

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår referanse:

Deres referanse:

Dato:

xx.05.2023

Saksbehandler:

UTKAST

Høringssvar fra Sykehuset Innlandet HF: NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse

Sykehuset Innlandet HF viser til høringsbrev datert 27. mars 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet. Styret i Sykehuset Innlandet behandlet utkast til høringssvar i styremøtet 21. juni. Styret fattet følgende vedtak:

“ xxx ”

Fakta om Sykehuset Innlandet HF:

Sykehuset Innlandet HF har virksomhet på mer enn 40 steder, hvorav fem somatiske sykehus og to sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Foretaket har desentraliserte tjenester i form av lokalmedisinske sentre, specialistsenter, distriktpsykiatriske sentre, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, enheter for habilitering og rehabilitering, ambulansestasjoner og luftambulansebase. Opptaksområdet til helseforetaket er om lag 338 000 innbyggere, fordelt på 42 kommuner av svært ulik størrelse.

Høringssvar fra Sykehuset Innlandet HF:

Høringssvaret fra Sykehuset Innlandet HF er organisert med utgangspunkt i utredningens mandat med hovedvekt på følgende fem overskrifter:

1. Styring og ansvarsforhold – regional, politisk og demokratisk innflytelse
2. Navn og begrepsbruk
3. Helsefellesskap og samhandling med kommunehelsetjenesten
4. Redusert markedstenkning, herunder innsatsstyrt finansiering (ISF) og finansiering av investeringer (sykehusbygg)
5. Lederstillinger og lederstruktur

1. Styring og ansvarsforhold – regional, politisk og demokratisk innflytelse (punkt 5.8.1)

- Utvalget foreslår å gi det enkelte helseforetak en lovpålagt plikt til å inngå avtale med kommuner og fylkeskommunen i opptaksområdet om hvilke saker disse skal høres i før styret i helseforetaket fatter beslutninger.
- Utvalget foreslår at forventningene til god dialog formaliseres ved presisering av kravene til helseforetakenes samarbeid med andre i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e, alternativt ved endringer i vedtektene.

Sykehuset Innlandet støtter at det er viktig å sikre at folkevalgte organer har reell innflytelse i saker av stor lokal eller regional betydning. I dag innhenter foretaket høringsinnspill i denne type saker, men erfarer samtidig at det er krevende både organisatorisk og tidsmessig å legge til rette for omfattende høringsrunder.

Sykehuset Innlandet støtter imidlertid ikke utvalgets forslag om å innføre en lovpålagt plikt til å inngå avtaler med den enkelte kommune om hvilke saker som formelt skal høres før de behandles i helseforetakets styre. Dersom en slik plikt skulle bli lovfestet, er det viktig å konkretisere nærmere hvilke områderplikten skal omfatte. Utgangspunktet må i så fall være å sikre at høringer gjennomføres innenfor de områdene som allerede i dag er ivaretatt. Veileder til arbeidet med utviklingsplaner og Sykehusbygg sine veiledere er eksempler på dokumenter som gir føringer for når det forutsettes omfattende innspills- og høringsrunder. Også samarbeidsavtalene med kommunene regulerer og koordinerer kapasitet og samhandlingen, og Helsefellesskapet er en struktur som gir nye muligheter for dialog og innspill.

Foretaket mener at høringer på enkeltsaker bør begrenses for å unngå langvarig saksbehandlingstid og mer administrasjon enn i dag. For flere av kommunene vil behandling i kommunestyret være påkrevd i enkeltsaker før uttalelse kan oversendes for styrebehandling i foretaket. I de 42 kommunene i opptaksområdet er naturligvis verken tidspunkt for kommunestyremøter eller forutgående administrativ saksbehandling i kommunen koordinert.

Virkemidler rettet mot styrene (Punkt 5.8.2)

- Flertallet i utvalget foreslår at de regionale helseforetakene, i forkant av styrevalg til helseforetakene, bør innhente forslag fra kommunene i helseforetakets opptaksområde til kandidater med forvaltnings- og samfunnskompetanse, men at de ikke bør være bundet til å oppnevne noen av de foreslåtte kandidatene.

Sykehuset Innlandet mener dette i utgangspunktet kan være et godt forslag, men er samtidig bekymret for om lokalpolitiske interesser motsetninger vil kunne få uheldig innvirkning på styrets arbeid. Viktigere enn å sikre balansert geografisk representasjon fra opptaksområdet er at styret samlet sett har riktig og tilstrekkelig kompetanse.

- Utvalget foreslår at det bestemmes gjennom eierstyring at de som har lederroller i regionale helseforetak eller er administrerende direktør i helseforetak, ikke samtidig

skal kunne inneha styreverv i annet helseforetak i egen eller andre regioner. Tilsvarende foreslår utvalget at ansatte i det regionale helseforetaket ikke skal ha styreverv i underliggende helseforetak.

Sykehuset Innlandet støtter utvalgets vurdering, men minner om at de regionale helseforetakene også eier helseforetak som ikke driver med pasientbehandling. Helse Sør-Øst RHF består av 11 helseforetak deriblant Sykehuspartner HF. Administrerende direktører fra flere av sykehusforetakene er styremedlemmer i Sykehuspartner HF. Dette anses som riktig og viktig for å sikre at virksomheten understøtter arbeidet og prioriteringene i de øvrige foretakene. Det kan også være fornuftig med en annen tilnærming til styresammensetningen i sykehusapotekforetakene enn i sykehusforetakene.

2. Navn og begrepsbruk (Punkt 5.8.7)

- Utvalget foreslår å endre navnene på de regionale helseforetakene og helseforetakene slik at navnene ikke lenger inneholder kortformene RHF og HF, og sykehus inngår i navnet til helseforetakene.

Sykehuset Innlandet deler utvalgets oppfatning av at begrepet “helseforetak” var fremmedgjørende da det ble innført for 21 år siden. Imidlertid er begrepet nå godt innarbeidet, og de forslåtte navneendringene vil introdusere nye problemer. Sykehuset Innlandet HF består av syv sykehus og en omfattende desentralisert virksomhet utenom sykehusbygningene. Det arbeides kontinuerlig med å bygge felles kultur, gode pasientforløp og enhetlig utdanning mellom sykehusenes geografiske lokalisasjoner. Flertallsformen “Sykehusene Innlandet”, som utvalget lanserer, vil kunne innebære at ansatte i mindre grad opplever seg som en del av én organisasjon med et felles ansvar. “Spesialisthelsetjenesten i Innlandet” kunne være et alternativ som også fanger opp at en stadig større del av virksomheten foregår andre steder enn i sykehusbygningene, sågar i pasientens eget hjem. En ulempe med dette navnet er at deler av spesialisthelsetjenesten i Innlandet ikke omfattes av foretakets virksomhet (avtalespesialister, private leverandører).

Et annet forhold som taler for å beholde betegnelsen “foretak”, er behovet for å ha en enhetlig betegnelse som skiller seg fra begrepet “sykehus”. Når man omtaler “helseforetakene” i Helse Sør-Øst, er det entydig hvilke strukturer man mener: ni som omfatter pasientbehandling og to øvrige (Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF). Om man omtaler “sykehusene” i helseregionen, er det et langt større antall. Det å fjerne betegnelsen “foretak” vil føre til behov for å finne en annen betegnelse på den juridiske enheten som Sykehuset Innlandet er.

Forslaget om å fjerne “foretak” fra de regionale helseforetakene er enklere. Det er likevel slik at begrepet “helseregionene” vil være mer uklart enn “de regionale helseforetakene”. I Innlandet har kommunene organisert seg i flere helseregioner, og betegnelsen “helseregion” er sterkt knyttet til disse enhetene.

De økonomiske og praktiske konsekvensene av å gjennomføre en eventuell navneendring må også vurderes. Det er langt fra kostnadsfritt å bytte navn på logoer, skilt osv., og det er ikke gitt at nytten av en navneendring står i et rimelig forhold til ressursbruken.

3. Helsefellesskap og samhandling med kommunehelsetjenesten (Punkt 6.6.1)

- Utvalget foreslår å innføre samhandlingsbudsjetter for kommuner og helseforetak. Utvalgets vurdering er at samhandlingsbudsjetter bør utformes slik at helsefellesskapene disponerer en øremerket økonomisk ramme.

Sykehuset Innlandet ser både fordeler og ulemper ved innføring av samhandlingsbudsjetter. En styrke er økt dialog om prosjekter og samhandlingstiltak mellom partnerne i helsefellesskapet. Omforente prioriteringer vil kunne bidra til bedre koordinering av ressurser og tiltak på tvers av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Sykehuset Innlandet samhandler med 42 kommuner gjennom Helsefellesskap Innlandet. Innføring av et eget samhandlingsbudsjett vil kunne medføre betydelig administrasjon og tunge prosesser for å bli enige om prioritering, budsjettering, rapportering og oppfølging. Det er viktig at administrasjonsbyrden ikke blir så omfattende at det går på bekostning av de prioriterte samhandlingstiltakene.

Det er også en potensiell risiko for at kommunene og sykehusene kan begrense samhandlingstiltak som ikke er finansiert gjennom samhandlingsbudsjettet. Dette kan skje hvis det oppstår en oppfatning om at samhandlingsaktiviteter kun skal prioriteres og utføres dersom det er avsatte midler tilgjengelig. For å unngå en slik situasjon er det viktig at det etableres en balansert tilnærming. Samhandlingsaktiviteter bør ikke utelukkende være avhengig av dedikerte budsjetter, men heller være basert på behovet for samarbeid og koordinering for å sikre best mulig pasientbehandling. Kommunene og sykehusene har et felles ansvar for å legge til rette for god samhandling, uavhengig av finansieringskilder.

Sykehuset Innlandet vil understreke betydningen av å sikre tilstrekkelig fleksibilitet og autonomi lokalt for implementeringen av et samhandlingsbudsjett. Det er viktig å unngå unødig byråkrati og opprettholde lokal beslutningsmyndighet for å kunne tilpasse tjenestene til lokale behov og forhold. Sykehuset Innlandet anbefaler at før en ordning med samhandlingsbudsjetter iverksettes, foretas en grundig utredning av risiko og konsekvenser. Videre bør det gjennomføres piloter der foretak med ulik demografi og størrelse deltar i piloteringen, og piloteringen må evalueres før tiltaket eventuelt breddes ut.

4. Redusert markedstenkning, herunder innsatsstyrt finansiering (ISF) og finansiering av investeringer (sykehusbygg)

Innsatsstyrt finansiering (ISF)

- Utvalget foreslår en modell hvor dagens ordning med 40 prosent ISF «fra første pasient» blir avviklet og erstattet med rammefinansiering som hovedmodell. For å ivareta et element av risikodeling mellom stat og regionale helseforetak, beholdes et innslag av toppfinansiering for aktivitet utover aktivitetsnivået som er forutsatt finansiert av rammen.

Sykehuset Innlandet har i sin drift implementert ISF-ordningen som en del av styringsverktøyet for oppfølging av budsjett, aktivitet, ventelister og fristbrudd.

ISF-vektene oppleves å være mer treffsikre gjennom økt kvalitet i den underliggende rapporteringen av kostnadsvekter etter innføringen av KPP (kostnad per pasient). Utvalget påpeker at ISF-ordningen kan bidra til markedstenkning og vridninger og fokus på mer eller mindre økonomisk lønnsomme DRG. Som det framkommer under, er det ulike oppfatninger i foretaket av hvor stor innvirkning dette har på driften av de somatiske sykehusene i Innlandet.

Utfordringene i spesialisthelsetjenesten har endret seg siden 1997. Sykehuset Innlandet erkjenner utfordringsbildet som er beskrevet i NOU 2023:4 Tid for handling, og ser at finansieringssystemet bør understøtte en utvikling med en riktig bruk av helsepersonellressursene. Rammefinansiering kan i noen grad være med på å bremse veksten i pasientaktiviteten. Hovedfokus vil formodentlig bli rettet mer mot kostnadssiden enn mot inntjening, og prioritering av ressursene vil skje uten at det i samme grad må vurderes om endringer i drift/aktivitet vil medføre reduserte inntekter.

