kort ventetid. Slike løsninger er i utgangspunktet bra både for systemet og pasien-

tene. Helseinstitusjonene konkurrerer både på kvalitet og ventetid til det beste for pasientene.

For de regionale helseforetakene kan ordningen skape noen ekstra utfordringer, avhengig av hvor omfattende bruken av ordningen vil bli. De regionale helseforetakene har ansvaret for å organisere det totale spesialisthelsetjenestetilbudet i sin region. Dersom stadig flere pasienter velger å benytte seg av retten til enten å la seg behandle hos en privat leverandør eller i et annet helseforetak enn i opptaksområdet, vil det kunne gjøre det vanskelig å planlegge og dimensjonere tilbudet i regionen. I ytterste konsekvens kan de regionale helseforetakene få en ren betaler-funksjon for utført utredning og behandling for deler av tjenestetilbudet. Pasientenes rett til å velge hvor de vil få utredning og behandling er tilnærmet uinnskrenket på de aktuelle områdene, og det er derfor et potensiale for konflikt på sikt. Dette illustrerer at det er en balansegang mellom på den ene siden utviklingen i retning av å gi pasientene rett til å velge, og på den andre siden hensynet til at noen skal organisere og dimensjonere tilbudet slik at ressursene blir brukt mest mulig effektivt.

Reformen med fritt behandlingsvalg påvirker også styringen av de regionale helseforetakene ved at det gjennom foretaksmøter er gitt signal om at det skal kjøpes mer av private gjennom anbud. Dette griper inn i hvordan de regionale helseforetakene skal oppfylle sørge-for-ansvaret.

Pasientenes individuelle rettigheter kan grovt sett deles i to: rett til å velge leverandør og rettigheter knyttet til de tjenestene som mottas (rettigheter knyttet til ventetider, garantier mv.). Disse påvirker handlefriheten til regionale helseforetak og helseforetak, men på ulike måter. Muligheten for planlegging reduseres, og ressursbehovet øker. Det blir også behov for mer kontroll og rapportering. Dette er planlagte effekter, men det er en løpende diskusjon om hvor langt en bør gå når det gjelder rettighetsfesting.

Bruken av fritt sykehusvalg har som nevnt vært relativt liten, og har så langt i liten grad utfordret behovet de regionale helseforetakene har for å planlegge og dimensjonere tilbudet. Dette kan imidlertid endres i en tid hvor pasientenes individuelle rettigheter utvides, tilgangen på informasjon blir enklere, pasienter blir mer informerte og det private innslaget av helsetilbydere blir større. En slik utvikling sier i seg selv ikke noe om hvilken organisering man bør ha av spesialisthelsetjenesten framover, men er en viktig del av utfordringsbildet.

Boks 6.1 Fritt behandlingsvalg

Reformen med fritt behandlingsvalg ble lagt fram gjennom Prop. 56 L (2014–2015)¹. Hensikten med reformen er å redusere ventetidene, øke valgfriheten til pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Reformen består av tre elementer, som ifølge forslaget gjensidig skal forsterke hverandre og mobilisere ledig kapasitet uansett om den er i privat eller offentlig sektor. For det første får pasientene rett til selv å kunne velge hvor han eller hun vil behandles blant godkjente virksomheter – på det offentliges regning. Private som tilfredsstillter kravene kan innen definerte fagområder levere helsetjenester til en fastsatt pris. For det andre skal de regionale helseforetakene kjøpe mer fra private gjennom anbud. For det tredje gis de offentlige sykehusene større frihet. Det aller meste av pasientbehandlingen vil også i framtiden finne sted i de offentlige sykehusene, slik at de største gevinstene i form av reduserte ventetider må realiseres her.

Fram til og med 2014 fastsatte staten en øvre grense for hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kunne behandle. Denne er nå fjernet, og offentlige sykehus kan fra 1. januar 2015 behandle flere pasienter enn budsjettert så lenge de kan finansiere dette gjennom innsatsstyrt finansiering. Begrunnelsen for endringen var at de offentlige sykehusene slik fikk mulighet til å møte konkurransen som følger av fritt behandlingsvalg.

Det er etablert en forskriftsfestet godkjenningsordning for å avgrense hvilke virksomheter som kan delta i fritt behandlingsvalg. Virksomhetene godkjennes av HELFO. Godkjenningsordningen omfatter foreløpig døgntil behandling innenfor rusbehandling og psykisk helsevern, samt enkelte tjenester innenfor somatikk. Etter planen skal ordningen omfatte flere tjenester etter hvert. På helseportalen helsenorge.no finner pasientene informasjon om hvilke institu-

sjoner og tjenester de kan velge mellom. Det er ikke noen øvre grense for hvor mange pasienter som kan behandles av de godkjente virksomhetene så lenge det er fastsatt en pris for utredningen eller behandlingen som pasienten har krav på. Medio oktober 2016 var det behandlet i overkant av 800 pasienter, med en kostnad på om lag 37 mill. kroner. Anslåtte utgifter i 2017 er 200 mill. kroner.

Gjennom fritt behandlingsvalg får pasienter som ikke er tilfreds med tilgjengeligheten til de offentlige sykehusene en utvidet rett til å bli behandlet hos godkjente private virksomheter. Departementet understreket samtidig at det primære virkemiddelet for å bruke ledig kapasitet hos private fortsatt skal være gjennom anbud. Konkurransen gjennom anbud bidrar til kostnadseffektivitet, samtidig som det kan legges vekt på kvalitet og samhandling i tillegg til pris. På oppdrag fra departementet, og som del av fritt behandlingsvalgreformen, utarbeidet de regionale helseforetakene i 2014 nye strategier for økt bruk av private gjennom anskaffelser.

Forslaget som ble lagt fram for og vedtatt av Stortinget, var justert på en del områder på bakgrunn av høringsen. De fleste høringsinstansene var enige i intensjonen med reformen og positive til økt bruk av private gjennom anbud og å fjerne aktivitetstaket for offentlige sykehus. Flere høringsinstanser var imidlertid negative til forslaget om å innføre godkjenningsordningen rett til fritt behandlingsvalg. Blant annet uttrykte de regionale helseforetakene bekymring for at ordningen ville kunne bli ressurskrevende å administrere og at ressursene kunne vært benyttet bedre gjennom anbud.

¹ Prop. 56 L (2014–2015) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) og Innst. 224 L (2014–2015).

6.4 Nærmere om IKT-området

IKT-utviklingen påvirker måten helsetjenester organiseres og leveres på. Gode IKT-systemer er også et viktig verktøy for å oppnå bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Informasjonshåndtering og arbeidsrutiner har gått fra å være nesten bare papirbaserte og preget av manuelle rutiner til å bli stadig mer digitalisert og automatisert. Innføring

og bruk av elektroniske pasientjournaler muliggjør mer effektiv samhandling og informasjonsflyt i helse- og omsorgstjenesten. Teknologien åpner også for nye måter å involvere innbyggerne og pasientene på. Gjennom helsenorge.no tilbys digitale innbyggertjenester. Det varierer hvor langt de ulike regionene har kommet på området. Digitalt innsyn i pasientjournaler tilbys nå eksempelvis ved sykehus i Helse Vest og Helse Nord. Helse

Vest har kommet lengst i utviklingen, gjennom etableringen av vestlandspasienten.no. Her kan pasientene blant annet bestille timer, se status for henvisninger og sende meldinger til sykehuset.

Utviklingen går raskt, og har vært en viktig drivkraft i perioden etter 2002. Samtidig er mye gjort, og utfordringene på feltet er store. I Nasjonal helse- og sykehusplan heter det at Norge har kommet lengre enn mange andre land i digitaliseringen og bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren, men helsepersonell opplever likevel at IKT-systemene ikke støtter godt nok opp om arbeidsprosessene i sykehusene. Teknologiske muligheter utnyttes ennå ikke godt nok, og helsepersonell opplever ofte å jobbe på samme måte som før teknologien ble innført. Planen understreker behovet for sterkere nasjonal styring. Behovet for å styrke nasjonal samordning og styring på IKT-området er ellers framhevet i flere innspill til utvalget.

For å få til en koordinert og nasjonal utvikling, har Helse- og omsorgsdepartementet fra 1. januar 2016 etablert Direktoratet for e-helse, basert på Divisjon for e-helse i Helsedirektoratet. Direktoratet for e-helse skal være en pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet skal styrke den nasjonale styringen og koordineringen på e-helseområdet i samarbeid med helseforetakene, kommunene, øvrige etater og andre relevante fagmiljø.

Det felleseide foretaket Nasjonal IKT HF ble etablert 1. januar 2014. Foretaket er en videreføring av programkontoret Nasjonal IKT (etablert i 2003), som var en samarbeidsarena uten egne ansatte. Hensikten med å organisere ansvaret inn i et helseforetak var å gi økt kontinuitet og gjennomføringskraft i samordningen av IKT i spesialisthelsetjenesten og i oppfølgingen av nasjonale prosjekter. Nasjonal IKT HF skal være en pådriver for å sikre bred deltagelse fra de ulike delene og nivåene av spesialisthelsetjenesten.

Bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren ble behandlet av Stortinget i 2013 på grunnlag av Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*⁵, som ble lagt fram i 2012. Mål og strategier i denne meldingen er gjengitt i boks 6.2. En samlet helse- og omsorgskomiteé sa seg i innstillingen enig i det utfordringsbildet som ble trukket opp i meldingen, og sluttet seg til de hovedgrepene som ble skissert. Et mindretall (medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig folkeparti) ønsket imidlertid en større grad av konkretise-

ring, og fremmet forslag om at det ble lagt fram en proposisjon som behandlet oppfølging og implementering av arbeidet og målsetningene.

Helsedirektoratet la i oktober 2014 fram en delrapport i forbindelse med utredning av «En innbygger – én journal»⁶. En del av utfordringsbildet er lav gjennomføringsevne med lite koordinert utvikling av IKT. I rapporten trekkes det blant annet fram at helseregionene i første rekke har prioritert utviklingsarbeid innenfor egen region. Det heter at i:

«... spesialisthelsetjenesten har det de siste årene vært størst fokus på å etablere de regionale IKT-avdelingene med tilhørende fisjonering og fusjonering, og påfølgende konsolidering av infrastruktur og driftsarkitektur. (...) Det er blitt hentet ut få synergier når det kommer til standardisering av systemporteføljen og gjennomføring av felles systemanskaffelser på tvers av de regionale helseforetakene. Det er ikke avdekket at det har foregått nevneverdig arbeid med å standardisere infrastruktur, driftsrutiner og brukerstøtte mellom regionene.»

Utvalget vurderer den manglende nasjonale samordningen som en betydelig utfordring. Samtidig er det grunn til å understreke at etablering av regionale løsninger har gjort det mulig å forbedre systemene, og at dette arbeidet også har lagt grunnlag for å etablere nasjonale løsninger. De fleste pasientene behandles innenfor egen region.

Riksrevisjonen la i 2014 fram en undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren⁷. Undersøkelsen viste at det fortsatt brukes mye papir, at det ikke i tilstrekkelig grad er utviklet tekniske løsninger og at det er svakheter ved departementets planlegging, styring og oppfølging av arbeidet. Kontroll- og konstitusjonskomiteén avholdt kontrollhøring for å belyse saken nærmere. I innstillingen uttaler komiteén blant annet at den mener det er nødvendig at staten går fra koordinering gjennom råd og veiledning, til sentral ledelse på IKT-området. Komiteén understreker behovet for å ta i bruk standard programvare og påpeker at departementet må ta sitt ansvar for å følge opp de ytre etatene. Stortinget

⁵ Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren og Innst. 224 S (2012–2013).

⁶ Helsedirektoratet (oktober 2014): Utredning av «En innbygger – én journal». V1.4: IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren.

⁷ Dokument 3: 6 (2013–2014). Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren og Innst. 67 S (2014–2015) fra kontroll- og konstitusjonskomiteén.

Boks 6.2 Hovedpunkter i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal

I meldingen presenteres tre overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger. Dette gjelder gjennom hele behandlingsforløpet, uavhengig av hvor i landet pasienten og brukeren blir syk eller får behandling.
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester. Dette skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere, og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig.
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Målet er at innrapportering til registre skal skje mest mulig automatisk, uten dobbeltregistrering, og som en integrert del av de faste arbeidsprosessene. Sammenstilling av oppdaterte data med høy kvalitet skal gjøre det mulig å følge utviklingen i helsetilstanden til befolkningen, gjøre systematiske vurderinger av tjenestetilbudet, og være grunnlag for styring, kvalitetsforbedring og forskning.

Det angis fire strategiske grep for å nå målene:

Utrede én journal

Et integrert og helhetlig journalsystem vil gi helsepersonell, pasienter og brukere enklere tilgang til relevant informasjon, bidra til bedre

samhandling og ressursbesparelser. Det vil også legge til rette for gjenbruk av data og automatisk uttrekk til registre.

Nye digitale tjenester for pasienter og brukere – «Min helse» på nett

Pasienter og brukere skal få elektronisk tilgang til egen journal, i tillegg til tilbud om selvbetjeningsløsninger og mulighet for elektronisk dialog med helsepersonell. Informasjon om helse- og omsorgstjenestene skal gi innbyggerne mulighet til å ta reelle valg knyttet til eget behandlingsopplegg.

Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren

Felles målbilder og koordinerte handlingsplaner skal bidra til en mer sammenhengende IKT-utvikling. Mange selvstendige aktører gjør det nødvendig å klargjøre nasjonalt ansvar for IKT-utviklingen, og alle tiltak av nasjonal betydning må besluttes nasjonalt. Det er nødvendig med en tydelig rolle- og oppgavedeling mellom aktørene.

Fullføre igangsatte tiltak

Det vil ta tid å nå målet om et felles nasjonalt journalsystem for hele helse- og omsorgssektoren, og på kort sikt ville det derfor bli jobbet med å realisere og konsolidere eksisterende tiltak og løsninger.

fattet vedtak om at regjeringen må redegjøre på egnet måte for hvordan den vil løse de IKT-utfordringene som Riksrevisjonens undersøkelse har vist.

Anmodningsvedtaket ble besvart av Helse- og omsorgsdepartementet i Prop. 1 S (2015–2016). I svaret pekes det på følgende:

- Den nasjonale styringen av IKT i helsesektoren skal styrkes for å sikre økt gjennomføringskraft, blant annet ved å etablere et direktorat for e-helse fra 1. januar 2016.
- Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere et samarbeid med kommunene, regionale helseforetak og Norsk Helsenett SF, der hensikten er å vurdere ny statlig virkemiddelbruk for å styrke gjennomføringsevnen på IKT-feltet.
- 1. juli 2015 ble det vedtatt en forskrift for IKT-standarder, som trådte i kraft 1. september. Må-

let er at alle skal ta i bruk og hente ut gevinster av elektronisk samhandling. Forskriften tydeliggjør for leverandører og helse- og omsorgstjenesten hvilke krav som stilles til IKT-systemene. Innholdet i forskriften skal være dynamisk og utvikles over tid.

- Som oppfølging av Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utrede framtidens helseinformasjonssystem i samarbeid med sektorens aktører. Det ble vist til en kommende forstudierapport.

Situasjonen fram til 2015 må ses i sammenheng med at ny lov om pasientjournal og ny helseregisterlov trådte i kraft 1. januar 2015, og at det før dette var begrensede muligheter for digital infor-

masjonsutveksling mellom virksomheter og mellom helsetjenesten og innbyggerne.

Forstudier fra utredningen om «*En innbygger – én journal*» ble i januar 2016 overlevert departementet fra Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse⁸. Arbeidet er utført i tett samarbeid med sektoren og med stort bidrag fra spesialisthelsetjenesten, kommunesektoren, utøvende helsepersonell, nasjonale helsemyndigheter og pasient- og brukerorganisasjoner. I rapporten heter det at realiseringen av «*En innbygger – én journal*» er omfattende og vil gå over mange år, med et perspektiv fram til om lag 2040. I denne perioden vil helse- og omsorgssektoren gjennomgå mange endringer innen helsefaglig utvikling, mål, styring, organisering og aktørbilde. Teknologien vil tilsvarende gjennomgå store endringer og gi nye muligheter. Blant annet på denne bakgrunn anbefales en utviklingsretning, framfor et eksplisitt konseptvalg.

Anbefalingene oppsummeres slik:

- En felles, nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, prosesstøtte og pasient-/ brukeradministrasjon for helse- og omsorgstjenesten bør være målbilde og utviklingsretning for realisering av målene i «*En innbygger – én journal*».
- En felles, nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester bør være startpunktet for utviklingsretningen. Spesialisthelsetjenesten skal aktivt delta i utviklingen av en felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester og tilpasse seg krav som styrker samhandlingen mellom aktørene og som bidrar til best samfunnsøkonomisk realisering av «*En innbygger – én journal*».
- En felles, nasjonal løsning for «*En innbygger – én journal*» setter sterke føringer for videre strategi- og utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes et felles arbeid mellom de regionale helseforetakene og det nasjonale prosjektet for å sikre at pågående og planlagte investeringer i spesialisthelsetjenesten er i tråd med det langsiktige målbildet, samt at potensialet for skalafordeler innen spesialisthelsetjenesten realiseres.
- Anbefalt utviklingsretning og startpunkt forutsetter nasjonal styring som stiller tydelige føringer og krav for IKT-utviklingen i virksomhetene.

Med dette er det gitt en anbefaling om retning og rammer for det videre IKT-arbeidet i sektoren. Oppfølgingen vil kreve beslutninger, store ressurser både økonomisk og personellmessig, og stille store krav til god ledelse.

I foretaksmøte 22. juni 2016 ble det besluttet at programmet «*Helseplattformen*» i Helse Midt-Norge RHF skal gjennomføres som et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet i «*En innbygger – én journal*» og et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Foretaksmøtet understreket viktigheten av at de andre regionale helseforetakene bidrar til at «*Helseplattformen*» kan lykkes med oppdraget innenfor de tidsrammer og den økonomi som er satt i prosjektet. Av protokollen fra foretaksmøtet går det fram:

«Foretaksmøtet ber Helse Midt-Norge RHF om å:

- gjennomføre programmet «*Helseplattformen*» som et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet i «*En innbygger – én journal*» og et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- sikre nasjonal representasjon i programstyret for og i arbeidet med «*Helseplattformen*».
- sikre samarbeid med og innflytelse fra det nasjonale utredningsarbeidet i regi av Direktoratet for e-helse.
- sikre en framdriftsplan for *Helseplattformen* som ivaretar disse hensynene.

Foretaksmøtet ber de øvrige regionale helseforetakene om å:

- bidra i Helse Midt-Norge RHF's arbeide med «*Helseplattformen*».
- sikre aktiv deltaking i det nasjonale utredningsarbeidet i regi av Direktoratet for e-helse for å oppnå en best mulig samhandling mellom en nasjonal løsning for kommunene og de regionale løsningene i spesialisthelsetjenesten.»

Betydningen av IKT-området har kommet tydelig fram gjennom utvalgsarbeidet og innspill utvalget har mottatt. Utvalget ser behov for bedre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet. Utvalget foreslår også i kapittel 10 at det blir foretatt en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for de ulike aktørene.

⁸ Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet (desember 2015): Utredning av «*En innbygger – én journal*». Sammen- drag.

6.5 Ledelse og intern organisering

Ledelse og intern organisering er sentrale tema i den offentlige debatten, og en viktig del av utfordringsbildet for spesialisthelsetjenesten uavhengig av hvilken overordnet styringsmodell som velges. Utvalget har valgt å gi problemstillingene betydning i dette kapitlet.

Et viktig formål med sykehusreformen var å klargjøre ansvar. Dette skjedde dels ved å overføre eierskapet til staten, og dermed gi staten et helhetlig ansvar for tjenesten. Målet var også at en gjennom foretaksorganiseringen skulle legge vilkårene bedre til rette for at sykehusledere skulle kunne utøve lederskap og ta ansvar for daglig drift.

I rapporten «Sykehusreformen – noen eierperspektiv»⁹ fra 2001 omtales utfordringene knyttet til ledelse i sykehus, som blant annet førte til at mange vegret seg for å påta seg topplederansvar. Det heter at det særlig er:

« ... spenningen mellom den faglig-medisinske virksomhet og den overordnede ledelse som gjør lederskap vanskelig. Denne spenningen er primært uttrykk for at sykehusledelsen har et legitimitets- og autoritetsproblem i forhold til fagmiljøene, og at fagmiljøene vegrer seg mot å ta medansvar for helheten(...) Noe spisst og forenklet formulert, oppfattes ledelsen ofte som en motpart. Dette forsterkes av en kulturkløft preget av mangel på felles språk, referanser, virkelighetsoppfatninger og mål.»

Professor Jan Frich har i en rapport til Legeforeningen skrevet et kapittel om styring og ledelse i sykehusene¹⁰. Her går det fram hvordan kravene til ledelse av sykehus har endret seg de siste tiårene, og blant annet førte til at prinsippet om enhetlig ledelse ble gjeldende fra 2001. Kravet om enhetlig ledelse følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 første ledd, der det heter at «sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer». For hver organisatoriske enhet i sykehuset skal det etter bestemmelsen være én leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. Kravet til klare ansvarslinjer og ansvarsforhold innebærer blant annet at alle an-

satte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder.

Norsk Sykepleierforbund har vært kritisk til prinsippet om enhetlig ledelse, og skriver i innspill til utvalget:

«Kravet om en ansvarlig leder på alle nivå i sykehusene har gitt en organisering som i for stor grad er knyttet til medisinsk domenetenkning og spesialisering. Dette har medført en oppsplitting av sykepleietjenesten. Dette hemmer fagutvikling og forskning, gir mindre samarbeid og læring på tvers, øker risikoen for faglig isolasjon og variasjon i faglig kvalitet/pasientsikkerhet, gir dårlig ressursutnyttelse og lite fleksibilitet i den daglige driften.»

Et hovedtrekk i utviklingen er ifølge Frich at eier- og virksomhetsstyringen har blitt mer ambisiøs, og at myndighetene ønsker å profesjonalisere ledelsen i sykehusene. Profesjonene får redusert makt og innflytelse i møtet med en ambisiøs og detaljert styring fra myndighetenes side. I studier av sykehus er det et gjennomgående trekk at det foreligger en spenning mellom toppnivået og det nivået hvor selve tjenesteytingen foregår, jf. også omtale foran av vurderingen ved innføringen av reformen. Dette er dels et uttrykk for at sykehus er virksomheter hvor verdiene skapes av profesjonsutøvere som besitter ekspertkunnskap innen sitt område, dvs. at den faglige innovasjonen i stor grad kommer «nedenfra». Virksomheten vil således måtte ledes faglig «nedenfra» i tillegg til at den må styres og ledes «ovenfra». Slik skapes en vertikal spenning i systemet.

Den vertikale dialogen utfordres ved innføring av flere formelle nivå. Hvert ekstra ledernivå vil ha en merkostnad for kommunikasjonen internt i organisasjonen, ved å gi økt avstand mellom det strategiske toppledernivået og det kliniske og operative nivået. Når beslutningslinjene blir lengre, vil viktig informasjon og innsikt kunne gå tapt på veien både «opp» og «ned». En survey gjennomført for Legeforeningen¹¹ viser at tre av fire leger opplever lange beslutningslinjer som et problem. Norsk sykepleierforbund skriver også i innspill til utvalget at tilbakemeldinger fra tillitsvalgte viser at veien fra sykesenga til de som fatter beslutningene og styrer økonomien kan oppleves som lang i dagens styringsmodell.

⁹ «Sykehusreformen – noen eierperspektiv». Rapport fra Sosial- og helsedepartementet. 2001

¹⁰ Jon Magnussen m.fl. (2016): Mellom politikk og administrasjon. Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge. Rapport til den norske legeforening. Kapittel 4 «Styring og ledelse på det utførende nivå (sykehusene)».

¹¹ Jon Magnussen m.fl. (2016): Mellom politikk og administrasjon. Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge. Rapport til den norske legeforening. Kapittel 2: «Hva mener legene om dagens organisering?»

Tabell 6.1 Antall formelle ledernivåer i foretaket. Pst.

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2012
Ett nivå	0	2	0	0	0	0	0
To nivå	26	19	6	4	4	0	0
Tre nivå	59	66	60	57	28	24	6
Fire nivå	15	13	34	39	60	71	67
Fem nivå	0	0	0	0	0	6	22
Seks nivå	0	0	0	0	8	0	6
Antall enheter	46	47	35	23	25	17	18

Universitet i Oslo, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HERO) har kartlagt ledelsesstrukturen i helseforetakene gjennom jevnlig rapportering. Den siste ble utgitt i 2013. I rapporten skrives følgende under oppsummeringen av hovedfunn:

«Utviklingen innen ledelse og organisasjonsform følger i stor grad de trendene vi så i 2009. Fra 2005 til 2009 var det en gradvis økning i antall helseforetak med fire ledernivåer, framfor tre som til da var det mest vanlige. I 2012 ser vi at denne trenden har utviklet seg videre med et økt antall foretak som nå rapporterer fem ledernivåer (22 pst.). Samtidig ser vi en svak vekst i antallet ledere som rapporterer direkte til foretaksdirektøren. I de medisinske og kirurgiske virksomhetene foregår det en gradvis økning i andelen ledere som er ledere på heltid, og at flere ledere jobber i formaliserte tverrfaglige ledergrupper.»

Utviklingen i antall formelle ledernivåer er gjengitt i tabell 6.1.

Det vanligste er 4 ledernivåer, som innebærer at det under administrerende direktør er klinikkleder, avdelingsleder og seksjons- eller enhetsleder. Det er naturlig å se utviklingen i retning av flere formelle ledernivåer i sammenheng med at det har blitt færre og større helseforetak etter 2002.

Uansett hvor godt man leder og organiserer en virksomhet vil det oppstå målkonflikter som må håndteres. I sykehus vil det typisk oppstå målkonflikter mellom medisinskfaglige og ressursmessige hensyn.

Økt omfang av styring og spesifiserte krav til måloppnåelse vil kunne gi opphav til et økt antall målkonflikter. Jo mer spesifikke mål og detaljerte styringskrav, jo mindre vil handlingsrommet bli på det kliniske og operative nivået, og jo mer kre-

vende vil det være å utøve ledelse innen knappe ressursmessige rammer. Surveyen som er gjennomført for Legeforeningen, viser at medarbeidere opplever at lederne har høy oppmerksomhet om økonomisk styring og at de har mindre oppmerksomhet rettet mot andre dimensjoner av virksomheten.

Nordlandsforskning gjennomførte i 2014 en undersøkelse blant sykepleieledere i kommuner og spesialisthelsetjeneste¹². Det er stor enighet blant lederne i undersøkelsen om at tiden er for knapp til strategisk arbeid, langsiktig planlegging, endring av arbeidsprosesser og nytenkning. Det er i hovedsak førstelinjeledere som gir uttrykk for at de er presset på tid til dette. Videre opplever lederne en viss grad av krysspess og motstridende forventninger. Vel 6 av 10 har opplevd at overordnede og underordnede har forventninger til dem som ikke lar seg forene.

I kapittel 4 er Fafu-rapporten «Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus»¹³ omtalt. Rapporten belyser blant annet hvordan ledere i sykehus opplever eget handlingsrom. Følgende punkter kan trekkes fram:

- Det ser ut til å være en klar opplevelse av en motsetning mellom mange og svært detaljerte målformuleringer og et tilstrekkelig stort handlingsrom. Mye tyder på at ledere på avdelings-, seksjons- og enhetsnivå opplever måleparameterne og rapporteringen som for mange, for tidkrevende og for omfattende. Mange ledere på lavere nivåer opplever også en vanskelig økonomisk situasjon og lite handlingsrom som leder av den grunn.
- Det ser ut til å være et behov for å klargjøre hvilken rolle de regionale helseforetakene skal

¹² NF-rapport nr. 4/2014: Sykepleieledere og ledelse.

¹³ Jon M. Hippe og Sissel C. Trygstad: Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus. Fafu-rapport 2012:57.

ha i den samlede helsepolitiske styringen. Klarhet om dette spørsmålet har betydning både for styrearbeidet og framfor alt for ledelse og samarbeid i helseforetakene.

En undersøkelse gjennomført av Tom Colbjørnsen¹⁴ illustrerer også de utfordringene ledere av sykehus står overfor, og som det er naturlig å se i sammenheng med en omfattende målstruktur og et ønske om styring og samordning fra nasjonalt nivå. Undersøkelsen viser at lederne i helseforetakene i mindre grad enn ledere i andre statlige selskaper oppfatter at de har handlefrihet. Lederne opplever også motstand fra egne ansatte i større grad enn andre statlige ledere, de opplever i større grad at beslutninger møtes av politiske aksjoner, og at dagsorden påvirkes av presseoppslag. Utvalget vil peke på at helseforetakene har et ansvarsområde som gjør det naturlig at lederne av disse møter andre og til dels større utfordringer enn det som gjelder generelt for ledere av statlige selskaper.

Nærmere om intern organisering og spørsmålet om stedlig ledelse

I utgangspunktet står helseforetakets øverste leder relativt fritt når det gjelder den interne organiseringen. Organiseringen av helseforetaket må ivareta kravet til forsvarlig virksomhet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og øvrige krav fastsatt i lov og forskrift. Det innebærer at virksomheten også må organiseres slik at helsepersonellet kan yte faglig forsvarlig helsehjelp og overholde sine plikter.

De siste årene har det vært en diskusjon om hvilke prinsipper som skal ligge til grunn for valg av organisasjonsmodell i helseforetakene. I dag kan det på generelt grunnlag sies at ledelse gjennomføres innenfor to hovedmodeller: gjennomgående ledelse på tvers av sykehusene som inngår i et helseforetak, eller ved lederlinjer som inkluderer stedlig ledelse med et samlet ansvar for virksomheten. Det er i flere helseforetak valgt organisasjonsmodeller med en kombinasjon av stedlig ledelse og tverrgående klinikker. Et eksempel på dette er Vestre Viken HF, som har organisert tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern, røntgen og laboratorium som gjennomgående klinikker, mens indremedisin, kirurgi, gynekologi og obstetikk er organisert som egne kli-

nikker på hvert av sykehusene. Utviklingen de siste årene viser ellers at det flere steder er gjennomført stedlig ledelse etter en periode med gjennomgående ledelse.

Ledelsesstrukturen må ivareta ulike hensyn, og da først og fremst samordning mellom sykehus og samordning internt ved de enkelte sykehusene. Lokal samordning kan være enklere å få til i en modell med stedlig ledelse på sykehuset med totalansvar for hele virksomheten.

Utviklingen går i retning av mer samarbeid mellom sykehus og på tvers av profesjoner, klinikker og avdelinger. Mer utredning og behandling vil bli gjort i tverrfaglige team på tvers av avdelinger og institusjoner. Hensynet til å ivareta samordning av faglig og ressursmessig karakter mellom sykehus er bakgrunnen for at mange helseforetak har opprettet tverrgående klinikker for hele eller deler av pasienttilbudet. I en slik modell har den øverste lederen for den enkelte klinikken ansvaret for klinikkens tilbud på flere ulike geografiske steder.

Samordning mellom sykehus kan også ivaretas i en organisasjonsmodell hvor hvert enkelt sykehus har en leder med totalansvaret for alle tjenestene som utføres lokalt, mens strategiske beslutninger som angår mer enn ett sykehus eller én enhet løftes opp til helseforetaket eller regionalt helseforetak.

Stedlig ledelse henger nøye sammen med hvilke fullmakter som gis. I foretaksmøtet i mai 2016 uttales det at «i en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse». Uttalelsen er tydelig på at stedlig leder må ha nødvendige fullmakter til å kunne utøve reell ledelse av de ansatte. I rundskrivet om enhetlig ledelse uttales det at¹⁵:

«Førstelinjeføreren vil i praksis utøve lederoppgaver som er sentrale for å sikre god pasientbehandling. Det er derfor viktig at virksomheten organiseres slik at denne lederen får rammebetingelser som gjør det mulig å ivareta sine oppgaver på en god måte.»

Det er med andre ord avgjørende at fullmaktsstrukturen i helseforetakene er gjennomarbeidet og gir de ulike ledelsesnivåene gode rammebetingelser og reell mulighet til å ivareta sitt ansvar. Det er imidlertid vanskelig å gi generelle vurderinger av hvordan ulike fullmakter skal utformes.

¹⁴ Tom Colbjørnsen (2015): Daglige ledeses handlingsrom i statlige selskaper og helseforetak. Rapport til Arbeidsgiverforeningen Spekter.

¹⁵ Helse- og omsorgsdepartementet: Rundskriv I-2/2013 Lederansvaret i sykehus

Det vil blant annet være avhengig av organisasjonsmodell, geografi, og størrelse på enhetene i helseforetaket.

Det er fordeler og ulemper ved de ulike ledelsesmodellene. Tverrgående ledelse kan fremme en hensiktsmessig bruk av ressurser og fordeling av arbeidsoppgaver og funksjoner på tvers av sykehus. Svakheten med slike overgripende løsningsmodeller er at lederen er mindre tilgjengelig på de enkelte lokalitetene. Muligheten for ansvarliggjøring vil kunne svekkes fordi det blir dårligere kontakt mellom ledelsen og det kliniske og operative nivået. Det kan hevdes at det gir en annen nærhet og tillit til beslutninger som foretas oppover i organisasjonen når de fleste beslutningsnivåene er lokalisert på samme geografiske sted. Resultater fra surveyen gjennomført for Legeforeningen indikerer at sju av ti leger opplever fravær av stedlig ledelse som problematisk.

I Nasjonal helse- og sykehusplan er ledelse et sentralt tema. Selve meldingen tok ikke eksplisitt opp temaet stedlig ledelse, men i Stortingets behandling av denne ble stedlig ledelse løftet fram som et viktig begrep. I Innst. 206 S (2015–2016) uttaler komitéen at det må stilles høyere og nye krav til ledelse i framtidens helsetjeneste. Komitéen uttaler at stedlig ledelse er et viktig prinsipp, blant annet fordi lange beslutningslinjer resulterer i utydelige ansvarslinjer og usikkerhet, og at målformuleringer og strategier ikke forankres helt ut i sykehusene. Stedlig ledelse er et nødvendig grep for bedre samspill mellom sykehusene.

Komitéens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig folkeparti og Venstre, fremmet følgende forslag som fikk tilslutning fra flertallet i Stortinget:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus»

Komitéens medlem fra Senterpartiet Kjersti Toppe fremmet følgende alternative forslag som ikke fikk flertall:

«Stortinget ber regjeringen pålegge de regionale helseforetakene å innføre stedlig ledelse ved alle sykehus og større sykehusavdelinger, og at stedlig leder skal få ansvar for hele virksomheten med både faglig ansvar, økonomisk ansvar og personalansvar»

I foretaksmøte 4. mai 2016 med de regionale helseforetakene ble følgende uttalt om stedlig ledelse:

«Foretaksmøtet viste til at oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid mellom sykehus og faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: «Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus.»

Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. (...)»

Argumentene for og mot stedlig ledelse kan ha ulik vekt på de ulike organisatoriske nivåene. Stedlig ledelse framheves som spesielt viktig for å oppnå god ledelse av helsepersonell nær pasientbehandlingen, og de aller fleste sykehus har stedlig ledelse på førstelinjenivået. Et sentralt spørsmål er om stedlig ledelse også skal gjelde på nivåene over seksjons- eller enhetsnivået, og i så tilfelle om det skal være på avdelings- eller klinikknivå. Det er gode grunner for å hevde at jo lengre opp i organisasjonsstrukturen en kommer, jo mindre er behovet for at ledelsen er fysisk tilstede for de direkte underordnede medarbeiderne. De fleste pasientforløp krever imidlertid at flere enheter/avdelinger samhandler. Dette krever koordinering.

Oppsummert

Sykehus er komplekse kunnskapsorganisasjoner med sterke profesjonsinteresser, og med avgjørende samfunnsmessig betydning. Dette gjør ledelse av sykehus til en krevende oppgave. Lederrollen utfordres både fra ansatte i egen organisasjon, og i form av økte krav fra eier og omgivelsene. Den statlige styringen har blitt mer ambi-

siøs og brukerne mer krevende. Det er liten grunn til å tro at dette er en utvikling som vil snu.

Utviklingen de siste tiårene har ifølge professor Jan Frich medført at rommet for faglig styring «nedenfra» blir mindre og omfanget av ytre styring og regulering øker – det profesjonelle rommet krymper. Frich argumenterer samtidig for at det trolig har liten betydning for styringslogikken og ledelsen på det utførende nivået om man opererer innenfor en foretaksmodell eller en forvaltningsmodell. En vil uansett måtte leve med og håndtere målkonflikter.

Den interne organiseringen må ivareta koordinering og samordning både internt i sykehuset, og mellom ulike sykehus som inngår i et fellesskap. Sistnevnte har vært forsøkt løst gjennom å etablere tverrgående klinikker. Konsekvensen av dette i form av fravær av stedlig ledelse har blitt kritisert fra flere hold, blant annet fra Norsk Sykepleierforbund og Legeforeningen. En del av utfordringsbildet er også at det har blitt flere ledernivå.

6.6 Erfaringer med helseforetaksmodellen

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten etter at helseforetaksreformen ble innført er omtalt i kapittel 4. Utviklingen er et resultat av mange faktorer, der innføring av helseforetaksmodellen er en av dem.

For en samlet oppsummering av utviklingen vises det til punkt 4.10. Gjennomgangen viser en positiv utvikling på flere områder. Resultatene har på mange måter utviklet seg godt i perioden, når disse vurderes opp mot de ressursene som har vært tilgjengelige. Viktige utfordringer som kan trekkes fram etter gjennomgangen er følgende:

- Det har vært en gradvis forbedring av kvaliteten på mange av de områdene hvor det er etablert målesystemer. Det er imidlertid ikke grunnlag for å konkludere med at vi har fått et mer likeverdig tilbud. Det er også en utfordring at det på flere områder ennå ikke er etablert kvalitetsindikatorer.
- Produktiviteten har økt i årene etter at helseforetaksreformen ble innført, spesielt i de første årene. Flere rapporter tilsier at det fortsatt er rom for forbedringer.
- Det er utfordringer knyttet til sykehusbygg med dårlig standard.
- Behovet for bedre funksjonsfordeling var en viktig problemstilling ved innføring av helseforetaksreformen. Viktige endringer har skjedd etter 2002, men faglige råd tilsier ytterligere endringer på enkelte områder.

- Samordning av støttefunksjoner både regionalt og nasjonalt er avgjørende for en effektiv ressursutnyttelse. Grepene som er tatt med å etablere felleseide selskaper er uttrykk for et ønske om en sterkere nasjonal samordning. På IKT-området spesielt uttrykkes det behov for nasjonale grep.
- Styrene i helseforetakene har vært mål for mye av kritikken mot helseforetaksmodellen, og det har vært stilt spørsmål ved om det er behov for styrer både i helseforetakene og på regionnivå. Argument for å legge ned styrene for helseforetakene har blant annet vært knyttet til at ansvarsforholdene er uklare og at styringskraften fra de regionale helseforetakene sin side blir bedre hvis helseforetakene kan styres direkte.
- Det er utfordringer knyttet til lederrollen og intern organisering, jf. også punkt 6.5.
- Gjennom evalueringen av samhandlingsreformen er det avdekket behov for at kommuner og sykehus jobber videre med å utvikle helhetlige pasientforløp, blant annet ved å videreutvikle samarbeidsavtalene. Kvaliteten på informasjonsutvekslingen bør bedres, og det er behov for å utvikle IKT-systemene slik at utvekslingen av pasientinformasjon på tvers av nivåene kan skje mer effektivt.
- På utdanningsområdet uttrykkes behov for bedre og mer avklart samspill og samordning mellom helsetjenestene og utdanningsinstitusjonene.
- Utvalget har fått gjennomført en analyse av den offentlige debatten rundt helseforetaksmodellen. Denne viser at et flertall av aktørene som uttaler seg i debatten er kritiske til helseforetaksmodellen slik den er i sin nåværende form. Dette illustrerer utfordringen som ligger i å skape legitimitet for systemet og de beslutningene som fattes.

Mange av utfordringene som er nevnt over er knyttet til volum og kvalitet på tjenestene, og samordning mellom sykehus og av støttetjenester. Dette er forhold som påvirkes av overordnet organisering og som vil inngå i drøftingen av ulike styringsmodeller. Det samme gjelder styrenes rolle og hvilken legitimitet styringssystemet har. Andre utfordringer er ikke modellavhengige på samme måte. Dette gjelder i første rekke samhandling med kommunesektoren, og utfordringer knyttet til ledelse og intern organisering. Disse problemstillingene tas opp igjen i kapittel 10 Utvalgets vurderinger.

6.7 Avsluttende kommentarer

I dette kapitlet er det trukket fram noen sentrale utviklingstrekk som til sammen vil stille spesialisthelsetjenesten overfor store utfordringer framover:

- Behov for økt kapasitet som følge av blant annet befolkningsutvikling og krav om reduserte ventetider. Behandlingsmulighetene vil også øke.
- Forventninger om økt kvalitet og utjevning av forskjeller. Befolkningen vil blant annet som følge av velstandsutviklingen ha større forventninger og stille større krav, og i økende grad benytte seg av retten til å velge de sykehusene og den behandlingen som forventes å være best.

Et bakteppe for utvalgets arbeid er altså en situasjon med vekst i behov, samtidig som det forventes strammere offentlige budsjetter enn vi har hatt

de siste årene. I en slik situasjon blir det enda viktigere enn før å utnytte ressursene best mulig, blant annet gjennom bedre samhandling. Styringsmodellen må støtte opp om dette.

I kapittel 4 er det en gjennomgang av utviklingen i spesialisthelsetjenesten etter at helseforetaksreformen ble innført i 2002. Resultatene har på mange måter utviklet seg godt i perioden, når disse vurderes opp mot de ressursene som har vært tilgjengelige. Samtidig er det åpenbart forbedringsmuligheter, noe som går fram av punkt 6.6. Utvalgets oppdrag er å vurdere om spesialisthelsetjenesten kan bli bedre ved å velge andre organisatoriske løsninger. Til grunn for vurderingene ligger et sett med kriterier, knyttet til hhv. effektivitet, samhandling og medvirkning, samt legitimitet for beslutninger. Denne drøftingen er tema for neste kapittel. Fokus er på styringsmodellen. Andre virkemidler, som rettighetslovgivning og utforming av finansieringssystemet, er ikke en del av utvalgets mandat.

Kapittel 7

Alternativer til dagens organisering av spesialisthelsetjenesten

7.1 Innledning

Det følger av mandatet at utvalget skal vurdere følgende alternativer til dagens organisering av spesialisthelsetjenesten:

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. Eventuelt andre alternativer for organisering av spesialisthelsetjenesten.

I dette kapitlet beskrives og vurderes de alternative organisasjonsformene, med den hensikt å vurdere om disse kan være bedre for å møte utfordringene framover enn dagens modell.

Regiontankegangen har vært førende for organiseringen av spesialisthelsetjenesten siden 1970-tallet. Gjennom helseforetaksreformen ble regionperspektivet ytterligere forsterket gjennom etablering av de regionale helseforetakene som egne rettssubjekter. Sentrale aktører i sektoren har gjennom skriftlige innspill til utvalget, innlegg på utvalgsmøtene og et eget høringsseminar vektlagt betydningen av et regionalt nivå.

Samtidig er det et viktig formål med utvalgets arbeid å vurdere om antall nivå i den formelle beslutningslinjen kan reduseres. Utvalget har derfor vurdert et fjerde alternativ der disse hensynene forenes. I dette alternativet er ikke helseforetakene lenger selvstendige rettssubjekter, slik at regionale helseforetak og den underliggende virksomheten blir del av det samme rettssubjektet. Dette innebærer at det ikke lenger vil være styrer på helseforetaksnivå. En slik organisering kan også betraktes som en variant av alternativ 1; dvs. en modell med få helseforetak direkte underlagt departementet. Antall helseforetak vil være en konsekvens av ønsket regioninndeling, jf. drøfting av dette i kapittel 8.

7.2 Kort om ulike tilknytningsformer

I utvalgets mandat er det forutsatt at spesialisthelsetjenesten skal organiseres i foretak, dvs. som selvstendige rettssubjekter med styrer. I ett av de tre alternativene som mandatet angir (alternativ 2), skal det vurderes å etablere et direktorat som mellomledd mellom departementet og helseforetakene.

Nedenfor gis en oversikt over ulike tilknytningsformer for statlige virksomheter. Framstillingen bygger i hovedsak på et notat som Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har utarbeidet på oppdrag fra utvalget¹.

I St.meld. nr. 19 (2008–2009) Ei forvaltning for demokrati og fellesskap defineres fire grunnleggende verdier for statsforvaltningen: Demokrati, rettssikkerhet, faglig integritet og effektivitet. Valg av organisatoriske løsninger skal understøtte disse forvaltningsverdiene.

Begrepet tilknytningsform refererer til hvordan en statlig virksomhet er mer eller mindre tett knyttet til statsmyndighetene. Ved valg av tilknytningsform legges rammene for styrings-, ansvars- og kontrollrelasjonene mellom det politisk ansvarlige nivået og det utførende nivået.

Spørsmålet om tilknytningsform angår ansvars- og oppgavefordelingen mellom departementene og underliggende virksomheter. Departementenes oppgaver kan typisk deles inn i tre kategorier²:

- Faglig sekretariat for statsråden: Utrede saker, opplyse om utviklingen på feltet og gi råd om utformingen av politikken til statsråd og statssekretær, herunder bistå statsråden med å legge saker fram for regjeringen og Stortinget og informere om politikken utad.

¹ Difi (februar 2016): Organisering av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten. En drøfting av ulike tilknytningsformer.

² Svein Gjedrem og Sven Ole Fagernæs (januar 2016): Kunnskapssektoren sett utenfra. Gjennomgang av de sentraladministrative oppgavene i kunnskapssektoren. Rapport til Kunnskapsdepartementet.

- Organisering og strategisk og operativ styring av sektoren: Bidra til at forvaltningsapparatet innenfor sektoren ivaretar det ansvaret og de oppgavene som det er tillagt. Dette omfatter både sektorstyring og etatsstyring.
- Forvaltningsoppgaver og myndighetsutøvelse: I hovedsak forskriftsarbeid og behandling av enkeltsaker, som klagesaker, førstegangsbehandling og prinsipielle saker.

Over tid har det skjedd en forskyvning av hvilke oppgaver som ligger i departementene. Departementets rolle har utviklet seg fra å ha hovedtyngden av sine arbeidsoppgaver innen forvaltning og å forvalte vedtatt politikk, til i sterkere grad å rendyrkes som faglig sekretariat for statsråden. Nye virkemidler og metoder er tatt i bruk i styringen av virksomheter og sektorer. Utviklingen har tydelig skjøvet departementenes tyngdepunkt mot å initiere, utforme og gjennomføre politikken og å styre og organisere underliggende virksomheter. Forvaltningsoppgaver og myndighetsutøvelse har i stor grad blitt flyttet til underliggende eller tilknyttede virksomheter³.

Virksomheter i offentlig sektor kan organiseres enten innenfor eller utenfor staten som rettssubjekt. Den første gruppen kalles forvaltningsorganer. Virksomheter som er selvstendige rettssubjekter kan grupperes i statlige selskap og stiftelser. De ulike selskapstypene omtales kort nedenfor.

7.2.1 Forvaltningsorganer

Statlige forvaltningsorganer er en del av staten som juridisk person og direkte underlagt Kongens og vedkommende departements organiserings- og styringsmyndighet og alminnelige instruksjon. Alle sider ved den løpende driften kan instrueres, med mindre det er gjort unntak for dette. I så fall er det snakk om formell uavhengighet som nedfelles i lov eller forskrift og som avskjærer statsrådets myndighet, for eksempel når det gjelder adgang til å instruere eller omgjøre enkeltvedtak.

Forvaltningsorganer er finansiert ved bevilgninger fra Stortinget. Riksrevisjonen kan kontrollere at bevilgningene disponeres i samsvar med gjeldende regler og Stortingets premisser for bevilgningen.

Oppgaveutføring og saksbehandling omfattes av forvaltningsloven, offentlighetsloven og Sivi-

lombudsmannens kompetanse. Gjennomgående regelverk for statens økonomiforvaltning, personalforvaltning og innkjøp gjelder. Ansatte omfattes av tjenestemannsloven, tjenestetvistloven og tariffavtaler som inngås mellom staten og hovedorganisasjonene.

Virksomheter som er en del av staten deles gjerne inn i tre typer: Ordinære forvaltningsorganer, forvaltningsorganer med særskilte fullmakter og forvaltningsbedrifter.

Ordinære forvaltningsorganer er grunnformen for statlig virksomhet. Direktoratene og andre sentraladministrative institusjoner med hele landet som virkefelt er de mest typiske ordinære forvaltningsorganene. Eksempler er Skatteetaten, Tolletaten, NAV, ulike tilsyn, Forsvaret og Statens vegvesen.

Forvaltningsorganer med særskilte fullmakter er ofte kalt nettobudsjetterte virksomheter, fordi de har fullmakt til å bruttoføre inntekter og utgifter utenfor statsbudsjettet. I budsjetttildelingen vedtar Stortinget bare hvor stort bidraget fra statskassen skal være. Organisasjonsformen er særlig tilpasset virksomheter som har inntekter i tillegg til bevilgningene over statsbudsjettet. Nettobudsjettering begrunnes ofte med at virksomhetene trenger mer faglig frihet og selvstendighet. Eksempler er universitetene, Norges Forskningsråd, Norsk Utenrikspolitisk Institutt og Forsvarets forskningsinstitutt.

Forvaltningsbedrifter er også nettobudsjetterte. Videre er det gjort unntak fra kontantprinsippet, slik at investeringene aktiveres og driftsbudsjettet belastes med renter og avskrivninger. Dette skiller forvaltningsbedrifter fra forvaltningsorganer med særskilte fullmakter. Denne organiseringen gir større mulighet for direkte styring fra staten enn det som gjelder ved eierskap av selskaper som er egne rettssubjekter. Organisasjonsformen har tradisjonelt vært benyttet når statlig engasjement gjelder forretningsmessig orientert styring som vanskelig kan ivaretas på en hensiktsmessig måte i et marked. Statsbygg og Statens pensjonskasse er eksempler på de få forvaltningsbedriftene som fremdeles finnes.

7.2.2 Statlige selskaper og stiftelser

Statseide virksomheter som er selvstendige rettssubjekter, grupperes i statlige selskap (statsaksjeselskap, statsforetak og særlovsselskaper) og stiftelser. Disse reguleres i egne lover: Aksjeloven med egne bestemmelser for statsaksjeselskaper, statsforetaksloven, særlover for det enkelte særlovsselskap og stiftelsesloven.

³ Difi-rapport 2011/11: Hva skjer i departementene? – om utfordringer og utvikling.

Stiftelser er selveiende og har verken staten eller private aktører som eiere. Staten kan påvirke stiftelsen ved opprettelse, gjennom å utforme stiftelsesdokument og vedtekter, f.eks. om rett til å utnevne styremedlemmer. Etter dette er styringen i stor grad begrenset til å sette vilkår for statlige tilskudd eller ved å betale for oppgaver som stiftelsen skal gjøre. I forvaltningsmeldingen⁴ blir bruk av stiftelse frarådet på områder der staten ønsker styring.

De statlig eide selskapene har egne styringsorganer og ansvar for egen økonomi. Som selvstendige rettssubjekter disponerer disse virksomhetene selv sine egne inntekter, og har innenfor rammen av gjeldende lovgivning adgang til å ta opp lån for å finansiere virksomheten.

Utøvelse av eiermyndighet skjer gjennom generalforsamlingen, foretaksmøtet eller annet eierorgan. Utenfor dette organet kan eieren ikke utøve myndighet. Det innebærer at det stilles klare formkrav til eierens styring av selskapet.

Den statsråden som forvalter statens eierinteresser er konstitusjonelt og parlamentarisk ansvarlig for at eierskapet forvaltes forsvarlig. Dette innebærer et overordnet tilsynsansvar. Derimot har statsråden ikke ansvar for styrets forvaltning av virksomheten og ledelsen av den løpende virksomheten.

Riksrevisjonens myndighet er å føre kontroll med at vedkommende statsråd utøver sin eierfunksjon på en korrekt og betryggende måte, og å kontrollere at eventuelle bevilgninger brukes i samsvar med Stortingets forutsetninger.

Forvaltningsloven og offentlighetsloven gjelder i utgangspunktet ikke. Men utfører statselskapet myndighetsoppgaver, kommer lovene til anvendelse for den delen av virksomheten dette gjelder.

Statlige selskaper omfatter statsaksjeselskap, statsforetak og særlovsselskap.

Statsaksjeselskap er ordinære aksjeselskaper hvor staten eier alle aksjer. Staten kan også være deleier i aksjeselskap. De ordinære selskapsrettslige reglene i aksjeloven gjelder også for statsaksjeselskapene. Det er imidlertid enkelte særbestemmelser med bakgrunn i konstitusjonelle forhold. Avinor og Entra er eksempler på statsaksjeselskap.

Statsforetak er heleid av staten ved et departement. I forarbeidene til lov om statsforetak heter det at dette alternativet vil passe for næringsvirksomhet som bør drives ut fra forretningsmessige

prinsipper, men som samtidig er «*et element i en overordnet samfunnsoppgave hvor det i praksis vanskelig kan tenkes at staten kan fri seg fra ansvaret for virksomheten*»⁵. Enova, Statnett og Statskog er eksempler på statsforetak.

Særlovsselskap er opprettet og drives med hjemmel i en egen lov. En særlov gir mulighet for å ivareta særegne krav som gjør seg gjeldende for den konkrete virksomheten. De fleste særlovene bygger på prinsippene for aksjeselskap eller statsforetak, slik at statens styring av særlovsselskapene følger styringsprinsippene for aksjeselskap og statsforetak.

Særskilt om helseforetak

Regionale helseforetak og helseforetak er særlovsselskaper, regulert i helseforetaksloven som er basert på statsforetaksloven. Styring og kontroll er imidlertid vektlagt sterkere enn ved ordinære statsforetak. Helseforetak er bevilgningsfinansiert og kan ikke gå konkurs. Staten er fullt ut ansvarlig for deres økonomiske forpliktelser. Helseforetakene kan styres relativt detaljert gjennom omfattende oppdragsdokument og krav i foretaksmøter. Videre er det fastsatt at helseforetak er omfattet av arkivloven, forvaltningsloven og offentlighetsloven.

Forskjellene fra statsforetak viser seg også på andre måter i loven, bl.a.:

- Kravet om at viktige saker skal forelegges departementet er mer omfattende.
- Salg av sykehusvirksomhet skal forelegges departementet og besluttes av Stortinget.
- Det er regulert i vedtekter at lån bare kan tas opp i staten.
- Kravet om å utarbeide redegjørelse for oppfølging av sektorpolitiske krav til virksomheten.
- Kravet om å informere departementet om planer for kommende år.
- Kravet om brukermedvirkning i form av brukerutvalg.

7.2.3 Forskjeller mellom tilknytningsformene

Følgende kjennetegn kan brukes til å skille tilknytningsformene fra hverandre:

- *Rettslig status*: Et hovedskille går mellom tilknytningsformer som plasserer en virksomhet innenfor staten som juridisk person (forvaltningsorgan), og de formene som gjør virksom-

⁴ St.meld. nr. 19 (2008–2009) Ei forvaltning for demokrati og fellesskap

⁵ Ot.prp. nr. 32 (1990–91) Lov om statsforetak

hetene til egne rettssubjekter utenfor staten (stiftelse og selskap).

- *Statsrådets ansvar*: Statsråden er ansvarlig for alle disposisjoner i forvaltningsorganer, med mindre det er gjort unntak for dette i lov eller forskrift. Statsrådets ansvar for statseide selskaper og statsforetak er knyttet til vedtak på generalforsamling/foretaksmøte og generelle retningslinjer i vedtekter mv. For stiftelser med statlig tilknytning er ansvaret knyttet til godkjenning av vedtekter og eventuelle bevilgninger.
- *Ansvar for finansiering, organisering og strategisk styring*: For forvaltningsorganer er dette ansvaret plassert hos statsråden/departementet. For selskap og stiftelser er det plassert i styret for disse virksomhetene.
- *Løpende drift*: For forvaltningsorganer har statsråden/departementet adgang til å gripe inn i løpende drift til enhver tid for å ivareta styringsbehov. For selskaper må eventuelle inngrep skje ved generalforsamling/foretaksmøte.
- *Personalets status*: I forvaltningsorganer er de ansatte statlige tjenestemenn og omfattet av tjenestemannsloven og det statlige tariffområdet. Ansatte i selskaper/foretak og stiftelser omfattes av arbeidsmiljøloven og hører inn under andre tariffområder enn det statlige tariffområdet.

Hovedformene representerer ulike blandingsforhold mellom overordnet styring og handlefrihet for virksomhetene. Valg av tilknytningsform fastlegger imidlertid ikke disse forholdene entydig. Også utformingen av formelle rammevilkår innenfor den valgte formen varierer. Det gjelder bl.a. tildeling av enkeltfullmakter, regulering av styring og kontroll gjennom instruks, vedtekter osv. For å forstå den faktiske handlefriheten for virksomhetene vil dessuten praktiseringen av styringsteknikker og kommunikasjonsformer mellom overordnet nivå og virksomhet være av stor betydning.

I Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) begrunnes valget av foretaksorganisering blant annet på følgende måte:

«Skal helsepolitikken lykkes, må sykehusene settes i stand til å gjøre jobben som de pålegges. Når det foreslås at sykehusene skal organiseres som helseforetak, er det et vesentlig poeng at de gis klarere roller og ansvar og på denne måten blir myndiggjort. Ved foretaksorganiseringen, der de blir egne rettssubjekter, får de et klarere og mer direkte ansvar for hel-

setjenestens ressurser. Foretakene får arbeidsgiveransvaret for egne medarbeidere og ansvaret for bruken av kapital. Foretakene får ansvar for egen økonomi, med den begrensning at de ikke kan gå konkurs.»

Vurderingskriterier for valg av tilknytningsform drøftes ikke videre her, jf. at det følger av mandatet at foretaksorganiseringen skal videreføres. Det vises til Difi sitt notat fra februar 2016 for en nærmere drøfting.

7.3 Elementer som inngår i beskrivelsen av de ulike alternativene

For å kunne vurdere de alternative styringsmodellene, må hver enkelt modell beskrives og drøftes opp mot et sett kriterier. I dette avsnittet gjøres det rede for hvilke elementer som inngår i modellbeskrivelsene, mens det i punkt 7.4 gjøres rede for hvilke kriterier som legges til grunn for å vurdere de ulike alternativene.

7.3.1 Styrings- og ansvarsforhold

7.3.1.1 Føringer i mandatet

Mandatet gir tre sentrale føringer for utvalgets arbeid. For det første skal organiseringen av spesialisthelsetjenesten fortsatt skje innenfor helseforetakslovgivningen, dvs. at det fremdeles skal være foretak som er selvstendige rettssubjekt med styrer. Det innebærer at en ren forvaltningsorganisering av spesialisthelsetjenesten, uten juridisk selvstendige foretak mellom staten og sykehusene, ikke skal vurderes av utvalget. Det skal vurderes et alternativ med direktorat underlagt departementet, men også i dette alternativet skal helseforetakene videreføres som egne rettssubjekter. Organisering som foretak innebærer at regnskapsloven skal følges. For det andre skal staten være eier av foretakene. For det tredje skal dagens prinsipper for finansiering ligge til grunn, med mindre modellvalget i seg selv gjør det nødvendig med justeringer. Behovet for justeringer omtales under de fire ulike alternativene.

Av mandatet går det fram at modellbeskrivelsen skal inneholde følgende elementer:

- Konsekvenser for statsrådets konstitusjonelle og politiske ansvar.
- Hvem som skal ha det rettslige ansvaret for å sørge for at befolkningen i et gitt geografisk område tilbys spesialisthelsetjenester, her-

under planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tilbudet.

- Konsekvenser for styringsstruktur, herunder effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar.
- Eierskap til og forvaltning av bygg.
- Videre skal det utarbeides risikoanalyser for implementering av alternativene.

Eierskap til og forvaltning av bygg er omtalt som en egen problemstilling i kapittel 9.

7.3.1.2 Forutsetninger lagt til grunn av utvalget

I mandatet er det lagt til grunn at det i alternativ 1 skal være færre helseforetak som yter spesialisthelsetjeneste enn dagens 20 helseforetak. Virkemåte og konsekvenser av dette alternativet avhenger i stor grad av hvor mange helseforetak en velger å ha. Antall helseforetak vil påvirke foretakenes evne til å ivareta regional planlegging, deres finansielle bærekraft og departementets styringsmuligheter. I drøftingen av alternativ 1 legges det til grunn at antall helseforetak reduseres til 10–15 helseforetak. Dette må ses i sammenheng med at det vurderes et alternativ 4 der antall helseforetak tilpasses ønsket regioninndeling, jf. omtale innledningsvis i kapitlet og i punkt 7.6. Det kan også tenkes andre alternativer, for eksempel med 8 til 10 helseforetak. Alternativ 1 er beskrevet og vurdert under den forutsetningen at det blir flere helseforetak enn det er geografiske helseregioner, og at helseforetakene derfor ikke fullt ut kan ivareta det regionale perspektivet i planlegging og dimensjonering av tjenestene. Derfor ligger sørgeforansvaret til departementet i alternativ 1. Dette markerer skillet til alternativ 4, der sørgeforansvaret ligger til helseforetakene.

De tre alternativene som er angitt i mandatet, er alle alternativer uten regionale helseforetak. Samtidig er det et etablert prinsipp, senest slått fast i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), at spesialisthelsetjenesten skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske helseregioner. Utvalget har vurdert hvordan regionale perspektiver og hensyn best kan ivaretas i de tre alternativene.

I alternativ 1 vil etablering av regionale enheter måtte innebære at departementet etablerer egne avdelinger ulike steder i landet. Utvalget ser ikke dette som en naturlig løsning, jf. nærmere drøfting i punkt 7.5.1. Ansvar for å ivareta regionale perspektiver og hensyn, ut over det som helseforetakene selv kan ivareta, vil derfor ligge fullt ut i departementet.

I alternativene 2 og 3 kan det etableres regionale avdelinger for å tilrettelegge for styringen av helseforetakene og ivareta regional samordning og koordinering. Disse vil kunne ha oppfølging og dialog med underliggende helseforetak på samme måte som regionale helseforetak har med helseforetakene i dag. Formelt sett vil ikke eventuelle regionale avdelinger ha en selvstendig rolle i eierlinjen. Avdelingene vil være del av samme organisatoriske enhet og underlagt den øverste lederens instruksjon, men ha en annen geografisk plassering enn direktoratet eller det nasjonale helseforetaket. Beslutninger kan kun fattes så fremt det er i tråd med fullmakter. Utad opptrer direktoratet, eventuelt det nasjonale helseforetaket, som én enhet. Eierstyring gjennom foretaksmøter og tildeling av ressurser i oppdragsdokumenter vil være forbeholdt departementet i alternativ 2 og det nasjonale helseforetaket ved den øverste ledelsen i alternativ 3. Beslutninger som innebærer eierstyring av helseforetakene kan følgelig ikke foretas av eventuelle regionale avdelinger. De begrensede fullmaktene regionale avdelinger vil ha, kan gjøre det naturlig å avvikle disse etter en overgangsperiode. Direktoratet eller det nasjonale helseforetaket vil da måtte organisere virksomheten slik at sentralt plasserte enheter ivaretar det regionale perspektivet i saksforberedelser og oppfølging.

7.3.2 Oppgaver som RHF-ene har ansvar for og som må overføres til nytt nivå

Det følger av helseforetaksloven § 2 andre ledd at regionalt helseforetak skal legge til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov. Av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a framgår det at det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste, herunder:

1. Sykehustjenester
2. Medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester
3. Akuttmedisinsk beredskap
4. Medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og båt
5. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet
6. Transport til undersøkelse eller behandling i helse- og omsorgstjenesten
7. Transport av behandlingspersonell

De regionale helseforetakenes ansvar innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Dette er det såkalte sørge-for-ansvaret som er lagt til de regionale helseforetakene.

Med utgangspunkt i de lovpålagte kravene utfører de regionale helseforetakene en rekke oppgaver. Utvalget har tatt utgangspunkt i de sentrale oppgavene som er listet opp i revisjons- og rådgivningsfirmaet BDO sin rapport om «Kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk» fra 2012. I tabell 7.1 er resultatene fra rapporten gjengitt.

Disse oppgavene må ivaretas av noen andre dersom de regionale helseforetakene avvikles.

Spørsmålet er om de skal legges til eier sentralt eller til helseforetakene.

Sentrale, strategiske oppgaver bør ligge til den enheten som har sørge-for-ansvaret. Dette omfatter det meste av aktiviteten i de regionale helseforetakene og gjelder:

- Planlegging/styring på kort og lang sikt. Når spesialisthelsetjenesten skal planlegges og styres i et regionalt perspektiv, krever dette at det må ligge et planleggingsansvar på nivået over helseforetakene hvis disse ikke blir vesentlig større enn i dag. Til dette ligger oppgave- og funksjonsfordeling og prioritering av investeringer. Det gjelder også arbeidet med å utarbeide regionale utviklingsplaner.

Tabell 7.1 Ressursbruk i regionale helseforetak, fordelt etter oppgave og antall årsverk

Opgave		Antall personer
Sørge for (75 personer)	Strategisk planlegging, herunder oppgavefordeling mellom de underliggende helseforetakene og prioritering av investeringer i bygg og medisinsk utstyr.	41
	Kjøp av helsetjenester fra private.	18
	Organisering av pasientreiser.	4
	Samarbeid og samordning med regionale og lokale myndigheter, herunder tilrettelegging for samhandlingsreformen.	12
Forvalte eierskap (81 personer)	Strategisk planlegging, herunder å sette mål og fordele driftsbudsjett til de underliggende helseforetakene.	26
	Styring og kontroll av helseforetakene, inkludert oppfølging av økonomiske, driftsmessige og kvalitetsmessige mål- og nøkkeltall.	55
Bindeledd mellom HF, RHF og HOD (70 personer)	Deltagelse i nasjonale prosjekter i forhold til utvikling, anskaffelser og drift.	22
	Bidra til foretaksgruppens overholdelse av myndighetskrav med hensyn til dokumentasjon, helseregistre, intern kontroll mv. gjennom formidling av krav til helseforetakene, systemteknisk tilrettelegging og oppfølging av at kravene opprettholdes.	33
	Innhente fakta som understøtter departementets rolle som sekretariat for den politiske ledelsen.	9
	«Bufferrollen», det vil si koordinering og avveining mellom helseforetakenes ressursbruk og faglige ønsker mot befolkningens behov. Staten finansierer og setter rammebetingelser som de regionale helseforetakene er satt til å ivareta og prioritere innenfor sitt mandat.	6
Tilrettelegge for synergier (72 personer)	Koordinere forskning, faglig utvikling og kompetanseutveksling mellom helseforetakene.	28
	Administrative støtteprosesser for helseforetakene i helse-regionen (knyttet til økonomisystem, IKT mv.).	44

- Forvaltning av eierskapet. Det må ligge til nivået over helseforetakene å fordele driftsbevilgningen fra staten og utarbeide oppdragsdokumenter.
- Oppfølging og kontroll av helseforetakene, inkludert oppfølging av økonomiske, driftsmessige og kvalitetsmessige mål- og nøkkeltall formidlet gjennom foretaksmøte og oppdragsdokument. Det omfatter også formidling av og kontroll med andre krav fra nasjonale myndigheter.
- Det strategiske ansvaret for kjøp av helsetjenester fra private tjenesteytere.
- Koordineringsoppgaver knyttet til det lovpålagte ansvaret for forskning og undervisning.

Enkelte oppgaver vil bli definert og utført på en annen måte i en annen organisasjonsmodell. Innhentning av fakta til departementet og oppgaver knyttet til «bufferrollen» er eksempler på dette.

Noen oppgaver vil kunne deles mellom nivåene. Eier kan i større eller mindre grad gå inn i fagutvikling, ulike nasjonale prosjekter, støtteprosesser overfor helseforetak mv.

Arbeidsdelingen mellom helseforetakene og eier vil ellers avhenge av hvilke fullmakter helseforetakene gis i konkrete sakstyper og saker. Eier kan velge å overlate flere saker til helseforetakene eller å håndtere flere saker selv.

I punkt 3.3.7.1 er det en omtale av fordeling av myndighet og ansvar mellom regionale helseforetak og helseforetak. Her går det fram at styret i regionalt helseforetak (eventuelt administrerende direktør etter fullmakt) kan beslutte hvilken myndighet som skal tilligge helseforetakets øverste ledelse og hvilke saker som skal bringes opp til beslutning i regionalt helseforetak. Det er ikke bare spørsmål om hvilke saker eier velger å engasjere seg i, men også på hvilken måte og på hvilket detaljeringsnivå. Dette kan variere fra rapporteringskrav knyttet til utviklingen på et bestemt område, til å fastsette konkrete målsettinger og til eiers mer eller mindre detaljerte beslutninger om virkemiddelbruk. Helseforetakenes handlingsrom gjenspeiler ellers de vilkårene som stilles i oppdragsdokumentene (den helsepolitiske bestillingen) og hvilke saker som vedtas i foretaksmøte. Slik er det opp til det enkelte styre å vurdere

hvilke beslutninger og hvor stort handlingsrom som skal overlates til helseforetaket.

I hvilken grad regionalt helseforetak involverer seg i helseforetakenes virksomhet kan derfor variere mellom regioner ut fra helseforetakets størrelse, behovet for kontroll, sakers kompleksitet, styrets sammensetning og risikovillighet hos de involverte. Dette kan også variere over tid, ettersom utfordringsbildet endrer seg. Departementets krav til rapportering og påpekning av konkrete forbedringsområder vil i stor grad påvirke de regionale helseforetakenes vurdering av behovet for tettere oppfølging av helseforetakene. Eksempler på dette er krav knyttet til ventelister, bruk av heltidsstillinger, IKT mv.

I alternativene 1–3 overtas de regionale helseforetakenes eierskap til helseforetakene av henholdsvis staten og ett nasjonalt helseforetak, som da trer inn i de regionale helseforetakenes myndighet og ansvar. De mulighetene som styret i de regionale helseforetakene i dag har til å påvirke den myndigheten som tilligger helseforetakene gjennom vedtak i foretaksmøtet og vilkår i oppdragsdokumentet, vil derfor overføres til henholdsvis staten og det nasjonale helseforetaket. Forskjellen fra dagens styringsmodell er at fullmaktene i alternativ 3 vil avhenge av hvilke beslutninger styret i det nasjonale helseforetaket selv ønsker å fatte, mens fullmaktene i alternativene 1 og 2 vil avhenge av hvilke type beslutninger departementet og politisk ledelse selv ønsker å fatte.

7.3.3 Selskaper som eies av RHF-ene alene eller i fellesskap som må overføres til nytt nivå

De selskapene som i dag eies av de regionale helseforetakene, enten i fellesskap eller alene, må underlegges en ny eier i alternativene uten regionale helseforetak. Dette kan også skje ved at de legges inn som avdelinger i nasjonale enheter.

Aktuelle eiere er staten, nasjonalt helseforetak (i alternativ 3), helseforetak alene eller helseforetak sammen. Ved en eventuell opprettelse av statlig eide selskaper legges det til grunn at helseforetakene betaler for tjenester som de mottar.

Nedenfor er det gitt en oversikt over de aktuelle selskapene.

Boks 7.1 Oversikt over selskaper

Helse Sør-Øst RHF

Sykehusapotekene HF: Hovedkontor i Oslo (17 driftssteder). 833 ansatte/685 årsverk. Driftskostnader (inkl. varekostnader) 3,17 mrd. kroner.

Sykehuspartner HF: Hovedkontor i Drammen, avdelingskontorer i Oslo, Grimstad, Porsgrunn, Østfold og Innlandet. 1411 ansatte/1381 årsverk (inkl. innkjøp/logistikk: 1464 ansatte/1434 årsverk). Driftskostnader 3,4 mrd. kroner (inkl. innkjøp/logistikk: 4,3 mrd.). Sykehuspartners virksomhet innen innkjøp/logistikk overføres til Sykehusinnkjøp HF ultimo 2016.

Helse Vest RHF

Sjukehusapoteka Vest HF: Hovedkontor i Bergen. 4 driftssteder. 242 ansatte/212 årsverk. Driftskostnader 963 mill. kroner.

Helse Vest Innkjøp HF: Hovedkontor i Bergen, men lokalisert med ansatte i tilknytning til alle fire sykehusforetakene i regionen. 58 ansatte/57 årsverk. Driftskostnader 660 mill. kroner. Virksomheten i foretaket overføres til Sykehusinnkjøp ultimo 2016.

Helse Vest IKT AS: Hovedkontor i Bergen; avdelingskontor i Stavanger, Haugesund og Førde (samt noen medarbeidere i Odda, Stord, Voss og Florø). 450 ansatte/435 årsverk. Driftskostnader 915 mill. kroner.

