

# Fellesskapets sykehus

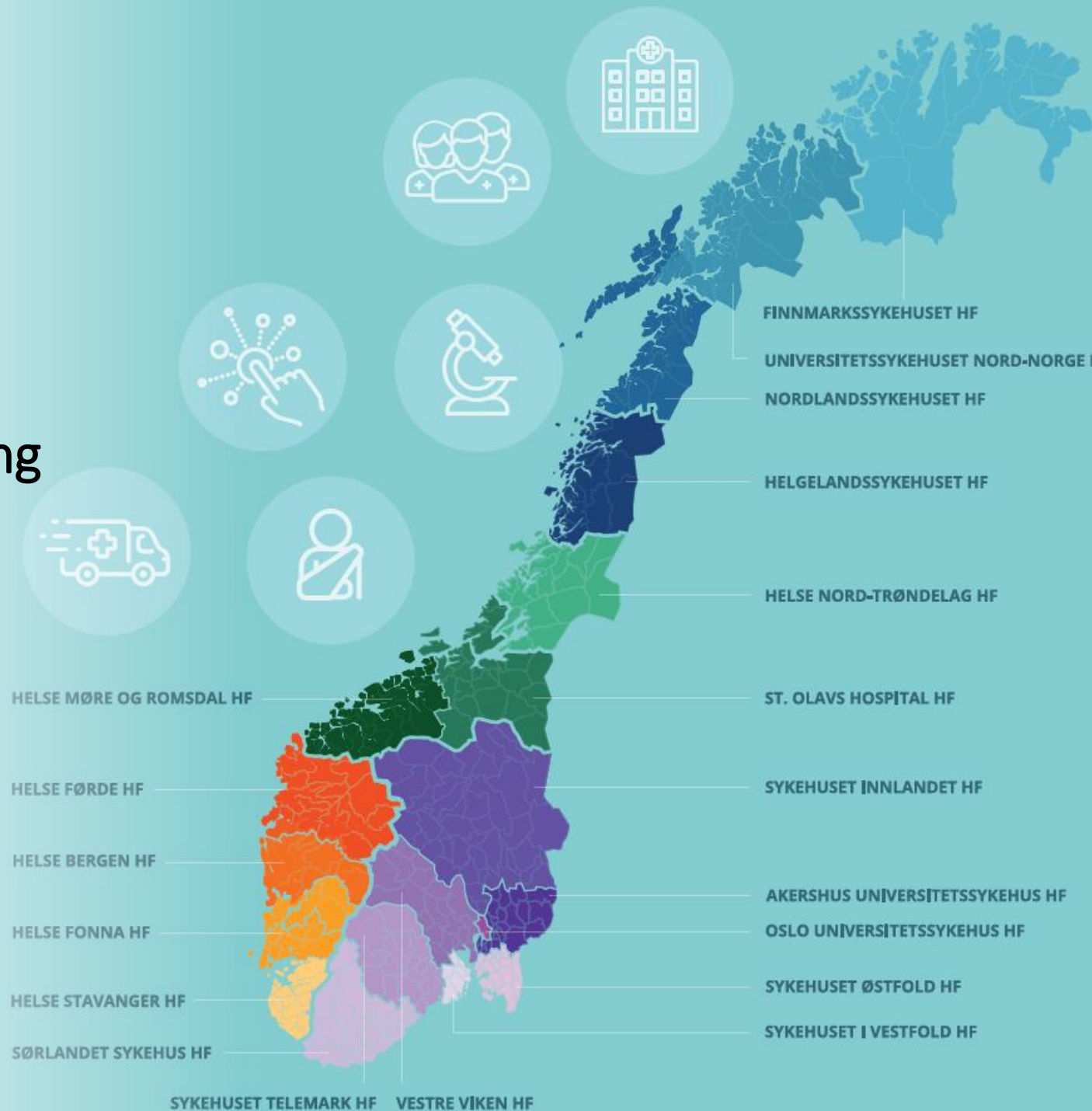
## Styring, finansiering, samhandling og ledelse

Sykehusutvalgets innstilling

NOU 2023:8

Overlegeforeningen 27/4 2023

Jon Magnussen

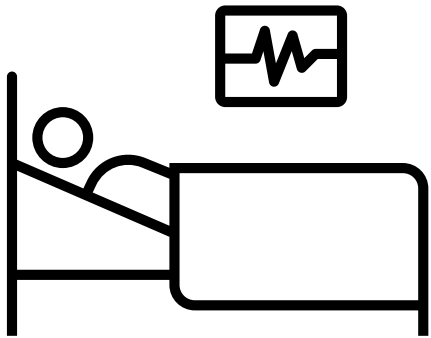


# Mandatet

---

- *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.*
- *Utrede forslag til endringer i styringen av sykehusene innenfor en modell med statlig eierskap som sikrer regional, politisk og demokratisk innflytelse i styringen av sykehusene.*
- *Gjennomgå ansvar og myndighet for regionale og lokale helseforetak, og tydeliggjøre hvilke beslutninger som skal avgjøres av helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte.*
- *Vurdere tiltak for å redusere markedstenkningens plass innen styringen av helseforetakene og vurdere ordningen for finansiering av sykehusbygg.*
- *Utrede forslag til hvordan helsefellesskapene kan brukes til å sikre bedre samhandling med kommunehelsetjenesten om helhetlige pasientforløp.*
- *Vurdere tiltak for å redusere mål- og resultatstyringens plass i styringen av helseforetakene med sikte på å fjerne unødvendig rapportering og detaljstyring.*
- *Gjennomgå antall lederstillinger og ledernivå i helseforetakene og vurdere regelverk og eventuelt andre tiltak som kan understøtte en fornuftig lederstruktur og som legger til rette for stedlig ledelse.*

# Helseforetaksmodellen – 20 år etter



---

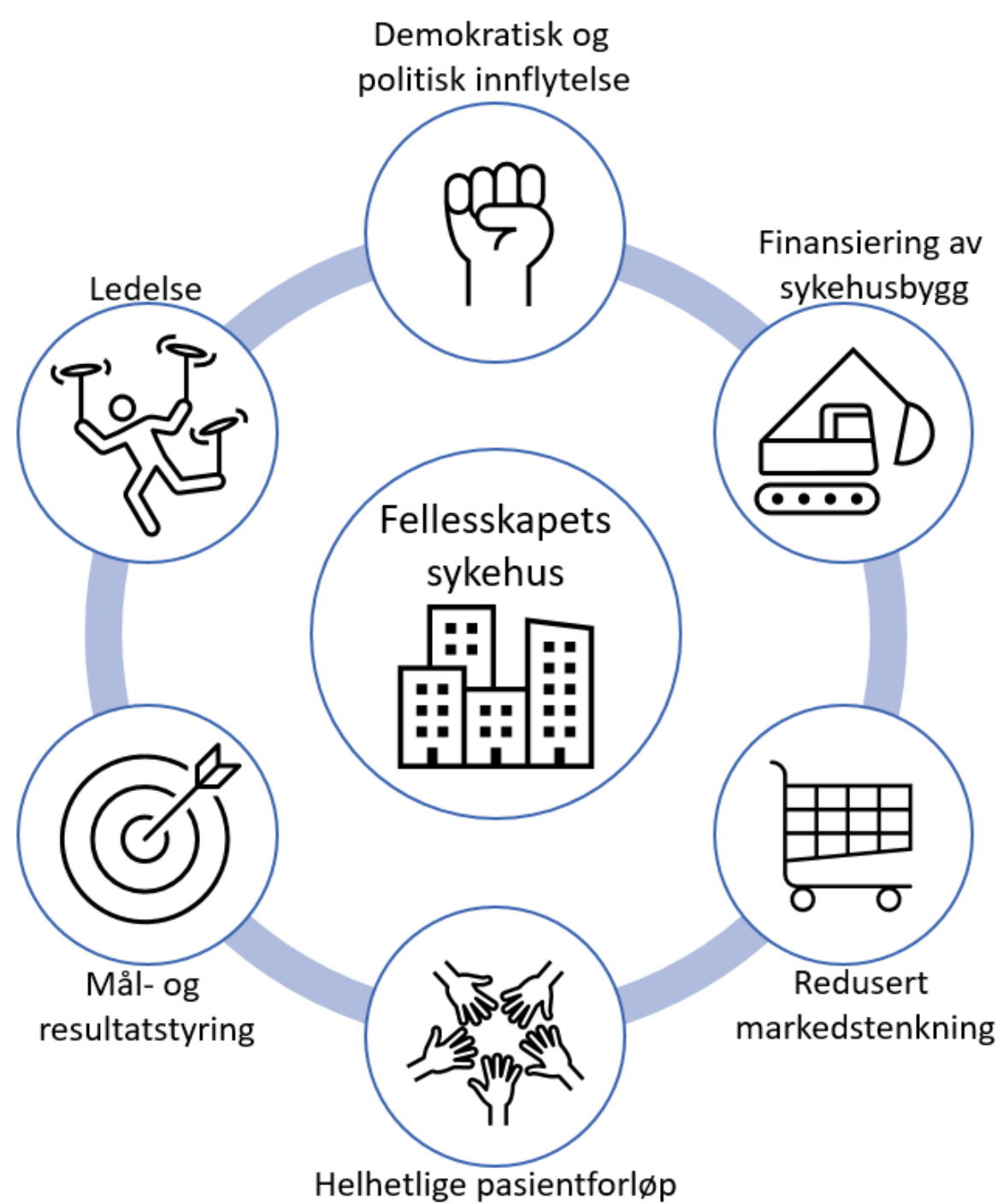
Ulike syn på hvor godt  
helseforetaksmodellen fungerer

---

Enighet om at modellen *kan bli bedre*

---

Utvalget er – i all hovedsak - samstemte  
om sine forslag



Demokratisk og  
politisk innflytelse



# Innflytelse gjennom folkevalgte organer

Nasjonalt: Storting

Regionalt: Fylkesting

Lokalt: Kommunestyre



# Stortinget

2016/17- 2021/22

90 Dok 8 forslag

270 spørretimespørsmål

2070 skriftlige spørsmål

45 interpellasjoner

# Helseforetaksloven § 30

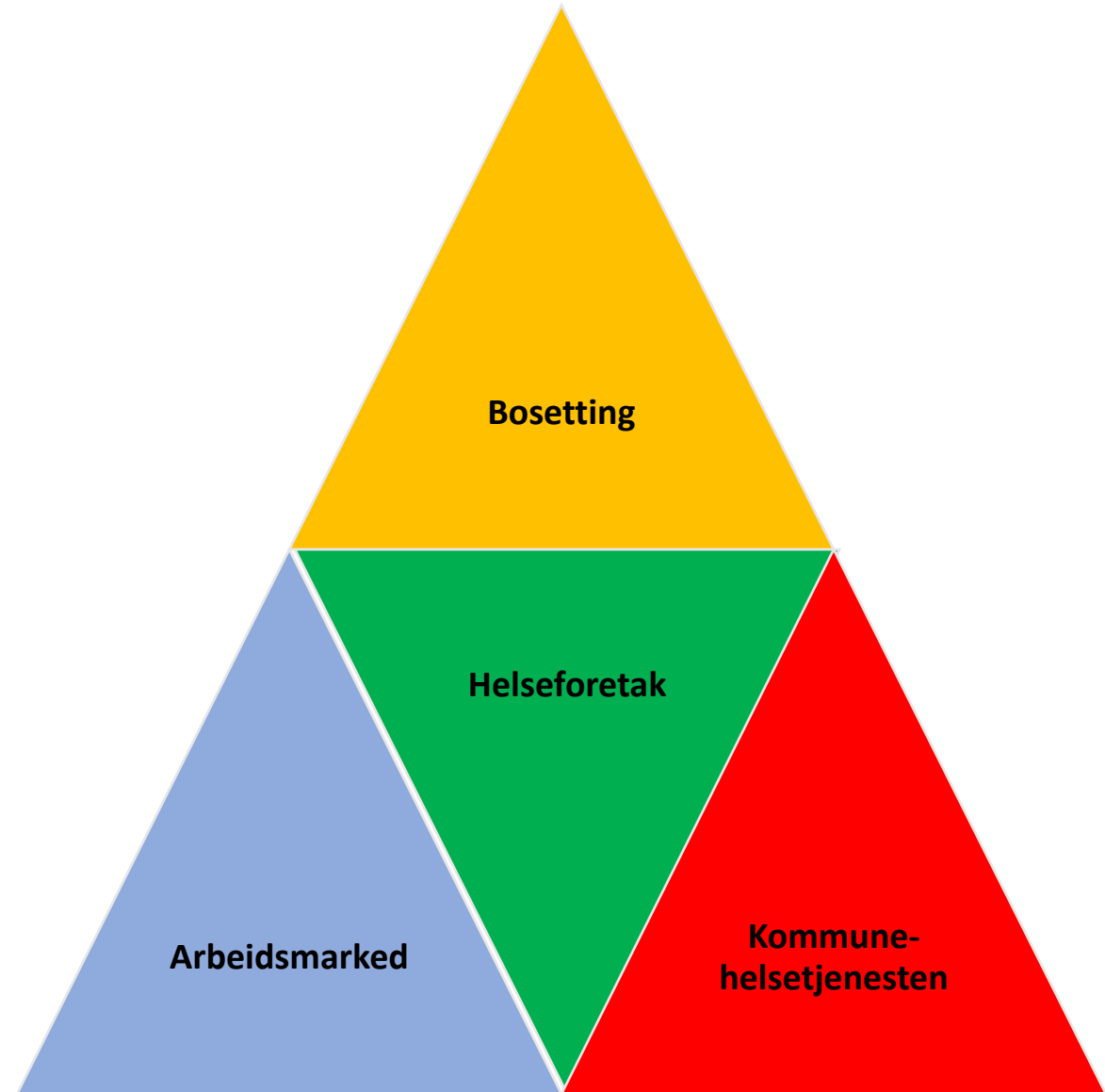
*«Foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver.»*

- Utvalgets vurdering er at denne ikke er behov for en tydeliggjøring av hva som ligger i dette





# Fylker og kommuner



# Lokal og regionalpolitisk medvirkning

---

- Medvirkning i utredning av enkeltsaker
- Strukturert dialog om utfordringer, strategier og saker på et tidlig stadium
- Utvalget foreslår at dette presiseres i spesialisthelsetjenestelovens § 2.1 e



# Styrenes rolle

---

- Styrket helsefaglig kompetanse i tillegg til forvaltnings- og samfunnskompetanse
- De regionale helseforetakene bør innhente forslag fra kommunene i opptaksområdet, tilsvarende bør staten innhente forslag fra fylkeskommunene (*flertallet*)
- Ikke eksplisitt krav til lokal forankring for styremedlemmer
- Ansatte som observatører i styrene i felleseide selskap (*flertallet*)



# Navnet skjemmer ingen

---

- «Helseforetak» ut av navnet

- *For eksempel:*

Helse Vest RHF

-> Helseregion Vest

Vestre Viken HF

-> Sykehusene Vestre Viken



Redusert  
markedstenkning

---



# Erfaringer med innsatsstyrt finansiering

---

- Positiv, men begrenset effekt på produktivitet
- Usikker virkning på kvalitet
- Helseforetakene reagerer på høyere priser med høyere aktivitet - vridning
  
- Til dels betydelig skepsis hos helsepersonell



# Innsatsstyrt finansiering - vurdering

---

- Samlet kommer rundt 20 % av helseforetakenes inntekter som ISF
- Vi ønsker en modell hvor helsepersonell er opptatt av å gi kostnadseffektiv behandling i tråd med gjeldene prioriteringskriterier
- Vi ønsker **ikke** en modell hvor fokus blir på inntekter og lønnsomhet i bedriftsøkonomisk forstand
- Utvalget har latt seg inspirere av utviklingen i Danmark



# Ny finansieringsmodell - forslag

---

1

Innsatsstyrt finansiering (ISF) **fra første pasient** erstattes med rammefinansiering som hovedmodell

2

ISF beholdes som en toppfinansiering

3

Resultatbasert finansiering beholdes og videreutvikles





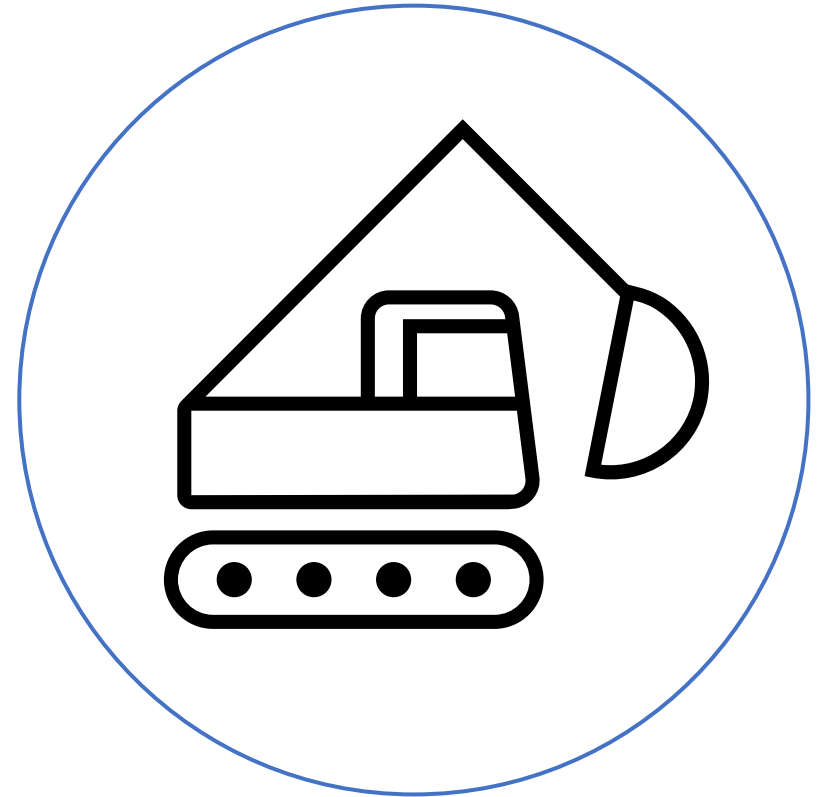
# Konsekvenser av å avvike ISF

---

- Må fremdeles av DRG system og kostnadsveker – monitorering, gjestepasienter mm
- Det er *a priori* vanskelig å si hva som vil skje når ISF avvikes
- Incentivene endres
  - Relative (netto)kostnader mellom beredskap og aktivitet vris
  - Relative (netto)kostnader mellom kvalitet (i vid forstand) og aktivitets vris
  - Relative (netto)kostnader mellom slakk og aktivitet vris
- Dette krever en omlegging av et 25-årig innarbeidet tankesett
- Kanskje i større grad en utfordring for ledelsen enn for helsepersonell



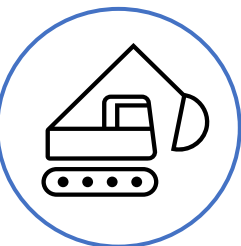
# Finansiering av sykehusbygg



# Finansiering av sykehusbygg - vurderinger

---

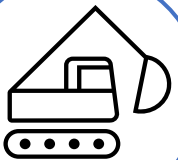
- Fare for at nødvendige prosjekter blir iverksatt for sent og at nye sykehus bygges for små
- Dagens egenkapitalkrav er for høyt og fører til unødig økonomifokus
- Dagens modell gir ikke tilstrekkelig sikkerhet for dekning av framtidige kostnader som følger av større investeringer



# Skille drift og investering

---

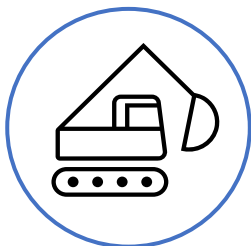
- Stortinget bevilger én ramme til spesialisthelsetjenesten
- Om denne deles i to – blir den ikke større
  
- Sykehus er høyspesialiserte formålsbygg
- Investeringer må ses i sammenheng med andre innsatsfaktorer
  
- *Utvalget mener det fortsatt skal være et samlet ansvar for drift og investering*



# Finansiering av sykehusbygg – forslag

---

- Bedre tilgang på **likviditet**: Egenkapitalkravet reduseres fra 30 til 10 prosent
- Bedre dekning av **kapitalkostnader**: Helseforetakene kompenseres for 75 prosent av faktiske avskrivingskostnader
- Lavere rente: **Rentemodellen** endres tilbake til slik den var før 2018
- **Planleggingsmodellene** må forbedres, og involvering av fagmiljø må styrkes



# Likviditet - konsekvenser

---

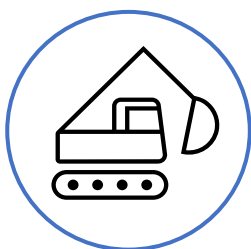
- Slipper å budsjettere med store overskudd for å bygge opp egenkapital
- Raskere igangsetting av byggeprosjekter
- Kan gi «riktigere» størrelse på nye sykehusbygg



# Dekning av kapitalkostnader - konsekvenser

---

- Ikke (så) avhengig av at nye bygg gir lavere driftskostnader
- Kan gi «riktigere» størrelse på nye sykehusbygg
- Reduserer den relative kostnaden på kapital
- Gir regionale omfordelingseffekter ift dagens modell



# Helhetlige pasientforløp

---





# Helhetlige pasientforløp - vurdering

---

- Godt kunnskapsgrunnlag for tiltak som gir god samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten
- Finansieringssystemet er ofte en hindring
- Det er behov for en samordnet planlegging av kapasitet mellom de to nivåene
- Helsefellesskapene kan være et virkemiddel for å sikre bedre samhandling



# Forslag: Samhandlingsbudsjett

---

- Et felles, øremerket samhandlingsbudsjett mellom kommuner og helseforetak
- Midler utløses etter beslutninger i helsefellesskapene. Dersom det ikke oppnås enighet står midlene urørt
- Det bør settes av minimum 1-2 mrd. i samhandlingsbudsjettet
- Det bør gjennomføres pilot i noen helsefellesskap



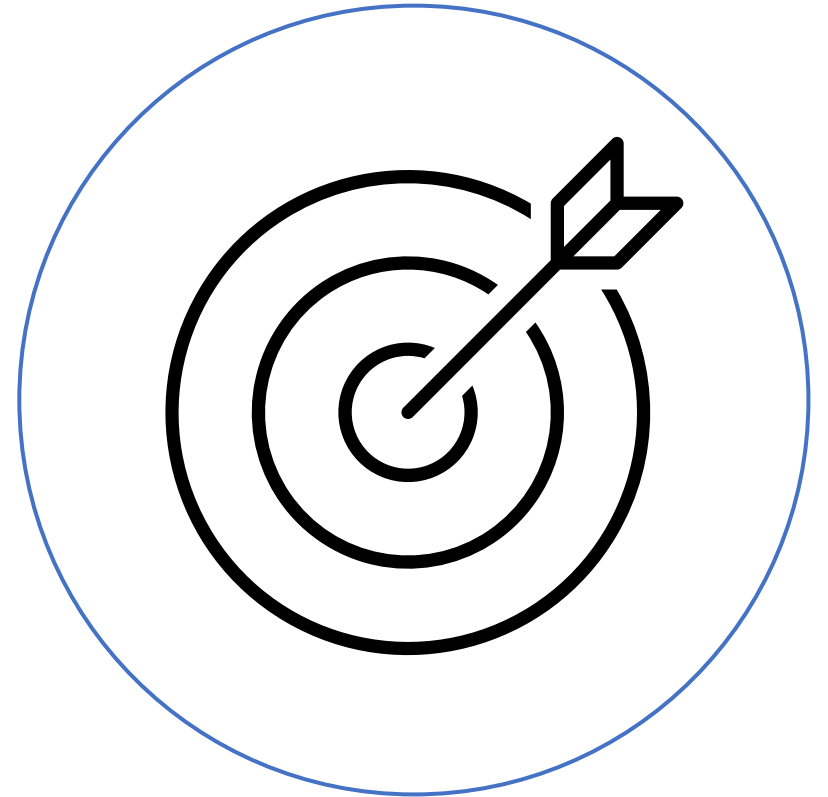
# Samhandlingsbudsjett - utfordringer

---

- Formelt – krever uttrekk fra kommunenes ikke-øremerkede inntekter
- Blir en suksess *bare* dersom det lykkes å etablere en felles forståelse av hva som er gode samhandlingstiltak..
- *..og* at man aksepterer at ressurser benyttet på det ene nivået kan ha gunstige konsekvenser for det andre nivået



