

# RAPPORT

Kartlegging av de regionale  
helseforetakenes oppgaver og ressursbruk

Oslo, 12.11.2012



Telemarkforskning

**BDO**

## Forord

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ved Eieravdelingen engasjerte BDO til å gjøre en analyse av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk. BDO har engasjert Telemarksforskning til å bistå særskilt med gjennomføring av en spørreundersøkelse.<sup>1</sup> Denne analysen gjennomføres parallelt med en annen evaluering om styrenes rolle og funksjon i regionale helseforetak og helseforetak.

Oppdraget er utført av BDO sin rådgivingsavdeling i samarbeid med Telemarksforskning. Dette innebærer en gjennomgang og kartlegging av de fire regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk. Vårt arbeid er således å anse som et rådgivningsoppdrag der vi basert på det arbeidet som er gjort oppsummerer og begrunner våre analyser og konklusjoner til oppdragsgiver.

Vårt arbeid og våre vurderinger bygger på de samtaler vi har hatt med representanter for departementet, de regionale helseforetakene og materialet som er stilt til vår disposisjon. Analysene er begrenset til denne informasjonen.

Oversikten over ressursbruk som presenteres i analysen er innhentet og presentert gjennom et arbeid som er koordinert av de regionale helseforetakene selv. Etter vårt syn gir ressursbruksoversikten som presenteres i rapporten et tilstrekkelig helhetsbilde av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk, mens forskjeller som angis mellom de regionale helseforetakene må ses på som et anslag, med større grad av usikkerhet.

Oslo, 26.11.2012  
BDO AS

Morten Thuve  
Partner

Frode Hogstad  
Prosjektleder

---

<sup>1</sup> Fra Telemarksforskning har Christine Hvitsand skrevet bidraget, mens Ingvild Vardheim og Ola Berge har bidratt med analysebistand.

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
1. Beskrivelse av oppdraget .....	4
1.1. Bakgrunn for oppdraget .....	4
1.2. Formål og problemstillinger .....	4
2. Hovedobservasjoner .....	7
2.1. Overordnet oversikt over dagens oppgaver .....	7
2.2. Overordnet oversikt over oppgaveutviklingen.....	8
2.3. Overordnet oversikt over bidrag til styringsmessig merverdi .....	8
2.4. Overordnet oversikt over ressursbruken.....	9
3. Nærmere om oppgavene til de regionale helseforetakene .....	10
3.1. De regionale helseforetakenes oppgaver innenfor sørge-for-ansvaret.....	10
3.2. De regionale helseforetakenes oppgaver knyttet til eieransvaret .....	13
3.3. Oppgaver knyttet til å være bindeledd mellom sentralt og lokalt nivå .....	17
3.4. De regionale helseforetakenes oppgaver for å tilrettelegge for forskning, synergier og effektiviseringsgevinster for de underliggende helseforetakene .....	19
Vedlegg 1 - Fakta om de regionale helseforetakene .....	21
Helse Nord-Norge RHF.....	21
Helse Midt-Norge RHF .....	22
Helse Vest RHF .....	24
Helse Sør-Øst RHF.....	24
Vedlegg 2 - Oppsummering av spørreundersøkelsen .....	26
Sørge-for-ansvaret .....	26
Eierrollen .....	33
Utdanning og forskning.....	42
Skillelinjen mellom de regionale og underliggende helseforetakene.....	47

# 1. Beskrivelse av oppdraget

## 1.1. Bakgrunn for oppdraget

Helseforetaksreformen trådte i kraft i januar 2002. Reformen besto av to hovedelementer. Det ene var statens overtakelse av eieransvaret for virksomhetene innenfor spesialisthelsetjenesten og overføring av hele ansvaret for spesialisthelsetjenesten til statlig sektor. Det andre hovedelementet var foretaksorganisering av virksomhetene. De organisatoriske endringene i reformen hadde til hensikt "å utgjøre en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform med vekt på å skape klarere ansvars og rollefordeling, og at det på denne måten skal legges bedre til rette for både politisk styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester" (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) s. 10).

I høringen til Nasjonal helse- og omsorgsplan høsten 2010 ble det lagt til grunn at det skal gjennomføres et utredningsarbeid med sikte på mulige forbedringer i helseforetaksmodellen. I denne forbindelse er BDO i samarbeid med Telemarksforskning valgt som utredningsmiljø til denne delutredning der formålet er å få en oversikt over de regionale helseforetakenes oppgaveportefølje og ressursbruk.

## 1.2. Formål og problemstillinger

Departementet har i oppdragsbeskrivelsen lagt til grunn at følgende spørsmål skal analyseres som del av utredning:

- Hvilke strategiske planleggingsoppgaver og prosesser ivaretas av de regionale helseforetakene for å forvalte sørge-for-ansvaret
- Hvilke strategiske planleggingsoppgaver og prosesser ivaretas av de regionale helseforetakene for å forvalte eierskapet til underliggende helseforetak
- Hvilke oppgaver og funksjoner utføres av de regionale helseforetakene i forhold til drift av underliggende helseforetak
- Hvilke oppgaver ivaretas av de regionale helseforetakene knyttet til kjøp av tjenester fra private tjenesteytere
- Hvilke nasjonale utviklings- og driftsoppgaver utføres av de regionale helseforetakene eller selskaper de har etablert, innenfor ulike områder
- Hvilke oppgaver har de regionale helseforetakene knyttet til krav fra myndigheter om dokumentasjon, helseregistre, intern kontroll m.m.
- Hvilke oppgaver har de regionale helseforetakene inn mot nasjonale utviklings- og anskaffelsesprosjekter
- Hvilke driftsoppgaver er overført til de regionale helseforetakene i perioden 2002-2010 som tidligere ble forvaltet av andre offentlige forvaltningsorganer
- Hvilke oppgaver og funksjoner ivaretar de regionale helseforetakene knyttet til samarbeid og samordning med lokale og regionale politiske myndigheter, herunder tilrettelegging for samhandlingsreformen.
- Omfanget av oppgaver knyttet til faktainnhenting for å understøtte departementets rolle som sekretariat for politisk ledelse
- Omfanget av ressursbruk i de regionale helseforetakene knyttet til de ulike oppgavene, herunder
  - Antall årsverk i de regionale helseforetakene
  - Lønnskostnader (mill kroner)
  - Antall årsverk i egen administrative enheter lagt til de regionale helseforetakene (Sykehuspartner m.v.)
  - Konsulentkjøp (mill kroner)
  - Organisasjonsstruktur i de regionale helseforetakene

Som et tilleggsmoment i analysen har utredningen også beskrevet utviklingen i styringsmessige forhold og derigjennom synliggjort eventuelle styringsmessige gevinster som oppnås gjennom de regionale helseforetakene.

I dette ligger at denne utredningen verken har hatt som mandat eller siktemål å evaluere helseforetaksmodellens organisatoriske funksjonalitet, kvaliteten i utførelsen av oppgavene eller hensiktsmessigheten i ressursbruken. De regionale helseforetakene har forskjellig organisering. Dette vil gjøre at direkte sammenligninger av ressursbruken mellom de regionale helseforetakene er vanskelig.

### **1.2.1. Metode**

Dette oppdraget er utført ved en kombinasjon av dokumentanalyse, intervjuer, spørreundersøkelse og ressurskartlegging.

Det er innhentet dokumentasjon fra regionale helseforetak og andre tilgjengelig kilder, samt foretatt intervjuer med ledende personer i de regionale helseforetakene. Intervjuene har blitt gjennomført på grunnlag av en strukturert intervjuguide som de ressurspersoner vi intervjuet fikk tilsendt på forhånd.

Vi har videre gjennomført en spørreundersøkelse der vi har bedt helseforetakene om å vurdere de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk. Analyser, vurderinger og funn bygger på den informasjon som er mottatt.

Deretter har vi innhentet en oversikt over ressursbruken i de regionale helseforetakene på oppgavenivå. Innhentingen er gjennomført ved at de regionale helseforetakene har spesifisert bruk av årsverk på ulike oppgaver som de har kategorisert i fellesskap. Kostnader er fordelt basert på fordelingen av årsverk. Det enkelte regionale helseforetak har videre definert hvilke konkrete arbeidsoppgaver som hører inn under de kategoriene som ressursbruken er spesifisert på, og det kan være forskjeller i hvordan de har definert oppgavefordelingen.

Det må derfor utvises forsiktighet med å bruke de innhentede tallene til direkte sammenligning mellom regionale helseforetak. Formålet med kartleggingen har heller ikke vært å gjennomføre en slik sammenligningsstudie, men å gi en oversikt over totalbildet for samlet ressursbruk og arbeidsoppgaver i de regionale helseforetakene.

Det har vist seg utfordrende å etablere en oversikt over utviklingen av ressursbruken knyttet til oppgavene over tid. Ressurskartleggingen er derfor å anse som et omforent øyeblikksbilde.

### **1.2.2. Nærmere om spørreundersøkelsen mot helseforetakene**

For å avklare grenselinjen mellom de regionale helseforetakenes ansvarsoppgaver og roller mot de underliggende helseforetakene, har det blitt gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse til alle de underliggende helseforetakene. Undersøkelsen er på mange måter å betrakte som en brukerundersøkelse, og er derfor viktig i forhold til vurderinger rundt hvordan de regionale helseforetakene forvalter sine ansvarsoppgaver.

Mottakere av undersøkelsen har vært administrerende direktør, økonomidirektør og direktør for helsefag. Antall mottakere av spørreundersøkelsen har vært 74 (tre respondenter per helseforetak) og av disse har 44 gjennomført hele undersøkelsen, mens 5 har avgitt kun enkelte svar. Dette innebærer en svarprosent på 59 prosent, og dersom vi tar med de som har avgitt kun enkelte svar blir svarprosenten 66 prosent. Blant respondentene er det 16 fra Helse Sør-Øst og 11 fra hver av de øvrige helseregionene. Vi har likevel valgt å presentere resultatene i andeler (prosent) av totalt avgitte svar.

For noen av spørsmålene er det en forholdsvis høy andel «vet ikke»-svar. Dette kan skyldes både at respondentene ikke har kunnskap eller innsikt nok i det de skal svare på og/eller de mener at

spørsmålet ikke er relevant for dem å svare på. Der det sistnevnte eventuelt er tilfellet, kan dette antakeligvis knyttes til at det er personer med ulike stillinger i virksomhetene som mottar undersøkelsen. Spørsmålene kan derfor oppleves som mer eller mindre relevante ettersom hvilken stilling de har.

Spørsmålene er utformet på en slik måte at det skal være minst mulig rom for feiltolkning. Det kan likevel være slik at det er ulike tolkninger av spørsmålene.

Under faktaverifiseringen har det særlig blitt kommentert at svarandelen er relativt lav, og at overvekten av antall respondenter fra Helse Sør-Øst gjør at svarene ikke kan generaliseres eller anses som representative for alle regionene. Det må derfor utvises forsiktighet i fortolkningen av svarene.

### **1.2.3. Definisjoner**

I det følgende benytter vi blant annet følgende forkortelser:

HF / HFene - Helseforetakene slik disse er definert i Helseforetaksloven, entall og flertall.

RHF / RHFene - De regionale helseforetakene slik disse er definert i Helseforetaksloven, entall og flertall.

HOD - Helse- og omsorgsdepartementet

SKDE - Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

HEMIT - Helse Midt-Norge IKT

IKT - Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

HR - Human Resources. En fellesbetegnelse på personalrelaterte utviklings- og forvaltningsoppgaver.

## 2. Hovedobservasjoner

### 2.1. Overordnet oversikt over dagens oppgaver

Helseforetakenes virkeområde er regulert i Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven). Helseforetakslovens § 2, 2. ledd, 2. punktum bestemmer følgende: "Regionalt helseforetak legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov.

Nedenfor har vi skissert hvordan de regionale helseforetakenes oppgaver er kategorisert i denne utredningen. Vi har også vurdert hvorvidt pasientsikkerhet burde vært kategorisert som et eget ansvarsområde. Pasientsikkerhet er en så viktig del av helseforetakenes og de regionale helseforetakenes virkeområde, og griper inn i alle oppgaver hvis man ser helseforetakenes formål i stort. Herunder er dette formulert i Helseforetakslovens § 1, siste ledd: "Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning." Vi mener at det utvetydig kan hevdes at RHFene har i oppgave både å tilrettelegge for og påse at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Eksempler på oppgaver som RHFene har i denne forbindelse er innføring av kvalitative styringsmål og oppfølging av disse, innføring av internrevisjon, innføring av internkontrollsystem, legge til rette for kompetanseutvikling, IKT-drevne prosessforbedringer og være pådriver i reformer (Samhandlingsreformen med mer). Alle elementene i sammenheng skal bidra til trygg, effektiv og god behandling for alle som trenger dette. Etter vår vurdering blir dette et "faneformål" for RHFene; det vil si at alt RHFene setter mål på, alt de bruker ressurser på, alt av utviklingsprosjekter som påstartes mv. skal ivareta pasientsikkerhet. Vi tror derfor ikke det er hensiktsmessig å måle ressursbruk langs denne akse. Pasientsikkerhet har derfor ikke blitt kategorisert som egen oppgave i denne utredningen.

Etter vår vurdering kan de regionale helseforetakenes oppgaver kategoriseres som nedenfor.

1. De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for at befolkningen i sin helseregion tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester i henhold til overordnede helsepolitiske målsettinger. Til dette ansvaret hører blant annet oppgaver som:
  - Strategiske planleggingsoppgaver, herunder oppgavefordeling mellom de underliggende helseforetakene og prioritering av investeringer i bygg og medisinsk utstyr
  - Kjøp av helsetjenester fra private tjenesteytere
  - Organisering av pasientreiser
  - Samarbeid og samordning med regionale og lokale myndigheter, herunder tilrettelegging for samhandlingsreformen
2. De regionale helseforetakene har ansvar for å forvalte eierskapet til de underliggende helseforetakene. Til dette ansvaret hører blant annet oppgaver som:
  - Strategiske planleggingsoppgaver, herunder å sette mål og fordele driftsbudsjett til de underliggende helseforetakene
  - Styring og kontroll av helseforetakene, inkludert oppfølging av økonomiske, driftsmessige og kvalitetsmessige mål- og nøkkeltall
3. De regionale helseforetakene har ansvar for å fungere som et bindeledd mellom det nasjonale planet representert ved Helse- og omsorgsdepartementet og det lokale planet representert ved de underliggende helseforetakene. Til dette ansvaret hører blant annet oppgaver som:
  - Deltagelse i nasjonale prosjekter i forhold til utvikling, anskaffelser og drift
  - 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 overholdes

- Faktainnhenting som understøtter departementets rolle som sekretariat for den politiske ledelsen
- "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.

4. De regionale helseforetakene har ansvar for å tilrettelegge for synergier og effektiviseringsgevinster for de underliggende helseforetakene. Til dette ansvaret hører blant annet aktiviteter som:

- Koordinering av forskning, faglig utvikling og kompetanseutveksling mellom helseforetakene
- Drift av administrative støtteprosesser for helseforetakene i helseregionen

## 2.2. Overordnet oversikt over oppgaveutviklingen

De regionale helseforetakene har fra etableringen i 2002 hatt ansvaret for å sørge for at befolkningen har tilgang til spesialisthelsetjenester og å ivareta eieransvaret for helseforetakene. Senere har RHFene fått økt drifts- og/eller finansieringsansvar, herunder gjennom blant annet:

- 2004 Rusreformen. Overføring av ansvaret for fylkeskommunale tiltak for rusmiddelmissbrukere til staten ved RHFene
- 2004 Overføring av ansvaret for finansiering av pasienttransport fra NAV til RHFene
- 2006 Overføring av særskilt finansieringsansvar for enkelte legemidler (H-reseptor)
- 2010 Samhandlingsreformen. RHFene overtar ikke drifts-/eller finansieringsansvar, men det stilles økte krav til samhandling mellom primærhelsetjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette har medført økt arbeidsinnsats av RHFene fram til reformen trådte i kraft i 2012, og det forventes også framover at det vil arbeides på RHF-nivå med samhandling.

I tillegg til dette kommer flere krav fra departementet stillet til RHFene på forskjellige tidspunkt, som for eksempel krav om internrevisjon (2005), skjerpede rapporteringskrav mm. Nye oppgaver løses delvis internt i RHFene, og er delvis delegert videre til helseforetakene og/eller nasjonale selskaper som er opprettet av RHFene i fellesskap.

Det har også vært en underliggende trend innenfor spesialisthelsetjenesten at pasientforløp i større grad blir støttet av IKT-prosesser, og at RHFene har økt sin ressursbruk på IKT. RHFene har tatt en lederrolle for harmonisering av pasientforløp med hensyn til IKT-støtte og metodikk. Målsettingen med dette oppgis å være å understøtte og effektivisere pasientforløp som griper over flere helseforetak. Ressursbruken på dette punktet skal altså oppveies av lavere ressursbruk og/eller høyere kvalitet og sikkerhet i pasientforløpene.

## 2.3. Overordnet oversikt over bidrag til styringsmessig merverdi

Vi mener at våre undersøkelser bekrefter at de regionale helseforetakene gjennom sitt eierskap til helseforetakene har tatt ansvaret for å:

- Gjennomføre betydelige strukturendringer og investeringer i form av sammenslåing av helseforetak til større enheter
- Harmonisere pasientforløp
- Endre funksjonsfordeling mellom helseforetakene i sine regioner
- Fordele ressurser til gjennomføring og styring av store investeringsprosjekter, herunder investeringer i IKT, nybygging og vedlikehold av bygg



- Styrke satsingen på forskning og kompetanse
- Systemsamordning av fellesfunksjoner som har lagt grunnlag for forbedringer innen økonomistyring, intern kontroll, IKT-utnyttelse og HR mellom helseforetakene i egen region

Systemsamordningen som er foretatt er viktig som grunnlag for mer effektiv drift, og gir mulighet for uttak av ytterligere driftsmessige effektivitetsgevinster i fremtiden.

Tilbakemeldinger tyder også på at det regionale helseforetaket på noen områder er egnet til innsamling og spredning av beste praksis, og at de regionale helseforetakene koordinerer til en viss grad pasientstrømmer, men dette er krevende. Disse forholdene er imidlertid verken bekreftet eller avkreftet i våre undersøkelser.

## 2.4. Overordnet oversikt over ressursbruken

De regionale helseforetakene har på oppgave fra prosjektet kommet frem til følgende ressursfordeling mellom de ulike oppgavene:

Kartlegging ressursbruk i RHFene  
Aktivitetsdata 2011. årsverk

Sørge for				Forvalte eierskap		Bindeledd mellom HF, RHF og HOD				Tilrettelegge for synergier		SUM	
Strategiske planleggingsoppgaver, herunder oppgavefordeling mellom de underliggende helseforetakene og prioritering av investeringer i bygg og medisinsk utstyr	Kjøp av helse-tjenester fra private tjenesteytere	Org-anisering av pasient-reiser mv	Samarbeid og samordning med regionale og lokale myndigheter, herunder til rette-legging for sam-handlings-reformen	Strategiske planleggingsoppgaver, herunder fordeling av drifts-budsjett til de underliggende helseforetakene	Styring og kontroll av helseforetakene, inkludert oppfølging av økonomiske og driftsmessige mål og nøkkeltall	Deltagelse i nasjonale prosjekter i forhold til utvikling, lanseringer og drift	Etter-levelse av myndighetskrav med hensyn til dokumentasjon, helseregistre, intern kontroll m.v.	Fakta-innhenting som understøtter departementets rolle som sekretariat for den politiske ledelsen	Bufferrollen mellom lokale helseforetak som taler for befolkningens behov og faglige ønsker og staten som finansierer og setter rammebetingelser	Ko-ordinering av faglig utvikling og kompetanseutveksling mellom helseforetakene	Drift av administrative støtteprosesser for helseforetakene i helse-regionen		
	41	18	4	12	26	55	22	33	9	6	28	44	298
													0
	41	18	4	12	26	55	22	33	9	6	28	44	298
	76			81		70				72			298

Tabell 1: Samlet oversikt over oppgaver og ressursbruk i de regionale helseforetakene. Kilde: Sammenstilling mottatt fra de regionale helseforetakene, koordinert av Helse Vest.

Tabellen inkluderer ikke tall fra helseforetakene, kun fra de regionale helseforetakene.

Disse 298 årsverkene representerer dermed ressursbruken i RHFene samlet, og inkluderer ikke Sykehuspartner, Helse Vest IKT, HEMIT, Helse Nord IKT, SKDE, Pasientreiser ANS eller andre selskaper som er opprettet av de regionale helseforetakene hver for seg eller i fellesskap.

Ved etableringen av RHFene i 2002 ble det overført om lag 700 personer fra fylkeskommunene til RHFene. Endringene siden den gang er kommet som følge av flere ikke kvantifiserte endringer, herunder nye oppgaver, flytting av oppgaver til andre juridiske fellesenheter (Sykehuspartner m.fl.), og overtatte oppgaver fra HFene (fellesfunksjoner).

### 3. Nærmere om oppgavene til de regionale helseforetakene

#### 3.1. De regionale helseforetakenes oppgaver innenfor sørge-for-ansvaret

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2 - 1a skal de regionale helseforetakene sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester i henhold til overordnede helsepolitiske målsettinger. Dette innebærer at de har ansvaret for å fremskaffe best mulige helsetjenester, innen de tildelte ressurser, i forhold til behovet i helseregionen.

Som del av dette ansvaret skal helseforetakene i henhold til helseforetaksloven § 1 organisere spesialisthelsetjenesten. De kan oppfylle plikten selv gjennom egne helseforetak og/eller gjennom å kjøpe tjenester fra private tjenesteytere, bl.a. private sykehus, laboratorie- og røntgeninstitutter og avtalespesialister.

Sørge-for-ansvaret innebærer dessuten at de regionale helseforetakene skal legge til rette for forskning og undervisning etter eiers retningslinjer<sup>2</sup>. Dette innebærer et ansvar for pasientrettet klinisk forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater. De skal videre sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen. Dessuten skal virksomhetene sørge for at personellet gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som kreves for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid på en forsvarlig måte.

##### **3.1.1. Strategiske planleggingsoppgaver som ivaretas for å forvalte sørge-for ansvaret**

En viktig målsetting med sørge-for-ansvaret er at de regionale helseforetakene skal sikre at befolkningen har likeverdig tilgang til helsetjenester, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn.