Helse Midt-Norge RHF

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF: Hovedkontor Trondheim. 6 driftssteder. 235 ansatte /179 årsverk. Driftskostnader 896 mill. kroner.

Helse Midt-Norge IT (HEMIT): Avd. av RHF. Hovedkontor Trondheim, 8 driftssteder. 310 ansatte/297 årsverk. Driftskostnader 1,1 mrd. kroner.

Helse Nord RHF

Sykehusapotek Nord HF: Hovedkontor i Tromsø. Utsalg i Tromsø, Bodø, Harstad. Farmasifaglig kompetanse v/alle sykehus unntatt Hammerfest. 122 ansatte/112 årsverk. Driftskostnader 450 mill. kroner.

Helse Nord IKT: Avd. av RHF. Hovedkontor i Tromsø. Arbeidssted på 11 sykehus. 270 ansatte/260 årsverk. Driftskostnader 480 mill. kroner. Vedtatt etablert som eget HF fra 1.1.2017.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE): Avd. av RHF i Tromsø. 26 ansatte/23 årsverk. Driftskostnad 33 mill. kroner.

Felleseide selskaper

Luftambulansetjenesten ANS: Hovedkontor i Bodø. 29 ansatte fordelt på Bodø, Trondheim og Tromsø.

Pasientreiser ANS: Hovedkontor i Skien. 82 ansatte.

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF): Hovedkontor i Gjøvik. 60 ansatte.

Nasjonal IKT HF: Hovedkontor i Bergen. 18 ansatte.

Sykehusbygg HF: Hovedkontor i Trondheim, lokalkontor i Oslo og prosjektkontor i Stavanger. Selskapet har 76 ansatte.

Sykehusinnkjøp HF: Hovedkontor i Vadsø. Medarbeiderne i HINAS (53 ansatte) skal overføres ved virksomhetsoverdragelse til Sykehusinnkjøp HF ultimo 2016. De regionale innkjøpsressursene skal også overføres til Sykehusinnkjøp HF. Selskapet skal ha regionale enheter.

7.4 Kriterier for vurdering av alternativene

Organiseringen skal understøtte de overordnede målene for spesialisthelsetjenesten om gode og likeverdige helsetjenester til hele befolkningen. Helseforetakenes formål er ifølge helseforetaksloven § 1 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. Helseforetakslovens formål er å oppfylle de formålene som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1. Helseforetakene skal derfor også bidra til å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet, at ressursene utnyttes best mulig, at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene og at folkehelsen fremmes.

Utviklingen av spesialisthelsetjenesten påvirkes av en rekke andre forhold enn den formelle

organisasjonsstrukturen, som er det dette utvalget har fått i oppdrag å utrede. Det er viktig hvordan frihetsgradene innenfor de formelle styringsstrukturene utnyttes. Videre er ledelse av spesiell betydning. God ledelse er avgjørende for utviklingen av sykehusene, og dette gjelder uavhengig av hvordan man velger å organisere spesialisthelsetjenesten.

For å kunne vurdere de ulike alternativene opp mot målene, må det etableres et sett med kriterier som alternativene vurderes i forhold til, og som må veies mot hverandre. Utvalget legger kriteriene som følger av mandatet til grunn. Disse kan samles under overskriftene effektivitetskriterier og kriterier for samhandling og medvirkning. Utvalget mener i tillegg at legitimitet til beslutninger bør føyes til som et eget kriterium.

Legitimitet for beslutninger

Mye av diskusjonen rundt helseforetaksmodellen har vært knyttet til om beslutningene har tilstrekkelig legitimitet. Ulike oppfatninger om hvorvidt systemet gir tilstrekkelig legitimitet kan skyldes ulike oppfatninger om hvorvidt det organet som skal treffe beslutningene skal være folkevalgt eller ikke, og om beslutninger skal treffes lokalt eller sentralt.

Demokratisk legitimitet krever at beslutninger er forankret i gode beslutningsprosesser, dvs. at beslutningen er godt begrunnet og basert på tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag⁶. De som har fått myndighet til å fatte beslutninger må sørge for at berørte aktører slipper til på en likeverdig måte, slik at pressgrupper med store ressurser, sterke talspersoner og sterke virkemidler ikke får uforholdsmessig stor innflytelse. Åpenhet og innsyn i beslutningsprosessene bidrar også til legitimitet.

Gjennom de årlige oppdragsdokumentene og nasjonal helse- og sykehusplan legges en politisk forankret ramme for utviklingen i sektoren, som gir demokratisk legitimitet. Legitimitet til systemet krever også at politiske vedtak gjennomføres på en effektiv og handlekraftig måte.

Nedenfor omtales betydningen av godt samarbeid med kommunesektoren, pasienter/brukere og universiteter og høyskoler. Gode prosesser mellom disse aktørene bidrar også til større legiti-

mitet for de beslutningene som fattes. Det samme gjør høringer og annen kontakt med interesseorganisasjoner, organisasjonene i arbeidslivet, aksjonsgrupper mv.

Medvirkning fra de ansatte skjer gjennom ansattvalgte representanter i styrene i regionale helseforetak og helseforetak. De ansatte har også innflytelse gjennom tillitsvalgtapparatet og vernetjenesten. Hovedorganisasjonene har egne konserntillitsvalgte i helseregionene. Dette har hjemmel i samarbeidsavtaler mellom det regionale helseforetaket og organisasjonene. Det er også etablert en ordning med regionale konsernverneombud. Tilsvarende er det etablert ordninger med foretakstillitsvalgte og verneombud på helseforetaksnivå. Medvirkning er viktig både i beslutningsprosesser og i gjennomføring. Målet er å dra nytte av ansattes kompetanse og innsikt, og samtidig skape en felles virkelighetsforståelse og aksept og forståelse for de beslutningene som fattes. Ledelsens legitimitet avhenger av at formell posisjon er avklart og akseptert, men også av at lederskapet utøves på en samlende og god måte. Det er viktig med gode informasjonskanaler, både fra beslutningstakerne til resten av virksomheten, men også fra virksomheten til beslutningstakerne.

Effektivitetskriterier

Det er avgjørende for å kunne møte de langsiktige utfordringene som spesialisthelsetjenesten står overfor at arbeidskraft og kapital utnyttes effektivt. Effektiv utnyttelse av ressursene er derfor et sentralt vurderingskriterium for organiseringen av eierskapet til tjenesten. Også andre kriterier kan sies å være en del av dette; effektiv ressursutnyttelse krever gode beslutningsprosesser, klare ansvarsforhold, gode samarbeidsrelasjoner med berørte aktører og allmenn aksept for de løsningene som velges.

Når alternativene i dette kapitlet drøftes opp mot kriteriet effektiv ressursutnyttelse, legges det spesiell vekt på i hvilken grad de ulike alternativene gir hensiktsmessige enheter for planlegging og samordning innenfor enhetene. Vi har sykehus med svært ulik størrelse og kompleksitet, og som leverer ulike tjenester. Effektiv ressursutnyttelse krever at det etableres god arbeidsdeling mellom sykehusene, som også kan justeres i takt med endringer i sykdomsbilde og behandlingsmetoder mv. Under drøftingen av dette kriteriet legges det også vekt på hvor godt de ulike alternativene legger til rette for hensiktsmessig arbeidsdeling mellom offentlige og private leverandører av spesialisthelsetjenester.

⁶ European Observatory on Health systems trekker fram "policy capacity" som en viktig dimensjon i styringen av helsesektoren. Med dette menes at myndighetene har tilstrekkelig informasjon og analytisk kapasitet til å treffe opplyste beslutninger. De andre dimensjonene er gjennom-siktige beslutningsprosesser, deltakelse, ansvarliggjøring og organisatorisk integritet.

En god styringsmodell må legge til rette for nasjonal styring og samordning der dette er nødvendig. Samtidig må helseforetakene ha mulighet for fleksible tilpasninger til lokale forhold.

Modellvalg bør legge til rette for at ressursene i størst mulig grad benyttes i pasientrettet arbeid, og at unødvendige administrative oppgaver og dobbeltarbeid unngås. Gode strukturer og rutiner for samordning og samarbeid vil bidra til å holde administrasjonskostnadene nede. Tilpassede IKT-løsninger har stor og økende betydning.

For at de ansvarlige enhetene skal kunne utnytte den samlede kapasiteten på best mulig måte, kreves tilstrekkelig grad av handlingsrom og forutsigbarhet. Dette innebærer blant annet at politikere forventes å konsentrere seg om store og prinsipielle saker knyttet til måloppnåelse, og ikke «styre i smått» knyttet til virkemiddelbruk.

Det følger av mandatet at *økonomistyring og kontroll* skal vektlegges. Dette er også en forutsetning for effektiv ressursutnyttelse. Av kapittel 4 går det fram at de første årene etter innføring av helseforetaksreformen i 2002 var kjennetegnet av store underskudd og dårlig økonomistyring. Bedre rammebetingelser og bedre styring har bidratt til at dette nå har snudd, og det er viktig at en eventuell ny organisering av eierskapet bidrar til å videreføre den kontrollen som er oppnådd.

Mandatet vektlegger *effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar*. Sistnevnte er også et uttrykk for det finansielle ansvarsprinsippet, som innebærer at beslutningene bør ligge hos den aktøren som har ansvaret for å finansiere tjenesten.

Beslutningsprosesser er effektive når godt begrunnede beslutninger fattes raskt og har tilstrekkelig legitimitet til å bli gjennomført lojalt i virksomheten. Raske beslutninger forutsetter fullmakter til laveste effektive nivå i virksomheten og en effektiv saksforberedelse.

God styring og samhandling krever klare og forutsigbare roller og ansvarsforhold. Dette gjelder hvert ledd i styringsstrukturen, også for statsrådets konstitusjonelle og politiske ansvar. Organisering av sykehus i foretak ble blant annet begrunnet med at dette ville gi myndighet og autonomi til foretakene, klargjøre roller og ansvar, forhindre spill, samt sikre lederne legitimitet. For at ledere skal ha legitimitet, må beslutninger som er tatt i tråd med avklarte ansvarsforhold også respekteres og gjennomføres.

Styringsmodellen skal bygge opp under handlekraft og gjennomføringsevne i sektoren. Dette gjelder beslutningsevne, etterlevelse av egne vedtak og etterlevelse av vedtak fattet av Stortinget

og statsråden. Gjennomføring av nasjonal politikk er avgjørende for å sikre likeverdige tilbud og helhetlige løsninger der det er behov for dette.

Kriterier for samhandling og medvirkning

I mandatet vektlegges betydningen av samordning og ressursutnyttelse mellom sykehus, mellom offentlige og private institusjoner og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samordning mellom sykehus og med private vurderes opp mot kriteriet effektiv ressursutnyttelse.

Samarbeid med kommunesektoren er et eget vurderingskriterium. Samarbeid om gode pasientforløp står sentralt. Mange pasienter får tjenester både fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. God koordinering og ansvarsdeling er derfor viktig. Dette gjelder også i samarbeidet med fastlegene, som ofte er bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Bedre samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten var målet for samlingsreformen, jf. omtale av evalueringen av denne i kapittel 4.

Kommuner og fylkeskommuner har god kunnskap om lokale og regionale forhold, og også en forventning om å ha innflytelse på saker som har stor betydning for egne innbyggere. Det er derfor viktig at spesialisthelsetjenesten organiseres på en måte som sikrer godt samarbeid med kommuner og fylkeskommuner. Gode resultater på dette området avhenger i første rekke av de lokale samarbeidsforholdene mellom kommuner og sykehus. Nivåene over kan likevel ha betydning gjennom lederoppmerksomhet, som avtaleparter og som pådrivere for gode prosesser.

Samarbeidet med universiteter og høyskoler har særlig betydning for utdanning og forskning. Økt behov for helsepersonell framover gjør det ekstra viktig med god dialog mellom utdannings- og helsemyndighetene om dimensjonering av utdanningene. Det er også et mål å styrke helsetjenestens påvirkning på utdanningene og sikre bedre samsvar mellom utdanningens innhold, studentenes sluttkompetanse og helsetjenestens behov. Samarbeid er videre nødvendig for å oppfylle målsetningene i den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien for Helse-Omsorg21, EU-strategien og regjeringens politikk slik den er uttrykt i Meld. St. 7 (2014–2015) Langtidsplan for forskning og høyere utdanning.

Organisasjonsmodellen skal sikre *pasienter og brukere innflytelse på tjenestetilbudet*, jf. § 35 i helseforetaksloven og målet om å skape «pasientens

helsetjeneste». Pasientinnflytelse er for en stor del knyttet til forhold rundt den enkelte pasient, som fritt behandlingsvalg, innflytelse på egen behandling gjennom samvalg mv. Når det gjelder brukermedvirkning er det i denne utredningen fokus på systemnivå, dvs. kanaler for brukerinnflytelse inn mot beslutningssystemet. Brukerinnflytelse er viktig både for å få informasjon som gir grunnlag for kvalitetsheving, og som grunnlag for forankring. Det er mange interesseorganisasjoner innenfor helsesektoren med formål om å fremme pasientenes interesser. Disse har også påvirkningsmuligheter gjennom bl.a. høringsinstituttet. Slik form for påvirkning er imidlertid uavhengig av modellvalg.

Implementeringsrisiko

Alternativene vil bli vurdert med hensyn til implementeringsrisiko. I mandatet heter det at utvalget skal:

«Utarbeide risikoanalyser for implementering av alternativene. Dette skal bl.a. inkludere konkrete vurderinger av risiko knyttet til tilgang eller tap av kompetanse, redusert pasientbehandling, effekt på pasientsikkerhet og beredskapssevne, behov for tilpasning av IKT-systemer og annen kritisk infrastruktur, samt evne til å opprettholde kostnadskontroll.»

Utvalget gir i punktene 7.5.4 og 7.6.3 en kortfattet vurdering av disse elementene.

7.5 Beskrivelse og drøfting av de alternativene som følger av mandatet

I dette avsnittet beskrives og drøftes de tre alternativene som følger av mandatet. Det gis en tilråding om valg av modell, og denne vurderes nærmere i kapittel 10.

Alternativene som er gitt i mandatet har det til felles at de ikke har et regionnivå med formell beslutningsmyndighet. Utvalget mener valget mellom nasjonal eller regional forankring av sørgeforansvaret er sentralt.

Hvis en modell med regional forankring velges, bør det også vurderes om ansvarsforholdene mellom regionalt og lokalt nivå bør endres. I punkt 7.6 beskrives og drøftes en modell der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter, og helseforetaksnivået derfor ikke har sty-

rer. Dette alternativet vurderes også nærmere i kapittel 10.

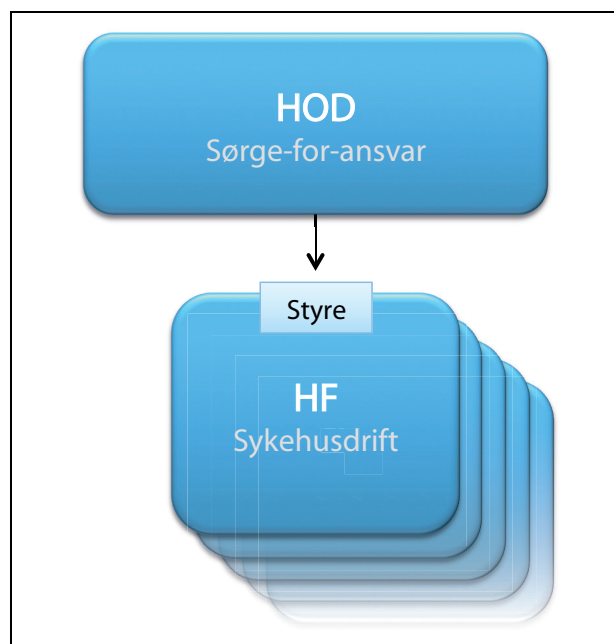
7.5.1 Alternativ 1 – De regionale helseforetakene avvikles og helseforetak legges direkte under departementet

7.5.1.1 Beskrivelse av alternativet

Alternativet innebærer at de regionale helseforetakene avvikles, og at helseforetakene legges direkte under departementet. Helseforetakene vil, som i dagens modell, være det utøvende leddet i spesialisthelsetjenesten, og yte spesialisthelsetjenester i sitt geografiske område. Helseforetakene vil være selvstendige rettssubjekter med egne styrever. Alternativet innebærer at det fjernes et ledd i styringslinjen og departementet utøver direkte eierstyring overfor helseforetakene i foretaksmøte.

Styringsstrukturen er illustrert i figur 7.1.

Departementet skal i dette alternativet styre et betydelig antall helseforetak (10–15 helseforetak). Det presise antallet foretak er ikke avgjørende for vurderingen av alternativet. Det forutsettes imidlertid at helseforetakene er for små til å ta et helhetlig planleggingsansvar for spesialisthelsetjenestetilbudet i et regionalt perspektiv. Vurderingen er derfor basert på at det i dette alternativet er departementet som har sørgeforansvaret. I punkt 7.6 vurderes et alternativ 4 med klart færre helseforetak, der antallet tilsvarer ønsket regioninndeling. Sørgeforansvaret er i dette alter-



Figur 7.1 Styringsstrukturen i alternativ 1

nativet lagt til helseforetakene, og dette markerer hovedskillet mellom alternativene.

Fordeling av oppgaver, ansvar og myndighet

Når departementet overtar sørge-for-ansvaret som de regionale helseforetakene har i dag, innebærer dette å overta sentrale oppgaver som blant annet å fordele oppgaver mellom helseforetakene, prioritere investeringer, samt styre og følge opp kapasitet og kvalitet i helseforetakene. Departementet fordele i dag inntekter til de regionale helseforetakene, som så fordele videre til helseforetakene etter mer finmaskede modeller som er utviklet over tid. I dette alternativet vil departementet fordele inntekter til helseforetakene, og overtar dermed også det ansvaret regionale helseforetak har i dag når det gjelder å fordele sine rammer videre til underliggende foretak og prioritere mellom disse.

Statsråden er ansvarlig for alle disposisjoner i departementet, og statsrådets politiske ansvar vil med dette bli betydelig utvidet.

Helseforetakene skal som i dag yte spesialisthelsetjenester til befolkningen i sitt geografiske opptaksområde. Beslutningene som fattes av ledelsen i helseforetakene i dag er i hovedsak knyttet til den daglige driften av de enkelte sykehusene og samarbeidet mellom disse, blant annet koordinering av kapasitet og oppgaver mellom virksomhetene innad i helseforetaket (lokal funksjonsfordeling), bemannings- og driftsbeslutninger, intern organisering, driftsmessig koordinering med primærhelsetjenesten og mindre investeringsbeslutninger (typisk medisinsk teknisk utstyr).

Hvordan det lokale handlingsrommet ved det enkelte helseforetaket vil utvikle seg med en endring som skissert, vil avhenge av departementets styring. På generelt grunnlag er det rimelig å forvente større frihet til det enkelte helseforetak, ettersom departementet vil få betydelig flere oppgaver enn i dag og dermed større kontrollspenn. På den annen side vil det politiske ansvaret bli mer omfattende og Stortinget kan forventes å involvere seg i flere enkeltsaker enn i dag. Totalt sett er det likevel grunn til å tro at dette alternativet vil lede til større lokalt handlingsrom for det enkelte helseforetak enn i dag. Det må også forventes at det vil bli etablert samarbeidsorganer og -avtaler mellom helseforetakene. I punkt 7.3.2 er det en drøfting av fordelingen mellom regionale helseforetak og helseforetak når det gjelder oppgaver, myndighet og ansvar. Her går det fram hvilke oppgaver som må ligge til det nivået som

har sørge-for-ansvaret, og hvilke oppgaver helseforetakene kan ta et større ansvar for. Det går også fram at eier har et valg med hensyn til grad av involvering i saker i helseforetakene. Dette kan variere over tid.

Regionale avdelinger

Utvalget anser at det i alternativ 1 ikke vil være naturlig å etablere regionale departementsavdelinger på ulike steder i landet; det er gode grunner for at det ikke er tradisjon for dette. Ulempen med regionale departementsavdelinger ville først og fremst være at det blir vanskeligere å ivareta departementets rolle som politisk sekretariat. Nærheten til politisk ledelse er av stor betydning for et velfungerende og effektivt politisk sekretariat. For å ivareta dette, ville det trolig vært nødvendig å dublere funksjoner, dvs. at det måtte bygges opp kompetanse i departementet på en del områder som også finnes i de regionale avdelingene. Ansvaret for å ivareta regionale perspektiver og hensyn, ut over det som helseforetakene selv kan ivareta, vil derfor ligge fullt ut i departementet.

Eierskap til selskaper

Utvalget vurderer det ikke som aktuelt at så mange som 10–15 helseforetak skal eie selskap sammen. Dette vil gi en tungrodd og fragmentert eierstyring. Det vil derfor være naturlig at de regionale helseforetakenes felleseide selskaper som organiserer og yter støttetjenester, blir overført til staten ved departementet. Den geografiske lokaliseringen av selskapene kan videreføres som i dag. For å sikre gode insentiver bør ordningen med at helseforetakene betaler for tjenester fra disse nasjonale foretakene/selskapene videreføres.

Selskaper som i dag eies av regionale helseforetak alene, vil kunne eies i fellesskap av helseforetakene som i dag inngår i de respektive helse-regionene, i alle fall i en overgangsperiode. Oppgavene disse selskapene har ansvar for, er i hovedsak knyttet til apotekvirksomhet og IKT. På IKT-området pågår en rekke regionale prosesser for å standardisere arbeidsprosesser og teknologi som bør videreføres. Sykehusapotekene vurderes nå som nasjonalt fellestjenesteselskap.

Finansieringssystemet

I dette alternativet har departementet sørge-for-ansvaret. Stortinget vil derfor bevilge en samlet

basisbevilgning til departementet, som deretter fordeler inntekter til det enkelte helseforetak.

De aktivitetsbaserte ordningene kan videreføres som i dag. Innsatsstyrt finansiering og polikliniske takster utbetales i dag i hovedsak uavkortet til helseforetakene basert på registrert aktivitet, selv om midlene utbetales via regionale helseforetak.

Når midlene fra staten skal fordeles til helseforetakene, må den nasjonale modellen for fordeling av basisbevilgningen justeres for å reflektere dette. I dagens system tar de regionale helseforetakene utgangspunkt i den nasjonale modellen for fordeling av inntekter mellom helseforetakene, men har gjort regionale tilpasninger i sine modeller. Regionene tilpasser modellen på ulike måter; gjennom justering av behovsindekser, kostnadsindekser og hvilke elementer som holdes utenfor fordelingsmodellen og særfinansieres (jf. omtale i punkt 3.8.1, boks 3.1). Tilpasningene har blitt til gjennom langvarig utviklingsarbeid og prosesser i regionene. De regionale helseforetakene har i spesielle tilfeller prioritert ekstra driftsmidler til helseforetak som har gjennomført store investeringer. Dette er også blitt gjort overfor helseforetak med spesielt krevende sykehusstruktur, geografi og lignende.

I alternativ 1 vil ansvaret for å fordele inntekter til helseforetakene måtte ivaretas fullt ut av departementet. Dette vil kreve innsikt i og god kunnskap om lokale forhold og behov, og ikke minst vilje til å utøve skjønn. Utstrakt bruk av skjønn fra departementets side vil kunne medføre konflikt om hvordan skjønnet skal utøves. Slike konflikter håndteres i dag av de regionale helseforetakene.

Finansieringssystemet vil i alternativ 1 måtte ivareta et større omfang av gjestepasientoppgjør mellom ansvarlige enheter enn dagens modell. Dette skyldes at bevilgningene vil bli overført til helseforetakene som har til dels langt lavere dekningsgrad enn de regionale helseforetakene. Bedre kunnskapsgrunnlag og bedre registrering av kostnadskomponenter gjør dette enklere å håndtere enn det var for noen år tilbake.

På investeringsområdet vil departementet i dette alternativet overta den funksjonen de regionale helseforetakene har i dag. Regionale helseforetak låner ut midler til helseforetak med behov for likviditet til å gjennomføre investeringsprosjekter, utover det som følger av lån gjennom den statlige låneordningen. Dette motsvares ved at helseforetak med overskuddslikviditet opparbeider seg fordringer.

Det vil være krevende for departementet å overta de regionale helseforetakenes rolle knyttet

til omfordeling av likviditet. Virkemidlet vil i utgangspunktet være å justere bevilgningsnivået til helseforetakene, dvs. at departementet vil måtte holde tilbake bevilgninger og fordele disse etter prioriterte investeringsbehov. Hvis systemet skal ha samme praktiske konsekvens som i dag, må dette følges opp av et skyggeregnskap der det går fram hvordan omfordelingen har skjedd, og hva de enkelte skylder/har til gode. Et mer realistisk alternativ for å sikre at investeringene skal kunne opprettholdes på dagens nivå, er å øke rammene for den statlige lånebevilgningen. En mulighet som har mer vidtrekkende konsekvenser er også å etablere et nasjonalt eiendomsselskap, jf. omtale i kapittel 9.

7.5.1.2 *Vurdering av alternativet opp mot de valgte kriteriene*

Beslutningers legitimitet / demokratisk legitimitet

Viktige beslutninger om blant annet funksjonsfordeling og fordeling av inntekter vil i dette alternativet bli løftet fra de regionale helseforetakene til departementet. Avstanden fra sykehusdriften til det nivået som har den formelle beslutningskompetansen blir større, selv om det blir et beslutningsledd mindre. Sentraliseringen vil svekke lokalmiljøers og ansattes påvirknings- og medvirkningsmuligheter. Blant annet på bakgrunn av innspill utvalget har fått, mener utvalget at dette vil bidra til å svekke legitimiteten for beslutningene og dermed lojaliteten til beslutningene som fattes.

Videre kan legitimiteten til beslutninger bli svekket fordi de ansatte ikke lenger er representert der de viktigste beslutningene om struktur og økonomiske rammebetingelser blir tatt. Beslutninger som i dag tas av styrene for regionale helseforetak, blir flyttet til departementet hvor de ansatte ikke har representasjon. Ordningen med ansattvalgte styremedlemmer, konserntillitsvalgte og konsernverneombud på regionalt nivå vil bortfalle. Møteoffentlighet vil heller ikke kunne praktiseres i departementet, slik det i dag gjøres for styremøtene i regionale helseforetak. Det innebærer mindre åpenhet i beslutningsprosessene enn det er i dag.

På den annen side bringes viktige beslutninger til et forvaltningsnivå hvor statsråden både har full instruksjonsrett og ansvar overfor Stortinget for de beslutningene som fattes. En slik økt politisk kontroll vil kunne gi økt legitimitet hos aktører som etterlyser sterkere politisk styring. I den grad det er uklart knyttet til om beslutnin-

ger fattes av statsråden eller det regionale helseforetaket, vil denne uklarheten bortfalle.

Helseforetakene vil beholde sin lokale forankring og kompetanse. Handlingsrommet på dette nivået vil avhenge av hvordan eier innretter styringen. Helseforetakene vil trolig få større frihet når kontrollspennet til departementet øker i så stor grad. På den annen side er det en risiko for at flere enkeltsaker løftes opp til departementet, noe som kan gi en uforutsigbarhet og uklarhet om rolene til de enkelte aktørene i systemet.

Effektiv ressursutnyttelse – samordning

Det er i utgangspunktet enklere å få til nasjonal samordning og styring når eierstyringen av alle helseforetakene skjer fra én og samme organisasjon, sammenlignet med dagens fire selvstendige rettssubjekter. Styringsutfordringene i alternativet skyldes at departementet vil få omfattende oppgaver knyttet til regional samordning og eierstyring av helseforetakene.

Planlegging og dimensjonering av spesialisthelsetjenesten er et omfattende arbeid som krever prosesser på mange fagområder. For deler av dette arbeidet er det nå lagt føringer gjennom nasjonal helse- og sykehusplan, blant annet når det gjelder sykehusstruktur og deler av funksjons- og oppgavefordelingen. I dette alternativet er det departementet som må legge rammene for utviklingen i helseforetakene og styre ressurstilgangen. Selv om det vil være rimelig å forvente at ansvaret for flere beslutninger enn i dag flyttes til det enkelte helseforetak, vil departementet ha det overordnede ansvaret for de viktigste strategiske beslutningene. Det vil være behov for mange flere ansatte for å løse disse oppgavene, som også krever utstrakt kontakt med helseforetakene og fagmiljøer. Utvalget mener 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. Dette vil kunne svekke gjennomføringskraft og samordningsevne, og også legitimitet til beslutningene. 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 derfor mindre relevant for denne regionen.

Et akseptert prinsipp for effektiv forvaltning av offentlige tjenester er at beslutninger bør fattes på laveste effektive nivå. Dette alternativet bygger ikke opp under et slikt prinsipp, siden departe-

mentet overtar beslutningsansvaret i en lang rekke saker som i dag besluttet på regionalt nivå.

I alternativ 1 ville statsrådets og departementets fokus i større grad enn i dagens system være rettet mot spesialisthelsetjenesten. Dette vil nødvendigvis måtte gi mindre oppmerksomhet til andre deler av helsepolitikken, blant annet primærhelsetjenesten og samhandling mellom ulike nivåer, folkehelse og forebygging. Den helhetlige tilnærmingen til helsesektorens utfordringer kan bli svekket. Utviklingen de siste årene har hatt det motsatte perspektivet, der departementene har blitt mer rendyrket som sekretariat for politisk ledelse.

I dette alternativet er ansvaret for å inngå avtaler med private tjenesteleverandører, og dermed arbeidsfordelingen mellom privat og offentlig sektor, lagt til departementet. Dette følger av at departementet har sørge-for-ansvaret. I den grad departementet ønsker å øke eller redusere kjøp fra private, vil dette i utgangspunktet kunne gjennomføres mer effektivt enn i dag. En nasjonal aktør vil kunne legge bedre til rette for en mer helhetlig tilnærming til innkjøpsstrategi, utforming av avtaler, oppfølgingsstrategi mv. På den annen side vil det også på dette området være en utfordring for departementet å sikre seg god nok kunnskap om lokale og regionale forhold, og hvilke tjenester det vil være hensiktsmessig å kjøpe fra private. Det vil derfor være naturlig å etablere en innkjøpsenhet for å planlegge og gjennomføre innkjøp. En slik innkjøpsenhet bør også ha regionale kontorer og god dialog med helseforetakene for å sikre god kunnskap om lokale forhold og behov. Sykehusinnkjøp HF vil trolig kunne ivareta deler av disse oppgavene.

Praktiserende spesialisters landsforening (PSL) har i møte med utvalget gitt uttrykk for at et nasjonalt nivå vil være mindre egnet som avtalemotpart for avtalespesialistene enn regionale helseforetak, ettersom det er en viktig forutsetning med god kunnskap om behovene i regionen. PSL framhevet videre at avtaleparten bør ha ansvaret for å sørge for behandlingstilbud, og at det ikke er ønskelig at lokale helseforetak tar denne rollen.

Arbeidsgiverforeningene Virke og Spekter, samt Borgestadklinikken, peker i innspill til utvalget på utfordringer i forholdet til private leverandører, men vurderer ikke at sentralisering av eierskapet er en forutsetning for å løse disse. De peker på at sentralisering av selve innkjøpsprosessen og nasjonale prinsipper blant annet for finansiering av private kan være en fordel, men samtidig at det må være et regionalt nivå for koordinering og samhandling.

Departementet får ansvaret for å finansiere de enkelte helseforetakene. Departementet vil derfor i utgangspunktet også få ansvar for den inntektsfordelingen som i dag skjer innad i regionene, jf. omtale over. Hvis systemet skal gi samme fleksibilitet og regionale tilpasning som i dag, vil dette kreve stor ressursbruk i departementet og vilje til å utøve skjønn.

Økonomistyring og kontroll

Det er etablert gode systemer for økonomistyring, oppfølging og kontroll i helseforetakene, som det må forutsettes at blir videreført.

En annen problemstilling er hvordan budsjettprosessene vil bli påvirket. Regionale helseforetak har i dagens system en «bufferfunksjon». De har én budsjettamme å forholde seg til og må prioritere og omfordele innenfor denne. Dette gjelder også for investeringer. I alternativ 1 er det departementet som må prioritere mellom investeringsprosjekter i helseforetakene og sørge for tilstrekkelig likviditet til at utbyggingene kan gjennomføres.

Det må derfor forventes større grad av lokal politisk mobilisering overfor departementet og Stortinget. Dette kan skape engasjement og gi økt legitimitet hos aktører som ønsker sterkere politisk styring. Samtidig vil det være risiko for mer «spill» og omkamp om rammebetingelser fra helseforetak og sykehus overfor departementet og Stortinget. Dette var en erfaring da de tidligere statssykehusene ble direkte styrt fra departementet.

Stortinget vil også kunne utvise større engasjement i enkeltsaker og ønske å gi mer spesifikke styringssignaler i en modell der mer ansvar og myndighet er plassert i departementet.

Effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar

Styringsstrukturen endres ved at de regionale helseforetakene avvikles og oppgaver og ansatte i stor grad overføres til departementet. I praksis vil det bli færre beslutningsnivåer. Kortere styringslinjer vil kunne gi sterkere styringskraft, og styrke samordningen og utviklingen av felles løsninger. Stortinget har for en del områder lagt føringer gjennom nasjonal helse- og sykehusplan, noe som kan gjøre beslutningsprosessene enklere.

På den annen side kan styringskraften og gjennomføringskraften bli svekket som følge av mer krevende beslutningsprosesser i departementet:

- Kontrollspennet til statsråden blir betydelig større enn i dag. Det vil være behov for politiske avklaringer av en rekke spørsmål, ikke som i dag bare for saker av stor politisk betydning. Dette kan føre til forsinkelser av saker som har større strategisk betydning.
- Det vil være risiko for at sykehuspolitikk og sykehusdrift vil dominere statsrådets og departementets agenda på bekostning av andre helsepolitiske ansvarsområder. Organiseringen av departementet ville blitt lagt om for å løse utfordringene best mulig, men det er vanskelig å se for seg at det ikke ville skje en tydelig endring av fokus.
- Det må forventes at statsråden og politikere på Stortinget i større grad blir aktivt involvert i enkeltsaker. Dette kan være positivt og gi økt legitimitet. Konsekvensen kan imidlertid også være at større og mer prinsipielle saker blir skadelidende, og at det blir uklarhet i rolleforståelsen hos beslutningstakerne i systemet.
- Departementet vil neppe kunne fatte beslutninger like effektivt som administrasjonen og styret i et regionalt helseforetak. Departementet er normalt ikke innrettet for å ta beslutninger om et stort antall virksomheter i alle deler av landet. Departementet vil få mange flere ansatte, noe som kan utfordre beslutningsstrukturen.
- Beslutningene legges til et nivå som statsråden kan påvirke fullt ut og har fullt ansvar for. Hensynet til å ivareta statsrådets politiske og konstitusjonelle ansvar kan lede til risikoaversjon og et større fokus på å forhindre feil enn det som er hensiktsmessig.

Som omtalt over, kan legitimiteten til beslutninger bli svekket når de blir tatt med større avstand fra de som yter helsetjenestene. Svekket legitimitet kan også gjøre det vanskeligere å gjennomføre beslutningene.

Ledelsen i departementet vil i sin eierrolle ikke utfordres eller støttes av et styre med medlemmer som har ulik kompetanse, slik tilfellet er for de regionale helseforetakene. Det er trolig vanskelig å kompensere fullt ut for den funksjonen styrene har i de regionale helseforetakene ved å opprette en intern rådgivningsgruppe e.l.

De oppgavene som ligger til de regionale helseforetakene i dag, må i all hovedsak utføres av andre, og i første rekke av departementet. Det må forventes at ressursbruken knyttet til de overordnede styringsoppgavene vil være om lag uendret. Beslutningsprosessene i de felleseide selskapene vil bli mer effektive med én eier istedenfor fire.

Samhandling og samarbeid med kommuner og fylkeskommuner

De lovfestede samarbeidsavtalene og møteplasesne mellom helseforetakene og kommunene om samhandling vil kunne videreføres og følges opp lokalt som i dag. I praksis er det slik at det er helseforetakene som er avtalepart for samarbeidsavtalene. Praktisk oppfølging av avtalene og samarbeid med primærhelsetjenesten for øvrig, skjer lokalt.

På regionalt nivå er det inngått avtaler mellom alle regionale helseforetak og KS/kommunesektoren, og alle regionale helseforetak har møter med KS/kommunesektoren noenlunde regelmessig. Sammensetningen av møtedeltakere er som oftest administrerende direktør og styreleder fra de regionale helseforetakene og KS fylkesstyrelere og ledere for KS rådmannsutvalg.

Det er vanskelig å se at departementet kan løse den regionale samordningen på samme måte, og kunne ivareta lokalkunnskapen og forankringen de regionale helseforetakene har i dag.

Pasienters og andre berørtes innflytelse på tjenestetilbudet

Brukerutvalgene i helseforetakene vil videreføres i dette alternativet. Det innebærer at pasienters og andre berørtes innflytelse vil bli ivaretatt på dette nivået.

Leder av brukerutvalget har i dag møte- og talerett i styremøter i de fleste RHF og HF. Denne funksjonen blir borte på regionnivået når departementet overtar de regionale helseforetakenes oppgaver. Departementet vil avholde foretaks-møter, men disse har en annen funksjon enn styremøter og har ikke en form som er egnet for at brukere eller andre skal ha møte- og talerett.

Pasienters og andre berørte parters interesser som i dag blir ivaretatt på regionalt nivå, må i denne modellen ivaretas på nasjonalt nivå. Departementet har flere kontaktflater og faste møter med pasient- og brukerorganisasjoner om utviklingen av helsetjenesten. Utvalget mener likevel at denne modellen ville kreve at det etableres formelle samarbeidsorganer slik at brukere og berørte får innflytelse på innretningen og styringen av spesialisthelsetjenesten. Det kan for eksempel gjøres ved å utnevne brukerutvalg som rådgiver for departementet tilsvarende det som er ordningen i regionale helseforetak i dag.

Samarbeid med universiteter og høyskoler

Det etablerte samarbeidet med universiteter og høyskoler (UH-sektoren) er forankret i samarbeidsorganene med de regionale helseforetakene.

Departementet kan vanskelig overta en slik funksjon. UH-sektoren er underlagt Kunnskapsdepartementets ansvarsområde, og forholdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og UH-sektoren vil ikke framstå som et samarbeid mellom likeverdige parter.

I dette alternativet kan det vurderes å legge et større ansvar på regionsykehusene når det gjelder regionale samordningsoppgaver. Det vises i denne forbindelse til arbeidet med ny organisering av spesialistutdanningen for leger, og at det i 2016 skal etableres et regionalt utdanningssenter i hver region knyttet til de store universitetssykehusene (regionsykehusene), jf. omtale i Prop. 1 S (2015–2016).

Møtearenaer som er etablert mellom helseforetakene og UH-sektoren, vil kunne videreføres.

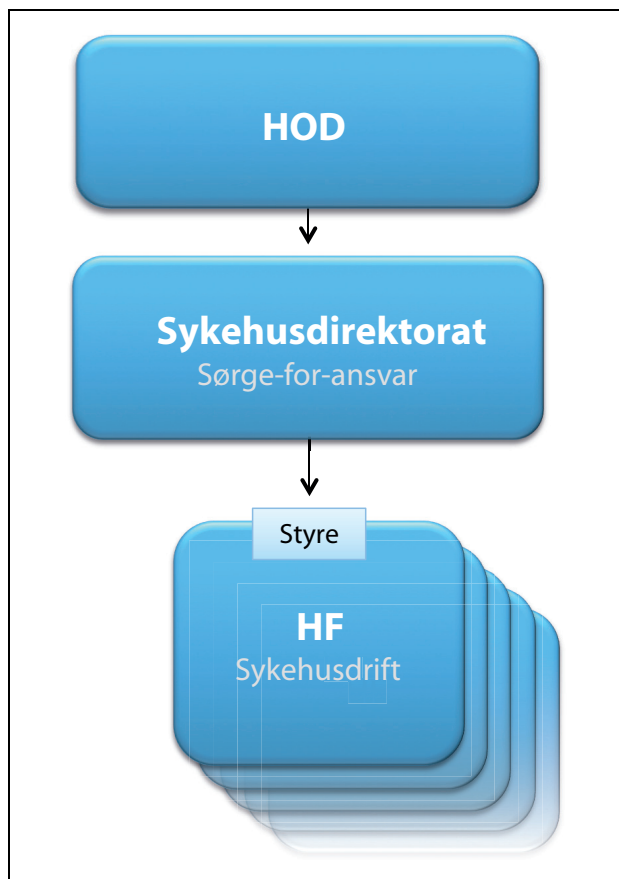
Dekanene ved de medisinske fakultetene viser i et skriftlig innspill til utvalget til at etableringen av et regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten har ført til et betydelig bedre samarbeid innen utdanning og forskning. Dekanene uttaler følgende:

«Oppsummert mener vi at et regionalt nivå for samhandling om utdanning og forskning mellom spesialisthelsetjenesten og universitetene, og en videreutvikling av det integrerte regionale samspillet, vil være svært viktige strukturer for å kunne få til det nødvendige tverrsektorielle samarbeidet med å nå målene i den nasjonale helsepolitikken. Framtidige organisasjonsmodeller må ta hensyn til dette slik at offentlige ressurser kan forvaltes på en hensiktsmessig og effektiv måte.»

7.5.2 Alternativ 2 – Departement med sykehusdirektorat til erstatning for de regionale helseforetakene

7.5.2.1 Beskrivelse av alternativet

I dette alternativet avvikles de regionale helseforetakene, og det etableres et sykehusdirektorat som støtte for departementet i styringen av spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene vil, som i dagens modell, være det utøvende leddet i spesialisthelsetjenesten som yter spesialisthelsetjenester i sitt geografiske område. Helseforetakene vil være selvstendige rettssubjekter med egne styrer.



Figur 7.2 Styringsstrukturen i alternativ 2 med sykehusdirektorat i eierlinjen

Direktorat i eierlinjen eller som tilrettelegger for departementet

Mandatet gir ikke føringer på om direktoratet skal inn i eierlinjen med selvstendig ansvar for foretaksmøter og annen styring, eller om det skal være et organ som bistår departementet med utredning, analyse, rapportering og oppfølging. Dersom direktoratet skulle gis en plass i eierlinjen, måtte det framgå av helseforetaksloven at sykehusdirektoratet skulle ivareta sørge-for-ansvaret, fordele budsjettmidler og utøve eierstyring overfor helseforetakene i foretaksmøter. Sykehusdirektoratet ville på denne måten fått en formell plass i eierlinjen.

Styringsstrukturen kan illustreres som i figur 7.2 dersom sykehusdirektoratet skal inn i eierlinjen.

I en slik modell vil statsrådets styringsmuligheter over spesialisthelsetjenesten være betydelig større enn i dag, og tilnærmet lik som i alternativ 1. Et sykehusdirektorat kan i prinsippet instrueres og overprøves i alle sammenhenger uten at det stilles krav til hvordan styringen formelt skal skje.

Stortingets mulighet for å trekke statsråden til ansvar ville øke tilsvarende, uavhengig av om styringsmuligheten benyttes eller ikke.

Difi tar opp spørsmålet om et sykehusdirektorat i eierlinjen i sitt notat fra februar 2016. De skriver at det prinsipielt ikke er noe i veien for en slik delegering. Videre skriver de:

«Men når vi søker mer nærliggende paralleller, dvs. styringen av sentrale politikkområder, finner vi likevel ingen eksempler på direktorater som eierstyrer.

Tvert imot ser vi at f.eks. statsforetaket Statnett blir eierstyrt av departementet (OED) selv om det er direktoratet NVE som har den faglige styringen, bl.a. gjennom konsesjoner. Og ved den planlagte delingen av Jernbaneverket i et direktorat og et infrastrukturforetak er departementet tiltenkt eierstyringen av foretaket. Det nye direktoratet vil måtte styre den operative virksomheten (drift, vedlikehold, utbygging) ved å inngå avtaler med foretaket.

Argumentasjonen for dette kan dels være politisk, dvs. at dette gjelder så sentrale spørsmål at statsråden/departementet ikke bør delegerer eierstyringen, bl.a. den styringsmuligheten som ligger i foretaksmøtet. Dels kan det være faglige argumenter, bl.a. at eierstyringen krever kompetanse som best utvikles på departementsnivå. Her kan det vises til at departementsfellesskapet har et felles fagmiljø der det bygges kompetanse på tvers for å profesjonalisere statens eierstyring.

Dette tilsier at selv om det formelt ikke er noe i veien for å legge eierstyring til et direktorat, er dette lite realistisk. Alternativ B [red.: utvalgets alternativ 2] bør heller utformes slik at departementet har eierstyringen av helseforetakene, mens et direktorat kan utøve en bestillerrolle på vegne av departementet.

Vi ser det samtidig slik at alternativ B ville ha vært bedre tjent med at også de operative helseforetakene ble gjort om til forvaltningsorganer slik at samme styringslogikk ble gjennomgående på alle tre nivåer, men dette er som nevnt innledningsvis ikke aktuelt å vurdere.»

I skriftlig innspill til utvalget uttaler Helsedirektoratet følgende om alternativet med et sykehusdirektorat i eierlinjen:

«I den konkrete vurderingen av styringsmodellene på nasjonalt nivå ønsker direktoratet å avvente utvalgets arbeid, men vil allerede nå gjøre oppmerksom på følgende knyttet til alter-

nativet om et nytt direktorat for styring av sykehusene. I en direktoratsmodell skjer styringen direkte fra departementet til etatssjef uten styre. I helsesektoren er det etablert en rolleforståelse mellom forvaltning og utøvende tjenester, og eierstyring og sørge-for-ansvar er ikke naturlige oppgaver for direktorater i vår sektor. Hvis man går inn for en slik løsning, vil det kreve en bred gjennomgang av både forvaltning og foretaksmodell.»

Utvalget mener innspillet fra Difi veier tungt og at det støttes av andre innspill som har kommet i forbindelse med utredningsarbeidet. Det legges til grunn for dette alternativet at departementet ivaretar styringen av helseforetakene, mens sykehusdirektoratet har en tilretteleggerrolle for departementet. Ved en slik tilnærming blandes i utgangspunktet ikke forvaltningsstyring og selskapsstyring, ettersom eierstyringen av helseforetakene tilligger departementet direkte.

Utvalget bemerker at i en modell hvor et sykehusdirektorat gis en selvstendig plass i eierlinjen, ville det i utgangspunktet vært naturlig å omgjøre helseforetakene til forvaltningsorganer, jf. også vurderingen fra Difi. Det ville i så fall bli en gjennomgående forvaltningsorganisering av spesialisthelsetjenesten. Dette ligger klart utenfor mandatet, og utvalget har derfor ikke vurdert et slikt alternativ nærmere.

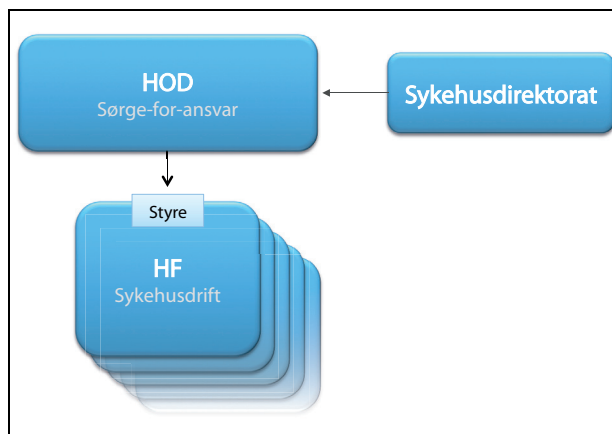
Styringsstrukturen kan illustreres som i figur 7.3 når sykehusdirektoratet ikke skal inngå i eierlinjen (direktoratet har kun en rolle som tilrettelegger for departementet, og kan ikke eierstyre underliggende helseforetak).

Departementet skal dermed styre et betydelig antall helseforetak i dette alternativet, antydningssvis 10–15 som i alternativ 1.

Fordeling av oppgaver, ansvar og myndighet

Ansvar og myndighet vil i hovedsak være som i alternativ 1, ettersom direktoratet er en del av staten.

Gitt at sykehusdirektoratet ikke vil ha en formell posisjon i eierlinjen, må det også i dette alternativet være departementet som har sørge-for-ansvaret. Det innebærer at blant annet oppgavefordeling mellom helseforetakene, prioritering av investeringer og fordeling av budsjett til de underliggende helseforetakene formelt sett ligger til departementet å beslutte. Statsråden er ansvarlig for alle disposisjo-



Figur 7.3 Styringsstrukturen i alternativ 2 med sykehusdirektorat som tilrettelegger for departementet

ner i departementet og direktoratet, og statsrådens politiske ansvar utvides betydelig.

Et direktorat som skal tilrettelegge for departementets direkte styring av helseforetakene kan innrettes med regionale avdelinger, og på den måten ivareta behovet for lokal og regional kunnskap bedre enn i alternativ 1. En struktur med regionale avdelinger kan eventuelt begrenses til en overgangsperiode for å lette overgangen. Regionale avdelinger vil ha begrenset beslutningsansvar, og styringsstrukturen kan bli enklere uten slike avdelinger. Behovet for regionale avdelinger vil også avhenge av hvordan helseforetaksstrukturen utvikler seg.

Som i alternativ 1 vil det lokale handlingsrommet ved det enkelte helseforetak være avhengig av departementets styring. Viktige strategiske beslutninger må uansett tas av departementet. Behovet for å flytte oppgaver og ansvar til helseforetakene vil imidlertid ikke være det samme i dette alternativet som i alternativ 1. Sykehusdirektoratet vil kunne gjøre mye av det praktiske arbeidet med utredning og saksforberedelse for beslutningene som skal fattes av departementet. Det kan også ivareta store deler av den løpende rapporteringen fra foretakene og informasjonsutvekslingen med disse, og gis en rolle når det gjelder koordinering av blant annet fagutvikling og forskning. Dette markerer et klart skille til alternativ 1.

Sykehusdirektoratet vil kunne planlegge og gjennomføre kjøp av tjenester fra private etter fullmakt fra departementet.

I sum vil departementets oppgaver bli betydelig mindre, sammenlignet med alternativ 1.

Eierskap til selskaper

Som omtalt under drøftingen av alternativ 1, ser ikke utvalget det som en løsning at så mange som 10–15 helseforetak skal eie selskap sammen. For alternativ 2 er derfor vurderingen at for de selskapene som de regionale helseforetakene i dag eier sammen, bør eierskapet overføres til staten ved departementet. En løsning i dette alternativet kan også være at alle eller enkelte av de selskapene som i dag er felleseide, etableres som avdelinger i direktoratet. Selskapene må da omdannes og tas inn i direktoratet. Uavhengig av hvilken organisatorisk løsning man velger, bør helseforetakene fortsatt betale for tjenester fra disse selskapene.

Selskaper som regionale helseforetak i dag eier alene, vil kunne eies i fellesskap av helseforetakene i de respektive helseregionene, i alle fall i en overgangsperiode. Oppgavene disse selskapene har ansvar for er i hovedsak knyttet til apotekvirksomhet og IKT. På IKT-området pågår en rekke regionale prosesser for å standardisere arbeidsprosesser og teknologi som bør videreføres. Sykehusapotekene vurderes nå som nasjonalt felles tjenesteselskap.

Finansieringssystemet

I dette alternativet vil konsekvensene for finansieringssystemet langt på vei bli de samme som i alternativ 1, siden departementet er forutsatt å ivareta eierskapet. Det vises til omtale i punkt 7.5.1.1. Av denne omtalen går det fram at det vil være ressurskrevende for departementet å ivareta de regionale og lokale tilpasningene i finansieringssystemet som i dag blir gjort i de regionale helseforetakene. Her vil direktoratet, eventuelt med regionale avdelinger, kunne avlaste departementet gjennom å utføre de beregningstekniske oppgavene, men selve beslutningene vil ligge til departementet som eier.

Som i alternativ 1 vil det være krevende for departementet å overta de regionale helseforetakenes rolle knyttet til omfordeling av likviditet. Hvis systemet skal ha samme praktiske konsekvens om i dag, må omfordelingen av likviditet følges av et skyggeregnskap der det går fram hvordan omfordelingen har skjedd og hva den enkelte skylder/har til gode. Et mer realistisk alternativ å er å øke rammene for den statlige lånebevilgningen. En mulighet som har mer vidtrekkende konsekvenser, er å etablere et nasjonalt eiendomsselskap, jf. omtale i kapittel 9.

7.5.2.2 Vurdering av alternativet opp mot de valgte kriteriene

Vurderingen av alternativ 2 opp mot kriteriene vil på mange måter være de samme som for alternativ 1, siden de formelle ansvarsforholdene er de samme. Alternativene skiller seg imidlertid klart fra hverandre ved at det i alternativ 2 kan legges til rette for en mer hensiktsmessig organisering av arbeidet i departementet.

Beslutningers legitimitet / demokratisk legitimitet

Konsekvensene vil langt på vei være de samme som beskrevet under alternativ 1:

- Sentralisering av de viktigste beslutningene vil etter utvalgets oppfatning svekke legitimiteten til systemet. Dette kan motvirkes noe hvis utredning, informasjonsinnhenting og oppfølging i stor grad skjer i regionale avdelinger i sykehusdirektoratet.
- Ansatte vil ikke være representert på samme måte som i dag der de viktigste beslutningene tas, og møteoffentlighet vil ikke kunne praktiseres på samme måte i departementet som i styremøter.
- På den annen side kan økt politisk kontroll gi økt legitimitet hos aktører som etterlyser sterkere politisk styring.

Effektiv ressursutnyttelse – samordning

Som i alternativ 1 vil utgangspunktet for nasjonal samordning og styring være enklere når eierstyringen av alle helseforetakene skjer fra én og samme organisasjon, sammenlignet med fire selvstendige rettssubjekter.

I alternativ 1 trekkes fram at det vil være utfordringer knyttet til regional samordning og styring, spesielt fordi så stort ansvar og saksmengde blir lagt til departementet. I alternativ 2 vil direktoratet kunne opprette regionale avdelinger for å bidra med beslutningsgrunnlag og anbefalinger til departementet, eventuelt begrenset til en overgangsperiode. Mye av kompetansen som er opparbeidet i de regionale helseforetakene, kan dermed videreføres regionalt, herunder fagavdelingene.

Departementets evne til å ivareta helheten i helsepolitikken, og rolle som politisk sekretariat, vil ikke svekkes i like stor grad som i alternativ 1. Det er likevel slik at departementet må fatte alle beslutninger som innebærer styring av helseforetakene også i dette alternativet, mens direktoratet kun har en rolle som tilrettelegger. Følgelig er det

risiko for at styring av spesialisthelsetjenesten vil gå på bekostning av departementets evne til å ivareta helheten i helsepolitikken, og rollen som politisk sekretariat.

Et akseptert prinsipp for effektiv forvaltning av offentlige tjenester, er at beslutninger bør fattes på laveste effektive nivå. Prinsippet ivaretas ikke på en god måte i dette alternativet, da beslutninger sentraliseres i større grad enn det som er tilfelle i dag.

Ansvaret for å inngå avtaler med private tjenesteleverandører kan legges til sykehusdirektoratet. I den grad departementet ønsker å øke eller redusere kjøp fra private, vil dette i utgangspunktet kunne gjennomføres mer effektivt enn i dag. En nasjonal aktør vil også kunne legge bedre til rette for en helhetlig tilnærming til innkjøpsstrategi, utforming av avtaler, oppfølgingsstrategi mv. Et sykehusdirektorat, eventuelt med regionale avdelinger, vil kunne sikre seg kunnskap om lokale og regionale forhold og hvilke tjenester det vil være hensiktsmessig å kjøpe fra private.

Som i alternativ 1 vil ansvaret for finansierings-systemet ligge i departementet. Hvis systemet skal gi samme fleksibilitet og regionale tilpasning som i dag, krever dette stor ressursbruk i departementet og direktoratet og vilje til å utøve skjønn.

Økonomistyring og kontroll

Konsekvensene vil her være de samme som beskrevet under alternativ 1. Utvalget mener det er etablert gode systemer for økonomistyring, oppfølging og kontroll i helseforetakene som vil bli videreført. Det må imidlertid forventes større grad av politisk mobilisering overfor departementet og Stortinget, og større risiko for «spill» og omkamper om rammebetingelsene.

Effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar

Styringsstrukturen endres ved at de regionale helseforetakene avvikles og foretakenes oppgaver og ansatte overføres til departementet og direktoratet. Det vil bli færre beslutningsnivåer. Kortere styringslinjer vil kunne gi sterkere nasjonal styringskraft.

Også i dette alternativet vil departementets kontrollspenn bli større, det er risiko for mer fokus på enkeltsaker og spesialisthelsetjenesten vil bli mer dominerende på bekostning av andre saksfelt for departementet, jf. omtale av dette under alternativ 1. Effektene er likevel mindre enn i alternativ 1, ettersom store deler av arbeidet knyt-

tet til utredning, analyse, rapportering og oppfølging håndteres av sykehusdirektoratet. Samtidig vil det i alternativ 2 være egne utfordringer knyttet til kontakten mellom departementet, direktoratet og helseforetakene. Prosessene vil bli mer tids- og ressurskrevende når grunnlagsarbeidet skal skje i direktoratet, mens beslutningene i hovedsak skal tas i departementet. Styringskraften og gjennomføringskraften vil kunne svekkes som følge av mer krevende beslutningsprosesser.

Også i dette alternativet kan svekket legitimitet som følge av større avstand mellom beslutningstakere og de som yter helsetjenestene, gjøre det vanskeligere å gjennomføre beslutninger.

Oppgaver og ansatte overføres fra de regionale helseforetakene til departementet og direktoratet. Det må forventes at ressursbruken knyttet til de overordnede styringsoppgavene vil være om lag uendret. Beslutningsprosessene i de selskapene som i dag er felleseid, vil bli mer effektive med én eier istedenfor fire.

Samhandling og samarbeid med kommuner og fylkeskommuner

De lovfestede samarbeidsavtalene og møteplassene mellom helseforetakene og kommunene om samhandling vil kunne videreføres og følges opp lokalt som i dag. I praksis er det slik at det er helseforetakene som er avtalepart for samarbeidsavtalene. Praktisk oppfølging av avtalene og samarbeid med primærhelsetjenesten for øvrig, skjer lokalt.

Det vil være naturlig at direktoratet får et ansvar for den delen av samhandling og samarbeid med kommuner og fylkeskommuner som i dag ivaretas av regionale helseforetak. Avhengig av størrelsen på opptaksområdet til helseforetakene, kan dette ansvaret også bli ivaretatt av helseforetakene. Hvis direktoratet har regionale avdelinger, vil det være naturlig å legge ansvaret for avtaler og å avholde regelmessige møter med KS/kommunesektoren til disse. Kontakt med regionavdelingene vil imidlertid kunne bli oppfattet som mindre verdifull av enkelte når de overordnede beslutningene blir fattet et annet sted.

Pasienters og andre berørtes innflytelse på tjenestetilbudet

Brukerutvalgene i helseforetakene vil bli videreført i dette alternativet. Det innebærer at pasienters og andre berørtes innflytelse vil være ivaretatt lokalt.

Leder av brukerutvalget har i dag møte- og talerett i styremøter i de fleste RHF og HF. Denne funksjonen blir borte på regionnivået i dette alternativet. Et sykehusdirektorat vil kunne utnevne brukerutvalg med rådgivende funksjon tilsvarende det som er ordningen i regionale helseforetak i dag, men da på nasjonalt nivå.

Samarbeid med universiteter og høyskoler

Det etablerte samarbeidet med universiteter og høyskoler (UH-sektoren) på regionnivået er forankret i samarbeidsorganene med de regionale helseforetakene. Samhandlingen med universiteter og høyskoler om utdanning og forskning må i dette alternativet videreføres av direktoratet, eventuelt gjennom regionale avdelinger. Det kan på samme måte som omtalt i alternativ 1, vurderes å legge et større ansvar på regionsykehusene når det gjelder regionale samordningsoppgaver. Av omtalen under alternativ 1 går det fram at dekanene ved de medisinske fakultetene i skriftlig innspill til utvalget har pekt på at etableringen av et regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten har ført til et betydelig bedre samarbeid innen utdanning og forskning. De mener et regionalt nivå for samhandling om utdanning og forskning og en videreutvikling av det regionale samspillet vil være viktig også framover.

Møtearenaer som er etablert mellom helseforetakene og UH-sektoren vil kunne videreføres.

7.5.3 Alternativ 3 – Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene

7.5.3.1 Beskrivelse av alternativet

I dette alternativet erstattes de regionale helseforetakene med et nasjonalt helseforetak, som også vil overta sørge-for-ansvaret. Helseforetakene vil, som i dagens modell, være det utøvende leddet i spesialisthelsetjenesten, og yte spesialisthelsetjenester i sitt geografiske område. Helseforetakene vil være selvstendige rettssubjekter med egne styrer.

Dagens helseforetaksstruktur er resultat av en utvikling over flere år, jf. omtale i kapittel 8. Dette tilsier at det vil være naturlig å ta utgangspunkt i at antall helseforetak i en overgangsperiode skal være om lag som i dag. Det forutsettes imidlertid at ledelsen i det nasjonale helseforetaket vurderer inndelingen på nytt når den øvrige organisasjonen har funnet sin form. Med det store kontrollspennet ledelsen i det nasjonale helseforetaket vil ha,

må det forventes en utvikling i retning av færre helseforetak og også at disse får et større handlingsrom.

Styringsstrukturen kan illustreres som i figur 7.4.

Fordeling av oppgaver, ansvar og myndighet

I dette alternativet overføres de oppgavene som i dag tilligger de regionale helseforetakene til det nasjonale helseforetaket.

Statsrådets politiske ansvar videreføres i utgangspunktet på samme måte som i dag. Når statsråden i dette alternativet forholder seg til ett underliggende foretak og ikke fire som i dag, endres imidlertid modellens funksjonsmåte. Dette er drøftet senere i kapitlet.

Utvalget legger til grunn at det nasjonale helseforetaket selv bør avgjøre om det er hensiktsmessig å beholde regionale enheter internt i foretaket. Dette vil trolig avhenge av hvor mange og store helseforetak det vil være på sikt. En mulighet er at foretaket i starten viderefører regionale avdelinger tilsvarende dagens regionale helseforetak for å ivareta lokal og regional kunnskap i det nasjonale helseforetaket, og for å sørge for kontinuitet i styring og oppfølging av de underlig-



Figur 7.4 Styringsstrukturen i alternativ 3

gende helseforetakene. Eierstyring gjennom foretaksmøter og vilkår for tildeling av ressurser i oppdragsdokumenter til de underliggende helseforetakene vil være forbeholdt styret i det nasjonale helseforetaket. Det begrensede ansvaret som vil ligge til de regionale avdelingene kan tilsi at slike avdelinger avvikles etter en overgangsperiode og at virksomheten samles i det nasjonale foretaket. Dette vil også avhenge av hvordan helseforetaksstrukturen utvikler seg.

I punkt 7.3.2 er det en drøfting av fordelingen mellom regionale helseforetak og helseforetak når det gjelder oppgaver, myndighet og ansvar. Her går det fram hvilke oppgaver som vil måtte ligge til det nivået som har sørge-for-ansvaret, og hvilke oppgaver helseforetakene kan ta et større ansvar for. Det går også fram at eier har et valg med hensyn til grad av involvering i saker i helseforetakene. Utgangspunktet er at helseforetakene beholder oppgaver, myndighet og ansvar som i dag. Hvordan det lokale handlingsrommet ved det enkelte helseforetak utvikler seg vil avhenge av det nasjonale helseforetakets styring. Kontrollspennet til det nasjonale helseforetaket gjør det rimelig å forvente større lokalt handlingsrom ved det enkelte helseforetaket enn i dag.

Eierskap til selskaper

I dette alternativet vil det være naturlig at de selskapene som de regionale helseforetakene eier sammen, blir overført til det nye nasjonale helseforetaket. Ordningen med at helseforetakene betaler for tjenester fra de nasjonale foretakene og selskapene videreføres.

Selskaper som de regionale helseforetakene i dag eier alene, vil kunne eies i fellellskap av de helseforetakene som inngår i de respektive helse-regionene, i alle fall i en overgangsperiode. Alternativet er at de inngår som enheter i eventuelle regionale avdelinger til det nasjonale selskapet for å ivareta samordningsoppgavene. Disse selskapene har i hovedsak ansvar for apotekvirksomhet og IKT. På IKT-området er det en rekke regionale prosesser for å standardisere arbeidsprosesser og teknologi som bør videreføres. Sykehusapotekene vurderes nå som nasjonalt fellestjenesteselskap.

Finansieringssystemet

I dette alternativet vil det nasjonale helseforetaket ha sørge-for-ansvaret. Bevilgningene vil dermed bli stilt til disposisjon for det nasjonale helseforetaket istedenfor dagens regionale helseforetak. I dagens modell har de regionale helseforetakene

et selvstendig ansvar for å fordele inntekter til sine underliggende helseforetak. Regionene tilpasser modellen på ulike måter: gjennom justering av behovsindekser, kostnadsindekser og hvilke elementer som holdes utenfor fordelingsmodellen og særfinansieres (jf. omtale i punkt 3.8.1). Tilpasningen har blitt til gjennom langvarig utviklingsarbeid og prosesser innad i regionen. Dette ansvaret må i alternativ 3 overtas av det nasjonale helseforetaket, eventuelt med støtte fra regionale avdelinger.

I en overgangsfase vil de regionale inntektsmodellene for fordeling av basisbevilgning til underliggende helseforetak kunne videreføres. Over tid vil det imidlertid være behov for en ny nasjonal inntektsmodell basert på felles nasjonale prinsipper, tilsvarende inntektsmodellen som ligger til grunn for departementets fordeling av inntekter mellom de regionale helseforetakene i dag. Det må legges til grunn at departementet vil legge føringer på hvordan midlene skal fordeles fra det nasjonale helseforetaket til underliggende helseforetak.

Det nasjonale helseforetaket vil i likhet med dagens regionale helseforetak kunne omfordele likviditet mellom helseforetakene i forbindelse med investeringsprosjekter. Muligheten vil også bli styrket ved at det kan gjøres en utjevning på nasjonalt nivå, og ikke bare innad i regionene. Eventuell etablering av et nasjonalt eiendomsselskap er drøftet i kapittel 9.

7.5.3.2 Vurdering av alternativet opp mot de valgte kriteriene

Funksjonsmåte og konsekvenser av dette alternativet har store fellestrekk med gjeldende organisering med regionale helseforetak. Hovedforskjellene er at mulighetene for nasjonal samordning blir styrket og beslutninger sentralisert. Sentralisering påvirker grunnlaget for regional samordning og styring, og vil også ha konsekvenser for legitimiteten til systemet.

Beslutningers legitimitet / demokratisk legitimitet

Beslutningsprosessen vil være som før, med tanke på åpenhet og innsyn. Ordningen med ansattvalgte styremedlemmer, konserntillitsvalgte og konsernverneombud på regionalt nivå vil bli videreført på nasjonalt nivå.

Alternativet innebærer at eierskapet til helseforetakene og beslutninger knyttet til dette løftes fra regionalt til nasjonalt nivå. Foretakets styre og direktør vil få stor makt, på bekostning av region-

nivået. Hvordan dette påvirker grunnlaget for samordning og styring nasjonalt og regionalt drøftes nedenfor. En slik endring påvirker også legitimiteten til systemet, og dermed gjennomføringskraften. To hensyn kan trekkes fram. For det første vil den opplevde avstanden fra sykehusenes driftsenheter til det nivået som har den formelle beslutningskompetansen bli større. Basert på innspill som utvalget har fått, må det antas at dette vil bidra til å svekke legitimiteten. For det andre kan det være uheldig for beslutningers legitimitet at så stor makt samles i ett styre og hos én administrerende direktør.

Helseforetakenes rolle videreføres i utgangspunktet uendret. Det lokale handlingsrommet vil imidlertid avhenge av hvordan det nasjonale helseforetaket innretter styringen. Helseforetakene vil trolig få større frihet ettersom det nasjonale helseforetaket vil ha et stort kontrollspenn. Med klare og utvidede fullmakter og beslutningsmyndighet til helseforetakene, vil flere beslutninger treffes nær de som utøver tjenestene. Det vil kunne styrke legitimiteten og lojaliteten til beslutningene.

Effektiv ressursutnyttelse – samordning

Det er i utgangspunktet enklere å få til nasjonal samordning og styring når eierstyringen av alle helseforetakene og de felleseide selskapene skjer fra én og samme organisasjon, sammenlignet med fire regionale helseforetak.

Statsrådets og departementets rolle og oppgaver endres ikke i dette alternativet; det er på nivået under det skjer sentralisering. Departementets funksjonsmåte vil derfor i utgangspunktet heller ikke endres slik det er beskrevet i alternativene 1 og 2. Systemet vil likevel bli påvirket av at statsråden styrer ett foretak og ikke fire som i dag.

Det nasjonale helseforetaket, eventuelt med støtte fra regionavdelinger, vil overta ansvaret for at spesialisthelsetjenesten planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske regioner. Viktige beslutninger om funksjonsfordeling, investeringer og fordeling av inntekter vil uansett bli tatt sentralt, uten den samme nærheten til regionale forhold. Dette forutsetter en utstrakt dialog mot helseforetakene for å sikre et godt saksgrunnlag. Ellers må det forventes at hensynet til nasjonal likebehandling vil bli tillagt større vekt av nasjonale beslutningstakere.

Ansvaret for kjøp av tjenester fra private vil ligge hos det nasjonale helseforetaket, da dette følger sørge-for-ansvaret. En nasjonal aktør vil

kunne legge bedre til rette for en mer helhetlig tilnærming til innkjøpsstrategi, tilgjengelighet og geografiske spredning av tilbudet, utforming av avtaler, oppfølging mv.

Det må etableres en nasjonal modell for fordeling av inntekter fra det nasjonale helseforetaket til underliggende helseforetak, og departementet må forventes å legge føringer på denne. Det ansvaret de regionale helseforetakene har i dag for regionale tilpasninger må overtas av det nasjonale helseforetaket. Viljen til å bruke skjønn i det nasjonale foretaket er avgjørende for hvor stor grad av omfordeling og fleksibilitet det vil være i systemet.

Økonomistyring og kontroll

Det er etablert gode systemer for økonomistyring, oppfølging og kontroll i helseforetakene, som det må forutsettes at blir videreført.

I dette alternativet overtar det nasjonale helseforetaket det ansvaret de regionale helseforetakene har i dag, og statsrådets politiske ansvar er i utgangspunktet uendret. Statsrådets rolle i styringssystemet påvirkes imidlertid av at styringslinjen går til ett foretak og ikke til fire som i dag. Dette kan skape forventninger om og gjøre det lettere for statsråden å gripe inn i flere saker. I så fall vil alternativet innebærer mer «spill» og omkamper om budsjetttrammene, og mer direkte press på statsråden knyttet til enkeltsaker. Dette er imidlertid ikke en nødvendig konsekvens av alternativet.

Effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar

Departementets formelle rolle påvirkes i liten grad. Samling av ansvaret for å sørge for alle tjenestetilbud i ett nasjonalt helseforetak vil i utgangspunktet gi samme samsvar mellom myndighet og ansvar som i dagens regionale helseforetak. Alternativet vil på samme måte som i dag legge til rette for at Stortinget, regjeringen og statsråden konsentrerer seg om store og prinsipielle saker.

En viktig forskjell mellom dette alternativet og dagens modell er de praktiske og styringsmessige konsekvensene av at fire styre og administrerende direktører i regionale helseforetak fusjoneres til ett styre og én administrerende direktør. I dagens modell er det etablert et klart skille mellom statsråden og departementet på den ene siden og de regionale helseforetakene på den andre siden. Denne ansvars- og rolledelingen vil kunne

bli utfordret når så mye makt og ansvar legges til én leder og ett styre. Det vil også oppstå et stort kontrollspenn på øverste i nivå i organisasjonen, når ledelsen i foretaket får ansvaret for hele spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst har til sammenligning det klart største kontrollspennet i dagens struktur, med et befolkningsgrunnlag på om lag 56 pst. av totalbefolkningen.

Opgaver og (en stor del av) de ansatte overføres fra de regionale helseforetakene til det nasjonale helseforetaket. Det må forventes at ressursbruken knyttet til de overordnede styringsoppgavene vil være om lag uendret. Beslutningsprosessene i de selskapene som i dag er felleseid vil bli mer effektive med én eier istedenfor fire.

Samhandling og samarbeid med kommuner og fylkeskommuner

De lovfestede samarbeidsavtalene og møteplasesene mellom helseforetakene og kommunene om samhandling vil kunne videreføres og følges opp lokalt som i dag. I praksis er det slik at det er helseforetakene som er avtalepart for samarbeidsavtalene. Praktisk oppfølging av avtalene og samarbeid med primærhelsetjenesten for øvrig, skjer lokalt.

