

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 DEP  
0030  
Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202300341

Dato: 28-06-2023

## **Legeforeningens innspill til Sykehusutvalgets utredning NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse**

Legeforeningen viser til høring av Sykehusutvalgets NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse. Utredningen har vært på intern høring i Legeforeningens organisasjonsledd, samt blitt behandlet på Legeforeningens landsstyremøte 8. juni i år. Innkomne uttalelser og innspill fra organisasjonen ligger til grunn for denne høringsuttalelsen. Høringsuttalelsen er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Vi har kommentar til kapitlene:

- Markedstenkning i styringen av helseforetakene
- Finansiering av sykehusbygg
- Helsefellesskap og samhandling med kommunehelsetjenesten
- Mål- og resultatstyring
- Styring og ansvarsforhold – regional politisk og demokratisk innflytelse
- Strukturelle forhold
- Lederstillinger og lederstruktur

### **Generelle innspill**

Sykehusutvalget ble nedsatt med formål om å gi en vurdering av erfaringene med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen og foreslå tiltak som kan bidra til effektiv ressursutnyttelse og spesialisthelsetjenester av god og likeverdig kvalitet. Legeforeningen ser at utvalgets beskrivelse av utfordringsbildet treffer godt og på en god måte gjengir den hverdagen våre medlemmer står i. Vi mener at utvalget har levert utredning med konkrete anbefalinger som svarer på mange av de problemstillingene som utvalget skisserer.

Legeforeningen støtter utvalgets vurdering av navn og begrepsbruk og forslaget om å slutte å omtale virksomhetene som foretak. Vi mener at dette gir signaler om en ønsket dreining vekk fra New Public Management og markedstenkning.

### **Markedstenkning i styringen av helseforetakene**

Legeforeningen mener at økonomifokuset er for dominerende i sykehusene i dag, på bekostning av faglige hensyn, utvikling av gode og stabile fagmiljøer og god samhandling med kommuner og fastleger. Legeforeningen støtter utvalgets inndeling av tre hovedområder som er særlig relevante; innsatsstyrt finansiering, konkurranse om pasientene og helsepersonell, og konkurranseutsetting av ikke-medisinske tjenester. Utvalget foreslår blant annet:

*"At dagens finansieringsordning med 40 pst. ISF «fra første pasient», erstattes med rammefinansiering som hovedmodell. For å ivareta et element av risikodeling mellom stat og regionale helseforetak, foreslår utvalget å beholde et innslag av aktivitetsbasert toppfinansiering for aktivitet utover nivået som er forutsatt finansiert av rammen."*

Finansieringssystemet definerer fagområder og pasientgrupper som hhv. kostnadseffektiv virksomhet og lønnsomme pasienter. Svake grupper, som eldre med funksjonssvikt og barn med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming, er eksempler på pasientgrupper med stort behov for tjenester, men som genererer lite inntekter. Det samme gjelder tverrfaglig virksomhet og aktivitet som fremmer samhandling mellom tjenestenivåene. Legeforeningen støtter derfor en omlegging av finansieringssystemet til rammefinansiering som hovedmodell, men hvor det fortsatt er en risikodeling mellom stat og RHFene. Da det er stor usikkerhet knyttet til hvordan et system med ren rammefinansiering vil slå ut, særlig knyttet til aktivitet, fordeling av ressurser på avdeling og seksjonsnivå og påvirkning på ventetid, vil det være hensiktsmessig å prøve dette ut i en region før man gjør en eventuell omlegging.

*"At den samlede finansieringen av avtalespesialistene skal inngå som en del av finansieringen av de regionale helseforetakene."*

Avtalespesialistene utgjør en viktig del av spesialisthelsetjenesten og står for om lag 23 % av den polikliniske aktiviteten innen somatikk og psykisk helsevern. Avtalepraksiser er små, spesialiserte virksomheter med ulik praksisprofil. Legeforeningen mener at forslaget om en omlegging av finansieringen er av stor prinsipiell betydning og vil ha uønskede konsekvenser. Bakgrunnen for dagens folketrygdfinansiering er først og fremst å bidra til likhet i tilbudet til pasientene landet over. Dette vil svekkes om finansieringen legges til RHFene og kommer i konkurranse med sykehusøkonomien i de ulike regionene. Videre vil det bidra til stor usikkerhet og skape uforutsigbarhet for driften av praksisene. Vi frykter at dette vil kunne undergrave hensikten med avtalespesialistordningen. Vi vil tilføye at det allerede er gjort betydelige utredninger av spørsmålet av ISF-finansiering av avtalepraksis, og både Legeforeningen og RHFene selv har vært kritiske. Vi går derfor mot denne anbefalingen.