Samtidig anses det for å være viktig at funksjonsfordelingen mellom helseforetakene innenfor regionen vurderes og gjennomføres, så vel med tanke på ressursbruk og investeringer som kvaliteten i tjenestene.

Utfordringen for de regionale helseforetakene blir da å balansere disse to hensynene. Det har siden helseforetaksreformen blitt gjort vesentlige strukturendringer regionalt i form av sammen slåing av helseforetak, samt økt funksjonsfordeling dels mellom helseforetak og dels mellom flere sykehus som inngår i samme helseforetak. De regionale helseforetakene peker selv på at de i stor grad har vært pådrivere i disse prosessene.

Blant de strategiske planleggingsoppgavene som utføres i regionale helseforetak for å forvalte sørge-for-ansvaret slik dette er definert i helseforetaksloven, nevnes følgende oppgaver:

- Beskrive, vurdere og beslutte behov for spesialisthelsetjenester i regionen
- Fordele funksjoner og oppgaver mellom helseforetakene i regionen
- Ansvar for utforming av overordnet strategi i regionen, herunder utforming av årlige mål knyttet til pasienttilbudet som premisser for arbeidet med budsjett og økonomisk langtidsplan
- Samordning og prioritering av foretaksgruppens vedtatte strategi
- Styring og prioritering av investeringsprosjekter i regionen
- Fordeling av inntektsrammer, oppfølging av bestilling og aktivitet
- Initiere og være pådriver for utviklingen av tjenesten i tråd med nasjonale og regionale føringer med hensyn til blant annet kvaliteten på tjenestene, prioritering av pasienter og likeverdige tjenester og sikring av gode pasientforløp
- Utvikling og gjennomføring av overordnet regional IKT langtidsplan

---

<sup>2</sup> Jfr. Helseforetaksloven § 1.

De regionale helseforetakene oppgir at de totalt bruker 41 årsverk på denne type strategiske planleggingsoppgaver som de ivaretar for å forvalte sørge-for ansvaret. Dette utgjør 13 % av årsverkene på RHF-nivå. Hvert av de regionale helseforetakene har plassert 10-17 % av sin ressursbruk innenfor denne kategorien. Ressursmessig framstår dermed disse oppgavene blant de høyest prioriterte og/eller ressurskrevende for de regionale helseforetakene.

Vi har fått oppgitt at omkring 95 % av alle pasientforløp skjer innenfor en og samme region<sup>3</sup>, og at dette er mulig fordi hver region er sentrert rundt ett eller flere universitetssykehus, som har ansvaret for helsetjenester som krever større grad av spesialisering. Samtidig legges det opp til at så stor andel av forløpet som mulig skal kunne skje ved pasientens lokale sykehus.

De regionale helseforetakene peker selv på at pasientflyten mellom sykehus fungerer mer sømløst med dagens modell enn under den fylkeskommunale organiseringen. Dette skyldes blant annet at det etter helsereformen har vært lagt ned ressurser, så vel på regionalt nivå som på helseforetaksnivå, for å harmonisere pasientforløpene med hensyn til felles arbeidsmetodikk og utveksling av pasientdata.

Med tanke på den styringsmessige gevinsten som ligger i dagens organisering av helseforetakene, blir hovedspørsmålet hvorvidt de regionale helseforetakene slik de fremstår i dag har et formålstjenlig kontrollspenn med tanke på strategisk utvikling av helsetjenestene, fordeling av inntekts- og investeringsrammer, og fordeling av oppgaver mellom helseforetakene.

Vårt syn er at den aktiviteten som har funnet sted for å omfordele ansvar for funksjoner og oppgaver mellom helseforetakene etter at de ble overdratt fra fylkeskommunene, synliggjør at det formodentlig var rom for bedre koordinering og arbeidsdeling på tvers av fylkeskommunale grenser, og at det har vært mulig å skape en forbedring ved å flytte ansvaret til et nivå som omfatter et større geografisk område.

### **3.1.2. Kjøp av helsetjenester fra private tjenesteytere**

De regionale helseforetakene kan oppfylle sørge-for-ansvaret gjennom kjøp av spesialisthelsetjenester fra private tjenesteytere. Samtlige regionale helseforetak kjøper slike tjenester i dag.

I dette prosjektet har vi kartlagt ressursbruken i forbindelse med interne aktiviteter som de regionale helseforetakene gjennomfører for å anskaffe og følge opp leveranser av helsetjenester fra private leverandører. Midler som overføres til private leverandører som betaling for helsetjenester er således ikke medregnet.

Aktiviteter som er kartlagt i forbindelse med kjøp av helsetjenester fra private tjenesteytere inkluderer:

- Vurdere behov for kjøp av tjenester fra private tjenesteytere med utgangspunkt i sørge-for-ansvaret
- Utarbeidelse av statistikk og analyser, avklaring av budsjetttrammer for kjøp av helsetjenester
- Forberedelse og gjennomføring av anbudskonkurranser
- Forvaltning av avtalespesialister og avtaleportefølje for private tjenesteytere
- Styring og administrasjon av avtalepraksis
- Utforming av årlig helsefaglig bestilling til private ideelle institusjoner med avtale
- Oppfølging av avtaler med private leverandører

De regionale helseforetakene oppgir at de bruker til sammen 18 årsverk til aktivitetene som er knyttet til kjøp av helsetjenester fra private leverandører. Dette utgjør om lag 6 % av de

---

<sup>3</sup> Oppgitt i intervju med Helse Vest

tilgjengelige personalressursene i de regionale helseforetakene, men det er betydelige forskjeller mellom RHFene på dette punktet. Helse Sør-Øst og Helse Vest bruker henholdsvis 8 % og 6 % av sine ressurser innenfor dette området, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord ligger lavere. Dette gjenspeiler et større innslag av private leverandører i de to største regionene.

### **3.1.3. Organisering av pasientreiser mv.**

De regionale helseforetakene fikk overført finansieringsansvaret for pasientreiser i 2004. Tidligere hadde dette ansvaret ligget hos NAV. I forbindelse med overføringen av ansvaret ble det gjennomført prosjekter i de regionale helseforetakene for å definere hvordan ansvaret skulle ivaretas. Dagens driftssituasjon innebærer at det praktiske arbeidet med pasientreiser dels er lagt til pasientreisekontorer som er lokalisert ved de enkelte helseforetakene, og dels er lagt til Pasientreiser ANS, som er opprettet og finansiert av de regionale helseforetakene i fellesskap. Det brukes årlig rundt 2,3 milliarder kroner<sup>4</sup> på pasientreiseområdet.

I dette prosjektet har vi kartlagt ressursbruken internt i de regionale helseforetakene for forvaltning av ordningen. Denne oppgis å bestå i deltagelse i regionale pasientreisefora, strategisk utvalg for pasientreiser og representasjon i styret for Pasientreiser ANS. De regionale helseforetakene oppgir at til sammen 4 årsverk benyttes til disse formålene.

### **3.1.4. Samarbeid / samordning med lokale myndigheter, herunder tilrettelegging for samhandlingsreformen**

I 2008 ble det stilt krav til de regionale helseforetakene og fylkesmennene om å medvirke til at alle kommuner og helseforetak inngår avtale om samhandling innenfor helse- og omsorgsområdet i løpet av 2009<sup>5</sup>. I følge helse- og omsorgstjenesteloven er det regionale helseforetaket pliktig til å inngå samarbeidsavtale med kommunestyret, med mindre ansvaret er delegert til helseforetakene i regionen<sup>6</sup>.

De regionale helseforetakene har valgt noe ulike tilnærminger til samhandlingsreformen, hvilket gjenspeiler seg i ulike andeler av intern ressursbruk til samordning og samarbeid med regionale myndigheter. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har gått lengst med tanke på å etablere et eget ansvar for dette innenfor rammen av det regionale helseforetaket, med opprettelsen av en egen direktørstilling for samhandling. Helse Midt-Norge rapporterer 5 % av sin ressursbruk innenfor dette punktet. Helse Sør-Øst rapporterer tilsvarende. Helse Vest og Nord har lagt et større ansvar ut til helseforetakene, slik at den interne ressursbruken i RHFet blir noe lavere. Til sammen bruker de regionale helseforetakene 12 årsverk til samarbeid og samordning med lokale myndigheter.

Aktiviteter innenfor dette punktet inkluderer:

- Tilrettelegging for implementering, herunder å framskaffe statistikk/grunnlagsdata og å bidra i arbeidet med å utarbeide avtaler og gode løsninger for implementering og videreutvikling av samarbeidet med kommunene
- Samarbeid med kommunesektorens organisasjon, KS, i regionen om implementering
- Samarbeidsmøter med helsetilsynene i regionen
- Samarbeid med øvrige aktører, eksempelvis Husbanken, kriminalomsorgen og Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat)
- Oppfølging av oppgaver i oppdragsdokument knyttet til forskning og innovasjon

---

<sup>4</sup> Jfr Pasientreiser ANS årsrapport for 2010

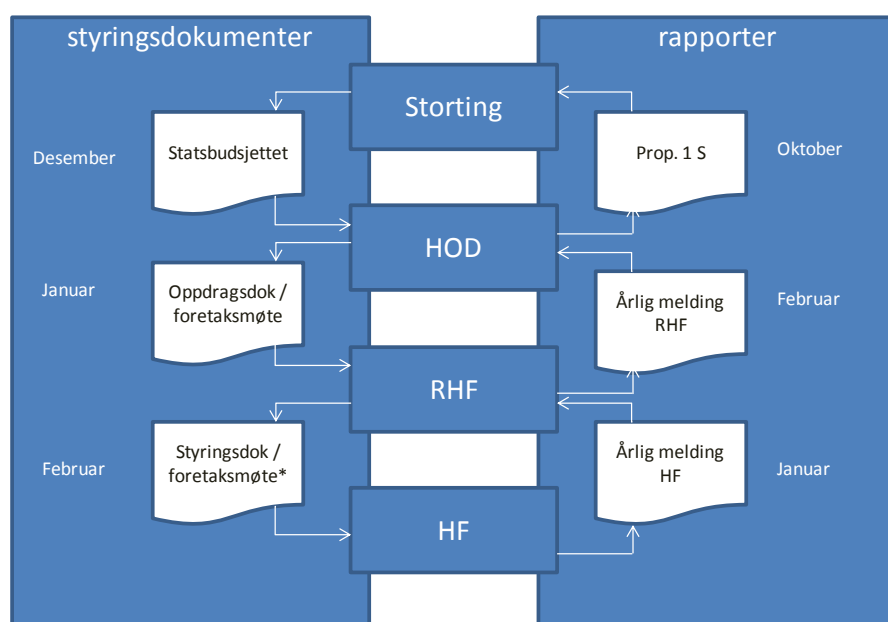
<sup>5</sup> Jfr. Prop. 91 L (2010-2011) Forslag til lovvedtak. Lov om kommunale helse- og omsorgstjeneste m.m.

<sup>6</sup> Jfr. Helse og omsorgstjenesteloven § 6.1

### 3.2. De regionale helseforetakenes oppgaver knyttet til eieransvaret

Helseforetaksloven, og vedtektene for regionale helseforetak og helseforetak, gir grunnlag for styring gjennom vilkårene for bevilgningen<sup>7</sup>. Dette gjelder både departementets styring av de regionale helseforetakene, og de regionale helseforetakenes styring av helseforetakene. De regionale helseforetakenes styring inngår dermed som del av styringsløyfen mellom departementet og helseforetakene. Departementet styrer de regionale helseforetakene gjennom lov, vedtekter, foretaksmøte og oppdragsdokument. Gjennomgangen nedenfor er i hovedsak basert på tilgjengelige styringsdokumenter, supplert med informasjon fra intervjuer.

Nedenfor illustreres styringsløyfen med styringsdokumenter mellom de ulike styringsnivåene; fra Storting, via departement og regionalt nivå til lokalt nivå.



Figur 1: Styringsløyfen - Styrings- og rapporteringssystemet. Kilde: Helse Midt-Norge

Eieransvaret er ivaretatt av eieravdelingene i de regionale helseforetakene, og økonomiavdelingene som ivaretar konsernøkonomifunksjoner som kan defineres inn i eieroppfølgingen. Flere av informantene mener det har vært utfordrende å fordele aktiviteter/oppgaver etter inndelingen som er definert i dette oppdraget. Eksempelvis er både rapportering og oppfølging en del av både eieransvaret og sørge-for-ansvaret. Informantene er imidlertid tydelige på at det går et viktig skille mellom rollen som eier og sørge-for-ansvaret. Vi har forsøkt å plassere aktivitetene mest mulig hensiktsmessig og kommenterer fortløpende der hvor informantene oppfatter at aktivitetene ikke utelukkende kan knyttes til eieransvaret.

Hovedmålet for eieroppfølging kan sies å være å bidra til at oppgaveløsningen og den samlede strategiske utviklingen skjer i tråd med eiers mål, og at denne dialogen skjer på en profesjonell, ryddig og forutsigbar måte og rammebetingelser. Oppgavene består i hovedsak av:

- Strategiske planleggingsoppgaver, herunder å sette mål og fordele driftsbudsjetter til de underliggende helseforetakene.
- Styring og kontroll av helseforetakene, herunder oppfølging av økonomiske, driftsmessige og kvalitetsmessige mål- og nøkkeltall.

<sup>7</sup> Jfr. NOU 2003:34 Mellom stat og marked, pkt 6.7.3

### **3.2.1. Strategiske planleggingsoppgaver, herunder å sette mål og fordele driftsbudsjetter til de underliggende helseforetakene**

Det oppgis at de mest sentrale aktivitetene knyttet til eieransvaret dreier seg om å utvikle og realisere strategier for hensiktsmessig ressursfordeling, organisering, strukturering og oppgavefordeling i foretaksgruppen. Ansvarer er i hovedsak plassert i eieravdelingene, men med omfattende bidrag fra helsefagavdelingene og økonomiavdelingene.

De regionale helseforetakene utarbeider overordnede strategier for helseregionen, ofte med ti-års perspektiv. Arbeidet består blant annet i å analysere utviklingstrender innen demografi, medisin, infrastruktur mv. som vil kunne få betydning for helseforetakene. Gjennom bred involvering fra brukere, tillitsvalgte, helseforetakene og fagmiljøer utarbeides beskrivelser av utfordringer og muligheter. Planene klargjør den samlede foretaksgruppens mål, visjoner og verdier som virksomhetene bygger på. I strategiene omtales også forslag til hvordan utfordringene kan møtes i strategisk og praktisk handling. De langsiktige strategidokumentene skal også danne grunnlag for beslutninger om investeringer, struktur mv.

Samtlige regionale helseforetak har utarbeidet langsiktige strategiplaner for foretaksgruppene.

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok den langsiktige og strategiske planen "Strategi 2020" i 2010. Helse Vest RHF ferdigstilte overordnet mål- og strategiplan "HELSE 2020" i 2007<sup>8</sup>. Planen skal i følge det regionale helseforetaket legge grunnlaget for prioriterte tiltak de første fire årene, og være styrende for en årlig oppdatering av tiltak og prosjektportefølje. Det regionale helseforetaket startet revisjon av planen høsten 2010.

Med bakgrunn i det oppdraget som ble gitt av departementet i forbindelse med etableringen av Helse Sør-Øst RHF i 2007, ble det utarbeidet og iverksatt et omfattende omstillingsprogram i helseforetaksgruppen med basis i "Plan for strategisk utvikling 2009-2020".

Helse Nord RHF viser til vedtatt strategi fra 2002. Det opplyses at en revidert utgave av strategien vil foreligge høsten 2012.

I tillegg til overordnet strategiplan, utarbeides det handlingsplaner som rulleres hvert fjerde år. Disse legger føringer for de årlige budsjett- og styringsdokumentene.

Samtlige av de regionale helseforetakene vektlegger sin rolle i plan- og strategiarbeidet for helseregionene.

Arbeidsoppgaver som kategoriseres inn under strategiske planleggingsoppgaver, herunder å sette mål og fordele fordeling av driftsbudsjetter til de underliggende helseforetakene inkluderer:

- Utvikle inntektsfordelingsmodell, samt fordele inntektsramme og resultatkrav til helseforetakene
- Utarbeide langtidsbudsjett med økonomiske forutsetninger og resultatkrav
- Utarbeide bestillerdokument til helseforetakene
- Støtte til utarbeidelse av foretaksstrategi
- Strategisk rådgivning til administrerende direktører, oppfølging av styrenes arbeid og den formelle eierstyringen i foretaksgruppen
- Tilrettelegging av strategiske prosesser innenfor forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av fast eiendom
- Premissgiver og regional koordinator innenfor HR-området
- Utarbeide felles planer og retningslinjer innenfor IKT, innkjøp og logistikk

---

<sup>8</sup> Jfr. Årlig melding 2010 for Helse Vest RHF til Helse- og omsorgsdepartementet, s. 5

De regionale helseforetakene rapporterer at de samlet bruker 26 årsverk på dette området. Dette utgjør 9 % av personalressursene. Det er her mindre forskjeller mellom RHFene, som alle oppgir å ligge innenfor intervallet fra 7 % til 10 % ressursbruk på disse oppgavene.

### **3.2.2. Styling og kontroll av helseforetakene, inkludert oppfølging av økonomiske, driftsmessige og kvalitetsmessige mål- og nøkkeltall**

De regionale helseforetakene oppfatter at en viktig del av eierrollen består i å operasjonalisere mål og resultatkrav som blir stilt fra departementet gjennom oppdragsdokumentet og foretaksmøtet. Ansvaret er i hovedsak plassert i eieravdelingene, men med bidrag fra økonomiavdelingene når det gjelder budsjettprosess og inntektsfordeling, og bidrag fra fagavdelingene når det gjelder helsefaglige analyser, vurderinger, kvalitets- og aktivitetsforutsetninger.

Oppdragsdokumentene fra departementet er komplekse og omfatter forventninger til både omfang og kvalitet på tjenestene i hele foretaksgruppen. En gjennomgående tendens for oppdragsdokumentene er at det i liten grad skilles mellom foretaksgruppen og de regionale helseforetakene som eget organisasjonsledd. Oppdraget gis til de regionale helseforetakene, og det er disse som har ansvaret for at oppdraget løses, enten gjennom de underliggende helseforetakene eller gjennom aktiviteter internt i RHFene. Oppdragets innhold kan både gå på forhold knyttet til det regionale helseforetaket som virksomhet, og hvordan de forvalter sin styling av underliggende helseforetak. Videre er oppdragsdokumentene fra departementet til de regionale helseforetakene gjennomgående så godt som identiske i omfang og ordlyd når det gjelder mål og resultatkrav mellom regionene, selv om tallstørrelsene naturligvis er ulike.

Når vi sammenligner protokollene fra foretaksmøtene i de ulike regionale helseforetakene, der krav og rammer for budsjettåret gis, viser dette også svært likt innhold. Eksempelvis er omtalen av eiers overordnede styringsbudskap, resultatkrav og organisatoriske krav i foretaksprotokollene fra første foretaksmøte i 2011 identiske overfor alle de regionale helseforetakene. Når det gjelder omtalen under styling og oppfølging i 2011 er denne identisk mellom alle regionene bortsett fra i Helse Sør-Øst RHF der foretaksmøtet drøfter hovedstadsprosessen særskilt.

De regionale helseforetakene opplever ikke, så langt vi har kartlagt, dette som problematisk i forhold til å foreta prioriteringer. De oppfatter at oppdragsdokumentet og foretaksmøtene er på tilstrekkelig detaljert nivå, og at departementet i hovedsak stiller relevante resultatkrav. De regionale helseforetakene er samstemte i at kravene fra departementet har blitt stadig tydeligere og mer spesifikke og dermed enklere å rapportere på.

I følge de regionale helseforetakene brukes relativt mye tid på å operasjonalisere oppdragsbrevet fra departementet, sortere aktivitetene til henholdsvis RHF-nivå og HF-nivå og utarbeide hensiktsmessige styringsindikatorer. Det gjøres også vurderinger av hvilke deler av oppdrags- og bestillingsdokumentet som skal gjøres gjeldende for de private sykehusene. Det innarbeides krav som ikke nødvendigvis er omtalt i departementets oppdragsbrev eller som fremkommer fra foretaksmøtet, men som følger av vedtatte styresaker. Som vi har vært inne på, meddeler de regionale helseforetakene at fokuset har dreiet seg mer mot strategi og langsiktig styling av helseforetakene, men at det fortsatt brukes mye tid og ressurser på relativt detaljert eierstyling.

Ved gjennomgang av et utvalg styringsdokumenter fra de regionale helseforetakene til helseforetakene, ser vi at disse operasjonaliserer departementets krav og føringer til tiltak for oppfølging og langsiktige mål. Som forventet, observerer vi i større grad forskjeller mellom helseforetakene, enn mellom RHFene, når det gjelder omtalen av mål og resultatkrav i oppdragsbrevene. Dette er i tråd med hva de regionale helseforetakene opplyser; at de arbeider mot en stadig mer tilpasning av styringsdokumentene til de enkelte helseforetakene.

I Ot.prp. nr 66 Om lov om helseforetak forutsettes det at de regionale helseforetakene, gjennom sin eierstyring, stiller krav til innbyrdes samarbeid mellom enkeltforetakene og primærhelsetjenesten<sup>9</sup>. De regionale helseforetakene har dermed i kraft av både sitt sørge-for-ansvar, og sitt eieransvar, en viktig koordinerende rolle, så vel overfor kommunene som internt i foretaksgruppen.

Flere av informantene påpekte at utviklingen av inntektsmodeller, for fordeling mellom regionene og for fordeling internt i regionene, har skapt en mer forutsigbar budsjettstyring. Målet med utvikling av en kriteriebasert inntektsmodell har vært å fordele inntekter til regionene/helseforetakene slik at de kan levere helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og forskjellige kostnadmessige forutsetninger. Arbeidet med å utvikle og innføre en inntektsmodell er således en viktig del av både eierrollen og sørge-for-ansvaret.