Det nasjonale helseforetaket vil i utgangspunktet overta ansvaret for den delen av samhandling og samarbeid med kommuner og fylkeskommuner som i dag ivaretas av regionale helseforetak. Avhengig av størrelsen på opptaksområdet til helseforetakene, kan dette ansvaret også bli ivaretatt av helseforetakene. Hvis det nasjonale helseforetaket har regionale avdelinger, vil det være naturlig å legge ansvaret for avtaler og å avholde regelmessige møter med KS/kommunesektoren til disse. Kontakt med regionavdelingene vil imidlertid av enkelte kunne oppfattes som mindre verdifull når de overordnede beslutningene blir tatt av foretaket sentralt.

Pasienters og andre berørtes innflytelse på tjenestetilbudet

Brukerutvalgene i helseforetakene vil bli videreført. Det innebærer at pasienters og andre berørtes innflytelse vil være ivaretatt på dette nivået.

Et nasjonalt helseforetak vil kunne utnevne brukerutvalg som rådgiver på lik linje med det som er ordningen i regionale helseforetak i dag. Leder for brukerutvalget har i dag møte- og talerett i styremøtet i flere regionale helseforetak. Denne funksjonen vil kunne bli videreført, men da på nasjonalt nivå.

Samarbeid med universiteter og høyskoler

Det etablerte samarbeidet med universiteter og høyskoler på regionnivået er forankret i samarbeidsorganene med de regionale helseforetakene. Dette vil et nasjonalt helseforetak måtte tre inn i. Uten regionale avdelinger kan dette samarbeidet bli mer krevende.

Av omtalen under alternativ 1 går det fram at dekanene ved de medisinske fakultetene i skriftlig innspill til utvalget har pekt på at etableringen av et regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten har ført til et betydelig bedre samarbeid innen utdanning og forskning. De mener et regionalt nivå for samhandling om utdanning og forskning og en videreutvikling av det regionale samspillet vil være viktig også framover.

Det samarbeidet som helseforetak har i dag med universiteter og høyskoler vil kunne videreføres og styrkes i en modell der antall helseforetak reduseres til for eksempel ti til tolv.

7.5.4 Implementeringsrisiko i de tre alternativene

Det følger av mandatet at utvalget skal utarbeide risikoanalyser for implementering av modellene. Dette skal blant annet inkludere konkrete vurderinger av risiko knyttet til tilgang eller tap av kompetanse, redusert pasientbehandling, effekt på pasientsikkerhet og beredskapsevne, behov for tilpasninger i IKT-systemer, samt evne til å opprettholde kostnadskontroll. Risikoen må vurderes ut fra hvilken sannsynlighet det er for at noe skal avvike fra den planlagte utviklingen, og konsekvensene av et slikt avvik.

Vurderingene baserer seg på overordnede betraktninger som illustrerer forskjellene mellom de ulike alternativene. I en eventuell planleggingsfase for gjennomføring av en valgt modell er det nødvendig å gjøre en mer detaljert og grundig konsekvensvurdering.

Endringene i ansvarsposisjoner vil i utgangspunktet skje fra en dag til en annen, men planlegging og gjennomføring vil kreve tid både i forkant og i etterkant av selve ansvarsoverføringen. Det vil være en implementeringsperiode fra beslutning om endring er tatt og til implementeringen er gjennomført. Perioden vil være avhengig av hvor omfattende omorganiseringsprosesser som skal gjennomføres, og derfor være ulik for de tre alternativene.

I en implementeringsperiode vil det alltid være risiko for at utilsiktede og uventede konsekvenser kan oppstå. Det er imidlertid vanskelig å vurdere

hvordan organisatoriske endringer vil påvirke den ordinære driften i en gjennomføringsfase. Det er vanskelig å tallfeste eller gi en presis beskrivelse av hvilke utilsiktede eller uventede konsekvenser som vil kunne oppstå, eller hvor stor sannsynlighet det er for dette som følge av omorganisering.

En skal imidlertid ikke undervurdere betydningen av risiko knyttet til implementering. Det er mulig å peke på noen generelle risikofaktorer for omorganiseringsprosesser. Det vil alltid være en risiko for at det i slike prosesser blir lite lederoppmerksomhet igjen rettet mot å ivareta daglig drift. Dette kan i neste omgang gi utslag på blant annet ventetider, økonomistyring og kontroll. Hvor stor risikoen er (dvs. sannsynligheten sett i sammenheng med konsekvenser), avhenger blant annet av hvor omfattende omorganiseringen er. Hvilket nivå i organisasjonen omorganiseringen skal foregå på vil også kunne ha betydning for risikovurderingen. Omorganisering som skjer nær pasientene kan gi høyere risiko for uønskede konsekvenser i den ordinære driften.

I alle alternativene som utvalget er bedt om å se på, er hovedgrepet å avvikle de regionale helseforetakene. I utgangspunktet vil de økonomiske konsekvensene av en slik endring være relativt begrenset i alle tre alternativene, men størst i alternativ 1. De ca. 365 personene som i dag arbeider i de regionale helseforetakene må flyttes eller erstattes avhengig av hvor oppgavene blir plassert i en ny organisasjonsstruktur. Ved eventuelle endringer i eierskapet og i antall helseforetak må det gjennomføres en rekke administrative endringer. Dette gjelder bl.a. endringer av avtaleparter og endringer i Brønnøysundregistrene osv. Disse konsekvensene er relativt påregnelige og konkrete og omtales ikke her. I kapittel 11 omtales økonomiske og administrative konsekvenser av utvalgets forslag i kapittel 10.

I det følgende vurderes implementeringsrisikoen i de tre alternative modellene for organisering av eierskapet opp mot de elementene som er nevnt i mandatet.

Risiko for tap av kompetanse

Nødvendig oppbemanning i alternativ 1 vil dels kunne skje ved at ansatte i de regionale helseforetakene blir overført til departementet, og dels ved at departementet rekrutterer nye medarbeidere. Det er risiko for å miste mye kompetanse i en slik prosess, blant annet fordi mange ikke vil ønske å bytte bosted. Det vil også være behov for å styrke bemanningen og kompetansen i departementet

før det kan skje nedbemanning i regionene. Dette vil gi økte lønnskostnader i en overgangsfase.

I alternativ 2 vil departementet også måtte styrke bemanningen, men i vesentlig mindre grad enn i alternativ 1. I hvilken grad ansatte i de regionale helseforetakene vil kunne bli overført til nytt direktorat, vil avhenge av om det opprettes regionale avdelinger.

Det vil være kostnader og risiko også ved å opprette et nytt nasjonalt helseforetak. I det minste i en overgangsperiode vil det være naturlig å innrette et nasjonalt helseforetak med regionale avdelinger. De ansatte i regionale helseforetak vil dermed i hovedsak kunne overføres til det nasjonale helseforetaket og regionale avdelinger.

Redusert pasientbehandling og evne til å opprettholde kostnadskontroll

Det er alltid risiko for at det i omorganiseringsprosesser blir mindre lederoppmerksomhet igjen rettet mot å ivareta daglig drift. Det er imidlertid vanskelig å vurdere konkret hvor stor denne risikoen vil være, og den vil avhenge av graden av omorganisering. Omorganiseringen vil i utgangspunktet ikke omfatte det leddet hvor helsetjenestene ytes, og det er ikke grunn til å tro at nivået på pasientbehandlingen vil bli direkte påvirket i vesentlig grad. Evne til kostnadskontroll vil imidlertid kunne bli svekket som følge av mindre lederoppmerksomhet knyttet til driften.

I alternativ 1 vil det være en spesiell utfordring knyttet til tap av kompetanse, og at store deler av departementet må læres opp i nye roller og oppgaver. Det vil ta tid. Det vil imidlertid ikke på samme måte som i alternativ 2 være utfordringer knyttet til rolleforståelse

I alternativ 2 kombineres forvaltningsstyring og eierstyring ved opprettelse av et direktorat. Det vil være et skille mellom et direktorat som forbereder beslutningsgrunnlag og et departement som fatter beslutninger, med tilhørende behov for staber som ivaretar rollen som politisk sekretariat og dublering av kompetanse i departementet. Det vil kreve nye rutiner og systemer, og vil være utfordrende i en gjennomføringsfase, da rolleforståelsen mellom departementet, direktorat og helseforetak vil ha behov for tid for å gå seg til.

I alternativ 3 vil selskapsstrukturen og saksgangen være tilnærmet lik som i dagens styringsmodell, bortsett fra at man går fra fire regionale helseforetak til ett nasjonalt helseforetak. Det er dermed grunn til å anta at gjennomføring kan skje raskere, og at risikoen dermed blir mindre. Det forventes også noe større kontinuitet i bemanning

og kompetanse i implementeringsperioden, som også bidrar til å redusere risiko.

Effekt på pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet er definert av Kunnskapssenteret som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestenes ytelser eller mangel på ytelser.

Det at lederoppmerksomheten tas bort fra den daglige driften i en omorganiseringsprosess medfører også at arbeidet med pasientsikkerhet kan bli påvirket. Det er likevel slik at det viktigste arbeidet med pasientsikkerhet skjer på det pasientnære nivået, og det er ikke grunn til å tro at dette nivået vil bli direkte berørt i vesentlig grad av omorganiseringen. Av den grunn anses sannsynligheten for negative effekter som liten.

Dersom det skal påpekes forskjeller mellom alternativene, er det naturlig å vise til den generelle betraktningen om at graden av omorganisering har betydning for risikoen størrelse. Dette vil igjen medføre at risikoen er noe mindre i alternativ 3 enn i alternativ 1 og 2.

Effekt på beredskapsevne

Ansvarsprinsippet for helseberedskapen innebærer at den virksomheten som har ansvar for et fagområde eller tjenestetilbud i en normalsituasjon, har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser.

Både helseforetak og regionale helseforetak har plikt til å utarbeide beredskapsplaner for de tjenestene de er ansvarlige for, og samordne planene internt og med samarbeidsparter. Planene tar utgangspunkt i Nasjonal helseberedskapsplan, som er det nasjonale rammeverket for helsesektorens beredskap og danner utgangspunktet for aktørenes beredskapsplaner for krisehåndtering.

Organisatoriske endringer vil forutsette en gjennomgående revisjon av beredskapsplanene for helsesektoren med hensyn til blant annet aktører, ansvar, roller, varsling, kriseledelse og samhandling. Beredskapsløsninger som de regionale helseforetakene har utarbeidet innen egen region eller som nasjonale løsninger, for eksempel legemiddelberedskap, må også gjennomgås og ivaretas.

Omorganisering av eierskapet der de regionale helseforetakene avvikles, berører i utgangspunktet ikke det operative leddet i helseberedskapen. Sannsynligheten for negative utslag vurderes som liten. Av den grunn anses implementeringsrisikoen for relativt liten på dette punktet, og det er

vanskelig å peke på at noen av alternativene har større risiko når det gjelder effekten på beredskapsevnen.

Behov for tilpasninger i IKT-systemer og annen kritisk infrastruktur

På IKT-området har alle regionale helseforetak en omfattende portefølje av utviklingsprosjekter. Helse Sør-Øst RHF skal i perioden fram til 2018 gjennomføre et av de største digitale fornyingsprogrammene i offentlig sektor. Helse Midt-Norge RHF skal gjennom programmet «Helseplattformen» anskaffe og innføre (2020) ny, felles pasientjournal for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og helseforetakene i Midt-Norge. Helseplattformen skal være et regionalt utprøvningsprogram og mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

De alternative modellene der eierskapet skal ivaretas av én nasjonal eier, vil måtte organisere oppfølgingen slik at den regionale innretningen på prosjektene ivaretas. Dette gjelder både for finansiering, styring og oppfølging av prosjekter, og samtidig sikre drift av eksisterende (regionale) systemer. Dette er prosjekter med stor kompleksitet som involverer mange aktører, de innebærer store økonomiske løft og det er ulike finansieringsmodeller for de regionale prosjektene. En endret organiseringsmodell kan medføre økt sannsynlighet for at gjennomføringen av de eksisterende IKT-prosjektene blir forsinket.

Øvrig fysisk infrastruktur, slik som vannforsyning og elektrisitet, vil i liten grad bli berørt av omorganiseringen. Slik infrastruktur ivaretas i hovedsak av helseforetakene i samhandling med kommunene. Endret styringsmodell vil neppe medføre økt sannsynlighet for at infrastrukturen vil bli påvirket. Når det gjelder nødnett, så vil utbyggingen være slutført før en eventuell omorganisering blir gjennomført. Driften av nødnettet ivaretas av HDO HF i samarbeid med Direktoratet for nødkommunikasjon. Det vil derfor være avgjørende at det sikres videreføring av nasjonal driftsorganisasjon.

Implementeringsrisikoen vurderes å være minst i alternativ 3. Endringen i styringssystemet er minst og rollene klare.

Oppsummering

Helseforetaksreformen i 2001/2002 innebar omfattende strukturelle endringer i hele spesialisthelsetjenesten, og det tok også tid før gode

systemer for økonomistyring mv. var på plass. Risikoen ved de tre alternativene som vurderes her vil være betraktelig lavere da endringene er mindre og mye av organisasjonsmodellen beholdes, som for eksempel statlig eierskap og foretaksorganiseringen.

Det er vanskelig å vurdere implementeringsrisikoen i de ulike alternativene opp mot hverandre og det er vanskelig å vurdere størrelsen på risikoen generelt sett. Det vil for mange viktige områder, som beredskap, pasientsikkerhet, pasientbehandling og fysisk infrastruktur, neppe gi vesentlig økt sannsynlighet for en negativ utvikling eller effekt. Avhengig av hvilken modell som velges, kan endringer innebære en vesentlig risiko for tap av kompetanse og svekket regional styring i en overgangsperiode. Likeledes vil framdriften i IKT-utviklingen kunne påvirkes negativt ved større endringer i styringsmodellen.

En utfordring er også at plan- og utviklingsarbeid som pågår i sektoren kan bli satt tilbake som følge av at ansvarsposisjoner endres. Tap av kompetanse i sentrale stillinger vil kunne påvirke dette. Videre vil gode prosesser i utviklingsarbeidet være avhengig av kontinuitet, klare roller og oppgavefordeling. I en omorganiseringsprosess skal nye personer inn i nye roller, andre personer slutter og ansvarsforholdene kan bli endret osv., noe som gir risiko for å miste framdrift i viktige pågående plan- og utviklingsprosesser, herunder investeringsplaner.

For alle de tre alternativene er det betydelig sannsynlighet for at det politiske fokuset i implementeringsperioden i for stor grad vil dreie mot spesialisthelsetjenesten, med tilsvarende mindre fokus på andre sentrale områder innenfor helse- og omsorgssektoren.

Oppsummert finner utvalget at det er minst risiko knyttet til alternativ 3. Alternativet krever minst endringer, selskapsstrukturen med tre nivå (departementet, overordnet helseforetak og utøvende helseforetak) og saksgangen vil være tilnærmet lik dagens, bortsett fra at man går fra fire regionale helseforetak til et nasjonalt helseforetak.

Alternativene 1 og 2 har konsekvenser som vil være utfordrende i en gjennomføringsfase. I alternativ 1 er det størst risiko for negative effekter som følge av tap av kompetanse, mens alternativ 2 har spesielle utfordringer knyttet til styringen og rolleforståelsen i det nye systemet.

Det må vurderes om en ny alternativ organisering vil kunne gi sektoren bedre forutsetninger for å møte de utfordringene som kommer, og i så tilfelle om eventuelle risikoelementer i en implementeringsperiode vil oppveie for de gevinstene man på sikt kan forvente å realisere.

7.5.5 Utvalgets vurdering

I dette avsnittet vurderes de tre alternativene opp mot hverandre, og det gis en tilrådning om valg av modell.

7.5.5.1 Ulikheter i modellene

Tabell 7.2 oppsummerer hvordan alternativene 1–3 vurderes opp mot sentrale vurderingskriterier. Det er lagt vekt på de elementene der alternativene skiller seg fra hverandre.

Endrede rammevilkår for helseforetakene er ikke omtalt i tabellen. I drøftingene foran er det lagt vekt på at helseforetakene må ha tilstrekkelig handlingsrom og forutsigbarhet. De tre alternativene gir imidlertid ikke nødvendigvis ulike rammevilkår for helseforetakene, modellene skiller seg fra hverandre når det gjelder organiseringen på nivået over. Rammevilkårene til helseforetakene vil være et resultat av eiers styring til enhver tid. De tre alternativene har det til felles at de har et stort kontrollspenn på eiernivået, noe som vil trekke i retning av at mer blir delegert til helseforetakene. I alternativene 1 og 2 har departementet sørge-for-ansvaret og statsråden et større politisk ansvar enn i alternativ 3. Dette kan føre til at enkeltsaker i større grad bringes opp til departementet.

Tabell 7.2 Alternativene 1–3 vurdert opp mot sentrale vurderingskriterier

<i>Vurderingskriterier</i>	<i>Alternativ 1: De regionale helseforetakene avvikles og helseforetak legges direkte under departementet</i>	<i>Alternativ 2: Departement med sykehusdirektorat til erstatning for de regionale helseforetakene</i>	<i>Alternativ 3: Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene</i>
<i>1. Legitimitetskriterium</i>			
<i>Legitimitet for beslutninger</i>	Viktige beslutninger bringes til et forvaltningsnivå der statsråden har full instruksjonsrett og ansvar overfor Stortinget. Dette kan gi økt politisk legitimitet. På den annen side innebærer dette en sentralisering av myndighet, som kan svekke legitimiteten lokalt og regionalt. De ansatte vil ikke på samme måte som i dag være representert når viktige beslutninger blir tatt. Møteoffentlighet vil heller ikke kunne praktiseres på samme måte.	Samme vurdering som i alternativ 1.	Statsrådets formelle rolle og ansvar er uendret. Sentralisering kan svekke legitimiteten. Mye makt samles i ett styre og hos én administrerende direktør. Dette kan svekke legitimiteten. Dagens ordninger for medvirkning fra de ansatte og møteoffentlighet videreføres i det nasjonale helseforetaket.
<i>2. Effektivitetskriterier</i>			
<i>Effektiv utnyttelse av ressursene – samordning</i>			
Nasjonal samordning og styring	Muligheten for nasjonal samordning og styring forbedres i utgangspunktet når eierstyringen av helseforetakene skjer fra samme sted. Samlet effekt påvirkes av en mer krevende beslutningsstruktur og stort kontrollspenn.	Samme vurdering som i alternativ 1.	Bedre mulighet for nasjonal samordning og styring, som i alternativene 1 og 2. Beslutningsstrukturen blir tydelig, men kontrollspennet blir stort.
Regional samordning	Regional samordning og planlegging utredes og besluttet i departementet. Stort kontrollspenn og departementets begrensede kunnskap om lokale og regionale forhold forventes å svekke samordningsevnen.	Direktoratet ivaretar regional samordning og planlegging, men de viktigste beslutningene vil bli tatt i departementet. Direktoratet kan velge å ha regionale avdelinger.	Det nasjonale helseforetaket ivaretar regional samordning og planlegging, og fatter beslutninger. Foretaket kan velge å ha regionale avdelinger.

Tabell 7.2 Alternativene 1–3 vurdert opp mot sentrale vurderingskriterier

<i>Vurderingskriterier</i>	<i>Alternativ 1: De regionale helseforetakene avvikles og helseforetak legges direkte under departementet</i>	<i>Alternativ 2: Departement med sykehusdirektorat til erstatning for de regionale helseforetakene</i>	<i>Alternativ 3: Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene</i>
Inntektssystemet	Helseforetakenes inntektsrammer fastsettes i departementet. Muligheten for regionale tilpasninger vil i praksis bli begrenset. Investeringer: Det vil være krevende for departementet å overta de regionale helseforetakenes rolle knyttet til fordeling av likviditet. Departementet må i utgangspunktet gjennomføre omfordeling ved å justere bevilningene fra år til år. Mulige virkemidler kan være å øke rammene for statlige lån eller å etablere et statlig eiendomsselskap.	Samme vurderinger som for alternativ 1.	Det nasjonale helseforetaket vil fordele inntektsrammen, men departementet forventes å legge føringer på fordelingen. Muligheten for regionale tilpasninger vil i praksis bli begrenset. Investeringer: Det nasjonale helseforetaket vil kunne omfordele likviditet mellom helseforetakene. Handlingsrommet vil være større enn i dag, siden utjevningen kan skje på nasjonalt nivå.
Departementets forhold til helsesektoren som helhet	Fokus på helsetjenesten som helhet svekkes, når spesialisthelsetjenesten får en så stor plass i departementet. Departementets rolle som politisk sekretariat svekkes også.	Spesialisthelsetjenesten vil få en dominerende plass i departementet, men ikke i samme grad som i alternativ 1. Direktoratet vil bistå med utredning, analyse, rapportering og oppfølging.	Rollen og ansvaret til statsråden og departementet påvirkes i utgangspunktet ikke.
Forholdet til private aktører	Det formelle ansvaret vil ligge i departementet. Stort kontrollspenn og manglende kunnskap om regionale og lokale forhold tilsier at den praktiske oppfølgingen vil bli delegert til en egen enhet.	Kjøp av tjenester fra private kan delegeres til sykehusdirektoratet.	Et nasjonalt helseforetak kan håndtere innkjøpene på samme måte som de regionale helseforetakene.

Tabell 7.2 Alternativene 1–3 vurdert opp mot sentrale vurderingskriterier

Vurderingskriterier	<i>Alternativ 1:</i> De regionale helseforetakene avvikles og helseforetak legges direkte under departementet	<i>Alternativ 2:</i> Departement med sykehusdirektorat til erstatning for de regionale helseforetakene	<i>Alternativ 3:</i> Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene
<i>Effektivitet i beslutningsprosesser og samsvare mellom myndighet og ansvar</i>	<p>Færre beslutningsnivåer og overføring av beslutninger fra regionalt til nasjonalt nivå kan gi sterkere styringskraft for statsråden og departementet.</p> <p>Styrings- og gjennomføringskraften begrenses av:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Stort kontrollspenn, og at departementet ikke er innrettet på å håndtere en så stor saksmengde. – Større fokus på enkeltsaker. – Statsråden vil være direkte ansvarlig for langt flere saker. Kan lede til risikoaversjon. – Styringskraften på andre områder kan svekkes som følge av at spesialisthelsetjenesten blir så dominerende i departementet. – Statsråden og departementet vil ikke ha støtte fra styrer med regional forankring og bred kompetanse. – Svekket legitimitet kan medføre at beslutninger blir vanskeligere å gjennomføre. 	<p>Samme vurdering som i alternativ 1, med følgende nyanser:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Også i dette alternativet vil departementets kontrollspenn, fokus på enkeltsaker og spesialisthelsetjenestens dominans øke. Effektene er likevel mindre enn i alternativ 1 siden en rekke oppgaver kan legges til sykehusdirektoratet. – Beslutningsprosessen kan ta noe lengre tid enn i alternativ 1, ettersom det er behov for tett dialog mellom direktorat og departement. 	<p>Overføring av viktige beslutninger fra regionalt til nasjonalt nivå kan gi sterkere styringskraft. Dette kan styrke samordningen og utviklingen av felles løsninger.</p> <p>I motsatt retning trekker at kontroll- og beslutningsspennet på øverste nivå i foretaket blir stort. Sentralisering og maktkonsentrasjon hos ett styre og én administrerende direktør kan gi legitimitetsproblemer som gjør det vanskelig å gjennomføre beslutninger.</p>

Tabell 7.2 Alternativene 1–3 vurdert opp mot sentrale vurderingskriterier

<i>Vurderingskriterier</i>	<i>Alternativ 1: De regionale helseforetakene avvikles og helseforetak legges direkte under departementet</i>	<i>Alternativ 2: Departement med sykehusdirektorat til erstatning for de regionale helseforetakene</i>	<i>Alternativ 3: Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene</i>
3. Kriterier for samhandling og medvirkning			
<i>Samarbeid med kommunesektoren</i>	Departementet vil vanskelig kunne fylle den rollen regionale helseforetak har hatt som samarbeidsaktør med kommunesektoren på regionnivået.	Direktoratet vil få ansvar for å ivareta samhandling og samarbeid med kommunesektoren som regionale helseforetak har i dag. Direktoratet kan velge å ha regionale avdelinger. Kontakten med disse vil imidlertid kunne oppfattes som mindre verdifull siden de viktigste beslutningene fattes sentralt.	I hovedsak samme vurdering som i alternativ 2. Avhengig av størrelsen på helseforetakene, kan ansvaret for kontakt på regionnivået også bli ivaretatt av disse.
<i>Samarbeid med universiteter og høyskoler</i>	Departementet vil vanskelig kunne tre inn i det etablerte samarbeidet med universiteter og høyskoler på regionnivået. Samarbeidet vil bli mer krevende, men region-sykehusene kan evt. få et større ansvar for regionale samordningsoppgaver.	Direktoratet vil ivareta det etablerte samarbeidet med universiteter og høyskoler. Uten regionale avdelinger kan dette samarbeidet bli mer krevende. Men som i alternativ 1, kan region-sykehusene evt. få et større ansvar for regionale samordningsoppgaver.	Samme vurdering som i alternativ 2.
<i>Pasienters og brukeres innflytelse på tjenestetilbudet</i>	Brukerutvalgene på helseforetaksnivå videreføres. Brukerutvalgene vil falle bort på regionalt nivå. Det kan etableres samarbeid på nasjonalt nivå, men dette vil få en annen innretning.	Brukerutvalgene på helseforetaksnivå videreføres. Direktoratet vil kunne utnevne brukerutvalg med rådgivende funksjon, men da på nasjonalt nivå.	Brukerutvalgene på helseforetaksnivå videreføres. Et nasjonalt helseforetak vil kunne utnevne rådgivende brukerutvalg på nasjonalt nivå, med møte- og talerett i styret.
<i>Medvirkning fra ansatte</i>	Ordringen med ansattvalgte styremedlemmer, konserntillitsvalgte og konsernverneombud på regionalt nivå vil bortfalle.	Samme vurdering som i alternativ 1.	Ordringen med ansattvalgte styremedlemmer, konserntillitsvalgte og konsernverneombud på regionalt nivå kan erstattes av representasjon i det nasjonale foretaket.

7.5.5.2 Samlet vurdering av alternativene 1–3

Alternativ 1

I alternativ 1 endres styringsstrukturen ved at de regionale helseforetakene avvikles og oppgaver og ansatte overføres til departementet. Det blir dermed færre beslutningsnivåer og kortere styringslinjer, noe som vil kunne gi sterkere styringskraft. Samlet mener utvalget likevel at dette alternativet kommer dårlig ut vurdert i forhold til effektivitetskriteriene. Dette skyldes i første rekke endringene i statsrådens/departementets ansvar og oppgaver:

- Kontrollspennet for statsråden blir stort. Det er risiko for at det blir for stort fokus på enkeltsaker, og forskyvning fra en helhetlig tilnærming til helsepolitikken til en uhensiktsmessig sterkt vektlegging av spesialisthelsetjenesten. Alternativet innebærer at departementets evne til å ivareta den helhetlige helsepolitikken og rollen som politisk sekretariat vil bli svekket.
- Departementet er dårlig egnet til å ivareta mange av de oppgavene og ansvaret som de regionale helseforetakene har i dag. Særlig problematisk er det at ansvaret for å ivareta regionale perspektiver og hensyn, ut over det som helseforetakene selv kan ivareta, vil ligge fullt ut i departementet. Mange av innspillene utvalget har fått handler om behovet for lokal og regional kunnskap og forankring, slik at regionale perspektiver og hensyn på en fleksibel måte blir ivaretatt i styring og utvikling av tjenestene. Alternativ 1 vil, slik utvalget ser det, ikke ivareta disse hensynene på en fullgod måte.
- Det kan forventes mer omkamper og pågang fra pressgrupper i budsjettprosessen og i enkeltsaker når statsråden har sørge-for-ansvaret, og buffer-rollen som regionale helseforetak har i dag, fjernes.

I dagens modell er det etablert systemer for samarbeid og medvirkning på regionnivået, herunder med universitets- og høgskolesektoren. Det blir vanskelig å videreføre disse på samme måte av departementet.

Statsråden vil i dette alternativet ta flere beslutninger enn i dag, og den politiske styringen fra sentralt hold blir sterkere. Dette gir i seg selv større politisk legitimitet. Samtidig innebærer det en sentralisering som vil svekke påvirknings- og medvirkningsmuligheter både for lokalmiljøer og ansatte. Det vil bli mindre åpenhet og innsyn i beslutningsprosessene. Utvalget mener derfor at alternativet samlet sett ikke nødvendigvis vil gi

større legitimitet og lojalitet til beslutningene som fattes. På bakgrunn av innspillene utvalget har fått, er det grunn til å tro at det motsatte vil skje.

Implementeringsrisikoen er vurdert i punkt 7.5.4. Det er risiko knyttet til alternativet, og spesielt legges det vekt på risikoen for tap av kompetanse. Bemanningen i departementet vil måtte styrkes vesentlig, og dette vil bare delvis kunne skje ved å overføre personer som i dag er ansatt i de regionale helseforetakene.

Alternativ 2

Alternativ 2 skiller seg fra alternativ 1 ved at det opprettes et sykehusdirektorat, men de formelle ansvarsforholdene vil være de samme. Utvalget har lagt til grunn at departementet vil måtte utøve eierstyringen, slik at det også i dette alternativet blir færre beslutningsnivåer og kortere styringslinjer. Til forskjell fra alternativ 1 vil oppgaver og ansatte bli fordelt mellom departementet og sykehusdirektoratet, og dette tilsier at alternativ 2 vil være å foretrekke. Vurdert opp mot effektivitetskriteriene kan følgende trekkes fram:

- Et sykehusdirektorat vil kunne tilrettelegge for departementets ansvar for eierstyring og utøvelse av sørge-for-ansvaret. Selv om kontrollspennet formelt sett er like stort, vil direktoratet avlaste departementet for store deler av saksforberedelsen og rapportering. Departementets evne til å ivareta den helhetlige helsepolitikken, styringskraften og rollen som politisk sekretariat svekkes ikke i samme grad som i alternativ 1.
- Som i alternativ 1 kan det forventes flere omkamper og større pågang fra pressgrupper i både i budsjettprosessen og i enkeltsaker når statsråden har sørge-for-ansvaret, og buffer-rollen som regionale helseforetak har i dag faller bort. Etablering av et direktorat kan forventes å dempe denne effekten noe, avhengig av hvordan arbeidsdelingen konkret utformes.
- Beslutningsprosessene vil bli vanskeliggjort når mye av grunnlagsarbeidet skal skje i et direktorat, samtidig som beslutningene tas i departementet.
- Et sykehusdirektorat med regionale avdelinger, i det minste i en overgangsperiode, vil til en viss grad kunne ivareta lokalt og regionalt perspektiv. Styringen vil likevel skje gjennom foretaksmøter som departementet har ansvar for og ved tildeling av ressurser gjennom oppdragsdokumenter fra departementet. Hvor godt det regionale perspektivet vil kunne ivaretas avhenger i stor grad av hvordan informa-

sjonsflyten mellom premissleverandørene og beslutningstakerne blir. Som nevnt over, vil dette være en utfordring i dette alternativet.

Samlet sett mener utvalget at også alternativ 2 kommer dårlig ut vurdert i forhold til effektivitetskriteriene. Dette skyldes i første rekke et sterkt utvidet ansvarsområde for statsråden/departementet kombinert med en krevende styrings- og beslutningsstruktur. Utvalget viser i denne sammenheng til vurderingene fra Difi, som innebærer at en ved eventuell innføring av direktoratorgjøring burde ha gjennomført dette gjennomgående, dvs. gått bort fra foretaksorganisering også på det utførende nivået. Det er imidlertid ikke en del av mandatet å vurdere dette.

I dagens modell er det etablert systemer for samarbeid og medvirkning på regionnivået, herunder med universitets- og høgskolesektoren. Dette vil det være naturlig å legge til direktoratet i alternativ 2. Eventuelle regionale avdelinger kan her ha en rolle. Kontakten med slike avdelinger kan likevel av enkelte oppfattes som mindre verdifull, siden de viktigste beslutningene tas av direktoratet sentralt. Gitt at det blir færre og større helseforetak enn i dag, kan disse til en viss grad kompensere for behovet for regional forankring.

Statsråden vil også i dette alternativet ta flere beslutninger enn i dag, slik at den politiske styringen blir sterkere. Dette gir i seg selv større politisk legitimitet. Samtidig representerer alternativet en sentralisering av beslutningene, og åpenhet og innsyn i beslutningsprosessene vil bli mindre. Utvalget mener derfor at heller ikke dette alternativet nødvendigvis vil gi styrket legitimitet og lojalitet til beslutningene som fattes. På bakgrunn av de innspillene utvalget har fått, er det grunn til å tro at det motsatte vil skje.

Også i alternativ 2 vil det være betydelig risiko knyttet til implementering. Det legges særlig vekt på at alternativet har spesielle utfordringer knyttet til styringen og rolleforståelsen i det nye styrings-systemet.

Alternativ 3

Bortsett fra at dagens fire regionale helseforetak erstattes med ett nasjonalt helseforetak, vil funksjonsmåte for og konsekvenser av alternativ 3 på mange måter være lik gjeldende organisering med regionale helseforetak. Ansvar og rolle for statsråden og departementet endres i utgangspunktet ikke, og da heller ikke arbeidsmåte og fokus i departementet.

Følgende kan trekkes fram i forhold til effektivitetskriteriene:

- Beslutnings- og kontrollspennet til ledelsen i det nasjonale helseforetaket blir stort. Sterk maktkonsentrasjon kan utfordre systemet og beslutningsprosessene. Eventuelt utvidede fullmakter og beslutningsmyndighet til helseforetakene, trekker i motsatt retning.
- Det nasjonale helseforetaket antas å kunne ivareta planleggingsansvaret på en bedre måte enn i de to andre alternativene. Det er ikke noe organisatorisk skille mellom premissleverandører (direktorat) og beslutningstakere (departement) slik det er i alternativ 2.
- Antall beslutningsnivåer reduseres ikke, men det blir færre beslutningstakere og færre beslutningsprosesser når de fire regionale helseforetakene erstattes av ett nasjonalt selskap.

I dagens modell er det etablert systemer for samarbeid og medvirkning på regionnivået, herunder med universitets- og høgskolesektoren. Dette ansvaret vil det nasjonale helseforetaket ha i alternativ 3. Eventuelle regionale avdelinger kan her ha en rolle. Kontakten med slike avdelinger kan likevel av enkelte oppfattes som mindre verdifull, siden de viktigste beslutningene tas av foretaket sentralt. Gitt at det blir færre og større helseforetak enn i dag, kan disse til en viss grad kompensere for behovet for regional forankring.

Når det gjelder spørsmålet om legitimitet for beslutninger, vil dette alternativet opprettholde innsyn og åpenhet i beslutningsprosessene. Også dette alternativet innebærer en sentralisering av de viktigste beslutningene, der foretakets direktør og styre vil få stor makt mens regional makt blir svekket. Dette kan svekke legitimiteten og lojaliteten til de beslutningene som fattes.

Implementeringsrisikoen vurderes å være minst i dette alternativet. De ansatte i de regionale helseforetakene vil i hovedsak kunne overføres til et nasjonalt foretak hvis det videreføres regionale avdelinger, eventuelt bare i en overgangsperiode. Hovedtrekkene i styringssystemet vil også bli videreført når de fire regionale helseforetakene erstattes med ett nasjonal foretak. Som i de andre alternativene vil det likevel være risiko for redusert lederoppmerksomhet rettet mot å ivareta daglig drift når organisasjonsmessige endringer skal gjennomføres.

Konklusjon

Alle alternativene innebærer at de viktigste beslutningene blir sentralisert. Dette er en naturlig kon-

sekvens av at modellene ikke har et selvstendig regionalt nivå. Dette kan gi bedre grunnlag for nasjonal samordning og styring. Samtidig vil sentralisering av beslutninger kunne svekke legitimiteten.

I alternativene 1 og 2 legges et større ansvar til statsråden og departementet. Dette kan gi økt legitimitet hos aktører som etterlyser sterkere politisk styring. Utvalget mener likevel etter en samlet vurdering at alternativ 3 med ett nasjonalt helseforetak til erstatning for dagens fire regionale helseforetak er å foretrekke blant de alternativene som er gitt i mandatet. Dette skyldes at alternativene 1 og 2 har klare svakheter når de vurderes opp mot effektivitetskriteriene. En hovedforklaring er at departementet i disse alternativene overtar sørge-for-ansvaret fra de regionale helseforetakene, med de konsekvensene dette har for kontrollspenn og oppgavemengde i departementet, krevende beslutningsstrukturer og bortfall av den bufferfunksjonen regionale helseforetak har i dag. Utvalget vurderer det også slik at det er minst risiko knyttet til implementeringen av alternativ 3. Alternativ 3 drøftes nærmere i kapittel 10.

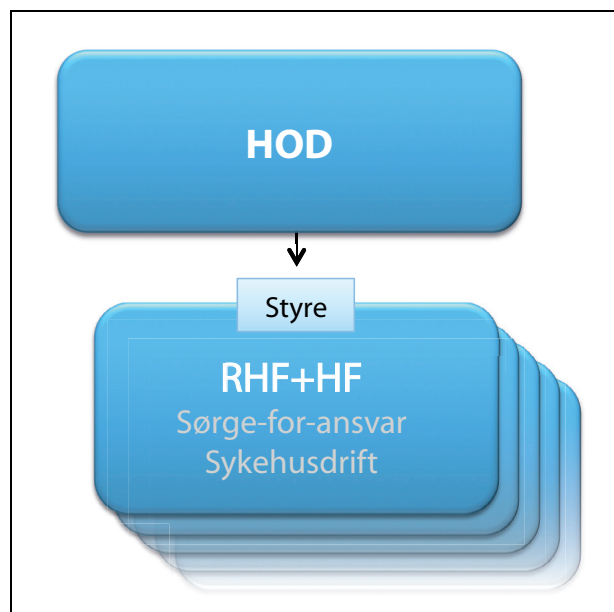
7.6 Beskrivelse og drøfting av et alternativ der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter

Mandatet åpner for at utvalget kan utrede andre alternativer enn de tre som er beskrevet foran. Utvalget har utredet et alternativ 4 der helseforetak ikke lenger er selvstendige rettssubjekter, men blir direkte styrt av regionale helseforetak. Dette innebærer at det ikke lenger vil være styrer på helseforetaksnivå. Virksomheten i dagens regionale helseforetak og helseforetak blir samlet i ett foretaksnivå.

I alternativ 4 er det i første rekke ansvarsdelingen mellom regionalt og lokalt nivå som påvirkes. Alternativet beskrives og drøftes i dette avsnittet, og vurderes nærmere i kapittel 10.

7.6.1 Beskrivelse av alternativet

Dette alternativet har som utgangspunkt at de regionale helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter. Helseforetakene videreføres også som hensiktsmessige organisatoriske resultatenheter for sykehus, men er i dette alternativet del av samme rettssubjekt som det regionale helseforetaket. Lederne av resultatenheterne rapporterer til administrerende direktør i det regionale



Figur 7.5 Styringsstrukturen i alternativ 4

helseforetaket, og opererer innenfor de fullmakter som er gitt av styret og administrerende direktør. I denne modellen med foretak på ett nivå, vil det være naturlig å benevne de regionale helseforetakene som *(nye) helseforetak*.

Styringsstrukturen kan illustreres som i figur 7.5.

Dette alternativet innebærer at departementet, som i dag, utøver eierstyring i foretaksmøte overfor de nye helseforetakene. De nye helseforetakene viderefører de regionale helseforetakenes ansvar og oppgaver, i tillegg til at de overtar alle juridiske og økonomiske forpliktelser som styrene for helseforetakene har i dag, herunder eierskapet til bygg.

Departementets rolle blir i utgangspunktet ikke påvirket av endringene i styringsstruktur. Departementet vil imidlertid styre virksomheter med større ansvar enn dagens regionale helseforetak, siden de nye helseforetakene også vil ha ansvaret for driften av spesialisthelsetjenesten. Som eier vil departementet derfor være nærmere beslutninger knyttet til sykehusdriften, og få mer detaljert kunnskap om den kliniske virksomheten. Dette vil kunne føre til at statsråden innretter eierstyringen slik at viktige beslutninger knyttet til drift i større grad følges opp i departementet, på samme måte som de regionale helseforetakene forventes å engasjere seg i helseforetakenes virksomhet i dag. Dette kan også, i større grad enn ved dagens modell, føre til at statsråden stilles til ansvar for den direkte tjenesteytingen. Samlet sett

vil dette kunne påvirke og utvide statsrådets politiske ansvar.

De nye helseforetakene vil styre de underliggende virksomhetene direkte. Administrerende direktør vil få et lovpålagt ansvar for å forestå den daglige ledelsen av den underliggende virksomheten, og vil i tillegg få delegert fullmakter av styret.

Intern organisering i resultatenheter (sykehusgrupper)

Når helseforetaksnivået ikke lenger har styrer, vil lederne på dette nivået rapportere til det nye helseforetakets administrerende direktør og inngå i ledergruppen i foretaket. Sistnevnte bør reguleres for å sikre at de lokale perspektivene blir ivaretatt på det regionale plan. Enhetene på dette nivået, som er paralleller til dagens helseforetak, kan benevnes som sykehusgrupper. Disse vil være egne resultatenheter, og blir å betrakte som divisjoner eller avdelinger i de nye helseforetakene.

Sykehusgruppene vil som helseforetakene i dag, bestå av ett eller flere somatiske sykehus og andre institusjoner og behandlingenheter (DPS, DMS, poliklinikker mv.). Det må tas stilling til antall og størrelse på sykehusgruppene. Utvalget har vurdert hvor stor frihet styret og administrerende direktør bør ha når det gjelder den interne organiseringen. I dag bestemmer statsråden i foretaksmøtet antallet helseforetak i helseregionen, jf. helseforetaksloven § 30. Dette kom inn som en lovendring fra 2013, jf. omtale i kapittel 3.

Overordnet styring på området, herunder prinsippene for sykehusstrukturen, følger av nasjonal helse- og sykehusplan. Med den endringen som følger av alternativ 4 gis de nye helseforetakene et enda klarere ansvar for funksjons- og oppgavefordelingen. Flere saker må forventes å komme til styrebehandling i de nye helseforetakene enn det som er tilfelle i de regionale helseforetakene i dag. Dette er en følge av at all virksomhet i en helseregion samles i ett rettssubjekt, og tilsier også at de nye helseforetakene normalt bør ha frihet til selv å avgjøre den interne organiseringen, innenfor de rammene som følger av nasjonal helse- og sykehusplan. Utvalget vurderer det ikke som naturlig at inndelingen i sykehusgrupper skal avgjøres i foretaksmøter. Dette er likevel ikke til hinder for at denne typen saker kan besluttes i foretaksmøte.

Dagens helseforetaksstruktur er resultat av et langsiktig utviklingsarbeid, jf. omtale i kapittel 8. Dette tilsier at det vil være naturlig å ta utgangspunkt i dagens helseforetak som organisatoriske enheter internt i de nye helseforetakene. På sikt,

når den øvrige organisasjonen har funnet sin form, bør ledelsen i de nye helseforetakene vurdere inndelingen på nytt. De nye helseforetakene som ansvarlige juridiske enheter, må ha et større ansvar for funksjonsfordelingen mellom sykehus. Dette vil legge til rette for en inndeling i flere enheter på nivået under, og utvalget mener dette må være et mål som følges opp i styringsdialogen.

Fordeling av oppgaver, ansvar og myndighet

Hovedgrepet i alternativet er at helseforetakene ikke lenger vil være selvstendige rettssubjekt, og det er derfor ikke styrer på helseforetaksnivå. Bestemmelsene om hvordan regionale helseforetak skal styre underordnede deler av virksomheten (foretaksmøtet) bortfaller, og erstattes av arbeidsgivers instruksjonsrett overfor ansatte. Ledelsen for det nye helseforetaket vil komme tettere på den virksomheten som utøves i sykehusgruppene, når styringslinjen går direkte til lederne av underliggende enheter, og ikke gjennom styrene. Styret og administrerende direktør vil få et større ansvar ved at de overtar ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester i tillegg til sørge-for-ansvaret. Lederne av sykehusgruppene vil ikke ha et styre å forholde seg til, og vil få mer direkte innflytelse på beslutningene som tas på regionnivået når de står i et direkte ansvarsforhold til administrerende direktør på dette nivået.

Nedenfor gis en nærmere omtale av rolle og ansvar for hhv. styret i de nye helseforetakene og daglig leder for sykehusgruppene. For administrerende direktør i de nye helseforetakene vil endring skje på samme måte som for styret.

Styret i det nye helseforetaket vil videreføre myndigheten som det i dag utøver som styre for regionalt helseforetak, og i tillegg overta den myndigheten til å fatte beslutninger som i dag tilhører styret i helseforetakene. Styret kan imidlertid velge å delegerer myndighet til administrerende direktør, som igjen kan delegerer videre til ledelsen i sykehusgruppen.

Kontrollen med at de enkelte sykehusene og enhetene som utgjør sykehusgruppen drives i samsvar med helseforetakslovens formål, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter er eksempler på saker som i dag behandles av styret i helseforetakene. Dette er saker som styret for de nye helseforetakene vil måtte overta. Internrevisjonen, administrerende direktør og daglig leder av sykehusgruppene vil også være tungt involvert i dette, som ledd i rapportering og saksforberedelse.

Beslutninger som etter sykehusgruppene forhold er av uvanlig art eller av stor betydning bør uansett forelegges styret eller administrerende direktør i det nye helseforetaket. Dette gjelder viktige strategiske saker som også i dag behandles av styret i regionalt helseforetak, men også flere saker av mer lokal betydning, for eksempel oppgavefordeling mellom sykehusene som inngår i sykehusgruppene.

Hvilke beslutninger styret selv ønsker å ta vil avhenge av styrets opplevelse av oversikt over virksomheten, tillit til administrerende direktør, behovet for lokal autonomi og risikovillighet. Utvalget mener imidlertid det er en forutsetning for at denne styringsmodellen skal lykkes at det gis mer autonomi for det enkelte sykehus. Lederne for sykehusgruppene bør ha stor frihet til å velge hvordan oppgavene skal løses, og dette må formaliseres i styringsdialogen.

Daglig leder for resultatenheten (sykehusgruppen) vil rapportere til administrerende direktør i helseforetaket. Det vil i utgangspunktet være opp til helseforetakets øverste ledelse (styret og administrerende direktør) å ta stilling til fullmakter og reell delegasjon av beslutninger til ledelsen i sykehusgruppen. Det er ikke naturlig at dette reguleres, men det bør forutsettes at styret og administrerende direktør tilstreber å gi daglig leder for sykehusgruppen stor frihet til å fastlegge detaljene i hvordan oppgavene skal utføres. Departementet vil på sikt kunne ha grunnlag for å vurdere behovet for veiledende anbefalinger eller en konsensus om beste praksis for delegasjon av fullmakter.

Utvalget mener det bør reguleres at de ansvarlige for de enkelte sykehusgruppene skal inngå i administrerende direktørs ledergruppe i helseforetaket. Med representasjon fra alle sykehusgruppene i ledergruppen sikres det at perspektiver fra alle deler av regionen blir belyst i prosessene.

Et naturlig utgangspunkt vil være at daglig leder i sykehusgruppene tillegges hoveddelen av de oppgavene som helseforetakets styre og administrerende direktør ivaretar i dag. Dette er hovedsakelig beslutninger knyttet til daglig drift av de enkelte sykehusene og samarbeidet mellom disse, som bemannings- og driftsbeslutninger, intern organisering, koordinering med primærhelsetjenesten og mindre investeringsbeslutninger etter fullmakt fra styret (typisk medisinsk teknisk utstyr). Som nevnt over, vil det nye helseforetakets styre og administrerende direktør naturlig fatte beslutninger om koordinering av kapasitet og oppgaver mellom sykehusene i helseforetaket. Daglig leder for sykehus-

gruppene vil imidlertid kunne initiere og utrede sakene, gi sine anbefalinger og vil ha ansvaret for å gjennomføre det foretaket beslutter.

Det går fram av punkt 7.3.2 at regionale helseforetak i dag har et valg når det gjelder grad av involvering i helseforetakenes virksomhet. Helseforetakenes handlefrihet avhenger også av hvor detaljert utformet oppdragsdokumentene fra departementet er. Utvalget legger til grunn at styringen begrenses til å treffe overordnede strategiske beslutninger og beslutninger som har betydning for flere sykehusgrupper.

Eierskap til selskaper

Eierskap til og styring av selskapene som de regionale helseforetakene eier i fellesskap, kan videreføres av de nye helseforetakene. Foretak og selskaper som organiserer støttetjenester innad i helseregionene vil kunne organiseres tilsvarende som sykehusgruppene, som direkte styrte resultatenheter underlagt det nye helseforetaket.

Finansieringssystemet

De nye helseforetakene vil fastsette budsjett for de underliggende enhetene og sette aktivtetsmål og resultatkrav. I dette alternativet vil staten, som i dag, fordele inntekter til helseforetakene. Antallet helseforetak vil avgjøre om dagens inntektsmodell kan videreføres, eller om det må utvikles en ny modell tilpasset flere helseforetak enn dagens fire regionale helseforetak.

Regionale helseforetak og helseforetak blir i dette alternativet samme juridiske person, og eierskapet til bygg vil være plassert i det nye helseforetaket. Det er derfor ikke nødvendig å etablere et system med interne transaksjoner i form av fordringer og gjeld for å kunne gjennomføre større investeringer i den enkelte resultatenhett/sykehusgruppe. Det vises ellers til kapittel 9 Eienomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten.

7.6.2 Vurdering av alternativet opp mot de valgte kriteriene

Beslutningers legitimitet / demokratisk legitimitet

En konsekvens av at helseforetakene ikke er selvstendige rettssubjekter, er at det ikke vil være styrer på helseforetaksnivået. I en rapport utarbeidet av Agenda Kaupang⁷ framheves lokale styrer som

⁷ Agenda Kaupang (2012): Evaluering av styrene i helseforetakene.

viktig for å bidra til lokal forankring og dermed legitimitet. Lokal forankring er imidlertid ikke en oppgave som formelt er lagt til helseforetaksstyrene, og utvalget oppfatter det også slik at styrene i ulik grad har tatt denne oppgaven. Det er heller ikke et krav at styremedlemmene skal ha lokal tilhørighet, slik det er krav om at styremedlemmer i regionale helseforetak skal ha tilknytning til den aktuelle regionen.

En allmenn oppfatning av at viktige aktører er hørt, er avgjørende for legitimitet og tillit til systemet. Her har styrene for helseforetakene hatt en funksjon. Hvis disse bortfaller, må større fokus rettes mot andre arenaer for påvirkning og informasjonsutveksling. Se også omtale av utvalgets vurdering av lokal forankring og samhandling i kapittel 10.

Utvalget vil trekke fram:

- Det bør opprettes et organ knyttet til daglig leder i sykehusgruppene, hvor kommunene kan medvirke i utviklingen av planer og hvor informasjon kan utveksles. Nærmere utforming bør vurderes i samråd med KS mv.
- Det bør opprettes brukerutvalg tilknyttet daglig leder i sykehusgruppene, eventuelt på de ulike institusjonene. Nærmere utforming bør vurderes i samråd med brukerutvalgene.
- Ansatte har og vil fortsatt ha rett til medvirkning innenfor virksomheten, slik det følger av Hovedavtalen.

En problemstilling er knyttet til om overføring av beslutningsmyndighet fra helseforetakenes styrer til regionale helseforetak vil bli oppfattet som en uheldig sentralisering og derfor svekke beslutningenes legitimitet. To effekter kan trekkes fram.

Modellen virker sentraliserende ved at styrene for de nye helseforetakene vil få et ansvarsområde som tilsvarer både dagens styre i regionalt helseforetak og styrene i helseforetakene. Dette gir i utgangspunktet en større saksmengde, og innebærer at en del beslutninger fattes lenger unna det enkelte sykehus.

Samtidig er det grunn til å anta at rollen til lederne for sykehusgruppene vil bli styrket på andre måter, og at dette kan gi økt legitimitet til systemet på lokalt nivå. I denne modellen vil lederne for sykehusgruppene inngå i ledergruppen i de nye helseforetakene, og blant annet gjennom å utarbeide beslutningsgrunnlag få bedre mulighet til å påvirke dette nivået enn i dag. Økt kontrollspenn vil også medføre at de nye helseforetakene vil ønske å delegerer flere beslutninger til lederen for sykehusgruppene og i mindre grad in-

volvete seg i saker knyttet til løpende drift. Dette vil bidra til å gi sykehusgruppene økt autonomi.

Hvis flere beslutninger tas administrativt gjennom delegasjon fra styret, vil dette ha den direkte konsekvensen at flere beslutninger unntas fra offentlig innsyn. Samtidig må det legges til grunn at saker med stor offentlig interesse, blant annet knyttet til investeringer og funksjonsfordeling, fremdeles vil bli styrebehandlet.

Avgjørende for legitimiteten til dette alternativet er i hvilken grad sykehusgruppene og det enkelte sykehus lykkes med å etablere gode prosesser mot viktige samarbeidsaktører.

Effektiv ressursutnyttelse – samordning

Grunnlaget for både nasjonal og regional styring og samordning forbedres i den grad endringene gir mer effektive beslutningsprosesser. Alternativet forutsetter ikke i seg selv vesentlige endringer i arbeidsdelingen mellom de ulike aktørene i systemet.

Forholdet til private tjenesteleverandører er en utfordring i modellen. I henhold til helseforetaksloven har de regionale helseforetakene ansvar for å planlegge og bestille spesialisthelsetjenester, mens det bare er helseforetakene og private tjenesteytere som kan utføre tjenestene. Stortingets vurdering ved behandlingen av Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) var at hvis bestiller- og utfører-ansvaret lå til samme organisatoriske enhet, ville det være risiko for at egne sykehus kunne bli favorisert framfor å bruke private tjenesteleverandører. På denne bakgrunn ble lovforslaget justert, slik at regionale helseforetak ikke kan levere helsetjenester selv.

Det er først og fremst omfanget av ordinære anskaffelser som vil kunne påvirkes negativt ved en overgang til alternativ 4, der bestiller- og utførerrollen er samlet i samme rettssubjekt. Det er imidlertid usikkert hvor stor den reelle forskjellen på insentivene er mellom å være eier av den som yter spesialisthelsetjenester og selv å utføre tjenester. Selv om de regionale helseforetakene i dag ikke kan yte spesialisthelsetjenester selv, er de som eiere av det utførende leddet fremdeles opp tatt av sykehusenes rammevilkår. Eierskapet til helseforetakene gir derfor også insentiver til å favorisere sykehus i egne eide helseforetak når spørsmålet om behovet for å kjøpe tjenester fra private vurderes.

I alternativ 4 blir ansvaret og rollene i utgangspunktet samlet i ett rettssubjekt. Utvalget mener da at det internt i helseforetaket vil være behov for å gjøre det organisatoriske skillet mellom rol-

len som bestiller og rollen som sykehuseier tydeligere. Utvalget har også drøftet behovet for tiltak overfor private tilbydere gitt at dagens system videreføres, og som er relevante også for dette alternativet. Det vises til nærmere drøfting i kapittel 10.

Økonomistyring og kontroll

De nye helseforetakene vil få et større og mer gjennomgående ansvar for økonomistyring og kontroll når det ikke lenger er selvstendige rettssubjekter på nivået under. Det antas likevel at de etablerte systemene for gjennomgående økonomistyring og kontroll vil bli videreført.

«Bufferfunksjonen» som de regionale helseforetakene har i dagens modell, vil bli videreført i dette alternativet. De nye helseforetakene vil ha sørge-for-ansvaret, som også innebærer å prioritere og styre investeringer.

Det går fram av modellbeskrivelsen at statsrådets politiske ansvar vil bli noe utvidet i dette alternativet. Av dette følger det også at det vil kunne bli noe større press overfor statsråden og Stortinget som bevilgende myndighet når det gjelder rammebetingelsene.

Effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar

På samme måte som i dagens modell, vil denne modellen legge til rette for at Stortinget og statsråden kan konsentrere seg om store og prinsipielle saker. Det er styringslinjen mellom regionalt og lokalt nivå som er det sentrale.

Styringsstrukturen endres ved at helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter med egne styrever og det blir en direkte styringslinje fra regionale helseforetak til underliggende resultatenheter. Prinsippet om «armlengdes avstand» erstattes av et prinsipp om «styringsmessig integrasjon» og regionalt besluttede fellesløsninger. Kortere styringslinje vil i utgangspunktet gi sterkere gjennomføringskraft og høyere effektivitet.

Helseforetaksloven forutsetter i dag at helseforetak underlagt regionale helseforetak har selvstendig beslutningsmyndighet, og at eierstyring skjer i foretaksmøte eller i forbindelse med vilkår stilt til finansiering. Helseforetakene kan derfor i prinsippet fatte beslutninger i strid med det eieren ønsker og på den måten framtvinge at eier må avholde foretaksmøte for å instruere underliggende foretak. Dagens modell fordrer et godt samarbeidsklima og enighet om en felles målsetting, men vil kunne gi svakere gjennomføringskraft og

styringseffektivitet i tilfeller der samarbeidet ikke er godt.

Forutsetningen om selvstendige og myndiggjorte styrever i helseforetakene skiller seg fra forholdet mellom mor- og datterselskaper i private konsern, hvor eier eller eierne fullt ut kontrollerer datterselskapenes styrever. Morselskapet i private konsern vil ha full beslutningsmyndighet overfor datterselskapene.

Gjennomgangen av styringspraksis i kapittel 4 viser at de administrerende direktørene i helseforetakene har jevnlig møter med administrerende direktør i det regionale helseforetaket. En oppfatning hos flere er at konklusjonene fra disse møtene kan ha stor betydning for hvilke vedtak styrene i helseforetakene fatter. Hvis dette er riktig, vil det å fjerne styrene bidra til å klargjøre ansvarsforholdene. Lederne av sykehusgruppene vil få en klarere rolle i styringslinjen, og økt mulighet til direkte å påvirke beslutninger på regionnivået. En beslutningsprosess basert på bred dialog mellom foretakenes administrasjoner bidrar også til nasjonal og regional samordning.

En viktig diskusjon er knyttet til i hvilken grad denne modellen gir økt sentralisering. Modellen innebærer et betydelig større ansvar og kontrollspenn på øverste nivå i organisasjonen. Beslutninger flyttes fra lokale til regionale styrever. Samtidig forventes at den øverste ledelsen som følge av økt kontrollspenn må konsentrere seg om de viktigste beslutningene, og følgelig vil delegere beslutninger til underliggende ledernivåer. Spørsmålet er hvor stort omfang delegering av beslutningsmyndighet vil få i praksis. Den øverste ledelsen vil måtte balansere hensynet til en forsvarlig saksmengde og effektivitet mot behovet for å utøve reell beslutningsmyndighet og kontroll som står i forhold til det ansvaret de er pålagt. Styret og administrerende direktør må derfor på generelt grunnlag forventes å delegere mange beslutninger til lederne for sykehusgruppene, og å knytte disse tett opp til administrerende direktør i en ledergruppe. Ledelsen vil trolig også i større grad enn i dag måtte tilpasse sitt arbeid basert på risikovurderinger for ulike deler av virksomheten og til behovet for samordning og standardisering. Det kan innebære at de i perioder vil ha større oppmerksomhet mot områder der virksomheten har utfordringer enn det regionale helseforetak gjør i dag.

Når beslutningsmyndigheten flyttes til regionalt nivå, vil aktører som ønsker å påvirke beslutninger ønske å komme i dialog med dette nivået. For at systemet skal fungere effektivt, må det etableres klare fullmakter internt i foretaket, med en forventning om at beslutninger normalt ikke over-

prøves eller underlegges en fornyet vurdering av overordnede.

Samhandling og samarbeid med kommuner og fylkeskommuner

Formelt er det i dagens modell styret for det regionale helseforetaket som har ansvaret for samhandling og samarbeid med kommuner og fylkeskommuner, herunder å inngå samarbeidsavtaler. I praksis er det slik at det er helseforetakene som er avtalepart for samarbeidsavtalene, og praktisk oppfølging av avtalene skjer lokalt.

Disse oppgavene kan i dette alternativet ivaretas gjennom fullmakter til daglig leder i sykehusgruppene/det enkelte sykehus. Dette vil i realiteten videreføre dagens praktiske arbeidsdeling, hvor samhandling er en viktig del av den daglige driften underlagt administrerende direktør i helseforetakene.

Utvalget mener det bør opprettes et organ knyttet til daglig leder i sykehusgruppene, hvor kommunene kan medvirke i utviklingen av planer og hvor informasjon kan utveksles. Nærmere utforming bør vurderes i samråd med KS mv. Et slikt organ kan også opprettes i de andre alternativene, knyttet til administrerende direktør i helseforetakene. Ellers vises til utvalgets vurdering av lokal forankring og samhandling i punkt 10.1.

Pasienters og andre berørtes innflytelse på tjenestetilbudet

Det er opprettet brukerutvalg både ved de regionale helseforetakene og ved helseforetakene. Selv om helseforetaksnivået ikke lenger vil ha styre, kan brukerutvalg likevel videreføres. Dette kan knyttes opp mot leder av sykehusgruppene, eventuelt de enkelte sykehusene. Dette bør tas opp med brukerutvalgene.

Samarbeid med universiteter og høyskoler

Det etablerte samarbeidet med universiteter og høyskoler er forankret i samarbeidsorganene med de regionale helseforetakene. Dette vil bli videreført i dette alternativet. Møtearenaer som er etablert mellom helseforetakene og universiteter og høyskoler vil også kunne videreføres av sykehusgruppene.

7.6.3 Implementeringsrisiko

I punkt 7.5.4 vurderes implementeringsrisikoen for de tre alternativene som er gitt i mandatet. I

det følgende vurderes implementeringsrisikoen for alternativ 4. Alternativet innebærer i motsetning til alternativene 1–3 at det regionale leddet videreføres. Av den grunn er ikke alle elementene som nevnes i mandatet vedrørende risiko i implementeringen vurdert, da de ikke vurderes å ha betydning i dette alternativet.

Som omtalt i punkt 7.5.4 er det vanskelig å vurdere hvordan organisatoriske endringer vil påvirke den ordinære driften i en gjennomføringsfase. Det er vanskelig å tallfeste eller gi en presis beskrivelse av hvilke utilsiktede eller uventede konsekvenser som vil kunne oppstå, eller hvor stor sannsynlighet det er for dette som følge av omorganisering.

For alle alternativene utvalget har vurdert er det en risiko for at det politiske fokuset i implementeringsperioden i stor grad vil dreie seg mot spesialisthelsetjenesten, med tilsvarende mindre fokus på andre sentrale områder innenfor helse- og omsorgssektoren.

I alternativ 4 er det ikke styrer på helseforetaksnivå, og den kompetansen som dagens styrer besitter vil derfor forsvinne, som en direkte konsekvens av modellen. Risiko for tap av kompetanse for øvrig vurderes som lav.

Det er som nevnt i punkt 7.5.4 alltid risiko for at det i omorganiseringsprosesser blir mindre lederoppmerksomhet igjen rettet mot å ivareta daglig drift. Det er imidlertid vanskelig å vurdere konkret hvor stor denne risikoen er, men den vil avhenge av graden av omorganisering. Omorganiseringen vil i utgangspunktet ikke omfatte det tjenesteytende nivået, og det er ikke grunn til å tro at pasientbehandlingen vil bli vesentlig påvirket. Av den grunn anses risikoen som liten. Det er en viss fare for at kostnadskontrollen vil bli påvirket som følge av mindre lederoppmerksomhet rettet mot å ivareta daglig drift. Omorganiseringen har imidlertid mindre omfang i alternativ 4 enn i alternativene 1, 2 og 3, og risikoen vurderes derfor som lavere i dette alternativet.

På IKT-området har alle regionale helseforetak en omfattende portefølje av utviklingsprosjekter. Dette er prosjekter med stor kompleksitet som involverer mange aktører, de innebærer store økonomiske løft og det er ulike finansieringsmodeller. I de alternative modellene der eierskapet skal ivaretas av én nasjonal eier, vil det være en utfordring å organisere oppfølgingen av prosjektene med en regional innretning. Implementeringsrisikoen vurderes å være lavere i dette alternativet enn i alternativene 1, 2 og 3, fordi man beholder det regionale nivået.

Alternativ 4 innebærer at to ledd i organisasjonsstrukturen formelt sett slås sammen, og den etablerte fullmakts- og styringsstrukturen må derfor endres. Dette vil innebære en risiko i implementeringsfasen, da det vil ta tid før nye fullmakts- og styringsstrukturer har satt seg og fungerer etter intensjonen.

Viktige strategiske beslutninger, og beslutninger som angår flere sykehusgrupper, vil bli tatt av styrene for de nye helseforetakene. For øvrig legges til grunn at oppgaver og ansvar i størst mulig grad delegeres til lederne av sykehusgruppene. Det vil likevel være en fare for at beslutninger, som enkelte oppfatter som kontroversielle eller uønsket, trekkes oppover i systemet. I dag er styrene i helseforetakene et naturlig stoppunkt for slike sentraliserende prosesser, da de regionale helseforetakene må anvende eier- eller oppdrags-teknikker for å gripe inn. Denne risikoen vil være tilstede både i implementeringsperioden, men også på lengre sikt. Det vil være en viktig oppgave i en implementeringsfase å arbeide med å etablere gode og hensiktsmessige fullmakts- og styringsstrukturer og gjøre disse kjent for aktørene i systemet, og ikke minst sikre at disse blir etterlevd.

Oppsummert vurderer utvalget det slik at alternativ 4 har lav implementeringsrisiko. Det er i utgangspunktet ingen personer som må bytte arbeidssted, og man beholder sentrale elementer fra dagens modell, samt et regionalt perspektiv i planlegging og eierstyringen. Det vil imidlertid være utfordringer og risiko knyttet til å etablere ny fullmakts- og styringsstruktur.

7.7 Merknad fra et mindretall

Medlemmene Grimsgaard, Gåsvatn og Thürmer mener at en løsning med færre helseforetak di-

rette underlagt departementet eller et nasjonalt helseforetak ikke er uforenlig med at helseforetakene også ivaretar sørge-for-ansvaret. Det legges i alternativ 1–3 til grunn at helseforetakene ikke kan ha sørge-for-ansvaret da de ikke kan ivareta et regionalt perspektiv.

I dag håndteres planlegging og dimensjonering av nasjonale behandlingstjenester i de enkelte helseregionene hvor tjenestene ligger. Tilsvarende vil planlegging og dimensjonering av regionale behandlingstjenester kunne ivaretas i helseforetaket der tjenesten ligger, etter overordnede føringer. I dag er de ulike helseforetakene brukere av nasjonale behandlingstjenester som ligger i andre regioner. På samme måte vil de ulike helseforetakene i en ny modell kunne være brukere av regionale behandlingstjenester som er lagt til andre helseforetak.

Helsedirektoratet er nå tillagt oppgaven å bestemme nye nasjonale og regionale behandlingstjenester. Sammen med nasjonal helse- og sykehusplan vil direktoratet framover legge føring for oppgavedeling i helseforetakene i en slik modell.

Disse medlemmene mener derfor at en løsning med færre helseforetak med sørge-for-ansvar, direkte underlagt departementet eller et nasjonalt helseforetak, bør vurderes nærmere. I en slik modell bør det også vurderes om en del av oppgavene de regionale helseforetakene i dag ivaretar, bør overføres til et direktorat. Avhengig av grad av oppgaveoverføring vil en slik modell nærme seg alternativ 2. *Disse medlemmene* mener at inndelingen i nye helseforetak kan ses i sammenheng med regionreformen og at det vil være mest aktuelt med åtte til tolv helseforetak. Med et slikt antall vil foretakene være av samme størrelse som dagens Helse Nord. Hvis Helseregionene Nord, Midt-Norge og Vest videreføres, vil en oppdeling av Helseregion Sør-Øst tilsvarende dagens sykehusområder gi ti helseforetak.

Kapittel 8

Inndeling i helseregioner og antall helseforetak

Det er lagt til grunn i mandatet at utvalget skal vurdere inndelingen i helseregioner og antall helseforetak i lys av de alternative modellene for organisering av eierskapet.

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) er det slått fast at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske helseregioner. Det er også lagt til grunn at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehusene i et helseforetak og mellom helseforetakene i helseregionen skal styrkes og bli mer forpliktende.¹

Utgangspunktet for å drøfte antall helseregioner og antall helseforetak er om en alternativ inndeling bedre vil kunne bidra til å realisere målene for helsetjenesten. Sentrale spørsmål som vurderes, er om en annen inndeling vil være mer hensiktsmessig for planlegging, herunder dimensjonering og funksjonsdeling i spesialisthelsetjenesten, og om det vil føre til mer effektiv drift av sykehusene. En eventuell endring i regioninndelingen er også vurdert opp mot øvrige kriterier som er gitt i mandatet, med vekt på legitimitet, samhandling og medvirkning. Et hensyn er også den virkningen en deling kan ha for de andre regionene.

Viktige elementer i vurderingene er om det gjennom endret regioninndeling er ønskelig å etablere flere regionsykehus eller fordele regionfunksjoner på flere sykehus slik at en del pasienter behandles på andre steder enn i dag. Regionsykehusets rolle er også sentral når det gjelder faglig samarbeid om pasientforløp og faglig utvikling.

Avgrensning med hensyn til alternative modeller som drøftes i kapittel 7

Utvalget har gjort en avgrensning i drøftingene basert på vurderingene i kapittel 7. Der går det fram at utvalget vurderer at alternativ 3 med ett nasjo-

nalt helseforetak er det beste av de tre alternativene som er gitt i mandatet. I tillegg har utvalget drøftet et alternativ 4 der helseforetaksnivået ikke lenger er eget rettssubjekt og styrene derfor avvikles.

Drøftingen av regioninndelingen er i dette kapitlet gjort med utgangspunkt i dagens styringsmodell. Vurderingene vil imidlertid langt på vei være de samme for alternativ 4, siden de oppgavene som regionale helseforetak har i dag blir videreført i de «nye helseforetakene».

I modellen der ett nasjonalt helseforetak erstatter dagens regionale helseforetak (alternativ 3) vil det nasjonale helseforetaket overta sørgeforansvaret, og helseforetakene vil være det utøvende leddet i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene vil være selvstendige rettssubjekter med egne styrever. Det vil være naturlig å ta utgangspunkt i at antall helseforetak i en overgangsperiode skal være om lag som i dag, men det forventes en utvikling i retning av færre helseforetak, og at disse får større handlingsrom.

Utvalget legger til grunn at det nasjonale helseforetaket selv bør avgjøre den interne organiseringen av foretaket, men ser det som naturlig at foretaket i alle fall i en overgangsperiode innrettes med regionale avdelinger for å ivareta lokal og regional kunnskap. Oppgavene til de regionale avdelingene vil være begrenset til å tilrettelegge for styring og beslutninger som fattes av det nasjonale helseforetaket. Behovet for regionale avdelinger vil på sikt avhenge av hvordan helseforetaksstrukturen utvikler seg.

Utvalget oppfatter at det er lite diskusjon om regioninndeling og regiongrenser når det gjelder helseregionene Nord, Midt-Norge og Vest. Når det gjelder Helseregion Sør-Øst, har det vært en diskusjon knyttet til om den er uhenksommessig stor, at dette har gitt for stort kontrollspenn og lange styringslinjer. Utvalget har derfor avgrenset vurderingene av alternativ regioninndeling til å gjelde Helseregion Sør-Øst.

Utvalget har lagt til grunn at antall helseforetak i en eventuell ny styringsmodell må utredes

¹ Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), side 42 og 49.

nærmere. I punkt 8.5 er det gitt en oversikt over helseforetakene i regionene.

Avgrensning mot regionreformen mv.

Ulike hensyn ligger til grunn for regioninndeling i ulike sektorer. I NOU 2016: 3² går det fram at 38 statlige etater har 36 ulike regionale inndelinger. For kommunene som skal samhandle i det daglige med mange statlige instanser, oppleves det krevende at staten har organisert seg så ulikt på regionalt nivå.

Begrunnelsen for det såkalte regionaliseringsprinsippet for spesialisthelsetjenesten var at for å få en robust spesialisthelsetjeneste, måtte tilbudet dimensjoneres ut fra et tilstrekkelig stort befolkningsgrunnlag – samtidig som hensynet til lokalbaserte tjenester ble ivaretatt. Dette har vært avgjørende for den strukturen som er etablert i spesialisthelsetjenesten gjennom inndelingen i regionale helseforetak. Inndelingen har vært basert på at et hensiktsmessig befolkningsgrunnlag for helseregionene er betydelig større enn det som ligger til grunn for regionreformen, der en sikter seg inn mot om lag ti regioner.