*"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."*

Legeforeningen mener det er viktig at vi har gode og fullstendige kvalitetsregistre for å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere uønsket variasjon. Legeforeningen støtter derfor anbefalingen.

*"At det utredes om en form for godkjenningsordning bør gjelde for etablering av privatfinansierte helsetjenester."*

Legeforeningen mener at den offentlige helsetjenesten bør være førstevalget for både leger og pasienter. Den offentlige helsetjenesten er en av velferdsstatens viktigste bærebjelker og den viktigste garantisten for lik rett til god helsehjelp uavhengig av kjønn, alder, bosted eller lommebok. En prioritering og styrking av den offentlige helsetjenesten er avgjørende for å begrense etterspørselen etter helprivate tjenester. Vi mener imidlertid at det må være rom for innslag av private aktører. Legeforeningen støtter at det utredes en godkjenningsordning for etablering av privatfinansierte helsetjenester under forutsetning om at formålet med en slik godkjenningsordning skal være å sikre kvalitet og pasientsikkerhet – ikke å begrense personellflukt.

### **Finansiering av sykehusbygg**

Etter helseforetaksreformen har en rekke nye sykehus blitt bygget med færre sengeplasser, færre rom og lavere kapasitet. Sykehus som ikke er dimensjonert riktig blir ineffektive å drifte og gir dårlige arbeidsforhold for de ansatte. Det gjør det vanskelig å løse oppgavene som sykehusene tillegges. Legeforeningen deler Sykehusutvalgets vurdering av at kravene til egenkapital og likviditet gjør at man risikerer at nye sykehusbygg blir for små, investeringer kan bli skjøvet for langt fram i tid, og beslutninger om investeringer kan være basert på urealistiske forutsetninger om framtidig økonomisk bæreevne. Utvalget foreslår en rekke endringer som har til hensikt å gi lettere tilgang på likviditet og samtidig gi helseforetakene større trygghet for økonomisk bæreevne. Legeforeningen støtter i all hovedsak anbefalingene. Vi mener imidlertid at det er helt avgjørende at sykehusene får økt sitt økonomiske handlingsrom. Grunnfinansieringen må økes i tråd med demografiske endringer og behov, kostnadsveksten og investeringsbehovet. Samtidig mener Legeforeningen at det er viktig at utvalgets forslag gjennomføres helhetlig for å unngå uheldige utslag dersom man kun, for eksempel, reduserer egenkapitalkravet, men ikke endrer rentemodellen.

Utvalget foreslår:

*"At drift og investeringer i utstyr, IKT og bygg må ses i sammenheng."*

Legeforeningen mener at den direkte koblingen mellom drift og investering legger et utilbørlig press på sykehusøkonomien. Det er derfor avgjørende at sykehusene får økt sitt økonomiske handlingsrom slik at investeringer ikke blir en salderingspost, eller at investeringer går ut over pasientbehandlingen.

*"At dagens krav til 30 pst. egenkapital er for høyt og foreslår å redusere egenkapitalkravet til 10 pst."*

Legeforeningen mener at forslaget kan bidra til at investeringer i sykehusbygg kan komme raskere i gang og forhindre at helseforetakene må spare ved å ta ned drift. Legeforeningen vil imidlertid presisere at dette vil ikke gi bedre økonomisk handlingsrom for sykehusene da det medfører en høyere lånebelastning.

*"At rentemodellen endres tilbake til de prinsippene som ble brukt før 2018. Dette vil sikre likebehandling mellom gjennomførte og nye sykehusutbygginger og gi helseforetakene reduserte rentekostnader."*

Legeforeningen mener at forslaget kan bidra til å dempe gjeldstrykket noe, men økonomien til spesialisthelsetjenesten vil fortsatt være under stort press.

*"Å endre kostnadskomponenten i modellen for inntektsfordeling til de regionale helseforetakene slik at helseforetakene får dekket 75 pst. av sine faktiske regnskapsførte avskrivningskostnader."*

Legeforeningen er usikker på hvordan dette vil slå ut for de ulike regionene. Det er avgjørende at negative økonomiske utslag ved en slik endring av inntektsfordelingen blir kompensert ved at den totale rammen til RHFene økes.