I henhold til Lov om helseforetak skal styret for det regionale helseforetaket hvert år sende melding til departementet om foretaket og foretakets virksomhet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier<sup>10</sup>. Meldingen skal vise hvordan krav er fulgt opp, og gi departementet grunnlag for styring og kontroll med de regionale helseforetakene. Departementet har utarbeidet en mal for rapportering på styringskrav og styringsparametre som de regionale helseforetakene skal følge. Riksrevisjonen har over flere år hatt merknader til kvaliteten i rapporteringen til departementet. Bemerkningene går ut på at kvaliteten på rapporteringen fra de regionale helseforetakene er ufullstendig, noe som gjør det vanskelig å vurdere tilstanden og måloppnåelsen. Riksrevisjonen har blant annet påpekt behov for å bedre kvaliteten på virksomhetsdataene som danner grunnlag for rapporteringen, og gjøre rapporteringen i årlig melding bedre og mer sammenlignbar på tvers av regionene<sup>11</sup>. I intervjuene understreker de regionale helseforetakene at kvaliteten på rapporteringen har blitt styrket, som et resultat av at styringsparametrene er mer målbare, og at de har forbedret sine styringsverktøy. Etter gjennomgangen av et utvalg av rapporteringsdokumenter fra helseforetakene synes det å være god sammenheng mellom deres årlige meldinger og kravene stilt i styringsdokumentene fra det regionale helseforetaket.

De regionale helseforetakene er samstemte i at oppfølging av helseforetakenes rapportering utgjør en vesentlig del av oppgavene. Vi observerer at hvert enkelt regionale helseforetak har utviklet egne ulike rapporteringssystemer.

Oppgaveporteføljen for styring og kontroll av helseforetakene, inkludert oppfølging av økonomiske og driftsmessige og kvalitetsmessige mål- og nøkkeltall inkluderer:

- Løpende økonomi- og regnskapsrapportering og oppfølging av helseforetakene
- Utarbeidelse av retningslinjer, rutiner og felles standarder for riktig og god regnskapsføring og rapportering i foretaksgruppen
- Rapportere iht. helsefaglige rapporteringskrav
- Oppsummere og følge opp avviksrapportering, og deltagelse i prosjektarbeid
- Utarbeidelse av oppdrags- og bestillerdokument
- Systemansvar for virksomhetssyring i regionen, herunder intern kontroll og risikovurdering
- Tilrettelegge og følge opp styremøter
- Likviditetsstyring
- Analyse og periodisk konsolidering og rapportering til ledelse og styret
- Ad hoc rapportering og analyse
- Koordinere felles aktiviteter og prosesser

<sup>9</sup> Jfr. Ot. Prp. nr. 66 Om lov om helseforetak m.m., pkt. Styring av helseforetak

<sup>10</sup> Jfr. helseforetaksloven § 34 og vedtektene § 15

<sup>11</sup> Jfr. Riksrevisjonens Dokument 3:2 (20101-2012), Riksrevisjonens Dokument 3:2 (2009-2010)



- Intern kontroll, risikostyring og HMS
- Styring og oppfølging av personalressurser

Innrapportert ressursbruk fra de regionale helseforetakene er totalt på 55 årsverk, tilsvarende 18 % av tilgjengelige personalressurser. Styring og kontroll av helseforetakene er med dette den høyest prioriterte og mest ressurskrevende oppgaven for RHFene. Spesielt Helse Sør-Øst og Helse Midt rapporterer at dette er en ressurskrevende oppgave, mens Helse Nord rapporterer lavere ressursbruk på dette punktet. Dette siste har sammenheng med at denne regionen har tolket aktiviteter knyttet til blant annet rapportering under etterlevelse av myndighetskrav.

### **3.2.3. Utvikling i oppgaveporteføljen for eierstyring**

I følge flere av informantene har det ikke blitt flere oppgaver innen styre- og eieroppfølging, med unntak av økte rapporteringskrav til statlige myndigheter. Oppgavenes karakter har imidlertid endret seg. I dag har de regionale helseforetakene et stadig større fokus på hvordan fremtidige utfordringer bør løses. Enkelte av informantene mener at foretaksmodellen har vært gjennom etableringsfasen, og er nå over i utviklingsfasen. Flere understreker at de bruker betydelig mer ressurser på utviklings- og analyseoppgaver nå enn i 2002.

Samtidig har det generelt blitt stilt økte krav til styring og oppfølging innenfor det medisinske området. Dette har medført flere oppgaver inn mot denne typen oppgaver og funksjoner. Det er også blitt stillet stadig større krav til risikostyring og intern kontroll

Videre er det opplyst at økonomiske underskudd frem til 2006 krevde tett oppfølging av helseforetakene. Gjennom å bemanne opp økonomiavdelingen har RHFene opparbeidet analysekompetanse som nå bidrar til stadig mer langsiktig og strategisk styring. I løpet av perioden fra 2006 til i dag har også de økonomiske resultatene i samtlige regioner blitt bedre i den forstand at budsjettbalanse er oppnådd.

### **3.3. Oppgaver knyttet til å være bindeledd mellom sentralt og lokalt nivå**

De regionale helseforetakene har ansvar for å fungere som et bindeledd mellom det lokale nivået representert ved helseforetakene og det nasjonale nivået representert ved departementet.

#### **3.3.1. Deltagelse i nasjonale prosjekter knyttet til utvikling, anskaffelser og drift**

De regionale helseforetakene deltar i nasjonale prosjekter knyttet til utvikling, anskaffelser og drift. Disse oppgavene er i stor grad ivaretatt både gjennom regionale og nasjonale prosjekter og selskaper, blant annet Pasientsikkerhetskampanjen, Pasientreiser ANS og Luftambulansetjenesten ANS. Helse Nord SKDE og Helse Midt-Norge IKT (HEMIT) har også ansvaret for enkelte nasjonale funksjoner.

Følgende pågående nasjonale prosjekter er nevnt i kartleggingen:

- Prosjekter for utvikling og etablering av nasjonale standarder innenfor regnskap og styringsinformasjon
- Prosjekt intern effektivitet i sykehusene
- Nasjonalt nettverk for innkjøp, etisk handel, HINAS, og nasjonale prosjekter, herunder rapporteringsløsninger og KPI-utvikling
- Nasjonal IKT, interregionalt samarbeid eiendom, miljø- og klimaprojektet

RHFene oppgir at de bruker 22 årsverk, tilsvarende 7 % av tilgjengelige ressurser, til deltagelse i denne typen nasjonale prosjekter. Samtlige regionale helseforetak rapporterer 6 til 11 % av sin ressursbruk innenfor nasjonale prosjekter.

### **3.3.2. Etterlevelse av myndighetskrav med hensyn til dokumentasjon, helseregistre, intern kontroll mv.**

Helseforetak og regionale helseforetak er stilt overfor flere krav fra nasjonale myndigheter med hensyn til dokumentasjon, helseregistre, intern kontroll med videre. RHFene har derfor etablert følgende aktiviteter med tanke på å sikre etterlevelse av kravene, så vel i RHFene som i de underliggende helseforetakene:

- Utvikle og sette krav til intern kontroll og risikostyring
- Gjennomgang av virksomheten med risikovurdering og oppfølging av sårbare områder
- Tilrettelegge for infrastruktur for kvalitetsregistre, både nasjonale og lokale, som grunnlag for forskning og kvalitetsforbedring
- Etablering av internrevisjonen som overvåker og bidrar til forbedring i foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og intern kontroll
- Utarbeide rapporter til statlige organer og andre offentlige etater

De regionale helseforetakene oppgir at 33 årsverk, tilsvarende 11 % av tilgjengelige ressurser, brukes til å sikre etterlevelse av myndighetskrav. Helse Nord utmerker seg med å ha rapportert høyere ressursbruk til å sikre etterlevelse av myndighetskrav, men dette må ses i sammenheng med at de øvrige regionene har tolket etterlevelse av rapporteringskrav som en del av eierstyringen, mens Helse Nord har rapportert ressursbruken på dette punktet.

### **3.3.3. Faktainnhenting som understøtter departementets rolle som sekretariat for den politiske ledelsen**

Grovt sett kan RHFenes rolle som faktaleverandør for Helse- og omsorgsdepartementet deles inn i to.

1. Rutinemessige innrapporteringer av økonomiske resultater og tilsvarende periodisk rapportering av nøkkeltall knyttet til forskjellige aspekter av pasientbehandlingen. Slik rutinemessig rapportering dekkes også delvis av aktiviteter som er etablert for styring og kontroll av helseforetakene og etterlevelse av myndighetskrav.
2. Ad-hoc faktainnhenting initiert av departementet etter forespørsler fra media, politikere, interesseorganisasjoner eller enkeltpersoner. Vi har fått oppgitt at dette i stor grad ivaretas gjennom utpekte hovedkontaktpunkter mellom departementet og de respektive regionale helseforetakene. Henvendelser skal i utgangspunktet gå til kontaktpersonen, som har ansvaret for å videreformidle spørsmål og innhente fakta internt i regionen. Det oppgis videre at omfanget har tiltatt siden etableringen av RHFene.

Aktiviteter for faktainnhenting som understøtter departementets rolle som sekretariat for den politiske ledelsen inkluderer:

- Framskaffe data, regnskapstall og budsjett, samt statistikk på ulike områder på forespørsel fra HOD
- Koordinere og sikre innspill til svar på spørsmål til HOD og Stortingets spørretime
- Utforme helsefaglige høringsuttalelser
- Utforme høringsuttalelser mht regelverksendringer

De regionale helseforetakene oppgir at til sammen 9 årsverk går med til faktainnhenting som understøtter departementets rolle som sekretariat for den politiske ledelsen. Dette utgjør 3 % av ressursinnsatsen i RHFene, og det synes dermed som disse oppgavene er blant de minst ressurskrevende i oppgaveporteføljen. Dette bør likevel ses i sammenheng med at mye av faktainnhenting for departementet har form av å være rutinepreget og dermed blir dekket gjennom systemer og aktiviteter som er etablert for å følge opp styring og kontroll av underliggende helseforetak og/eller etterlevelse av myndighetskrav.

Videre oppgir RHFene i intervjuer at mange av de mer ad hoc pregede henvendelsene fra departementet sendes videre til helseforetakene, slik at RHFenes rolle i stor grad består av å være et mellomledd som formidler spørsmål og svar mellom helseforetakene og departementet.

#### **3.3.4. Bufferrollen**

De regionale helseforetakene har også en rolle som "buffer", det vil si å forestå 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.

Roller blir i stor grad ivaretatt gjennom de strategiske planleggingsoppgaver og prosesser som ivaretas for å forvalte sørge-for ansvaret og/eller for å forvalte eierskapet til de underliggende helseforetakene. Enkelte oppgaver kan imidlertid knyttes til spesifikt til bufferrollen, herunder:

- Å være mediekontakt
- Utvikle en helhetlig forståelse for befolkningens behov for tjenester og helseforetakenes medansvar for et helhetlig tjenestetilbud til befolkningen i regionen innenfor de rammebetingelser som følger av lov, forskrift, statlige føringer og budsjettammer
- Føringer for felles regionale løsninger som sikrer bedre samhandling på tvers
- Samhandling kommunikasjon mellom de ulike nivåene; det vil si HF-RHF-HOD

De regionale helseforetakene oppgir at 6 årsverk brukes til aktiviteter som følger av bufferrollen slik den er beskrevet over. Helse Sør-Øst er den eneste regionen som oppgir høyere ressursbruk enn 2 årsverk i denne rollen, hvilket henger sammen med regionens størrelse. Målt som andel av totale ressurser har ligger samtlige regioner nær snittet på 1,9 % av ressursbruken til denne rollen.

#### **3.4. De regionale helseforetakenes oppgaver for å tilrettelegge for forskning, synergier og effektiviseringsgevinster for de underliggende helseforetakene**

De regionale helseforetakene er gitt ansvaret for tilrettelegging for utdanning og forskning, jfr. helseforetaksloven § 1, herunder:

- Forvalte og tildele øremerkede midler til forskning
- Koordinere forskning og innovasjon mellom helseforetakene
- Fremme innovasjon og implementering av ny forskningsbasert kunnskap
- Fordele stillingshjemler
- Strategisk tilnærming og koordinering av utdanningstilbudene i helseforetakene

De regionale helseforetakene har også i kraft av sin posisjon som konsernspiss en naturlig oppgave i å tilrettelegge for synergier og effektiviseringsgevinster for de underliggende helseforetakene, herunder organisering av fellestjenester innenfor ett eller flere av de følgende funksjoner:

- Logistikk
- HR-tjenester
- Lønn
- Innkjøp
- IKT-tjenester

Samtlige RHFer har opprettet egne enheter med ansvar for IKT, og flere har opprettet enheter med ansvar for andre fellestjenester som utføres for de underliggende helseforetakene. Helse Vest har skilt ut Helse Vest IKT som eget selskap, mens de øvrige har IKT-enheten organisert som avdeling innenfor RHFet. I denne rapporten er slike avdelinger holdt utenfor kartleggingen. Grunnen til dette er i hovedsak av enhetene i stor grad er opprettet ved at oppgaver og ansatte er overført fra helseforetakene til den aktuelle enheten, og at det videre er opprettet et system der helseforetakene kjøper tjenester fra enheten, slik at kostnadene knyttet til drift av

fellesfunksjonene ikke er finansiert direkte av de regionale helseforetakene annet enn der de selv er brukere av tjenestene som leveres.

#### **3.4.1. Koordinering av forskning og synergier mellom helseforetakene**

Områder hvor RHFene har tatt ansvaret for å tilrettelegge for utdanning og forskning inkluderer:

- Organisere og gjennomføre forskning og utdanning som sentrale oppgaver som samordnes mot universitets- og høyskolesektoren
- Utvikle regionale kompetansetjenester på områder hvor det er behov for en samordnet kompetanseutvikling
- Helsefaglige analyser og vurderinger
- Koordinere og følge opp fagråd og fagdirektørmøter
- Kvalitetssystemet
- Organisasjons- og lederutvikling
- Strategisk kompetansestyring
- Arbeidsgiverpolitikk, herunder tariffoppgjør og overenskomster
- Forskningsstrategiske oppgaver, herunder fordeling av forskningsmidler
- Standardisering, forbedringsprosesser og erfaringsutveksling på ulike områder innenfor økonomi, regnskap og innkjøp

RHFene oppgir samlet at 28 årsverk benyttes til koordinering av faglig utvikling og kompetanseutveksling mellom helseforetakene. Dette utgjør 9 % av ressursbruken i RHFene.

#### **3.4.2. Drift av administrative støtteprosesser for helseforetakene**

De regionale helseforetakene rapporterer følgende aktiviteter knyttet til drift av administrative støttefunksjoner for helseforetakene:

- Kompetanse- og rådgivningsfunksjon mot helseforetakene
- Oppfølging og videreutvikling av økonomisystemet
- Støttefunksjon innenfor økonomi, regnskap og innkjøp
- Strategisk IKT-forum, regional IKT-strategi, IKT-sikkerhet
- Juridiske tjenester
- Porteføljekontor og prosjektstøtte
- Videreutvikling av nettsider og publikasjoner
- Etablere beste praksis for lønnsområdet
- Utvikle og iverksette regional beredskapsplan
- Forvalte pensjonsdata

44 årsverk, tilsvarende 15 % av ressursene blir brukt til administrative støtteprosesser for helseforetakene.

## Vedlegg 1 - Fakta om de regionale helseforetakene

Helse-Norge er delt inn i fire regionale helseforetak (RHF). Videre er disse fire regionene delt opp i helseforetak. I tillegg til den geografiske inndelingen er også sykehusapotekene organisert som et HF innen hvert RHF.

### Helse Nord-Norge RHF

Helse Nord-Norge RHF har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og Svalbard som dekker et befolkningsgrunnlag på ca 466 000 innbyggere. Helseregionen hadde til sammen om lag 10 800 årsverk i 2010<sup>12</sup> og ca 12 700 årsverk i 2011.<sup>13</sup> I Helse Nord RHF's administrasjon, eks. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) var det 44 årsverk i 2011 mot 39 i 2010. Samlet for helse Nord RHF og Helse Nord IKT var det 246 årsverk (260 ansatte) i 2011 mot 228 årsverk (242 ansatte) i 2010.<sup>14</sup>

Helse Nord IKT og SKDE er også organisert sammen med administrasjonen Helse Nord RHF, men som egne enheter. Helse Nord IKT har ansvaret for drift og utvikling av IKT for de nordnorske helseforetakene. Dette innebærer forsvarlig drift av applikasjoner og IKT infrastruktur, samt utvikling av nye systemer og løsninger.

SKDE ble opprettet i 2003 i samarbeid med Universitetet i Tromsø og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Senteret skal bidra med dokumentasjon og evaluering av klinisk virksomhet. Hovedformålet er å bidra med styringsinformasjon til de kliniske fagmiljøene, ledelsesnivået med administrativ styringsinformasjon og internasjonalt med helsetjenesteforskning. Senteret er lokalisert til Universitetssykehuset i Nord-Norge.



Helse Nord-Norge RHF har organisert spesialisthelsetjenesten i følgende fem helseforetak:

- Helse Finnmark HF
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Nordlandssykehuset HF
- Helgelandssykehuset HF
- Sykehusapotek Nord HF

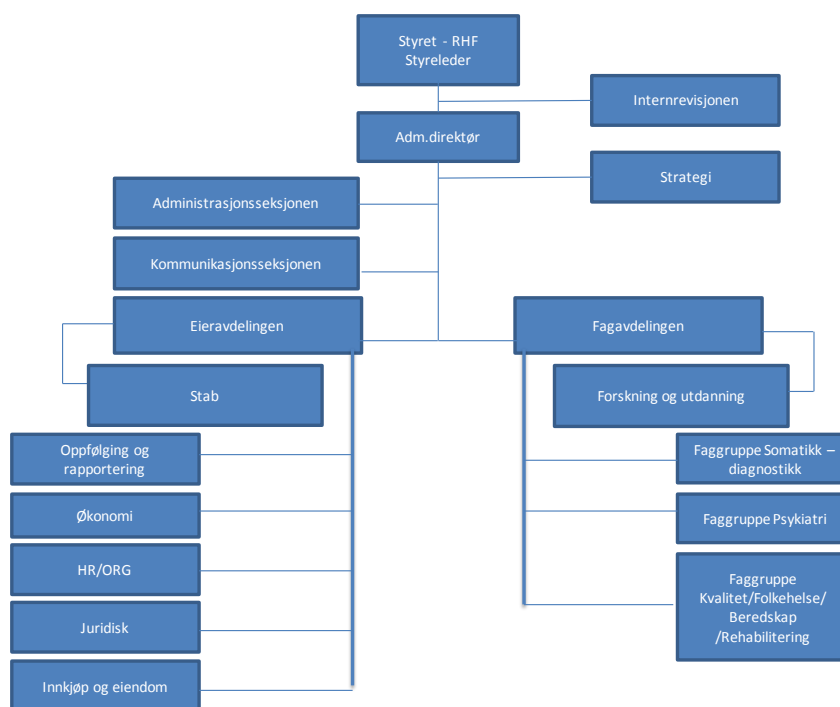
Figur 2 Helse Nord. Kilde: Helse Sørlandet sykehus

Helse Nord-Norge RHF har følgende avdelingsstruktur:

<sup>12</sup> Jfr. SSBs statistikk over helsetjenester 2010. Antallet omfatter antall avtalte årsverk eksklusive lange fravær.

<sup>13</sup> Jfr. Regnskap 2011 Helse Nord, pkt. 8

<sup>14</sup> Jfr. Regnskap 2011 Helse Nord RHF, note 6



### Helse Midt-Norge RHF



Figur 3 Helse Midt-Norge. Kilde: Sørlandet sykehus

Helse Midt-Norge RHF har ansvar for spesialisthelsetjenesten i de tre midt-norske fylkene som dekker et befolkningsgrunnlag på underkant av 700 000 innbyggere.<sup>15</sup>

I følge årlig melding for 2010 har Helse Midt-Norge i løpet av få år gått fra betydelig driftsmessig underskudd til budsjett og resultat i pluss.

Foretaksgruppen har følgende helseforetak:

- St. Olavs Hospital HF
- Helse Møre og Romsdal HF
- Helse Nord-Trøndelag HF
- Rusbehandling Midt-Norge HF
- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

Helseregionen har til sammen om lag 12 700 årsverk. Det regionale helseforetaket hadde 40 årsverk i 2010.<sup>16</sup>

Helseregionen dekker Helse Midt-Norge RHF eier Sykehusapotekene, Ambulanse Midt-Norge, Helsebygg og Hemit. Helse Midt-Norge RHF består av konsernets administrasjon som er plassert på Stjørdal, prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge og IKT-avdelingen Helse Midt-Norge IT.

Helsebygg Midt-Norge ble etablert for å ivareta den store utbyggingen av St. Olavs Hospital. Mesteparten av nytt sykehus ble tatt i bruk i 2010. Kunnskapsenteret er under bygging og vil bli

<sup>15</sup> Jfr. NOU 2010:13 Arbeid for helse, pkt. 4.4.1

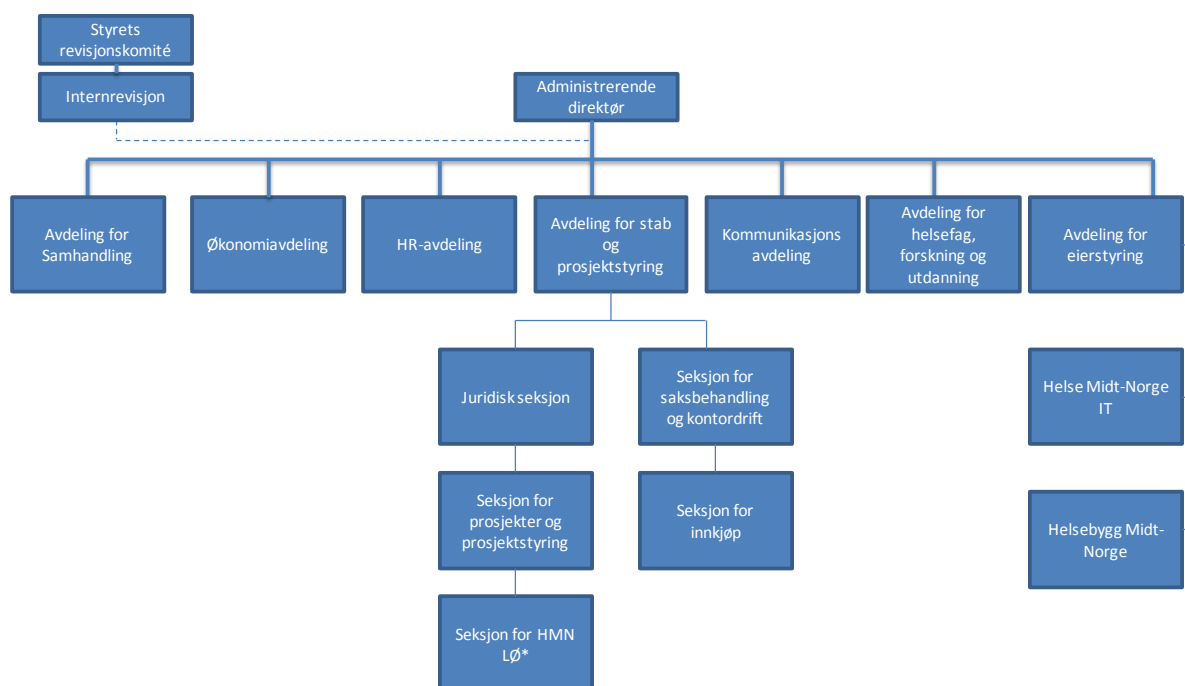
<sup>16</sup> Jfr. Årsrapport 2010 Helse Midt-Norge, note 4 Lønn og personalkostnader

tatt i bruk høsten 2013.<sup>17</sup> Helsebygg har også i perioden ivaretatt utbyggingsansvar for mindre prosjekt ved de andre HF. Ettersom prosjektet nå nærmest er slutført er Helsebygg Midt-Norge under nedtrapping/avvikling. Helsebygg har imidlertid opparbeidet seg solid kompetanse gjennom oppføringen av St. Olavs hospital. Det er derfor under vurdering om Helsebygg Midt-Norge skal videreføres i en annen form og om de evt. skal ivareta et ansvar for eiendomsforvaltning ved alle HF, fremtidige utbygginger regionalt og evt. nasjonalt. Gjennomsnittlig antall årsverk i Helsebygg Midt-Norge utgjorde 45 i 2010 mot 69 i 2009.