I stortingsmeldingen om regionreform³ er det tatt som utgangspunkt at regjeringen vil bygge videre på roller, oppgaver og funksjoner som fylkeskommunene har i dag. De nye regionene vil ikke få nye oppgaver som berører spesialisthelsetjenesten, og det er dermed ikke forhold knyttet til regionreformen som tilsier at denne skal være førende for inndelingen i helseregioner.

Hvis et folkevalgt regionalt nivå skulle overta ansvar for helsetjenester, ville dette kreve et betydelig utviklingsarbeid og tilstrekkelig store regioner. Resultatet av kommunereformen og regionreformen er ikke klart. I mandatet er det lagt til grunn at staten skal eie spesialisthelsetjenesten, og utvalget har lagt dette til grunn.

8.1 Helseregioner og regionaliseringsprinsippet

Med bakgrunn i St.meld. nr. 9 (1974–75) ble landet delt inn i fem helseregioner, jf. omtale i kapittel 3. Det ble lagt til grunn at helsetjenesten skulle baseres på samarbeid, arbeidsdeling og spesialisering innenfor helseregionene.

Det ble også lagt til grunn at det skal være ett regionsykehus i hver helseregion. Regionsykehuset er hovedsykehus og har det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen. I tillegg til de fire regionsykehusene har også store akuttstusykehus og universitetssykehus enkelte regionsfunksjoner. Regionsykehuset har en viktig rolle som faglig rådgiver og støttespiller for de andre sykehusene i helseregionen og ivaretar sammen med de andre universitetssykehusene den største andelen av forskningen.

Tabell 8.1 gir en oversikt over helseregionene med antall innbyggere, areal, ansatte og inntekter. Etter regioninndelingen som ble lagt til grunn med St.meld. nr. 9 (1974–75), har det vært gjennomført to endringer i helseregionene. Som tabell 8.2 viser, omfattet begge endringene det geografiske området som nå utgjør Helseregion Sør-Øst.

Med unntak av noen lands- og flerregionfunksjoner, er det et mål at befolkningens behov for spesialisthelsetjenester i størst mulig grad skal kunne dekkes innenfor helseregionene. Helseregionene har en dekningsgrad som innebærer at 92–98 pst. av pasientene får behandling innen egen bostedsregion. Oslo universitetssykehus HF har den største andelen av lands- og flerregionfunksjoner. Helse Sør-Øst RHF har derfor høyest egendekning; nær 98 pst. av alle pasientene blir behandlet i bostedsregionen.

Regionale behandlingstjenester er i Nasjonal helse- og sykehusplan definert som tjenester som skal tilbys 1–3 steder i hver region, det vil si fra 4 til 12 steder i landet. Fordelingen av funksjoner mellom sykehus vil være i endring. Dette er en dynamisk prosess som følger av den medisinske og teknologiske utviklingen. Det vil bli etablert nye regionale behandlingstjenester, mens andre tjenester vil bli desentralisert til flere sykehus.

Som omtalt i boks 8.1, er flere av de norske region- og universitetssykehusene små i internasjonal målestokk. Fra et faglig perspektiv knyttet til sammenhengen mellom volum⁴ og behandlingskvalitet kan det argumenteres for at enkelte regionale funksjoner burde vært samlet på færre sykehus (flerregionfunksjoner). Geografiske hensyn,

⁴ Det er en pågående debatt knyttet til sammenhengen mellom volum og kvalitet og ofte er kunnskapen diagnosespesifikk med fokus på dødelighet som mål på behandlingskvalitet. Det finnes få eksakte kriterier for hva som kan defineres som riktige volumnivåer (Kjær Kristensen & Paaske Johnsen, 2016) og det finnes lite kunnskap som vurderer andre utfallsmål enn dødelighet som for eksempel komplikasjoner, antall dager innlagt, risiko for reinnleggelse.

² NOU 2016: 3 Ved et vendepunkt; Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi

³ Meld. St. 22 (2015–2016) Nye folkevalgte regioner – rolle, struktur og oppgaver

herunder hensynet til reiseavstand for pasientene, er en av grunnene til at man i Norge likevel har valgt å etablere mest mulig komplette regionsykehus i alle helseregioner.

Regionsykehusene har også lokalsykehusfunksjoner for definerte områder. Pasienter og situasjoner er unike, og avtalt oppgavefordeling kan fravikes basert på totalvurderinger. Regionsykehusene er det mest robuste nivået, og ved vanske-

lige bemanningssituasjoner eller andre forhold kan pasienten likevel bli henvist til regionsykehuset, selv om man vanligvis kunne løst oppgaven desentralt. Dersom man oppretter regioner uten eget regionsykehus må disse sikres like god faglig støtte, og pasientene må få samme tilgang til høyspesialiserte tjenester. Dette forutsetter tydelige avtaler og finansieringsordninger som understøtter disse.

Tabell 8.1 Helseregioner – innbyggere, areal, ansatte og inntekter

Region	Innbyggere	Areal	Ansatte/ årsverk	Inntekter 2016
Helseregion Sør-Øst	2 900 000	110 000 km ²	A: 78 300 Å: 59 800	81,1 mrd. kroner
Helseregion Vest	1 100 000	43 432 km ²	A: 27 400 Å: 21 300	28,8 mrd. kroner
Helseregion Midt-Norge	700 000	56 300 km ²	A: 22 000 Å: 15 000	22,0 mrd. kroner
Helseregion Nord	480 000	112 000 km ² (+ Svalbard: 61 000 km ²)	A: 17 900 Å: 13 200	17,9 mrd. kroner

Tabell 8.2 Endringer i helseregioner

<i>Stortingsmelding nr. 9 (1974–75)</i>	
Helseregion 1	Oslo, Hedmark, Oppland
Helseregion 2	Akershus, Østfold, Vestfold, Telemark, Buskerud, Aust-Agder, Vest-Agder
Helseregion 3	Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane
Helseregion 4	Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag
Helseregion 5	Nordland, Troms, Finnmark
<i>Stortingsmelding nr. 37 (1997–98)</i>	
Helseregion Øst	Oslo, Hedmark, Oppland, Akershus, Østfold
Helseregion Sør	Vestfold, Telemark, Buskerud, Aust-Agder, Vest-Agder
Helseregion Vest	Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane
Helseregion Midt-Norge	Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag
Helseregion Nord	Nordland, Troms, Finnmark
<i>Kgl. Resolusjon 2007</i>	
Helseregion Sør-Øst	Oslo, Hedmark, Oppland, Akershus, Østfold, Vestfold, Telemark, Buskerud, Aust-Agder, Vest-Agder
Helseregion Vest	Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane
Helseregion Midt-Norge	Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag
Helseregion Nord	Nordland, Troms, Finnmark

Boks 8.1 Regions- og universitetssykehusenes rolle¹

«I Norge er det fire regionsykehus; Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), St. Olavs Hospital, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus (OUS). Regionsykehuset er det sykehuset helseregionen har utpekt som sitt hovedsykehus og som har det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen. Videre har regionsykehusene i varierende grad en rolle som leder av faglige nettverk i helseregionene.

Det må søkes om godkjenning fra Helse- og omsorgsdepartementet for å bruke betegnelsen universitetssykehus. Villkårene for godkjenning er nedfelt i *forskrift av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten*. Alle regionsykehusene er godkjent som universitetssykehus. De øvrige sykehusene som er godkjent er Akershus universitetssykehus (AHUS) og Stavanger universitetssykehus (SUS).

Flere av de norske regions- og universitetssykehusene er små i internasjonal målestokk, men forventes likevel å ha et bredt tilbud av spesialiserte funksjoner. Innenfor de enkelte fagområdene er derfor problemstillingen med lite pasientvolum og sårbare fagmiljøer aktuell også for disse sykehusene. De mest spesialiserte be-

handlingstjenestene er derfor sentralisert til ett eller to helseforetak og godkjent som nasjonale eller flerregionale behandlingstjenester. Tilbakemeldingen fra regions- og universitetssykehusene er at denne ordningen fungerer godt.

Opgavefordelingen mellom regionsykehusene og de øvrige sykehusene i helseregionen er på mange områder avklart. Regionsykehusene opplever imidlertid av og til å få henvist eller overført pasienter som skulle ha fått tilbud ved annet sykehus i henhold til avtalt oppgavefordeling, men der bemanningssituasjonen eller andre forhold gjør at pasienten likevel henvises til regionsykehuset. Dette skaper en uforutsigbarhet som kan oppleves som krevende.

Regjeringen vil tydeliggjøre regionsykehusenes rolle i de faglige nettverkene i helseregionen og i de ulike pasientforløpene. Det må avklares hvordan regionsykehusene kan bidra til å sikre kompetanse i alle deler av nettverket. Styrket nasjonalt samarbeid mellom regions- og universitetssykehusene vil sikre et forutsigbart og likeverdig tilbud til pasienter med behov for spesialisert behandling.»

¹ Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), side 104.

8.2 Om Helseregion Sør-Øst

Utvalget har avgrenset vurderingene av alternativ regioninndeling til å gjelde Helseregion Sør-Øst og tar i drøftingen utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- Et argument er at Helseregion Sør-Øst er uhen-siktsmessig stor. For lange styringslinjer og mange ledernivåer kan svekke samarbeid og styring, og påvirker driften av sykehusene. Det kan også være uklart hvor beslutninger tas. Fram til 2007 bestod regionen av to regioner, noe som medførte betydelige problemer knyttet til koordinering i hovedstadsområdet. I punkt 8.2.1 er det en gjennomgang av bakgrunnen for sammenslåingen til Helse Sør-Øst RHF. I punkt 8.2.2 gis en oversikt over regionen slik den nå framstår, nesten ti år etter sammenslåingen.
- Et element i vurderingen av om Helse Sør-Øst RHF bør deles, er om det vil være hensiktsmessig at en del pasienter behandles på andre ste-

der enn i dag. En mulighet vil være å etablere flere regionsykehus, eller å dele opp funksjoner ved Oslo universitetssykehus slik at egen-dekningen ved andre helseforetak blir høyere. En stor del av pasientene som behandles ved Oslo Universitetssykehus HF er bosatt i opp-taksområdet til andre helseforetak i regionen. Dette følger primært av at Oslo universitetssykehus HF er regionsykehus for hele regionen. I punkt 8.2.3 beskrives rollen til Oslo universitetssykehus HF, og det blir redegjort for en analyse av dagens regionfunksjoner ved helseforetaket og grunnlaget for eventuelt å dele opp disse.

- I debatten om deling av Helse Sør-Øst RHF er det også en sentrum-periferi-dimensjon. Særlig fra områdene i tidligere Helseregion Sør blir det hevdet at mye styres sentralt. Dette kan også ha sammenheng med at store helseforetak som organiserer flere sykehus gir lange styringslinjer og at dette både gjør det uklart hvor beslutninger tas og bidrar til at tjenestetil-

budet ikke utvikles hensiktsmessig. I punkt 8.2.4 gjennomgås erfaringene etter sammenslåingen i 2007, og hvilke effekter dette har hatt.

- Det er også hevdet fra enkelte at for mye av ressursene i regionen blir brukt i hovedstadsområdet, på bekostning av regionen for øvrig. Dette er en del av diskusjonen om behovskriteriene i inntektsfordelingsmodellen (jf. punkt 3.8.1).
- Mindre regioner vil gi grunnlag for flere helseforetak. Med mindre enheter legges det bedre til rette for bedre kontakt og samarbeid som gir bedre lokal forankring og geografisk tilhørighet.
- Det har tidvis vært pekt på fra de andre regionene at Helse Sør-Øst får for mye oppmerksomhet, og har for sterk definisjonsmakt for utviklingen av tjenesten nasjonalt. Dette var også hovedinnvendingen mot sammenslåingen i 2007. For å sikre likeverd mellom regionene er det blant annet etablert gode samarbeidsrutiner og omforente ordninger for styring av felleseide selskaper m.m.

8.2.1 Bakgrunnen for sammenslåingen av Helseregion Sør-Øst

Helseregion Sør-Øst ble opprettet i 2007. Inndelingen av helseregionene på Sør-Østlandet hadde vært tema i flere utredninger og stortingsmeldinger siden regioninndelingen ble vedtatt på 70-tallet. Hovedutfordringene var knyttet til mangelfull samordning og koordinering fordi regiongrensene skilte nærliggende sykehus i hovedstaden. Problemstillingene var blant annet knyttet til at det ikke var samsvar mellom befolkningsgrunnlag og behandlingsskapasitet i de to regionene.

Helse Øst RHF hadde ansvaret for tilbudet til befolkningen i Oslo og Akershus, og eide Ullevål universitetssykehus HF og Aker sykehus HF. Helse Sør RHF eide Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Om lag 12 pst. av pasientene fra Helseregion Øst ble behandlet ved helseforetak i Helseregion Sør. Om lag 60 pst. av pasientene ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF kom fra Helseregion Øst. Dette ga uforutsigbarhet om pasientgrunnlaget, samtidig som Helse Øst RHF ikke hadde kontroll over en vesentlig del av pasientbehandlingen for sine pasienter.

I tillegg til uforutsigbarheten om pasientstrømmer ble også andre problemstillinger belyst, blant annet i en rapport fra en prosjektgruppe som ble initiert og ledet av Helse- og omsorgsdepartementet med representanter fra ledelsen i Helse

Sør RHF og Helse Øst RHF, med støtte fra McKinsey & Company⁵:

- Det var identifisert overkapasitet innenfor enkelte medisinske fagområder, særlig i hovedstadsområdet.
- Prosjektgruppen mente at investeringer i regionen ble for dårlig koordinert. Dette medførte dårlig utnyttelse av kapasiteten og det var risiko for framtidige overinvesteringer.
- For dårlig koordinering av forsknings- og undervisningsmiljø og samarbeid med universitet og høyskoler gjorde at forskningskapasiteten ikke ble godt nok utnyttet.
- Prosjektgruppen mente det var et betydelig potensiale for bedre utnyttelse av medisinske og administrative stabs- og støttefunksjoner.

Det ble vurdert alternative modeller for å møte disse utfordringene:

- Gjensidige avtaler der strukturen ble beholdt, men med mer langsiktige og omfattende avtaler mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. De to regionale helseforetakene hadde vært pålagt å arbeide for bedre funksjons- og oppgavefordeling, som skjedde i beskjedent omfang. Hovedinnvendingen mot denne modellen var at den var tids- og ressursmessig krevende, og effektivisering og funksjonsfordeling hadde vist seg vanskelig å gjennomføre med to eiere.
- Endring i eierstruktur som innebar overføring av Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF til største bruker; Helse Øst RHF, eller opprettelse av et nytt helseforetak for Oslo-sykehusene som et sameie mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF.
- Endring i regionstruktur ved å etablere en sjettede helseregion for Oslo-sykehusene.

Disse modellene fikk liten støtte i høringer med ulike politiske og faglige aktører. Svakheterne ved modellene var at de enten ville medføre sentralisering av virksomhet, eller at forslagene innebar at nye grenser måtte trekkes gjennom hovedstadsområdet.

Et annet alternativ var sammenslåing av de to regionale helseforetakene: Vurderingen var at ett eierskap ville legge bedre til rette for styring og

⁵ Helse- og omsorgsdepartementet: Bedre samordning av sykehusene i hovedstadsområdet. Rapport fra prosjektgruppe 8. oktober 2004, jf. arbeidsdokument: Prosjekt sykehus i hovedstadsområdet. Prosjektgruppe bestående av medlemmer fra Helsedepartementet, Helse Sør og Helse Øst, med støtte fra McKinsey & Company. Prosjektet involverte toppledere i departement og RHF. Prosjektet leverte en kortfattet rapport oktober 2004, men konkluderte ikke om valg av modell.

organisering av sykehusene i regionen. Det ble vurdert at et slikt grep ville sikre bedre samordning og dermed bidra til mer effektiv ressursbruk og å realisere de helsepolitiske målsetningene på en bedre måte. Det ble sett hen til internasjonale erfaringer som indikerte potensielle effektiviseringsgevinster. Det nye regionale helseforetaket ville måtte beslutte oppgavefordeling mellom sykehusene, det kunne oppnås samordningsgevinster i forbindelse med framtidige investeringer og oppbygging av overkapasitet kunne unngås. Det ble lagt til grunn at strukturelle endringer ville gi potensielle samordningsgevinster og at en sammenslåing kunne medføre reduksjon i antall ansatte. Samtidig ble det antatt at dette ville gi grunnlag for bedre rekruttering av helsepersonell og spesialister til andre steder i landet, både i og utenfor den nye regionen.

Hovedinnvendingene mot forslaget var at den nye regionen ville gi en ulikevekt i forhold til de andre helseregionene, og frykt for sentralisering internt i den nye helseregionen. Sammenslåingen innebar at det nye regionale helseforetaket fikk sørge-for-ansvaret for vel halvparten av landets befolkning. Erfaringene med og utviklingen etter sammenslåingen er omtalt nærmere i punkt 8.2.4.

8.2.2 Helseregion Sør-Øst – organisering og planer

Helseregion Sør-Øst har et befolkningsgrunnlag på om lag 2,85 mill. innbyggere. Som tabell 8.1 viser, er Helseregion Sør-Øst en stor region sammenlignet med de andre regionene. Den er også

stor i skandinavisk sammenheng. Region Hovedstaden i Danmark har for eksempel ansvaret for 1,8 mill. innbyggere, 38 000 ansatte og et budsjett knyttet til helseområdet på om lag 34 mrd. danske kroner⁶.

Spesialisthelsetjenesten i regionen er organisert i 11 helseforetak: ni helseforetak som organiserer sykehusene samt Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF. Helse Sør-Øst RHF hadde i 2016 ca. 81 mrd. kroner i inntekter og det var om lag 78 300 ansatte fordelt på 59 800 årsverk. Helse Sør-Øst RHF har langsiktig samarbeid med fem ideelle private sykehus, 76 avtaleparter for andre private institusjoner (ideelle og kommersielle) og om lag 1100 avtalespesialister (spesialister innen psykologi, psykiatri og legespesialister).

Helse Sør-Øst RHF etablerte sju sykehusområder i 2009. Organiseringen skulle gi et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å sikre faglig kvalitet i de mer spesialiserte funksjonene og samtidig sikre nærhet til lokalsykehusfunksjonene. Virksomheten innenfor det enkelte sykehusområde skulle som hovedregel organiseres i ett helseforetak, men det ble åpnet for tilpasninger. I sykehusområde Telemark og Vestfold er det videreført to helseforetak.

Tabell 8.3 gir en oversikt over de åtte helseforetakene i Helse Sør-Øst som til sammen dekker

⁶ Region Hovedstaden: Forslag til budsjett 2017–2020. Region Hovedstaden omfatter 29 kommuner i hovedstadsområdet. Flere sykehus har spesialiserte oppgaver og betjener borgere utenfor regionen, herunder Grønland og Færøyene. Regionen har ansvar for over 1000 privatpraktiserende leger og over 3000 legespesialister, tannleger, fysioterapeuter mv.

Tabell 8.3 Helseforetak i Helse Sør-Øst. Befolkningsgrunnlag og budsjett

Helseforetak	Befolkning 2013	Inntekter ¹ mrd. kr.	Andel befolkning (pst.)	Andel inntekter (pst.)
Oslo universitetssykehus HF	518 000	22,52	18,5	32,8
Akershus universitetssykehus HF	499 000	8,28	16,8	12,1
Sykehuset Innlandet HF	381 000	8,77	13,9	12,8
Sykehuset i Vestfold HF	239 000	4,59	7,9	6,7
Sykehuset Østfold HF	281 000	5,49	10,1	8,0
Vestre Viken HF	443 000	8,71	16,5	12,7
Sørlandet sykehus HF	289 000	6,36	10,2	9,2
Sykehuset Telemark HF	171 000	3,96	6,0	5,7
	2 821 000	68,68		

¹ Befolkningsgrunnlag: SSB Rapporter 2015/29 Bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten mot 2040. Inntekter basert på regnskap 2015 (Helse Sør-Øst) Andel inntekter er ekskl. Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF, kjøp av tjenester fra private, fellestjenester m.m.

Tabell 8.4 Helseregion Sør-Øst. Framskrivning av befolkningen etter helseforetaksområde 2013–2030. SSB alternativ MMMM¹

Helseforetaksområde	Befolkning 2013	Befolkning 2030	Endring	Endring i pst.
Oslo sykehusene	518 000	647 000	128 000	24,9
Akershus universitetssykehus	499 000	625 000	126 000	25,3
Sykehuset Innlandet	381 000	416 000	35 000	9,2
Sykehuset i Vestfold	239 000	277 000	38 000	15,9
Sykehuset Østfold	281 000	333 000	52 000	18,5
Vestre Viken	443 000	525 000	82 000	18,5
Sørlandet sykehus	289 000	348 000	59 000	20,4
Sykehuset Telemark	171 000	185 000	14 000	8,2
Sum Helseregion Sør Øst	2 821 000	3 356 000	535 000	19,0

¹ SSB Rapporter 2015/29 Bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten mot 2040. Alternativene for framskrivning beskrives ved fire bokstaver i følgende rekkefølge: fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring. M = middels, L = lav og H = høy.

befolkningen for de sju sykehusområdene. Sunnaas sykehus HF er spesialsykehus innen rehabilitering og fysikalsk medisin uten et eget definert opptaksområde med befolkningsansvar, og er derfor ikke tatt med.

Tabell 8.4 viser framskrivning av befolkningen fram mot 2030. Prognosen indikerer en befolkningsøkning i regionen på om lag 0,5 mill. innbyggere, tilsvarende 18,9 pst. Utfordringsbildet er forskjellig for de ulike helseforetakene i regionen. Flere helseforetak utenfor hovedstadsområdet vil måtte tilpasse seg en lavere befolkningsvekst og en relativt sett eldre befolkning. Økningen er størst i opptaksområdene til sykehusene i Oslo og Akershus universitetssykehus HF med en vekst på om lag 25 pst. I rapporten *Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder*⁷ går det fram at ulike prognoser viser at det er stor usikkerhet knyttet til hvordan folketallet og sammensetningen av befolkningen i Oslo og Akershus vil utvikle seg.

Det er kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder, og dette er særlig knyttet til Akershus universitetssykehus HF. Dette blir blant annet knyttet til nedleggelsen av Aker sykehus etter sammenslåingen av Oslo-sykehusene. I investeringsplanene for Oslo universitetssykehus er det blant annet planlagt for etablering av nytt lokalsykehus på Aker, jf. boks 8.2 Investeringsprosjekter og -planer i Helse Sør-Øst.

8.2.3 Oslo universitetssykehus HF og regionale behandlingstjenester

Vel halvparten av aktiviteten ved Oslo universitetssykehus er i dag knyttet til pasienter fra de andre sykehusområdene i Helseregion Sør-Øst. Et viktig utgangspunkt for å vurdere om regionen bør deles, er om det er ønskelig å etablere flere regionsykehus, eller øke egedekningen i andre helseforetak ved å fordele regionale behandlingstjenester til flere sykehus slik at pasientene behandles andre steder enn i dag.

Oslo universitetssykehus HF består av tidligere Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Aker sykehus og Ullevål sykehus, og ble etablert etter flere års debatt om hvordan en best kunne utnytte fagmiljøene ved disse sykehusene. Vurderingen var at det beste ville være å samle fagmiljøene i ett helseforetak.

Oslo universitetssykehus HF er regionsykehus for Østlandet og Sørlandet og hovedleverandør av nasjonale behandlingstjenester. Oslo universitetssykehus HF er områdesykehus for tolv bydeler i Oslo og dekker sammen med Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus lokalsykehusfunksjonene for disse bydelene. Bydelene Alna, Grorud og Stovner hører til Akershus universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF ivaretar flere viktige roller i Helseregion Sør-Øst. Helse Sør-Øst RHF beskriver Oslo universitetssykehus HF som en avgjørende «motor» for fagutviklingen, og sykehuset har en svært sentral plass i etablerte fagråd og fagutvalg i regionen. Dette gjelder også for pre-

⁷ Helse Sør-Øst RHF (2015): *Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder*.

Boks 8.2 Investeringsprosjekter og -planer i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF har flere investeringsprosjekter under gjennomføring, i tillegg til prosjekter som er under planlegging. Helse Sør-Øst RHF har i styresak 051-2016 lagt fram felles prioriterte investeringsprosjekter for økonomisk langtidsplan 2017-2020.

Prioriteringer for økonomisk langtidsplan 2017-2020

I økonomisk langtidsplan 2017-2020 er det foreslått å videreføre igangsatte prosjekter og prosjekter som er prioritert som regional satsing:

- Oslo universitetssykehus HF: Ferdigstilling av samlokalisering fase 1
- Oslo universitetssykehus HF: Ombygging og lukking av myndighetspålegg i perioden 2016-2019 (1,8 mrd. kroner)
- Sykehuset i Vestfold HF: Tønsberg-prosjektet – fullføring av sykehusutbyggingen i Tønsberg (2,535 mrd. kroner)
- Vestre Viken HF: nytt sykehus på Brakerøya ved Drammen (8,2 mrd. kroner) samt vedlikeholds-investeringer på Bærum, Ringerike og Kongsborg sykehus
- Sørlandet sykehus HF: oppføring av nytt psykiatribygg i Kristiansand (780 mill. kroner)
- Digital fornying: Videreføring av regional satsing for fornying og standardisering av arbeidsprosesser og teknologi (årlig investeringsnivå på omlag 800 mill. kroner til 2025).

Følgende prosjekter er under planlegging for igangsetting i perioden:

- Sykehuset Telemark HF: Byggeprosjekt i Skien ved utgangen av planperioden
- Nye stråleenheter i Telemark, Akershus, Vestre Viken og Østfold fram mot 2030
- Protonterapisenter
- Oslo universitetssykehus HF: Eventuelt beslutning om oppstart av nybygg trinn 1 (se omtale under).

Prosjekter etter 2020

Utviklingen av Oslo universitetssykehus HF

Styresak 053-2016 gir et framtidig målbylde for Oslo universitetssykehus HF som et helseforetak bestående av tre sykehus med klart definerte samfunnsoppdrag som skal organiseres og virke sammen. Målbylde ble stadfestet i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016.

Begrunnelsen for arbeidet med prosjektet er tredelt: 1) Det er behov for å erstatte gamle, uhen-siktsmessige og til dels helt nedslitte bygg. 2) Det er behov for å samle pasientforløp for å styrke kvalitet, fagmiljø, utdanning og forskning. Dette gjør det også mulig å redusere antall vaktlag og dubleringen av kostbart medisinsk teknisk utstyr. 3) Øke den samlede kapasiteten på grunn av sterk befolkningsvekst i opptaksområdet.

- På Gaustad etableres et samlet regionsykehus med tilhørende lokalsykehusfunksjoner innen kirurgi og medisin.
- På Aker etableres et nytt lokalsykehus i tett samarbeid med Oslo kommune, inkl. psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Radiumhospitalet skal videreutvikles som tyngdepunkt for norsk kreftbehandling. Det planlegges blant annet nye klinikkbygg og utbygging av strålekapasiteten.
- Regional sikkerhetsavdeling planlegges på egen lokasjon.

Investeringsanslaget er i størrelsesorden 38 mrd. kroner. Det er skissert gjennomføring i tre etapper i perioden 2016-2033. Det planlegges for at bydelene Grorud og Stovner overføres til Oslo i løpet av perioden.

Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder

Utviklingen av Oslo universitetssykehus HF er også en del av løsningen for å følge opp utredningen om kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder (styresak 052-2016). Oslo og Akershus sykehusområder står overfor betydelige kapasitetsutfordringer som følge av sterk befolkningsvekst i årene framover. Helse Sør-Øst RHF har gjennom 2015 arbeidet med dette i et eget prosjekt.

Rapporten viser at Akershus universitetssykehus HF har et betydelig avlastningsbehov innen somatikken fram mot 2030. Til tross for flere iverksatte tiltak, er det beregnet et ytterligere behov på ca. 140 senger i 2030. Innen psykisk helsevern og TSB er det ikke estimert vesentlige behov for å øke sengekapasiteten.

Styresak 052-2016 har følgende hovedkonklusjoner:

- Opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF begrenses til omtrent 500 000.
- Deler av opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF tilbakeføres til Oslo sykehusområde. På kort sikt gjelder dette bydel Alna (mot slutten av økonomiplan-perioden (2017-2020)).
- Befolkningen fra Vestby kommune overføres til Østfold sykehusområde (tidspunkt vurderes ved årsskiftet 2016/2017) og dette vil samlet gi nødvendig avlastning fram til ca. 2025 før ytterligere endringer vurderes, jf. Idéfase Oslo universitetssykehus.

Sykehuset Innlandet HF

Sykehuset Innlandet HF utreder framtidig sykehusstruktur og vil legge fram en idéfaserapport med faglig vurdering av aktuelle løsninger i november 2016. Eventuell byggestart kan tidligst skje i 2022.

hospitale tjenester (inklusive AMK) og beredskap.

Oslo universitetssykehus HF er den største bidragsyteren i Helse Sør-Øst RHF når det gjelder forskning. Oslo universitetssykehus HF har samarbeid med Universitetet i Oslo, høyskoler og flere nasjonale og internasjonale miljøer. Forskning er sentralt innenfor landsfunksjoner og nasjonale kompetansetjenester. Oslo universitetssykehus HF har fått en definert «nav-funksjon» innen forskningsområdet og støtter de andre helseforetakene med viktige tjenester. Oslo universitetssykehus HF har store oppgaver innen utdanning av helsepersonell.

Oslo universitetssykehus HF har en nøkkelrolle i koordinering og kriseledelse ved større hendelser og kriser i regionen på vegne av Helse Sør-Øst RHF.

8.2.3.1 Pasientstrømmer

Helse Sør-Øst RHF har estimert andelen av virksomheten ved Oslo Universitetssykehus HF som utgjøres av henholdsvis lands-, flerregionale- og regionale funksjoner. Basert på ulike analyser er det anslått at dette utgjør 55–60 pst. av somatisk aktivitet (målt i DRG) ved sykehuset. Hoveddelen er tjenester til innbyggere i helseregionen. Tilbud til pasienter med bosted i andre helseregioner anslås til om lag 6,6 pst. av total aktivitet (DRG).

Tabell 8.5 viser at egendekningen for helseforetakene er variabel. Egendekningen i Oslo sykehusområde er på 93 pst. Akershus sykehusområde skiller seg ut med spesielt lav egendekning. Dette har i stor grad sammenheng med historiske pasientstrømmer og at det er korte avstander, felles arbeidsmarked og fritt behandlingsvalg, i til-

legg til avtalt oppgavefordeling innenfor enkelte fagområder. Etter overføring av bydelene Alna, Grorud og Stovner er det fremdeles en stor del av befolkningen i disse bydelene som benytter seg av tilbud ved Oslo universitetssykehus HF. Forsøk på å få pasienter til å velge nye sykehus har vist at det tar lang tid å endre innarbeidet praksis, og fordrer at et godt nytt tilbud er etablert i befolkningens og fastlegenes bevissthet. Telemark og Vestfold sykehusområde og Sørlandet sykehusområde har en egendekning på rundt 80 pst. innen somatisk virksomhet. Sørlandet ligger høyest, og hovedforklaringen som Helse Sør-Øst trekker fram, er lang avstand og reisetid til Oslo, og at det er etablert spesialiserte tilbud ved sykehuset. Det er naturlig at sykehus med lang avstand til regionsykehus dekker et større spekter av undersøkelser og behandlinger.

Tabellen viser også at andelen som dekkes ved Oslo universitetssykehus HF varierer. Det er heller ikke slik at alle tjenester til innbyggere fra andre helseforetak kan kategoriseres som lands- eller regionsfunksjoner. Helse Sør-Øst RHF har beregnet at om lag 15 pst. av total aktivitet i regionen (utenom Oslo sykehusområde) skjer på Oslo universitetssykehus HF. Dette tilsier at vel halvparten av aktiviteten ved Oslo universitetssykehus HF er knyttet til pasienter fra de andre sykehusområdene i Helseregion Sør-Øst.

Helse Sør-Øst RHF har over flere år hatt prosesser med bred involvering av fagmiljøer som grunnlag for å gjennomføre funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehusene i regionen. Dette er dynamiske prosesser som endres i takt med medisinsk faglig utvikling, teknologi og kompetanse. Den overordnede målsettingen har vært å desentralisere det man kan og sentralisere det

Tabell 8.5 Egendekning i somatikk etter sykehusområder i Helseregion Sør-Øst¹

	Eget HF	OUS	HSØ ²	Andre
Oslo sykehusområde	93 pst.		5 pst.	2 pst.
Akershus sykehusområde	60 pst.	25 pst.	11 pst.	3 pst.
Innlandet sykehusområde	75 pst.	15 pst.	5 pst.	4 pst.
Telemark og Vestfold sykehusområde	78 pst.	16 pst.	5 pst.	2 pst.
Østfold sykehusområde	70 pst.	19 pst.	7 pst.	4 pst.
Vestre Viken sykehusområde	73 pst.	20 pst.	4 pst.	2 pst.
Sørlandet sykehusområde	81 pst.	13 pst.	3 pst.	3 pst.

¹ Helse Sør-Øst RHF: Notat til Kvinnsland-utvalget 4. mars 2016. Tabellen bygger på tall fra SAMDATA for perioden 2010-2014. Egendekning er i tabell 8.5 definert som andel av (sykehus)behandling målt ved DRG-aktivitet, som befolkningen i et sykehusområde får i aktuell(e) helseforetak/sykehus. Gjennomsnittlig egendekning ved alle norske helseforetak målt etter DRG-produksjon var 69,5 pst. i 2014.

² Andre helseforetak i Helse Sør-Øst og private.

man bør. På enkelte områder har det også vært gitt nasjonale føringer om samling av behandlingsfunksjoner, blant annet innenfor kreftkirurgi.

Regionale behandlingsfunksjoner der det er vurdert å være tilstrekkelig pasientvolum, kompetanse og teknologi til at funksjonene kan ivaretas på flere sykehus, er i Helse Sør-Øst definert som flerområdefunksjoner.

8.2.3.2 *Analyse av dagens regionfunksjoner ved Oslo Universitetssykehus HF*

For å vurdere om det er grunnlag for å endre pasientstrømmer ved å fordele noen av regionfunksjonene ved Oslo universitetssykehus til flere sykehus, ga utvalget et oppdrag til Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), Helse Nord RHF. Hvis flere regionfunksjoner kan og bør flyttes ut fra Oslo universitetssykehus til andre deler i regionen, kan dette gi grunnlag for å planlegge behandlingstilbudet for mindre befolkningsområder og etablere nye regioner ut fra disse. Oppdraget gikk ut på å gjennomføre en analyse av virksomheten ved Oslo universitetssykehus for å identifisere regionfunksjoner som bare utføres ved Oslo universitetssykehus, og beskrive innhold og volum for disse tjenestene⁸.

For å identifisere omfanget av regionfunksjoner ved Oslo universitetssykehus har SKDE tatt utgangspunkt i døgninnleggelser i 2014 for pasienter i Helseregion Sør-Øst som ikke er bosatt i Oslo og Akershus. Slik ekskluderes lokalsykehuspasienter, jf. at befolkningen i Akershus også har et betydelig forbruk av lokalsykehustjenester ved Oslo universitetssykehus. Videre er de tjenestene som i dag er definert som flerområdefunksjoner holdt utenom analysen, samt enkelte tjenester som SKDE har vurdert som uaktuelt å opprette utenfor Oslo universitetssykehus, blant annet åpen hjertekirurgi. Det samme er innleggelser for pasienter som er bosatt i andre helseregioner, da det er rimelig å anta at dette i stor grad representerer landsfunksjoner. Tilnærming og metode er nærmere beskrevet i rapporten fra SKDE.

De kliniske områdene som vurderes å være regionsykehusfunksjoner ved Oslo universitetssykehus, og som har relativt store volum av døgnbehandling, er kreftbehandling, nevrokirurgi, ablasjonsbehandling og netthinnekirurgi. Disse kliniske områdene genererer også et høyt poliklinisk volum. I tillegg behandler Oslo universitetssyke-

hus et betydelig volum av traumepasienter, der volumet ved Oslo universitetssykehus er nødvendig for å få tilstrekkelig trening og kompetanse for å ha ett solid fagmiljø på dette området i Norge.

Selv om volumet av enkelte typer kreftkirurgi ved Oslo universitetssykehus er større enn ved de andre regionsykehusene, og det ut fra volum kunne være aktuelt å spre behandlingen på flere enheter, har dette ikke vært ønsket fra et faglig ståsted. Fagområdet nevrokirurgi består av både høyspesialiserte behandlinger og mer vanlige behandlinger som ryggkirurgi. Fagområdet er sammensatt og det er derfor ikke enkelt å peke ut deler som eventuelt kunne fordeles til flere sykehus.

Antall pasienter som behandles med ablasjon er økende, og det kan derfor tenkes å være et potensial for å utføre slike behandlinger ved flere sykehus. For netthinnekirurgi er volumet av pasienter fra områder utenfor Oslo og Akershus såpass stort at det kan være mulig å fordele dette til flere helseforetak.

8.2.3.3 *Oppsummering vedrørende regionfunksjoner for Sør-Østlandet*

Mye av samlingen av fagområder ved Oslo universitetssykehus har vært gjort ut fra et faglig ønske om samling for å ha ett senter i Norge med stort nok volum for å bli gode, også i internasjonal sammenheng. Selv om Oslo universitetssykehus har større pasientvolum for mange regionfunksjoner enn de andre regionsykehusene, vil det ut fra hensyn til faglig kvalitet ikke være å anbefale å splitte opp disse funksjonene på flere sykehus.

Det å bygge opp fagmiljøer og infrastruktur er en prosess som tar mange år. Etablering av et nytt regionsykehus på Sør-Østlandet ville bli en konkurrent til andre regionsykehus når det gjelder rekruttering av spesialisert helsepersonell og kunne dermed skape utfordringer for fagmiljøene i andre deler av landet. På Sør-Østlandet er det heller ikke geografiske hensyn som tilsier behov for mer desentralisering av regionale behandlingsfunksjoner.

Utvalget vil på denne bakgrunn ikke tilrå at det etableres flere regionsykehus.

Analysen fra SKDE viser at det også er begrenset potensiale for å fordele regionsfunksjoner ved Oslo universitetssykehus til andre helseforetak. Selv om antallet pasienter for de enkelte regionsfunksjonene er høyere enn ved de andre regionsykehusene, vil det være lite ønskelig fra et nasjonalt perspektiv å spre kompetansen på sårbare fagområder. Etablering av regionfunksjoner på flere sykehus vil være ressurskrevende, det vil

⁸ SKDE (juni 2016): En analyse av regionsykehusfunksjonene ved Oslo universitetssykehus HF. Rapport til sekretariatet – Kvinnsland-utvalget.

føre til oppsplitting av fagmiljøer med høyt spesialisert helsepersonell og det vil måtte etableres ressurskrevende vaktordninger for flere av funksjonene.

Utviklingen i medisinske behandlingsmetoder, teknologi og IKT støtter både sentralisering og desentralisering av funksjoner. Ny teknologi og nye behandlingsmåter tas ofte først i bruk på de største sykehusene, men tas i bruk flere steder etter hvert som teknologien er moden og anvendes på stadig flere pasienter. Med dagens regionmodell blir denne dynamikken ivaretatt innenfor det etablerte styringssystemet slik at fagområder fordeles til flere sykehus på sikt. Selv om flere funksjoner skulle bli flerområdefunksjoner, for eksempel ablasjonsbehandling og netthinnekirurgi, vil dette ha liten effekt på den samlede egendekningsgraden i disse sykehusområdene.

Det er ønskelig med samarbeid og ikke konkurranse om pasientbehandling. Gode interne oppgjørsordninger som fanger opp endringer i pasientstrømmer og oppgavefordeling må utvikles og videreføres. Eierstyringen må legge vekt på lojalitet til avklart oppgavefordeling og finansieringen av oppgavene må understøtte avtaler og føringer.

8.2.4 Utviklingen i regionen etter sammenslåingen

Begrunnelsen for å slå sammen Helse Sør RHF og Helse Øst RHF er omtalt i punkt 8.2.1. Der går det fram at vurderingen var at ett eierskap ville legge bedre til rette for styring og organisering av sykehusene i regionen, og at dette ville sikre bedre samordning og bidra til mer effektiv ressursbruk. I dette avsnittet belyses utviklingen i regionen etter sammenslåingen.

8.2.4.1 Evaluering av omstillingsprosessen

Riksrevisjonen foretok en utvidet undersøkelse av planleggingen av omstillingen ved Oslo universitetssykehus i 2011⁹. Riksrevisjonen oppsummerte sine funn i fire overskrifter:

- Mangelfulle utredninger av departementet og Helse Sør-Øst RHF i forkant av beslutninger.
- Det ble ikke tatt tilstrekkelig hensyn til kjente utfordringer i planleggingen av omstillingen i Oslo universitetssykehus HF.
- Svakheter i foretaksgruppens risikostyring av omstillingsprosessen i 2009–2010.

- Svakheter ved departementets oppfølging av rapportert risiko fra Helse Sør-Øst RHF.

Kontroll og konstitusjonskomiteén har også vært kritiske til omstillingen ved Oslo universitetssykehus og åpnet sak med påfølgende kontrollhøring i mars 2012.

SINTEF Teknologi og samfunn har på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF gjennomført en evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst¹⁰. Denne er oppsummert i boks 8.3. Rapporten fra SINTEF gjenspeiler også den generelle debatten om Helse Sør-Øst etter sammenslåingen i 2007. Debatten har i stor grad vært preget av kritikk mot Oslo universitetssykehus, både når det gjelder planleggingen av omstillingsprosessen og håndtering av risiko, rammene for økonomi og utfordringene når det gjelder IKT-løsningene og bygningsmassen. Både Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Sør-Øst RHF og ledelsen ved Oslo universitetssykehus har blitt kritisert.

SINTEF oppsummerer på side 21 med at utviklingen for Helse Sør-Øst i all hovedsak har vært på linje med de andre helseregionene når det gjelder indikatorer for tilgjengelighet, kvalitet og produktivitet. Forskningen har blitt styrket.

«Utviklingen for HSØ har vært som for de andre helseregionene når det gjelder indikatorer for tilgjengelighet og kvalitet presentert i delrapport 5. For de fleste indikatorene er det en positiv utvikling. Datagrunnlaget er i hovedsak publiserte nasjonale kvalitetsindikatorer og SAMDATA-publikasjoner fra Helsedirektoratet. Som poengtert over er det ikke uventet at utviklingen i Helse Sør-Øst følger den generelle utviklingen (dette er dokumentert og kan leses i delrapporten), siden målene som er satt for pasientbehandlingen er de samme for Helse Sør-Øst som for de andre helseregionene. Siden HSØ etter forslag fra Magnussenutvalget fikk en relativt mindre økning i sine midler enn de andre helseregionene kan regionen kanskje ha klart dette med relativt noe mindre midler enn de andre. I dette prosjektets delrapport 4 sees det spesielt på om det kan spores en annen økonomisk utvikling for HSØ enn for de andre helseregionene. Konklusjonen er at det kan det ikke.

Dette gjelder også på området for kvalitet og nivå på pasientbehandlingen. Vi finner ingen indikasjoner på at Helse Sør-Øst har hatt

⁹ Dokument 3:2 (2012–2013) Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2011

¹⁰ SINTEF Teknologi og samfunn (2015): Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst.

Boks 8.3 SINTEF Teknologi og samfunn: Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst

SINTEF fikk evalueringsoppdraget våren 2012 og sluttrapport ble avgitt i mars 2015. SINTEF skriver at evalueringen er gjennomført 4–6 år etter strategiarbeidet i 2007/2008, og det har derfor vært krevende å skille klart mellom hvilke tiltak som er initiert av strategiarbeidet og hva som følger av andre tiltak og prosesser.

SINTEF beskriver det som en stor utfordring at en både skulle foreta en sammenslåing av de to regionale helseforetakene, gjennomføre organisasjonsendringer i en rekke sykehus og få til kostnadsreducerende tiltak på en og samme tid.

Etablering av sykehusområder som strategisk grep

Etablering av sykehusområder ble et strategisk grep for å utvikle tjenestene slik at 80–90 pst. av befolkningens behandling kunne bli gitt innen sykehusområdet. Dette ble vurdert å være mulig med sykehusområder med en befolkning på minst 200–300 000. En annen begrunnelse var å skape trygghet i foretakene utenfor hovedstaden for at det ikke skulle skje en vridning av regionens ressurser inn mot Oslo sykehusene. SINTEF mener dette var et godt grep for å forsikre helseforetakene om at de hadde et klart definert oppdrag.

SINTEF mener at daglig drift overtok for strategiarbeidet, uten at man følte at strategien ga sterke bindinger. For de overordnede målene for aktivitet og kvalitet var målene ganske identiske med kravene i oppdragsdokumentet. På det økonomiske området var budsjett disiplin den løpende oppgaven. Det var ikke rom for å følge opp strategiens mål om egendekning for Vestre Viken og Akershus universitetssykehus uten å foreta svært harde omfordelinger mellom sykehusområdene.

«Oversettelsesproblematikk»

Helseforetakene fikk et stort ansvar for å realisere foretaksgruppens mål. Det ble gitt oppdrag i foretaksmøtene i januar 2009 der det enkelte foretak skulle utvikle egen framdriftsplan, mål og suksesskriterier. SINTEF mener dette førte til «oversettelsesproblematikk». Vedtakene i Helse Sør-Øst viste retningen, foretakene fikk

ansvar for å oversette vedtakene til lokal gjennomføring tilpasset lokale forutsetninger og rammevilkår. Dette ble opplevd som positivt av noen, mens andre mente dette var en ansvarsfraskrivelse fra Helse Sør-Øst. SINTEF sin vurdering er at synspunktene gjenspeiler om en var enig eller uenig i beslutningene som ble fattet.

Ved Akershus universitetssykehus ble ikke dette sett på som et problem. Ved Oslo universitetssykehus var utfordringene av en annen karakter og et annet omfang. Det var komplisert å fusjonere tre sykehus samtidig som en skulle fisjonere ut de områdene som skulle til Akershus universitetssykehus. Dette skulle også skje så å si samtidig. Sentrale kilder mener at oversettelsesproblematikken ble mest synlig her.

Vestre Viken var en ny organisasjon der det først ble gjort vedtak om klinikkstruktur, noe som senere ble reversert og det ble innført stedlig ledelse. SINTEF mener dette og mangel på planer om samlokalisering og reelt samarbeid «på tvers» i Oslo universitetssykehus svekker mye av idéen med sammenslåingen. En av informantene uttrykker at «man drifter helseforetakene nesten som om det ikke har skjedd en fusjon». SINTEF skriver at det var krefter innenfor noen av fagmiljøene som så på dette som en ønsket utvikling.

Påvirkning på arbeidsmiljø og brukervedvirkning

Ut fra de årlige medarbeiderundersøkelsene har SINTEF konkludert med at etableringen av Helse Sør-Øst ikke har hatt konsekvenser for arbeidsmiljøet og graden av medvirkning i regionen sett under ett.

Brukerrådernes rolle ble styrket. Ansattes medvirkning i de sentrale omstillingsprosessene i tråd med de 12 prinsippene for medvirkning har vært vanskeligere å etterleve. Det er kritikk mot de sentrale prosessene og at de ble opplevd som toppstyrte og med for stor avstand til ledelsen. Lokale prosesser ser ut til å ha større gjennomslag. Det framheves at det sterke fokuset på økonomiske og administrative temaer bidro til at man mistet fokus på den tjenesteytende delen og at det var manglende involvering av fagmiljøene i prosessen.

Boks 8.3 forts.

Pasientbehandling; tilgjengelighet og kvalitet

Hovedmålene for pasientbehandling ble formulert som mer likeverdighet og mer tilgjengelighet, i tråd med nasjonale målsettinger. Helse Sør-Øst valgte å benytte de nasjonale kvalitetsmålene for sin strategi. SINTEF savner tydelige målsetninger for regionen på kvalitetsområdet for å kunne vurdere og måle endringer.

Når det gjelder indikatorer for tilgjengelighet og kvalitet, har utviklingen for Helse Sør-Øst vært som for de andre helseregionene.

Forskning

Et mål med sammenslåingen var å få til bedre samordning av fag og forskningsmiljøer, først og fremst miljøene på Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus. SINTEF sin konklusjon er at forskningen i all hovedsak har blitt styrket etter sammenslåingen, men det er noe ulikt syn på om dette skyldes etablering av Helse Sør-Øst RHF, eller om det er et resultat av en generell satsing på forskning.

IKT, stab og støttefunksjoner

Målet for dette innsatsområdet var en reorganisering for å oppnå bedre ressursutnytting. SINTEF viser til at det ikke var etablert felles IKT-system i forkant av fusjonen, og at det manglet realistiske planer på dette området. Dette var spesielt problematisk for Oslo universitetssykehus som hadde mange forskjellige systemer på sykehusene.

Økonomi

Analyser SINTEF har gjort, viser at det ikke er mulig å konkludere med at sammenslåingen har hatt noen betydning for utviklingen i produktivitet. Helse Sør-Øst har hatt tilvarende produktivitetutvikling som de andre helseregionene.

Det har blitt stilt spørsmål ved om motivasjonen var kostnadsbesparelser. SINTEF skriver at deres undersøkelse ikke kan understøtte et slikt synspunkt. Hovedmotivet var å få til et bedre, sammenhengende tilbud til regionens befolkning og spesielt ønsket man å få en bedre samordning av tjenestene gitt av de store Oslo-sykehusene.

en annen utvikling enn de øvrige helseregionene. Det tas forbehold om at vi ikke har gått inn og sammenlignet på detaljnivå.»

I følge SINTEF synes ikke sammenslåingen å ha resultert i uro i foretakene utenfor hovedstadsområdet. For Oslo-sykehusene viste medarbeiderundersøkelsen at under halvparten av de ansatte tror at målene for fusjonen vil bli nådd, selv om både pasientaktivitet, kvalitet, budsjettsituasjon og forskning har hatt en god utvikling også ved Oslo-sykehusene. Ingen av de som ble intervjuet tar imidlertid til orde for å løse opp Oslo universitetssykehus.

SINTEF peker på at selve fusjonsprosessen møtte flere problemer som ikke hadde med fusjonsidéen å gjøre. De peker på de mange forskjellige IKT-systemene på Oslo-sykehusene som det viktigste problemet og at dette ble undervurdert. Videre trekker de fram bygningsmassen som hinder for integrering av fagmiljøene og at forutsetningene for å investere i bygg var at dette måtte frigjøres gjennom egen drift. Prosessen med overføringen av stillinger fra Oslo universitetssykehus til Akershus universitetssykehus i forbindelse

med oppbemanningen da opptaksområdet ble endret i 2011, bidro til en krevende økonomisk situasjon begge steder.

8.2.4.2 Resultater

Utvalget har sett på noen indikatorer for utviklingen i Helseregion Sør-Øst de siste årene, og gjengir her noen resultater basert på offentlig statistikk. Utviklingen ses også i sammenheng med utviklingen i de andre helseregionene.

Pasientbehandling og kvalitet

En gjennomgang av ulike kilder viser at aktivitetsutviklingen i Helseregion Sør-Øst etter 2007 ikke skiller seg vesentlig fra de andre helseregionene når det tas hensyn til forskjeller i befolkningsutviklingen. Resultatene fra de nasjonale kvalitetsindikatorerne viser ikke systematiske forskjeller mellom helseregionene. Helse Sør-Øst skårer under gjennomsnittet på noen indikatorer og over gjennomsnittet på andre. Tilsvarende er det variasjoner også for helseforetakene i regionen.

Tabell 8.6 Ventetider og fristbrudd

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	73	68	70	66	71	67	74	75	72	69
Andel fristbrudd for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	6,3	4,4	3,3	2,5	3,9	2,6	6,8	5,4	5,3	3,8

Kilde: Norsk Pasientregister

Tabell 8.7 Andel nyhenviste pasienter satt på venteliste til utredning (pst.)

	2012	2013	2014	2015	2016
Helseregion Sør-Øst	70,8	72,7	76,2	85,4	88,9
Helseregion Vest	89,3	89,8	89,4	91,8	93,7
Helseregion Midt-Norge	56,7	70,4	74,3	78,0	82,6
Helseregion Nord	83,2	84,3	85,5	89,8	92,2
Totalt	74,1	77,3	79,8	86,4	89,6

2016 t.o.m. august.

Kilde: Norsk Pasientregister

Tabell 8.6 viser utviklingen i ventetider og fristbrudd, der Helse Sør-Øst ligger omtrent på gjennomsnitt for landet når det gjelder ventetider. Når det gjelder fristbrudd ligger Helse Sør-Øst over landsgjennomsnittet, men har hatt en klar nedgang fra 2014 til 2015.

Tabell 8.7 viser utviklingen i andel nyhenviste pasienter som er satt på venteliste til utredning¹¹. Tabellen viser at andelen har økt i alle helseregioner og at Helse Sør-Øst ikke peker seg ut med å ha avvikende registreringspraksis.

Pasientundersøkelsen PasOpp for 2014 (Kunnskapssenteret august 2015) viser at Helse Sør-Øst som foretaksgruppe har utviklet seg positivt på fire av ni områder i siste treårsperiode, og at ingen områder ligger under landsgjennomsnitt.

Driftsresultater

Helse Sør-Øst har hatt positivt økonomisk resultat siden 2012, og årsregnskapet for 2015 viser et økonomisk overskudd på 1 046 mill. kroner for regionen samlet. Som det går fram av tabell 4.3 (i kapittel 4) tok det imidlertid flere år å snu utviklingen til positivt økonomisk resultat i Helse Sør-Øst enn for de andre helseregionene. Overskuddet er relativt sett fortsatt lavere i Helse Sør-Øst enn i de andre helseregionene. Det kan være naturlig at omstilling tar noe lenger tid i en stor organisasjon. Omleggingen av inntektssystemet som oppfølging av Magnussen-utvalget, innebar også at de øvrige helseregionene fikk en større inntektsvekst enn Helse Sør-Øst.

Produktivitetsutvikling

SAMDATA spesialisthelsetjenesten har analysert produktivitetsutviklingen i perioden 2010 til 2014 på nasjonalt og regionalt nivå. Analysene viser at produktivitetsutviklingen i Helse Sør-Øst i perioden 2010 til 2014 er om lag som for landet som helhet. I en rapport fra Frisch-senteret¹² til Helse- og omsorgsdepartementet er det gitt en samlet

¹¹ Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten og som deretter blir vurdert til å ha behov for helsehjelp, blir enten satt på venteliste til utredning eller behandling. Pasienter som venter på oppstart av utredning tas av ventelisten ved oppstart av utredning. Pasienter som blir satt på venteliste til behandling skal tas av venteliste når behandlingen reelt sett starter opp. Det har vært en endring i andelen pasienter som settes på venteliste for utredning. I debatten har det vært reist spørsmål om pasienter tas av venteliste ved oppstart av utredning uten at helsehjelpen reelt sett har startet opp. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 20. juni 2016 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere hva som er årsaken til at andelen pasienter satt på venteliste til utredning øker.

¹² Frisch-senteret (2016): Notat. Produktivitetsvekst i somatiske sykehus i perioden 1999–2014.

beskrivelse av utviklingen i produktivitet innen somatikk for perioden fra 1999 til 2014.

Analysene viser forskjeller i produktivitet både når det gjelder utvikling og nivå mellom de fire regionale helseforetakene i perioden 1999 til 2014. I perioden etter 2007 har produktivitetsveksten vært noe høyere i Helse Vest og Helse Midt-Norge sammenlignet med Helse Sør-Øst. Utviklingen har vært svakest i Helse Nord. Ved utgangen av 2014 var produktivetsnivået om lag på det samme nivået i Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

Sykefravær

Sykefraværsutviklingen i helseforetakene i regionene i perioden 2013–2016 går fram av figur 8.1. Denne viser at helseforetakene i Helse Sør-Øst nå har om lag samme sykefravær som Helse Vest, men lavere enn Helse Midt-Norge og Helse Nord.

8.2.4.3 Styring, organisering og ledelse

Mye av kritikken mot Helse Sør-Øst har kommet fra ansatte og har i stor grad vært rettet mot Oslo universitetssykehus. Det er kritikk mot for lange beslutningslinjer, fravær av stedlig ledelse og manglende samling av avdelinger. Inntil det ble innført felles IKT-løsninger i 2015, var også dette et tema som ble trukket fram som problematisk.

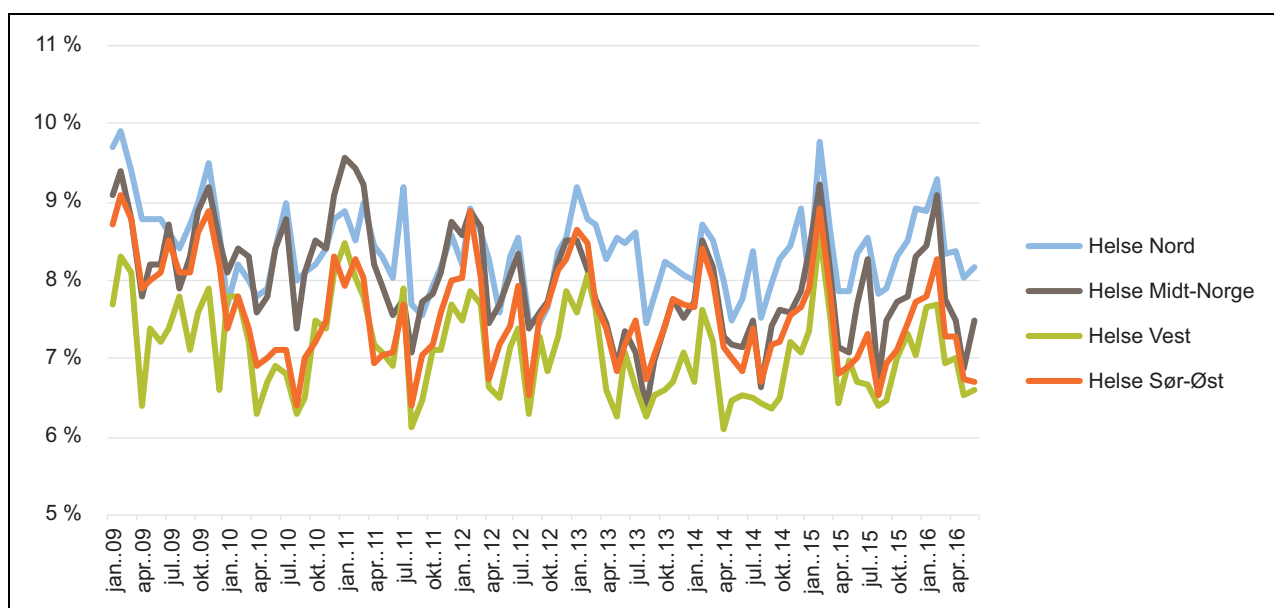
Også fra andre helseforetak og sykehusområder blir det tidvis rettet kritikk mot organisering og styring i regionen. Spørsmålet er om størrel-

sen på Helseregion Sør-Øst generelt har negativ påvirkning på styring, ledelse, samarbeid mv.

SINTEF viser i evalueringen til at helseforetakene i Helse Sør-Øst fra 2009 fikk større ansvar for å videreutvikle sine tjenestetilbud, og at det slik sett er åpnet for en mer desentralisert beslutningsstruktur og større grad av autonomi i helseforetakene. Grunnlaget for styringen er basert på kravene fra departementet i oppdragsdokumenter og foretaksmøter.

Lange styringslinjer er generelt en problemstilling som tas opp i store helseforetak som samler flere sykehus, jf. omtale i punkt 6.5. Det har vært og er stadig diskusjoner om valg av organisasjons- og ledelsesmodell for helseforetakene i Helse Sør-Øst, på samme måte som i andre helseregioner. Flere helseforetak som har hatt gjennomgående ledelse har innført stedlig ledelse med et samlet ansvar for virksomheten på sykehuset, eventuelt en kombinasjon av de to styringsformene.

Sørlandet sykehus HF (SSHF) vedtok endringer i organiseringen høsten 2015 som innebærer en omlegging til stedlig ledelse. SSHF ble etablert i 2003 og har hatt tverrgående organisering siden 2004. I perioden 2006–2011 var SSHF ett av landets mest kostnadseffektive sykehus. Begrunnelsen for endring var knyttet til at den underliggende driften i de somatiske klinikkene hadde forverret seg betydelig i perioden 2012–2015. I styresaken blir det vist til endringene som ble gjort i Vestre Viken HF med etablering av stedlige klinikker fra 2012, og at de har hatt en po-



Figur 8.1 Sykefraværsutviklingen i helseforetakene 2013–2016

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. Rapportering ØBAK.

sitiv økonomisk utvikling fra 2012. Vestre Viken begrunner dette med at stedlig ledelse gir nærhet til klinikk, økt tilstedeværelse og bedre oppfølging av ledere.

Det er også et spørsmål om organisering i tverrgående klinikker vs. stedlig ledelse med samlet ansvar for virksomheten påvirker samarbeid og samhandling med kommuner og primærhelsetjeneste. Utvalget har fått formidlet ulike erfaringer med dette. Det er blant annet vist til at det kan være uklart hvem som er sykehusets kontaktpunkt for kommunene i opptaksområdet, når sykehusavdelingene er del av tverrgående klinikker i helseforetaket. Andre steder er det vist til at det er mulig å få til gode samarbeidsrelasjoner og felles planlegging med kommunene, også ved helseforetak med tverrgående organisering. Utvalget mener at størrelse påvirker samhandling, enten det gjelder regionen eller helseforetaket. Dersom enheten er for stor, må det iverksettes kompensierende tiltak for å få til god samhandling med primærhelsetjenesten i praksis.

8.2.5 Oppsummering

Helse Sør-Øst er en stor region med hensyn til antall innbyggere og ansatte, helseforetak og sykehusenheter. Sett i lys av prognosene for befolkningsveksten, vil regionen bli enda større i årene som kommer.

Spørsmålet om regionen vurderes å være for stor til å kunne ivareta planleggingen av tilbudet til befolkningen på en god måte, må også vurderes i lys av at den dekker et område med stor befolkningskonsentrasjon. Et stort kontrollspenn gir også mulighet for å samordne pasienttilbud og vurdere funksjonsfordeling for et stort befolkningsområde.

To hovedproblemstillinger er vurdert:

- Bør regioninndelingen endres for å legge til rette for å flytte deler av pasientbehandlingen?
- Bør regioninndelingen endres fordi det slik legges til rette for mer effektiv drift?

Utvalget mener at Oslo universitetssykehus HF bør videreføres som regionsykehus for hele det aktuelle området. Gjennomgangen fra SKDE viser også at det er begrenset potensiale for å øke egendekningen i nye regioner gjennom å fordele regionfunksjoner som ivaretas av Oslo universitetssykehus HF til flere helseforetak. Dette innebærer at en eventuell oppdeling av regionen ikke kan knyttes til en anbefaling om å flytte deler av pasientbehandlingen, for slik å sikre pasientgrunnlag og høyere egendekning i eventuelle nye regioner.

Oppsummeringen av evalueringen fra SINTEF tilsier ikke at det er forhold ved organiseringen av Helse Sør-Øst som har gitt negative utslag på driften. Dette støttes også av andre tall som illustrerer utviklingen i regionen de siste årene.

Til tross for dette kan en ikke se bort fra at mindre helseregioner ville gitt grunnlag for en bedre oppfølging av helseforetakene og mer effektiv drift.

Sammenhengen mellom volum og kvalitet har vært sentral i den norske debatten knyttet til sykehusstruktur, funksjons- og oppgavefordeling. Forskningen som ligger til grunn for denne debatten er primært knyttet opp til enkeltprosedyrer og -behandlinger¹³. Teknisk krevende og sjeldne prosedyrer har behov for minimumsvolum for god kvalitet. Det er ikke samme tydelige sammenhenger for vanlige prosedyrer og sammensatte tilstander. Eldre pasienter med brudd har bedre overlevelse på små sykehus. Rehabilitering og oppfølging av kroniske syke pasienter får bedre pasientevalueringer på små enheter. Det er en dynamikk mellom store og små enheter som må ledes godt.

Dette kan ikke knyttes opp til størrelsen på regioner som planleggingsenheter. Det er imidlertid et spørsmål om størrelsen på helseregionen betinger organisering av sykehusene i store helseforetak, med de organisatoriske og ledelsesmessige konsekvensene det er vist til at dette i noen sammenhenger kan ha, og at mindre regioner bedre kan legge til rette for mindre enheter. Dette vil også kunne legge til rette for kortere styringslinjer og høyere grad av legitimitet. Utdringsbildet med hensyn til pasientsammensetningen med flere eldre og kronikere, ofte med sammensatt sykdomsbilde, vil kreve sterkere lokalt fokus og lokal koordinering, både internt i sykehusene og mot primærhelsetjenesten.

På denne bakgrunn har utvalget vurdert alternative inndelinger av helseregionen, og konsekvensene av en eventuell deling.

8.3 Alternativ inndeling av Helseregion Sør-Øst

Utvalget har skissert og vurdert tre ulike alternativer for endret regioninndeling i Sør-Øst; ett alternativ der Sør-Øst deles i to nye regioner og to alternativer for å dele Sør-Øst i tre nye regioner. Gitt utvalgets tilrådning om ikke å etablere flere regionsykehus, vil det ved en eventuell oppdeling av

¹³ Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Helseregion Sør-Øst være én eller to regioner som ikke har eget regionsykehus.

Utvalget har også sett på mulighetene for å redusere det geografiske området til Helseregion Sør-Øst ved å overføre deler av opptaksområdet til andre regioner. Et forslag kunne være at kommunene i Hedmark som inngår i *fjellregionen* overføres til Helseregion Midt-Norge. Dette gjelder kommunene Tynset, Os, Tolga, Alvdal, Folldal og Rendalen som til sammen har en befolkning på om lag 15 000 innbyggere. Dette er ikke fulgt opp videre. Et annet alternativ kunne være å overføre Agder-fylkene (Sørlandet Sykehus HF) til Helseregion Vest. Sørlandet sykehus har et befolkningsgrunnlag på 292 000 innbyggere og et budsjett på 6,26 mrd. kroner. Dette utgjør om lag 10 pst. av befolkningen i helseregionen, og vil slik sett kunne bidra til å redusere kontrollspennet i regionen noe. Gitt erfaringer med å styre pasientstrømmer på tvers av befolkningens preferanser og kommunikasjoner, er det vurdert å være lite realistisk at Sørlandets befolkning vil velge å reise til Bergen for å få regionsykehustjenester. Dette alternativet er derfor heller ikke vurdert nærmere.

I alle de tre alternativene for endret regioninndeling etableres det en Region Sør, bestående av Buskerud, Akershus Vest (Asker og Bærum¹⁴), Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder.

¹⁴ Utgangspunktet for alternativene for regioninndeling er basert på eksisterende helseforetaksstruktur. Bærum kommune har i sitt innspill til utvalget tatt til orde for at Bærum sykehus ses sammen med Oslo.

Forskjellen mellom alternativene ligger derfor i organiseringen av den øvrige delen av dagens Helse Sør-Øst; å etablere denne som én enhet, eller dele den i to på to ulike måter.

8.3.1 Helseregion Sør-Øst deles i to regioner

Helseregion Sør-Øst deles i to: Helseregion Øst og Helseregion Sør.

Oslo og Akershus sykehusområder vil her være i samme region. Med en slik inndeling følges da i hovedsak etablerte pasientstrømmer og kommunikasjoner i hovedstadsområdet. Kapasitetsutfordringene for Oslo og Akershus (Øst) kan også planlegges og styres samlet.

Helseregion Øst vil bli den største helseregionen, både ut fra befolkningsgrunnlag og ikke minst budsjett. Som følge av befolkningsveksten vil forskjellene øke ytterligere. Den store forskjellen i budsjett mellom de to regionene er knyttet til Oslo universitetssykehus HF og det ansvaret dette sykehuset har for blant annet lands- og regionfunksjoner.

Helseregion Sør vil være uten eget regionsykehus, og blir dermed avhengig av et tett samarbeid med Helseregion Øst om pasientforløp, forskning, utdanning og faglig utvikling m.m. Det vil også bli et omfattende gjestepasientoppgjør mellom de to helseregionene. Samarbeidet mellom disse to regionene vil således ha en annen karakter enn det som ellers vil være tilfelle mellom de andre helseregionene.

Tabell 8.8 Helseregion Sør-Øst deles i to regioner

	Helseregion Øst	Helseregion Sør
Geografisk område	Hedmark, Oppland, Østfold, Akershus Øst (Romerike/Follo) og Oslo	Buskerud, Akershus Vest (Asker og Bærum), Vestfold, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder
Helseforetak og sykehus	Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Østfold HF Akershus universitetssykehus HF Oslo universitetssykehus HF Sunnaas sykehus HF (Diakonhjemmet/Lovisenberg/ Rvmatismesykehuset)	Vestre Viken HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF Sørlandet sykehus HF (Martina Hanssen, Betanien)
Befolkning 2013	1 680 000	1 140 000
Befolkning 2030	2 021 000	1 335 000
Årsverk/ansatte	Årsverk: 37 900 Ansatte: 49 700	Årsverk: 19 700 Ansatte: 26 000
Budsjett (2016)	46 mrd. kroner	23 mrd. kroner

8.3.2 Helseregion Sør-Øst deles i tre regioner – Oslo blir egen helseregion

I dette alternativet deles helseregion Sør-Øst i tre; Helseregion Øst, Helseregion Sør og Helseregion Oslo. Det er lagt til grunn at Oslo kommune er egen helseregion. De tre bydelene Alna, Grorud og Stovner (i overkant av 100 000 innbyggere) er overført fra opptaksområdet til Akershus universitetssykehus til Helseregion Oslo.

I dette alternativet vil to av de nye regionene, Helseregion Øst og Helseregion Sør, få et befolkningsgrunnlag tilsvarende Helseregion Vest. Helseregion Oslo vil i forhold til antall innbyggere bli større enn Helseregion Nord, men litt mindre enn Helseregion Midt-Norge. Sett ut fra budsjett 2016 blir helseregionene om lag like store. Da er det imidlertid ikke korrigeret for inntekter knyttet til de tre bydelene som i dette alternativet skal overføres til Helseregion Oslo.

I en slik deling må en også ivareta nødvendig samordning og styring for å løse kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet, med Akershus (Øst) og Oslo sykehusområder i hver sin region. Akershus universitetssykehus har lavest egendekning i Helse Sør-Øst, som blant annet skyldes at en stor andel av lokalsykehuspasientene har Oslo-sykehusene som sine preferanser. Denne inndelingen vil derfor føre til spesielt omfattende gjestepasientoppgjør for Øst-regionen.

Helseregion Sør og Helseregion Øst vil være uten eget regionsykehus. Samarbeidet mellom disse to regionene og Helseregion Oslo vil, på samme måte som når regionen deles i to, ha en annen karakter enn mellom helseregionene forøvrig. En Helseregion Oslo som bare omfatter Oslo universitetssykehus HF ville være i en særstilling i forhold til de andre fem helseregionene.

8.3.3 Helseregion Sør-Øst deles i tre regioner – Oslo og Akershus i samme helseregion

I dette alternativet er Oslo og Akershus sykehusområder lagt til samme helseregion. Nye Helseregion Øst vil omfatte Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Østfold HF.

Med Oslo og Akershus i samme helseregion, ivaretar dette alternativet i større grad de etablerte pasientstrømmene i hovedstadsområdet. På samme måte som i alternativ 1 muliggjør dette alternativet at kapasitetsutfordringene for Oslo og Akershus (Øst) kan planlegges og styres samlet.

Nye Helseregion Øst vil få et befolkningsgrunnlag som blir i overkant av Helseregion Nord, og vil være den helseregionen med klart minst budsjett. Nye Helseregion Oslo vil få om lag tilsvarende befolkningsgrunnlag som nye Helse-region Sør, men blant annet på grunn av lands- og regionfunksjonene ved Oslo universitetssykehus

Tabell 8.9 Helseregion Sør-Øst deles i tre regioner – Oslo blir egen helseregion

	Helseregion Øst	Helseregion Sør	Helseregion Oslo
Geografisk område	Hedmark, Oppland, Østfold og Akershus Øst (Romerike/Follo)	Akershus Vest, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder	Oslo (kommune, inkl. Alna, Grorud og Stovner)
Helseforetak og sykehus	Sykehuset Innlandet HF	Vestre Viken HF	Oslo universitetssykehus HF
	Sykehuset Østfold HF	Sykehuset i Vestfold HF	Sunnaas sykehus HF
	Akershus universitetssykehus HF (Revmatismesykehuset)	Sykehuset i Telemark HF	(Diakonhjemmet/Lovisenberg)
		Sørlandet sykehus HF (Betanien/Martina Hanssen)	
Befolkning 2013	1 080 000	1 140 000	600 000
Befolkning 2030	1 249 000	1 335 000	772 000
Årsverk/ansatte	Årsverk: 19 000 Ansatte: 26 200	Årsverk: 19 700 Ansatte: 26 000	Årsverk: 18 900 Ansatte: 23 700
Budsjett (2016)	23 mrd. kroner	23 mrd. kroner	23 mrd. kroner

Tabell 8.10 Helseregion Sør-Øst deles i tre regioner – Oslo og Akershus i samme helseregion

	Helseregion Øst	Helseregion Sør	Helseregion Oslo
Geografisk område	Hedmark, Oppland, Østfold	Akershus Vest, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder	Akershus Øst (Romerike/Follo) og Oslo (kommune)
Helseforetak og sykehus	Sykehuset Innlandet HF	Vestre Viken HF	Oslo universitetssykehus HF
	Sykehuset Østfold HF (Revmatismesykehuset)	Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF Sørlandet sykehus HF (Betanien/ Martina Hanssen)	Akershus universitetssykehus HF Sunnaas sykehus HF (Diakonhjemmet/ Lovisenberg)
Befolkning 2013	660 000	1 140 000	1 020 000
Befolkning 2030	749 000	1 335 000	1 272 000
Årsverk/ansatte	Årsverk: 12 400 Ansatte: 17 200	Årsverk: 19 700 Ansatte: 26 000	Årsverk: 25 500 Ansatte: 32 700
Budsjett (2016)	15 mrd. kroner	23 mrd. kroner	31 mrd. kroner

vil budsjettet for denne helseregionen bli vesentlig større, og om lag dobbelt så stort som for nye Helseregion Øst. Forskjellene mellom regionene vil på sikt bli enda større, gitt forventet befolkningsvekst i Oslo og Akershus.