Internt i foretaket har det kommet fram ulike syn på effekten av ISF versus rammefinansiering og følgelig ulike syn på utvalgets forslag. Ledere for noen kliniske avdelinger har pekt på at det vil være en fordel for prioriteringen av pasientene om hele spesialisthelsetjenesten ble rammefinansiert, mens andre argumenterer for en videreføring av dagens ISF-ordning. Ledere på avdelinger med høy andel øyeblikkelig hjelp ser ut til å være mest positive til omlegging til rammefinansiering som hovedmodell, i tråd med utvalgets forslag. Divisjon Psykisk helsevern minner om at dagens ISF-ordning implisitt kan bidra til at vekst i somatisk sektor prioriteres på bekostning av den ønskede aktivitetsveksten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det er fra fagmiljøer i Sykehuset Innlandet pekt på at det brukes for mye tid på den medisinske kodingen som danner grunnlag for ISF-finansieringen. En sannsynlig konsekvens av å avvike dagens ISF-ordning er følgelig redusert kvalitet på den medisinske kodingen. I dag er oppmerksomheten på medisinsk koding og DRG-indeks koblet tett med finansiering. En del av kodekontrollen som gjøres etter hver tertialslett forventes å få mindre oppmerksomhet dersom redusert kodekvalitet ikke vil ha økonomiske konsekvenser. Det må i så fall arbeides med tiltak for å sikre at kvaliteten i den medisinske kodingen opprettholdes (for eksempel ved hjelp av bruk av kunstig intelligens).

Konsekvenser av omlegging til rammefinansiering som hovedmodell kan være økte ventetider og -lister og økt antall fristbrudd. Utvalget foreslår en toppfinansiering som kan motvirke denne effekten. Kravet om aktivitetsvolum koblet til økonomisk ramme må vurderes nøye. Det er forskjell mellom effektiviteten i helseforetak og antall pasienter behandlet per stillingsgruppe. Kravene til helseforetak om aktivitetsvolum og effektivitet må ikke utformes slik at det blir vanskelig å få tilgang til toppfinansieringen sammenlignet med foretak som har større potensiale til å øke egen effektivitet.

Utvalget trekker også fram at rammefinansiering vil gi mindre økonomifokus, men det er usikkert hvor stor denne effekten er, gitt at størrelsen på den økonomiske bevilgningen til spesialisthelsetjenesten er uendret. Utviklingen i produktivitet vil fortsatt følges opp gjennom DRG-poeng og kostnad per pasient (KPP), og det vil fortsatt måtte være krav til

overskudd i driften for å ivareta løpende investeringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU), ambulanser, IKT og nødvendige bygningsmessige investeringer.

Utvalget har i liten grad berørt finansieringen av bildediagnostikk og laboratorievirksomheten i foretakene. Sykehuset Innlandet mener det er behov for en helhetlig gjennomgang av dette området, der man blant annet vurderer hvorvidt rammefinansiering av bildediagnostikk og laboratoriefag - inklusive den polikliniske aktiviteten, hadde vært bedre enn dagens ordning der virksomheten er delvis rammefinansiert, delvis finansiert via refusjon fra Helfo for polikliniske pasienter og delvis via ISF for inneliggende pasienter.

Oppsummert fra Sykehuset Innlandet så er en omlegging fra 40 prosent ISF-finansiering til rammefinansiering som hovedmodell en stor endring og per nå lite forutsigbar sett opp mot mulige konsekvenser av endringen. Til tross for at basisrammen utgjør den største andelen av finansieringen i dagens modell, vil en omlegging av finansieringsmodell medføre omfordelingseffekter mellom helseforetakene. Ideelt sett bør effektene av en slik omlegging piloteres i enkelte foretak, erfaringer innhentes og evalueres innen man eventuelt endrer finansieringsordningen i hele spesialisthelsetjenesten.

Videreføring av nøytral merverdiavgift

Ordningen med nøytral merverdiavgift for sykehusene øker fleksibiliteten for løsning av de mange oppgaver sykehusene har ansvar for. Sykehuset Innlandet mener at sykehusspesifikke oppgaver i all hovedsak best dekkes av egne ansatte. Sykehusene har også en del oppgaver som anses som mindre sykehusspesifikke, der det finnes andre som er spesialister på disse oppgavene. Dette kan for eksempel være oppgaver innenfor bygningsmessig drift og vedlikehold samt renhold. Kompensasjonsordningen medfører større fleksibilitet i opp- og nedjustering av aktivitet innenfor noen støttefunksjoner. Sykehuset Innlandet støtter følgelig utvalgets mindretall om å videreføre dagens ordningen med nøytral merverdiavgift.

Finansiering av sykehusbygg, herunder investeringer og lånebetingelser

- Utvalget peker på flere tiltak som kan gi lettere tilgang på likviditet i større investeringsprosjekter. Utvalget mener blant annet at dagens krav til 30 prosent egenkapital er for høyt og foreslår å redusere egenkapitalkravet til 10 prosent.

Sykehuset Innlandet støtter at foretakene fortsatt får et helhetlig ansvar for investeringer og drift og slutter seg til utvalgets forslag om mer fleksible finansieringsordninger for at helseforetakene i framtiden kan få bedre bygg og bedre ressursutnyttelse for å sikre realiseringen av faglige og økonomiske gevinster. Den økte fleksibiliteten står ikke i motsetning til et ansvarlig investeringsnivå, da beslutninger om større investeringer fortsatt skal baseres på bæreevneanalyser og risikovurderinger knyttet til disse.

Utvalget peker videre på at endringen som ble gjort i rentemodellen i 2018, har ført til høyere rentekostnader for helseforetakene og forskjellsbehandling mellom gamle og nye lån. Utvalget foreslår at rentemodellen endres tilbake til de prinsippene som ble brukt før

2018. Sykehuset Innlandet støtter utvalgets forslag til harmonisering av rentemodellen for alle investeringsprosjekt i sykehussektoren - til de prinsippene som gjaldt før 2018.

Konkurranse om pasienter og helsepersonell - finansiering av avtalespesialistene

Avtalespesialistene står for en vesentlig andel av den polikliniske aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. I Helse Sør-Øst er det rundt 900 avtalehjemler. Innen enkelte fagområder som øyesykdommer og hudsykdommer er pasienttilbudet i stor grad basert på avtalespesialister. Selv om de fleste avtalespesialistene driver god faglig praksis i tråd med vedtatte prioriteringskriterier, er det også kjent at det forekommer enkelte betydelige avvik i leveransene både med hensyn til faglig kvalitet og økonomisk styring. Det er en utfordring at verken helseforetak eller regionale helseforetak har tilstrekkelige virkemidler for å følge opp virksomheten hos avtalespesialistene. Som utvalget påpeker, er det er tatt noen grep for å bøte på dette, blant annet ved felles henvisningsmottak for rettighetsvurdering av henvisninger innen psykisk helsevern. Utvalget tar til orde for å innlemme finansieringen av avtalespesialistenes aktivitet i RHF-enes samlede finansiering (punkt 8.4.2). Sykehuset Innlandet er i utgangspunktet positiv til forslaget, men mener at dette sammen med de tiltakene som er iverksatt, langt fra er tilstrekkelig for å sikre at avtalespesialistenes kapasitet benyttes på en god måte i tråd med overordnede politiske prioriteringer. Det er ønskelig med en bred utredning av hele avtalespesialistordningen med det siktemål å sørge for en best mulig faglig og økonomisk styring også av disse ressursene.

Konkurranse om pasienter og helsepersonell - godkjenningsordning bør gjelde for etablering av privatfinansierte helsetjenester

Sykehuset Innlandet støtter utvalgets forslag om at private aktører som leverer helse- og omsorgstjenester uten avtale med den offentlige helse- og omsorgstjenesten, skal ha plikt til å rapportere behandlingsaktiviteten til etablerte helseregistre. Likeledes er foretaket positiv til at det utredes om en form for godkjenningsordning bør gjeninnføres for etablering av privatfinansierte helsetjenester. Dette vil kunne bidra til å begrense private aktørers etterspørsel etter helsepersonell.