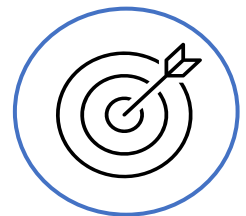
# Mål- og resultatstyring



# Mål- og resultatstyring - forslag

---

- Alle aktører må kritisk gjennomgå behovet for rapportering og indikatorer – dette må skje regelmessig, f.eks. hvert andre år
- Klinisk fagrevisjon kan supplere, og i noen grad erstatte, rapportering på kvalitetsindikatorer



# Lederstillinger og lederstruktur



# Lederstillinger og lederstruktur

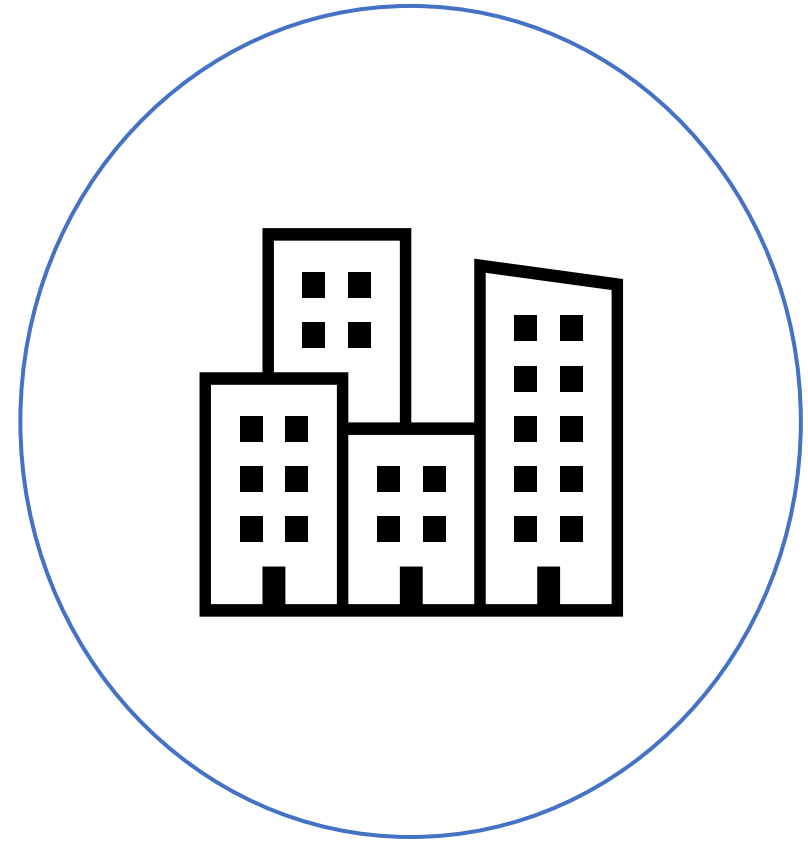
---

- Helseforetakene bør ha et betydelig handlingsrom for å få på plass gode strukturer for lokal ledelse
- Utvalget mener det ikke er behov for ytterlige reguleringer i lov eller forskrift



# Epilog

---





# Fellesskapets sykehus



---

Tilgang på kvalifisert og motivert arbeidskraft vil være en av de store utfordringene framover

---

Den offentlig finansierte helsetjenesten må være det stedet helsepersonell naturlig søker seg til

# Skal vi lykkes..



---

..må spesialisthelsetjenesten sikres realistiske og forutsigbare budsjettammer

---

..må nye sykehusbygg utformes med en størrelse som både sikrer tilstrekkelig beredskap og tilrettelegger for effektiv bruk av helsepersonell.

---

..må kommuner og helseforetak ta et felles ansvar for samhandling slik at pasienter behandles på riktig sted til riktig tid

Takk for oppmerksomheten

---