Helseregion Sør og Helseregion Øst vil også i dette alternativet være uten eget regionsykehus. Samarbeidet mellom disse to regionene og Helseregion Oslo vil, på samme måte som i de to andre alternativene, ha en annen karakter enn mellom helseregionene forøvrig.

8.3.4 Økonomisk situasjon ved eventuell oppdeling

I vedlegg 1 er det gitt en oversikt over den økonomiske situasjonen for regionene for hvert av de tre alternativene. Situasjonen for hvert enkelt foretak er gitt i tabell 8.11.

Ved en oppdeling vil de nye regionene ha ulikt utgangspunkt med hensyn til fordringer og gjeld, og resultatene påvirkes i stor grad av at Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF har høy samlet gjeld som følge av utbyggingene som er gjennomført. Hvis en ser på summen av fordringer og gjeld til Helse Sør-Øst, driftskreditt/bankinnskudd og gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet, er bildet for de til sammen seks ulike regionene som presentert i tabell 8.12 (summen av fordringer og gjeld for helseforetakene som inngår i de ulike regionene).

Det kan være alternative måter å håndtere dette på, noe som er nærmere belyst i punkt 8.4.3.

8.4 Konsekvenser av å dele Helseregion Sør-Øst

I dette avsnittet drøftes konsekvensene av en eventuell deling av Helse Sør-Øst opp mot kriteriene som er beskrevet i kapittel 7. Videre vurderes konsekvensene med hensyn til økonomisk bæreevne og planlagte investeringer, samt omstillings- og implementeringskonsekvenser.

8.4.1 Vurdering av deling mot de valgte kriteriene

Beslutningers legitimitet/demokratisk legitimitet

I forbindelse med utvalgsarbeidet gjennomførte Retriever en medieanalyse av debatten om helseforetaksmodellen i perioden 1.1.2013–30.9.2015, jf. omtale i kapittel 4. Det framgår ikke her at det er en særskilt kritikk av Helse Sør-Øst i den perioden som er kartlagt, utover den generelle kritikken av at helseforetaksmodellen er udemokratisk og at det er for lite folkevalgt styring av sykehusene.

Det følger av helseforetaksloven at styrerepresentanter i regionale helseforetak skal ha tilknytning til regionen. En deling av Helseregion Sør-

Tabell 8.11 Fordringer og gjeld ved utgangen av 2015 i Helse Sør-Øst. (mill. kroner)

Foretak	Basisfordring/ gjeld til RHF	Utgående likviditet bank	Totalt mellom- værende	Lån (HOD)	Opparbeide rettigheter
Akershus universitetssykehus HF	-1 325	-424	-1 749	-2 920	
Oslo universitetssykehus HF	3 175	-2 351	824	-1 842	
Sykehusapotekene HF		213	213		
Sunnaas sykehus HF	-144	50	-94		73
Sykehuset i Vestfold HF	724	-182	542	-305	84
Sykehuset Innlandet HF	1 339	428	1 767	-195	377
Sykehuset Telemark HF	792	-3	789	-40	146
Sykehuset Østfold HF	-2 237	-338	-2 575	-2 931	
Sørlandet sykehus HF	846	199	1 045	-59	228
Vestre Viken HF	574,5	-1 205	-630,5	-377	212
Sykehuspartner	-2 453	70	-2 383		
Digital fornying	-920	-61	-981		
Prosjekt Nytt Østfoldsykehus	-927	113	-814		
Helse Sør-Øst RHF inkl. interne avd.	555,5	1 201	1 756		
Driftskredittramme i Norges Bank		3 339	3 339	-3 339	
Sum		1 049	1 049	-12 008	1 120

Forklaring til tabell 8.11:

Basisfordring/gjeld: Positivt tall viser at helseforetaket har avgitt likviditet til andre foretak i regionen, altså har penger til gode. Tall med negativt fortegn viser at helseforetaket har lånt likviditet fra de andre helseforetakene, altså har intern gjeld.

Utgående likviditet bank: Positivt tall viser at helseforetaket har innskudd i bank, tall med negativt fortegn viser at helseforetaket har belastet driftskreditt.

Totalt mellomværende: Sum av kolonne en og kolonne to.

Lån (HOD): Lån som er tatt opp gjennom den statlige låneordningen for finansiering av investeringer.

Opparbeide rettigheter: Dette er oppspart overskudd som så langt ikke er disponert til investeringer; «penger på bok».

Tabell 8.12 Sum fordringer og gjeld for de ulike alternativene

	Sum fordringer og gjeld (mill. kroner)
Helseregion Sør (alle)	965
Helseregion Øst (8.3.1)	-9 715
Helseregion Øst (8.3.2)	-8 603
Helseregion Oslo (8.3.2)	-1 112
Helseregion Øst (8.3.3)	-3 934
Helseregion Oslo (8.3.3)	-5 781

Øst vil gjennom at det blir flere regioner også gi flere styremedlemmer med lokal representasjon og tilhørighet. På samme måte vil dette gi flere ansattrepresentanter. Mindre regioner kan slik bidra til høyere legitimitet.

De positive effektene på disse områdene vil imidlertid til en viss grad være avhengig av hvordan samarbeids- og styringsmekanismene på tvers av de nye helseregionene vil fungere.

Effektiv ressursutnyttelse – samordning

Det vil bli en asymmetri mellom helseregion(e) som ikke har regionsykehus og regionen som har regionsykehus, der de andre regionene vil være avhengig av Oslo-regionen. Det vil også være risiko for at sykehus i helseregioner uten regionsykehus på sikt bygger opp regionale behandlingsfunksjoner flere steder enn det som er ønskelig ut

fra faglige og ressursmessige hensyn. I Nasjonal helse- og sykehusplan er det lagt til grunn at regionale funksjoner skal innlemmes i den nasjonale godkjenningsordningen for nasjonale behandlingstjenester og legges til Helsedirektoratet. Selv om dette kan bidra til å redusere risikoen for at det etableres regionale tjenester for mange steder, vil det likevel være faglige drivkrefter for å bygge opp mer spesialiserte funksjoner på sykehusene i de nye helseregionene.

Ved etablering av helseregioner uten regionsykehus vil det måtte etableres mer omfattende styringsmekanismer og avtaler mellom den regionen som har regionsykehuset (Oslo universitetssykehus) og den eller de andre region(ene). Det vil være en usikkerhet knyttet til om sykehusene vil være lojale til inngåtte avtaler mellom helseregionene og sende sine pasienter fra sitt opptaksområde til andre sykehus for å få regionale behandlingstjenester. Pasientenes rett til fritt behandlingsvalg vil også påvirke dette.

Som omtalt i punkt 8.2.3 ivaretar Oslo universitetssykehus HF flere viktige roller i Helse Sør-Øst, blant annet som motor for fagutviklingen. Sykehuset har også en sentral plass i etablerte fagråd og fagutvalg i regionen. I nasjonal helse- og sykehusplan er det også uttrykt at regjeringen vil tydeliggjøre regionsykehusenes rolle i de faglige nettverkene i helseregionen og hvordan regionsykehusene kan bidra til å sikre kompetanse i alle deler av nettverket. Dette må ivaretas på tvers når regionsykehuset skal dekke flere regioner.

På den annen side gir mindre helseregioner færre enheter å koordinere internt, og åpner også for flere helseforetak eller resultatenheter som kan forventes å legge bedre til rette for økt ledelsesfokus på lokal drift og koordinering og samhandling internt, og mot kommunene og primærhelsetjenesten.

Økonomistyring og kontroll

Det vil bli et betydelig volum på gjestepasientoppgjør dersom det opprettes flere helseregioner. Betaling for gjestepasienter mellom Helse Sør og Helse Øst var et stadig tilbakevendende tema før de to regionene ble slått sammen i 2007, og da var det største volumet knyttet til pasienter fra Helse Øst som fikk behandling ved Rikshospitalet. Det er nå utviklet både bedre kunnskapsgrunnlag og bedre registrering av kostnadskomponentene ved ulike behandlinger ved sykehusene, noe som gir bedre grunnlag for oppgjør. Det er også etablert en abonnementsordning for lands- og regionsfunksjoner ved Oslo universitetssykehus, jf. om-

tale i boks 8.4. Mens dagens ordninger er basert på beslutninger i en felles eierstruktur, ville en deling i flere helseregioner måtte basere seg på avtaler. Selv om dagens ordninger vil kunne videreføres, eventuelt som beslutning av departementet, vil det kunne bli mer krevende å justere ordningene framover siden de i utgangspunktet vil måtte baseres på frivillige avtaler.

Et mulig tiltak innenfor et avtaleinstitutt kan være å oppnevne et avregningsutvalg som får i oppdrag å etterprøve beregningsgrunnlag m.m. En deling av regionen vil uansett gi større usikkerhet i forhold til budsjettstyring og kostnadskontroll i regionene på grunn av større pasientlekkasjer på tvers av regiongrenser.

Samhandling og samarbeid med kommuner og fylkeskommuner

Som omtalt i kapittel 7 er det styret for de regionale helseforetakene som har ansvar for samhandling og samarbeid med kommuner og fylkeskommuner, herunder å inngå lovpålagte samarbeidsavtaler med kommunene eller bestemme hvilke helseforetak som skal inngå samarbeidsavtaler. I praksis er det slik at det er helseforetakene som normalt er avtalepart i samarbeidsavtalene, og praktisk oppfølging av avtalene skjer lokalt.

En oppdeling av helseregionen og eventuelt oppdeling i flere helseforetak kan legge bedre til rette for samarbeid og samhandling med kommunene og helse- og omsorgstjenestene. Utvalget har imidlertid ikke grunnlag for å si at samhandlingen med kommunesektoren generelt er dårligere i Helse Sør-Øst enn i de andre helseregionene. Dette vil også variere mellom helseforetak og sykehus innenfor regionen. God samhandling avhenger også av ledelse og av kvalitet på informasjonsutvekslingen, herunder IKT-løsninger som fungerer på tvers av nivåer. Organisatoriske og teknologiske løsninger som understøtter god samhandling bør uansett videreutvikles også om dagens regioninndeling blir videreført. Det avgjørende for kommunene i samhandling med regionen eller helseforetaket, er å ha dialog med faktiske beslutningstakere, og være i reell dialog om helsepolitiske utfordringer i sin region.

Pasienter og andre berørtes innflytelse på tjenestetilbudet

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF har i skriftlig innspill til utvalget gitt uttrykk for at brukervirkningen i regionen har blitt bedre over tid. Hvis regionen deles, vil det bli etablert brukerutvalg

også i de nye regionale helseforetakene, noe som vil gi flere brukerrepresentanter.

Forskning og utdanning – samarbeid med universiteter og høyskoler

Oslo universitetssykehus HF er den største og viktigste forskningsaktøren både i Helse Sør-Øst og nasjonalt, og er også en stor utdanningsaktør. Innen legespesialistutdanningen er samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus og de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst avgjørende for å opprettholde nivå og kvalitet på utdanningen. I forbindelse med omleggingen av spesialistutdanningen er det vedtatt at det skal være et regionalt utdanningscenter i hver helseregion, knyttet til de store universitetssykehusene (regionsykehusene). I første omgang skal deres oppgaver være konsentrert om organisering av teoriundervisningen. I tillegg skal de regionale helseforetakene starte arbeidet med å planlegge for effektive og helhetlige utdanningsløp, som blant annet omfatter tjenester ved regionsykehus. Det må vurderes nærmere hvordan dette kan ivaretas på tvers ved eventuell etablering av flere regioner som bruker det samme regionsykehuset.

Når det gjelder de øvrige helsepersonellutdanningene mv. kan det ved en eventuell deling ligge til rette for samarbeid om utdanning og forskning i de eventuelt nye regionene både med Universitetet i Agder og Høgskolen i Sørøst-Norge.

8.4.2 Konsekvenser for økonomisk bæreevne og planlagte investeringer

Helse Sør-Øst har lagt til grunn at investeringer med regional prioritering omfatter større byggeprosjekter over 100 mill. kroner og regional IKT-satsing.

Som omtalt i boks 8.2 står Helse Sør-Øst RHF overfor betydelige utfordringer knyttet til planlegging og gjennomføring av investeringsprosjekter. I økonomisk langtidsplan (2017–2020) legges det opp til en betydelig vekst i investeringsnivået fra 2018 til 2020, fra om lag 5,5 mrd. kroner til opp mot 9 mrd. kroner årlig. Endelige kostnader ved prosjektene vil ikke være avklart før oppstart av forprosjekt er godkjent. Investeringsnivå og fordeling per år er derfor forbundet med vesentlig usikkerhet og ikke konkretisert.

Innenfor det økonomiske handlingsrommet må foretaksgruppen tilpasse planlagte investeringer. Foretaksgruppen Helse Sør-Øst har årlig om lag 3,5 mrd. kroner tilgjengelig i fri likviditet ved et resultat i balanse. I tillegg til låneopptak fra

Helse- og omsorgsdepartementet og interne lån i Helse Sør-Øst er det forutsatt at helseforetakene bidrar med egenfinansiering, herunder likviditet fra egne positive resultater, ved finansiering av regionalt prioriterte prosjekter i eget helseforetak.

Økonomisk langtidsplan (2017–2020) for Helse Sør-Øst RHF er planlagt med forutsetninger om betydelige forbedringer i økonomisk resultat i foretaksgruppen i Helse Sør-Øst. Det er pekt på at flere helseforetak vil ha økonomiske utfordringer i hele økonomiplanperioden. Som en planforutsetning er det avsatt midler i regional buffer som tiltak for å redusere risiko og usikkerhet. Disse forutsetningene er dermed grunnlaget for de to store prioriterte byggeprosjektene ved Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF i denne langtidsplanperioden. Det vil også komme store investeringer ved Sykehuset Innlandet HF samtidig med investeringer ved Oslo universitetssykehus HF. Ved en oppdeling av helseregionen vil det bli en mindre økonomi som skal håndtere disse investeringsprosjektene. Spørsmålet er hvorvidt dette vil få konsekvenser for investeringsevnen, herunder planlagt framdrift.

Økonomisk bæreevne knyttet til investeringer handler om to forhold: Likviditet til å gjennomføre investeringene og økonomisk evne til å betjene lån og avskrivninger. Likviditet håndteres nå med lån fra henholdsvis Helse- og omsorgsdepartementet (70 pst.) og lån fra Helse Sør-Øst, i tillegg til egenfinansiering i helseforetaket. Ved eventuell deling av helseregionen oppstår en problemstilling knyttet til den andelen av investeringer som nå finansieres ved lån fra Helse Sør-Øst, og der det blir mindre muligheter til omfordeling innenfor mindre regioner. Ved en eventuell deling må det derfor vurderes om staten ved departementet kan ta en utvidet rolle i finansiering av investeringer; for eksempel gjennom en utvidet statlig låneordning for å sikre likviditet.

Utvalget legger til grunn at prinsippet om at helseforetaket har egenansvar for å betjene lånekostnadene må videreføres. Den andre problemstillingen er da at det må være grunnlag i helseforetakets driftsøkonomi til å kunne betjene nåværende og framtidige låneopptak. Spesielle utfordringer knytter seg her til Oslo universitetssykehus. Som omtalt har inntektsmodellen i Helse Sør-Øst tatt opp i seg særstillingen som Oslo universitetssykehus har i regionen, herunder at over halvparten av aktiviteten ved sykehuset er knyttet til pasienter utenfor Oslo sykehusområde, jf. boks 8.4. Det kan være vanskelig å etablere et avtale-system innenfor en struktur med flere helseregio-

Boks 8.4 Finansieringsmodell i Helse Sør-Øst

Finansieringsmodellen for Helse Sør-Øst er omtalt i kapittel 3 (boks 3.1). Modellen er utformet over flere år. I dette kapitlet trekkes fram de elementene som er spesielt relevante med tanke på eventuell oppsplitting av regionen.

Det er etablert en abonnementsordning (innenfor somatikk) for å ta hensyn til at Oslo sykehusområde har lands- og regionfunksjoner og utfører pasientbehandling som ikke utføres i andre sykehusområder. Det er tatt hensyn til dette i inntektsmodellen ved at basisrammen omfordes til Oslo sykehusområde fra de andre sykehusområdene basert på volum og en fastsatt pris. Abonnementsmodellen gir Oslo universitetssykehus inntekter på ca. 2,2 mrd. kroner utover ordinært gjestepasientoppgjør (som er 80 pst. av DRG).

Tjenester fra private leverandører finansieres initialt fra det regionale helseforetaket og ikke direkte fra helseforetakene. Forbruket av private tjenester varierer mellom sykehusområdene og det er derfor tatt hensyn til dette i inntektsmodellen ved en avregning etter faktisk forbruk. Bruk av Sunnaas sykehus HF avregnes også sykehusområdene etter faktisk forbruk.

Forskningsaktivitet finansieres gjennom en fast del og en poengbasert del, i tillegg til kompensasjon for merkostnader i pasientbehandling som følge av forskning. Det er forutsatt at Oslo universitetssykehus HF gjennomfører hovedtyngden av forskningsaktiviteten i regionen. Akershus universitetssykehus HF forutsettes også å opprettholde en større forskningsaktivitet enn øvrige helseforetak og sykehus.

Investeringsregime og styring av likviditet

Helse Sør-Øst har utviklet et felles regime for håndtering av midler til investeringer og styring av likviditet. Dette innebærer bl.a. at tilgjengelig

likviditet knyttet til avskrivninger dels disponeres av det enkelte helseforetaket og dels styres av regionen inn mot regionale prosjekter. Regionale prosjekter er enten store byggeprosjekter eller felles satsing på IKT (*Digital fornying*). Dette har gjort det mulig for Helse Sør-Øst å realisere større investeringer tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle ha stått for finansieringen alene.

De største byggeprosjektene de siste årene har vært Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold. Store prosjekter som er planlagt framover er nytt sykehus i Drammen, og etter hvert også Oslo universitetssykehus og i Sykehuset Innlandet. I tillegg kommer en betydelig regional satsing på IKT.

Styringen av likviditet innebærer at det er etablert et regime med rentebærende fordringer og gjeld mellom de enkelte helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF, jf. tabell 8.11. Tabellen viser hvordan de regionale midlene er fordelt på en måte som innebærer at enkelte helseforetak har fordringer, mens helseforetak som har gjennomført større investeringsprosjekter har gjeld. Oslo universitetssykehus HF alene har en fordring på resten av Helse Sør-Øst på over 3 mrd. kroner. Det betyr at det i de senere år er styrt likviditet til investeringer ellers i helseregionen. Samtidig har Oslo universitetssykehus HF en driftskredittsaldo på i overkant av 2,35 mrd. kroner, blant annet som følge av flere år med resultatmessig underskudd.

Likviditet som følge av *overskudd* i det enkelte helseforetak, beholdes av helseforetakene og kan benyttes til investering påfølgende år, eller til nedbetaling av driftskreditt (netto gjestående overskudd til disposisjon er omtalt som opparbeidede rettigheter i tabell 8.11).

ner som løser problemstillingene som i dag håndteres av inntektsmodellen i Helse Sør-Øst.

Investeringene ved Oslo universitetssykehus HF skal foregå over mange år. Tilsvarende skal helseforetaket håndtere gjeld over mange ti-år etter dette. Den spesielle stillingen til Oslo universitetssykehus HF ville etter utvalgets oppfatning trolig måtte innebære at det i større grad enn i dag vil bli et nasjonalt ansvar å sørge for rammebetingelsene for Oslo universitetssykehus HF

hvis regionen deles. Dette ville medføre at det statlige ansvaret for regionsykehuset på Sør-Østlandet ville være av en annen karakter enn for resten av landet.

Ved etablering av et nasjonalt eiendomsselskap ville mulighetene til å omfordere likviditet blitt større. Kravet til helseforetakene når det gjelder å håndtere kostnader ved investeringer over tid ville imidlertid være det samme. Utfordringene knyttet til driftsøkonomien til Oslo universitetssy-

kehus HF ved eventuell deling ville derfor også være de samme som beskrevet over.

8.4.3 Omstillings- og implementeringskonsekvenser

Endringer i regioninndelingen vil ha en rekke økonomiske omstillings- og implementeringskonsekvenser. Etablering av flere regioner vil kreve ny nasjonal inntektsmodell for fordeling av inntekter mellom helseregionene. Den særskilte finansieringen av Oslo universitetssykehus må håndteres i nytt system, jf. over. Helse Sør-Øst RHF har også ansvaret for å inngå og forvalte kjøp av helse tjenester på vegne av hele foretaksgruppen. Eksterne helsetjenester utgjør omlag 4,6 mrd. kroner. Dette må eventuelt fordeles mellom nye regioner og det må inngås nye avtaler.

Oversikten som er gitt i punkt 8.3.4, viser at en oppdeling av helseregionen vil føre til at de nye helseregionene vil få ulikt utgangspunkt med hensyn til fordringer og gjeld. Det kan være alternative måter å håndtere dette på, både for fordringer og gjeld internt i Helse Sør-Øst, og for fordringer og gjeld mellom Helse- og omsorgsdepartementet og nye regioner.

Mellomværende mellom Helse- og omsorgsdepartementet og nye helseregioner

Eksterne lån og driftskreditt er gitt til de regionale helseforetakene av Helse- og omsorgsdepartementet. Etter 2015 kan de regionale helseforetakene også inngå finansielle leieavtaler. Lån før 2008 er gitt som rammelån og er ikke knyttet til spesifikke prosjekter i departementets lånekontrakter. Etter 2008 er lån gitt til store byggeprosjekter over 500 mill. kroner.

Det legges til grunn at hver av de nye helseregionene beholder verdier i form av bygninger og annen infrastruktur (kapitalfundamentet) som tilhører helseforetakene i regionen. Tilsvarende at de nye helseregionene overtar den samlede gjelden som helseforetakene i regionen har opparbeidet, jf. oversikten i tabell 8.11.

Driftskredittrammer fra Helse- og omsorgsdepartementet er i dag fordelt til de regionale helseforetakene etter Magnussen-fordelingen. Det legges til grunn at ny fordeling av driftskreditter fordeles etter det som blir den nye nasjonale inntektsmodellen for fordeling av inntekter mellom nye regioner.

Fordelingen av driftskreditt (faktisk opptatt driftskreditt) mellom helseforetakene internt i regionen, følger en annen logikk, jf. tabell 8.11. Opp-

trekket på driftskredittrammen er i all hovedsak en konsekvens av resultatmessig underskudd i det enkelte helseforetak. Som de ulike alternativene for inndeling i nye regioner viser, jf. vedlegg 1, vil det kunne oppstå store avvik mellom fordeling av driftskreditt etter fordelingsnøkkel og det som er faktisk opptatt driftskreditt i de helseforetakene som vil inngå i nye regioner. Dette kan løses ved å etablere en overgangsordning før man kommer over på en fordeling etter inntektsnøgkelen.

Fordeling av lån og driftskreditter mellom Helse- og omsorgsdepartementet og nye regioner vil teknisk kunne løses gjennom økonomiske overgangsordninger.

Mellomværende mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene

I tråd med omtalen over legges det til grunn at de nye regionene beholder sine verdier i form av bygninger og annen infrastruktur (kapitalfundamentet). Tilsvarende at de nye helseregionene overtar den samlede gjelden eller fordringene som helseforetakene har opparbeidet. Det må også tas stilling til hvordan interne fordringer og gjeld skal håndteres.

Det kan være ulike tilnærminger til hvordan man kan håndtere oppgjør av fordringer og gjeld ved eventuell deling av Helse Sør-Øst:

- Det kan avtales et mellomværende med tilhørende betingelser om renter og nedbetalings tid mellom de nye regionene (og eventuelt Sykehuspartner).
- Det kan etableres mellomværende mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de nye regionene (og eventuelt Sykehuspartner).

Hovedutfordringen knyttet til å forvalte mellomværende mellom regionene eller mot departementet, vil være manglende tidsmessig samsvar mellom behov for tilbakebetaling av fordring til investeringer og de andres tilbakebetaling av gjeld. Det vil derfor oppstå et synkroniseringsbehov som kan være krevende å regulere avtalemessig. Dette kan eventuelt reguleres ved at departementet fastsetter nedbetaling av gjeld og tilsvarende plan for å innfri fordringer, for eksempel med utgangspunkt i vedtatt økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst. Dette vil imidlertid gripe inn i mulighetene de nye regionene har til å prioritere rekkefølge og tidsplan for gjennomføring av framtidige investeringer og kan innebære en mer krevende vei for å få realisert nye investeringsprosjekter.

Utvalget mener et naturlig utgangspunkt vil være at departementet gis en rolle for å løse overgangsproblemene. Det bør imidlertid ikke etableres ordninger som gir særfordeler over tid. For eksempel ville det å sanere gjeld være et tiltak som vil bli oppfattet som urettferdig i forhold til de andre helseregionene, og som ikke vil være i tråd med målene om å legge til rette for likeverdige helsetjenester.

Sykehuspartner HF har ved utgangen av 2015 om lag 2,5 mrd. kroner i gjeld til øvrige helseforetak. Det må organisatorisk eller avtalemessig legges til rette for å videreføre eventuelle felles investeringer og finansieringen av disse i fortsettelsen, inklusiv tilbakebetaling av eksisterende gjeld. Ved utgangen av 2015 hadde Helse Sør-Øst RHF i sin balanse ca. 900 mill. kroner knyttet til investeringer i Digital fornying som skal overføres Sykehuspartner HF etter hvert som utviklingsprosjektene blir ferdigstilt. Beløpet blir da gjeld til Helse Sør-Øst RHF for dette helseforetaket.

Finansielle leasingavtaler videreføres av aktuelt foretak. Her må det utredes hvordan nye helseregioner kan tre inn i Helse Sør-Øst sine avtaler.

Utgangspunktet ved eventuell deling av Helse Sør-Øst må være at helseforetakene viderefører sin virksomhet med den økonomiske stillingen de har i dag når det gjelder gjeld og fordringer. Dette vil også være utgangspunktet ved en eventuell etablering av et nasjonalt eiendomsselskap. Utfordringene beskrevet ovenfor er knyttet til at regioner med underliggende helseforetak har gjeld og fordringer til hverandre (i Helse Sør-Øst summerer gjeld og fordringer seg til null). Ved etablering av et nasjonalt selskap vil problemstillingen være begrenset til å håndtere gjeld og fordringer knyttet til Sykehuspartner HF.

Øvrige omstillings- og implementeringskonsekvenser

I kapittel 7 er det en omtale av implementeringsrisiko knyttet til alternative styringsmodeller, som også er relevant ved en eventuell deling av Helse Sør-Øst.

Ved eventuell oppdeling av Helse Sør-Øst må det bygges nye regionale administrasjoner. Selv om disse kan ta utgangspunkt i de ansatte i det regionale helseforetaket i Helse Sør-Øst, må det likevel påregnes behov for å rekruttere nye medarbeidere og risiko for tap av kompetanse i en omstillingsfase.

Erfaringer tilsier at mye av lederkraften i både det regionale helseforetaket og i ledelsen i helseforetakene vil bli brukt til å gjennomføre en omorganisering. Omorganiseringen vil i utgangspunkt

ikke omfatte det leddet hvor helsetjenestene ytes, og det er ikke grunn til å tro at nivået på pasientbehandlingen vil bli påvirket direkte i vesentlig grad. Evne til kostnadskontroll vil imidlertid kunne bli svekket som følge av mindre lederoppmerksomhet knyttet til driften. Deling av regionen vil forutsette en gjennomgående revisjon av beredskapsplanene i regionen og nasjonalt, med hensyn til blant annet ansvar, roller varsling, kriseledelse og samhandling.

Oslo universitetssykehus HF ivaretar i dag koordinering og kriseledelse ved større hendelser på vegne av Helse Sør-Øst RHF. Det må vurderes om og eventuelt hvordan Oslo universitetssykehus HF kan ivareta denne oppgaven på vegne av flere regioner ved eventuell deling av regionen.

IKT-området må organiseres slik at den regionale innretningen på prosjektet Digitale fornying, som er et av de største digitale fornyingsprogrammene i offentlig sektor, blir ivaretatt. Det samme gjelder den omfattende moderniseringen av IKT-infrastruktur som skal gjennomføres av Sykehuspartner HF, og som også involverer en ekstern partner.

Det vil også være administrative kostnader knyttet til etablering og registrering av nye foretak, gjennomføring av virksomhetsoverdragelser med tilhørende overføring av arbeidsgiveransvar for personell, endring av avtaleforhold mellom regioner og med private leverandører mv.

8.4.4 Oppsummering

Utvalget har lagt til grunn at Oslo Universitetssykehus HF bør videreføres som regionsykehus for hele det området som i dag inngår i Helseregion Sør-Øst. Det er et begrenset potensiale for å fordele flere regionfunksjoner til andre helseforetak/sykehus for å øke egedekningen. En viktig premis for vurderingene er derfor at arbeidsdelingen mellom Oslo universitetssykehus HF og de andre helseforetakene i hovedsak bør være som i dag. Den medisinske og teknologiske utviklingen har imidlertid som konsekvens at det fortsatt vil være en dynamikk som innebærer både sentralisering og desentralisering av behandlingsfunksjoner og fagområder også i framtida.

Vurderingene av alternative inndelinger av Helseregion Sør-Øst er gjort med utgangspunkt i at mindre regioner kunne gitt grunnlag for en bedre oppfølging av helseforetakene, kortere styringslinjer og høyere grad av legitimitet.

Utvalget har vurdert konsekvensene av en deling ut fra tre tilnærminger:

1. Vurdering opp mot kriterier for legitimitet, effektivitet, samhandling og medvirkning

Mindre regioner og flere regionale helseforetak vil kunne gi tettere styring og oppfølging av helseforetakene. Dette vil også kunne legge til rette for å få flere og mindre helseforetak, med kortere styringslinjer enn i dag. Ved flere regioner blir det flere styremedlemmer med lokal representasjon og tilhørighet, og tilsvarende flere arenaer for brukerinnflytelse og medvirkning fra ansatte. Mindre regioner kan slik bidra til høyere legitimitet. En oppdeling av helseregionen og eventuelt oppdeling i flere helseforetak, kan legge bedre til rette for samarbeid og samhandling med kommunene og helse- og omsorgstjenestene.

Pasientstrømmer på tvers av regiongrenser vil øke ved en deling, og den regionen eller de regionene som ikke har regionsykehus vil bli sterkt avhengig av Oslo-regionen. Ved etablering av regioner uten regionsykehus vil det derfor måtte etableres mer omfattende avtaler mellom Oslo-regionen og den eller de andre region(ene) som må understøttes av finansieringsordninger. Det vil være usikkerhet knyttet til om sykehusene vil være lojale til inngåtte avtaler. Dette må følges opp av eier. Usikkerhet om pasientstrømmer vil også gi usikkerhet knyttet til økonomistyring.

2. Konsekvenser for økonomisk bæreevne og planlagte investeringer

Helse Sør-Øst RHF står foran store investeringsprosjekter. En deling av regionen vil innebære usikkerhet om planlagt framdrift for disse.

Gjennomføring av investeringer krever både tilgang på likviditet og økonomisk bæreevne for å betjene nåværende og framtidige låneopptak. Mindre regioner vil gi mindre muligheter for omfordeling av likviditet. Det vil derfor måtte vurderes om staten ved departementet må få en ny og utvidet rolle på investeringsområdet, for eksempel gjennom en utvidet statlig låneordning for å sikre likviditet til utbyggingen.

Oslo universitetssykehus HF har en spesiell rolle i regionen. En stor andel av pasientene bor i opptaksområdet til andre helseforetak. Helse Sør-Øst RHF har hatt en viktig rolle når det gjelder å fastsette rammebetingelsene for sykehuset. Dermed Oslo universitetssykehus HF skulle tilhøre en klart mindre region, er det sannsynlig at staten vil måtte ta et større ansvar for rammebetingelsene for dette sykehuset.

3. Omstillings- og implementeringskonsekvenser

Endringer i regioninndelingen vil gi utfordringer i en omstillings- og implementeringsfase knyttet til oppgjør av fordringer og gjeld. En hovedutfordring vil være knyttet til å synkronisere behovene for tilbakebetaling av fordringer med tilbakebetaling av gjeld. Dette kan innebære konsekvenser for rekkefølge og tidsplan for gjennomføring av framtidige investeringer.

Det vil også være ledelses- og styringsmessig risiko forbundet med å gjennomføre en så omfattende omorganisering som en deling av helseregionen vil innebære.

Som det går fram av oppsummeringen er det ulike hensyn som taler for og mot deling av Helse-region Sør-Øst. Utvalgets vurderinger går fram av kapittel 10.

8.5 Antall helseforetak i de ulike modellene

Mandatet legger til grunn at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal organiseres gjennom foretak som tilbyr spesialisthelsetjenester. Med foretak menes selvstendige rettssubjekter med styrer. Utvalget er bedt om å vurdere antall helseforetak i lys av de alternative modellene for organisering av eierskapet. Gjennomgangen i dette avsnittet er avgrenset til å omhandle helseforetak som organiserer sykehusvirksomhet.

Endringer i antall helseforetak vil ha konsekvenser både for driftsmessige forhold og investeringsbeslutninger. Det ville innebære et stort inngrep i ansvarsområdet for regionale helseforetak om departementet skulle beslutte antall helseforetak, uten at dette er tilstrekkelig utredet og vurdert av det regionale helseforetaket selv. Det kan imidlertid være aktuelt for departementet å initiere at regionale helseforetak skal utrede å endre antall helseforetak. Etter lovendringene som ble gjort i 2012, vil det være foretaksmøtet som fatter endelig vedtak om endringer i antallet helseforetak i helseregionen og vedtak om endringer i opptaksområdet for helseforetak (helseforetaksloven § 30).

Det vises til gjennomgangen av alternative styringsmodeller i kapittel 7. Utvalget konkluderer med at alternativet med ett nasjonalt helseforetak (alternativ 3) er det beste av de tre alternativene som er presentert i mandatet. I dette alternativet er det tatt utgangspunkt i at antall helseforetak skal være om lag som i dag i en overgangspenode, men det forventes en utvikling på sikt i retning av færre og større helseforetak enn i dag.

Alternativ 4 innebærer at virksomheten i de fire regionale helseforetakene og helseforetakene i regionen samles i ett foretaksnivå, benevnt som «nye helseforetak». Det forutsettes i modellen at flere enheter organiseres sammen i resultatenheter, benevnt som sykehusgrupper, og at dagens helseforetak vil være utgangspunktet for sykehusgruppene. Modellen legger imidlertid til rette for at det på sikt kan bli flere sykehusgrupper enn det er helseforetak i dag. Dette vil være et viktig grep for å sikre større grad av lokalt fokus og motvirke en mulig iboende sentraliseringskraft i modellen. Utvalget forutsetter at inndelingen i sykehusgrupper må vurderes nærmere med tanke på oppdeling når den øvrige organisasjonen har funnet sin form.

Utvalget legger til grunn at endringer i antall helseforetak eller sykehusgrupper i en eventuell ny styringsmodell, må utredes nærmere og gjennomføres som et utviklingsarbeid over tid. I punkt 8.5.1 gis en oversikt over strukturen slik den er i dag.

8.5.1 Om dagens helseforetaksstruktur

Det er i dag 20 helseforetak som driver sykehusvirksomhet. I 2002 var det 46 helseforetak, derav 43 som organiserte sykehusvirksomhet. I Helseregion Vest har strukturen vært uendret siden 2002. I Helseregion Midt-Norge og Helseregion Nord har det vært mindre justeringer, mens den store endringen i antall helseforetak har vært gjort i det området som nå er Helseregion Sør-Øst. I vedlegg 2 er det en mer detaljert oversikt over endringer i helseforetaksstrukturen fra 2002. Egendekningen i helseforetakene går fram av vedlegg 3.

De fleste helseforetakene omfatter flere somatiske sykehus og andre institusjoner, mens noen helseforetak består av ett hovedsykehus for somatisk behandling (eventuelt med noe behandlingsaktivitet ved andre, mindre institusjoner), slik som Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Vestfold HF, Sykehuset Østfold HF og Stavanger universitetssykehus HF. Oversikten viser somatiske sykehus.

8.5.1.1 Helseregion Nord

Helseforetak	Somatiske sykehus	Befolkning
Helse Finnmark HF	Kirkenes og Hammerfest	75 000
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	UNN Tromsø, Harstad, Narvik, Longyearbyen	187 000
Nordlandssykehus HF	Bodø, Lofoten og Vesterålen	135 000
Helgelandssykehuset HF	Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen	78 000

Helseforetaksstrukturen i Helseregion Nord har vært den samme siden 2007. Da ble Hålogalandssykehuset HF avviklet. Sykehusene i Narvik og Harstad ble lagt til UNN HF og sykehuset i Vesterålen til Nordlandssykehuset HF.

Helse Nord RHF har et særlig ansvar for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til

den samiske befolkningen. Finnmarkssykehuset HF er gitt i oppdrag å utvikle og ivareta tjenester som er språklig og kulturelt tilpasset den samiske befolkningen. Utvalget legger til grunn at organisering av tjenester til den samiske befolkningen, jf. omtale i punkt 4.4.5, må utredes og vurderes av Helse Nord RHF.

8.5.1.2 Helseregion Midt-Norge

Helseforetak	Somatiske sykehus	Befolkning
Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger og Namsos	136 000
St. Olavs Hospital HF	St. Olavs Hospital, Orkdal og Røros	301 000
Helse Møre og Romsdal HF	Ålesund, Volda, Molde og Kristiansund	259 000

Det har vært få endringer i helseforetaksstrukturen i Helseregion Midt-Norge. I 2004 ble Orkdal sanitetsforenings Sjukehus innlemmet i St. Olavs Hospital HF. Senere ble det fattet vedtak i foretaks-møtet i Helse Midt-Norge RHF om å slå sammen helseforetakene i Møre og Romsdal innen 1. juli

2011. Endringer for øvrig har vært at Rusbehandling Midt-Norge HF var organisert som eget helseforetak i noen år, men er nå integrert i de øvrige helseforetakene. Ambulanse Midt-Norge HF ble opprettet midlertidig i 2012, men ble som forutsatt integrert i de respektive helseforetakene i 2014.

8.5.1.3 *Helseregion Vest*

<i>Helseforetak</i>	<i>Somatiske sykehus</i>	<i>Befolkning</i>
Helse Førde HF	Førde, Nordfjord, Lærdal	109 000
Helse Bergen HF	Haukeland og Voss	427 000
Helse Fonna HF	Haugesund, Odda og Stord	176 000
Helse Stavanger HF	Stavanger universitetssjukehus	346 000

Helseforetaksstrukturen i Helseregion Vest har vært uendret siden 2002.

8.5.1.4 *Helseregion Sør-Øst*

<i>Helseforetak</i>	<i>Somatiske sykehus</i>	<i>Befolkning</i>
Oslo universitetssykehus HF	Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker	518 000
Akershus universitetssykehus HF	Ahus (Nordbyhagen) og Ski	499 000
Sunnaas sykehus HF	-	-
Sykehuset i Vestfold HF	Tønsberg, Larvik og Stavern	239 000
Sykehuset Innlandet HF	Gjøvik, Lillehammer, Elverum, Hamar, Tynset og Kongsvinger	381 000
Sykehuset Telemark HF	Skien, Porsgrunn, Notodden	171 000
Sykehuset Østfold HF	Kalnes og Moss	281 000
Sørlandet sykehus HF	Arendal, Kristiansand, Flekkefjord	289 000
Vestre Viken HF	Bærum, Drammen, Kongsberg, Ringerike	443 000

Helseforetaksstrukturen i Helseregion Sør-Øst ble sist endret i 2008, som oppfølging etter sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF

i 2007. Da regionene ble slått sammen i 2007 var det til sammen 15 helseforetak i regionen (i tillegg til Sykehusapotekene HF).

Kapittel 9

Eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten

I mandatet til utvalget heter det at utredningen for alle modeller skal omfatte eierskap til og forvaltning av bygg. Dette er en omfattende problemstilling, og behandles derfor i et eget kapittel. Gjennomgangen i kapitlet bygger for en stor del på en rapport som Ernst & Young har utarbeidet for utvalget¹. Ernst & Young presiserer i sin rapport at deler av kunnskapsgrunnlaget er relativt gammelt, det vil si utarbeidet for mer enn 7 år siden. Dette medfører at det ikke uten videre kan legges til grunn at situasjonsbildet presentert i kunnskapsgrunnlaget for rapporten representerer dagens situasjon. Blant annet kan implementerte tiltak som et resultat av tidligere anbefalinger ha endret dagens situasjon.

I dette kapitlet beskrives først dagens system for styring og finansiering av investeringer i spesialisthelsetjenesten, og utviklingen i sektoren når det gjelder investeringer, standard på bygg mv. Videre gis en omtale av hvordan de regionale helseforetakene organiserer eiendomsforvaltningen i dag. Analyser som er gjort av dette systemet gjennomgås. Videre beskrives systemer i offentlig sektor for øvrig, og i Sverige og Danmark. Avslutningsvis gir utvalget sine vurderinger. Formålet er å belyse hvilke problemer utvalget ser ved dagens organisering av eiendomsforvaltningen, og om endringer av denne vil bidra til bedre måloppnåelse gjennom en mer effektiv ressursutnyttelse. De viktigste problemstillingene er knyttet til i hvilken grad ansvaret for eiendomsforvaltningen bør samles og sentraliseres, og eventuelt etablering av en husleieordning.

9.1 Dagens system for styring og finansiering av investeringer i spesialisthelsetjenesten

9.1.1 Regelverk og bakgrunnen for dette

Da helseforetaksreformen ble innført i 2002, var foretaksorganiseringen blant annet begrunnet med at det i det tidligere systemet var for lite bevissthet knyttet til innsatsfaktoren kapital, både bygninger og utstyr. Det ble trukket fram at det nye systemet ville inspirere til langt mer bevisste holdninger til bruk av kapital. Helseforetaksloven § 43 pålegger foretakene å føre regnskap etter regnskapsloven. Hensikten er blant annet at kostnader knyttet til investeringer – kapitalkostnadene – skal framkomme som en årlig kostnad på lik linje med andre kostnadstyper.

Styringssystemet for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet, samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå. Investeringer skal skje i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og innen aksepterte ressursrammer. Styringssystemet innebærer at helseforetakene har ansvar for å prioritere investeringer i bygg, utstyr eller vedlikehold opp mot annen drift.

De regionale helseforetakene har ansvar for å prioritere mellom ulike investeringsprosjekter i regionen, planlegge disse og beslutte igangsetting av enkeltprosjekter. For prosjekter over 500 mill. kroner skal resultater og vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring. Ordningen med ekstern kvalitetssikring av konseptfasen ble innført som en prøveordning i 2011, og ble gjort permanent fra 2015, jf. nærmere omtale i punkt 9.1.3.

Investeringer finansieres dels gjennom midler som er lagt inn til avskrivninger i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Avskrivningskostnader er investeringskostnadene fordelt på byggenes eller utstyrets levetid, og reflek-

¹ Ernst & Young (2016): Eierskap og forvaltning av sykehusbygg. Oppsummering av analyser og dokumentasjon vedrørende sykehusbygg.

terer dermed tidligere års investeringer. For å opprettholde verdien på foretakenes eiendeler, må de årlige investeringene over tid være lik de årlige avskrivningene. Avskrivningskostnaden for regionale helseforetak samlet var om lag 5,9 mrd. kroner i 2015.

De årlige avskrivningskostnadene har vært relativt stabile over tid, mens de årlige investeringene har variert avhengig av hvilke utbygginger som pågår.

Avskrivninger er ikke-betalbare kostnader. Gitt driftsmessig balanse kan disse midlene nyttes til nyinvesteringer, avdrag på lån, eller sparing til framtidige investeringer. Underskudd på driften reduserer handlingsrommet for nye investeringer. Motsatt gir overskudd i driften et økt handlingsrom for nyinvesteringer. Investeringer kan også finansieres gjennom låneopptak på visse vilkår. I 2015 investerte helseforetakene for om lag 8,3 mrd. kroner i bygg, utstyr og immaterielle verdier. Over tid har avskrivningenes andel av totale kostnader vært synkende, som følge av at kostnadsveksten totalt sett har vært høyere enn veksten i avskrivningskostnader.

Lån må tas opp i den statlige låneordningen som er etablert. Her er det adgang til å låne opptil 70 pst. av forventet prosjektkostnad til enkeltstående prosjekter. Andelen ble økt fra 50 pst. i forbindelse med statsbudsjettet for 2014. Samtidig ble avdragstiden økt fra 20 til 25 år. Lån gis til enkeltprosjekter, som vedtas av Stortinget i den ordinære budsjettbehandlingen. Systemet ble endret i 2008. Fram til dette tidspunktet ble det bevilget en samlet låneramme som ble fordelt av departementet. Alle investeringer med en samlet kostnadsramme under 500 mill. kroner, samt utstys- og IKT-investeringer, må i sin helhet egenfinansieres. I 2015 ble det investert for 8,3 mrd. kroner, mens det ble bevilget 0,7 mrd. kroner i lån. I 2014 og 2016 var lånebeløpene hhv. 1,6 mrd. kroner og 1,2 mrd. kroner. I budsjettforslaget for 2017 er det foreslått knapt 1,6 mrd. kroner til lån. Det foreslås samtidig en særlig finansiering av protonsender, ved at det varsles at utbyggingen av protonbehandling skal finansieres med 30 pst. tilskudd og 70 pst. lån.

Lån som bevilges over statsbudsjettet til regionale helseforetak viderefremmes til helseforetakene. I tillegg muliggjøres utbygginger ved at regionale helseforetak omfordeler likviditet til helseforetak med store utbygginger. De regionale helseforetakene praktiserer dette på ulike måter.

Helseforetakenes investeringer må tilpasses framtidig kjente inntektsrammer. Styringssystemet innebærer at de må ha økonomisk hand-

lingsrom og likviditet til å håndtere selve investeringen. Når bygget er ferdigstilt, skal helseforetakene håndtere kostnadene innenfor ordinære bevilgninger. Dette følger av krav til økonomisk bæreevne. Hvis helseforetakene har økonomi til å bære investeringen på sikt, kan investeringen gjennomføres med statlig lånebevilgning.

Adgangen for helseforetakene til å inngå leieavtaler knyttet til kapital har vært begrenset. Fra 2015 ble imidlertid vedtektene endret slik at det gis større fleksibilitet for helseforetakene til å velge om de vil leie framfor å eie. Dette gjelder også muligheten til offentlig privat samarbeid (OPS). Avtaler utover 100 mill. kroner må godkjennes av statsråden i foretaksmøte. Det er ikke inngått noen OPS-avtaler i 2015. Det ble imidlertid inngått flere finansielle leieavtaler under 100 mill. kroner, med årlige leiekostnader på til sammen 36,8 mill. kroner og en samlet avtaleverdi på 285 mill. kroner (alle i Helse Sør-Øst). Avtalene gjelder leie av lokaler, medisinsk utstyr, ambulanser, periferiutstyr og lagringsprodukter. Videre har HOD mottatt fire søknader om finansielle leieavtaler over 100 mill. kroner, med en samlet avtaleverdi på anslagsvis 2,7 mrd. kroner. Disse er godkjent i foretaksmøter i 2016.

9.1.2 Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF ble stiftet 23. oktober 2014. Grunnlaget ble lagt gjennom protokoll fra foretaksmøte 30. januar 2013:

«Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for planlegging, utvikling og drift av sykehusbygg. Kunnskap om forvaltning og drift er en forutsetning for å kunne planlegge gode nye sykehusbygg. Et nytt nasjonalt foretak skal bistå i kunnskapsoverføring mellom helseforetak, i utvikling og forvaltning av eiendomsmassen og planlegging av byggeprosjekter. Foretaket skal videre ha ansvar for å utarbeide og vedlikeholde metoder og verktøy for strategisk analyse på området.»

Foretaket har hovedkontor i Trondheim, og har om lag 80 medarbeidere. Sykehusbygg HF er eid av de fire regionale helseforetakene og er internerleverandør av tjenester til de regionale helseforetakene og helseforetakene. Foretaket skal benyttes ved alle større byggeprosjekter (over 500 mill. kroner). Ved utgangen av 2015 bistod foretaket i 55 prosjekter.

Oppgavene er å legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen planlegging, prosjektering og bygging av sykehus. Sykehusbygg skal videre sørge for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer foretakenes eiendomsforvaltning til nytte.

Av oppdragsdokumentet går det fram at Sykehusbygg HF skal utføre tjenester knyttet til utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter og tjenester innen eiendomsområdet som det er gevinster ved å utføre felles for sektoren, herunder:

- Utvikling og forvaltning av kunnskap, metoder og verktøy for bygg- og eiendomsrelatert sykehusplanlegging, samt gi tilgang på personell med spisskompetanse vedrørende alle faser i livsløpet til en sykehuseiendom.
- Prosjektledelse og rådgivning til byggeprosjekter.
- Prosjekt og prosessledelse vedrørende tidligfaseplanlegging.
- Øvrige tjenester som naturlig hører inn under Sykehusbygg sitt formål.

9.1.3 Nærmere om kvalitetssikring av sykehusutbygginger

I brev til regionale helseforetak i 2004 framhever departementet betydningen av både kvalitetssikring fram til vedtak om igangsetting og kvalitetssikring og styring av igangsatte prosjekter.

Departementet presiserte at kvalitetssikring for å påse at man iverksetter de riktige prosjektene bør knyttes opp mot de tre fasene idé- og konseptutvikling og forprosjekt. Ved avslutning av hver fase skal en ha et mest mulig pålitelig grunnlag for beslutning om eventuell videreføring eller endring av prosjektet. I idé- og konseptfasen er formålet med kvalitetssikringen å skaffe trygghet for at de riktige prosjektene videreføres og eventuelt igangsettes.

Krav til ekstern kvalitetssikring av konseptfasen (KS-ordningen) ble lagt gjennom statsbudsjettet for 2011, der det heter:

«For å legge til rette for mer overordnet styring med helseforetakenes investeringer, vil grensen for prosjekter som forelegges departementet settes ned fra 1 mrd. kroner til 500 mill. kroner fra 2011. Videre vil de regionale helseforetakene fra og med 2011 underlegges en 4-årig prøveordning med ekstern kvalitetssikring av

konseptfaseutredninger, tilsvarende den statlige KS-1 ordningen.»

Fra 2015 ble kvalitetssikringsordningen gjort permanent.

«Veileder for tidligfaseplanlegging» ble utgitt av Helsedirektoratet for første gang i 2006. Den bygger på styrings- og finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten, samt erfaringer fra mange store sykehusprosjekter som er gjennomført i Norge siden 1990-tallet. Foretaksmøtet har pålagt de regionale helseforetakene å legge veilederen til grunn i sine planprosesser. Dette går fram av protokoll fra foretaksmøte i 2012, der foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene:

«legger prinsipper og føringer i Helsedirektoratets Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter til grunn i planprosesser. Revidert veileder legger bl.a. til grunn at investeringsprosjekter skal forankres i de regionale helseforetakenes overordnede strategiplaner og i helseforetakenes utviklingsplaner.»

Sykehusbygg HF la i 2015 fram rapporten «Evaluering av KS-ordningene for Utviklingsplan og Konseptfase». Evalueringen ble gjennomført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Evalueringen omfattet 10 prosjekter gjennomført i perioden 2011–2014, fordelt på utviklingsplan (4 prosjekter), idéfaserapport (2 prosjekter) og konseptfaserapporter (4 prosjekter). Det konkluderes med at gjennomføring av KS har bidratt positivt til kvaliteten i rapportene og beslutningsgrunnlaget for behandling av plandokumentene.

Det gis i evalueringen følgende vurderinger og anbefalinger om KS-ordningen:

- KS-ordningen for konseptfasen (KSK) opprettholdes i hovedsak slik den har vært gjennomført i prøveperioden, men med mer fokus på om løsningene er gode og godt begrunnet.
- Det anbefales ikke å kreve kvalitetssikring av idéfasen for alle prosjekter.
- Det bør innføres ekstern KS av utviklingsplanen (KSU). Det foreligger ikke en egen veileder for arbeidet med utviklingsplaner. Utarbeidelse av en kravspesifikasjon for KSU bør inngå som en del av arbeidet med utvikling av en veileder for utviklingsplanen.
- En felles og generell kravspesifikasjon for alle planfasene er ikke hensiktsmessig.
- For alle planfasene og KS-ordningene bør det gjelde krav til datagrunnlag, bruk av modeller og metoder og faglige grunnlag og referanser. Det bør også stilles noen formelle krav til inn-

holdet i og oppbygging av KS-rapportene. Det vil lette arbeidet med oppbygging av felles erfaringsgrunnlag og mulighetene for gjenbruk av erfaringene.

Sykehusbygg anbefaler i evalueringen også å revidere tidligfaseveilederen. Det skjer faglige endringer og endringer i forutsetningene for bygging og drift av sykehusene som krever oppdatering av veilederen. Det vises til at det i evalueringen av KS-ordningen kom opp flere forhold som ønskes endret og som krever revisjon av veilederen. Forslaget vil bli fulgt opp, og veilederen vil bli revidert i regi av Sykehusbygg.

Når det gjelder utvikling av veileder for utviklingsplanen, vises det til protokoll fra foretaksmøte 12. januar 2016, der det heter at de:

«... regionale helseforetakene skal i fellesskap, og i regi av Sykehusbygg HF, utarbeide en veileder for utviklingsplanarbeidet innen 1. mai 2016. ... Det vil også bli satt krav om at utviklingsplanene skal kvalitetssikres av eksterne fagmiljøer.»

En slik veileder er nå utarbeidet.

Børmerutvalget² la i 2015 fram sine vurderinger og anbefalinger om flerårige budsjetter og statlige prioriteringer for å sikre et bedre beslutningsgrunnlag og en effektiv bruk av offentlige midler. Av utredningen går det fram at erfaringene fra helseforetakene viser at det kun har vært uvesentlige økninger fra forventet kostnad i en tidligfase og utover i planleggingsfasen. Utvalget mener ellers at det i flere sektorer bør legges mer vekt på bruk av livssyklusberegninger og planer for bruk av gevinstrealisering. Egne planer for gevinstrealisering kan medføre en tydeligere forpliktelse til å realisere gevinstene, og kan bidra til at virksomhetene jobber mer aktivt med å hente ut disse.

9.2 Dagens organisering av eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten

Dagens organisering av spesialisthelsetjenesten er basert på at det enkelte helseforetak står som eier av sykehusbyggene, og selv er ansvarlig for å forvalte disse innenfor den samlede økonomiske rammen. Midler til vedlikehold må prioriteres opp

mot løpende drift og investeringer. I de fleste helseforetakene er det etablert egne eiendoms- og driftsavdelinger som disponerer vedlikeholdsbudsjettet. I alle regioner har de regionale helseforetakene en rolle når det gjelder koordinering og standardisering.

I enkelte helseforetak, blant annet helseforetakene i Helse Midt-Norge HF og Helse Bergen HF, er det etablert ordninger med internhusleie for å synliggjøre arealkostnader. Internhusleieordningen i Helse Bergen HF har som sitt hovedformål å vise leietaker hva det koster å bruke de ulike lokalene, og å allokere nødvendige midler til drift og vedlikehold. Leien skal være kostnadsdekkende og bygger ellers på de samme prinsipper som ordinære leieforhold i privat sektor. I ordningene i Helse Midt-Norge RHF er det ikke en direkte kobling mellom leien og avsatte midler til drift og vedlikehold.

Helse Nord utreder nå en modell med internhusleie i helseforetakene i Helse Nord etter mal fra Helse Bergen HF. Helse Vest tar sikte på å ta i bruk en modell med internhusleie i alle helseforetakene når nytt felles datasystem for eiendomsforvaltning er tatt i bruk fra 2017.

Byggherreansvaret for store utbygginger er organisert noe ulikt mellom de regionale helseforetakene. I Helse Sør-Øst har det regionale helseforetaket byggherreansvaret. I de andre regionale helseforetakene har det enkelte helseforetak byggherreansvar.

Nedenfor er det gitt en nærmere omtale av det enkelte regionale helseforetak.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å prioritere midler til drift, vedlikehold og investeringer under 50 mill. kroner. Innenfor bygg og eiendom skal alle investeringer over 50 millioner godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. Alle helseforetakene er representert i Forum for utvikling av bygg og eiendom (FUBE). FUBE skal gi råd både i strategiske spørsmål og i enkeltsaker som er knyttet til utviklingen av regionens bygg- og eiendomsmasse. Avdeling for Bygg og eiendom i Helse Sør-Øst RHF fungerer som sekretariat for FUBE. Konkrete eksempler på resultater av arbeidet er utarbeidelse av felles eiendomsstrategidokument, innføring av felles miljøpolicy og felles BIM³-strategi for hele foretaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF sentralt har en stab som skal følge opp helseforetakenes investeringsplaner og regionens eiendomsstrategi. Enheten har også ansvar for faglige nettverk og utredninger innen eien-

² NOU 2015: 14 Bedre beslutningsgrunnlag, bedre styring. Budsjett og regnskap i staten.

³ BIM: Bygningsinformasjonsmodellering (digitale modeller av et bygg).

domsvirksomheten. Deler av staben er nå overført til Sykehusbygg HF.

Eiendomsvirksomheten innen det enkelte helseforetak i Helse Sør-Øst er organisert på forskjellige måter, men er som regel lagt inn under divisjon for service og teknikk. Disse divisjonene ledes oftest av en direktør med et større ansvarsområde enn bare bygg og eiendom.

Helse Vest RHF gjennomførte i perioden 2008–2010 et forbedrings- og utviklingsprogram innen eiendomsområdet (Program Eiendom). Formålet med programmet var å etablere mer helhetlige og effektive løsninger for forvaltning, drift og vedlikehold av eiendomsmassen, samt etablere en mer hensiktsmessig organisering av eiendomsvirksomheten. Programmet la til grunn en modell som innebærer at eier, bruker og forvalter skilles fra hverandre. Programmet identifiserte bl.a. følgende tiltak knyttet til eiendomsområdet:

- Overføring av beste praksis og større grad av samordning mellom de enkelte helseforetakene
- Innføring av felles rapporterings- og styringsstruktur for eiendomsområdet
- Innføring av felles FDVU-system

Det ble i programmet konkludert med at en større grad av samlet regional styring og oppfølging av eiendomsområdet ville tilrettelegge for økt koordinering, prioritering og standardisering, og dermed også tilrettelegge for at Helse Vest kan realisere de mål som var satt for eiendomsprogrammet. Det er helseforetakene selv som eier og forvalter eiendommene. Helseforetakene har også selv ansvar for gjennomføring av alle byggeprosjektene.

Organiseringen er i hovedtrekk den samme i helseforetakene i Helse Vest. Eiendomsforvaltningen er organisert under de tekniske divisjonene. Divisjonene har noe ulikt ansvarsområde utover eiendomsforvaltningen. I tråd med eiendomsprogrammet er det etablert et regionalt eiendomsutvalg som ledes av Helse Vest RHF og med deltakelse av divisjonsdirektørene i de fire helseforetakene. Gjennom eiendomsutvalget ivaretar Helse Vest RHF sin koordinerende rolle og følger opp aktuelle initiativ og oppgaver. Eiendomsutvalget behandler i tillegg saker og tema som er felles for foretakene med fokus på utvikling av like arbeidsprosesser og gjennomføring av beste praksis. Det arbeides med å innføre et felles datasystem for eiendomsforvaltning. Dette prosjektet er sentralt i den videre utviklingen innenfor eiendomsområdet. Formålet er å legge til rette for bedre rapportering og ledelsesmessig oppfølging av eiendomsforvaltningen i regionen.

Eiendomsfunksjonen i Helse Midt-Norge RHF er organisert i eieravdelingen og består av en eiendomssjef, som også har andre oppgaver knyttet til prosjektledelse av interne og eksterne prosjekter i Helse Midt-Norge RHF. Tidligere var det en egen avdeling med fast prosjektorganisasjon for store utbyggingsprosjekter (Helsebygg Midt-Norge). Denne avdelingen er nå overført til Sykehusbygg HF. Resterende oppgaver innen eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge RHF er i hovedsak knyttet til forvaltning av bygge- og eiendomsreglementet og oppfølging av strategiske satsinger innen eiendomsområdet. Dette innebærer oppfølging av byggetiltak og forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling, enøk og kulturminnevern. Helse Midt-Norge RHF skal ha til behandling byggetiltak over 30 mill. kroner eller som forutsetter særskilt statlig finansiering. Ytterligere regional oppfølging varierer ut fra tiltakets kompleksitet og størrelse. Store prosjekter organiseres med eget prosjektstyre og følges tett fra Helse Midt-Norge RHF med deltakelse i prosjektstyre, arbeidsgrupper, rapportering og ved behandling av sentrale delrapporter. Videre er det krav til regional godkjenning ved omsetning av eiendom.

Helseforetakene i Helse Nord RHF ivaretar eieransvaret, og sørger for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av eiendomsmassen. Det regionale helseforetaket gir generelle føringer, prioriterer og fordeler låne- og avskrivningsmidler og godkjenner planer i ulike stadier. Dette er ivaretatt gjennom egne konsernbestemmelser og finansreglement.

Helse Nord har et eget samarbeidsforum for eiendomsforvaltning, planlegging og utbygging. Forumet har åtte til ti møter årlig og er satt sammen av drifts- og eiendomssjefene, samt utbyggingssjefene. Avhengig av temaer for de enkelte møtene, møter ulike driftsledere. Samarbeidsforumet fungerer som et rådgivende organ for Helse Nord RHF som ivaretar den daglige ledelsen av forumet og skaffer nødvendig bistand til både tekniske sekretærtjenester og til faglig kompetanse for utredningsoppgaver. Eiendomsforum skal utrede, vurdere og drøfte prinsipielle spørsmål knyttet til eiendomsforvaltningen.

Helse Nord er for tiden inne i en prosess sammen med Sykehusbygg HF om å etablere en avdeling av Sykehusbygg i Nord-Norge. I tillegg utredes en modell for intern husleie for helseforetakene i regionen. Det tas sikte på å teste ut en modell med intern husleie i ett eller flere helseforetak i 2017.

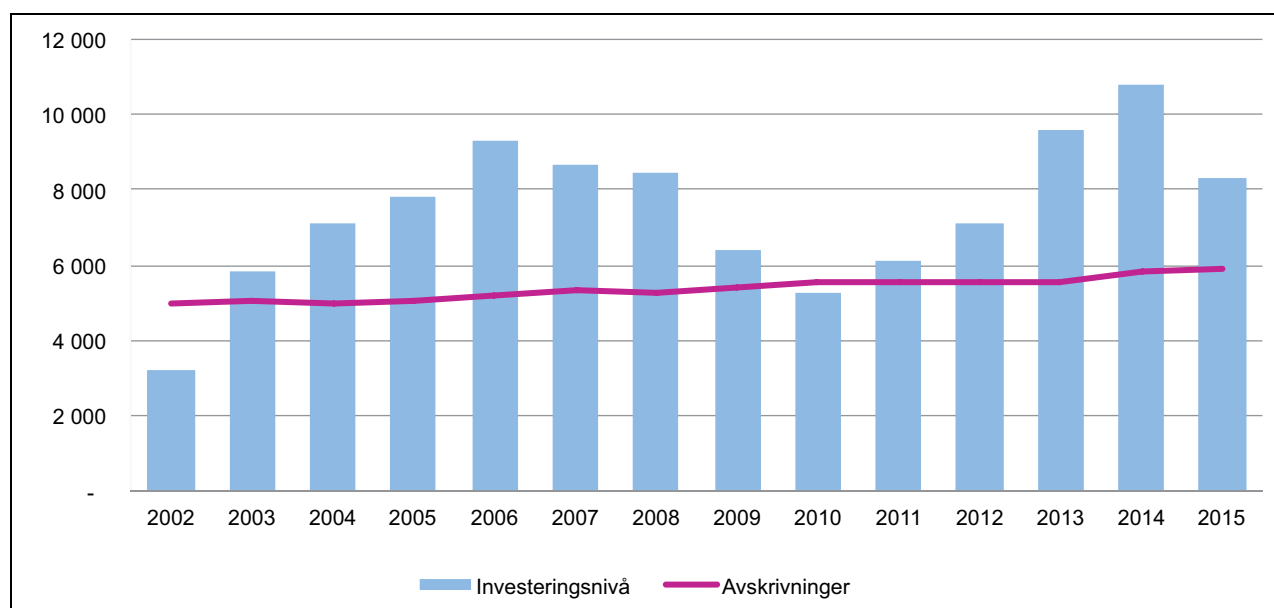
9.3 Utvikling i sektoren

9.3.1 Investeringer og balanseverdier

Helseforetakene overtok bygg og utstyr av varierende kvalitet da staten tok over sykehusene i 2002. Verdien av helseforetakenes varige driftsmidler og immaterielle eiendeler ble den gang verdsatt til 66 mrd. kroner. Ved utgangen av 2015 var tilsvarende verdi 86,4 mrd. kroner. Utviklingen for de ulike regionale helseforetakene går fram av tabell 4.2.

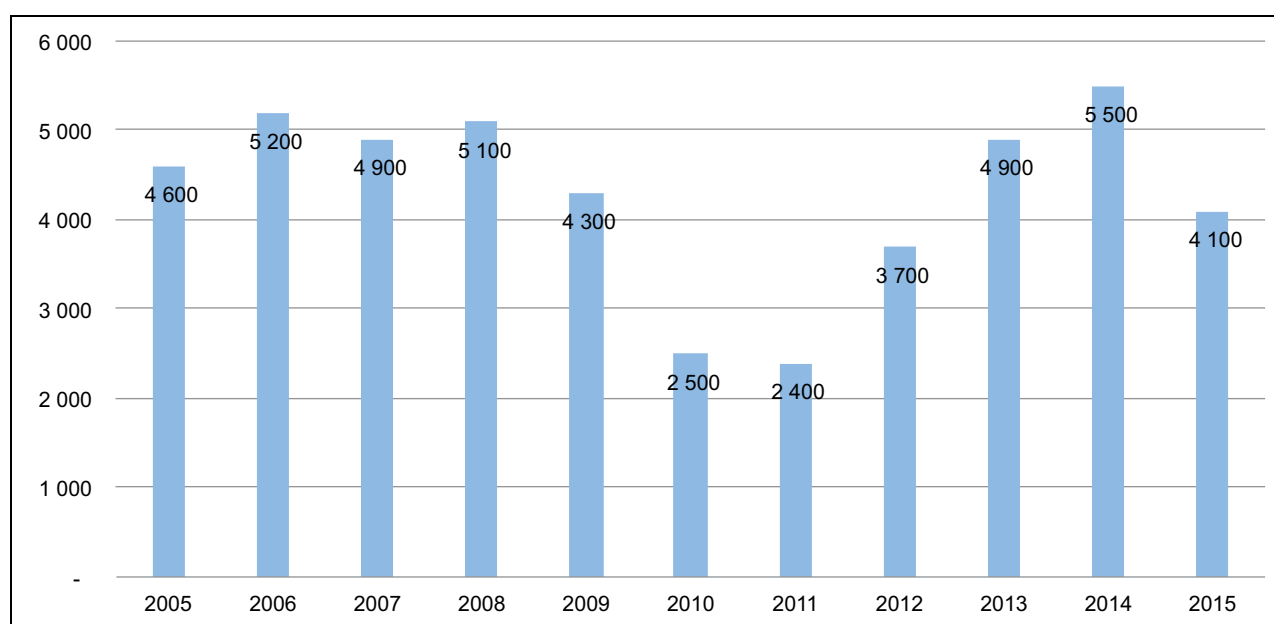
Fra 2002 til 2015 er det investert for 104,1 mrd. kroner. Utviklingen for det enkelte år er illustrert i figur 9.1. I figur 9.2 illustreres utviklingen når en ser på investeringer i bygg alene. Investeringene i denne figuren inkluderer det som i årsregnskapene blir angitt som «*tilgang*» innen tomter, boliger og bygninger, samt 70 pst. av anlegg under utførelse.

Fram til 2008 ga helseforetakenes bevilgninger kun rom for å oppgradere to tredeler av den samlede bygningsmassen. I 2008 ble det gitt en permanent årlig bevilgningsøkning på 1,67 mrd. kroner, som la til rette for at hele bygningsmassen



Figur 9.1 Årlige investeringer i helseforetakene (mill. kroner)

Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskaper



Figur 9.2 Årlige investeringer i sykehusbygg (mill. kroner)

Kilde: Ernst & Young (2016), basert på de regionale helseforetakenes årsregnskaper

kunne reanskaffes og holdes ved like. Når det i perioden fram til 2008 var et relativt høyt investeringsnivå, kan dette knyttes til gjennomføring av de to store sykehusutbyggingene St. Olavs Hospital og Akershus universitetssykehus. Disse ble muliggjort gjennom særskilte investeringstilskudd og låneopptak. Det høye investeringsnivået de senere årene må ses i sammenheng med forbedringen i de økonomiske resultatene, jf. figur 9.3.

Ernst & Young viser i sin rapport til at det er gjennomført flere sykehusutbygginger de siste årene, og at de fleste av disse har blitt evaluert som vellykkede prosjekter med hensyn på både tid, kvalitet og kostnad.

9.3.2 Standard på bygg

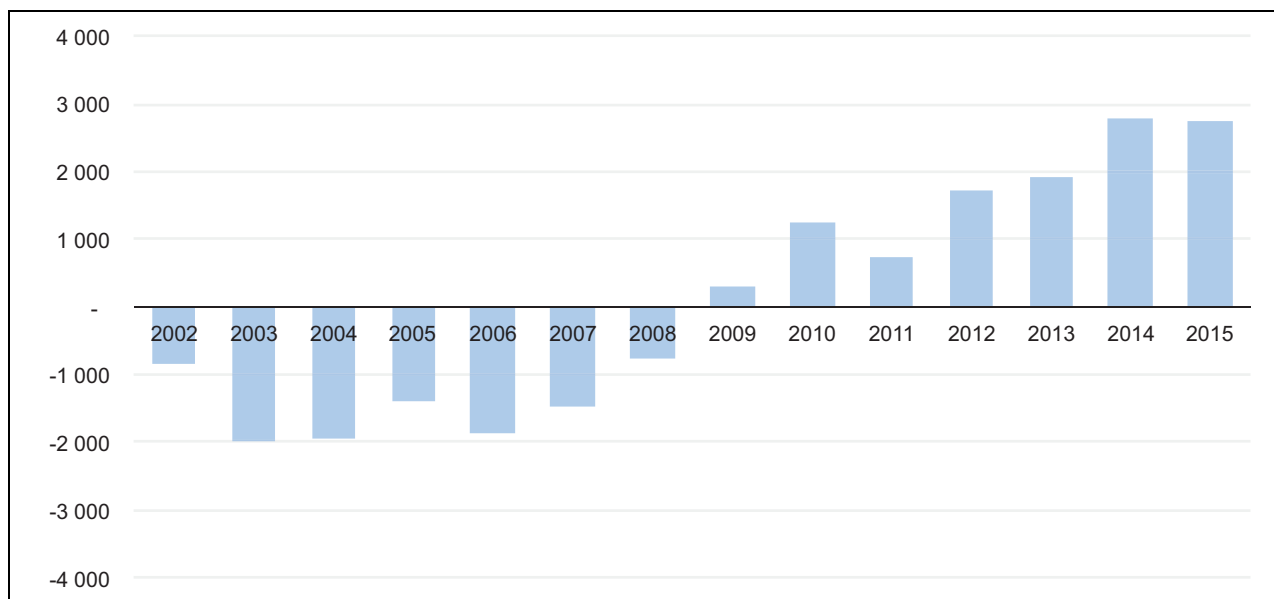
Ernst & Young oppsummerer kunnskapsgrunnlaget slik:

«Det er indikasjoner på at den samlede bygningsmessige tilstanden har forverret seg de

siste årene, til tross for økte investeringer i sykehusbygg samlet sett i Norge de siste 3–4 årene. Det er usikkert hva som er årsaken til dette, herunder hvorvidt dette er en målefeil, eller en realitet. For enkelte helseregioner og helseforetak kan utviklingen være en konsekvens av at investerings- og vedlikeholdskostnadene holdes lave i påvente av utfasing av gamle bygg og igangsetting av bygging av nye sykehusbygg.»