*"At arbeidet med utvikling og vedlikehold av framskrivningsmodellen organiseres med tettere og mer formell involvering av de kliniske fagmiljøene både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene."*

Dagens framskrivningsmodell har blitt sterkt kritisert for å være basert på urealistiske forutsetninger om blant annet effektivisering og overføring av oppgaver til kommunen. Sykehus som planlegges, eller som er under bygging, er dimensjonerte ut ifra beregninger gjort med denne modellen. Legeforeningen frykter at resultatet nok en gang vil bli sykehus som bygges for små. Legeforeningen mener at tettere og mer formell involvering av de kliniske fagmiljøene både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene i arbeidet med å utvikle modellen er et viktig punkt som bør gjennomføres så raskt om mulig.

### **Helsefelleskap og samhandling med kommunehelsetjenesten**

For å løse bærekraftutfordringene i fremtidens helsevesen er god samhandling, på tvers av tjenestnivåene viktig. Legeforeningen er positiv til helsefelleskap som en formalisert samarbeidsarena, ledelsesforankret og med klinikerinvolvering. Vår erfaring er at arbeidet med å etablere helsefelleskapene går sakte og det er ulikt hvor godt helsefelleskapene fungerer i praksis. For at helsefelleskapsmodellen skal lykkes må den breddes, utvikles og være basert på reell samhandling. Det finnes eksempler på helsefelleskap som fungerer godt, og disse bør brukes aktivt som gode modeller.

Under dette kapittelet savner Legeforeningen omtale av distriktsmedisinske sentre, og deres rolle i samhandlingen mellom helseforetak og kommuner.

Gode verktøy for samhandling er avgjørende, og Legeforeningen støtter utvalgets vurdering av Pasientens legemiddelliste som særlig viktig å raskt få i nasjonal bruk.

*"Utvalget foreslår å innføre samhandlingsbudsjetter for kommuner og helseforetak. Det ligger to premisser til grunn for forslaget: Samhandlingsbudsjettene må legge til rette for varig finansiering av samhandlingstiltak og bidra til at tidsavgrensede prosjekter kan tas inn i ordinær drift."*

Legeforeningen støtter intensjonen bak forslaget om samhandlingsbudsjetter, og ser at en slik modell vil kunne dreie fokuset over på gode pasientforløp fremfor hvilket budsjett pengene skal tas fra. Vi er imidlertid usikre på hvordan dette vil fungere i praksis, særlig da helsefelleskapene vil spille en viktig

rolle som premissgiver for hvordan samhandlingsmidlene brukes. Dette tiltaket bør evalueres fortløpende.

*"Utvalget anbefaler at den kommunale betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter inntil videre opprettholdes og at døgnseten videreføres på dagens nivå. Utvalget foreslår imidlertid å evaluere ordningen."*

Ordningen har bidratt til å skape et høyt konfliktnivå mellom sykehus og kommuner. Det er også usikkert om dette er et effektivt virkemiddel for at kommunene skal ivareta sin plikt til å ta imot ferdigbehandlede pasienter. Legeforeningen støtter derfor utvalgets vurdering om at den kommunale betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter må evalueres.

*"Utvalget anbefaler at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling. Et slikt miljø skal både bidra til forskningsbasert kunnskap om hvilke samhandlingstiltak som virker, og kunne bistå kommuner og helseforetak med utforming og evaluering av tiltak."*

Det er ikke i dag noe samlende kompetansemiljø innen samhandling, og Legeforeningen støtter utvalgets anbefaling. Et slikt kompetansemiljø må organiseres slik at det kan ivareta både forskning, kunnskapsinnhenting og formidling ut til tjenestene.

### **Mål- og resultatstyring**

Mål- og resultatstyring i kombinasjon med lite brukervennlige IKT-systemer gjør at mye tid og krefter brukes på rapportering. Systemer som understøtter automatisk datafangst sammen med overføring av registreringsoppgaver til merkantilt personell vil gi legene mer tid til pasientbehandling.

Utvalget foreslår:

*"At alle aktører gjør en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering."*

Legeforeningen støtter anbefalingen, men mener at utgangspunktet for, og formålet med en slik gjennomgang, må konkretiseres og gjøres gjeldende for alle aktører.

*"Klinisk fagrevisjon som et godt virkemiddel for å etterleve plikten om å evaluere og korrigere virksomheten, slik det følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten."*

Legeforeningen støtter innføringen av klinisk fagrevisjon. Fagrevisjon ble vedtatt ved behandling av Nasjonal- helse og sykehusplan (2016 – 2019), men har ikke blitt innført. Det er viktig at fagrevisjon etableres som en selvstendig og uavhengig ordning.