Helse Midt-Norge IT (Hemit) ble etablert i 2003, og er en samordning av IT-tjenester i regionen. Hemit er lokalisert i Trondheim. Det har i følge årsmelding fra 2010 vært stadig økende aktivitet og bemanning i Hemit.<sup>18</sup> Antall fast ansatte årsverk har økt fra ca 130 i 2003, ca 180 i 2008 til ca. 250 i 2012. I tillegg benytter Hemit seg av innleide konsulenter.<sup>19</sup> Hemit forklarer økningen med at helseforetakene kjøper stadig flere tjenester og applikasjoner. Prosjekter, utviklingsoppgaver og drift utgjør den største delen av oppgavene.

Helse Midt-Norge har fått en nasjonal oppgave med å utvikle og levere den teknologiske plattformen for de nasjonale kvalitetsregistrene og bidra til implementering av disse. Hemit har ansvar for dette arbeidet i tett samarbeid mellom RHF, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

Helse Midt-Norge RHF har følgende avdelingsstruktur:



Figur 4 Organisasjonskart Helse Midt-Norge RHF. Kilde: Helse Midt-Norge RHF

Vi observerer at avdeling for stab og prosjektstyring utgjør den største avdelingen i RHFet med til sammen 22 årsverk.<sup>20</sup> Avdelingen er inndelt fem seksjoner. Avdeling for helsefag, forskning og utdanning har per i dag 11 årsverk, økonomiavdelingen har 10 årsverk og avdeling for eierstyring har fem årsverk.

<sup>17</sup> Jfr. Årlig melding 2011 for Helse Midt-Norge RHF og styrets beretning 2011 – St. Olavs hospital HF

<sup>18</sup> Jfr. Årsregnskap og årsberetning 2010 Helse Midt-Norge

<sup>19</sup> Jfr. Årsrapport 2010 Helse Midt-Norge, note 4 og tilsendt informasjon fra Hemit.

<sup>20</sup> Jfr. tall <http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/Organisasjon/Organisasjonskart%20HMN.pdf>  
Oversikten viser ikke hvor mange årsverk dette utgjør.

## Helse Vest RHF



Figur 5 Helse Vest.  
Kilde: Sørlandet sykehus

Helse Vest RHF har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane, som tilsvarer et befolkningsgrunnlag på om lag 1 mill innbyggere. Helseregionen består av til sammen ca 26 000, hvorav det regionale helseforetaket har ca. 50 årsverk og er plassert i Stavanger.

Budsjettet for 2011 var på 20,5 milliarder kroner.

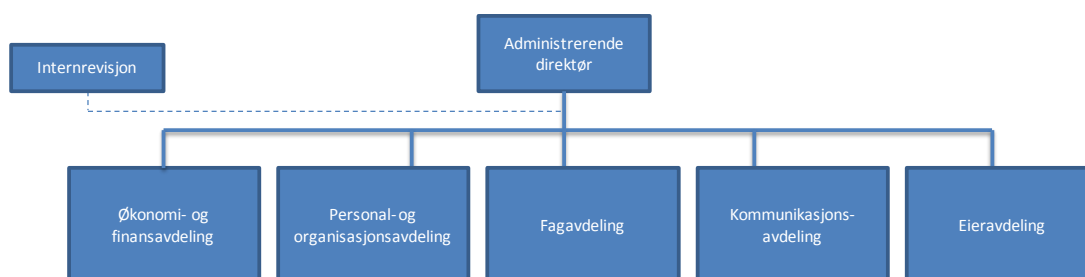
I følge årlig melding for 2010 gikk foretaksgruppen for første gang i økonomisk balanse i 2009.

Foretaksgruppen eier fem helseforetak:

- Helse Førde
- Helse Bergen
- Helse Fonna
- Helse Stavanger
- Sjukehusapoteka Vest

I tillegg eier Helse Vest RHF Helse Vest IKT AS som er organisert som et statlig aksjeselskap. Årsverkstallene for dette selskapet er derfor ikke inkludert for helseregionen i Vest. Helse Vest IKT AS hadde i 2010 om lag 220 årsverk.<sup>21</sup> Helse Vest IKT AS er totalleverandør av IKT-tjenester innen drift, produksjon, brukerstøtte m.m. til spesialisthelsetjenesten i Helse Vest. Helse Vest IKT AS ble etablert i november 2004 og er et aksjeselskap der Helse Vest RHF står som eier av alle aksjene. Helse Vest har med andre ord valgt en annen tilknytningsform enn de øvrige helseregionene på IKT som fellestjeneste. Selskapet Helse blir fellesregistrert i avgiftsmanntallet med Helse Vest RHF og helseforetakene. Helseforetakene skal derfor ikke betale moms for tjenester fra selskapet. Videre har selskapet ikke overskuddsresultat som mål og kommer derfor ikke i skatteposisjon.<sup>22</sup>

Helse Vest RHF har følgende avdelingsstruktur:



Figur 6 Organisasjonskart over Helse Vest RHF. Kilde: Basert på informasjon på Helse Vest RHF's nettside

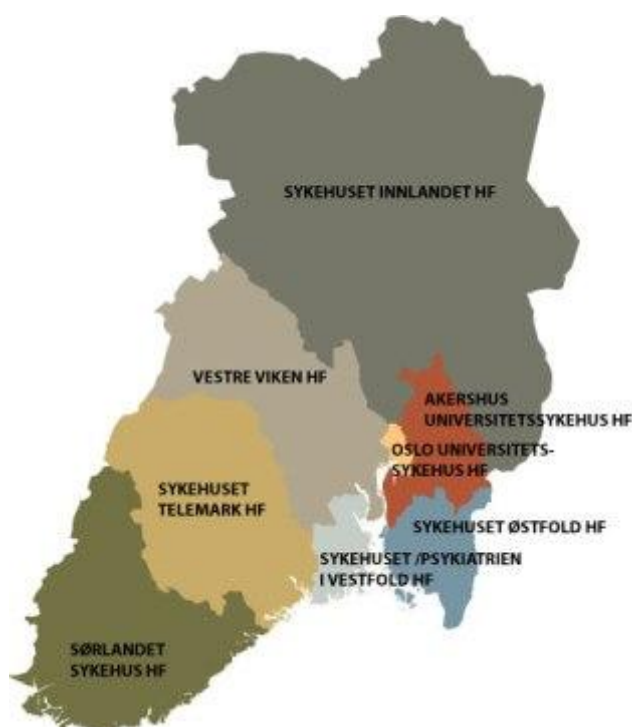
## Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst ble etablert 1. juni 2007 og har ansvar for spesialisthelsetjenesten i fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest- Agder. Til sammen utgjør disse fylkene 2,7 mill innbyggere, som vil si om lag 56 prosent av landets samlede befolkning. Helse Sør-Øst består av 10 helseforetak og har til sammen om lag 51 600 årsverk. Helse Sør-Øst RHF har til sammen 160 årsverk.

<sup>21</sup> Jfr. SSBs spesialisthelsetjenestestatistikk 2010.

<sup>22</sup> Jfr. <http://helse-vest-ikt.no/om-oss/Sider/enhet.aspx>





Figur 7 Helse Sør-Øst. Kilde: Sørlandet sykehus

Foretaksgruppen eier følgende helseforetak:

- Akershus universitetssykehus
- Oslo universitetssykehus
- Sunnaas sykehus
- Sykehuset i Vestfold
- Sykehuset Innlandet
- Sykehuset i Telemark
- Sykehuset i Østfold
- Sørlandet sykehus
- Vestre Viken
- Sykehusapotekene

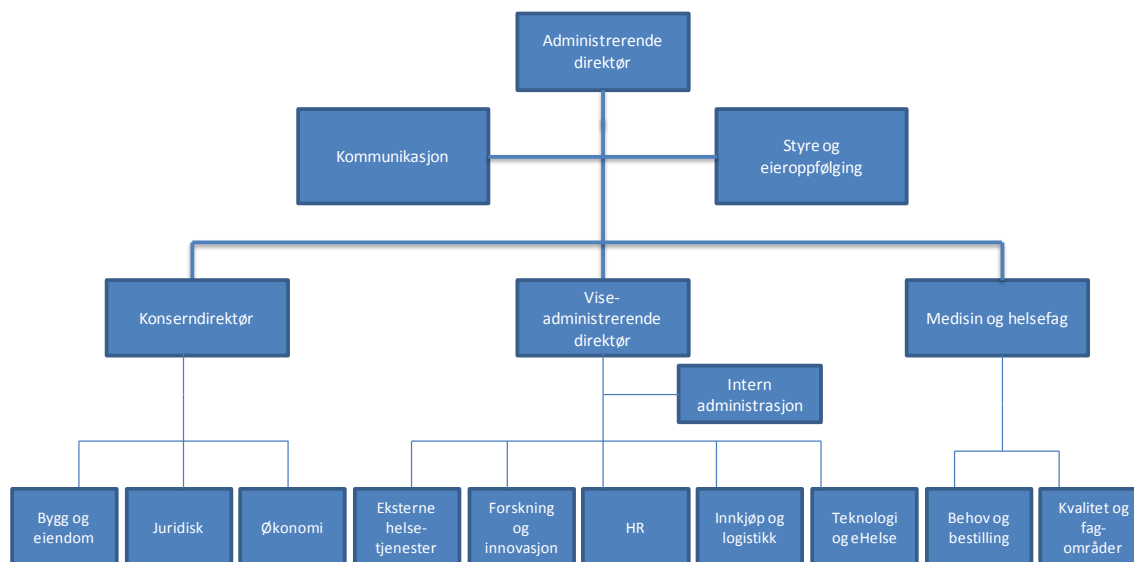
Helse Sør-Øst RHF har avtaler om forpliktende samarbeid med følgende fem private ideelle, ikke kommersielle sykehus:

- Betanien Hospital
- Diakonhjemmet Sykehus AS
- Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
- Martina Hansens Hospital AS
- Revmatismesykehuset AS

Diakonhjemmet Sykehus AS og Lovisenberg Diakonale Sykehus AS ivaretar opptaksområde og funksjoner innenfor Oslo

sykehusområde. Videre har Helse Sør-Øst RHF avtale med 1 024 avtalespesialister samt en stor avtaleportefølje innen tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB), psykisk helsevern, kirurgi, laboratorie- og røntgen og institusjoner innen habilitering og rehabilitering. Alle avtaler om kjøp av eksterne helsetjenester inngås av det regionale helseforetaket.

Helse Sør-Øst RHF har følgende avdelingsstruktur:



Figur 8 Organisasjonskart Helse Sør-Øst RHF. Kilde Helse Sør-Øst RHF

Ved gjennomgang av organiseringen av Helse Sør-Øst RHF observerer vi at de tre største avdelingene er økonomiavdelingen med 27 årsverk, medisin og helsefag har til sammen 25 årsverk og teknolog og eHelse har til sammen 18 årsverk.<sup>23</sup> Den minste avdelingen er styre og eieroppfølging med til sammen fire årsverk per 2012. I tillegg til avdelingene vist i organisasjonskartet har Helse Sør-Øst RHF konsernrevisjon med syv årsverk.

<sup>23</sup> Oversikten over antall ansatte tar ikke hensyn til fordelingen av henholdsvis hel- og deltidsansatte.

## Vedlegg 2 - Oppsummering av spørreundersøkelsen

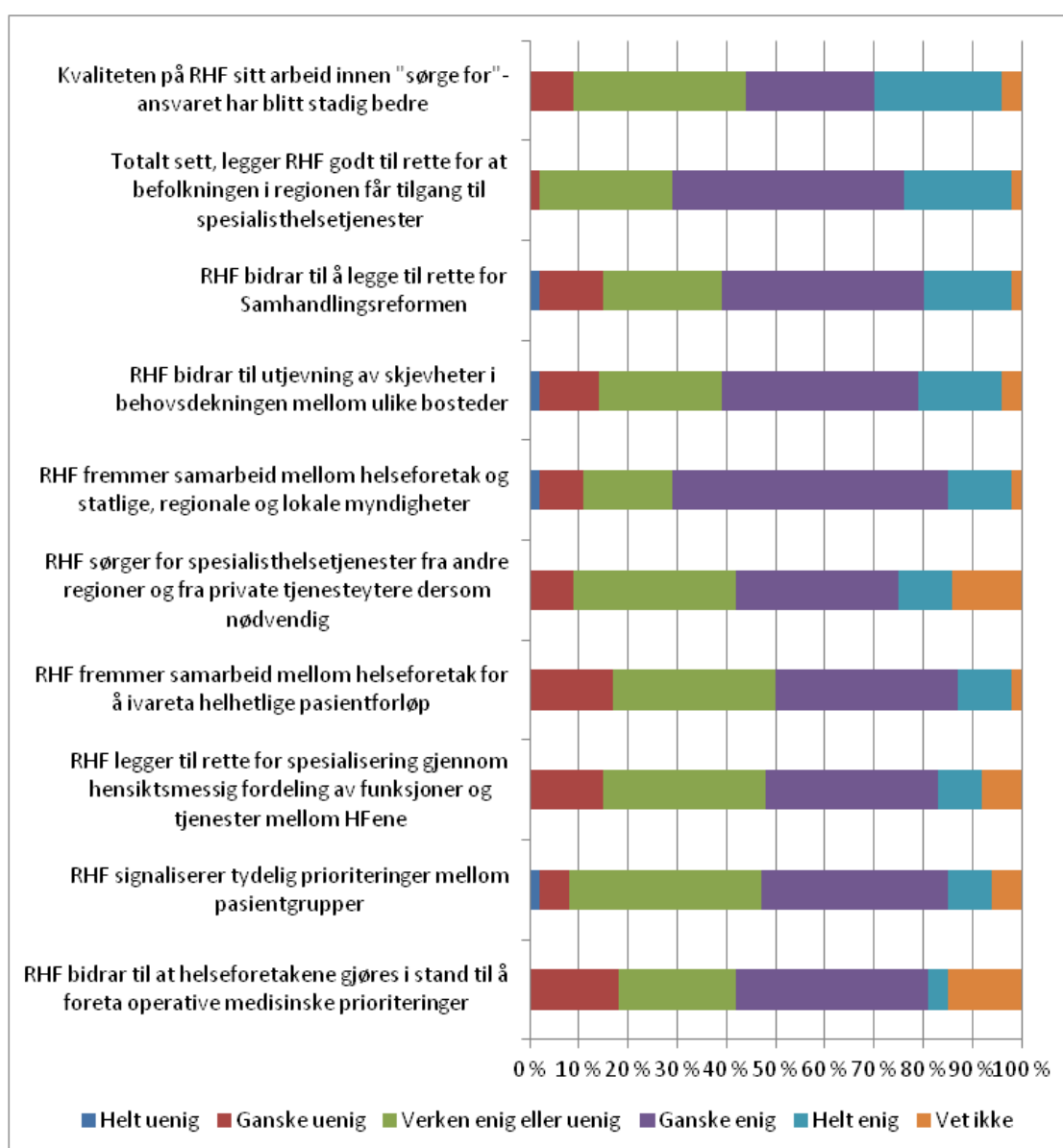
Spørreundersøkelsen er utarbeidet av Telemarksforskning og BDO i fellesskap. Analysene og oppsummeringen i vedleggene er foretatt av Telemarksforskning.

### Sørge-for-ansvaret

Resultatene av undersøkelsen er basert på et lavt antall respondenter, slik at resultatene må tolkes med forsiktighet.

#### Forvaltning av sørge-for-ansvaret

Figuren under viser hvordan respondentene i de underliggende helseforetakene mener at det regionale helseforetaket, som de tilhører, forvalter sine oppgaver knyttet til sørge-for-ansvaret. Denne problemstillingen må ikke forveksles med hvorvidt respondentene mener at de ulike oppgavene bør ligge hos et regionalt nivå. Derimot har respondentene blitt bedt om å si seg enig eller uenig i ulike påstander gitt at dette er ansvarsoppgaver som ligger til de regionale helseforetakene.



Figur: Hvorvidt respondentene er enig eller uenig i ulike påstander knyttet til det regionale helseforetaket sin forvaltning av oppgaver innenfor sørge-for-ansvaret. Kilde: Telemarksforskning

Det generelle inntrykket fra undersøkelsen er at det er en forsiktig enighet om at de regionale helseforetakene ivaretar sitt sørge-for-ansvar. Som figuren viser, kan man se at for samtlige av påstandene om hvordan de regionale helseforetakene forvalter ansvaret, er det en liten overvekt av besvarelsene på den positive siden. Det er imidlertid få respondenter som svarer at de er «helt enig» i påstandene som fremsettes, og det store flertallet er samlet om kategoriene «verken enig eller uenig» og «ganske enig». Til tross for at flertallet av respondentene er nøytrale eller heller mot å være enige i at deres regionale helseforetak ivaretar sine oppgaver, er det også en ikke ubetydelig andel av respondentene som er uenig i dette. Eksempelvis er 18 prosent uenig i at det regionale helseforetaket bidrar til at helseforetakene gjøres i stand til å foreta operative prioriteringer. Dette kan tyde på at oppgaven ikke blir tilstrekkelig ivare tatt av det regionale nivået<sup>24</sup>.

Spesielt er det en stor andel av respondentene som er enige i at de regionale helseforetakene fremmer samarbeid mellom helseforetak og statlige, regionale og lokale myndigheter (69 prosent av respondentene) og at de har bidratt til å legge til rette for Samhandlingsreformen (59 prosent av respondentene).

Vi kan imidlertid se at respondentene mener at det har skjedd forbedringer i forvaltningen av oppgavene. Over halvparten svarer at de er «ganske enig» eller «helt enig» i at kvaliteten på det regionale helseforetaket sitt arbeid innen sørge-for-ansvaret har blitt stadig bedre. Når respondentene skal vurdere om deres regionale helseforetak totalt sett legger godt til rette for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester, er nærmere 70 prosent «ganske enig» eller «helt enig» i dette.

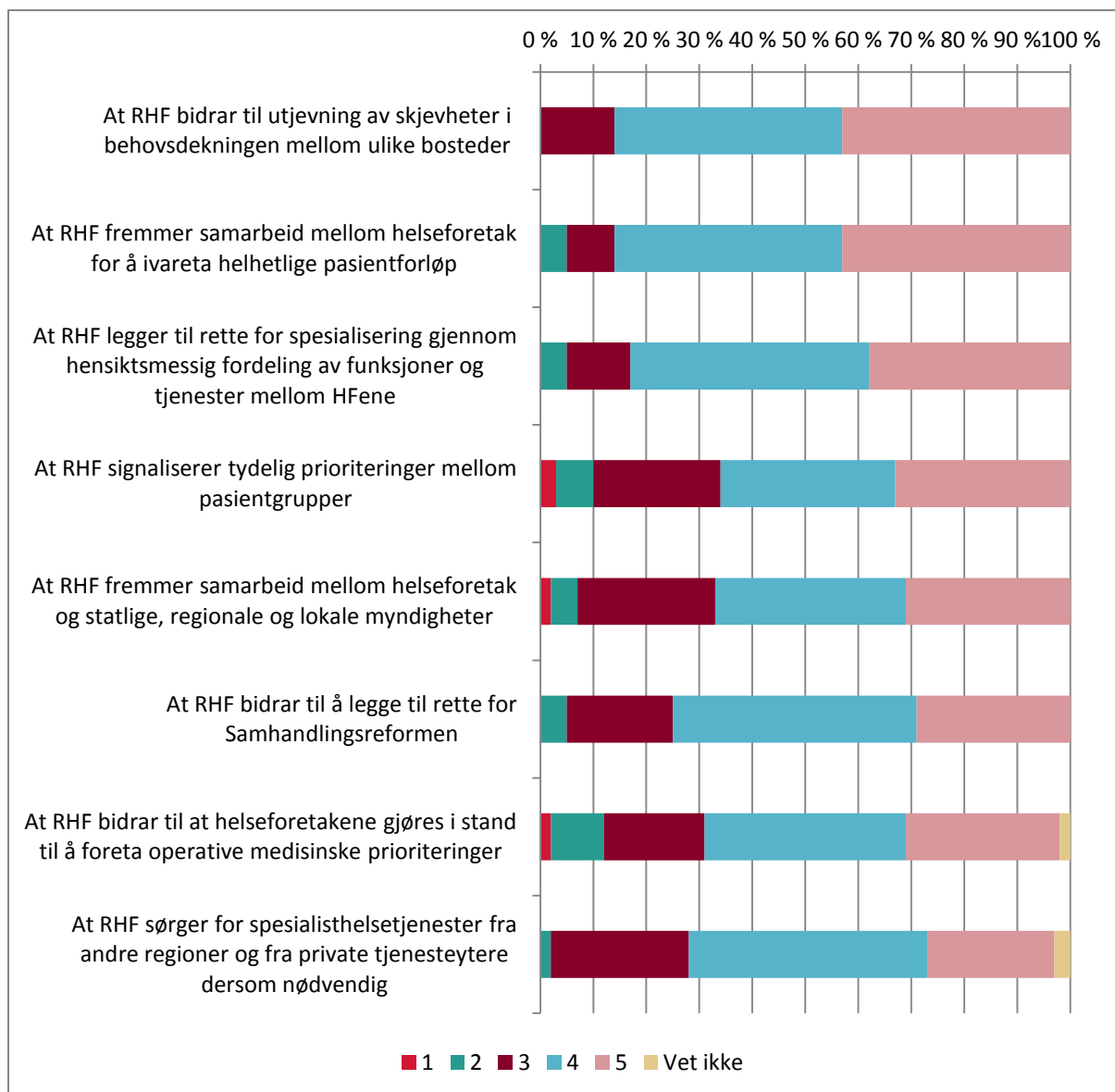
Det er verdt å merke seg at andelen som svarer «vet ikke» er forholdsvis høy for noen av påstandene. Dette kan ha sammenheng med at den som har besvart undersøkelsen ikke har oversikt over det det spørres om, eller det kan bety at det er uklareheter om på hvilket organisatorisk nivå ansvaret ligger.