Nedenfor gjengis resultater fra de aktuelle undersøkelser.

Helseforetakene har gjennom Multiconsult registrert tilstandsnivå og oppgraderingsbehov for sykehusbygg. Registreringen av tilstand gjøres i henhold til norsk Standard (NS 3424). Det brukes en skala fra 0 til 3, der 0 og 1 er «godkjent» mens 2 og 3 tilsier behov for vedlikeholdstiltak. Målet for en tilfredsstillende bygningsmessig tilstandsgrad er ca. 1,0–1,2. Gjennomsnittet for helseforetakene er 1,5. Tabell 9.1 er hentet fra Nasjonal helse- og sykehusplan.



Figur 9.3 Korrigert samlet årsresultat for de regionale helseforetakene 2002–2015.

Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskaper

Tabell 9.1 Tilstandsgrad ved norske sykehus

	Samlet vurdert areal (m ²)	Vektet tilstandsgrad
Helse Sør-Øst	2 532 185	1,5
Helse Vest	794 988	1,6
Helse Midt-Norge	702 218	1,4
Helse Nord	454 038	1,6
Samlet	4 483 429	1,5

Kilde: Multiconsult

Beregningene som er gjengitt i tabellen, inkluderer om lag 90 pst. av spesialisthelsetjenestens bygningsmasse og indikerer ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan tekniske og bygningsmessige oppgraderingsbehov på 35–45 mrd. kroner.

Rådgivende Ingeniørers Forening (RIF) gjengir i en rapport fra 2015 (State of the Nation) en tilsvarende undersøkelse⁴. Bygningsmassen er rangert basert på de tre nivåene god, utilfredsstillende og svært dårlig. Bygningsmassen fordeler seg omtrent slik:

- 50 pst. framstår som god eller akseptabel
- 40 pst. framstår som utilfredsstillende og har behov for korrigerende tiltak
- 10 pst. framstår som svært dårlig og har store tekniske oppgraderingsbehov

Tallene viser isolert sett en forverring fra forrige State of the Nation-rapport, som kom i 2010⁵. Da framstod 60 pst. av undersøkt bygningsmasse som god, mens 30 pst. var utilfredsstillende.

Følgende årsaker til dette trekkes fram:

- Flere store helseforetak har hatt en negativ utvikling i tilstand de siste årene.
- En større andel av porteføljen er nå kartlagt sammenlignet med grunnlaget i 2010. Den delen som har kommet til har dårligere tilstand og trekker derfor den vektete rapporterte tilstanden ned. Deler av den «nye» andelen er bygninger som ligger i utfasingsplaner og som derfor har hatt minimalt med vedlikehold.

Av rapporten går det fram at mange helseforetak har planer om nybygg og ombyggingsprosjekter som vil kunne bidra til å løfte gjennomsnittlig tilstand noe, men det samlede investeringsnivået i vedlikehold, oppgradering og utvikling i sektoren er betydelig lavere enn behovet.

En rapport utarbeidet av McKinsey i 2013 på oppdrag fra Legeforeningen viser at 53 pst. av bygningsmassen i perioden 2010–2013 hadde en tilstand som ikke er tilfredsstillende og vil kreve tiltak, mens det tilsvarende tallet i 2007 var 40 pst⁶. Dette indikerer en forringelse av bygningsmassen.

Riksrevisjonen⁷ gjennomførte i 2011 en undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforeta-

kene. Denne viste at rundt halvparten av den totale bygningsmassen hadde symptomer på dårlig tilstand, og at tre av fire helseregioner mente det hadde vært en negativ utvikling av teknisk tilstand for en betydelig del av bygningsmassen i perioden 2003–2010. Ifølge de eiendomsansvarlige i helseforetakene skyldtes forverringen av byggenes tilstand nedprioritering av forebyggende vedlikehold. Saken ble fulgt opp gjennom Dokument 3:1 (2015–2016)⁸. Helse Vest RHF oppgir her at det ikke er mulig å sammenligne nåsituasjonen med Riksrevisjonens undersøkelse i 2010, siden bare omtrent halvparten av bygningsmassen var kartlagt på dette tidspunktet. De tre resterende regionale helseforetakene oppgir at andelen bygningsmasse med middels og kraftige tegn på dårlig tilstand har holdt seg stabilt i perioden, eller økt noe (Helse Sør-Øst RHF). Helse Sør-Øst RHF oppgir at vedlikeholdet i perioden generelt har ligget under anbefalt normtall for vedlikehold, og Helse Midt-Norge RHF opplyser at det gjennomgående har vært mindre vedlikehold enn det som er nødvendig. Alle helseforetakene viser til at framtidig ferdigstillelse av nybygg og ombygginger vil føre til at vedlikeholdsetterslepet reduseres, og at vedlikehold blir prioritert i de økonomiske langtidsplanene.

Riksrevisjonen skriver i sin vurdering at den positive utviklingen i økonomiske resultater de siste årene burde ha gjort det mulig med et mer langsiktig og systematisk vedlikehold. Statusrapporteringen fra de regionale helseforetakene viser at den bedrede økonomien i liten grad har ført til et høyere vedlikeholdsnivå. Riksrevisjonen merker seg at det nå legges opp til å prioritere vedlikehold i de økonomiske langtidsplanene i de regionale helseforetakene.

Tilstandsgraden ved norske sykehus har vært tema for eierstyringen av helseforetakene. I protokoll fra foretaksmøte 12. januar 2016 heter det at:

«Det vises til tidligere krav om at det skal være etablert verktøy som viser tilstandsgrad ved norske sykehus. Det settes nå krav om at tilstandsgraden for sykehusbygg kartlegges i 2016 og at denne kartleggingen oppdateres hvert fjerde år.»

9.3.3 Investerings- og oppgraderingsbehov

Nasjonal helse- og sykehusplan indikerer som nevnt tekniske og bygningsmessige oppgrade-

⁴ «Norges tilstand 2015 – State of the Nation». Rådgivende Ingeniørers Forening.

⁵ «Norges tilstand 2010 – State of the Nation». Rådgivende Ingeniørers Forening.

⁶ McKinsey & Company (2013): Investeringer i spesialisthelsetjenester i Norge.

⁷ Dokument 3:11 (2010–2011): Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene.

⁸ Dokument 3:1 (2015–2016): Riksrevisjonens oppfølging av forvaltningsrevisjoner som er behandlet av Stortinget.

Tabell 9.2 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2017–2020 (mill. kroner)

	2017	2018	2019	2020	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 500 mill. kroner	4 780	5 145	7 528	10 719	28 172
Øvrige investeringer	1 918	1 601	1 672	1 518	6 709
<i>Sum bygg</i>	<i>6 698</i>	<i>6 746</i>	<i>9 200</i>	<i>12 237</i>	<i>34 881</i>
Medisinskteknisk utstyr	1 258	1 386	1 384	1 589	5 617
IKT	2 250	2 139	2 244	1 985	8 618
Annet	438	457	403	414	1 711
<i>Sum totale investeringer</i>	<i>10 643</i>	<i>10 728</i>	<i>13 231</i>	<i>16 225</i>	<i>50 828</i>

Kilde: Helseforetakenes langtidsplaner

ringsbehov på 35–45 mrd. kroner. Det samlede investeringsbehovet ligger imidlertid høyere. I estimatet er det ikke tatt høyde for blant annet befolkningsvekst, utvikling og ombyggingsbehov for å bedre egnethet for bruk. Forvaltningen av sykehusbygg må møte et stort endringsbehov knyttet til blant annet nye behandlingsformer, utvikling av ny teknologi, samt demografisk og epidemiologisk utvikling. Krav og forventninger er også økende. En utfordring i spesialisthelsetjenesten er at en stor andel av byggene er uegnet for moderne framtidsrettet sykehusdrift, samtidig som de er lite tilpasningsdyktige.

Ernst & Young viser i sin rapport til at beregninger utført av Multiconsult og McKinsey hver for seg indikerer et samlet investeringsbehov i størrelsesorden 55–85 mrd. kroner. Dette inkluderer også funksjonell oppgradering. Rapporten til McKinsey er fra 2013.

9.3.4 Økonomiske langtidsplaner

De regionale helseforetakene utarbeider økonomisk langtidsplan (budsjetter) hvert år for kommende 4-årsperiode. Langtidsplaner utarbeides med bakgrunn i overordnede føringer, utviklings- og investeringsplaner og innspill fra helseforetakene.

Langtidsplanene tar hensyn til hvordan befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling i medisinsk teknologi og befolkningens forventninger til helsetjenestene vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Videre gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg, utstyr, IKT og andre innsatsfaktorer. Det vurderes hvordan helseforetakene kan tilpasse virksomheten for å møte utfordringene innenfor gjeldende økonomiske rammer.

De regionale helseforetakene behandlet de siste økonomiske langtidsplanene i juni 2016. Samlet for alle helseregionene planlegges det investeringer for over 50 mrd. kroner i perioden 2017–2020. Av dette utgjør investeringer i bygg nærmere 35 mrd. kroner, eller om lag 8,7 mrd. kroner pr. år i gjennomsnitt. Dette er klart høyere enn det som har vært investeringsnivået de siste årene. Det er lagt til grunn varierende forutsetninger om effektivisering. Hvorvidt planene vil la seg gjennomføre, vil blant annet avhenge av bevilgningsnivået framover og i hvilken grad helseforetakene lykkes med å effektivisere driften.

9.4 Analyser som er gjort av organiseringen av eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten

I dette avsnittet presenteres analyser som er gjort av dagens system for organisering av eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten.

I «NOU 2004: 22 *Velholdte bygninger gir mer til alle. Om eiendomsforvaltningen i kommunesektoren*» presenteres et sett med kriterier for god eiendomsforvaltning. Disse er ofte sitert også i analyser av eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten. Kriteriene er:

1. Det foreligger overordnede politisk bestemte mål for eiendomsforvaltningen.
2. Det foreligger et rasjonelt system for planlegging og styring av eiendomsforvaltningen.
3. Generelle delkriterier
 - 3.1 Tilfredsstillende prioriterte brukerbehov
 - 3.2 Effektiv arealutnyttelse
 - 3.3 Godt, verdibevarende vedlikehold
 - 3.4 Kostnadseffektiv eiendomsforvaltning
 - 3.5 Målrettet utvikling av eiendommens kvaliteter

- 3.6 Hensiktsmessig organisering av eiendomsforvaltningen
- 3.7 Riktige økonomiske rammebetingelser tilpasset eiendomsforvaltningens langsiktige karakter
- 4. Lovpålagte krav overfor eier og bruker blir ivaretatt.

Sentralt i vurderingene av eiendomsforvaltningen står spørsmålet om eventuell etablering av husleieordninger, og forholdet mellom eier, forvalter og bruker. Disse problemstillingene henger sammen. Innledningsvis i avsnittet er det en egen omtale av husleieordninger. Deretter presenteres ulike analyser som er gjort av eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten.

Om husleieordninger

Husleieordninger har fått økt utbredelse både i offentlig eiendomsforvaltning og i private konsern siden 1990-tallet. Etablering av husleieordninger innebærer at lokalkostnadene skal kunne belastes riktig kostnadssted, noe som gir et godt beslutningsgrunnlag for å avveie bruk av bygninger og lokaler opp mot andre innsatsfaktorer. Videre etableres et skille mellom bruker og forvalter. Dette legger til rette for en profesjonell eiendomsforvaltning og tydelige ansvarsforhold gjennom den avtalen som settes opp. En fungerende husleieordning forutsetter at forvalter og leietaker har adskilte økonomier, slik at leiebetalingen betraktes som en reell økonomisk transaksjon av begge parter.

Bakgrunnen for å innføre husleieordninger har blant annet vært et ønske om å synliggjøre ressursbruk, effektivisering, bedre brukertilpassning og å sikre et økonomisk optimalt vedlikeholdsnivå.

Husleien kan fastsettes etter to prinsipper:

- Kostnadsbasert leie, med et normert krav til avkastningen av investert kapital. For Forsvarsbygg er eksempelvis avkastningskravet satt lik den årlige avskrivningen, og driftsinntektene for øvrig skal tilsvare driftskostnadene (inkludert vedlikehold).
- Markedsbasert leie, basert på sammenlignbare leieforhold i det private marked.

For formålsbygg som sykehus vil kostnadsbasert leie være det naturlige valget.

Basert på kriteriene nevnt innledningsvis, vurderer Eikeland (2005) husleieordninger i statlig eiendomsforvaltning⁹. Han skriver at:

«Konsekvensene av husleieordningen i forhold til kriterier for god eiendomsforvaltning er entydig positive. En teoretisk drøftelse av mulige effekter bekrefter at det er grunn til å forvente at en husleieordning vil legge til rette for et bedre bygningsmessig vedlikehold, som følge av at det økonomiske grunnlaget sikres, og fordi husleieordninger dels forutsetter og dels legger til rette for en profesjonell eiendomsforvaltning og hensiktsmessige økonomiske rammebetingelser tilpasset eiendomsforvaltningens langsiktige karakter.»

Effekter av husleieordninger er også gjengitt under gjennomgangen av Statsbygg og Forsvarsbygg nedenfor.

Omtale av viktige utredninger

Sentrale utredninger knyttet til bygg- og eiendomsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten er FOU-prosjektet «Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester»¹⁰ og en doktoravhandling fra NTNU: «Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift.»¹¹

Begge utredningene konkluderer med at det er behov for å styrke og profesjonalisere bygg- og eiendomsforvaltningen og dens rammebetingelser, og at dette er av strategisk betydning for utviklingen av spesialisthelsetjenestetilbudet i Norge. De konkluderer med at det er behov for reorganisering av bygg- og eiendomsforvaltningen.

Uavhengig av modell for organisering anbefales det i FOU-prosjektet noen generelle prinsipper som alle vil bidra til å profesjonalisere bygg- og eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten:

- Etablering av en mest mulig enhetlig organisasjonsstruktur i alle foretak og regioner, men med rom for variasjoner og fleksibilitet avhengig av størrelse, geografi, demografi mm.
- Tydeliggjøring av rollene ved at det innføres klarere skille mellom eier, forvalter og bruker.
- Eiendomsenhet(ene) etableres som egne resultatområder for å styrke profesjonalisering og øke synliggjøring av kostnader til bygg- og eiendomsforvaltning.

⁹ Per T. Eikeland (2005): Husleieordninger i statlig eiendomsforvaltning. Teoretisk grunnlag og praktiske erfaringer.

¹⁰ Larssen A.K. og Kvinge, E.B. (2008): Rollen som strategisk bygg- og eiendomsforvalter. Multiconsult.

¹¹ Larssen A.K. (2011): Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift.

- Innføring av reell husleie for bruk av arealer og tjenester. Med reell husleie menes at den må fastsettes iht. anerkjente husleieprinsipper for bruk av formålsbygg (kostnadsdekkende eller markedstilpasset husleie) og ikke kunne benyttes som salderingspost i helseforetakenes budsjettprosess. Videre bør virksomheten i størst mulig grad få del i eventuelle gevinster som oppstår ved effektivisering av eiendomsforvaltningen.

Det argumenteres for å samle ansvaret for og midlene til eiendomsforvaltningen i større enheter enn helseforetakene, dvs. til regionalt eller nasjonalt nivå. Slik oppnås stordriftsfordeler og ressurs-effektivitet. Videre bedres grunnlaget for å bygge opp gode kompetansemiljøer, blant annet gjennom bedre grunnlag for rekruttering. Prosjektets arbeidsgruppe er av den oppfatning at den beste løsningen vil være å etablere et «*Helsebygg Norge*» som kan være en sterk og profesjonell aktør.

Til grunn for drøftingen i FOU-prosjektet ligger blant annet en spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle helseforetakene i 2007¹². I rapporten til Ernst & Young blir vurderinger herfra, supplert med funn fra andre rapporter, brukt til å vurdere eiendomsforvaltningen i helseforetakene opp mot kriteriene presentert i NOU 2004: 22, jf. omtale innledningsvis i dette avsnittet. Vurderingene viser et stort rom for forbedringer. Samtidig understrekes det at undersøkelsen er gjennomført for snart 9 år siden. Mye har skjedd siden den gang, både i helseforetakene og gjennom eierstyringen.

I 2007 vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF innføring av intern husleie, opprettelse av egne enheter for eiendom, drift og vedlikehold i hvert helseforetak, og etablering av et samarbeid mellom helseforetakene innen eiendomsforvaltning. Sentrale målsettinger var å oppnå arealeffektivisering og bedre vedlikehold. I samsvar med vedtaket ble det gjennomført en evaluering av ordningen i 2011.

Evalueringen¹³ konkluderte med at etablering av eiendomsenheter har medført at helseforetakene har utarbeidet strategier og handlingsplaner for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling i et kort- og langsiktig perspektiv, og slik bidratt til bedre struktur og oversikt. Omorganiseringen bidro også til å

profesjonalisere eiendomsforvaltningen, økt rolleforståelse, økt fokus på arealeffektivisering på overordnet nivå og mer fokus på vedlikehold.

Evalueringen viste videre at husleien ikke hadde ført til arealreduksjon i to av helseforetakene, noe som kunne forklares med manglende insentiver. I enkelte helseforetak er husleien et «nullsumspill», fordi avdelingene får tilført arealtilskudd til husleien. Midlene som gis til husleie kan ikke brukes til å dekke andre utgifter. Der som en avdeling reduserer sin arealbruk vil tilskuddet reduseres tilsvarende. Avdelingen har dermed ingen reelle insentiver for arealreduksjon. Evalueringen viste at husleien hadde større effekt i et helseforetak hvor avdelinger delvis fikk beholde tilskuddet ved redusert arealbruk. Effekten viste seg i form av redusert etterspørsel etter areal i enkelte klinikker. Dette helseforetaket hadde imidlertid betalt intern husleie i mange år, og leietakerne syntes å være mer bevisste på arealbruk.

Det foreslås i rapporten at en bygger opp modeller med sterkere insentiver. Det foreslås også at det vurderes nærmere å etablere eiendomsenheter som selvstendige resultatenheter på foretaksnivå, alternativt på regionalt eller nasjonalt nivå.

Det anbefales at oppgaver som er identifisert som samhandlingsområder i framtiden ivaretas av en felles regional enhet, organisert enten som en egen juridisk enhet eid av helseforetakene i regionen eller av det regionale helseforetaket. Med samhandlingsområder menes måling, rapportering, kompetanse, systemer og langsiktig planlegging, samt standardsetting og forvaltning av felles prosesser og rutiner på eiendomsområdet.

I Riksrevisjonens undersøkelse i 2011 av eiendomsforvaltningen i helseforetakene¹⁴ trekkes følgende fram:

- Utfordringer knyttet til bygningsmassens tilstands- og vedlikeholds nivå.
- Behov for målrettet arealutnyttelse og arealutvikling.
- Mangelfullt beslutningsgrunnlag for investeringer i sykehusbygg.
- Utfordringer ved gevinstrealiseringsarbeidet.

De to siste punktene må ses i sammenheng. For de fleste utbyggingsprosjektene vil det ligge forventninger om realisering av gevinster etter at prosjektet er avsluttet. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved realismen i helseforetakenes plan-

¹² Kampesæter, A. (2007). Statusvurdering av bygg- og eiendomsforvaltningen i helseforetakene og effekt av helseformen. Masteroppgave NTNU.

¹³ Ernst & Young (2011): Evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge.

¹⁴ Dokument 3:11 (2010–2011): Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene.

legging, og om det i tilstrekkelig grad er tatt høyde for utfordringer knyttet til omorganisering og endringer som ligger til grunn for gevinstrealiseringstiltakene. Gevinstrealisering er en del av arbeidet med å håndtere merkostnader ved nybygg og å oppnå økonomisk balanse. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig å kunne dokumentere og etterprøve gevinstrealiseringens bidrag i arbeidet med å oppnå økonomisk balanse.

9.5 Statsbygg og Forsvarsbygg – erfaringer

Det har de siste årene vært en utvikling i offentlig sektor i retning av å etablere separate enheter for bygg- og eiendomsforvaltning. Motivasjonen for dette har som oftest vært å få bukt med et omfattende vedlikeholdsetterslep og oppnå effektiviseringsgevinster gjennom stordriftsfordeler og profesjonalisering. Nedenfor presenteres system og vurderinger av Statsbygg og Forsvarsbygg

9.5.1 Statsbygg

Statsbygg ble opprettet 1. januar 1993, og er en statlig forvaltningsbedrift underlagt Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Statsbygg er statens byggherre i statlig sivil sektor. Byggherreansvaret gjelder både for bygg som Statsbygg skal forvalte etter ferdigstilling, og bygg som skal forvaltes av andre statlige virksomheter (i hovedsak universitetene). Videre skal Statsbygg forvalte, drifte og vedlikeholde eiendommene som inngår i husleieordningen, det vil si det meste av statlige formålsbygg med unntak av dem som forvaltes av Forsvarsbygg, helseforetakene og selvforvaltende høyskoler og universiteter. Bygningsmassen utgjør om lag 2,8 mill. kvadratmeter, fordelt på 2 300 bygninger. Statsbygg skal også være rådgiver for statlige virksomheter i spørsmål om lokalbruk mv., sikre statlige interesser i større eiendomsutviklingsprosjekter og gjennomføre kjøp og salg av eiendom.

Statsbygg har ikke som oppgave å bygge eller forvalte ordinære kontorlokaler som det normalt er et velfungerende leiemarked for. Statsbygg skal derimot oppføre og forvalte statlige bygninger som staten av ulike grunner finner det hensiktsmessig å eie selv. Dette kan være bygg med høy grad av spesialtilpasning (formålsbygg), bygg som grunnet geografisk beliggenhet ikke kan

leies i et ordinært marked, eller bygg som av sikkerhetsgrunner bør være i statens eie.

Statsbygg har knapt 900 årsverk, fordelt på hovedkontoret i Oslo, fem regionkontorer og driftspersonale på eiendommene.

Husleieordningen

Husleieordningen ble innført i 1993, og innebærer at Statsbygg på vegne av staten inngår en husleieavtale med de virksomhetene som leier bygnin-gene. Avtalen gjelder vanligvis for 20 år, uten re-forhandling i avtaleperioden. Ordningen skal stimulere til en effektiv utnyttelse av eiendommene, samt sikre tilstrekkelige midler til drift og vedlikehold.

Husleien beregnes etter prinsippet om «kostnadsdekkende leie», dvs. at den leien leietaker skal betale gjenspeiler den kostnaden staten har ved å stille lokaler tilgjengelig for leietaker. Summen av de leibeløpene som blir innbetalt i leiepe-rioden, skal tilsvare summen av de kostnadene staten har hatt med eiendommen i samme peri-ode.

Leien består av kapitalkostnader (avkastning på investert kapital på hele bygget, der avkastningskrav avhenger av risiko), kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) og dekning av forventet verdiendring for eiendommen. Den samlede husleien justeres årlig for inflasjon.

Avhengig av det enkelte leieobjekt og forhold rundt leieavtalen vil den årlige kostnadsdekkende husleien erfaringsmessig ligge et sted mellom 5 og 8 pst. av investeringen eller eiendommens kostnad eller verdi.

Nærmere om finansieringen av Statsbygg

Driftsinntektene til Statsbygg anslås i saldert statsbudsjett for 2016 til om lag 4,3 mrd. kroner, og består av husleie, netto gevinst/tap ved salg av eiendom og rådgivningsoppdrag. De viktigste formålene som inntektene disponeres til er driftsutgifter (vel 1,8 mrd. kroner), avskrivninger (vel 1 mrd. kroner) og midler til investeringsformål (vel 1 mrd. kroner). Sistnevnte er det beløpet som tas ut av Statsbyggs driftsbudsjett til inndekning av nye investeringer som Stortinget beslutter å igangsette. Alle investeringer bevilges av Stortinget, og det er i utgangspunktet ingen sammenheng mellom posten til investeringsformål og hva som faktisk blir investert.

Tabell 9.3 Investeringsbudsjett for Statsbygg 2016

Prosjektering av bygg	103
Igangsetting av ordinære byggeprosjekter	373
Prosjektering og igangsetting av kurantprosjekter	201
Videreføring av ordinære byggeprosjekter	2 077
Videreføring av kurantprosjekter	623
Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold	179
Kjøp av eiendommer	74
Sum investeringsbudsjett	3 630

Investeringene i 2016 anslås til vel 3,6 mrd. kroner. Ved siden av den indirekte finansieringen over driftsbudsjettet på vel 1 mrd. kroner, finansieres investeringene gjennom egne midler over statsbudsjettet. Investeringene er satt sammen som vist i tabell 9.3 i saldert budsjett for 2016.

Byggeprosjektene blir finansiert etter to ulike modeller: ordinære byggeprosjekter og kurantprosjekter. Ordinære byggeprosjekter fremmes enkeltvis for Stortinget, med forslag til kostnadsramme og mulighet for hel eller delvis husleiekompensasjon for leietakeren. Kurantprosjektene er prosjekter der investeringen i sin helhet skal dekkes innenfor leietakernes eksisterende budsjetttramme, gjennom den leien de betaler.

For kurantprosjektene er insentivene i systemet sammenlignbare med det som gjelder for helseforetakene; gjennomføring av prosjektene avhenger av at virksomhetene selv skaper økonomisk handlingsrom gjennom driften. For andre byggeprosjekter har vi ikke en slik nødvendig sammenheng, ettersom midler til å betale økt husleie ofte bevilges over statsbudsjettet.

Vurderinger av Statsbygg

En arbeidsgruppe nedsatt av daværende Administrasjonsdepartementet i 1995 evaluerte husleieordningen og omleggingen av Statsbygg til forvaltningsbedrift. Arbeidsgruppen konkluderte i 1996 med at husleieordningen trolig hadde medvirket til å effektivisere Statsbyggs eiendomsforvaltning på leietakernes premisser. Den enkelte brukers reelle lokalutgifter var blitt synliggjort i og med innføringen av husleiebetaling, og målet om et økonomisk optimalt vedlikeholdsnivå «synes innen rekkevidde. Vedlikeholdsnivået er i dag vesentlig bedre enn for noen år siden»

Per T. Eikeland utarbeidet i 2005 en rapport til daværende Moderniseringsdepartementet¹⁵. Han fant at husleieordningen til Statsbygg fungerte

som forutsatt, ved at mange brukere aktivt søkte å kvitte seg med overflødige arealer når de fikk anledning til dette ved fornyelse av leieavtaler. Hovedinntrykket var videre at brukerne var mer kravstore når det gjaldt bygninger utenfor husleieordningen enn for bygninger som ville gi brukerne en husleie å betale. Særlig i mindre prosjekter, utvidelser etc., hvor brukerne ikke kunne regne med å få kompensasjon for økte leiekostnader, var brukerne mer tilbakeholdne med krav.

Husleieordningens viktigste bidrag til vedlikeholdet er at den sikrer det økonomiske grunnlaget, samtidig som den skiller klart mellom eier og forvalter på den siden og bruker på den andre. Statsbyggs mål er at ingen bygninger skal ha dårligere tilstandsgrad enn grad 1, på en skala fra 0 (best) til 3 (dårligst). Tilstandsgrad 1 innebærer at bygningen er godt vedlikeholdt og at alle lovpålagte krav er oppfylt. Dette målet var praktisk talt nådd i 2005, ifølge Eikeland. Han skriver at husleieordningen hadde bidratt til å sikre et bedre og mer stabilt økonomisk grunnlag for vedlikeholdet. Samtidig trekker han fram at et systematisk forebyggende vedlikehold var drevet fram flere år før husleieordningen, av Statens bygg- og eiendomsdirektorat («forgjengeren» til Statsbygg).

Riksrevisjonen¹⁶ sammenligner forvaltningen av eiendomsmassen i universitets- og høyskolesektoren som eies av Statsbygg med selvforvaltende institusjoner. Rapporten viser at bygningsmassen til de selvstendig forvaltende universitetene og høyskolene har henholdsvis 40 pst. og 74 pst. middels kraftige og kraftige symptomer på dårlig teknisk tilstand. Tilsvarende er kun 19 pst. av Statsbyggs eiendomsmasse i dårlig teknisk til-

¹⁵ Per T. Eikeland (2005): Husleieordninger i statlig eiendomsforvaltning. Teoretisk grunnlag og praktiske erfaringer. Rapport til Moderniseringsdepartementet.

¹⁶ Dokument 3:4 (2012–2013): Riksrevisjonens undersøkelse om statens forvaltning av eiendomsmasse i universitet- og høyskolesektoren.

stand. For Statsbygg var investeringene høyere enn avskrivningene i perioden 2007–2011, mens investeringene i de selvforvaltende institusjonene var lavere enn avskrivningene. Med andre ord hadde de selvforvaltende institusjonene negative netto investeringer i perioden. Flere av lederne i de selvforvaltende institusjonene ga uttrykk for at det ikke ble investert tilstrekkelig for å opprettholde bygningenes verdi.

De selvforvaltende utdanningsinstitusjonene har en mer krevende bygningsmasse å forvalte enn det Statsbygg har. Undersøkelsen Riksrevisjonen utførte viste imidlertid at den eldre bygningsmassen til Statsbygg gjennomgående hadde en bedre teknisk tilstand enn de selvforvaltende institusjonenes bygningsmasse fra samme byggeperiode. Med andre ord kan ikke årsakene til den dårlige tekniske tilstanden utelukkende tilskrives bygningsmassens alder og vern. Sammenligning av de selvforvaltende institusjonenes bygningsmasse og Statsbyggs bygningsmasse kan ifølge rapporten fra Ernst & Young indikere at forvaltningen blir bedre ved å skille ut forvaltningsansvaret i et eget foretak.

KPMG, i samarbeid med Multiconsult, utarbeidet i 2012 en rapport med evaluering av Statsbyggs eiendomsforvaltning¹⁷. Oppdraget gikk blant annet ut på å sammenligne Statsbygg med eiendomsforvaltere som hadde lignende sammensettning av eiendomsporteføljen. For å kunne vurdere kostnadene ble det gjennomført en sammenligning mot Universitetet i Oslo/Teknisk avdeling og Akademiske hus AB i Sverige. Med forbehold og justeringer som er foretatt, bekreftes det ifølge rapporten at kostnadsnivået til Statsbygg er på nivå med virksomheter det er naturlig å sammenligne seg med. Det bekreftes derfor også langt på vei at utgiftene som medgår til eiendomsforvaltningen står i rimelig forhold til eiendomsmassens størrelse.

Rådgivende Ingeniørers Forening (RIF)¹⁸ gjorde en vurdering av Statsbygg i perioden 2010–2014. I følge RIF har Statsbyggs portefølje, utenom fengsler, som helhet en god tilstand. Det er ikke noe vedlikeholdsetterslep, kun normalt vedlikeholdsbehov. Rapporten bekrefter Riksrevisjonens undersøkelse om at de universitetene og høyskolene som er underlagt Statsbygg har en betydelig bedre tilstand enn de selvforvaltende uni-

versitetene og høyskolene. Fengslene som forvaltes av Statsbygg har derimot betydelig vedlikeholdsetterslep og er i dårlig stand. Statsbygg overtok ansvaret for fengslene først i 2009.

Menon Business Economics evaluerte i 2015 kostnadsutviklingen i fire av Statsbyggs sine byggeprosjekter¹⁹. Disse fire var flytting av Norges Veterinærhøgskole og Veterinærinstituttet fra Adamstuen til Ås, samlokalisering og rehabilitering av Folkehelseinstituttet, Arkivverkets sentraldepot og Norsk helsedepot (Arkivverket), samt nytt Nasjonalmuseum for kunst, arkitektur og design på Vestbanen i Oslo (Nasjonalmuseet).

Statens prosjektmodell har to milepæler for ekstern kvalitetssikring. KS1 er kvalitetssikring av konseptvalg, der det som underlag skal foreligge en konseptvalgutredning (KVU). KS2 er kvalitetssikring av styringsunderlag samt kostnadsoverslag for valgt prosjekt, før eventuelt vedtak om bevilgning i Stortinget. Rapporten fra Menon viser at det er en vesentlig økning i kostnadsanslagene fra KS1 til KS2 innen alle de fire prosjektene. Menon trekker fram tre hovedårsaker til dette: for det første at estimatene er for lave i forhold til de forutsetningene som ble lagt til grunn, for det andre endring i behov og løsninger på en måte som ikke ble forutsatt i tidligfasen, og for det tredje et begrenset fokus på å holde investeringskostnadene på linje med KVU/KS1-estimatene. Analysen beskrives i den andre rapporten fra Produktivitetskommisjonen²⁰. Det heter her at i forkant av en KS1 vil de involverte ha interesse av å holde kostnadsestimater på et moderat nivå slik at konseptet blir valgt for videre planlegging. Men når denne milepælen først er unnagjort, har de involverte stor interesse og gode muligheter til å legge inn det de ønsker i prosjekter, for eksempel utvidelser, høyere standard mv. De involverte aktørene – både bruker og byggherre – har dermed få insentiver til å holde kostnadene nede i fasen mellom KS1 og KS2.

9.5.2 Forsvarsbygg

Forsvarsbygg ble opprettet 1. januar 2002 og er et bruttobudsjettet forvaltningsorgan underlagt Forsvarsdepartementet.

Forsvarsbygg leverer eiendomstjenester til forsvarssektoren og forvalter forsvarssektorens eiendommer, bygg og anlegg. Forsvarsbygg har

¹⁷ KPMG (2012): Evaluering av eiendomsforvaltningen i Statsbygg. Rapport til Fornynings-, administrasjons- og kirke departementet.

¹⁸ Rådgivende Ingeniørers Forening (RIF) (2015): «Norges tilstand 2015 – State of the Nation».

¹⁹ Menon-publikasjon nr. 38/2015: Kostnadsutvikling mellom KS1 og KS2 i byggeprosjekter.

²⁰ NOU 2016: 3 Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi.

monopol på utleie av lokaler til Forsvaret, men er konkurranseutsatt på leveranse av tilleggstjenester, som for eksempel renhold. Forsvarsbygg har også kunder fra andre offentlige virksomheter. Forsvarsbygg er byggherre for Forsvaret. Bygge- og rehabiliteringsprosjektene spenner bredt fra bolig- og kontorbygg til militære anlegg som helikopterbasert og flyplasser.

Forsvarsbygg er landets største offentlige eiendomsaktør med ansvar for en eiendomsmasse på totalt 4,1 mill. kvadratmeter, fordelt på vel 12 400 bygg og anlegg.

Forsvarsbygg har hovedkontor i Oslo, men er til stede over hele landet. Forsvarsbygg har en samlet bemanning på om lag 1 300 årsverk.

Husleieordningen

Husleieordningen er kostnadsbasert og består av to hovedelementer: et kapitalelement og driftskostnader (inkludert vedlikehold) knyttet til det enkelte objekt for å kunne opprettholde verdien på dette. Kapitalelementet tilsvarer årlig avskrivning på objektet. Det betyr at det ikke er lagt et avkastningskrav på kapitalen. Husleien justeres årlig for inflasjon.

Finansiering av Forsvarsbygg

Investeringsbudsjettet til Forsvarsbygg er på om lag 1,8 mrd. kroner i 2016, mens driftsutgiftene er på om lag 3,5 mrd. kroner. Driftsinntekter og inntekter fra salg av eiendom utgjør om lag 4,4 mrd. kroner.

Midler til å gjennomføre større investeringer finansieres med bevilgninger over statsbudsjettet. Forsvarsbygg har ikke adgang til å låne penger til å gjennomføre investeringer.

Vurderinger av Forsvarsbygg

I rapporten til Per T. Eikeland fra 2005, jf. omtale av Statsbygg over, gjengis resultater fra intervjuer med representanter fra Forsvarsbygg. Det heter i rapporten at innføring av husleie har gitt et godt insitament til å frigjøre lokaler og eiendommer til salg. Muligheten for å spare inn husleie som kan disponeres til andre formål har vært en drivkraft for å holde tempo i avhendingsprosessen. Skillet mellom bruker og forvalter har medført en riktige prioritering av bruken av vedlikeholds- og utviklingsmidler, som styres på grunnlag av vedlikeholdsplanen. Bruker, som hovedsakelig er Forsvaret, har fått de positive effektene som har vært forventet. De har fått synliggjort kostnadene, kan

konsentrere seg mer om kjernevirksomheten og fått mer fokus på arealutnyttelse fordi de kan disponere innspart leie. I rapporten trekkes det ellers fram at forvaltersiden, herunder Forsvarsbygg, synes omstillingen har vært krevende og at det har vært motstand mot endringene.

I en rapport fra Econ fra 2008²¹ om organisering av eiendommene i Helse Sør-Øst vurderes også andre store offentlige eiendomsforvaltere, herunder Forsvarsbygg. Av rapporten går det fram at Forsvarsstaben vurderer det slik at etableringen av Forsvarsbygg har hatt flere positive effekter, herunder redusert arealbruk og reduserte utgifter til eiendom, bygg og anlegg (EBA). Synliggjøring av kostnader og krevende brukere har bidratt til økt kostnadsbevissthet. Det er også skapt økt rom for valgfrihet i Forsvarets anvendelse av ressursene, og mer målrettet samspill mellom Forsvaret og Forsvarsbygg. Forsvarsdepartementet gir virksomhetene direkte midler til husleie. Forsvarsbygg mener ifølge rapporten at dette bidrar til å ødelegge dynamikken for å oppnå kostnadseffektiv drift. Dette skyldes at brukerne eller leverandøren i et slikt system ikke får beholde gevinsten av redusert ressursbruk. Innføringen av intern husleie framholdes likevel som et helt sentralt element i modellen, og 10 pst. arealreduksjon presenteres som et «rimelig treffende» anslag på effekten av å innføre intern husleie.

Riksrevisjonen²² skriver i sin revisjon av budsjettet for 2010 at Forsvarsbygg ikke kan dokumentere at tilstandsbasert vedlikehold har økt, og ser alvorlig på at analyser av eiendomsmassen i perioden 2004–2010 viser en negativ utvikling i tilstanden og et økende vedlikeholdsetterslep. Det er også avdekket blant annet at driftsmidler er benyttet til investeringsformål, og mangler ved beregning og fakturering av husleie. Det stilles spørsmål ved om Forsvarsbygg i tilstrekkelig grad har ivarettatt sitt forvaltningsansvar for forsvarssektorens eiendom, bygg og anlegg. Forhold som ble tatt opp i tilknytning til revisjonen av 2010-budsjettet, er ikke tatt opp i de senere revisjonene.

I rapporten «Norges tilstand 2015 – State of the nation» fra Rådgivende Ingeniørs Forening vurderes også Forsvarsbygg. Under kartleggingen er Forsvarsbygg delt inn i Forsvarsbygg Utleie og Nasjonale Festningsverk. Kartleggingen er gjort av Forsvarsbygg selv. De kartla teknisk tilstand på 94 pst. av bygningene under Utleie og 25

²¹ Econ Pöyry (2008): Modellen for organisering av eiendommer i Helse Sør-Øst RHF

²² Dokument 1 (2011–2012): Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjonen og kontroll for budsjettåret 2010.

pst. av Nasjonale Festningsverk. Kartleggingen viser at den vernede andelen av porteføljen er i dårligere stand enn snittet. Siden kartleggingen begynte i 2008, viser utviklingen i registrert tilstand for den samlede porteføljen under Forsvarsbygg Utleie en noe negativ tendens og for Nasjonale Festningsverk har store deler av bygningsmassen en dårlig tilstand. Forutsatt at dagens nivå for vedlikehold opprettholdes også kommende år, vil trenden mot 2024 være at dagens tilstandsnivå opprettholdes. Dette knyttes til at Forsvarsbyggs husleiemodell finansierer drift og vedlikehold av den bygningsmassen som inngår.

9.6 Systemene i Sverige og Danmark

9.6.1 Sverige

Blant annet som følge av statlige reformer på 90-tallet, har Sverige relativt lang erfaring med egne resultatenheter eller selskaper for bygg og eiendomsforvaltning i helsesektoren (og offentlig sektor for øvrig). Et eksempel på dette er aksjeselskapet Locum AB, som eies av Stockholm läns landsting og forvalter eiendommer som landstinget eier. Her er det altså valgt en modell der eiendomsselskapet ikke eier bygningene, men er byggherre og forvalter bygningsmassen på vegne av eieren. Locum AB forvalter 2,2 mill. kvm, og er med det en av Sveriges største eiendomsforvaltere. Blant leietakerne i länet dominerer helsetjenesten, inklusive sykehusene. Locum har ansvar for forvaltning og utvikling, kjøp, salg, drift og vedlikehold av bygningene. I tillegg tilbyr de en rekke service- og støttetjenester, slik at leietakerne kan konsentrere seg om sin kjernevirksomhet.

Hensikten med opprettelsen av Locum var å få et helhetlig syn på bruken av eiendommene og et underlag for en rasjonell og effektiv håndtering av eiendomsspørsmål i landstinget. Samtidig skulle husleie gi leietakeren et insentiv til effektiv kapitalbruk. Eiendommene er samlet i en egen resultat enhet i landstinget der eiendommenes inntekter, kostnader og resultat synliggjøres. Locum tilbyr lokaler både til offentlige og private helsevirksomheter. Landstingets helsevirksomheter kan også velge å leie av andre enn Locum, selv om lokaler som landstinget eier først og fremst bør velges.

Resultatene av å etablere Locum AB er beskrevet i en rapport fra Econ²³. Selskapsdannelsen

førte til økt forretningsmessig fokus der konkurranse skulle være en viktig drivkraft. Det ble utviklet en bestiller-utfører-modell der det ble valgt å skille mellom eier og de som utførte drift og vedlikehold av eiendommene. Dokumentasjonen viser at det har skjedd en betydelig arealeffektivisering og kostnadsreduksjon innen eiendomsforvaltningen. Omleggingen har blant annet medført en reduksjon på 30 pst. av driftskostnadene og en reduksjon på 10 pst. av kostnader knyttet til varme.

Av rapporten fra Ernst & Young går det fram at det er etablert egne eiendomsselskaper blant annet i Västra Götaland, Skåneområdet og i Uppsala. Det heter i rapporten at:

«Evalueringer viser at disse eiendomsselskapene benytter seg av systemer for målstyring, har etablerte resultatrapporteringsrutiner, i tillegg til at det jevnlig gjennomføres brukertilfredshetsundersøkelser. De har et sterkt kundefokus og ser ut til å ha et aktivt forhold til utvikling og tilpasning av lokalene til kundenes behov.»

9.6.2 Danmark

I Danmark eies og forvaltes sykehusbyggene av de fem regionene; Syddanmark, Midtjylland, Nordjylland, Sjælland og København. I følge rapporten fra Ernst & Young vurderer Sundhedsministeriet det slik at den nåværende modellen skaper best synergi. Mulighetene for alternative modeller for eierskap og forvaltning er ikke undersøkt nærmere. Det pågår imidlertid et forskningsprosjekt i regi av Region Syddanmark for å undersøke fordeler og ulemper ved offentlig-privat samarbeid (OPS). Dette ferdigstilles i juni 2018.

I Danmark er det opprettet et kvalitetsfond for å investere i en moderne sykehusstruktur, jf. omtale i kapittel 5 der det går fram at det skal bygges 16 nye sykehus i perioden 2009–2020. Sundhedsministeriet har ansvaret for administrasjon og tilskuddsforvaltning og har avsatt 25 mrd. DKK til dette formålet. Den involverte regionen er forpliktet til å utføre kvartalsvis statusrapportering. Det er blant annet krav om at en viss andel av den totale rammen er reservert for IT og utstyr osv.

Riksrevisjonen i Danmark gjorde i desember 2011 og oktober 2013 vurderinger av blant annet eierskap og forvaltning av sykehusbyggene. I rapporten fra 2011²⁴ framkommer det at Sundhedsministeriet og regionene etter riksrevisjonens syn ikke har forberedt byggeprosjektene fullt ut til-

²³ Econ Pöyry (2008): Modellen for organisering av eiendommer i Helse Sør-Øst RHF.

fredsstillende. Det gjelder særlig det største av dem – Det Nye Universitetshospitalet i Aarhus. Tilsvarende står det i 2013-rapporten²⁵ at Rigsrevisjonen finner at Sundhedsministeriet og regionene i de tidlige fasene av utbyggingene ikke har hatt tilstrekkelig fokus på å sikre at driften av de nye sykehusene innfrir målene om effektivisering. Ministeriet har ikke tidlig nok fastlagt kriterier for hvordan og når ministeriet vil følge opp, og hvordan effektiviseringskravene skal gjøres opp.

Ernst & Young gjennomførte i perioden 2014–2015 en evaluering av byggestyringsprinsippene for de 16 kvalitetsfondprosjektene (KF-prosjekter)²⁶. I rapporten trekkes det fram at de ulike aktørene i prosjektet vil ha en tendens til å se på egne lokale målsetninger først på bekostning av suksesskriterier for hele sykehuset, dersom prosjektet blir presset på ressurser. Det bør sikres at

²⁴ Rigsrevisionen (2011): Beretning til Statsrevisorene om sygehusbyggerier.

²⁵ Rigsrevisionen (2013): Beretning til Statsrevisorene om sygehusbyggerier II.

²⁶ Ernst & Young AS (2015): Evaluering af byggestyringsprinsippene for de 16 kvalitetsfondprosjekter.

byggherren har konstant fokus på det totale prosjektet – altså bygget og framtidig drift under ett. En anbefaling er derfor å sikre en instans som holder fokus på KF-prosjektets samlede interesser, fra første spadetak til behandling av pasienter mange år fram i tid. Et slikt organ bør være eksternt og uavhengig, og ta en overordnet rolle som uavhengig «vakthund» for prosjektene på temaer som risikostyring, tid, kvalitet, økonomi mv. Denne instansen kan være knyttet til alle prosjektene innenfor en region, eller til det enkelte prosjekt.

9.7 Vurderinger

9.7.1 Vurderinger fra rapporten til Ernst & Young

Ernst & Young skriver i sin rapport at det peker seg ut noen overordnede forbedrings- og utviklingsområder basert på det kunnskapsgrunnlaget som foreligger og de vurderingene som er gjennomført av ulike aktører. Disse er oppsummert slik i rapporten til Ernst & Young:

Forbedrings-/utviklingsområde	Beskrivelse	Konsekvens
Det er behov for å forbedre den bygningsmessige og tekniske standarden på en del sykehusbygg	Tilstandsgraden til den samlede bygningsmassen innen spesialisthelsetjenesten er for dårlig. Det synes å være et akkumulert vedlikeholdsetterslep i sektoren.	Det bør iverksettes tiltak for å sikre at det settes av tilstrekkelige midler til vedlikehold og oppgradering av bygningsmassen i helseforetak med vesentlig vedlikeholdsetterslep. Der dette ikke allerede foreligger bør vedlikeholdsplaner etableres/oppdateres basert på tilstandsvurderinger og virksomhetsplaner.
Det er behov for mer behovstilpassede arealer/lokaler	En betydelig andel av bygningsmassen er ikke egnet for dagens eller framtidens sykehusdrift. Hyppige endringer, økte krav og nye behandlingsformer innebærer behov for fleksible bygg og hyppige bygningsmessige tilpasninger. Denne utviklingen forventes å øke framover.	Det bør legges til rette for mer overordnet strategiske styring i takt med utviklingen og sikre tilstrekkelig langsiktighet i planleggingen. Da sykehusbygg er komplekse formålsbygg hvor det er behov for samspill med medisinsk teknisk utstyr, IKT infrastruktur og IKT systemer (som f.eks. journalsystemer), bør byggene være fleksible og godt tilpasset driften. Her vil f.eks. Sykehusbygg HF kunne ta et større ansvar framover.
Det er behov for bedre mekanismer for arealeffektivisering	Forsøk på å innføre husleie som en mekanisme for arealeffektiviseringer har i flere tilfeller ikke gitt ønsket effekt. Vi har heller ikke identifisert øvrige tiltak/insentiver som har hatt en dokumentert arealeffektiviserende effekt.	Det bør vurderes etablert nye mekanismer og tiltak for å sikre løpende arealeffektivisering i tillegg til husleie. For at husleie skal virke arealeffektiviserende bør modeller for dette gi sterke insentiver med en klar og tydelig konsekvens for leietakerne.
Det er behov for ytterligere standardisering, samordning og læring	Interregionale samarbeidsprosjekter og etablering av Sykehusbygg HF har bidratt til økt standardisering, bedre samordning og mer læring, men det kan være potensial for å forbedre dette ytterligere.	Det kan være aktuelt å vurdere om etablerte strukturer utnyttes fullt ut og optimalt, eller om de etablerte modellene i større grad må sikres gjennomført. Det kan vurderes å gi mer ansvar og større fullmakter til Sykehusbygg for å sikre gjennomføring av planlagte endringer.
Det er behov for økt fokus på gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter.	Det er krav til planer for gevinstrealisering i utbyggingsprosjekter, men disse synes i liten grad å bli fulgt opp.	Det kan settes ytterligere fokus på gode og realistiske gevinstrealiseringsplaner som en del av planverket for nye sykehusbygg. Oppfølging og måling av gevinstrealisering bør i større grad følges opp i perioden etter bygging.

Vurdering av et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg

En aktuell problemstilling som er vurdert av Ernst & Young, er etablering av et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg. Dette var en

del av oppdraget og er en anbefaling i sentrale evalueringer av eiendomsforvaltningen.

I rapporten fra Ernst & Young oppsummeres de mest framtreddende fordelene og ulempene ved å skille ut eierskap og forvaltning i et eget selskap, basert på det foreliggende kunnskapsmaterialet. Sentrale fordeler oppsummeres slik i rapporten:

Fordele	Beskrivelse	Kommentar
Profesjonalisering av eiendomsforvaltningen.	Et mer enhetlig arbeid rundt mål, strategier, planer og løsninger vil sikre en profesjonalisering av forvaltningen.	En profesjonalisering vil kunne øke bygningsmessig teknisk standard på tvers av hele landet gjennom standardisering, samordning og læring.
Bedret totaloversikt og porteføljestyring.	Vedlikeholdsbehovet på tvers blir mer oversiktlig, og det kan bli lettere å drive med porteføljeoptimalisering og bruke midlene hvor de gir best avkastning og hvor det er mest nødvendig.	Per i dag er det ingen som sitter med en totaloversikt over den faktiske tilstanden til alle sykehusbygg. Dette ville vært enklere å oppnå gjennom et eget selskap hvor vedlikeholdsbehovet blir synlig og reelle prioriteringer mulig.
Økt kostnadseffektivitet.	Gjennom tydeligere føringer og stordriftsfordeler vil man kunne oppnå høyere kostnadseffektivitet.	Det kan være potensielle stordriftsfordeler rundt ressurser, innkjøp, systemer, metoder og verktøy, samt tilrettelegging for benchmarking mellom helseforetakene på nasjonalt nivå som kan bidra til å drive kostnadene ned.
Sterkere kompetansemiljø og bedre læring på tvers.	Mulighet for å skape et kompetansemiljø med muligheter for faglig utvikling, spesielt innen strategiske oppgaver.	Sykehusbygg HF er allerede et ledd i å sikre kompetanseutvikling når det gjelder nybygg og utbygging. Også på områder som utarbeidelse av arealplaner, porteføljestyring, porteføljeutvikling, kjøp og salg av eiendom og analyse kan det oppnås mer kompetanseutvikling og økt læring ved organisering i et eget selskap.
Økt fokus på kjernevirksomheten i helseforetakene.	Et sterkere skille kan innebære at både kjernevirksomheten og eiendomsforvaltningen settes mer i fokus.	Om bygg- og eiendomsforvaltningen blir skilt ut vil dette innebære at helseforetakene får frigjort tid til å fokusere mer på kjernevirksomheten. Spesielt gjelder dette på ledernivå.

Fordeler	Beskrivelse	Kommentar
Større grad av arealeffektivisering.	Kjernevirksomheten vil kunne få et mer bevisst forhold til arealbruk og arealeffektivisering gjennom en husleieordning med de riktige insentivene.	Husleieordninger som er riktig implementert og etablert med riktige insentiver vil kunne føre til at den enkelte leietaker innser at det er noe å hente på å optimalisere bruken av lokaler og kan bidra til å redusere skjevfordelingen og uhensiktsmessig bruk av areal.

De sentrale ulempene oppsummeres slik:

Ulemper	Beskrivelse	Kommentar
Økt byråkratisering	Sentralisering av myndighet vil kunne skape ytterligere byråkratisering enn det som er i dag.	Kjernevirksomheten kan oppfatte forvaltning som er skilt ut i et eget selskap som byråkratisk da avstanden mellom de som ser behovene og de som vurderer om dette skal prioriteres øker.
Dannelse av monopolsituasjon	Det kan være en risiko for at et eget selskap kan opptre som en monopolist.	Ved en nasjonal modell bør helseforetakene kunne fristilles til å leie og kjøpe bygg- og eiendomsforvaltningstjenester fra andre aktører for å motvirke en monopolsituasjon.
Mindre kunnskap hos eiendomsforvalter om driften i sykehus og kjernevirksomheten	Ved å skille ut bygg og eiendomsforvaltningen vil man kunne risikere å miste noe av forståelsen og kunnskapen rundt den kliniske virksomheten og hvordan lokaler og tjenester best kan tilrettelegges for pasientbehandling.	Det forventes hyppige endringer, økte krav og nye behandlingsformer i sykehus, noe som innebærer behov for fleksible bygg og hyppige bygningsmessige tilpasninger. Dette stiller store krav til en bygg- og eiendomsforvalter.
Redusert påvirkning lokalt og økt ressursbruk til prioriteringsavklaringer.	Ledere i RHF og HF vil oppleve å i mindre grad ha myndighet til å gjennomføre tilpasninger og gjøre prioriteringer de mener er nødvendig for å optimalisere driften, samtidig som de er ansvarlig for en effektiv og god drift.	Ledere kan oppfatte å ha ansvaret for sykehusdriften uten å ha tilstrekkelig myndighet over en sentral ressurs i form av bygningsmassen, og dermed oppleve at de har mindre forutsetninger for effektiv og god drift. Dette kan igjen innebære økt ressursbruk til forhandlinger om prioritering av bygningsmessige forhold.
Redusert bygg og eiendomsforvaltningskompetanse lokalt.	Lokale ressurser i helseforetakene med kompetanse innen bygg- og eiendomsforvaltning vil bli omplassert til et nytt selskap eller de kan bli overtallige.	Dette vil innebære at det blir lavere kompetanse om bygg- og eiendomsforvaltning lokalt, samtidig som det vil måtte etableres bestillerfunksjoner og et mottaksapparat lokalt i helseforetakene.

Ulemper	Beskrivelse	Kommentar
Etablering av et nasjonalt selskap vil innebære en omfattende omstillingsprosess.	Det å etablere et eget selskap og skille ut eierskap og forvaltning vil være en stor og omfattende omstillingsprosess som inkluderer flere virksomhetsoverdragelser.	En virksomhetsoverdragelse vil bety en stor omstilling for alle berørte parter og kreve både juridisk og operasjonell ekspertise. Slike endringsprosesser møter ofte stor motstand og det vil mest sannsynlig også ta lang tid før man kan se effektene av virksomhetsoverdragelsen. En slik omstilling bør også samordnes og ses i lys av andre pågående initiativ i HOD og i helseregionene.

9.7.2 Utvalgets vurderinger

Problemstillingen i dette kapitlet er hvordan eierskap til og forvaltning av bygg kan organiseres på en mest mulig effektiv måte, både i et kortsiktig og langsiktig perspektiv.

De regionale helseforetakene har ansvaret for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester innenfor gitte økonomiske rammer. Dette innebærer et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng. Investeringer i bygg, utstyr eller vedlikehold må prioriteres opp mot annen drift. Større bevissthet rundt kostnaden ved bruk av innsatsfaktoren kapital var et viktig mål med helseforetaksreformen. Fra sektoren understrekes også de insentivene til effektiv drift som ligger i at overskudd i driften gir grunnlag for investeringer. Gjennomgangen i kapitlet viser at det er skapt rom for betydelige investeringer i helseforetakene de siste årene, og at det i langtidsplanene er innarbeidet en vesentlig økning i investeringsnivået. Det er lagt til grunn varierende forutsetninger om effektivisering. Hvorvidt planene vil la seg gjennomføre, vil blant annet avhenge av bevilgningsnivået framover og i hvilken grad helseforetakene lykkes med å effektivisere driften.

Etablering av egne eiendomsforvaltningsselskap med husleieordninger i statlig sektor har dels vært begrunnet med hensynet til effektiv ressursutnyttelse og at kapital skal ha en pris. I budsjettssystemer der drifts- og investeringsbeslutninger tas separat, vil lokaler i det alt vesentlige kunne framstå som en gratis ressurs og dermed gi uheldige insentiver. Ved at de faktiske kostnadene blir belastet brukerne gjennom husleie, får brukerne et økonomisk insentiv til en mer kritisk vurdering av sine krav til areal, standard og lokalisering. Virkningen avhenger av i hvilken grad brukerne får særskilt kompensasjon for å betale husleie.

I dagens system er riktige insentiver til arealeffektivisering til stede på helseforetaksnivå, da systemet innebærer at disse bærer alle kostnader fullt ut. Innføring av kostnadsdekkende husleie på nivåer under (klinikk- eller avdelingsnivå) kan imidlertid stimulere ytterligere til arealeffektivisering. Dette er blant annet gjort i Helse Bergen. For å oppnå god effekt, kreves at insentivene er slik at spart husleie ved redusert areal kommer brukeren til gode.

Ved siden av arealeffektivisering kan etablering av husleieordninger begrunnes med hensynet til å sikre midler til verdibevarende vedlikehold, ved at nivået på vedlikeholdsmidlene fastsettes ut fra et langsiktig perspektiv og ikke inngår i de årlige budsjettprioriteringene.

Kunnskapsgrunlaget som er gjennomgått av Ernst & Young tilsier at tilstanden for en del av sykehusbyggene i Norge i dag ikke er tilfredsstillende, og at det som følge av dette synes å være et akkumulert vedlikeholdsetterlep i sektoren. Dette tilsier at vedlikeholdsnivået har vært dårligere enn det som er rasjonelt på lang sikt, selv om riktige insentiver er til stede på helseforetaksnivået. Årsaken til en slik utvikling kan være at krav og forventninger til sykehusene er så store at langsiktige formål knyttet til vedlikehold og bygningsstandard blir nedprioritert i større grad enn det som er fornuftig på lang sikt. Innføring av husleie som sikrer verdibevarende vedlikehold er en måte å unngå en slik utvikling på. Forutsigbarheten dette innebærer gir også bedre grunnlag for å legge vedlikeholdsplaner og følge opp disse. Utvalget ser gode argumenter for å etablere en kostnadsdekkende husleieordning. Et alternativ kan være å stille krav til nivå på vedlikeholdskostnader gjennom eierstyringen.

Faglig anbefalt nivå for å sikre et verdibevarende vedlikehold er på om lag 250 kroner pr. kvm (definert etter NS 3454). I en vurdering gjort

av Rådgivende Ingeniørers Forening (RIF) på bakgrunn av en kartlegging av 90 pst. av bygningsmassen i spesialisthelsetjenesten i perioden 2011–2014 framgår det at det samlet brukes om lag en tredel av anbefalt nivå på vedlikehold i helseforetakene. Dette medfører at vedlikeholdsetterslepet øker over tid. Andre rapporter, blant annet en rapport fra Riksrevisjonen i 2010, bekrefter dette. Vurderingen til RIF bekreftes også i styresak 26/15 av 18. mai i Sykehusbygg HF. Her kommer det fram at nivået på vedlikeholdet varierer mellom de regionale helseforetakene, men alle ligger under anbefalt nivå. Nivået i Helse Sør-Øst RHF er om lag 80 kroner/m², og noe lavere enn dette i Helse Nord RHF. I Helse Midt-Norge RHF er nivået på om lag 110 kroner/m², og i Helse Vest RHF om lag 200 kroner/m². Med et samlet areal på nær 5 mill. m² tilsier disse tallene at vedlikeholdsutgiftene må økes med flere hundre mill. kroner for å sikre et verdibevarende vedlikehold. I dette tallet er ikke vedlikeholdsetterslepet regnet inn. Flere av de regionale helseforetakene har lagt opp til å øke nivået på vedlikeholdet i sine økonomiske langtidsplaner.

For at en husleieordning skal fungere etter hensikten må det etableres et skille mellom bruker og leverandør (forvalter), der disse er adskilte resultatenheter. Etablering av egne enheter for eiendomsforvaltning vil også oppfylle et annet råd som går igjen i analyser av eiendomsforvaltningen, nemlig profesjonalisering av forvaltningen. Generelt tilrås en samling av virksomheten og sentralisering til regionalt eller nasjonalt nivå. Slik oppnås stordriftsfordeler og effektivisering, og det gis bedre muligheter for å bygge opp gode kompetansemiljøer, blant annet gjennom bedre grunnlag for rekruttering (profesjonalisering). Eier må fremdeles ha god kunnskap om eiendomsforvaltningen. Etablering av egne enheter bidrar likevel til å avlaste ledernivået, som da i større grad kan konsentrere seg om kjernevirksomheten. Eiendomsforvaltning blir kjernevirksomhet og ikke støttevirksomhet i de nye enhetene.

En vurdering er knyttet til på hvilket nivå det bør etableres egne eiendomsenheter. I sentrale utredninger tilrås etablering av selskap på nasjonalt nivå.

Et godt system for eiendomsforvaltning krever god håndtering av alle faser av et byggeprosjekt:

- Planlegging og utvikling
- Utbygging
- Forvaltning, drift og vedlikehold

Når det gjelder de to første fasene mener utvalget at det er gjort et viktig utviklingsarbeid de siste årene, og at store utbygginger er gjennomført på en god måte. Videre understrekes betydningen av Sykehusbygg HF, og at de er i en oppbyggingsfase og vil få en enda viktigere rolle framover. Et strategisk mål for Sykehusbygg HF er å være det ledende fagmiljøet for planlegging, bygging og rehabilitering av sykehus.

Helseforetakene har et helhetlig ansvar for utbyggingsprosjekter. En analyse av fire statlige byggeprosjekter i regi av Statsbygg viser store kostnadsøkninger mellom KS1 (konseptvalg) og KS2 (kostnadsanslag for valgt prosjekt). Dette knyttes blant annet til at de involverte aktørene har få insentiver til å holde kostnadene nede i denne fasen. For helseforetakene stiller dette seg annerledes. Disse bærer alle kostnader selv, for eksempel ved endringer i standarder eller areal. Det er heller ikke observert vesentlige kostnadsendringer i planfasen for sykehusprosjekter.

Etablering av et eget eiendomsforvaltnings-selskap er et omfattende grep som innebærer store omstillingskostnader. I rapporten til Ernst & Young trekkes fram at omorganisering ikke er et mål i seg selv, men kan være et middel for å oppnå ønsket utvikling. Etablering av et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg vil ikke automatisk innebære forbedringer eller løsninger på de forbedringsområdene som er identifisert. Det konkluderes med:

«Et hovedspørsmål er på hvilken måte det i størst mulig grad, uten for store omstillinger og omstillingskostnader, kan oppnås forbedringer. Etablering av et eget eier- og forvaltnings-selskap for sykehusbygg innebærer en meget stor omstilling og det bør ut fra dette vurderes om det er mulig å få til vesentlige forbedringer ved å ytterligere legge til rette for utvikling innenfor dagens organisering, eventuelt med større grad av regionalisering av eiendomsfunksjonene.»

De forbedringsområdene det vises til er behov for:

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.

Gjennom utvikling av planverket for nye sykehusbygg kan det legges til rette for mer behovstilpassede arealer og lokaler og økt fokus på gode og realistiske gevinstrealiseringsplaner. Her vil Sykehusbygg HF kunne ta en viktig rolle. Det samme gjelder tiltak for ytterligere standardisering, samordning og læring.

Endelige vurderinger av hvordan eiendomsforvaltningen bør organiseres er gitt i kapittel 10. Et flertall går inn for å etablere en husleieordning og etablere egne eiendomsenheter på regionalt eller nasjonalt nivå. Det er i begrunnelsen lagt spesiell vekt på behovet for å sikre et tilstrekkelig vedlikehold og profesjonalisering av forvaltningen.

Kapittel 10

Utvalgets vurderinger

En gjennomgang av utviklingen i sektoren etter at reformen ble innført, viser positiv utvikling på mange områder. Dette gjelder både kvaliteten på tjenestene, utviklingen av viktige samarbeidsrelasjoner og den økonomiske styringen. Samtidig er det åpenbart forbedringsmuligheter.

Et bakteppe for utvalgets arbeid er en situasjon med vekst i behov, samtidig som det må forventes strammere offentlige budsjetter enn vi har hatt de siste årene. Antall personer med sammensatte og kroniske lidelser vil øke. Dette må ses i sammenheng med at antall eldre øker, noe som er et kvalitetstegn ved vårt samfunn. Disse har behov for koordinerte tjenester og kontinuitet i behandling og oppfølging, og dette tilsier ytterligere styrking av samordning og samarbeid lokalt i sykehusene og med primærhelsetjenesten. I dette kapitlet drøftes om en endring av styringssystemet kan forventes å legge et bedre grunnlag for å møte utfordringene i sektoren framover.

Utvalget har vurdert justeringer i styringssystemet som i stor grad kan gjennomføres uavhengig av hvordan eierskapet organiseres. Dette er omtalt i punkt 10.1.

Utvalget er i mandatet bedt om å vurdere tre alternativer til dagens organisering, der de regionale helseforetakene avvikles. Alternativene er 1) færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet, 2) et nytt direktorat til erstatning for dagens regionale helseforetak, og 3) ett nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene. Utvalget mener en modell med ett nasjonalt helseforetak er det beste alternativet av disse tre. I de to øvrige alternativene ligger sørge-for-ansvaret til departementet, og dette har en del konsekvenser som vurderes som lite hensiktsmessige. Alternativ 2 innebærer at det opprettes et direktorat under departementet, kombinert med foretak på det utførende nivået. Utvalget mener at en eventuell direktoratsorganisering burde vært gjennomgående, men dette ligger det utenfor mandatet å vurdere.

Utvalget har også utredet en egen modell, der det enkelte regionale helseforetaket med under-

liggende helseforetak blir ett rettssubjekt. Dette kan også betraktes som en variant av alternativ 1, dvs. en modell med få helseforetak direkte underlagt departementet. I punkt 10.2 drøftes dette alternativet og alternativet med ett nasjonalt helseforetak opp mot dagens organisering, og det gis en anbefaling om valg av modell. Videre drøftes inndeling i antall enheter, og mulige endringer av eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten. Utvalgets medlemmer har ulike syn på problemstillingene.

10.1 Generelle endringsforslag

Utvalget har vurdert tiltak som kan bidra til å forbedre styringen av spesialisthelsetjenesten, uten at dette krever endring av selve styringsmodellen. Hensikten med eventuelt å gjøre endringer er at disse skal bidra til økt legitimitet, bedre vilkår for samhandling og medvirkning og mer effektiv ressursbruk. Det er omtalt tiltak på følgende områder:

- Oppfølging av felleseide selskaper
- Samordning av IKT-området
- Bruk av private aktører
- Sammensetning av styrer
- Formalisering av lokal forankring og samhandling
- Ledelse og intern organisering
- Gjennomgang av inntektsmodellen

Tiltakene vil for en stor del være aktuelle også i de alternative styringsmodellene som drøftes, men relevansen og innretningen vil variere.

10.1.1 Bakgrunn: Virkemidler for nasjonal politisk styring og samordning

Staten har flere virkemidler for å styre spesialisthelsetjenesten. Staten kan styre gjennom lovgiving og myndighetskrav, herunder veiledere og retningslinjer, gjennom vilkår for tildeling av inntekter og gjennom eierstyring. Eierstyringen skjer

gjennom fastsettelse av vedtekter, oppnevning av styremedlemmer eller gjennom enkeltstående vedtak i foretaksmøte. Utvalget mener at de statlige styringsvirkemidlene gir Stortinget og regjeringen god mulighet til å styre spesialisthelsetjenesten.

Nasjonal helse- og sykehusplan mv.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) har som formål å legge til rette for en demokratisk forankret, nasjonal politikk for framtidens sykehus. Stortinget gir slik de overordnede politiske rammene for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Innenfor rammene Stortinget setter, skal planen være regjeringens operative redskap for styring av spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener at det er viktig å sikre at planen blir et reelt og hensiktsmessig verktøy for den nasjonale politiske styringen av spesialisthelsetjenesten.

I planen vektlegges tiltak for mer nasjonal styring og koordinering for å bidra til større likhet i tjenestetilbudet, bedre samordning og bedre ressursutnyttelse. Ett viktig tiltak er at Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan¹ skal styrkes. Helsedirektoratet skal få myndighet til å fastsette nasjonale kvalitetskrav for behandlingstjenester i sykehus som skal ligge til grunn for planlegging og oppgavefordeling mellom sykehusene. Dette vil innebære sterkere nasjonal styring av hvilke kvalitetskrav som skal gjelde for pasientbehandlingen og det vil gi føringer for oppgavefordelingen mellom sykehusene. Som grunnlag for å gjennomføre endringer og tiltak, skal helseforetakene utarbeide utviklingsplaner i tråd med vedtatt veileder.

I planen ble det også foreslått å legge den nasjonale godkjenningsordningen for nasjonale behandlingstjenester til Helsedirektoratet og å utvide ordningen til også å omfatte enkelte regionale funksjoner. Forslaget innebærer at Helsedirektoratet vil fatte endelig vedtak om fordelingen av regionale og nasjonale behandlingstjenester etter søknad fra regionale helseforetak.²

I Prioriteringsmeldingen³ som ble lagt fram i juni 2016, ble det lagt vekt på at prinsipper for pri-

oritering sikrer likebehandling. Prinsippene skal ligge til grunn for et sett av virkemidler, og skal også reflekteres i helsefaglige utdanninger og lederopplæring. Regjeringen vil blant annet gjennomføre endringer i prioriteringsforskriften, veiledere og nasjonale faglige retningslinjer. Regjeringen vil videre følge opp utviklingsarbeid knyttet til systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten som de regionale helseforetakene beslutter, og vil be de regionale helseforetakene utrede hvordan prinsippene for prioritering kan vektlegges i utformingen av regionale og lokale utviklingsplaner.

Departementets styring gjennom oppdragsdokument og foretaksmøter

Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år, og hvilke krav og vilkår som er knyttet til bevilgningen gjennom Stortingets budsjettbehandling. Oppdragsdokumentet har blitt forenklet de senere årene for å gjøre det mer i tråd med retningslinjene for mål og resultatstyring i staten. Det er nå et kortere dokument med færre mål. Samtidig er det innenfor flere områder satt som mål å redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehus, og det er utviklet pakkeforløp innenfor flere fagområder. Det er gitt klare føringer for hvordan de regionale helseforetakene i egenskap av sitt sørge-for-ansvar skal følge opp dette overfor sykehusene.

Dette illustrerer mulighetsrommet som ligger i oppdragsdokumentet. Statsråden kan i sin styring velge en overordnet tilnærming i sin måte å styre på; ved overordnede mål og styringsparametere som gjør det mulig å måle virksomhetenes resultater og vurdere måloppnåelse. Statsråden kan også velge å gi konkrete føringer om hvordan målene skal nås og hvilke virkemidler som skal tas i bruk. Departementets krav og innretning på oppdragsdokumentet vil i stor grad gjenspeiles i oppdragsdokumentene fra de regionale helseforetakene til helseforetakene, og påvirker dermed sykehusenes autonomi og handlefrihet i utvikling av tjenestetilbudet.

Tilsvarende kan departementet velge omfang av og detaljeringsnivå for krav i foretaksmøter. Fleksibiliteten som følger av helseforetaksloven

¹ Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), side 47.

² Flertallet i helse- og omsorgskomiteén støttet intensjonen om at det skal være et skille mellom faglige og politiske beslutninger, men ba om at departementet vurderer den nasjonale godkjenningsordningen for nasjonale behandlingstjenester i forbindelse med anbefalingen fra Kvinnsland-utvalget.

³ Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste.

gir statsråden anledning til å beslutte saker i foretaksmøtet.

Av omtalen i kapittel 4 går det fram at det har vært en utvikling i departementets oppfølging og krav til rapportering fra de regionale helseforetakene. I tillegg til månedlige rapporteringsmøter, er det innført felles oppfølgingsmøter hvert tertial mellom ledergruppene i de regionale helseforetakene, styrelederne og departementet. Dagsorden for disse møtene tar utgangspunkt i kravene i oppdragsdokumentene og foretaksmøtene, med vekt på gjensidig læring, erfaringsutveksling og kvalitet. Aktuelle tema i 2016 har blant annet vært (uønsket) variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse, ventetidsinformasjon og registreringspraksis, datakvalitet i psykisk helsevern, videreutvikling av nasjonal bemanningsmodell, tiltak for åpenhetskultur i sykehusene og økonomi.

