

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Dykkar ref:

Vår ref:
2016/3394 - 400/2017

Sakshandamar:
Ivar Eriksen 51 96 38 14

Dato:
10.02.2017

Høyring - NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Vi viser til brev frå Helse- og omsorgsdepartementet av 5. desember 2016 der det blir invitert til å gi uttale til forslaga i NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.

I oversendinga blei høyringsinstansane bedt om å vidarese saka til underliggjande etatar eller verksemdar. Helse Vest RHF har ikkje lagt opp til å gi ei samla høyringsuttale frå føretaksgruppa, men i staden opna for at helseføretaka i regionen gir sine eige høyringsuttaler.

Oppsummering

Helse Vest vil tilrå at gjeldande modell for organisering og styring av spesialisthelsetenesta blir vidareført. Dagens modell framstår som det klart beste alternativ samanlikna med dei modellane som utvalet har vurdert.

Det må vere ein føresetnad at dersom ein skal endre organiseringa av spesialisthelsetenesta må det vere fordi ein har klart å identifisere ein modell som er betre egna til å møte dei utfordringane spesialisthelsetenesta står ovanfor. Ein slik modell er i dag vanskeleg å få auge på. Helse Vest vil vise til at helseføretaksmodellen har vore gjenstand for utvikling – til det betre – gjennom dei åra modellen har eksistert, og det er Helse Vest sin vurdering at ein vidareføring av modellen med merksemd på gradvis vidareutvikling og forbetring framstår som den mest robuste og minst risikofylte løysing.

Helse Vest vil i sin høyringsuttale understreke at det er vår vurdering at alle dei modellane som er omtalt i utgreiinga vil føre til sentralisering, noko vi ser på som ei lite ønska utvikling. Vi vil vidare gi vår tilslutning til utvalet si påpeiking av at det på ny er viktig å understreke betydinga av handlefridom for sjukehusa i den daglege drifta, jf. utgreiinga punkt 10.2, og vi er samd med utvalet i at ein modell med eitt nasjonalt helseføretak er å føretrekke blant dei alternativa som er gitt i mandatet.

Helse Vest deler også dei vurderingane som er gjort kring *regionalt eller nasjonalt beslutningsnivå*, og vi vil understreke betydinga av å behalde eit regionalt avgjersnivå. Noko anna vil innebære ein ikkje ubetydelig sentralisering, det vil bety mindre legitimitet for dei avgjersler som skal takast, og det vil gi eit dårlegare utgangspunkt for å utvikle gode regionale samarbeidsrelasjonar.

Om mandatet

Helse Vest har merka seg dei tre sentrale føringane for utvalet sitt arbeid som blei gitt i mandatet.

- Organisering skal skje innafor helseføretakslova
- Staten skal vere eigar
- Dagens prinsipp for finansiering skal leggjast til grunn

I den offentlege debatten kring spesialisthelsetenesta er det fleire som har stilt seg kritiske til organiseringa innafor helseføretakslova, det statlege eigarskapet og dagens prinsipp for finansiering. Med bakgrunn i mandatet vil Helse Vest RHF, på same måte som utvalet, ikkje omtale desse områda.

Helse Vest har også merka seg at det i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019) er slått fast at spesialisthelsetenesta skal planleggjast og dimensjonerast med utgangspunkt i det regionaliserte helsevesen.

Generelle kommentarar

Kapittel 3 og 4 gir ei god omtale av helseføretaksmodellen samt eit godt bilete av dei erfaringar som er gjort gjennom dei 15 åra modellen har virka. Utgreiinga synleggjer at målbare resultat i spesialisthelsetenesta har utvikla seg godt i denne perioden, og det er i stor grad blitt levert på dei målsettingane som var sett for reforma.

Det sentrale utgangspunktet for utgreiinga er om endringar i organisering og styring av spesialisthelsetenesta vil kunne gi eit enda betre grunnlag for å utvikle tenesta og gi ytterlegare forbetringar i resultat. Dette spørsmålet vil vere nært knytt til kva som er utfordringsbilete for spesialisthelsetenesta og kva problem og utfordringar ein ønskjer å løyse. Når dette er definert, vil det neste spørsmålet vere om endringar i organisering vil vere eit egna virkemiddel for å møte desse utfordringane/problema.

Det er Helse Vest sin vurdering at både mandatet og utgreiinga er noko utydelege med omsyn til å spisse kva utfordringar og problem som skal leggjast til grunn for vurderinga av om ei endring i organisering og styring er eit riktig verkemiddel. Dette sjølv om både mandatet og utgreiinga trekk opp ein rekke sentrale aktuelle problemstillingar og i

tillegg peikar på vesentlege deler av den kritikken som er blitt retta mot modellen frå ulike grupperingar.