I høringsvaret fra Sykehuset Innlandet til helsepersonellkommisjonens rapport er det påpekt at kommisjonen har vært for lite ambisiøs i å foreslå tiltak for å motvirke at offentlig ansatte helsepersonell søker seg over fra vår felles helsetjeneste til private aktører som vikarbyråer, private sykehus eller helprivat spesialisttjeneste for eksempel innen plastikk-kirurgi. Sykehuset Innlandet vil gi honnør til Sykehusutvalget for å ta til orde for mer kraftfulle tiltak for å motvirke en slik utvikling.

5. Lederstillinger og lederstruktur (Kapittel 10)

Sykehuset Innlandet består av flere sykehus og annen spesialisthelsetjeneste spredt på ulike steder i et stort geografisk område. Organisasjonsstrukturen har tverrgående funksjoner og tjenester, men den somatiske virksomheten er geografisk organisert. Sykehuset Innlandet er enig i at det er viktig at ledelse i sykehus innebærer mer enn ledelse av faget, og støtter derfor utvalgets forslag om at enhetlig ledelse videreføres. Det er likevel nødvendig, slik utvalget anbefaler, at det er en viss fleksibilitet til å fastsette hensiktsmessig intern organisering i helseforetaket. Organiseringen av virksomheten skal ivareta kravene til

forsvarlig drift, som er mulig ved hjelp av ulike prinsipper for organisasjonsstruktur. Erfaringene til Sykehuset Innlandet er at ulike organisasjonsmodeller kan være gode virkemidler i ulike situasjoner og for å nå ulike mål, og deler derfor utvalgets vurdering om at foretakene bør ha et betydelig handlingsrom til blant annet å ivareta behovet for stedlig ledelse på en hensiktsmessig måte.

Et tett samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten rundt oppgavedeling og pasientflyt er, og vil i økende grad være, essensielt. Sykehuset Innlandet er enig i utvalgets vurdering at det må legges til rette for å ivareta kvalitetene i prinsippet om nærhet til egen leder, uavhengig av overordnet struktur, og at noen må ha fullmakter til å ivareta driften lokalt ved de ulike geografiske stedene når det gjelder fellesfunksjoner og kommunikasjon med kommunene og andre samarbeidspartnere. Dette er viktig for å understøtte hensiktsmessig pasientflyt og for å kanalisere ressurser på en riktig måte (ref. Kvinnsland-utvalget, NOU 2016: 25). Per i dag er denne problemstillingen ivaretatt i Sykehuset Innlandet ved at de somatiske sykehusene er geografisk organisert. Denne organiseringen har med mindre justeringer vært lagt til grunn siden 2006.

Som utvalget påpeker så kjennetegnes sykehusene i likhet med øvrig helsetjeneste av store lederspenn hvor den enkelte leder kan ha ansvar for svært mange medarbeidere. Dette kan gi ledelsesutfordringer blant annet ved at arbeidstiden blir brukt til administrative koordinerings- og lederoppgaver, framfor å kunne utøve god faglig ledelse og personalledelse. Sykehuset Innlandet er enig med utvalget i at det er et dilemma at det er ønskelig både å ha korte lederlinjer og begrenset lederspenn for den enkelte leder. Det er viktig at ansatte som arbeider direkte med pasientbehandling, ikke opplever at det er for stor avstand opp til det øverste beslutningsnivået. Samtidig må ikke ambisjoner om få ledernivåer og det å hente ut stordriftsfordeler gå på bekostning av lederes kapasitet til å se og følge opp sine ansatte. Sykehuset Innlandet er enig i de innspillene som flere av arbeidstakerorganisasjonen har trukket frem om at ledere i sykehus må ha rammevilkår og ressurser til å kunne utøve god ledelse. Et overkommelig lederspenn er et viktig element for å sikre dette, og ledere må ha tilstrekkelig tilgang til stab og støttefunksjoner for å ha tid til å utøve ledelse. For helsesektoren vil tilgang til og bruk av kompetanse være kritiske faktorer framover, og god ledelse er en nøkkelfaktor i dette arbeidet. Helseforetakene må derfor evne å tilpasse sin ledelsesstruktur til dagens og morgendagens medarbeideres behov. Ledelsesstruktur og organisering må baseres på at ansatte i helsesektoren har de samme behovene som ansatte i andre sektorer.