Utvalget mener at departementet i sin styring bør legge vekt på å fastsette nasjonale mål, i stedet for en detaljert regulering av virkemiddelbruk. Dette vil gi økt lokal autonomi og bidra til mer effektiv ressursutnyttelse.

10.1.2 Oppfølging av felleseide selskaper

De regionale helseforetakene har gjort organisatoriske endringer på flere områder for å oppnå bedre samordning innenfor regionene. Sykehusapotekene ble organisert i egne helseforetak i regionene allerede fra 2002 og alle regionene har etablert regionale IKT-enheter.

Samordning mellom regioner har dels vært gjennomført gjennom etablering av felleseide selskaper⁴. De regionale helseforetakene har hver en eierandel på 25 pst. i selskapene Nasjonal IKT HF, Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF. I de fire øvrige selskapene⁵ har Helse Sør-Øst RHF en eierandel på 40 pst. og de tre øvrige regionene en andel på 20 pst. hver. Styrene for selskapene blir oppnevnt av de regionale helseforetakene.

Virksomheten i de felleseide selskapene er enten spesialisthelsetjeneste eller støttefunksjoner som er nødvendige og sentrale forutsetninger for at det kan ytes spesialisthelsetjenester. Dette er også en forutsetning for at selskaper skal kunne organiseres som helseforetak. Styring og oppfølging blir ivaretatt av de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene gjennom fore-

taksmøter, oppfølgingsmøter (eiermøter) og selskapsmøter (i ansvarlige selskap).

De regionale helseforetakene har gjennomgått styringen av de felleseide selskapene og skal utrede om Luftambulansetjenesten ANS og Pasientreiser ANS bør omgjøres til helseforetak, slik at alle de felleseide selskapene får felles selskapsform. I 2016 er det planlagt en samlet gjennomgang og harmonisering av vedtekter og selskapsavtaler for felleseide selskap. De regionale helseforetakene skal også videreutvikle en felles ressursbase som skal være selskapenes bindeledd mot de regionale helseforetakene, ivareta saksbehandling i forbindelse med eiermøter og gjennomføre oppfølging av selskapene.

Departementets styringsmuligheter overfor de felleseide selskapene er knyttet til å gi føringer og krav i oppdragsdokumenter og i foretaksmøter i de fire regionale helseforetakene, som så har ansvar for gjennomføring overfor selskapene. Departementets føringer kan være knyttet til oppgaver som skal løses i de felleseide selskapene, og til hvordan de regionale helseforetakene skal gjøre bruk av tjenestene til de felleseide selskapene.

Det er stilt spørsmål ved om styringsmodellen for de felleseide selskapene er effektiv. Eierstyringen forutsetter enighet om styringskrav og rammer fra fire eiere og tilsvarende styrebehandling i fire styrever. Det vil derfor være vanskelig å fatte beslutninger i saker der det er interessen motsetninger og eventuelt uenighet mellom eierne. Felleseide selskaper kan derimot fungere som et godt samordningsverktøy på områder med stor grad av konsensus.

Vurdering av dagens organisering

Utvalget har vurdert om utfordringer knyttet til styringsmodellen for de felleseide selskapene tilsier at selskapene bør overføres til departementet, noe som kunne ha forenklet styringen. Utvalget har imidlertid vektlagt at de felleseide selskapene organiserer virksomhet som i seg selv er spesialisthelsetjeneste eller nødvendige støttefunksjoner. Selskapene finansieres i all hovedsak gjennom betaling fra de regionale helseforetakene, og er også i stor grad i en monopolsituasjon. Innretningen på, og utøvelsen av, virksomheten i disse selskapene har direkte økonomiske konsekvenser for helseforetakene. Dette tilsier etter utvalgets vurdering at det nivået som er ansvarlig for å sørge for spesialisthelsetjenester også bør ha ansvar for eierstyringen av selskapene. Gitt en modell der sørge-for-ansvaret ivaretas av et nasjo-

⁴ Det er gitt en oversikt over de seks selskapene i boks 7.1. De regionale helseforetakene utreder nå om Sykehusapotekene bør organiseres som et nasjonalt fellestjenesteselskap.

⁵ HINAS, Luftambulansetjenesten ANS, Pasientreiser ANS og HDO HF.

nalt helseforetak, ville eierskapet naturlig ligge til det nasjonale helseforetaket. En modell med én eier legger til rette for mer effektiv samordning og styring.

I den grad det er behov for større grad av nasjonal koordinering eller mer effektive fellesløsninger (i en styringsmodell med flere eiere), kan departementet styre dette gjennom de ordinære, etablerte styringslinjene. De felleseide selskapene kan være et egnet virkemiddel for å nå nasjonale mål, forutsatt at departementet gir klare styringskrav for virksomhetene. En forutsetning for at departementet skal kunne gi klare styringskrav på områder med nasjonale målsetninger, er at departementet har kunnskap om eventuelle interessekonflikter mellom eierne som kan svekke muligheten for å realisere målsetningene. De regionale helseforetakene har ulike relasjoner til felleseide selskaper; først og fremst som eier, men også som kunde og i noen grad som konkurrent til virksomheten i selskapet. Departementet bør derfor gjøres oppmerksom på saker hvor det er identifisert interessekonflikter og uenighet mellom de regionale helseforetakene. Ansvaret for å bringe slike saker opp til departementet bør pålegges de regionale helseforetakene.

Utvalget mener at rapportering og oppfølging av de felleseide selskapene bør inngå som en fast del av den etablerte styringsdialogen og oppfølgingsmøtene mellom departementet og de regionale helseforetakene. Departementet bør orienteres når det tas beslutninger i felleseide selskaper som har betydning for nasjonal samordning og nasjonale målsetninger. Det bør også orienteres om eventuelle uenigheter av betydning for gjennomføring av samordnende tiltak.

10.1.3 Samordning av IKT i spesialisthelsetjenesten

Utviklingen av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i spesialisthelsetjenesten går raskt og IKT er nå en viktig kjernefunksjon i sykehusene. I punkt 6.4 er det gitt en nærmere omtale av utfordringene på IKT-området og anbefalingene som er gitt om retning og rammer for det videre IKT-arbeidet i sektoren.

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.

De fire regionale IKT-selskapene har til sammen rundt 2500 årsverk. Det har vært en sterk vekst i de regionale helseforetakenes IKT-budsjetter og -årsverk de siste årene. I 2014 ble det til sammen brukt om lag 5,1 mrd. kroner på IKT. Alle regionale helseforetak har en omfattende portefølje av utviklingsprosjekter fram mot 2018/2020. Dette er prosjekter med stor kompleksitet som involverer mange aktører, de innebærer store økonomiske løft og det er ulike finansieringsmodeller for prosjektene.

Som del av arbeidet med oppfølging av Meld. St. 9 (2012–2103) og utredning av «*En innbygger – én journal*» jf. omtale i punkt 6.4, ga Helse- og omsorgsdepartementet i 2014 Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en komparativ analyse av IKT-situasjonen i de regionale helseforetakene. Analysen⁶ konkluderte blant annet med:

«Til tross for store likheter med hensyn til behov og mål så driver de regionale helseforetakene få felles gjennomføringsprosjekter, har få felles løsninger og lite forpliktende teknologivalg. RHF-ene har hatt flere initiativer om mer forpliktende IKT-samarbeid, men lite er blitt realisert. 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; herunder Nasjonal IKT HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF. Samtidig legger utvalget vekt på at det er viktig å sikre gjennomføring av de igangsatte regionale utviklingsprosjektene. Det er også viktig å sikre drift av eksisterende (regionale) systemer fram til en nasjonal samordning realiseres.

⁶ Helsedirektoratet (september 2014): Utredning av «*En innbygger – én journal*». Komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området.

10.1.4 Bruk av private aktører

Noe av kritikken mot helseforetaksmodellen har vært knyttet til bruk av private aktører. Kritikken har både dreid seg om at helseforetaksmodellen i for stor grad åpner for private løsninger, men også at den ikke i tilstrekkelig grad åpner for og tar hensyn til private tilbud. Det private innslaget i det totale tjenestetilbudet kan styres gjennom å sette vilkår for tildeling av midler over statsbudsjettet eller gjennom bruk av eierstyring. Det private innslaget har i noen grad blitt påvirket av ulike politiske styringssignaler i perioden etter 2002, men har likevel holdt seg på rundt ti prosent.

Det offentlige vil også i framtida være hovedleverandør av helsetjenester. Dette er ikke minst viktig for å kunne tilby likeverdige helsetjenester til befolkningen i hele landet. De private er et viktig supplement til det offentlige. Innenfor rammen av det som staten har bestemt som eier, vil det være opp til regionalt helseforetak å vurdere bruk av private i ivaretagelsen av sørge-for-ansvaret. I 2012 ble det gjort en presisering i helseforetaksloven for å tydeliggjøre private leverandørers rolle. Det ble gitt en bestemmelse om at de regionale helseforetakene i forbindelse med langsiktig planlegging skal vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom inngåelse av avtale med private eller offentlige virksomheter som de ikke eier selv⁷.

De regionale helseforetakene har to roller. For det første er de eier med helhetlig styringsansvar for virksomheter i egen regi, og for det andre har de et sørge-for-ansvar som innbefatter å gi et tilstrekkelig og godt tilbud til innbyggerne i regionen. Enkelte har pekt på at dette i noen grad kan medføre at private løsninger velges bort, selv om dette ville gitt best måloppnåelse samlet sett. Valg av egne virksomheter vil gjerne kunne begrunnes ut fra hensyn til utdannings- eller beredskapsbehov, eller andre viktige målsetninger som det kan hevdes vil bli svekket ved bruk av private. Dette kan være reelle og viktige begrunnelser, men som også kan fungere som unnskyldninger for å la egne virksomheter få forrang i utviklingen av pasienttilbudet. Det kan derfor stilles spørsmål ved om det i større grad bør synliggjøres om og hvordan kjøp av tjenester fra private leverandører har blitt vurdert, særlig på områder med flaskehals og lange ventetider i de offentlige sykehusene. Det kan gjøres gjennom å stille krav i oppdragsdokumentet om at det skal gå fram av rapporteringen til departementet om og på hvilken måte pri-

vate løsninger, både ideelle og kommersielle, har vært vurdert i arbeidet med å redusere ventetidene. Ellers utarbeidet de regionale helseforetakene i 2014 nye strategier for økt bruk av private gjennom anskaffelser. Dette skjedde på oppdrag fra departementet, og som del av reformen med fritt behandlingsvalg.

Utvalget mener 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. Helsedepartementet på New Zealand har for eksempel i sin styring av District Health Boards, som i denne sammenheng kan sammenlignes med regionale helseforetak i Norge, gitt retningslinjer for valget mellom å bygge opp egne tjenester og å kjøpe fra private⁸. Hovedgrepet er å slå fast at valget mellom privat eller offentlig regi for konkrete tjenester skal avhenge av hva som bidrar best til å dekke pasientenes behov. Større overføringer av pasienttilbud mellom egne sykehus og private tilbydere (begge veier) kan bare skje dersom det totalt sett gir pasientene bedre tjenester og står i forhold til kostnader og eventuelle ulemper. I en slik vurdering vil blant annet konsekvensene for helseforetakets økonomi, rekruttering, utdanning og beredskap inngå.

Utvalget mener det er viktig at det i avtalene med private aktører stilles samme krav til rapportering av aktivitet og kvalitet som stilles til egne virksomheter og at dette følges aktivt opp i oppfølgingen av avtalene.

Gitt den todelte rollen for de regionale helseforetakene, er det en utfordring for Helse- og omsorgsdepartementet som eier å bidra til en bedre avveining av bruk av egne virksomheter og private tilbud. Løsningen bør etter utvalgets syn verken være å detaljstyre bruken av private, eller å sette konkrete måltall for bruk av private. Det vil komme i konflikt med ansvars- og rolledelingen mellom departementet og de regionale helseforetakene eller et eventuelt annet nivå som vil få sørge-for-ansvaret. Det vil også påvirke mulighetene for å finne fleksible løsninger lokalt. På de fleste områdene er det trolig mest hensiktsmessig å finne løsninger gjennom bedre og mer effektiv bruk av de offentlige sykehusene. Utvalget mener imidlertid at det som en del av styringsdialogen i større grad bør synliggjøres hvordan bruk av pri-

⁷ Prop. 120 L (2011–2012) Endringer i helseforetaksloven mv. og Innst. 62 L (2012–2013).

⁸ «Operational Policy Framework 2016/17» utgitt av the New Zealand Ministry of Health, punkt 3.19 flg. <http://nsfl.health.govt.nz/accountability/operational-policy-framework-0/operational-policy-framework-201617>

vate løsninger inngår i de løpende kapasitetsvurderingene.

Utvalget viser til at det ikke er nok bare å kjøpe mer kapasitet fra private leverandører. Det er eksempler på at det er inngått avtaler som ikke blir brukt. Det kan være flere årsaker til dette, bl.a. at pasienten selv velger å stå på venteliste på de offentlige sykehusene. Etter utvalgets mening kan det imidlertid også være uttrykk for at det er behov for at de offentlige sykehusene i større grad informerer pasientene og helsepersonellet som henviser, om de mulighetene til behandling som finnes gjennom ordningen med fritt behandlingsvalg.

Reduserte ventetider er et sentralt styringskrav fra eier. Kostnadseffektiv bruk av private tilbud kan være et virkemiddel for å oppnå dette. Økt fokus på å redusere ventetidene vil derfor også kunne legge bedre til rette for likebehandling av offentlige og private tilbud. I tillegg er det i 2016 varslet at det skal innføres en ordning med nøytral merverdiavgift for varer og tjenester som inngår i driften i helseforetakene fra 2017. Ved å likestille ekstern tjenesteutsetting med egenproduksjon av støttetjenester legges det til rette for å utnytte gevinstene fra arbeidsdeling, spesialisering og organisering i privat sektor. Det nye foretaket for innkjøp (Sykehusinnkjøp HF), som ble etablert 1. januar 2016, vil kunne bidra til mer samordning og standardisering av innholdet i og utforming av avtalene (kvalitetskrav og avtaletid mv.).

10.1.5 Sammensetning av styrever

Styret er et kollegialt organ. Et velfungerende styre forutsetter at styremedlemmene har erfaring fra flere fagområder og sektorer, og at medlemmene har god forståelse for styrets rolle og formålet og rammene for virksomheten. Dette er regulert slik i de regionale helseforetakenes vedtekter:

«Styrene skal samlet sett ha en kompetanse som står i forhold til de oppgavene styret har og de utfordringene helseforetakene står overfor.⁹»

Styrets sammensetning har betydning for styrenes legitimitet, ettersom legitimitet i stor grad

⁹ Vedtekter for de regionale helseforetakene § 8a Oppnevning av styremedlemmer i helseforetak. I tre regioner er tilsvarende ordlyd videreført i vedtektene for helseforetakene. Unntaket er i Helse Vest, der dette ikke er omtalt i vedtektene for helseforetakene.

henger sammen med et organs kompetanse. Det er regulert i helseforetaksloven at styremedlemmene i de regionale helseforetakene må ha tilknytning til regionen, blant annet for å kunne fange opp og ta hensyn til den øvrige samfunnsutviklingen i regionen. Dette er ikke regulert på samme måte for styrene for helseforetakene, noe som åpner for at disse styrene kan være en arena for utveksling av erfaringer på tvers av helseforetak og regioner.

Helsefaglig kompetanse i styrene for helseforetakene er viktig for legitimiteten. Ansattvalgte styremedlemmer vil i noe grad ivareta dette perspektivet, men det kan være hensiktsmessig at det også er eieroppnevnte styremedlemmer med klinisk erfaring eller annen helsefaglig kompetanse. En gjennomgang av helseforetakenes styrever viser at det er minst ett eieroppnevnt styremedlem med helsefaglig utdanningsbakgrunn i 18 av 20 helseforetakstyrever.

Kunnskap om primærhelsetjenesten er viktig kompetanse i styrene, særlig i et samhandlingsperspektiv. Per i dag er det eieroppnevnte styremedlemmer som har kommunal tilknytning (bl.a. kommunelege, fastlege, kommunalsjef, rådmann, ordfører) i 11 av 20 helseforetaksstyrever. Utvalget mener at samhandlingsperspektivet bør styrkes og at det derfor bør være et krav om at alle styrene har medlemmer med kunnskap om primærhelsetjenesten. For å sikre tilgang på gode kandidater, bør KS foreslå et sett av kandidater til hvert av styrene som eier kan velge fra.

Politisk kompetanse har i lengre tid vært vektlagt som nødvendig i styrene, selv om ordningen med at et flertall av styremedlemmene skulle oppnevnes blant aktive politikere ble opphevet i 2014. Det er også eieroppnevnte styremedlemmer med ledererfaring fra offentlig sektor, både fra spesialisthelsetjenesten men også andre offentlige virksomheter, i nesten alle styrever. Utvalget mener at det må legges vekt på at styrene må ha forvaltnings- og samfunnskompetanse. Dette kan blant annet innebære erfaring fra politisk arbeid. Det bør også vurderes om det er behov for økt digital- og logistikkforståelse i styrene.

Utvalget mener betydningen av regional samordning innenfor utdanning og forskning tilsier at styrene for det nivået som har ansvaret for samordning og samarbeid med universitets- og høyskolesektoren, bør ha medlemmer med tilknytning til denne sektoren.

Utvalget viser til at det har vært ulik praksis mellom regionene for brukermedvirkning i styrene og at departementet i foretaksmøte har bedt de regionale helseforetakene om å etablere felles

retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning. Utvalget vektlegger at departementet må sikre at det blir fastsatt felles retningslinjer og enhetlig praksis som sikrer observatørstatus med møte-, tale- og forslagsrett i styrene for lederne av brukerutvalgene.

Oppsummert tilrår utvalget endringer i vedtektene som innebærer at det går fram at de eieroppnevnte styremedlemmene bør velges slik at styremedlemmene samlet sett har helsefaglig kompetanse, kompetanse om primærhelsetjenesten, forvaltnings- og samfunnskompetanse og tilknytning til universitets- og høgskolesektoren. Av hensyn til velfungerende styrer, bør dagens rammer for maksimalt antall styremedlemmer opprettholdes.

10.1.6 Formalisering av lokal forankring og samhandling

Det er en tett kobling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ansvarsfordelingen på enkelte områder kan være uklar, og mange pasienter har behov for tjenester fra begge nivå. Et godt samarbeid mellom nivåene er derfor avgjørende for at tjenestene skal henge sammen og at tilbudet samlet sett blir godt. Dette var også bakgrunnen for samhandlingsreformen. Evalueringen av reformen viser at det fremdeles er mye å hente på bedre samarbeid. Kommuner og sykehus må fortsette arbeidet med å utvikle ulike samhandlingstiltak, der fastlegenes rolle bør vies oppmerksomhet.

Finansieringsordningene på begge nivåer bør understøtte samhandling. Helsedirektoratet har i en utredning fra 2015¹⁰ pekt på enkelte utviklingsområder knyttet til samhandling og finansiering av spesialisthelsetjenesten. I et videre utviklingsarbeid bør også finansieringsordningene i primærhelsetjenesten vurderes. Det kan også være grunn til å vurdere om det nasjonalt bør gis råd om fordeling av kostnader mellom sykehus og kommuner i konkrete samhandlingstiltak. Ellers står aktørene fritt til å inngå avtaler.

I punkt 4.7.2 er erfaringene med samhandlingsreformen omtalt. Utvalget vil trekke fram følgende elementer som bidrag til en god utvikling:

- Samarbeidsavtalene må være kjent, forstått og følges opp i praksis av begge parter. Dette gjel-

der både på ledernivå og blant fagfolk som samhandler i hverdagen.

- Kommuner og sykehusledelse må ha faste kontaktpunkter for å diskutere felles utfordringer.
- Helsesektoren må iverksette samhandlingsmodeller basert på beste praksis. Finansielle virkemidler som underbygger samhandling bør også vurderes.
- Bedre informasjonsutveksling. Dette stiller krav til IKT-systemene og at disse fungerer på tvers av nivåene.
- Ledere som etterspør samhandling og som legger til rette for arenaer for samhandling.

Utvalget har fått flere innspill som peker på at det er behov for å formalisere samarbeidsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for å sikre lokal forankring og påvirkning. Det er i flere sammenhenger også pekt på at det er ulikt styrkeforhold mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i samarbeidet som er etablert knyttet til samhandlingsavtaler.

Uavhengig av framtidig modell for organisering av eierskapet mener derfor utvalget at det bør etableres faste arenaer for samarbeid med kommuner, representert ved ordfører, rådmann og kommuneoverlege i sykehusets nedslagsfelt, og dette bør formaliseres i eierstyringen. Begge parter må ta ansvar for å legge fram saker om status og utfordringer. Løsninger må drøftes i fellesskap. Begge parter må tidlig løfte fram utviklingsprosjekter og andre problemstillinger som vil ha konsekvenser for innbyggerne i deres felles område.

Utvalget vil peke på betydningen av et klart definert lokalt ansvar. Både de som inngår avtaler og de som har ansvar for å følge opp disse lokalt, bør ha nødvendige fullmakter og myndighet i egen virksomhet. Dette gjelder for både kommuner og sykehus. Spesielt er det viktig å ha fokus på dette der flere sykehus inngår i samme helseforetak.

Det er flere gode eksempler på modeller for samhandling der kommunene i sykehusområdet eller helseforetaksområdet har gått sammen om felles organisering for å bli en mer likeverdig part i samhandling og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er gitt noen eksempler i boks 10.1–10.4. Det bør i samarbeid med KS utvikles modeller for beste praksis for samhandling.

Også på regionalt nivå er det behov for å videreutvikle samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og representanter for kommunesektoren.

¹⁰ Helsedirektoratet (mai 2015): En gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten.

Boks 10.1 Samhandling med kommuner og fastleger i Østfold

Kommunene i Østfold og Sykehuset Østfold HF har hatt en forpliktende samarbeidsavtale siden 2005. Avtalen innebærer at alle parter er forpliktet til å følge opp retningslinjer og rutiner for hvordan man samhandler til beste for felles pasienter. Avtalene og arbeidet har vært bygget opp basert på likeverdighet og konsensus. Eksisterende avtale og retningslinjer ble gjennomgått og oppdatert da lovkravene kom i forbindelse med at samhandlingsreformen skulle innføres fra 1. januar 2012.

Samhandlingsarbeidet i Østfold har i stor grad vært drevet fram av Sykehuset Østfold, som gjennom sin samhandlingsavdeling har stilt med sekretariatressurser. For også å skape større likeverdighet og balanse knyttet til saksforberedelsene, har rådmannskollegiet i Østfold kommunene besluttet å opprette en 40 pst. sekretariatressurs fra 1. januar 2017. Stillingen er finansiert gjennom et spleiselag basert på innbyggertall i kommunene.

Samhandlingsutvalg for Fastleger (SUFF) i Østfold

All innovasjon i helsevesenet er nødvendigvis et resultat av en prosess. Involvering i en åpen og ryddig prosess skaper eierskap til resultatet. For å sikre tidlig involvering og reell påvirkning i saker som berører fastleger, er SUFF etablert i Østfold. Dette samhandlingsutvalget består av fem erfarne fastleger (én fra hver Helsehusregion), to kommuneoverleger, samt klinikkssjef indremedisin og samhandlingssjef på Sykehuset Østfold. Aktuelle saker behandles systematisk ved hjelp av et analyseverktøy som sikrer at alle viktige faktorer og partenes (inkludert pasientenes) interesser blir vurdert. Konklusjonen eller rådet som kan gis etter en slik systematisk behandling, vurderes å ha høy legitimitet hos partene. SUFF er et rådgivende konsensusutvalg.

Boks 10.2 Sykehusutvalget i Asker og Bærum

Asker og Bærum kommuner etablerte i mars 2016 et tverrpolitisk sykehusutvalg. Utvalgets mandat er å arbeide for en god sykehusstruktur og et godt spesialisthelsetjenestetilbud for innbyggerne i Asker og Bærum kommuner, med særlig fokus på Bærum sykehus. Utvalget skal holde seg løpende oppdatert om arbeidet i styret i Vestre Viken HF og følge opp oppgavefordeling mellom sykehusene i Vestre Viken HF. Utvalget skal også ivareta kommunens interesser i strate-

gisk utvikling av sykehusstruktur og spesialisthelsetjenestetilbud, i samsvar med intensjonene som er uttrykt i formelle kommunale vedtak som høringsuttalelser mv. Samtidig skal utvalget være en ressurs for hovedutvalg, komité og formannskap i spørsmål om sykehusstruktur og spesialisthelsetjenestetilbud til innbyggerne i kommunen og bidra til at kommunene framstår godt koordinert i sykehusspørsmål.

Boks 10.3 Overordnet strategisk samarbeidsutvalg på Sørlandet

Samhandlingsarbeidet mellom Sørlandet sykehus HF og 30 kommuner på Agder er forankret og organisert ved at partene har etablert et overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS). Her deltar:

- Sørlandet sykehus HF
- Kommunene på Agder (seks representanter oppnevnt av hver av de fem kommuneregionene, samt Kristiansand kommune)
- Brukerorganisasjoner: Samarbeidsforum (SAFO) og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
- Arbeidstakerorganisasjoner: Legeforeningen, Norsk sykepleieforbund (NSF) og Landsorganisasjonen (LO).

Arbeidet i OSS er regulert i Overordnet samarbeidsavtale (OSA), som blant annet beskriver formaliserte, jevnlig møter på ledernivå mellom foretaket og kommuneregionene. Alle deltagende kommuner har undertegnet samarbeidsavtalen og tilhørende delavtaler (elleve lovpålagte og to frivillige avtaler).

Arbeidet med Utviklingsplan 2030 har vært sentralt i samarbeidet. I tillegg til at Utviklingsplan 2030 har vært på dagsorden i møtene i OSS, har kommunene hatt fem representanter i styringsgruppa og deltatt i en rekke arbeidsgrupper som har sikret god medvirkning fra kommuneregionene.

Boks 10.4 Samhandling i Troms og Ofoten

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og kommunene i Troms og Ofoten har organisert og formalisert samarbeidet på ulike nivå. Allerede i 2008 ble det etablert et overordnet samarbeidsorgan – OSO, som gjennom årene har blitt det viktigste formelle organet for samarbeid og møtes minimum fem ganger per år. I OSO deltar:

- UNN HF v/direktør og klinikkssjefer (seks representanter)
- Kommunene v/rådmanns- og kommuneoverlege-nivå (seks representanter)
- Brukerrepresentant
- KS
- Universitetet i Tromsø og Fylkeslegen i Troms.

I tillegg har OSO opprettet åtte møteplasser på lokalsykehus og DPS-nivå som møtes fast fire ganger per år. Det er også etablert et eget fastlegeråd som møtes seks – åtte ganger per år. Her deltar (seks) erfarne fastleger fra alle regionene, leder av praksiskonsulentene, samhandlingssjef og medisinsk fagsjef i UNN.

OSO oppnevner egne kliniske samarbeidsorgan (KSU) når spesielle oppgaver skal løses, nye retningslinjer utarbeides mv. For eksempel er det nedsatt et KSU for å gjennomføre en inkluderende og omfattende prosess med evaluering og revidering av de lovpålagte samarbeidsavtalene. Etter at avtalene ble revidert og godkjent av partene, har KSU fått mandat til å lage prosedyrer for opplæring og etterlevelse av avtalene.

UNN Tromsø og Tromsø kommune, samt UNN Harstad og Harstad kommune har et samarbeidsprosjekt kalt Pasientsentrert helsetjenestetsteam. Der arbeider fagpersoner fra kommunen og sykehuset sammen om pasienter med sammensatte lidelser. Dette samhandlingsprosjektet viser svært gode resultater, og vil gradvis bli innført i andre kommuner. I løpet av høsten vil både Balsfjord, Karlsøy og Lenvik kommune delta i prosjektet.

UNN har desentraliserte spesialisthelsetjenester ved Distriktsmedisinsk senter (DMS) både i Nordreisa og på Finnsnes. Dette er geriatri, fødetilbud, dialyse, hudbehandling mv.

10.1.7 Ledelse og intern organisering

Det formelle grunnlaget for lederansvaret i sykehus er beskrevet i Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-2/2013 Lederansvaret i sykehus, som særlig tydeliggjør ansvaret ledere på alle nivåer har for kvalitet og pasientsikkerhet. I Nasjonal helse- og sykehusplan omtales betydningen av ledelse for gjennomføring av planen. I planen heter det at ledelsen i sykehusene må:

- kontinuerlig vurdere behov for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser (strategisk ansvar)
- ta et helhetlig ansvar for resultater og for at dette skjer innenfor fastsatte rammer (driftsansvar)
- ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten og sikre at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses (personalsvaret)
- sikre god kommunikasjon og informasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgavedeling, åpenhet og demokrati (kommunikasjonsansvaret).

I forbindelse med stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan ble spørsmålet om stedlig ledelse sentralt. Dette er ikke et spørsmål om lederrollen og ledelsesprinsipper, men om hvordan helseforetakene organiserer sin underliggende virksomhet. Problemstillingen er drøftet i kapittel 6. Generelt er det en utfordring å utvikle en organisasjonsstruktur som kombinerer behovet for samordning lokalt og behovet for samordning mellom enheter på ulike geografiske steder på en god måte. På generelt grunnlag vil stedlig ledelse på høyt nivå i organisasjonen være gunstig for effektiv samordning av ressurser lokalt, mens tverrgående ledelse kombinert med stedlig ledelse på lavere nivå i organisasjonen vil være gunstig for samordning mellom sykehus og et mer enhetlig og likeverdig behandlingstilbud.

Det kan være vanskelig å ivareta lokale forhold ved å stille detaljerte krav til en bestemt organisasjonsmodell fra nasjonalt nivå. Helseforetakene er forskjellige, blant annet når det gjelder geografi, antall institusjoner og sykehus. Samordningsutfordringene vil derfor også være forskjellige, noe som tilsier at det er ønskelig å gi virksomhetens ledelse en viss frihet til å tilpasse sty-

ringssystemet til virksomhetens størrelse og egenart.

Stortinget har pålagt regjeringen å benytte eierstyring gjennom foretaksmøtene til å stille krav om at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus. Protokollen fra foretaksmøtet med de regionale helseforetakene 4. mai 2016 er utformet slik at helseforetakene gis fleksibilitet og frihet ved valg av organisasjonsform. På bakgrunn av denne protokollen pågår det nå prosesser for å følge opp saken. Utvalget er enig i den tilnærmingen som er valgt med stedlig ledelse som et hovedprinsipp, men at det åpnes for alternative løsninger der lokale forhold tilsier det. Endelig beslutning må ligge hos ledelsen i foretakene.

Utvalget har pekt på betydningen av et klart definert lokalt ansvar knyttet til samhandling, der de som inngår avtaler har nødvendige fullmakter og myndighet i egen virksomhet. Dette gjelder på samme måte for brukermedvirkning og samarbeid med pasienter og pårørende.

Den interne organiseringen av spesialisthelsetjenesten vil være et tilbakevendende tema, blant annet som følge av den løpende utviklingen som skjer i tjenesten. Hva som er den beste organiseringen for den enkelte virksomheten, kan variere over tid. Hvis det blir vedtatt endringer i styringsmodellen, vil dette også påvirke organiseringen ved at nye styringslinjer og fullmakter blir klargjort og kommunisert. Utvalget mener at dette er et område hvor det er viktig med erfaringsoverføring. Departementet bør derfor vurdere om det er godt nok kunnskapsgrunnlag på området, eller om det er behov for å sette i gang et evalueringsarbeid for å gjennomgå erfaringer med ulike organisasjons- og ledelsesmodeller.

10.1.8 Gjennomgang av inntektsmodellen

Dagens system for fordeling av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene ble innført i 2009 og 2010 og bygger på NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (Magnussen-utvalget). Modellen er basert på behovs- og kostnadsindekser tilsvarende modellen som brukes i kommunesektoren. De ulike behovs- og kostnadsindeksene samles i en ressursbehovsindex som beskriver det samlede ressursbehovet for hvert regionalt helseforetak relativt til landsgjennomsnittet. Modellen oppdateres årlig med siste tilgjengelige statistikk for befolkning, alder, ulike sosiale kriterier og kostnadsandeler.

Det er nå åtte år siden inntektsmodellen til de regionale helseforetakene ble oppdatert. Kommu-

nenes inntektssystem revideres om lag hvert tiende år gjennom egne offentlige utvalg. Utvalget mener at det er naturlig at det i løpet av kort tid settes i gang et arbeid med å oppdatere modellen for fordeling av basisbevilgningen.

10.1.9 Oppsummering

Utvalget har vurdert at følgende endringer kan bidra til økt legitimitet, bedre vilkår for samhandling og medvirkning og mer effektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten:

- Rapportering og oppfølging av de felleseide selskapene bør inngå som en fast del av den etablerte styringsdialogen.
- 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 må synliggjøres i styringsdialogen på hvilken måte kjøp av tjenester fra private leverandører har vært vurdert i de løpende kapasitetsvurderingene, og det bør bli mer samordning og standardisering av innholdet i og utforming av avtalene. Praksis og rutiner for hvordan pasientene informeres og tiltak for å øke helsepersonellens kompetanse knyttet til ordningen med fritt behandlingstilbud bør også omtales.
- Vedtektene endres slik at eieroppnevnte styremedlemmer samlet sett har helsefaglig kompetanse, kompetanse om primærhelsetjenesten, forvaltnings- og samfunnskompetanse og tilknytning til universitets- og høgskolesektoren.
- Departementet må sikre at det blir fastsatt felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning som sikrer observatørstatus med møte-, tale- og forslagsrett for lederne av brukerutvalgene i styrene.
- Det bør etableres faste arenaer for samarbeid med kommunene i sykehusets nedslagsfelt, og dette bør formaliseres i eierstyringen. Det må være et klart definert lokalt ansvar, slik at både de som inngår avtaler og de som har ansvar for å følge opp disse lokalt, har nødvendige fullmakter og myndighet i egen virksomhet. Det bør i samarbeid med KS utvikles modeller for beste praksis for samhandling.
- Også på regionalt nivå er det behov for å videreutvikle samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og representanter for kommunesektoren på regionalt nivå.
- Departementet bør vurdere om det er behov for å sette i gang et evalueringsarbeid for å gjennomgå erfaringer med ulike organisasjons- og ledelsesmodeller.

- Modellen for fordeling av basisbevilgningen (inntektssystemet) bør oppdateres.

10.2 Modellvalg, antall enheter og eiendomsforvaltning

Sentralt i utvalgets vurderinger er spørsmålet om hensynet til nasjonal styring og samordning tilsier at en bør innføre et nasjonalt beslutningsnivå til erstatning for dagens regionale helseforetak. Utvalget har pekt på noen områder der det er behov for sterkere nasjonal styring og samordning enn vi har i dag. På IKT-området ser utvalget et slikt behov, jf. omtale i avsnittet foran. Utvalget mener videre at rapportering og oppfølging av felleseide selskaper bør inn som en del av styringsdialogen. Det samme bør gjelde for vurderinger av omfang, innretning og standardisering ved kjøp av tjenester fra private leverandører.

I kapittel 3 har utvalget beskrevet dagens system og bakgrunnen for dette. I forarbeidene til helseforetaksloven heter det at med sterkere nasjonal politisk styring, vil det være mindre betenkelig å gi sykehusene større myndighet til styring av driften. Foretaksorganiseringen skulle være et desentraliseringstiltak. Det ble framhevet at en vellykket reform var avhengig av en riktig balanse mellom lokal frihet i det enkelte foretak og nødvendig overordnet statlig styring. Utvalget mener det på nytt er viktig å understreke betydningen av handlefrihet for sykehusene i den daglige driften. Styring fra sentralt hold bør begrenses til å fastsette overordnede mål og følge opp at disse nås. Det bør være stor handlefrihet lokalt til å vurdere hvordan målene best kan nås.

En god og helhetlig helsetjeneste avhenger av et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Utvalget mener at det i eierstyringen av sykehusene bør formaliseres at det skal være 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 i egen virksomhet. Dette er viktige hensyn som gjelder uavhengig av modellvalg.

10.2.1 Valg av styringsmodell og antall enheter

I mandatet er utvalget bedt om å vurdere tre konkrete modeller, som har det til felles at de ikke har et regionnivå med selvstendig beslutningsmyndighet. Utvalget konkluderer i kapittel 7 med at en modell med ett nasjonalt helseforetak til erstat-

ning for dagens fire regionale helseforetak er å foretrekke blant de alternativene som er gitt i mandatet. Først i dette avsnittet drøftes fordeler og ulemper med å erstatte dagens regionale helseforetak med ett nasjonalt helseforetak.

Utvalget drøfter deretter behovet for et selvstendig beslutningsnivå lokalt, gitt at det videreføres et regionalt beslutningsnivå. Utvalget har i kapittel 7 skissert en modell der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter, men blir direkte styrt av det regionale nivået. Dette innebærer også at det ikke lenger vil være styrer på helseforetaksnivå.

Etter disse generelle drøftingene presenterer utvalget sine konklusjoner, også når det gjelder inndeling i antall enheter. Utvalgets medlemmer har ulike syn både når det gjelder styringsmodell og inndeling i antall enheter.

Regionalt eller nasjonalt beslutningsnivå?

Et nasjonalt helseforetak kan legge bedre til rette for å gjennomføre nasjonal politikk, siden eierstyringen av helseforetakene skjer fra ett sted. Nasjonal samordning og styring er viktig både for å sikre effektiv utnyttelse av ressursene, men også som et tiltak for å nå målet om en mer likeverdig helsetjeneste. utfordringer knyttet til kvalitetsforskjeller ble senest understreket i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Den nasjonale styringen av spesialisthelsetjenesten skjer gjennom flere virkemidler: Eierstyring, lovgivning, vilkår for finansering og planer, jf. kapittel 3. Gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan er det tatt grep for å styrke nasjonal samordning og styring. Behovet for å ta ytterligere grep gjennom endret styringsmodell må vurderes på bakgrunn av dette. I punkt 10.1 er mulige tiltak for bedre nasjonal styring og samordning drøftet, blant annet på IKT-området. Grunnlaget for effektiv nasjonal styring og samordning av de felleseide selskapene kunne etter utvalgets oppfatning ha blitt bedre hvis styringen hadde skjedd fra én eier.

Et nasjonalt helseforetak vil måtte ta ansvaret for å ivareta det regionale perspektivet i planlegging og dimensjoner av spesialisthelsetjenesten, eventuelt med støtte fra regionale avdelinger. Modellen vil ha noen begrensninger sammenlignet med dagens system. Ledelsen i det nasjonale helseforetaket vil ha tilgang til et nasjonalt kunnskapsgrunnlag, men må forventes å ha dårligere kunnskap om lokale og regionale forhold. Viktige beslutninger, som blant annet angår funksjonsfordeling og økonomiske rammevilkår for helseforetakene, legges til et nivå med nasjonale, istedenfor

regionale og lokale, perspektiver. Med en utvikling mot 10–12 helseforetak under ett nasjonalt helseforetak, vil det regionale perspektivet i større grad kunne bli ivaretatt av helseforetakene.

Det nasjonale helseforetaket vil ha ansvaret for å tildele midlene fra staten til helseforetakene, men med føringer fra departementet. Prioriteringen av investeringsmidler vil også bli besluttet nasjonalt. Mulighetene for å ivareta regionale og lokale hensyn vil være til stede, og mulighetene vil også formelt sett være bedre når omfordeling kan skje nasjonalt. Når inntektsfordelingen besluttet sentralt, må det likevel forventes at det blir lagt større vekt på objektive kriterier og at bruk av skjønn blir mindre. Dette skyldes dels at beslutningstakerne sentralt ikke vil ha like detaljert kunnskap om lokale og regionale forhold, og dels at nasjonal likebehandling vil være viktig for å begrense antallet enkeltsaker til vurdering.

Ansvaret for kjøp av tjenester fra private vil ligge hos det nasjonale helseforetaket. Dette legger i utgangspunktet til rette for at økt eller redusert kjøp fra private kan gjennomføres mer effektivt enn i dag. En nasjonal aktør vil kunne legge bedre til rette for en mer helhetlig tilnærming til innkjøpsstrategi, slik som tilgjengelighet og geografisk spredning av tilbudet, utforming av avtaler, oppfølging mv. I punkt 10.1 drøftes tiltak innenfor eierstyringen som kan bidra til en mer hensiktsmessig bruk av private aktører. Ellers trekkes det fram at Sykehusinnkjøp HF på sikt kan bidra til mer standardisering av avtalene med private leverandører (kvalitets- og rapporteringskrav og avtaletid mv.). Samlet sett vurderer utvalget det slik at forholdet til private aktører kan ivaretas på tilnærmet samme måte med et nasjonalt helseforetak som i dagens system. Alternativene har ellers det til felles at eierrollen og utførerrollen ligger til ulike rettssubjekter.

God styring avhenger av en effektiv beslutningsstruktur. Antall beslutningsnivåer reduseres ikke i alternativet med et nasjonalt helseforetak, men det blir færre beslutningstakere og færre beslutningsprosesser når de fire regionale helseforetakene erstattes av ett nasjonalt foretak. En intern organisering med regionale avdelinger kan ha som funksjon å ivareta regionale perspektiver og samhandling regionalt. Samtidig kan det være en utfordring å etablere en klar oppgavefordeling mellom ledelsen sentralt og de regionale avdelingene, som er forstått og akseptert av alle aktører. Utvalget legger til grunn at et eventuelt nasjonalt helseforetak selv bør avgjøre om det er hensiktsmessig å beholde regionale avdelinger internt i foretaket. Dette vil også avhenge av hvor

mange og hvor store helseforetak det vil være på sikt.

Med et nasjonalt helseforetak vil det bli et stort beslutnings- og kontrollspenn for ledernivået. Ledelsen i foretaket vil ha ansvaret for hele spesialisthelsetjenesten. Kravet til kunnskap og innsikt blir svært omfattende, kombinert med at det nasjonale helseforetaket vil være kontaktpunktet for ulike interessegrupper. Hvis en modell med et nasjonalt helseforetak skal fungere godt, forutsetter det at antall saker som skal besluttes på nasjonalt nivå begrenses til de store og strategisk viktige sakene, og at det gis større makt og myndighet til helseforetakene.

I helseforetaksmodellen er det etablert et klart skille mellom statsråden og departementet på den ene siden og foretakene på den andre siden. Denne ansvars- og rolledelingen vil kunne bli utfordret når så mye makt og ansvar legges til én ledelse. Dette kan påvirke både hvordan beslutninger fattes, og legitimiteten til systemet. Ut fra legitimitetshensyn kan det være problematisk med så sterk maktkonsentrasjon til ett styre og én leder. Mye makt er allerede i dag samlet i Helse Sør-Øst, som har ansvar for 56 pst. av innbyggerne i landet. Dette balanseres imidlertid noe ved at departementet i sin styring får innspill og informasjon også fra de tre øvrige regionene på en likeverdig måte.

Kommuner, universiteter, høyskoler, pasienter og brukere er viktige samarbeidsaktører for spesialisthelsetjenesten. Det nasjonale helseforetaket vil overta ansvaret for de etablerte systemene for samarbeid og medvirkning på regionnivået. Hvis det nasjonale foretaket har regionale avdelinger, vil det være naturlig at disse ivaretar denne oppgaven. Kontakt med regionavdelinger kan imidlertid av enkelte oppfattes som mindre verdifull, siden de viktigste beslutningene tas av foretaket sentralt. Gitt at det blir færre og større helseforetak enn i dag, kan disse til en viss grad kompensere for behovet for regional forankring.

Samhandling med primærhelsetjenesten skjer i dag i hovedsak på helseforetaksnivå. Dette kan videreføres i en nasjonal modell. Det samarbeidet som helseforetak har i dag med universitet, høyskoler, kommunal helse- og omsorgstjeneste mv. vil kunne videreføres og styrkes i en modell der antall helseforetak reduseres til 10–12 enheter.

Implementeringsrisiko er vurdert i punkt 7.5.4. Av de tre nasjonale modellene finner utvalget at det er minst endringer og dermed lavest risiko knyttet til alternativet med ett nasjonalt helseforetak. Strukturen med tre nivåer (departementet, overordnet helseforetak og utøvende helse-

foretak) og saksgangen vil være tilnærmet lik som i dag, bortsett fra at man går fra fire regionale helseforetak til ett nasjonalt helseforetak. Samlet virkning vil være avhengig av hvor raskt og hvor omfattende endringer som skjer i helseforetaksstrukturen.

For mange viktige områder, som beredskap, pasientsikkerhet, pasientbehandling og fysisk infrastruktur, har vi per i dag ikke kunnskap som tilsier at overgangen til et system med ett nasjonalt helseforetak vil ha en negativ utvikling eller effekt. Dette er likevel forhold som bør kartlegges mer detaljert i risiko- og konsekvensvurderinger før eventuell implementering. Endret styringsmodell kan imidlertid innebære en utfordring når det gjelder å beholde kompetanse. Det kan også være risiko knyttet til implementeringen av de vedtatte regionale IKT-løsningene. En generell utfordring er at plan- og utviklingsarbeidet i sektoren kan bli forsinket eller reversert som følge av endringer i roller og ansvarsposisjoner. Det er videre sannsynlig at det politiske fokuset i implementeringsperioden i stor grad vil dreie seg mot spesialisthelsetjenesten, med tilsvarende mindre oppmerksomhet på andre viktige områder innenfor helse- og omsorgssektoren.

Gjennomgangen av erfaringene med dagens modell viser at det fortsatt er ulikheter i tjenestetilbudet og behov for bedre nasjonal samordning innenfor blant annet IKT-området. Etablering av et nasjonalt helseforetak til erstatning for dagens fire regionale helseforetak vil legge bedre til rette for nasjonal samordning og styring. Dette må veies opp mot andre konsekvenser av en slik modell. Når sørge-for-ansvaret flyttes fra regionalt til nasjonalt nivå, vil viktige beslutninger som blant annet investeringsbeslutninger og funksjonsfordeling bli tatt nasjonalt. Ledelsen av det nasjonale helseforetaket vil ha et stort kontrollspenn, og kunnskapen om lokale og regionale forhold begrenses av dette. Sentraliseringen vil også kunne svekke legitimiteten. Svært mye makt og ansvar legges i dette alternativet til én leder og ett styre.

Utvalgets medlemmer har ulikt syn på om et regionalt beslutningsnivå bør videreføres. Dette går fram av tilrådingene.

Bør helseforetakene videreføres som egne rettssubjekter i en regional modell?

Utvalget har i kapittel 7 presentert og vurdert et alternativ der dagens regionale helseforetak med underliggende helseforetak samles i ett rettssubjekt, benevnt som «nye helseforetak». De nye helseforetakene får et utvidet ansvar sammenlignet

med dagens regionale helseforetak. Statsråden og departementet får også utvidet ansvar, som følge av at de virksomhetene som styres direkte får større ansvar. Av dette følger at det vil kunne bli noe større press opp mot statsråden og Stortinget. «Bufferfunksjonen» til de regionale helseforetakene blir imidlertid videreført, da de nye helseforetakene vil ha sørge-for-ansvaret. Dette er hovedforskjellen mellom modellene i alternativ 1 og alternativ 4.

Kortere beslutningslinjer fra nasjonale myndigheter til sykehusene kan legge bedre til rette for nasjonal samordning og styring. For øvrig påvirkes grunnlaget for nasjonal styring og samordning lite i dette alternativet.

De nye helseforetakene vil, som i dag, ha ansvaret for å finansiere underliggende virksomhet. Sykehusene vil være organisert som resultatenheter (sykehusgrupper), men ikke som egne rettssubjekter. Finansieringen kan skje etter samme prinsipper som i dag.

Arbeidsdelingen vil avhenge av hvordan fullmaktene internt i det enkelte foretaket innrettes, og i hvilken grad foretakets øverste ledelse gir ledelsen i de underordnede resultatenheter frihet til å fatte selvstendige beslutninger. Det er ikke forhold ved modellen som er til hinder for at nåværende arbeidsfordeling kan opprettholdes, men utvalget legger til grunn at endringer i ansvars- og styringsforhold også vil få konsekvenser for arbeidsdelingen. Dette drøftes nedenfor.

I dagens modell er helseforetakene eid av regionale helseforetak. Daglig leder i helseforetaket skal følge retningslinjer og pålegg fra styret. Foretaket blir styrt gjennom foretaksmøter, oppdragsdokument og oppfølgingsmøter. Samtidig er direktørmøtene et viktig bidrag til samordning internt i regionene, og anses for å være et viktig element i styringsmodellen, jf. omtale i punkt 4.5.6. Her drøftes mange saker av betydning, både for det enkelte helseforetak og for regionen som helhet. Det er en oppfatning hos flere at konklusjonene fra disse møtene kan ha stor betydning for hvilke vedtak som fattes av styrene i helseforetakene. Dette kan i praksis gi det regionale helseforetaket en uformell styringslinje, selv om den formelle beslutningsmyndigheten ligger i styrene.

I kapittel 7 er tendensen mot sentralisering fra lokalt til regionalt nivå drøftet for denne modellen. Overføring av beslutninger fra lokale til regionale styrer innebærer i seg selv sentralisering av ansvar og makt. En konsekvens er også at kontrollspennet blir stort for ledelsen i de nye helseforetakene. Hvis modellen skal fungere godt, må ledelsen i de nye helseforetakene være i stand til å av-

grense antall saker som besluttes på det nye helseforetaksnivået. Det må etableres fullmakter internt i foretaket, med en forventning om at beslutninger normalt ikke overprøves eller underlegges en fornyet vurdering av overordnede. På denne måten kan rollen til lederne av sykehusgruppene bli styrket. Ledelsen i de nye helseforetakene bør delegere så mye de kan av ansvaret for daglig drift og saker som først og fremst berører det lokale nivået, f.eks. samhandling med primærhelsetjenesten.

Et effektivt beslutningssystem er avhengig av tilstrekkelig legitimitet. Klarere ansvarsforhold og et noe utvidet ansvar for statsråden kan bidra positivt. Andre forhold drar i motsatt retning. Styrene i helseforetakene bidrar i dag til lokal forankring og legitimitet, både innad i organisasjonen og utad. Det er imidlertid ulike oppfatninger om hvor stor betydning styrene i helseforetakene faktisk har. Styrene fungerer også ulikt. Ansatte har og vil fortsatt ha, rett til medvirkning innenfor virksomheten. Utvalget mener det må etableres andre ordninger for forankring og informasjonsutveksling hvis styrene på helseforetaksnivået fjernes. Disse bør utvikles i nært samarbeid med sentrale samarbeidspartnere. Det bør blant annet opprettes et organ for å sikre samarbeid mellom sykehusgruppene og primærhelsetjenesten. Det vises til omtale i punkt 10.1. Her går det fram at utvalget mener det uavhengig av styringsmodell bør etableres faste arenaer for samarbeid mellom sykehus og kommuner, representert ved ordfører, rådmann eller kommunalsjef. Brukerne må også sikres god innflytelse.

Styrene i de nye helseforetakene vil i utgangspunktet få en større saksmengde enn det styrene for regionale helseforetak har i dag. En konsekvens kan likevel være at styrene totalt sett behandler færre saker, og at flere beslutninger tas administrativt gjennom delegasjon fra styret. Med dette vil flere beslutninger bli unntatt fra offentlig innsyn. Samtidig legger utvalget til grunn at alle saker med stor offentlig interesse, blant annet knyttet til budsjetter, investeringer og funksjonsfordeling, fremdeles vil bli styrebehandlet og dermed underlagt offentlig innsyn.

I denne modellen samles eierrollen og utførerrollen i samme rettssubjekt. Dette kan oppmuntre til tilpasninger som kan være uheldige for private tjenesteleverandører. Det kan være en fare for at helseforetakene vil ønske å beholde mest mulig av tjenesteproduksjonen selv, framfor å kjøpe fra private. Også i dagens system vil de regionale helseforetakene kunne prioritere egne eide helseforetak. Dette må følges opp i styringslinjen

fra departementet, jf. omtalen i punkt 10.1. I denne modellen bør det også stilles krav om at det etableres et tydelig skille mellom rollene som følger av sørge-for-ansvaret og eierrollen. Utvalget mener at med disse grepene vil ikke en endring av systemet nødvendigvis påvirke rammevilkårene for private aktører i vesentlig grad, og vil ikke avvise modellen på dette grunnlaget. Dette er imidlertid en problemstilling som bør følges nøye i forbindelse med en eventuell omorganisering.

Implementeringsrisiko er vurdert i punkt 7.6.3. I denne modellen beholdes det regionale beslutningsnivået, og utfordringene i forbindelse med overgang til ny modell vil derfor være mindre enn ved en eventuell overgang til en nasjonal modell. Blant annet er det lavere risiko for tap av kompetanse utover tap av kompetanse i de lokale styrene. Lederoppmerksomhet mot organisasjonsendringer vil imidlertid kunne gi mindre lederoppmerksomhet på daglig drift. Det er også en risiko for at det politiske fokuset i implementeringsperioden i for stor grad vil dreie seg mot spesialisthelsetjenesten, med tilsvarende mindre oppmerksomhet på andre sentrale områder innenfor helse- og omsorgssektoren.

Oppsummert vurderer utvalget det slik at modellen som er beskrevet i alternativ 4 har en relativt lav implementeringsrisiko. Det er i utgangspunktet ingen personer som må bytte arbeidssted, og man beholder sentrale elementer fra dagens modell, samt et regionalt beslutningsnivå i eierstyringen. Det er imidlertid utfordringer og risiko knyttet til å etablere en ny fullmakts- og styringsstruktur.

Utvalgets medlemmer har ulikt syn på om helseforetakene bør beholdes som selvstendige rettssubjekter ved en videreføring av et regionalt beslutningsnivå. Dette går fram av tilrådingene nedenfor.

10.2.1.1 Synspunkter på en styringsmodell med et regionalt beslutningsnivå

Modellvalg

Et flertall i utvalget (medlemmene Kvinnsland, Andresen, Bleikelia, Brustad, Carlyle, Fagernæs, Gjesing, Haukaas, Kalseth, Okkels, Rugland, Slaatten og Aase) mener etter en samlet vurdering at det bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivået, og vil ikke anbefale å erstatte de regionale helseforetakene med ett nasjonalt foretak. Hovedinntrykket fra innspillene som utvalget har fått, er at det er bred oppslutning om en regional modell. Overføring av beslutningsmyndighet fra

regionalt til nasjonalt nivå innebærer en sentralisering av beslutninger og makt, som kan svekke legitimiteten til modellen lokalt og dermed lojaliteten til beslutninger. Flertallet mener en slik maktkonsentrasjon også ville ha utfordret den rollefordelingen som systemet bygger på. Flertallet vektlegger videre at en modell med beslutningsorganer på regionnivået gir det beste grunnlaget for regional planlegging av spesialisthelsetjenesten. Senest i nasjonal helse- og sykehusplan er det slått fast at spesialisthelsetjenesten skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske helseregioner.

Utdanning og forskning er lovpålagte oppgaver for regionale helseforetak. Fra denne sektoren trekkes samarbeidet med de regionale helseforetakene fram som positivt. Det samme gjør brukerutvalgene.

Flertallet legger ellers vekt på at det er både kostnader og risiko knyttet til en overgang til en nasjonal modell, og at oppmerksomheten mot daglig drift og utviklingsprosjekter i en overgangsperiode blir mindre enn den ellers ville vært.

Utvalget har vurdert et alternativ der helseforetakene ikke er egne rettssubjekter, men styres direkte fra helseforetak på regionalt nivå. Dette innebærer også at det blir styrer på ett nivå, og ikke to som i dag. For øvrig videreføres hovedelementene i dagens modell. Regionnivået videreføres som et eget beslutningsnivå. Etablerte strukturer for samarbeid og medvirkning på regionnivået kan videreføres.

Utvalgets medlemmer Kvinnsland, Andresen, Fagernæs¹¹, Kalseth, Okkels, Rugland, Slaatten og Aase mener dette vil være det beste systemet, ved at det klargjør ansvarsforhold og samtidig legger til rette for mer effektive styrings- og beslutningslinjer. Dette 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, kan føre til uklare ansvarsforhold. Spesielt i saker med uenighet og konflikt kan dette bli satt på spissen. I en modell med styrer på ett nivå vil ansvarsforholdene bli klargjort og beslutningsprosessene forenklet og mer effektive.

Administrerende direktør for helseforetakene må i dag forholde seg både til eget styre og til administrasjonen i det regionale helseforetaket. I denne modellen vil lederen utelukkende forholde seg til ledelsen i det nye helseforetaket, i en direkte styringslinje.

Disse medlemmene legger vekt på at lederne for sykehusgruppene på denne måten vil få en klarere rolle i styringslinjen, og mener at det må formaliseres at lederne skal inngå i ledergruppen i helseforetaket. Dette vil gi økt mulighet til direkte å påvirke beslutninger på regionnivået. De vil i større grad enn i dag kunne være med på å legge premissene for strategiske beslutninger ved at de tidlig blir involvert i å utarbeide beslutningsgrunnlag mv. Det vil også legge til rette for bedre samarbeid mellom sykehusgruppene. Med en direkte styringslinje fra ledelsen i de nye helseforetakene til lederne av sykehusgruppene, legges det også bedre til rette for samordning og styring internt i helseregionen.

Det regionale nivået vil i denne modellen ta et noe større ansvar for funksjons- og oppgavefordelingen mellom enkeltsykehus. En forutsetning for denne styringsmodellen er å gi mer autonomi for det enkelte sykehus. Lederne for sykehusgruppene bør ha stor frihet til å velge hvordan oppgavene skal løses, og dette må formaliseres i styringsdialogen. Modellen legger til rette for å etablere flere sykehusgrupper enn det er helsefore-

¹¹ Medlemmet Fagernæs har en generell selskapsrettslig tilleggsbegrunnelse for valg av modell 4.

Valg av organisasjonsform bør tilpasses de enkelte virksomhetenes karakter og det styringsbehovet som foreligger. Ulike måter å organisere virksomheten på kan være mer eller mindre egnet til å støtte opp om oppgavene.

De generelle prinsippene for statlig organisering tilsier at aksjeselskapsformen brukes når staten er aktør i et marked. Kjernen er at eiere i selskapet har et økonomisk ansvar som er avgrenset til selskapets egenkapital. Staten bruker derfor denne selskapsformen for statlige selskaper som er i konkurranse med andre virksomheter, og hvor staten ikke vil garantere økonomisk for virksomheten. Staten kan også bruke selskapsformen når den vil markere at virksomheten skal utøves på en uavhengig måte. Men hvis det er staten som i det vesentlige står for finansieringen, vil eieren likevel måtte ha og ta ansvar for virksomheten. Etter tradisjonell oppfatning bør virksomheten da som en hovedregel organiseres som en del av forvaltningen.

Helseforetakene er en tilpasning av selskapsmodellen på et område som krever sterk overordnet styring og derfor i utgangspunktet ikke naturlig bør benytte en slik organisasjonsform. Likevel har organisering i helseforetak hatt effekter som har vist seg heldige, kanskje særlig som buffer mot inngrep i god faglig og enhetlig styring. Dessuten bidrar organisasjonsformen til ansvarliggjøring av enheten. Utgangspunktet må likevel være at det må foreligge særlige grunner for å benytte helseforetaksmodellen. Utvalgets flertall har pekt på slike grunner for helseforetakene på regionalt nivå. Men for virksomhetene på nivået under er det vanskelig å begrunne at de skal være selvstendige enheter. Riktignok kan styrene bidra til sterkere lokal og demokratisk forankring, men dette kan etter mitt syn ikke oppveie behovet for enhetlig effektiv styring og reduksjon av helsebyråkrati. Den lokale og demokratiske forankringen kan oppnås på annen måte enn ved å organisere virksomheten som en egen enhet.

tak i dag. Dette er også et mål som må følges opp i styringsdialogen.

Det behovet for å delegerer som ledelsen i helseforetakene vil ha, vil også i seg selv gi grunnlag for autonomi for lederne av sykehusgruppene.

Disse medlemmene viser til punkt 10.1.6 om formalisering av lokal forankring og samhandling. Det må etableres faste samarbeidsfora med kommunesektoren, både på foretaksnivå og på sykehusgruppenivå.

Disse medlemmene vurderer det slik at alternativet har en lav implementeringsrisiko. Personellet kan beholdes, og de sentrale elementene fra dagens modell videreføres.

Modellen har noen konsekvenser som krever spesiell oppmerksomhet, i tillegg til at det i overgangen må legges vekt på å videreføre pågående prosesser med nye ansvarsforhold:

- Kontrollspennet for ledelsen i de nye helseforetakene blir stort, spesielt for det nye foretaket i Helse Sør-Øst. En velfungerende modell avhenger av at saksmengden begrenses til de store og strategisk viktige sakene, og at det etableres klare fullmakter. Det må unngås at de nye helseforetakene fungerer som ankeinstans i saker som naturlig hører hjemme i sykehusgruppene.
- Styrene på helseforetaksnivået har gitt innflytelse for viktige interesser og aktører. Det må etableres andre organer som kompenserer for dette, i samarbeid med samarbeidspartene (kommunesektoren, brukerutvalg mv.).
- Forholdet til private aktører, siden bestillerrollen og utførerrollen vil være samlet i samme rettssubjekt.

Medlemmene Bleikelia, Brustad, Carlyle, Gjessing, Haukaas, Grimsgaard, Gåsvatn og Thürmer støtter ikke tilrådingen om å fjerne styrene i helseforetakene.

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 disse medlemmenes oppfatning, kunne bidra til sentralisering av makt og beslutninger. Lokal sykehusledelse vil kunne svekkes, ved at direktøren ikke lengre tilsettes og støttes av et styre. Etter medlemmenes vurdering vil svekket lokal ledelse være et sannsynlig utfall ved endringen.

God og effektiv drift av sykehus forutsetter at ledelsen av virksomheten gis tilstrekkelig handlingsrom og myndighet. Sterk lokal ledelse vil også ivareta og utvikle samhandling med kommuner og fastleger bedre. En organisering med lokal

sykehusledelse uten styrer i et konsern vil også kunne ha uheldige konsekvenser ved at vedtak ikke lenger blir tilstrekkelig opplyst og forankret, og at medbestemmelsen svekkes.

Medlemmene er særlig bekymret for negative følger ved en overgang til konsernorganisering av virksomheten i den største helseregionen. Helse Sør-Øst har ansvar for 56 pst. av befolkningen og pasientbehandlingen, og mer enn 70 000 ansatte. I en så stor enhet vil det være krevende å sikre tilstrekkelig medbestemmelse, politisk innflytelse, forankring og mulighet for offentlig innsyn.

En konsernorganisering med svekkelse av lederne ute i virksomhetene vil derfor kunne slå særlig uheldig ut i den største helseregionen. Avgjørelser i mange forhold av lokal art må løftes til helseforetakets styre. Når ett styre skal behandle saker fra mer enn halve virksomheten i spesialisthelsetjenesten vil saksmengden bli stor, og styret må prioritere de viktigste sakene. Mange saker som i dag styrebehandles vil måtte avgjøres av konsernledelsen uten styrebehandling.

Medlemmene Bleikelia, Brustad, Carlyle, Gjessing og Haukaas mener videre at det bør anføres svært gode argumenter for å endre den organisatoriske strukturen og den rettslige statusen til dagens helseforetak. En endring vil kunne lede til at for 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 ikke dette en justering av modellen, men en vesentlig endring. Det kan se ut som den praksis dagens regionale helseforetak har utviklet for styring av helseforetakene i økende grad har beveget seg i en retning av en ren konsernlignende styringsmodell. Det kan også påstås at det er en fordel at direktøren 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, må ikke sentraliseringskraften i endringsforslaget bagatelliseres.

Medlemmene mener at den ansvarsavgrensningen som ble etablert i 2002 ved å skille mellom sørge-for-ansvaret og det operative ansvaret for driften, bør 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 ansvarsskille mellom regionale helseforetak som virkemiddel for å iverksette politikken, og

helseforetakene som virkemiddel for den operative driften, er etter disse medlemmenes skjønn 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.

Modellen i alternativ 4 begrunnes med behov for sterkere intern styring innenfor regionen. Disse medlemmene kan ikke se at dette har vært hovedproblemet i dagens modell. Hovedkritikken av modellen dreier seg om demokratisk legitimitet og mangel på politisk styring. Disse utfordringene kan løses gjennom tilgjengelige styringsvirkemidler i dagens modell.

Det er ikke tilstrekkelig å diskutere hvordan styring kan forsterkes ved utelukkende å ta et «ovenfra og ned»-perspektiv. En styringslinje vil være svak dersom den ikke også vurderes opp mot linjens handlekraft og gjennomføringsevne med tanke på å levere på de mål og krav som stilles fra toppen i styringslinjen. Et «nedenfra og opp»-perspektiv blir derfor like viktig som et «ovenfra og ned»-perspektiv. Dette er også helt sentralt for modellens lokaldemokratiske legitimitet, og for kjernen i medvirkningsordningene internt i foretakene. Disse hensynene var også viktige ved reformen i 2002. Reformen var en tydelig ledelsesreform. Ledere skulle myndiggjøres, og de skulle få handlingslegitimitet gjennom tydelighet i ansvar.

Regioninndeling

Utvalget har på bakgrunn av drøftingene i kapittel 8 vurdert om dagens regioninndeling bør endres. Vurderingene i dette kapitlet er knyttet til om Helseregion Sør-Øst, som dekker et område med om lag 56 pst. av landets befolkning, bør deles. Utvalget har lagt til grunn at Oslo Universitetssykehus HF bør videreføres som regionsykehus for hele det området som i dag inngår i Helseregion Sør-Øst også ved en eventuell deling av regionen.

En deling av Helse Sør-Øst RHF i flere foretak vil kunne gi bedre oppfølging av helseforetakene. Dette vil også kunne legge til rette for å få flere og mindre helseforetak og kortere styringslinjer enn

i dag. Med flere regioner blir det flere styremedlemmer med lokal kompetanse og tilhørighet, og tilsvarende flere arenaer for brukerinnflytelse og medvirkning fra ansatte. Mindre regioner kan slik bidra til høyere legitimitet. En oppdeling av helseregionen, og eventuelt oppdeling av helseforetakene, kan legge bedre til rette for samarbeid og samhandling med kommunene og helse- og omsorgstjenestene.

Pasientstrømmer på tvers av regiongrensene vil øke når antall regioner øker, og regionen eller regionene uten regionsykehus vil bli sterkt avhengig av Oslo-regionen. Ved etablering av regioner uten regionsykehus vil det derfor måtte etableres mer omfattende avtaler mellom Oslo-regionen og den eller de andre region(ene), som må understøttes av finansieringsordninger. Det vil være usikkerhet knyttet til om sykehusene vil være lojale til inngåtte avtaler. Dette må derfor følges opp av eier. Usikkerhet om pasientstrømmer vil også gi usikkerhet knyttet til økonomistyring.

Oslo universitetssykehus HF har en spesiell rolle i regionen ved at en stor andel av pasientene bor i opptaksområdet til andre helseforetak. Helse Sør-Øst RHF har hatt en viktig rolle ved å fastsette rammebetingelser for sykehuset. Dersom Oslo universitetssykehus HF skulle tilhøre en klart mindre region, er det sannsynlig at staten måtte ta et større ansvar for rammebetingelsene for dette sykehuset.

En deling av Helse Sør-Øst RHF vil innebære usikkerhet om planlagt framdrift for flere store investeringsprosjekter som nå planlegges i denne regionen. Den økonomiske bæreevnen til å gjennomføre store investeringsprosjekter vil svekkes med flere og mindre regioner. Det vil også være utfordringer i en omstillings- og implementeringsfase knyttet til oppgjør av fordringer og gjeld mellom Helse Sør-Øst RHF og de enkelte helseforetakene.

Erfaring ellers viser at det vil være ledelses- og styringsmessig risiko forbundet med å gjennomføre en så omfattende omorganisering som en deling av regionen vil innebære. Den demografiske utviklingen vil stille store krav til styringskraft i de kommende årene.

Et flertall i utvalget (medlemmene Kvinnsland, Andresen, Brustad, Carlyle, Fagernæs, Gjessing, Haukaas, Kalseth, Okkels, Rugland og Slaatten) mener at Helseregion Sør-Øst sin størrelse, sammenlignet med de andre regionene, er en utfordring. Men flertallet mener etter en samlet vurdering at regioninndelingen kan videreføres som i dag, selv om flere hensyn tilsier at det kunne være en fordel med flere og mindre regioner. Når flertal-

let i utvalget har kommet fram til at det ikke vil tilrå en deling av Helseregion Sør-Øst, har det spesielt lagt vekt på at en deling av regionen vil gjøre det vanskeligere å planlegge pasientbehandlingen, gitt forutsetningen om at Oslo universitetssykehus opprettholdes som regionsykehus for hele det aktuelle området. Det vil måtte etableres mer omfattende styringsmekanismer og avtaler mellom regionene. En deling vil videre gripe inn i de omfattende investeringsplanene som er lagt. Omstillingskostnadene og -risikoen vil være betydelig. Den demografiske utviklingen vil stille store krav til styringskraft i de kommende årene. Omfattende organisatoriske endringer vil kunne svekke denne i en periode. Flertallet vil også vektlegge behovet for kontinuitet knyttet til gjennomføring av IKT-utvikling.

Helse Sør-Øst RHF har et stort kontrollspenn, som forsterkes ved eventuell etablering av flere underliggende enheter i modellen der regionale helseforetak med underliggende helseforetak samles i samme juridiske enhet. Helse Sør-Øst RHF må vurdere sin interne organisering i lys av dette, f.eks. ved at sykehusgruppene får egne kontaktpersoner med særskilt ansvar for et mindre antall sykehusgrupper og den helhetlige oppfølgingen av disse. I denne modellen skal lederne i sykehusgruppene inngå i ledergruppen i helseforetaket. Siktemålet er at antall sykehusgrupper skal øke sammenlignet med dagens antall helseforetak. For at modellen skal kunne fungere i Helseregion Sør-Øst, er det en forutsetning at foretaket tar de nødvendige grep for å håndtere en større ledergruppe.

Flertallet i utvalget vil understreke betydningen av at Helse Sør-Øst RHF og sykehusgruppene eller helseforetakene arbeider aktivt med de problemstillingene som er reist. Dette er i stor grad knyttet til ledelse og intern organisering. Et vel fungerende system forutsetter klare ansvarsforhold og autonomi lokalt, slik at sykehuslederne kan utøve lederskap og ta ansvar for daglig drift på en god måte. Sykehuslederne må ha myndighet til å videreutvikle samhandlingen med kommunehelsetjenesten for å finne gode løsninger for pasientflyt og samarbeid om behandling.

Utvalgets medlemmer Bleikelia, Grimsgaard, Gåsvatn, Thürmer og Aase vil peke på at helseregionene Nord, Midt-Norge og Vest har relativt sammenlignbare størrelser, mens Helseregion Sør-Øst skiller seg ut i størrelse på en slik måte at den framstår for dominerende i forhold til de tre øvrige.

Utvalgets medlemmer Grimsgaard, Gåsvatn, Thürmer og Aase mener at Helseregion Sør-Øst

bør deles. Disse medlemmene mener at en tredeling av Helseregion Sør-Øst, og der Oslo blir egen helseregion, vil være det alternativet som best vil løse de utfordringene regionen har knyttet til framtidig befolkningsvekst, koordinering, informasjonsflyt, utnyttelse av medisinsk teknisk utstyr og samhandling med kommuner, primærhelsetjeneste og brukerorganisasjoner. Det faktum at Helse Sør-Øst RHF oppfordres av utvalgets flertall til å vurdere tiltak knyttet til intern organisering og størrelsesproblematikk, er etter medlemmenes oppfatning ikke et tilstrekkelig sterkt nok styringssignal.

Medlemmet Aase støtter en styringsmodell der helseforetakene ikke er egne rettssubjekter, men styres direkte fra helseforetak på regionalt nivå, og mener at utfordringene knyttet til størrelse i Helseregion Sør-Øst da vil forsterkes med større kontrollspenn og maktkonsentrasjon hos en leder og ett styre. Dette vil intensivere behovet for, og betydningen av, en deling av Helseregion Sør-Øst for optimal eierstyring. Videre mener *medlemmet Aase* at implementeringskostnader og risiko ved deling av regionen kan ivaretas og reduseres gjennom utarbeidelse av detaljerte risikoanalyser og tilsyns- og departementsoppfølging under delingsprosessen. Kontinuiteten knyttet til IKT-utvikling vil ivaretas gjennom utvalgets anbefalinger om sterkere nasjonal styring på dette området.