I kapittel 4.1.1 blir det mellom anna trekt fram fem tema som har stått sentralt i kritikken mot modellen. Desse er:

- Modellen er udemokratisk
- Den gir eit marknadsstyrt helsevesen
- Styra har manglande tillit
- Modellen skapar eit unødvendig byråkrati
- Modellen er ei utfordring for lokalsjuehusa

Slik Helse Vest les utgreiinga understøtter den i liten grad denne kritikken. Det er over fleire år gjort ei rekkje evalueringar av helseføretaksmodellen. Resultata av desse evalueringane er gjennomgåande gode for helseføretaksmodellen. Ser vi desse resultata i samanheng med dei utviklingstrekk og gradvise tilpassingar av modellen som er gjort, framstår dagens modell meir robust og demokratisk enn i sin opprinnelege form. Sentrale endringar som er gjennomført av regjeringa dei siste åra, har særleg bidrege til dette. Helse Vest viser her til dei endringar som statsråden trakk fram i sjukehusstaden den 10. januar 2017:

- Gjennom nasjonal helse- og sjukehusplan har regjeringa etablert ein sterkare demokratisk forankring av styringa av spesialisthelsetenesta.
- Kravet om utarbeiding av utviklingsplanar i tråd med nasjonal rettleiar for slike planar.
- Etableringa av nasjonale føretak for IKT, bygg og innkjøp – noko som legg til rette for meir nasjonal styring og samordning.
- Profesjonalisering av styra.
- Etablering av ein praksis der viktige saker blir lagt fram for statsråden i føretaksmøtet, til dømes nedlegging av sjukehus og framtidig sjukehusstruktur i hovudstadsområdet.

Utvalet si oppgåve har vore å vurdere om spesialisthelsetenesta kan bli betre ved å velje ei anna organisatorisk løysing. Som bakgrunn for vurderinga har utvalet i kapittel 6 drøfta det utfordringsbilete sektoren står ovanfor. Utvalet løfter særleg fram følgjande tema:

- Auka behov og høg endringstakt
- Hovudelementa frå Nasjonal helse- og sjukehusplan
- Rettigheitslovgivinga
- IKT-området
- Leiing og intern organisering

Helse Vest delar utvalet sine vurderingar kring utfordringsbilete, og vi er samde med utvalet når det i punkt 6.2.3 blir understreka at dei utfordringar og tiltak som følgjer av Nasjonal helse- og sjukehusplan ikkje krev ein bestemt organisatorisk løysing. Vi er også samde i at den manglande nasjonale samordninga innanfor IKT-området i heile helsesektoren er ein betydeleg utfordring, og at det er behov for betre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet. Helse Vest stiller seg likevel spørjande til om organisatorisk endringar av den type som er løfta fram i mandatet er det riktige

virkemiddel for å møte dei utfordringane som utvalet har løfta fram og drøfta i kapittel 6.

Alternativ til dagens organisering

I kapittel 7 i utgreiinga er det gitt ein omtale og vurdering av dei alternative organisasjonsformene som er gitt i mandatet. Modellane er vurdert opp mot eitt sett av kriterier som kan samlast under overskriftene legitimitet, effektivitet og kriterier for samhandling og medverknad.

Som utvalet peikar på har regiontankegangen og det regionaliserte helsevesen vore førande for organiseringa av spesialisthelsetenesta sidan 1970-talet. Gjennom helseføretaksreforma blei regionperspektivet ytterlegare forsterka. Det er Helse Vest sitt syn at ei vidareføring av denne linja er sentral også i den vidare utviklinga av tenesta og gir det beste utgangspunktet både for å sikre legitimitet for avgjersler, for å sikre effektive tenester og for god og nødvendig samhandling og medverknad.

Dei tre modellane som var oppgitt i mandatet har det til felles at dei ikkje har eit regionnivå med formell avgjerdsmyndighet. Helse Vest er av det syn at dette vil gi ein lite ønska utvikling som vil føre til ein ikkje ubetydelig sentralisering. Det vil bety mindre legitimitet for dei avgjersler som skal takast, og det vil gi eit dårlegare utgangspunkt for å utvikle gode regionale samarbeidsrelasjonar. Resultatet vil raskt kunne bli ein situasjon prega av omkampar og lobbyisme, noko som ville vore ei lite ønska utvikling.

Om alternativ 1 – dei regionale helseføretaka blir avvikla og helseføretaka blir lagt direkte under departementet

Dette alternativet kan i utgangspunktet framstå som ein forenkling av styringsmodellen.

Alternativet gir færre avgjerdsnivå, direkte politisk innflytelse og kan oppfattast som ein opprydding i det som er omtalt som unødvendig byråkrati. Slik sett svarer modellen ut mykje av den kritikken som er retta mot eksisterande modell. I denne samanheng må ein justere for den vekst i tal byråkratar som vil komme i den sentrale helseforvaltning, for å løyse dei nye oppgåvene som er lagt der.

Utvalet peiker på at ein i denne modellen sikrar at viktige avgjersler blir brakt til eit forvaltningsnivå der statsråden har både full instruksjonsrett og ansvar ovanfor Stortinget, noko som i neste omgang vil kunne gi auka legitimitet hos dei aktørane som i dag etterlyser sterkare politisk styring. Helse Vest vil peike på at desse omsyna allereie er innarbeidde i dagens styringssystem, gjennom etableringa av Nasjonal helse- og sjukehusplan og ikkje minst gjennom dei endringar som blei gjort i 2012 i helseføretakslova § 30 og som sikrar at ein lang rekke sentrale spørsmål skal leggjast fram for departementet før endeleg vedtak blir gjort.

Ei sentral oppgåve for dei regionale helseføretaka har vore å utvikle regionane og det regionale samarbeidet, og få etablert robuste helseføretak. Det er eit gjennomgåande trekk at dei regionale helseføretaka har levert på denne oppgåva. Med det som

utgangspunkt ville denne modellen kunne vore ein naturleg forlenging. Helse Vest vil likevel understreke at sjølv om regionane er kome langt i sin utvikling er det framleis mykje regionalt utviklingsarbeid som er ugjort. Dette er utviklingsarbeid der Helse Vest trur at dei regionale helseføretaka har ein viktig funksjon og vil bringe meirverdi på same måte som vi har sett fram til no, jf. mellom anna dei evalueringar som det er vist til ovanfor.

Helse Vest er samd med utvalet når det blir peikt på at kontrollspennet for statsråden blir stort i denne modellen, og at det gir høg risiko for at det blir for stort fokus på enkeltsaker og forskyving frå ein heilskapleg tilnærming til helsepolitikken til ein uhensiktsmessig sterk vektlegging av spesialisthelsetenesta. Det politiske ansvaret vil bli meir omfattande og fleire enkeltsaker og meir detaljer vil bli løfta til departement, statsråd og Storting.

Eit positivt trekk ved modellen vil kunne vere at helseføretaka blir gitt eit større handlingsrom. Men når dette handlingsrommet i første rekke vil vere ein konsekvens av det store kontrollspennet som departementet skal handtere, og ikkje er eit resultat av ein ønska og tilrettelagt utvikling, inneberer dette handlingsrommet meir ein risiko for negativ utvikling enn eit gode. Resultatet kan lett bli det motsatte av det ein ønsker, nemleg ei meir fragmentert, og mindre heilheitleg og likeverdig spesialisthelseteneste.

Helse Vest er også samd med utvalet når det blir understreka at departementet vil vere lite egna til å ivareta mange av dei oppgåvene og ansvaret som dei regionale helseføretaka har i dag, og departementet vil aldri kunne sitte på den lokale og regionale kunnskap og forankring som openbart er nødvendig for å få til ein god styring og utvikling av tenestene.

Helse Vest stiller seg tvilande til om eit departement vil vere betre rusta til å handtere oppgåver av utprega regional karakter og som dei regionale helseføretaka i dag utøver, som funksjons- og oppgåvefordeling, prioritering av investeringar, styring og oppfølging av kapasitet og kvalitet, inntektsfordeling med vidare.

Inntektsfordeling frå nasjonalt nivå og heilt ut vil bli svært krevjande, og det nasjonale nivå vil vanskeleg kunne opparbeide seg den same innsikt i og kunnskap om lokale forhold som i dag er etablert på regionalt nivå. Modellen vil derfor kunne gi auka risiko for konflikt på tvers av helseføretak og regionar. Tilsvarende utfordringar vil i denne modellen gjelde i forhold til den likviditetsomfordeling som i dag skjer i dei regionale helseføretaka, og Helse Vest er samd med utvalet når dei peikar på at ei slik oppgåve ikkje berre vil vere krevjande, men nærast umogleg for eit departementet å handtere.

Alternativet kjem også dårlig ut i forhold til dei tre overordna kriteria som utvalet har målt dei ulike modellane opp mot. Modellen gir større avstand til avgjersler, den fører til sentralisering, den svekker lokalmiljøa si moglegheit til å påverke avgjersler, den svekker dei tilsette si deltaking og medråderett og den gir dårlegare rammevilkår for innsyn og møteoffentlegheit og svekka legitimitet og lojalitet til avgjersler.

Helse Vest har i utgangspunktet ingen vanskar med å sjå at det kan vere enklare å få til nasjonal samordning og styring i ein modell der all eigarstyring skjer frå ein stad, men om det vil føre til meir heilheitleg og likeverdig spesialisthelseteneste er eit stort

spørsmål. Samla sett er det vår vurdering at denne modellen ikkje gir eit betre utgangspunkt for å møte dei utfordringar spesialisthelsetenesta står ovanfor i åra som kjem.

Om alternativ 2 – departementet med sjukehusdirektorat til erstatning for dei regionale helseføretaka

Dette alternativet skil seg frå alternativ 1 ved at det blir oppretta eit sjukehusdirektorat, men der dei formelle ansvarsforholda vil vere det same. Alternativet er omtala i to variantar

- Eit med sjukehusdirektorat i eigarlinja
- Eit med sjukehusdirektorat som tilretteleggjar for departementet

Som i alternativ 1 kan ein venta seg fleire omkampar og større pågang frå pressgrupper i både budsjettprosessar og enkeltsaker i denne modellen. Samla sett meiner også utvalet at dette alternativet kjem dårlig ut i forhold til effektivitetskriteriene.

Dei fleste av dei innvendingane som det er vist til under alternativ 1 gjeld også for alternativ 2. Det er Helse Vest si vurdering at dette alternativet framstår som det dårlegaste av dei tre som blei lansert i mandatet. Helse Vest vil ikkje tilrå at dette alternativet blir lagt til grunn for den vidare utvikling og organisering av tenesta.

Om alternativ 3 – nasjonalt helseføretak til erstatning for dei regionale helseføretaka

Funksjonsmåte og konsekvensar av dette alternativet har store fellestrekk med gjeldande organisering med regionale helseføretak. Ei rekke forhold vil bli som i dag og ansvar og rolle for statsråden og departementet blir i utgangspunktet ikkje endra.

Modellen har fleire fordeler. Særleg tydeleg blir det for dei moglegheitene ein slik modell gir for nasjonal samordning.

Helse Vest er samd med utvalet i at ein modell med eitt nasjonalt helseføretak er å føretrekke blant dei alternativa som er gitt i mandatet. Når Helse Vest likevel ikkje finn å kunne tilrå denne modellen, er det knytt til ei rekke negative sider der fleire også er trekt fram av utvalet. Det er Helse Vest si vurdering at desse sidene langt overskygger dei positive sidene ved modellen som er trekt fram ovanfor.

For det første vil også denne modellen innebere ein klar sentralisering. Ei utvikling som openbart vil svekke legitimiteten til styringssystemet. Helse Vest er samd med utvalet i at det er vanskeleg å seie korleis dette vil påverke grunnlaget for samordning og styring, men svekka legitimitet vil også kunne påverke gjennomføringskrafta. Dette handlar mellom anna om avstand frå sjukehusa sine driftseiningar til det nasjonale avgjerdsnivået og den maktkonsentrasjon som vil bli samla hjå det nasjonale styret og administrerande direktør i det nasjonale helseføretaket.

Leiinga i det nasjonale helseføretaket vil få dei same utfordringane med kontrollspennet som departementet/direktoratet ville få i dei to andre modellane. Resultatet i denne modellen kan og lett bli det motsatte av det ein ønsker, nemleg ei meir fragmentert, og mindre heilheitleg og likeverdig spesialisthelseteneste.

Kommentarar til alternativ 4

Mandatet opna for at utvalet kunne utgreie andre alternativ. Utvalet har presentert eit alternativ 4 der helseføretaka ikkje lenger er sjølvstendige rettssubjekt, men blir ein del av den same juridiske eininga som dagens regionale helseføretak. Alternativet inneber at ein går bort frå dagens ordning med styrer på helseføretaksnivå.

Ein vesentleg motivasjon for alternativ 4 synes å vere at ein freistar å utvikle ein modell med færre formelle avgjerdsnivå. Det er Helse Vest sin vurdering at ein slik endring vil gi auka sentralisering, mindre legitimitet og snarare føre til at avstanden til toppleiinga vil bli opplevd lengre for leiarar og medarbeidarar på alle nivå i organisasjonen.

Alternativet byggjer på ein føresetnad om at leiinga i dei underliggjande resultateiningane blir gitt fridom til å gjere sjølvstendige avgjersler. Dette krev at det blir etablert fullmakter internt i føretaket av ein slik art at dei avgjerslene som blir gjort ikkje blir overprøvd. Helse Vest har vanskar med å sjå at dette vil kunne fungere godt i praksis. Det formelle ansvaret vil alltid ligge til den juridiske eininga, ved styret og administrerande direktør. Uansett korleis fullmaktene vil bli innretta vil derfor alle saker, store eller små, potensielt kunne hamne hjå administrerande direktør eller styret i føretaket. Dette vil føre til at styret/ administrerande direktør i regionen vil måtte handtere saker av eit omfang og på eit detaljnivå som vil vere lite hensiktsmessig. Helse Vest vil også legge til at ein kan ikkje lovfeste eller vedtektsfeste at det skal delegerast mynde til eit lågare nivå i organisasjonen. Dette vil i så fall pulverisere ansvarsforholdet mellom styret og administrerande direktør, og ikkje vere gjennomførbart.

Ein utfordring med ein slik modell vil også vere at utforminga av fullmaktene og praksis kring desse vil kunne utvikla seg ulikt i kvar enkelt region.

Det er Helse Vest sin vurdering at modellen framstår som krevjande både for styret, administrerande direktør og for politisk leiing og departementet. Det same vil også gjelde for dei sjukehusområda som regionane vil bli delt opp i og dei respektive områdeleiarane. Eit døme på dette vil vere område samhandling med kommunane. Dersom regionen er ein juridisk eining kan vi vanskeleg sjå korleis eit lågare nivå enn regionen (den juridiske eininga) kan vere avtalepart. Dette vil snarare føre til ein sentralisering enn styrking av det lokale nivået.

Helse Vest ser at denne modellen kan gje ein enklare organisering, og vil gje direktørane frå dei tidlegare helseføretaka ein plass i den regionale leiargruppa. Dette vil likevel ikkje vere grunn god nok til å støtte dette alternativet.

Det framgår av utgreiinga at dette alternativet vil kunne løyse «problemstillinga» kring direktørmøtet som eit organ der det i realiteten blir trekt slutningar med stor innverknad på kva vedtak som blir gjort i helseføretaksstyra. Helse Vest er ikkje samd i at dette er ein problemstilling som er utfordrande for gjeldande modell. Helse Vest har i ein årrekkje arbeidd for å utvikle føretaksgruppa med stor vekt på samordning og standardisering. Dette skjer på alle nivå i verksemdene og gjennom bruk av nettverk, prosjekt- og matriseorganisering. Styra i helseføretaka er ein viktig del av denne heilskapen, og det er snarare ein styrke enn ein svakheit, og ein føresetnad for ønska utvikling, at direktørane gjennom direktørmøte kan drøfte felles utfordringar og vurdere

korleis ein på ein best mogleg måte kan løyse dei oppgåvene som styra har lagt til dei administrerande direktørane.

Det er Helse Vest sin vurdering at styra i helseføretaka har ein sentral funksjon, og dei gir legitimitet til modellen og dei avgjersler som blir gjort. Oppgåva knytt til å tilsette administrerande direktør i helseføretaket og føre tilsyn med verksemda har også stor verdi.

Det er Helse Vest sin vurdering at denne modellen neppe gir noko betre utgangspunkt for å møte dei utfordringar spesialisthelsetenesta står ovanfor i åra som kjem, enn den modellen ein har i dag.

[Kommentarar til dei generelle endringsforslaga, jf. punkt 10.1](#)

Utvalet har i kapittel 10.1 vurdert tiltak som kan bidra til å betre styringa av spesialisthelsetenesta utan at dette krev endringar av sjølvstyringsmodellen. Helse Vest kan i det vesentligaste slutta seg til dei tilrådingane som er gitt, men vil likevel kommentere nokre punkt.

Oppfølging av felleseigde selskap

Utvalet fremmar forslag om at rapportering og oppfølging av dei felles eigde selskapa skal gå inn som ein fast del av den etablerte styringsdialogen Helse- og omsorgsdepartementet har med dei regionale helseføretaka. Helse Vest er usikker på korleis denne tilrådinga er å forstå og kva nytt den er meint å innebære. Helse- og omsorgsdepartementet kan når dei måtte ønskje det løfte fram tema knytt til dei felles eigde selskapa. Dette blir også gjort og er nyttig både for departementet og dei regionale helseføretaka. Helse Vest har imidlertid vanskar med å sjå hensikten i å fastslå generelt at tema kring dei felles eide selskapa skal vere ein del av ein fast rapportering – på same vis som heller ikkje andre tema er «faste», men meir eit resultat av aktualitet og fokus.

Helse Vest er for øvrig ikkje samd med utvalet i det som er sagt om eventuelle interessekonfliktar kring styring og utvikling av dei felleseigde selskapa. Det er Helse Vest sin vurdering at slike interessekonfliktar skal og må løysast regionane i mellom. Formuleringane i utgreiinga kan tyde på at ein legg til grunn at desse selskapa tek avgjersler som har verknad for nasjonal samordning og nasjonale målsettingar. Dette er feil. Selskapa er oppretta av, eigd av og styrt av dei regionale helseføretaka og skal bidra til å nå dei målsettingane som er sett for spesialisthelsetenesta. Mål og strategiar for selskapa og avgjersler som har verknad for nasjonal samordning og nasjonale målsettingar, vil alltid måtte takast av eigarane, det vil seie av dei regionale helseføretaka ved deira styre eller administrerande direktør i tråd med gjeldande fullmakt.

Samordning av IKT-området

Utvalet har peika på at det er behov for betre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet, og det er gitt tilråding om at det blir gjennomført ein samla gjennomgang av roller og oppgåver for dei ulike aktørane; mellom anna Nasjonal IKT HF, Helsetjenetens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO), Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenet SF.

Helse Vest er som nemnd ovanfor samd i at den manglande nasjonale samordninga innanfor IKT-området i heile helsesektoren er ein betydeleg utfordring, og Helse Vest vil understreke behovet for å sjå nærare på det nasjonale nivået og da særleg på problemstillinga kring ein nasjonal leverandørposisjon der Norsk Helsenett, deler av Direktoratet for e-helse og HDO inngår. Det vil truleg vere nødvendig å gjennomgå Nasjonal IKT sin posisjon i dette bildet.

Samansetting av styrer

Utvalet har gjort framlegg om at det i vedtektene blir gitt ei omtale av kva kompetansekrav som skal gjelde for samansetting av styra. Helse Vest er i utgangspunktet samd med utvalet når det gjeld dei krav til kompetanse ein meiner bør vere til stades i styra, og det er Helse Vest sin vurdering at dette gjerne må omtalast i ein retningslinje eller bli uttrykt som ein ambisjon. Å formulere dette som eit absolutt krav i vedtektene framstår imidlertid som lite hensiktsmessig.

Helse Vest har i arbeidet med nye retningslinjer for brukarrepresentasjon gått inn for at leiar av regionalt brukarutval får formell status som observatør i det regionale styret.

Kommentarar til inndeling i helseregionar og tal helseføretak

Det er i mandatet lagt til grunn at utvalet skal vurdere inndelinga i helseregionar og tal helseføretak i lys av dei alternative modellane for organisering av eigarskapet.

Helse Vest legg som utvalet til grunn at det er lite diskusjon kring regioninndeling og regiongrenser når det gjeld helseregionane Nord, Midt-Noreg og Vest.

Når det gjeld Helse Sør-Aust, har Helse Vest ingen vanskar med å sjå at regionen i utgangspunktet kan framstå som uhensiktsmessig stor, og at dette gir eit krevjande og stort kontrollspenn og lange styringslinjer. Som peika på i utgreiinga må likevel storleiken på denne regionen i eit planleggingsperspektiv også vurderast i lys av at regionen dekkjer eit område med stor befolkningskonsentrasjon. Organisering av dette området i ein helseregion gir store moglegheiter for god samordning av pasienttilbodet og nødvendig funksjonsfordeling.

Det er i dag 4 regionar, der kvar region har sitt regionsjukehus. Innad i regionane får 92-98 % av pasientane sin behandling. Det er såleis berre i gjennomsnitt 5 % av pasientane som får sin behandling i andre regionar. Dette er ein balansert og hensiktsmessig organisering, der pasientane er ivaretekne på ein rimeleg god måte. Dersom ein skal auke tal regionar, bør ein vurdere om talet på regionsjukehus bør aukast. Dette vil i så fall gje ein lite hensiktsmessig utvikling, der ein må bruke til dels vesentlege med ressurser for å bygge opp eitt eller fleire regionsjukehus. Alternativet er ein ny region utan eit regionsjukehus, noko som og vil vere vanskeleg. Det vil ikkje gå lang tid før denne regionen starter arbeidet med å få etablert eit eige regionsjukehus.

Helse Vest støttar såleis at Oslo universitetssjukehus HF blir vidareført som regionsjukehus for heile Helseregion Sør-Aust, og at gjeldande regioninndeling blir

vidareført. Helse Vest har ved sin vurdering lagt vekt på den same grunngjevinga som fleirtalet i utvalet:

- deling av regionen vil gjere det vanskelegare å planlegge pasientbehandlinga for heile det aktuelle området, gitt at Oslo universitetssjukehus blir vald som regionsjukehus
- det vil måtte etablerast meir omfattande styringsmekanismar og avtaler mellom regionane
- ein deling vil gripe inn i dei omfattande investeringsplanane som er lagt
- omstillingskostnadane og risikoen vil vere betydeleg
- den demografiske utviklinga vil stille store krav til styringskraft i åra som kjem og omfattande organisatoriske endringar vil kunne svekke styringskrafta i ein periode

I tillegg vil Helse Vest peike på at Helse Sør-Aust, på same måte som dei andre regionane i landet, er i god utvikling. Ein eventuell oppdeling av regionen vil over tid ta mykje leiingskraft som i staden kunne vore nytta på vidare utvikling. Dersom ein gjennomfører omfattande organisatoriske endringar i ein region vil ein risikere at denne regionen blir sett tilbake i forhold til utviklinga i dei andre regionane. Det vil kunne skape ein ubalanse regionane mellom som verken dei tilsette eller pasientane er tente med.

Eventuelle utfordringar knytt til kontrollspenn og samhandling med vidare bør derfor møtast med andre tiltak.

[Kommentarar til organisering av eigedomsforvaltninga, jf. punkt 10.2.2](#)

For Helse Vest er det viktig å understreke at eit av dei viktigaste grepa vi har teke for å få kontroll på drifta i helseføretaka er å sjå drift og investering i saman. Det at det er ein klar samanheng mellom resultatet i drifta og rom for investeringar har vore svært sentralt i arbeidet med å få alle medarbeidarane med på å modernisere drifta av sjukehusa på Vestlandet. Dette har gitt oss moglegheit til å gjennomføre investeringar i storleik langt over kva vi avskriv, utan tilsvarande låneopptak. Dette incitamentet vil forsvinne dersom vi vel å etablere eit nasjonalt selskap der leigetakarane skal betale husleige. Nedsida på korleis organisasjonane responderer er mykje større enn oppsida dette eventuelt kan gje. Vi viser her til utvalets medlemmer Brustad og Haukaas sine kommentarar på side 226 i utgreiinga.

Helse Vest vil elles slutta seg til det utfordringsbilete som er teikna opp knytt til utfordringsbilete innanfor eigedområde.

Underfinansiering av vedlikehald av sjukehusa sin eigedomsmasse over tid er ein erkjent og dokumentert problemstilling som varierer i styrke, men som dei fleste helseføretak slit med. Utgreiinga reiser også problemstillinga kring manglande profesjonalisering innan FDVU-miljøa ved helseføretaka. Dette er ein problemstilling som er dårlegare dokumentert og grunngjeven enn underfinansieringsproblematikken. Det næraste ein kjem ein konkret grunngjeving er hypotesen om at eit stort fagmiljø er betre enn mindre fagmiljø. Det er lett å vere samd i at små fagmiljø kan vere sårbare, har vanskeleg for å oppretthalde kompetanse over tid og kan ha ein rekrutteringsutfordring.

Det som saknast i utgreiinga er ein vurdering av kor stort eit fagmiljø må vere for å kunne framstå som profesjonelt med kompetanse og leveringsdyktigheit.

Helse Vest er usikker på om løysinga på vedlikehaldsetterslepet er organisering av FDVU på regionalt/nasjonalt nivå gjennom eit eige eigedomsförvaltningsselskap. I ein slik løysing ligg også å innføre kostnadsdekkjande internhusleige. Dette vil klart skilje rollane som eigar og leigetakar. Det er Helse Vest sin vurdering at ein modell med kostnadsdekkjande husleige er eit prinsipp som er riktig og godt dersom ein meiner leige som har som formål å vere verdibevarande. Ein ordning med husleige som også skal omfatte vedlikehaldsetterslepet vil føre til eit husleigenivå som langt vil overstige det som elles gjeld i eigedomsmarknaden. Skal dette bli dekt av drifta vil det føre til mindre ressursar til pasientbehandling. Det er i Helse Vest lagt til grunn at vedlikehaldsetterslepet må møtast over fleire aksar; sanering, investering i nye bygg, vedlikehaldsinvesteringar og ordinært vedlikehald.

Det er Helse Vest sin vurdering at utfordringsbilete i utgangspunktet kan handterast innanfor dagens modell. Det bør likevel ligge til rette for å sjå nærare på eit utviklingssteg mot ein etablering av ein regional förvaltningseining, men der eigarskapen til bygga blir hjå helseføretaka. Vi viser her til det som er sagt ovanfor om samanheng mellom drift og investeringar.

Sjukehusbygg HF er ein internleverandør for dei regionale helseføretaka og helseføretaka og skal legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnytting og ressurstilgang innan prosjektering og bygging av sjukehus, og sørge for at erfaring frå förvaltning og drift av sjukehuseigedom blir teke omsyn til i nye prosjekt. Helse Vest vil tilrå at Sjukehusbygg bør få konsentrere seg om å bli god innanfor dagens formål før ein eventuelt vurderer ytterlegare oppgåver lagt til selskapet.

Oppsummerande kommentarar – vidareføring av modell med fire regionale helseføretak med tilpassingar

Helse Vest vil i det vesentlege gi vår tilslutning til omtale og beskriving av dei alternativa som følgjer av mandatet, jf. utgreiinga punkt 7.5. Helse Vest vil understreke at det er vår vurdering at alle desse modellane vil føre til sentralisering, noko vi ser på som ei lite ønska utvikling. Vi vil vidare gi vår tilslutning til utvalet si påpeiking av at det på ny er viktig å understreke betydinga av handlefridom for sjukehusa i den daglege drifta, jf. utgreiinga punkt 10.2, og vi er samd med utvalet i at ein modell med eitt nasjonalt helseføretak er å føretrekke blant dei alternativa som er gitt i mandatet.

Helse Vest er også samd i dei vurderingane som er gjort i avsnittet *regionalt eller nasjonalt beslutningsnivå* (side 215 – 217), og vi vil understreke betydinga av å behalde eit regionalt avgjersnivå. Noko anna vil innebære ein ikkje ubetydelig sentralisering, det vil bety mindre legitimitet for dei avgjersler som skal takast, og det vil gi eit dårlegare utgangspunkt for å utvikle gode regionale samarbeidsrelasjonar.

Helse Vest vil vidare framheve kommentarane på side 220-221 (frå medlemmene Bleikelia, Brustad, Carlyle, Gjessing, Haukaas, Grimsgaard, Gåsvatn og Thûrmer), og

kommentarane frå medlemmene Bleikelia, Brustad, Carlyle, Gjessing og Haukaas på side 221-222 og i det alt vesentligaste gi sin tilslutning til desse.

Helse Vest vil avslutningsvis tilrå at gjeldande modell blir vidareført. Dagens modell framstår som det klart beste alternative samanlikna med dei modellane som utvalet har vurdert. Det må vere ein føresetnad at dersom ein skal endre organiseringa av spesialisthelsetenesta må det vere fordi ein har klart å identifisere ein modell som klart framstår som betre egna til å møte dei utfordringane spesialisthelsetenesta står ovanfor.

Det er Helse Vest sin vurdering at dersom det skal gjerast endringar i styringsmodellen så må det vere til ein modell som openbart er betre enn dagens. Ein slik modell er i dag vanskeleg å få auge på. I denne vurderinga er det også tatt omsyn til at helseføretaksmodellen har vore gjenstand for utvikling – til det betre – gjennom dei åra modellen har eksistert. Til dømes blir det vist til dei endringane i lova som blei vedteke av Stortinget i 2012 og som tok til å gjelde frå 1. januar 2013, og dei endringane regjeringa har gjort dei seinare år. Helse Vest viser her til følgjande endringar som blei trekt fram av statsråden i sjukehusstalen den 10. januar 2017:

- Gjennom nasjonal helse- og sjukehusplan har regjeringa etablert ein sterkare demokratisk forankring av styringa av spesialisthelsetenesta.
- Kravet om utarbeiding av utviklingsplanar i tråd med nasjonal rettleiar for slik planar.
- Etableringa av nasjonal føretak for IKT, bygg og innkjøp – noko som legg til rett for meir nasjonal styring og samordning.
- Profesjonaliseringa av styra.
- Praksis der viktige saker blir lagt fram for avgjerd av statsråden i føretaksmøtet, til dømes nedlegging av sjukehus og framtidig sjukehusstruktur i hovudstadsområdet.

Vennleg helsing

Herlof Nilssen
Administrerende direktør