---

<sup>24</sup> Dette kan også tolkes dithen at helseforetakene anser dette for å være en oppgave som det ikke er viktig at det regionale nivået ivaretar, jf noen kommentarer om at det er for mye detaljstyring fra det regionale nivået.

### Viktigheten av de ulike oppgavene innen sørge-for-ansvaret

Figuren under viser hvordan respondentene rangerer de ulike oppgavene i forhold til viktighet.



Figur: De regionale helseforetakenes oppgaver rangert etter grad av viktighet slik de underliggende helseforetakene ser det, hvor 1 er ikke viktig og 5 er svært viktig. Kilde: Telemarksforsking

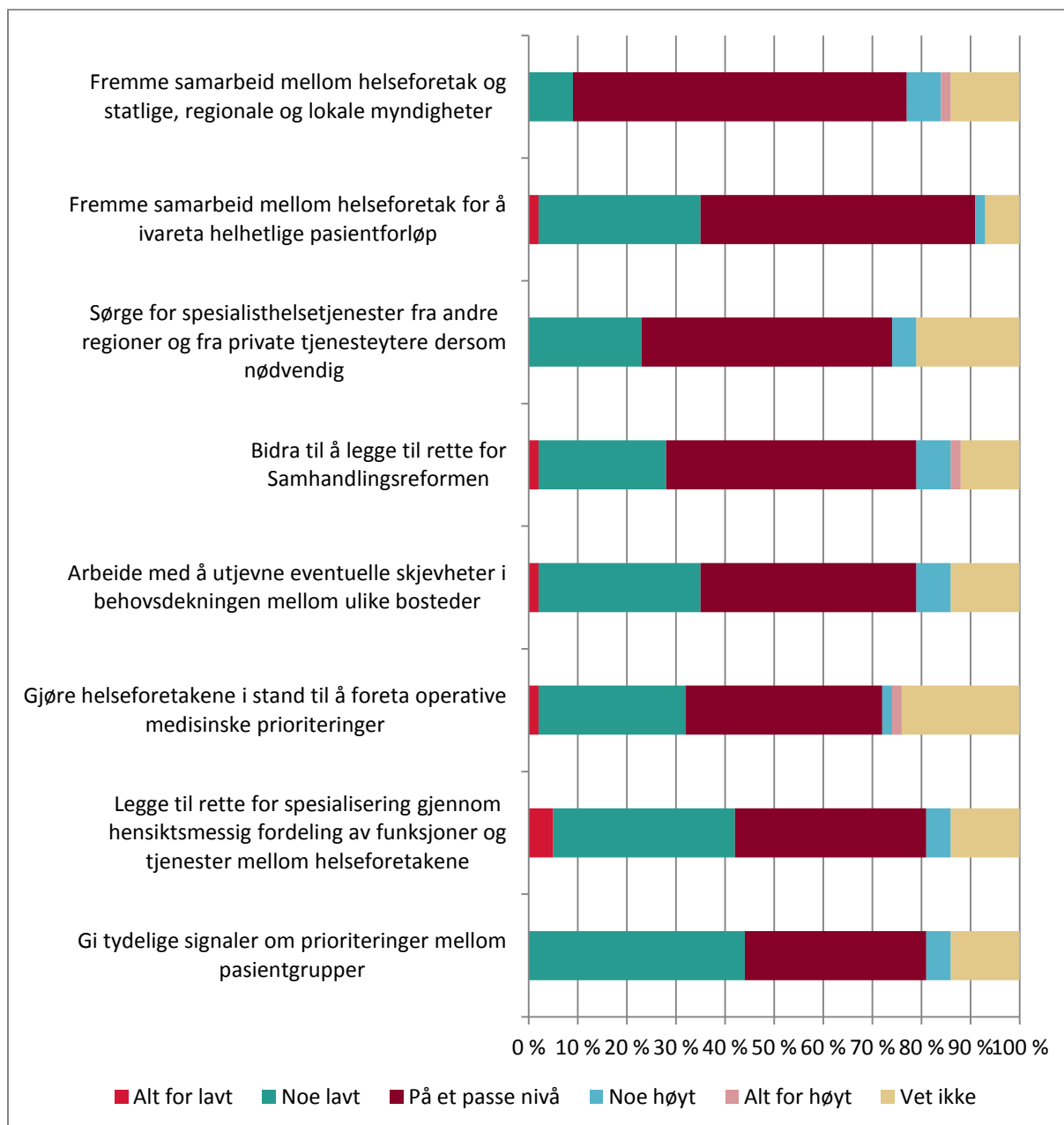
Som vi ser av figuren anser helseforetakene alle de framsatte oppgavene som viktige. Det er ingen av oppgavene som skiller seg ut ved å bli sett på som uviktig.

Oppgavene som blir betraktet som aller viktigst, er å arbeide for utjevning av skjevheter i befolkningen og å fremme samarbeid mellom helseforetak for å ivareta helhetlige pasientforløp. Begge disse får skår 4 eller 5 hos 86 prosent av respondentene, og det er svært få som mener at dette ikke er viktige oppgaver. Begge oppgavene er knyttet til å sikre befolkningen en god og trygg pasientbehandling. Også tilrettelegging for spesialisering hos helseforetakene blir ansett som viktig, og oppnår skår 4 eller 5 hos 83 prosent av respondentene.

En del av oppgavene er knyttet til å fremme samarbeid mellom ulike aktører. Blant disse er det å fremme samarbeid om helhetlige pasientforløp som anses som viktigst. Likevel anses det som viktig å fremme samarbeid mellom helseforetakene og statlige, regionale og lokale myndigheter, samt å legge til rette for Samhandlingsreformen.

**Ressursbruken knyttet til sørge-for-ansvaret**

Som de forutgående besvarelsene har vist, er helseforetakene svakt enig i at de regionale helseforetakene ivaretar sine oppgaver knyttet til sørge-for-ansvaret. Samtidig synes de at alle de fremsatte oppgavene er viktige, vel og merke uten at respondentene nødvendigvis er enige i at det er de regionale helseforetakene som bør ha ansvaret. Helseforetakene har videre blitt spurt om hvilket nivå de mener at ressursbruken i deres regionale helseforetak ligger på knyttet til å løse oppgaver innenfor sørge-for-ansvaret. Figuren under oppsummerer besvarelsene.



Figur: De underliggende helseforetakenes syn på nivået på ressursbruken i de regionale helseforetakene knyttet til å løse oppgaver innen sørge-for-ansvaret. Kilde: Telemarksforskning

Som vi ser at figuren, er det svært få respondenter som mener at ressursbruken er «alt for lav» knyttet til gjennomføringen av de ulike ansvarsoppgavene. Det er imidlertid for de fleste oppgavene omtrent en tredjedel som mener at ressursbruken er på et «noe lavt» nivå. Dette kan tolkes som at det ses på som et generelt behov å styrke innsatsen mot å ivareta sørge-for-ansvaret, noe som henger godt sammen med at det kun er svak enighet i at de regionale helseforetakene ivaretar sine

oppgaver knyttet til sørge-for-ansvaret. Dette er tilfellet eksempelvis med arbeidet med å legge til rette for spesialisering gjennom hensiktsmessig fordeling av funksjoner og tjenester mellom helseforetakene. Her ser vi at 5 prosent av respondentene mener at nivået på ressursinnsatsen knyttet til dette er «alt for lavt», mens 37 prosent mener at nivået er «noe lavt». Samtidig ser vi at 83 prosent av respondentene mener at dette er en viktig oppgave, og det er også noe uenighet om at oppgaven blir ivarettatt av de regionale helseforetakene på en god måte.

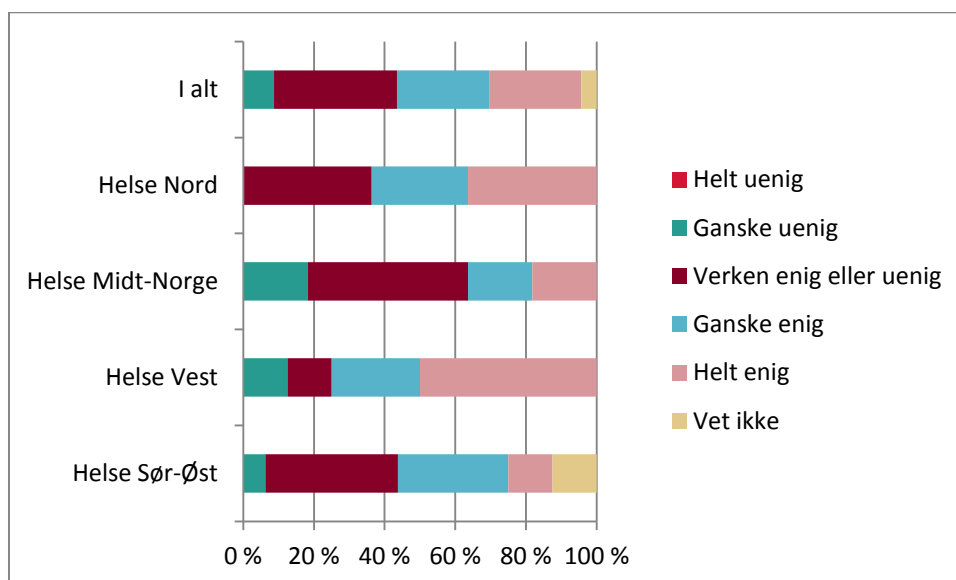
Det ser ut til at de oppgavene som handler om å fremme samarbeid, er de oppgavene som betraktes å ha den mest riktige ressursbruken. Mellom 51 og 68 prosent mener at ressursbruken for disse oppgavene er på et passe nivå. Når det gjelder oppgaver som er mer rettet mot prioriteringer og spesialisering er det en sterkere helning mot at innsatsen er for lav, noe som kan skyldes at respondentene mener dette har for lav prioritering i forhold til andre oppgaver eller det er for lav effektivitet knyttet til å løse oppgaven

### **Forskjeller mellom helseregionene**

På noen spørsmål skiller besvarelsene i helseregionene seg fra hverandre. Det er i den sammenheng interessant å se på hvordan besvarelsene fordeler seg i de ulike regionene.

### **Utvikling i kvalitet**

Figuren under viser hvorvidt respondentene er enige eller uenige i at kvaliteten på det regionale helseforetakets arbeid innen sørge-for-ansvaret stadig har blitt bedre.

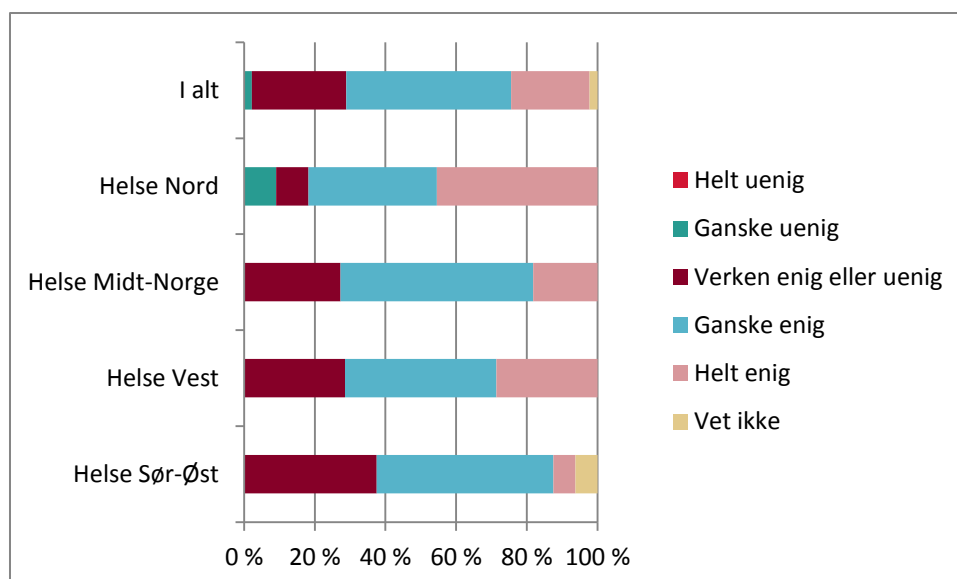


**Figur: Hvorvidt respondentene er enige eller uenige i at kvaliteten det regionale helseforetaket sitt arbeid innen "sørge for"-ansvaret har blitt stadig bedre. Kilde: Telemarksforsking**

Som figuren viser, er det respondentene i helseforetakene under Helse Vest som er mest enig i at kvaliteten på arbeidet til det regionale helseforetaket har utviklet seg i positiv retning over tid. Hele 75 prosent av dem mener at dette er tilfellet, hvorav 50 prosent er "helt enig" i det. Det er imidlertid noen av respondentene i denne helseregionen som er uenig i at utviklingen har vært positiv. Helse Nord har møter også en forholdsvis høy tilfredshet, og blant respondentene her er et 64 prosent som er enig i at kvaliteten har blitt stadig bedre. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst er de helseregionene hvor det er minst enighet i forhold til at det har foregått en positiv utvikling i kvalitet.

### **Forvaltning av ansvarsområdet, sett under ett**

Figuren under illustrerer hvor enig respondentene er i at det regionale helseforetaket *totalt sett*, legger godt til rette for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester



Figur: Totalt sett, hvor enige respondentene er i at det regionale helseforetaket legger godt til rette for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester. Kilde: Telemarksforsking

Som vi ser at figuren, er det svært få som er uenig i at det regionale helseforetaket totalt sett, legger godt til rette for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester. Kun hos respondenter i helseregion Helse Nord ser vi noe uenighet, men det er ingen som er «helt uenige» dette. Samtidig er Helse Nord den regionen hvor det er størst andel av respondentene som er mest fornøyde, og hele 81 prosent av dem mener at det regionale helseforetaket legger godt til rette for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester. De øvrige regionene er også rimelige fornøyde med tilretteleggingen.

#### **Momenter som er med på å forklare forskjellene mellom regionene**

Nedenfor er et utdrag av de viktigste forskjellene i hva respondentene i de ulike helseregionene svarte. Til sammen er disse momentene er med på å forklare ulikhetene mellom regionene, og de kan betraktes som indikasjoner på hva de regionale helseforetakene er gode på og hva de ikke er fullt så gode på. Det understrekes igjen at det for noen av spørsmålene er få respondenter og/eller mange som svarer «vet ikke».

#### **Oppgave: Arbeide med å utjevne eventuelle skjevheter i behovsdekningen mellom ulike bosteder**

Det ser ut til at Helse Vest og Helse Nord er spesielt dyktige i arbeidet med å utjevne skjevheter i behovsdekningen mellom ulike bosteder. Av respondenter under Helse Vest er 60 prosent av respondentene ganske enig i at det regionale helseforetaket ivaretar denne oppgaven, mens 20 prosent er helt enig i at det gjør det. I helseforetakene under Helse Nord sier 36 prosent av respondentene seg ganske enig at oppgaven blir ivaretatt, og også 36 prosent er helt enig i dette. For alle de regionale helseforetakene sett under ett, er 40 prosent ganske enig og 17 helt enig i at det regionale helseforetaket arbeider med å utjevne skjevheter, slik at det jevnt over er en enighet om at ansvaret ivaretas.

#### **Oppgave: Bidra til å gjøre helseforetakene i stand til å foreta operative medisinske prioriteringer**

Generelt anses ressursbruken knyttet til å forvalte denne oppgaven som noe lav, og dette er spesielt tilfellet for respondentene i helseforetak under Helse Midt-Norge. Her har hele 30 prosent svart at de «vet ikke» om ressursbruken er på et for høyt eller lavt nivå. Videre mener 50 prosent av respondentene under dette helseforetaket at ressursbruken er for lav, mens 20 prosent mener den er på et passe nivå. Hos de andre de regionale helseforetakene mener flere at ressursbruken er på et passe nivå, men det er få respondenter som mener at ressursbruken er for høy.

*Oppgave: Fremme samarbeid mellom helseforetak og statlige, regionale og lokale myndigheter*

Hos respondentene i helseforetak under Helse Vest er andelen som er helt enig i at denne oppgaven ivaretas av det regionale nivået langt større enn tilfellet er for de andre helseregionene, henholdsvis 38 prosent for Helse Vest og 10 prosent eller mindre for de øvrige regionene. I helseregion Sør-Øst finner vi minst enighet om at oppgaven blir ivaretatt.

*Oppgave: Sørge for spesialisthelsetjenester fra andre regioner og fra private tjenesteytere dersom nødvendig*

Også her skiller Helse Vest seg ut fra de andre regionale helseforetakene. Alle respondenter under denne helseregionen er ganske eller helt enig i at oppgaven knyttet til eksternt kjøp av spesialisthelsetjenester ivaretas. Så er tilfellet hos 45 prosent (Helse Nord) eller mindre i de andre helseregionene.

*Andelen «vet ikke»-svar:*

For noen av spørsmålene er det en stor andel av respondentene som svarer «vet ikke». Respondenter i helseforetakene under Helse Sør-Øst peker seg ut som de som har den største andelen «vet ikke»-svar. Det kan være ulike grunner til dette, men man kan tenke seg at dette kan ha en sammenheng med størrelsen på det regionale helseforetaket og/eller strukturen i organiseringen av virksomheten.

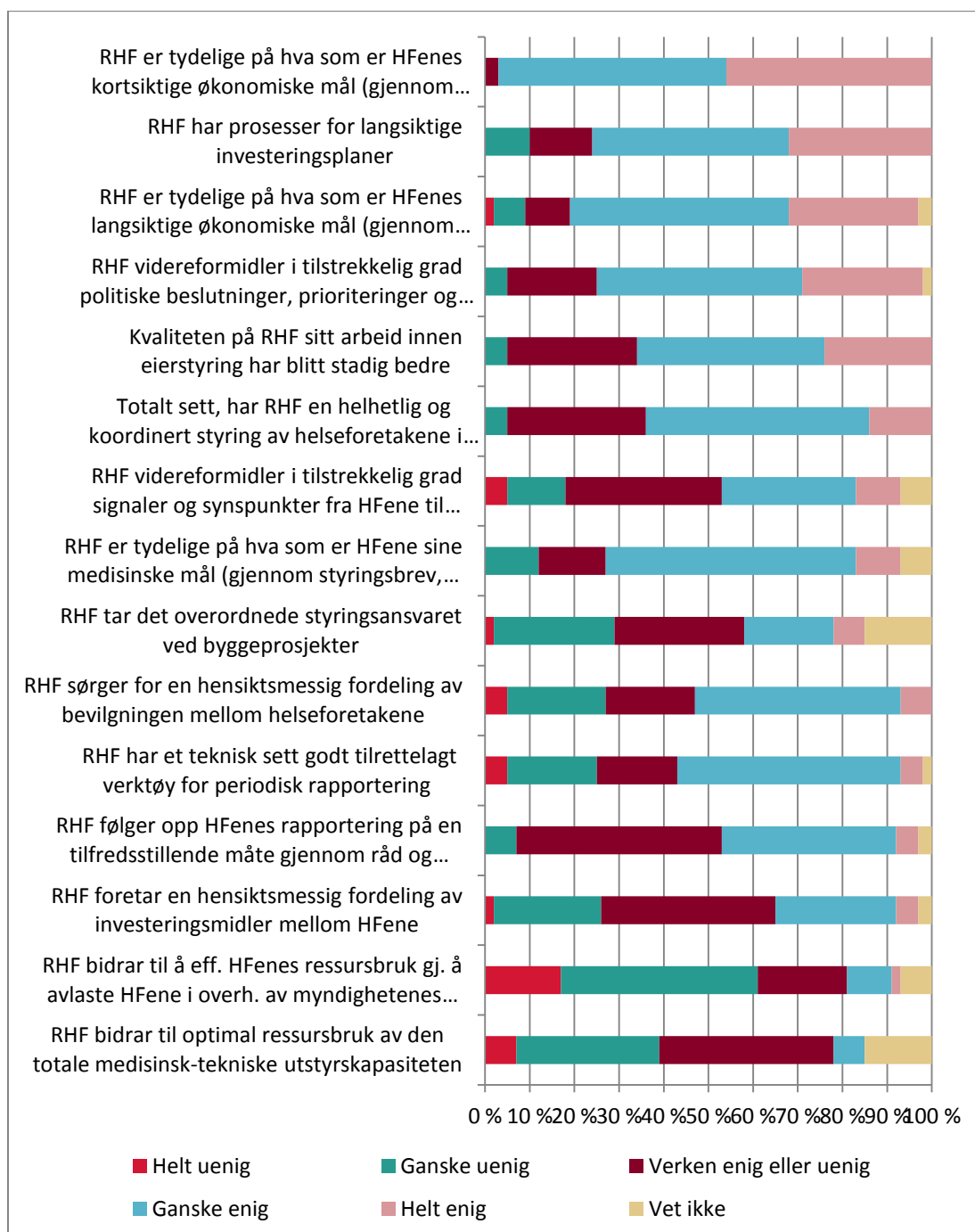


## Eierrollen

Resultatene av undersøkelsen er basert på et lavt antall respondenter, slik at resultatene må tolkes med forsiktighet.

### Forvaltning av eierrollen

Figuren under viser hvordan respondentene i de underliggende helseforetakene mener at det regionale helseforetaket, som de tilhører, forvalter sin eierrolle. Denne problemstillingen må ikke forveksles med hvorvidt respondentene mener at de ulike oppgavene bør ligge hos et regionalt nivå eller ikke. Derimot har respondentene blitt bedt om å si seg enig eller uenig i ulike påstander gitt at dette er ansvarsområder som ligger til de regionale helseforetakene.



Figur: Hvorvidt respondentene er enig eller uenig i ulike påstander knyttet til deres regionale helseforetak sin forvaltning av oppgaver innen eieransvaret. Kilde: Telemarksforskning

Som vi ser av figuren, er respondentene for en stor del enige i at de regionale helseforetakene ivaretar sine ansvarsoppgaver knyttet til eierskapet til underliggende helseforetak. Sammenliknet med forvaltningen av oppgaver innen sørge-for-ansvaret er det generelt et større samtykke til at de regionale helseforetakene ivaretar sitt ansvar og sin rolle innenfor dette ansvarsområde.

Spesielt ser det ut til at de regionale helseforetakene er tydelige på målene til det enkelte helseforetak. Vi ser at nærmest alle respondentene mener at de regionale helseforetakene er tydelige på hva som er helseforetakenes *kortsiktige* mål (gjennom styringsbrev, styringsdialog og andre kommunikasjonsformer). Når det gjelder de *langsiktige* målene mener nærmere 80 prosent at det regionale nivået er tydelige, mens det tilsvarende tallet er 66 prosent i forhold til tydelighet om *medisinske* mål. Det er også enighet om at de regionale helseforetakene har prosesser for langsiktige investeringsplaner. Samtidig er nærmere 30 prosent av respondentene uenige i at det regionale helseforetaket tar det overordnede styringsansvaret i byggeprosjekter. Det er i denne sammenheng viktig å påpeke at undersøkelsen også (gjennom kommentarer fra respondentene) viser at noen helseforetak mener at de blir for detaljstyrt av det regionale nivået. Blant annet sies det at «det har vært alt for mye detaljstyring knyttet til for eksempel investeringer...» og at «det heller bør legges opp til langsiktige rammer som gir grunnlag for planlegging, ansvar og gjennomføring på HF-nivå.» Det påpekes videre at noen oppgaver med fordel kunne vært delegert til helseforetakene, slik at de regionale helseforetakene kunne arbeidet mer med de «vanskelige områdene» som nå er nedprioritert.

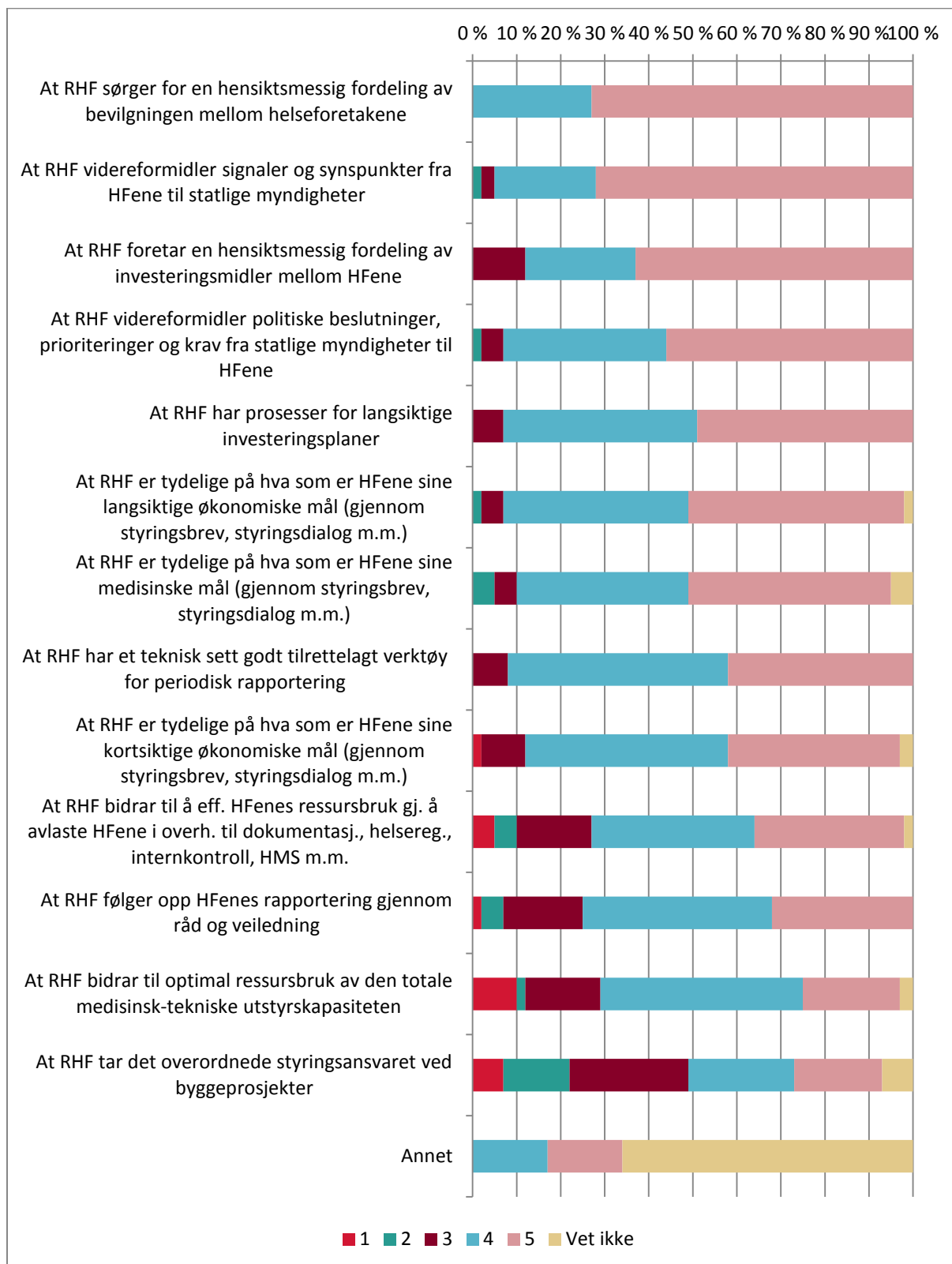
Når det gjelder kommunikasjon og informasjonsflyt, er det forholdsvis stor enighet om at de regionale helseforetakene i tilstrekkelig grad videreformidler politiske beslutninger, prioriteringer og krav fra statlige myndigheter til helseforetakene. Også angående kommunikasjonsflyt oppover i nivåene, om at det regionale helseforetaket videreformidler signaler og synspunkter fra helseforetakene til statlige myndigheter, heller det mot at det regionale nivået gjør dette på en tilfredsstillende måte. Det er imidlertid 18 prosent av respondenter som ikke er enig i at kommunikasjonsflyten oppover i nivåene er tilfredsstillende, og en forholdsvis stor andel av respondentene er «verken enig eller uenig» i dette.

De oppgavene som blir ansett for å være minst ivaretatt, er knyttet til å effektivisere helseforetakenes ressursbruk gjennom å avlaste helseforetakene i overholdelse av myndighetenes krav til dokumentasjon, helseregistre, internkontroll, HMS m.m. Det ser videre ut til at rapporteringssystemet teknisk sett er forholdsvis godt tilrettelagt, og at rapporteringen følges opp på en tilfredsstillende måte gjennom råd og veiledning.

Bare 5 prosent av respondentene stiller seg uenig til at kvaliteten på de regionale helseforetakene sitt arbeid innen eierstyring har blitt stadig bedre, og 66 prosent er «ganske enig» eller «helt enig» i dette. Sett under ett, er 64 prosent enig i at det regionale helseforetaket har en helhetlig og koordinert styring av helseforetakene i den aktuelle regionen.

**Viktigheten av oppgaver innen eierrollen**

Figuren under viser hvordan respondentene rangerer de ulike oppgavene innen eierstyring i forhold til viktighet.



Figur: De regionale helseforetakenes oppgaver rangert etter grad av viktighet slik de underliggende helseforetakene ser det, hvor 1 er ikke viktig og 5 er svært viktig. Kilde: Telemarksforsking

Vi ser av figuren at alle oppgaver anses som viktige i større eller mindre grad. Unntaket er at det regionale helseforetaket tar det overordnede styringsansvaret i byggeprosjekter, hvor bare halvparten mener at dette er viktig. Også arbeidet for å bidra til optimal bruk av medisinsk-teknisk utstyr anses som marginalt mindre viktig enn de øvrige oppgavene.

Alle respondentene gir skår 4 eller 5 i viktighet til at det regionale helseforetaket sørger for en hensiktsmessig fordeling av bevilgningen mellom helseforetakene. Også det å besørge en hensiktsmessig fordeling av investeringsmidler angis å ha svært høy viktighet, og hele 88 prosent gir denne oppgaven skår 4 eller 5.

At det regionale nivået fungerer som et bindeledd og kommunikasjonskanal mellom myndigheter og helseforetak anses som viktig. Hele 95 prosent av respondentene gir skår 4 eller 5 i viktighet til at det regionale helseforetaket videreformidler signaler og synspunkter fra helseforetakene til statlige myndigheter. Også informasjonsflyt nedover til helseforetakene om politiske beslutninger, prioriteringer og krav fra statlige myndigheter anses som en svært viktig oppgave ved at 93 prosent av respondentene gir denne oppgaven skår 4 eller 5.

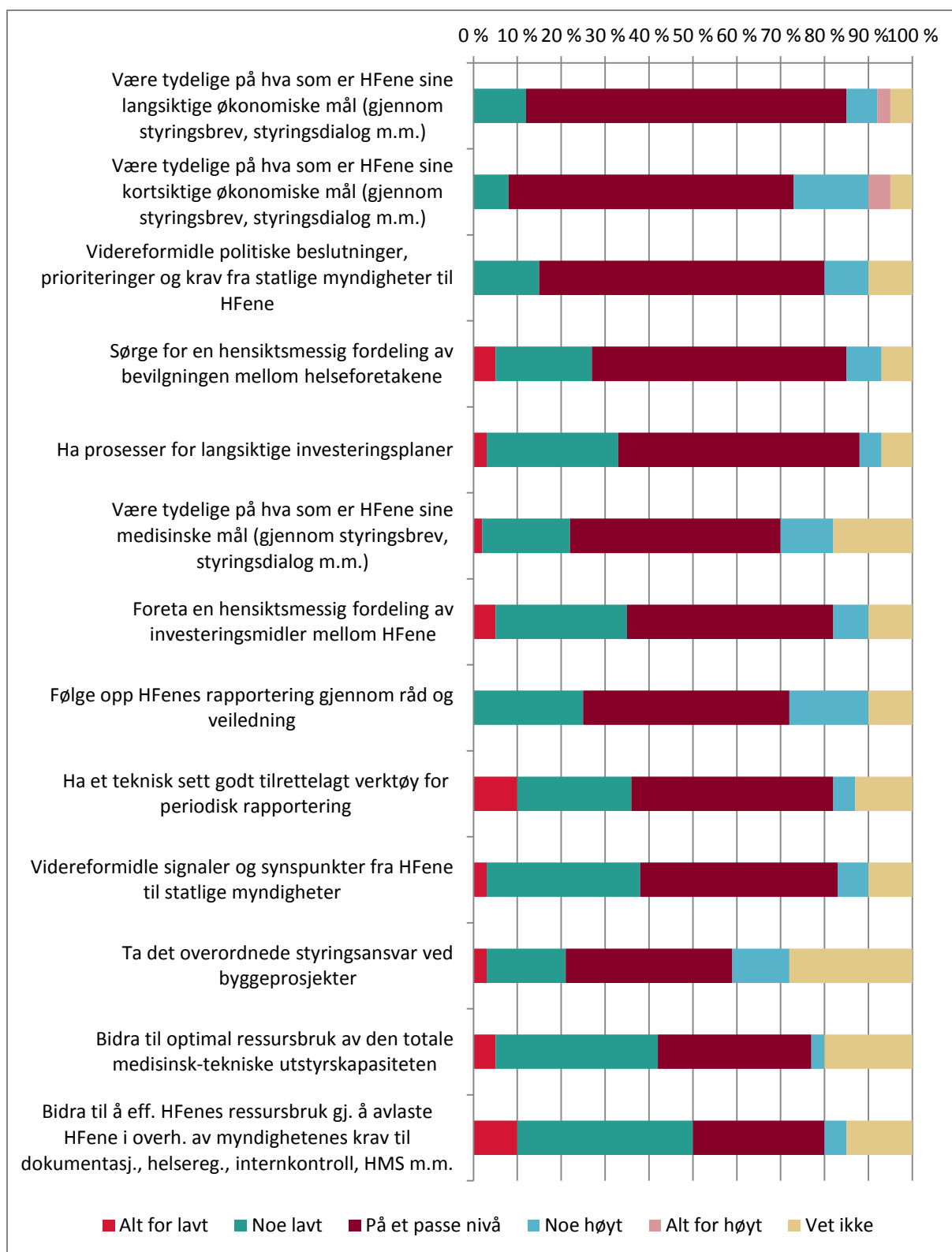
Det at det regionale nivået har prosesser for langsiktige investeringsplaner, anses som en viktig oppgave. Man kan sannsynligvis anta at helseforetakene er med i disse prosessene, og at dette er noe av bakgrunnen for at slike prosesser betraktes som viktige.

En høy andel av respondentene mener det er viktig at de regionale helseforetakene er tydelige på hva som er helseforetakenes kortsiktige og langsiktige økonomiske mål, og hva som er deres medisinske mål. Det er imidlertid noen respondenter som ikke synes dette er viktige oppgaver. Dette sammenfaller med at flere skriver i sin besvarelse til undersøkelsen at det er for sterkt detaljstyring av helseforetakene fra det regionale nivået.

Når det gjelder rapporteringssystemet, gir 92 prosent av respondentene skår 4 eller 5 i viktighet om at det regionale helseforetaket sikrer at dette er godt tilrettelagt teknisk sett. Også mange mener at det er viktig at det regionale helseforetaket følger opp rapporteringen med råd og veiledning.

### ***Ressursbruk i forvaltning av eierrollen***

Som vi ser av de forutgående besvarelsene, er helseforetakene enige i at en del av ansvarsoppgavene knyttet til eierstyringen er ivaretatt, mens andre oppgaver ikke er ivaretatt i like stor grad. Samtidig synes respondentene at nærmest alle oppgavene er viktige, vel og merke uten at respondentene nødvendigvis er enige i at det er oppgaver som bør ligge til de regionale helseforetakene. Helseforetakene har videre blitt spurt om hvilket nivå de mener at ressursbruken i deres regionale helseforetak ligger på knyttet til å løse oppgaver innen eierrollen. Figuren under oppsummerer besvarelsene.



Figur: De underliggende helseforetakenes syn på nivået på ressursbruken i de regionale helseforetakene knyttet til å løse oppgaver innen eierstyring. Kilde: Telemarksforskning

Av figuren kan vi se at ressursbruken knyttet til å løse oppgavene for en stor del oppfattes å ligge på et passende nivå. Arbeidet knyttet til å være tydelige på langsiktige og kortsiktige mål for helseforetakene ser ut til å være tilstrekkelig gjennom styringsbrevene, styringsdialogen og annen form for kommunikasjon. Henholdsvis 73 prosent (tydelighet om langsiktige økonomiske mål) og 65

prosent (tydelighet om kortsiktige økonomiske mål) mener at ressursbruken knyttet til disse oppgavene er på et passe nivå. Dette kan også henge sammen med at også videreformidlingen av politiske beslutninger, prioriteringer og krav fra statlige myndigheter anses av et flertall å være på et passende nivå. Denne informasjonen kommer for en stor del ut til helseforetakene gjennom de samme kanalene som formidlingen av målene. Hele 22 prosent mener imidlertid at ressursbruken er for høy knyttet til å være tydelige på kortsiktige økonomiske mål, noe som kan ha en sammenheng med at noen respondenter mener at det er for stor grad av detaljstyring av helseforetakene.

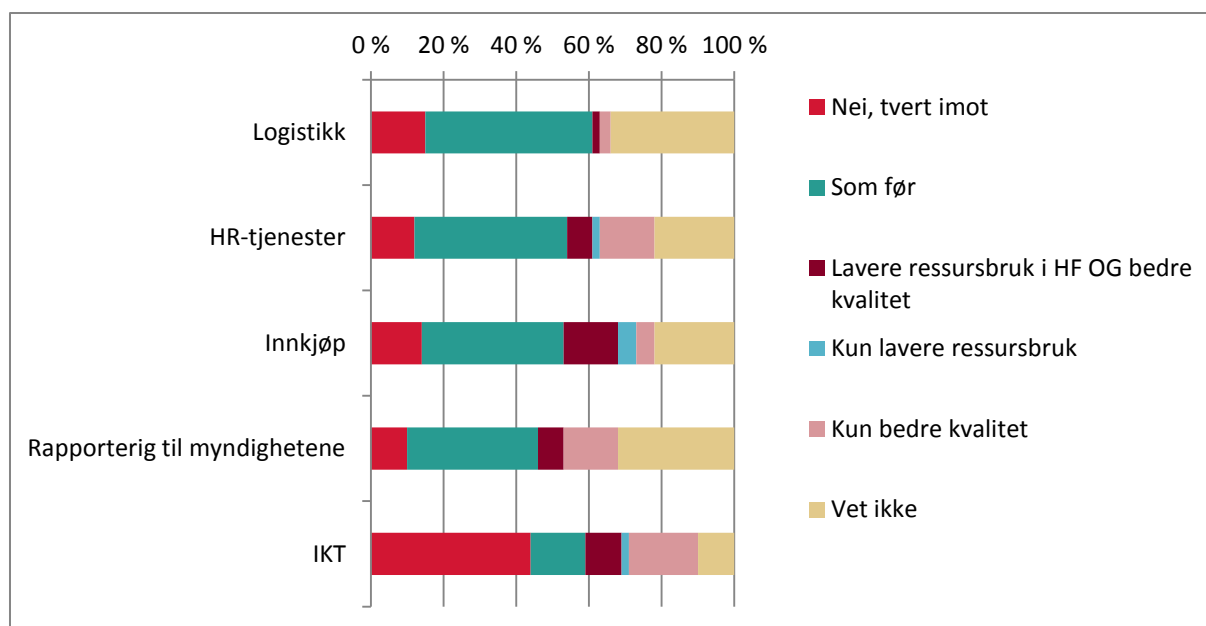
Halvparten av respondentene mener at det brukes for lite ressurser hos de regionale helseforetakene på å bidra til å effektivisere ressursbruken i helseforetakene for å avlaste disse i overholdelse av myndighetenes krav til dokumentasjon, helseregistre, internkontroll, HMS m.m. Dette kan ses som et resultat av at 71 prosent av respondentene har angitt denne oppgaven som viktig, men at den samtidig i liten grad ivaretas av de regionale helseforetakene. Også ressursbruken knyttet til å bidra til optimal bruk av den medisinsk-tekniske utstyrskapasiteten anses å være for lav hos 42 prosent av respondentene. Også denne oppgaven anses som viktig, og blir ikke fullt ut ivaretatt av de regionale helseforetakene, slik respondentene ser det.

Arbeidet knyttet til å utvikle langsiktige investeringsplaner og å foreta en hensiktsmessig fordeling av investeringsmidlene, betraktes å ligge på et for lavt nivå av over 30 prosent av respondentene. Dette er imidlertid oppgaver som blir ansett som viktige, men som illustrert tidligere er opp mot 30 prosent av respondentene ikke enig i at det regionale helseforetaket foretar en hensiktsmessig fordeling av investeringsmidlene mellom helseforetakene. Dette kan forklare hvorfor en del av respondentene mener ressursbruken knyttet til å løse oppgaven er for lav. Det samme resonnementet kan til en viss grad benyttes for de regionale helseforetakenes oppgave knyttet til å videreformidle signaler og synspunkter fra helseforetakene til statlige myndigheter, hvor også ressursbruken angis å være for lav av hele 38 prosent av respondentene.

Det påpekes av en respondent at i besvarelsene på spørsmålet om nivå på ressursbruken i de regionale helseforetakene, «kan det være at ressursbruken er stor nok, men at effektiviteten og prioriteringen av oppgaver innen de enkelte områdene er for dårlig».

### ***Effektivitet og kvalitet i fellestjenester***

De regionale helseforetakene har hatt til hensikt å gi høyere effektivitet innen administrative funksjoner. Figuren under viser hvorvidt respondentene mener at tilbudet om fellestjenester har ført til lavere ressursbruk i helseforetaket og bedre kvalitet på tjenestene.



Figur: Hvorvidt tilbudet om fellestjenester har gitt lavere ressursbruk hos helseforetaket og/eller bedre kvalitet på tjenestene. Kilde: Telemarksforskning

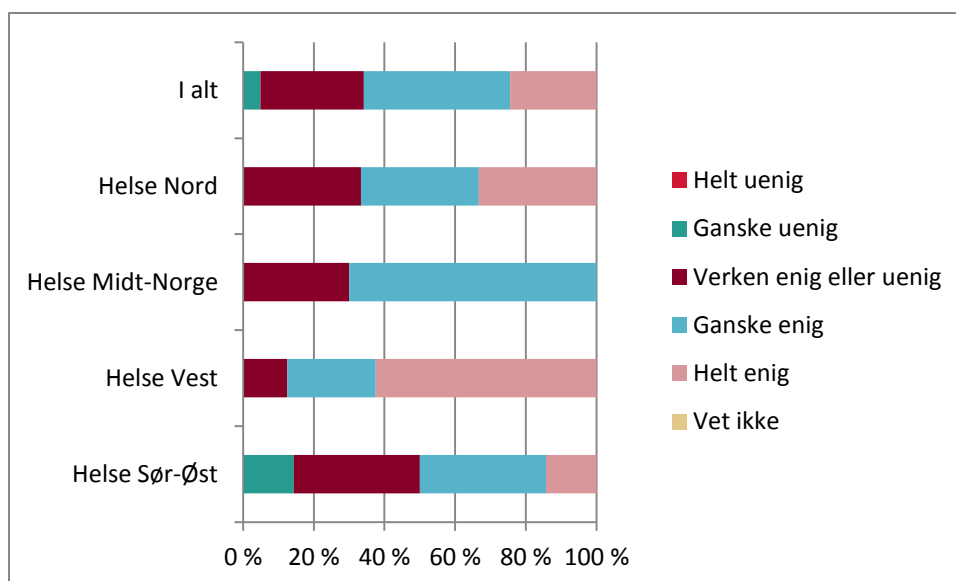
Som vi ser er det en stor andel av respondentene som svarer «vet ikke» på spørsmålene om fellestjenestene. Blant de som har en formening om effektivitet og kvalitet i disse tjenestene tyder alt på at arbeidet med å etablere fellestjenester ikke har oppnådd de effektiviseringsgevinster hos helseforetakene eller den kvaliteten som tiltenkt. Flestparten av de som har en formening om fellestjenestene svarer at det er som før eller at det har vært en tilbakegang. Innenfor IKT mener hele 44 prosent at det har vært en tilbakegang i forhold til tidligere ved innføring av fellestjenesten. For innkjøp spesielt, ser det imidlertid ut til at et visst antall respondenter er av den oppfatning at det har blitt lavere ressursbruk i deres helseforetak samtidig som kvaliteten har økt. Innen HR, rapportering til myndighetene og IKT er det i følge noen av respondentene (15-19 prosent) oppnådd bedre kvalitet på funksjonene, men at det ikke samtidig har blitt effektiviseringsgevinster hos helseforetakene. En respondent påpeker at det generelt brukes for mye ressurser, og bruk av ressurser på høyt nivå sett i forhold til hva de får igjen innen IKT. En annen respondent mener at de er i ferd med å få mer robuste IKT-systemer rent teknisk, men at det er en tilbakegang i forhold til tidligere knyttet til «leveranse kvalitet, evne til å holde tidsplan, prioriteringen og ressursbruken og sikkert andre forhold».

#### **Forskjeller mellom helseregionene**

På noen spørsmål skiller besvarelsene i helseregionene seg fra hverandre. Det er i den sammenheng interessant å se på hvordan besvarelsene fordeler seg i de ulike regionene.

#### **Utvikling i kvalitet**

Figuren under viser hvorvidt respondentene er enige eller uenige i at kvaliteten på det regionale helseforetakets arbeid innen eierstyring har blitt stadig bedre.



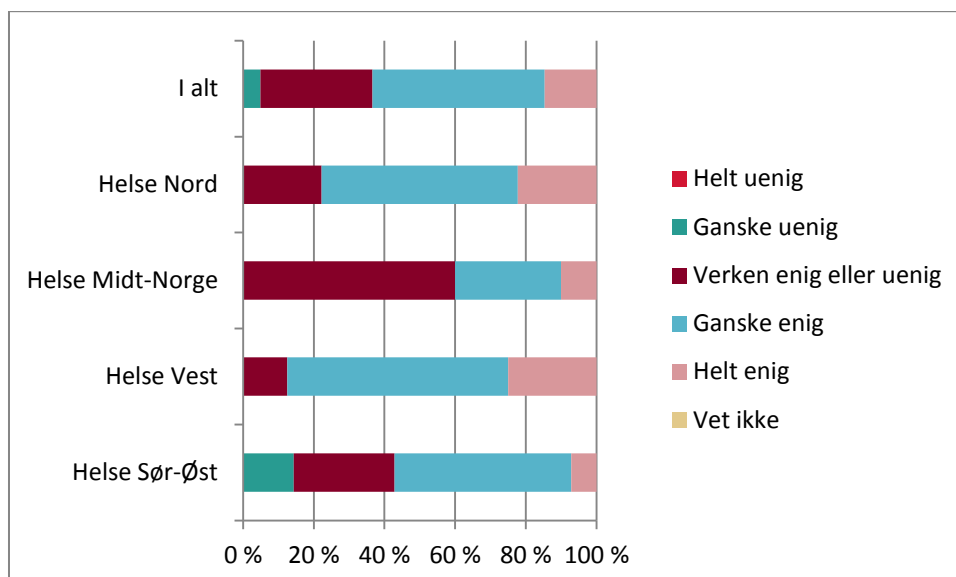
Figur: Hvorvidt respondentene er enige eller uenige i at kvaliteten det regionale helseforetaket sitt arbeid eierstyring har blitt stadig bedre. Kilde: Telemarksforskning

Helse Vest skiller seg klart positivt ut ved at respondentene der i større grad er enige i at kvaliteten på arbeidet innen eierstyring har blitt stadig bedre. Hele 63 prosent av respondentene her er «helt enig» i dette, mens 25 prosent er «ganske enig». Ingen er uenig i at det har vært en positiv kvalitetsutvikling. Også respondentene under de andre helseregionene mener overveiende at utviklingen har vært til det bedre.

Under Helse Sør-Øst er det imidlertid noen respondenter som er uenige i at kvaliteten har blitt bedre over tid, mens det i de andre regionene ikke er noen som er uenige i dette.

#### **Forvaltning av ansvarområdet, sett under ett**

Figuren under illustrer hvor enig respondentene er i at det regionale helseforetaket *totalt sett*, har en helhetlig og koordinert styring av helseforetakene i regionen.



Figur: Totalt sett, hvor enige respondentene er i at det regionale helseforetaket har en helhetlig og koordinert styring av helseforetakene i regionen. Kilde: Telemarksforskning



Respondentene i helseforetak under Helse Vest og Helse Nord er de som i størst grad er enige i at eierstyringen totalt sett er helhetlig og koordinert. 88 prosent av de under Helse Vest og 78 prosent under Helse Nord mener at styringen totalt sett er helhetlig og koordinert. Tilsvarende tall er 40 prosent for Helse Midt-Norge, og 57 prosent for Helse Sør-Øst. Det er kun under Helse Sør Øst hvor det også er respondenter som er uenig i at eierstyringen totalt sett, er helhetlig og koordinert.

#### ***Momenter som er med på å forklare forskjellene mellom regionene***

Nedenfor er et utdrag av de viktigste forskjellene i hva respondentene i de ulike helseregionene svarte. Til sammen er disse momentene er med på å forklare ulikhetene mellom regionene, og de kan betraktes som indikasjoner på hva de regionale helseforetakene er gode på og hva de ikke er fullt så gode på. Det understrekes igjen at det for noen av spørsmålene er få respondenter og/eller mange som svarer «vet ikke».

*Oppgave: Bidra til å effektivisere helseforetakenes ressursbruk gjennom å avlaste helseforetakene i overholdelse av myndighetenes krav til dokumentasjon, helseregistre, internkontroll, HMS m.m.*

Ressursbruken knyttet til å løse denne oppgaven angis å være på et for lavt nivå hos 60 prosent eller mer av respondentene i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Under Helse Sør-Øst derimot er bare 25 prosent som mener at ressursbruken er for lav, men en stor andel svarer også at de ikke har noen formening om på hvilket nivå ressursbruken ligger.

*Oppgave: Bidra til optimal bruk av den totale medisinsk-tekniske utstyrskapasiteten*

60 prosent av respondentene i Helse Midt-Norge mener at ressursbruken knyttet til å besørge optimal bruk av utstyrskapasiteten ligger på et passe nivå, mens 20 prosent har ingen formening. Under helseregion Sør-Øst mener kun 14 prosent at ressursbruken er passende, mens 43 prosent mener at den er for lav og 36 prosent har ingen formening om dette.

*Oppgave: Sørge for en hensiktsmessig fordeling av investeringsmidler mellom helseforetakene*

Det er en høyest andel som er enig i at denne oppgaven ivaretas blant respondentene under Helse Midt-Norge og Helse Nord. Her er rundt 50 prosent enig i dette. Blant respondentene i helseregion Midt-Norge er 20 prosent uenig i dette, mens ingen er uenige i Nord. Blant respondentene under Helse Sør-Øst er derimot hele 50 prosent uenig i at fordelingen av investeringsmidler er hensiktsmessig, mens dette er tilfellet for 25 prosent av respondentene under Helse Vest.

*Andel «vet ikke»-svar*

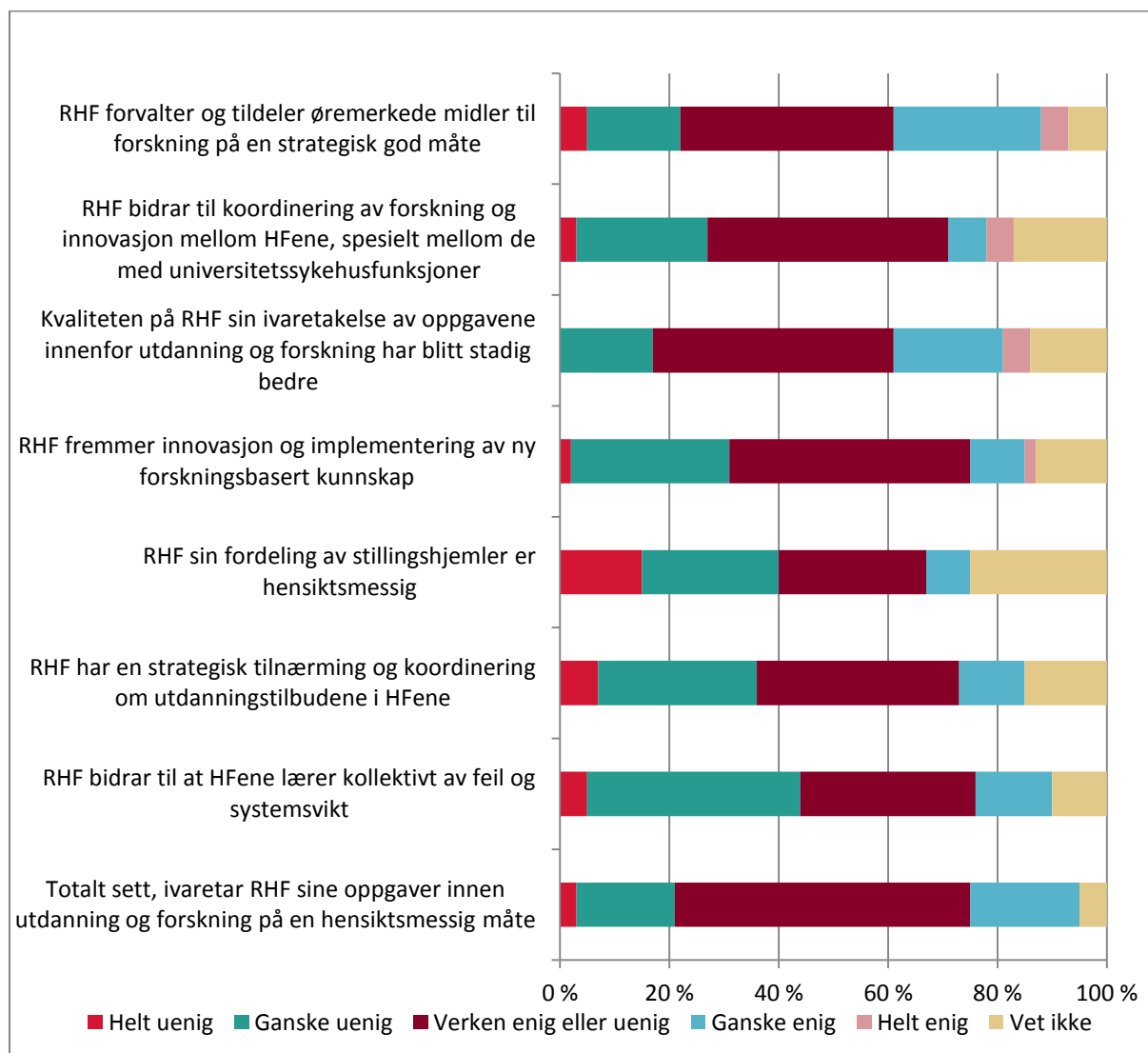
For noen av spørsmålene er det en stor andel av respondentene som svarer «vet ikke». Respondenter i helseforetakene under Helse Sør-Øst peker seg ut som de som har den største andelen «vet ikke»-svar. Som nevnt tidligere, kan det være ulike grunner til dette, men man kan tenke seg at dette kan ha en sammenheng med størrelsen på det regionale helseforetaket og/eller strukturen i organiseringen av virksomheten. Som et illustrerende eksempel svarer 36 prosent av respondentene «vet ikke» om at det regionale helseforetaket bidrar til å effektivisere helseforetakenes ressursbruk gjennom å avlaste helseforetakene i overholdelse av myndighetenes krav til dokumentasjon, helseregistre, internkontroll, HMS m.m.

## Utdanning og forskning

Resultatene av undersøkelsen er basert på et lavt antall respondenter, slik at resultatene må tolkes med forsiktighet.

### Forvaltning av ansvaret innen utdanning og forskning

Figuren under viser hvordan respondentene i de underliggende helseforetakene mener at det regionale helseforetaket, som de tilhører, forvalter sine oppgaver knyttet til utdanning og forskning. Denne problemstillingen må ikke forveksles med hvorvidt respondentene mener at de ulike oppgavene bør ligge hos et regionalt nivå. Derimot har respondentene blitt bedt om å si seg enig eller uenig i ulike påstander gitt at dette er ansvarsoppgaver som ligger til de regionale helseforetakene.



Figur: Hvorvidt respondentene er enig eller uenig i ulike påstander knyttet til deres regionale helseforetak sin forvaltning av oppgaver innen utdanning og forskning. Kilde: Telemarksforsking

Generelt er det liten enighet blant respondentene i at deres regionale helseforetak ivaretar sine oppgaver innen utdanning og forskning. Størst enighet (32 prosent) finner vi om at de forvalter og tildeler øremerkede midler til forskning på en strategisk god måte. Foruten på dette området, er misnøyen større enn tilfredsheten. Spesielt er det stor uenighet om at de regionale helseforetakene bidrar til at helseforetakene lærer kollektivt av feil og systemsvikt, hvor 44 prosent av

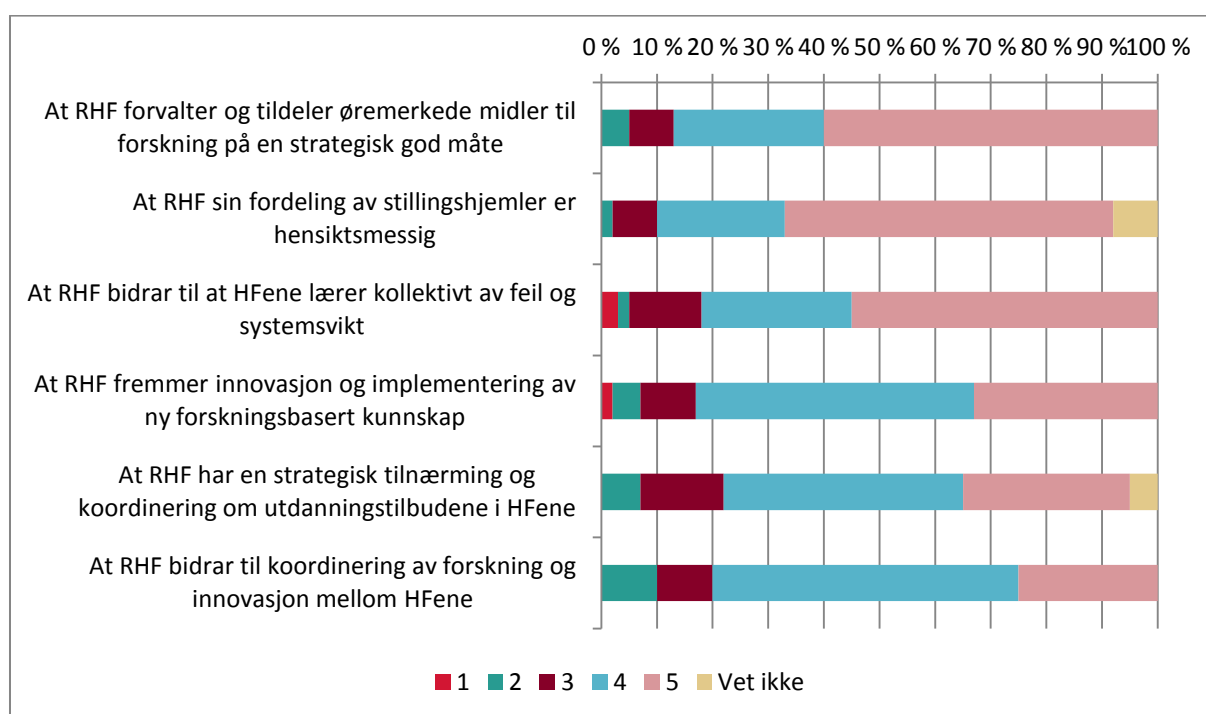
respondentene sier at de er uenig i at det foregår en slik læring. Videre oppgir 40 prosent at de er uenige i at fordelingen av stillingshjemler er hensiktsmessig.

På spørsmål om kvaliteten på deres regionale helseforetak sin ivaretagelse av oppgavene innen utdanning og forskning har blitt stadig bedre, svarer 25 prosent av respondentene bekreftende, mens 17 prosent er uenig. Om oppgaveforvaltningen innen utdanning og forskning *totalt sett* blir ivaretatt, sier 20 prosent seg enig i dette, mens like mange er uenig.

Det er dessuten viktig å merke seg at andelen som svarer «verken enig eller uenig» er høy, noe som kan ha sammenheng med at flere av respondentene ikke har noen formening om hvordan det regionale helseforetaket forvalter oppgaver innen utdanning og forskning. Også andelen som svarer «vet ikke» er forholdsvis høy for påstandene, noe som også kan ha sammenheng med at flere av de som har besvart undersøkelsen ikke har oversikt over det som det spørres om. Den høye andelen kan også bety at det er uklarerheter om på hvilket organisatorisk nivå ansvaret ligger.

### Viktigheten av oppgavene innen utdanning og forskning

Figuren under viser hvordan respondentene rangerer de ulike oppgavene innen utdanning og forskning i forhold til viktighet.



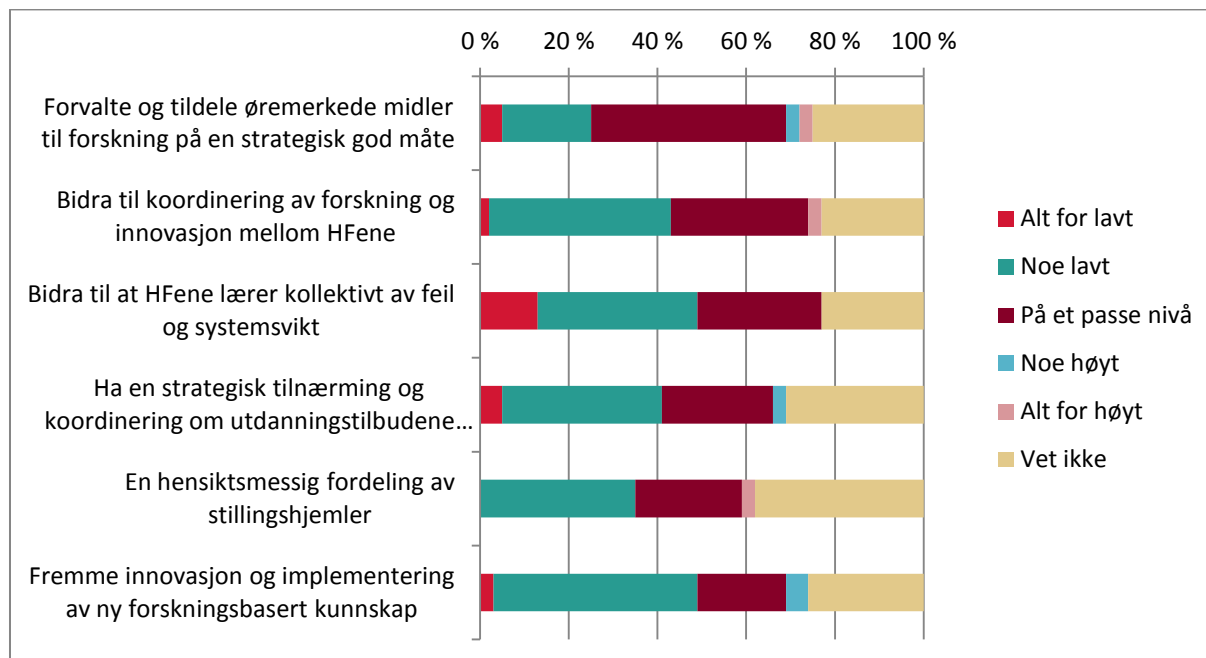
Figur: De regionale helseforetakenes oppgaver rangert etter grad av viktighet slik de underliggende helseforetakene ser det, hvor 1 er ikke viktig og 5 er svært viktig. Kilde: Telemarksforsking

Det er helt tydelig at respondentene mener det er viktig å arbeide med de ulike oppgavene innenfor utdanning og forskning. Dette ser vi ved at alle oppgavene gis skår 4 eller 5 for minimum 73 prosent av respondentene. Dette står i sterk kontrast til hvordan respondentene mener at oppgavene forvaltes av deres regionale helseforetak, jf. forrige avsnitt. At de regionale helseforetakene forvalter og tildeler øremerkede midler til forskning på en strategisk god måte får skår 5 av 60 prosent av respondentene og skår 4 av 27 prosent. Nærmest tilsvarende viktig er det at fordelingen av stillingshjemler er hensiktsmessig. En respondent påpeker imidlertid at systemet med stillingshjemler bør opphøre, uten at dette begrunnes nærmere.

En annen respondent påpeker at de regionale helseforetakene må ta et sterkere utviklingsansvar for forskning utenfor universitetssykehusene, slik at også andre fagmiljøer stimuleres og utvikles.

### Ressursbruken knyttet til ansvaret innen utdanning og forskning

Som vi ser av de forutgående besvarelsene, er helseforetakene i liten grad enige i at ansvarsoppgaver innen utdanning og forskning blir ivaretatt. Samtidig synes respondentene at nærmest alle oppgavene innen dette ansvarsfeltet er viktige. Helseforetakene har videre blitt spurt om hvilket nivå de mener at ressursbruken i deres regionale helseforetak ligger på knyttet til å løse oppgaver innen utdanning og forskning. Figuren under oppsummerer besvarelsene.



Figur: De underliggende helseforetakenes syn på nivået på ressursbruken i de regionale helseforetakene knyttet til å løse oppgaver innen utdanning og forskning. Kilde: Telemarksforskning

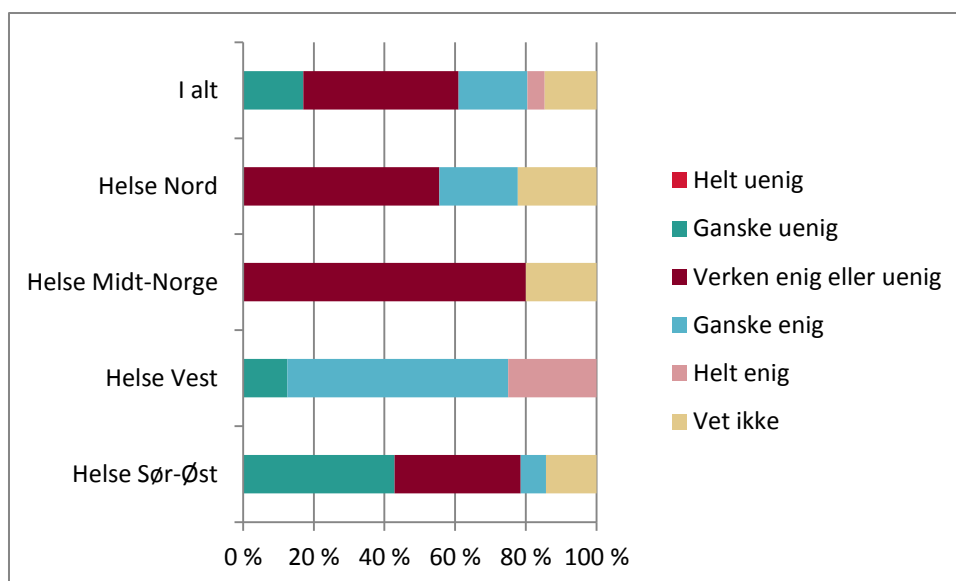
Vi ser av figuren at respondentene i alle fall ikke synes at ressursbruken knyttet til utdanning og forskning er for høy. Tvert imot er det gjennomgående for alle oppgavene at ressursbruken dreier mot å være for lav, slik respondentene ser det. Andelen som svarer «vet ikke» er svært høy, og det er derfor vanskelig å gjøre noen generelle konklusjoner om respondentenes syn på ressursbruken. Man kan imidlertid tydelig se at det er en sammenheng i at ressursbruken anses å være lav, samtidig med at oppgaver innen feltet betraktes som viktige og at de ikke er spesielt godt ivaretatt av de regionale helseforetakene.

### Forskjeller mellom helseregionene

På noen spørsmål skiller besvarelsene i helseregionene seg fra hverandre. Det er i den sammenheng interessant å se på hvordan besvarelsene fordeler seg i de ulike regionene.

### Utvikling i kvalitet

Figuren under viser hvorvidt respondentene er enige eller uenige i at kvaliteten på det regionale helseforetakets arbeid innen utdanning og forskning stadig har blitt bedre.

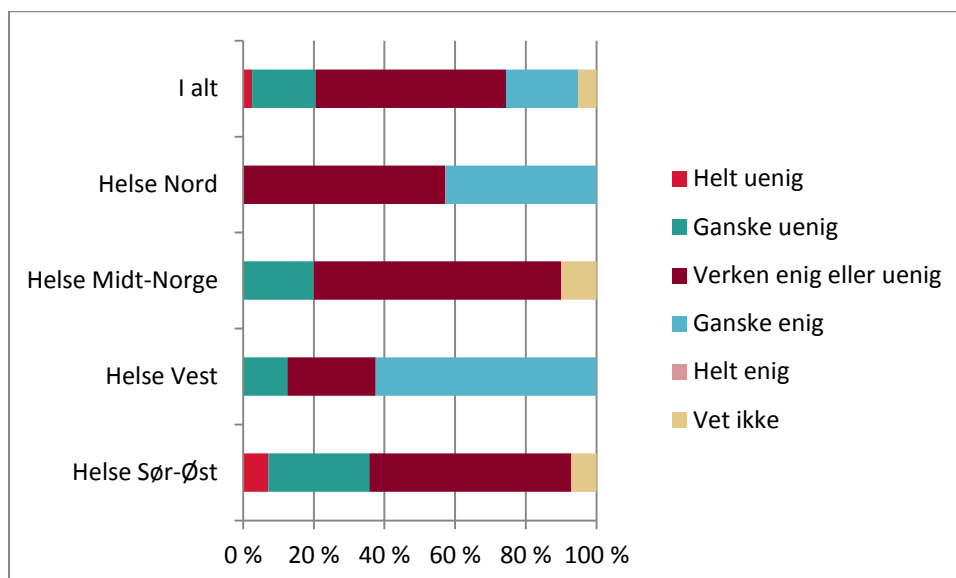


Figur: Hvorvidt respondentene er enige eller uenige i at kvaliteten det regionale helseforetaket sitt arbeid innen utdanning og forskning har blitt stadig bedre. Kilde: Telemarksforskning

Figuren viser at det er svært varierende hva respondentene mener om kvalitetsutviklingen. Det er de i helseregion Vest som er mest fornøyde med utviklingen i kvalitet. 25 prosent er «helt enig» i at kvaliteten har blitt stadig bedre, mens 63 prosent er «ganske enig». Resten er uenig i at utviklingen har vært positiv. Vi ser at det er størst misnøye med kvalitetsutviklingen blant respondentene i helseforetakene under Helse Sør-Øst. Her er 43 prosent «ganske uenig» i at kvaliteten har blitt bedre. Under Helse Midt-Norge er 80 prosent av respondentene «verken er enige eller uenige» i at det har foregått en positiv kvalitetsutvikling, mens de øvrige respondentene ikke vet hva de mener om utviklingen.

#### **Forvaltning av ansvarsområdet, sett under ett**

Figuren under illustrer hvor enig respondentene er i at det regionale helseforetaket *totalt sett*, ivaretar sine oppgaver innen forskning og utvikling på en hensiktsmessig måte. Vi ser her de samme tendensene som for kvalitetsutviklingen.



Figur: Totalt sett, hvor enige respondentene er i at det regionale helseforetaket ivaretar sine oppgaver innen utdanning og forskning på en hensiktsmessig måte. Kilde: Telemarksforskning

***Momenter som er med på å forklare forskjellene mellom regionene***

Nedenfor er et utdrag av de viktigste forskjellene i hva respondentene i de ulike helseregionene svarte. Til sammen er disse momentene er med på å forklare ulikhetene mellom regionene, og de kan betraktes som indikasjoner på hva de regionale helseforetakene er gode på og hva de ikke er fullt så gode på. Det understrekes igjen at det for noen av spørsmålene er få respondenter og/eller mange som svarer «vet ikke».

***Oppgave: Bidrar til at helseforetakene lærer kollektivt av feil og systemsvikt***

Helse Vest skiller seg positivt ut ved at 50 prosent av respondentene i regionen er ganske enige i at denne oppgaven ivaretas på en hensiktsmessig måte. I helseregion Sør-Øst er det 15 prosent som er enige i dette, mens ingen i de andre regionene er enige i at deres regionale helseforetak bidrar til kollektiv læring. Hos respondenter under Helse Midt-Norge mener hele 70 prosent av respondentene at ressursbruken er for lav knyttet til å arbeide med denne oppgaven, mens tilsvarende tall for Helse Nord er 66 prosent. Dette kan forklare hvorfor de to sistnevnte er mest misfornøyde når det gjelder kollektiv læring.

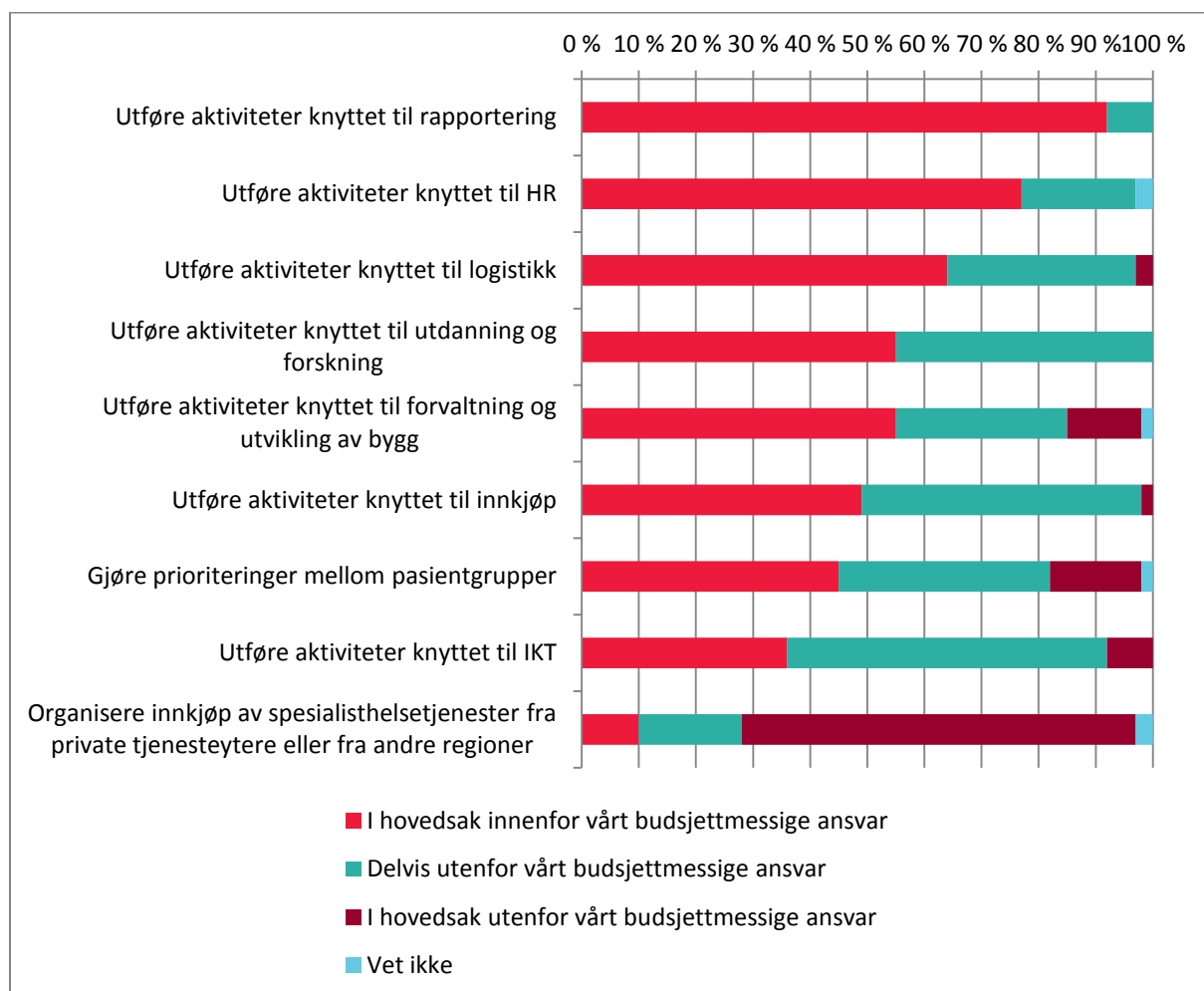
***Andelen «vet ikke»-svar:***

For noen av spørsmålene er det en stor andel av respondentene som svarer «vet ikke». Respondenter i helseforetakene under Helse Sør-Øst peker seg ut som de som har den største andelen «vet ikke»-svar. Det kan være ulike grunner til dette, men man kan tenke seg at dette kan ha en sammenheng med størrelsen på det regionale helseforetaket og/eller strukturen i organiseringen av virksomheten.

## Skillelinjen mellom de regionale og underliggende helseforetakene

### Skillelinjen i gjennomføring av oppgaver

For å få et nærmere innblikk i om helseforetakene bruker ressurser på å arbeide med oppgaver som strengt tatt ligger til de regionale helseforetakene, har vi spurt respondentene om helseforetaket utfører aktiviteter som ligger utenfor deres budsjettmessige ansvar. Resultatene er illustrert i figuren under.



Figur: Hvorvidt ulike aktiviteter gjøres innenfor eller utenfor de underliggende helseforetakenes budsjettmessige ansvar. Kilde: Telemarksforskning

Figuren viser at helseforetakene på flere områder er sterkt engasjert i oppgaver som ansvarsmessig ligger på det regionale nivået:

### **Eierrollen**

Aktiviteter knyttet til rapporteringer gjøres i all hovedsak innenfor det budsjettmessige ansvar som de underliggende helseforetakene har. Når det gjelder forvaltning av funksjoner knyttet til HR og logistikk gjøres dette i noen grad av helseforetakene ut over deres budsjettmessige ansvar.

Aktiviteter knyttet til innkjøp og IKT er funksjoner som regionale helseforetak tilbyr som fellestjenester. Likevel oppgir 51 prosent av respondentene at de har aktiviteter knyttet til innkjøp som går ut over deres eget budsjettmessige ansvar. Det tilsvarende tallet innen IKT er 64 prosent.

I underkant av halvparten av respondentene svarer at de har aktiviteter knyttet til forvaltning og utvikling av bygg delvis eller i hovedsak utenfor deres budsjettmessige ansvar. En respondent refererer til helsereformen som blant annet hadde til hensikt å se drift og investeringer i sammenheng. Det forklares at dette er vanskelig å gjennomføre så lenge det meste av investeringene styres og prioriteres av det regionale nivået mens helseforetakene har ansvar for løpende drift.

Helseforetakene utfører som har sett, aktiviteter som kommer inn under de regionale helseforetakenes ansvar innen eierstyring. Dette henger godt sammen med at respondentene mener at ressursinnsatsen, effektiviteten og kvaliteten i de administrative funksjoner og tjenester ikke er tilfredsstillende.

### **Sørge-for-ansvaret**

Nærmere 70 prosent av respondentene har svart at de er engasjert i å organisere innkjøp av spesialisthelsetjenester fra private tjenesteytere eller fra andre regioner, på et nivå som i hovedsak er utenfor deres budsjettmessige ansvar. I tillegg svarer 18 prosent at de driver slik aktivitet delvis utenfor deres budsjettmessige ansvar. Bare 10 prosent svarer at de ikke har aktiviteter knyttet til slike innkjøp av eksterne spesialisthelsetjenester som går utover deres eget ansvar. Også når det gjelder prioriteringer mellom pasientgrupper er dette noe helseforetakene driver med i et forholdsvis omfattende omfang. Over halvparten av respondentene oppgir at deres helseforetak arbeider med prioriteringer mellom pasientgrupper som er delvis eller i hovedsak utenfor deres budsjettmessige ansvar.

Når vi ser dette i sammenheng med hvordan helseforetakene vurderer de regionale helseforetakenes arbeid innenfor disse to ansvarsområdene, ser vi at dette er oppgaver som de mener er rimelig bra ivaretatt. Ressursbruken knyttet til innkjøp av spesialisthelsetjenester eksternt hos de regionale helseforetakene anses for en stor del å være på «et passe nivå», men 23 prosent mener likevel at nivået er «noe lavt» og hele 21 prosent svarer «vet ikke». Den høye andelen av respondenter som ikke har noen formening om ressursbruken, kan være et signal på at det er utydelige ansvarsskiller mellom nivåene. Dette kan være noe av forklaringen på hvorfor helseforetakene er aktive i å organisere de eksterne innkjøpene selv. Ressursbruken hos de regionale helseforetakene knyttet til å gi tydelige signaler om prioritering mellom pasientgrupper er den oppgaven som angis av flest å være på et for lavt nivå (44 prosent mener det). Dette taler i retning av at det regionale nivået gir for utydelige signaler om hvordan helseforetakene skal prioritere mellom pasientgrupper, noe som kan være bakgrunnen for at helseforetakene selv er involvert i å gjøre prioriteringene.

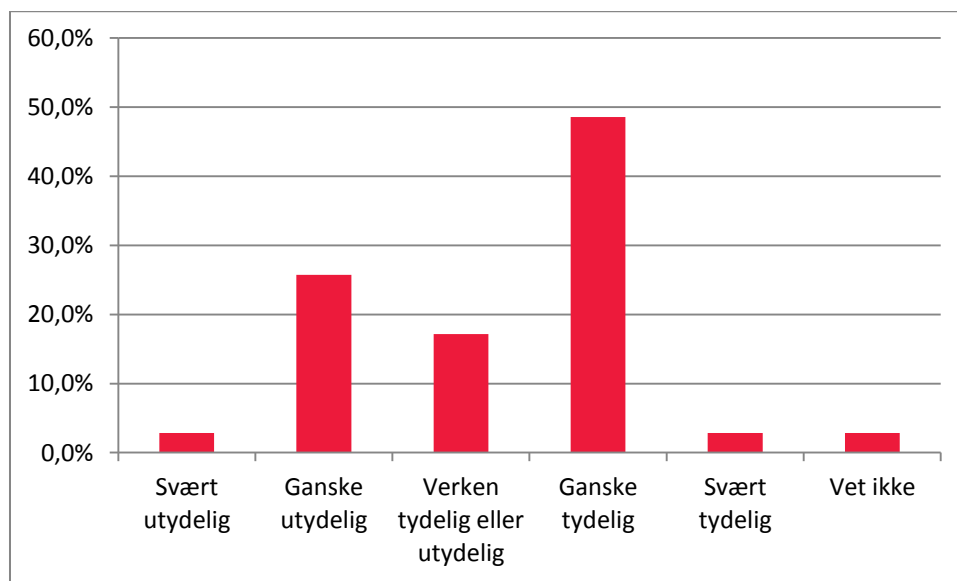
Det blir påpekt av en respondent at i praksis vil det enkelte helseforetaket ha et sørge-for-ansvar i eget nedslagsfelt. En annen respondent mener at samspillet mellom nivåene kunne vært bedre og påpeker «RHFet kunne vært mer lydhør for innspill fra HFene». Den samme respondenten forteller at det er helseforetaket og ikke det regionale nivået som har tatt initiativ til og vært pådriver for endringer når det gjelder å utjevne skjevheter i behovsdekningen.



### Utdanning og forskning

I underkant av halvparten av respondentene oppgir at de har aktiviteter knyttet til utdanning og forskning som går delvis utenfor deres budsjettmessige ansvar. Dette kan være et resultat av at respondentene mener at de regionale helseforetakene ikke ivaretar sine oppgaver innen utdanning og forskning på en tilfredsstillende måte og at ressursbruken i det regionale nivået er for lavt. Det blir påpekt av en respondent at det regionale helseforetaket bør overlate oppgaver knyttet til forskning, utdanning og fagutvikling til universitetssykehusene.

Figuren under illustrerer hvorvidt respondentene mener at skillet mellom ansvarsoppgaver for det regionale nivået og de underliggende helseforetakene er tydelig eller ikke.



Figur: Hvorvidt respondentene mener at skillet i ansvars- og rollefordelingen mellom det regionale nivået og underliggende helseforetak er tydelig. Kilde: Telemarksforskning

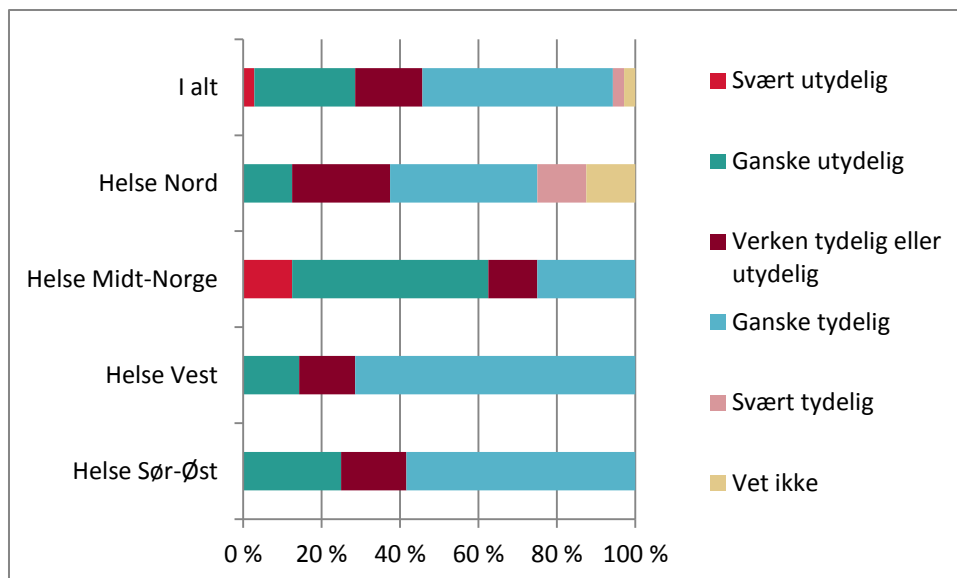
Av figuren ser vi at over 50 prosent av respondentene mener at skillet er «ganske tydelig» eller «svært tydelig». Samtidig ser vi at nærmere 30 prosent mener at det er utydelig. Det at såpass mange mener at grensegangen mellom nivåene er utydelig kan være med å forklare at helseforetakene utfører oppgaver som budsjettmessig ligger utenfor deres ansvar.

### Forskjeller mellom regionene

Det er kun for noen få oppgaver at det kan pekes ut skiller mellom regionene: Helseforetakene under Helse Vest er de som i størst grad holder sine aktiviteter knyttet til forvaltning og utvikling av bygg innenfor sitt budsjettmessige ansvar. Også når det gjelder prioritering mellom pasientgrupper er det under Helse Vest at aktivitetene i størst grad holdes innenfor eget budsjett. I helseforetakene under Helse Midt-Norge er det motsatte tilfellet. Når det gjelder innkjøp av spesialisthelsetjenester eksternt oppgir alle respondentene i Helse Vest at de gjør denne typen oppgaver i hovedsak utenfor sitt budsjettmessige ansvar.

Som vi ser, skiller altså Helse Vest seg ut fra de andre helseregionene i begge retninger.

Figuren under illustrerer forskjeller mellom helseregionene på spørsmålet om hvor tydelig de synes skillet i ansvars- og rollefordelingen er.



Figur: Hvorvidt respondentene mener at skillet i ansvars- og rollefordelingen mellom det regionale nivået og underliggende helseforetak er tydelig. Kilde: Telemarksforskning.

Vi ser av figuren at respondentene under Helse Midt-Norge uttrykker en større utydighet i skillelinjene enn tilfellet er for respondenter i de andre regionene. Helse Vest er den regionen hvor skillelinjene angis å være tydeligst.

BDO AS  
Postboks 1704 Vika  
0121 Oslo

[www.bdo.no](http://www.bdo.no)