Medlemmet Bleikelia mener at en bør vurdere en todeling av Sør-Øst, der Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sykehuset Østfold utgjør region Øst, mens Vestre Viken, Vestfold, Telemark og Sørlandet utgjør region Sør. Det er viktig at Oslo universitetssykehus fortsetter som en samlet enhet, og at region Sør benytter Oslo universitetssykehus som sitt regionsykehus.

10.2.1.2 Synspunkter til utvalgets medlemmer som mener en styringsmodell med nasjonal overbygning bør vurderes videre

Modellvalg

Medlemmene Grimsgaard, Gåsvatn og Thürmer viser til mindretallsmerknad gjort i kapittel 7. Mindretallet mener at grunnlaget ikke er godt nok til å gi en entydig anbefaling. Mindretallet vil derfor anbefale at en modell med en nasjonal overbygning tas med videre i regjeringens vurdering.

Det viktigste siktemålet med å innføre endringer i dagens organisering må være å legge til rette for bedre pasientbehandling. Endringene

etter reformen har medført en svekkelse av lokal ledelse i mange sykehus. Etter mindretallets vurdering vil en styrking av lokal sykehusledelse kunne bidra til bedre og mer effektiv pasientbehandling, og styrke mulighetene for å utvikle bedre behandlingstilbud og samhandling med kommunene.

Etter mindretallets oppfatning vil det være hensiktsmessig å vurdere en løsning hvor sykehusene gis økt selvstendighet, og at sykehusene organiseres som selvstendige enheter under færre helseforetak enn dagens 20 enheter. Deler av oppgavene og fullmaktene som i dag er plassert i de regionale helseforetakene må da flyttes til helseforetakene, og da nærmere pasientbehandlingen og samarbeidsinstansene. I praksis vil dette kunne virke desentraliserende. Det vil da være behov for en nasjonal overbygning.

Det er flere forhold som taler til fordel for å opprette et nasjonalt nivå for å ivareta en del av oppgavene som i dag er tillagt de fire regionale helseforetakene. Hensikten med innføringen av foretaksmodellen var å styrke den nasjonale og politiske styringen, samtidig som virksomhetene skulle få større ansvar og myndighet innenfor gitte rammer og struktur. Foretaksorganiseringen skulle være et desentraliseringstiltak.

En kan langt på vei si at den overordnede politiske styringen har funnet sin form gjennom budsjettvedtak, foretaksmøter og oppdragsdokument. En utvikling av Nasjonal helse- og sykehusplan vil bidra til økt involvering av Stortinget i den nasjonale politiske styringen.

Dagens regionale helseforetak har gjennomført endringer og viktig samordning innenfor regionsgrensene. Nasjonal samordning har vært mindre vektlagt. På enkelte områder har de regionale helseforetakene utviklet særegne løsninger og standarder, og opprettet parallelle selskapsløsninger for å ivareta oppgaver som er av nasjonal karakter. Denne utviklingen kan svekke mulighetene for god samhandling mellom foretakene på tvers av regionsgrensene, vanskeliggjøre målet om likeverdige tjenester, og innskrenke pasientenes muligheter for fritt behandlingsvalg.

Det kan derfor være hensiktsmessig å styrke en overbyggende koordinering ved å etablere et nasjonalt nivå. Siktemålet må være at et nasjonalt overordnet nivå ikke skal virke sentraliserende, men muliggjøre en samtidig desentralisering ved at de underliggende helseforetakenes autonomi, myndighet og handlingsrom styrkes. Arbeidsfordelingen mellom de ulike nivåene avhenger av hvordan fullmaktene innrettes og i hvilken grad

helseforetakene (HF) gis frihet til å fatte selvstendige beslutninger.

Et nasjonalt nivå bør ivareta nasjonale oppgaver, herunder overordnede strategiske oppgaver og eierskap. Det er naturlig at de nasjonale, felleseide selskapene som i dag er opprettet av de fire regionale helseforetakene, forankres på dette nasjonale nivået. Videre vil IKT-harmonisering, bygg og eiendomsfinansiering, innkjøp, apotek mv. kunne ligge på dette nivået. Ved å begrense det nasjonale helseforetaket sine oppgaver på denne måten vil en sikre at organiseringen ikke er til hinder for den medisinske utvikling som gjerne skjer nedenfra.

I kapittel 7 drøfter utvalget alternativene som følger av mandatet. Tre av disse modellene skisserer et nasjonalt nivå. En viser til merknader fra mindretallet som peker på muligheten for å legge sørge-for-ansvaret til helseforetaksnivå og overføre oppgaver som i dag ligger til regionalt nivå til helsedirektoratet i tråd med føringene som ble lagt i Nasjonal helse- og sykehusplan. Mindretallet mener at en slik løsning bør vurderes nærmere.

Av modellene med et nasjonalt nivå har utvalget imidlertid kun valgt å gå videre med vurdering av alternativ 3 med et nasjonalt helseforetak (NHF).

Alternativ 3 med et nasjonalt helseforetak er det som er mest likt dagens styringsmodell og som trolig vil ha minst omstillingskostnader og vil være den modellen som kan raskest innføres med liten risiko knyttet til seg.

Modellen med et nasjonalt helseforetak (NHF) og flere helseforetak (HF) gir mulighet til å ha eierrollen og utførerrollen i ulike rettssubjekt.

En annen styrke ved denne modellen er at en vil få åpenhet om beslutningene, brukermidvirkning og ansatterepresentasjon både i det nasjonale foretaksstyret og i helseforetak på mer lokalt nivå.

Styrene på helseforetaksnivå (HF) vil bidra til lokal forankring og legitimitet, både innad i organisasjonen og utad.

Inndeling i helseforetak i en modell med ett nasjonalt helseforetak

Antall helseforetak har blitt redusert fra 43 ved inngangen til sykehusreformen til de 20 vi har i dag. Reduksjonen har vært basert på grundige analyser og vurderinger av hvilken struktur som legger best til rette for gode tjenester. En modell som fjerner det regionale nivået og gir større an-

svar og autonomi til helseforetaksnivået, tilsier at det kan bli noen færre helseforetak enn det en har i dag. Dette bør skje som et utviklingsarbeid basert på samarbeid i helseforetakene og delegering av makt og myndighet fra det nasjonale helseforetaket. En oppdeling bør skje over tid. Utviklingen kan ses i sammenheng med utviklingen i regionale oppgaver og strukturer ellers.

Disse medlemmene vil peke på noen muligheter:

Helseregion Nord: Ut fra befolkningsmessige hensyn kan det være et aktuelt grep at Helseregion Nord blir ett helseforetak.

Helseregion Midt-Norge: Nord- og Sør-Trøndelag er enige om å danne egen region i forbindelse med regionreformen. En mulighet her vil være å slå sammen Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs hospital HF til ett helseforetak. Dette vil gi et helseforetak på størrelse med Helse Bergen HF og Vestre Viken HF. Helse Møre og Romsdal HF videreføres som eget helseforetak.

Helseregion Vest: Det har ikke skjedd endringer i Helse Vest siden reformen i 2002. Et aktuelt grep for å få færre helseforetak kan være å slå sammen Helse Førde HF og Helse Bergen HF til ett, og Helse Fonna HF og Helse Stavanger HF til ett.

Helseregion Sør-Øst: Som omtalt i punkt 8.2.2 ble det ved organiseringen av sykehusområder i Helse Sør-Øst lagt til grunn at virksomheten innenfor det enkelte sykehusområde som hovedregel skulle organiseres i ett helseforetak. Dette tilsier at det på nytt kan være aktuelt å vurdere om Sykehuset Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF bør fusjoneres til ett helseforetak.

Det har tidligere vært vurdert om Sunnaas sykehus HF skulle innlemmes i Oslo universitetssykehus HF. Det er i forbindelse med denne prosessen naturlig at dette vurderes på nytt.

10.2.2 Organisering av eiendomsforvaltningen

I kapittel 9 drøftes hvordan eierskap til og forvaltning av bygg kan organiseres på en mest mulig effektiv måte.

De regionale helseforetakene har i dag et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng. Større bevissthet om kostnaden ved bruk av innsatsfaktoren kapital var et viktig mål med helseforetaksreformen.

I store deler av statlig virksomhet ellers, og i en del kommuner, er det etablert egne eiendomsforvaltningsselskaper og husleieordninger. Dette har dels vært begrunnet med hensynet til effektiv

ressursutnyttelse og at kapital skal ha en pris, for slik å bidra til arealeffektivisering. Riktige insentiver til arealeffektivisering er i dag til stede på helseforetaksnivå, da systemet innebærer at helseforetakene bærer alle kostnader fullt ut. Innføring av kostnadsdekkende husleie på nivåer under (klinikk- eller avdelingsnivå) kan stimulere ytterligere til arealeffektivisering. Dette er blant annet gjort i Helse Bergen HF. For å oppnå god effekt, kreves at insentivene er slik at spart husleie ved redusert areal kommer brukeren til gode.

Ved siden av arealeffektivisering kan etablering av husleieordninger begrunnes med hensynet til å sikre midler til verdibevarende vedlikehold, ved at nivået på vedlikeholdsmidlene fastsettes ut fra et faglig langsiktig perspektiv og i utgangspunktet ikke inngår i de årlige budsjettprioriteringene. Kunnskapsgrunnlaget som Ernst & Young har gjennomgått for utvalget, tilsier at tilstanden for en del av sykehusbyggene i Norge i dag ikke er tilfredsstillende, og at det som følge av dette er et akkumulert vedlikeholdsetterslep i sektoren. Dette tilsier at vedlikeholdsnivået har vært dårligere enn det som er rasjonelt på lang sikt. Tall for de siste årene viser også at midler brukt til vedlikehold for helseforetakene samlet, ligger klart under det som er et faglig anbefalt nivå. Årsaken til en slik utvikling kan være at krav og forventninger til sykehusene er så store at langsiktige formål knyttet til vedlikehold og bygningsstandard blir nedprioritert i større grad enn det som er fornuftig på lang sikt. Innføring av husleie som sikrer verdibevarende vedlikehold, er en måte å unngå en slik utvikling på. Forutsigbarheten dette innebærer gir også bedre grunnlag for å legge vedlikeholdsplaner og følge opp disse. Utvalget ser gode argumenter for å etablere en kostnadsdekkende husleieordning. Et alternativ kan være å stille krav til nivå på vedlikeholdskostnader gjennom eierstyringen.

For at en husleieordning skal fungere etter hensikten bør det etableres et skille mellom bruker og leverandør (forvalter), der disse er adskilte resultatenheter. Etablering av egne enheter for eiendomsforvaltning vil også oppfylle et annet råd som går igjen i analyser av eiendomsforvaltningen, nemlig profesjonalisering av forvaltningen. Generelt tilrås en samling av virksomheten og sentralisering til regionalt eller nasjonalt nivå. Dette kan gi stordriftsfordeler og effektivisering, og det gis bedre muligheter for å bygge opp gode kompetansemiljøer, blant annet gjennom bedre grunnlag for rekruttering (profesjonalisering). Etablering av egne enheter bidrar også til å avlaste ledelsen, som da i større grad kan konsen-

trere seg om pasientbehandlingen. Samtidig blir det nye enheter der eiendomsforvaltning er kjernevirksomhet, ikke støttevirksomhet.

En vurdering er knyttet til på hvilket nivå det bør etableres egne eiendomsenheter. I sentrale utredninger tilrås etablering av selskap på nasjonalt nivå.

Et godt system for eiendomsforvaltning krever god håndtering av alle faser av et byggeprosjekt:

- Planlegging og utvikling
- Utbygging
- Forvaltning, drift og vedlikehold

Når det gjelder de to førte fasene mener utvalget at det er gjort et viktig utviklingsarbeid de siste årene, og at store utbygginger er gjennomført på en god måte.

Etablering av et eget eiendomsforvaltnings-selskap er et omfattende grep som innebærer store omstillingskostnader. I rapporten til Ernst & Young trekkes fram at omorganisering ikke er et mål i seg selv, men kan være et middel for å oppnå ønsket utvikling. Etablering av et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg vil ikke automatisk innebære forbedringer eller løsninger på de forbedringsområdene som er identifisert. Det konkluderes med:

«Et hovedspørsmål er på hvilken måte det i størst mulig grad, uten for store omstillinger og omstillingskostnader, kan oppnås forbedringer. Etablering av et eget eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg innebærer en meget stor omstilling og det bør ut fra dette vurderes om det er mulig å få til vesentlige forbedringer ved å ytterligere legge til rette for utvikling innenfor dagens organisering, eventuelt med større grad av regionalisering av eiendomsfunksjonene.»

De forbedringsområdene det vises til er behov for:

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

Gjennom utvikling av planverket for nye sykehusbygg kan det legges til rette for mer behovstilpassede arealer og lokaler og økt fokus på gode og realistiske gevinstrealiseringsplaner. Her vil Syke-

husbygg HF kunne ta en viktig rolle. Det samme gjelder tiltak for ytterligere standardisering, samordning og læring.

Utvalget har ulike oppfatninger av hvordan eiendomsforvaltningen bør innrettes framover, og om hensynet til et verdibevarende vedlikehold og arealeffektivisering tilsier endringer (jf. forbedringspunktene 1 og 3 over).

10.2.2.1 Synspunkter på eiendomsforvaltningen til utvalgets medlemmer som ønsker en styringsmodell med et regionalt beslutningsnivå

Flertallet i utvalget (medlemmene Kvinnsland, Andresen, Bleikelia, Brustad, Carlyle, Fagernæs, Gjessing, Haukaas, Kalseth, Okkels, Rugland, Slaatten og Aase) mener det bør være selvstendige beslutningsorganer på regionnivået. Innenfor en slik ramme er det både praktiske og prinsipielle hensyn som tilsier at det ikke bør gjennomføres en så omfattende endring som det å etablere et eget nasjonalt eiendomsforvaltningsselskap vil innebære. Flertallet mener viktige hensyn kan oppnås med mindre omfattende endringer.

Flertallet av disse (medlemmene Kvinnsland, Andresen, Bleikelia, Carlyle, Fagernæs, Gjessing, Kalseth, Okkels, Rugland, Slaatten og Aase) mener følgende endringer bør gjennomføres, gitt at dagens styringsmodell videreføres:

- Etablering av en ordning med kostnadsdekkende husleie, som spesielt vil være viktig for forbedringsområdene 1 og 3 som er beskrevet over.
- Etablering av egne eiendomsforvaltningsenheter på regionalt nivå, og overføring av eierskapet til bygg til regionale helseforetak. Slik etableres tydelige skiller mellom bruker (helseforetakene), forvalter (eiendomsenheten) og eier (regionalt helseforetak).
- Videreutvikling av Sykehusbygg HF. Det er også varslet i Nasjonal helse- og sykehusplan at regjeringen vil utrede hvordan Sykehusbygg HF skal utvikles videre med sikte på et helhetlig ansvar for bygging og drift av helsebygg.

Flertallet har spesielt lagt vekt på behovet for å sikre et tilstrekkelig vedlikehold. En samling av virksomheten regionalt vil også legge til rette for profesjonalisering, som sammen med en videreutvikling av Sykehusbygg HF kan legge til rette for standardisering, samordning, læring og erfaringsoverføring på viktige områder.

Etablering av en eiendomsenhet på regionalt nivå framfor på nasjonalt nivå underbygger det

helhetlige ansvaret til regionnivået, både når det gjelder finansiering og organisering. Dette er et viktig hensyn. Helseforetakene vil gjennom en husleieordning bære kostnadene ved investeringer, på samme måte som i dag. Helseforetakene vil også som i dag stå fritt til å etablere husleieordninger på klinikk- eller avdelingsnivå, slik f.eks. Helse Bergen HF har gjort. Flertallet legger til grunn at ansvaret for medisinsk-teknisk utstyr og bygningsmessige tilpasninger knyttet til dette, fortsatt skal ligge til helseforetakene.

I modellen der regionalt helseforetak med underliggende foretak blir samme juridiske enhet (alternativ 4) følger det av systemomleggingen at eierskapet til byggene vil bli overført til de nye helseforetakene. I dette alternativet bør det etter flertallets syn etableres eiendomsforvaltningsenheter som egne resultatenheter under de nye helseforetakene, og etableres en ordning med kostnadsdekkende husleie. Dette vil da være en parallell til den løsningen som er skissert innenfor dagens system.

Utforming av et felles system for regionene vil kreve et betydelig utredningsarbeid og ulike avveininger må gjøres når det gjelder prinsipper for fastsettelse av husleie, organisasjonsstruktur, fordeling av ansvar og oppgaver mv. Utformingen bør gjøres i samarbeid med foretakene, og med Sykehusbygg HF som en viktig bidragsyter. I dagens system kreves en viss egenfinansiering fra helseforetakene for å kunne gjennomføre utbygginger. Hvordan dette bør innrettes for å oppnå gode insentiver i et eventuelt nytt system må også være en del av utredningsarbeidet.

Utvalgets medlemmer Brustad og Haukaas viser til at eierskap til bygg og eiendom er tett knyttet til helseforetakenes ansvar i dag. Det førende prinsippet er at det bør være et fornuftig forhold mellom ansvaret for ressursinnsatsen og de resultatene som skapes. Et viktig poeng i helseforetaksreformen var at det skulle være et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng. Modellen innebærer insentiver

som gjør det mulig å skape rom for investeringer gjennom effektiv drift.

Sykehusbygg er formålsbygg spesialbygget for sykehusdrift. Utvikling og vedlikehold av byggene har sterke konsekvenser for driften, og bør derfor ligge så tett opp mot driften som mulig. Eiendomsforvaltning er derfor en del av kjerneoppgavene i sykehus. Hvis ansvaret for eiendommene sentraliseres og erstattes med et husleieregime, vil dette kunne begrense muligheten og interessen for utviklingen av denne ressursen lokalt.

Det er et faktum at det i dag er for store etterslep knyttet til nødvendig vedlikehold. Det er likevel ikke slik at det mangler virkemidler i dagens styringslinje for å pålegge krav om at helseforetakene gjør ønskede avsetninger i sine regnskaper for vedlikehold. Dersom argumentet for sentralisering er at eier er bekymret for avsetninger til vedlikehold, kan dette gjennomføres innenfor dagens modell. Det må også kunne slås fast at dersom de regionale helseforetakene velger å etablere regionale eiendomselskap og eventuelt en husleieordning, ligger det innenfor dagens modell å kunne gjøre det.

10.2.2.2 *Synspunkter på eiendomsforvaltningen til medlemmene Grimsgaard, Gåsvatn og Thürmer*

Medlemmene Grimsgaard, Gåsvatn og Thürmer mener eierskapet til bygningsmassen i en modell med et nasjonalt helseforetak bør overføres til dette foretaket, og at det på dette nivået bør etableres en eiendomsforvaltningsenhet. Videre bør det etableres en kostnadsdekkende husleieordning.

Medlemmet Grimsgaard mener at ved en eventuell videreføring av en regional modell, bør det vurderes å opprette et nasjonalt byggselskap, basert på at Sykehusbygg HF skal videreutvikles med sikte på et helhetlig ansvar for bygging og drift av helsebygg.

Kapittel 11

Økonomiske og administrative konsekvenser

I dette kapitlet vurderer utvalget de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene i kapittel 10.

Implementeringsrisiko for de tre alternativene for organisering av eierskapet som følger av mandatet, er vurdert i punkt 7.5.4. Tilsvarende er implementeringsrisiko for alternativ 4 vurdert i punkt 7.6.3.

11.1 Generelle endringsforslag

I punkt 10.1 har utvalget vurdert ulike tiltak for å forbedre styringen av spesialisthelsetjenesten, med utgangspunkt i dagens styringsmodell. Felles for tiltakene er at de ikke krever endringer i lov eller forskrift, og at de vil ha begrensede direkte administrative og økonomiske konsekvenser på kort sikt. Tiltakene vil i stor grad kunne innlemmes i eksisterende prosesser for styring, oppfølging og samhandling.

Forslagene har til hensikt å bidra til økt legitimitet og bedre vilkår for samhandling og medvirkning. På sikt forventes det at forslagene vil ha positive konsekvenser og bidra til bedre ressursutnyttelse og mer effektiv drift av spesialisthelsetjenesten.

Nærmere om de konkrete forslagene

Utvalget foreslår at rapportering og oppfølging av de felleseide selskapene innarbeides som en fast del av den etablerte styringsdialogen og oppfølgingsmøtene mellom departementet og de regionale helseforetakene. Dette vil ikke medføre særskilte økonomiske og administrative konsekvenser.

Utvalget foreslår videre at det gjøres en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for de ulike aktørene på IKT-området, herunder Nasjonal IKT HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett

HF, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF. Gjennomgangen vil ha begrensede økonomiske og administrative konsekvenser. Målsettingen er å oppnå en bedre organisering og drift av IKT-området i spesialisthelsetjenesten.

Forslagene om i større grad å synliggjøre om og på hvilken måte private løsninger har vært vurdert i de løpende kapasitetsvurderingene, og hvordan informasjon om fritt behandlingsvalg gis til pasientene, vil kunne ivaretas innenfor rammen av det etablerte styringssystemet. De forventes derfor å ha begrensede administrative konsekvenser. Departementet vil kunne stille krav i oppdragsdokument eller foretaksmøte med rapportering i årlig melding. Formålet er å oppnå økt behandlingsskapasitet og reduserte ventetider.

Utvalget foreslår at vedtektene endres slik at eieroppnevnte styremedlemmer samlet sett har helsefaglig kompetanse, kompetanse om primærhelsetjenesten, forvaltnings- og samfunnskompetanse og tilknytning til universitets- og høyskolesektoren. Forslaget vil ha begrensede administrative konsekvenser.

Forslaget om å etablere faste arenaer for samarbeid med kommuner, representert ved ordfører, rådmann eller kommunalsjef i sykehusets nedslagsfelt, vil i seg selv ha begrensede økonomiske og administrative konsekvenser. Intensjonen er å bedre samhandlingen slik at det gir positive effekter for driften av helsetjenesten.

Det vises til at det er åtte år siden inntektsmodellen til de regionale helseforetakene ble oppdatert. Utvalget mener det er naturlig at modellen for fordeling av basisbevilgningen blir oppdatert. Dette kan for eksempel gjøres ved å nedsette et offentlig utvalg eller å opprette en ekspertgruppe. Forslaget vil ha begrensede økonomiske og administrative konsekvenser i seg selv. En eventuell omlegging av inntektssystemet som oppfølging av dette arbeidet vil ha økonomiske konsekvenser for de ulike helseregionene.

11.2 Konsekvenser av endringer i styringsmodell, antall enheter og eiendomsforvaltningen

11.2.1 Modellvalg

I punkt 10.2 vurderes to alternative styringsmodeller, som begge innebærer sammenslåing av foretak. Dette gjelder:

- Sammenslåing av dagens regionale helseforetak til ett nasjonalt helseforetak og i forlengelsen av dette, sammenslåing av dagens helseforetak til noe større enheter.
- Sammenslåing av regionale helseforetak med underliggende helseforetak til ett rettssubjekt.

Hvordan slike prosesser skal gjennomføres beskrives nedenfor. De økonomiske og administrative konsekvensene av konkrete fusjoner må utredes nærmere før eventuell beslutning og gjennomføring. Økonomiske og administrative konsekvenser vil derfor bare bli skissert på et overordnet nivå.

Ved valg av modell er det viktig å vurdere implementeringsrisikoen. Det vises til omtale av denne i kapittel 7. Utvalget legger til grunn at det må gjennomføres en mer detaljert kartlegging som del av risiko- og konsekvensvurderinger før endringer i modell eventuelt gjennomføres.

Begrunnelsen for eventuelt å gjøre endringer er at en gjennom alternativ organisering på en bedre måte kan oppnå de målsettingene og kravene som er satt for spesialisthelsetjenesten. Utvalgsmedlemmene som foreslår endringer gjør dette ut fra en forventning om at den alternative organiseringen vil gi positive effekter som bidrar til blant annet økt legitimitet, bedre vilkår for samhandling og medvirkning og mer effektiv drift av spesialisthelsetjenesten.

Nærmere om konsekvensene av sammenslåinger

Ved sammenslåing av helseforetak gjelder helseforetaksloven kapittel 3 om stiftelse og vedtekter og kapittel 12 om oppløsning og avvikling. Helseforetaksloven § 50 gir anledning til å overføre de virksomhetene som ligger i eksisterende helseforetak samlet som én enhet, inkludert arbeidsforholdet til ansatte samt rettigheter og plikter. Dette kan skje ved at det regionale helseforetaket stifter nytt (nye) helseforetak og at eksisterende helseforetak helt eller delvis overføres til det nystiftede helseforetaket.

Dersom de regionale helseforetakene og helseforetakene blir ett rettssubjekt, vil det være de-

partementet som stifter de nye helseforetakene og utnevner nye styrever og fastsetter vedtekter for disse. Det samme gjelder i en modell med ett nasjonalt helseforetak. Det vil også være departementet som i foretaksmøte beslutter å oppløse de regionale helseforetakene. Det er i utgangspunktet det regionale helseforetaket som i foretaksmøte beslutter å oppløse helseforetak. Slike beslutninger må imidlertid først legges frem for departementet, jf. helseforetaksloven § 30.

I alternativet der regionale helseforetak og underliggende helseforetak skal fusjoneres, bør derfor beslutningen om oppløsning av både regionalt helseforetak og underliggende helseforetak besluttes av departementet i foretaksmøte. Rettigheter og plikter overføres til det nye rettssubjektet, jf. helseforetaksloven § 50. Det følger av bestemmelsen at fordringshavere og andre rettighetshavere ikke kan påberope seg omdanningen som bristende forutsetning for rettsforholdet, men må akseptere at foretaket trer inn i de samme rettigheter og plikter som virksomhetene hadde tidligere.

Videre følger det av § 50 tredje ledd at omregistrering av hjemmelsforhold knyttet til eiendeler, rettigheter mv. i offentlige registre skjer avgiftsfritt. Dette får blant annet betydning for overføring av hjemmel til en virksomhets faste eiendommer. Det påløper dermed ikke tinglysningsgebyr eller dokumentavgift.

Som del av stiftelsen av nye helseforetak må det oppnevnes styrever for de nye foretakene. Det må også oppnevnes avviklingsstyrever for de avgivende foretakene som vil ha som oppgave å avgi årsregnskap og sørge for avvikling av foretaket, jf. helseforetaksloven § 47.

Det er behov for en rekke administrative endringer som følge av fusjon. For eksempel vil alle de nye helseforetakene få nye navn, dette må meldes til Brønnøysundregisteret, avtaler må endres osv.

Forslaget om å fusjonere regionale helseforetak og underliggende helseforetak vil innebære at styrene på helseforetaksnivå faller bort. Dette vil innebære en besparelse ved at styregodtgjørelse og utgifter til administrasjon av styrene på helseforetaksnivå bortfaller. De regionale helseforetakene har rapportert at utgiftene til styrene på helseforetaksnivå i 2016 er i underkant av 40 mill. kroner.

Videre må helseforetaksloven gjennomgås og revideres i tråd med at det kun skal være ett foretaksnivå under staten som eier. Det er også behov for å gjøre tekniske endringer i en rekke andre lover.

Et nasjonalt helseforetak som alternativ organisering vil også kreve endringer i helsefore-

taksloven. Siden lovens system med to nivåer under departementet opprettholdes, er endringene mindre omfattende enn ved forslaget omtalt over.

Begge alternativene vil altså kreve lovendringer. Det innebærer at det må gjennomføres en høring av lovforslagene før en lovproposisjon kan oversendes til Stortinget. Endringene i organiseringen kan ikke iverksettes før Stortinget har gitt sin tilslutning til lovforslagene og disse er satt i kraft. Utvalget har ikke utarbeidet konkrete lovforslag.

11.2.2 Antall enheter

Når det gjelder antall enheter på regionnivå, har utvalget i kapittel 8 avgrenset vurderingen til å gjelde eventuelle endringer i Helseregion Sør-Øst. Et flertall i utvalget tilrår på bakgrunn av en samlet vurdering ikke å dele Helseregion Sør-Øst. Konsekvenser av eventuell deling er omtalt i kapittel 8.

Halvparten av medlemmene i utvalget anbefaler et alternativ hvor regionale helseforetak og underliggende helseforetak samles i ett nytt helseforetak og at sykehusene organiseres som sykehusgrupper. Medlemmene mener at denne modellen legger til rette for at det etableres flere sykehusgrupper enn det er helseforetak i dag. Opprettelse av flere sykehusgrupper vil i en slik modell innebære en endring i den interne organiseringen i det nye helseforetaket. De økonomiske og administrative konsekvensene av slike endringer må vurderes i forbindelse med opprettelse av nye sykehusgrupper.

Et mindretall i utvalget mener en modell med nasjonal overbygning bør vurderes. Dette mindretallet har lagt til grunn at det kan bli færre helseforetak enn i dag hvis det innføres en modell med ett nasjonalt helseforetak, og pekt på helseforetak det kan være aktuelt å slå sammen. Det vises her til omtalen i punkt 10.2.1.2, der det også går fram at dette er utviklingsarbeid som må gå over tid. Prosessen for å fusjonere til færre helseforetak er omtalt i punkt 11.2.1.

11.2.3 Eiendomsforvaltning

Det vises til utvalgets vurderinger av eiendomsforvaltningen i kapittel 10. Utvalgets flertall foreslår at det etableres en ordning med kostnadsdekkende husleie og egne regionale eiendomsenheter.

Dette gjelder uavhengig av om helseforetakene videreføres som egne rettssubjekter.

Det er to direkte konsekvenser av forslaget: For det første vil det være direkte økonomiske konsekvenser knyttet til at kostnadene til vedlikehold vil øke. Ulike gjennomganger viser at kostnadene til vedlikehold varierer over tid og mellom helseforetak og helseregioner. Tall fra de regionale helseforetakene antyder at nivået ligger på mellom 80 og 200 kroner/m². Til sammenligning er det anbefalte kostnadsnivået for å bevare verdien av sykehusbygg 250 kroner/m², gitt at det ikke er et vedlikeholdsetterslep i utgangspunktet. Dette indikerer at kostnadene til vedlikehold vil måtte økes med flere hundre mill. kroner samlet sett for å kunne etablere et system med kostnadsdekkende husleie. Flere av de regionale helseforetakene har lagt opp til en økning i vedlikeholdsbudsjettene i sine økonomiske langtidsplaner. Etablering av en ordning med kostnadsdekkende husleie vil isolert sett redusere den fleksibiliteten som ligger i dagens system når det gjelder å se midler til vedlikehold i sammenheng med løpende drift og investeringer.

For det andre vil det være økonomiske og administrative konsekvenser knyttet til selve omleggingen. Ved alternativet som innebærer at de regionale helseforetakene og helseforetakene blir ett rettssubjekt, må det opprettes en ny resultatenheter som skal inngå i det nye helseforetaket. Det må etableres en fullmaktstruktur i den forbindelse. De ansatte som i dag har ansvar for forvaltning av bygg, må overføres til den nye resultatenheter. I alternativet hvor det opprettes et nasjonalt helseforetak, må det foretas en virksomhetsoverdragelse fra helseforetakene til det nasjonale helseforetaket. Ved videreføring av dagens modell må det foretas en virksomhetsoverdragelse fra helseforetakene til de regionale helseforetakene.

Utvalgets flertall skriver i kapittel 10 at utforming av et felles system for regionene vil kreve et betydelig utredningsarbeid og ulike avveininger må gjøres når det gjelder prinsipper for fastsettelse av husleie, organisasjonsstruktur, fordeling av ansvar og oppgaver mv. Utformingen bør gjøres i samarbeid med foretakene, og med Sykehusbygg HF som en viktig bidragsyter. De økonomiske og administrative konsekvensene vil avhenge av hvordan et eventuelt nytt system utformes. Som et eksempel har Statsbygg 900 årsverk og forvalter en bygningsmasse på 2,8 mill. kvm.

Litteraturliste

- Agenda, Muusmann Research & Consulting. (2005). *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet: en evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/rap/2005/0006/ddd/pdfv/267200-r5040_helseforetaksmodellen2.pdf
- Agenda Kaupang. (2012). *Evaluering av styrene i helseforetakene: En evaluering av roller og funksjon for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/eia/rapporter/evalueringavstyreneihelseforetakenehele.pdf>
- Andrews, T. & Gjertsen, H. (2014). *Sykepleieledere og ledelse* (NF-rapport 2014:14). Hentet fra http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/133583/Dokumenter/Rapporter/2014/NF-rapport%204_14.pdf
- Anthun, K.S., Kittelsen, S.A.C. & Magnussen, J. (2016). *Produktivitetsvekst i somatiske sykehus i perioden 1999–2014: Rapport fra Frischsenteret til Helse og omsorgsdepartementet* (HERO WP 2016:7) Hentet fra <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2016/2016-7.pdf>
- Arnesen, T. et al. (2001). *Motmelding 2 til høringsnotat fra Sosial- og helsedepartementet om «Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og forslag til lov om helseforetak m.m.»* Hentet fra www.velferdsstaten.no/file.php?id=12113
- BDO & Telemarksforskning. (2012). *Kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/eia/rapporter/bdorapport.pdf>
- Colbjørnsen, T. (2015). *Daglige lederes handlingsrom i statlige selskaper og helseforetak*. Hentet fra http://spekter.no/Global/Rapporter/Colbjornsenrapport_Lederes_Handlingsrom_web.pdf
- Direktoratet for e-helse & Helsedirektoratet. (2015). *Utredning av «En innbygger – én journal»*. Sammendrag. Hentet fra https://ehelse.no/Documents/En%20innbygger%20-%20en%20journal/Sammendrag%20Utredning%20av%20En%20innbygger%20-%20en%20journal_1.0.pdf
- Direktorat for forvaltning og IKT. (2011). *Hva skjer i departementene? – om utfordringer og utvikling* (Difi-rapport 2011:11). Hentet fra https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-rapport_2011_11-hva_skjer_i_departementene_om_utfordringer_og_utvikling_0.pdf
- Direktorat for forvaltning og IKT. (2015). *Innbyggerundersøkelsen 2015. Hva mener brukerne?* (Difi-rapport 2015:6). Hentet fra https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-rapport_2015_6_innbyggerundersokelsen_2015_hva_mener_brukerne.pdf
- Direktorat for forvaltning og IKT. (2016). *Direktorat eller foretak? En drøfting av ulike tilknytningsformer for spesialisthelsetjenesten* (Difi-notat 2016:1). Hentet fra https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-notat_2016_1_direktorat_eller_foretak_en_drøfting_av_tilknytningsformer_for_spesialisthelseforvaltningen.pdf
- Econ Pöyry. (2008). *Modellen for organisering av eiendommer i Helse Sør-Øst RHF* (Econ-rapport 2008:011). Oslo: Econ Pöyry
- Eikeland, P.T. (2005). *Husleieordninger i statlig eiendomsforvaltning: teoretisk grunnlag og praktiske erfaringer. Rapport til Moderniseringsdepartementet, 28. januar 2005*. Hentet fra <https://dibk.no/globalassets/eksisterendebygg3/publikasjoner/husleieordninger.pdf>
- Ernst & Young. (2011). *Evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge*. Hentet fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2074-11%20vedlegg%20Rapport%20evaluering%20av%20eiendomsforvaltningen%20i%20HMN.pdf>
- Ernst & Young AS. (2015). *Evaluering af byggestyringsprinsipperne for de 16 kvalitetsfondprojekter*. Hentet fra [http://www.godtsygehusbyggeri.dk/Aktuelt/2012/~/_/media/bilag_random/Danske%](http://www.godtsygehusbyggeri.dk/Aktuelt/2012/~/_/media/bilag_random/Danske%20)

- 20Regioner%20Evalueringsrapport%20110915%20Endelig%20version.ashx
Ernst & Young. (2016). *Eierskap og forvaltning av sykehusbygg. Oppsummering av analyser og dokumentasjon vedrørende sykehusbygg*. [Vedlagt NOU].
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2016). *Norway – Brief on Decentralized Hospital Governance*. [Upublisert notat til utvalget].
- Gjedrem, S. & Fagernæs, S.O. (2016) *Kunnskapssektoren sett utenfra: gjennomgang av de sentraladministrative oppgavene i kunnskapssektoren. Rapport til Kunnskapsdepartementet 6. januar 2016*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0e1afc1e37e485ba50c25fdefe7864c/gjedrem-4.-januar-2016.pdf>
- Gould, R. (2015). Public hospital governance in New Zealand. A case study on the New Zealand District Health Board. I: *Public Hospital Governance in Asia and the Pacific, 1*(1). Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies
- Grønt sjukehus. (2015). *Handlingsplan 2015–2016 Nasjonalt prosjekt: «Miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten»*. Hentet fra [http://docplayer.me/18915872-Handlingsplan-2015–2016-nasjonalt-prosjekt-miljo-og-klimatiltak-i-spesialisthelsetjenesten-13-08-2015-1.html](http://docplayer.me/18915872-Handlingsplan-2015-2016-nasjonalt-prosjekt-miljo-og-klimatiltak-i-spesialisthelsetjenesten-13-08-2015-1.html)
- Hagen, T. P. (2013). *Pasientrettigheter og bruk av private kommersielle sykehus*. Universitetet i Oslo. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/pasientrettigheter-og-bruk-av-private-ko/id717796/>
- Hagen, T. P. (2016). *Styringsmessige erfaringer med helseforetaksmodellen: Gir de retningslinjer for valg av ny modell?* [Vedlagt NOU].
- Haugum, M., Holmboe, O., Iversen, H. & Bjertnæs, Ø. (2016). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015*. (PasOpp-rapport nr. 1). Hentet fra <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb.resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse-i-2015>
- Helse Sør-Øst RHF. (2015). *Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder*. Hentet fra <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Bydeler/Bydel%20St.%20Hanshaugen/Politikk%20Bydel%20St.%20Hanshaugen/>
- Politiske%20saker%20St.%20Hanshaugen/2016/2016-02-16/Kapasitetsutfordringer%20i%20Oslo%20og%20Akershus%20sykehusomr%C3%A5der/Kapasitetsutfordringer%20i%20Oslo%20og%20Akershus%20Helse%20S%C3%B8r-%C3%98st.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2004). *Bedre samordning av sykehusene i hovedstadsområdet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/rap/2004/0002/ddd/pdfv/225383-samordning1.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Lederansvaret i sykehus* (Rundskriv I-2/2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2013/id728043/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Instruks til styret i Helse Sør-Øst RHF om samarbeidet med universiteter og høyskoler*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/1instruks.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Styrearbeid i regionale helseforetak [veileder]*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/26d303c0383c4c038d8c6d2873872dbb/styrearbeidiregionalehelseforetak2016.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Årsverksutviklingen i spesialisthelsetjenesten 2002–2010: med særskilt fokus på utviklingen i administrative og tekniske årsverk*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Aktivitetsdata for avtale-spesialister 2014* (Rapport IS-2333). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/959/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202014.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Utredning av «En innbygger – én journal»*. *Komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/355890dd2872413b838066702dcdad88/komparativ_analyse_rhf_ikt.pdf
- Helsedirektoratet. (2014). *Utredning av «En innbygger – én journal»*. *IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/355890dd2872413b838066702dcdad88/ikt_u_tfordringsbilde_helse_omsorgssektoren.pdf
- Helsedirektoratet. (2015). *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015* (Rapport IS-2485). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1219/Samdata%20Spesialisthelsetjenesten%202015%20IS-2485.pdf>

- Helsedirektoratet. (2015). *Kreftkirurgi i Norge* (Rapport IS-2284). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Nyheter/IS-2284%20Rapport%20om%20kreftkirurgi%20i%20Norge.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *En gjennomgang av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/H%C3%B8ringer/ISF-h%C3%B8ringer/15-357-10%20En%20gjennomgang%20av%20finansieringsordningene%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf>
- Hermansen, T. (2015). *En bedre styrt stat*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hippe, J.M. & Trygstad, S.C. (2012). *Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus* (Fafo-rapport 2012:57). Hentet fra http://www.fafo.no/~fafo/media/com_netsukii/20284.pdf
- Holmboe, O. & Bjertnæs, Ø. (2016). *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015: Resultater etter en nasjonal undersøkelse*. (PasOpp-rapport nr. 147). Hentet fra <http://www.kunnskapsenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2015.resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse>
- Innst. 224 S (2012–2013). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2012-2013/inns-201213-224/>
- Innst. 67 S (2014–2015). (2014). *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2014-2015/inns-201415-067.pdf>
- Innst. O. nr. 65 (1997–98). *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern (Sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/1997-1998/inno-199798-065/>
- Innst. O. nr. 88 (1999–2000). *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om fylkeskommunale sykehusselskaper m.m.* Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1999-2000&paid=6&wid=bIb&psid=DIVL327>
- Innst. O. nr. 118 (2000–2001). *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m.; side 17–24*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/2000-2001/inno-200001-118/>
- Innst. S. nr. 165. (1994–95). *Innstilling fra sosialkomiteen om samarbeid og styring -mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1994-95&paid=6&wid=aIb&psid=DIVL422>
- Innst. S. nr. 237 (1996–97). *Innstilling fra sosialkomiteen om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste (Tilgjengelighet og faglighet)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1996-1997/inns-199697-237/>
- Innst. S. nr. 231 (1997–98) (1998). *Innstilling fra sosialkomiteen om ny inndeling av helseregionene på Sør-Østlandet (Ett sted må grensen gå)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1997-1998/inns-199798-231/> Innst. S. nr. 231 (1997–1998) – stortinget.no
- Innst. S. nr. 241 (1999–2000). *Innstilling fra sosialkomiteen om sykehusøkonomi og budsjett 2000*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1999-2000/inns-199900-241/>
- Kampesæter, A. (2007). *Statusvurdering av bygg- og eiendomsforvaltningen i helseforetakene og effekt av helsereformene*. (Masteroppgave, NTNU). Kampesæter, A., Trondheim
- Kalseth, J., Magnussen, J., Anthun, K. S. & Petersen, S. (2010). *Finansiering av spesialisthelsetjenesten i ulike land*. (SINTEF rapport). Hentet fra <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/?pubid=SINTEF+A16819>
- Kalseth, J. & Magnussen, J. (2010). *Produktivitetsutvikling og overordnet budsjettering: Notat til Finansdepartementet*. SINTEF Helsetjenesteforskning
- KPMG. (2012). *Evalueringsrapport av eiendomsforvaltningen i Statsbygg*. Rapport til Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet, v/ Statsforvaltningsavdelingen.
- Larssen A. K. & Kvinge, K. B. (2008). *Sluttrapport fra Delprosjekt 1, Rollen som strategisk bygg og eiendomsforvalter*. Multiconsult.

- Larssen, A.K. (2011). *Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift* (Doktorgradsavhandling, NTNU). Hentet fra <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:456341/FULLTEXT01.pdf>
- Magnussen, J., Vrangbæk, K., Martinussen, P. & Frich, J. (2016). *Mellom politikk og administrasjon: Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/238368/Mellom%20politikk%20og%20administrasjon.pdf>
- McKinsey & Company. (2013). *Investeringer i spesialisthelsetjenester i Norge*. Hentet fra <https://legeforeningen.no/PageFiles/152892/McKinsey-II-2013-Investeringer%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf>
- Meld. St. 16 (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>
- Meld. St. 9 (2012–2013). *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>
- Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Meld. St. 12 (2015–2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-12-20152016/id2464147/>
- Meld. St. 22 (2015–2016). *Nye folkevalgte regioner – rolle, struktur og oppgaver*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-22-20152016/id2481778/>
- Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>
- Meld. St. 1 (2016–2017). *Nasjonalbudsjettet 2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-1-20162017/id2513720/>
- Menon, DNV GL & ÅF Advansia. (2015). *Kostnadsutvikling mellom KS1 og KS2 i byggeprosjekter* (Menon-publikasjon 2015:38). Hentet fra <http://www.statsbygg.no/files/publikasjoner/rapporter/fou/KostnadsutviklingKS1tilKS2-rapport.pdf>
- New Zealand Ministry of Health. (2015) *Operational Policy Framework 2016/17*. Hentet fra <http://nsfl.health.govt.nz/accountability/operational-policy-framework-0/operational-policy-framework-201617>
- Norges forskningsråd. (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen: Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/sykehusreformen-enedelig-rapport-evaluering.pdf>
- Norges forskningsråd. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Hentet fra <https://ehelse.no/Documents/E-helsekunnskap/Sluttrapport.pdf>
- NOU 1996: 5. (1996). *Hvem skal eie sykehusene?* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1996-5/id140503/>
- NOU 1997: 2. (1997). *Pasienten først! – Ledelse og organisering i sykehus*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/>
- NOU 1999: 15. (1999). *Hvor nært skal det være? – Tilknytningsformer for offentlige sykehus*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-15/id141741/>
- NOU 2012: 14. (2012). *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-14/id697260/>
- NOU 2015: 14. (2015). *Bedre beslutningsgrunnlag, bedre styring – Budsjett og regnskap i staten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-14/id2464978/?q=2015:14>
- NOU 2015: 17. (2015). *Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>
- NOU 2016: 3. (2016). *Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi – Produktivitetskomisjonens andre rapport*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-3/id2474809/?q=2016:3>
- OECD. (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*. Hentet fra <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8114211e.pdf?expires=1478086332&id=id&accname=guest&checksum=D857053B28C1346316A0F24BA61A3539>
- Opedal, S. et al. (2005). *Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-200: en prosessevaluering: sluttrapport*. (Samarbeidsrapport 2005 NIBR/NF/RF). Hentet fra <http://evalueringsportalen.no/evaluering/statlig-eierskap-og-foretaksorganisering-i>

- spesialisthelsetjenesten-2002–2005-en-prosessevaluering-sluttrapport./Statlig%20eierskap%20spes.helse.pdf/@@inline
- Ot.prp. nr. 32 (1990–91). (1991). *Om lov om statsforetak. Tilråding fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet 5. april 1991, godkjent i statsråd samme dag.* Hentet fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1990-91&paid=4&wid=b&psid=DIVL195&pgid=b_0033
- Ot.prp. nr. 48 (1997–98). (1998). *Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern (Sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid) Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 3. april 1998, godkjent i statsråd samme dag.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-48-1997-98-/id159013/>
- Ot.prp. nr. 25 (1999–2000). (1999) *Om lov om fylkeskommunale sykehusselskaper m.m. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 22. desember 1999, godkjent i statsråd samme dag.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-25-1999-2000-/id160355/>
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). (2001). *Om lov om helseforetak m.m. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 6. april 2001, godkjent i statsråd samme dag.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/>
- Paulke, K. (2009). *Hvilken betydning har styrene for styringen av helseforetakene i Helse Nord?* (Masteroppgave). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/140417/Paulke.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Piro, F. N. (2015). Flere doktorgradsprosjekter i helseforetakene. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(14), 1266-1267. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/sites/tidsskriftet.no/files/pdf2015-1266-7.pdf>
- Prop. 120 L (2011–2012). (2012) *Endringer i helseforetaksloven mv. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 25. mai 2012, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II).* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-120-l-20112012/id683103/?q=om+endringer+helseforetaksloven>
- Prop. 118 L (2012–2013). (2013). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.). Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 12. april 2013, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II).* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-118-l-20122013/id722646/>
- Prop. 56 L (2014–2015). (2015). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg). Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. januar 2015, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg)* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-56-l-2014-2015/id2362875/?q=endringer+helseforetaksloven>
- Retriever. (2016). *Helseforetaksmodellen i mediene 01.01.2013–30.09.2015* (Medieanalyse)
- Rigsrevisionen. (2011). *Beretning til Statsrevisorerne om sygehusbyggerier.* Hentet fra <http://www.rigsrevisionen.dk/media/1818895/3-2011.pdf>
- Rigsrevisionen. (2013). *Beretning til Statsrevisorerne om sygehusbyggerier II.* Hentet fra <http://www.rigsrevisionen.dk/media/1943097/sygehusbyggerier-ii.pdf>
- Riksrevisjonen. (2011). *Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjonen og kontroll for budsjettåret 2010.* (Dokument 1 2011–2012). Hentet fra https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokument_1/Hele.pdf
- Riksrevisjonen. (2011). *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene.* (Dokument 3:11 2010–2011). Hentet fra https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2010-2011/Dokument%203/Dokumentbase_3_11_2010_2011.pdf
- Riksrevisjonen. (2012). *Riksrevisjonens undersøkelse om statens forvaltning av eiendomsmasse i universitet- og høyskolesektoren.* (Dokument 3:4 2012–2013). Hentet fra https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2012-2013/Dokumentbase_3_4_2012_2013.pdf
- Riksrevisjonen. (2012). *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2010.* (Dokument 3:2 2011–2012). Hentet fra https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_2_2011_2012.pdf
- Riksrevisjonen. (2012). *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2011.* (Dokument 3:2 2012–2013). Hentet fra https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2012-2013/Dokumentbase_3_2_2012_2013.pdf
- Riksrevisjonen. (2013). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus.* (Dokument 3:4 2013–2014). Hentet fra

- https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2013-2014/Dokumentbase_3_4.pdf
- Riksrevisjonen. (2014). *Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren*. (Dokument 3:6 2013-2014). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2013-2014/RiksrevisjonensUndersøkelseOmElektroniskMeldingsutveksling.pdf>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens oppfølging av forvaltningsrevisjoner som er behandlet av Stortinget*. (Dokument 3:1 2015-2016). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Oppfølging2015.pdf>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene*. (Dokument 3:12 2014-2015). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/StyringPleieressurseneHelseforetakene.aspx>
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. (Dokument 3:5 2015-2016). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>
- Rohde, T. et al. (2015). *Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst*. Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/sintef-a26795-rapport-endelig-260315-2.pdf>
- Rådgivende Ingeniørers Forening. (2010). *Norges tilstand 2010: State of the Nation*. Hentet fra http://www.rif.no/media/1419/state-of-the-nation_2010.pdf
- Rådgivende Ingeniørers Forening. (2015). *Norges tilstand 2015: State of the Nation*. Hentet fra http://www.rif.no/media/5486/rif_stateofthenation_2015_lavopploeselig.pdf
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2015). *Barnehelseatlas for Norge* (SKDE-rapport 2015:2). Hentet fra http://www.helseatlas.no/getfile.php/SKDE%20INTER/Helseatlas/rapport_digitalt.pdf
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2015). *Dagkirurgi i Norge 2011-2013 : Utvalgte inngrep*. (SKDE-rapport 2015:1). Hentet fra http://www.helseatlas.no/getfile.php/SKDE%20INTER/Helseatlas/Rapport%20helseatlas%201_15.pdf
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2016). *En analyse av utvalgte regionfunksjoner ved Oslo universitetssykehus* (SKDE-rapport 2016:2). Tromsø: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Sykehusreformen – noen eierperspektiv*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, eier- og foretaksgruppen. St.meld. nr. 9 (1974-75). (1974). *Sykehusbygging mv. i et regionalisert helsevesen*. Hentet fra https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117&pgid=b_0059
- St.meld. nr. 50 (1993-1994). (1994). *Samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helse-tjeneste*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1993-94&paid=3&wid=e&psid=DIVL599>
- St.meld. nr. 24 (1996-97). (1997). *Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-24_1996-97/id191073/
- St.meld. nr. 37 (1997-98). (1998). *Et sted må grensen gå. Om ny inndeling av helseregionene på Sør-Østlandet*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-37-1997-98-/id191731/?q=Et sted må grensen gå](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-37-1997-98-/id191731/?q=Et%20sted%20m%C3%A5%20grensen%20g%C3%A5)
- St.meld. nr. 19 (2008-2009). (2009). *Ei forvaltning for demokrati og fellesskap*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-19-2008-2009-/id552811/>
- St.prp. nr. 47 (1999-2000). (2000). *Om sykehusøkonomi og budsjett 2000. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 14. april 2000, godkjent i statsråd samme dag*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-47-1999-2000-/id202984/>
- Statistisk sentralbyrå. (2015) *Bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten mot 2040* (SSB Rapport 2015:29). Hentet fra https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/231838?ts=154ed159030
- Theisen O. M. & Kalseth, B. (2013). Ett ark til. En undersøkelse av sykehusansattes vurdering av rapportering og dokumenteringsmengde. (SINTEF rapport). Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse.
- Universitets- og høyskolerådet. (2010). *Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene*. (UHR-Rapport). Hentet fra

- http://www.uhr.no/documents/ny_kortv_m_forside_FOKUS_P_PRAKSISSTUDIENE_3.pdf
- Universitets- og høskolerådet. (2016). *Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt gjennomført på oppdrag fra KD i perioden 2014–2015*. Hentet fra http://www.uhr.no/documents/praksisprosjektet_sluttrapport.pdf
- Wiig, O. & Olsen, B. M. (2016). *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2015: Hovedresultater og dokumentasjon* (NIFU-rapport 2016:25). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2407455/NIFUrapport2016-25.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Williksen, R.M., Bringedal, K. H., Snåre, M. & Hall, T.A.S. (2014). *Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de?: en undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak* (KS FOU-prosjekt nr. 134017). Hentet fra <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/ny-mappe/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak.pdf>
-

Vedlegg 1

Økonomisk situasjon for nye regioner ved oppdeling av Helseregion Sør-Øst

I kapittel 8 har utvalget skissert og vurdert tre ulike alternativer for endret regioninndeling i Sør-Øst. Her gis en mer detaljert oversikt over de økonomiske konsekvensene ved de ulike alternativene.

Helseregion Sør-Øst deles i to regioner

Tabellen gir en oversikt over den økonomiske situasjonen ved en oppdeling som skissert i 8.3.1, basert på regnskap per 31.12.2015. Dette er ikke statistisk, og det økonomiske bildet vil kunne være annerledes på et senere tidspunkt.

	Helseregion Øst	Helseregion Sør
Resultat HF	- 296 mill. kroner	423 mill. kroner
Resultat HF + andel resultat RHF	263 mill. kroner	703 mill. kroner
Fordring/gjeld overfor RHF	808 mill. kroner	2.937 mill. kroner
Saldo driftskreditt	- 2.635 mill. kroner	- 1.191 mill. kroner
Lån fra HOD	- 7.888 mill. kroner	- 781 mill. kroner

Resultat HF viser at de helseforetakene som i dette alternativet inngår i Helseregion Øst, hadde et samlet underskudd i 2015 på 296 mill. kroner. Tilsvarende hadde helseforetakene som utgjør Helseregion Sør et overskudd på 423 mill. kroner i 2015.

*Resultat HF + andel resultat RHF*¹ viser overskudd/underskudd for helseforetakene, samt regionens andel av overskuddet i det regionale helseforetaket som er fordelt mellom de nye regionene med omsetning som fordelingsnøkkel. Dette vil gi et overskudd for begge regionene basert på regnskap 2015.

Fordringer/gjeld overfor RHF: Som omtalt under punkt 8.3.4 er det etablert et eget regime med

fordringer og gjeld mellom de enkelte helseforetakene og Helse Sør-Øst. Status for interne fordringer og gjeld for helseforetakene per 31.12.2015 går fram av tabell 8.11. Oppsummert viser dette at utestående fordringer for helseforetakene i nye Helseregion Øst er 808 mill. kroner, og tilsvarende for nye Helseregion Sør er 2 937 mill. kroner. Dette summerer seg til 3 745 mill. kroner. Som tabell 8.11 viser, er det Sykehuspartner HF, prosjektet Digital fornying og Prosjekt Nytt Østfoldsykehus som har motsvarende gjeld, inkl. at Helse Sør-Øst RHF har en fordring på 555,5 mill. kroner.

Saldo driftskreditt: Helse Sør-Øst RHF har en driftskredittramme i Norges Bank på totalt 3 339 mill. kroner. Helseforetakene i nye Helseregion Øst hadde et samlet opptrekk på driftskreditt på 2 635 mill. kroner per 31.12.2015. Tilsvarende for nye Helseregion Sør var 1 191 mill. kroner. Dette balanseres mot at Helse Sør Øst RHF har bankinnskudd.

Lån fra HOD viser samlet lån knyttet til investeringer for de to nye helseregionene. Helseforetakene i nye Helseregion Øst har en samlet gjeld på 7 888 mill. kroner, mens tilsvarende for nye Helseregion Sør er 781 mill. kroner.

¹ En vesentlig del av det faktiske resultatet i 2015 (og tidligere år) er generert på RHF-et. I 2015 utgjør dette 839 mill. kroner av et samlet resultat på 1 047 mill. kroner. Resultatet på Helse Sør-Øst RHF er dermed av stor betydning for den økonomiske bæreevnen i foretaksgruppen. Ved en eventuell deling vil også «RHF-ets økonomi» måtte deles mellom de nye regionene. I tabellen er dette illustrert ved å bruke andelen av samlet budsjett som fordelingsnøkkel, dvs. de nye regionenes budsjett som andel av 69 mrd. kroner. Denne tilnærmingen vil nok faktisk bli annerledes ved deling, fordi tildelingen av inntekter vil skje gjennom en nasjonal inntektsmodell. Hvordan de nye regionene vil innrette seg med hensyn til hvordan de vil bygge resultater på regionalt nivå vil også kunne variere.

Helseregion Sør-Øst deles i tre – Oslo blir egen region

Tabellen gir en oversikt over den økonomiske situasjonen ved en oppdeling av helseregionen som

skissert i 8.3.2, basert på regnskap per 31.12.2015. Tilsvarende eksemplet over, vil det økonomiske bildet kunne være annerledes på et senere tidspunkt.

	Helseregion Øst	Helseregion Sør	Helseregion Oslo
Resultat HF	-425 mill. kroner	423 mill. kroner	128 mill. kroner
Resultat HF + andel resultat RHF	-144 mill. kroner	703 mill. kroner	408 mill. kroner
Fordring/gjeld overfor RHF	- 2.223 mill. kroner	2.937 mill. kroner	3.031 mill. kroner
Saldo driftskreditt	- 334 mill. kroner	- 1.191 mill. kroner	- 2.301 mill. kroner
Lån fra HOD	- 6.046 mill. kroner	- 781 mill. kroner	- 1.842 mill. kroner

Resultat HF viser at helseforetakene som i dette alternativet inngår i Helseregion Øst, hadde et samlet underskudd i 2015 på 425 mill. kroner. Helseforetakene som utgjør Helseregion Sør hadde et samlet overskudd på 423 mill. kroner i 2015. Helseforetakene i nye Helseregion Oslo hadde et overskudd på 128 mill. kroner i 2015.

Resultat HF + andel resultat RHF ville gitt et noe mindre underskudd for nye Helseregion Øst i 2015 og tilsvarende økt overskudd for de andre to helseregionene.

Fordringer/gjeld overfor RHF viser at helseforetakene i nye Helseregion Øst har en samlet gjeld overfor Helse Sør-Øst på 2 223 mill. kroner. Dette skyldes omfordeling av likviditet til de to store investeringsprosjektene som er gjennomført ved Ahus og Sykehuset Østfold. Helseforetakene i nye Helseregion Sør har utestående fordringer på 2 937 mill. kroner og tilsvarende for Helseregion Oslo er 3 031 mill. kroner. Som forklart ved det forrige alternativet, må summen av fordringer på til sammen 3 745 mill. kroner ses opp mot at Sykehuspartner HF, prosjektet Digital fornying og Pro-

sjekt Nytt Østfoldsykehus har gjeld som over tid skal innfri disse fordringene.

Saldo driftskreditt viser at helseforetakene i nye Helseregion Øst har et samlet opptrekk på 334 mill. kroner, nye Helseregion Sør 1 191 mill. kroner og nye Helseregion Oslo 2 301 mill. kroner.

Lån fra HOD viser samlet lån knyttet til gjennomførte investeringer i helseforetakene i de tre nye helseregionene. Lånebeløpene er 6 046 mill. kroner i nye Helseregion Øst, 781 mill. kroner i nye Helseregion Sør og 1 842 mill. kroner i nye Helseregion Oslo.

Helseregion Sør-Øst deles i tre – Oslo og Akershus er i samme region

Tabellen gir en oversikt over den økonomiske situasjonen ved en oppdeling av helseregionen som skissert i 8.3.3, basert på regnskap per 31.12.2015. Tilsvarende eksemplene over, vil det økonomiske bildet kunne være annerledes på et senere tidspunkt.

	Helseregion Øst	Helseregion Sør	Helseregion Oslo
Resultat HF	- 327 mill. kroner	423 mill. kroner	31 mill. kroner
Resultat HF + andel resultat RHF	- 145 mill. kroner	703 mill. kroner	408 mill. kroner
Fordring/gjeld overfor RHF	- 898 mill. kroner	2.937 mill. kroner	1.706 mill. kroner
Saldo driftskreditt	90 mill. kroner	- 1.191 mill. kroner	- 2.725 mill. kroner
Lån fra HOD	- 3.126 mill. kroner	- 781 mill. kroner	- 4.762 mill. kroner

Resultat HF viser at helseforetakene som i dette alternativet inngår i Helseregion Øst, hadde et samlet underskudd i 2015 på 327 mill. kroner. Helseforetakene som utgjør Helseregion Sør hadde et samlet overskudd på 423 mill. kroner i 2015. Nye Helseregion Oslo hadde et overskudd på 31 mill. kroner i 2015.

Resultat HF + andel resultat RHF ville også for dette alternativet gitt et noe mindre underskudd for nye Helseregion Øst i 2015 og tilsvarende økt overskudd for de andre to helseregionene.

Fordringer/gjeld overfor RHF viser at helseforetakene i nye Helseregion Øst har en samlet gjeld på 898 mill. kroner. Helseforetakene i Helse-

region Sør og Helseregion Oslo har utestående fordringer på hhv. 2 937 mill. kroner og 1 706 mill. kroner.

Saldo driftskreditt viser at helseforetakene i nye Helseregion Øst har et bankinnskudd på 90 mill. kroner, mens driftskredittene til helseforetakene i nye Helseregion Sør og Helseregion Oslo er hhv. 1 191 mill. kroner og 2 725 mill. kroner.

Lån fra HOD viser samlet lån knyttet til gjennomførte investeringer i helseforetakene de tre nye helseregionene. Lånebeløpene er 3 126 mill. kroner i nye Helseregion Øst, 781 mill. kroner i nye Helseregion Sør og 4 762 mill. kroner i Nye Helseregion Oslo.

Vedlegg 2

Endringer i helseforetaksstrukturen etter 2002

Tabell 2.1 Endringer i helseforetaksstrukturen i Helseregionene Vest, Midt-Norge og Nord

	Helseregion Vest	Helseregion Midt-Norge	Helseregion Nord
2015	Helse Førde HF Helse Bergen HF Helse Fonna HF Helse Stavanger HF Sjukehusapoteka Vest HF Helse Vest Innkjøp HF	Helse Møre og Romsdal HF St. Olavs Hospital HF Helse Nord-Trøndelag HF Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Helse Finnmark HF Universitetssykehuset i Nord-Norge HF Nordlandssykehuset HF Helgelandssykehuset HF Sykehusapotek Nord HF
2011		Helse Møre og Romsdal HF St. Olavs Hospital HF Helse Nord-Trøndelag HF Rusbehandling Midt-Norge HF Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	
2007			Helse Finnmark HF Universitetssykehuset i Nord-Norge HF Nordlandssykehuset HF Helgelandssykehuset HF Sykehusapotek Nord HF
2004		Helse Sunnmøre HF Helse Nordmøre og Romsdal HF St. Olavs Hospital HF Helse Nord-Trøndelag HF Rusbehandling Midt-Norge HF Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	
2002	Helse Førde HF Helse Bergen HF Helse Fonna HF Helse Stavanger HF Sjukehusapoteka Vest HF	Helse Sunnmøre HF Helse Nordmøre og Romsdal HF St. Olavs Hospital HF Helse Nord-Trøndelag HF Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag HF Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Helse Finnmark HF Universitetssykehuset i Nord-Norge HF Nordlandssykehuset HF Helgelandssykehuset HF Hålogalandssykehuset HF Sykehusapotek Nord HF

Tabell 2.2 Endringer i helseforetaksstrukturen i Helseregion Sør-Øst og de tidligere Helseregionene Sør og Øst¹

Helseregion Sør	Helseregion Øst	Helseregion Sør-Øst
2015		Akershus universitetssykehus HF Oslo universitetssykehus HF Sunnaas sykehus HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet sykehus HF Vestre Viken HF Sykehusapotekene HF Sykehuspartner HF
2009		Akershus universitetssykehus HF Psykiatrien i Vestfold HF Oslo universitetssykehus HF Sunnaas sykehus HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet sykehus HF Vestre Viken HF Sykehusapotekene HF
2007		Aker universitetssykehus HF Akershus universitetssykehus HF Blefjell sykehus HF Psykiatrien i Vestfold HF Rikshospitalet HF Ringerike sykehus HF Sunnaas sykehus HF Sykehuset Asker og Bærum HF Sykehuset Buskerud HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Telemark HF Sykehuset Østfold HF Sørlandet sykehus HF Ullevål universitetssykehus HF Sykehusapotekene HF

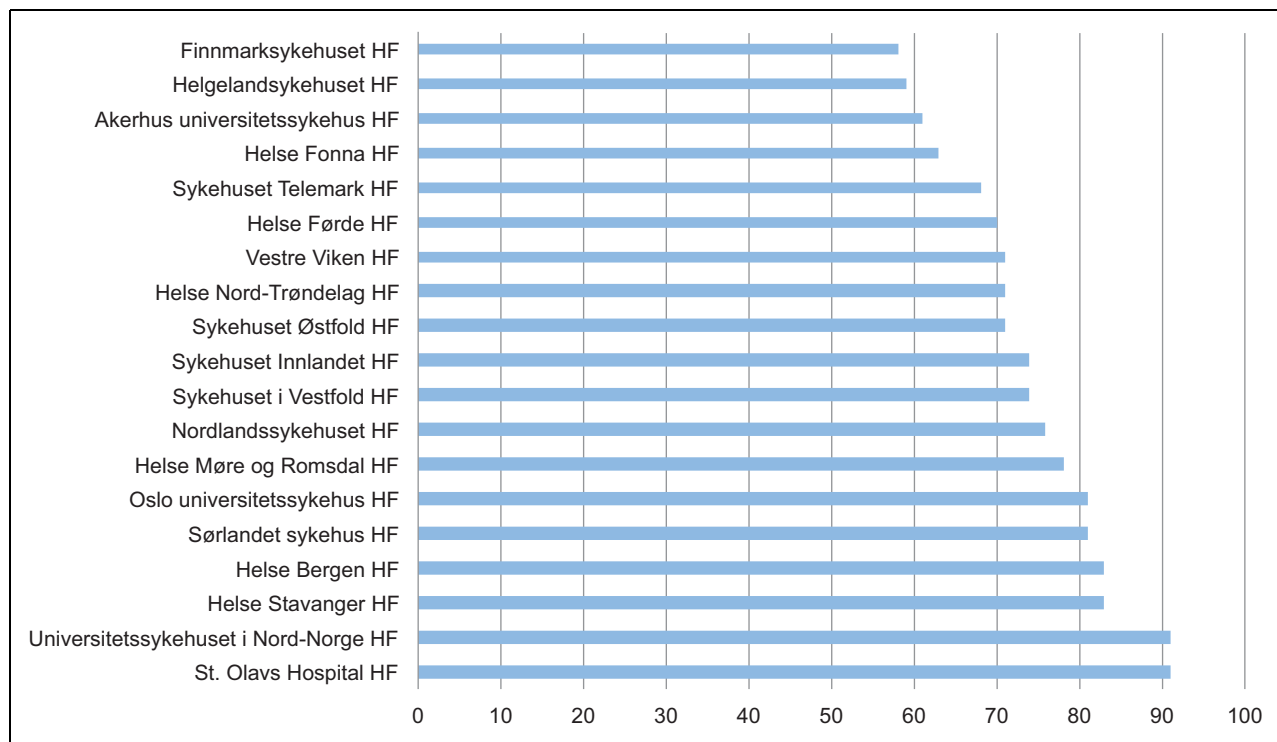
Tabell 2.2 Endringer i helseforetaksstrukturen i Helseregion Sør-Øst og de tidligere Helseregionene Sør og Øst¹

	Helseregion Sør	Helseregion Øst	Helseregion Sør-Øst
2005	Bleifjell sykehus HF Psykiatrien i Vestfold HF Rikshospitalet- Radiumhospitalet HF Ringerike sykehus HF Sykehuset Buskerud HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF Sørlandet sykehus HF		
2003/4	Bleifjell sykehus HF Det norske radiumhospitalet HF Psykiatrien i Vestfold HF Rikshospitalet HF Ringerike sykehus HF Sykehuset Buskerud HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF Sørlandet sykehus HF	Aker universitetssykehus HF Akershus universitetssykehus HF Sunnaas Sykehus HF Sykehuset Asker og Bærum HF Sykehuset Innlandet HF Sykehuset Østfold HF Ullevål universitetssykehus HF	
2002	Aust-Agder sykehus HF Bleifjell sykehus HF Det norske radiumhospitalet HF Lister sykehus HF Psykiatrien i Vestfold HF Rikshospitalet HF Ringerike sykehus HF Spesialsykehuset for epilepsi HF Spesialsykehuset for rehabilitering HF Sykehuset Buskerud HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF Vest-Agder sykehus HF	Aker universitetssykehus HF Akershus universitetssykehus HF Barne- og ungdomspsykiatri Oslo HF Blakstad sykehus HF Bærum sykehus HF Kongsvinger sjukehus HF Oppland sentralsykehus HF Psykisk helsevern Østfold HF Sanderud sykehus HF Sentralsjukehuset i Hedmark HF Ski sykehus HF Sunnaas Sykehus HF Sykehuset Østfold HF Tynset sjukehus HF Ullevål universitetssykehus HF	

¹ Ved noen helseforetak har det vært gjort navneendringer som ikke innebærer endringer i hvilke sykehus som inngår i foretaket.

Vedlegg 3**Egendekning i helseforetakene**

Gjennomsnittlig egendekning i helseforetakene var 69,5 pst. i 2014.



Figur 3.1 Gjennomsnittlig egendekning i helseforetakene (DRG)

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Norges offentlige utredninger

2015 og 2016

Statsministeren:

Arbeids- og sosialdepartementet:

NOU 2015: 6 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2015
NOU 2016: 1 Arbeidstidsutvalget
NOU 2016: 6 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2016
NOU 2016: 13 Samvittighetsfrihet i arbeidslivet

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet:

NOU 2015: 4 Tap av norsk statsborgerskap

Barne- og likestillingsdepartementet:

NOU 2016: 16 Ny barnevernslov
NOU 2016: 17 På lik linje

Finansdepartementet:

NOU 2015: 1 Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd
NOU 2015: 5 Pensjonslovene og folketrygdreformen IV
NOU 2015: 9 Finanspolitikk i en oljeøkonomi
NOU 2015: 10 Lov om regnskapsplikt
NOU 2015: 12 Ny lovgivning om tiltak mot hvitvasking og terrorfinansiering
NOU 2015: 14 Bedre beslutningsgrunnlag, bedre styring
NOU 2015: 15 Sett pris på miljøet
NOU 2016: 2 Endringer i verdipapirhandelloven – flagging og periodisk rapportering
NOU 2016: 3 Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi
NOU 2016: 5 Omgåelsesregel i skatteretten
NOU 2016: 11 Regnskapslovens bestemmelser om årsberetning mv.
NOU 2016: 15 Lønnsdannelsen i lys av nye økonomiske utviklingstrekk
NOU 2016: 20 Aksjeandelen i Statens pensjonsfond utland
NOU 2016: 23 Innskuddsgaranti og krisehåndtering i banksektoren

Forsvarsdepartementet:

NOU 2016: 8 En god alliert – Norge i Afghanistan 2001–2014
NOU 2016: 19 Samhandling for sikkerhet

Helse- og omsorgsdepartementet:

NOU 2015: 11 Med åpne kort
NOU 2015: 17 Først og fremst
NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Justis- og beredskapsdepartementet:

NOU 2015: 3 Advokaten i samfunnet
NOU 2015: 13 Digital sårbarhet – sikkert samfunn
NOU 2016: 9 Rettferdig og forutsigbar – voldsskadeerstatning
NOU 2016: 10 Evaluering av garantireglene i bustadoppføringslova
NOU 2016: 24 Ny straffeprosesslov

Klima- og miljødepartementet:

NOU 2015: 16 Overvann i byer og tettsteder

Kommunal- og moderniseringsdepartementet:

NOU 2015: 7 Assimilering og motstand
NOU 2016: 4 Ny kommunelov
NOU 2016: 18 Hjertespråket

Kulturdepartementet:

NOU 2016: 12 Ideell opprydding

Kunnskapsdepartementet:

NOU 2015: 2 Å høre til
NOU 2015: 8 Fremtidens skole
NOU 2016: 7 Norge i omstilling – karriereveiledning for individ og samfunn
NOU 2016: 14 Mer å hente

Landbruks- og matdepartementet:

Nærings- og fiskeridepartementet:

NOU 2016: 21 Stiftelsesloven
NOU 2016: 22 Aksjelovgivning for økt verdiskaping

Olje- og energidepartementet:

Samferdselsdepartementet:

Utenriksdepartementet:

NOU 2016: 8 En god alliert – Norge i Afghanistan 2001–2014

Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Privat sektor:

Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Trykk: 07 PrintMedia – 12/2016