### **Styring og ansvarsforhold – regional politisk og demokratisk innflytelse**

Etter utvalgets vurdering er det mulig å svare ut mandatets punkt om «økt demokratisk, politisk og regional innflytelse» innenfor rammen av dagens helseforetaksmodell.

Etter Legeforeningens syn har mye av kritikken som har vært rettet mot RHFene og hvordan de har utviklet seg etter innføringen av helseforetaksmodellen, handlet om at makt har blitt konsolidert i det regionale nivået, hvor det er stor grad av ovenfra-og-ned styring, og hvor viktig informasjon ikke kommer frem til Helse- og omsorgsdepartementet eller til Stortinget. Vi mener at dette er en demokratisk utfordring som i tillegg bidrar til unødvendig byråkrati, lange lederlinjer og stor avstand mellom toppledelsen og underliggende virksomheter.

Utvalget peker på to forhold som utvalget mener er særlig viktige for å bøte på disse utfordringene; politisk vilje til styring og kvaliteten på medvirkningsprosessene, og foreslår blant annet:

*"Å gi det enkelte helseforetak en lovpålagt plikt til å inngå avtale med kommuner og fylkeskommunen i opptaksområdet om i hvilke saker disse skal høres før styret i helseforetaket fatter beslutninger."*

Legeforeningen støtter anbefalingen.

*"Utvalget mener at den helsefaglige kompetansen i styrene må styrkes."*

Legeforeningen mener at innføringen av profesjonelle styrever og mål- og resultatstyring har utfordret det faglige perspektivet i styringen av sykehusene. Vi støtter derfor anbefalingen.

*"Et felles program for opplæring av styremedlemmer i regionale helseforetak og helseforetak, med sikte på å klargjøre ansvar og rolleforståelse for styrene."*

Legeforeningen støtter anbefalingen.

*"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."*

Legeforeningen støtter anbefalingen.

*"Flertallet i utvalget foreslår at én til to representanter for de ansatte i helseforetakene får observatørstatus med tale og forslagsrett i styrene for de felleseide helseforetakene."*

Legeforeningen har over tid vært kritisk til at ansatte i helseforetakene ikke involveres eller gis mulighet til å medvirke i drøftinger og strategiske beslutninger hos de felleseide helseforetakene. Vi støtter derfor anbefalingen.

*"Utvalget mener en viktig forutsetning for legitimiteten og den reelle innflytelsen for styrene i helseforetakene, er at styrene gis mulighet for å uttale seg i en tidlig nok fase av saksutredningen og dermed faktisk kan påvirke beslutninger i styret i det regionale helseforetaket."*

Legeforeningen støtter anbefalingen.

### **Lederstillinger og lederstruktur**

Legeforeningen mener at en tydelig stedlig ledelse bidrar til å koordinere ressursene og til å bygge og opprettholde robuste fagmiljøer. Ledere må kjenne sine ansatte for å utvikle fagmiljøene best mulig. Alle ansatte har behov for en tilgjengelig leder. For Legeforeningen er stedlig ledelse et viktig prinsipp, blant annet fordi lange beslutningslinjer resulterer i utydelige ansvarslinjer og usikkerhet, og at målformuleringer og strategier ikke når helt ut i sykehusene. Innføring av stedlig ledelse er også politisk forankret, men dessverre er dette på langt nær oppfylt på alle sykehus. Vi savner en vurdering av dette punktet i utredningen.

### **Strukturelle forhold**

*"Utvalget viser til forslaget fra Helsepersonellkommissjonen om å utrede en framtidig bærekraftig sykehusstruktur. Utvalget slutter seg til dette forslaget, og anbefaler at en slik utredning også inkluderer en vurdering av antallet helseforetak og regionale helseforetak i en framtidig struktur."*

Helsepersonellkommissjonens forslag har særlig sin bakgrunn i rekrutteringsutfordringer på mindre sykehus. Gode arbeidsforhold har stor betydning for rekrutteringen. Hva som er hensiktsmessig sykehusstruktur i en region avhenger av mange faktorer og kan variere over tid. Premisset for en utredning av en bærekraftig sykehusstruktur bør være å finne hensiktsmessige strukturer som understøtter god samhandling og oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, og mellom sykehusene i regionene. I tillegg er beredskapshensyn en viktig faktor.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Siri Skumlien  
generalsekretær

Marit Randsborg  
avdelingsdirektør

Linda Markham  
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk