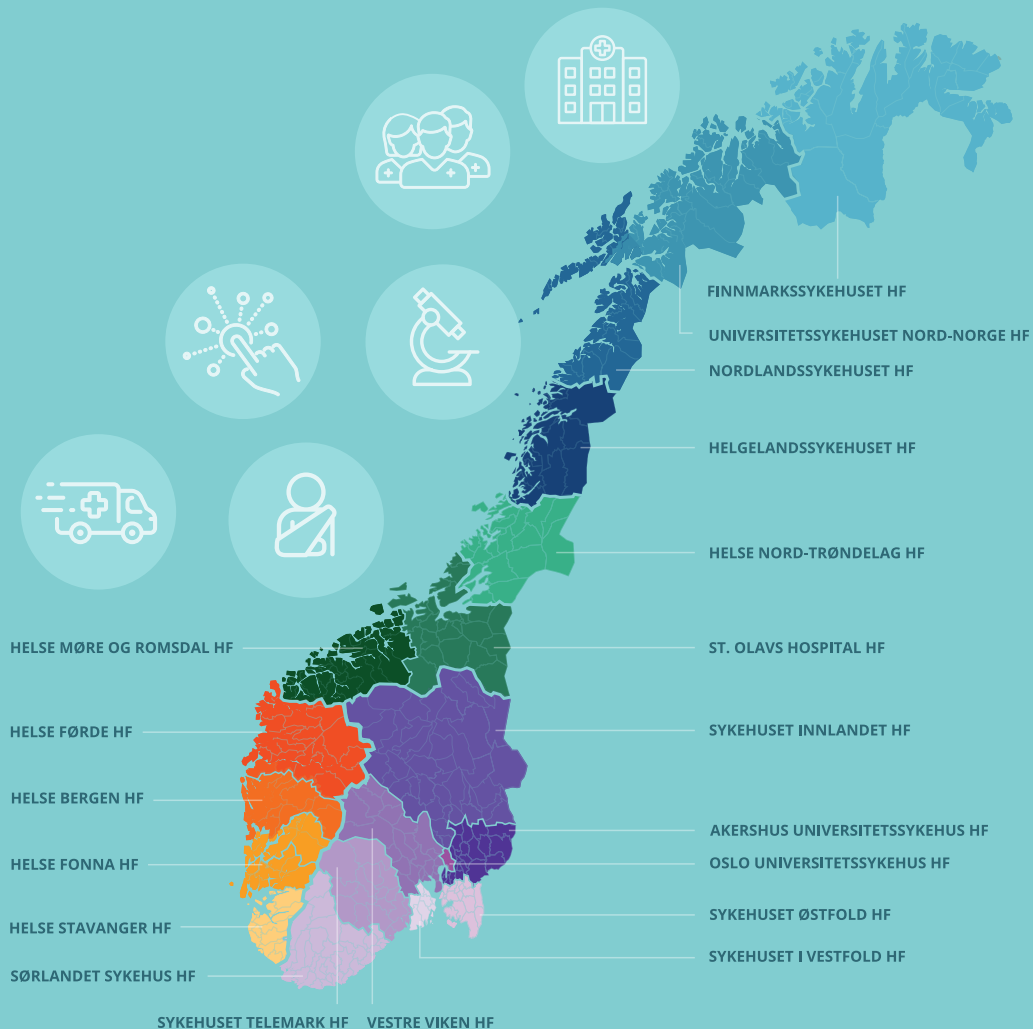


# Fellesskapets sykehus

Styring, finansiering, samhandling og ledelse



# Norges offentlige utredninger 2023

Seriens redaksjon:  
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
Teknisk redaksjon

---

- |  |  |
|--|--|
| 1. Kvalitetsvurdering og kvalitetsutvikling<br><i>Kunnskapsdepartementet</i>             | 5. Den store forskjellen<br><i>Helse- og omsorgsdepartementet</i>                      |
| 2. Fremtidens apotek – fleksibelt og forsvarlig<br><i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> | 6. Finanstilsynet i en ny tid – ny lov om Finanstilsynet<br><i>Finansdepartementet</i> |
| 3. Mer av alt – raskere<br><i>Olje- og energidepartementet</i>                           | 7. Trygg barndom, sikker fremtid<br><i>Barne- og familiedepartementet</i>              |
| 4. Tid for handling<br><i>Helse- og omsorgsdepartementet</i>                             | 8. Fellesskapets sykehus<br><i>Helse- og omsorgsdepartementet</i>                      |

# Fellesskapets sykehus

Styring, finansiering, samhandling og ledelse

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 4. februar 2022.

Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 27. mars 2023.

ISSN 0333-2306  
ISBN 978-82-583-1547-3

---

Aksell AS

## Til Helse- og omsorgsdepartementet

Sykehusutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 4. februar 2022 for å utrede endringer i styringen av sykehusene og helseforetaksmodellen. Utvalget overleverer med dette sin utredning.

Oslo 27. mars 2023

Jon Magnussen  
Leder

Birgit Abelsen

Anne Enger

Øystein Evjen Olsen

Bjørnar Allgot

Anne Sissel Faugstad

Sissel Merete Skoghaug

Sissel Viola Alterskjær

Geir Petter Isaksen

Kari Sønderland

Trude Basso

Janne Johnsen

Thor Arne Thorkildsen

Ståle Ørstavik  
Clementsén

Kjartan Aarstad Olafsson

Anne Turid Wikdahl

Inger Marit Eira-Åhrén

---

Mette Bakkeli  
Sekretariatsleder

Axel Miguel Huus

Stein Johnsen

Vegard Pettersen

Randi Midtgård Spørck

Anne-Mette Ullhammer



# Innhold

<b>1</b>	<b>Mandat, utvalgets sammen- setning og arbeidsform</b> .....	9	4.4.2	Aktivitet, ventetider og årsverk mv. ....	38
1.1	Mandat .....	9	4.4.3	Utvikling i kostnader og økonomisk resultat .....	44
1.2	Utvalgets sammensetning .....	10	4.4.4	Beredskap og samfunnsansvar ...	46
1.3	Avklaring av mandatet .....	11	4.4.5	Forskning og utdanning .....	47
1.4	Utvalgets arbeid .....	11	4.4.6	Evaluering av sykehusbygg .....	49
1.5	Utredninger fra eksterne .....	12	4.4.7	Norge i internasjonal sammen- heng .....	50
<b>2</b>	<b>Sammendrag og framtidsperspektiv</b> .....	13	4.4.8	Oppsummering .....	54
2.1	Sammendrag .....	13	4.5	Utvalgets vurderinger .....	54
2.1.1	Verdigrunnlaget .....	13	4.5.1	Helseforetaksmodellen .....	54
2.1.2	Erfaringer med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen .....	13	4.5.2	Maktkonsentrasjon .....	56
2.1.3	Styring og ansvarsforhold – regional, politisk og demokratisk innflytelse .....	16	4.5.3	Økonomifokus .....	58
2.1.4	Helsefellesskap og samhandling med kommunehelsetjenesten .....	19	4.5.4	Samhandling mellom tjeneste- nivåene .....	59
2.1.5	Finansiering av sykehusbygg .....	19	4.5.5	Medvirkning fra ansatte .....	59
2.1.6	Markedstenkning i styringen av helseforetakene .....	21	4.5.6	Medvirkning fra brukere .....	60
2.1.7	Mål- og resultatstyring .....	21	4.5.7	Demokratisk kontroll og innflytelse .....	61
2.1.8	Lederstillinger og lederstruktur ...	22	4.5.8	Styrene .....	62
2.2	Framtidsperspektiv .....	22	4.5.9	Likeverd .....	62
2.2.1	Utfordringer framover .....	22	4.5.10	Oppsummering .....	63
2.2.2	Utvalgets vurderinger .....	23	<b>5</b>	<b>Styring og ansvarsforhold – regional, politisk og demokratisk innflytelse</b> .....	64
<b>3</b>	<b>Verdigrunnlaget</b> .....	26	5.1	Organisering og ansvar i helseforetaksmodellen .....	64
3.1	Verdigrunnlaget i helselovgiving og offentlige dokumenter .....	26	5.1.1	Overordnet organisering av den offentlig eide spesialisthelse- tjenesten .....	64
3.1.1	Formålsbeskrivelsen i lovverket ...	26	5.1.2	Staten .....	64
3.1.2	Stortingsmeldinger om verdier og prioritering .....	27	5.1.3	De regionale helseforetakene .....	65
3.2	Dilemmaer ved implementering av verdigrunnlaget .....	27	5.1.4	Helseforetakene .....	65
3.3	Utvalgets vurdering .....	29	5.2	Stortingets og regjeringens rolle i styring av sykehusene .....	66
<b>4</b>	<b>Erfaringer med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen</b> .....	30	5.2.1	Stortingets myndighet .....	66
4.1	Utvalgets utgangspunkt for vurdering av erfaringene .....	30	5.2.2	Statsrådets myndighet .....	67
4.1.1	Overordnede helsepolitiske mål ...	31	5.3	Lokal- og regionalpolitisk medvirkning .....	68
4.1.2	Prinsipper for god styring .....	31	5.3.1	Lovpålagte krav til samarbeid og innspill .....	68
4.2	Skriftlige innspill til utvalget .....	31	5.3.2	Høring og involvering i utredning av utviklingsplaner .....	69
4.3	Om erfaringene med helse- foretaksmodellen i NOU 2016: 25 ..	34	5.3.3	Høring og involvering i utredning av sykehusutbygging .....	70
4.4	Utviklingen etter 2015 .....	36	5.4	Forholdet mellom regionale helseforetak og helseforetak .....	71
4.4.1	Kvalitet, tilgjengelighet og variasjon .....	36	5.4.1	Rettslige rammer .....	71

5.4.2	Fordeling av myndighet mellom regionale helseforetak og helseforetak .....	71	6.3.3	Evaluering av samhandlingsreformen .....	98
5.4.3	Påvirkningsmuligheter for administrativ ledelse i regionalt helseforetak .....	73	6.4	Nasjonal helse- og sykehusplan og helsefellesskap .....	98
5.4.4	Organisering og styring av felleseide helseforetak .....	73	6.4.1	Status helsefellesskap .....	99
5.5	Styrenes rolle .....	74	6.4.2	Innspill fra helsefellesskapene til nasjonal helse- og samhandlingsplan .....	100
5.5.1	Gjeldende rett og praksis .....	74	6.4.3	Status virkemidler og tiltak .....	100
5.5.2	Sammensetning og oppnevning av styrer .....	76	6.5	Utvalgets vurderinger .....	104
5.5.3	Medvirkning fra brukere i styrene .....	78	6.6	Utvalgets forslag .....	105
5.6	Organisering av helsetjenester til den samiske befolkningen .....	79	6.6.1	Samhandlingsbudsjetter .....	106
5.6.1	Rettslig bakgrunn .....	79	6.6.2	Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter .....	108
5.6.2	Planlegging, organisering og styring av samiske helse-tjenester .....	79	6.6.3	Ansvarsforhold, innhold og utforming av formelle avtaler .....	110
5.6.3	Strategi – Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen .....	79	6.6.4	Faglig samarbeid, kommunikasjon og IKT .....	110
5.6.4	Samarbeidsavtale mellom Sametinget og Helse Nord RHF ...	80	6.6.5	Helsefellesskapenes rolle og mandatets pkt. II .....	111
5.7	Utvalgets vurderinger .....	81	<b>7</b>	<b>Finansiering av sykehusbygg ..</b>	<b>113</b>
5.8	Utvalgets forslag .....	81	7.1	Modellen for finansiering av sykehusbygg i spesialisthelsetjenesten .....	113
5.8.1	Lokal- og regionalpolitisk medvirkning .....	82	7.1.1	Systemet for planlegging og dimensjonering av bygg .....	114
5.8.2	Virkemidler rettet mot styrene .....	84	7.1.2	Evalueringer av nye sykehusbygg .....	115
5.8.3	Forholdet mellom regionale helseforetak og helseforetak .....	86	7.2	Lånebetingelser, gjeld og investeringer .....	115
5.8.4	Ivaretagelse av medbestemmelse til den samiske befolkningen .....	89	7.2.1	Utvikling i lånebetingelser .....	115
5.8.5	Foretaksmøtets og Stortingets myndighet .....	90	7.2.2	Utvikling i langsiktig gjeld .....	116
5.8.6	Strukturelle forhold .....	91	7.2.3	De regionale helseforetakenes investeringsplaner .....	116
5.8.7	Navn og begrepsbruk .....	91	7.2.4	Utvikling i investeringsnivå i spesialisthelsetjenesten 2002–2021 .....	117
5.8.8	Gjennomgang av pliktsubjektene i spesialisthelsetjenesteloven mv. ....	92	7.2.5	Tilstandsgrad for sykehusbygg og verdibevarende vedlikehold .....	120
<b>6</b>	<b>Helsefellesskap og samhandling med kommunehelsetjenesten .....</b>	<b>93</b>	7.3	Om bruk av regnskapsloven i helseforetakene .....	122
6.1	Bakgrunn .....	93	7.4	Finansiering av investeringer i andre sektorer .....	122
6.2	Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester .....	93	7.4.1	Investeringer i kommunene .....	122
6.2.1	Allmennlegetjenesten .....	94	7.4.2	Investeringer i statlig sivil sektor ..	123
6.2.2	Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene .....	95	7.4.3	Statlige universiteter og høyskoler .....	124
6.3	Samhandlingsreformen .....	95	7.4.4	Statlige byggeprosjekter .....	125
6.3.1	Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter .....	95	7.4.5	Universitetsarealer i sykehus .....	125
6.3.2	Riksrevisjonens undersøkelser og tilsyn .....	98	7.4.6	Nasjonal transportplan .....	125
			7.5	Utvalgets situasjonsforståelse .....	126
			7.6	Skille ansvaret for drift og investeringer .....	127



7.7	Endringer innenfor gjeldende modell .....	129	9.2.3	Pasientforløp, fagspesifikk oppfølging og prioritering .....	151
7.7.1	Bedre tilgangen på likviditet til investeringer .....	129	9.2.4	Målestokk-konkurransen (benchmarking) .....	152
7.7.2	Kompensasjon for kapital-kostnader .....	129	9.2.5	Medisinsk koding og rapportering .....	153
7.8	Utvalgets vurderinger og forslag ..	131	9.2.6	Andre krav om rapportering .....	153
<b>8</b>	<b>Markedstenkning i styringen av helseforetakene .....</b>	<b>134</b>	9.3	Utvalgets vurderinger .....	154
8.1	Bakgrunn og begrepet markedstenkning .....	134	9.4	Utvalgets forslag .....	155
8.1.1	Marked og helsetjenester .....	134	<b>10</b>	<b>Lederstillinger og lederstruktur .....</b>	<b>157</b>
8.1.2	Om «New public management» ....	134	10.1	Bakgrunn .....	157
8.2	Markedstenkning i styringen av helsetjenesten .....	135	10.2	Krav til ledelse i sykehus .....	157
8.2.1	Innsatsstyrt finansiering .....	135	10.3	Skriftlige innspill til utvalget .....	158
8.2.2	Konkurransen om pasienter og helsepersonell .....	138	10.4	Kartlegging av lederstillinger og ledernivå .....	159
8.2.3	Konkurransen utsetting av ikke-medisinske tjenester .....	140	10.4.1	Virksomhetsstørrelse og ledernivå .....	159
8.3	Utvalgets vurderinger .....	141	10.4.2	Horisontalt lederspenn, virksomhetsstørrelse .....	160
8.3.1	Finansieringsmodellen .....	141	10.4.3	Horisontalt lederspenn, stillingsgruppesammensetning .....	160
8.3.2	Rammefinansiering vs. innsatsstyrt finansiering .....	142	10.4.4	Stedlig ledelse og geografisk lederspenn .....	161
8.3.3	Konkurransen om pasienter og helsepersonell .....	143	10.5	Utvalgets vurderinger og forslag ..	163
8.3.4	Konkurransen utsetting av ikke-medisinske tjenester .....	144	<b>11</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser .....</b>	<b>167</b>
8.4	Utvalgets forslag .....	145	11.1	Forslag knyttet til styring og ansvarsforhold .....	167
8.4.1	Rammefinansiering som hovedmodell .....	145	11.2	Forslag knyttet til helsefelleskap og samhandling .....	168
8.4.2	Øvrige forslag .....	147	11.3	Forslag om ordningen for finansiering av sykehusbygg .....	169
<b>9</b>	<b>Mål- og resultatstyring .....</b>	<b>149</b>	11.4	Forslag for å redusere markedstenkning .....	169
9.1	Bakgrunn .....	149	11.5	Forslag for å redusere mål- og resultatstyring .....	169
9.1.1	Om mål- og resultatstyring .....	149	11.6	Forslag knyttet til lederstillinger og lederstruktur .....	170
9.1.2	Tillitsreformen .....	150	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>171</b>	
9.2	Mål- og resultatstyring, dokumentasjon og rapportering ...	150			
9.2.1	Oppdragsdokument og krav i foretaksmøte .....	151			
9.2.2	Pasientrettigheter og krav i regelverket .....	151			

## Digitale vedlegg

Analyser av utvikling i geografisk variasjon for utvalgte helsetjenester (2015–2021) mv. SKDE-notat oktober 2022.

Kartlegging av lederstillinger og ledernivå i helseforetakene. Lars Erik Kjekshus, notat desember 2022.

Kunnskapsoppsummering om erfaringer med innsatsstyrt finansiering (ISF). Helseøkonomisk analyse AS Rapport 2022-2.



## Kapittel 1

# Mandat, utvalgets sammensetning og arbeidsform

### 1.1 Mandat

Det er slått fast i Hurdalsplattformen at regjeringen vil utrede endringer i styringen av sykehusene og helseforetaksmodellen, med mål om å sikre fortsatt statlig eierskap, sterk regional, politisk og demokratisk styring og stedlig ledelse, samt redusert markedstenkning og mindre bruk av innsatsstyrt finansiering.

Sykehusutvalget ble oppnevnt i statsråd 4. februar 2022 og fikk følgende mandat:

Mål og rammer for styring av sykehusene

«Pasienter i hele landet skal sikres nærhet og likeverdig utredning og behandling ved sykehusene. Regjeringen vil at Norge skal ha en desentralisert sykehusstruktur som sikrer beredskap og gir alle innbyggerne forsvarlig og trygg og omsorgsfull behandling på sykehus. Norske sykehus må organiseres slik at helsepersonell får bruke tiden til pasientkontakt.

Regjeringen vil at staten skal være en enhetlig eier av spesialisthelsetjenesten, men med regional styring av ressursene. Regjeringen vil vurdere konkrete endringer for å sikre demokratisk forankring i styring av sykehusene, redusere uheldige utslag av markedstenkingen og sikre faglig skjønn, ledelse og kultur i sykehusene, jf. Hurdalsplattformen.

Bakgrunn

Helseforetaksmodellen ble innført 1.1.2002 Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), Innst. O. nr. 118 (2000–2001) og har siden da lagt rammene for den statlige styringen av spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av praktiske erfaringer og tilpasninger i løpet av de første ti årene med modellen, ble det med bakgrunn i Prop. 120 L (2011–2012) vedtatt enkelte endringer i helseforetaksloven med ikrafttredelse 1.1.2013.

Høsten 2015 ble det oppnevnt et offentlig utvalg for å vurdere alternativer til organiseringen

av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten med fire regionale helseforetak. Utvalget skulle også vurdere inndelingen i helseregioner og organisering av eiendomsforvaltningen. Utvalget avga innstilling 1. desember 2016. NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Flertallet i utvalget (13 av 16 medlemmer) mente at det fortsatt burde være et regionalt beslutningsnivå. Flertallet begrunnet dette blant annet med at regional forankring av beslutninger gir større legitimitet og at dette best sikrer hensynet til regional planlegging og dimensjonering av spesialisthelsetjenesten. I forbindelse med behandlingen av Prop. 1 S (2017–2018) besluttet et flertall på Stortinget å videreføre dagens styringsmodell som det organisatoriske rammeverket for framtidig utvikling av spesialisthelsetjenesten. Det ble også besluttet at dagens fire helseregioner skulle videreføres.

De regionale helseforetakene inngår i statens direkte eierskap og er omfattet av statens eierpolitikk som går fram av den til enhver tid gjeldende eierskapsmelding. Gjeldende eierskapsmelding er Meld. St. 8 (2019–2020) *Statens direkte eierskap i selskaper – bærekraftig verdiskaping*. Statens begrunnelse for eierskapet i de regionale helseforetakene er at staten skal sikre at det finnes et tilbud av spesialisthelsetjenester i Norge til alle som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Statens mål som eier er å oppnå gode og likeverdige spesialisthelsetjenester, samt legge til rette for forskning og undervisning. I eierskapsmeldingen redegjøres det for hvordan staten utøver sitt eierskap.

Intensjonene med helseforetaksreformen

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, jf. helseforetaksloven.

Helseforetaksreformen var basert på to hovedelementer:

- Staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten – det offentlige eierskapet ble samlet på statens hånd.
- Virksomhetene ble organisert i foretak. Den offentlig eide spesialisthelsetjenesten er derfor ikke en integrert del av den statlige forvaltningen.

Overordnede helsepolitiske mål og rammer fastsettes av departementet og ligger til grunn for styring av foretakene. Staten har et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenesten med både myndighetsansvaret, finansieringsansvaret og eierskapet på én hånd.

En vesentlig begrunnelse for å organisere sykehusene som helseforetak var at de ble gitt klarere roller og ansvar, og på den måten ble myndiggjort. Det ble forutsatt at eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold. En viktig intensjon med reformen var å styrke den nasjonale politiske styringen. Samtidig skulle de enkelte virksomhetene få større ansvar og frihet innenfor de rammene og strukturen som ble bestemt. Denne rolledelingen skulle legge grunnlaget for sterkere politisk styring innen områder der viktige samfunnsmessige hensyn skulle ivaretas.

Det har siden helseforetaksreformen i 2002 vært både faglig og politisk debatt om ulike sider ved den etablerte styringsmodellen.

Utvalget skal:

1. 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.
2. 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.
3. Utrede forslag til hvordan helsefellesskapene kan brukes til å sikre bedre samhandling med kommunehelsetjenesten om helhetlige pasientforløp.
4. Gjennomgå ansvar og myndighet for regionale og lokale helseforetak, og tydeliggjøre hvilke beslutninger som skal avgjøres av helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte.

5. Vurdere tiltak for å redusere markedstenkningsplass innen styringen av helseforetakene og vurdere ordningen for finansiering av sykehusbygg.
6. Vurdere tiltak for å redusere mål- og resultatstyringsplass i styringen av helseforetakene med sikte på å fjerne unødvendig rapportering og detaljstyring.
7. 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.
8. Vurdere økonomiske, juridiske, administrative og samfunnsmessige konsekvenser av forslagene i tråd med kravene i Utredningsinstruksen, herunder synliggjøre konsekvenser for:
  - a) statsrådets konstitusjonelle og politiske ansvar
  - b) styringsstruktur, effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar
  - c) økonomistyring og kontroll
  - d) ressursutnyttelse og samordning mellom sykehus og andre institusjoner i spesialisthelsetjenesten og mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
  - e) pasienters, brukeres, kommunenes, den samiske befolkningens og andre berørtes innflytelse på tjenestetilbudet

Utvalget skal legge fram sin tilråding innen 31. mars 2023.»

## 1.2 Utvalgets sammensetning

Utvalget har hatt følgende sammensetning:

- Jon Magnussen, professor, Trondheim (leder)
- Birgit Abelsen, professor, Alta
- Bjørnar Allgot, rådgiver, Oslo
- Sissel Viola Alterskjær, sykepleier, Rana
- Trude Basso, overlege, Trondheim
- Ståle Ørstavik Clementsen, overlege, Oslo
- Inger Marit Eira-Åhrén, direktør, Røyrvik
- Anne Enger, pensjonist, Moss
- Anne Sissel Faugstad, spesialrådgiver, Bergen
- Geir Petter Isaksen, pensjonist, Nordre Follo
- Janne Johnsen, daglig leder, Stavanger
- Kjartan Aarstad Olafsson, fastlege, Kinn
- Øystein Evjen Olsen, klinikkdirektør, Lindesnes
- Sissel Merete Skoghaug, første nestleder LO, Hvaler
- Kari Sønderland, pensjonist, Oslo

- Thor Arne Thorkildsen, ambulansesarbeider, Kristiansand
- Anne Turid Wikdahl, utviklingsdirektør, Bærum

Utvalgets sekretariat har vært ledet av avdelingsdirektør Mette Bakkeli, Helse- og omsorgsdepartementet. Sekretariatet har ellers bestått av fagdirektør Stein Johnsen, avdelingsdirektør Anne-Mette Ullhammer, seniorrådgiver Axel Miguel Huus og spesialrådgiver Vegard Pettersen fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt assisterende fagdirektør Randi Midtgård Spørck fra Helse Nord RHF. Rådgiver Morten André Svendsberget, Helse- og omsorgsdepartementet, har bistått sekretariatet.

### 1.3 Avklaring av mandatet

Det går blant annet fram av mandatet at utvalget skal «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». Videre skal utvalget «gjennomgå ansvar og myndighet for regionale og lokale helseforetak, og tydeliggjøre hvilke beslutninger som skal avgjøres av helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte».

Det ble innledningsvis diskutert i utvalget om mandatet innebærer at helseforetaksmodellen, slik den beskrives i kapittel 1 i lov om helseforetak, ligger fast og skal ligge til grunn for utvalgets forslag til tiltak. Siden dette er en viktig premiss for arbeidet, oversendte utvalgets leder et brev til helse- og omsorgsministeren og ba om en avklaring fra oppdragsgiver om forståelsen av mandatet på dette området.

Helse- og omsorgsministeren svarte på henvendelsen i brev datert 30. mars 2022 til utvalgets leder:

«Jeg kan med dette bekrefte at regjeringen vil videreføre statlig eierskap og en struktur med foretak på to nivåer i spesialisthelsetjenesten. Utgangspunktet for mandatet er dermed at forslag til endring og tiltak forutsettes å være innenfor rammen av helseforetaksmodellen.»

### 1.4 Utvalgets arbeid

Utvalget har hatt tolv møter i perioden fra 14. februar 2022 til 23. februar 2023. Åtte av møtene har vært over to dager.

En rekke aktører har bidratt med innlegg på utvalgets møter.

På det første møtet 14. februar 2022 deltok statsråd Ingvild Kjerkol.

Medlemmer av sekretariatet som er ansatt i Helse- og omsorgsdepartementet, har informert om gjeldende system. Flere av utvalgsmedlemmene har også holdt innlegg.

31. mars 2022 fikk utvalget innspill fra inviterte organisasjoner<sup>1</sup>:

- Akademikerne v/konstituert leder Lise Lyngsnes Randeberg og president i Psykologforeningen Håkon Kongsrud Skard
- LO v/LO-sekretær Kristin Sæther
- Unio v/seniorrådgiver Eli-Karin Flagtvedt og 2. nestleder i NSF Kai Øyvind Brenden
- YS v/avdelingsleder Dag Bjørnar Jonsrud
- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) v/generalsekretær Lilly Ann Elvestad
- Kreftforeningen v/seksjonsleder Thomas Axelsen
- Alternativ til helseforetaksmodellen v/professor Bjarne Jensen, professor Torgeir Brun Wyller, konsulent Lene S. Haug, ordfører Inger Rangnes og varaordfører Aud Hove
- Arbeidsgiverforeningen Spekter v/administrerende direktør Anne-Kari Bratten
- Virke v/bransjeleder sykehus og barnevern Benjamin Larsen
- Sametinget v/politisk rådgiver Anne Torill Eriksen Balto

1. april 2022 fikk utvalget innspill fra styreledere og administrerende direktører i de regionale helseforetakene og helseforetakene Helse Bergen HF, Sykehuset Innlandet HF, Helse Møre og Romsdal HF og Helgelandssykehuset HF, som møtte sammen med representanter for tillitsvalgte og verneombud. Følgende holdt innlegg:

- Styreleder Svein Gjedrem, Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør Stig A. Slørdahl, Helse Midt-Norge RHF
- Konserntillitsvalgt Christian Grimsgaard, Helse Sør-Øst RHF
- Konsernverneombud Bjarte Jensen, Helse Midt-Norge RHF
- Administrerende direktør Eivind Hansen, Helse Bergen HF
- Administrerende direktør Alice Beathe Andersgaard, Sykehuset Innlandet HF

<sup>1</sup> Følgende organisasjoner var invitert, men hadde ikke anledning til å møte: SAN, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Rådet for psykisk helse, KS, Universitets- og høyskolerådet. KS deltok i møtet 9. november.

- Administrerende direktør Øyvind Bakke, Helse Møre og Romsdal HF
- Administrerende direktør Hulda Gunnlaugsdottir, Helgelandssykehuset HF

I tillegg har følgende holdt innlegg for utvalget:

- Fagdirektør Astrid M. Nylenna, Helsedirektoratet
- Styreleder Ivar Eriksen, Sykehusbygg HF
- Administrerende direktør Terje Bygland Nicolaisen, Sykehusbygg HF
- Avdelingssjef Marte Lauvsnes, Sykehusbygg HF
- Professor Inger Johanne Pettersen, Handelshøyskolen NTNU
- Professor Gunnar Bovim, leder Helsepersonellkommisjonen
- Professor Ulla Higdem, Høgskolen i Innlandet
- Professor Oddvar Kaarbøe, Helseøkonomisk analyse AS
- Professor Tor Iversen, Helseøkonomisk analyse AS
- Avdelingsdirektør Åse Laila Snåre, KS
- Fagleder Sigrid Askum, KS
- Kommunedirektør Per Kristian Vareide, Stavanger kommune
- Kommunedirektør Rune Sjurgard, Volda kommune
- Professor Lars Erik Kjekshus, Universitetet i Oslo

Utvalgsleder har etter invitasjon hatt møter med følgende aktører:

- Leder og sekretariat for Helsepersonellkommisjonen

- Stortingsrepresentant Irene Ojala
- Kontaktforum for brukere i helse- og omsorgstjenesten
- Helse Nord's samarbeidsorgan for forskning, innovasjon og utdanning
- Sekretariatet for koronautvalget
- Det nasjonale samarbeidsorganet for forskning, innovasjon og utdanning
- Styret i Norsk psykiatrisk forening
- Prosjektleder for gjennomgang av den sentrale helseforvaltningen John Arne Røttingen.

Arbeidstaker og arbeidsgiverorganisasjoner, pasient- og brukerorganisasjoner m.fl. ble også invitert til å komme med skriftlige innspill til utvalgets arbeid. Utvalget har mottatt til sammen 20 skriftlige innspill.

## 1.5 Utredninger fra eksterne

Utvalget har bestilt og mottatt følgende rapporter/notater som støtte for sitt arbeid:

- Kunnskapsoppsummering om erfaringer med innsattsstyrt finansiering (ISF), Helseøkonomisk analyse AS Rapport, 2022:2.
- Analyser av utvikling i geografisk variasjon for utvalgte helsetjenester (2015–2021) samt analyse av utvikling i kvalitet i spesialisthelsetjenesten i Norge. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, SKDE-notat oktober 2022.
- Kartlegging av lederstillinger og ledernivå i helseforetakene. Lars Erik Kjekshus, notat desember 2022.

## Kapittel 2

# Sammendrag og framtidsperspektiv

Det ble slått fast i Hurdalsplattformen at regjeringen ville utrede endringer i styringen av sykehusene og helseforetaksmodellen med mål om å sikre fortsatt statlig eierskap, sterk regional, politisk og demokratisk styring og ledelse, og redusert markedstenkning. Det framgår videre at regjeringen vil redusere mål- og resultatstyring og fjerne unødvendig rapportering i helsesektoren, gjennomgå antallet lederstillinger i helsesektoren og vurdere regelverk som kan understøtte en fornuftig lederstruktur. Sykehusutvalgets utredning følger opp disse punktene i regjeringsplattformen gjennom de konkretiseringene som ble gitt i mandatet.

### 2.1 Sammendrag

#### 2.1.1 Verdigrunnlaget

Helsetjenestens verdigrunnlag kommer blant annet til uttrykk gjennom helselovgivningen, i Stortingsmeldinger og offentlige utredninger. Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* og Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten* utdyper dette, og gir verdigrunnlaget for helsetjenesten. Internasjonale konvensjoner, blant annet om menneskerettigheter, gir også føringer om verdigrunnlag.

Helsepersonell kan også ha egne sett med verdier og en etisk plattform. Helsearbeidere vil i møtet med den enkelte pasient, først og fremst være drevet av et ønske om å yte best mulig helsehjelp. Helsetjenestens verdigrunnlag, slik det er reflektert i helselovgivningen og offentlige dokumenter, legger i større grad vekt på vurderinger av hva som samlet sett gir mest mulig helse, rettferdig fordelt. Det kan oppstå situasjoner hvor man prioriterer ulikt fra forskjellige ståsteder og etiske plattformer. Det er dermed naturlig at det oppstår verdikonflikter i helsetjenesten.

Utvalget bygger sine forslag på helsetjenestens verdigrunnlag og har dette som en rød tråd i utredningen. Utvalget har lagt vekt på at sty-

ringsmodellen må utformes og praktiseres på en måte som anerkjenner dilemmaene og verdikonfliktene som kan oppstå i møtet mellom helsepersonellens hverdag og overordnede styringsprinsipper.

#### 2.1.2 Erfaringer med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen

Det framgår av mandatet at «*utvalget skal 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*».

Utvalget tar i sin vurdering utgangspunkt i statens prinsipper for god eierstyring, supplert med det utvalget oppfatter som allmenne prinsipper for demokratiske beslutninger og styring på viktige samfunnsområder. Disse prinsippene er gjennom-siktighet i beslutningsprosesser, deltakelse og medvirkning, ansvarliggjøring, organisatorisk integritet og utredningskapasitet.

Utvalget har tatt utgangspunkt i erfaringene med helseforetaksmodellen slik de ble vurdert i NOU 2016: 25, og gitt en beskrivelse av noen hovedtrekk ved utviklingen i spesialisthelsetjenesten etter 2015 og fram til pandemien. Oppsummert viser denne gjennomgangen at:

- Overordnet holder tjenestene god kvalitet og utviklingen de siste fem–ti årene har vært positiv. På mange områder ligger Norge godt an i forhold til øvrige OECD-land, både med tanke på nivå og utvikling over tid. Det er imidlertid fortsatt variasjon både i kvalitet og aktivitet for enkelte behandlingsformer.
- De fleste pasientene har gode erfaringer fra sykehusoppholdet, og sykehus kommer også godt ut på innbyggerundersøkelser.
- Det er ikke gjennomført endringer i den overordnede sykehusstrukturen den siste ti-års perioden. Det er fortsatt potensial for bedre utnyttelse av kapasitet og kompetanse mellom

små og store sykehus gjennom oppgavedeling, samarbeid og nettverk.

- Behandlingsaktiviteten har fortsatt å øke, samtidig som det skjer en dreining fra døgnbehandling til mer poliklinisk aktivitet og dagbehandling.
- Det har vært nedgang i gjennomsnittlige ventetider fram til 2017 og en sammenfallende reduksjon i andel fristbrudd. Det langsiktige målet fra 2018 om ventetid på under 50 dager er ikke nådd. Under pandemien økte både ventetid og andel fristbrudd.
- Veksten i antall årsverk i spesialisthelsetjenesten har vært høyere enn befolkningsveksten. Utviklingen i årsverk per 1000 innbyggere viser at det har vært relativt høy vekst i årsverk for leger og psykologer. For helsefag- og omsorgsarbeidere og hjelpepleiere har det vært en relativ stor nedgang.
- Samlet sett har kostnadsveksten med korreksjon for nye legemidler, fulgt befolkningsveksten i perioden 2015–2019. Kostnadsveksten etter 2019 må ses i lys av pandemien.
- Avskrivningenes andel av de totale driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten har falt fra 2000-tallet. Det innebærer at kapitalintensiteten er redusert, mens arbeidskraftintensiteten har økt.

Utvalget har knyttet sine vurderinger til ni hovedområder som blir oppsummert i det følgende.

#### Helseforetaksmodellen

Det er utfordrende å identifisere klare årsak-virkning mekanismer mellom enkeltelementer i utformingen av helsetjenesten og grad av måloppnåelse. Det er heller ikke gjort noen systematisk evaluering av helseforetaksmodellen som gjør det mulig å konkludere samlet i forhold til konsekvensene den har hatt for graden av helsepolitisk måloppnåelse.

Utvalgets vurdering er at om man sammenholder indikatorer for kvalitet, effektivitet og tilgjengelighet med land uten foretaksorganisering, skiller helsetjenesten i Norge seg oftere ut i positiv enn i negativ retning.

I den helsepolitiske debatten diskuteres også hvor mye penger som brukes på spesialisthelsetjenesten, hvordan midlene blir tilført (innsatsstyrt finansiering og rammefinansiering), samhandling, grad av beredskap og kapasitet, kvalitet på og dimensjonering av utdanningssystemet, rekruttering av helsepersonell, lønns- og arbeids-

vilkår, prosesser rundt og resultater av prioriteringsbeslutninger mv.

Utvalgets vurdering er at disse diskusjonene fortsatt ville være aktuelle, selv om man avviklet helseforetaksorganiseringen. Man kan derfor ikke utelukke at deler av kritikken som rettes mot det som oppleves å være konsekvenser av selve helseforetaksmodellen, også kan skyldes andre forhold ved styringen og organiseringen av helse-tjenesten. Samtidig er det mulig at en alternativ organisering ville løst noe av utfordringene som blir påpekt i kritikken.

Helseforetaksmodellen innebærer at det er større avstand mellom politikere og de som utformer og leverer tjenestene enn tilfellet ville vært i en forvaltningsmodell. Den formelle politiske styringen skjer fra staten ved Stortinget og regjeringen. Lokale- og regionale politiske nivå (kommuner og fylkeskommuner) har ingen formell innflytelse på beslutningene som gjøres. Det gir de regionale helseforetakene stort ansvar, men også stor makt, både i form av definisjonsmakt og beslutningsmakt. For at modellen skal få legitimitet, er det dermed avgjørende at prosessene fram mot beslutning er kjennetegnet av åpenhet og medvirkning og innflytelse fra folkevalgte i kommuner og fylkeskommuner, innenfor rammene som følger av det statlige eierskapet.

Et sentralt spørsmål for utvalget er hvordan helseforetaksmodellen kan utvikles slik at befolkningen får større eierskap til den offentlige spesialisthelsetjenesten.

#### Maktkonsentrasjon

Spesialisthelsetjenesten er i dag organisert gjennom fire regionale helseforetak og 20 helseforetak som driver pasientbehandling. Overgangen fra fylkeskommunalt eierskap og organisering til statlig eierskap og regional organisering, var blant annet begrunnet i et mål om å redusere variasjon og sikre bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester. Færre og større enheter kan gi bedre muligheter for koordinering og styring, mer fleksibilitet og mindre sårbar økonomi. Samtidig kan det også gi sterkere konsentrasjon av makt hos administrativ ledelse og styrer.

Utvalgets vurdering er at dette stiller store krav til at beslutningsprosessene ivaretar viktige prinsipper for god styring; gjennomsiktighet i beslutningsprosesser, deltakelse og medvirkning, ansvarliggjøring, organisatorisk integritet og utredningskapasitet.



### Økonomifokus

En kritikk mot helseforetaksmodellen er at styringssystemet er utformet på en måte som utfordrer det medisinskfaglige perspektivet i styringen av sykehusene, ved at økonomifokus har fått for stor plass på bekostning av fag og kvalitet.

Utvalgets vurdering er at det er særlig to forhold som fører til stort økonomifokus; systemet for finansiering av investeringer og ordningen med innsatsstyrt finansiering.

Det er også kritikk mot mål- og resultatstyrings plass i styringen av spesialisthelsetjenesten, og det som blant mange oppleves å være unødvendig rapportering.

Utvalgets vurdering er at det på en del områder har utviklet seg for detaljert mål- og aktivitetsstyring og at målstyringen i mindre grad enn ønskelig er knyttet til overordnede mål. Dette gjelder flere sektorer og skyldes både nye krav og rettigheter fra myndigheter og politiske vedtak som må følges opp på virksomhetsnivå.

Utvalget mener at helseforetakene og de regionale helseforetakene må spille en aktiv rolle i å beskrive utfordringsbildet i spesialisthelsetjenesten, også i de tilfellene dette måtte kreve økt ressursinnsats. Det er fullt mulig både å være lojal mot rammene som følger av Stortingets budsjettvedtak, og samtidig sterkere formidle behov for økte ressurser i de tilfellene dette kan begrunnes godt som premiss for å kunne ivareta sørgeforansvaret.

Det er betydelig uro og debatt om lokalisering av nye sykehusbygg og fordeling av funksjoner mellom sykehus. I mange planprosesser blir det stilt spørsmål om det er tilstrekkelig involvering og medvirkning fra fag- og brukermiljøene og lokale demokratiske organer. Gode beslutninger krever god kvalitet på de faglige og økonomiske modellene som ligger til grunn for planarbeidet. Det er risiko for at nye sykehusbygg blir planlagt og dimensjonert ut fra hva man på kort sikt tror lar seg realisere innenfor eksisterende økonomiske rammer og planforutsetninger. Dette kan føre til at nye bygg ikke blir dimensjonert ut fra hva som reelt sett er behovet eller ønskelig i et langsiktig perspektiv.

### Samhandling mellom tjenestenivåene

Samhandlingsreformen pekte ut en retning for bedre koordinering og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det ble også lovfestet krav om samarbeidsavtaler. Samhandlingsreformen

har endret karakteren til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasienter med mer komplekse tilstander enn før skrives ut fra sykehus med forventning om videre oppfølging og behandling av fastleger og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Utvalgets vurdering er at kvaliteten på samhandlingen mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten varierer, og at den i flere tilfeller er for dårlig.

### Medvirkning fra ansatte

Gode systemer for medvirkning/medbestemmelse fra ansatte er en vesentlig kvalitet ved helsetjenesten. De ansatte skal med sin erfaring, kunnskap og innsikt bidra til at beslutningene blir så gode som mulig. Utvalgets vurdering er at god faglig medvirkning i utforming av og organisering av tjenestene, er en nødvendig premiss for en god helsetjeneste.

Organisasjonsgraden i sykehusene er høy. Om lag 95 pst. av de ansatte (2016) er omfattet av tariffavtaler knyttet opp til det formelle avtaleforholdet mellom Spekter og forbundenes hovedorganisasjoner.

Styremedlemmer valgt av og blant de ansatte har samme rettigheter og ansvar som styremedlemmer valgt av eier. Flere arbeidstakerorganisasjoner mener imidlertid at styresammensetningen i de nasjonale felleseide helseforetakene ikke legger til rette for god nok medvirkning/medbestemmelse fra ansatte/konserntillitsvalgte i de andre helseforetakene i regionene, som skal være brukerne av disse tjenestene.

### Medvirkning fra brukere

Pasienters, brukeres og pårørendes behov og erfaringer er sentrale i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Alle helseforetak og regionale helseforetak har egne brukerutvalg og det er opprettet ungdomsråd ved alle helseforetak. Brukermedvirkning skjer også gjennom deltakelse i forsknings- og innovasjonsprosjekter. Styrene i de regionale helseforetakene har vedtatt felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak. Brukerutvalgene er representert med observatører med tale- og forslagsrett i styrene både i helseforetakene og de regionale helseforetakene.

Sametinget har påpekt at det er utfordringer med dagens organisering av helsetjenester til den samiske befolkningen. Sametingets plenum har vedtatt at de ønsker at Sámi klinihkka skal være et

eget helseforetak, direkte underlagt Helse Nord RHF. Sametinget mener også at retten til med- og selvbestemmelse for den samiske befolkningen forutsetter samisk representasjon i styrende organer, oppnevnt av Sametinget som samers folkevalgte organ.

#### Demokratisk kontroll og innflytelse

Lokalisering av og funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehus har over år vært blant de sentrale konflikttemaene i spesialisthelsetjenesten. Beslutninger om lokalisering av nye sykehus har samfunnsmessige konsekvenser langt utover det som berører spesialisthelsetjenesten. Slike beslutninger har stor lokal-, regional-, og i noen tilfeller nasjonal politisk interesse.

Utvalgets vurdering er at både tidligere og pågående prosesser viser at man innen helseforetaksmodellen ikke har lykkes godt nok med å sikre at alle relevante interessenter opplever å være tilstrekkelig hørt og ivaretatt. Det er et potensial i å utvikle helseforetaksmodellen slik at den i større grad tar hensyn til foretakenes bredere samfunnsmessige rolle i en lokal- og regional utvikling, i samspill med demokratisk valgte organer innenfor regionene.

#### Styrene

De regionale helseforetakene og helseforetakene forvalter sentrale velferdsgoder for befolkningen og er viktige samfunnsaktører. Beslutninger som styrene fatter, vil ofte ha stor betydning for befolkningen, de ansatte i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene – og vil også ha bredere samfunnskonsekvenser.

Det er vesentlig at styrene er sammensatt med riktig kompetanse og at styremedlemmene får god opplæring til å forstå og utøve styrearbeidet på en god måte. Det er ulike synspunkter på valg av representanter til styrene; både når det gjelder spørsmål om tilhørighet til regionen og om lokal politisk representasjon.

#### Likeverd

Likeverdige helsetjenester forstås som at alle pasienter mottar helsetjenester av like god kvalitet, tilpasset den enkelte, og med mål om resultatlikhet for dem med samme sykdomsbilde. Det er dokumentert store, dels ikke forklarte, geografiske variasjoner i spesialisthelsetjenestetilbudet innen en rekke fagområder.

Utvalgets mener at dagens inntektsfordeling i spesialisthelsetjenesten legger bedre til rette for et likeverdig tilbud enn hva som var tilfellet da sykehusene var under fylkeskommunalt eierskap, men at helseforetakene i for liten grad styrer ressursbruken bort fra tjenester med liten dokumentert effekt.

#### 2.1.3 Styring og ansvarsforhold – regional, politisk og demokratisk innflytelse

Det er utvalgets vurdering at gjeldende lovgivning formelt sett gir adgang til å sikre demokratisk, regional og politisk innflytelse ved alle forhold som gjelder utforming og drift av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det er ulike syn i utvalget på om helseforetaksmodellen i seg selv gir et demokratisk underskudd, men det er enighet om at det ligger muligheter i modellen som ikke blir benyttet fullt ut.

Utvalget foreslår tiltak og prosesser for økt regional, politisk og demokratisk innflytelse i seks punkter. Overordnet peker utvalget på to vesentlige forhold; *politisk vilje til styring og kvaliteten på medvirkningsprosessene*.

#### Lokal- og regionalpolitisk medvirkning

Utvalget foreslår 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. Avtalene kan utarbeides og revideres ved drøfting i helsefelleskapene. Utvalget mener det i slike saker skal framgå av saksutredningen til styrene hvordan lokale og regionale politiske myndigheter og andre relevante aktører har vært involvert, og hvilke synspunkter og vurderinger som er kommet fram.

Som ledd i å bygge tillit og legitimitet, vil det i tillegg til involvering i konkrete saker, være behov for regelmessig og mer strukturert dialog om utfordringer, strategier og saker på tidlig stadium mellom ledelsen i helseforetakene og politisk ledelse i kommunene og fylkeskommunene. 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.

#### Virkemidler rettet mot styrene

Utvalget mener det kan styrke den demokratiske legitimiteten til styrene at politisk valgte organer

på lokalt og regionalt nivå, i større grad blir involvert med i prosessen fram mot oppnevning av styrene. Samtidig må det tas hensyn til at styremedlemmene har et selvstendig ansvar for å ivareta foretakets interesser, og at de derfor ikke bør representere andre interesser i rollen som styremedlem.

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 kandidatene. Tilsvarende kan gjelde for departementet med forslag fra fylkeskommunene til de regionale styrene. Medlemmet Skoghaug foreslår at et representantskap bestående av folkevalgte fra kommunene i helseforetakets opptaksområde skal få anledning til å foreslå kandidater til styrene i helseforetakene. Dette medlemmet mener at de regionale helseforetakene må være bundet til å oppnevne blant kandidatene.

Utvalget mener at den helsefaglige kompetansen i styrene må styrkes. Ved å legge sterkere vekt på helsefaglig- og bred samfunnskompetanse i styrene vil både samhandling og styrenes tilsyns- og kontrollfunksjon bli styrket. Utvalget foreslår også et felles program for opplæring av styremedlemmer i regionale helseforetak og helseforetak, med sikte på å klargjøre ansvar og rolleforståelse for styrene.

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. Dette skal ikke være til hinder for at de kan ha styreverv i helseforetak som de regionale helseforetakene eier sammen.

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. Et mindretall mener at de regionale helseforetakene i samarbeid med de konserntillitsvalgte, evaluerer og arbeider videre med å tilrettelegge for hensiktsmessige samarbeidsformer for utvikling og styring av de felleseide helseforetakene innenfor de rammene som allerede er etablert.

Forholdet mellom regionale helseforetak og helseforetak

Utvalget mener at helseforetakene i størst mulig grad bør ha ansvar for egen virksomhet og anledning til å fatte beslutninger i saker som angår helseforetak alene. Samtidig er det nødvendig å ha en klar styringslinje fra det regionale helseforetaket til helseforetakene i regionen.

Utvalget mener det verken er mulig eller hensiktsmessig at departementet gir pålegg om den konkrete oppgavefordelingen mellom regionalt helseforetak og helseforetak. For å oppnå en arbeidsdeling som gir helseforetakene størst mulig autonomi, mener utvalget det må være en løpende vurdering, i dialog mellom foretakene i regionen, om hvilke oppgaver som kan og bør legges til helseforetakene. 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. Helseforetakene kan slik også legge til rette for lokal dialog og forankring med berørte kommuner.

Ivaretakelse av medbestemmelse til den samiske befolkningen

Utvalget foreslår at det blir gjennomført en egen utredning for å vurdere behov for tiltak som sikrer inkorporering av de folkerettslige bestemmelsene, FN's erklæring om urfolksrettigheter (artikkel 3 og artikkel 25) og konvensjonen om sivile og politiske rettigheter ved styringen av spesialisthelsetjenesten. Dette for å sikre at statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen blir ivarettatt; rett til medbestemmelse, deltakelse og samarbeid om planlegging, utforming og styring av spesialisthelsetjenester.

Flertallet i utvalget mener at utredningen må ta stilling til om dagens organisering av Sámi klinihkka er hensiktsmessig. Dette inkluderer vurdering av hvordan SÁNÁG/SANKS sine nasjonale funksjoner kan utvikles. Disse medlemmene mener utredningen også må vurdere et alternativ hvor Sámi klinihkka med alle funksjoner overføres organisatorisk til UNN HF.

Medlemmet Eira-Áhrén anbefaler at Sámi klinihkka med alle funksjoner flyttes til organisatorisk UNN HF for å styrke regional tilknytning og for å sikre drift i påvente av utredning om framtidig organisering. Utredningen må avklare hvilken organisering som oppfyller de folkerettslige

bestemmelser, FNs erklæring om urfolksrettigheter (artikkel 3 og artikkel 25) og konvensjonen om sivile og politiske rettigheter ved styringen av spesialisthelsetjenesten. Videre bør utredningen se på hvordan sikre og utvikle Sámi klinikkas nasjonale funksjoner og tjenester slik at Sámi klinikkas rolle som nasjonalt rådgivende organ styrkes.

Flertallet i utvalget foreslår at det skal oppnevnes ett styremedlem i hvert av styrene for de regionale helseforetakene etter forslag fra Sametinget. Et mindretall viser til forslaget om en egen utredning. De foreslår å videreføre dagens praksis med at det oppnevnes et styremedlem etter forslag fra Sametinget i styret Helse Nord RHF og i styrene i helseforetakene i Helseregion Nord, inn til denne utredningen foreligger.

#### Foretaksmøtets og Stortingets myndighet

Uavhengig av modell for organisering av spesialisthelsetjenesten, er det det nødvendig å ha et beslutningshierarki. Hensynet til effektive beslutningsprosesser, gjennomføringsevne og god utnyttelse av spesialisert kompetanse tilsier at beslutninger bør fattes på lavest mulig nivå. I forarbeidene til helseforetaksloven ble det lagt vekt på at foretaksorganiseringen skulle gi ledelsen ved sykehusene et helhetlig ansvar for løpende drift, mens eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold.

I saker som behandles i foretaksmøtet, er statsråden underlagt det parlamentariske ansvaret overfor Stortinget og skal sørge for at vedtak er i tråd med føringer og rammer som Stortinget har gitt. Utvalgets vurdering er at § 30 i helseforetaksloven gir statsråden tilstrekkelig handlingsrom til å sikre den nasjonale politiske forankringen av vedtak. Utvalget mener det verken er hensiktsmessig eller behov for å konkretisere ytterligere hvilke saker som skal beslutes av foretaksmøtet.

#### Strukturelle forhold

Det har skjedd omfattende strukturelle endringer i spesialisthelsetjenesten etter helseforetaksreformen i 2002. Antall helseforetak som driver pasientbehandling har blitt redusert fra 43 til 20, og antall regionale helseforetak er redusert fra fem til fire. Utvalget har ikke innenfor den tiden som har vært til rådighet, hatt mulighet til å vurdere om en annen inndeling av de regionale helseforetakene eller helseforetakene ville være mer hensiktsmessig. Dette er komplekse problemstillinger

der ulike hensyn trekker i ulike retninger. Utvalget viser til forslaget fra Helsepersonellkomisjonen 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.

#### Navn og begrepsbruk

Utvalget mener at språk, begrepsbruk, navn og benevnelser er viktig for opplevd eierskap og identitet til den offentlig finansierte helsetjenesten. Da helseforetaksmodellen ble innført i 2002, var det et viktig poeng å understreke at de organisatoriske endringene innebar omdanning av sykehusene til selvstendige foretak. Dette ble avspeilet i navnet både for de regionale helseforetakene og for helseforetakene som organiserer sykehusvirksomheten. Utvalget mener at tiden nå er moden for at navnene på virksomhetene ikke lenger bør inneholde kortformene RHF og HF. Dette røkkes ikke ved organisasjonsform eller etablerte ansvarsforhold med foretak på to nivåer, men benevnelser bør gjøres mer tjeneste- og stedsnære.

Utvalget foreslår, for det første, at de regionale helseforetakene får samme navn som det geografiske området de har sørge-for-ansvaret for. De nye navnene vil da være *Helseregion Sør-Øst*, *Helseregion Vest*, *Helseregion Midt-Norge* og *Helseregion Nord*.

Utvalget foreslår videre at helseforetakene som driver pasientbehandling, navngis og omtales som sykehus og ikke helseforetak. Utvalget foreslår en navngiving av helseforetakene som utformes slik at sykehus inngår i navnet, og samtidig avspeiler om det er ett eller flere sykehus som inngår i organisasjonen. Utvalget har gitt noen eksempler på dette, for eksempel kan Vestre Viken HF endre navn til *Sykehusene Vestre Viken*. Det kan videre bestå av Drammen sykehus, Ringerike sykehus, Bærum sykehus og Kongsberg sykehus.

Gjennomgang av pliktsubjektene i spesialisthelsetjenesteloven mv.

Utvalget anbefaler at bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven som beskriver de enkelte organers plikter, blir gjennomgått. Det kan stilles spørsmål ved om pliktsubjektene ansvar er tydelig nok og i tråd med den faktiske situasjonen.

Utvalget sikter her til hvilke plikter som i dagens lovgivning er pålagt regionale foretak, hel-

seforetak, helseinstitusjoner og sykehus. Det kan også være behov for nærmere å definere begreper som sykehus og helseinstitusjon.

### 2.1.4 Helsefelleskap og samhandling med kommunehelsetjenesten

Utvalget mener at god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil være avgjørende for mulighetene til å opprettholde og videreutvikle en sterk offentlig finansiert helsetjeneste. Utvalgets vurdering er at det er behov for tiltak som bidrar til å styrke både den strategiske og den faglige samhandlingen. Utvalget mener det er et betydelig potensial for å forbedre pasientbehandlingen gjennom bedre samhandling mellom kommuner og helseforetak, og at dette kan realiseres ved å bygge videre på helsefelleskapene. Utvalget viser til at det er variasjon i hvordan medvirkning/medbestemmelse praktiseres i helsefelleskapene, og mener partene bør finne gode ordninger som ivaretar at ansatte, brukere og tillitsvalgte har reell mulighet til å medvirke til gode beslutninger i samhandlingen mellom kommunene og sykehusene.

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. Samhandlingsbudsjettene skal kun utløses som en følge av at kommuner og helseforetak i fellesskap har identifisert områder hvor samhandling vil gi bedre og mer helhetlige pasientforløp og besluttet å allokere ressurser dit. Utvalget mener helsefelleskapene er den naturlige arenaen for å identifisere aktuelle områder, og at bruken av samhandlingsbudsjettene må reguleres i avtaler mellom kommuner og helseforetak. Utvalget anbefaler at samhandlingsbudsjettene som et minimum må være på én til to mrd. kroner samlet. Det må utredes nærmere hvordan det skal finansieres og hvordan beslutningsprosedyren skal være fram mot disponering av midlene. Som et ledd i dette, anbefaler utvalget at noen helsefelleskap gjennomfører pilotprosjekter.

Utvalget drøfter den kommunale betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter og konstaterer at det er stor geografisk variasjon i omfanget av utskrivningsklare pasienter. Utvalget anbefaler at betalingsplikten inntil videre opprettholdes og at døgnsetningen videreføres på dagens nivå. Utvalget foreslår imidlertid å evaluere ordningen. Utvalget

mener at en vellykket innføring av samhandlingsbudsjetter over tid vil kunne redusere behovet for kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.

Utvalget mener det er en klar forutsetning for gode pasientforløp at IKT-systemene i kommuner og helseforetak understøtter samhandlingen mellom helsepersonell på tvers av virksomheter. Det er derfor grunnleggende at arbeidet med digitaliseringstiltak og bruk av standarder blir videreført og prioritert. Utvalget mener at Pasientens legemiddelliste (PLL), som nå er under utvikling, er den IKT-samhandlingsløsningen det er aller viktigst å få ferdig og i nasjonal bruk. Helsefelleskapene bør også samarbeide om å etablere gode løsninger for gjensidig faglig konsultasjon mellom helsepersonell.

Utvalget anbefaler også 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.

### 2.1.5 Finansiering av sykehusbygg

Dagens modell for finansiering av investeringer bygger på prinsippet om at helseforetaket som gjennomfører investeringen må bære hele kostnaden. Ordningen innebærer at Stortinget bevilger en samlet ramme til spesialisthelsetjenesten. Denne rammen skal dekke alle helseforetakenes kostnader; personell, medikamenter, utstyr og bygninger. Kostnader til utstyr og bygninger fordeles over levetiden og synliggjøres i sykehuse-nes regnskaper som avskrivninger. Investeringer finansieres av avskrivninger, lån fra staten, sparing/bidrag fra driften, salg av eiendom og finansiell leasing (fra 2015).

Mens bemanningen kan endres på kort sikt, er sykehusbygg og medisinsk-teknisk utstyr kjenetegnet av at de vil ha lang levetid. Investeringer i sykehusbygg må gjennomføres med et langt tidsperspektiv. Et sykehus som bygges i dag, skal ha areal og utforming som gjør at det kan dekke befolkningens behov for sykehustjenester i mange år framover.

Etter utvalgets mening er det forhold ved dagens modell for finansiering av investeringer som kan gi uheldige utslag. Kravene til egenkapital og likviditet gjør at man risikerer at nye sykehusbygg kan bli 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.

Utvalgets vurdering er at disse problemene vil bli redusert med en finansieringsmodell som gir lettere tilgang på likviditet og samtidig gir helseforetakene større trygghet for økonomisk bæreevne.

Utvalget har vurdert en modell der ansvaret for investeringer i sykehusbygg løftes ut av de regionale helseforetakene og legges til staten. Det er stor konkurranse mellom sektorer om offentlige investeringsmidler. Perspektivmeldingen 2021 viser at Norge vil stå overfor utfordringer framover; statens utgifter vil gå opp uten at inntektene øker like mye. Utvalget mener det ikke umiddelbart er noe som tilsier at det å løfte ansvaret for investeringer ut av helseforetakene i seg selv vil føre til mindre oppmerksomhet om økonomi, eller øke de offentlige bevilgningene til investeringer i sykehusbygg. Et slikt skille vil også kunne svekke mulighetene til å gjøre regionale prioriteringer og muligheten til å se investeringer i utstyr, IKT og bygninger samlet. Det vil også kunne gi større utfordringer i planlegging og utforming av høyt spesialiserte formålsbygg. Utvalget anbefaler derfor *ikke* en modell hvor ansvaret for å finansiere investeringer blir skilt fra ansvaret for drift. Der som det skal gjøres et skille mellom finansiering av drift og investeringer, mener utvalget en modell hvor helseforetakene eier og forvalter eiendomsmassen er å foretrekke framfor en modell hvor helseforetakene er leietakere og Statsbygg eier og forvalter bygningsmassen.

Utvalgets vurdering er at drift og investeringer i utstyr, IKT og bygg må ses i sammenheng. God drift forutsetter at bemanning, utstyr og bygninger er tilpasset hverandre. En modell hvor helseforetakene har ansvar for både investeringer og drift vil, etter utvalgets vurdering, derfor best bidra til riktig prioritering av investeringsprosjekter og til prosjekter som er tilpasset lokale driftsforhold. En betingelse for dette er at finansieringsordningen understøtter gode investerings- og driftsbeslutninger. Utvalgets vurdering er at det er mulig å gjøre forbedringer innenfor en modell hvor det samlede ansvaret for drift og investeringer fortsatt ligger hos helseforetakene.

Utvalget mener at dagens krav til 30 pst. egenkapital er for høyt og foreslår å redusere egenkapitalkravet til 10 pst. Dersom kravet til egenkapital blir redusert og låneandelen blir økt tilsvarende, mener utvalget dette vil føre til at nødvendige og samfunnsnyttige investeringer blir iverksatt raskere. Utvalget mener også dette vil bidra til å redusere det som kan oppleves som et unødig stort økonomifokus i helseforetakene.

En reduksjon av egenkapitalkravet vil øke helseforetakenes gjeld, og dermed også rentekostnader. Utvalget peker 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. Dette vil sikre likebehandling mellom gjennomførte og nye sykehusutbygginger og gi helseforetakene reduserte rentekostnader.

Utvalget viser til at nivået på kapitalbeholdningen varierer betydelig mellom de regionale helseforetakene. Dette skyldes etter utvalgets mening, dels historiske forhold, dels ulike prioriteringer i de regionale helseforetakene og dels ulike økonomiske forutsetninger. Dagens modell for fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak tar delvis hensyn til de kostnadmessige konsekvensene av investeringer foretatt før 2015. Utvalget foreslår å endre kostnadskomponenten i modellen for inntektsfordeling til de regionale helseforetakene slik at helseforetakene får dekket 75 pst. av sine faktiske regnskapsførte avskrivningskostnader. Dette ligner på modellen for husleiekompensasjon i den statlige husleieordningen.

Utvalget mener at forslagene om redusert egenkapitalkrav, bedre rentebetingelser og særskilt finansiering av kapitalkostnader, samlet sett vil stimulere til økt investeringstakt i spesialisthelsetjenesten. I sin sammenligning av modeller for finansiering, legger utvalget til grunn at den samlede bevilgningsrammen er gitt.

Utvalget har merket seg at det fra flere hold rettes kritikk mot modellen for beregning av framtidig kapasitetsbehov som blant annet brukes til å dimensjonere nye sykehusbygg. Konsekvensen er både at framtidig kapasitetsbehov kan bli undervurdert slik at sykehusene blir bygget for små, og at mulighetene for effektivisering blir overvurdert og det framtidige kostnadsnivået dermed blir høyere enn forutsatt.

Utvalget foreslår 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. Dette vil etter utvalgets vurdering, bidra til at nye sykehus dimensjoneres mer i tråd med faktisk behov. Samtidig vil det sikre at modellene og de etterfølgende investeringsplanene oppnår større legitimitet i fagmiljøene.

### 2.1.6 Markedstenkning i styringen av helseforetakene

Økonomifokuset oppleves av mange å være for framtreddende i styringen av sykehusene, og at det kan gå på bekostning av andre og mer faglige hensyn. Samtidig forvalter spesialisthelsetjenesten en betydelig del av fellesskapets ressurser, og det er derfor naturlig at man har stor oppmerksomhet om ressursbruken.

Graden av markedstenkning må ses i sammenheng med offentlig regulering av helsetjenesten. I Norge er helsetjenesten sterkt regulert og andelen offentlig finansierte tjenester er blant de høyeste i verden. Utvalget tolker mandatet slik at det er *uheldige* utslag av markedstenkning som ønskes redusert. Utvalget har vurdert tre områder hvor markedsprinsipper i noen grad inngår i styringen av spesialisthelsetjenesten; innsattsstyrt finansiering, konkurranse om pasienter og helsepersonell, og konkurranseutsetting av ikke-medisinske tjenester.

Den samlede driftsbevilgningen til de regionale helseforetakene er om lag 183 mrd. kroner for 2023. Av dette utgjør den innsattsstyrte finansieringen (ISF) om lag 37 mrd. kroner, eller 20 pst. av den samlede driftsbevilgningen. ISF omfatter både somatiske helsetjenester og poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Utvalget foreslår 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. Dette vil i praksis innebære at de regionale helseforetakene blir tildelt en årlig ramme basert på størrelsen på befolkningen, justert for behov og regionale kostnadsforskjeller i tråd med prinsippene beskrevet i NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Basert på fordelingen av dagens ISF-bevilgning vil det være mulig å fastsette en aktivitetsramme for hver helseregion. Med rammefinansiering som hovedmodell, vil det etter utvalgets mening, bli mindre oppmerksomhet i sektoren om hvilke typer aktiviteter som særlig gir inntekter. Målet er at dette skal gi økt oppmerksomhet om fag, kvalitet og kostnads-effektiv bruk av ressurser. Utvalget viser til Helsepersonellkommissjonens omtale av prioritering og reduksjon av overbehandling, og mener at en omlegging til rammefinansiering som hovedmodell vil redusere økonomiske insentiver til

behandling med lav eller ingen dokumentert effekt.

Utvalget har også under andre punkter i mandatet kommet med forslag til virkemidler som utvalget mener vil bidra til å redusere uheldige utslag av markedstenkning i styringen av helseforetakene; blant annet forslagene om redusert krav til egenkapital og særskilt finansiering av kapitalkostnader ved investering i sykehusbygg.

Utvalget legger til grunn at helseforetakene involveres i forkant av at de regionale helseforetakene utlyser nye anbudskonkurranser og inngår avtaler med private leverandører. Utvalget anbefaler også at man tilstreber at den samlede finansieringen av avtalespesialistene skal inngå som en del av finansieringen av de regionale helseforetakene.

Utvalget anbefaler 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. Utvalget foreslår også at det utredes om en form for godkjenningsordning bør gjelde for etablering av privatfinansierte helsetjenester. Dette vil kunne bidra til å begrense private aktørers etterspørsel etter helsepersonell.

### 2.1.7 Mål- og resultatstyring

Den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten er en av bærebjelkene i velferdsstaten og forvalter over ti prosent av de samlede utgiftene på statsbudsjettet. Det er avgjørende for legitimiteten til den offentlige helsetjenesten at samfunnet har mulighet til å følge opp i hvilken grad den når sine mål; man må både vurdere om ressursene brukes effektivt, kvaliteten på og prioriteringene i tjenesten. Samtidig er det eksisterende omfanget av tilgjengelige indikatorer, statistikk og annen styringsinformasjon om spesialisthelsetjenesten stort og av varierende kvalitet.

Utvalget har omtalt flere drivkrefter som fører til nye indikatorer og rapporteringskrav i spesialisthelsetjenesten. Dette kommer i tillegg til kravene til dokumentasjon av den kliniske virksomheten for å sikre faglig forsvarlighet, og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det skaper frustrasjon når helsepersonellet opplever at rapportering og dokumentasjon stjeler tid fra andre verdifulle arbeidsoppgaver, slik som pasientkontakt og ledelsesarbeid.

Utvalget mener at en stor del av misnøyen som uttrykkes fra klinikere om mål- og resultatstyringens plass, handler om funksjonaliteten i IKT-løsninger. Funksjonaliteten til systemene må først og

fremst understøtte det kliniske arbeidet. Sekundære formål må i størst mulig grad oppfylles med automatiske uttrekk fra informasjon som allerede er lagt inn.

Utvalget støtter forslaget fra de regionale helseforetakene om forbedringer i arbeidet med de nasjonale kvalitetsindikatorene. Utvalget har valgt ikke å komme med konkrete forslag til indikatorer som skal utgå, men foreslår at alle aktører gjør en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering. Et viktig prinsipp for en slik gjennomgang bør være å finne indikatorer som reflekterer helsetjenestens mål og som i størst mulig grad kan aggregeres ut fra informasjon som blir rapportert i etablerte registre (NPR, nasjonale medisinske kvalitetsregistre mv.). Utvalget viser til arbeidet med tillitsreformen og understreker at departementene og andre statlige myndigheter bør ha stor bevissthet om å unngå nye krav som innebærer unødvendig rapportering.

Utvalget mener klinisk fagrevisjon kan være 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. Kliniske fagrevisjoner innen spesialisthelsetjenesten kan gjøres målrettet, med utgangspunkt i virksomhetens resultater i for eksempel medisinske kvalitetsregistre og helseatlas.

### 2.1.8 Lederstillinger og lederstruktur

Sykehusene er komplekse virksomheter med høyt spesialisert personell og et stort antall profesjoner. Ledelse i og av sykehus er preget av dette. Utvalget har fått gjennomført en kartlegging som belyser antall ledernivå, størrelsen på lederspenn og graden av stedlig ledelse, samt graden av profesjonsheterogenitet i ulike organisatoriske enheter i helseforetakene som har pasientbehandling.

Utvalget tar utgangspunkt i at flere ulike prinsipper og reguleringer må tas hensyn til ved organisering av ledelse ved norske sykehus. Det oppstår derfor dilemmaer med å oppfylle de ulike kravene og forventningene som er stilt.

Etter utvalgets vurdering bør dagens krav til enhetlig ledelse i sykehusene videreføres, men det bør legges til grunn en vid forståelse av dette kravet, for å ivareta helseforetakenes autonomi. Utvalget har observert at det synes å være noe ulike oppfatninger om hva som ligger i og forventes av «stedlig ledelse». Skulle dette tolkes bokstavelig på enhetsnivå, ville antall ledere mangebles, noe som neppe vil være en gunstig eller

ønsket utvikling. Etter utvalgets vurdering må det legges til rette for å ivareta kvalitetene i prinsippet om nærhet til egen leder, uavhengig av overordnet struktur. Det er også viktig at ledere samarbeider godt, både i egen og på tvers av lederlinjer. I tillegg må noen ha fullmakter til å ivareta driften lokalt ved de ulike geografiske stedene.

Utvalget mener det ikke er behov for ytterligere reguleringer i lov eller forskrift. Hensynet til lokale forhold og helseforetakenes autonomi tilsier at man bør unngå unødvendige og rigide lovreguleringer som gjelder organisatoriske spørsmål.

## 2.2 Framtidsperspektiv

Det går fram av utvalgets mandat at pasienter i hele landet skal sikres nærhet og likeverdig utredning og behandling ved sykehusene. Regjeringen vil at Norge skal ha en desentralisert sykehusstruktur som sikrer beredskap og gir alle innbyggerne forsvarlig, trygg og omsorgsfull behandling på sykehus. Norske sykehus må organiseres slik at helsepersonell får bruke tiden til pasientkontakt.

Utvalget leverer sin innstilling mot et historisk bakteppe med jevn realvekst i økonomien og god tilgang på helsepersonell. Det er stor oppslutning om helsetjenesten som et offentlig finansiert velferdsgode. Helsepersonellkommisjonen avleverte sin innstilling<sup>1</sup> 2. februar 2023. Den har i tråd med sitt mandat utarbeidet en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for fagfolk og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene frem mot 2040. Kommisjonen har også foreslått tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifiserte fagfolk til helse- og omsorgstjenestene i hele landet, for å møte utfordringene både på kort og lang sikt.

### 2.2.1 utfordringer framover

Når vi ser framover, er det tre forhold som utvalget mener særlig kan gi grunn til bekymring:

- Redusert økonomisk handlingsrom som utfordrer mulighetene til å opprettholde velferdsstaten på dagens nivå
- Mulighetene til å rekruttere og beholde tilstrekkelig personell i helsetjenesten
- Endringer i bosettingsmønster og mulighetene til å gi et geografisk likeverdig tilbud.

<sup>1</sup> NOU 2023: 4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*



Mulighetene til å opprettholde velferdsstaten på dagens nivå

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ble det trukket fram fire hovedutfordringer; vi blir flere og eldre, det er vekst i kostnader til nye metoder og teknologi, pasienten forventer mer og flere trenger behandling lengre.

I Meld. St. 14 (2020–2021) *Perspektivmeldingen 2021* er det påpekt at «... velferdsstatens bærekraft utfordres dersom andelen av befolkningen som ikke arbeider øker. [...] Mens de over 80 år i dag utgjør knapt 4 ½ pst. av befolkningen, ventes andelen å øke til nesten 12 pst. i 2060 i hovedalternativet i befolkningsframskrivningene.»

Utvalget som utredet demografiutfordringer i distriktene, NOU 2020: 15 *Det handler om Norge*, peker på at aldringen i befolkningen utfordrer alle kommuner og må håndteres gjennom felles nasjonal politikk. De viser til at aldringen vil skape finansielle utfordringer på så vel nasjonalt som lokalt plan, og at dette vil kunne sette mekanismene i inntektssystemet under press.

Strammere økonomiske rammer og endringer i omgivelsene har konsekvenser for norsk økonomi og dermed bevilgningene over statsbudsjettet. I Meld. St. 1 (2022–2023) *Nasjonalbudsjettet 2023* er det vist til at konsekvensene av krig i Europa, høy prisvekst på varer og tjenester og energikrisen på kontinentet, sammen med klare tegn til overoppheting av norsk økonomi, gjør at man må bruke mindre oljepenger i budsjettet og samtidig dekke store ekstrautgifter. Dette innebærer innstramning i budsjettet og krav om bedre prioritering.

Mulighetene til å rekruttere og beholde personell

Helsepersonellkommissjonen viser i sin utredning til at demografiutviklingen mot 2040 vil øke etterspørselen etter helsepersonell, samtidig som veksten i tilgjengelig arbeidskraft bremses og stopper opp. Det innebærer altså både en økning i antallet eldre og reduksjon i antallet i arbeidsfør alder – samtidig. Helsepersonellkommissjonen vurderer at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan øke vesentlig. I distriktene er den demografiske situasjonen enda mer tilspisset enn i landet som helhet, og forholdet mellom eldre og pleietrengende og sysselsatte er aller mest prekær i små distriktskommuner.

Spesialisthelsetjenesten opplever allerede rekrutteringsutfordringer innenfor enkelte fagområder. Særlig gjelder dette tilgang på spesialisert kompetanse innenfor lege- og sykepleiergrup-

pene, innen psykisk helse, bioingeniører og radiografer. Rekrutteringsutfordringene varierer i ulike deler av landet og mellom ulike spesialiteter.

Helsepersonellkommissjonen viser at veksten framover må styres mer mot kommunal omsorg, for å klare å håndtere det økende antallet eldre. Styrket satsing på kommunale tjenester vil medføre en innretning av spesialisthelsetjenesten med lavere, eventuelt ingen, personellvekst. Produktiviteten må økes merkbart, og det blir behov for å tilrettelegge for og investere i løsninger som bidrar til dette. Det kan oppnås gjennom investeringer i bygg, medisinsk-teknisk utstyr og brukervennlige digitale løsninger, bedre oppgavedeling og bedre organisering i tjenestene.

Endringer i bosettingsmønster og mulighetene til å gi et geografisk likeverdig tilbud

I NOU 2020: 15 *Det handler om Norge* er det lagt til grunn tre forhold knyttet til demografiutfordringene i distriktene; befolkningsnedgang, aldring og spredt bosetting, og de peker på at disse har en tendens til å opptre sammen. Spesialisthelsetjenesten er et område der utviklingen over flere år har gått i retning av mer spesialisering og subspecialisering, og denne utviklingen forventes å fortsette. Dette, sammen med konsekvensene av en aldrende befolkning og mulighetene til å rekruttere personell, utfordrer mulighetene til å gi et geografisk likeverdig tilbud. I NOU 2020: 15 er det påpekt at dette vil innebære utprøving av nye typer virkemidler i distriktpolitikken.

Utvalget vil også vise til Generalistkommuneutvalget sin NOU som skal overleveres våren 2023. Generalistkommuneutvalget skal blant annet vurdere hvilke forutsetninger og rammer kommunene har for å kunne være en generalistkommune i dagens og framtidens velferdssammenheng, og vurdere eventuelle alternativer til generalistkommunesystemet.

## 2.2.2 Utvalgets vurderinger

I internasjonal sammenheng er Norge kjennetegnet av høyt offentlig forbruk og høy levestandard. Det har blant annet gitt seg utslag i at Norge er ett av landene med høyest andel offentlig finansierte helsetjenester, og også ett av landene med høyest ressursbruk per innbygger til helsetjenester. Samtidig har det de siste 20 årene vært en kraftig vekst i antall personer med privat helseforsikring. Ved utgangen av 2021 hadde 13 pst. av befolkningen en slik forsikring. Omfanget av tjenester som finansieres gjennom disse forsikringene er likevel

fremdeles lavt. I 2021 utgjorde samlede utbetalinger fra forsikringene mindre enn 0,5 pst. av de samlede kostnadene til helsetjenester. Både vekst i antall forsikrede og det samlede volumet indikerer likevel at det er et voksende marked på siden av den offentlig finansierte helsetjenesten. Også arbeidsmarkedet for helsepersonell er i endring.

Det har vært vekst i markedet for utleie av helsepersonell<sup>2</sup>, samtidig som økt omfang av private, kommersielle aktører gir et større arbeidsmarked utenfor den offentlig finansierte tjenesten.

Befolkningens forventninger og en rivende medisinsk-teknisk utvikling må forventes å øke etterspørselen etter helsetjenester. Utvalget viser til mandatet hvor det innledningsvis framheves:

«Pasienter i hele landet skal sikres nærhet og likeverdig utredning og behandling ved sykehusene. Regjeringen vil at Norge skal ha en desentralisert sykehusstruktur som sikrer beredskap og gir alle innbyggerne forsvarlig og trygg og omsorgsfull behandling på sykehus. Norske sykehus må organiseres slik at helsepersonell får bruke tiden til pasientkontakt.»

Utvalget er opptatt av at de forslagene det fremmer for å svare ut mandatet, også står seg mot utfordringene som er pekt på over. Det er, etter utvalgets vurdering, tre overordnede forhold som er av avgjørende betydning for at man skal kunne beholde og videreutvikle en sterk, offentlig finansiert felles helsetjeneste:

- Befolkningen opplever tilgangen til nødvendige helsetjenester som god og likeverdig
- Knappe personellressurser brukes best mulig
- Den offentlig finansierte helsetjenesten har legitimitet og oppslutning i befolkningen, brukere og ansatte.

Dette krever at vi har en helsetjeneste som blir utviklet, organisert, styrt og ledet i tråd med befolkningens behov og forventninger. En forutsetning for å lykkes er at den offentlig finansierte helsetjenesten er det stedet befolkningen naturlig søker for å få dekket sine behov for nødvendige helsetjenester, og at den er det stedet helsepersonell naturlig søker seg til for å utøve sin profesjon.

<sup>2</sup> Innleie av vikarer gjennom bemanningsbyrå utgjorde om lag 0,4 til 0,8 pst. av vaktene helseforetakene i 2018, men det er store variasjoner i omfanget mellom regionene. Innleie av vikarer er mest utbredt i Helse Nord. (NOU 2023: 4, punkt 4.9.2) Årsregnskapene for de regionale helseforetakene viser at kostnadene til innleie økte fra 973,4 mill. kroner i 2018 til 1 384,2 mill. kroner i 2021.

Utvalget vil i denne sammenhengen særlig peke på at:

*Finansieringsordningene* må understøtte forutsigbarhet i helseforetakenes økonomi. Spesialisthelsetjenesten må, så langt som mulig, skjermes fra konjunktursvingninger og sikres realistiske og forutsigbare budsjettammer som minst tar høyde for endringene i demografi. Det må være økonomiske rammer for investeringer i nye sykehusbygg som sikrer tilstrekkelig areal og nødvendig utstyr for hensiktsmessig bruk av helsepersonell.

*Planlegging og utvikling av spesialisthelsetjenesten* må baseres på oppdatert kunnskap om utvikling i sykdomsutvikling, samt forventet utvikling i behandlingsformer og teknologi. Nye sykehusbygg må utformes på en måte og med en størrelse som tilrettelegger for effektiv bruk av helsepersonell. Utvalget mener det kan være grunn til å gjøre en fornyet vurdering av foreliggende planer for sykehusbygg i lys av dette. Utvalget viser også til Helsepersonellkommissjonen som foreslår at konsekvensene for personellbehovet innføres som krav til utredninger av foreslått politikk på helse- og omsorgsområdet. Korona-pandemien og vintersesongen 2022–2023 viste at kostnadene ved begrenset beredskap og areal kan være betydelige. Utvalget viser også til sine vurderinger av helsefelleskapenes rolle, og nødvendigheten av samordning av planer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Utvalget understreker at det er viktig, både for legitimitet og faglig kvalitet, at fagmiljøene innen både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er aktivt involvert i dette arbeidet.

*Organiseringen av helsetjenesten* må understøtte prinsippet om at pasienter skal sikres riktig behandling, på riktig nivå til riktig tid. Prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON) må, etter utvalgets oppfatning, være bærende for organiseringen av tjenesten både i helseforetakene og i kommunene. I denne sammenheng må også dimensjonering av de prehospitale tjenestene og pasienttransport inngå i vurderingen. Utvalget peker i sin diskusjon av helsefelleskapene på at både geografiske og medisinske forhold fører til at det kan oppstå gråsoner mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalgets forslag er at man gjennom bruk av samhandlingsbudsjetter skal legge til rette for en mer helhetlig planlegging og drift av helsetjenester på tvers av forvaltningsnivåene. Utvalget vil peke på at en sentral forutsetning for at samhandlingen skal lykkes, er at både kommuner og helseforetak tar ansvar for at dette skjer.

Samtidig vil utvalget peke på at et alternativt virkemiddel, hvis ikke samhandlingen fungerer i tilstrekkelig grad, ville være å endre ansvarsforholdene mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette kan for eksempel skje ved å overføre mer av kommunenes ansvar for psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering mv. til spesialisthelsetjenesten. Utvalget har merket seg at Helsepersonellkommisjonen er delt i synet på om man skal utrede ett samlet nivå for helsetjenesten. Sykehusutvalget har valgt ikke å komme med konkrete forslag til endringer i ansvarsforhold, men vil peke på muligheten for lokale pilotprosjekter som kan bedre samhandlingen, for eksempel etter initiativ fra helsefellesskapene. Utvalget mener også at forslaget om et øremerket samhandlingsbudsjett vil legge til rette for dette.

*Styring av tjenestene* må reflektere at helsetjenesten er et grunnleggende velferdsgode som legger beslag på en betydelig andel av fellesskapets ressurser. Utvalget har i sine forslag i kapittel 5 pekt på nødvendigheten av at beslutningsprosessene sikrer lokal innflytelse og at prosessene er slutført lokalt før de bringes videre til det regionale nivået. Utvalget mener at en prosedyre som sikrer mer reell lokal- og regional medvirkning i viktige saker, vil være fornuftig. For det første vil det bidra til å opplyse saken og dermed gi et bedre grunnlag for å fatte en riktig beslutning. For det andre vil det gi beslutningen større legiti-

mitet. Dette betyr også at de som er uenige i den endelige beslutningen i en sak, lettere vil akseptere utfallet fordi deres synspunkter er dokumentert og har blitt tatt hensyn til i beslutningsprosessen. Dette vil redusere antall omkamper og samlet sett gi en mer effektiv styring i sektoren. Utvalget viser også til sin diskusjon om tillitsreform i kapittel 9, og at dette også vil stille krav til at Stortinget viser tilbakeholdenhet med å fatte vedtak som griper for detaljert inn i sykehusenes drift og prioriteringer.

*Tilgangen på kvalifisert arbeidskraft* vil være en av de største utfordringene i fremtiden. Dette er godt dokumentert og grundig beskrevet av Helsepersonellkommisjonen. Det innebærer at helseforetak i større grad risikerer å konkurrere både med hverandre og med kommunene og med private aktører om den samme arbeidskraften. Det er, etter utvalgets vurdering, av avgjørende betydning for bærekraften til den offentlig finansierte helsetjenesten at den er i stand til å samarbeide om bruk av kompetanse, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene, i tillegg til å rekruttere og holde på helsepersonellet i sektoren. Utvalget viser til sin diskusjon om verdi-grunnlaget i kapittel 3, og vil igjen påpeke at en styringsmodell må anerkjenne de dilemmaene som oppstår når styring og organisering i for stor grad oppleves å vektlegge kvantifiserbare og målbare framfor ikke-målbare verdier, og økonomiske framfor ikke-økonomiske verdier.

## Kapittel 3

# Verdigrunnlaget

### 3.1 Verdigrunnlaget i helselovgiving og offentlige dokumenter

Helsetjenestens verdigrunnlag kommer blant annet til uttrykk gjennom lovgivning, i forarbeider til lover, i stortingsmeldinger og offentlige utredninger. Internasjonale avtaler og konvensjoner er også bindende eller veiledende ved utforming av regelverk og retningslinjer, og vil dermed påvirke vårt verdigrunnlag. Eksempler på dette er konvensjoner om menneskerettigheter, EØS-regelverk om blant annet GDPR og pasientrettighetsdirektivet, ILO-konvensjoner og WHO's anbefalinger.

#### 3.1.1 Formålsbeskrivelsen i lovverket

Lov om spesialisthelsetjenester § 1 beskriver formålet som å:

1. «fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming,
2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.»

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1 beskriver formålet som å:

1. «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,

5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.»

I lov om pasient- og brukerrettigheter beskrives formålet slik:

«Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.»

Endelig beskriver lov om helseforetak § 1 helseforetakenes formål som:

«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.»

Verdigrunnlaget reflekteres også i vedtektene til regionale helseforetak, hvor det framgår at formålet for virksomheten «er å bidra til at spesialisthelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor det geografiske ansvarsområdet som er angitt [...] Målsettingen er nedfelt blant annet i helseforetaksloven § 1, spesialisthelsetjenesteloven § 1-1, psykisk helsevernloven § 1, pasientrettighetsloven § 1-1 og i annen helselovgivning som retter seg mot foretakets virksomhet.»

### 3.1.2 Stortingsmeldinger om verdier og prioritering

Verdigrunnlaget er også beskrevet og drøftet i Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helse-tjeneste* og i Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – prioriteringer i helse og omsorgstjenesten*.

I forkant av disse meldingene var det eneste helsepolitiske dokumentet som omhandlet verdigrunnlaget for helsetjenesten i sin helhet, en stortingsmelding som ble framlagt av Bondevik 1-regjeringen (St.meld. nr. 26 (1999–2000) *Om verdier for den norske helsetjenesten*). Her ble det slått fast at:

«det ukrenkelige menneskeverdet er den grunnleggende verdien for tjenesten. Videre står likhet, rettferdighet, likeverdige tilgang til tjenester av god kvalitet, faglig forsvarlighet, menneskeverd og solidaritet med de svakest stilte sentralt.»

Også i rapportene fra de to Lønningutvalgene (NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioritering i norsk helsetjeneste* og NOU 1997: 18 *Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*), Norheimutvalget (NOU 2014: 12 *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*) og Magnussengruppen (rapport 2015), ble det lagt til grunn et sett av verdier for helse- og omsorgstjenesten. Begrepene likhet, rettferdighet og menneskeverd står i denne sammenheng sentralt.

I Meld. St. 34 (2015–2016) uttrykkes dette slik:

«Hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosio-økonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet. Befolkningen skal ha likeverdige tilgang til helsetjenester. Like tilfeller skal behandles likt. En rettferdig fordeling innebærer i tillegg at samfunnet er villig til å prioritere høyere de som har størst behov for helsetjenester. Samtidig må dette sees i sammenheng med hva som gir mest mulig helse i befolkningen over tid. Helsetjenesten er videre del av en bred sosial forsikringsordning for befolkningen, og borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, tidligere helse mv. Helsepersonell har en plikt til å hjelpe pasientene etter beste evne samtidig som de har et ansvar for helheten. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten må praktiseres slik at den

ivaretar relasjonen mellom helsepersonell og pasient, både til den kjente pasienten der og da og til den neste pasienten som trenger helse- og omsorgstjenester. Pasienter skal videre møtes på en verdig måte. Pasienter som har behov for pleie og omsorg skal få det selv om ikke helse- og omsorgstjenesten kan tilby virkningsfull behandling».

Drøftingene i Meld. St. 38 (2020–2021) bygger på de samme vurderingene.

### 3.2 Dilemmaer ved implementering av verdigrunnlaget

I helsetjenesten er det naturlig at verdigrunnlaget samsvarer med offentlig anerkjente og demokratisk utviklede verdier og mål for tjenesten, og at styringen av tjenestene reflekterer dette.

Samtidig vil det være slik at helsepersonell også kan ha egne sett med verdier og en etisk plattform. Motivasjonen til helsearbeidere, som leger og sykepleiere, beskrives for eksempel å være fundamentert i et normativt etisk grunnsyn. Mange helsearbeidere vil være drevet av pliktetik (hvor normer og prinsipper i møte med den enkelte pasient blir vektlagt), mens samfunnets verdigrunnlag i større grad legger vekt på konsekvensetikk (størst mulig nytte for alle, rettferdig fordelt). Helsetjenester i Norge er utviklet med bakgrunn i fellesskapsforankring, samarbeid, forebygging og fagutvikling, også fra et diakonalt perspektiv (Nylenna, 2003). Det er fremdeles en grunnleggende oppfatning blant mange helsearbeidere at noe av drivkraften for å utvikle fag og tjenester ligger i potensialet dette har for bedre å tjene den individuelle pasienten eller pasientgruppen de har ansvaret for akkurat «der og da» (Høiland, 2018, Perlo m.fl., 2017 og Archer, 2003).

I Meld. St. 34 (2015–2016) heter det at «Helsepersonell har en plikt til å hjelpe pasientene etter beste evne samtidig som de har et ansvar for helheten.» Det er ikke uten videre gitt at verdigrunnlaget, slik det her formuleres, oppleves å samsvare med den etiske plattformen og de viktigste verdiene til ansatte i helsetjenesten i det daglige. Selv om ansatte neppe vil ha problemer med å slutte seg til verdigrunnlaget slik dette er beskrevet over, vil de kunne oppleve at det er forskjell mellom verdiene de selv mener er viktigst og de verdiene som oppleves vektlagt sterkest gjennom utforming av styringsformer og organisasjonsmodeller. Et eksempel på dilemma dette kan skape, er situasjoner hvor et generelt verdigrunnlag gis

en fortolkning gjennom styring og organisering som i for stor grad oppleves å vektlegge kvantifiserbare og målbare, framfor ikke-målbare verdier, og økonomiske, framfor ikke-økonomiske verdier.

Spesialisthelsetjenesten vil i årene framover preges av en betydelig demografisk utvikling, store omstillingsbehov og begrenset tilgang på kvalifisert helsepersonell. Samfunnsmessig forventes tøffere økonomiske prioriteringer parallelt med knapphet på personell og kompetanse, og et behov for å sikre bærekraft. Dette kan utfordre idealet om likeverdige tjenestetilbud, så vel som at verdimessige dilemmaer kan bli ytterligere forsterket.

Det må derfor være et grunnleggende mål for styringen av helsetjenesten at den i størst mulig grad håndterer slike potensielle dilemmaer og verdikonflikter. Det innebærer at man må utforme både styrings- og måleverktøy på en måte som sikrer at disse både ivaretar overordnede mål og verdier slik de er beskrevet over, og samtidig bidrar til å motivere ansatte i helsetjenesten som skal levere tjenestene. Det er en åpenbar utfordring å finne styringsmekanismer som kan balansere mellom helsearbeideres ønske om autonomi i beslutninger som skal tas sammen med hver enkelt pasient, sett opp mot andre og ulike parter ønsker og behov. Eier og myndigheter har behov for kontroll over bruken av ressurser og egnede måleverktøy for dette. Samtidig har pasienter og brukere ønske om en stemme i fora der beslutninger tas.

Denne problemstillingen reises også i Meld. St. 34 (2015–2016) (kapittel 6):

«En bekymring er om eksplisitt prioritering på klinisk nivå skader tilliten i relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Ikke alle prioriteringsbeslutninger og måter å prioritere på vil være harmløse for relasjonen mellom helsepersonell og pasient. (...) nærhetsetikken (har) blitt sett på som en god beskrivelse av noe av det som foregår i relasjonen mellom helsepersonell og pasient. En bekymring kan da være hva som skjer hvis helsepersonell blir forventet å gjøre rettferdighetsbetraktninger i en mer universalistisk tradisjon, særlig knyttet til prioritering mellom enkeltpasienters behov.»

Det kan, særlig på klinisk nivå, være risiko for målkonflikter dersom føringer fra samfunnet, politikere eller ledere i helsetjenesten ikke i tilstrekkelig grad gir plass for skjønnsutøvelse og nærhetsetiske intuisjoner (Magelssen, 2015). Et eksempel på hvordan styringssystemet forsøker å

ta hensyn til dette, er formuleringen av alvorlighetskriteriet i prioriteringsmeldingen. Gjennom å gi dette en tekstlig utforming til bruk på klinisk nivå og en operasjonaliserbar versjon til bruk på gruppenivå, forsøkes hensynet til klinisk autonomi ivaretatt. Det ligger en erkjennelse av at det vil stride mot allmenne verdier å basere prioritering mellom individer på en matematisk formel. Dette dilemmaet vil imidlertid ikke bare være til stede i prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå. Utforming av finansieringssystemet, spørsmål knyttet til lokalisering og funksjonsfordeling, vurderinger av behovet for å spare til framtidige investeringer framfor å behandle pasienter i dag mv., er alle problemstillinger som vil kunne vurderes forskjellig avhengig av hvilket ståsted man har.

Helseforetakene er store komplekse virksomheter som ivaretar kritisk viktige funksjoner i det norske samfunnet. De sysselsetter svært mange ansatte og forvalter store deler av felleskapets ressurser. Dette må ivaretas og utøves på faglig forsvarlig vis. Helseforetakenes tjenester påvirker både de som jobber der, pasientene og deres pårørende og trykksopplevelsen i samfunnet for øvrig.

Verdier og etiske prinsipper vil ha betydning for utformingen av helserettens bestemmelser. Pliktbestemmelser i helselovgivningen speiler rettighetsbestemmelser i blant annet pasient- og brukerrettighetsloven. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid på en forsvarlig og omsorgsfull måte. De regionale helseforetakene skal gjennom sørgeforansvaret tilby pasienter i sin helseregion nødvendige spesialisthelsetjenester. Ved knapphet på ressurser kan det enkelte helsepersonell oppleve at de ikke er i stand til å oppfylle pasientens rettigheter.

Denne opplevelsen av utilstrekkelighet oppstår i et krysspress av flere tilsynelatende konkurrerende målsettinger og prosesser. I tillegg til forventningene fra myndigheter gjennom plikter, pasientrettigheter og prosedyrer, er det økte forventninger også fra pasienter, pårørende og media. De enkelte profesjonene driver også faget raskt videre med krav til videreutdanning, subspecialisering og kontinuerlig kompetanseutvikling. Det kan også synes som at helsepersonellets individuelle ansvar i større grad følges opp i media og klagesaker. Økt rapportering og krav til dokumentasjon kan utfordre tilliten mellom arbeidsgiver og mellom kolleger og til slutt faglig autonomi og glede i arbeid.

Samtidig er et sentralt spørsmål om det er mulig å utforme styringssystemet og beslutnings-

prosesser på en slik måte at man unngår det som kan oppleves som asymmetri mellom hvilke verdier som vektlegges og de verdiene som i særlig grad styrer atferden til ansatte og brukere av tjenesten.

### 3.3 Utvalgets vurdering

---

Gitt at det vil oppstå situasjoner hvor man prioriterer ulikt ut ifra forskjellige ståsteder og etiske plattformer, er det naturlig at det oppstår verdikonflikter i helsetjenesten. Det bør likevel være mulig å etablere styringsverktøy, målemetoder og beslutningsmekanismer som håndterer slike konflikter. I kritikken som har vært reist mot helseforetaksmodellen, gjentas blant annet utsagn som at «pasienter blir redusert til kunder og tall som i et marked», «for stort økonomifokus», «vi styres kun etter det som kan måles», og «det som er verdifullt, verdsettes ikke». Også ulike sider ved finansieringen av spesialisthelsetjenesten kan oppleves å vektlegge økonomiske verdier basert på kostnadseffektivitet og skygge over mer helsefaglige, pliktetiske normative og relasjonelle verdier. Når denne type erfaringer og kritiske utsagn reises fra blant ansattes organisasjoner og andre interessenter, illustrerer dette både at det kan eksistere verdikonflikter og kanskje også at man

innen helseforetaksmodellen ikke godt nok håndterer disse.

Fra politisk hold har man i de siste ti årene vektlagt utvikling av pasientens helsetjeneste, tydeliggjort helsepolitiske målsettinger og forsøksvis redusert antallet måleparameter. Pasientens helsetjeneste, som var Solberg-regjeringens overordnede politiske visjon på helsepolitikkområdet, er under Støre-regjeringen utvidet til «vår felles helsetjeneste». Begrepet er blant annet ment å omfatte og uttrykke at ut over pasientene, er også fagfolkene – helsepersonellet og tjenestenes mange medarbeidere – inkludert. Det igangsatte arbeidet med å utvikle en tillitsreform i offentlig sektor, som også vil omfatte helsetjenestene, illustrerer det samme. I tillegg viser «vår felles helsetjeneste» til at helsetjenesten er én av mange oppgaver som er finansiert av fellesskapet og at midlene derfor skal benyttes på en måte som er til fellesskapets beste.

Utvalget vil i sine forslag bygge på verdigrunnlaget, slik det er beskrevet over. Samtidig vil utvalget legge vekt på forslag som kan bidra til å videreutvikle helseforetaksmodellen slik at også helsepersonell i større grad opplever at helseforetakene har styringsverktøy som måler, inkluderer og skaper merverdi, og som oppleves som relevante og til motivasjon for ulike aktører.

## Kapittel 4

# Erfaringer med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen

Det går fram av punkt én i mandatet at utvalget skal 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.

### 4.1 Utvalgets utgangspunkt for vurdering av erfaringene

Formålet med opprettelsen av regionale helseforetak og organisering av sykehusene i helseforetak, slik det er beskrevet i § 1 i helseforetaksloven, er å oppfylle målsetningene i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1.

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. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 bestemmer at sykehusene særlig skal ivareta pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Et viktig formål med helseforetaksreformen var å legge grunnlaget for helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten, lovfeste et tydelig ansvar, og legge til rette for bedre utnyttelse av ressursene i sektoren<sup>1</sup>. God styring av spesialisthelsetjenesten må også ses innenfor rammen av statens prinsipper for god eierstyring (jf. boks 4.1), som gjenspeiler statens mål som eier om mest mulig effektiv oppnåelse av sektorpolitiske mål.

Utvalgets vurdering av erfaringene med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen, tar utgangspunkt i de overordnede helsepolitiske målene slik de går fram av sentrale politiske dokumenter, samt en

<sup>1</sup> Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

#### Boks 4.1 Statens ti prinsipper for god eierstyring

1. Staten skal være en ansvarlig eier.
2. Staten skal vise åpenhet om statens eierskap og eierutøvelse.
3. Statens eierutøvelse skal bidra til å nå statens mål som eier. Dette skjer gjennom forventninger til selskapene, stemmegivning på generalforsamling og annen eierutøvelse.
4. Statens eierutøvelse skal legge til grunn selskapslovgivningens ansvars- og rollefordeling mellom eier, styret og daglig leder, samt allment anerkjente eierstyringsprinsipper og standarder.
5. Statens eiermyndighet i selskapet skal utøves på generalforsamling.
6. Styret har ansvaret for å forvalte selskapet. Staten skal vurdere selskapets måloppnåelse og arbeid med statens forventninger og styrets bidrag til dette.
7. Relevant kompetanse skal være hovedhensynet ved statens arbeid med styresammensetting. Staten skal også vektlegge kapasitet og mangfold ut fra selskapets egenart.
8. Statens eierskap skal utøves i tråd med selskapsrettens prinsipp om likebehandling av aksjeeiere.
9. Statens eierrolle skal skilles fra statens øvrige roller.
10. Statlig eierskap skal ikke urettmessig medføre andre konkurransevilkår, verken fordeler eller ulemper, sammenlignet med selskaper uten statlig eierandel.



vurdering av prinsipper for god styring, også sett opp mot formålet med statlig eierskap av spesialisthelsetjenesten.

#### 4.1.1 Overordnede helsepolitiske mål

De overordnede helsepolitiske målene for spesialisthelsetjenesten går fram av spesialisthelsetjenesteloven § 1-1. Verdigrunnlaget for tjenestene og dilemmaer ved implementering av verdigrunnlaget i styrings- og organisasjonsmodeller for spesialisthelsetjenesten er drøftet i kapittel 3.

#### 4.1.2 Prinsipper for god styring

Utvalget tar i sin vurdering av erfaringene med styring og organisering av sykehusene og helseforetakene, utgangspunkt i statens prinsipper for god eierstyring, supplert med det utvalget oppfatter som allmenne prinsipper for demokratiske beslutninger og styring på viktige samfunnsområder. En diskusjon av dette finnes blant annet i Vrangbæk (2016), som presenterer fem dimensjoner, eller prinsipper, for god styring. Utvalget mener disse også kan trekkes fram for vellykket styring i helsetjenesten.

##### Gjennomsiktighet i beslutningsprosesser

Utvalget mener en god styringsmodell er kjenne-tegnet av at det er tilrettelagt for innsyn og åpenhet i beslutningsprosesser, beslutninger og begrunnelser. I dette ligger også at det ikke fattes beslutninger utenom de formelle styringslinjene.

Det er også en forutsetning for legitimiteten at det praktiseres innsyn i beslutningsprosessene i tråd med prinsippene i offentleglova, og at det er åpenhet om hvilke kriterier og vurderinger som er lagt til grunn for vedtakene.

##### Deltakelse og medvirkning

Beslutninger som blir fattet i helsetjenesten vil, i tillegg til konsekvensene for helsetilbudet for befolkningen, ofte også ha en geografisk og en samfunnsmessig dimensjon med konsekvenser for kommuner og andre sektorer.

Utvalget mener en god styringsmodell er kjenne-tegnet av at det er tilrettelagt for at berørte parter involveres i beslutningsprosessen og har reell mulighet til innflytelse og medvirkning. Berørte parter i denne sammenheng er demokratisk valgte lokal- og regionalpolitiske organer (kommuner og fylkeskommuner), pasienter og brukere og ansatte (jf. Hovedavtalen).

##### Ansvarliggjøring

Utvalget mener en god styringsmodell er kjenne-tegnet av at det er tilrettelagt for og blir praktisert ansvarliggjøring av beslutningstakerne, samt at det er etablert gode systemer for oppfølging, kontroll og sanksjonering.

##### Organisatorisk integritet

Utvalget mener en god styringsmodell er basert på rettsstatlige prinsipper om likhet og rettferdighet og effektiv bruk av fellesskapets ressurser, at roller og ansvar er veldefinert, og at korrupsjon og særbehandling ikke finner sted. Dette fordrer at det er etablert systemer som ivaretar likebehandling i prioriteringer både ved tildeling av tjenester til den enkelte og i utvikling av tjenestetilbudet.

Utvalget mener en god styringsmodell er kjenne-tegnet av at det er etablert transparente systemer som sikrer likhet i saksbehandling og beslutninger innad i og på tvers av regioner.

##### Utredningskapasitet

Utvalget mener en god styringsmodell er kjenne-tegnet av at beslutninger i størst mulig grad er kunnskapsbaserte. Kunnskapsgrunnlaget vil kunne variere og være gjenstand for ulik fortolkning. Med utredningskapasitet forstår utvalget en situasjon hvor beslutningstakere på alle nivå har tilstrekkelig informasjon og analytisk kapasitet til å treffe opplyste beslutninger. Dette innebærer også at relevante interessenter er hørt og at innspill er vurdert og vektet i saksbehandlingen.

## 4.2 Skriftlige innspill til utvalget

Utvalget mottok våren 2022 skriftlige innspill fra pasient- og brukerorganisasjoner, arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner, Sametinget og Alternativ til helseforetaksmodellen. Utvalget ba om innspill knyttet til de ulike punktene i mandatet, herunder erfaringene med dagens styring og organisering. Det følger her en oppsummering av de overordnede betraktningene organisasjonene har gitt om erfaringene med styringen av den offentlige spesialisthelsetjenesten.

##### Pasient- og brukerorganisasjoner

FFO mener det er for stor vekt på økonomistyring og effektivitet, og at andelen ISF bør reduseres for

å unngå vridningseffekter. De mener også at de regionale helseforetakene ikke tar klare politiske prioriteringer alvorlig nok, og at ledersjiktet i de regionale helseforetakene har økt for mye.

Kreftforeningen mener at dagens styring har for tungt økonomifokus. De mener en annen erfaring med dagens styring av sykehusene er at alle tiltak som skal prioriteres vurderes i et helsetjenesteperspektiv, mens man i andre sektorer vurderer tiltak ut fra et samfunnsperspektiv. Kreftforeningen frykter at dette bidrar til underfinansiering av sektoren. De trekker fram at desentralisering av behandlingstilbud er bra og viktig, men at kvaliteten på tilbudet må styre denne utviklingen.

Rådet for psykisk helse mener styringsmodellen framstår som komplisert og uoversiktlig og de etterlyser en tydeliggjøring av ansvar og myndighet mellom folkevalgt nivå, styrer og administrative ledere. De mener at tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten framstår noe mer likeverdig for pasienter uavhengig av bosted, enn det som er tilfelle i kommunesektoren. Rådet for psykisk helse viser også til at innsatsstyrt finansiering er et kraftfullt insentiv til å prioritere somatikken. De mener derfor at andelen ISF bør reduseres slik at ikke finansieringssystemet bidrar til skjevfordeling på bekostning av pasienter med psykiske lidelser, og at øremerking av bevilgninger til psykisk helsevern kan være et virkemiddel.

#### Arbeidstakerorganisasjoner

LO mener at sykehusene skal eies av staten og styres politisk, basert på folkevalgt legitimitet på tre nivåer. LO trekker fram at finansieringsordningene ikke er tilpasset oppdraget til sykehusene, at de kompliserer styringen og at de kan bidra til å skjule et reelt investeringsbehov. LO mener det vil gi bedre ressursutnyttelse med flere ansatte i fulle faste stillinger og at det bør være en gjennomgang av oppgavefordelingen mellom ulike personellgrupper.

YS og Delta mener helseforetaksmodellen fortsatt er den beste måten å organisere spesialisthelsetjenesten på, med et regionalt beslutningsnivå og helseforetak som selvstendige rettssubjekter med egne styrer. De mener at det er en utfordring med medvirkning/medbestemmelse for de ansatte i de felleseide helseforetakene. De mener også at riktig oppgavefordeling mellom de ulike yrkesgruppene er avgjørende for å yte gode tjenester.

Norsk sykepleierforbund (NSF) mener at helseforetaksmodellen har bidratt til å utvikle spesia-

listhelsetjenesten i riktig retning på flere områder. De trekker blant annet fram felles mål og krav for sektoren gjennom nasjonal helse- og sykehusplan, ansatterepresentasjon i styrene, økonomisk kontroll, felles finansieringssystem og inntektsfordeling, mer likeverdige tjenester, mer funksjonsfordeling og samarbeid på tvers av regionene. De framhever også de felleseide selskapene og Sykehusinnkjøp HFs viktige rolle i pandemien med nasjonal innkjøpsordning for smittevernutstyr. NSF mener likevel at det fortsatt er områder med behov for utvikling og at det er ulikheter når det gjelder styringskultur, medbestemmelse og samarbeid med tillitsvalgte og verneombud, organisering, finansieringsløsninger og prioriteringer, både mellom og innad i regionene.

Ergoterapeutene mener at innsatsstyrt finansiering medfører vridningseffekter som blant annet går på bekostning av forebyggende tiltak, pasienter med multimorbiditet og at den ikke tar hensyn til forløp mellom nivåene.

Jordmorforbundet mener at dagens finansieringsordning ikke passer til dagens organisering av jordmortjenesten og at innsatsstyrt finansiering legger for sterke føringer for prioritering og praksis. De mener også at organisering av følgetjenesten ikke fungerer godt nok og at utdanningskapasiteten for jordmødre må økes.

Akademikerne mener at mange lederlag, lange kommunikasjons- og styringslinjer sammen med ressurskrevende kontrollfunksjoner og målkrav, reduserer den faglige styringen mellom sykehusene og tilliten mellom ledelsen og de ansatte. De mener at ansattes medbestemmelse er fraværende der mange reelle beslutninger fattes, og viser i denne sammenhengen til direktørmøter og nasjonale felleseide foretak. Akademikerne mener at finansieringsmodellen for nye sykehusbygg er u hensiktsmessig og medfører underdimensjonerte sykehus. De mener også at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling blir nedprioritert. Dette skyldes blant annet finansieringsordningene.

Psykologforeningen mener at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling blir nedprioritert i forhold til somatikken. De mener at årsakene til dette, og stor variasjon i kvalitet og tilgang til disse tjenestene, er sammensatte. De mener at forskjeller i fagområdenes egenart, finansieringssystemer og styringsmodeller kan være medvirkende faktorer. Psykologforeningen mener også at faglige aktiviteter med stor kompleksitet og som krever tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, ikke understøttes av dagens

systemer for målstyring, innsattsstyrt finansiering, rapportering og kvalitetskontroll i foretakene.

Legeforeningen framhever i sitt innspill at mye av kritikken som har vært rettet mot de regionale helseforetakene, handler om at makt har blitt konsolidert i det regionale nivået, med stor grad av ovenfra og ned styring. De mener dette medfører at viktig informasjon ikke kommer fram til departementet eller Stortinget. De mener videre dette er en demokratisk utfordring som bidrar til unødvendig byråkrati, lange lederlinjer og stor avstand mellom toppledelsen og underliggende virksomheter. Legeforeningen mener at innføringen av profesjonelle styrever og mål- og resultatstyring utfordrer det faglige perspektivet i styringen av sykehusene, og at økonomifokuset har fått for stor plass på bekostning av fag og kvalitet. De mener videre at ordningen med finansiering av sykehusbygg blant annet fører til at nye sykehusbygg blir utsatt eller bygget for små.

Forskerforbundet framhever at det er viktig at styringsmodellen også ivaretar og legger til rette for kjerneoppgavene forskning, utdanning og opplæring. De påpeker at en høy andel av forskerne ved helseforetakene blir midlertidig ansatt, og mener dette er til hinder for å bygge opp et stabilt fagmiljø. Forskerforbundet viser til undersøkelser som tyder på at mange ansatte opplever mindre innflytelse over egen arbeidssituasjon, og at de ansattes rett til medbestemmelse blir utfordret i en sektor preget av omstilling og effektiviseringskrav.

#### Arbeidsgiverorganisasjoner

Virke mener det er nødvendig å tydeliggjøre den politiske styringen av helseforetakene, og at styringsmodellen bør utvikles slik at den i større grad tar hensyn til foretakenes bredere samfunnsmessige rolle som arbeidsgivere, anskaffere og aktører i regional utvikling. De mener at styring av kjernevirksomheten i hovedsak fungerer godt, men at det er ulike forståelsesrammer hos aktørene, medisinsk-faglig versus økonomisk-juridisk, som fører til uklar prioritering av mål og styring generelt. Regjering og Storting handler innenfor en politisk forståelsesramme, og Virke vurderer det å være krevende å fortolke denne til de regionale helseforetakenes virkelighet, satt på spissen knyttet til oppgavefordeling og graden av sentralisering av sykehusfunksjoner. De mener politiske intensjoner ofte formuleres uten at det er enighet om, eller tilstrekkelig informasjon om, juridiske- og økonomiske realiteter, mens helseforetakenes og de regionale helseforetakenes

posisjoner ofte møter sterk lokal motstand. Forutsetningene for en rasjonell diskusjon om avveining av ulike hensyn svekkes, og avklaring av prioriteringer skjer ofte slik at en interesse opplever å tape eller å vinne. Virke mener derfor at foretaksmodellen ikke i tilstrekkelig grad er i stand til å informere og forankre beslutninger om lokalisering av sykehusfunksjoner mv.

Spekter mener at det viktigste spørsmålet i vurderingen av helseforetaksmodellen er hvordan den bidrar til best mulige tjenester og resultater innenfor de ressursene som er til disposisjon. Spekter trekker blant annet fram følgende resultater, sett opp mot bakgrunnen for helseforetaksreformen i 2002: Ventetidene er kortere, det er færre korridorpasienter, antall behandlede pasienter har økt, kvaliteten er blitt bedre (målt i overlevelse etter fem år/dødelighet), økonomien er under kontroll i alle regioner, samordning og funksjonsfordeling er gjennomført både innenfor helseforetak og regioner for å gi best mulig tilbud til pasientene, det er gjennomført endringer i antall foretak, medarbeiderundersøkelser viser trivsel på nivå med resten av arbeidslivet og sykefraværet er redusert, deltidsandelen er redusert og nasjonale undersøkelser viser høy tilfredshet blant pasientene. Spekter viser til at de gode resultatene skyldes flere forhold, blant annet teknologitvilling, forebygging og økte bevilgninger. Deres vurdering er likevel at helseforetaksreformen har vært en viktig forutsetning for resultatene som er oppnådd. Spekter mener også at demokratiske prosesser og mulighet for politisk styring er grunnleggende for å sikre modellens demokratiske legitimitet. De mener at behovet for politisk styring og virksomhetens behov for handlingsfrihet, autonomi og medisinsk forsvarlig drift, er en grunnleggende avveining, og at for løsningen som ble valgt i 2002, ble det lagt vekt på å balansere disse hensynene på en mest mulig hensiktsmessig måte. De påpeker også at helsesektoren er et område med omfattende bruk av regulering som virkemiddel i sektorpolitikken, med mer enn 30 lover og 130 forskrifter, og om lag 50 lovfestede rettigheter for pasienter og brukere.

KS mener at dagens styringsmodell og organisering stimulerer til bedriftsøkonomisk tenkning (rask gjennomstrømming er effektivt for sykehus), oppstykket pasientforløp (fra sykehus til korttidsopphold i kommune) som gir høyere samfunnsøkonomisk kostnad enn noe forlenget opphold på sykehus. KS mener at samhandlingsreformen med påfølgende forskyvning av oppgaver til primærhelsetjenesten, utfordrer de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert fastlege-

ordningen. De mener det er vesentlig at så vel strategisk som faglig samhandling mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet i alle ledd. KS viser til at flere kommuner mener at departementets rolle som både politisk myndighet og eier av sykehus kan gi uheldige konsekvenser. De viser til, som eksempel, at under pandemien opplevde kommunene at det var særlig behov for å skjerme sykehuskapasitet, og ikke i samme grad var oppmerksomhet om kommunenes kapasitetsutfordringer.

#### Sametinget

Sametinget mener det er store utfordringer med dagens organisering av samiske helsetjenester, sett i lys av ratifiseringen av ILO-konvensjon 169, der det følger av artikkel 25 at utforming og gjennomføring av helsetjenester for urfolk skal skje under urfolks eget ansvar og kontroll. Helse Nord har overordnet strategisk ansvar for å følge opp de nasjonale målene knyttet til den samiske befolkningen, men Sametinget mener de øvrige regionale helseforetakene ikke blir ansvarliggjort for tjenestetilbudet til samiske pasienter i egen region. Sametinget mener at reell samisk selv- og medbestemmelse i planlegging, utforming og organisering av helsetjenester til samiske pasienter ikke blir ivaretatt. De mener at retten til med- og selvbestemmelse forutsetter samisk representasjon i styrende organer, oppnevnt av Sametinget. Sametinget viser til at Sámi Klinihkka, som er den eneste formelle samiske behandlingstjenesten, er økonomisk og organisatorisk underlagt et helseforetak, og prisgitt foretakets utfordringer og prioriteringer til enhver tid. De viser til at både fagmiljøer og brukergrupper har varslet om at dagens organisering fører til nedprioriteringer og en negativ utvikling av det helsetilbudet.

#### Alternativ til helseforetaksmodellen

Alternativ til helseforetaksmodellen mener at helseforetaksmodellen har ført til mindre demokratisk kontroll av spesialisthelsetjenesten, et system med lite tillit til de ansatte og stor grad av administrativ kontroll, hovedfokus på økonomiske mål, noe som skaper etiske utfordringer og påvirker helsepersonell i deres jobb. Videre at den har ført til sentralisering av både tjenester og beslutningsmyndighet, nedleggelse av små enheter i favør av større med mindre kapasitet, reduksjon av kapasitet som fører til korridorpatienter, køer, uverdige utskrivelser av for syke pasienter og svingdørspa-

sienter, vekst i byråkrati og direktørstillinger, lange beslutningslinjer gjennom mange administrative lag, fravær av stedlig ledelse, mindre konkurranse av den positive sorten om å være best mellom ulike selvstendige sykehus, økende kvalitetssvikt, økende press på kommunene – både økonomisk og tjenestemessig, og til sist konflikt i stedet for samarbeid mellom sykehus, mellom avdelinger innenfor samme sykehus, og mellom sykehus og kommune.

### 4.3 Om erfaringene med helseforetaksmodellen i NOU 2016: 25

Helseforetaksreformen ble lagt fram for Stortinget i april 2001 ved Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.* av regjeringen Stoltenberg I. Det var flere forhold ved sykehussektoren som lå til grunn for forslaget. Det hadde vært stor økning i bevilgningene til sektoren gjennom flere år uten at de økonomiske problemene var løst. Pasientbehandlingen hadde økt, men uten at ventelistene hadde blitt kortere. Det var personellmangel til tross for økt utdanningskapasitet. Det var dårlig samarbeid mellom sykehusene og fylkeskommunene om utnyttelse av kapasiteten. Det ble stilt spørsmål ved om forvaltningsorganiseringen satte begrensninger for sykehusenes ansvar på en slik måte at det ble vanskelig å oppfylle de helsepolitiske målene. Det var store forskjeller i ventetider mellom fylkene og geografiske variasjoner i medisinsk praksis innenfor enkelte fagområder. Det var enighet om behov for å forbedre kvaliteten på tjenesten gjennom funksjonsfordeling for å oppnå minstevolum på aktivitet. Det var betydelige forskjeller i ressursbruk, ulike prioriteringer og ulik økonomi, og oppsplittingen i eier- og finansieringsansvaret skapte uklare ansvarsforhold. Gjennom både 80-tallet, og særlig 90-tallet, var det flere utredninger og dokumenter til Stortinget med mål om bedre regionalt samarbeid. Dette ble også formalisert gjennom lovendringer i 1998, der de regionale helseutvalgene ble pålagt å utarbeide regionale helseplaner og departementet fikk hjemmel til endelig å vedta de regionale helseplanene<sup>2</sup>.

NOU 2016: 25 (Kvinnsland-utvalget) oppsummerte erfaringene med helseforetaksmodellen i

<sup>2</sup> Ot.prp. nr. 48 (1997–98) *Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern. Sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid*, jf. Innst. O. nr. 65 (1997–98).

kapittel 4. I det følgende er det gjengitt et sammendrag av Kvinnsland-utvalgets vurderinger.

Kapittelet ble innledet med en oppsummering av den politiske og offentlige debatten om sykehussektoren. Et flertall av aktørene som hadde uttalt seg i debatten, var kritiske til helseforetaksmodellen. Tre overordnede budskap ble trukket fram; modellen er for markedsstyrt, udemokratisk og skaper unødvendig byråkrati.

Gjennomgangen av utviklingen i spesialisthelsetjenesten etter 2002 tok utgangspunkt i målene med helseforetaksreformen og de utfordringene den skulle løse. Det ble framhevet at utviklingen er et resultat av mange faktorer, og at det derfor var vanskelig å være presis på hva som er effekt av styringsmodellen og hva som først og fremst kan forklares med andre forhold.

Det ble vist til at kvaliteten på helsetilbudet i Norge generelt er god. Det hadde vært en gradvis forbedring av resultater over tid på mange av områdene der det er etablert målesystemer. For eksempel var gjennomsnittlig ventetid redusert fra 90 dager i 2002 til 59 dager i 2. tertial 2016. Utvalget fant imidlertid ikke grunnlag for å konkludere med at det hadde blitt et mer likeverdig tilbud.

Det ble vist til en reell nedgang i kostnadsveksten per innbygger for somatikk, men vekst innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. Innenfor somatikk hadde det vært høyere vekst i aktivitet enn kostnader. Dette kan tilskrives produktivetsforbedringer, men det ble vist til at flere rapporter indikerte at det fortsatt var rom for å forbedre produktiviteten.

En hensikt med helseforetaksmodellen var å oppnå mer bevissthet om innsatsfaktoren kapital. Utvalget mente at intensjonen var oppnådd på den måten at de regionale helseforetakene finansierer investeringene og at disse inngår i en helhetlig prioritering. Lavere vekst i kostnader enn bevilgninger og bedre økonomistyring hadde bidratt til vesentlig økning i investeringsnivået sammenlignet med 1990-tallet. Samtidig ble det vist til at det fremdeles var utfordringer med sykehusbygg med dårlig standard. Problemer knyttet til økonomistyring var en viktig bakgrunn for helseforetaksreformen. Problemene vedvarte de første årene etter reformen. Situasjonen snudde i 2007–2008 og det ble vist til at de regionale helseforetakene etter dette hadde hatt betydelige overskudd som har gitt grunnlag for investeringer. Utvalget mente at utviklingen hadde sammenheng med læring og kompetanseoppbygging, at økonomistyringen hadde blitt bedre og at de økonomiske rammene var mer realistiske og forutsigbare. Det

ble vist til forbedringer i finansieringen av investeringer og pensjoner og at det fra 2008 var budsjettet med aktivitetsvekst samt nytt inntektssystem.

Behovet for funksjonsdeling var viktig ved innføring av helseforetaksreformen. Utvalget viste til at det var skjedd viktige endringer etter 2002, men at faglige råd tilsa ytterligere endringer. Da som nå ble dette vurdert til å være vanskelige prosesser som ofte møter motstand, og endringer må skje i forståelse med departementet. Etableringen av felleseide selskaper for ikke-medisinske støttefunksjoner, dels etter pålegg fra departementet, ble vurdert som uttrykk for et ønske om sterkere nasjonal samordning på viktige områder.

Selv om et flertall av de ansatte i medarbeiderundersøkelser hadde gitt uttrykk for at de var fornøye med arbeidsforholdene, ble det vist til at også grupper av ansatte var kritiske, blant annet knyttet til mange ledernivåer og at avstanden til toppledelsen ble opplevd som lang. Mangelfulle IKT-systemer, for mye fokus på økonomi og for lite oppmerksomhet om faglig standard og kvalitet, var andre områder som ble trukket fram som problematiske.

Utvalget viste til at evalueringen av samhandlingsreformen hadde avdekket behov for at kommuner og sykehus arbeider videre med å utvikle helhetlige pasientforløp. Det ble vist til behov for å styrke arenaer for dialog og samarbeid mellom kommunene og sykehusene, herunder behov for bedre kvalitet på informasjonsutvekslingen. Det ble også pekt på behov for å utvikle IKT-systemene slik at utvekslingen av pasientinformasjon på tvers av nivåene kan skje mer effektivt.

Den generelle oppfatningen var at brukermidvirkningen hadde hatt en positiv utvikling etter 2002. Vurderingen var også at samarbeidet med universitet og høyskoler var blitt betydelig bedre gjennom etableringen av et regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten. Både forskningsaktiviteten i sykehusene og utdanningskapasiteten i helsefagene hadde økt.

Bruk av private virksomheter hadde ikke endret seg vesentlig med helseforetaksmodellen. Andelen av budsjettet brukt på private hadde ligget på om lag ti prosent i hele perioden, men en liten økning de siste årene mot 2016. Omfanget av anskaffelser fra private aktører hadde vært påvirket av eierkrav – som hadde trukket i ulike retninger.

Styrene i helseforetakene har vært målet for mye av kritikken mot helseforetaksmodellen, og utvalget viste til at det hadde vært stilt spørsmål ved behovet for styrer både i helseforetakene og på regionnivå. I en evaluering som ble gjort av

Agenda Kaupang i 2012, var oppfatningen at styrene har bidratt vesentlig til å gi legitimitet til helseforetakene og at de har bidratt til bedre og mer omforente prosesser for utviklings- og omstillings tiltak. Det ble også vist til at flere hadde en oppfatning av at konklusjonene fra møter mellom de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene og helseforetakene, kunne ha stor betydning for hvilke vedtak styrene i helseforetakene fatter. Dette kan i praksis gi det regionale helseforetaket en uformell styringslinje.

Utvalget konkluderte med at styringsdialogen og rolledelingen mellom departementet og styrene for de regionale helseforetakene hadde blitt tydeligere over tid. Det ble vist til at det hadde vært en utvikling i retning av færre styringskrav i oppdragsdokument og foretaksmøter og at det hadde vært en dreining mot at styringen av kvalitet skal være like tydelig som styringen på økonomi.

#### 4.4 Utviklingen etter 2015

Utvalget gir i det følgende en beskrivelse av noen hovedtrekk ved utviklingen i spesialisthelsetjenesten i perioden etter at Kvinnsland-utvalget (NOU 2016: 25) leverte sin rapport.

##### 4.4.1 Kvalitet, tilgjengelighet og variasjon

Det er ulike kilder som gir kunnskap om kvalitet i tjenestetilbudet. Det er 59 nasjonale medisinske kvalitetsregistre (2022) som samler strukturert informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper. Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å bidra til bedre kvalitet på pasientbehandlingen og å redusere uberettiget variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. Helseatlas er utarbeidet for ulike fagområder siden 2015, og sammenligner befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder, uavhengig av hvilket sted pasientene behandles.

Analyser for bruk og kvalitet for utvalgte helsetjenester

Utvalget har bedt Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) om analyser av bruk og kvalitet for utvalgte helsetjenester, og hvordan eventuell variasjon har endret seg over tid i perioden 2015–2021.

SKDE har gjennomført fire grupper analyser til utvalget:

1. Utvikling i geografisk variasjon i bruk av utvalgte helsetjenester der det gjennom tidligere helseatlas er påvist variasjon i bruk
2. Utvikling i geografisk variasjon i bruk av utvalgte nødvendige helsetjenester, jf. rapporten «Ett år inn i koronapandemien»
3. Utvikling i omfang og geografisk variasjon for utvalgte kirurgiske prosedyrer med diskutabel nytteverdi, som definert i «revurderingsprosjektet»
4. Utvikling i kvalitet i spesialisthelsetjenesten i Norge de siste fem–ti år basert på et utvalg kvalitetsindikatorer.

Variasjon i bruk av helsetjenester består av to komponenter, tilfeldig og systematisk variasjon. Tilfeldig variasjon skyldes svingninger over tid og kan gi vesentlige utslag dersom tallgrunnlaget er lite (små pasientutvalg). Når det gjelder systematisk variasjon, skilles det mellom berettiget variasjon og uberettiget variasjon. Berettiget variasjon kan blant annet oppstå på grunn av forskjeller i sykkelighet og pasientsammensetning, ulike pasientpreferanser eller reelt samvalg og ulik grad av utprøving av nye behandlingsmetoder.

Nødvendige helsetjenester er en gruppering som består av tilstander med klare diagnose- og behandlingskriterier, der det er enighet om nytten av behandling. For denne gruppen tjenester er variasjonen forventet å være begrenset og behandlingsraten reflekterer befolkningens faktiske sykkelighet for disse tjenestene. Preferansensitive helsetjenester er helsetjenester hvor det vanligvis foreligger flere mulige behandlingsoalternativer, eller at indikasjon for og helsegevinsten av behandlingen kan være usikker og omstridt i fagmiljøene. Tilbudssensitive helsetjenester er anslått å være den viktigste årsaken til variasjon i befolkningens bruk av helsetjenester. Den er kjennetegnet ved at tilgjengeligheten i form av sykehussenger, legespesialister og generell kapasitet for diagnostikk og behandling påvirker etterspørsel.

I den første analysegruppen er det valgt analyser der det tidligere har vært påvist en vesentlig grad av variasjon; innleggelse for barn, bruk av strålebehandling for eldre med kreft, bruk av helsetjenester etter fødsel (for mor) og inngrep for endometriose.

I den andre analysegruppen er det under grupperingen nødvendige helsetjenester valgt seks hyppig forekommende og alvorlige tilstander; akuttinnleggelse for hjertesvikt, hjerneslag, hjerteinfarkt, kols, lungebetennelse og hoftebrudd.

Den tredje gruppen, revurderingsprosedyrene, omfatter 18 ulike kirurgiske inngrep som Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 ga de regionale helseforetakene i oppdrag å vurdere om ikke skal benyttes rutinemessig, eller kun dersom spesifikke kriterier er oppfylt.

For den fjerde gruppen er det valgt ut kvalitetsindikatorer for fire store pasientgrupper med alvorlig sykdom: Hjerte-karsykdom (hjerteinfarkt, hjerneslag og hjertesvikt), kreft, diabetes og kols. Behandling av disse pasientgruppene utgjør en vesentlig andel av ressursbruken i spesialisthelsetjenesten og tjenestene som er knyttet til de utvalgte kvalitetsindikatorerne kan anses som nødvendige helsetjenester.

SKDE har oppsummert kommentarer til funnene slik:

«Styring av aktivitetsnivået i spesialisthelsetjenesten er komplisert og sammensatt og endringer som ikke er knyttet til akutte behov må forventes å ta tid. Det er ikke nødvendigvis realistisk å forvente målbare endringer i overordnede parametere som graden av geografisk variasjon i bruk av en gitt helsetjeneste innen få år. Samtidig har geografisk variasjon vært et område som har fått en del oppmerksomhet de senere år, med klare forventninger fra Helse- og omsorgsdepartementet om endringer i praksis. Dette skulle tilsi at arbeidet med å styre i retning av likere medisinsk praksis burde være et prioritert arbeid i helseforetakene.

Analysene av utvikling i geografisk variasjon for de utvalgte pasientutvalgene som er behandlet i [dette] notatet viser små endringer, både når det gjelder graden av geografisk variasjon og hvordan de ulike geografiske områdene rangeres (rekkefølge fra områder med høye til lave rater). Dette er også i tråd med tidligere analyser fra det oppdaterte dagkirurgiatlasets, der variasjonen for flere av utvalgene økte, til tross for at aktiviteten på landsbasis ble redusert. Årsaken er at aktivitetsutviklingen var svært ulik for bosatte i de ulike opptaksområdene – i enkelte områder ble bruk av tjenester redusert betydelig, mens for bosatte i andre områder lå det helt stabilt. Det mønsteret finner vi igjen både når det gjelder innleggelse av barn og bruk av polikliniske konsultasjoner for hjertesvikt hos eldre, selv om trenden i aktivitetsutviklingen for sistnevnte er økende heller enn synkende. Dette er også i tråd med Riksrevisjonens funn i rapporten «*Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester*» fra 2019, som blant annet konkluderte med at de regionale helseforetakene og helseforeta-

kene i liten grad hadde brukt forbruksrater «til å følge opp den faglige praksisen og kapasiteten».

Til en viss grad ser vi det samme når det gjelder revurderingsprosedyrene [...], men her ser vi en tydelig nedadgående trend over flere år i alle opptaksområder. Også når vi ser på aktiviteten for revurderingsprosedyrene sammenliknet med annen planlagt kirurgi i sykehusene, finner vi en jevn nedadgående trend i alle opptaksområdene over flere år, noe som kan indikere at denne aktiviteten prioriteres lavere enn annen sammenliknbar aktivitet. Dette er i tråd med styringssignalene som er kommet fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Når det gjelder bruken av de utvalgte nødvendige tjenestene, er hovedtrekket at størrelsen på den geografiske variasjonen er stabil, i tråd med hva som kan forventes for nødvendige helsetjenester. Dette kan tyde på at for disse tjenestene er behovet for helsehjelp i hovedsak godt ivaretatt.

For å belyse utvikling i kvalitet over tid har vi valgt ut overordnede indikatorer fra OECD som kan belyse kvalitet og kvalitetsutvikling sammenliknet med andre land, tall fra Kreftregisteret som viser utvikling i kreftoverlevelse og et utvalg (prosess)indikatorer fra medisinske kvalitetsregistre som kan fortelle noe mer spesifikt om utvikling i kvalitet i pasientbehandlingen. Indikatorene knytter seg til fire store pasientgrupper med alvorlig sykdom: hjerte-karsykdom, kreft, diabetes og kols. Overordnet sett viser indikatorene at tjenestene holder god kvalitet og at utviklingen de siste fem-ti år har vært positiv. OECD-indikatorene viser at Norge ligger godt an i forhold til øvrige OECD-land både med hensyn til nivå og utvikling over tid. Tall for utvikling i kreftoverlevelse viser vesentlig bedring for alle utvalgte kreftformer i perioden 1997–2021. Denne utviklingen skyldes bidrag fra mange faktorer. De utvalgte resultatene fra de medisinske kvalitetsregistrene viser også en bedring over tid nasjonalt, men til dels mye variasjon mellom enkeltsykehus. Reduksjon i denne variasjonen kan være en nøkkel til ytterligere forbedring i kvalitet.

Analysene som er inkludert i dette notatet, viser ingen overordnet systematikk i den geografiske variasjonen i bruk av spesialisthelsetjenester – i den forstand at det er ingen opptaksområder eller regioner som konsekvent peker seg ut med gjennomgående lave eller høye rater. Heller ikke når vi ser samlet på analysene som er gjort i de 11 ulike helseatlasene, har vi kunnet spore noen overgripende systematikk i variasjonen. Det kan være mønstre som peker seg ut for enkelte fagområder, men for andre fagområder er bildet et

helt annet. Dette gjelder også variasjon i kvalitet slik den kommer til uttrykk i de ulike kvalitetsindikatorerne fra de medisinske kvalitetsregistrene.»

#### Pasient- og brukererfaringer

Spørreundersøkelser som måler pasienters erfaringer, er akseptert som ett av flere gyldige perspektiv for å beskrive kvalitet i helsetjenestene. Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomfører målinger av brukererfaringer blant somatiske døgnpasienter og pasienter med erfaringer fra døgnopphold i psykisk helsevern og TSB. Resultatene varierer noe mellom pasientgrupper, men undersøkelsene tyder på at de fleste pasientene har ganske gode erfaringer fra sykehusoppholdet, men samtidig at det er forskjeller i tilbudet til pasientene. Blant somatiske døgnpasienter viser undersøkelsene fra 2021 lite endringer i løpet av året som er gått siden siste måling på nasjonalt nivå<sup>3</sup>.

#### Innbyggerundersøkelsen

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) har gjennomført innbyggerundersøkelsen jevnlig siden 2010. Innbyggerundersøkelsen ber innbyggerne om å vurdere en rekke statlige tjenester, og spør om tjenestene samlet og hver for seg. Blant tjenestene som innbyggere ble bedt om å vurdere, var det sykehusene som kom best ut i 2021. Innbyggerne blir blant annet bedt om å oppgi om de har erfaring eller ikke med tjenestene de vurderer. Sykehusene er sammen med blant andre Forsvaret, Skatteetaten og NAV blant tjenestene der de med erfaring er mer fornøyde enn de uten erfaring. Blant brukere av tjenestene kan det synes som om sykehusene har hatt en framgang de senere årene. I undersøkelsen fra 2017 går det fram at sykehusene fikk høyere skår blant brukerne enn i 2015. Sykehusene og Lånekassen hadde de mest fornøyde brukerne i 2019.

<sup>3</sup> For psykisk helsevern og TSB er undersøkelsene innrettet slik at resultatene skal være relevante for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid, og at resultatene skal formidles raskt tilbake til enhetene. Foreløpig planlegges en nasjonal rapportering årlig der samlede resultater for deltakende enheter sammenstilles. Planen er også at det skal utvikles kvalitetsindikatorer som rapporteres til det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet og til kvalitetsbasert finansiering, det er derfor ikke lagt til rette for tolkning av utvikling over tid nasjonalt.

#### ForBedring-undersøkelsen

ForBedring-undersøkelsen ble innført i 2018 og kartlegger ulike sider ved arbeidsmiljø, pasientsikkerhetskultur og HMS (helse, miljø og sikkerhet) i helseforetakene, som kan ha sammenheng med risiko for uønskede hendelser, eller virke negativt på kvaliteten i tjenesten og medarbeiderne sin helse og engasjement.

Resultatene fra undersøkelsen<sup>4</sup> skal gi ledere og medarbeidere informasjon til å kunne redusere risiko for uønskede hendelser, blant annet ved å forbedre lokalt arbeidsmiljø og sikkerhetskultur. Undersøkelsen skal benyttes som kunnskapsgrunnlag i utvikling av handlingsplaner og forbedringsarbeid.

Undersøkelsen er inndelt i ti temaområder. Resultatene innenfor hvert temaområde er basert på flere spørsmål og påstander. Svaralternativene går fra «helt enig» til «helt uenig». Resultatene er presentert som en skala der 0 er dårligst og 100 er best. I oversikten under er gjennomsnittsskår for det enkelte tema i 2022 angitt i parentes.

Det er ikke utarbeidet sammenligningsgrunnlag tilbake fra 2018 og det er gjort noen endringer i spørreskjemaene, blant annet er det tatt inn spørsmål knyttet til pandemien fra 2021. Den nasjonale rapporten for ForBedring 2022 sammenligner med resultatene for 2021. For nasjonalt nivå er det gjort følgende oppsummering per tema:

- Temaene «Engasjement» (81,7), «Teamarbeidsklima» (84,3), «Sikkerhetsklima» (82,7), «Opplevd lederatferd» (84,0) og «Fysisk arbeidsmiljø» (73,7) har lik gjennomsnittsskår i 2022 sammenliknet med 2021.
- Temaene «Arbeidsforhold» (70,8) og «Toppleder sin rolle i pasientsikkerhetsarbeidet» (68,6) har bedre gjennomsnittsskår i 2022 sammenliknet med 2021.
- Temaene «Psykososialt arbeidsmiljø» (80,8), «Oppfølging» (70,7) og «Pandemi» (74,8) har lavere gjennomsnittsskår i 2022 sammenliknet med 2021.

#### 4.4.2 Aktivitet, ventetider og årsverk mv.

Sykehusstruktur, utvikling i behandlingsaktivitet, ventetider og årsverk er også indikatorer på tilgjengelighet til og i hvilken grad befolkningen har likeverdig tilgang til helsetjenester.

<sup>4</sup> Siste undersøkelse ble gjennomført i alle virksomhetene i de fire helseregionene samt flere private ideelle virksomheter i perioden fra 1. februar til og med 12. april 2022.



## Sykehusstruktur

I 2002 ble virksomheten i spesialisthelsetjenesten organisert i 46 helseforetak, derav 43 som organiserte sykehusvirksomhet. Den første perioden etter reformen var preget av sammenslåinger av helseforetak. Fra 2011 har det vært til sammen 20 helseforetak som driver pasientbehandling. I Helseregion Vest har strukturen vært uendret siden 2002 med fire helseforetak som driver pasientbehandling. I Helseregion Nord er det også fire helseforetak. Strukturen har vært den samme siden 2007, da Hålogalandssykehuset HF ble avviklet. Sykehusene i Narvik og Harstad ble lagt til Universitetssykehuset Nord-Norge HF og sykehuset i Vesterålen til Nordlandssykehuset HF. Det har vært få endringer i strukturen i Helseregion Midt-Norge som har tre helseforetak som driver pasientbehandling. I 2004 ble Orkdal sanitetsforenings sjukehus innlemmet i St. Olavs Hospital HF. Helseforetakene i Møre og Romsdal ble slått sammen til ett helseforetak i 2011. Strukturen i Helseregion Sør-Øst ble sist endret i 2008, som oppfølging etter sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. Da regionene ble slått sammen i 2007 var det 15 helseforetak som drev pasientbehandling, disse ble samlet i til sammen ni helseforetak. Det har også skjedd betydelige endringer i funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehus og institusjoner, for eksempel innenfor kreftkirurgi, basert på nasjonale føringer og i tråd med den medisinske og teknologiske utviklingen.

Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* legger til grunn at økt spesialisering og begrenset tilgang på helsepersonell tilsier at det ikke er bærekraftig at alle enheter i et helseforetak tilbyr tjenester parallelt. Funksjonsfordeling kan bidra til at det bygges opp mer robuste fagmiljøer med erfaring og kompetanse, samtidig som den desentraliserte strukturen opprettholdes. Ved hjelp av teknologi og digitale løsninger kan kompetanse fra større sykehus gjøres tilgjengelig for de mindre enhetene slik at pasientbehandlingen kan gjøres nærmere der folk bor. Det ble vist til Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019* som pekte på at det er behov for bedre samarbeid mellom sykehus gjennom oppgavedeling og nettverk.

Det er fortsatt et potensiale i mer samarbeid mellom sykehus i nettverk. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2022 ble det gitt overordnede føringer om at spesialister fra store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasientens bosted, spesialister

fra sykehus skal samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste og pasienter skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller gjennom ambulante og intermedieære tjenester.

## Behandlingsaktivitet

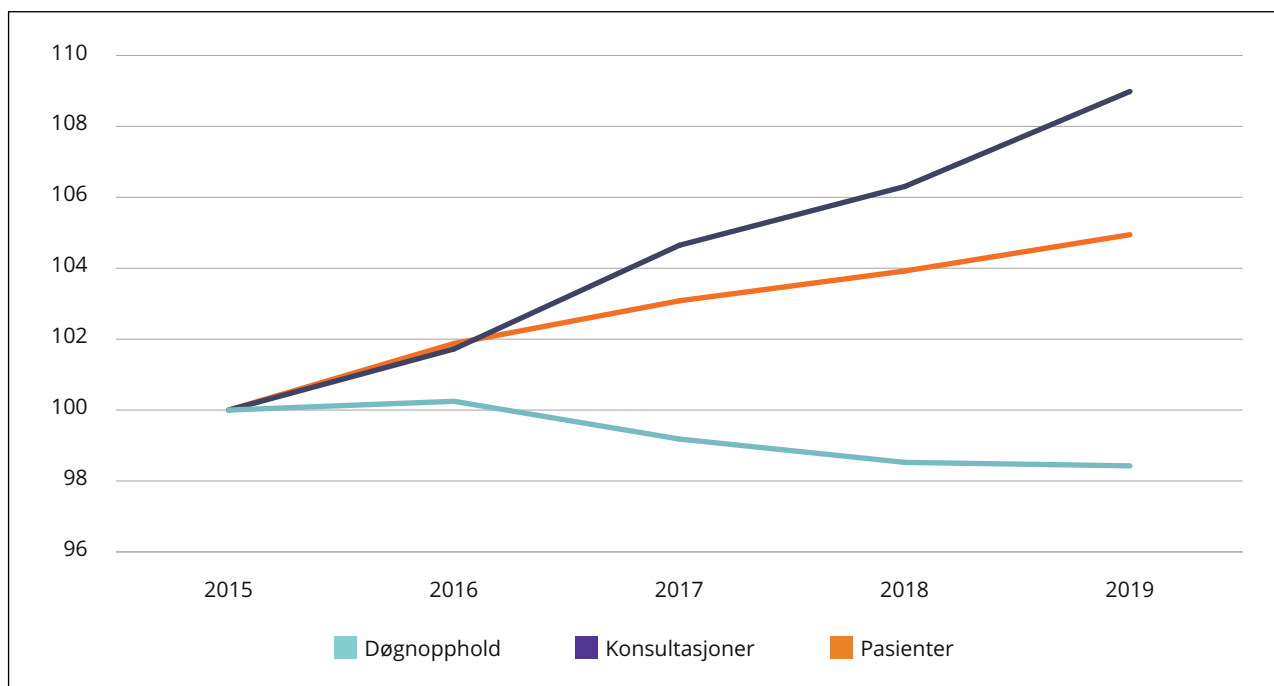
Behandlingsaktivitet er en viktig indikator på hvordan tilgjengeligheten i spesialisthelsetjenesten utvikler seg. Innenfor somatikk måles behandlingsaktiviteten i DRG-poeng. Denne metoden fanger opp endring i både antall behandlinger og endringer i behandlingstydning. I perioden 2013–2019 var aktivitetsveksten 11 pst. som tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på 1,6 pst.

I NOU 2022: 5 *Myndighetenes behandling av koronapandemien – del 2* er det gitt en beskrivelse av døgnkapasiteten for somatiske tjenester i spesialisthelsetjenesten i perioden 2015–2019. Kommisjonen viser til at det i 2019 var i underkant av 100 000 flere pasienter og 600 færre senger enn i 2015. Samtidig holdt beleggprosenten seg stabil på rundt 85 pst. i perioden.

Når vi teller med alle typer behandlinger, fikk totalt to millioner pasienter behandling på somatiske sykehus i 2019. Til sammenligning var det 1,9 millioner pasienter som fikk behandling i 2015. Med i overkant av 77 000 årsverk på de somatiske sykehusene i 2019 og i underkant av 74 000 årsverk i 2015, var det omtrent like mange årsverk per pasient i 2019 som i 2015.

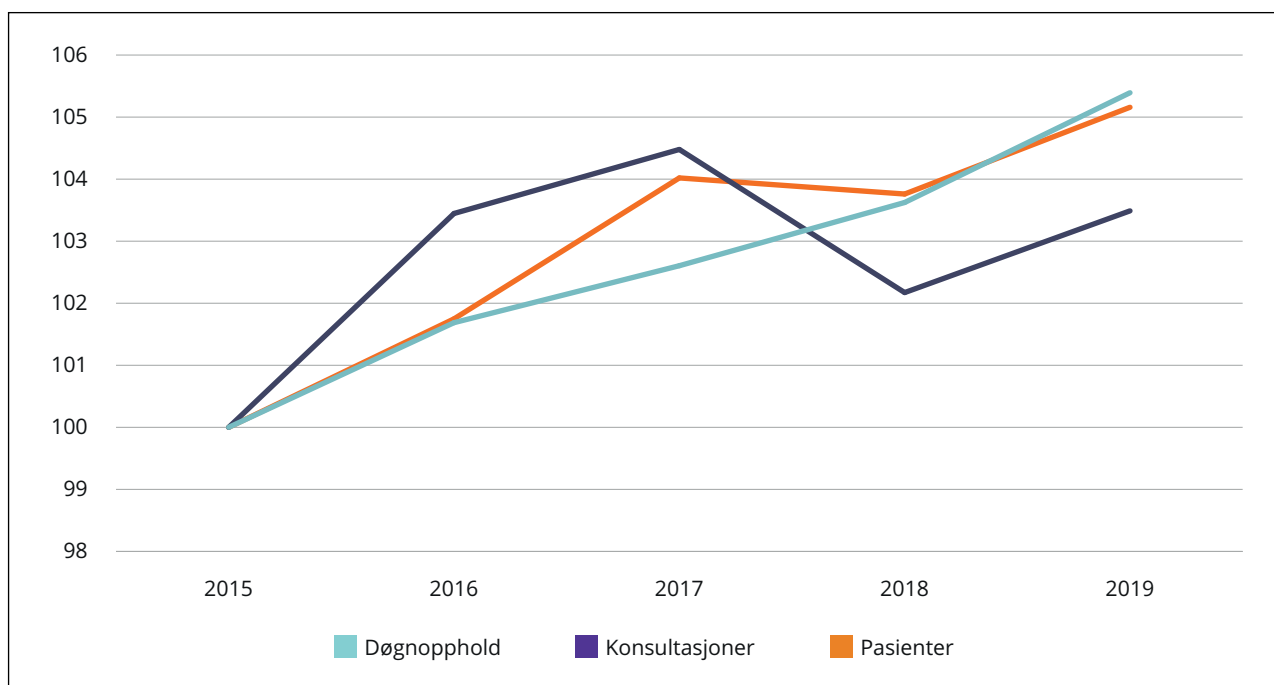
Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) måles behandlingsaktivitet i antall innleggelser og polikliniske konsultasjoner. Det har vært en langvarig trend med økt poliklinisk aktivitet, mer dagbehandling, færre senger og kortere liggetid innenfor både somatiske tjenester og psykisk helsevern. Innenfor TSB har trenden med kortere liggedøgn og mer poliklinikk skjedd samtidig med en økning i antall døgnplasser. I perioden 2015–2019 har veksten i poliklinisk aktivitet fortsatt mens antall døgnplasser har holdt seg stabilt på om lag samme nivå.

Figurene 4.1–4.3 viser utvikling i antall døgnopphold, pasienter og polikliniske konsultasjoner i perioden 2015–2019 innenfor somatikk, psykisk helsevern og TSB. Utviklingen i perioden er indeksert slik at nivået i 2015 er satt lik 100. Det er vekst i antall pasienter som får helsehjelp og antall polikliniske konsultasjoner på alle tre fagområder. Innen psykisk helsevern for voksne og TSB er det også vekst i antall døgnopphold. Samtidig er gjennomsnittlig lengde på døgnoppholdene kortere, slik at totalt antall liggedøgn på disse områdene er redusert.



Figur 4.1 Utvikling i antall døgnopphold, polikliniske konsultasjoner og pasienter 2015–2019. Somatikk. 2015 = 100.

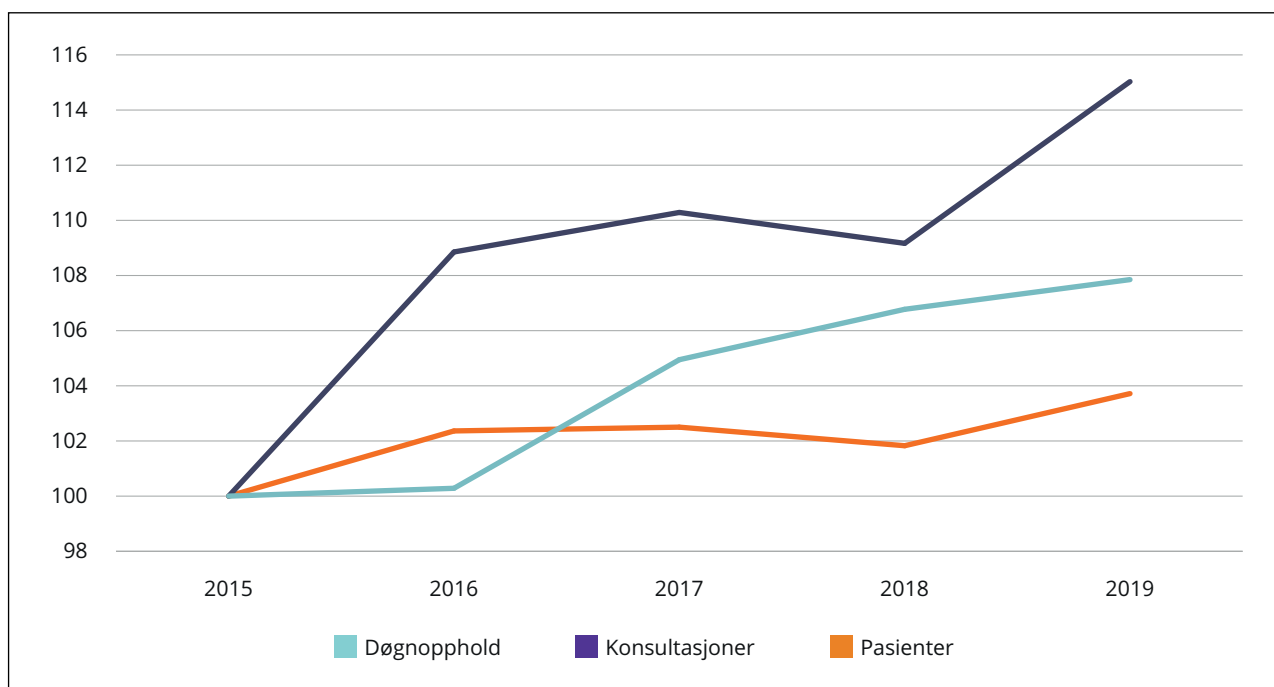
Kilde: Helsedirektoratet



Figur 4.2 Utvikling i antall døgnopphold, polikliniske konsultasjoner og pasienter 2015–2019. Psykisk helsevern for voksne. 2015 = 100.

Innføringen av innsatsstyrt finansiering i poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, gjør at antall konsultasjoner for 2018 ikke er direkte sammenlignbare med tidligere år.

Kilde: Helsedirektoratet



Figur 4.3 Utvikling i antall døgnopphold (utskrivninger), polikliniske konsultasjoner og pasienter 2015–2019. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 2015 = 100.

Innføringen av innsatsstyrt finansiering i poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, gjør at antall konsultasjoner for 2018 ikke er direkte sammenlignbare med tidligere år.

Kilde: Helsedirektoratet

Antall døgn pasientene disponerte sengene er redusert i omtrent samme takt som antall senger. I 2015 var det til sammen nesten 11 700 sykehus-senger i Norge, og totalt 3,3 millioner døgn (liggedager) pasientene disponerte dem. I 2019 var antall senger redusert til under 11 100, og liggedagene til 3,1 millioner.

Tall fra SSB viser at 15 pst. flere pasienter ble behandlet på norske sykehus i 2021 sammenlignet med 2012. I samme periode ble 11 pst. færre pasienter innlagt på sykehus og 20 pst. flere pasienter behandlet på poliklinikk. Antall polikliniske konsultasjoner økte med 33 pst. i samme periode. Utviklingen kan i stor grad forklares med omlegging til mer skånsomme og effektive behandlingsformer.

#### Ventetider

Ventetid til utredning eller behandling er også en viktig indikator på tilgjengelighet og kvalitet i helse-tjenesten. Lang ventetid kan redusere pasientens muligheter for å oppnå maksimalt utbytte av behandling og kan indikere kapasitetsproblemer i sykehusene. Informasjon om ventetid er viktig beslutningsstøtte for pasienter som ønsker å velge seg til et annet behandlingssted enn det de er henvist til.

Tallene fra Norsk pasientregister (NPR) viser at det var en årlig reduksjon i gjennomsnittlig ventetid i perioden 2010 til 2017. Siden 2017 har det vært en mindre økning i gjennomsnittlig ventetid. Pandemien førte til at ventetidene økte ytterligere, men i 2021 var gjennomsnittlig ventetid tilbake på nivå med 2019. Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten framgår av tabell 4.1.<sup>5</sup>

Ulike forhold kan forklare nedgangen i ventetid fram til 2017. Noe av endringen kan skyldes rydding i ventelister og endringer i registreringspraksis. Helsedirektoratet (2017) har vurdert at det har vært en reell nedgang i ventetid til oppstart av helsehjelp i perioden fra 2012 til 2016 og at samlet tid fram til faktisk behandling skjer, er

<sup>5</sup> Ventetid til helsehjelp måles i kalenderdager, og beregnes som differansen mellom dato for mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten og dato for når ventetiden avsluttes. Ventetiden slutter ved oppstart av helsehjelp i form av utredning eller behandling. Dato for ventetidens slutt for den enkelte pasient registreres i sykehusenes pasientadministrative system, og rapporteres til NPR. Ventetid beregnes for alle pasienter som er ordinært avviklet fra venteliste i den enkelte periode. Tilfeller der oppstart av helsehjelp er utsatt av medisinske eller pasientbestemte årsaker, samt øyeblikkelig hjelp, er ikke inkludert. Om lag 70 pst. av alle innleggelses i sykehus er øyeblikkelig hjelp. De fleste som venter (om lag fire av fem) venter på poliklinisk konsultasjon eller utredning.

Tabell 4.1 Ventetider i spesialisthelsetjenesten – antall dager

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2019
Gjennomsnittlig ventetid	90	70	71	73	78	74	72	60	57	59	60

Kilde: Norsk Pasientregister

reduisert. For mange pasienter skjer imidlertid en noe større del av ventetiden *etter* at helsehjelpen er påbegynt og pasienten er tatt av ventelistene, altså en tid som ikke inngår i det offisielle ventetidsmålet.

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene var det i perioden 2013–2016 et mål om gjennomsnittlig ventetid under 65 dager. Dette målet ble nådd i 2016. Fra 2018 har gjennomsnittlig ventetid under 50 dager blitt satt som et langsiktig mål i oppdragsdokumentet.

Antall nyhenviste, det vil si antallet henvisninger til elektiv behandling som er vurdert og satt på venteliste i spesialisthelsetjenesten, har vært forholdsvis stabilt på om lag 1,4 millioner per år i perioden 2015 til 2019.

Fristbrudd oppstår når pasienten ikke får helsehjelp innen den fristen som er satt. Fristen er satt på medisinsk grunnlag og er juridisk bindende. Utvikling i andelen fristbrudd har sammenfalt med utviklingen i gjennomsnittlig ventetid. Andelen fristbrudd ble redusert fra om lag åtte pst. i 2012 til 1,1 pst. i 2016. Deretter har andelen vært forholdsvis stabil, men med en økning fra 2020 som følge av pandemien. I 2021 var andelen fristbrudd 5,1 pst.

#### Bemanning og rekruttering

Tall fra SSB viser at det var 109 900 årsverk i spesialisthelsetjenesten i 2015 og 118 900 årsverk i 2021.<sup>6</sup> Dette var en økning på 9 000 årsverk eller 8,2 pst. Veksten i antall årsverk i spesialisthelsetjenesten har vært høyere enn befolkningsveksten.<sup>7</sup> I 2021 var det 3,09 legeårsverk i spesialisthelsetjenesten per 1 000 innbyggere i Norge. Tilsvarende tall i 2015 var 2,73. Det var 6,84 sykepleierårsverk per 1 000 innbyggere i 2021 (inkludert spesialsykepleiere og jordmødre). Tilsvarende tall for 2015 var 6,75. Dette går fram av figur 4.4.

I somatiske sykehus har antall årsverk per pasient samlet sett holdt seg stabil i perioden 2015 til 2019. Antall sykepleierårsverk på de somatiske sykehusene har holdt seg stabilt på 16 årsverk per 1 000 pasienter, mens antall legeårsverk har økt, fra 6,3 til 6,7 årsverk per 1 000 pasienter.

Tabell 4.2 viser utvikling i årsverk per 1 000 innbyggere for utvalgte yrkesgrupper i spesialisthelsetjenesten fra 2015 til 2021. I denne perioden

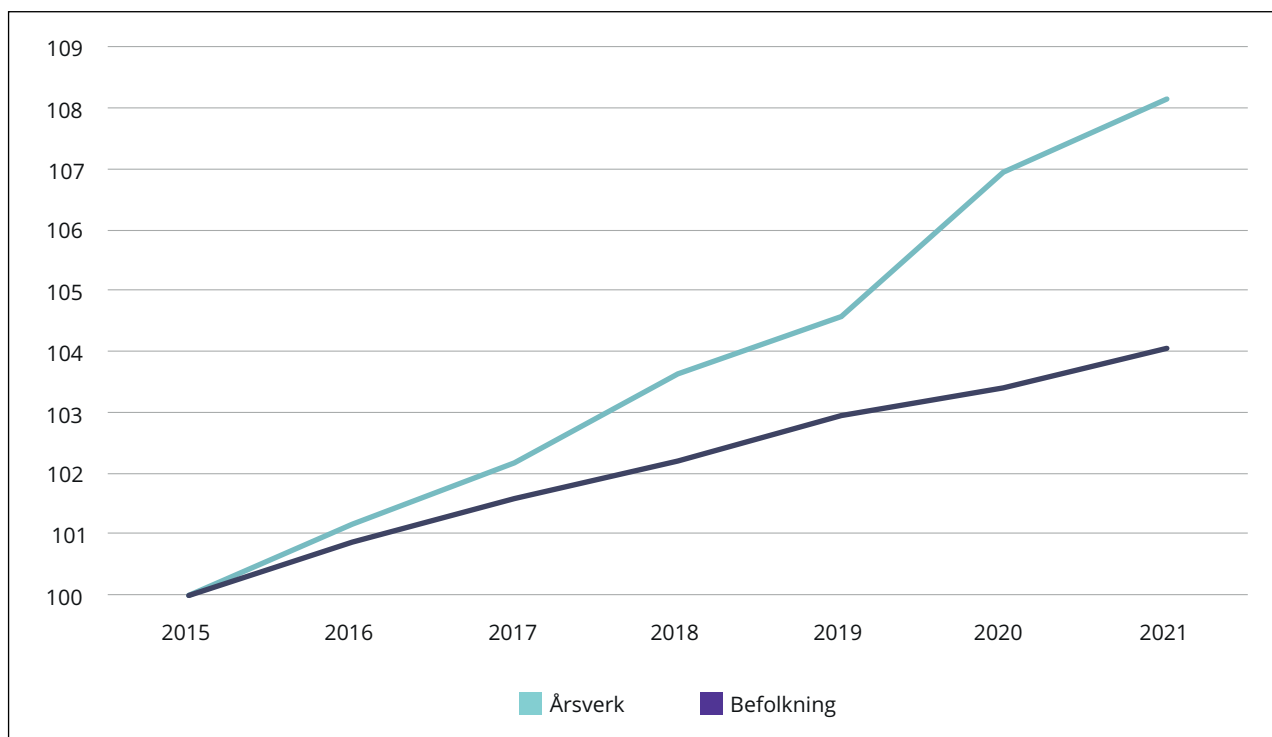
<sup>6</sup> Årsverk viser her til avtalte årsverk eksklusive lange fravær. Det vil si summen av antall heltidsjobber og deltidsjobber omregnet til heltidsjobber, eksklusive årsverk tapt på grunn av legemeldt sykefravær og foreldrepermisjon.

<sup>7</sup> Veksten i årsverk sammenlignet med befolkningsveksten er ikke korrigert for endringer i befolkningssammensetningen/demografiske endringer, og dermed ikke korrigert for endringer i behandlingstygde.

Tabell 4.2 Utvikling i antall avtalte årsverk (ekskl. lange fravær) per 1000 innbyggere for utvalgte yrkesgrupper 2015–2021

Yrke	2015	2017	2019	2021	Endring i pst. fra 2015 til 2021
Leger	2,73	2,86	3,00	3,09	13,2 %
Sykepleiere, inkl. spesialsykepleiere og jordmødre	6,75	6,70	6,78	6,84	1,3 %
Psykologer	0,73	0,75	0,77	0,84	15,1 %
Omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere	1,13	1,03	0,96	0,95	-15,9 %
Administrasjon, ledelse og kontorpersoneell	4,05	4,16	4,26	4,42	9,1 %
Alle yrkesgrupper	21,08	21,20	21,41	21,91	3,9 %

Kilde: SSB, tabell 09547



Figur 4.4 Utvikling i antall årsverk totalt i spesialisthelsetjenesten 2015–2021 (2015=100)

Kilde: SSB

har det samlet vært en vekst i årsverk på om lag 4 pst. per 1 000 innbyggere. Veksten i årsverk for leger og psykologer var hhv. 13 og 15 pst. Veksten for sykepleiere var 1,3 pst, mens for helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere var det en nedgang på 16 pst. For de som arbeider med administrasjon og ledelse var veksten i årsverk på ni pst.

En kartlegging gjennomført for Spekter, Fagforbundet og Delta (Oslo Economics, 2022) viser at fra 2011 til 2021 har antall årsverk for helsefagarbeidere i sykehus blitt redusert med 30 pst. Antall årsverk utført av leger har økt med 34 pst. og antall årsverk sykepleiere og spesialsykepleiere har økt med 17 pst.

Spesialisthelsetjenesten erfarer rekrutteringsutfordringer, men det varierer mellom fagområder og i ulike deler av landet. Særlig gjelder dette tilgang på spesialisert kompetanse innenfor lege- og sykepleiergruppene, samt innenfor psykisk helse. Helsepersonellkommissjonen viser blant annet til at antall søkere til sykepleierstillinger ved sengeposter er sterkt avtagende, og at situasjonen er forverret etter korona-pandemien.

Ansattes medbestemmelse, ledelse og lederstruktur er omtalt i kapittel 5 og 10. Utvalget viser også til NOU 2023: 4 *Tid for handling*.

#### Tolketjenester

Tolketjenester er nødvendig for å sikre god kvalitet, likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester og mulighet for samvalg for personer som ikke snakker eller forstår norsk. Helsetjenesten har plikt til og ansvar for å bestille tolk. Bruk av tolk i offentlig sektor ble fra 1. januar 2022 regulert i egen lov (tolkeloven). I Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) ble det satt som et mål å øke bruk av skjermtolkning i spesialisthelsetjenesten.<sup>8</sup> Helseregion Sør-Øst utvikler et digitalt oversettelsesverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter som er ment å være et supplement til tolketjenester. Verktøyet er en web- og mobilapplikasjon med ferdiglagde setninger som er ferdig oversatt til og kvalitetssikret på over 40 språk.

Helse Nord har etablert samisk tolketjeneste som gir pasienter og behandlere i sykehusene i Helse Nord tilgang til nordsamisk tolk 14 timer i døgnet (08–22). Tolkning kan foregå ved at tolken er fysisk til stede, på video eller på telefon. Helse Nord RHF har opprettet prosjektet «Nasjonal døgkontinuerlig tolketjeneste for samisk språk» i samarbeid med Finnmarkssykehuset HF og HDO

<sup>8</sup> Ved skjermtolkning er én eller flere samtaleparten ikke fysisk til stede i samme rom som tolken, og samtalen mellom partene skjer gjennom videoteknologi.

HF (Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett), som leder prosjektet. Tilbudet skal dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet skal ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi.

#### 4.4.3 Utvikling i kostnader og økonomisk resultat

Det er gitt en omfattende beskrivelse av utviklingen i kostnader og økonomisk resultat i spesialisthelsetjenesten i perioden 2002–2015 i NOU 2016: 25. De første årene etter reformen var kostnadsveksten høyere enn bevilgningsveksten, noe som ga betydelige underskudd i helseforetakene. Etter hvert som de økonomiske forutsetningene i de årlige statsbudsjettene ble bedret og foretakene fikk kontroll og styring på økonomien, ble underskuddene snudd til balanse og positive økonomiske resultater.

Tall fra Helsedirektoratet viser at totale driftskostnader i spesialisthelsetjenesten var 167 mrd. kroner i 2021. Figur 4.5 viser kostnadsveksten i perioden 2009–2021 i faste priser, sammen med veksten i befolkning og demografisk behov. Tallene inkluderer avskrivninger og pensjon, men er korrigert for at finansieringsansvaret for enkelte

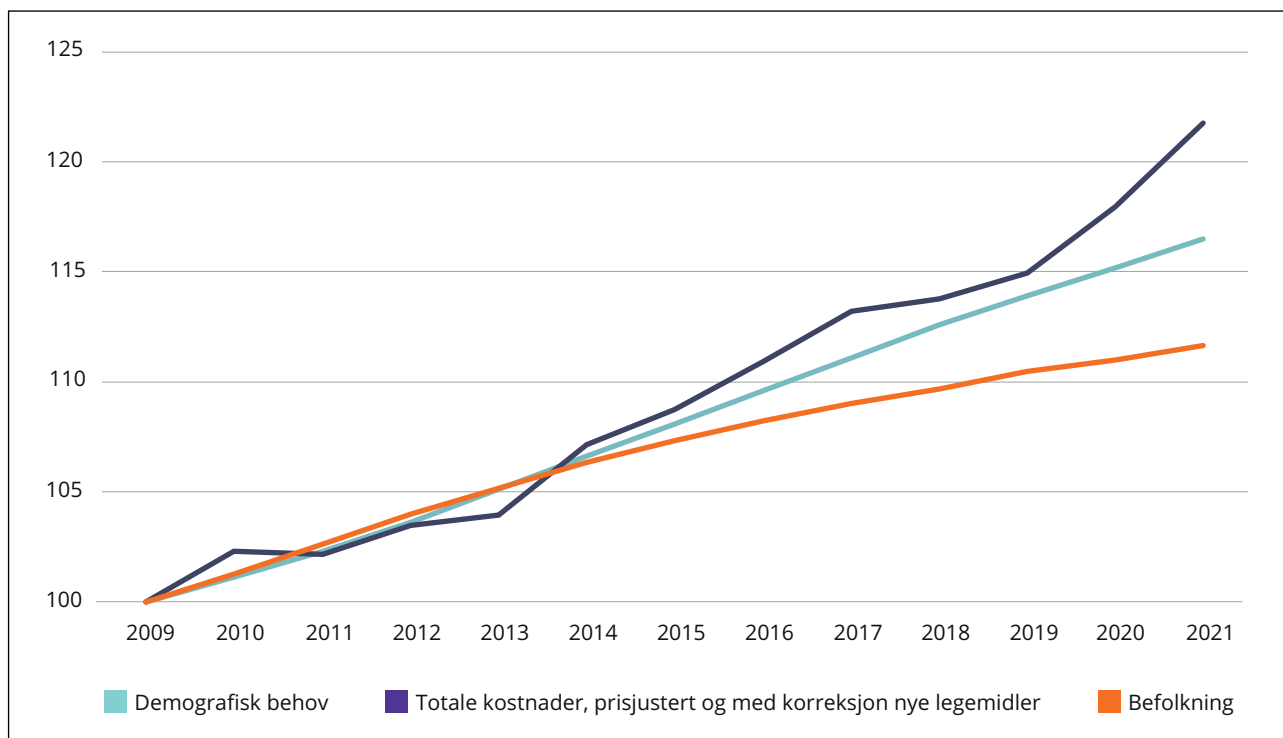
legemidler er overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Tallene for pensjon er korrigert for engangseffekter av pensjonsreformen for å gjøre tallene sammenlignbare. For å gjøre tallene sammenlignbare er det korrigert for bortfall av kostnader til merverdiavgift i 2017 gjennom ordningene med nøytral merverdiavgift i helseforetakene.

Samlet sett har kostnadsveksten fulgt endringer i demografiske behov i perioden 2015–2019. Kostnadsveksten etter 2019 må ses i lys av pandemien. I tillegg til endringer i demografiske behov vil kostnadsveksten også bli påvirket av nye behandlingsformer og utviklingen i kostnadseffektivitet.

Etter 2015 har utviklingen med positive driftsresultater fortsatt fram til 2021. Positive driftsresultater skyldes at helseforetakene setter av deler av de årlige bevilgningene for å kunne øke investeringsnivået. Investeringer er nærmere omtalt i kapittel 7.

#### Riksrevisjonens undersøkelser

Riksrevisjonen har gjennomført undersøkelser om effektivitet og ressursutnyttelse i sykehusene. I en undersøkelse fra 2011–2015 av om sykehusene har effektivisert organiseringen av pasi-



Figur 4.5 Utvikling i befolkning, kostnader i faste priser og demografisk behov 2009–2021 (2009=100)

Demografisk behov er beregnet av Helsedirektoratet på bakgrunn av aktivitetstall og befolkningsframskrivninger. Fram til 2015 omfatter ikke anslagene psykisk helsevern og rusbehandling, og behovet kan derfor være noe overvurdert.

Kilde: Helsedirektoratet

entbehandlingen (Riksrevisjonen, 2017a), var den overordnede konklusjonen at det har vært bedring i sykehusenes effektivitet. De påpeker imidlertid at det er store forskjeller i effektivitet mellom sykehusene og at det fortsatt er mulig å effektivisere pasientbehandlingen.

En annen undersøkelse vurderte om helseforetakene styrer og organiserer aktivitet og personell på en slik måte at legeressursene i den somatiske virksomheten brukes effektivt (Riksrevisjonen, 2018a). Konklusjonen var at kapasiteten ved mange poliklinikker ikke ble godt nok utnyttet. Ved mange poliklinikker var planleggingen og oppfølgingen av aktiviteten for lite systematisk til å sikre effektiv bruk av legeressursene, og de elektroniske systemene la ikke godt nok til rette for dette.

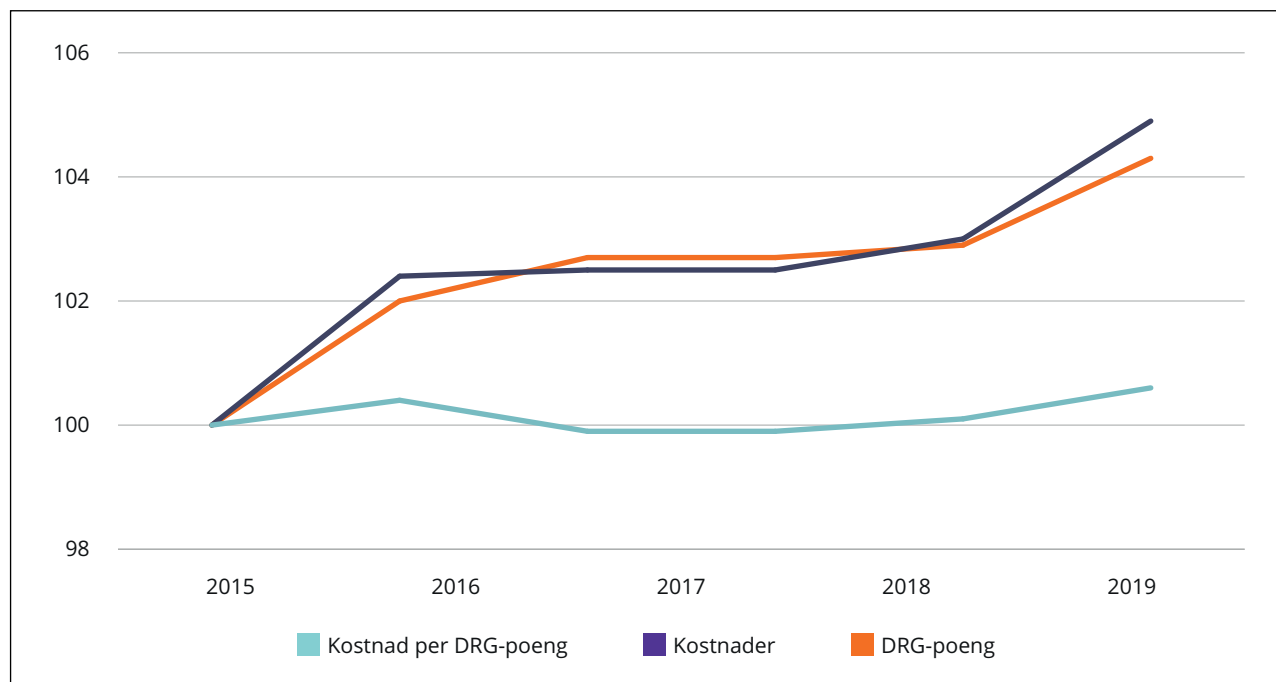
Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av Samhandlingsreformen (Riksrevisjonen, 2016) konkluderte blant annet med at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok, og at det finnes lite kunnskap om kvaliteten i kommunehelsetjenesten til pasienter som skrives ut til videre oppfølging eller behandling i kommunene. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen.

#### Produktivitetsutvikling

Helsedirektoratet (2020a) har analysert produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste i perioden 2015–2019. Produktivitetsutvikling kan måles som endring i kostnad per DRG-poeng, justert for prisvekst. Rapporten viser at i perioden fra 2015–2019 økte både kostnadene til pasientbehandling og antall DRG-poeng. Kostnaden per DRG-poeng var 51 796 kroner i 2019. For regionene samlet var kostnadsveksten 4,9 pst. og veksten i DRG-poeng 4,3 pst. Det innebærer en nedgang i produktiviteten på 0,6 pst. i femårsperioden.

Figur 4.6 viser at kostnaden per DRG-poeng hadde en liten økning i perioden fra 2015 til 2016, etterfulgt av en svak nedgang i perioden fra 2016 til 2017. De siste to årene i perioden hadde kostnaden per DRG-poeng en jevn, svak økning. Rapporten viser også at det var regionale forskjeller i utviklingen av kostnader, aktivitet og produktivitet.

Kostnaden per liggedøgn var 18 175 kroner i 2019, og økte med 7,7 pst. fra 2015 til 2019. Kostnaden til døgntilbud har økt med 2,1 pst. samtidig som antall liggedøgn gikk ned med 5,2 pst. i femårsperioden. Nedgangen i antall liggedøgn reflekterer en mer intensivert døgntilbud med til dels kortere liggetid, og en drei-



Figur 4.6 Utvikling i kostnad per DRG-poeng, kostnader og DRG-poeng 2015–2019. Indeks 2015 = 100

Kostnadene for årene 2015 til 2018 er prisjusterte til 2019-priser. Statistisk sentralbyrås vektete prisindeks for statlige helse-tjenester er benyttet.

Kilde: Helsedirektoratet

ning mot mer poliklinisk aktivitet. Også her var det regionale variasjoner.

Helsedirektoratet (2022a) viser at et gjennomsnittlig sykehusopphold i somatisk sektor kostet 58 100 kroner i 2021. Kostnaden hadde økt med ti pst. fra 2019, justert for prisvekst. Den store produktivitsnedgangen skyldes en kombinasjon av høyere kostnader til pasientbehandling (økning med åtte pst.) og lavere aktivitet (reduksjon med to pst.) i 2021 sammenliknet med 2019. Pandemien i 2020 og 2021 er en sentral faktor bak kostnadsveksten. Pandemien førte til høye beredskapskostnader i sykehusene samtidig med en betydelig reduksjon i elektiv (planlagt) aktivitet.

#### Erfaringer med finansieringsordningene

Som omtalt under punkt 4.2, mener flere av dem som har gitt innspill til utvalget at det er svakheter ved dagens finansieringsordning. De mener dette blant annet fører til nedprioritering av enkelte pasientgrupper og fagområder, og at det går utover kvaliteten på behandlingen og på bekostning av sammenhengende pasientforløp. Finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten er omtalt i kapittel 8. Der er det også gitt en bredere omtale av funnene i en rapport fra Helseøkonomisk Analyse A/S som er utarbeidet på oppdrag av Sykehusutvalget, som omfatter:

- oppsummering av erfaringer med innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten i Norge og land hvor spesialisthelsetjenesten har fellestrekk med den norske,
- oppsummering av erfaringer med konkurranse i spesialisthelsetjenesten i Norge og land hvor spesialisthelsetjenesten har fellestrekk med den norske, og
- en kort vurdering av fordeler og ulemper ved å ytterligere avgrense bruken av innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten i Norge.

Kort oppsummert viser rapporten at overgang til innsatsstyrt finansiering gir insentiver til større innsats (både på sykehus og på avdelingsnivå) som resulterer i effektiviseringsgevinster i form av mindre kostnader per behandlet pasient og flere behandlede pasienter. En stor del av effekten er knyttet til reduserte liggetider. De fleste studiene som rapporten refererer til, viser at ISF kan påvirke prioriteringer. Man har imidlertid ikke et kunnskapsgrunnlag som gjør det mulig å konkludere om konsekvenser for kvalitet og tilgjengelighet. Verken forskningslitteraturen eller teoretiske modeller gir grunnlag for å trekke sikre konklusjoner med hensyn til effektene av ISF.

#### 4.4.4 Beredskap og samfunnsansvar

I NOU 2016: 25 ble det blant annet vist til at spesialisthelsetjenesten gjennomgående har fått gode evalueringer etter store hendelser der det har vært utløst omfattende beredskapsressurser, blant annet i rapporten fra 22. juli-kommisjonen.<sup>9</sup> De siste årene har de regionale helseforetakene hatt stor oppmerksomhet på og arbeidet med tiltak for å videreutvikle kompetanse og systemer for sikkerhetsstyring og beredskap som følge av endringer i trusselbildet, spesielt innen informasjonssikkerhet.

#### Erfaringer fra koronapandemien

Spesialisthelsetjenestens håndtering av koronapandemien er gjennomgått og vurdert i henholdsvis NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien* og 2022: 5 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*.

I NOU 2021: 6 ble det konkludert med at sykehusene hadde planverk for pandemi, men at planene ikke passet til covid 19-pandemien med sitt langvarige forløp der sykehusene måtte skalere opp og ned kapasiteten i takt med smitten i samfunnet. Kommisjonen konkluderte også med at det var store svakheter ved legemiddelberedskapen og stor mangel på smittevernutstyr da pandemien kom til Norge. God handlekraft og godt samarbeid mellom en rekke aktører, der blant annet Helse Sør-Øst RHF og Sykehusinnkjøp HF var sentrale, sikret imidlertid at det ikke oppsto reell mangel på legemidler og at det ble skaffet smittevernutstyr til landet under svært vanskelige omstendigheter. Det ble i 2020 besluttet at det skal etableres nasjonale beredskapslagre for smittevernutstyr og legemidler, der de regionale helseforetakene er gitt en sentral rolle i oppbyggingen av dette i samarbeid med Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk.

NOU 2022: 5 vurderte sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene under koronapandemien. Kommisjonen mente at sykehusene ikke var godt nok forberedt på en pandemi og at Helse- og omsorgsdepartementet heller ikke gjorde nok for å bedre intensivkapasiteten underveis i pandemien. Kommisjonen anbefalte at grunnkapasiteten i intensiv- og intermediæravdelingene økes noe, og at det ved bygging av nye sykehus og ombygging av gamle sykehus blir sørget for at lokalene blir fleksible og raskt kan bli omgjort ved en krise. Kommisjonen trakk også

<sup>9</sup> NOU 2012: 14 *Rapport fra 22. juli kommisjonen*.



fram at sykehusene på imponerende vis utnyttet eksisterende ressurser, og at personellet og organisasjonene viste en enorm omstillingsevne og innsatsvilje. Kommisjonen mente det er helt sentralt at sykehusene beholder denne omstillingsevnen og fleksibiliteten, og at ansvaret for dette ligger både hos Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og hos hvert enkelt sykehus. Kommisjonen omtalte også at granskingen har vist at samhandling og samarbeid mellom sykehus, mellom sykehus og kommuner, og også mellom sykehus og frivillige organisasjoner ble viktig under pandemien. Kommisjonen anbefalte at dette samarbeidet blir bevart og videreutviklet.

#### Samfunnsansvar

De regionale helseforetakene og helseforetakene er omfattet av statens eierskapspolitikk og kravene til samfunnsansvar innenfor områdene menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, miljø og klima og arbeid mot korrupsjon. Det har også i spesialisthelsetjenesten vært byggeprosjekter som har vært rammet av brudd på arbeidstakerrettigheter. I 2015 ble det avslørt i media at en av leverandørene ved byggingen av den nye barneklirikken på Haukeland hadde drevet med sosial dumping.<sup>10</sup> De fire regionale helseforetakene har fra og med 2018 lagt fram årlige felles rapporter om spesialisthelsetjenestens arbeid med samfunnsansvar. Rapportene omfatter alle helseforetak i landet og de felleseide foretakene. Innholdet i rapportene omhandler klima og miljø, menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter, i tillegg til antikorrupsjon. Siden 2019 har de regionale helseforetakene også lagt fram årlige klimaregnskap for spesialisthelsetjenesten som omfatter energiforbruk, transport av ansatte og pasienter og forbruk av gasser.

De regionale helseforetakene vedtok i 2021 felles mål om klimanøytral drift innen 2045 og sykehusene skal redusere direkte utslipp med 40 pst. innen 2030. Dette er ett av målene som er forankret i FNs COP26 helseprogram.<sup>11</sup> Når det bygges nye sykehus, har hvert prosjekt egne klimaregnskap. Sykehusbygg HF har utarbeidet Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter med miljømål og konkrete krav innenfor energibruk, sirkulær økonomi og miljøvennlige bygg samt

lokalmiljø og klimaendringer. Det har blitt reist kritikk mot miljøbelastningen ved at nye sykehus bygges utenfor befolkningssentra med påfølgende økt reisebehov for pasienter, pårørende og ansatte.

Sykehusinnkjøp HF arbeider aktivt med å ivareta arbeidstaker- og menneskerettigheter i sine innkjøp og rapporterer til Etisk handel Norge om sin virksomhet på dette området. Sykehusinnkjøp HF skal også tilpasse krav i anskaffelser for å ivareta kravene i den nye åpenhetsloven som trådte i kraft 1. juli 2022. I praksis betyr det at leverandører må dokumentere større kunnskap om leverandørkjeden og hvilke risikoer det finnes for negativ påvirkning av menneskerettigheter.

#### 4.4.5 Forskning og utdanning

Forskning og utdanning av helsepersonell er to av sykehusenes lovpålagte oppgaver. Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav til forskning, innovasjon og utdanning gjennom oppdragsdokumentet.

##### Forskning

Alle helseforetak er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning som en integrert del av virksomheten. Med sin nærhet til pasientbehandling har helseforetakene en særlig rolle i klinisk behandlingsforskning. Universitetssykehusene er pålagt et særskilt ansvar for forskning. Forskning finansieres gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetakene, gjennom et øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene og gjennom eksterne forskningsmidler. Det øremerkede tilskuddet til forskning omfatter et delvis resultatbasert tilskudd til forskning i helseforetakene og midler til et felles program for kliniske behandlingsstudier, som forutsetter deltakelse fra alle fire helseregioner.

Det er forskningsaktivitet ved alle helseforetak, men aktiviteten er størst ved universitetssykehusene. I 2021 stod de seks universitetssykehusene for fire femtedeler av den samlede ressursbruken til forskning. Helse Sør-Øst er den største helseregionen på forskningsområdet, med om lag 70 pst. av ressursene (Statistisk Sentralbyrå, 2022). Ifølge SSB var samlede driftskostnader til forskning på til sammen 4,7 mrd. kroner i 2021. Dette utgjør 2,8 pst. av de samlede ressursene til alle lovpålagte oppgaver. Det ble til sammen utført 3 350 forskningsårsverk i 2021. Forskning innen psykisk helsevern hadde samlede driftskostnader på 562 mill. kroner fordelt på

<sup>10</sup> Se <https://www.vest24.no/nyheter/fagforening-krever-at-helse-bergen-rydder-opp-etter-sosial-dumping/s/5-82-18887> (hentet 21.02.2023)

<sup>11</sup> Se <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/norge-lanse-rer-klimaforpliktelser-pa-helsefeltet/id2885909/> (hentet 21.02.2023)

410 årsverk i 2021. Forskning innen psykisk helsevern utgjorde da om lag 12 pst. av de samlede årsverkene til forskning. Forskning innen TSB hadde i 2021 driftskostnader på 108 mill. kroner og 78 årsverk, som utgjorde to pst. av forskningsårsverkene. Oslo universitetssykehus HF sto for 47,5 pst. av de samlede driftskostnadene til forskning og 48,1 pst. av forskningsårsverkene

For å dokumentere forskningsaktiviteten i helseforetakene gjennomføres årlig måling av aktiviteten basert på indikatorene vitenskapelig publisering, avlagte doktorgrader, tildeling av forskningsmidler og antall kliniske behandlingsstudier og pasienter som deltar.<sup>12</sup>

Nasjonal rapport for forskning og innovasjon 2021 viser noe ulik vektlegging av fagområder og type forskning mellom helseregionene. Rapporten viser at det har vært en vekst i avlagte doktorgrader knyttet til spesialisthelsetjenesten fra 178 i 2007 til 351 i 2020. I 2021 var det en nedgang til 255, noe som kan skyldes pandemien. Antall publiserte vitenskapelige artikler økte fra 2 074 i 2007 til 5 030 i 2021. I 2021 var det 15 065 nye pasienter som ble inkludert i til sammen 485 behandlingsstudier.

Det er etablert en strategigruppe for forskning mellom de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet, Forskningsrådet, Helsedirektoratet, Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, SSB og Folkehelseinstituttet er observatører. Det er gitt en instruks fra Helse- og omsorgsdepartementet til styrene i de fire regionale helseforetakene om samarbeidet med universiteter og høyskoler om forskning og utdanning. Instruksen legger rammene for formaliserte rammeavtaler, lokale avtaler og at det skal etableres ett eller to regionale samarbeidsorganer mellom universiteter og høyskoler og helseforetakene i hver helseregion. Samarbeidsorganene er rådgivende for de regionale helseforetakene for tildeling av de øremerkede resultatbaserte midlene som tildeles over kap. 732, post 78 til forskning i helseforetakene.<sup>13</sup> Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med Kunnskapsdepartementet revidere instruksen til de regionale helseforetakene i 2023. Det ble etablert en nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) i 2005. NSG er et strategisk rådgivende organ for deltakende institusjoner og har blant annet initiert

seks nasjonale forskningsnettverk. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet er observatører i NSG.

#### Utdanning

Helseforetakene har stor utdanningsaktivitet og sentrale utdanningsoppgaver, primært som praksisarena for ulike grunnutdanninger ved både videregående skoler, høyskoler og universiteter. De har også et ansvar for turnustjenesten for fysioterapeuter. Spesialiseringen av leger og psykologer skjer som del av daglig virksomhet i sykehusene, for legene gjennom egne stillinger for leger i spesialisering (LIS). Det er 1 120 årlige stillinger for første del av legenes spesialistutdanning (LIS1-stillinger) hvor ett år foregår på sykehus og seks måneder foregår i kommunehelsetjenesten. Helseforetakene har ansvar for å opprette stillinger for den videre medisinske spesialiseringen (LIS2/3) innen de respektive spesialitetene i tråd med behovene for legespesialister.<sup>14</sup> Ca. 40 pst. av legene i sykehusene er leger i spesialisering (Helseledelse, 2020b).

I tillegg arrangerer helseforetakene omfattende kurs- og kompetanseutviklingstiltak som bidrar til kompetanseheving av medarbeidere.

Samarbeidsorganene som er etablert mellom regionale helseforetak, universitet og høyskoler i regionene, skal benyttes aktivt til planlegging av utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet. Flere foretak har etablert supplerende arenaer med andre interessenter i regionen for å løfte og drøfte utdanningsspørsmål. Gjennom samarbeid med fagskoler har man opprettet videreutdanninger for blant annet helsefagarbeidere som er tilpasset helseforetakenes behov, blant annet en videreutdanning i kirurgisk virksomhet.

Helseforetakene finansierer i all hovedsak utdanningsaktiviteten gjennom basisbevilgningen. De mottar et tilskudd til gjennomføring av første del av spesialistutdanningen for leger (LIS1) og turnustjenesten for fysioterapeuter i sykehus.

Utdanningskapasiteten innen helse- og sosialfagene har økt betydelig de siste årene. Generelt oppleves det god søkning til helse- og sosialfagutdanningene, og et stort antall kandidater fullfører utdanninger hvert år. Totalt ble det uteksaminert

<sup>12</sup> Se <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nasjonalt-system-for-maling-av-forskning-og-kompetansesentre-utenfor-spesialisthelsetjenesten/id446980/> (hentet 21.02.2023)

<sup>13</sup> For 2023 er beløpet 1 385,8 mill. kroner, en økning på vel 60 mill. kroner fra 2021 (Prop. 1 S (2022–2023)).

<sup>14</sup> Sykehusene har også en rolle i spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin fordi noen læringsmål må tilegnes i institusjonstjeneste (sykehus eller godkjente større kommunale institusjoner). Det er krav om at kommuner som er utdanningsvirksomheter har en avtale med sitt helseforetak for å sikre ALIS innpass.

om lag 8 580 helsefagstudenter på universitets- og høyskolenivået i 2021, som utgjorde en samlet vekst på 4,5 pst. i forhold til året før (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, 2022). Dimensjonering av utdanningskapasiteten blir i hovedsak fastsatt av Kunnskapsdepartementet etter en årlig vurdering med innspill fra blant annet Helse- og omsorgsdepartementet, men utdanningsinstitusjonene har frihet til å tilpasse dimensjonering etter lokale og regionale behov. Særskilte krav på området formidles fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene.

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) ble det fremmet en rekke tiltak for å sikre framtidens behov for helsepersonell i sykehusene. Blant annet skal alle helseforetak ha egne opplæringskontor, og man skal øke antallet lærlinger, og da særlig lærlinger i helsearbeiderfaget. Planen legger opp til en særlig satsing på sykepleiere og helsefagarbeidere. Flere sykehus velger å opprette «lærlingekontor» heller enn opplæringskontor. Videreutdanningene for spesialsykepleiere skal videreutvikles og kapasiteten økes. Helseforetakene skal ta imot flere lærlinger i helsefag, og bruken av simuleringstrening skal øke.

Utvalget viser også til Helsepersonellkomisjonens rapport for nærmere omtale.

#### Utdanning – videregående opplæring

Innen utdanningsprogram for helse- og oppvekstfag i videregående opplæring er fagene ambulansesarbeider, apotektekniker, helsesekretær, helsefagarbeider (tidligere hjelpepleier), portør og ortopeditekniker særlig relevante i spesialisthelsetjenesten.

Av disse følger fire hovedmodellen for fagopplæring i arbeidslivet med to år i skole og to år i lære. Opplæringen avsluttes med en fagprøve og gir fagbrev. Utdanningene til helsesekretær og apotektekniker er såkalte yrkeskompetanefag med tre år i skole, men med praksis underveis.

Utdanningene avsluttes med eksamen og eleven får vitnemål. I tillegg til disse kommer fagarbeidere fra andre utdanningsprogram som arbeider innen renhold, tekniske tjenester mv.

Tall fra Utdanningsdirektoratet viser at det var 286 søkere til Vg3 helsesekretær og 227 til Vg3 apotekteknikk skoleåret 2020/21. Statistikken viser ikke fullføringstall. Helse- og oppvekstfag er det største yrkesfaglige utdanningsprogrammet. Søkingen er generelt god, men det har vært nedgang i søkertallene de siste årene. For året 2020/21 tok 4 554 fagbrev som helsefagarbeider. Av disse er noe over halvparten voksne som tar fagbrev gjennom praksiskandidatordningen eller Fagbrev på jobb. Søkingen til helsearbeiderfaget er også god, med 3 684 søkere i 2022. Omtrent halvparten går aldri ut i lære, men tar påbygg til generell studiekompetanse og det er mange som fullfører fagbrevet og går over til universitets- eller høyskoleutdanning. Dette antas å utgjøre om lag halvparten.

#### 4.4.6 Evaluering av sykehusbygg

Som omtalt under punkt 4.2, mener Akademiene og Legeforeningen at finansieringsmodellen for nye sykehusbygg er u hensiktsmessig, og at den blant annet fører til at det bygges for små sykehus. Koronakommisjonen vurderte at sengekapasiteten og intensivberedskapen i sykehusene ikke var god nok under pandemien. De anbefalte at grunnkapasiteten i intensiv- og intermediæravdelingene økes noe og at det ved bygging av nye sykehus og ombygging av gamle sykehus, blir sørget for at lokalene blir fleksible og raskt kan bli omgjort ved en krise.

Fra 2016 er det stilt krav om at helseforetakene evaluerer sine sykehusbyggeprosjekter etter at byggene er tatt i bruk. Krav om evalueringer framgår av revidert tidligfaseveileder fra 2017. Det foreligger så langt evalueringer av nytt sykehus i Stokmarknes, nytt Østfoldsykehus, nytt sykehus i Kirkenes, A-fløya på Universitetssyke-

Tabell 4.3 Avlagte fagbrev

Årstall	2018/2019	2019/2020	2020/2021
Ambulansefaget	258	221	210
Helsearbeiderfaget	3 799	3 805	4 554
Ortopediteknikkfaget	10	15	10
Portørfaget	47	28	56

Kilde: Utdanningsdirektoratet

huset Nord-Norge i Tromsø og nytt sikkerhetsbygg Østmarka i Trondheim. Som en del av evalueringene er det gjennomført spørreundersøkelser for å innhente erfaringer fra ansatte og pasienter. Aktivitet og kapasitet i de nye sykehusbyggene er sammenlignet med beregningene som ble gjort under planleggingen. Utnyttelsesgrader, åpnings-tider og medarbeidermedvirkning er også vurdert.<sup>15</sup>

Problemstillinger knyttet til kapasitetsutfordringer og mangel på rom er blant annet belyst i evalueringen av nytt Østfoldsykehus. Forhold som er trukket fram blant flertallet av de ansatte som deltok i evalueringen, er at de ikke har de rommene de trenger, at de ikke har tilstrekkelig plass ved arbeidsstasjonene og at det ikke er tilstrekkelig plass til utstyr og forbruksvarer. Både for poliklinikk og døgnområder somatikk har utnyttelsesgradene som er lagt til grunn som dimensjoneringsforutsetninger, vært utfordrende. Dette har gitt for liten kapasitet i poliklinikkområder og overbelegg i døgnområdene med bruk av korridorer og to pasienter i ensengsrom. Tilsvarende erfaringer er også gjort ved Kirkenes sykehus.

Agenda Kaupang har på oppdrag av Norsk Overlegeforening og Legeforeningen gjennomført kartlegging av beslutningsprosessene knyttet til nytt Østfoldsykehus, Nye Kirkenes og Nye Hammerfest sykehus. Begge rapportene peker på at forutsetningene som er lagt til grunn i framskrivningsmodellene, framstår som avgjørende for dimensjoneringen og dermed funksjonaliteten i bygningene. Hvis forutsetningene er utdaterte (for eksempel at det legges til grunn effektivisering framover på områder hvor det allerede er gjennomført effektivisering) eller avviker fra det som gjøres i praksis (for eksempel forutsetninger om fleksibel bruk av rom på tvers av spesialiteter), blir konsekvensen for lite plass. Det framgår også av rapporten om Nye Kirkenes og Nye Hammerfest sykehus at ansatte og tillitsvalgte opplever at medvirkningen i for liten grad er reell.

#### 4.4.7 Norge i internasjonal sammenheng

Rapportene «Health at a Glance» gir et oversiktsbilde over helsetilstand og helsetjenester for OECD-land ved hjelp av ulike indikatorer. Tall fra OECD viser følgende:

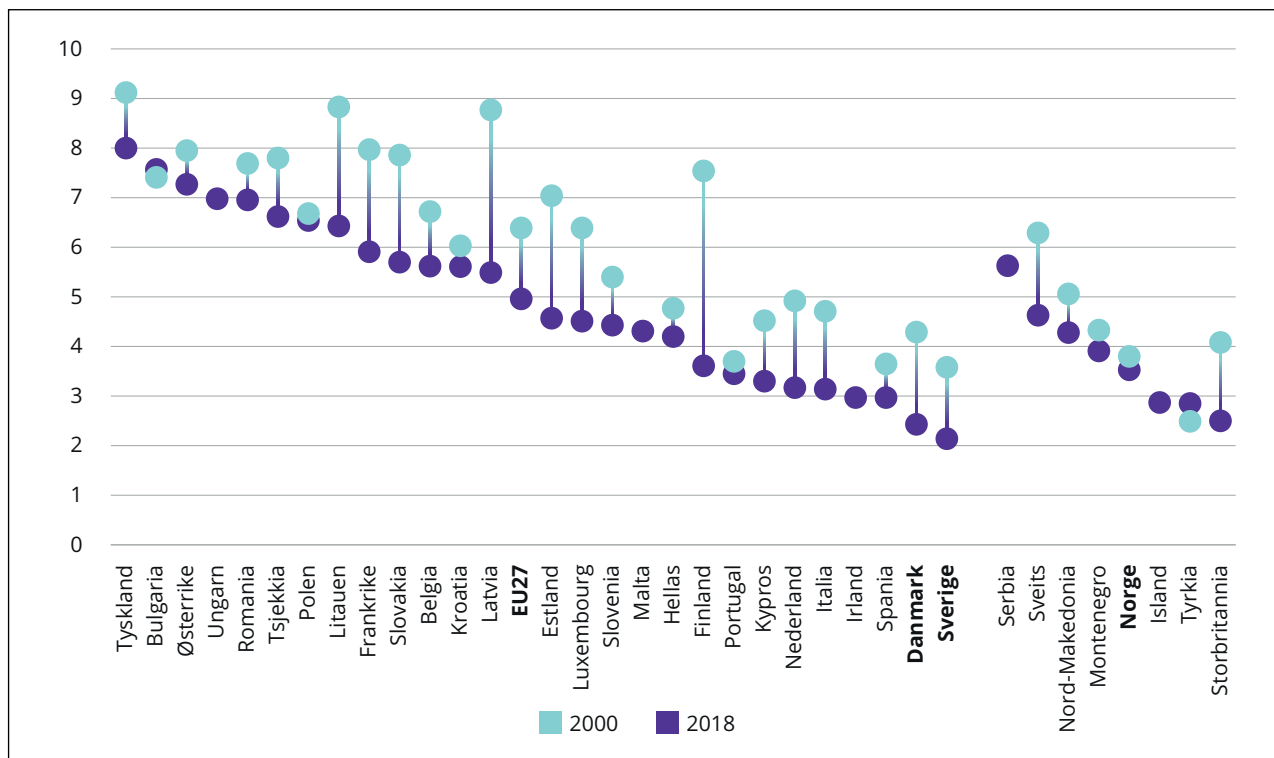
- Norge har sammen med Island og Sverige den høyeste forventede levealder i Norden (83 år). OECD-gjennomsnittet var 81 år i 2019.
- Norge er blant landene med lavest dødelighet etter hjerteinfarkt og hjerneslag.
- For flere kreftformer er Norge blant de landene som har lavest dødelighet, selv om kreftforekomsten er høy.
- Norge har mange leger og sykepleiere sett i forhold til befolkningstall, med henholdsvis fem og 17,9 per 1 000 innbyggere i 2019. OECD-gjennomsnittet var 3,6 praktiserende leger og 8,8 sykepleiere per 1 000 innbyggere. Norge har 1,8 helsefagarbeidere («health care assistants») per 1 000 innbyggere. Det er på nivå med Sveits og Danmark, og litt over OECD-gjennomsnittet. Disse tallene omfatter både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- Samtidig har Norge, sammen med de andre nordiske landene, forholdsvis lavt forbruk av legekonsultasjoner. Snittet blant OECD-landene var 6,8 konsultasjoner per innbygger, mot 4,4 per innbygger i Norge i 2019 (omfatter både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene).
- Norge hadde flere sykehussenger per innbygger i 2018 sammenlignet med Sverige og Danmark og reduksjonen i antall senger i perioden 2000 til 2018 har vært større i Sverige og Danmark enn i Norge, jf. figur 4.7. Som det går fram av figur 4.8, nyanseres bildet for de nordiske landene noe når antall sykehussenger brytes ned på somatikk og psykiatri.
- Norge har hatt et betydelig økt investeringsnivå i helsesektoren (målt som andel av BNP) i perioden 2010 til 2019 sammenlignet med gjennomsnittet i OECD-landene.
- Norge har de nest høyeste utgiftene til helseformål per innbygger i Europa, bak Sveits.
- I 2017 brukte Norge 10,7 pst. av BNP på helse. Dette er over gjennomsnittet for OECD-landene på 8,8 pst., men lavere enn for eksempel Sveits, Sverige og Tyskland.

Utvalget har merket seg at utviklingen i Norge ikke avviker fra land det er naturlig å sammenligne seg med, og som har valgt en annen organisering av spesialisthelsetjenesten enn i Norge.

#### Investeringer i helsesektoren

For å vurdere i hvilken grad investeringsnivået i den norske helsesektoren er høyt eller lavt, kan

<sup>15</sup> Se <https://sykehusbygg.no/kunnskapsdeling/evalueringrapporter>



Figur 4.7 Antall sykehussenger per 1000 innbyggere i 2000 og 2018

Norge, Sverige, Danmark og EU-gjennomsnittet er markert.  
Kilde: OECD (2020)

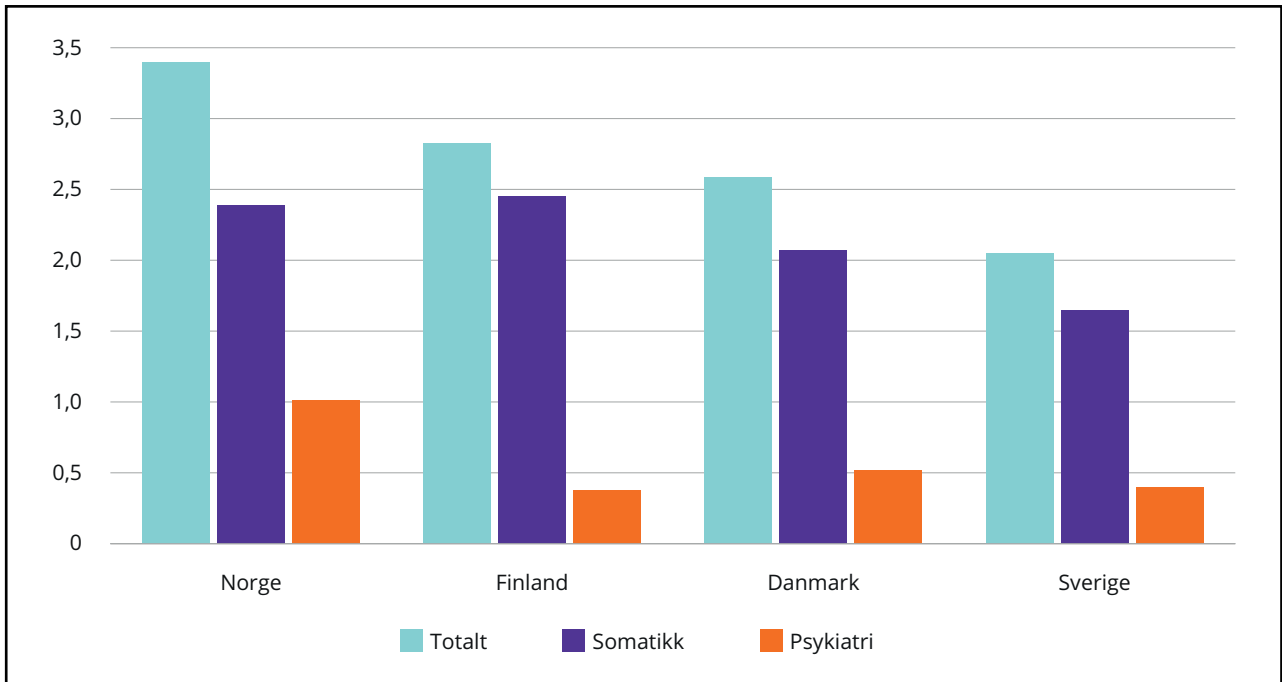
det være nyttig å sammenligne Norge med andre land.

Tall fra OECD viser at investeringstakten i Norge er høy sammenlignet med andre land. Figur 4.9 viser investeringsnivået i helsesektoren i perioden 2015 til 2019 målt som andel av BNP. Figur 4.10 viser utvikling i investeringsnivå i perioden 2010 til 2019. Norge skiller seg også ut med en betydelig økt investeringstakt i perioden 2010 til 2019 sammenlignet med gjennomsnittet i OECD-landene.

En rapport utarbeidet for KS og Spekter (2022) sammenlikner investeringer som andel av totale utgifter i helsesektoren i Norge, Danmark og Sverige i perioden 1990–2018, jf. figur 4.11. Denne viser at de tre skandinaviske landene har hatt forskjellig utvikling de siste 30 årene. På 1990-tallet brukte Norge en høyere andel av pen-

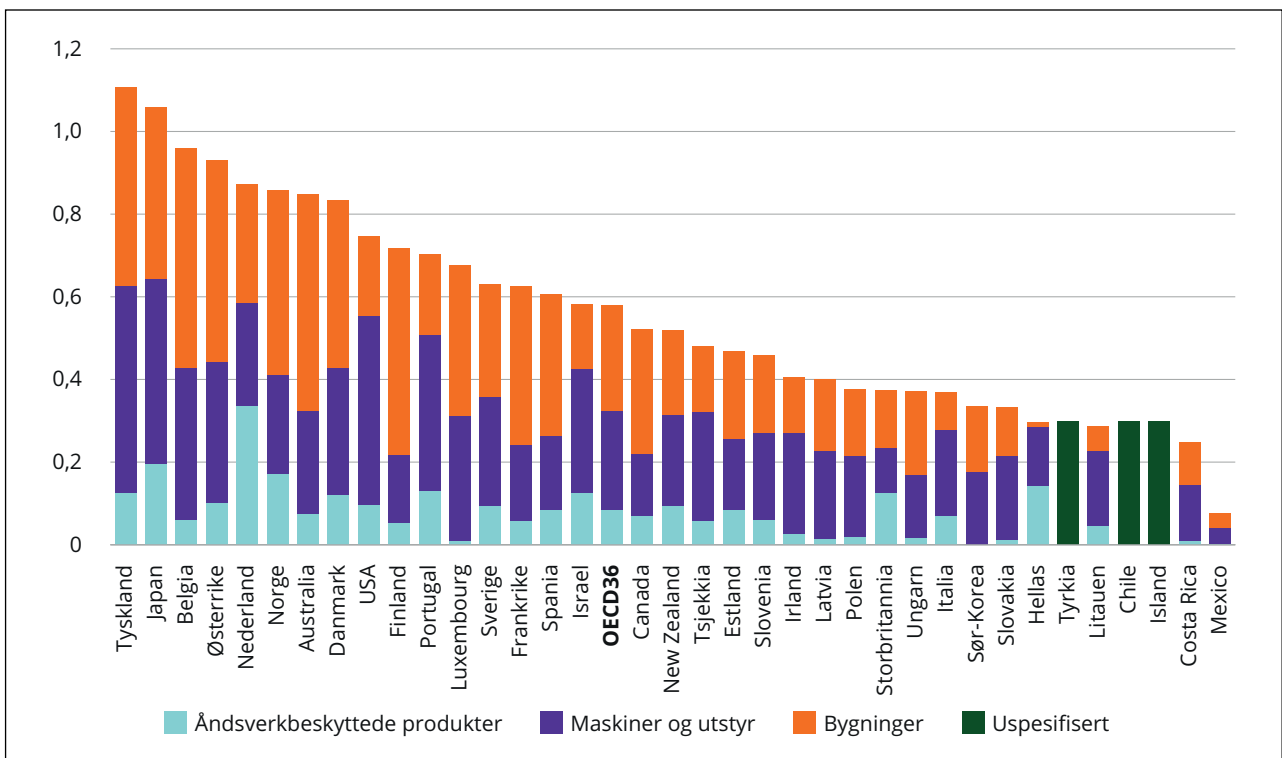
gene i helsesektoren på investeringer enn det Sverige og Danmark gjorde. Fra 2000-tallet er andelen redusert i Norge, mens Danmark har økt andelen de bruker på investeringer. Rapporten viser også at utviklingen er motsatt innen arbeidskraft. Mens antallet ansatte i helse- og omsorgstjenester per 1000 innbyggere har økt kraftig i Norge i denne perioden, har Sverige og Danmark hatt lav vekst.

En annen rapport utarbeidet for Legeforeningen og Norsk Sykepleierforbund (2017) viser også at investeringenes andel av de totale utgiftene i spesialisthelsetjenesten har falt. Som følge av dette har den såkalte kapitalintensiteten falt. Det vises også til at økt satsing på investeringer i helsesektoren i dag, kan gi økt produktivitetsvekst og spare kostnader i framtiden.



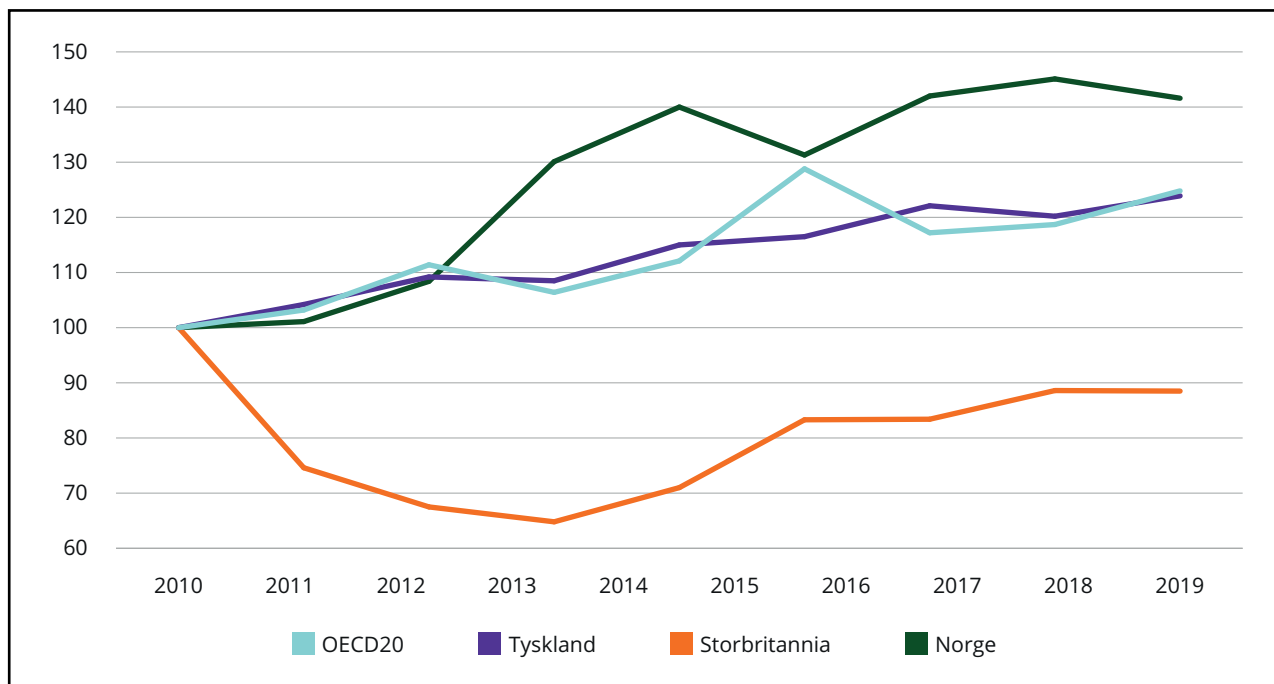
Figur 4.8 Antall sykehussenger per 1000 innbyggere – 2020

Kilde: OECD



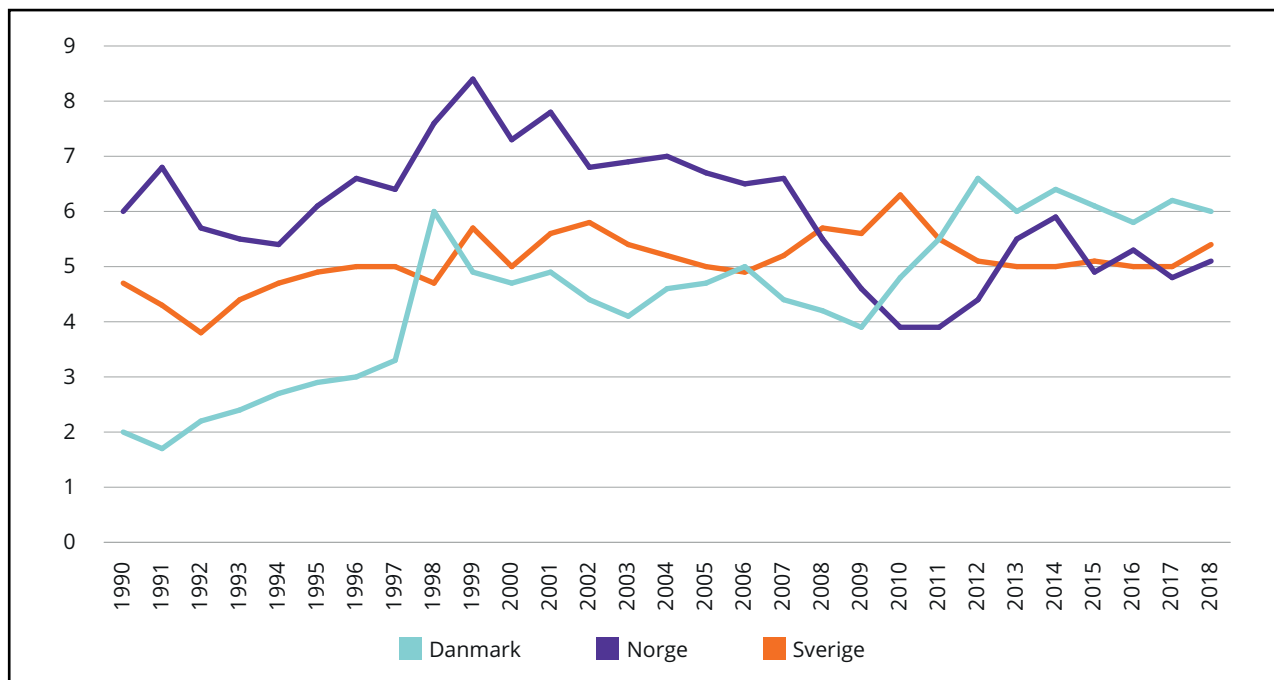
Figur 4.9 Investeringer i helsesektoren som andel av BNP – gjennomsnitt 2015–2019

Kilde: OECD



Figur 4.10 Utvikling i investeringsnivå 2010–2019

Kilde: OECD



Figur 4.11 Bruttoinvesteringer i helse i prosent av totale helseutgifter

Kilde: OECD

#### 4.4.8 Oppsummering

Gjennomgangen av noen av hovedtrekkene ved utviklingen i spesialisthelsetjenesten i perioden etter 2015, viser oppsummert at:

- Overordnet holder tjenestene god kvalitet og utviklingen de siste fem–ti årene har vært positiv. OECD-indikatorene viser at Norge ligger godt an i forhold til øvrige OECD-land, både med tanke på nivå og utvikling over tid. Det er imidlertid fortsatt variasjon både i kvalitet og aktivitet for enkelte behandlingsformer.
- De fleste pasientene har gode erfaringer fra sykehusoppholdet og sykehus kommer også godt ut på innbyggerundersøkelser.
- Det er ikke gjennomført endringer i den overordnede sykehusstrukturen de siste ti årene. Det er fortsatt et potensial for bedre utnyttelse av kapasitet og kompetanse mellom små og store sykehus gjennom oppgavedeling og nettverk.
- Behandlingsaktiviteten har fortsatt å øke, samtidig som det skjer en dreining fra døgnbehandling til mer poliklinisk aktivitet og dagbehandling.
- Det har vært en nedgang i gjennomsnittlige ventetider fram til 2017 og en sammenfallende reduksjon i andel fristbrudd. For mange pasienter skjer imidlertid nå en noe større del av ventetiden etter at helsehjelpen er påbegynt og pasienten er tatt av ventelistene, altså en tid som ikke inngår i det offisielle ventetidsmålet. Det langsiktige målet fra 2018 om ventetid på under 50 dager er ikke nådd. Under pandemien økte både ventetid og andel fristbrudd.
- Veksten i antall årsverk i spesialisthelsetjenesten har vært høyere enn befolkningsveksten. Utviklingen i årsverk per 1 000 innbyggere viser at det har vært større vekst i årsverk for leger og psykologer enn for administrasjon og ledelse. For helsefag- og omsorgsarbeidere og hjelpepleiere har det vært en relativ stor nedgang.
- Samlet sett har kostnadsveksten med korreksjon for nye legemidler fulgt befolkningsveksten i perioden 2015–2019. Kostnadsveksten etter 2019 må ses i lys av pandemien.
- Avskrivningenes andel av de totale driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten har falt fra 2000-tallet. Det innebærer at kapitalintensiteten er redusert, mens arbeidskraftintensiteten har økt.

## 4.5 Utvalgets vurderinger

---

### 4.5.1 Helseforetaksmodellen

De overordnede helsepolitiske målene for spesialisthelsetjenesten er gjengitt i kapittel 3. I hvilken grad helsetjenesten når sine overordnede mål, vil avhenge av flere forhold. Hvor mye ressurser blir bevilget til helsetjenester? Er det tilstrekkelige mekanismer på plass for å fordele ressursene rettferdig mellom pasientgrupper og geografiske områder? Er det tydelige kriterier for prioriteringer og følges disse i praksis? Hvilke insentiver ligger i systemet til å levere gode helsetjenester? Sikrer utdanningssystemet tilstrekkelig tilgang på godt kvalifisert helsepersonell? Klarer spesialisthelsetjenesten å holde på personell? Hvordan samspiller helsetjenesten med andre samfunnssektorer med betydning for folkehelsen? I hvilken grad åpner tjenestene for medvirkning fra pasienter og fagfolk? Har spesialisthelsetjenesten tilgang på nødvendig bygningsmasse og utstyr?

Graden av måloppfyllelse i spesialisthelsetjenesten vil dermed avhenge både av hvordan den blir *finansiert* (skatt, forsikring, egenbetaling), hvordan den er *organisert* (privat eller offentlig, forvaltning eller foretak), hvordan den er *strukturert* (store eller små sykehus, grad av funksjonsfordeling), hvordan den blir *styrt* (sentralt eller desentralt, politisk eller administrativt, gjennom forvaltning eller foretak), hvor mye og hvordan man *betaler for tjenestene* (rammebudsjetter eller stykkprisfinansiering), hvor effektivt tjenestene blir levert og hvordan den blir *ledet* (enhetlig eller todelt ledelse).

Det er utfordrende å identifisere klare årsak-virkning mekanismer mellom enkeltelementer i utformingen av en helsetjeneste og grad av måloppnåelse. Det er heller ikke gjort noen systematisk evaluering av helseforetaksmodellen som gjør det mulig å konkludere samlet i forhold til konsekvensene den har hatt for graden av helsepolitisk måloppnåelse. Det bildet som er presentert tidligere i dette kapitlet, viser at helsetjenesten i Norge både scorer godt og har utviklet seg positivt på en rekke områder. Samtidig går det fram av de skriftlige innspillene utvalget har fått, at det på flere viktige områder er blandede erfaringer med modellen. Dette samsvarer også godt med konklusjonene som ble trukket av Kvinnsland-utvalget.

Både Norsk sykepleierforbund og Spekter gir i sine innspill til utvalget uttrykk for at helseforetaksmodellen på mange områder har fungert godt, men de peker også på forbedringsområder.



Andre har vært mer negative til modellen. LO trekker fram at finansieringsordningene ikke er tilpasset oppdraget til sykehusene, at de kompliserer styringen og kan bidra til å skjule et reelt investeringsbehov. Arbeidstakerorganisasjonene pekte blant annet på unødig byråkrati og stor avstand mellom toppledelse og underliggende virksomhet. Forskjeller i styringskultur, organisering, finansieringsløsninger og prioriteringer mellom fagområder og pasientgrupper blir blant annet trukket fram. Akademikerne, Psykologforeningen og Rådet for psykisk helse mener psykisk helsevern og TSB blir nedprioritert og at organiseringen utfordrer helhetlige pasientforløp og samarbeid på tvers av fagområder og tjenesteni-våer. I Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023 er det blant annet omtalt at pasienter som har vært sykehusinnlagt med psykiatrisk diagnose, har 15–20 års kortere forventet levealder enn den øvrige befolkningen. Om lag 60 pst. av overdødeligheten kan knyttes til somatiske sykdommer som kan være mulig å forebygge og behandle. I kapittel 3 har utvalget drøftet ulike forhold som kan framstå som konflikter mellom vektlegging av de enkelte deler av verdigrunnet slik det er formulert i lover og offentlige dokumenter, og den etiske plattformen og verdier som vil være sentrale for den enkelte ansatte i helsetjenesten. Dette gjenspeiles også i innspill til utvalget fra de ansattes organisasjoner som blant annet mener det er utfordringer med medbestemmelse og medvirkning i deler av tjenesten, mange lederni-våer og lange kommunikasjonslinjer samt ressurskrevende rapporterings- og målkrav.

Utvalgets vurdering er at om man sammenholder indikatorer for kvalitet, effektivitet og tilgjengelighet med land uten foretaksorganisering, skiller helsetjenesten i Norge seg oftere ut i positiv enn i negativ retning. Internasjonale sammenlikninger gjennomført av Commonwealth Fund (2021) vurderer gjennomgående den norske helsetjenesten som blant de beste av de elleve landene som inngår. Dette indikerer at helsetjenesten i Norge har utviklet seg minst like godt som helsetjenesten i sammenlignbare land. Erfaringene fra koronapandemien viste at spesialisthelsetjenesten hadde god evne til omstilling, fleksibilitet og handlekraft.

I den helsepolitiske debatten i Norge er det flere tema som diskuteres. I noen grad er disse knyttet direkte til helseforetaksmodellen, men det er også diskusjoner knyttet til andre forhold som hvor mye penger som brukes på spesialisthelsetjenester, hvordan midlene blir tilført (innsattsstyrt finansiering eller rammefinansiering), samhand-

ling mellom forvaltningsnivåer, grad av beredskap og kapasitet, kvalitet på og dimensjonering av utdanningssystemet, rekruttering av helsepersonell og deres lønns- og arbeidsvilkår, prosesser rundt og resultater av prioriteringsbeslutninger mv. Det er utvalgets vurdering at disse diskusjonene fortsatt ville være aktuelle, selv om man avvirket helseforetaksorganiseringen. Av dette følger at man ikke kan utelukke at deler av den kritikken som rettes mot det som oppleves å være konsekvenser av selve helseforetaksmodellen, også kan skyldes andre forhold ved styringen og organiseringen av helsetjenesten. På den annen side er det mulig at en alternativ organisering ville løst noen av utfordringene som blir påpekt i kritikken.

Utvalget er i sitt mandat bedt om å foreslå tiltak som kan styrke regional, demokratisk, og politisk innflytelse i styringen av sykehusene. I dette ligger at det ikke bare er relevant å vurdere erfaringene med helseforetaksmodellen opp mot de helsepolitiske målene slik de er gjengitt i punkt 4.1.1 og kapittel 3. Det er, etter utvalgets oppfatning, også viktig å vurdere erfaringer knyttet til hvordan styring blir utøvet og beslutninger blir fattet i helseforetaksmodellen. Beslutninger som blir fattet i spesialisthelsetjenesten, vil kunne ha konsekvenser for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I mange tilfeller vil de også ha bredere samfunnskonsekvenser. Beslutninger som i utgangspunktet kun har konsekvenser internt i spesialisthelsetjenesten, vil ofte også ha en politisk dimensjon. Dette gjelder særlig beslutninger om funksjonsfordeling og lokalisering. I tillegg til de helsefaglige konsekvensene vil beslutninger fattet i helseforetakene dermed også kunne ha en geografisk og en samfunnsmessig dimensjon. Sykehus og spesialisthelsetjenesten er en av grunnpilarene i vårt velferdssamfunn. Den angår alle mennesker – gjennom hele livet og i hele landet. Vi er enten som syke, pårørende eller ansatt, i større og mindre grad og i ulike livsfaser, avhengige av spesialisthelsetjenesten. Innspill til utvalget gjenspeiler også at det er innebygde spenninger mellom den politiske styringen og foretakenes behov for handlefrihet og autonomi for å ivareta en medisinskfaglig forsvarlig drift innenfor de tilgjengelige økonomiske rammene.

Storting og regjering utøver politisk styring og kontroll med den offentlige spesialisthelsetjenesten gjennom blant annet lovgivning, bevilgninger, anmodningsvedtak, spørsmål fra stortingsrepresentanter, oppdragsdokument, foretaksmøter, rapportering, oppfølgingsmøter, styreoppnevning, statlige tilsyn og Riksrevisjonens kontrollfunksjon. Lovgivningen gir i praksis staten anled-

ning til å styre alle deler av spesialisthelsetjenesten. Organiseringen i foretaksmodellen, med statlig eierskap til spesialisthelsetjenesten og helseforetak på regionalt og lokalt nivå, innebærer at det er større avstand mellom politikere og de som utformer og leverer tjenester enn i en forvaltningsmodell.<sup>16</sup> Den formelle politiske styringen skjer fra staten ved Stortinget og regjeringen. Lokale og regionale politiske nivå (kommuner og fylkeskommuner) har ingen formell innflytelse på beslutningene som gjøres. Flere har i innspill til utvalget framholdt at dette gir de regionale helseforetakene stor makt. Utvalget vil påpeke at denne makten både kommer i form av *definisjonsmakt* og *beslutningsmakt*. Med definisjonsmakt forstår utvalget hvordan de regionale helseforetakene tolker sitt oppdrag også som viktige samfunnsaktører, hvilke deler av verdigrunnlaget man særlig vektlegger, hvilke saker man prioriterer i arbeidet med utforming av tjenesten, hva som vektlegges og hvordan saksunderlag framstilles mv.

Utvalget viser til sin beskrivelse av kriterier for god styring og understreker at det dermed er av avgjørende betydning for at modellen skal få legitimitet at prosessene fram mot beslutning er kjennetegnet ved åpenhet både i form av gjennomsiktighet i beslutningsprosesser, og demokratisk medvirkning og innflytelse fra folkevalgte i kommuner og fylkeskommuner, innenfor de formelle rammene som følger av det statlige eierskapet. Samtidig må beslutningstakere kunne stilles til ansvar for beslutningene som er fattet. Det er utvalgets oppfatning at deler av debatten om helseforetaksmodellen både kan tilbakeføres til erfaringer med situasjoner hvor beslutningsprosessen ikke oppfattes å tilfredsstille prinsippene for god styring som utvalget har beskrevet i punkt 4.1.2, men også til situasjoner der det er uenighet om selve beslutningen.

Enhver styringsmodell, også en forvaltningsmodell, vil være preget av spenninger mellom ønsker om faglig og administrativ autonomi, og behovet for politisk styring. Utvalget ser likevel sitt oppdrag og mandat som et uttrykk for at det i dag ikke er formalisert praksis som sikrer tilstrekkelig regional, demokratisk og politisk innflytelse i styringen av sykehusene. Et sentralt spørsmål for utvalget er derfor hvordan helseforetaksmodellen kan utvikles, slik at befolkningen får et større eierskap til den offentlige spesialisthelsetjenesten.

#### 4.5.2 Maktkonsentrasjon

Ved innføring av helseforetaksmodellen i 2002 ble det etablert fem regionale helseforetak og 43 helseforetak som drev pasientbehandling. I dag er antallet redusert til fire regionale helseforetak og 20 helseforetak som driver pasientbehandling. Utvalget vurderer at færre og større enheter i hovedsak har vært godt begrunnet i en medisinsk utvikling som krever mer regional og nasjonal samordning. Erfaringene med en fylkeskommunal modell var at fylkene bare i begrenset grad maktet å samarbeide om utvikling og dimensjonering av tjenestene. Overgangen fra fylkeskommunalt eierskap og organisering til statlig eierskap og regional organisering var derfor også begrunnet i et mål om å redusere variasjonen i tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester. Færre og større enheter kan gi bedre mulighet for koordinering og styring, mer fleksibilitet og mindre sårbar økonomi. Samtidig vil utvalget peke på at færre og større enheter også kan gi sterkere konsentrasjon av makt hos administrativ ledelse og styrer. Dette stiller, etter utvalgets oppfatning, enda større krav til at beslutningsprosesser ivaretar viktige prinsipper for god styring som åpenhet, medvirkning/medbestemmelse og ansvarliggjøring.

Utvalget har merket seg innspill, blant annet fra pasient- og brukerorganisasjoner, om at avstanden mellom politiske beslutninger og styringen av helsetjenesten oppleves å være for stor. Innspill fra de ansattes organisasjoner viser at de mener det er utfordringer ved mange ledernivåer og lange kommunikasjons- og styringslinjer. Dette kan både være et uttrykk for manglende gjennomsiktighet i beslutningsprosesser og manglende opplevd medvirkning og medbestemmelse. Utvalget vil også peke på at bruk av arenaer som er lukket for innsyn, som for eksempel formaliserte møter mellom lederne i de regionale helseforetakene og bruk av uformell dialog mellom beslutningstakere på forskjellig nivå, utfordrer prinsippene om åpenhet, medvirkning og ansvarliggjøring. Utvalget erkjenner at slike arenaer og slik kommunikasjon både kan være nødvendige og viktig, men påpeker at innsyn i beslutningsprosessen er en helt sentral og nødvendig kvalitet ved organisasjoner som forvalter felllesskapets ressurser. I diskusjonen knyttet til uformelle møtearenaer på ledelsesnivå, både innad i den enkelte region og mellom regionene, har det vært kritisert at disse møtearenaene kan bidra til å undergrave både medvirkning/medbestemmelse fra de ansatte og styrenes rolle. Dette blir ofte begrunnet med asymmetri i kunnskapsgrunnlaget mel-

<sup>16</sup> Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble dette formulert som at «sykehusene skulle være politisk styrt og profesjonelt driftet».

lom administrasjonen i (de regionale) helseforetakene og styremedlemmene, selv om de administrerende direktørene har en plikt til å opplyse styrene gjennom saksdokumentene som legges fram til styremøtene.

Utvalget vil også peke på at politisk vedtatte mål, formulert som krav i oppdragsdokument eller vedtak i foretaksmøter, ikke alltid blir oppfylt i praksis. I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for årene 2006 til 2010 og 2014 til 2022 ble det for eksempel stilt krav om at det skulle være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg enn for somatikk på regionnivå (prioriteringsregelen). Prioriteringsregelen ble målt gjennom endring i kostnader, ventetid og aktivitet. Det har variert om målet ble nådd for de ulike indikatorene i de fire regionene i de enkelte årene. Utvalget ser at det kan være flere årsaker til den varierende måloppnåelsen, blant annet var det stor variasjon i tilbudet mellom helseforetakene i utgangspunktet. Dette kan ikke alene tolkes som mangel på etterlevelse av politisk styring. Utvalget har merket seg at prioriteringsregelen fra 2022 er erstattet med krav i oppdragsdokumentet om å oppnå et konkret ventetidsmål og høyere aktivitet enn året før både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet. Utvalget drøfter forholdet mellom prioriteringer og finansieringsmodell i kapittel 8.

Mye av kritikken mot helseforetaksmodellen handler om at makt har blitt konsolidert på det regionale nivået. Flere formidler en svekkelse av helseforetakenes autonomi, stor avstand mellom toppledelsen og underliggende virksomheter, og stiller spørsmål ved om all relevant informasjon kommer godt nok fram til Helse- og omsorgsdepartementet eller til Stortinget. Dette var også noe av bakgrunnen for oppnevningen av Kvinnsland-utvalget, der det i mandatet ble vist til debatten om helseforetaksmodellen, blant annet:

- «Om det er tilstrekkelig klarhet i roller mellom nivåene, og tilstrekkelig demokratisk legitimitet knyttet til vanskelige beslutninger i helseforetakene.
- Om det er riktig balanse mellom de regionale helseforetakenes beslutningsmyndighet og det politiske ansvaret for disse beslutningene.
- Om foretaksmodellen sikrer tilstrekkelig grad av politisk styring, herunder tilstrekkelig involvering av Stortinget i sentrale beslutninger.»

Kvinnsland-utvalget fikk i oppdrag å utrede alternative modeller for hvordan staten kunne organi-

sere eierskapet og eierstyringen av spesialisthelsetjenesten under forutsetning av at de regionale helseforetakene ble avviklet. 13 av de 16 medlemmene i utvalget mente at det fortsatt burde være selvstendige beslutningsorganer på regionnivå. Tre av utvalgets medlemmer<sup>17</sup> anbefalte at en modell med en nasjonal overbygning, enten færre helseforetak underlagt departementet eller et nasjonalt helseforetak, burde vurderes nærmere. Flertallet la blant annet vekt på at en modell med én nasjonal leder og eventuelt ett styre, ville gi sterk maktkonsentrasjon og utfordre den rollefordelingen systemet bygger på.

Kvinnsland-utvalget vurderte også om regioninndelingen burde endres. Et flertall i utvalget (11 av 16) mente at størrelsen på Helseregion Sør-Øst, sammenliknet med de andre regionene, var en utfordring, men at regioninndelingen etter en samlet vurdering, kunne videreføres som i dag. Mindretallet<sup>18</sup> mente at Helseregion Sør-Øst skiller seg ut i størrelse på en slik måte at den framstår for dominerende i forhold til de tre øvrige regionene og derfor burde deles.

I oppfølgingen av Kvinnsland-utvalgets rapport ble det vedtatt å videreføre styringsmodellen med selvstendige beslutningsorganer på regionnivået. Det var imidlertid et viktig prinsipp for regjeringen Solberg at helseforetakene skulle få større frihet til å innrette tjenestetilbudet i tråd med lokale behov og forutsetninger.<sup>19</sup> Kravet om at alle helseforetakene skulle utarbeide utviklingsplaner i samarbeid med kommuner og andre aktuelle aktører, og mål om å styrke den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus internt i helseforetak og mellom helseforetak, ble også satt i sammenheng med dette.<sup>20</sup> Utvalget mener at opprettelsen av helsefellesskapene også er et virkemiddel som kan bidra til å gi mer autonomi til helseforetakene og mer lokalpolitisk innflytelse blant annet gjennom partnerskapsmøtet.

Utvalget diskuterer maktkonsentrasjon nærmere under sin behandling av mandatets punkt to: «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» (kapittel 5).

<sup>17</sup> Medlemmene Christian Grimsgaard, Jon J. Gåsvatn og Hanne Thürmer.

<sup>18</sup> Medlemmene Per S. Bleikelia, Christian Grimsgaard, Jon J. Gåsvatn, Hanne Thürmer og Karina Aase

<sup>19</sup> Jf. Prop. 1 S (2017–2018) Helse og omsorgsdepartementet

<sup>20</sup> Jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019*

### 4.5.3 Økonomifokus

Stortinget legger de overordnede rammene for spesialisthelsetjenesten. Som beskrevet i punkt 4.4.3 evner helseforetakene i all hovedsak å tilpasse virksomheten til de gitte økonomiske rammene. En kritikk mot helseforetaksmodellen, som også kommer fram i innspill til utvalget, er at styringssystemet er utformet på en måte som utfordrer det medisinsk-faglige perspektivet i styringen av sykehusene ved at økonomifokus har fått for stor plass på bekostning av fag og kvalitet. I innspill til utvalget er det også pekt på at økonomiske vurderinger i spesialisthelsetjenesten i for liten grad tar opp i seg hva som er formålstjenlig ut fra et bredere samfunnsperspektiv. Det er, etter utvalgets vurdering, særlig to forhold ved helseforetaksmodellen som bidrar til stort økonomifokus. For det første fører helseforetakenes ansvar for å finansiere egne investeringer til at deler av årets økonomiske ramme må holdes av til å finansiere framtidige investeringer. Helseforetakene budsjetterer dermed med overskudd i driftsregnskapet, samtidig som man vektlegger nødvendigheten av å effektivisere driften. For det andre gir ordningen med innsatsstyrt finansiering, som ble innført fem år før helseforetaksmodellen, en direkte kobling mellom aktiviteten og størrelsen på budsjettet.

Det er også kritikk mot mål- og resultatstyrings plass i styringen av spesialisthelsetjenesten, og det som blant mange oppleves å være unødvendig rapportering. Dette framgår også av innspill til utvalget fra arbeidstakerorganisasjonene. Spekter påpeker i innspill til utvalget at mål- og resultatstyring ble innført i offentlig forvaltning på 80- og 90-tallet for å redusere detaljstyringen som ble praktisert gjennom detaljert regel- og etatsstyring. Utvalgets vurdering er likevel at det på en del områder har utviklet seg for detaljert mål- og aktivitetsstyring, og at målstyringen dermed i mindre grad enn ønskelig er knyttet til overordnede mål. Dette gjelder flere sektorer. Årsaken finner man ofte i nye krav og rettigheter fra myndigheter eller som følge av politiske vedtak som må følges opp på virksomhetsnivå.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjenester, herunder ansvaret for å finansiere tjenestene. I dette ligger det et ansvar for å påse at det er samsvar mellom bevilgning og vilkårene som settes for denne. De regionale helseforetakene har ansvar for å ivareta sitt sørge-for-ansvar innenfor de til enhver tid gjeldende økonomiske rammene. De regionale helseforetakene plikter imidlertid å

informere staten hvis finansieringen ikke er tilstrekkelig for å kunne oppfylle befolkningens rettigheter. Dette kan handle om behov for framtidig kapasitet, om beredskapsnivået og om forholdet mellom offentlig og privat finansierte helsetjenester. Bruken av egenfinansierte private helsetjenester er fremdeles på et relativt lavt nivå i Norge. Tall fra OECD (2021) viser at andelen offentlige helseutgifter som andel av de totale helseutgiftene, er høyere i Norge enn i noe annet OECD-land (86 pst.). Samtidig kan ikke framveksten av et privat forsikringsmarked og flere kommersielle sykehus sees uavhengig av kapasiteten i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Framveksten av privatfinansierte tilbud kan etter utvalgets mening, føre til økt forbruk og endrede indikasjonsgrenser for behandling, økt sosial ulikhet i tilgangen på spesialisthelsetjenester og ha uønskede konsekvenser for arbeidsmarkedet for helsepersonell. Utvalget drøfter dette nærmere i kapittel 8, der det blant annet er pekt på at det er risiko for at viktige fagmiljøer i den offentlige spesialisthelsetjenesten mister kompetanse og personell. Det er utvalgets vurdering at helseforetakene og de regionale helseforetakene må spille en aktiv rolle i å beskrive det framtidige utfordringsbildet for spesialisthelsetjenesten, også i de tilfellene hvor dette måtte kreve økt ressursinnsats. Etter utvalgets oppfatning er det fullt mulig både å være lojal mot rammene som følger av Stortingets budsjettvedtak og samtidig sterkere formidle behov for økte ressurser i de tilfellene der dette kan begrunnes godt som premiss for å kunne ivareta sørge-for-ansvaret.

Det er fortsatt betydelig uro og debatt om lokalisering av nye sykehusbygg og fordeling av funksjoner mellom sykehus, både innad i og mellom helseforetak. Gode beslutninger krever god kvalitet på de faglige og økonomiske modellene som ligger til grunn for planarbeidet. Samtidig må planprosessene ivareta et så bredt spekter av alternativer som mulig. Utvalget registrerer at det i mange planprosesser blir stilt spørsmål om mangel på involvering og medvirkning fra fag- og brukermiljøene og lokale demokratiske organer, og at det derfor oppleves et behov for å lansere alternative utredninger. Utvalget vil også påpeke at det i planlegging av nye sykehusbygg er en fare for at man planlegger og dimensjonerer ut fra hva man på kort sikt tror lar seg realisere innenfor eksisterende økonomiske rammene og planforutsetninger. Dette kan medføre at nye bygg ikke blir dimensjonert ut fra hva som det reelt sett er behov for eller ønskelig, i et langsiktig perspektiv. Flere hensyn kan bli nedprioritert, som tilstrekke-

lig areal for et godt arbeidsmiljø, arbeidsflyt og HMS, men også tilstrekkelig areal til pasientbehandling, herunder planlegging av areal for å imøtekomme demografiske endringer, endringer i sykkelighet og nødvendig beredskapsareal.

Utvalget diskuterer utfordringer knyttet til økonomifokus i sin behandling av mandatets punkt fem «Vurdere tiltak for å redusere markedstenkningen plass innen styringen av helseforetakene og vurdere ordningen for finansiering av sykehusbygg» (kapittel 7 og 8) og punkt seks «Vurdere tiltak for å redusere mål- og resultatstyringens plass i styringen av helseforetakene med sikte på å fjerne unødvendig rapportering og detaljstyring» (kapittel 9).

#### 4.5.4 Samhandling mellom tjenestenivåene

Samhandlingsreformen pekte ut en retning for bedre koordinering og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det ble også lovfestet krav om at regionale helseforetak og kommuner inngår samarbeidsavtaler. For å styrke samhandling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ble det inngått en avtale mellom de regionale helseforetakene og Legeforeningen om praksiskonsulentordningen (jf. kapittel 6). Med samhandlingsreformen har det skjedd et skifte i den kommunale helse- og omsorgstjenestens karakter. Pasienter med mer komplekse tilstander enn før skrives ut fra sykehus med forventning om videre oppfølging og behandling av fastleger og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er utvalgets vurdering at kvaliteten på samhandlingen mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten varierer, og i flere tilfeller er for dårlig.

Riksrevisjonen (2018b) har påpekt store variasjoner i henvisningspraksis hos fastlegene, manglende samarbeid mellom fastleger og sykehusleger, og at unødvendige henvisninger fører til at ressursene i spesialisthelsetjenesten ikke benyttes godt nok. Samtidig har presset både på fastleger og de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene, økt. Utvalgets vurdering er at det både er behov for bedre koordinering av kapasiteten i de to delene av helsetjenesten og bedre samhandling mellom helsepersonell på de to nivåene. Ansvaret for dette må legges både på staten, kommunene og på helseforetakene. Mens staten har en direkte styringsmulighet over helseforetakene, finnes ingen slik mulighet ovenfor kommunene.

KS trekker også fram at det er vesentlig at så vel strategisk som faglig samhandling mellom

sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet i alle ledd. Spekter mener at samarbeidsavtalene og helsefelleskapene kan være et utgangspunkt for bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene og lokalpolitisk forankring.

Både i Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019 og Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er det pekt på behov for bedre samarbeid mellom sykehus, og mellom avdelinger og klinikker internt i sykehusene. Både skriftlige og muntlige innspill til utvalget, og føringer i oppdragsdokumentene fra departementet, tilsier at dette ikke i tilstrekkelig grad er fulgt opp av helseforetakene. Helsetilsynets landsomfattende tilsyn (2017–2018) for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer avdekket at uklar ansvars- og oppgavedeling både internt i kommunen og spesialisthelsetjenesten og mellom nivåene, gir risiko for at pasientene ikke får et helhetlig tilbud. I tilsynet for spesialisthelsetjenesten ble det særlig pekt på mangelfull utredning av pasientenes somatiske helsetilstand og rusmiddelproblemer ved distriktpsykiatriske senter (DPS).

Utvalget drøfter utfordringer knyttet til samhandling i sin behandling av mandatets punkt tre «Utrede forslag til hvordan helsefelleskapene kan brukes til å sikre bedre samhandling med kommunehelsetjenesten om helhetlige pasientforløp» (kapittel 6). Der er det også pekt på at tilgangen til kvalifisert kompetanse er en utfordring for de fleste helsefelleskapene, og at det er behov for større grad av samarbeid knyttet til rekruttering og utdanning for å bidra til tilstrekkelig kompetanse og redusere konkurranse med hverandre. Utvalget viser for øvrig til Helsepersonellkomisjonens rapport.

#### 4.5.5 Medvirkning fra ansatte

Gode systemer for medvirkning/medbestemmelse fra ansatte er en vesentlig kvalitet ved helsetjenesten. De ansatte skal med sin erfaring, kunnskap og innsikt bidra til at beslutningene blir så gode som mulig. Verdien av tidlig og god medvirkning/medbestemmelse fra ansatte, tillitsvalgte og verneombud er derfor stor i helseforetak i kontinuerlig endring. Formell medvirkning/medbestemmelse er regulert i hovedavtalen og gjennom lov og forskrift. Et stort antall profesjoner og opp til 30 fagforeninger er representert i sykehusene. Hovedavtalen åpner for å inngå ulike tariffavtaler med ulike forbund. Hovedavtalen inneholder også en egen del om samarbeid og en del om ledelsens og de tillitsvalgtes gjensidige ret-

tigheter og plikter. Organisasjonsgraden i sykehusene er høy og ca. 95 pst. av de ansatte (2016) omfattes av tariffavtaler knyttet opp til det formelle avtaleforholdet mellom Spekter og forbundenes hovedorganisasjoner. Styremedlemmene som er valgt av og blant de ansatte har samme rettigheter og ansvar som styremedlemmer valgt av eier.<sup>21</sup>

Samtidig retter arbeidstakerorganisasjoner tidvis kritikk mot beslutningsprosesser. Dette gjelder særlig mangel på ansattmedvirkning i de felleseide foretakene, og i uformelle møtearenaer på ledelsesnivå, både innad i den enkelte region og mellom regionene. I kapittel 3 er det beskrevet dilemmaer mellom ansattes etiske normer og verdier, og mellom den opplevde hverdagen i helse-tjenesten og slik denne blir styrt og organisert. Utvalget vurderer at god faglig medvirkning til utforming av og organisering av tjenestene er en nødvendig premiss for en god helsetjeneste. Samtidig vil det sjelden være mulig å identifisere én «riktig» faglig løsning. Også helsepersonell vil ha egeninteresser motivert ut fra fag, profesjon eller geografi. Det viktigste er derfor at beslutningsprosessene legger til rette for en bred faglig medvirkning/medbestemmelse, og at valgene som gjøres i etterkant av denne er åpne, tydelige, begrunnet og etterprøvbare. Utvalget registrerer også at det i mange diskusjoner om lokalisering og funksjonsfordeling er uenighet innad i fagmiljøene om hvilken løsning som er den beste. Dette gjelder blant annet viktige områder som kreftbehandling, fødselsomsorg, TSB og psykisk helsevern.

Flere arbeidstakerorganisasjoner mener at styresammensetningen i de felleseide nasjonale helseforetakene er en utfordring med tanke på medvirkning/medbestemmelse fra de ansatte/konserntillitsvalgte i de andre helseforetakene i regionene, som skal være brukerne av disse tjenestene.

Utvalget diskuterer disse problemstillingene nærmere under sin behandling av mandatets punkt to: «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» (kapittel 5) og punkt sju «Gjennomgå antall lederstillinger og ledernivå i helseforetakene og vurderer regelverk og eventuelt andre tiltak som kan

understøtte en fornuftig lederstruktur og som legger til rette for stedlig ledelse» (kapittel 10).

#### 4.5.6 Medvirkning fra brukere

Utvalget legger til grunn at pasienters, brukeres og pårørendes behov og erfaringer er sentrale i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Brukermedvirkning på systemnivå er ivaretatt ved at alle helseforetakene og de regionale helseforetakene har egne brukerutvalg. Fra 2016 er det opprettet ungdomsråd ved alle helseforetak. Styrene i de regionale helseforetakene vedtok i 2017 felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak som omfatter mandat, oppnevning og konstituering, og arbeidsform. Medlemmer i brukerutvalget skal selv ha erfaring som pasient- og/eller pårørende og ha tilknytning til foretakets opptaksområde. FFO, SAFO, Kreftforeningen og organisasjoner som representerer brukere fra virksomheter innen TSB, inviteres til å foreslå kandidater. For å ivareta behovene til de eldre, inviteres som hovedregel Pensjonistforbundet. Styret i det regionale helseforetaket eller helseforetaket oppnevner brukerutvalgets medlemmer, samt leder og nestleder, etter innstilling fra administrerende direktør på grunnlag av innsendte forslag fra pasientorganisasjonene.

Brukerutvalgenes hovedfunksjon er å sikre tilbakemelding fra brukerne om erfaringer med helsetjenesten, samt å gi råd om forbedring og samhandling med andre aktører. Brukermedvirkning skjer også gjennom deltakelse i forsknings- og innovasjonsprosjekter. En til to representanter fra brukerutvalget, hvorav den ene er brukerutvalgets leder, møter i styremøtene både i helseforetakene og de regionale helseforetakene, som observatør med tale- og forslagsrett.

De regionale helseforetakene har utarbeidet felles veileder for brukermedvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten, basert på nasjonale retningslinjer (2014).

#### Samisk med- og selvbestemmelse

Sametinget har i innspill til utvalget tatt opp at det er utfordringer med dagens organisering av helse-tjenester til den samiske befolkningen. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse Nord RHF et særlig ansvar for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i hele landet. Det er imidlertid ikke presisert hvordan Helse Nord RHF skal ivareta dette sørgeforansvaret med utgangspunkt i folkerettslige bestemmelser, FNs erklæring om urfolksrettighe-

<sup>21</sup> De deltar ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

ter artikkel 3 og konvensjonen om sivile og politiske rettigheter. Samisk deltakelse i styring og forvaltning av spesialisthelsetjenester er ikke regulert i helseforetaksloven.

Sametinget peker på at de øvrige regionale helseforetakene ikke blir ansvarliggjort for tilbudet i sine regioner på tilvarende måte som i Helse Nord. De mener at fordi Sámi klinihkka er økonomisk og organisatorisk underlagt et helseforetak, blir de prisgitt helseforetakets utfordringer og prioriteringer til enhver tid. De mener også at retten til med- og selvbestemmelse forutsetter samisk representasjon i styrende organer, oppnevnt av Sametinget som samers folkevalgte organ. Dette er ikke ivaretatt i beslutningsorganer innenfor helse overalt. I Helse Nord er det samisk representasjon i styrene i alle helseforetakene og i det regionale helseforetaket. Sametingets plenum har vedtatt at de ønsker at Sámi klinihkka skal være et eget helseforetak, direkte underlagt Helse Nord RHF (mars 2022).

Utvalget diskuterer disse problemstillingene nærmere under sin behandling av mandatets punkt to: «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» (kapittel 5).

#### 4.5.7 Demokratisk kontroll og innflytelse

Flere har i innspill til utvalget tatt til orde for at det er nødvendig å tydeliggjøre den politiske styringen av de regionale helseforetakene, og at helseforetaksmodellen bør utvikles slik at den i større grad tar hensyn til foretakenes bredere samfunnsmessige rolle som arbeidsgivere, anskaffere og aktører i en lokal og regional utvikling. Utvalget vil presisere at regional, politisk og demokratisk innflytelse skal utøves av demokratisk valgte organer i vårt politiske system innenfor den regionen det gjelder. I praksis vil det si kommunestyre, fylkesting, eller de organene disse delegerer myndighet til.

Lokalisering av, og funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehus har over år vært blant de sentrale konflikttemaene i spesialisthelsetjenesten. Det er trukket fram at helseforetaksmodellen ikke i tilstrekkelig grad har lyktes med å opplyse sakene og forankre beslutningene godt nok hos lokale demokratiske organer.

Beslutning om lokalisering av et nytt sykehus har samfunnsmessige konsekvenser langt ut over de som berører spesialisthelsetjenesten. I mange tilfeller vil lokalisering av et sykehus også ha

betydning for utforming og dimensjonering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, for lokal infrastruktur, utdanningskapasitet mv. Lokalisering av sykehus har dermed både stor lokal, regional og, i noen tilfeller, nasjonal politisk interesse. Det er utvalgets oppfatning at både tidligere og pågående prosesser viser at man innen helseforetaksmodellen ikke har lyktes godt nok med å sikre at alle relevante interessenter opplever å være tilstrekkelig hørt og ivaretatt gjennom denne type beslutningsprosesser.

Mange beslutninger som fattes av styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene, har stor grad av politisk sensitivitet, både lokalt og nasjonalt. I møter med utvalget har ledelsen i de regionale helseforetakene og helseforetakene trukket fram flere eksempler der Stortinget gjennom anmodningsvedtak, har pålagt gjennomføring av enkeltprosjekter, eller stanset planlagte endringer i funksjons- og oppgavefordeling i helseforetakene. Det ble også påpekt i et notat fra en arbeidsgruppe oppnevnt av departementet i 2019 at dette er utfordrende sett opp mot styrenes helhetlige ansvar for å sørge for forsvarlig organisering og forvaltning av foretaket, at de økonomiske resultatene er i henhold til planer og budsjett for foretakets virksomhet og at virksomheten drives faglig forsvarlig. De påpekte at det er viktig å ha bevissthet om at lokalpolitiske hensyn kan utgjøre barrierer for styrets mulighet til å bruke virkemidler som både er faglig forsvarlige, faglig ønskelige og nødvendige for at foretaket skal holde seg innenfor budsjetterte rammer, og som kan være mer bærekraftige både for det enkelte helseforetaket og for tjenestene som helhet.

Kritikere av helseforetaksmodellen har framholdt at regjeringen og helse- og omsorgsministeren i for stor grad overlater beslutninger til de regionale helseforetakene, og «skyver styrene foran seg», i stedet for å ta politisk ansvar for beslutninger. Dette gjelder blant annet i saker om funksjons- og oppgavefordeling. Samtidig har Stortingets engasjement i sykehussaker økt etter innføringen av helseforetaksreformen. Dette er nærmere omtalt i kapittel 5. Det blir også hevdet av kritikerne av modellen at de regionale helseforetakene legger for stor vekt på økonomiske resultater, på bekostning av kvalitet og medisinsk-faglige hensyn.

Utvalget diskuterer disse problemstillingene nærmere under sin behandling av mandatets punkt to: «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» og

punkt fire: «Gjennomgå ansvar og myndighet for regionale og lokale helseforetak, og tydeliggjøre hvilke beslutninger som skal avgjøres av helse- og omsorgsministeren i foretaksmøtet» i kapittel 5.

#### 4.5.8 Styrene

De regionale helseforetakene og helseforetakene forvalter sentrale velferdsgoder for befolkningen. De er med dette viktige samfunnsaktører, og beslutninger som fattes i styrene vil ofte ha stor betydning både for befolkningen, de ansatte i spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Beslutningene vil ofte også ha bredere samfunnskonsekvenser.

Riksrevisjonen publiserte i 2018 en undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten (Riksrevisjonen 2018c). Målet med undersøkelsen var å vurdere om styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene følger opp kvalitet og pasientsikkerhet i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger, samt prinsipper for godt styrearbeid. Konklusjonen var at de fleste styrene i helseforetakene får mye informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet, men de har ikke god nok praksis med å følge opp utfordringene systematisk nok. Riksrevisjonen mente at mange av styrene i både helseforetak og regionale helseforetak ikke ivaretar sitt ansvar for å påse at styringssystemet fungerer godt nok.

Departementet fulgte opp Riksrevisjonens undersøkelse med krav i foretaksmøter i de regionale helseforetakene i januar 2020. Foretaksmøtet la til grunn at ledelsen minst én gang årlig, systematisk skal gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten. De regionale helseforetakene har utarbeidet rammeverk for virksomhetsstyring, der blant annet ledelsens gjennomgang av styringssystemet og styrets behandling av denne inngår. De regionale helseforetakene rapporterer til departementet på etterlevelse av forskriften, herunder hvordan den årlige gjennomgangen er lagt opp.

Riksrevisjonen pekte videre på at prosessen med styrevalg i Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene ikke sikret godt nok at hvert styre samlet sett har riktig kompetanse. Når det gjelder valg av representanter til styrene, er det ulike synspunkter blant kritikerne til dagens system. Enkelte mener det er en svakhet at det ikke er et krav at styremedlemmer i helseforetakene skal ha tilknytning til regionen, mens andre har tatt til orde for at helseforetaks-

styrene bør være sammensatt av (lokal-)politikere. LO har foreslått at et representantskap bestående av folkevalgte fra kommunene i helseforetakenes opptaksområde/fylkeskommunene i de regionale helseforetakets ansvarsområde, velger representanter til styrene. Norsk sykepleierforbund (NSF) mener eventuell politisk representasjon i styrene eller i et representantskap, bryter med viktige prinsipper i styringsmodellen, men at det er viktig at styrer og administrasjon i foretakene har god og jevn dialog med kommuner og andre interessenter i sitt område. NSF mener utvalget bør vurdere kompetansesammensetningen i styrene, blant annet for å styrke helsefaglig kompetanse og særlig innenfor psykisk helsevern og TSB. KS mener at kommunal kompetanse i styrene på begge nivå vil styrke mulighetene for å se hele helsesektoren i sammenheng.

Utvalget vil understreke at det er viktig at nye styremedlemmer får god opplæring til å forstå og utøve styrearbeidet på en god måte. Departementet gir nye styremedlemmer i de regionale helseforetakene relevant informasjon og avholder «konstituerende» styreseminar i starten av ny styreperiode. Departementet har også utarbeidet veileder om styrearbeid i regionale helseforetak (2019), som et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse. Veilederen sammenfatter gjeldende rettsregler, belyser praktisering av disse og gir en omtale av styrearbeid som er av veiledende karakter. Veilederen benyttes i opplæring av nye styremedlemmer. Det framgår av denne at styreleder har ansvar for at nye styremedlemmer får opplæring. De regionale helseforetakene har laget egne veiledere til styrene i helseforetakene, basert på departementets veileder.

Helse- og omsorgsdepartementet følger *Rutiner for styrevalg i selskaper med statlig eierandel* (2020) og gjennomfører årlige samtaler med styreledere og administrerende direktører i de regionale helseforetakene, i tråd med regjeringens retningslinjer.

Utvalget diskuterer disse problemstillingene nærmere under sin behandling av mandatets punkt to: «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» (kapittel 5).

#### 4.5.9 Likeverd

Likeverdige helsetjenester forstås her som at alle pasienter mottar helsetjenester av like god kvalitet, tilpasset den enkelte og med mål om resultat-



likhet for dem med samme sykdomsbilde. Både geografiske forskjeller og forskjeller på bakgrunn av kjønn, alder og/eller sosioøkonomi vil kunne innebære at det ikke er et likeverdig tjenestetilbud.

I helseforetaksmodellen er sørge-for-ansvaret, slik det følger av § 2-1a. i spesialisthelsetjenesteloven, lagt til de fire regionale helseforetakene. For å sikre at de regionale helseforetakene skal ha samme forutsetninger for å ivareta sørge-for-ansvaret, fordeles den samlede inntektsrammen på en slik måte at den tar høyde for regionale forskjeller både i behovet for og kostnadene knyttet til å dekke dette behovet. Prinsippene for inntektsfordeling ble først fastlagt i etterkant av NOU 2003: 1 *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*, og deretter revidert etter forslag i NOU 2008: 2 *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak* og 2019:24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Prinsippene for geografisk fordeling av inntekter til de regionale helseforetakene er de samme som for fordeling av inntekter til kommuner og fylkeskommuner. Det er imidlertid en vesentlig forskjell at fylkeskommunene i perioden før helseforetaksreformen selv kunne prioritere mellom helse, samferdsel og videregående opplæring. Inntektene til de regionale helseforetakene går til helsetjenester alene.

Utvalgets vurdering er at den nåværende modellen for inntektsfordeling i spesialisthelsetjenesten legger bedre til rette for et likeverdig tilbud enn hva som var tilfellet mens sykehusene var under fylkeskommunalt eierskap.

Samtidig viser både publiserte helseatlas og rapporten SKDE har utarbeidet for utvalget at det er store, dels ikke forklarte geografiske variasjoner i det faktiske tilbudet innen en rekke områder. Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester fra 2019, konkluderte med at de regionale helseforetakene og hel-

seforetakene i liten grad hadde brukt forbruksrater til å følge opp den faglige praksisen og kapasiteten. SKDE viser i sin rapport til det samme når det gjelder variasjoner i bruken av tjenester og prosedyrer med diskutabel nytteverdi. Utvalgets vurdering er at helseforetakene i for liten grad benytter de mulighetene de har til å styre ressursbruken bort fra tjenester med liten dokumentert effekt.

Utvalget diskuterer utfordringer knyttet til likeverd i sin behandling av mandatets punkt fem «Vurdere tiltak for å redusere markedstenknings plass innen styringen av helseforetakene og vurdere ordningen for finansiering av sykehusbygg» (kapittel 8), punkt to «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» (kapittel 5) og punkt tre «Utrede forslag til hvordan helsefellesskapene kan brukes til å sikre bedre samhandling med kommunehelsetjenesten om helhetlige pasientforløp» (kapittel 6).

#### 4.5.10 Oppsummering

Oppsummeringen av de skriftlige innspillene utvalget har mottatt (punkt 4.2), viser at det er ulike syn både på områder hvor man mener helseforetaksmodellen fungerer godt, hvilke områder som fungerer mindre godt og hvilke konsekvenser dette har gitt. Det er også ulike oppfatninger blant utvalgets medlemmer av hvor godt eller dårlig helseforetaksmodellen fungerer på ulike områder. Utvalget er likevel samstemt i at de temaene som er beskrevet i kapitlene 4.5.1 – 4.5.9 danner et godt utgangspunkt for utvalgets videre drøfting av tiltak som kan bidra til effektiv ressursutnyttelse og likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet.

## Kapittel 5

# Styring og ansvarsforhold – regional, politisk og demokratisk innflytelse

Det går fram av punkt to i mandatet at utvalget skal utrede forslag til endringer i styringen av sykehusene innenfor en modell som sikrer regional, politisk og demokratisk innflytelse i styringen av sykehusene. Utvalget har lagt til grunn at dette også omfatter ivaretagelse av retten til medbestemmelse og deltakelse i beslutningsprosesser for den samiske befolkningen. Det går fram av punkt fire i mandatet at utvalget skal gjennomgå ansvar og myndighet for helseforetak og regionale helseforetak, og tydeliggjøre hvilke beslutninger som skal avgjøres av helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte.

Betingelsene som regulerer dagens organisering, roller og ansvar i styring av sykehusene, følger av forholdet mellom Stortinget og regjeringen, Grunnloven og konvensjoner, lovgivning som helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, samt rammer som legges gjennom annen statlig sektorstyring.

Utvalget har valgt å utrede og drøfte punkt to og fire i mandatet samlet. Utvalget vil i sine forslag bygge på verdigrunnlaget som er beskrevet i kapittel 3.

### 5.1 Organisering og ansvar i helseforetaksmodellen

I dette kapittelet gir utvalget en overordnet beskrivelse av organisering, roller og ansvar i helseforetaksmodellen. Bakgrunnen for, og gjennomføringen av, helseforetaksreformen er omtalt i NOU 2016: 25 og gjentas ikke her.

#### 5.1.1 Overordnet organisering av den offentlig eide spesialisthelsetjenesten

Eierskapet til spesialisthelsetjenesten er organisert ved at staten eier fire regionale helseforetak, som i sin tur eier helseforetakene i egen helseregion. Det

er til sammen 20 helseforetak som driver pasientbehandling. I punktene nedenfor går det fram at regionale helseforetak og helseforetak har ulikt ansvar og ulike oppgaver.

De regionale helseforetakene har også egne helseforetak for sykehusapotekene. Tre regionale helseforetak har etablert egne helseforetak på IKT-området: Sykehuspartner HF, Helse Nord IKT HF og Hemit HF. Helse Vest RHF har organisert IKT-virksomheten i et heleid aksjeselskap.

De regionale helseforetakene eier fem helseforetak med nasjonalt virkeområde i fellesskap. Disse er Luftambulansetjenesten HF, Sykehusinnkjøp HF, Pasientreiser HF, Sykehusbygg HF og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF. Formålet er å sikre standardisert, samordnet og effektiv oppgaveløsning innenfor disse områdene.

#### 5.1.2 Staten

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 bestemmer at: «*Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.*» Staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter og fastsette overordnede helsepolitiske mål. Staten har også ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller sine rettslige forpliktelser.

Formelt sett er det ikke begrensninger i statens rett til å styre de regionale helseforetakene. Hvor aktivt Stortinget, regjeringen og helse- og omsorgsministeren til enhver tid vil styre de regionale helseforetakene, er derfor en løpende politisk vurdering. Statsråden utøver politisk styring av de regionale helseforetakene under parlamentarisk ansvar.

Stortinget styrer gjennom å vedta reglene i *helselovgivningen og andre lover*. Den mer detaljerte styringen gjennom forskrifter blir ivarettatt av departementet, eventuelt Kongen i statsråd. Staten styrer også gjennom myndighetskrav, slik

som faglige veiledere og retningslinjer fra blant annet Helsedirektoratet.

Staten har ansvar for å *finansiere* spesialisthelsetjenesten, og fastlegger gjennom dette de overordnede ressursrammene. Stortinget styrer også gjennom å stille vilkår i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet. Tildelingen av budsjettbevilgningen, og fastsettelse av vilkår knyttet til denne, skjer i hovedsak gjennom de årlige oppdragsdokumentene fra departementet til de regionale helseforetakene (den helsepolitiske bestillingen). Departementet avholder årlig foretaksmøte i løpet av årets første måneder for å fastsette økonomiske og organisatoriske krav og rammer for de regionale helseforetakene. Departementet avholder foretaksmøte innen utgangen av juni hvert år for å godkjenne årsregnskap og årlig melding. Denne styringspraksisen ble lovfestet i 2012.

Staten utøver *eierstyring* gjennom vedtak i foretaksmøtene i de regionale helseforetakene. Dette omfatter også oppnevning av styrer, endringer i vedtekter, beslutninger om saker av vesentlig betydning og gjennomføring av politiske beslutninger for spesialisthelsetjenesten.

Departementet skal holde seg orientert om at virksomheten i de regionale helseforetakene og helseforetakene drives i samsvar med kravene som er stilt i foretaksmøter og vilkår som er satt for tildeling av bevilgning i oppdragsdokumentet. Dette skjer gjennom skriftlig rapportering og rapporteringsmøter som holdes utenom foretaksmøtet. I tillegg rapporterer de regionale helseforetakene i årlig melding, som også er departementets grunnlag for tilbakemelding og framleggelse av planer for Stortinget.

Staten legger også fram *planer*, som danner grunnlag for langsiktig innretning av finansiering, departementets oppdrag til de regionale helseforetakene og eierstyringen av disse. Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* er et eksempel på dette.

### 5.1.3 De regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionene. Dette er fastsatt i helseforetaksloven § 2 a. Mer konkret har de ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd ansvaret for å «*sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste*». De skal sørge for at pasientenes rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp blir finansiert og oppfylt. Dette omtales som sørge-for-ansvaret.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a bestemmer at de regionale helseforetakene skal «*planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift [...]*». For å kunne legge konkrete planer for spesialisthelsetjenestens framtidige innretning, må de regionale helseforetakene vurdere blant annet endringer i befolkningens behov, teknologisk og medisinsk utvikling, investeringer og personellbehov. Gjennomføring forutsetter styringsevne og oversikt over styringskrav. De regionale helseforetakene må innhente styringsinformasjon om befolkningens behov, tilbud av tjenester og områder med svikt og fare for svikt, for å evaluere om planene følges, om målene nås og om noe må korrigeres.

Tilbudet av spesialisthelsetjenester skal innrettes i tråd med overordnede helsepolitiske målsetninger og beslutninger, behovet i helseregionen og effektiv forvaltning av tildelte ressurser. Ifølge helseforetaksloven § 1 er formålet for både regionale helseforetak og helseforetak 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.

De regionale helseforetakene eier underliggende helseforetak og tilknyttede virksomheter. De kan oppfylle sørge-for-ansvaret gjennom å gi oppdrag til egne helseforetak, eller ved å kjøpe tjenester fra private tjenesteytere, institusjoner og privatpraktiserende spesialister, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd. Ifølge helseforetaksloven § 2 a plikter de regionale helseforetakene, i forbindelse med langsiktig planlegging, å vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom avtaler med private eller offentlige virksomheter som de ikke eier selv. De regionale helseforetakene kan delegerer oppgaver til helseforetakene, men beholder ansvaret.

Styrene i de regionale helseforetakene er statens og helse- og omsorgsministerens redskap for å gjennomføre den nasjonale helsepolitikken. På samme måte er styrene i helseforetakene de regionale helseforetakenes redskaper for å gjennomføre deres ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen.

### 5.1.4 Helseforetakene

Helseforetakene er det utøvende leddet og har ansvaret for den daglige driften av sykehusene og øvrige institusjoner i spesialisthelsetjenesten. De har arbeidsgiveransvaret for om lag 151 000 ansatte (2021). Helseforetakene skal yte spesia-

listhelsetjenester, forskning, undervisning og tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, eller som er pålagt i lov eller på oppdrag fra det regionale helseforetaket.

Helseforetakene har som egne rettssubjekter selvstendig ansvar for at det tilbudet de gir, oppfyller kravene til forsvarlighet, pasient- og brukerrettigheter mv. innenfor tildelte økonomiske rammer. Helseforetakene bidrar derfor til at det regionale helseforetaket kan ivareta sørge-for-ansvaret.

I tillegg til daglig drift av virksomhetene, omfatter ansvaret å planlegge på kort og lang sikt, evaluere og korrigere virksomheten. De konkrete oppgavene til de enkelte helseforetakene går fram av vedtekter, vilkår for årlig bevilgning fra det regionale helseforetaket (oppdragsdokumentet) og vedtak i foretaksmøte. I praksis har de regionale helseforetakene innrettet styringen slik at helseforetakene er gitt ansvar for å yte spesialisthelsetjenester for befolkningen i sitt geografiske opptaksområde.

Fra 2013 ble det gjennom endringer i helseforetaksloven åpnet for at virksomhet som ikke er spesialisthelsetjeneste, men som er nødvendige og sentrale forutsetninger for utøvelse av spesialisthelsetjeneste, også kan organiseres som helseforetak. Det ble også adgang til at de regionale helseforetakene kunne eie helseforetak sammen (jf. punkt 5.1.1 og 5.4.4).

## 5.2 Stortingets og regjeringens rolle i styring av sykehusene

### 5.2.1 Stortingets myndighet

Stortinget vedtar premisser for regjeringens og forvaltningens sektorstyring gjennom lover, statsbudsjett, stortingsmeldinger og enkeltvedtak. Stortinget kontrollerer også at regjeringen og statsforvaltningen følger opp Stortingets vedtak. Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke. Stortinget har i prinsippet mulighet til å påvirke alle sider ved den offentlige spesialisthelsetjenesten, i tråd med stortingsflertallets til enhver tid gjeldende syn.

Stortinget vedtar statsbudsjettet, og fastsetter dermed de overordnede økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten og stiller vilkår for tildelingen av ressurser. Ved behandlingen av statsbudsjettet vedtar Stortinget også investeringslån til sykehusbygg mv. Regjeringen legger fram en liste over prioriterte prosjekter etter innspill fra de regionale helseforetakene (jf. kapittel 7).

I proposisjonen til Stortinget om statsbudsjettet er det en plan- og meldingsdel der regjeringen

blant annet redegjør for utvikling i tjenestene og satsinger framover. Det blir også rapportert på hvordan Stortingets vedtak er fulgt opp. I statsbudsjettet for 2023 (Prop. 1 S (2022–2023)) går det fram at det i stortings sesjonen 2021–2022 ble rapportert på til sammen 22 anmodnings- og utredningsvedtak på Helse- og omsorgsdepartementets område.

Regjeringen legger også fram meldinger for Stortinget som gir retning og rammer for utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen Solberg la fram to stortingsmeldinger om nasjonal helse- og sykehusplan. Meldingene beskriver hvilke strategier og tiltak regjeringen vil gjennomføre for å nå de sentrale helsepolitiske målene. Etter at Helse- og omsorgskomiteen har gitt sin innstilling med eventuelle egne føringer, og Stortinget har behandlet meldingen, blir de lagt til grunn for regjeringens og departementets styring av spesialisthelsetjenesten.

Storingsrepresentantene fremmer også egne forslag til behandling i Stortinget, såkalte dokument 8-forslag. Disse blir behandlet i stortingskomiteen som har fagansvar for saken, før plenum i Stortinget behandler komitéinnstillingen. Departementet har plikt til å rapportere framdrift og behandling av representantforslag som er vedtatt av Stortinget. I perioden fra og med stortings sesjonen 2016–2017 til og med 2021–2022 ble det fremmet om lag 90 dokument 8-forslag som omhandlet spesialisthelsetjenesten.

Spørsmål til statsrådene og statsministeren er en sentral del av Stortingets kontrollvirksomhet. Det er oftest opposisjonen som stiller spørsmål for å få informasjon fra regjeringen og klarlegge regjeringens holdning til politiske problemstillinger. Spørsmål gir ikke grunnlag for vedtak. Det er tre hovedtyper; spørretimespørsmål, skriftlige spørsmål og interpellasjoner. I perioden fra og med stortings sesjonen 2016–2017 til og med 2021–2022 var det totalt 270 spørretimespørsmål, 2 070 skriftlige spørsmål og 45 interpellasjoner til helse- og omsorgsministeren. Sykehusstruktur og lokalisering i Innlandet, Helgeland og Oslo, føde- og barseltilbud, tilbud innenfor psykisk helsevern og rusbehandling, pasientreiser, ambulansetjenester og Nye metoder er blant gjengangerne i spørsmålene som omhandler spesialisthelsetjenesten.

Stortingets engasjement i sykehussaker har økt etter helseforetaksreformen og det stilles flere detaljspørsmål. I forbindelse med en masteroppgave i 2018, ble det gjort en detaljert kartlegging av spørsmål knyttet til spesialisthelsetjenesten. Den viser at i perioden 1997–2017 ble det

totalt stilt 1 690 spørsmål knyttet spesialisthelsetjenesten, fordelt på 59 interpellasjoner, 528 spørretimespørsmål og 1 101 skriftlige spørsmål. Det ble stilt flere overordnede spørsmål før helseforetaksreformen (1998–1999), men tendensen snudde etter 2002. Eksempler på detaljspørsmål er blant annet om ansettelsesprosesser, sommerstengte avdelinger, behandling av spesifikke sykdommer, pasientreiser, parkeringsplasser og turnusordninger på sykehusene (Safi, 2018).

Stortinget har fått en større reell påvirkningsmulighet i styringen av spesialisthelsetjenesten etter overføringen av ansvaret fra fylkeskommunene til staten og de regionale helseforetakene i 2002. Stortingsrepresentantene involverer seg langt oftere i saker som angår regionale helseforetak og helseforetak, sammenlignet med statlige selskaper i andre sektorer.<sup>1</sup> I 2015 oppga om lag 70 pst. av ledere i helseforetak at de ofte er omfattet av spørsmål, debatt og interpellasjoner på Stortinget, mot om lag 30 pst. for andre statlig eide selskaper (Colbjørnsen, 2015).

### 5.2.2 Statsrådets myndighet

Helseforetaksmodellen legger til rette for politisk styring av de regionale helseforetakene under parlamentarisk ansvar. Helse- og omsorgsministeren representerer staten og regjeringen gjennom eierstyring i foretaksmøtet i regionale helseforetak og ved å knytte vilkår til bevilgninger over statsbudsjettet i oppdragsdokumentene.<sup>2</sup>

Helseforetaksloven § 16 første ledd bestemmer at «eiere utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøte» og at «eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom foretaksmøte». Dette innebærer at foretaksmøtet kan fatte vedtak, instruere styret og omgjøre beslutninger i alle saker. Det er imidlertid bare styret som kan beslutte tilsetning, oppsigelse eller avskjed av administrerende direktør, jf. helseforetaksloven § 36.

Stortingets, regjeringens og statsrådets politiske vurdering bestemmer hvor aktivt og detaljert staten til enhver tid vil styre de regionale helseforetakene. Ved innføringen av helseforetaksmodellen i 2002, ble det forutsatt at eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold. Dette ble beskrevet slik i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001):

<sup>1</sup> Se mer om Stortingets rolle i sektorpolitisk styring i rapporten «Og bakom synger Stortinget – Statens sektorpolitiske styring», Tom Colbjørnsen desember 2019.

<sup>2</sup> Det er gitt en nærmere omtale av finansieringsordningene og styringen gjennom vilkår knyttet til bevilgningen og oppdragsdokumentet i punkt 5.1.2, samt kapittel 7 og 8.

«En av reformens sentrale intensjoner er å gi de regionale helseforetakene betydelige frihetsgrader i sin daglige drift, samtidig som det skal legges til rette for at sentrale, nasjonale helsepolitiske målsettinger oppfylles. Visse hensyn tilsier imidlertid at staten i en overgangsfase i noe større grad sikrer hensynene til kostnadskontroll og gjennomføringen av sentrale prioriterte oppgaver ved en noe mer aktiv styring enn det som på sikt forutsettes.»

Det at eierstyring skjer i foretaksmøte, innebærer at all kommunikasjon mellom statsråden og ledelsen i regionalt helseforetak utenom foretaksmøtet, må anses som dialog og meningsutvekslinger. Det er ikke instruks. Hvert enkelt styre er ansvarlig for å fatte sine egne vedtak med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøtet. Dersom statsråden ikke er enig i et styrevedtak, eller ser behov for vedtak i en sak som styret ikke har behandlet, må statsråden vurdere å fatte vedtak i foretaksmøte. Det samme gjelder også i forholdet mellom regionalt helseforetak og helseforetak.

Saker som skal vedtas av foretaksmøtet i regionalt helseforetak

De regionale helseforetakene og helseforetakene disponerer store samfunnsressurser og yter tjenester som er avgjørende for innbyggernes velferd. Helseforetaksloven legger derfor opp til tettere styring av foretakene enn det som er vanlig ved styringen av fristilte, egne rettssubjekter. Det er fastsatt i helseforetaksloven § 30 at en del saker ikke kan avgjøres av styret for de regionale helseforetakene, men skal behandles politisk og derfor besluttet av statsråden i foretaksmøte.<sup>3</sup> Dette gjelder saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet, av vesentlig betydning for løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver, saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning og saker som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Følgende eksempler er gitt i loven:

- vedtak som kan endre virksomhetens karakter
- vedtak om nedleggelse av sykehus
- omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen

<sup>3</sup> Foretaksmøtet er også forpliktet til å fatte vedtak på flere områder som er angitt i helseforetaksloven § 12, § 15, § 21, § 31, § 33, § 34, § 43 og § 44. Som «den øverste myndigheten i foretaket» kan foretaksmøtet med hjemmel i helseforetaksloven § 16 første ledd velge å fatte vedtak i saker som ikke er omfattet av § 30.

- omfattende endringer i tjenestetilbudet
- vedtak om endringer i antallet helseforetak i helseregionen
- vedtak om endringer i opptaksområdet for helseforetak.

Styret i det regionale helseforetaket skal forelegge saker etter § 30 for departementet. I praksis vil styret i et helseforetak fatte vedtak om sin anbefaling og sende saken over til det regionale helseforetaket. Etter egen saksforberedelse fatter styret i det regionale helseforetaket vedtak om sin anbefaling, som sendes departementet. Anbefalingen fra styret blir vurdert på administrativt nivå i Helse- og omsorgsdepartementet, og blir lagt fram for statsråden sammen med beslutningsgrunnlag og tilråding. Statsråden tar blant annet stilling til om det er behov for å legge saken fram til behandling i regjeringen. I selve foretaksmøtet i regionalt helseforetak legger statsråden fram sitt begrunnede vedtak, som går fram av skriftlig protokoll fra møtet. Det er ikke lagt opp til diskusjon i møtet, ettersom statsråden er den eneste stemmeberettigede. Det er mulig å protokollføre eventuell uenighet fra de frammøtte. Protokollene fra foretaksmøtene i de regionale helseforetakene blir publisert på regjeringen.no.

Forståelsen av hvilke konkrete vedtak foretaksmøtet i regionalt helseforetak skal fatte, vil være påvirket av den politiske situasjonen og statsrådets vurdering av hvilke beslutninger som anses å være prinsipielle, overordnede eller å ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Stortingets uttalte og uuttalte forventninger er av stor betydning. Den enkelte statsråd kan derfor ta et prinsipielt standpunkt til hvordan vedkommende ønsker å forstå og praktisere bestemmelsen i helseforetaksloven § 30. Statsråden kan bygge på, men er ikke bundet av, tidligere statsrådets praksising av § 30.

En gjennomgang av protokoller fra foretaksmøter i de regionale helseforetakene som ble gjort i forbindelse med NOU 2016: 25, viste at det relativt sjeldent var fattet vedtak som kan henføres til § 30 i helseforetaksloven. Følgende eksempler ble nevnt: omorganisering av fødselsomsorgen i flere regioner, avvikling av sengeposten ved Sørlandet sykehus avdeling Farsund, omstilling i Helse Sør-Øst («hovedstadsprosessen»), bruk av Aker sykehus som samhandlingsarena, funksjons- og oppgavefordeling mellom lokalsykehus i Helse Førde, sammenslåing av helseforetakene i Møre og Romsdal, anmodning om at utviklingsplan for sykehusene i Møre og Romsdal bør drøfte alternativer med både ett og to sykehus, valg av lokalise-

ring for nytt sykehus i Møre og Romsdal, samling av nevrokirurgisk virksomhet ved Haukeland universitetssykehus og avvikling av akuttfunksjoner i Kragerø og på Rjukan.

En gjennomgang av protokollene fra foretaksmøtene i regionale helseforetak fra og med 2016, viser vedtak i følgende saker som kan henføres til helseforetaksloven § 30: konseptfase nytt sykehus i Drammen (2016), videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus (2016), endringer i antall helseforetak i Helseregion Nord – Helse Nord IKT HF (2016), oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2017 med avklaring av akuttfunksjoner (2017), målbylde og videreutvikling av Sykehuset Innlandet (2019, 2021, 2022), Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering (2020), fødetilbud i Møre og Romsdal (2021, 2022), framtidig rolle for Nasjonal IKT HF (avvikling, 2019), opprettholdelse av Kringsjøatnet (2021), opprettelse av nytt helseforetak i Helseregion Midt-Norge – Hemit HF (2021).

### 5.3 Lokal- og regionalpolitisk medvirkning

Lokal- og regionalpolitisk medvirkning og forankring ble vektlagt i forarbeidene til helseforetaksloven.<sup>4</sup> Det ble lagt til grunn at lokale og regionale politiske myndigheter, sammen med bruker- og pårørendeorganisasjonene, skal få anledning til å gi innspill til de regionale helseforetakenes planprosess om behov, prioritering, samarbeid med øvrige helse- og omsorgstjenester, og eventuelt andre viktige saker. Forarbeidene presiserte at anledningen til å gi innspill ikke må komme i konflikt med ansvaret som er pålagt de regionale helseforetakene, eller med departementets eierstyring av disse. Det ble foreslått å lovfeste regionale rådsorganer for å gi foretakene sterkere lokal og regional forankring. Det ble også foreslått en lovbestemmelse om at Sametinget skulle oppnevne et råd som skulle ha rådgivende funksjon for foretakene. Lovbestemmelsene om rådsorganer ble ikke vedtatt.<sup>5</sup>

#### 5.3.1 Lovpålagte krav til samarbeid og innspill

Helseforetaksloven § 41 bestemmer at regionale helseforetak og helseforetak skal samarbeide

<sup>4</sup> Jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

<sup>5</sup> Jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

med andre når dette er «egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger foretaket skal ivareta». I spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e er dette utdypet til «plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven». Det framgår også av bestemmelsen at de regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler med kommunene. Avtalene må tilpasses lokale forhold og behov. Kommunene har en tilsvarende plikt til å inngå slike samarbeidsavtaler etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Praksis i alle regioner er at det er kommunene og helseforetakene som har inngått samarbeidsavtaler. Avtalestrukturen varierer noe, men i all hovedsak har helseforetak og kommuner inngått en overordnet samarbeidsavtale og flere delavtaler.

Helsefellesskapene er opprettet gjennom en avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, og er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Avtalen har varighet ut 2023. Helsefellesskapene er omtalt og drøftet i kapittel 6.

### 5.3.2 Høring og involvering i utredning av utviklingsplaner

Alle regionale helseforetak og helseforetak som driver med pasientbehandling, skal ha egne utviklingsplaner. Planene rulleres hvert fjerde år og viser hvordan befolkningen i henholdsvis helseregionen og helseforetakenes opptaksområder skal sikres tilbud om nødvendige spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvaret). Det overordnede målet er å legge til rette for god og framtidsrettet pasientbehandling og god bruk av ressurser. Utviklingsplanene er foretakenes øverste strategiske dokument og skal beskrive dagens situasjon, utfordringer og muligheter, ønsket utviklingsretning og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte utfordringer i framtida. Utviklingsplanene skal bygge på framskrivninger etter felles nasjonal metodikk og nasjonale og regionale føringer, blant annet nasjonale planer.

De regionale helseforetakenes planer omhandler blant annet oppgavefordeling mellom helseforetakene, bruk av private leverandører og forholdet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regional utviklingsplan skal bygge på helseforetakenes utviklingsplaner.

De fire regionale helseforetakene har utarbeidet en felles veileder for arbeidet med utviklingsplaner, som også helseforetakene skal legge til

grunn. Veilederen gir blant annet følgende føringer for involvering av andre:

«Arbeidet med utviklingsplanen må være basert på åpenhet, involvering og forutsigbarhet. Helsefellesskapene, brukere, ansatte og andre samarbeidsparter skal involveres i arbeidet. Det skal vurderes hvordan hver enkelt gruppe av interessenter informeres. Det kan eksempelvis skje gjennom aktive tiltak som informasjonsbrev eller lignende, eller bare passivt via tilgang til nettside. Dette skal beskrives i kommunikasjonsplanen.

Arbeidet skal foregå i åpenhet. Det skal være mulig å følge prosessen for alle som ønsker innsyn. Dette innebærer at mandat, prosjektsammensetning, delutredninger, utkast til utviklingsplan, tidslinje og milepæler med mer skal være tilgjengelig for alle. I praksis forutsetter dette en åpen og oppdatert nettside som er tilgjengelig for alle.

Ved arbeidets oppstart skal det gjøres en interessentanalyse som omfatter både interne og eksterne interessenter. Som hovedregel skal interessentene selv avgjøre om de vil involveres eller informeres.

Kommunene skal alltid involveres, ikke bare informeres. Gjennom samarbeidet i helsefellesskapene skal kommunene og helseforetakene drive felles planlegging og gjensidig bidra til å styrke behandlingstilbudet til prioriterte grupper.

Det må legges godt til rette for brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte/vernetjeneste. Arbeidets omfang tilsier at man bør vurdere å oppnevne to brukerrepresentanter. Involvering betyr for eksempel deltagelse i prosjekt- og/eller styringsgrupper».

De regionale helseforetakene har blant annet følgende møtearenaer for arbeidet med utviklingsplaner:

- Regional styringsgruppe, som består av foretakets ledergruppe og representanter for brukerutvalg, konserntillitsvalgt og konsernverneombud
- Regionale koordinerings- eller nettverksgrupper, sammensatt av representanter fra helseforetakene
- Møter med kommunene, inkludert i helsefellesskapene
- Egne møter med andre interessenter. Til illustrasjon har Helse Sør-Øst RHF presentert hovedtrekkene i sin utviklingsplan i mer enn 70 møter med interne og eksterne aktører.

Både de regionale helseforetakene og helseforetakene sender planutkast på høring. Utviklingsplanene styrebehandles før høring, og etter høring for endelig vedtak. Sakens dokumenter og styremøtene er tilgjengelige og åpne for publikum.

### 5.3.3 Høring og involvering i utredning av sykehusutbygging

Gjennomføring av større byggeprosjekter skal følge *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* (Sykehusbygg HF, 2017) og være basert på foretakets utviklingsplaner. Dette er nærmere omtalt i kapittel 7.

Valg av lokalisering og tomt besluttes av prosjekteier (helseforetaket eller det regionale helseforetaket). I de tilfellene byggeprosjektene innebærer endring av eksisterende sykehusstruktur og/eller endring av lokalisering, skal foretaksmøtet i det regionale helseforetaket (staten ved statsråden) fatte vedtaket, jf. helseforetaksloven § 30. Styret i helseforetak og styret i regionalt helseforetak fatter vedtak om sin anbefaling til eier om lokalisering, og fatter senere selv vedtak om tomtevalg. Lokalisering gjelder valg mellom steder som kan gi ulike betingelser for driften av virksomheten og/eller ulike konsekvenser for interessenter, mens tomtevalg gjelder endelig plassering innenfor et valgt geografisk område.

Foretakenes valg av lokalisering skal skje før oppstart av konseptfasen. Ved behov for ny tomt, skal tomtevalg besluttes før konseptfasens del to

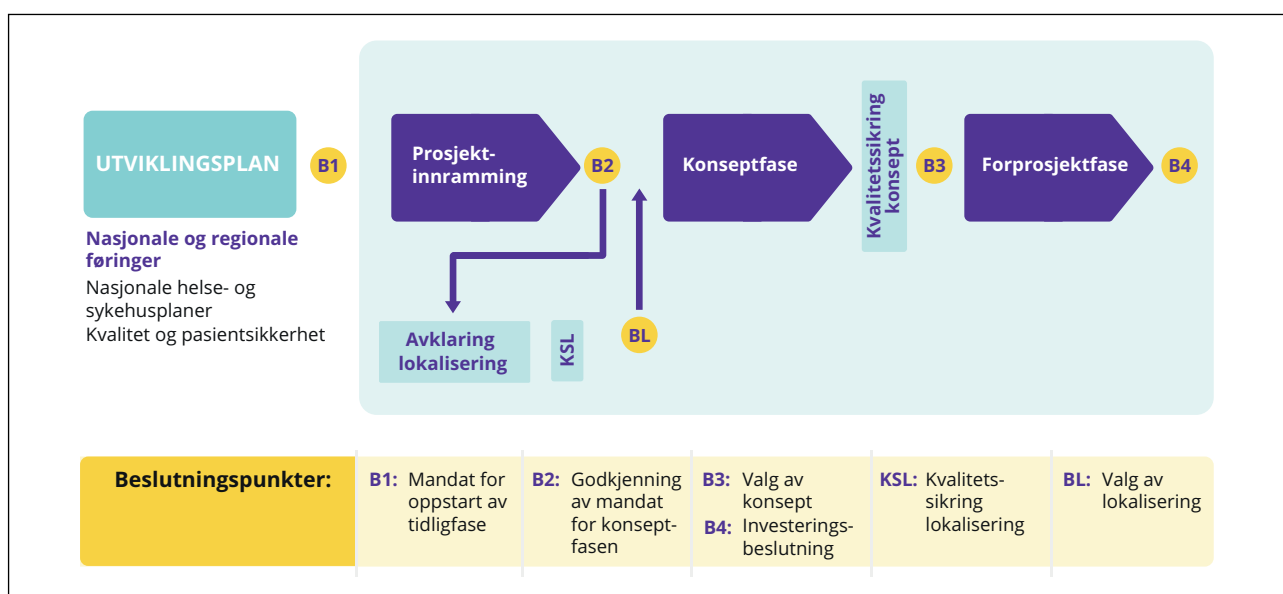
#### Boks 5.1 Følgende er anbefalt som grunnlag for valg av lokalisering

- Reisetidsanalyser (reisetid og -mengde)
- Tilgjengelighet
- Rekruttering
- Kostnadsanalyser og økonomiske effekter
- Reguleringsmessige forhold
- Vurdering i forhold til statlig arealpolitikk
- Risikovurderinger
- Miljø- og klimakonsekvenser av lokaliseringen
- Samfunns effekter av vesentlig betydning, utover de som framkommer over.

Kilde: Veileder for tidligfasen i sykehusplanlegging

og ligge til grunn for en reguleringsprosess etter plan- og bygningsloven.

De regionale helseforetakenes og helseforetakenes planlegging av sykehusbyggprosjekter tar høyde for plan- og bygningslovens krav til beslutningsgrunnlag. Reguleringsplanen omfatter utredning av konsekvensene av sykehusetableringen, blant annet basert på lokaliseringsanalysen. Veilederen presiserer at det innledningsvis må avklares om tiltaket er av en størrelse som kan gi vesentlige virkninger og konsekvenser for miljø og samfunn, slik at tiltaket utløser krav om konsekvensutredning basert på plan- og bygningsloven § 4-2. Veilederen anbefaler konsekvensutredning før valg av



Figur 5.1 Faser og beslutningspunkter i prosjekter som omhandler utredning og valg av lokalisering

Kilde: Sykehusbygg HF



lokalisering og at regionale tema blir vurdert før lokale tema. Lokaliseringsanalysen skal være offentlig tilgjengelig eller sendes på høring. Aktuelle kommuner skal involveres. Veilederen forutsetter også rådgivende medvirkning fra pasient- og pårørendes organisasjoner og fra ansatte.

## 5.4 Forholdet mellom regionale helseforetak og helseforetak

### 5.4.1 Rettslige rammer

Helseforetakene er selvstendige rettssubjekter. Det innebærer at styret i de enkelte helseforetakene (og de som er delegert myndighet innad i virksomheten) har myndighet til å fatte beslutninger på vegne av helseforetaket om alt som vedrører virksomheten.

Styrene i helseforetakene har selvstendig ansvar for alle deler av den omfattende virksomheten i helseforetaket og at krav til forsvarlighet, pasient- og brukerrettigheter mv. blir oppfylt.

De rettslige rammene for de regionale helseforetakenes styring av helseforetakene tilsvarer i all hovedsak rammene for statens styring av de regionale helseforetakene, jf. punkt 5.2.

Foretaksmøtet i helseforetak er helseforetakets øverste styringsorgan. Som eier og overordnet helseforetakene, kan det regionale helseforetaket i foretaksmøte beslutte begrensninger i den myndigheten som skal tilligge helseforetakets øverste ledelse, og hvilke saker som skal bringes opp til beslutning i regionalt helseforetak. Normalt er det styret i det regionale helseforetaket som representerer eier i foretaksmøtet. Daglig leder kan også få fullmakt til å ivareta dette i konkrete tilfeller.

På samme måte som i forholdet mellom staten og det regionale helseforetaket, følger det av helseforetaksloven § 16 første ledd at all kommunikasjon mellom ledelsen i regionalt helseforetak og helseforetak utenom foretaksmøtet må anses som dialog og meningsutvekslinger. Styret i helseforetaket er ansvarlig for å fatte vedtak på selvstendig grunnlag og med en selvstendig begrunnelse, i den grad det ikke er gitt bindende instruks i foretaksmøte eller vilkår knyttet til bevilgning.

De regionale helseforetakene kan også styre ved å fordele tildelte bevilgninger mellom helseforetakene og sette vilkår for disse, på samme måte som departementet gjør i oppdragsdokumentet til regionale helseforetak, jf. omtale av finansiering i kapittel 7 og 8.

### 5.4.2 Fordeling av myndighet mellom regionale helseforetak og helseforetak

De regionale helseforetakene er ved lov pålagt ansvaret for å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen ved å gi oppdrag til helseforetakene og inngå avtaler med private avtaleparter om hvilke tjenester de skal tilby. De skal også ivareta eierskapet til helseforetakene. De regionale helseforetakenes oppgaver er derfor i stor grad begrunnet i behov for koordinering og beslutninger som har betydning for flere helseforetak og for at befolkningen får et helhetlig tilbud.

Dette innebærer blant annet at følgende prosesser og beslutninger ikke kan flyttes til det enkelte helseforetak:

- planlegging og styring i et regionalt perspektiv
- prioritering av investeringer
- oppgave- og funksjonsfordelinger
- fordele driftsbevilgning i oppdragsdokument
- forvalte eierskapet gjennom eierstyring
- oppfølging og kontroll av om mål nås og myndighetskrav følges
- strategisk ansvar for kjøp av helsetjenester fra private
- koordinering av forskning og undervisning.

Dette er prosesser og beslutninger med stor betydning for å kunne ivareta sørge-for-ansvaret.

Helseforetakene skal yte spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, eller som er pålagt i lov. I praksis er helseforetakene delegert ansvar for å yte spesialisthelsetjenester for befolkningen i sitt geografiske opptaksområde.

I Ot.prp. nr. 66 (2001–2002) er det forutsatt at helseforetakene skal ha en viss autonomi (side 202):

«Det ligger i foretaksmøtets overordnede myndighet at det kan gi styret instruks og omgjøre styrets vedtak. Dette bør imidlertid være rettigheter av latent karakter, og bare benyttes når det er nødvendig for å ivareta eiers overordnede ansvar og interesser. Der som denne myndigheten benyttes for hyppig vil det kunne bidra til å viske ut rolle- og ansvarsfordelingen mellom eier og foretakets ledelse, og dermed bryte med lovens ordning. [...] Det vil trolig være nærmere og mer løpende kontakt mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene enn det er mellom departementet og det regionale helseforetaket. Slike kontaktsopplegg bør kunne utvi-

kles med utgangspunkt i praksis som generelt er utviklet i konsernforhold. Men det er viktig at det ikke utvikles en praksis som strider mot lovens forutsetning om myndiggjøring og klart ansvar for helseforetaket».

Det er opp til det enkelte styret i regionale helseforetak å vurdere hvilke beslutninger de selv ønsker å fatte og hvor stort handlingsrom de skal overlate til helseforetaket. Momenter i vurderingen vil blant annet være behovet for lokal autonomi, behovet for felles regionale løsninger, behovet for samordning, styrets arbeidsbyrde, hvor velfungerende dialogen mellom foretakene er og behovet for lokale prosesser. Fordelingen av beslutninger mellom regionalt helseforetak og helseforetak kan derfor variere med geografi, kompleksitet, styrets sammensetning og risikovillighet hos de involverte.

I NOU 2016: 25 er det pekt på at det har vært ulik praksis for i hvor stor grad det regionale helseforetakets administrasjon involverer seg i spørsmål av mer driftsmessig art ved det enkelte helseforetak. Det er også ulikt hvor stor frihet administrasjonene i helseforetakene er gitt til selv å håndtere lokale utfordringer. For eksempel viser Sintef (2015) i evalueringen av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst til at regionen i forbindelse med gjennomføring av omstillingen, gikk bort fra vedtaket om konkretiserte oppdrag til hvert enkelt helseforetak til mer «generelle» styringskrav med utgangspunkt i oppdragsdokumentet fra departementet. Helseforetakene fikk dermed i større grad ansvar for å utvikle sin egen framdriftsplan, mål og suksesskriterier.

Som omtalt i punkt 4.5.2 var det en intensjon i departementets oppfølging av Kvinnsland-utvalgets rapport, at helseforetakene skulle få mer autonomi og dermed større frihet til å innrette tjenestetilbudet i tråd med lokale behov og forutsetninger. Departementet oppnevnte i 2019 en arbeidsgruppe med styrerepresentanter og ledere på ulike nivå i helseforetakene. Tilrådingene fra arbeidsgruppen ble oppsummert i et notat. I foretaksmøte i januar 2020 ble de regionale helseforetakene bedt om å følge opp notatet ved å:

- «gjennomgå praksis for involvering av helseforetakene i beslutninger som vedtas av styret i det regionale helseforetaket på områder som har stor betydning og direkte økonomiske konsekvenser for helseforetakene, og vurdere om det bør utarbeides retningslinjer for å tydelig-

gjøre hvordan helseforetakene skal involveres. Dette gjelder også for beslutninger som skal fattes av styret for felleseide nasjonale helseforetak.

- vurdere arbeidsfordeling mellom regionalt helseforetak og helseforetak på områder som ikke er direkte knyttet til sørge-for-ansvaret (blant annet fag- og kompetanseutvikling, kvalitetsarbeid og støtteprosesser for helseforetak innen HR-området).
- vurdere om oppdragsdokumentene til helseforetakene i større grad bør differensieres og reflektere særtrekk ved det enkelte helseforetakets opptaksområde og ansvar.
- vurdere om det er behov for å tydeliggjøre rollen til styrene i helseforetakene og å utdype dette i styreveiledere for helseforetakene i helseregionen.»

Rapportering i årlig melding viser at alle de regionale helseforetakene har involvert helseforetakene i å utarbeide retningslinjer for konkretisering av roller, ansvar og arbeidsdeling. De regionale helseforetakene peker på at de løpende drøfter oppdrag og ansvar i møter mellom administrerende direktører og styreledere og i forbindelse med styresaker. Arbeidet med å konkretisere ansvar og arbeidsdeling skjer kontinuerlig, blant annet gjennom rammeverk for virksomhetsstyring. Helseforetakene blir involvert i prosesser som har betydning for drift og utvikling av helseforetakene i den løpende virksomhetsstyringen. Dette omfatter blant annet arbeidet med det årlige oppdrags- og bestillerdokumentet, budsjett og økonomisk langtidsplan, samt arbeidet med lokale og regionale utviklingsplaner. Det samme gjelder IKT-prosjekter og arbeidet med delstrategier og fagplaner. Det blir gjennomført månedlige møter mellom de administrerende direktørene i helseforetakene og ledelsen i det regionale helseforetaket der de diskuterer saker av strategisk betydning for helseforetaksgruppen som helhet.

Som et eksempel har Helse Nord RHF siden 2020 lagt flere funksjoner ut til helseforetakene. Dette gjelder blant annet lederutvikling, simulering, digital læring mv., samt ivaretagelse av ulike fagnettverk og regionale funksjoner. Flere oppdrag om utvikling og utredning har også blitt lagt til utvalgte helseforetak, for eksempel tiltak for å forbedre pasientreiser, felles standarder for høykostlegemidler, døgnkontinuerlig tolketjeneste og digital hjemmeoppfølging.

### 5.4.3 Påvirkningsmuligheter for administrativ ledelse i regionalt helseforetak

Administrerende direktør og andre ansatte i regionalt helseforetak er i juridisk forstand ikke overordnet helseforetakets styre eller ansatte. Helseforetakene er egne rettssubjekter og kravet er at eierstyring skal skje i foretaksmøtet.

Styret behandler saker om beslutninger som senere skal vedtas i foretaksmøte. Administrerende direktør kan representere det regionale helseforetaket som eier i foretaksmøtet, enten når det tas beslutninger som anses å ligge til den daglige ledelsen i det regionale helseforetaket, eller når styret i det enkelte tilfellet har gitt daglig leder myndighet til det, jf. helseforetaksloven §§ 39 og 37. De administrerende direktørene ivaretar med grunnlag i likelydende styrebeslutninger den formelle eierstyringen av felleseide helseforetak, herunder foretaksmøter.

Administrerende direktører i helseforetakene og i det regionale helseforetaket og samles i regionale direktørmøter for å diskutere saker som gjelder drift og strategiske veivalg. Direktørmøtet i en helseregion er ofte styringsgruppe for regionale prosjekter. Direktørmøtet i en helseregion er også et forum for dialog om overordnede utfordringer, utveksling av erfaringer, orientering om aktuelle saker og samtaler om hvordan allerede fattede vedtak bør gjennomføres. Det kan også være et forum for å bli enige om hvordan saker bør løses til det beste for regionen som helhet, og hvordan saker bør legges fram for de respektive styrene. Bindende styringsbudskap blir kun gitt i foretaksmøter.

Styrelederne i helseforetakene og styreleder og administrerende direktør i det regionale helseforetaket har også jevnlig møter for å diskutere utfordringer, erfaringer og innspill. Det er etablert fora for personal-, økonomi-, informasjonsdirektører mv. I tillegg er det faglige nettverk, prosjektgrupper, styringsgrupper, referansegrupper og andre møtearenaer for å samordne, samhandle og organisere prosjekter i helseregionen.

Tilsvarende møtearenaer er også etablert mellom de regionale helseforetakene. Departementet har i flere tilfeller stilt krav i foretaksmøter om at de regionale helseforetakene skal utrede og/eller løse oppgaver i fellesskap, for å sikre nasjonale løsninger. De administrerende direktørene i de regionale helseforetakene samles månedlig for å diskutere saker som gjelder strategiske veivalg, utveksle erfaringer og oppgaver som krever felles tilnærming på tvers av regionene. De administre-

rende direktørene i de regionale helseforetakene utgjør også Beslutningsforum for Nye metoder. Ledelse og sekretariat for direktørmøtene går på rundgang mellom regionene. Hver region kan melde inn saker som de ønsker å ta opp. Konserntillitsvalgte og konsernverneombud får saksliste og dokumenter til gjennomsyn med mulighet for å gi innspill som blir referatført på den enkelte saken.

### 5.4.4 Organisering og styring av felleseide helseforetak

Helseforetaksloven åpner for at regionale helseforetak og helseforetak kan etablere ny virksomhet eller skille ut deler av virksomheten i eget foretak. Dette gjelder både virksomhet som yter spesialisthelsetjenester og virksomhet som yter støttefunksjoner som er nødvendige og sentrale forutsetninger for at det kan ytes spesialisthelsetjenester og for at sektoransvaret kan ivaretas. Slike virksomheter kan eies av ett (regionalt) helseforetak eller av flere (regionale) helseforetak sammen. Begrunnelsen for felles eierskap er å bidra til god ressursutnyttelse, utvikling av spisskompetanse, samordning mellom regionene, lik oppgaveløsning og bedre nasjonalt samarbeid på viktige områder.

Følgende helseforetak er eid av de fire regionale helseforetakene i fellesskap: Luftambulansetjenesten HF, Sykehusinnkjøp HF, Pasientreiser HF, Sykehusbygg HF og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF. De regionale helseforetakene har hver en eierandel på 25 pst. i selskapene Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF. I de fire øvrige selskapene har Helse Sør-Øst en eierandel på 40 pst. og de tre øvrige regionene en andel på 20 pst. hver. Etter vedtak i styrene i de regionale helseforetakene vil det i løpet av våren 2023 bli lik eierandel mellom de regionale helseforetakene i alle de felleseide helseforetakene.

Fram til endringen av helseforetaksloven § 42 fra 1. januar 2013, jf. Prop. 120 L (2011–2012), måtte felleseide virksomheter som omfattet kliniske-, medisinske-, eller andre helsefaglige servicefunksjoner organiseres som ansvarlig selskap (ANS). Felleseide selskaper som organiserte virksomhet som i seg selv ikke er spesialisthelsetjeneste, måtte organiseres som selskaper med begrenset ansvar. I praksis innebar dette organisering som aksjeselskap. Med lovendringen kunne de felleseide selskapene også organiseres som helseforetak.

I foretaksmøte i januar 2014 ble det stilt likelydende krav til de regionale helseforetakene om

videreutvikling av nasjonalt samarbeid og bedre samordning på tvers av regionene for arbeidet med sykehusbygg, IKT og innkjøp. De regionale helseforetakene ble bedt om å etablere felleseide helseforetak på hvert av de tre områdene, og etablerte på bakgrunn av dette kravet Nasjonal IKT HF, Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF. I foretaksmøte i juni 2019 ble det vedtatt å avvikle Nasjonal IKT HF. Begrunnelsen var at det var endringer i aktørbildet på e-helseområdet og at det var utviklet nye samarbeidsformer mellom de regionale helseforetakene. Luftambulansetjenesten HF (tidligere ANS) og Pasientreiser HF (tidligere ANS) ble i sin tid etablert som følge av at disse oppgavene ble overført til de regionale helseforetakene. Det var et klart mål om å videreføre tjenestene med en nasjonal organisering.

Departementets styringsmuligheter overfor de felleseide helseforetakene skjer gjennom føringer og krav i oppdragsdokumenter og foretaksmøter i de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har som eiere, ansvar for gjennomføring overfor de felleseide helseforetakene. Departementets føringer kan både være knyttet til konkrete oppgaver som skal løses, og til hvordan de regionale helseforetakene skal gjøre bruk av tjenestene til de felleseide helseforetakene. Rapportering om virksomheten skjer i de ordinære oppfølgingsmøtene. Det blir også avholdt årlige møter mellom departementet, de regionale helseforetakene og de felleseide helseforetakene.

Etter likelydende styrevedtak i de regionale helseforetakene (2015) ivaretar de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene den formelle eierstyringen. Dette omfatter foretaksmøter, beslutning om årlige oppdragsdokumenter og løpende oppfølging av de felleseide helseforetakene. Eierne utøver den øverste myndighet i helseforetakene i foretaksmøte.

Styrene i de regionale helseforetakene behandlet felles sak om «videreutvikling av eierstyringen i de felleseide helseforetakene» i august 2022. Vedtakene omhandlet blant annet styresammensetning, involvering av tillitsvalgte og større involvering av RHF-styrene.<sup>6</sup> Det framgår at styrene i de regionale helseforetakene skal bli forelagt oppdragsdokumentene til de felleseide helseforetakene og holdt orientert om rapportering og planer for virksomheten i økonomisk langtidsplan

<sup>6</sup> Se Styresak 100-2022 fra Helse Nord RHF, <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202022/20220824/Styresak%20100-2022%20Videreutvikling%20av%20eierstyringen%20i%20de%20felleseide%20helseforetakene.pdf> (Hentet 22.02.2023).

og tertialrapporter. Virksomheten i de felleseide helseforetakene skal også inngå i de regionale helseforetakenes utviklingsplaner. Styrene i de regionale helseforetakene skal beslutte endringer i oppgaver og rammer og ta strategiske beslutninger om utvikling av foretakene. De skal også fatte selvstendige vedtak om andre overordnede spørsmål med utgangspunkt i felles styresaker fra de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene.

Styrene i de felleseide helseforetakene blir oppnevnt av de regionale helseforetakene. Det er fem eieroppnevnte styremedlemmer i hvert foretak, to fra Helse Sør-Øst RHF og én fra hver av de andre regionale helseforetakene. Endringen av eierandelene vil innebære at styrerepresentasjonen samlet sett vil bli lik fra de regionale helseforetakene. De ansatte i de felleseide helseforetakene er også representert i styrene, med to eller tre styremedlemmer valgt av og blant de ansatte i det felleseide helseforetaket, med unntak av i Luftambulansetjenesten HF. Dette er altså ikke representanter for ansatte i sykehusene, slik det er i styrene for de regionale helseforetakene. For enkelte helseforetak er det oppnevnt observatører til styret. Det er én observatør oppnevnt av KS i styret for Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF), og to observatører oppnevnt fra de regionale brukerutvalgene i styret for Pasientreiser HF.

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud i regionale helseforetak blir involvert i oppfølging av de felleseide helseforetakene av administrerende direktør. Dette skjer ved årlige kontaktmøter, innsyn i sakslisten til AD-møter og anledning til å kommentere saker og et felles møte i tilknytning til den årlige behandlingen av oppdragsdokumentene til de felleseide helseforetakene (fra høsten 2022).

## 5.5 Styrenes rolle

### 5.5.1 Gjeldende rett og praksis

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal ha et styre og en daglig leder. Styret er et kollegialt organ som treffer beslutninger i styremøter. Styret har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med den nasjonale helsepolitikken og for at foretakets samlede ressurser brukes på beste måte for å oppfylle virksomhetens formål.

Styret har ansvar for forvaltning av foretaket og skal føre tilsyn med eget foretak og helseforetak som det eier. Forvaltningsansvaret innebærer å etablere strategier og en hensiktsmessig organi-

sering for at ressursene som staten stiller til disposisjon, blir anvendt i samsvar med formålet. Styret skal etablere mål, og fastsette strategiske planer, rammer for operative planer og budsjett for å nå målene. Styret skal sørge for at foretakets samlede virksomhet er tilfredsstillende organisert, samt at det er gode rutiner for kommunikasjon og rapportering. Styret i regionale helseforetak skal gjennomføre foretaksmøter i helseforetak ved behov.

Tilsynsansvaret innebærer at styret skal forvisse seg om at foretaket oppfyller de samlede kravene til virksomheten. Styret skal sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for å vedta korrigerende tiltak. Styret må holde seg orientert om utviklingen innen helsesektoren for å kunne være i stand til å vurdere om formålet oppnås på best mulige måte. Styret må påse at foretakets midler blir disponert innenfor rammen av vedtatte budsjetter, slik at foretaket kan ha tilstrekkelig utstyr og kvalifisert personell. Styret skal i tillegg fastsette mål og plan for eget arbeid, etablere gode arbeidsformer og evaluere eget arbeid.

Styrets oppgaver skal gå fram av instruks for styret, fastsatt av styret selv. Detaljeringsnivået i styreinstruksen varierer mellom foretakene.

Det skal styres til beste for foretaket. Det enkelte styremedlem har et selvstendig ansvar for å ivareta foretakets formål og interesser, og skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper. Ingen av styremedlemmene skal ta særlige hensyn til de grupperingene eller det geografiske området de er valgt fra. Styrene er et collegium med samme ansvar og rolle.

Det skal være møteoffentlighet ved styremøter i regionalt helseforetak og helseforetak. Krav til åpne styremøter innebærer normalt at alle som ønsker det, kan være til stede og overhøre møtene, men uten tale-, forslags- eller stemmerett. Styremøtene i de regionale helseforetakene og helseforetakene blir også overført digitalt, slik at media og andre interessenter kan følge disse direkte. Åpne styremøter er begrunnet i at hensynet til offentlighet må veie tungt der det treffes beslutninger om forvaltningen av samfunnets ressurser og fellesgoder. Styret kan vedta å behandle en sak for lukkede dører dersom det foreligger et reelt og saklig behov, og vilkårene i helseforetaksloven § 26 a er oppfylt.

### **Boks 5.2 Styreinstruks i Helse Nord RHF – saker som skal behandles av styret**

«Saker som styret blant annet skal behandle:

- Ansette og eventuelt avsette administrerende direktør
- Fastsette instruks og lønn for administrerende direktør
- Tertialvise rapporter fra helseforetakene
- Andre rapporter som innkommer fra helseforetakene med avvik som ansees betydningsfulle for helseforetakene og/eller Helse Nord RHF
- Strategiske planer og beslutninger
- Saker som skal framlegges i Helse Nord RHF's foretaksmøte
- Saker som skal framlegges i helseforetakenes foretaksmøter
- Endring av driftsoppgaver eller funksjons- og oppgavefordeling innen et helseforetak som kan ha betydning for drift av andre helseforetak/Helse Nord RHF eller som kan forventes å skape konflikter i helseforetakets lokalområde
- Drifts- og oppgaveforandringer på tvers av helseforetak
- Oppdragsdokument til helseforetakene
- Saker av uvanlig art eller av stor betydning
- Pasienters og pårørendes rettigheter og interesser, jf. vedtektenes § 14, 1. og 3. ledd
- Samiske organisasjoners, nasjonale minoritetsorganisasjoners og innvandrersorganisasjoners høringsuttalelser, jf. vedtektenes § 14, 2. ledd
- Rapportering fra intern revisor, jf. Helse Nord RHF's styresak nr. 26-2005».

Kilde: Helse Nord RHF

### Om tilsynsrollen

Styret skal ifølge helseforetaksloven § 28 føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter. Som ledd i dette, skal styret føre tilsyn med daglig leders ledelse av virksomheten. Styret skal holde seg orientert om foretakets økonomiske utvikling og plikter, påse at virksomheten, regnskap og formuesforvaltning er godt kontrollert og påse at foreta-

ket har en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet.

Det er stilt krav til internkontroll i helse- og omsorgstjenesten blant annet i helsetilsynsloven § 3, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det er etablert og gjennomført systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Styringssystemet skal være tilpasset virksomhetens risiko og egenart. Risiko må derfor identifiseres, analyseres og kontrolleres (risikostyring). Daglig leder har ansvar for å etablere og gjennomføre et forsvarlig styringssystem og holde styret tilstrekkelig orientert. Styret har ansvar for at internkontrollen blir fulgt opp i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte.

Styret skal videre påse at det blir vedtatt tiltak for å korrigere svikt. Styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene har en kontrollfunksjon og må for eksempel aktivt følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem. Styrene må også sørge for å være informert om hvorvidt helse- og omsorgslovgivningen blir overholdt, om tjenestene er forsvarlige og om det blir arbeidet systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styrene har et ansvar for å påse at det er etablert systemer for etterlevelse av pasientrettigheter. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 bestemmer blant annet at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten minst en gang årlig skal *«systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten»*.

Styret i regionale helseforetak skal føre kontroll med både eget foretak og eide helseforetak. De skal også sørge for at foretaket følger opp at private avtaleparter leverer helse- og omsorgstjenester i tråd med kravene i lov og avtale.

Det regionale helseforetaket skal ifølge helseforetaksloven § 21 a ha et revisjonsutvalg som skal støtte styret i arbeidet med å ha oversikt og kontroll med foretaksgruppens prosesser for virksomhetsstyring, risikostyring og intern styring og kontroll. Revisjonsutvalget utfører sitt arbeid på vegne av styret, og har både det regionale helseforetaket og helseforetakene som arbeidsområde. Revisjonsutvalget velges av og blant styrets medlemmer. Begge kjønn skal være representert og minst ett av medlemmene skal ha kunnskap om regnskap eller revisjon.

### **5.5.2 Sammensetning og oppnevning av styret**

Styrets sammensetning er regulert i helseforetaksloven § 21. Styret i regionale helseforetak og helseforetak skal ha minst fem medlemmer. I helseforetak med mer enn 200 ansatte skal styret ha minst sju medlemmer. Styrene for de regionale helseforetakene består av både eieroppnevnte styremedlemmer og styremedlemmer valgt av og blant de ansatte. Styremedlemmene blir oppnevnt for to år og kan gjenoppnevnes for flere perioder.

Alle styremedlemmene er likeverdige styremedlemmer, enten de er valgt av eier eller av de ansatte. De har de samme rettighetene og det samme ansvaret for beslutningene som styret fatter. De ansattvalgte styremedlemmene deltar likevel ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Eier velger flertallet av styremedlemmene i foretaksmøte. I praksis innebærer dette at statsråden velger medlemmer til de regionale helseforetakenes styret. Det regionale helseforetakets styre velger medlemmer til styrene i helseforetakene det eier, eventuelt etter tilråding fra foretakets daglige leder.

Inntil en tredel og minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer skal i regionale helseforetak velges av og blant de ansatte i det regionale helseforetaket og helseforetak som foretaket eier. I helseforetak som har flere enn 30 ansatte, kan et flertall av de ansatte kreve at inntil en tredel og minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer, velges av og blant de ansatte. I helseforetak som har flere enn 200 ansatte, skal de ansatte i tillegg enten velge ett styremedlem og varamedlem, eller to observatører og varamedlemmer. Gjennomføring av de ansattes valg av styremedlemmer er regulert i egen forskrift.

I regionalt helseforetak skal styremedlemmene som foretaksmøtet velger, ha tilknytning til den regionen som foretaket hører under. Det gjelder ikke tilsvarende krav i helseforetak.

Eier kan i foretaksmøte avsette eller bytte ut ett eller flere eieroppnevnte styremedlemmer. Dette krever ingen begrunnelse.

Foretakets daglige leder kan ikke være medlem av styret. Daglig leder av et helseforetak kan ikke være medlem av styret i det regionale helseforetaket som eier helseforetaket. I foretaksmøter i januar 2013 ble det av hensyn til å unngå uklare ansvarsforhold, bedt om at ansatte i det regionale

helseforetaket normalt ikke oppnevnes som styreleder for et underliggende helseforetak.

De regionale helseforetakene utarbeidet felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i 2017 (jf. punkt 4.5.6). Der framgår det at én til to representanter fra brukerutvalget, hvorav den ene er brukerutvalgets leder, møter i styremøtene som observatør med tale- og forslagsrett.

Flere helseforetak har også etablert ungdomsråd. I foretaksmøte i januar 2016 ble de regionale helseforetakene bedt om at det i felles retningslinjer for brukermedvirkning blir tatt inn bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

#### Styremedlemmenes kompetanse og antall

Helseforetaksloven stiller ingen kompetansekrav til styremedlemmene, men for å sikre en forsvarlig eierforvaltning må styret samlet sett ha kompetanse som står i forhold til oppgavene og foretakets utfordringer. I departementets styreveileder går det fram at styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drive og utvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med nasjonal helsepolitikk. Det er forventet at styrene legger opp sitt arbeid slik at de gjennom gode prosesser sørger for å utveksle nødvendig kunnskap og informasjon med relevante interessenter.

Det er videre fastsatt i vedtektene at styret skal ha en geografisk og aldersmessig bredde. Helseforetaksloven § 21 første ledd bestemmer at kravet til kjønnsmessig balanse etter reglene i aksjeloven § 20-6 gjelder tilsvarende.

Med bakgrunn i regjeringserklæringen fra 2005 (Stoltenberg II), ble det fastsatt at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene skulle velges blant foreslåtte folkevalgte i kommuner og fylkeskommuner. Etter denne ordningen økte antall styremedlemmer betydelig fra 2002, da det var ni medlemmer i styrene. De største styrene hadde 16 styremedlemmer.

Med bakgrunn i regjeringsplattformen for regjeringen Solberg, ble kravet om at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene i regionale helseforetak skulle være politisk aktive, avvirket ved valget av nye styrer i 2014. Dette ble begrunnet med at den sterkere politiseringen av styrene hadde gått på bekostning av rekruttering av personer med bakgrunn og kompetanse som er viktig for å løse de oppgavene og utfordringene de regionale helseforetakene og helseforetakene står overfor. Det ble også framhevet at størrelsen på styrene i flere sammenhenger hadde vært til hin-

der for gode prosesser og grundige diskusjoner. Styrene i de regionale helseforetakene er nå redusert til inntil ti medlemmer, hvorav inntil sju medlemmer er oppnevnt av eier.

De ansattvalgte styremedlemmene sammen med sitt kollegium av konserntillitsvalgte og konsernverneombud, blir forelagt utkast til styresaker til drøfting. Deres innspill blir protokollert og lagt inn i styresakene. De deltar i diskusjonen på lik linje med de eieroppnevnte styremedlemmene. Styremedlemmer valgt av og blant de ansatte bidrar blant annet med kunnskap om foretaksinterne forhold som kan være vesentlige for styrets vurderinger.

#### Rutiner for valg og vurdering av styret i regionale helseforetak

Nærings- og fiskeridepartementet (2020) har fastsatt rutiner for styrevalg i selskaper med statlig eierandel. Utgangspunktet er at staten arbeider for en styresammensetning som bidrar til å nå statens mål med eierskapet. Relevant kompetanse skal være hovedhensynet ved statens arbeid med styresammensetning. Staten skal også vektlegge kapasitet og mangfold ut fra selskapets egenart.

Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører årlig samtaler med samtlige styremedlemmer og administrerende direktører i de regionale helseforetakene, i tråd med retningslinjene. Hensikten er blant annet å vurdere om styrets sammensetning, arbeidsform (internt i styret og med ledelsen), kompetanse og innsats tilsier behov for endringer i styret. I styrevurderingen inngår også vurdering av styrets størrelse, som blant annet avhenger av kompetansebehov, størrelsen på og kompleksiteten i selskapet, samt ivaretagelse av styret som effektivt beslutningsorgan.

Når det velges nye styrer til de regionale helseforetakene, får styremedlemmene informasjon om styringssystemet både i egne seminarer og gjennom skriftlig materiale, herunder styreveilederen utarbeidet av departementet.

#### Rutiner for valg og vurdering av styret i helseforetak

Som forberedelse til de regionale helseforetakenes valg av styremedlemmer, blir det innhentet vurdering av status og behov ved det enkelte helseforetak. Det blir gjennomført samtaler med alle styreledere for vurdering av styrenes sammensetning, motivasjon og de viktigste målsettingene. Helse Vest RHF gjennomfører samtaler med alle eieroppnevnte styremedlemmer. I de øvrige regionene besvarer alle styremedlemmer en undersø-

kelse om styremedlemmenes egne vurderinger og om de ønsker å fortsette i styret. Det blir utarbeidet en liste over aktuelle kandidater, administrasjonen intervjuer kandidatene og undersøker referanser og legger fram en innstilling for styret for det regionale helseforetaket.<sup>7</sup>

I prosessen med oppnevning av helseforetakenes styrer benytter de regionale helseforetakene, med unntak av Helse Midt-Norge RHF, et styreutvalg bestående av styreleder og tre styremedlemmer, hvorav ett medlem er valgt av og blant de ansatte. Utvalget gir sin innstilling før hele styret beslutter styresammensetningen. Styreutvalgenes saksbehandling endrer ikke styrets ansvar for å treffe beslutningene i styremøtet. I Helse Midt-Norge RHF har styret nedsatt en stående valgkomité, ledet av styreleder, som arbeider etter en rutine vedtatt av styret.

Helse Nord RHF inviterer kommuner, fylkeskommuner og Sametinget til å foreslå aktuelle kandidater til styrene, men også andre kan komme med forslag. De andre regionale helseforetakene innhenter ikke rutinemessig slike innspill, men søker råd ved behov. Helse Midt-Norge RHF opplyser at tilstrekkelig lokal forankring blir tillagt betydelig vekt i prosessen.

De regionale helseforetakene legger til grunn en sammensetning der de fleste styremedlemmene har kjennskap og tilknytning til lokalmiljøet helseforetaket skal betjene, selv om helseforetaksloven ikke har føringer for regional tilhørighet for styremedlemmene i helseforetakene. I Helse Nord skal styrene i helseforetakene ha samisk representasjon.

Styrene i de regionale helseforetakene har delegert oppnevning av styrene i de felleseide helseforetakene til de administrerende direktørene. Administrerende direktør gir innstilling om oppnevning av styremedlemmer fra egen region og denne blir behandlet i møte mellom de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene (AD-møtet).

#### Styrets evaluering av egen virksomhet

Ifølge departementets veileder for styrearbeid skal styret gjennomføre evaluering av egen virksomhet én gang i året. Hele styret og daglig leder bør delta i evalueringen. Styret skal vurdere om

styrets sammensetning, arbeidsform og fungeringsmåte er egnet til å ivareta oppgavene. Resultatet av evalueringen skal presenteres og behandles i styremøte. Hensikten med gjennomgangen av egenevalueringen er å dyktiggjøre styret som kollegium og gi styremedlemmene innspill til hvordan styret kan forbedre sin arbeidsform.

Styret skal oppsummere og formidle deler av resultatene av evalueringen til eier årlig og på forespørsel. Formidlingen skal være slik at eier får nødvendige opplysninger for å vurdere styrets fungeringsmåte, særlig om styrets sammensetning er hensiktsmessig. Dette skal ikke gå på bekostning av evalueringens verdi som internt forbedringsarbeid i styret.

#### 5.5.3 Medvirkning fra brukere i styrene

De regionale helseforetakene og helseforetakene er pålagt å sørge for at brukere og pårørende er involvert i plan- og utviklingsarbeid gjennom lov om helseforetak, oppdragsdokumenter og foretaksmøte. De regionale helseforetakene har utarbeidet felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå (2017). På systemnivå skjer slik medvirkning i hovedsak gjennom brukerutvalg. Utvalgene skal representere alle pasienter og pårørende i helseforetakets virksomhetsområde.

Brukerutvalget skal være rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker av strategisk karakter som angår tilbudet til pasienter og pårørende i virksomhetsområdet. Brukerutvalget skal også være et forum for tilbakemelding fra pasienter og pårørende, samt et samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjoner. Brukerrepresentanter skal ha reell innflytelse i planlegging, beslutning, gjennomføring og evaluering, og deltar blant annet i prosjekter, råd og utvalg.

Det går fram av retningslinjene at én til to representanter fra brukerutvalget, hvorav den ene er brukerutvalgets leder, møter i styremøtene som observatør med tale- og forslagsrett. Brukerutvalgenes observatører til styremøtet deltar også på styreseminarer.

Sammensetningen av brukerutvalget skal gjenspeile helseforetakets virksomhetsområde, vanligvis gjennom balansert representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Pårørendeperspektivet skal være representert. Det skal også være ungdomsråd ved alle helseforetak som driver pasientbehandling.

<sup>7</sup> Styreleder i Helse Vest RHF deltar i intervju av aktuelle kandidater til verv som styreleder i HF-styrene. Innstillingen legges først fram for styrets arbeidsutvalg for valg av HF-styrer.



## 5.6 Organisering av helsetjenester til den samiske befolkningen

### 5.6.1 Rettslig bakgrunn

Nasjonale helsemyndigheter er gjennom norske lover og folkeretten forpliktet til å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen, og å sørge for at det samiske perspektivet blir ivaretatt i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier.

Gjennom blant annet ratifiseringen av ILO 169 har norske myndigheter anerkjent at samene har en særstilling som urfolk. Det følger av ILO-konvensjonen nr. 169 artikkel 25 nr. 1 at:

«Regjeringene skal sikre at tilfredsstillende helsetjenester blir gjort tilgjengelig for vedkommende folk, og skal skaffe dem ressurser som setter dem i stand til å utforme og tilby slike tjenester under deres eget ansvar og kontroll, slik at de kan nyte godt av en høyest mulig fysisk og mental helsemessig standard».

Dette ses i sammenheng med artikkel 7 nr. 2:

«Forbedring av levekår, arbeidsforhold og standarder for helse og utdanning for vedkommende folk skal foregå med deltakelse av og i samarbeid med dem, og skal prioriteres i planer for den allmenne økonomiske utvikling av de områder der de bor. Spesielle utviklingsprosjekter for disse områdene skal også legges opp slik at de fremmer slike forbedringer.»

Helseforetaksloven § 35 bestemmer at regionale helseforetak skal sørge for at pasienter og andre brukere blir hørt ved utarbeidelse av virksomhetsplan for de kommende år. Plikten påhviler styret, som bestemmer hvordan pasienter og andre brukere skal utøve innflytelse på planarbeidet. Styret må i valg av framgangsmåte ta hensyn til de rådende forhold i regionene, herunder de forskjellige etniske gruppene. Det betyr at representanter for samiske pasienter og andre brukere skal høres og ha innflytelse på planlegging og drift av spesialisthelsetjenesten.

Det følger videre av helseforetaksloven § 35 tredje ledd at «*regionalt helseforetak skal sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt, jf. sameloven § 3-1 nr. 4 og § 3-5.*» Det er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 at informasjon til pasienter og brukere skal være tilpasset deres kultur- og språkbakgrunn.

### 5.6.2 Planlegging, organisering og styring av samiske helsetjenester

Styret i Finnmarkssykehuset vedtok i 2019 å opprette en egen samisk klinikk. Sámi klinihkka er det eneste spesialisthelsetjenestetilbudet som er spesielt tilrettelagt for samiske pasienter. De øvrige regionale helseforetakene har inngått samarbeidsavtale med Helse Nord RHF om nasjonale kompetansetjenester utført av SÁNÁG/SANKS (jf. boks 5.3). Målgruppen er samiske pasienter med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer, og deres pårørende. Avtalen omfatter spesialisthelsetjenestetilbudet til barn, unge og voksne. Helse Midt-Norge RHF har også inngått et samarbeid med Sørsamisk helsenettverk<sup>8</sup> med tanke på å etablere et samisk helseteam i sørsamisk område i samarbeid mellom Røros kommune og St. Olavs Hospital HF. Helse Nord RHF har gjennom Finnmarkssykehuset HF også inngått samarbeidsavtaler med finske og svenske myndighet om spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Sámi klinihkka er organisert i Finnmarkssykehuset på linje med de to sykehusene i Hammerfest og Kirkenes, klinikk Alta og klinikk prehospitaltjenester. Rammer og utviklingsmuligheter for Sámi klinihkka henger dermed sammen med den samlede driften av Finnmarkssykehuset HF.

### 5.6.3 Strategi – Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen

Helse Nord RHF har i nært samarbeid med Sametinget og de tre andre regionale helseforetakene, utarbeidet strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*.<sup>9</sup>

Strategidokumentet beskriver tre hovedstrategier for utvikling av spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen; økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten, utarbeidelse av en nasjonal handlingsplan for samiske helsetjenester som omfatter kommune- og spesialisthelsetjenesten, og overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester.

<sup>8</sup> Sørsamisk helsenettverk er et nettverk av samiske fagfolk i sørsamisk område som arbeider for likeverdige helsetjenester til den sørsamiske befolkningen i Norge og Sverige, blant annet gjennom kunnskapsformidling om samisk helse til kommuner og helseforetak.

<sup>9</sup> Se <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Samiske%20helsetjenester/Strategi%20Spesialisthelsetjenester%20til%20den%20samiske%20befolkningen%20-%20bokm%C3%A5l.pdf> (hentet 03.03.2023)

### Boks 5.3 Tilbudet i Sámi klinihkka

Sámi klinihkka har et særskilt ansvar for å tilby og utvikle likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Klinikken har integrerte tjenester innen somatikk, rus og psykisk helse. I tillegg inneholder klinikken nasjonale kompetansetjenester SÁNÁG/SANKS, lærings- og mestringstjenester, geriatri og tolketjeneste. SÁNÁG/SANKS har et nasjonalt ansvar for oppgaver innen forskning, utvikling og kompetanseheving innen psykisk helsevern og rusbehandling for den samiske befolkningen i Norge.

Sámi klinihkka har spesialkompetanse i samisk språk og kultur. Det er ingen andre i Norden som leverer en slik tjeneste og dette gjør klinikken unik både nasjonalt og internasjonalt. Den samiske befolkningen bor spredt, og klinikken skal sikre at folk får en likeverdig tilgang til kvalifisert helsepersonell. Selv om Sámi klinihkka er samlet under ett tak, så tilbyr klinikken stedsuavhengige tjenester som gis med stedsuavhengig kompetanse.

Strategidokumentet har forslag til fire modeller for overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester:

Modell 1: Nullmodellen – videreutvikling av dagens organisering

Modell 2: Sámi klinihkka HF – direkte underlagt Helse Nord RHF

Modell 3: Felleseid helseforetak – Helse Sápmi HF

Modell 4: Statsforetak – Helse Sápmi SF

Strategidokumentet ble behandlet som en felles styresak i de regionale helseforetakene høsten 2020.<sup>10</sup> Styrene i de regionale helseforetakene konkluderte med følgende prioriteringer:

1. Strategi for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten prioriteres i første fase, i nært samarbeid med primærhelsetjenesten.

<sup>10</sup> Se styresak 102-2020 i Helse Nord RHF, <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202020/20200826/Styresak%20102-2020%20Spesialisthelsetjenester%20til%20den%20samiske%20befolkningen.pdf> (hentet 03.03.2023)

2. Det utarbeides en nasjonal handlingsplan som omfatter helsetjenester til den samiske befolkningen.
3. I henhold til de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar bør det jobbes videre med overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester. Modell 1, videreutvikling av dagens organisering, anbefales.

### 5.6.4 Samarbeidsavtale mellom Sametinget og Helse Nord RHF

Helse Nord RHF og Sametinget har samarbeidet om spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i mange år. Samarbeidet ble formalisert i en samarbeidsavtale i mars 2018. I mars 2022 ble det inngått en ny samarbeidsavtale som skal styrke medvirkningen i arbeidet med å videreutvikle helsetilbudet til den samiske befolkningen.<sup>11</sup>

Hovedpunktene i avtalen er:

- Sametinget og Helse Nord RHF forplikter seg til et nært samarbeid, der partene har flere faste møter i løpet av året. Målet er at partene sammen skal være i forkant av ulike utfordringer og problemstillinger som omhandler spesialisthelsetjenester til det samiske folk
- Sametinget skal inviteres til å gi innspill på kandidater til styrene i Helse Nord, for å sikre samisk representasjon.
- Sametinget skal inviteres til å foreslå medlemmer til ulike grupper og råd i forbindelse med utredninger om utvikling av spesialisthelsetjenester, som påvirker spesialisthelsetjenestetilbudet til den samiske befolkningen.
- Sametinget og Helse Nord RHF skal arrangere konferanser om spesialisthelsetjenestetilbudet til den samiske befolkningen hvert andre år, der målet er å fremme kvalitet og utvikle kompetanse om samisk språk og kultur i spesialisthelsetjenesten.
- Ved starten av hver Sametingsperiode avvikles et felles møte mellom Sametingets politiske ledelse og styret i Helse Nord RHF, der status og spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen settes på dagsorden.
- Det avvikles to årlige samarbeidsmøter mellom Sametinget og Helse Nord RHF; Et møte på politisk-/styreledernivå og et administrativt møte på direktørnivå. I tillegg avvikles møter ved behov når en av partene ber om det.

<sup>11</sup> Se <https://helse-nord.no/nyheter/sametinget-og-helse-nord-styrker-samarbeidet> (hentet 22.02.2023)

## 5.7 Utvalgets vurderinger

Utvalget har oppsummert erfaringer med dagens styring og organisering av sykehusene i kapittel 4. I dette kapitlet er den formelle adgangen til politisk styring som følger av lovgivningen beskrevet.

Utvalgets vurdering er at gjeldende lovgivning formelt sett gir adgang til å sikre demokratisk, regional og politisk innflytelse ved alle forhold som gjelder utforming og drift av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det blir fra mange hold framhevet at helseforetaksmodellen gir et demokratisk underskudd. I utvalget er det ulike syn på dette, men etter utvalgets oppfatning ligger det muligheter i modellen som ikke blir benyttet fullt ut. Utvalget vil derfor foreslå mulige tiltak og prosesser som kan bidra til å kompensere for dette, og peke på to vesentlige forhold i denne sammenheng; *politisk vilje til styring og kvaliteten på medvirkningsprosessene*.

For det første, vil den politiske viljen til å utnytte de mulighetene som ligger til styring, kunne variere. For det andre, kan utformingen av medvirkningsprosessene begrense mulighetene for reell demokratisk innflytelse. Det kan være et resultat av mangel på gode strukturer for medvirkning, tidspunktet for involvering av interessenter, hvordan kunnskapsgrunnlag blir gjort tilgjengelig eller hvilke alternativer som blir lagt fram.

Etter utvalgets vurdering handler demokratisk og politisk innflytelse på nasjonalt nivå dermed i stor grad om Stortingets og regjeringens politiske vilje til å involvere seg i beslutninger.

På lokalt og regionalt nivå handler demokratisk og politisk innflytelse i stor grad om å tilrettelegge for prosesser som sikrer medvirkning fra demokratisk valgte organer innenfor den regionen saken gjelder. Det handler også om at regionale helseforetak og helseforetak er seg bevisst sin rolle som samfunnsaktører, både ved utforming av beslutningsunderlag og ved å legge til rette for prosesser for involvering av interessenter. Dette er særlig viktig i forholdet mellom helseforetak og kommuner og fylkeskommuner i deres opptaksområde.

Etter utvalgets vurdering er det mulig å svare ut mandatets punkt om «økt demokratisk, politisk og regional innflytelse» innenfor rammen av dagens helseforetaksmodell. På den ene siden vil dette kreve en mer aktiv politisk involvering fra ansvarlig statsråd. Men det vil først og fremst forde en mer strukturert involvering av lokale folkevalgte organer fra regionale helseforetak og helseforetak.

I tillegg vil utvalget påpeke at også de strukturelle valgene som er gjort og gjøres i spesialisthelsetjenesten, har betydning for grad av demokratisk og lokal innflytelse. Det er omtalt i kapittel 4 at det har skjedd stor grad av organisatorisk sentralisering i perioden etter innføring av helseforetaksreformen. Helseregionene Sør og Øst ble i 2007 slått sammen til Helseregion Sør-Øst, i hovedsak begrunnet med behovet for å samordne sykehusstilbudet i hovedstadsområdet. Som omtalt i kapittel 4 vurderte Kvinnsland-utvalget om regioninndelingen burde endres. Et flertall i utvalget (11 av 16) mente at størrelsen på Helseregion Sør-Øst, sammenliknet med de andre regionene, var en utfordring, men at regioninndelingen etter en samlet vurdering kunne videreføres som i dag. Et vesentlig argument var at Oslo universitetssykehus HF bør videreføres som regionsykehus for Sør-Østlandet. Mindretallet mente at Helseregion Sør-Øst skiller seg ut i størrelse på en slik måte at den framstår for dominerende i forhold til de tre øvrige regionene, og derfor burde deles. Departementet støttet vurderingen fra utvalgets flertall. Departementet la i sin vurdering vekt på at det var synliggjort få gevinster ved å reversere utviklingen og dele Helseregion Sør-Øst, men at store negative konsekvenser ved en deling tilsa at regioninndelingen med dagens fire helseregioner bør videreføres.<sup>12</sup>

Sammenslåing av sykehus til større helseforetak er ofte begrunnet med både stordriftsfordeler og at det vil lette arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling, koordinering og planlegging. Utvalget vil peke på at det ikke er noen entydig sammenheng mellom sykehusenes størrelse og kostnadseffektivitet. Det antas i begrenset grad å være stordriftsfordeler i sykehus. Samtidig er det lett å knytte mye av misnøyen med dagens helseforetaksmodell til problemstillinger som har oppstått internt i de sammenslåtte helseforetakene. Mer sentralisering gir etter utvalgets oppfatning større avstand mellom nivåene i helsetjenesten, økt kompleksitet i beslutningsprosesser og større fare for at lokale organer kan oppleve seg mindre hørt.

## 5.8 Utvalgets forslag

Utvalget har valgt å gruppere sine forslag i seks punkter:

- Lokal og regionalpolitisk medvirkning

<sup>12</sup> Jf. Prop. 1 S (2017–2018) Helse- og omsorgsdepartementet (side 295)

- Virkemidler rettet mot styrene
- Forholdet mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene, herunder de felles-eide helseforetakene
- Ivaretagelse av den samiske befolkningens rett til medbestemmelse
- Foretaksmøtet og Stortingets myndighet
- Strukturelle forhold.

### 5.8.1 Lokal- og regionalpolitisk medvirkning

Sykehusene og spesialisthelsetjenesten er en av grunnpilarene i vårt velferdssamfunn. Et demokratisk samfunn forutsetter medvirkning, innflytelse og innsikt. Utvalget vil peke på at det er viktig at særlig helseforetakene har jevnlig og god dialog med kommunene og fylkeskommunen i sitt geografiske opptaksområde.

Flere har i innspill til utvalget framhevet at det er nødvendig å styrke den regional- og lokalpolitiske innflytelsen for å oppnå økt demokratisk legitimitet, bidra til bedre samhandling med kommunene og bidra til mer helhetlige tjenester for pasientene.

Uavhengig av hvordan lokale og regionale interesser faktisk har blitt belyst og vurdert i gjennomførte og pågående utredningsprosesser, kan det være behov for å tydeliggjøre at berørte interesser skal bli hørt og få reell anledning til å gi innspill til beslutninger om utviklingen av, og endringer i, spesialisthelsetjenesten. Det må være en målsetting at prosessen er så god at debatten i forbindelse med kontroversielle beslutninger i all hovedsak er basert på en felles forståelse av kunnskapsgrunnlaget, men omhandler ulike hensyn og avveining av disse. En forutsetning er at prosessene er preget av gjensidig respekt mellom aktørene, og at man er lydhøre for synspunkter og vurderinger. Dette rokker likevel ikke ved at ansvaret for å avveie hensynene mot hverandre og fatte beslutninger ligger til helseforetakene, de regionale helseforetakene og staten, avhengig av sakens viktighet og karakter.

Utvalget vil også understreke at politisk valgte organer i kommuner og fylkeskommuner har et selvstendig ansvar for å tilrettelegge for at innspill fra befolkningen blir tatt med i prosessen overfor helseforetakene.

Utvalget viser også til at samarbeid og dialog mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en forutsetning for å utvikle sammenhengende og gode pasientforløp. Dette må først og fremst skje på helseforetaksnivå. Dette er også formålet med helsefel-

lesskapene, der samarbeidsavtalene er et viktig virkemiddel, jf. kapittel 6.

### Medvirkning i utredning av enkeltsaker

Mye av kritikken mot manglende demokratisk involvering er knyttet til utrednings- og beslutningsprosesser om enkeltsaker. Typiske eksempler er lokalisering av nye sykehusbygg, endringer i funksjons- og oppgavefordelingen mellom sykehus og lokalisering av ambulansestasjoner. Utvalget mener derfor det kan være behov for å formalisere krav til hvordan helseforetakene og de regionale helseforetakene sikrer involvering av berørte aktører på områder som får konsekvenser utover helseforetakenes ansvarsområde.

Utvalget foreslår at det enkelte helseforetak får en lovpålagt plikt til å inngå avtale med kommuner og fylkeskommunen i opptaksområdet om i hvilke saker disse skal bli hørt, før styret i helseforetaket fatter beslutninger.

Høring kan være aktuelt for saker som har vesentlig betydning eller samfunnsmessige konsekvenser, for eksempel nedleggelse av sykehus, omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen, omfattende endringer i tjenestetilbudet eller vesentlige endringer i opptaksområdet (jf. helseforetaksloven § 30). Drøfting kan også være nyttig i saker om andre og mer lokale forhold. Avtalene kan utarbeides og revideres gjennom drøfting i helsefelllesskapene. Behovet for høring i konkrete saker som ikke dekkes av avtalene, kan også være tema i helsefelllesskapenes møter.

Utvalget mener det i slike saker skal framgå av saksutredningen til styrene i helseforetakene hvordan lokale og regionale politiske myndigheter og andre relevante aktører har vært involvert, og hvilke synspunkt og vurderinger som er kommet fram. Det samme gjelder for saksutredningen for styrene i de regionale helseforetakene, hvis saken også behandles der.

Beslutninger om lokalisering av nye sykehus har store ringvirkninger for samfunnet, langt utover spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Det er derfor viktig å tilrettelegge for gode prosesser og arenaer for medvirkning fra lokale og regionale myndigheter, for slik å sikre legitimitet til beslutninger om lokalisering. Utvalget har vurdert om lokalisering av sykehusbygg bør følge regional plan etter plan- og bygningsloven, men anbefaler ikke dette. En viktig forutsetning for en slik prosess måtte vært at sykehuseier/prosjekteier, altså staten ved regionalt helseforetak eller helseforetak, har avklart de dimensjonerende forutsetningene for lokaliseringsbeslutningen på for-

hånd. Disse forutsetningene omfatter også beslutninger om funksjons- og oppgavefordeling og det faglige innholdet i sykehuset. Slik utvalget ser det, vil det derfor i mange tilfeller være vanskelig å skille beslutningen om lokalisering fra de helsefaglige vurderingene som ligger til grunn for funksjons- og oppgavefordeling. Dette vil i noen tilfeller kompliseres ved at funksjons- og oppgavefordeling også har en regional dimensjon, og dermed vil involvere flere fylkeskommuner. Helseforetak og regionale helseforetak vil trolig ha kommet så langt i sine vurderinger av disse forholdene at de langt på vei vil ha lagt sterke føringer for lokalisering før fylkeskommunens planarbeid starter. Utvalget legger også vekt på at helseforetakene forventes å innhente synspunkter på de samme viktige samfunnshensynene som fylkeskommunene ville ha innhentet etter plan- og bygningsloven. De nylig oppdaterte veilederne for utviklingsplaner og sykehusutbygginger legger stor vekt på åpenhet og dialog, og forutsetter omfattende innspills- og høringsrunder.

Strukturert dialog om utfordringer, strategier og saker på et tidlig stadium

Som et ledd i å bygge tillit og legitimitet, vil det også være behov for jevnlig og mer strukturert dialog om utfordringer, strategier og saker på tidlig stadium mellom ledelsen i helseforetakene og politisk ledelse i kommunene og fylkeskommunene.

Utvalget legger til grunn at alle helseforetak gjennomfører dialog med naturlige samarbeidspartnere, blant annet med utgangspunkt i samarbeidsavtaler og helsefelleskapene. Det er etablert samarbeidsstrukturer gjennom partnerskapsmøtet og strategisk samarbeidsutvalg i helsefelleskapene, der ledere skal møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Dette samarbeidet kommer i tillegg til høringsprosesser mv. som er omtalt over.

Det kan likevel være behov for en mer standardisert tilnærming til dialogen, og oppfølging av denne, enn det som er angitt i de reviderte veilederne for utviklingsplaner og sykehusutbygginger. Flere som har gitt innspill til utvalget, viser til positive erfaringer med at enkelte helseforetak har lagt særskilt til rette for strukturert dialog med kommuner i opptaksområdet. Det er blant annet vist til at Sykehuset Innlandet har etablert en politisk referansegruppe med representanter fra fylkestinget, regionrådene, KS, brukerutvalget og Pasient- og brukerombudet. Referansegruppen

gir råd og innspill til langsiktig utvikling av sykehusstilbudet og i større prosjekter hvor kommunene er berørt. I tillegg blir det arrangert en årlig perspektivkonferanse om framtidens pasientbehandling for stortingsrepresentanter, ordførere, fylkestingsrepresentanter, fylkesstyrer i politiske partier, Statsforvalteren i Innlandet, KS og Helsefelleskap Innlandet. Det er også flere eksempler på helseforetak og regionale helseforetak som regelmessig gjennomfører strukturert dialog med blant annet kommunene og fylkeskommunene i sitt opptaksområde eller region. Dette tilsier at det er viktig å gi rom for lokale tilpasninger av dialogen og for ulike måter å oppnå legitimitet til beslutningsgrunnlagene. Det avgjørende er om det er laget en plan for hvordan dialogen skal skje, i samråd med representanter for de politisk valgte organene.

Utvalget foreslår at forventningene til god dialog blir formalisert ved en presisering i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e av kravene til helseforetakenes samarbeid med andre, alternativt ved endringer i vedtekter.

Foretakene kan også få i oppdrag selv å vurdere hvordan foretakene kan dra nytte av hverandres erfaringer, hva som kan standardiseres og hvordan forventningene til dialog kan tydeliggjøres utad.

Det kan også oppstå behov for strukturert dialog mellom regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommunene, men utvalget mener at det ikke er hensiktsmessig å lovfeste en plikt til å gjennomføre dette.

#### Forslag til lovendring

Utvalget mener at følgende tekst kan være utgangspunkt for utredning av forslag til nye ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e, alternativt som krav i vedtektene vedtatt av foretaksmøtet i regionale helseforetak:

«Helseforetak skal ha en jevnlig og strukturert dialog med politisk valgte representanter for kommuner og fylkeskommuner om forhold av felles interesse.

Helseforetak skal inngå avtale med kommuner og fylkeskommuner i opptaksområdet om i hvilke saker disse skal bli hørt før helseforetakets styre fattar beslutninger.

I saker der helseforetaket eller det regionale helseforetaket har hørt kommuner og fylkeskommuner, skal beslutningsgrunnlaget for styret gi en representativ fremstilling av deres syn.»

Med dette forslaget ønsker utvalget å tydeliggjøre prosessen fram mot beslutninger i helseforetakenes styrer. Dette for å sikre at folkevalgte organer på lokalt nivå blir og opplever seg hørt, samtidig som det understreker at beslutningene fremdeles blir fattet innen rammene av dagens helseforetaksmodell.

### 5.8.2 Virkemidler rettet mot styrene

Styrene i de regionale helseforetakene og styrene i helseforetakene har både forvaltnings- og tilsynsansvar, slik det er omtalt i punkt 5.5. Sammensetningen av styrene skal sikre både nødvendig kompetanse og en rimelig balanse mellom geografisk representasjon, kjønn og alder. Utvalget har fått innspill både knyttet til prosessen rundt oppnevning av styrene og til deres kompetanseprofil. I tillegg vil utvalget trekke fram behovet for mer strukturert opplæring av styrene.

#### Oppnevning av styrene

I NOU 2016: 25 er det pekt på behovet for at styrene har forvaltnings- og samfunnskompetanse. Utvalget støtter denne vurderingen og mener det er behov for tiltak som legger bedre til rette for at styret har slik kompetanse.

LO har i innspill til utvalget pekt på at det viktigste bidraget som vil styrke den regionale og lokalpolitiske innflytelsen, vil være å øke forvaltnings- og samfunnskompetansen i styrene. Konkret har LO foreslått at et representantskap, bestående av folkevalgte fra kommunene i helseforetakenes opptaksområde, velger representanter til helseforetakets styre. Tilsvarende at et representantskap bestående av folkevalgte fra fylkene i det regionale helseforetakets ansvarsområde, velger representanter til det regionale helseforetakets styre.

Utvalget mener det kan styrke den demokratiske legitimiteten til styrene at politisk valgte organer på lokalt og regionalt nivå i større grad inviteres til å delta i prosessen fram mot oppnevning av styrene. Det må samtidig tas hensyn til at styremedlemmene har et selvstendig og personlig ansvar for å ivareta foretakets interesser, og at de derfor av hensyn til mulige rollekonflikter verken formelt eller reelt sett bør representere andre interesser i rollen som styremedlem.

Utvalgets medlem *Skoghaug* foreslår at:

- Departementet formaliserer at et representantskap bestående av folkevalgte fra kommunene i helseforetakets opptaksområde skal få anledning til å foreslå et antall kandidater med for-

valtnings- og samfunnskompetanse. Tilsvarende kan et representantskap bestående av folkevalgte fra fylker i det regionale helseforetakets ansvarsområde foreslå styremedlemmer i det regionale helseforetakets styre for departementet.

- Det regionale helseforetaket må være bundet til å oppnevne blant kandidatene. Dette vil kreve en grundigere utredning blant annet med tanke på eiers rett til å avsette eieroppnevnte styrerepresentanter.

Flertallet i utvalget mener at den som har formell myndighet til å oppnevne styremedlemmene må ha anledning til selv å gjøre den endelige vurderingen av styrets sammensetning, ut fra hensynet til samlet kompetanse, kjønnsfordeling og geografiske forhold. Disse medlemmene foreslår at:

- De regionale helseforetakene bør innhente forslag fra kommunene i helseforetakenes opptaksområde til et antall kandidater med forvaltnings- og samfunnskompetanse. Tilsvarende kan departementet forplikte seg til å innhente forslag fra fylkeskommunene.
- Det regionale helseforetaket og departementet bør ikke være bundet til å oppnevne en av kandidatene.
- Av hensyn til å opprettholde et effektivt styrekollegium, bør ikke antall styremedlemmer øke som følge av forslag fra politisk valgte organer på lokalt og regionalt nivå.

Utvalget har vurdert om det av hensyn til å styrke styrenes legitimitet, burde foreslås å stille krav om tilhørighet i opptaksområdet for styremedlemmer i helseforetakene. Dette ville tilsvare kravet i helseforetaksloven om at styremedlemmene som velges av foretaksmøtet i regionalt helseforetak, skal ha tilknytning til den regionen som foretaket hører under. I praksis har et stort flertall av styremedlemmene i helseforetak tilknytning til helseregionen, selv om det ikke er et krav i helseforetaksloven. Et eksplisitt krav om lokal eller regional tilknytning for styremedlemmene ville imidlertid begrense handlingsrommet for å finne kandidater med ønsket kompetanse til helseforetaksstyrene.

Det er flere eksempler på medlemmer i helseforetaksstyrer som innehar lederroller i helseforetak i andre regioner. Styremedlemmer med slik bakgrunn bidrar til erfaringsoverføring på tvers av helseforetak og helseregioner. Kritikken mot helseforetaksmodellen om at det er for sterk samling av makt på noen få personer, kan knyttes til denne praksisen.

Utvalget foreslår at det i foretaksmøtene i regionale helseforetak bestemmes at de som har lederroller i regionale helseforetak, eller er administrerende direktør i helseforetak, ikke samtidig skal kunne inneha styreverv i annet helseforetak i andre regioner.

Utvalget foreslår videre at det bestemmes i foretaksmøte i regionale helseforetak at ansatte i det regionale helseforetaket ikke skal ha styreverv i underliggende helseforetak. Dette skal ikke være til hinder for at de kan inneha styreverv i helseforetak som de regionale helseforetakene eier sammen.

### Styrenes kompetanse

Styret vil i sitt arbeid i hovedsak møte problemstillinger av økonomisk og helsefaglig karakter. Ofte vil disse henge sammen. Spørsmål knyttet til lokalisering og funksjonsfordeling er eksempler på dette. Utvalgets vurdering er at de helsefaglige problemstillingene ofte vil ha en større grad av kompleksitet og usikkerhet enn de økonomiske problemstillingene. Spørsmål om sammenheng mellom behandlingsvolum og kvalitet, om fordele eller ulemper knyttet til samlokalisering av fagområder mv. er faglig komplekst. Det vil også kunne være uenighet innen fagmiljøene om hvilke løsninger som er å foretrekke. I slike saker vil derfor styrene i stor grad måtte lene seg på de vurderingene som i forkant er gjort av administrasjonen i helseforetakene, på bakgrunn av utredninger og faglige vurderinger.

Styrene vil også ofte få seg forelagt saker som har konsekvenser for andre deler av samfunnet enn spesialisthelsetjenesten. I noen tilfeller vil disse bli behandlet i foretaksmøte som en § 30-sak, men styret skal også her gi sine selvstendige vurderinger og anbefalinger.

Utvalget mener på denne bakgrunn at det er særlig viktig at styret har medlemmer som sikrer helsefaglig kompetanse, ut over den som medlemmene valgt blant ansatte har. Det er, som påpekt over, også viktig at det er medlemmer i styret med en bred samfunnskompetanse. Utvalget vil også påpeke at styremedlemmer med kompetanse fra kommunal helse- og omsorgstjeneste, kan bidra til å styrke samhandlingen med kommunene i helseforetakene. Utvalget mener at man ved å legge sterkere vekt på helsefaglig- og bred samfunnskompetanse i styrene, samtidig signaliserer at styrenes tilsyns- og kontrollfunksjon blir styrket.

Utvalget mener det bidrar til å styrke den samlede kompetansen i styrene at brukerutvalgene er representert med observatør som har tale- og for-

slagsrett, både lokalt og regionalt. Utvalget mener at denne ordningen bør videreføres.

### Opplæring av styrene

Utvalget mener det er viktig at styremedlemmene får nødvendig opplæring for å forstå styrenes rolle overfor omgivelsene, og utøve styrearbeidet på en god måte. Departementets veileder om styrearbeid i regionale helseforetak er et bidrag til styrenes rolleforståelse og rolleutøvelse. Utvalget foreslår å utarbeide et felles program for å standardisere opplæringen av styremedlemmer i regionale helseforetak og helseforetak. Hensikten er å klargjøre ansvar og rolleforståelse for styrene. Et slikt program kan enten utarbeides av departementet, eller i samarbeid mellom de regionale helseforetakene.

### Oppnevning og sammensetningen av styrene i felleseide helseforetak

Flere av arbeidstakerorganisasjonene har i innspill til utvalget pekt på utfordringer knyttet til transparens og medbestemmelse for de ansatte, også i de felleseide helseforetakene. De konserntillitsvalgte og konsernverneombudene ønsker at representanter for de ansatte i helseforetakene som driver pasientbehandling, får delta som observatører i styrene i de felleseide helseforetakene. De begrunner dette blant annet med at de som observatører bedre kan fange opp viktige tema, det gir brukerne i spesialisthelsetjenesten tidligere innsikt i drøftinger av foretakenes strategier og standarder og mulighet til bedre involvering i utredninger i de felleseide foretakene. De felleseide helseforetakene er etablert for å ivareta oppgaver som ellers måtte ivaretas av de respektive regionale helseforetakene. I de regionale helseforetakene er det etablert medvirkning og deltagelse fra konserntillitsvalgte og konsernverneombud, og representanter for ansatte fra sykehusene sitter i styrene.

Styrene i de regionale helseforetakene vedtok imidlertid ikke å gi slik observatørstatus.<sup>13</sup> Det ble vurdert at de etablerte og planlagte ordningene gir grunnlag for god involvering og medvirkning i saker av strategisk betydning, og at det bør legges mer vekt på å få disse ordningene til å

<sup>13</sup> Se Styresak 100-2022 fra Helse Nord RHF, <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202022/20220824/Styresak%20100-2022%20Videreutvikling%20av%20eierstyringen%20i%20de%20felleseide%20helseforetakene.pdf> (Hentet 22.02.2023).

fungere så bra som mulig framover. Dette gjelder også medvirkning i konkrete prosjekter og utredninger. Det går fram av styresaken at administrerende direktør i det regionale helseforetaket som har styreleder i et felleseid helseforetak, har et særskilt ansvar for å følge opp det enkelte (felleseide) helseforetaket og i tillegg sikre involvering av konserntillitsvalgte og konsernverneombudene i dialogen i saker som kan ha vesentlig betydning for ansatte i helseforetakene. Gjennom større grad av styreinvolvering i de regionale helseforetakene, vil også de tillitsvalgtes påvirkning av de felleseide helseforetakene bli styrket.

Flertallet i utvalget mener det må legges bedre til rette for medvirkning og involvering også for de ansattes representanter på eiersiden. Disse medlemmene foreslår at én til to representanter for de ansatte i helseforetakene får observatørstatus i styrene for de felleseide helseforetakene. Disse representantene kan være konserntillitsvalgte og/eller konsernverneombud. Observatørene vil ha tale- og forslagsrett, noe som vil gi bedre anledning til å formidle synspunkter og stimulere til drøfting i styret. Disse medlemmene foreslår at tilsvarende praksis bør innarbeides for helseforetak og aksjeselskaper som de enkelte regionale helseforetakene har etablert for å ivareta felles funksjoner internt i helseregionen.<sup>14</sup>

Utvalgets medlemmer *Faugstad, Isaksen, Johnsen og Wikdahl* understreker betydningen av at de ansatte i helseforetakene/konserntillitsvalgte er godt orientert om hva som skjer i de felleseide helseforetakene. Utvalget har fått innspill som viser at det er ulike oppfatninger av hvordan slik medvirkning skal gjennomføres. Det er fra de regionale helseforetakene opplyst om at det er truffet tiltak for å sikre bedre involvering fra de ansattes representanter i helseforetakene om forhold knyttet til de felleseide helseforetakene, mens de konserntillitsvalgte har ønsket å ha en forsterket rolle som observatør. Disse medlemmene ønsker ikke å ta stilling til hvordan samarbeidet konkret skal innrettes, men legger til grunn at de regionale helseforetakene, i samarbeid med de konserntillitsvalgte, evaluerer og arbeider videre med å tilrettelegge for hensiktsmessige samarbeidsformer for utvikling og styring av de felleseide helseforetakene, og i helseforetak og aksjeselskaper som de enkelte regio-

nale helseforetakene har etablert for å ivareta felles funksjoner internt i helseregionen.

### 5.8.3 Forholdet mellom regionale helseforetak og helseforetak

Både autonomi og klare styringslinjer

Utvalget viser til sine vurderinger av helseforetaksmodellen i kapittel 4. Perioden etter 2002 har vært kjennetegnet av sentralisering og sammen slåing av sykehus og helseforetak. Dette har gitt gevinster blant annet i form av bedre lokal, regional og nasjonal samordning av tjenester. Samtidig fører en modell med foretak på to nivåer, et regionalt nivå og et lokalt nivå, til at det oppstår diskusjoner om rolle- og ansvarsfordeling mellom de to nivåene.

Utvalget mener at helseforetakene i størst mulig grad bør ha ansvar for egen virksomhet og ha anledning til å fatte beslutninger i saker som angår helseforetaket alene.

Det er samtidig nødvendig å ha en klar styringslinje fra det regionale helseforetaket til helseforetakene i regionen, både for at det regionale helseforetaket skal kunne gripe inn dersom et helseforetak ikke oppnår ønskede resultater, og for at nødvendig samordning mellom helseforetakene kan bli ivaretatt.

I situasjoner der helseforetaket ikke oppnår ønskede resultater, kan det være behov for mer styring fra det regionale helseforetaket, også på forhold som normalt vil ligge eksklusivt til helseforetakets styre og daglige leder. Dette er for eksempel aktuelt i situasjoner der ett eller flere helseforetak over tid har hatt et merforbruk i forhold til tildelte økonomiske rammer.

Utvalget ser også at det er et betydelig behov for samordning mellom helseforetakene innad i regionene. Det gjelder blant annet bygging av sykehus, fordeling av spesialistfunksjoner, prioritering av investeringer i medisinsk teknisk utstyr og prinsipper for inntektsfordeling. Det gjelder også konkretisering og implementering av sykehus i nettverk med utvikling av felles opplæring- og utviklingstiltak, bruk av ledig kapasitet, samarbeid om pasienter, riktig bruk av personell og utvikling av fagmiljø og tjenestetilbud på tvers (jf. punkt 8.3.3). I slike saker er det styret i det regionale helseforetaket som fatter beslutningene, med mindre saken anses å ha så vesentlige konsekvenser at foretaksmøtet i det regionale helseforetaket behandler saken.

<sup>14</sup> Dette omfatter Helseplattformen AS og Helse Vest IKT AS.



Foretaksmøtet har instruksjonsmyndighet<sup>15</sup>

Modellen som er valgt for de regionale helseforetakenes styring av helseforetakene, skiller seg fra det som er praksis for konsernstyring i næringslivet. I helseforetaksmodellen rapporterer daglig leder i et helseforetak til styret, og kan ikke instrueres av daglig leder i det regionale helseforetaket, verken direkte eller gjennom styret i helseforetaket. Styret i helseforetaket er utpekt av styret i det regionale helseforetaket, men skal være uavhengig. Dersom styrene på disse to nivåene er uenige, kan styret i det regionale helseforetaket instruere styret i helseforetaket gjennom vedtak i foretaksmøte. Dette gir styret i det regionale helseforetaket en mer operativ rolle enn det et konsernstyre i et næringslivskonsern normalt vil ha.

Det ville vært i tråd med næringslivets organisering at daglig leder i et regionalt helseforetak skulle være foretaksmøte i et helseforetak, og i mange tilfeller selv være styreleder i de største helseforetakene. I næringslivet er det vanlig at styret i morselskapet ansetter konsernsjefen, og at konsernsjefen deretter utpeker styret i datterselskapene. Styremedlemmene i datterselskapet er ofte ansatte ledere i morselskapet eller i søsterselskaper til det datterselskapet det gjelder. Dermed har konsernsjefen kontrollen med styret i datterselskapet, og bestemmer også hvem som skal være administrativ leder der. Konsernsjefen vil normalt ha de daglige lederne i de største datterselskapene med i sin ledergruppe, og slik sikre at vedtakene i konsernstyret kan gjennomføres på en helhetlig måte. Denne organiseringen innebærer at styret kan holde konsernsjefen ansvarlig for de resultatene selskapet leverer, og eieren kan på samme måte holde styret ansvarlig.

Utvalget mener måten styringslinjen er organisert på i helseforetaksmodellen, gir helseforetakene større selvstendighet enn de ville ha hatt i en ordinær konsernmodell.

Større fullmakter til administrerende direktør i de regionale helseforetakene, som i en konsernmodell, ville på den ene siden gi tydeligere styringslinjer og bedre muligheter for effektiv gjennomføring av beslutninger langt ut i organisasjonen. Etter utvalgets vurdering ville dette på den annen side utfordre legitimiteten til foretakenes beslutninger fordi mer makt ville blitt samlet i administrasjonen. Styrene i helseforetakene ville i mindre grad framstå som selvstendige beslut-

ningstakere og helseforetakenes selvstendighet kunne blitt redusert. Etter utvalgets vurdering bør styrene i helseforetakene ha stor frihet til å avgjøre hvordan oppgaver skal løses, nettopp for å kunne synliggjøre lokale hensyn, synspunkter og råd.

Utvalget har under punkt 5.8.1 foreslått en lovendring for å tydeliggjøre prosessen fram mot beslutninger i helseforetakenes styre, sikre at folkevalgte organer på lokalt nivå blir og opplever seg hørt, samtidig som det understreker at beslutningene fremdeles fattes innen rammene av dagens helseforetaksmodell. I forlengelsen av dette mener utvalget at det er viktig å beholde kravet om at eierstyring fra det regionale helseforetaket kun skal utøves i foretaksmøtet i helseforetaket, og slik tydeliggjøre rollene til de to nivåene i styringsmodellen. Utvalget erkjenner at det vil være en avveining mellom effektivitet og krav til omstendelige prosedyrer i beslutningsprosessen. Utvalget mener likevel at en prosedyre som sikrer mer reell lokal- og regional medvirkning i viktige saker, vil være fornuftig. For det første vil det bidra til å opplyse saken, og dermed gi et bedre grunnlag for å fatte en riktig beslutning. For det andre vil det gi beslutningen større legitimitet. Dette betyr også at de som er uenige i den endelige beslutningen i en sak, lettere vil akseptere utfallet fordi deres synspunkter er dokumentert og har blitt tatt hensyn til i beslutningsprosessen. Dette vil redusere antall omkamper og samlet sett gi en mer effektiv styring i sektoren.

#### Styrke helseforetakenes autonomi

Utvalget viser til arbeidsgruppen som vurderte større autonomi for helseforetakene og at departementet fulgte opp dette med krav i foretaksmøtet i regionale helseforetak i januar 2020. Utvalget mener det avgjørende for å oppnå en arbeidsdeling som gir helseforetakene størst mulig autonomi, er at det skjer en løpende vurdering i dialog mellom foretakene om hvilke oppgaver som kan og bør legges til helseforetakene. De regionale helseforetakene har i sine årlige meldinger beskrevet hvordan drøfting av dette er satt i system, jf. punkt 5.4.2. Utvalget mener det ikke er mulig eller hensiktsmessig at departementet gir pålegg i foretaksmøtet i regionale helseforetak om den konkrete oppgavefordelingen mellom regionalt helseforetak og helseforetak. En opplisting av sakstyper som klart hører til de ulike nivåene vil gi lite merverdi. Fordeling av sakstyper eller utredning av konkrete saker som kan høre hjemme på begge nivåer, bør uansett drøftes av de involverte foretakene, blant annet

<sup>15</sup> Foretaksmøtet er statsråden i regionalt helseforetak, i helseforetak er det styret i det regionale helseforetaket.

fordi utfallet kan avhenge av regionale forhold og variere over tid.

Utvalget mener at helseforetakenes autonomi vil bli styrket ved at det regionale helseforetaket legger til rette for at helseforetakene i størst mulig utstrekning gis rom for å ta selvstendig stilling til saker av betydning for deres virksomhet. En slik tilnærming er i tråd med prinsippene om mål- og resultatstyring, omtalt i kapittel 9. Det innebærer at det regionale helseforetaket bør vise tilbakeholdenhet med å fatte beslutninger i saker som det enkelte helseforetak kan og bør beslutte. Det innebærer også at det enkelte helseforetak får reell anledning til å gi uttrykk for sitt syn på beslutninger som endelig skal besluttes av det regionale helseforetaket. Helseforetaket bør derfor behandle en sak ferdig i eget styre, før administrerende direktør i det regionale helseforetaket tar endelig stilling i saksframlegget for sitt styre.

Kapittel 4 omtaler en bekymring for at den nødvendige dialogen mellom ledelsen i regionale helseforetak og helseforetak kan utvikle seg og oppfattes som styring av utformingen av saksgrunnlag og beslutninger i et helseforetak. Det må være rom for gjensidig opplysning av saken og drøfting på administrativt nivå, men samtidig må det regionale helseforetaket unngå å legge press på helseforetakene for at de skal innstille på en bestemt og omforent løsning. Det er viktig at helseforetakene får synliggjort reelle motsetninger og argumenter for ulike løsninger, jf. punkt 5.8.1. Det regionale helseforetaket bør derfor utvise varsomhet med å gi klart uttrykk for sitt syn i en tidlig fase av utredningen av saker som det er grunn til å tro at helseforetak vil ha ulike oppfatninger av. Det forventes åpenhet om innholdet i en slik dialog mellom regionalt helseforetak og helseforetaket dersom den får relevans for saksgrunnlag og beslutninger i helseforetaket. Det bør også settes av tilstrekkelig tid i beslutningsprosessen til at det regionale helseforetaket ikke ser seg nødt til å fremme konsensus for tidlig av hensyn til en effektiv beslutningsprosess. Det vil være det regionale helseforetakets oppgave å avveie ulike hensyn og velge løsninger som er i fellesskapets samlede interesse.

Utvalget ser at en slik arbeidsdeling og helseforetakenes selvstendige ansvar for egne beslutninger, er beskrevet i detalj i Helse- og omsorgsdepartementets veileder til styrene i regionale helseforetak. Utvalget foreslår at det i tillegg blir presisert at helseforetaket må få anledning til å behandle en sak ferdig før administrerende direktør i det regionale helseforetaket tar endelig stilling i saksframlegget for sitt styre. Helseforetakenes selvstendige ansvar for å gi uttrykk for eget

syn må også være et viktig element i opplæringen av styremedlemmene.

Utvalget viser til at alle saksgrunnlag som styret behandler, er underlagt offentlig innsyn hvis de ikke er underlagt taushetsplikt. Det er derfor mulig for offentligheten å følge sakens dokumenter fra administrasjonen i helseforetaket legger beslutningsgrunnlaget fram for sitt styre, til styret i det regionale helseforetaket fatter endelig vedtak. Før statsråden skal fatte vedtak i foretaksmøtet i det regionale helseforetaket, vil styrets vedtak og anbefaling være offentlig. Statsrådets og regjeringens interne saksdokumenter er unntatt offentlighet, men protokoll fra foretaksmøtet blir publisert, med sammenfatning av bakgrunn og et begrunnet vedtak. Utvalget mener at denne retten til offentlig innsyn er et viktig bidrag til å gi beslutningene legitimitet.

Departementet bør bli orientert når det tas beslutninger i felleseide helseforetak som har betydning for nasjonal samordning og nasjonale målsetninger. Departementet bør også bli orientert om eventuelle uenigheter av betydning for gjennomføring av samordnende tiltak.

#### **Boks 5.4 Beslutninger med konsekvenser for helseforetak**

Styret i regionalt helseforetak fatter mange beslutninger som har stor betydning for og direkte økonomiske konsekvenser for helseforetak. Følgende eksempler ble nevnt av arbeidsgruppen som vurderte større autonomi for helseforetakene:

- funksjonsfordeling som påvirker oppgavefordelingen mellom helseforetak, dvs. funksjoner som bare skal være på ett eller to sykehus i regionen (region-/områdefunksjoner)
- etablering av fellesfunksjoner i regionen
- de regionale helseforetakenes syn på beslutninger av nasjonal betydning, for eksempel ved fordeling av lands- eller flerregionfunksjoner
- langtidsbudsjett eller økonomisk langtidsplan
- investeringer i IKT og teknologi
- kriterier for prioritering av store byggeprosjekter i regionen
- beslutninger om innkjøp av medisinsk utstyr mv. av særlig interesse for helseforetakene.

Utvalget mener en viktig forutsetning for å øke helseforetakstyrenes legitimitet og reelle innflytelse, er å gi styrene mulighet for å uttale seg i en tidlig nok fase av saksutredningen og faktisk påvirke beslutninger som styret i det regionale helseforetaket vedtar. Dette forutsetter at styret i helseforetaket blir forelagt og behandler saker som kan påvirke foretaket, før sakene skal behandles i det regionale helseforetaket. Helseforetakene kan i så fall, ved behov, også legge til rette for lokal dialog og forankring med berørte kommuner. Som ledd i opplysningen av saken, må saksframlegget for styret i regionalt helseforetak gjengi helseforetakenes syn. Rapportering i årlig melding viser at alle de regionale helseforetakene som del av den løpende virksomhetsstyringen, involverer helseforetakene i prosesser som har betydning for drift og utvikling av helseforetakene jf. punkt 5.4.2.

Utvalget mener det er viktig at departementet følger med på hvordan helseforetakene blir involvert i strategisk viktige saker som besluttes av de regionale helseforetakene.

#### 5.8.4 Ivaretagelse av medbestemmelse til den samiske befolkningen

Sametinget ber i sitt innspill om at utvalget går grundig inn i hvordan helsetjenester til samiske pasienter ivaretas og organiseres, slik at sentrale myndigheter ivaretar deres forpliktelser i henhold til internasjonale konvensjoner og at samiske pasienter får likeverdige helsetjenester.

Sametinget mener at reell samisk selv- og medbestemmelse i planlegging, utforming og organisering av helsetjenester til samiske pasienter ikke blir ivare tatt i tilstrekkelig grad. De peker på at samisk representasjon i ulike beslutningsorganer innenfor helse, ikke er prioritert overalt. Det er ikke krav om samisk brukerrepresentasjon i brukerutvalg og regionalt brukerutvalg i de tre andre regionene, bortsett fra i Helse Nord.

Sametinget foreslår i sitt innspill opprettelse av et eget helseforetak, Sámi klinihkka HF, som er direkte underlagt Helse Nord RHF, jf. vedtak i Sametingets plenum.<sup>16</sup> Vedtaket er begrunnet i bekymringsmeldinger fra samiske fagfolk og samiske brukerrepresentanter om manglende styrking av samiske helsetilbud, manglende prioritering av samiske pasienters mulighet til å bruke samisk språk, og at etablerte systemer medfører at ikke alle samiske pasienter får tilbud hos samiske spesialisthelsetjenester. Samisk legeføre-

ning støtter Sametingets vedtak. De foreslår subsidiært Sámi klinihkka som en flerfunksjonell klinikk under Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.<sup>17</sup>

Sametinget foreslår også samisk representasjon i styrende organer, oppnevnt av Sametinget.

Sametinget peker på at Helse Nord RHF har fått et overordnet strategisk ansvar for å følge opp de nasjonale målene for helse som er knyttet til den samiske urbefolkningen, men at de øvrige regionale helseforetakene ikke blir ansvarliggjort for tjenestetilbudet i egen region.

De folkerettslige bestemmelser, FN's erklæring om urfolksrettigheter (artikkel 3 og artikkel 25) og konvensjonen om sivile og politiske rettigheter legger alle til grunn at samer har kollektive rettigheter som folkegruppe.

Dagens organisering og styring av spesialisthelsetjenester har som grunnleggende prinsipp at befolkningen skal ha tilgang på likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud. Utvalget viser til drøftingen av valg av styremedlemmer i punkt 5.5.2 og 5.8.2.

Utvalget foreslår at det blir gjennomført en egen utredning for å vurdere behovet for tiltak som sikrer inkorporering av de folkerettslige bestemmelser, FN's erklæring om urfolksrettigheter (artikkel 3 og artikkel 25) og konvensjonen om sivile og politiske rettigheter ved styringen av spesialisthelsetjenesten. Dette for å sikre at statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen ivaretas; rett til medbestemmelse, deltakelse og samarbeid om planlegging, utforming og styring av spesialisthelsetjenester.

Sámi klinihkka skal fungere som et rådgivende organ for alle regionale helseforetak for saksunderlag, saksforberedelse og saksbehandling som sikrer at helseforetakenes vurderinger ivaretar den samiske befolkningens behov ved beslutninger som fattes av styrene i regionale helseforetak og helseforetak. Det må i denne sammenheng tas stilling til i hvilke saker dette er aktuelt, og om det vil være behov for felles retningslinjer som kan tilpasses ulike sakstyper.

Flertallet i utvalget mener at utredningen må ta stilling til om dagens organisering av Sámi klinihkka som klinikk i Finnmarkssykehuset HF, er hensiktsmessig. Det inkluderer vurdering av hvordan SÁNAG/SANKS' nasjonale funksjoner, herunder nasjonal kompetansetjeneste, kan utvikles og organiseres for å styrke regional tilknytning, bidra til økt bruk av tjenester, samt sikre funksjonen som rådgivende organ. Disse medlem-

<sup>16</sup> Sametingets plenum – sak 007/22 (mars 2022).

<sup>17</sup> Brev til Sykehusutvalget datert 6. desember 2022.

mene mener at utredningen også må vurdere et alternativ hvor Sámi klinihkka med alle funksjoner overføres organisatorisk til UNN HF.

Utvalgets medlem *Eira-Áhrén* anbefaler at Sámi klinihkka med alle funksjoner flyttes organisatorisk til UNN HF for å styrke regional tilknytning og for å sikre drift i påvente av utredning om framtidig organisering. Utredningen må avklare hvilken organisering som oppfyller folkerettslige bestemmelser, FN's erklæring om urfolksrettigheter (artikkel 3 og artikkel 25) og konvensjonen om sivile og politiske rettigheter ved styringen av spesialisthelsetjenesten. Videre bør utredningen se på hvordan sikre og utvikle Sámi klinihkka's nasjonale funksjoner og tjenester slik at Sámi klinihkka som nasjonalt rådgivende organ styrkes.

Flertallet i utvalget mener at kunnskaper om samiske samfunnsforhold kan være vesentlige for styrets samlede vurderinger. Disse medlemmer foreslår at foretaksmøtet i regionale helseforetak skal oppnevne ett styremedlem i hvert av styrene for alle fire regionale helseforetakene etter forslag fra Sametinget. Ordningen innebærer i praksis at Sametinget kan foreslå et antall kandidater til hvert styre. Departementet bør gå i dialog med Sametinget om endelig representasjon i det enkelte styret, før oppnevningen.

Utvalgets medlemmer *Isaksen, Johnsen, Thorildsen og Wikdahl* viser til forslaget om en egen utredning for å vurdere behov for tiltak som sikrer den samiske befolkningens deltakelse og samarbeid om planlegging, utforming og styring av spesialisthelsetjenester. Disse medlemmene foreslår å videreføre dagens praksis inntil denne utredningen foreligger, med oppnevning etter forslag fra Sametinget av et styremedlem i Helse Nord RHF og i helseforetakene i Helseregion Nord.

### 5.8.5 Foretaksmøtets og Stortingets myndighet

Stortinget vedtar lover, budsjett og strategi for spesialisthelsetjenesten. Regjeringen ved helse- og omsorgsministeren forvalter statens eierskap og helsepolitikken, mens de regionale helseforetakene følger opp nasjonale krav og føringer i de respektive helseregionene og forvalter eierskapet til helseforetakene. Helseforetakene er det utøvende leddet i spesialisthelsetjenesten og har ansvaret for daglig drift av sykehusene og de øvrige virksomhetene i spesialisthelsetjenesten. Dette er komplekse driftsorganisasjoner som i tillegg til ansvaret for undersøkelse, diagnostikk og behandling av pasienter, også har ansvar for utdanning av helsepersonell, forskning og innova-

sjon, opplæring av pasienter og pårørende og arbeidsgiveransvar for de ansatte. Helseforetakene forvalter også en betydelig bygningsmasse, inventar og avansert medisinsk teknisk utstyr.

Uavhengig av modell for organisering av spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig å ha et beslutningshierarki. Hensynet til effektive beslutningsprosesser, gjennomføringsevne og god utnyttelse av spesialisert kompetanse tilsier at beslutninger bør fattes på et lavest mulig nivå. Dette prinsippet gjelder for tilbudet av helse- og omsorgstjenester, og har sin parallell i organiseringen av spesialisthelsetjenesten.

Beslutningsmyndighet blir derfor delegert til organer, stillinger og enkeltpersoner som er forventet å fatte gode beslutninger av mer detaljert karakter enn høyere beslutningsnivåer. Delegation av beslutninger bygger på tillit og krever at overordnede beslutningsnivåer følger med på de beslutningene som blir fattet lenger ned i beslutningskjeden. Det er et uttrykk nettopp for den arbeidsdelingen som er etablert i en normalsituasjon, og tillit til at det vil bli fattet hensiktsmessige beslutninger. Dette er likevel ikke til hinder for at det overordnede nivået kan velge å gripe inn når det av ulike årsaker er nødvendig, eller ønskelig, for å ivareta sitt ansvar for å oppfylle egne forpliktelser etter lov, oppdragsdokumenter, foretaksmøter og eventuelt interne styringskrav. Et overordnet nivå har ansvar for en større helhet enn underordnede nivå. Det overordnede nivået må derfor også ha mulighet til å styre forhold som påvirker denne helheten.

I forarbeidene til helseforetaksloven ble det lagt vekt på at foretaksorganiseringen skulle gi ledelsen ved sykehusene et mer helhetlig ansvar for løpende drift, mens eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold. Foretaksorganiseringen skulle også bidra til å redusere muligheten for «spill» om rammebetingelsene, og være et virkemiddel for å gi sykehusledelsen autoritet.

I foretaksmøtet i regionale helseforetak har staten anledning til å fatte beslutning i så godt som alle saker. Mandatet til utvalget forutsetter en vurdering av om flere beslutninger også skal fattes av foretaksmøtet i regionale helseforetak enn det som følger av helseforetaksloven § 30. Den generelle beskrivelsen av saker av vesentlig betydning i bestemmelsen er vid, og forutsetter et politisk skjønn som kan variere over tid, jf. punkt 5.2.2. Bestemmelsen ble konkretisert med eksempler på beslutninger av vesentlig betydning og vedtatt med lovendringer i 2012. I Prop. 120 L (2011–2012) ble eksemplene blant annet begrunnet med at «[s]like saker bør oftest avgjøres av noen

«som er politisk ansvarlig for den nasjonale helsepolitikken». Flere av eksemplene krever også tolkning og politisk skjønn, for eksempel når det gjøres «omfattende endringer i» sykehusstrukturen i helseregionen eller tjenestetilbudet eller «vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak».

Utvalgets vurdering er at § 30 i lov om helseforetak gir statsråden et tilstrekkelig handlingsrom til å sikre den nasjonale politiske forankringen av vedtak. Statsråden må ved behov innhente nødvendige avklaringer ved å legge saken fram for regjeringen. Det kan også være behov for politiske drøftinger på andre arenaer. Noen saker drøftes også i Stortinget, for eksempel i forbindelse med representantforslag og interpellasjoner. I saker som behandles i foretaksmøtet, er statsråden underlagt det parlamentariske ansvaret overfor Stortinget, og skal sørge for at vedtak er i tråd med de føringer og rammer som Stortinget eventuelt har gitt.

Utvalget mener at det ikke er hensiktsmessig eller behov for å konkretisere listen ytterligere, men viser til at statsråden har anledning til å ta aktivt stilling til saker i flere tilfeller enn det som har vært tilfellet tidligere. Dette kan bidra til å styrke regional, politisk og demokratisk innflytelse i styringen av sykehusene.

### 5.8.6 Strukturelle forhold

Det har skjedd omfattende strukturelle endringer i spesialisthelsetjenesten etter helseforetaksreformen i 2002. Antall helseforetak som driver pasientbehandling er redusert fra 43 til 20 og antall regionale helseforetak fra fem til fire. Helse Sør-Øst dekker i dag nær 60 pst. av Norges befolkning. Utvalget har, innen den tidsrammen det har hatt til rådighet, ikke hatt mulighet til å vurdere om en annen inndeling av de regionale helseforetakene eller helseforetakene ville være mer hensiktsmessig. Kvinnsland-utvalget diskuterte en mulig oppdeling av Helse Sør-Øst, men et flertall av utvalgets medlemmer mente at kostnadene ved dette ville være større enn eventuelle gevinster. Departementet støttet den vurderingen.

Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst var i hovedsak begrunnet med behovet for å samordne sykehustilbudet i hovedstadsområdet, konkretisert gjennom dannelsen av Oslo Universitets-sykehus HF. Det ene hovedargumentet for å beholde Helse Sør-Øst som ett regionalt helseforetak, var ønsket om at alle regionale helseforetak skal ha ett regionsykehus. Det andre var at man i Helse Sør-Øst har etablert en modell for finansiering av investeringer som innebærer at de

enkelte helseforetakene i stor grad vil ha interne lån og fordringer mot det regionale helseforetaket.

Dette utvalget foreslår i kapittel 7 (om finansiering av sykehusbygg) tiltak som vil gjøre utfordringene med interne fordringer mindre relevant. Samtidig foreslår utvalget i kapittel 6 (om helsefellesskapene) tiltak som krever tett samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Utvalget mener disse tiltakene vil ha større mulighet til å lykkes dersom helseforetakene ikke er for store.

På den ene siden ser utvalget at større enheter både på regionalt og lokalt nivå vil kunne lette arbeidet med koordinering av tjenestetilbudet innad i spesialisthelsetjenesten, og bidra til en god funksjonsfordeling. I sin ytterste konsekvens ville dette kunne gi en modell med ett nasjonalt helseforetak og et antall underliggende helseforetak. Utvalget oppfatter at vurdering av en slik modell ligger utenfor mandatet.

På den andre siden ser utvalget, som påpekt i kapittel 4, at store enheter gir sterkere konsentrasjon av makt og potensielt større avstand internt i organisasjonene og mellom spesialisthelsetjenesten og fylkeskommuner og kommuner. Dette trekker i retning av flere regionale helseforetak, og kanskje også flere helseforetak. For å ivareta behovene for å koordinere tjenestetilbudet og sikre funksjonsfordeling, kan et alternativ være at flere mindre helseforetak samarbeider i nettverk.

Utvalget mener dette er komplekse problemstillinger som neppe vil ha entydige svar. Utvalget har, innen den tidsrammen det har hatt til rådighet, valgt ikke å foreslå konkrete endringer i dagens struktur. Utvalget viser til forslaget fra Helsepersonellkommissjonen om å utrede en 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.

### 5.8.7 Navn og begrepsbruk

Utvalget har i dette kapitlet foreslått endringer som skal bidra til økt regional, politisk og demokratisk innflytelse i styringen av helseforetakene. Et hovedgrep er å sikre at prosessene fram mot beslutning er kjennetegnet av åpenhet, medvirkning og innflytelse, og slik også bidra til større legitimitet.

Regjeringen Solberg innførte begrepet «pasientens helsetjeneste». Den sittende regjeringen framhever «vår felles helsetjeneste». På denne måten signaliseres gjennom et språklig virkemid-

del både retning for helsepolitikken og viktige verdier. Utvalget mener at språk, begrepsbruk, navn og benevnelser er viktig for opplevd eierskap og identitet til den offentlig finansierte helsetjenesten.

Da helseforetaksmodellen ble innført i 2002, var det et viktig poeng å understreke at de organisatoriske endringene innebar omdanning av sykehusene til selvstendige foretak. Dette ble avspeilet i navnet både for de regionale helseforetakene og for helseforetakene som driver pasientbehandling. Innføring av innsatsstyrt finansiering og regnskapsloven har også medført økt bruk av begreper fra økonomisk-administrative fag.

Hvordan vi omtaler ting har betydning. Språk og begreper kan bidra til fremmedgjøring og signaliserer et verdigrunnlag mange ikke kjenner seg igjen i. Språk og begrepsbruk bidrar dermed til å underbygge kritikken om for mye markedsstenkning og økonomifokus.

Alle fag har sin terminologi, og må selvsagt kunne benytte denne i sitt arbeid. Utvalget mener likevel at man med noen enkle grep kan knytte begrepsbruken tettere mot verdigrunnlaget, slik dette er beskrevet i kapittel 3. Utvalget mener derfor at tiden nå er moden for at navnene på virksomhetene ikke lenger bør inneholde kortformene RHF og HF. Dette rokker ikke ved organisasjonsform eller etablerte ansvarsforhold med foretak på to nivåer, men benevnelser bør gjøres mer tjeneste- og stedsnære.

Utvalget foreslår, for det første, at de regionale helseforetakene får samme navn som det geografiske området de har sørge-for-ansvaret for. De nye navnene vil da være:

- Helseregion Sør-Øst
- Helseregion Vest
- Helseregion Midt-Norge
- Helseregion Nord

Utvalget foreslår videre at helseforetakene som driver pasientbehandling, navngis og omtales som sykehus og ikke helseforetak. Noen helseforetak har allerede i dag sykehus i navnet sitt, og mange helseforetak består av flere underliggende sykehus. Utvalget foreslår at helseforetakene navngis slik at sykehus inngår i navnet, og samtidig avspeiler om det er ett eller flere sykehus som inngår i organisasjonen.

Vestre Viken HF kan for eksempel endre navn til *Sykehusene Vestre Viken*. Det kan videre bestå av Drammen sykehus, Ringerike sykehus, Bærum sykehus og Kongsberg sykehus.

Sykehuset Innlandet HF kan endre navn til *Sykehusene Innlandet*. Det kan videre bestå av Gjøvik sykehus, Lillehammer sykehus, Tynset sykehus, Elverum sykehus, Hamar sykehus, Sanderud sykehus og Reinsvoll sykehus.

Helse Fonna HF kan endre navn til *Sykehusene Fonna*. Det kan videre bestå av Haugesund Sykehus, Odda sykehus, Stord sykehus og Valen sykehus.

### **5.8.8 Gjennomgang av pliktsubjektene i spesialisthelsetjenesteloven mv.**

Utvalget anbefaler en gjennomgang av bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven som beskriver virksomhetenes plikter. Det kan stilles spørsmål ved om pliktsubjektens ansvar er tydelig nok og i tråd med den faktiske situasjonen.

Utvalget sikter her til hvilke plikter som i dagens lovgivning er pålagt regionale foretak, helseforetak, helseinstitusjoner og sykehus. Det kan også være behov for nærmere å definere begreper som sykehus og helseinstitusjon.

## Kapittel 6

# Helsefellesskap og samhandling med kommunehelsetjenesten

Det går fram av punkt tre i mandatet at utvalget skal utrede forslag til hvordan helsefellesskapene kan brukes til å sikre bedre samhandling med kommunehelsetjenesten om helhetlige pasientforløp.

### 6.1 Bakgrunn

Kommuner og helseforetak har et felles ansvar for at innbyggerne får dekket sitt behov for helhetlige helse- og omsorgstjenester. En økende andel av befolkningen har behov for sammengende tjenester fra kommuner og spesialisthelsetjeneste. Det stiller store krav til at tjenestene er tilpasset hverandre, både når det gjelder kapasitet, koordinering, kommunikasjon og planlegging av pasientforløpene. Det finnes flere eksempler på at kommuner og helseforetak samarbeider godt, planlegger i fellesskap og utvikler gode pasientforløp. Dessverre er det også eksempler på at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten ikke henger godt nok sammen.

Utvalget vil legge vekt på pasientforløp mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. God samhandling mellom kommuner og helseforetak kan også være viktig for pasienter som kun mottar tjenester på ett nivå, for eksempel ved at spesialisthelsetjenesten gir faglig veiledning overfor helsepersonell i kommunen, og omvendt.

Utvalget legger til grunn Helsedirektoratets definisjon av pasientforløp: «*En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.*»

Helsedirektoratets nasjonale veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (2017) beskriver følgende kjennetegn for helhetlige pasientforløp:

- Kontinuitet – tjenestene henger sammen gjennom god samhandling – tjenestene virker sammen/er koordinerte

- Samarbeid – to eller flere virksomheter har gjensidig forpliktende og samtidig ansvar over tid
- Sømløshet – smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid
- Pasientsentrert – pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak
- Informasjonsdrevet – fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov.

### 6.2 Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester er regulert i kapittel 3 i *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene kommunene skal tilby for å ivareta dette ansvaret, er konkretisert i § 3-2 i loven. Kommunene skal blant annet tilby:

- Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste
- Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
- Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste, og psykososial beredskap og oppfølging
- Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Andre helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse og plass i institusjon
- Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

Kommunene skal ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog.

### 6.2.1 Allmennlegetjenesten

Allmennlegetjenesten omfatter fastlegeordningen, legetjenester i sykehjem og andre kommunale institusjoner, i fengsel, i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og legevakt. Det er kommunene som har sørge-for-ansvaret for allmennlegetjenesten.

Fastlegeordningen ble innført i 2001. I innbyggerundersøkelser som Direktoratet for forvaltning og økonomistyring gjennomfører, skårer ordningen gjennomgående godt og har vært en av de mest populære offentlige tjenestene i Norge. De siste årene har fastleger og kommuner meldt om utfordringer i fastlegeordningen og øvrige allmennlegetjenester. Utfordringene er blant annet at det er vanskelig å rekruttere fastleger, at fastlegene opplever arbeidsbelastningen som for stor og at en økende andel personer står uten fastlege. Det er anslått at kommunene hadde merutgifter til fastlegeordningen på over 800 mill. kroner i 2021, utover det som er lagt til grunn i hovedmodellen for finansiering av ordningen (Ipsos, 2022). De ordinære utgiftene til fastlegeordningen utgjorde om lag 12,5 mrd. kroner i 2021 (Helsedirektoratet, 2022b).

Regjeringen Solberg la i 2020 fram *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024*. Planen har tre målområder: (1) en attraktiv og trygg karrierevei for fastlegene, (2) god kvalitet til alle og (3) en framtid med teambaserte allmennlegetjenester. Det inngår 17 tiltak i handlingsplanen som til sammen skal tilrettelegge for en bærekraftig og framtidsrettet allmennlegetjeneste.

Regjeringen Støre oppnevnte i august 2022 et ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalget skal vurdere og foreslå tiltak fra 2024 og framover blant annet knyttet til organisering og finansiering av fastlegeordningen, kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og endringer i legevakt for å redusere vaktbelastningen. I tillegg skal utvalget vurdere om det er oppgaver som kan løses av annet personell under ledelse av fastlegen, eller om det er oppgaver som kan flyttes ut av ordningen. Ekspertutvalget leverte sin første rapport med foreløpige vurderinger og anbefalinger 1. desember 2022.

Den første rapporten har hovedvekt på kompetansedelen av mandatet. Reguleringen av kompetanse og spesialistutdanning for allmennleger i kommunen er etter ekspertutvalgets vurdering for streng på noen områder. Samtidig er det på andre områder åpnet opp for at leger kan praktisere selvstendig i yrket uten noen særlig praktisk

erfaring. En foreløpig hovedanbefaling er etablering av flere LIS1-stillinger og oppmykning av regelverket som synes å begrense kommunenes tilgang til kompetente leger.

Det er en rekke punkter i mandatet som ikke er vurdert i den første rapporten, for eksempel organisering, finansiering og legevakt. Ekspertutvalget vurderer organiseringen av allmennlegetjenestene som et svært viktig tema, og vi vil framover blant annet diskutere gruppeavtaler, fast ansettelse, flerfaglige praksiser, oppgavedeling, legevakt og plassering av sørge-for-ansvaret. Organiseringen henger tett sammen med finansieringsordningene, og ulike finansieringsordninger vil ha forskjellige fordeler og ulemper under ulike organisasjonsformer. Finansieringsordningene vil også over tid kunne påvirke utviklingen av organisasjonsformer og praksisinnretninger. Ekspertutvalget planlegger også å se på barrierer for etablering av ny og overdragelse av eksisterende fastlegepraksis, som eksempler på tiltak for å øke rekruttering av nye leger samt sikre trygghet for eksisterende fastleger.

Ekspertutvalget skal levere rapport med endelige vurderinger og anbefalinger innen 15. april 2023. Regjeringen har varslet at den tar med seg innspillene fra ekspertgruppen i arbeidet med statsbudsjettet for 2024.

I avtalen mellom Regjeringen Solberg og KS om etablering av helsefellesskap, er det pekt på at fastlegene skal involveres på alle nivå i helsefellesskapene – både i det strategiske arbeidet og i utvikling av konkrete prosedyrer. KS og Legeforeningen har samarbeidet om å etablere felles anbefalinger og en veileder for fastlegerepresentasjon i helsefellesskapene. Her er det blant annet pekt på at fastlegene som oppnevnes, er representanter for fastlegetjenesten i kommunens arbeid i helsefellesskapene. De anbefaler videre at oppnevning skjer basert på den allerede etablerte strukturen Lokalt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (LSU). Da vil valgte representanter for fastlegene i den enkelte kommune være ansvarlig for å foreslå dem som skal representere fastlegene i de tre nivåene i helsefellesskapsmodellen.

Flere steder i landet er det etablert arenaer hvor leger fra spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan møtes og drøfte blant annet forventninger til utredning, behandling og oppfølging av pasienter. Eksempler på dette er Møteplass Møre og Romsdal og Møteplass Oslo. Slike møteplasser og andre samarbeidsarenaer kan også utarbeide standarder for faglig innhold i henvisninger og epikriser. Det er for eksempel laget veiledning for



henvisning av kvinner til gynekologisk undersøkelse og for henvisning av barn til BUP. Slike faglige veiledninger kan sikre riktig prioritering av henviste pasienter og medvirke til gode pasientforløp.

Det er også etablert en praksiskonsulentordning som har som overordnet mål å forbedre samhandlingen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. En praksiskonsulentavtale legger grunnlag for inngåelse av avtaler med allmennleger om å arbeide deltid i spesialisthelsetjenesten som konsulent eller ansatt. Formålet er å fremme samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

### 6.2.2 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene

Kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp framgår av § 3-5 i helse- og omsorgstjenesteloven. Som en del av samhandlingsreformen er dette ansvaret utvidet til å omfatte tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Tilbudet omtales ofte som kommunale, akutte døgnenheter (KAD-enheter). Plikten gjelder for de pasientene som kommunen har muligheter til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Hensikten er å redusere veksten i sykehusinnleggelse når det ikke er medisinsk faglig nødvendig, gi pasientene et tilbud nærmere hjemmet og involvere kommunene tidligere i pasientforløpet. Slik skal helsetjenestene bli mer kostnadseffektive, og pasientene skal få et minst like godt tilbud som før. Det er overført om lag 1,3 mrd. kroner fra spesialisthelsetjenesten til kommunene til å finansiere det utvidete ansvaret for kommunene. Overføringen er basert på en anslått kostnad per plass på 1,5 mill. kroner og et estimert behov på én seng per 7 000 innbyggere.

Mange små kommuner har opprettet KAD-seng(er) på det lokale sykehjemmet, mens de største KAD-enheter ofte er interkommunale samarbeid med et tosifret antall senger, lagt til legevakt eller helsehus. Som en del av Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen basert på funn i perioden 2012-2015, ble det sett på om øyeblikkelig hjelp døgntilbud/KAD faktisk bidrar til færre innleggelse i sykehus. Hovedfunnet var at det hadde effekt. Effekten på sykehusinnleggelse var sterkest, mellom 1,5 og 2 pst. reduksjon, for pasienter over 80 år på indremedisinske avdelinger og fra kommuner med god legeredskap samlokalisert med legevakt (Helsedirektoratet, 2018). Det er også forskning som viser at fastleger og legevaktleger er skeptiske til

å legge inn pasienter ved KAD-enheter som et alternativ til sykehusinnleggelse (Nystrøm m.fl., 2021). Det pekes blant annet på at de er usikre på om kompetansen og bemanningen ved disse enhetene er tilstrekkelig til å ivareta pasientenes behov. Helsedirektoratet (2020c) anslo beleggsprosenten ved KAD-enheter til 42 pst. i 2018 og 2019.

## 6.3 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble introdusert gjennom St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* og ble iverksatt fra 2012. Stortingsmeldingen pekte ut en retning for bedre koordinering og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette skulle skje gjennom fem «hovedgrep»; klarere pasientrolle, ny framtidig kommunerolle, etablering av økonomiske insentiver, utvikle spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse, samt andre strategiske tiltak innenfor IKT-systemer og forsknings-, utdannings- og personalpolitikk.

Sentrale tiltak i samhandlingsreformen var blant annet innføring av kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering. Disse tiltakene innebar at kommunene fikk ansvar for å finansiere deler av behandlingsteknadene i spesialisthelsetjenesten. Formålet med å innføre økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen var å bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene og skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten. Det ble overført penger fra de regionale helseforetakene til kommunene ved etableringen av disse ordningene. Kommunal medfinansiering ble avvirket fra 2015. Det ble også lovfestet krav om at regionale helseforetak og kommuner inngår samarbeidsavtaler. Det rettslige grunnlaget for samarbeidet mellom kommuner og helseforetak er beskrevet i punkt 5.3. Kommunene fikk utvidet sitt ansvar for øyeblikkelig hjelp til å omfatte tilbud om døgnopphold, jf. punkt 6.2.2.

### 6.3.1 Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

For pasienter som er meldt utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten, har kommunene en beta-

lingsplikt per døgn etter en felles nasjonalt fastsatt sats. Dette er regulert i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Utskrivningsklare pasienter er definert som pasienter som er vurdert som ferdig behandlet på sykehus, men som har behov for et kommunalt tjenestetilbud etter utskrivning. Ordningen ble innført som en del av samhandlingsreformen i 2012. Den ble i utgangspunktet finansiert gjennom overføring av 560 mill. kroner fra rammene til de regionale helseforetakene til kommunene. Ordningen gjaldt i utgangspunktet for somatiske pasienter. Fra 2019 ble ordningen utvidet til også å omfatte pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern, samtidig ble det overført ytterligere 185 mill. kroner. Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og bestemmelser gitt i *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2011)*. Det er krav om at samarbeidsavtalene skal inneholde retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter. For-

skriftens vilkår for at en pasient er utskrivningsklar er beskrevet i boks 6.1. Forskriften angir også detaljerte prosesskrav om varsling og informasjonsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen for at betalingsplikten skal gjøres gjeldende.

Antall liggedøgn i sykehus for utskrivningsklare pasienter falt betraktelig etter innføringen av den kommunale betalingsplikten i 2012, men har økt i nesten alle helseforetak i perioden 2012 til 2018. Antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter ble redusert i 2020 som følge av pandemien, men var på et høyere nivå i 2021 enn i 2018. Kommunenes betaling til helseforetakene for utskrivningsklare pasienter utgjorde om lag 350 mill. kroner i 2021.<sup>1</sup> Døgn-satsen er 5 508 kroner i 2023.

<sup>1</sup> De regionale helseforetakenes inntekter for utskrivningsklare pasienter var 346 mill. kroner i 2021. Dette fordeles seg slik: Helse Sør-Øst 125 mill. kroner, Helse Vest 56 mill. kroner, Helse Midt-Norge 90 mill. kroner, Helse Nord 75 mill. kroner.

### Boks 6.1 Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar

Pasient i somatisk døgnavdeling er utskrivningsklar når lege ved helseinstitusjon som er omfattet av spesialisthelsetjenesteloven, vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Pasient i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet er utskrivningsklar når lege eller psykolog ved helseinstitusjon som er omfattet av spesialisthelsetjenesteloven, vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering. Følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a. problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
- b. øvrige problemstillinger som har framkommet skal være avklart
- c. dersom enkelte spørsmål ikke avklares, skal dette redegjøres for
- d. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- e. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

For pasienter i psykisk helsevern skal tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven ved behov, og før pasienten er utskrivningsklar, også kalle inn relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med å utarbeide en samlet plan for videre behandling og oppfølging, herunder plan for eventuell samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten, skal det før pasienten er utskrivningsklar også etableres kontakt med ansvarlig enhet eller behandler i spesialisthelsetjenesten.

Kilde: Lovdata

## Boks 6.2 Sykehusenes utskrivningspraksis

På oppdrag fra KS har Møreforskning og Høgskolen i Molde undersøkt forhold rundt sykehus og kommuners arbeid med utskrivningsklare pasienter i Møre og Romsdal. Prosjektet har undersøkt tre problemstillinger:

1. Hvordan vurderer leger og sykepleiere tidspunkt for melding av pasienter til kommunene?
2. Hvordan fattes utskrivningsbeslutninger?
3. Hvilke perspektiver har representanter fra kommunale tildelingskontor på endringer i utskrivningspraksis de senere årene?

### *Sentrale funn*

Respondentene i sykehusene opplevde ikke terskelen for utskrivning som høyere, sammenlignet med fem år tilbake i tid. Det var imidlertid mindre enighet om hvorvidt terskelen for utskrivning vurderes å være lavere eller på samme nivå som for fem år siden. Flertallet av leger og sykepleiere i sykehusene var samstemte om at utskrivningstidspunkt er riktig. Kommunalt ansatte sykepleiere og informantene fra tildelingskontorene vurderte utskrivningstidspunktet som noe for tidlig. I de kvalitative intervjuene ble det pekt på at det hadde vært en fordel for pasientene å få en dag eller to ekstra på sykehus.

Det var også ulik oppfatning mellom helsepersonell på sykehusene og i kommunehelsetjenesten om pasienter skrives ut som følge av kapasitetspress på sykehusene. Sykehuspersonell mente dette i liten grad er tilfelle. Blant personell i kommunehelsetjenesten ble det vist til et høyere antall utskrivinger før helgen og en oppfatning om at pasienten og ytre forhold tillegges mindre vekt enn kapasitetspress på sykehuset.

Kommunene rapporterte også om manglende likeverd i kommunikasjonen mellom sykehus og kommune. De opplever at betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter forsterker en form for maktubalanse. At én part kan forplikte den andre til betaling, blir trukket fram som en årsak til at partnerskapet ikke oppleves som likeverdig.

### *Utskriving av rus- og psykiatrispasienter*

I løpet av undersøkelsen ble det tydelig at kommunene har utfordringer når det gjelder pasienter innen rus og psykiatri. Kommunene opplever at meldinger feilsendes eller at de ikke får beskjed om utskrivning. En del av årsaken til dette ble oppgitt å være at denne pasientgruppen først ble inkludert i ordningen i 2019 og at systemet fortsatt har mangler.

### *To verdener?*

Resultatene viste gjennomgående at det er avstand mellom sykehus og kommune når det gjelder forståelsen av situasjonen rundt utskrivningsklare pasienter. Det var stort sett enighet fra sykehusets hold om at pasienter blir skrevet ut på riktig tidspunkt, at samarbeidet med kommunene er godt og at de ikke vektlegger interne kapasitetsbegrensninger i beslutningen om en pasient er utskrivningsklar. På kommunenivået var oppfatningen at pasienter blir skrevet ut for tidlig og at kommunenivået i liten grad blir trukket direkte inn i prosessene rundt utskrivning.

### *Konsekvenser for kommunene*

Forskerne identifiserte tre områder der sykehusenes praksis får konsekvenser for kommunenes ressursbruk og autonomi. Det første området dreier seg om at sykehusene skaper forventninger hos utskrivningsklare pasienter om bestemte tjenestetilbud, som ikke alltid kan innfris i kommunene. Det andre handler om å utøve forventningspress med hensyn til behandling av pasienter, blant annet å skulle utføre avanserte prosedyrer, samt ta ansvar for svært krevende pasientgrupper. Et tredje område handler om de administrative ressursene, altså arbeidstiden kommunene må bruke for å håndtere kontakten med sykehusene, samt tiden de bruker til å skrive avvik.

Kilde: KS (2021)

### 6.3.2 Riksrevisjonens undersøkelser og tilsyn

Riksrevisjonen har etter samhandlingsreformen gjennomført flere undersøkelser om ulike aspekter ved samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2018b) fant blant annet at det er store variasjoner i antall henvisninger mellom kommuner og fastleger og at mange henvisninger er unødvendige eller har for dårlig kvalitet. De peker på at fastleger og sykehusleger i mange tilfeller har ulik forståelse av hva som er nødvendig informasjon i en henvisning.

I undersøkelsen av helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter til kommunene (Riksrevisjonen, 2017b) var funnene blant annet at informasjonen som sendes fra helseforetakene til kommunene om utskrivning av pasienter, ikke har en kvalitet som sikrer helhetlige og koordinerte pasientforløp. Riksrevisjonen pekte på at det er mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelser gjennom bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

Undersøkelsen av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (Riksrevisjonen, 2016) pekte på at kommunene etter samhandlingsreformen i 2012, mottar sykere pasienter enn tidligere. Samtidig hadde kommunene i liten grad økt kapasiteten eller styrket kompetansen. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD/KAD) ble ikke benyttet på en måte og i et omfang som var i tråd med intensjonen.

Helsetilsynet publiserte funn fra et landsomfattende tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen i 2016. Tilsynet viste alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune. Overføring av informasjon mellom sykehus og kommune var det området hvor det ble funnet flest lovbrudd og forbedringsområder. Kommunene mottok i mange tilfeller ikke nødvendig informasjon fra sykehuset ved utskrivning. Dette kunne handle om at epikrisen var mangelfull eller kom for sent, at legemiddelliste manglet eller var mangelfull, og/eller at annen nødvendig informasjon om pasienten ikke ble formidlet fra helseforetaket til kommunen. Tilsynet viste også at kommunene i mange tilfeller heller ikke innhentet nødvendig informasjon om pasienten før utskrivning fra sykehus.

### 6.3.3 Evaluering av samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble følgeevaluert gjennom flere devalueringer. Den samlede evalueringsrapporten fra Forskningsrådet (2016) pekte blant annet på at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak generelt var godt og konstruktivt, men at innføringen av samarbeidsavtaler ikke bidro til vesentlige endringer i opplevd samarbeid. Styrkeforholdet mellom helseforetak og kommuner ble fremdeles opplevd som ujevnt, blant annet fordi sykehusene har definisjonsmakten over hvilke pasienter som tilbys helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og om en innlagt pasient er utskrivningsklar. De økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen, som kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, hadde til dels effekt på atferden i sykehus og kommuner, men effektene kan sies å ha vært både tilsiktede og utilsiktede. Liggetiden på sykehusene gikk kraftig ned, men antall sykehusinnleggelser gikk samtidig opp. Evalueringen fant ingen styringseffekt av kommunal medfinansiering.

## 6.4 Nasjonal helse- og sykehusplan og helsefellesskap

Helsefellesskapene er opprettet med bakgrunn i Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, og er nedfelt i en avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Avtalen har varighet ut 2023. Det skulle etableres 19 helsefellesskap mellom kommuner og sykehus med utgangspunkt i helseforetaksområdene. Samarbeidet i helsefellesskapene skulle ta utgangspunkt i og videreutvikle avtaler og strukturer som var etablert etter samhandlingsreformen.

Formålet med helsefellesskapene er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helsefellesskapene skal stå for samarbeid på tre nivå:

- Partnerskapsmøtet. Dette er et årlig møte for å forankre retning. Her møter politisk og administrativ ledelse i kommuner og styreleder og administrativ toppledelse i helseforetak. Flere steder deles dette møtet i to, først en politisk del, deretter en administrativ del.
- Strategisk samarbeidsutvalg. Her møtes administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak.

- Faglige samarbeidsutvalg. Her møtes helsepersonell fra kommuner og helseforetak. Det kan være faste utvalg og/eller utvalg som settes ned for å løse konkrete problemstillinger.

Representanter for lokale fastleger og brukere deltar på alle nivå. Flere steder er også tillitsvalgte med, og noen steder deltar statsforvalter eller representanter fra universitets- og høyskolesektoren som observatører.

Helsefellesskapene skal prioritere å utvikle gode tjenester for fire grupper:

- Barn og unge
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre
- Personer med flere kroniske lidelser.

Det ble vurdert at behovet for god samhandling er størst for disse gruppene, og at helsefellesskapene derfor bør konsentrere planlegging og tjenesteutvikling om disse.

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ble det slått fast at det overordnede målet om en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste krever godt samarbeid mellom helsepersonell rundt den enkelte pasient, men også mellom ledelsen i kommuner og sykehus. Det ble pekt på at det for ofte oppstår svikt i overgangene mellom sykehus og kommuner. Videre at det for ofte er tilfellet at kommuner og sykehus ikke kjenner til hverandres planer for utvikling av tjenestene. Et sentralt formål med å opprette helsefellesskapene var at kommuner og helseforetak skulle gå fra å være «parter til partnere». Det ble vist til at samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak kan ha ført til at deling av ansvar og håndtering av økonomiske konsekvenser har blitt tillagt for stor vekt i dialogen mellom kommuner og helseforetak. Det kan ha bidratt til å flytte oppmerksomheten bort fra felles utvikling av bedre tjenester. Samtidig ble det understreket at samarbeidsavtalene har vært viktige nettopp for å tydeliggjøre ansvar og oppgavedeling.

I stortingsmeldingen ble det pekt på at en utfordring for samarbeidet mellom kommuner og helseforetak så ut til å være at saker ikke alltid ble diskutert på rett nivå av personer med riktig kompetanse og myndighet. Det burde bli tydeligere hva som er strategiske spørsmål som toppløsningen i kommuner og sykehus har et hovedansvar for å drøfte, og hva som handler om utvikling av prosedyrer og rutiner for pasientbehandling som helsepersonell nær pasienten bør utvikle. Regjeringen anbefalte derfor at helsefellesskapene skulle skille tydelig

mellom henholdsvis overordnede prinsipielle, strategiske og faglige beslutninger. Dette var en begrunnelse for den tredelte strukturen i helsefellesskapene; partnerskapsmøtet, strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg.

Et sentralt mål med å etablere helsefellesskapene var at kommuner og helseforetak i større grad skal ha felles planleggingsprosesser på områder der det er relevant. I 2021 ble det tatt inn en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven for å understøtte dette, (jf. boks 6.4). Det innebærer ikke nødvendigvis at kommuner og helseforetak skal ha én felles plan eller felles planer på ulike områder, men at de i større grad involverer hverandre i sine planprosesser. Eksempler på slike planer kan være helseforetakenes utviklingsplaner og kommunale planer for utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

Den formelle beslutningsmyndigheten i helsefellesskapene ligger fortsatt i helseforetakene og kommunene. I avtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS er det en intensjon om at beslutningsprosessen i partnerskapet bør bli bedre, og at det bør tilstrebes konsensusbeslutninger som kan forplikte partnerne i det videre arbeidet. Velfungerende sekretariatsfunksjoner – både mellom kommuner og helseforetak og mellom samarbeidende kommuner – ble trukket fram som et viktig virkemiddel for at kommunene i helsefellesskapet skal kunne samordne seg og for å sikre åpenhet og legitimitet i beslutningsprosessen. I statsbudsjettet for 2020 ble det bevilget midler til en tilskuddsordning for å støtte etableringen av sekretariatsfunksjoner for kommunene i helsefellesskapene. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen som er videreført i påfølgende budsjettår.

Det ble lagt til grunn at det er behov for bedre styringsinformasjon og framskrivningsverktøy for å få felles virkelighetsforståelse i helsefellesskapet. Det ble også lagt til grunn at målet om likeverdige tjenester fordrer at det må være rom for ulik organisering og lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak.

#### 6.4.1 Status helsefellesskap

Helsedirektoratet utarbeider hvert år statusrapporter for gjennomføringen av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. I rapporten for 2022 går det fram at 18 av 19 helsefellesskap formelt er etablert. To ble formelt etablert i løpet av 2022. Flere helsefellesskap er i gang med tjenesteutvikling til de fire prioriterte pasientgruppene. Kommunene og helseforetakene har imidlertid kommet ulikt

langt i etablering av samarbeid i helsefelleskap, og den formelle etableringen har tatt lengre tid enn forventet flere steder. Helsedirektoratet knytter dette blant annet til at det er ulikheter i:

- antall kommuner som sogner til helseforetaket
- tradisjon for regionalt samarbeid mellom kommunene i en region
- hvor langt kommuner og helseforetakene har kommet i felles arbeid etter samhandlingsreformen i 2012
- innbyggertall og kapasitet i kommunene til å organisere samarbeid med helseforetaket.

Helsedirektoratet peker på at kommuner og helseforetak ikke alltid opptrer som likeverdige parter i fellesskapet. De har ulike oppdrag, organisasjoner, utfordringer, roller og forutsetninger.

I 2021 søkte 14 av de 19 helsefelleskapene på tilskuddsordningen til etablering av sekretariatsfunksjon for kommunene. Én kommune må søke på vegne av helsefelleskapet. Sekretærstillingene varierer mellom 50 og 100 pst. To helsefelleskap har ikke felles sekretariatsfunksjon. I de fleste helsefelleskapene egenfinansierer kommunene funksjonen utover mottatt tilskuddsbeløp. Det er rapportert om at sekretariatsfunksjonen har økt kvaliteten på saksbehandling og samarbeid og bidratt til økt likeverdighet mellom kommuner og helseforetak. Sekretariatsfunksjonen har også bidratt til bedre kompetanse for å utvikle felles virkelighetsforståelse og felles planlegging.

#### **6.4.2 Innspill fra helsefelleskapene til nasjonal helse- og samhandlingsplan**

Regjeringen har startet arbeidet med nasjonal helse- og samhandlingsplan. Stortingsmeldingen skal omhandle både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten og den vil avløse Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.

Med bakgrunn i avtalen fra 2019 ble helsefelleskapene invitert til å gi innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan. Innspillene er publisert på [regjeringen.no](https://www.regjeringen.no).<sup>2</sup>

Mange av helsefelleskapene peker på både utfordringer og muligheter basert på erfaringene så langt. Tilgang på kvalifisert kompetanse trekkes frem som en stor utfordring av de aller fleste helsefelleskapene. Det blir etterspurt økt utdan-

ningskapasitet, flere LIS1-stillinger og like krav til kommuner og helseforetak om å ta imot studenter. Flere ser behov for større grad av samarbeid i helsefelleskapet om rekruttering og utdanning for å sikre tilstrekkelig kapasitet og å redusere konkurranse med hverandre. Utfordringene i allmennelegetjenesten blir framhevet som en stor utfordring som må løses nasjonalt.

Mange helsefelleskap understreker behovet for samkjørte styringssignaler til kommuner og helseforetak slik at ønsket retning, satsinger og prioriteringer er harmonisert på tvers av årlige oppdrag og bestillinger. Omfanget av nasjonale satsinger må være håndterbart.

Flere innspill fremhever at ulike finansierings-systemer mellom kommuner og helseforetak er en barriere for god samhandling. De ønsker sterkere økonomiske insentiver som stimulerer til samhandling og ønsket tjenesteutvikling, som for eksempel teambasert oppfølging og digital hjemmeoppfølging. Det blir tatt til orde for å videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten i tråd med retningen som er satt i Nasjonal helse- og sykehusplan med arena-, teknologi- og personellnøytralitet. Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter er opplevd som krevende for den daglige samhandlingen. Enkelte mener det er utfordrer likeverdigheten at helseforetaket har et økonomisk virkemiddel som kan benyttes overfor kommunene.

Mange peker på at det er behov for bedre kjennskap til hverandres tjenestetilbud, å utvikle samarbeidskultur og få bedre kunnskap om hvilke utfordringer og muligheter de respektive aktørene står overfor. Opplevelsen av likeverdighet mellom kommuner og helseforetak varierer. Flere har framhevet kommunal sekretariatsfunksjon som et suksesskriterium for likeverdighet i helsefelleskapet. Det bidrar til at kommunene blir mer samordnet og er med på å sette dagsorden.

Flere helsefelleskap peker på behovet for at strukturen får satt seg og at helsefelleskapene får «arbeidsro». Det vises særlig til at pandemi-håndteringen har ført til forsinkelser i arbeidet med felles tjenesteutvikling. Samtidig har flere opplevd at den hyppige kontakten gjennom pandemien har styrket samarbeidet.

#### **6.4.3 Status virkemidler og tiltak**

Helsemyndighetene har iverksatt tiltak for å understøtte samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tiltakene kan kategoriseres som:

<sup>2</sup> Se <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/nasjonale-helse-og-samhandlingsplan/innspeil-fra-helsefelleskapa/id2913605/> (hentet 22.02.2023).

- Finansielle – innretningen av finansieringen av de regionale helseforetakene og kommunene kan ha betydning for samhandlingen.
- Rettslige – lover og forskrifter formaliserer hvilke krav som stilles til kommuner og regionale helseforetak og helseforetak knyttet til samhandling.
- Organisatoriske – endringer i eller opprettelse av nye samarbeidsstrukturer, som etableringen av helsefellesskap, kan legge til rette for økt samarbeid.
- Faglige/pedagogiske – utvikling av retningslinjer, veiledere, styringsinformasjon, mv. kan blant annet bidra til bedre felles virkelighetsforståelse og mindre uønsket variasjon i praksis og kvalitet.
- Styringsmessige – staten eier de regionale helseforetakene, og kan stille krav knyttet til samhandling med kommunene. Staten har ingen direkte instruksjonsmyndighet overfor kommunene, men virkemidlene nevnt over kan likevel styre kommunenes adferd.

#### Finansiering

De regionale helseforetakene og kommunene har ulike og i utgangspunktet separate finansierings-systemer. Det er ulike innslag av henholdsvis rammefinansiering, aktivitetsbaserte finansieringsordninger og øremerkede tilskudd mellom nivåene og mellom ulike tjenestoområder innad i nivåene.

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er i hovedsak todelt (jf. kapittel 8). Den består av en aktivitetsuavhengig del (basisbevilgningen) og en del som bestemmes av hvor mange og hva slags pasienter som er behandlet (innsattsstyrt finansiering). Det viktigste unntaket fra denne hovedregelen er at døgnbehandling innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er rammefinansiert gjennom basisbevilgningen. Basisbevilgningen er den største finansieringskilden. En mindre andel av helseregionenes budsjett fordeles som resultatbasert finansiering, aktivitetsbasert finansiering av radiologi og laboratorietjenester, egenandeler og refusjoner fra folketrygden. Avtalespesialistene mottar driftstilskudd fra de regionale helseforetakene, refusjoner fra folketrygden og egenandeler og egenbetaling fra pasientene.

Kommunesektoren er rammefinansiert og de kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter (skatt og rammetilskudd fra staten). De som mottar tjenester, betaler også egenandeler.

En rekke øremerkede tilskudd som administreres av Helsedirektoratet, understøtter utvikling av de kommunale tjenestene. Rammetilskudd til kommunene fordeles gjennom inntektssystemet etter objektive kriterier. Systemet tilsvarende i stor grad modellen for fordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetakene. Privatpraktiserende behandlere med avtale med kommuner, som fastleger, fysioterapeuter og andre, er finansiert gjennom ulike kombinasjonsmodeller. De mottar én eller flere av følgende elementer: tilskudd fra kommunene, refusjoner fra folketrygden (tredjepartsfinansiering) og betaling fra pasientene.

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge-for-ansvaret til henholdsvis kommunene og de regionale helseforetakene. Finansieringsordningene er ikke ment å styre prioriteringene, men det er eksempler på at ordningene er innrettet for å stimulere til gjennomføring av bestemte handlinger eller tiltak.

I innsattsstyrt finansiering er det gjort flere endringer som skal legge til rette for mer bedre og mer helhetlige pasientforløp. Eksempler på dette er:

- Flytting av tjenester hjem til pasientene ved bruk av teknologi: Både video- og telefonkonsultasjoner er inkludert i ordningen, og gir refusjon på lik linje med fysiske konsultasjoner. Andre digitale tjenesteformer er også inkludert i ordningen.
- Mer ambulant og teambasert behandling: Det regionale helseforetaket mottar tilleggsrefusjon når behandlingen skjer ambulant og flere former for teambasert ambulant behandling er inkludert i ordningen.
- Samhandling mellom tjenestenivåene: Kommuner kan utføre enkelte definerte spesialisthelsetjenester og utløse ISF-refusjon til det regionale helseforetaket. Det gis også refusjon til det regionale helseforetaket for samarbeidsaktiviteter med kommunene.
- Mer helhetlige og pasientorienterte tjenesteforløp: Det er lagt til rette for finansiering av forløp, framfor enkeltstående aktiviteter innad i spesialisthelsetjenesten.

Disse endringene gjelder bare for spesialisthelsetjenesten. Det er ikke tilsvarende mekanismer i finansieringen av kommunene som kan gjøre det enklere for kommunene å legge til rette for bedre og mer helhetlige pasientforløp. Det er etablert statlige tilskuddsordninger for å styrke tilbudet til personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov. Tilskuddene blir utbetalt til kommunen(e) og etter felles søknad fra deltakende kom-

### Boks 6.3 Resultatbasert finansiering

Ordnningen med resultatbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten ble innført fra 2022 og erstattet den tidligere ordningen med kvalitetsbasert finansiering som ble innført i 2014. Formålet med ordningen er å stimulere til ønsket tjenesteutvikling, slik dette er presentert i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, med vekt på samhandling og digitalisering. Som i ordningen med kvalitetsbasert finansiering, innebærer resultatbasert finansiering at en andel av budsjettet til de regionale helseforetakene gjøres avhengig av måloppnåelse på utvalgte indikatorer. Antall indikatorer i ordningen er redusert betydelig sammenliknet med kvalitetsbasert finansiering, fra tidligere om lag 40, til sju indikatorer:

- andel video- og telefonkonsultasjoner
- andel pasienter med digital skjemabasert oppfølging og monitorering
- andel pasienter med gjennomført nettbasert behandlingsprogram
- andel pasienter med samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling
- andel pasienter med teambasert oppfølging (for eksempel ACT-/FACT-team)
- andelen schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan, og
- andel epikriser sendt innen én dag.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

muner og helseforetaket. Det forutsetter at det er inngått samarbeidsavtale om tiltaket det søkes midler til.

Ordnningen resultatbasert finansiering (som erstatter kvalitetsbasert finansiering) belønner resultater på indikatorer som er særskilt rettet mot samhandling, jf. boks 6.3. Ordningen omfatter om lag 600 mill. kroner i 2023, og supplerer de øvrige finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten.

For allmennlegetjenesten er det noen takster som understøtter samhandling, for eksempel takst for kontakt mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten. Det er også innført e-konsultasjonstakster for fastleger. E-konsultasjonstakst for legevakt ble innført fra slutten av 2021.

Helsedirektoratet utarbeidet rapporten *Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene* (Helsedirektoratet, 2022d). I rapporten vurderer Helsedirektoratet hvordan finansieringssystemet kan bidra til bedre sammenheng og økt bærekraft i helse- og omsorgstjenesten framover.

Helsedirektoratet har skissert ulike konsepter for endringer i finansieringssystemene. Forslagene omfatter både endringer i systemer basert på eksisterende betalingsordninger og innføring av nye supplerende betalingsordninger:

- Forpliktende spleiselag (samhandlingsbudsjetter): Det er etablert en rekke samarbeidstiltak mellom kommuner og helseforetak i form av prosjekter basert på spleiselag. Konseptet innebærer å bygge videre på spleiselagsmodel-

len, og kan for eksempel innebære at helsefelleskapene tar en rolle i å legge til rette for forpliktende spleiselag og/eller felles budsjetter for pasientrettede samarbeidstiltak.

- Finansiering av forløp (samlet betaling for episode sett fra pasientens perspektiv): Betaling knyttes til helsehjelp fra flere aktører, både innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Det er utviklet former for forløpsfinansiering innad i spesialisthelsetjenesten. Konseptet med én samlet betaling for en episode innebærer å utvide tjenesteinnholdet i betalingen til også å omfatte helse- og omsorgstjenester som kommunene har ansvar for.
- Risikodeling gjennom medfinansiering: Konseptet innebærer å binde virksomheter (i hovedsak kommuner og helseforetak) tettere sammen økonomisk, for eksempel ved å gi én virksomhet et delvis finansieringsansvar for aktiviteter og kostnader i en annen virksomhet. Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter er et eksempel. Kommunal medfinansiering i perioden 2012–2014 er et annet eksempel på en slik ordning.
- Resultatbasert finansiering: Oppgjørsordning hvor en andel av tjenesteyternes totale inntekter gjøres avhengig av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål. Det er en ordning med resultatbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende ordning kan i prinsippet også knyttes opp mot kommunene.



#### Boks 6.4 Krav til samarbeidsavtalene

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 angir hvilke forhold avtalen som et minimum skal omfatte:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd
5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov

for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon

6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
8. samarbeid om jordmortjenester
9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt
10. samarbeid om forebygging
11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden
12. konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene og
13. samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.

Helsedirektoratet peker samtidig på betydningen av å arbeide ut fra et helhetlig konsept for virkemiddelbruk, der finansiering er ett av flere virkemidler for å sikre gode pasientforløp og sammenhengende tjenester.

#### Samarbeidsavtaler

Det rettslige grunnlaget for samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak eller helseforetak er omtalt i kapittel 5. I boks 6.4 framgår hvilke forhold avtalene skal omfatte. Praksis i alle regioner er at det regionale helseforetaket har pekt på helseforetakene som avtalepart, slik at det er kommunene og helseforetakene som har inngått avtaler.

#### Veiledning og styringsinformasjon til helsefellesskapene

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ble det pekt på at nasjonale myndigheter ville støtte helsefellesskapene gjennom blant annet bedre veiledning, styringsinformasjon og framskrivninger.

Direktoratet har etablert en egen temaside for helsefellesskapene som oppdateres jevnlig med informasjon og verktøy som kan være til hjelp for helsefellesskapene.<sup>3</sup>

Helsedirektoratet har fått i oppdrag både å revidere veilederen til samarbeidsavtalene og å etablere en praktisk veileder for tjenestemodeller på tvers av tjenestenivåene. Helsedirektoratet ser disse arbeidene i sammenheng. Det er allerede publisert beskrivelser av flere tjenestemodeller på temasiden for helsefellesskapene.

Det er utarbeidet og publisert rapporter med styringsinformasjon for tre av de prioriterte pasientgruppene (skrøpelige eldre, barn og unge og personer med flere kroniske lidelser). Det blir arbeidet med å utarbeide tilsvarende rapport for personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. Det er også henvist til relevant styringsinformasjon fra andre kilder.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble etablert i 2017, mens Norsk pasientregister (NPR) ble etablert allerede i 1997. Etableringen av KPR legger til rette for at opplysninger om bruk av helse- og omsorgstjenester i kommunene kan kobles med data om bruk av spesialisthelse-tjenester fra NPR. Dette kan danne grunnlag for analyser og styringsinformasjon om forløp og bruk av helsetjenester på tvers av kommuner og sykehus.

<sup>3</sup> Se <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap> (hentet 22.02.2023).

## 6.5 Utvalgets vurderinger

Utvalget viser til omtalen av framtidsperspektiv og utfordringer i kapittel 2, samt omtalen av erfaringer med samhandling mellom tjenestenivåene i kapittel 4. Utvalget mener at god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil være avgjørende for mulighetene til å opprettholde og videreutvikle en sterk offentlig finansiert helsetjeneste. Gitt de demografiske utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor, vil det ha store negative konsekvenser dersom det ikke lykkes med å legge til rette for samhandling mellom nivåene. Det må være et mål at pasientene skal møte én helsetjeneste, uavhengig av om ansvaret for tilbudet ligger hos kommune eller helseforetak. Samtidig mener utvalget at problemstillinger knyttet til samhandling ikke bare dreier seg om forholdet mellom helseforetak og kommuner. Helhetlige pasientforløp er av avgjørende betydning for god pasientbehandling også innad i kommuner og helseforetak. Utvalgets forslag er imidlertid, i tråd med mandatet, innrettet mot samhandling mellom de to nivåene.

Utvalget har i kapittel 4 pekt på flere utfordringer i samhandlingen mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Basert på situasjonsbeskrivelsen i dette kapitlet, er utvalgets vurdering at problembeskrivelsen som kommer fram i rapporter fra Riksrevisjonen og Helsetilsynet, og som også lå til grunn for tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, fremdeles er relevant. Utvalget har ikke funnet kilder som tilsier at disse utfordringene er vesentlig mindre i dag. I tillegg har situasjonen i allmennlegetjenesten forverret seg.

Utvalget mener at det særlig er to grunnleggende problemstillinger ved vårt system med to ansvarsnivåer, med ulike budsjetter, beslutningssystemer og beslutningstakere som skal samhandle. *For det første* fører det til at kapasiteten mellom de to sektorene ikke alltid er avstemt eller sees helhetlig. Når fastlegene ikke er i stand til å ivareta sine funksjoner på en god måte fordi arbeidsbelastningen er for høy, kan terskelen for henvisninger bli endret og sykehusene blir belastet, eller pasienter bli hindret i å få nødvendig helshjelp. Når kapasiteten i hjemmetjenester og

sykehjem er for lav, vil eldre pasienter kunne bli lenger på sykehus enn nødvendig. Når sykehuslegene har for lite tid og verktøy til avklarende dialog med fastleger, vil det minske fastlegenes mulighet til å håndtere pasienten uten å henvise pasienten. En tilsynelatende liten økning av henvisninger fra hver enkelt fastlege gir store utslag i sykehusenes arbeidsbelastning. *For det andre* kan det todelte ansvaret for tjenestene bety at riktig kompetanse ikke alltid settes inn på riktig nivå og til riktig tid, og at sammensetningen av kompetansen ikke alltid er god nok. Dette kan både handle om at det er behov for mer spesialistkompetanse i kommunene og mer generalistkompetanse i sykehusene, og at ansatte i både kommuner og sykehus samarbeider i tverrfaglige team nær pasientene.

Helsefelleskapene ble innført for å bøte på flere av de identifiserte problemene, både knyttet til konkret samhandling om enkelte pasientgrupper og til strategisk og overordnet planlegging og utvikling. Utvalget mener det er et betydelig potensial for å forbedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Dette kan realiseres gjennom å bygge videre på helsefelleskapene. Dersom helsefelleskapene lykkes, vil det kunne bli bedre balanse mellom oppgavene som blir utført i kommunene og i spesialisthelsetjenesten og bedre kvalitet i overføringene av pasienter mellom nivåene. Samarbeid og samhandling er ikke nytt. Det nye med helsefelleskapene er, etter utvalgets mening, et sterkere hverdagslig, praktisk og faglig rettet fokus, synliggjort ved at fastleger skal delta på alle tre nivå av samarbeid. Det tredje nivået – faglige samarbeidsutvalg – som skal hente erfaringer og løsninger fra dem som jobber nært pasientene i første og andre linje, er av stor betydning.

Det finnes en rekke eksempler på konkrete samhandlingstiltak og prosjekter som kan vise til gode resultater for pasientene, de ansatte og for ressursbruk. Utvalget har omtalt enkelte slike eksempler i boks 6.5. Utvalget mener at helsefelleskapene kan brukes til å få satt vellykkede prosjekter ut i ordinær drift og til å spre gode løsninger, i større grad enn i dag. For å lykkes med det, fordrer det at finansieringsordninger, faglige virkemidler og regulering legger til rette for samhandling.

### Boks 6.5 Eksempler på samarbeid om pasientforløp

Det er en rekke eksempler på konkrete samhandlingstiltak og -modeller som kan vise til gode resultater. Blant annet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er det omtalt flere slike, for eksempel:

- *Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT)* ved Universitetssykehuset Nord-Norge og samarbeidende kommuner. PSHT er et tverrfaglig team med mål om å utvikle bedre og mer helhetlige tjenestetilbud til pasienter med sammensatte/kroniske helseutfordringer. Grunntanken bak tilbudet er «hva er viktig for pasienten».
- *ACT- og FACT-team*. ACT retter seg mot mennesker med et stort og kontinuerlig hjelpebehov, mens FACT har en noe bredere målgruppe med et mer varierende hjelpebehov. Teamet gir alle typer tjenester som brukeren har behov for, blant annet integrert behandling av rus- og psykisk lidelse og tett individuell oppfølging rettet mot arbeid, familie, fritid og bolig. Det er utviklet en tilpasning av FACT-modellen for ungdom. Diakonhjemmet sykehus har etablert FACT-team for eldre.
- *SAM-AKS* står for samhandling mellom alderspsykiatrisk avdeling i Sykehuset Innlandet og kommunale sykehjem. Sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten bistår sykehjem med veiledning, opplæring av personell og ved direkte pasientkontakt. I tillegg motiveres kommunene til kunnskapsheving og forskningsarbeid.
- *ParkinsonNet* er en nettverksmodell for deling av kompetanse. Kjernen i modellen er at fagpersoner med ulik kompetanse er knyttet sammen i faglige nettverk gjennom grunnkurs, e-læring og regionale nettverk, og at pasienter enkelt kan kontakte faglig kompetanse og andre pasienter og pårørende med brukererfaring.
- *Akuttkjedeprojektet i Telemark*. Prosjektet skal forbedre akutt-tjenestene ved å styrke samarbeidet mellom sykehuset og kommunene og øke kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De ansatte i hjemmetjenesten får opplæring og utstyr som gjør at de kan vurdere akutsituasjoner og gjøre bruk av rutiner for hvordan situasjoner skal håndteres. De ansatte i hjemmetjenesten er sentrale fordi de ofte møter pasienten først.
- *Avansert hjemmesykehus for barn (AHS)* er etablert ved flere helseforetak i Norge. AHS ved Helse Bergen er et tilbud til barn og ungdom som har behov for behandling og pleie fra spesialisthelsetjenesten, men uten behov for å være fysisk på sykehuset. AHS samarbeider med kommuner/bydeler i opptaksområdet for å sikre god kvalitet og kontinuitet. Samarbeidet med kommunene rundt enkelt-pasienter består ofte i opplæring i sykepleiefaglige prosedyrer til ansatte i kommunene hjemme hos pasientene. På denne måten kan AHS og hjelpeinstanser i og utenfor sykehuset samarbeide om oppgaver som for eksempel antibiotikabehandling, mekanisk ventilasjon og palliasjon. AHS vil også kunne fungere som koordinator for pasienter som trenger helsetjenester på ulike nivåer.

## 6.6 Utvalgets forslag

Utvalget har fått en rekke innspill til hvordan helsefellesskapene kan bidra til å styrke samarbeid og samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Utvalget har også merket seg innspillene fra helsefellesskapene til Nasjonal helse- og samhandlingsplan, jf. punkt 6.4.2. Utvalget merker seg at flere av innspillene tyder på at finansieringssystemet ikke i tilstrekkelig grad understøtter god samhandling. Snarere kan finansieringssystemet i mange tilfeller fungere som en barriere for implementering av løsninger med

dokumentert positiv effekt. Flere peker også på at det er viktig med gode digitale løsninger, og på behovet for å utvikle og spre kunnskap om gode pasientforløp.

Utvalgets vurdering er at det er behov for tiltak som bidrar til å styrke både den strategiske og den faglige samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Utvalget vil legge særlig vekt på tiltak som kan bidra til at pasientene i større grad sikres behandling på riktig nivå, med vekt på de pasientgruppene som helsefellesskapene skal prioritere. Utvalget velger å innrette sine forslag mot overordnede strukturelle og økonomiske forhold

som kan bidra til å utvikle helsefelleskapene som et godt virkemiddel for samarbeid og samhandling. Selv om forslagene er rettet mot helsefelleskapenes arbeid, vil oppfølgingen av forslagene i første omgang kreve endringer i virkemiddelbruken fra staten. Samtidig understreker utvalget at en god helsetjeneste krever at det blir utviklet og vedlikeholdt god kultur for samhandling og samarbeid både i kommuner og helseforetak.

### 6.6.1 Samhandlingsbudsjetter

Det todelte ansvaret for helse- og omsorgstjenesten innebærer at helseforetak og kommuner har separate budsjetter og finansieringssystemer. Helseforetakenes økonomiske rammer skal dekke kostnadene til spesialisthelsetjenester, mens kommunenes rammer dekker kostnader til kommunale helse- og omsorgstjenester. Samtidig vil beslutninger og tiltak som iverksettes i spesialisthelsetjenesten i mange tilfeller ha innvirkning på ressursbruken i kommunene, og visa versa.

Utvalgets vurdering er at behovet for god samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten vil bli større etter hvert som andelen eldre i befolkningen øker. De fire prioriterte pasientgruppene som omfattes av helsefelleskapene, dekker en pasientpopulasjon som har gjentakende behov for tjenester fra begge nivå. Det vil ikke alltid være klart om tjenesten skal klassifiseres som spesialist- eller kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette vil stille større krav til både samhandling og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. I denne sammenhengen vil finansieringssystemets viktigste funksjon være at det fremmer og ikke hemmer gode og helhetlige pasientforløp.

Utvalget har i kapittel 4 vist til at manglende samordning av kapasiteten i kommunene og spesialisthelsetjenesten er en utfordring. KS har i sitt innspill til utvalget pekt på behovet for bedre strategisk og faglig samhandling. Utvalget mener at samarbeidsavtalene (jf. boks 6.4) gir et godt grunnlag, både for bedre koordinering av kapasitet og for bedre samarbeid. Samtidig mener utvalget at dagens todelte finansiering av helseforetak og kommuner ikke i tilstrekkelig grad understøtter samhandling mellom de to nivåene. I Helsedirektoratets rapport om utvikling av finansieringssystemene (jf. punkt 6.4.3), er det vist til at samhandlingsbudsjetter eller forpliktende spleiselag mellom helseforetak og kommuner, kan bidra til økt kontinuitet og sammenheng i tjenestene.

Utvalgets forslag til innretning av samhandlingsbudsjetter

Utvalget foreslår å innføre samhandlingsbudsjetter for kommuner og helseforetak. Utvalgets vurdering er at samhandlingsbudsjetter bør utformes slik at helsefelleskapene disponerer en øremerket økonomisk ramme. Denne rammen skal både kunne benyttes til tiltak som understøtter behandling og oppfølging av de fire prioriterte pasientgruppene, men også andre tiltak som kan sikre gode og helhetlige pasientforløp. Utvalget mener en slik modell for økonomisk samarbeid mellom kommuner og helseforetak vil kunne bidra til å løse flere forhold som ofte trekkes frem som samhandlingsutfordringer, for eksempel at:

- Tiltak som kan gi bedre pasientbehandling og ressursutnyttelse ikke blir gjennomført fordi den ene av partene får kostnadene, mens den andre får gevinstene.
- Tiltak som er finansiert gjennom tilskudds-/prosjektmidler ikke videreføres når midlene fases ut.

En grunn til at dagens finansieringsmodell ikke oppleves å understøtte god samhandling, er at gevinster og kostnader kan være ujevnt fordelt. Styrking av tilbudet i spesialisthelsetjenesten kan gi økte kostnader for helseforetakene, men redusere kostnadene til kommunale helse- og omsorgstjenester. En styrking av allmennlegetjenesten kan gi økte kommunale kostnader, men reduksjon i henvisninger og dermed reduserte kostnader i spesialisthelsetjenesten. Mer bruk av spesialistkompetanse i kommunene kan gi bedre kvalitet og også hindre (re-)innleggelser. Hvordan tjenestetilbudet best kan utformes vil variere lokalt, blant annet med geografiske forhold. Hensikten med samhandlingsbudsjettene er å sikre finansiering til varige samhandlingsløsninger. I noen tilfeller vil disse innebære å styrke helseforetaket, i noen tilfeller kommunene og i noen tilfeller vil det innebære å styrke begge nivåene. Forslaget innebærer å øremerke midlene og knytte bruk av dem til konsensus i helsefelleskapene. Hensikten er å gi kommuner og helseforetak insentiv til å utforme gode lokale løsninger i fellesskap.

Det er eksempler på tiltak som kan likne på samhandlingsbudsjetter i helse- og omsorgstjenesten i dag. Helse Sør-Øst RHF lyser for eksempel ut samhandlingsmidler årlig som er forutsatt å finansiere samhandlingstiltak fra spesialisthelsetjenesten sin side. Det er nasjonale tilskuddsordninger, for eksempel tilskuddsordningen for til-

bud for voksne med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester. Den er særlig rettet mot etablering av ACT- og FACT-team.

Etter utvalgets vurdering må et samhandlingsbudsjett være mer forpliktende enn tilskuddsmidler og frivillige spleiselag. Helseforetakene og kommunene utformer sine respektive tjenestetilbud med utgangspunkt i sine inntektsrammer. Tanken er at helsefellesskapene, med utgangspunkt i samhandlingsbudsjettene, skal planlegge utforming av tjenestetilbudet for de gruppene som i særlig grad går mellom de to nivåene. Denne tankegangen er nedfelt i samarbeidsavtalene, og er en av begrunnelsene for opprettelse av helsefellesskapene. Det nye med utvalgets forslag er derfor at det knyttes et øremerket samhandlingsbudsjett til dette arbeidet. På denne måten skal finansieringssystemet legge til rette for samhandling, og ikke fungere som en barriere.

Det ligger to premisser til grunn for samhandlingsbudsjettene. For det første må de legge til rette for en varig finansiering av samhandlingstilbud, og bidra til at tidsavgrensede prosjekter kan tas inn i ordinær drift og breddes ut. For det andre skal de kun utløses som følge av at kommuner og helseforetak *i fellesskap* har identifisert områder hvor samhandling vil gi bedre og mer helhetlige pasientforløp og besluttet å allokere ressurser dit. Utvalget mener at helsefellesskapene er den naturlige arenaen for å identifisere slike områder. Midler fra samhandlingsbudsjettene blir utløst som et resultat av planer og prosesser i helsefellesskapene. Det skal derfor være felles beslutninger fra aktørene i helsefellesskapene som definerer bruken av midlene. Dersom man ikke når fram til enighet om hvilke områder budsjettet skal benyttes på, vil midlene ikke bli utløst. Utvalget mener at det vil gi et sterkt insentiv til helseforetakene og kommunene om å bli enige om bruken av samhandlingsbudsjettet.

Utvalget foreslår at staten tar en tydelig rolle i å fastsette de økonomiske rammene for et slikt samhandlingsbudsjett. I praksis vil det bety at staten definerer at en andel av de respektive bevilgningene til kommuner og helseforetak skal legges inn i et samhandlingsbudsjett, og som bare kan bli utbetalt på bakgrunn av planer og prosesser i helsefellesskapene.

Helsefellesskapene er ikke egne rettssubjekter, og kan ikke tildeles midler over statsbudsjettet slik de er organisert i dag. Utvalget anser det ikke som aktuelt å gi helsefellesskapene status som et nytt forvaltningsorgan med beslutningskompetanse for helse- og omsorgstjenestene. Eventuelle midler fastsatt i et nasjonalt samhand-

lingsbudsjett bør derfor fordeles til den ene parten – kommunene eller helseforetakene – med klare vilkår om hvilke formål midlene skal brukes til. Utvalget mener at hensynet til enkel koordinering og oversiktighet tilsier at midlene bør fordeles til helseforetakene.

Utvalget ser det som mest hensiktsmessig at helseforetaket og kommunene i helsefellesskapet, inngår avtale om bruk av samhandlingsbudsjettet. I slike avtaler kan for eksempel helseforetaket forplikte seg til ikke å bruke samhandlingsbudsjett til andre formål enn det som er avtalt. Det samme kan oppnås ved å knytte vilkår til bruk av bevilgning av midler over statsbudsjettet. Helsefellesskapene kan derfor være fasilitator og arena for å drøfte avtaler mellom helseforetak og kommuner om hvordan samhandlingsbudsjett skal brukes. Helsefellesskapene kan myndiggjøres ved at de som representerer helseforetaket og kommunene får nødvendige fullmakter til å bli enige om utkast til avtale, som i neste omgang behandles i helseforetakets styre og kommunenes besluttende organer.

Bruk av avtaler vil være i tråd med den statusen som helsefellesskapene har i dag; en arena for dialog, hvor det ikke tas formelle beslutninger med virkning for deltakende helseforetak og kommuner. Slike beslutninger om egen virksomhet fattes av kommunene og helseforetakene. Det vil derfor ikke være nødvendig å gi helsefellesskapene besluttende myndighet eller status som forvaltningsorgan. Uavhengig av om samhandlingsbudsjettet blir benyttet til formålet eller ikke, beholder det regionale helseforetaket og kommunene henholdsvis ansvaret for å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Helseforetakene plikter å gi befolkningen tjenester som de er pålagt av eier eller følger av lov. Dette er imidlertid ikke til hinder for at partene kan inngå bindende avtaler om hvordan de skal råde over egne midler og innrette sitt tjenestetilbud for å oppfylle ansvaret. De kan også klargjøre ansvarsfordelingen i avtaler.

Utvalget har merket seg at Helsepersonellkommisjonen har diskutert en modell hvor alt ansvar for helse- og omsorgstjenester samles på ett nivå. Utvalget har valgt ikke å gå inn på en slik diskusjon, men vil påpeke at en vellykket utforming og håndtering av samhandlingsbudsjetter vil kunne løse noen av de samme utfordringene som det å samle ansvaret for alle helsetjenester på ett forvaltningsnivå er ment å svare på.

En alternativ tilnærming til øremerkede samhandlingsbudsjetter slik disse er beskrevet over, kan være at statens rolle avgrenses til å være en

pådriver for innføring av samhandlingsbudsjetter på lokalt nivå, for eksempel gjennom å samle og beskrive gode eksempler og yte veiledning om gjennomføringen. Det vil da være opp til partene å beslutte om, og eventuelt hvor mye som skal settes av til felles budsjetter. Utfordringen med en slik tilnærming kan være at det trolig vil være de helsefelleskapene som allerede har god kultur for samarbeid og tjenesteutvikling, som vil være mest tilbøyelige til også å inngå slikt økonomisk forpliktende samarbeid. Det kan dermed være risiko for at de helsefelleskapene som har det største potensialet for å forbedre samarbeidet, ikke ønsker eller evner å etablere en slik samarbeidsform. Det vil også kunne oppstå diskusjoner om hvem som skal bære hvilken andel av et slikt budsjett. Utvalget anbefaler derfor ikke en modell basert på frivillighet.

#### Behov for videre utredning

Utvalget merker seg at Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2023 har fått i oppdrag å utrede på hvilken måte samhandlingsbudsjetter kan bidra til bedre sammenheng og samarbeid i tjenestene, samt å vurdere opprettelse av et samhandlingstilskudd. I oppdragsteksten er det lagt vekt på mange av de samme hensynene som utvalget trekker fram i sin vurdering og forslag knyttet til samhandlingsbudsjetter. Utvalget anbefaler derfor at forslaget som fremmes her, blir sett i sammenheng med og tatt inn i det pågående utredningsarbeidet. Dette gjelder særlig hvordan beslutningsprosedyren skal være fram mot disponering av midlene og hvilke konsekvenser dette vil ha for helseforetak og kommuner. Utvalget mener også at noen helsefelleskap bør gjennomføre pilotprosjekter, som ledd i utredningen og for å vinne erfaring. Utvalget presiserer at innføring av samhandlingsbudsjetter ikke er ment å påvirke den rettslige ansvarsdelingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, blant annet knyttet til tilsyn, arbeidsgiveransvar mv. Samtidig vil innføring av samhandlingsbudsjetter kreve en grundig spesifisering av oppgavefordelingen og klare avtaler som gir forutsigbarhet for at de lovpålagte oppgavene mottar finansiering. Utvalget mener derfor at disse forholdene også bør vurderes i den videre utredningen.

I tillegg må det vurderes hvor stort et slikt samhandlingsbudsjett skal være, og hvordan det skal finansieres. Utvalget mener at størrelsen må være tilstrekkelig til å legge til rette for varige og

vesentlige endringer med mål om mer helhetlige og effektive behandlingsforløp.

Utvalget viser til at Wisløff-utvalget foreslo en «samhandlingsmilliard» i NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste*. I lys av dette, og veksten i kostnader til helse- og omsorgstjenester siden 2005, anbefaler utvalget at samhandlingsbudsjettet som et minimum må være på én til to mrd. kroner. Som en illustrasjon, utgjør et samhandlingsbudsjett på én mrd. kroner om lag 18,4 mill. kroner per 100 000 innbyggere. Helsefelleskap Lofoten, Vesterålen, Salten representerer et opptaksområde på 136 000 innbyggere og vil dermed kunne disponere om lag 25 mill. kroner. Helsefelleskapet Sør-Rogaland med et opptaksområde på 371 000 innbyggere vil kunne disponere om lag 68 mill. kroner. Helsefelleskapet Vest-Viken med et opptaksområde på 501 000 innbyggere vil kunne disponere 92 mill. kroner. Der som beløpet på én mrd. kroner fordeles med like stort beløp mellom kommunene og helseforetakene, vil 500 mill. kroner utgjøre 0,4 pst. av basisbevilgningen i 2023 til de regionale helseforetakene.

Utvalget vil peke på at det ligger informasjon både i inntektssystemet for regionale helseforetak og kommuner, som kan brukes til å anslå fordelingen av et eventuelt uttrekk fra de regionale helseforetakenes og kommunenes budsjetter. Utvalget understreker igjen at det må settes en klar ambisjon om at samhandlingsbudsjetter skal legge til rette for *varige* samhandlingstiltak mellom nivåene.

Utvalget anbefaler videre at dagens ordning med resultatbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten videreutvikles for å støtte opp om aktiviteter for samarbeid og samhandling mellom helseforetak og kommuner. Innretningen på dette bør utredes nærmere, men én mulighet vil være at staten delfinansierer tiltak som iverksettes innen rammen av samhandlingsbudsjettene. Dette vil gi helsefelleskapene ytterligere insentiv til å bli enige om bruk av disse midlene. Videre bør det vurderes om andre eksisterende tilskuddsordninger rettet mot kommuner eller helseforetak kan innlemmes i et samhandlingsbudsjett.

#### 6.6.2 Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Utvalget viser til beskrivelsen av kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i punkt 6.3.1. Ordningen med kommunal betalingsplikt er basert på en forståelse av at det er mulig å skille klart mellom når pasientene bør motta spe-

sialisthelsetjenester og når de bør motta tjenester i kommunene. Dersom kommunene ikke selv har kapasitet til å dekke de nødvendige kommunale tjenestene, slik at pasientene må forbli i sykehusene, vil det være kommunens ansvar å dekke (deler av) kostnadene. Den nasjonale satsen dekker ikke nødvendigvis den faktiske kostnaden for sykehusoppholdet. Legeforeningen har i innspill til utvalget pekt på at ordningen med betalingsplikt for utskrivningsklare har vist seg å skape høyt konfliktnivå mellom sykehus og kommuner, og at det ikke synes å være et effektivt virkemiddel som setter kommunene i stand til å ivareta sin plikt til å ta imot ferdigbehandlede pasienter.

Utvalget konstaterer at det er betydelig geografisk variasjon i hvor mange pasienter som må oppholde seg på sykehus etter at de er meldt utskrivningsklare, og hvor lange oppholdene er. For eksempel hadde pasienter ved Oslo universitetssykehus, landets største helseforetak, om lag 900 oppholdsdøgn som utskrivningsklare i 2021, mens tilsvarende tall ved St. Olavs hospital og Universitetssykehuset Nord-Norge var henholdsvis 7 900 og 8 900 døgn. En styresak fra Universitetssykehuset Nord-Norge fra januar 2023 viser til at helseforetaket i store deler av 2022 hadde utskrivningsklare pasienter tilsvarende to sengeposter med 25 senger i hver.<sup>4</sup> Generelt har Helseregion Sør-Øst og Helseregion Vest en vesentlig lavere andel av de disse oppholdsdøgnene enn det befolkningsandelen deres skulle tilsi, og motsatt for helseregionene Midt-Norge og Nord.

Det er også store variasjoner mellom kommunene. Om lag halvparten av landets kommuner hadde 30 eller færre liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i 2021. Dette var utelukkende kommuner med under 20 000 innbyggere. Blant kommunene med over 1000 liggedøgn for utskrivningsklare pasienter, inngår flere av de største kommunene i landet, men også enkelte kommuner med under 30 000 innbyggere.

Utvalget viser også til at Riksrevisjonen (2017b) gjennomførte en undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Undersøkelsen viste at omfanget av reinnleggelser av somatiske pasienter økte svakt i perioden 2011–2016. Det går fram at informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter, ikke har en kvalitet som sikrer helhetlige

og koordinerte pasientforløp. Videre at helseforetakene ikke følger godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Riksrevisjonen viser til at det er mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten, gjennom bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

Utvalget viser til *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* § 9, som nokså grundig definerer vilkår for at en pasient er utskrivningsklar, jf. boks 6.1. Det vises også til spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 om veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11 om kommunenes veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Under henvisning til Riksrevisjonens rapport, anbefaler utvalget at det etableres systemer som gjør det mulig i større grad å etterleve lover og forskrifter om utskrivningsklare pasienter, jf. *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*. Dette kan for eksempel dreie seg om å utvikle bedre felles forståelse av når en pasient er utskrivningsklar og bedre rutiner for utskrivning.

Utvalget har vurdert om det bør gjøres endringer i betalingsplikten for bedre å understøtte målet om sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Dersom målet er i størst mulig grad å forhindre at pasienter ligger på sykehus etter at de er vurdert som utskrivningsklare, kan et mulig tiltak være å øke satsen per utskrivningsklare døgn eller å innføre en sats som øker i takt med antall døgn pasienten ligger som utskrivningsklar. Hensikten med dette måtte være å stimulere kommunene til å øke sin kapasitet. For de fleste kommuner vil antall utskrivningsklare liggedøgn være så lavt at en økning i satsen uansett ikke vil gjøre det vesentlig mer økonomisk lønnsomt å bygge ut kapasitet i sykehjem mv. I de aller fleste tilfellene vil man derfor vente at en økning i satsen for utskrivningsklare pasienter primært vil føre til at helseforetakenes inntekter øker. Utvalget vil samtidig peke på at utskrivningsklare pasienter i sykehus har en betydelig alternativkostnad. Sengene og personellressursene som ivaretar disse pasientene, kunne alternativt ha behandlet pasienter som venter på helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget anbefaler at betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter blir opprettholdt inntil videre, og at døgnatsen videreføres på dagens nivå. Ordningen bidrar til risikodeling mellom kommuner og helseforetak. I prinsippet mener utvalget at det er ansvarsmessig riktig at kommu-

<sup>4</sup> Se Styresak 03-2023 ved UNN HF, <https://unn.no/Documents/Styrem%C3%B8ter%20dokumenter/2023/250123/Sak%2003%20-%20Utskrivningsklare%20pasienter%20ved%20UNN.pdf> (hentet 22.02.2023)

nene delfinansierer oppholdet i spesialisthelsetjenesten for pasienter som venter på et kommunalt tilbud. Utvalget foreslår imidlertid at ordningen med kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, og nivået på denne, blir evaluert på nytt.

Utvalget viser også til forslaget over om samhandlingsbudsjetter. Utvalget mener at en vellykket innføring av samhandlingsbudsjetter over tid vil kunne redusere behovet for å ha en kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. Dette inngår også i begrunnelsen for at utvalget ikke foreslår endringer i dagens ordning.

Utvalget viser også til omtalen av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i punkt 6.2.2. Utvalget har merket seg at tall fra 2019 viser en beleggprosent på 42 pst. og at tilbudet varierer mye mellom kommunene. Den lave beleggprosenten reiser etter utvalgets vurdering spørsmål om i hvilken grad tilbudet er bærekraftig, og om den samlede kapasiteten i kommuner og sykehus sees godt nok i helhet. Målsettingen med det utvidede ansvaret for kommunene, sammen med overføringen av midler fra sykehusene, var å etablere et mer kostnads-effektivt tilbud samtidig som pasienten fikk et minst like godt tilbud som før. Utvalget vil peke på at antall utskrivningsklare pasienter i sykehus indikerer at det er behov for kommunale korttids-plasser for oppfølging og rehabilitering etter sykehusopphold.

### 6.6.3 Ansvarsforhold, innhold og utforming av formelle avtaler

Det er utvalgets vurdering at samarbeidsavtalene, slik de er beskrevet i *lov om helse- og omsorgstjenester* § 6-2, gir et tilstrekkelig rettslig grunnlag for samhandling mellom de to nivåene. Samtidig vil utvalget understreke betydningen av at det er stilt krav om at partene skal avtale hvordan de sammen skal utvikle og planlegge tjenestene. Utvalget anbefaler at regjeringen og KS inngår en ny avtale om videreføring av helsefelleskapene etter at nåværende avtale utløper i 2023, eller på annen egnet måte sikrer at helsefelleskapene videreføres.

I den gjeldende avtalen om helsefelleskap er det pekt på at beslutningsprosessen i partnerskapet bør bli bedre og mer forpliktende, og at det bør tilstrebes konsensusbeslutninger som kan forplikte partnerne i det videre arbeidet. Utvalget viser til at brukerne og ansatte i helsetjenesten, både i spesialisthelsetjenesten og kommunene, er berørt av og deltar i samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Samtidig repre-

senterer de viktig kompetanse og vil være sentrale aktører for å gjennomføre samhandlingstiltak basert på en forbedret, konsensusbasert beslutningsprosess i helsefelleskapene. Det vil også redusere faren for at beslutninger flyttes til et nivå som gjør at samhandling og medvirkning fra ansattes organisasjoner blir vanskeliggjort.

Kommunene og helseforetakene har begge ansvar og myndighet i helsefelleskapene, og beslutningsstrukturene bygger på det, både i partnerskapsmøtet og i strategisk samhandlingsutvalg. Utvalget viser til hovedavtalene som er avtalt mellom arbeidstaker- og arbeidsgiversiden i hhv. KS og Spekter, hvor medvirkning/medbestemmelse fra de ansattes organisasjoner er avtalt. Utvalget mener det er nødvendig at brukere, ansatte og tillitsvalgte får mulighet til å medvirke til gode beslutninger i samhandlingen mellom sykehusene og kommunene. Det er variasjon i hvordan medvirkning/medbestemmelse praktiseres i dag, både i struktur og omfang. Utvalget har merket seg at Legeforeningen, Norsk sykepleierforbund og Fagforbundet har henvendt seg til Helse- og omsorgsdepartementet om representasjon i helsefelleskapene.<sup>5</sup> Utvalget mener at partene bør finne gode ordninger som ivaretar at de ansatte, brukere og tillitsvalgte har reell mulighet til å medvirke til gode beslutninger i samhandlingen mellom sykehusene og kommunene.

### 6.6.4 Faglig samarbeid, kommunikasjon og IKT

I stortingsmeldingen om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ble det lagt til grunn at det må framskaffes bedre styringsinformasjon og framskrivningsverktøy for å få felles virkelighetsforståelse i helsefelleskapet. Utvalget mener dette er avgjørende for god felles planlegging og god utnyttelse av de samlede ressursene framover. Dette omfatter også strategisk samarbeid om helsefelleskapsområdene som et samlet arbeidsmarked for helsepersonell. Utvalget merker seg at de regionale helseforetakene har sluttet seg til en fornyet framskrivning av behov for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og at denne skal legges til grunn for videre arbeid i helseregionene.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Brev av 22. oktober 2022.

<sup>6</sup> Se styresak 127/22 i Helse Vest RHF, <https://helse-vest.no/seksjon/styresaker/Documents/2022/07.12.2022/Sak%2012722%20Forny%20framskrivning%20av%20behov%20innen%20psykisk%20helsevern%20og%20tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling.pdf> (hentet 22.02.2023)



### Boks 6.6 IKT-løsninger for bedre samhandling

Ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten har forskjellige IKT-løsninger og -systemer. Fastlegens systemer er forskjellige fra pleie- og omsorgstjenestens og sykehusene sine systemer. Unntaket er kommunene og helseforetakene i Helseregion Midt-Norge, som har innført eller arbeider med å innføre en felles løsning for spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste gjennom Helseplattformen.

Deling av informasjon må skje i form av meldinger mellom partene og ved bruk av nasjonale felleskomponenter i en samhandlingsplattform som utvikles og forvaltes av Norsk Helsenett. Eksempler på slike løsninger er e-resept, kjer-

nejournal og helsenorge.no. En slik deling av opplysninger forutsetter standardisering, både teknisk og faglig.

Samhandlingsløsninger handler om deling (tilgjengeliggjøring og oppslag) av kjent informasjon, og kommunikasjon om pasienter og forløp. Deling av historisk informasjon som resultat av undersøkelser, behandling og vurderinger, forventes å øke kvaliteten og redusere overforbruk av helsetjenester. Planlegging og veiledning gjennom kommunikasjon mellom helsepersonell vil kunne bidra til at færre pasienter må henvises til sykehus fra fastlegen og til tryggere utskrivning fra sykehus.

Utvalget mener det er en klar forutsetning for gode pasientforløp at IKT-systemene i kommuner og helseforetak understøtter samhandlingen mellom helsepersonell på tvers av virksomheter. Utvalget mener det er grunnleggende at arbeidet med digitaliseringstiltak og standardisering i helsetjenesten blir videreført og prioritert, slik at pasientdokumentasjonen blir bedre og tryggere, rapporteringen forenklet og automatisert. Dette vil også bidra til at samhandlingen mellom aktørene blir bedre. Utvalget merker seg at Helsepersonellkommisjonen har drøftet digitale samhandlingsløsninger mv. og utvalget viser til kommisjonens drøftinger og anbefalinger i kapittel 12.

Utvalget mener at Pasientens legemiddelliste (PLL), som nå er under utvikling, er den IKT-samhandlingsløsningen det er aller viktigst å få ferdig og i nasjonal bruk. Med PLL kan helsepersonell registrere endringer og gjøre oppslag i en korrekt liste umiddelbart etter at noen har endret medikasjonen. I dag skjer det feilmedisinering med alvorlige konsekvenser på grunn av misforståelser og manglende informasjon, og det brukes mye tid på kommunikasjon mellom parter om medisinlisten for å unngå feil.

Utvalget mener også at helsefellesskapene bør samarbeide om å etablere gode løsninger for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell. Dette gjelder både å gjøre seg tilgjengelig for hverandre i akutte situasjoner, og for å ivareta den gjensidige veiledningsplikten. Etablerte verktøy som dialogmeldinger har vært i bruk i flere år i de fleste områder. Dialogmeldingene er et eksempel på at

selve verktøyet ikke er nok, det må også en organisasjonsendring til. For ikke å «overbelaste» sykehuslegene, skal dialogmelding mellom fastlege og sykehuslege kun brukes ved et pågående pasientforløp, der pasienten allerede er henvist til spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener det trolig ligger stor verdi også i kommunikasjon og veiledning om pasienter som ikke er henvist, og som kan unngå en unødig henvisning og undersøkelse.

Utvalget viser til at Helsedirektoratet er gitt en rolle i å støtte helsefellesskapenes arbeid, blant annet gjennom veiledning, styringsinformasjon, analyser og framskrivninger som er relevante for helsefellesskapene. Utvalget mener også det er behov for å styrke forskningen både om kommunale helse- og omsorgstjenester og om samhandlingstiltak. Utvalget anbefaler derfor at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling. Formålet med et slikt tiltak vil kunne være å etablere forskningsbasert kunnskap om hvilke samhandlingstiltak som virker, og å bistå helseforetak og kommuner med evaluering og forskning mv.

#### 6.6.5 Helsefellesskapenes rolle og mandatets pkt. II

Utvalget har i kapittel 5 pekt på at det vil være behov for jevnlig og mer strukturert dialog om utfordringer, strategier og saker på tidlig stadium mellom ledelsen i helseforetakene og politisk ledelse i kommunene. Dette som et ledd i å fatte bedre beslutninger, og å bygge tillit og legitimitet.

Utvalget har i den sammenheng pekt på at helsefellesskapene og samarbeidsavtalene mellom kommuner og helsefellesskap vil være et naturlig utgangspunkt for slik dialog. Samarbeidsstrukturene som er etablert gjennom partnerskapsmøtet og strategisk samarbeidsutvalg, vil være naturlige

arenaer. Utvalget viser videre til forslaget om å formalisere krav til dialog mellom helseforetak og kommuner, enten gjennom endringer i spesialisthelsetjenesteloven eller gjennom krav i vedtektene til de regionale helseforetakene og helseforetakene.

## Kapittel 7

# Finansiering av sykehusbygg

Det går fram av punkt fem i mandatet at utvalget skal vurdere ordningen for finansiering av sykehusbygg.

### 7.1 Modellen for finansiering av sykehusbygg i spesialisthelsetjenesten

Stortinget bevilger årlig ett beløp fordelt over flere poster på statsbudsjettet, som skal dekke kostnader til arbeidskraft, bygninger, utstyr, medikamenter og andre forbruksvarer i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene prioriterer, planlegger og beslutter investeringer, blant annet i sykehusbygg, innenfor dette beløpet. I tillegg kan de regionale helseforetakene få tilført likviditet i form av investeringslån fra staten til investeringsprosjekter over 500 mill. kroner. Investeringslånene bevilges og utbetales over de årlige statsbudsjettene i tråd med framdriften i prosjektene.

Departementet godkjenner ikke de enkelte sykehusinvesteringene i de regionale helseforetakene. Det følger av helseforetaksloven § 30 at 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. Det samme gjelder vedtak i andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger, som for eksempel omfattende endringer i sykehusstrukturen i en helseregion og omfattende endringer i tjenestetilbudet. Dette er nærmere omtalt i kapittel 5. Som ledd i styringsdialogen skal de regionale helseforetakene legge fram resultatene etter konseptfasen<sup>1</sup> og egne vurderin-

ger av investeringsprosjekter for departementet. I praksis skjer dette ved at det regionale helseforetaket legger fram søknad om lån til investeringen. Lånesøknaden skal være behandlet av styret i det regionale helseforetaket og inneholde en konseptrapport og ekstern kvalitetssikring basert på vurderingene i konseptfasen.

Avskrivninger på helseforetakenes kapital (i all hovedsak bygninger og utstyr) belastes de årlige regnskapene og utgjør en likviditet som sammen med positive økonomiske resultater, gir handlingsrom for reinvesteringer. De regionale helseforetakene kan også tilføre likviditet til helseforetakene i form av interne lån. Interne lån kommer i tillegg til investeringslån fra staten. De regionale helseforetakene praktiserer ordninger med interne lån på ulike måter. Interne lån belastes med renter og det beregnes renter på innskudd for helseforetak som eventuelt må avgi likviditet. Interne lån gjør det mulig å skaffe til veie egenkapital raskere enn om hvert enkelt helseforetak selv måtte spare opp egenkapital av egen inntektsramme i forkant.

Avskrivninger representerer kostnaden ved bruk av kapital – kapitalslit. Dersom investeringsnivået er høyere enn kapitalslitet, innebærer dette at helseforetakene øker verdien på sin kapital. Dette kan skje ved å oppgradere kvaliteten på kapitalen (bygninger eller utstyr), eller ved å utvide arealet eller utstyrsparken. Avskrivningsbeløpene gjenspeiler kostnaden på investerings-tidspunktet. I 2021 investerte helseforetakene for 16,8 mrd. kroner i bygg, utstyr og immaterielle verdier. Investeringsnivået i helseforetakene har jevnt over vært høyere enn de årlige avskrivningene. Det har dermed vært en økning i helseforetakenes realkapital. Over tid har imidlertid avskrivningenes andel av totale kostnader vært synkende. Dette skyldes at en større andel av inntektsveksten er brukt til å dekke økte kostnader til blant annet arbeidskraft og medikamenter.

<sup>1</sup> Investeringsprosjekter i helseforetakene er inndelt i ulike faser. I konseptfasen besluttes hvilke utbyggingsalternativ som skal bearbeides videre i forprosjektfasen.

### 7.1.1 Systemet for planlegging og dimensjonering av bygg

De regionale helseforetakene og helseforetakene som driver pasientbehandling, skal ha utviklingsplaner. Dette er planer for hvordan foretaket vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for spesialisthelsetjenester. *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* (de regionale helseforetakene, 2020) angir at utviklingsplanen skal beskrive dagens situasjon, utfordringer og muligheter som virksomheten står overfor. Basert på analyse og vurdering av utfordringer og muligheter beskrives utviklingsretning for virksomheten, sentrale strategiske valg og prioriterte tiltak.

Utviklingsplanene skal bygge på og ta utgangspunkt i felles metodikk for framskriving, med nødvendig tilpasning til lokale forhold. Framskrivningsmodellen benyttes til å beregne framtidig aktivitet, kapasitet og ressursbruk som en del av foretakenes arbeid med utviklingsplaner, samt dimensjonering av nye sykehus.

Gjennomføring av større enkeltprosjekter skal følge *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* (Sykehusbygg HF, 2017). Tidspunkt for igangset-

ting av større prosjekter skal framgå ved rullering av økonomisk langtidsplan.

Innenfor rammene av utviklingsplanene utarbeider de regionale helseforetakene hvert år en økonomisk langtidsplan for de neste fire årene. Økonomisk langtidsplan utarbeides med bakgrunn i overordnede føringer, utviklings- og investeringsplaner og innspill fra helseforetakene. Langtidsplanene tar hensyn til hvordan befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling i medisinsk teknologi og befolkningens forventninger til helsetjenestene vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Videre gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg, utstyr, IKT og andre innsatsfaktorer. Det blir vurdert hvordan helseforetakene kan tilpasse virksomheten for å møte utfordringene innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Det er mange forhold som påvirker behovet for sykehuskapasitet, og disse vil kunne variere over tid. Norske sykehus blir nå dimensjonert med en forutsetning om at 85 pst. av sengene skal være i bruk til enhver tid (utnyttelsesgrad) og åtte timer åpningstid på hverdager på poliklinikker. Tidligere ble flere bygg i Helse Sør-Øst dimensjo-

#### Boks 7.1 Framskrivinger

Framskrivingene brukes på områder som utdanning og rekruttering av personell, planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester, etablering av teknologisk infrastruktur og organisering og innretting av helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten benytter felles framskrivningsmodeller (Sykehusbygg HF, 2020). Det er etablert et nasjonalt fagnettverk som utvikler og forvalter modellene. Nettverket består av representanter fra de regionale helseforetakene, Sykehusbygg HF, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og KS.

Framskrevet aktivitetsbehov beregnes ved å ta utgangspunkt i et gitt basisår, Statistisk sentralbyrå (SSB) sine framskrivinger av demografi og befolkningsvekst, kvalitative vurderinger av forventet sykdomsutvikling og andre endringsfaktorer. Andre endringsfaktorer omfatter for eksempel samhandling med primærhelsetjenesten, overføring fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk og anslag over generell effektivisering.

Det er utviklet en egen framskrivningsmodell for beregning av framtidig kapasitetsbehov

innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) gjennom et nasjonalt prosjekt (de regionale helseforetakene, 2021). På bakgrunn av revidert oppdragsdokument i 2022 ble det gjennomført et nasjonalt utredningsoppdrag som inkluderte en fornyet helhetlig analyse og framskriving av behov for tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB, basert på aktiviteten i 2021. Framskrivingen ble behandlet av styrene i alle de regionale helseforetakene i desember 2022.

Det framgår blant annet av styresaken at kapasitet til behandling og oppfølging innenfor psykisk helsevern for barn og unge, bør styrkes. Det er behov for en satsning på hele behandlingsforløpet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, inkludert døgnkapasitet og FACT eller tilsvarende ambulante modeller. Som følge av dette er det lagt til grunn en økning i antall døgnopphold på om lag 12 pst. fram til 2040 med revidert modell for framskrivinger.

### Boks 7.2 Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF er et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og sykehusbygging. Foretaket ble stiftet i 2014 etter krav fra departementet i foretaksmøte og er eid av de fire regionale helseforetakene. Sykehusbygg HF skal benyttes i alle byggprosjekter over 500 mill. kroner og skal utføre tjenester knyttet til utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter og tjenester innen eiendom som gir felles gevinster for helsesektoren, blant annet:

- utvikling og forvaltning av kunnskap, metoder og verktøy for bygg- og eiendomsrelatert sykehusplanlegging
- tilgang på personell med spisskompetanse på alle faser i livsløpet til en sykehuseiendom
- prosjektledelse og rådgivning til byggeprosjekter
- øvrige tjenester som naturlig hører inn under Sykehusbyggs formål.

nert med en utnyttelsesgrad på 90 pst. I forbindelse med arbeidet med regional utviklingsplan, vedtok styret i Helse Sør-Øst i 2018 at nye sykehusbygg skal planlegges med en utnyttelsesgrad på 85 pst. Endringen ble begrunnet med hensynet til pasientsikkerhet, at de andre regionene bruker utnyttelsesgrad på 85 pst., erfaringene fra Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold, samt at det er lavt forbruk av senger ved pasienthotell.

#### 7.1.2 Evalueringer av nye sykehusbygg

Fra 2016 er det stilt krav om at helseforetakene evaluerer sine sykehusbyggeprosjekter etter at byggene er tatt i bruk. Krav om evalueringer framgår av revidert tidligfaseveileder fra 2017.<sup>2</sup>

Det foreligger så langt evalueringer av nytt sykehus i Stokmarknes, nytt Østfoldsykehus, nytt sykehus i Kirkenes, A-fløya på Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø og nytt sikkerhetsbygg Østmarka i Trondheim. Som en del av evalueringene er det gjennomført spørreundersøkelser for å innhente erfaringer fra ansatte og pasienter. Aktivitet og kapasitet i de nye sykehusbyggene er sammenlignet med beregningene som ble gjort under planleggingen. Utnyttelsesgrader, åpnings-tider og medarbeidermedvirkning er også vurdert.<sup>3</sup> Evalueringene av nye sykehusbygg mv. er nærmere omtalt i kapittel 4.

<sup>2</sup> Veileder for tidligfasen i byggeprosjekter skal brukes i alle byggeprosjekter og beskriver hvordan tidligfasen for byggeprosjekter i helseforetakene bør gjennomføres. Veilederen gir på et overordnet nivå retningslinjer for hva som bør inngå i de ulike fasene, hvilke analyser som bør gjennomføres, hvilke beslutningsdokumenter som skal utarbeides, og hva som skal besluttes ved de enkelte beslutningspunktene.

<sup>3</sup> Se <https://sykehusbygg.no/kunnskapsdeling/evalueringsrapporter> (hentet 24.02.2023).

## 7.2 Lånebetingelser, gjeld og investeringer

### 7.2.1 Utvikling i lånebetingelser

I de første årene etter helseforetaksreformen ble det bevilget en samlet låneramme i de årlige statsbudsjettene. Departementet hadde fullmakt til å fordele bevilgningen til de regionale helseforetakene. Departementets fordeling av lånerammen var basert på den totale investeringsporteføljen til de regionale helseforetakene og var ikke prosjektspesifikk.

Fra 2008 er det gitt lån til enkeltprosjekter, med en fastsatt øvre låneramme som blir fordelt på årlige prisjusterte lånebevilgninger i takt med framdriften i de enkelte prosjektene. I perioden 2008–2013 var øvre låneandel 50 pst. av styringsramme p50 i konseptfasen. I statsbudsjettet for 2014 ble det vedtatt en utvidelse av lånerammen fra 50 pst. til 70 pst. av investeringskostnaden tilsvarende estimert kostnadsramme p85 i konseptfasen.<sup>4</sup> Dette innebar både at lånerammen økte (fra 50 pst. til 70 pst.) og at den baserte seg på et høyere beløp (fra p50 til p85). I 2017 ble det åpnet for å øke avdragstiden på statlige lån fra 20 til 25 år. Fra 2019 ble avdragstiden ytterligere økt til 35 år, i tillegg ble det gitt mulighet til å ta opp annuitetslån.<sup>5</sup> Formålet med endringene i lånebetingelsene har vært å forbedre likviditeten til de regionale helseforetakene og å sikre større evne til raskere å kunne gjennomføre store og nødvendige

<sup>4</sup> p50 kalles prosjektets styringsramme og betegner at det vurderes som 50 pst. sannsynlig at det ikke blir kostnadsoverskridelser. Prosjektets kostnadsramme kalles p85 og betegner at det er 85 pst. sannsynlig at det ikke blir kostnadsoverskridelser. Differansen mellom p85 og p50 er prosjektets usikkerhetsavsetning.

investeringer i bygg, IKT og medisinsk teknisk utstyr.

For universitetsarealer i sykehus er det etablert en ordning hvor sykehusene i hovedsak er eiere av arealene og ansvarlige for utbygging og finansiering. For slike arealer gis det 100 pst. lån basert på anslag p85 i konseptfasen. Begrunnelsen er å sikre at det ikke skal tas midler (egenkapital) fra spesialisthelsetjenesten for å dekke finansieringsbehovet for universitetssektoren. Det vises til nærmere omtale i punkt 7.4.5.

I statsbudsjettet for 2018 ble det innført en ny rentemodell for investeringslån til de regionale helseforetakene. Rentemodellen ble gjort gjeldende for lån til prosjekter som fikk innvilget låneramme fra og med 2018. Ny rentemodell fra 2018 beregner faste og flytende renter med utgangspunkt i basisrenten, med et fratrekk på 0,5 prosentpoeng.<sup>6</sup>

Prosjekter som var innvilget låneramme før 2018, beholdt tidligere modell hvor det er lagt til grunn renten på seks måneders statskasseveksler med et påslag på 0,4 prosentpoeng. Den samme rentemodellen gjelder også for helseforetakenes bruk av driftskreditter. Endringen i 2018 ble i Prop. 1 S (2018–2019) begrunnet med at helseforetakenes rentebetingelser i større grad burde tilpasses øvrige renter i markedet, samt andre

statlige låneordninger som Statens pensjonskasse, Husbanken og Lånekassen.

### 7.2.2 Utvikling i langsiktig gjeld

Det påløper renter på byggelånet fram til prosjektene er ferdigstilt. Byggelånsrentene legges til det langsiktige lånet når prosjektene er ferdigstilt. Ved inngangen til 2022 utgjorde samlede låneopp- tak til investeringer i de regionale helseforetakene om lag 35,2 mrd. kroner. Av dette er 13 mrd. kroner langsiktige lån. Resterende 22,2 mrd. kroner er byggelån til prosjekter som er under gjennomføring. Forskjellen mellom samlet låneopptak og langsiktige lån på 13 mrd. kroner viser at det er økende investeringsaktivitet i de regionale helseforetakene (jf. figur 7.1).

### 7.2.3 De regionale helseforetakenes investeringsplaner

Helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for perioden 2022–2025 omfatter investeringer for nærmere 91 mrd. kroner, jf. tabell 7.1.

Som følge av den økonomiske situasjonen og usikkerheten i markedet, er det ikke tatt inn en tallfestet oversikt over helseforetakenes oppdaterte investeringsplaner for perioden 2023–2026 i Prop. 1 S (2022–2023).

#### Helse Sør-Øst

Med bakgrunn i behandling av økonomiske langtidsplan i perioden 2022–2025 planlegger Helse Sør-Øst RHF for investeringer på 54,3 mrd. kroner.

Prosjekter over 500 mill. kroner med statlige lånerammer:

- nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus
- nytt sykehus i Drammen i Vestre Viken

<sup>5</sup> Forskjellen på annuitetslån og serielån ligger i fordelingen mellom avdrag og renter gjennom lånets løpetid. Med et annuitetslån betales samme beløp hver måned gjennom hele lånets løpetid. Etter hvert som lånet nedbetales, blir rentandelen mindre og avdragsdelen høyere. Med et serielån betales det mindre hver måned etter hvert som lånet nedbetales. Rentandelen synker mens avdragsdelen er den samme.

<sup>6</sup> Finanstilsynet fastsetter basisrenter på oppdrag fra Finansdepartementet. Basisrentene er basert på rentebetingelser for boliglån i markedet, og reglene for fastsettelsen finnes i skattelovforskriften.

Tabell 7.1 De regionale helseforetakenes investeringsplaner for perioden 2022–2025 (mill. kroner)

	2022	2023	2024	2025	Sum
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 500 mill. kroner	15 223	18 921	14 183	10 472	58 799
Øvrige bygningsmessige investeringer	2 074	2 415	2 268	2 435	9 192
Medisinskteknisk utstyr <sup>1</sup>	1 636	1 765	1 662	1 619	6 682
IKT	3 247	3 396	3 186	2 909	12 738
Annet	619	1 045	892	952	3 508
Sum totale investeringer	22 799	27 542	22 191	18 387	90 919

<sup>1</sup> Det inngår betydelige midler til medisinsk-teknisk utstyr og IKT i prosjektene over 500 mill. kroner.

- klinikkbygg og protonsenters ved Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus
- første trinn i utvikling av nye Aker og Nye Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus
- ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus
- utbygging og stråleterapi ved Sykehuset Telemark, Skien
- samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus.

I tillegg gjennomføres program for standardiserings- og IKT-infrastrukturmodernisering.

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøs-sykehuset)
- stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus
- akutthbygg ved Sørlandet sykehus.

Det inngår flere prosjekter i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner som også er prioritert i regionen, men som dels er avhengig av fremdriften i andre prosjekter og dels av planlagt resultatutvikling. Dette gjelder blant annet videreutvikling av Oslo universitetssykehus, etappe 2. Det er besluttet at Klinik for laboratoriemedisin ved Oslo universitetssykehus skal innplasseres i det nye Livsvitenskapsbygget ved Universitetet i Oslo. Det er inngått avtale med Oslo kommune om utbygging av storbylegevakt på Aker, hvor Oslo universitetssykehus skal leie arealer. Driften av storbylegevakt vil bli videreført innenfor rammen av dagens samarbeid mellom Oslo universitetssykehus og Oslo kommune.

#### Helse Vest

Med bakgrunn i behandling av økonomiske langtidsplan i perioden 2022–2025 planlegger Helse Vest RHF for investeringer på 16,6 mrd. kroner.

Prosjekter over 500 mill. kroner med statlige lånerammer:

- byggetrinn 2 av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen
- oppgradering og modernisering ved Helse Førde
- nytt sykehus i Stavanger inkl. behandlingsbygg og universitetsarealer
- rehabilitering og nybygg ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna (trinn 1 og 2)

- protonsenters ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen.

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- det pågår planarbeid knyttet til ombygging av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen.

#### Helse Midt-Norge

Med bakgrunn i behandling av økonomiske langtidsplan i perioden 2022–2025 planlegger Helse Midt-Norge RHF for investeringer på 11,1 mrd. kroner.

Prosjekter over 500 mill. kroner med statlige lånerammer:

- nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal
- Helseplattformen.

Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- utvikling av sykehuset i Ålesund.

I tillegg pågår det planarbeid knyttet til senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital.

#### Helse Nord

Med bakgrunn i behandling av økonomiske langtidsplan i perioden 2022–2025 planlegger Helse Nord RHF for investeringer på 9,0 mrd. kroner.

Prosjekter over 500 mill. kroner som er tildelt statlige lånerammer:

- nytt sykehus i Narvik ved Universitetssykehuset Nord-Norge
- nytt sykehus i Hammerfest ved Finnmarkssykehuset.

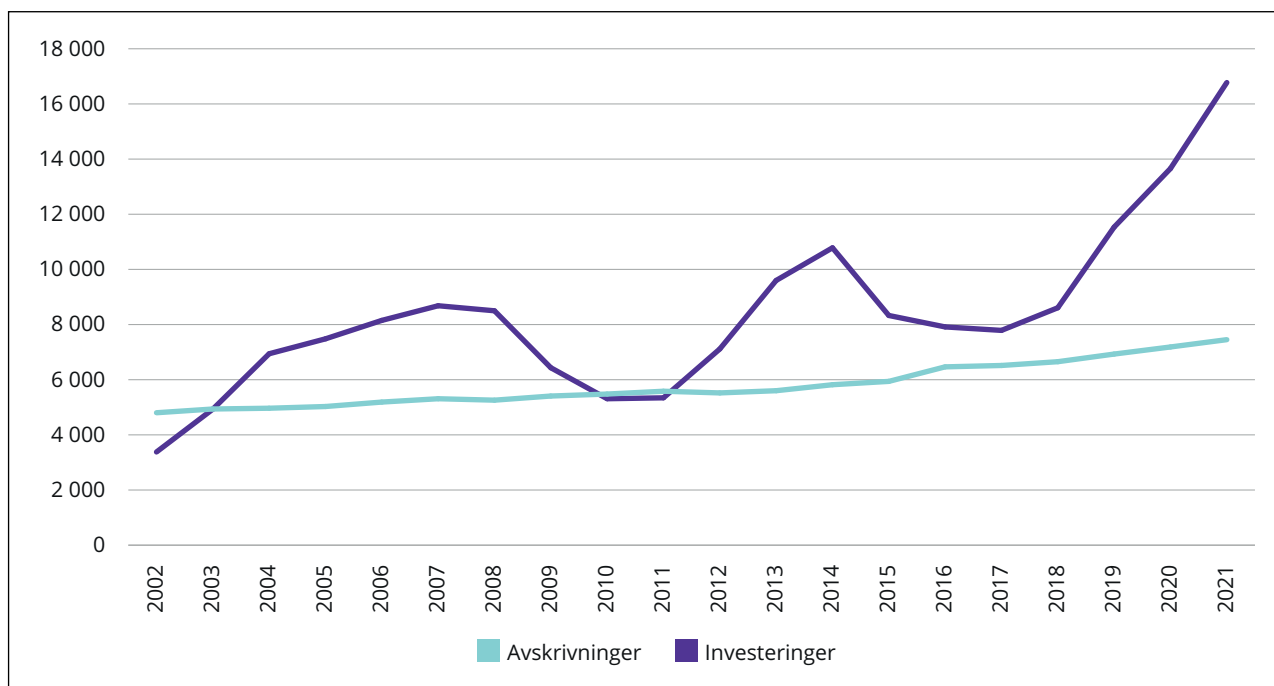
Prosjekter over 500 mill. kroner under planlegging:

- utvikling av Helgelandssykehuset.

I tillegg pågår det utredningsarbeid om etablering av nytt sykehusbygg for psykisk helse og rusbehandling ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

### 7.2.4 Utvikling i investeringsnivå i spesialisthelsetjenesten 2002–2021

Figur 7.1 viser utviklingen i helseforetakenes investeringer i perioden 2002–2021. I de senere årene har investeringsnivået økt betydelig fra om lag 8 mrd. kroner i 2015 og 2016 til om lag 17 mrd. kroner i 2021.



Figur 7.1 Utvikling i helseforetakenes investeringer 2002–2021 i løpende priser (1000 kroner)

Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskaper

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble verdien av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr satt til 66 mrd. kroner. I perioden 2014–2021 har den regnskapsmessige verdien av sykehusenes bygg og utstyr økt med 26,4 mrd. kroner, fra 84,3 mrd. kroner til 110,7 mrd. kroner. Det er store variasjoner mellom regionene. Helse Vest og Helse Nord er de regionene som har relativt størst økning i verdien av bygg og utstyr i perioden fra 2014. Helse Midt-Norge har relativt sett hatt den laveste økningen de siste syv årene, men denne regionen gjennomførte store investeringer før 2014. Helse Sør-Øst har den laveste relative økningen siden helseforetakene ble etablert, men denne helseregionen har nå omfattende oppgraderingsplaner.

Oppgradering og fornying av bygningsmassen er en kontinuerlig prosess for å tilpasse bygg til

dagens drift og for å få en mer funksjonell bygningsmasse, men de store prosjektene vil variere mellom regioner og helseforetak. Helseforetakene må prioritere sine investeringsplaner innenfor tilgjengelige økonomiske og finansielle rammer. Samtidig må det settes av midler til ordinært vedlikehold. Det vises til nærmere omtale av tilstandsgraden på sykehusbyggene og verdibevarende vedlikehold i punkt 7.2.5.

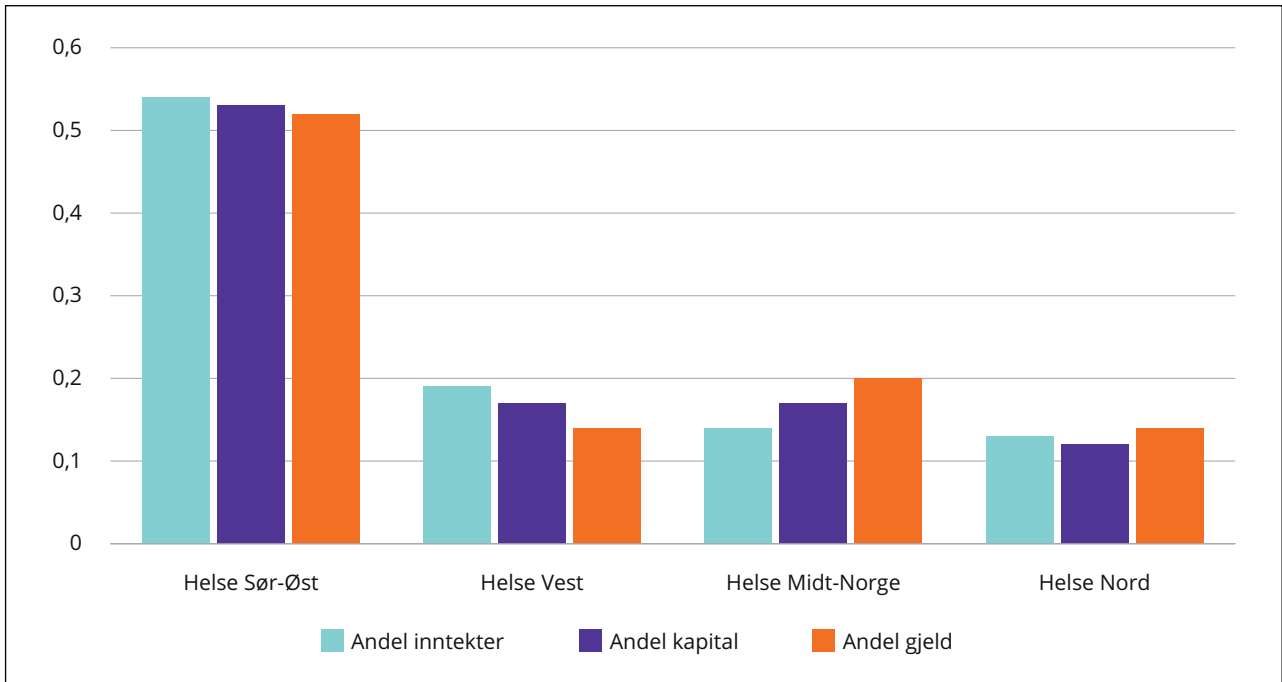
I figur 7.2 og 7.3 er andelen kapitalbeholdning og gjeld i de regionale helseforetakene sammenlignet med andelen basisbevilgning i 2014 og 2021. Figurene viser at det ikke er samsvar mellom forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester slik dette kommer til uttrykk i fordelingsnøkkelen i inntektsmodellen, forskjeller i kapitalbeholdning og forskjeller i gjeld.

Tabell 7.2 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2021 (1000 kroner)

	2003	2014	2021	Pst. endring 2014–2021	Pst. endring 2003–2021
Helse Sør-Øst	35 913	45 097	51 699	14,6	40,1
Helse Vest	12 095	14 445	25 920	79,4	114,3
Helse Midt-Norge	9 001	14 094	16 203	15,0	80,0
Helse Nord	8 578	10 371	16 898	62,9	97,0
Samlet	65 587	84 007	110 720	31,8	66,3

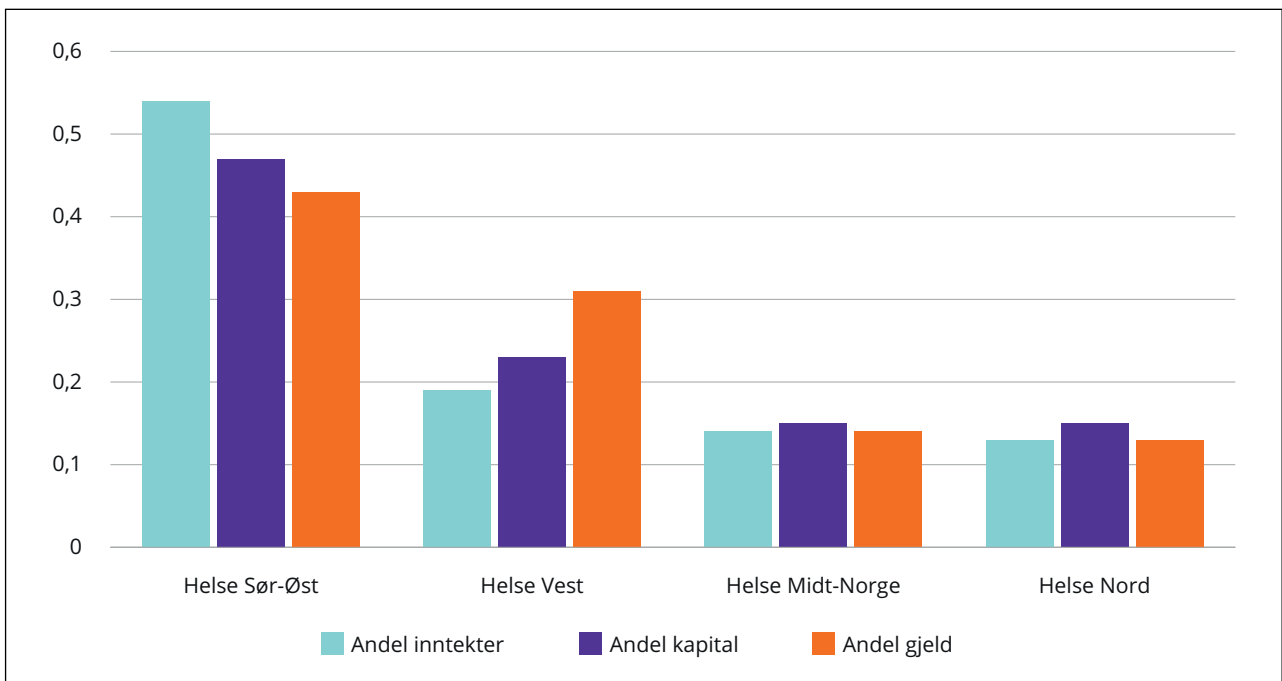
Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskaper





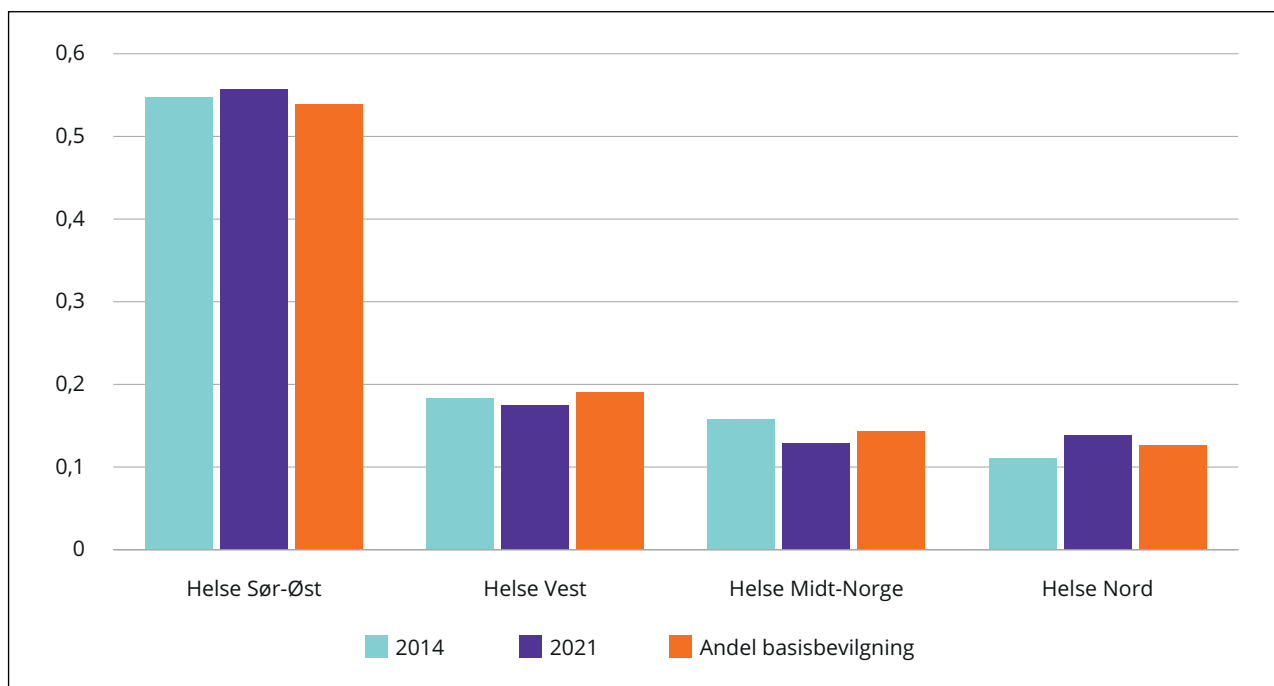
Figur 7.2 Sammenligning av andel basisbevilgning, kapitalbeholdning og lånegjeld 2014

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet



Figur 7.3 Sammenligning av andel basisbevilgning, kapitalbeholdning og lånegjeld 2021

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet



Figur 7.4 Andel avskrivninger i 2014 og 2021 sammenlignet med andel basisbevilgning 2021

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

Inntekter til å dekning av kapital fordeles på samme måte som inntekter til å dekke løpende drift. Figur 7.4 viser at det ikke er samsvar mellom forskjeller i behov slik dette kommer til uttrykk i fordelingsnøkkelen i inntektsmodellen (andel basisbevilgning) og forskjeller i avskrivningskostnader. I punkt 7.7.2 er det gitt en nærmere vurdering av inntekter til å dekke kapitalkostnader i basisbevilgningen.

Det framgår av figur 7.2–7.5 at det er forskjeller i nivå og utvikling på kapitalbeholdning og avskrivninger mellom regionene. Disse forskjellene skyldes blant annet forskjeller i sammensetningen av kapitalbeholdningen, alder på bygninger og utstyr, og omfanget av pågående byggeprosjekter.

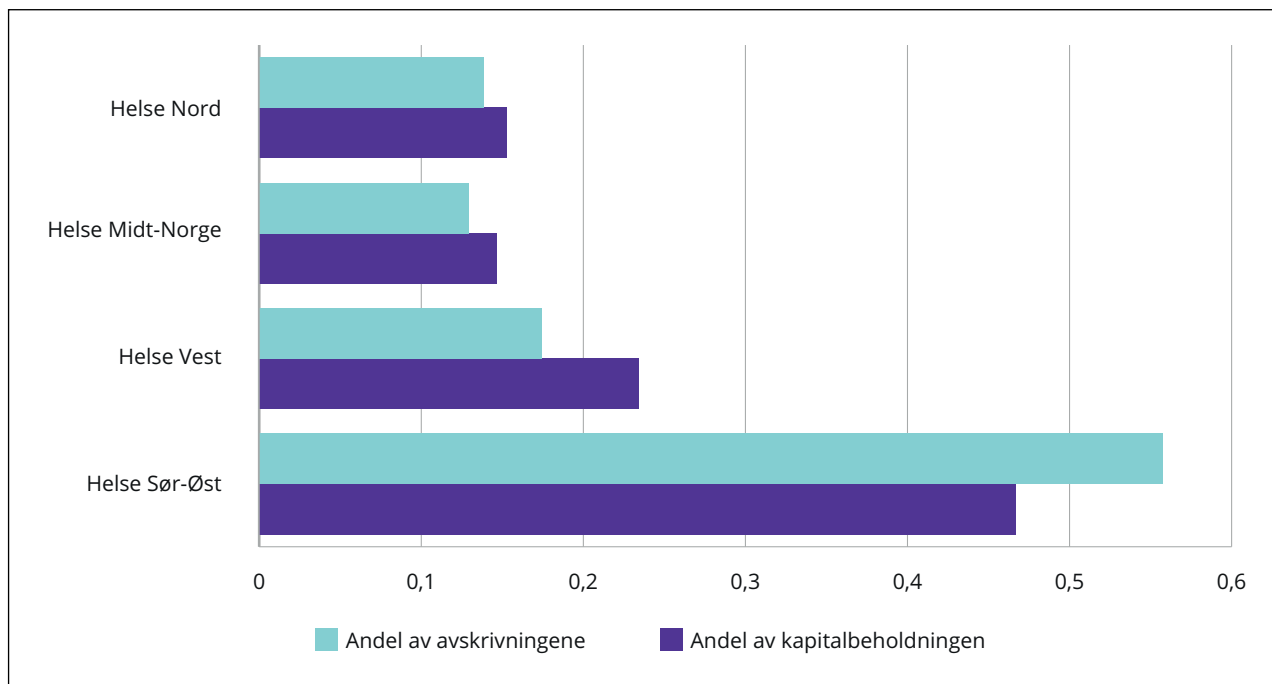
### 7.2.5 Tilstandsgrad for sykehusbygg og verdibevarende vedlikehold

Helseforetakene registrerer tilstandsgrad og oppgraderingsbehov for sykehusbyggene. Disse oppdateres hvert fjerde år. Registrering av tilstand gjøres i henhold til Norsk Standard (NS 3424), på en skala fra 0 til 3, der 0 og 1 er tilfredsstillende mens 2 og 3 tilsier behov for vedlikeholdstiltak. Målet for en tilfredsstillende bygningsmessig tilstandsgrad er om lag 1,2, som tilsvarer den tilstandsgraden som gir lavest eiendomskostnader over byggets levetid (de regionale helseforeta-

kene og Sykehusbygg HF, 2021). Levetid for nye bygg må vurderes individuelt, men 35 år gjenspeiler et gjennomsnitt.

Det ble gjennomført en tilstandsvurdering i 2014 som ble publisert i Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019. Denne ble fulgt opp i 2020. Samlet vektet tilstandsgrad for helseforetakenes sykehusbygg i 2020 var 1,5, basert på en samlet kartlegging av om lag 4,4 mill. kvadratmeter fordelt på 1 400 bygninger. Den vektete tilstandsgraden i 2016 var 1,48. Spesialisthelsetjenesten har både moderne sykehusbygg og sykehus som krever betydelige oppgraderinger. Det er store variasjoner i tilstandsgrad både innad i og mellom helseregionene. Tabell 7.3 viser at Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde en forbedring i tilstandsgraden i perioden. Helse Sør-Øst hadde en forverring av tilstandsgraden for sine sykehusbygg i samme periode.

Riksrevisjonen gjennomførte en undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i Dokument 3:2 (2021–2022). Et hovedfunn var at nivået på investeringene ikke har vært tilstrekkelig til å sikre en god nok tilstand på bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Riksrevisjonen mener det er kritikkverdig at den tekniske tilstanden til bygningsmassen i et flertall av helseforetakene ikke er bedret over tid, og at gjennomsnittsalderen for medisinsk-teknisk utstyr øker. Riksrevisjonen påpeker at mange helsefore-



Figur 7.5 Andelen kapitalbeholdning og avskrivninger 2021

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

tak ikke når det investeringsnivået de har planlagt med i sine økonomiske langtidsplaner. Videre vurderer Riksrevisjonen at de regionale helseforetakene ikke har fulgt opp de underliggende helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr på en god nok måte. Helse Sør-Østs tilstandsrapportering viser at bygningsmassens tilstandsgrad har utviklet seg negativt over tid. Vedlikeholdsetterslepet for sykehusbyggene har økt.

I foretaksmøte i januar 2018 ble de regionale helseforetakene bedt om å utrede hvordan det kan legges bedre til rette for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg og en felles husleieordning, med sikte på en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene. Oppdraget

resulterte i en rapport med tilhørende veileder som ble ferdigstilt i 2021. I foretaksmøte i januar 2022 ble det stilt krav om at de regionale helseforetakene skal fastsette mål for tilstandsgrad for sine sykehusbygg og sikre at helseforetakene utarbeider verdibevarende vedlikeholdsplaner med bakgrunn i tilstandsregistreringen av bygningsmassen som gjøres hvert fjerde år, slik at fastsatte mål for tilstandsgrad nås.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt å innføre en kostnadsdekkende internhusleieordning for helseforetakene fra 2023.<sup>7</sup> Det er lagt til grunn at internhusleieordningen innføres kostnadsnøytralt, men hvor ønsket virkning kan tilpasses over tid slik at innføringen ikke skal føre til omfordelinger av midler fra klinisk drift til eiendomsforvalt-

Tabell 7.3 Tilstandsgrad for sykehusbyggene

	2020		2016	
Helse Sør-Øst	1,61	TG 2	1,51	TG 2
Helse Vest	1,37	TG 1	1,44	TG 1
Helse Midt-Norge	1,38	TG 1	1,46	TG 1
Helse Nord	1,36	TG 1	1,37	TG 1
Samlet	1,50		1,48	

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

ning. Over tid vurderes likevel ordningen å bidra til omfordeling av midler slik at det blir lagt bedre til rette for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg og mer effektiv arealutnyttelse. Fastsettelse av husleie må skje på grunnlag av helseforetakets etablerte prosesser for økonomisk langtidsplan og budsjett. Ressurser til eiendomsområdet vil underlegges samme prioriteringsdiskusjoner som tidligere, men når nivået er fastsatt, skal dette forutsetningsvis følges.

### 7.3 Om bruk av regnskapsloven i helseforetakene

En av intensjonene bak helseforetaksmodellen var å oppnå større bevissthet om innsatsfaktoren kapital. Helseforetakene ble derfor underlagt regnskapslovens bestemmelser, som innebærer at inntekter føres når de er opptjent og kostnader når de er påløpt. Det er forskjell på kostnad og utgift. Mens utgift er en utbetaling, fordeles kostnadene over levetiden som avskrivninger. Dermed blir kostnader til bygninger og utstyr synliggjort i regnskapet på lik linje med kostnader til arbeidskraft og medikamenter mv.

Bruk av regnskapslovens bestemmelser har vært et viktig bidrag til å gi oversikt over, og styring med, helseforetakenes økonomi og bruk av kapital. I NOU 2016: 25 er det vist til at lavere vekst i kostnader enn i bevilgninger og bedre økonomistyring, har skapt rom for å øke investeringsnivået over tid.

Statlige regnskapsstandarder (SRS) med regnskapsoppstilling basert på prinsippene i regnskapsloven, er gjort obligatoriske for alle statlige virksomheter fra august 2021. For de virksomhetene som ikke har benyttet SRS, er det en innføringsperiode på fem år fra 1. januar 2022. Dette er begrunnet med at dagens kontantprinsipp i staten ikke gir god nok styringsinformasjon om hva de statlige aktivitetene faktisk koster. Krav om bruk av SRS (i tillegg til rapportering til statsregnskapet på kapittel og post etter kontantprinsippet) skal bidra til å gjøre det enklere å analysere effektiv ressursbruk i offentlig sektor.

## 7.4 Finansiering av investeringer i andre sektorer

### 7.4.1 Investeringer i kommunene

Kommuner og fylkeskommuner er selvstendige, folkevalgte forvaltningsnivåer som ivaretar oppgaver som tjenesteytere, samfunnsutviklere, myndighetsutøvere og demokratiske arenaer for innbyggerne. Kommunene har ansvaret for blant annet barnehage, grunnskole, barnevern, helse, omsorgs- og sosialtjenester, tekniske tjenester og kulturoppgaver. Fylkeskommunene har ansvaret for blant annet videregående opplæring, lokal kollektivtransport, fylkesveier, tannhelse, regional utvikling og kulturoppgaver.

Kommuner og fylkeskommuner finansieres gjennom skatteinntekter, rammetilskudd fra staten, brukerbetaling og gebyrer fra innbyggerne. Størstedelen av inntektene kommer fra skatteinntekter og rammeoverføringer fra staten (om lag 70 pst.). Disse inntektene kalles frie inntekter. Frie inntekter kan kommunene disponere fritt innenfor lovens krav. De statlige overføringene og andelen av skatteinntektene vedtas av Stortinget ved behandlingen av statsbudsjettet. Kommunene kan skrive ut eiendomsskatt innenfor regelverk og maksimalsats fastsatt av staten. Brukerbetaling og gebyrer fra innbyggerne skal som hovedregel dekke kostnadene ved å produsere tjenestene. Lovkrav til økonomiforvaltning skal blant annet sikre at det er økonomisk balanse i driften av kommuner og fylkeskommuner.

For å gi kommunene forutsigbarhet når de skal sette opp sine budsjetter, signaliseres det hvor stor inntektsvekst kommunene kan vente å få i året som kommer i kommuneproposisjonen i mai året før. Når regjeringen i kommuneproposisjonen legger opp til en realvekst i frie inntekter det kommende året, blir veksten beregnet fra nivået på frie inntekter slik det ble anslått etter stortingsbehandlingen av revidert nasjonalbudsjett året før. Merskattevekst etter revidert nasjonalbudsjett blir derimot engangsinntekter som ikke videreføres. Merskattevekst kan blant annet oppstå dersom lønnsveksten blir høyere enn nivået som er lagt til grunn i kommuneopplegget.

Både kommuner og helseforetak har et helhetlig ansvar for å se drift og investeringer i sammenheng innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. For å sikre bærekraftig økonomisk utvikling er det satt noen handlingsregler i kommuneloven som begrenser kommunenes handlefrihet. Dette gjelder blant annet kravet om balanse i driftsregnskapet, skillet mellom drift og investering i bud-

<sup>7</sup> Se styresak 055-2022 i Helse Sør-Øst RHF, <https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2022/0428/055-2022%20Innf%C3%B8ring%20av%20internhusleie-ordning%20i%20Helse%20S%C3%B8r-%C3%98st.pdf> (hentet 24.02.2023)

sjett og regnskap, og at kommunene kun kan ta opp lån for å finansiere investeringer av varig verdi. Vedtak om å ta opp lån sendes Kommunal- og distriktsdepartementet til orientering. Kommunale og fylkeskommunale låneopptak skal godkjennes av departementet dersom det ikke er vedtatt et årsbudsjett eller økonomiplan i balanse, jf. kommuneloven § 28-1 og § 28-3 om ROBEK (Register om betinget godkjenning og kontroll)<sup>8</sup> og statens kontroll med årsbudsjett og låneopptak mv.

Kommuner og fylkeskommuner følger anordningsprinsippet og det er et skille mellom drift og investeringer i økonomiplan, årsbudsjett og årsregnskap. Anordningsprinsippet er et finansielt orientert regnskapsprinsipp som innebærer at utgifter og inntekter føres i regnskapet når de er kjente, uavhengig av når den reelle betalingen skjer. I kommuner og fylkeskommuner inneholder resultatbegrepet i driftsregnskapet avdrag, men ikke avskrivninger. I kommunesektoren viser netto driftsresultat dermed hvor mye som kan disponeres til avsetninger og investeringer etter at driftsutgifter, renter og avdrag er betalt, og gir dermed en indikasjon på kommunenes og fylkeskommunenes økonomiske handlefrihet.

Som følge av ulike regnskapsprinsipper, kan derfor ikke brutto og netto driftsresultat i prosent av inntektene for helseforetakene og kommunesektoren uten videre sammenlignes. Teknisk beregningsutvalg for kommuner og fylkeskommuner (TBU) anbefaling for netto driftsresultat er på 1,75 pst. for kommuner og 4 pst. for fylkeskommuner. Anbefalingene er basert på et prinsipp om formuesbevaring for kommunesektoren som helhet, og er i utgangspunktet ikke en anbefaling for enkeltkommuner. I helseforetakenes driftsresultat vil netto driftsresultat inneholde avskrivningskostnader, men ikke betalte avdrag. Avskrivningskostnader er en kalkulatorisk kostnad som kan brukes til egenkapitalfinansiering av investeringer og renter. I både kommuneregnskapet og helseforetakenes regnskaper inngår avskrivninger som en driftskostnad i brutto driftsresultat. Et tilsvarende beløp blir imidlertid ført som en inntekt når netto driftsresultat beregnes. Alt annet likt, må kommunenes netto driftsresultat i prosent

av inntektene være høyere sammenlignet med helseforetakene. Det er nødvendig for å sikre formuesbevaring. Dette fordi helseforetakenes netto driftsresultat inneholder ledig likviditet i form av avskrivningskostnader som kan brukes til egenfinansiering av investeringer.

Helseforetakene har ikke samme mulighet som kommunene til å skaffe egenkapital til investeringer i form av låneopptak. De regionale helseforetakene ikke har adgang til å ta opp langsiktige lån i det private markedet og låneordningen er innrettet slik at lånene må bevilges på statsbudsjettet «over streken». Likviditet til investeringer er dermed en knapp ressurs.

Brutto samlede driftsinntekter for kommunesektoren var på om lag 563 mrd. kroner i 2019, hvorav fylkeskommunenes del (eksklusiv Oslo) var på om lag 83 mrd. kroner. Langsiktig gjeld ekskl. pensjonsforpliktelser utgjorde om lag 106,2 pst. av totale driftsinntekter for kommunene samlet ved utgangen av 2019. Dette tilsvarer en langsiktig gjeld på om lag 598 mrd. kroner, eller om lag 112 000 kroner per innbygger. Driftsinntekter for de regionale helseforetakene samlet var på om lag 156 mrd. kroner i 2019. Langsiktig gjeld utgjorde 15,1 mrd. kroner, om lag ti pst. av driftsinntektene, eller om lag 2 800 kroner per innbygger.

#### 7.4.2 Investeringer i statlig sivil sektor

##### Statsbygg

Statsbygg er statens byggherre i statlig sivil sektor. Byggherreansvaret gjelder både for bygg som Statsbygg skal forvalte etter ferdigstilling, og bygg som skal forvaltes av andre statlige virksomheter (gjelder i hovedsak universitetene). Videre skal Statsbygg forvalte, drifte og vedlikeholde eiendommene som inngår i den statlige husleieordningen. Det vil si det meste av statlige formålsbygg med unntak av dem som forvaltes av Forsvarsbygg, helseforetakene og selvforvaltende høyskoler og universiteter. Bygningsmassen utgjør om lag 2,9 mill. kvadratmeter, fordelt på 2 300 bygninger. Statsbygg skal også være rådgiver for statlige virksomheter i spørsmål om bruk av lokaler mv., sikre statlige interesser i større eiendomsutviklingsprosjekter og gjennomføre kjøp og salg av eiendom.

Statsbygg har ikke som oppgave å bygge eller forvalte ordinære kontorlokaler som det normalt er et velfungerende leiemarked for. Statsbygg skal derimot oppføre og forvalte statlige bygninger som staten av ulike grunner finner det hensikts-

<sup>8</sup> ROBEK-registeret er et register over kommuner og fylkeskommuner som er i økonomisk ubalanse eller som ikke har vedtatt økonomiplanen, årsbudsjettet eller årsregnskapet innenfor de fristene som gjelder. Kommuner og fylkeskommuner i ROBEK er underlagt statlig kontroll med årsbudsjettet, låneopptak og langsiktige leieavtaler. Kommuner og fylkeskommuner i ROBEK skal fastsette en tiltaksplan som sikrer at økonomien bringes i balanse.

messig å eie selv. Dette kan være bygg med høy grad av spesialtilpasning (formålsbygg), bygg som grunnet geografisk beliggenhet ikke kan leies i et ordinært marked, eller bygg som av sikkerhetsgrunner bør være i statens eie.

#### Husleieordningen i staten

Husleieordningen i staten ble innført i 1993, og innebærer at Statsbygg på vegne av staten, inngår husleieavtale med virksomhetene som leier bygningene. Avtalen gjelder vanligvis for 20 år, uten reforhandling i avtaleperioden. Ordningen skal stimulere til effektiv utnyttelse av eiendommene, samt sikre tilstrekkelige midler til drift og vedlikehold.

Husleien beregnes etter prinsippet om «kostnadsdekkende leie», dvs. at den leien leietaker skal betale, gjenspeiler den kostnaden staten har ved å stille lokaler tilgjengelig for leietaker. Summen av leibeløpene som blir innbetalt i leieperioden, skal tilsvare summen av kostnadene staten har hatt med eiendommen i samme periode.

Leien består av kapitalkostnader (avkastningskrav på investert kapital på hele bygget, som er fastsatt av Finansdepartementet, jf. punkt 7.6), kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) og dekning av forventet verdiendring for eiendommen. Den samlede husleien justeres årlig for inflasjon. Seks utdanningsinstitusjoner (universitetene i Oslo, Tromsø og Bergen, samt NTNU, NMBU og NIH) er selvforvaltende institusjoner og inngår ikke i statens husleieordning.

#### Finansiering av Statsbygg

Byggeprosjektene i regi av Statsbygg blir finansiert etter to ulike modeller: ordinære byggeprosjekter og brukerfinansierte prosjekter. Ordinære byggeprosjekter fremmes enkeltvis for Stortinget, med forslag til kostnadsramme og særskilte årlige bevilgninger til Statsbygg for å dekke utgiftene til investering og mulighet for hel eller delvis husleiekompensasjon for leietakeren når bygget står ferdig. Brukerfinansierte prosjekter er prosjekter der investeringen i sin helhet skal dekkes innenfor leietakernes eksisterende budsjettamme, gjennom husleien de betaler.

For brukerfinansierte prosjekter er insentivene i systemet sammenlignbare med det som gjelder for helseforetakene; gjennomføring av prosjektene avhenger av at virksomhetene selv skaper økonomisk handlingsrom gjennom driften. For andre byggeprosjekter er det ikke en slik nød-

vendig sammenheng. Det gis normalt økte bevilgninger til å betale økt husleie over statsbudsjettet.

#### 7.4.3 Statlige universiteter og høyskoler

Statlige universiteter og høyskoler disponerer et samlet areal på om lag 3,4 mill. kvadratmeter. Om lag halvparten av dette er statlig eiendom som forvaltes av institusjonene selv. En fjerdedel er statlig eiendom som forvaltes av Statsbygg. En fjerdedel av arealet leies i det private markedet.

At lærestedet har forvaltningsansvaret for en statlig eiendom, innebærer at de selv har ansvar for blant annet å vedlikeholde og drifte arealet innenfor tilgjengelige rammer. Bygg forvaltet av Statsbygg inngår i statens husleieordning, en ordning der institusjonene betaler husleie til Statsbygg. Husleien dekker statens investeringskostnad (avskrivninger og avkastning på investert kapital) og kostnadene ved eiendomsforvaltningen, inkludert drift og verdibevarende vedlikehold.

De fleste institusjonene disponerer areal under flere av de tre forvaltningsmodellene, og fordelingen mellom de ulike modellene varierer. Seks av institusjonene har forvaltningsansvar for statlig eiendom (de såkalt selvforvaltende institusjonene), og for disse utgjør dette en hovedvekt av arealet de disponerer (NTNU, UiO, UiB, NMBU, UiT og NIH). For de fleste andre institusjonene utgjør bygg forvaltet av Statsbygg størstedelen av arealet, med unntak av OsloMet – storbyuniversitetet og Kunsthøgskolen i Oslo, som i hovedsak leier av private.

Styret er ansvarlig for å disponere institusjonens ressurser på best mulig måte, herunder lokaler og utstyr som støtter opp under institusjonens samlede mål og planer. Universitets- og høyskoleloven stiller krav om at det fysiske læringsmiljøet er fullt forsvarlig ut fra en samlet vurdering av hensynet til studentenes helse, sikkerhet og velferd.

Kunnskapsdepartementet har fra 2019 stilt krav om at institusjonene skal ha overordnede planer for utviklingen av bygningsmassen og effektiv bruk av eksisterende og nye campuser. Slike campusutviklingsplaner eller masterplaner for eiendomsforvaltningen har normalt et femårig perspektiv og er forankret i institusjonenes styrer. Selvforvaltende institusjoner skal også ha langtidspaner for verdibevarende vedlikehold og oppgraderinger med tilhørende årlige budsjettavsetninger.

#### 7.4.4 Statlige byggeprosjekter

Byggeprosjekter kan være alt fra mindre justeringer og tilpasninger i eksisterende bygningsmasse til store rehabiliteringsprosjekter og nybygg. Styringen og finansieringen av prosjektene skjer på ulike måter, og er avhengig av forvaltningsregimet for det aktuelle arealet.

*Prosjekter i egen regi* er byggeprosjekter som de selvforvaltende institusjonene gjennomfører og finansierer på egen hånd innenfor gjeldende budsjetttramme.

*Brukerfinansierte byggeprosjekter* er byggeprosjekter innenfor husleieordningen som gjennomføres av Statsbygg på oppdrag fra en institusjon. Institusjonen forplikter seg til å dekke husleien som følger av prosjektet innenfor tilgjengelige budsjettrammer. Det framgår av retningslinjene<sup>9</sup> at brukerfinansierte byggeprosjekter i utgangspunktet er en intern statlig ordning der både utleier og leietaker er del av samme rettssubjekt (staten) og bare skal gjennomføres innenfor rammen av gjeldende fullmakter og bevilgninger.

*Ordinære byggeprosjekter* vedtas av Stortinget og finansieres over statsbudsjettet. Statsbygg har normalt rollen som byggherre og ansvaret for å gjennomføre prosjektene. Ferdigstilte bygg fra ordinære prosjekter kan forvaltes av Statsbygg og inngå i statens husleieordning, eller forvaltes av institusjonen selv. Som hovedregel får institusjonen økt sine rammer med inntil 75 pst. av den årlige husleien (husleiekompensasjon). For nybygg utenfor husleieordningen må institusjonen dekke kostnader til eiendomsforvaltningen, inkludert drift og vedlikehold, innenfor gjeldende budsjettrammer.

#### 7.4.5 Universitetsarealer i sykehus

Prinsipper for planlegging, bygging og finansiering av universitetsarealer i nye sykehusbygg ble presentert i Prop. 1 S (2017–2018) for Helse- og omsorgsdepartementet. Disse prinsippene innebærer at helseforetakene som hovedregel eier arealene og har ansvar for finansiering og utbygging, mens universitetene leier dem. Universiteter og høyskoler kan også realisere prosjekter i samarbeid med private aktører. Institusjonene inngår i slike tilfeller leieavtale med private aktører på

<sup>9</sup> Se <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Retningslinjer-kurantprosjekter/id2340398/#:~:text=Retningslinjer%20for%20behandling%20av%20statlige%20byggeprosjekter%20der%20husleien,Foreleggelse%20av%20kurantprosjekter%20for%20regjeringen%20...%20More%20items> (hentet 24.02.2023)

kommersielle vilkår. Dette finansieres normalt innenfor gjeldende budsjettammer, men det kan være aktuelt med husleiekompensasjon (jf. punkt 7.4.2).

I Prop. 1 S (2021–2022) framgår det at St. Olavs hospital HF i samarbeid med Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) har satt i gang planlegging av et Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital på Øya i Trondheim.

St. Olavs hospital på Øya i Trondheim ble bygget som et integrert universitetssykehus hvor klinikker og helsepersonell er fysisk tett på universitetsfunksjonene, universitetsansatte og studenter. Det er etablert en sameiemodell der byggene er eid og driftes i fellesskap av St. Olavs hospital HF og NTNU. Senter for psykisk helse skal gjennomføres som et felles prosjekt. Helseforetakenes planleggings- og kvalitetssikringsregime skal benyttes i planleggingen og gjennomføringen av prosjektet. St. Olavs hospital vil være byggherre og Sykehusbygg HF står ansvarlig for utbyggingen. Partene er ansvarlige for hver sin del av finansieringen. Gjennomføring forutsetter at Stortinget godkjenner en eventuell lånesøknad fra Helse Midt-Norge RHF.

#### 7.4.6 Nasjonal transportplan

Nasjonal transportplan (NTP) er en stortingsmelding som presenterer regjeringens transportpolitikk og beskriver hvilke målsettinger og prinsipper regjeringen legger til grunn for den. Planen omhandler drift, vedlikehold og investeringer. Planen lages for en tolvårsperiode, men med hovedvekt på de første seks årene. Planen revideres hvert fjerde år og vedtas av Stortinget. Gjeldende NTP er for perioden 2022–2033. Jernbanedirektoratet, Bane NOR, Avinor, Kystverket, Nye Veier og Statens vegvesen har gitt innspill til NTP basert på oppdrag fra Samferdselsdepartementet som ansvarlig departement. Fylkeskommunene, de største bykommunene og Sametinget har også gitt innspill til NTP.

Det framgår av gjeldende NTP at regjeringen vil bruke 1 200 mrd. kroner, fordelt på 1 076 mrd. kroner i statlige midler og 123 mrd. kroner i bompenger i perioden 2022–2033.

Bevilgninger og rekkefølge på gjennomføring av store prosjekter innenfor NTP vil bli tilpasset det samlede økonomiske opplegget i statsbudsjettet i det enkelte budsjettår, innenfor rammene som følger av handlingsregelen og tilstanden i norsk økonomi. Endringer i det budsjettmessige handlingsrommet framover vil kunne påvirke innfasing og gjennomføring av planen. I NTP 2022–

2033 er det redegjort for et nytt system med porteføljestyling av store prosjekter, slik at virksomhetene kan prioritere og ha en effektiv gjennomføring av de beste prosjektene. Hensikten er å gi virksomhetene et større handlingsrom til kontinuerlig å optimalisere og videreutvikle prosjektene, til å velge de beste løsningene, og til å foreslå endret rekkefølge i gjennomføringen av prosjekter dersom nye forutsetninger taler for en annen prioritering. I NTP 2022–2033 har samfunnsøkonomiske analyser ligget til grunn for vurderingen av prioriteringene i planen.

## 7.5 Utvalgets situasjonsforståelse

Utvalget tar i sin diskusjon utgangspunkt i en situasjon hvor Stortinget har bevilget en samlet ramme til spesialisthelsetjenesten. Denne rammen skal dekke alle helseforetakenes kostnader; personell, medikamenter, utstyr og bygninger. Kostnadene knyttet til utstyr og bygninger fordeles over levetiden og synliggjøres i sykehusenes regnskaper som avskrivninger.

Investeringer finansieres av avskrivninger, lån fra staten, sparing/bidrag fra driften, salg av eiendom og finansiell leasing (fra 2015).

Dagens modell bygger dermed på prinsippet om at det helseforetaket som gjennomfører investeringen, må bære hele kostnaden. Dette skal bidra til at helseforetakene ser bruk av alle ressurser i sammenheng og velger en best mulig kombinasjon av bygninger, medisinsk-teknisk utstyr, arbeidskraft, medikamenter mv. Det innebærer også at de årlige bevilgningene til spesialisthelsetjenesten skal dekke løpende drift, kostnader som følge av tidligere investeringer og sparing til framtidige investeringer.

Mens bemanningen kan endres på kort sikt, kjennetegnes sykehusbygg og medisinsk-teknisk utstyr ved at de vil ha lang levetid. Medisinsk-teknisk utstyr vil typisk ha en levetid på fem–ti år, mens sykehusbygg typisk vil ha en levetid på 35 år. Investeringer må derfor gjennomføres med et langt tidsperspektiv. Et sykehus som bygges i dag, skal ha et areal og en utforming som gjør at det kan dekke befolkningens behov for sykehus-tjenester i mange år framover.

Dette gir helseforetakene to utfordringer. På kort sikt skal de ha en bemanning som best mulig er tilpasset dagens måte å drive sykehus på. På lengre sikt skal de investere for å kunne drive sykehus tilpasset endringer i behov og behandlingsformer. Dette krever både gode verktøy for å kunne framskrive hvordan endringer i behov og

behandlingsformer vil påvirke sykehusdriften, og at man gjør investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og bygninger som fleksibelt kan tilpasses framtidige endringer.

Før det blir besluttet å gjennomføre en investering, må helseforetakene analysere og vurdere økonomisk bæreevne basert på framtidig økonomisk utvikling gitt at prosjektet blir gjennomført. Helseforetakene må også vurdere om de har tilstrekkelig likviditet, enten i form av oppspart egenkapital eller tilførsel av likviditet fra det regionale helseforetaket, til å kunne gjennomføre prosjektet samtidig med løpende sykehusdrift.

Utvalget vil understreke at økonomisk bæreevne ikke betyr at investeringer må være lønnsomme i et bedriftsøkonomisk perspektiv. Økonomisk bæreevne innebærer å kunne håndtere framtidige kostnader av investeringer i sykehusbygg innenfor helseforetakenes tilgjengelige økonomiske rammer.

Utvalgets vurdering er at drift og investeringer i utstyr, IKT og bygg må ses i sammenheng. God drift forutsetter at bemanning, utstyr og bygninger er tilpasset hverandre. En modell hvor helseforetakene har ansvar for både investeringer og drift, vil etter utvalgets vurdering derfor best bidra til riktig prioritering av investeringsprosjekter, og til prosjekter som er tilpasset lokale driftsforhold. En betingelse for dette er at finansieringsmodellen understøtter gode investerings- og driftsbeslutninger. Flere av innspillene til utvalget framhever insentivene til effektiv drift som ligger i at overskudd i driften gir grunnlag for investeringer. Gjennomgangen i punkt 7.2.3 og 7.2.4 viser også at det er skapt rom for betydelige investeringer i helseforetakene de siste årene, og at det i langtidsplanene er innarbeidet en vesentlig økning i investeringsnivået med varierende forutsetninger om effektivisering.

Samtidig er det etter utvalgets mening, forhold ved dagens modell for finansiering av investeringer som kan gi uheldige utslag. Kravene til egenkapital og likviditet gjør at man risikerer at prosjekter kan bli bygget for små, investeringer kan bli skjøvet for langt fram i tid, eller beslutninger om investeringer kan være basert på urealistiske forutsetninger om framtidig økonomisk bæreevne (jf. punkt 4.4.6). Dette kan utfordre både målene som er beskrevet i lovverket og forsterke verdikonflikter som er beskrevet i kapittel 3. Mange helseforetak opplever seg presset på daglig drift. I en slik situasjon vil både de økonomiske konsekvensene av tidligere års investeringer og sparing til framtidige investeringer oppleves som at de går «på bekostning av» pasientbehandlingen. Riksre-



visjonens funn om manglende verdibevarende vedlikehold kan være en indikasjon på at mange helseforetak kan oppleve konflikt mellom hensynet til daglig drift og behovet for å vedlikeholde bygninger og utstyr.

En finansieringsmodell som gir lettere tilgang på likviditet og samtidig forbedrer mulighetene for økonomisk bæreevne, vil kunne redusere disse problemene. I en situasjon hvor den samlede inntektsrammen til spesialisthelsetjenesten er gitt, vil imidlertid enhver omlegging av modellen for finansiering av sykehusbygg ha fordelingsmessige konsekvenser. Dette vil kunne påvirke fordelingen mellom helseforetak, mellom regionale helseforetak, mellom kapital og andre innsatsfaktorer, og mellom pasientbehandling på kort sikt og pasientbehandling på lang sikt. Samtidig vil en omlegging av finansieringsmodellen for sykehusbygg kunne ha konsekvenser for når investeringer og bygging kan gjennomføres. Det kan heller ikke utelukkes at innretningen og størrelsen på framtidige bevilgninger til sektoren vil bli påvirket av hvordan finansieringssystemet er utformet. Utvalget vil ta alle disse forholdene med i sine vurderinger.

Med dette som bakgrunn, er utvalgets vurdering av utfordringer med dagens modell slik:

*Modellen sikrer ikke i tilstrekkelig grad nødvendig likviditet til å finansiere investeringer i sykehusbygg:*

- Nødvendige investeringer kan bli utsatt pga. manglende likviditet.
- Prosjektene kan bli nedskalert fordi man vurderer det som viktigere å komme i gang med en investering enn at den har ideell størrelse.
- Det er utfordrende å formidle behovet for å gå med overskudd på driften for å kunne skaffe tilstrekkelig egenkapital til å dekke investeringer som oppleves som nødvendige.

*Modellen gir ikke tilstrekkelig sikkerhet for dekning av framtidige økte kostnader som følger av investeringer i sykehusbygg:*

- Usikkerhet knyttet til framtidig økonomi kan gi risiko for at det blir lagt til grunn urealistiske forutsetninger om framtidig bæreevne for å kunne dekke inn økte kapitalkostnader.

Utvalget vil først beskrive mulige alternativer til dagens finansieringsmodell, og deretter foreslå hvordan de to utfordringene kan møtes.

## 7.6 Skille ansvaret for drift og investeringer

I dette avsnittet beskriver utvalget en modell hvor ansvaret for investeringer i sykehusbygg løftes ut av de regionale helseforetakene og legges til staten.

Dersom det innføres et slikt skille mellom drift og investeringer, vil staten i utgangspunktet måtte overføre inntekter fra de regionale helseforetakene til en egen post på statsbudsjettet for investeringer i sykehusbygg.

### Prioritering mellom prosjekter

De regionale helseforetakene vil fortsatt kunne utarbeide økonomiske langtidsplaner med interne prioriteringer for investeringsprosjekter. Disse kan legges fram for Stortinget på ulike måter. Ett alternativ er at de regionale planene danner grunnlag for en rullerende nasjonal investeringsplan for sykehusbygg i form av meldinger til Stortinget, med framdrift tilpasset årlige bevilgningsvedtak i Stortinget. Planlegging og utforming av prosjektene kan skje gjennom et samarbeid mellom helseforetakene og et statlig forvaltningsorgan med byggherreansvar direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet («Sykehusbygg») eller ved at Statsbygg får utvidet sine oppgaver.

Som følge av at investeringer i sykehusbygg legges til staten, vil krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i statens prosjektmodell gjelde.<sup>10</sup>

Mulighetene for å ivareta regionale og lokale hensyn vil fortsatt kunne være til stede i en modell med bevilgninger til investeringer i sykehusbygg over egen post på statsbudsjettet. En slik tilnærming vil ha likhetstrekk med nasjonal transportplan.

### Forvaltning av eiendomsmassen

I en modell med ulike budsjetter for drift og investeringer innenfor rammene av helseforetaksmodellen, vil forvaltning av eiendomsmassen kunne praktiseres på ulike måter. I punkt 7.4.2–7.4.4 er det gitt en nærmere beskrivelse av de ulike modellene for styring og finansiering av byggeprosjekter i statlig sivil sektor. Modellene vil ha ulike konsekvenser for eierskap til bygg og organisering av eiendomsforvaltningen.

Ett alternativ vil være å flytte eiendomsforvaltningen ut av helseforetakene til en statlig enhet.

<sup>10</sup> Hva er statens prosjektmodell? – regjeringen.no

Dette kan være Statsbygg eller en egen statlig organisasjon for sykehusbygg. I dette tilfellet vil helseforetakene betale kostnadsdekkende husleie til staten etter samme prinsipp som for bygg forvaltet av Statsbygg. Som følge av dette, vil helseforetakenes inntekter som i dag brukes til investeringer og løpende vedlikehold, brukes til å dekke husleiekostnader. Kapitaldelen av husleien kan brukes til å dekke bevilgninger til nye sykehusinvesteringer på statsbudsjettet.

Husleieberegningen i Statsbygg benytter et realavkastningskrav på fire prosent. Dette er høyere enn renten på investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Alt annet likt, vil derfor denne modellen svekke den økonomiske bæreevnen i utbyggingsprosjektene sammenlignet med dagens modell. Husleiekompensasjon vil kunne bidra til å rette på dette. I dagens husleiemodell utgjør husleiekompensasjonen som hovedregel inntil 75 pst. av husleien til Statsbygg. Utvalget vil i denne sammenheng peke på styresak 069-2021 i Helse Sør-Øst RHF om samlokalisering i Livsvitenskapsbygget. Der er det vist til at den viktigste årsaken til at prosjektet ikke oppnår økonomisk bæreevne, er forutsetningene for beregning av den kostnadsdekkende husleien.

Et annet alternativ vil være å la helseforetakene være selvforvaltende etter modell av deler av universitetets- og høyskolesektoren. Kostnader til verdibevarende vedlikehold må dekkes innen helseforetakenes gjenværende budsjetttrammer, etter at inntekter som i dag brukes til investeringer i sykehusbygg, er trukket ut og lagt til en egen post på statsbudsjettet for investeringer i sykehusbygg.

NOU 2016: 25 vurderte organiseringen av eiendomsforvaltningen i helseforetakene. Utvalget hadde ulike oppfatninger om hvordan eiendomsforvaltningen burde innrettes framover. Det ble blant annet vist til at sykehusbygg er formålsbygg spesialbygget for sykehusdrift. Utvikling og vedlikehold av byggene har store konsekvenser for driften. Ansvaret for dette bør derfor være knyttet så tett opp mot driften som mulig.

Våren 2019 fikk regjeringen overlevert en områdegjennomgang av bygge- og eiendoms politikken i statlig sivil sektor. Her var en av anbefalingene å overføre forvaltningsansvaret for statens eiendommer til Statsbygg. Våren 2020 konkluderte regjeringen med at statens eiendommer ved NMBU, UiB, UiO, UiT og NTNU ikke skal innlemmes i statens husleieordning. Dette er begrunnet med at universitetene og høyskolene ivaretar forvaltning av eiendommene sine på en god måte,

og at regjeringen derfor ikke ser noen grunn til å frata dem det ansvaret.<sup>11</sup>

#### Behandling av eksisterende sykehusbygg og tilhørende låneforpliktelser

De regionale helseforetakene er i ulik økonomisk situasjon som følge av at de er i ulike faser av investeringscyklusen. Dermed har de i ulik grad bidratt med egenkapitalfinansiering av investeringer. Helse Midt-Norge og Helse Vest har enten gjennomført, eller er i ferd med å gjennomføre, store sykehusinvesteringer i helseforetakene. I Helse Nord gjenstår blant annet sykehusutbyggingen på Helgeland. I Helse Sør-Øst gjenstår flere store prosjekter. Det vises til omtale av de regionale helseforetakenes investeringsplaner i punkt 7.2.3 og tabell 7.1. På tidspunktet for et eventuelt skille mellom drift og investeringer vil de regionale helseforetakene ha ulikt nivå på gjeld til staten. Ved inngangen til 2022 utgjorde samlet låneopptak til de regionale helseforetakene om lag 35 mrd. kroner. Av dette er om lag 13 mrd. kroner omgjort til langsiktig gjeld på ferdigstilte prosjekter hvor det betales renter og avdrag, og 22,2 mrd. kroner er byggelån til prosjekter under gjennomføring jf. punkt 7.2.2.

Dersom man velger en modell etter samme prinsipp som for eiendommer forvaltet av Statsbygg, er det naturlig at staten overtar eierskapet til og forvaltningen av hele eiendomsmassen i helseforetakene. Det følger av dette at staten også overtar langsiktig gjeld på allerede gjennomførte investeringer. Det må også utarbeides et opplegg for beregning av husleie på eksisterende bygninger, og det må beregnes hvordan inntekter til å dekke kostnadsdekkende husleie skal fordeles mellom de regionale helseforetakene.

I en modell med statlig kontantfinansiering av sykehusbygg vil det ikke være behov for å tilføre likviditet i form av interne lån til helseforetak med store utbygginger. Helse Sør-Øst har en intern lånemodell hvor det regionale helseforetaket holder tilbake likviditet fra helseforetakene til regionalt prioriterte investeringsprosjekter. Det enkelte helseforetak får som følge av dette, en fordring på det regionale helseforetaket. Når et helseforetak

<sup>11</sup> Se [https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/kd/pressemeldinger/2020/universitetene-beholder-ansvaret-for-forvaltning-av-bygg-og-eiendommer/id2703028/?utm\\_source=www.regjeringen.no&utm\\_medium=epost&utm\\_campaign=nyhetsvarsel%2019.05.2020-07:18&utm\\_content=Forskning,%20H%C3%B8yere%20utdanning%20og%20Aktuelt%20fr%C3%A5%20Kunnskapsdepartementet](https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/kd/pressemeldinger/2020/universitetene-beholder-ansvaret-for-forvaltning-av-bygg-og-eiendommer/id2703028/?utm_source=www.regjeringen.no&utm_medium=epost&utm_campaign=nyhetsvarsel%2019.05.2020-07:18&utm_content=Forskning,%20H%C3%B8yere%20utdanning%20og%20Aktuelt%20fr%C3%A5%20Kunnskapsdepartementet) (hentet 24.02.2023)

skal investere i et regionalt prioritert investeringsprosjekt, blir likviditet tilbakeført fra det regionale helseforetaket og fordringen redusert. I Helse Sør-Øst har Sykehuset Innlandet over lang tid opparbeidet en fordring på Helse Sør-Øst RHF. Denne likviditeten er sammen med låneopptak fra Helse- og omsorgsdepartementet, forutsatt brukt til nytt sykehus i Innlandet. Tilsvarende vil andre helseforetak som har gjennomført store regionalt prioriterte investeringer, ha opparbeidet gjeld til det regionale helseforetaket som nedbetales med renter. De andre helseregionene har interne lånemodeller hvor det regionale helseforetaket låner ut oppsparte midler i det regionale helseforetaket, som nedbetales med renter.

Dersom man velger en modell hvor helseforetakene er selvforvaltende, følger det også av dette at staten overtar de regionale helseforetakenes eksisterende lån til sykehusbygg. Det må utredes nærmere hvordan interne lån og fordringer i de regionale helseforetakene skal håndteres.

## 7.7 Endringer innenfor gjeldende modell

I dette avsnittet diskuterer utvalget endringer innenfor rammene av dagens modell hvor helseforetakene fremdeles har et helhetlig ansvar for finansiering av både drift og investeringer.

### 7.7.1 Bedre tilgangen på likviditet til investeringer

I punkt 7.5 er det pekt på at én av utfordringene med dagens modell er *tilgangen på likviditet*. Innenfor rammene av dagens modell kan tilgangen på likviditet til å gjennomføre prosjektene forbedres. Dette kan skje på ulike måter.

Finansiere deler av investeringen med statlige tilskudd

Staten kan finansiere en andel av investeringer i sykehusbygg gjennom et særskilt investeringstilskudd. For helseforetakene innebærer dette at behovet for å spare opp egenkapital gjennom overskudd på driften, reduseres. Et investeringstilskudd vil bli utbetalt når investeringen skjer, men framkomme i helseforetakenes regnskap som en årlig inntekt over byggets levetid. Kapitalkostnadene vil bli synliggjort, men med en tilsvarende årlig inntekt i regnskapet, slik at de økte kapitalkostnadene ikke får resultateffekt. Investeringsstilskudd vil, alt annet likt, innebære en økning av

den samlede økonomiske rammen til spesialisthelsetjenesten. Ved uendrede rammer vil bruk av investeringstilskudd innebære en reduksjon i øvrige bevilgninger.

### Øke låneandelen

Helseforetakene vil ha noe likviditet gjennom avskrivninger på eksisterende kapital som også skal dekke investeringer under 500 mill. kroner, blant annet medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og IKT. En økning av låneandelen utover dagens andel, som er 70 pst., vil redusere behovet for å spare opp egenkapital gjennom overskudd, men øke lånebehovet. Reduksjon i egenkapitalkravet får ikke konsekvenser for avskrivingskostnadene, og dermed heller ikke for et eventuelt behov for effektivisering av driften for å dekke inn økte avskrivningskostnader. En økning i låneandelen letter tilgangen på likviditet i investeringsfasen, men vil også føre til økt likviditetsbehov i nedbetalingsfasen. Økt låneandel vil også gi en økning i rentekostnader.

### 7.7.2 Kompensasjon for kapitalkostnader

Utvalget har pekt på at det kan være krevende å tilpasse driften til *framtidige økte kapitalkostnader* for å sikre økonomisk bæreevne. Et investeringsstilskudd vil redusere helseforetakenes netto kapitalkostnader. Alternativt kan man gi helseforetakene bedre rentebetingelser, eller innføre en mer målrettet behandling av inntekter til kapital i basisbevilgningen.

### Endre rentebetingelsene

I statsbudsjettet for 2018 ble det innført ny rentemodell for investeringslån til de regionale helseforetakene. Rentemodellen ble gjort gjeldende for lån til prosjekter som fikk innvilget låneramme fra og med 2018. Endringen ga sykehusene en renteøkning på ett prosentpoeng ved innføringstidspunktet. De nye rentebetingelsene innebærer økt krav til effektivisering og økonomisk forskjellsbehandling mellom gjennomførte og nye sykehusutbygginger. Endret rentemodell tilbake til modellen før 2018 vil gi likebehandling mellom gamle og nye prosjekter og redusere framtidige rentekostnader.

### Øke inntektene til kapital i basisbevilgningen

Fordeling av inntekter til regionale helseforetak skjer med utgangspunkt i befolkningens stør-

relse, men hensyntatt forskjeller i behov for tjenester og regionale forskjeller i kostnadsnivå. Kompensasjon for kostnadsforskjeller fanger opp forskjeller i geografi, struktur og pasientsammensetning. Dagens kostnadskomponent er basert på kostnadsbildet i helseforetakene i perioden 2015–2017.<sup>12</sup> Helseforetak som har fått en økning i sitt kostnadsnivå på grunn av økte kapitalkostnader etter investeringer foretatt før denne perioden, vil dermed (delvis) få dette kompensert i inntektsfordelingsmodellen. Kostnadskomponenten er imidlertid fast, og vil ikke fange opp endringer som følger av investeringer etter denne perioden. En mulighet for å ivareta økning i kapitalkostnader som følge av investeringer i sykehusbygg, vil derfor være å skille kostnadskomponenten i inntektsmodellen i to deler. Den ene delen ivaretar ufor skyldte kostnadsforskjeller knyttet til drift, mens den andre ivaretar kostnadsforskjeller knyttet til ulikt nivå på avskrivingskostnader. Dersom man for eksempel kompenserte helseforetakene for 75 pst. av regnskapsførte avskrivninger knyttet til bygningskapital, ville dette ha likhetstrekk med husleiekompensasjonen i statens husleiemodell for bygg som forvaltes av Statsbygg.

Særskilt finansiering av kostnader til kapital har vært diskutert i flere tidligere utredninger. Et flertall i Hagenutvalget (NOU 2003: 1) anbefalte at inntektene til dekning av avskrivninger ble lagt inn i basisbevilgningen etter de samme kriteriene som midler til løpende drift.

Magnussenutvalget (NOU 2008: 2) mente at det ikke skulle lages egne finansieringsordninger for de ulike innsatsfaktorene. Det er opp til de regionale helseforetakene selv å bestemme fordeling av ressurser mellom innsatsfaktorene. Inntekter til dekning av avskrivningskostnader fordeles etter de samme kriteriene som øvrige inntekter i basisbevilgningen. Magnussenutvalget mente at forutsetningen for en slik likebehandling var at behovsvariablene for kapital og andre innsatsfaktorer var de samme. Utvalget vurderte at det ikke var indikasjoner på at variablene ikke var de samme.

Magnussenutvalgets gjennomgang av balanseverdiene i 2008 viste at det ikke var samsvar mellom forskjeller i kapitalbeholdninger og forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester. Utvalgets vurdering var at de historiske forskjellene i kapitalbeholdninger i noen grad burde jevnes ut. Utvalget foreslo derfor en modell for omfordeling av inn-

tekter med sikte på å utjevne forskjellene i kapitalbeholdninger (tomter og bygninger og utstyr fratrukket langsiktig gjeld) over en periode på 20 år. Den relativt lange utjevningsperioden ble valgt for å redusere effekten av skjevheter i balanseverdier.

I NOU 2019: 24 (Magnussenutvalget 2) ble det vist til at den regnskapsmessige verdien på sykehusenes bygg og utstyr hadde økt fra 66,6 mrd. kroner i 2003 til 88,7 mrd. kroner i 2017. Det var store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Helse Nord var den regionen med relativt størst økning i verdien av bygg og utstyr i perioden, mens Helse Sør-Øst hadde den laveste relative økningen. Utvalget viste til at fordelingen av realkapital ikke hadde blitt jevnet ut siden NOU 2008: 2.

Magnussenutvalget 2 pekte på at det første utvalget analyserte forskjeller i kapitalbeholdning mellom de regionale helseforetakene med utgangspunkt i tall for behovjustert kapitalbeholdning per innbygger. Behovet for realkapital vil også henge sammen med kostnadene. For eksempel vil både helseforetak med mye utstyrsintensiv behandling og helseforetak med store faste kostnader knyttet til beredskap, kunne ha høyere behov for realkapital. Utvalget mente derfor at en ensidig vurdering av kapitalbeholdning i forhold til forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester, ikke gir et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere hva som er nødvendig kapital for å gi likeverdige helsetjenester mellom de regionale helseforetakene.

I NOU 2019: 24 viste man til at hensikten med inntektsfordelingsmodellen er å fordele en gitt inntektsramme mellom de regionale helseforetakene på en måte som tar hensyn til forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester og forskjeller i de driftsmessige betingelsene for å dekke dette behovet. Dersom man dekomponerer helseforetakenes samlede kostnader, ville sannsynligvis alle de enkelte kostnadselementene kunne avvike fra fordelingsnøkkelen i inntektsfordelingsmodellen. Utvalget mente at inntektsfordelingsmodellen vil ha størst legitimitet og tillit dersom alle forskjeller i kostnader mellom regionene for å kunne gi det samme tilbudet, inngår i inntektsfordelingsmodellen. Å fordele enkelte kostnadskomponenter utenfor modellen vil ikke være i samsvar med dette. Utvalget anbefalte derfor at gjeldende praksis med særskilt behandling av inntekter til kapital i inntektsfordelingsmodellen ble avvirket, og at disse inntektene fordeles mellom de regionale helseforetakene etter prinsippene i inntektsfordelingsmodellen.

<sup>12</sup> NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.*

## 7.8 Utvalgets vurderinger og forslag

Et viktig formål med helseforetaksreformen og bruk av regnskapsloven var å bidra til at det ble etablert tydeligere og mer helhetlige ansvars- og fullmaktposisjoner. Et samlet ansvar for drift og investeringer gir både bedre muligheter for utforming av helsetjenesten og bedre grunnlag for styring.

I dagens system er det insentiver til å se bruken av innsatsfaktorer samlet. Økte kostnader knyttet til investeringer vil måtte veies mot eventuelle effektiviseringsgevinster på helseforetaksnivå eller mot høyere kvalitet i pasientbehandlingen. Det ligger også et insitamenter til effektiv drift i kravet til en egenkapitalfinansiering på 30 prosent av investeringsutgiften

Utvalget har pekt på to utfordringer ved at de regionale helseforetakene i tillegg til å ha ansvar for løpende drift, også har ansvar for investeringer. For det første kan det være krevende for de regionale helseforetakene å skaffe til veie tilstrekkelig egenkapital. For det andre kan det være krevende å ha en økonomi til å håndtere framtidige økte kapitalkostnader i driftsregnskapet. Utvalget har i punkt 7.6 beskrevet en modell hvor det etableres et skille mellom drift og investeringer. Et alternativ er at staten beslutter, finansierer, bygger og forvalter sykehusbyggene. Det innebærer at den finansieringen av investeringer som i dag skjer ved at sykehusene budsjetterer med overskudd, i utgangspunktet faller bort. Helseforetakene vil fremdeles måtte bære det fulle ansvaret for investeringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU).

Nasjonal prioritering vil kunne føre til at det blir lagt større vekt på objektive kriterier og at bruk av skjønn reduseres. Dette skyldes dels at beslutningstakerne sentralt ikke vil ha like detaljert kunnskap om lokale og regionale forhold, og dels at nasjonal likebehandling vil være viktig for å begrense antallet enkeltsaker til vurdering.

Det er stor konkurranse mellom sektorer om offentlige investeringsmidler. Meld. St. 14 (2020–2021) *Perspektivmeldingen 2021* viser til at Norge vil stå overfor både nye og kjente utfordringer framover. I tiårene som kommer, vil det stå færre i yrkesaktiv alder bak hver pensjonist. Statens utgifter vil gå opp, uten at inntektene øker like mye. Utvalget mener derfor at det ikke umiddelbart er noe som tilsier at det å løfte ansvaret for investeringer ut av helseforetakene i seg selv vil føre til mindre oppmerksomhet på økonomi eller økning i de offentlige bevilgningene til investeringer i sykehusbygg. Utvalget ser at en slik modell vil

kunne gi en enhetlig nasjonal prioritering av sykehusbygg. Samtidig vil et slikt skille kunne svekke mulighetene til å gjøre regionale prioriteringer, muligheten til å se investeringer i utstyr, IKT og bygninger samlet, og gi større utfordringer i planlegging og utforming av høyt spesialiserte formålsbygg. Utvalget vil også peke på at det har vært reist spørsmål fra Stortinget om realismen i at ulike stortingsflertall vedtar prosjekter langt utover det økonomiske handlingsrommet en kan forvente seg i planperioden.<sup>13</sup>

En modell hvor ansvaret for å finansiere investeringer legges til staten vil kunne være attraktiv for helseforetakene, dersom den innebar at det ble frigjort ressurser til drift. Dette ville imidlertid betinge at et skille mellom finansiering og drift også fører med seg en økning i den samlede bevilgningen til spesialisthelsetjenesten. I sin vurdering av modeller for finansiering legger utvalget til grunn at den samlede bevilgningen vil være uendret. Dette innebærer at en endring i finansieringsansvaret også medfører at den delen av inntektene som helseforetakene benytter til investeringer i bygg nå, trekkes inn til staten. I en slik situasjon vil den viktigste konsekvensen av et skille mellom drift og investering være at helseforetakene får mindre kontroll over rekkefølgen, størrelsen på og utformingen av prosjektene.

Utvalget anbefaler derfor ikke en modell hvor ansvaret for å finansiere investeringer blir skilt fra ansvaret for drift. Ansvaret for å se drift og investeringer i sammenheng innenfor en samlet ramme er en sentral premiss for helseforetaksmodellen. Dette legger etter utvalgets vurdering, til rette for effektiv bruk av de samlede ressursene og regional prioritering av investeringer i sykehusbygg, basert på kjennskap til lokale forhold. Utvalget vil i tillegg peke på at en slik omfattende omlegging ville ha store omstillingskostnader, uten at det er tilstrekkelig godtgjort at dette fører til bedre måloppnåelse for spesialisthelsetjenesten samlet sett.

Utvalget har også beskrevet en modell hvor staten beslutter, finansierer og bygger, men hvor ferdige bygg blir overført til helseforetakene. En slik modell vil ha likhetstrekk med den selvforvaltende delen av universitets- og høyskolesektoren. Helseforetakene vil, som i dag, kostnadsføre avskrivninger, men med en tilsvarende årlig inntekt i regnskapet, slik at de økte kapitalkostnadene ikke får resultat effekt. Helseforetakene vil ha selv-

<sup>13</sup> Se Innst. 653 S (2020–2021) *Innstilling fra transport- og kommunikasjonskomiteen om Nasjonal transportplan 2022–2033*.

stendig ansvar for verdibevarende vedlikehold og investeringer. Også i denne finansieringsmodellen vil staten trekke ut inntekter fra helseforetakene og lage en egen post for investeringer i sykehusbygg på statsbudsjettet.

Dersom det skal gjøres et skille mellom finansiering av drift og investeringer, mener utvalget at en modell hvor helseforetakene eier og forvalter eiendomsmassen er å foretrekke framfor en modell hvor helseforetakene er leietakere og Statsbygg eier og forvalter bygningsmassen.

Utvalgets vurdering er at det er mulig å gjøre forbedringer innenfor en modell hvor det samlede ansvaret for drift og investering fortsatt ligger hos helseforetakene.

For det første mener utvalget at kravet til 30 prosent egenkapital er for høyt. Dette gir en situasjon hvor sykehusene må budsjettere med overskudd i perioden fram mot investeringstidspunktet. Utvalget er i tvil om dette bidrar til mer effektiv drift. Dermed blir den viktigste effekten at det fører til en unødvendig utsettelse av samfunnsnyttige investeringsprosjekter. Samtidig forsterker dagens egenkapitalkrav en oppfatning om at det under helseforetaksmodellen er for stort fokus på økonomi. Utvalget viser til det insentivet til effektiv drift som ligger i at helseforetakene fortsatt må egenfinansiere investeringer i medisinsk teknisk utstyr og IKT, selv om egenkapitalkravet reduseres. Dersom kravet til egenkapital reduseres og låneandelen økes tilsvarende, mener utvalget dette vil gi raskere iverksetting av nødvendige investeringer og samtidig redusere et unødig stort økonomifokus i helseforetakene. Utvalget foreslår derfor at kravet til egenkapital reduseres til ti prosent.

En reduksjon i egenkapitalkravet vil øke helseforetakenes gjeld og dermed også rentekostnader. Her vil utvalget særlig peke på endringene i rentemodellen i 2018. Utvalget mener at denne endringen har gitt uheldige utslag for helseforetakene. For lån fram til 2018 tok lånerenten utgangspunkt i renten på statskasseveksler<sup>14</sup> med et påslag på 0,4 prosentpoeng. For nye lån fra 2018 tar renten utgangspunkt i basisrenten på boliglån til privatpersoner fratrukket 0,5 prosentpoeng. Endringen i 2018 har ført til høyere rentekostnader for helseforetakene og forskjellsbehandling mellom gamle og nye lån. Utvalget foreslår derfor at modellen endres tilbake til modellen som ble

brukt før 2018. Dette vil sikre likebehandling mellom gjennomførte og nye sykehusutbygginger og gi reduserte rentekostnader. Det bør etter utvalgets mening, fortsatt stilles krav til noe egenfinansiering.

Utvalget viser til at nivået på kapitalbeholdningen varierer betydelig mellom de regionale helseforetakene. Forskjellene er betydelige også når det korrigeres for befolkningsstørrelse og forskjeller i beredskap. Utviklingen har også variert over tid. Disse forskjellene skyldes etter utvalgets mening, dels historiske forhold, dels ulike prioriteringer i de regionale helseforetakene og dels ulike økonomiske forutsetninger.

Utvalget viser til at det i dagens modell for fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak, delvis tas hensyn til de kostnadmessige konsekvensene av investeringer foretatt før 2015. Utvalget foreslår å endre modellen for inntektsfordeling til de regionale helseforetakene slik at helseforetakene får dekket en andel av sine faktiske regnskapsførte avskrivingskostnader gjennom en justering av kostnadskomponenten i dagens inntektsmodell, for eksempel 75 prosent. Dette vil ligne på modellen for husleiekompensasjon i den statlige husleieordningen

Dekning av deler av de faktiske kostnadene innebærer en endring av modellen for inntektsfordeling mellom de regionale helseforetakene. Dersom deler av kapitalkostnadene dekkes, vil det gi en omfordeling i favør av de helseforetakene som investerer. Over tid er det grunn til å anta at dette vil jevne seg ut både mellom regioner og helseforetak. Utvalget vil også påpeke at det i dagens inntektsmodell allerede ligger et element av dekning av faktiske kostnader. Den prinsipielle endringen som følge av utvalgets forslag, er at man i sterkere grad enn i dag kompenserer for kostnader til kapital. Utvalget mener dette er nødvendig for å gi sterkere insentiv til investeringer. Forslaget må sees i sammenheng med forslaget om å redusere egenkapitalkravet.

Utvalget mener at forslagene om redusert egenkapitalkrav, bedre rentebetingelser og særskilt finansiering av kapitalkostnader kan ha disse effektene:

*Redusert egenkapitalkrav* vil gi større behov for statlige lånebevilgninger. Disse vil isolert sett bidra til et mer ekspansivt budsjett i tilsagnsåret, men med tilsvarende årlig dempende effekt i nedbetalingsperioden. Dette tiltaket vil også redusere helseforetakenes behov for å gå med overskudd for å kunne spare opp egenkapital til å finansiere investeringer i sykehusbygg, men gir økt rentebelastning og behov for økt framtidig likviditet for å

<sup>14</sup> Statskasseveksler er kortsiktige veksler utstedt av staten. Statskassevekslene utstedes dels for å dekke kortsiktige pengebehov for statskassen og dels pengepolitisk, for å påvirke pengemessige forhold i samfunnet.

håndtere økte lånekostnader. *Bedre rentebetingelser* øker de statlige lånekostnadene, men reduserer økningen i helseforetakenes kostnader som følge av investeringer. *Særskilt finansiering av kapitalkostnader* vil gi en omfordeling mellom regionale helseforetak i favør av helseforetak med relativt mye bygningskapital.

Utvalgets forslag vil stimulere til økt investeringstakt i spesialisthelsetjenesten. Selv om utvalgets vurderinger av finansieringsmodell er gjort uavhengig av størrelsen på samlede ressursrammer, vil utvalget påpeke at dette vil stille krav til at realveksten i de årlige bevilgningene til spesialisthelsetjenesten minst følger den demografiske utviklingen.

Trenden med reduksjon i antall sykehussenger og vekst i poliklinisk behandling har fortsatt i perioden etter helseforetaksreformen i 2002. Dels er dette en konsekvens av den medisinsk-faglige utviklingen, men er også begrunnet i mer effektiv drift. Samtidig peker evalueringer av flere gjennomførte prosjekter på at nye sykehus bygges med for liten kapasitet (jf. kapittel 4). Rapporter peker også på at avskrivningenes andel av de totale driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten har falt fra 2000-tallet. Kapitalintensiteten er redusert, mens arbeidskraftintensiteten har økt. Utvalget viser også til Helsepersonellkommisjonens rapport og forutsetter at en høyere investeringstakt vil kunne redusere behov for arbeidskraft i sektoren. Samfunnet har vært igjennom en pandemi som til fulle har vist at manglende sykehuskapasitet kan ha store samfunnsmessige konsekvenser. Utvalget viser her til vurderingene gjort i Koronakommisjonen (NOU 2022: 5), hvor kommisjonen anbefaler at «myndighetene ved bygging av nye sykehus og ombygging av gamle sykehus sørger for at lokalene blir fleksible og raskt kan bli omgjort ved en krise».

Utvalget har merket seg at Helsepersonellkommisjonen i sine forslag legger vekt på at utforming av bygg har stor betydning for effektiv utnyttelse av arbeidskraft. Kommisjonen legger vekt på at investeringer i bygg og utstyr må være produktivt fremmende. Utvalget slutter seg til disse vurderingene, og vil samtidig påpeke at investeringer i bygg og utstyr også handler om å legge til

rette for økt kvalitet i pasientbehandlingen, og dermed en samfunnsgevinst i form av bedre helse og flere gode leveår for befolkningen. Hensiktsmessige sykehusbygg vil, slik utvalget vurderer det, ha tre positive effekter: For det første kan de gi en produktivt gevinst gjennom å mer effektiv utnyttelse av arbeidskraft. For det andre kan mer hensiktsmessige sykehusbygg gi bedre kvalitet på pasientbehandlingen. Denne vil kunne være vanskeligere å avlese direkte i form av økt antall pasienter, men vil likevel være der i form av flere gode leveår. For det tredje vil sykehusbygg med bedre arbeidsforhold for de ansatte være en positiv faktor i rekrutteringen av personell til den offentlig finansierte helsetjenesten. Alle disse tre forholdene må tas i betraktning ved vurdering av investeringer i sykehusbygg. Utvalget mener at forslaget om å dekke 75 prosent av helseforetakenes kapitalkostnader vil understøtte dette.

Utvalget har merket seg at det fra flere hold rettes kritikk mot modellen for beregning av framtidig kapasitetsbehov som blant annet brukes til å dimensjonere nye sykehusbygg. Kritikken går både på modellens treffsikkerhet, at den er vanskelig tilgjengelig, at den ikke er tilstrekkelig grad fanger opp den medisinsk-faglige utviklingen, og at den bygger på dels urealistiske forutsetninger. I tillegg tar den i for liten grad hensyn til deler av arealbehovet i nye sykehusbygg. Etter utvalgets mening fører dette til at framtidig kapasitetsbehov blir undervurdert og at mulighetene for effektivisering i driften av nytt sykehusbygg blir overvurdert. I det første tilfellet vil konsekvensen bli at nye bygg blir for små, i det andre at kostnadsnivået blir høyere enn forutsatt.

Utvalget foreslår at arbeidet med utvikling og vedlikehold av framskrivningsmodellen organiseres med tettere og mer formell involvering av de kliniske fagmiljøene både i spesialisthelsetjenesten og kommunene, herunder fastlegene. Arbeidet kan for eksempel organiseres etter modell for arbeidet med nasjonale prioriteringsveiledere. Utvalget mener at en slik endring både kan bidra til at nye sykehus dimensjoneres mer i tråd med faktisk behov og sikre at modellene og de etterfølgende investeringsplanene oppnår større legitimitet i fagmiljøene.

## Kapittel 8

# Markedstenkning i styringen av helseforetakene

### 8.1 Bakgrunn og begrepet markedstenkning

Det går fram av punkt fem i mandatet at utvalget skal vurdere tiltak for å redusere markedstenknings plass innen styringen av helseforetakene. Utvalget tolker mandatet slik at det er *uheldige* utslag av markedstenkning som ønskes redusert.

#### 8.1.1 Marked og helsetjenester

Et marked beskriver samspillet mellom etterspørselen og tilbudet av en vare eller tjeneste. Markeder kan avgrensnes både i en dimensjon som beskriver egenskaper ved varen eller tjenesten, og i en geografisk dimensjon. Markeder kan ha mange eller få aktører både på tilbuds- og etterspørselssiden. Markeder med mange aktører vil normalt være preget av konkurranse mellom de som tilbyr varer og tjenester.

Etterspørselen etter en vare eller tjeneste avhenger vanligvis av preferanser og av betalingsvne. Tilbudet avhenger av kostnadene ved å framstille varen eller tjenesten. I et velfungerende marked vil forbrukerne ha full informasjon om kvaliteten på den varen eller tjenesten som etterspørres. Det er også i liten grad regulering av hvem som kan tilby varer eller tjenester. I markeder uten slik informasjon vil det kunne oppstå situasjoner med tjenestedrevet eller tilbudsstyrt etterspørsel. Dette kan igjen føre til at knappe ressurser bindes opp på tilbud uten vesentlig dokumentert effekt eller nytte.

Det er godt dokumentert at helsetjenester egner seg dårlig for uregulerte markeder. I de fleste land er derfor helsetjenesten sterkt regulert. Muligheten for tjenestedrevet tilbud er én grunn til dette. Det er heller ikke ønskelig at tilgangen til helsetjenester bestemmes av den enkeltes inntekt. For å sikre at tilgangen til helsetjenester i befolkningen er bestemt av den enkeltes behov og ikke inntekt, har derfor de aller fleste helsesystemer ordninger hvor finansieringen av helsetjenester skjer gjennom en tredjepart. I noen

land skjer dette gjennom ordninger med sosial forsikring. I Norge skjer dette gjennom skattesystemet. Det er bred politisk enighet om en sterk offentlig skattefinansiert helsetjeneste med lave egenandeler, og der alle skal være sikret tilgang til nødvendig helsehjelp uavhengig av bosted og økonomi. Krav til faglig forsvarlighet og retningslinjer for prioritering skal sikre at de med størst behov prioriteres først, og at sørge-for-ansvaret blir ivaretatt.

I spesialisthelsetjenesten har de regionale helseforetakene rollen som etterspørre på vegne av befolkningen. Helseforetakene og private tjenesteleverandører som har avtale med regionale helseforetak, vil være tilbyderne. Samtidig som de regionale helseforetakene har sørge-for-ansvaret, har innbyggerne rett til å velge behandlingssted. Det oppstår dermed et marked for spesialisthelsetjenester som en følge av pasientenes mulighet til å velge behandlingssted.

Høy grad av markedstenkning kan i denne sammenheng forstås som en situasjon hvor man både legger til rette for at innbyggerne har reelle valgmuligheter og samtidig oppmuntrer til konkurranse om pasienter. Denne konkurransen kan både være mellom de offentlige sykehusene og mellom de offentlige sykehusene og private aktører som inngår i den offentlige helsetjenesten. Samtidig vil de regionale helseforetakene kunne påvirke de reelle valgmulighetene ved å gjennomføre fag- og funksjonsfordeling mellom sykehusene og styre omfanget av avtaler med private leverandører.

#### 8.1.2 Om «New public management»

Fra 1970-tallet resulterte utgiftsveksten i helsevesenet og nye krav fra pasienter og brukere i et ønske fra myndighetene om økt ytre styring og kontroll med sykehusene. På 1980-tallet ble det i mange vestlige land lansert et sett med reformer for en mer effektiv offentlig sektor. En del av reformene var inspirert av prinsipper for styring og ledelse som var hentet fra privat sektor, og et



ønske om å gjenskape noen av markedets fordeler i offentlig sektor. Begrepet New Public Management<sup>1</sup> (NPM) blir brukt som en samlebetegnelse på flere reformbølger og utviklingstrekk innenfor statlig og offentlig styring i flere land de siste 30–40 årene.

Sentrale kjennetegn for NPM-reformer er blant annet organisering i resultatenheter, internprising, bruk av stykkprisfinansiering, insentivordninger og belønningsmekanismer, konkurranseutsetting og privatisering (Direktoratet for økonomistyring, 2023a).

Dette blir omtalt av Frich (2016). Han peker på at virksomheter som tidligere i stor grad var ledet «nedenfra» av profesjonelle, i økende grad blir underlagt styring «ovenfra» og «utenfra». I norsk sammenheng introduseres elementer av markedstenkning først gjennom innføringen av innsatsstyrt finansiering fra 1997.

Innføringen av fritt sykehusvalg i 2001, helseforetaksreformen i 2002 og lovkravet om enhetlig ledelse (1999) er andre elementer med bruk av NPM-inspirerte virkemidler i spesialisthelsetjenesten. I kommunehelsetjenesten er fastlegereformen med sin kombinasjon av valgfrihet for innbyggerne, høy grad av stykkprisfinansiering og privat næringsdrift som dominerende driftsform, også et eksempel på NPM-inspirert helsepolitikk.

## 8.2 Markedstenkning i styringen av helsetjenesten

Utvalget er i sitt mandat bedt om å foreslå tiltak som kan redusere markedstenkningens plass i styringen av sykehusene. Utvalget legger i sin forståelse av mandatet til grunn at dette er tiltak som reduserer *uheldige* utslag av markedstenkning. Utvalget har valgt å nærme seg dette ut fra en vurdering av om i hvilken grad markedstenkningen bidrar til å oppfylle de sentrale helsepolitiske målsettingene.

Utvalget har i kapittel 3 vist til at det kan oppstå verdikonflikter i helsetjenesten når ledere og ansatte skal gjøre sine prioriteringer fra forskjellige ståsted. Mange opplever at økonomifokusert er for framtrødende i styringen av sykehusene, og at det går på bekostning av andre og mer helsefaglige hensyn. Både i innspillene til utvalget og i den offentlige debatten, blir det framhevet at spesialisthelsetjenesten er preget av styringsprinsipper

inspirert av «new public management», med for stor vekt på økonomi-, mål- og resultatstyring.

I en undersøkelse gjort blant sykehusleger i 2016, mente flere enn 95 pst. av leger i sykehus at ledelsen i helseforetak og regionale helseforetak vektla hensynet til økonomi høyt/svært høyt. Til sammenlikning var andelen som mente at faget ble vektlagt høyt/svært høyt av ledelsen i helseforetak 19,5 pst. og 14 pst. av ledelsen i regionalt helseforetak. Andelen som mente at kvalitet ble vektlagt høyt av ledelsen i helseforetak var 26,7 pst. og 22,7 pst. av ledelsen i regionalt helseforetak (Martinussen, 2016). Det går fram av samme undersøkelse at et flertall av legene mente at innsatsstyrt finansiering var problematisk i dagens sykehusorganisering. Nesten en tredjedel av legene mente at dagens organisering bidrar til prioritering av «lønnsomme diagnosegrupper» og at lønnsomhet settes opp mot kvalitet i prioriteringen av pasienter.

Spesialisthelsetjenesten forvalter en betydelig del av felllesskapets ressurser. Det er derfor naturlig at man i styringen av helsetjenesten har stor oppmerksomhet rundt hvordan ressursene forvaltes. Dette blir ofte formulert som *å gjøre tingene riktig* og *å gjøre de riktige tingene*. Å gjøre tingene riktig handler om kvalitet i pasientbehandlingen og om effektiv ressursbruk. Å gjøre de riktige tingene handler om å fordele tilgjengelige ressurser mellom alternative tiltak. Problemstillingen blir da i hvilken grad bruk av markedsprinsipper i styringen av helsetjenesten bidrar positivt eller negativt til målene om kvalitet, effektivitet og riktig fordeling.

Utvalget har valgt å tilnærme seg dette ved å se på tre områder hvor markedsprinsipper i noen grad inngår i styringen av spesialisthelsetjenesten:

1. Innsatsstyrt finansiering
2. Konkurranse om pasienter
3. Konkurranseutsetting av ikke-medisinske tjenester

### 8.2.1 Innsatsstyrt finansiering

Bakgrunn og utforming

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i 1997. Deler av statens rammeoverføringer til fylkeskommunene ble trukket ut, og lagt inn i ISF-ordningen for å dekke deler av fylkeskommunens utgifter til sykehusbehandling. Ordningen var mellom staten og fylkeskommunene. Fylkeskommunene kunne selv bestemme om de ville videreføre modellen til sykehusene. De første årene valgte fire fylkeskom-

<sup>1</sup> Begrepet ble introdusert av Christopher Hood i 1991 i *A public management for all seasons*.

muner å fortsette med rammebudsjettering av sykehusene, men etter hvert valgte alle en modell hvor ordningen ble videreført.

Etter innføring av helseforetaksmodellen i 2002 ble ISF-ordningen videreført som en del av statens finansiering av de regionale helseforetakene. Andelen av inntektene som har vært knyttet til aktivitet, har variert. På det høyeste var ISF-andelen 60 pst. I perioden 2005 til 2013 var den 40 pst., fra 2014 til 2022 var den 50 pst., mens den fra 2023 igjen er 40 pst.<sup>2</sup> Ordningen omfatter somatisk aktivitet, samt poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. ISF-andelen er lavere innen de to sistnevnte områdene (anslått til å være om lag 25 pst.).

ISF-andelen er basert på en fastlagt andel av enhetspris per DRG-poeng (jf. boks 8.1). Enhetsprisen er basert på kostnadsberegninger fra 1995, og blir prisjustert årlig. I 2023 er enhetsprisen per DRG-poeng 49 484 kroner.

Innsatsstyrt finansiering ble innført i en periode med lange ventetider. For at sykehusene skulle redusere ventetidene og innfri ny ventetidsgaranti, måtte aktiviteten på sykehusene øke kraftig. Samtidig viste analyser at en generell styrking av fylkeskommunenes økonomi ikke nødvendigvis ga en tilsvarende økning «krone for krone» i sykehusenes budsjetter. Tanken bak innføringen av ISF var dermed

- å redusere den økonomiske risikoen for fylkeskommunene ved å øke aktiviteten i sykehusene, og
- å stimulere til økt effektivitet i pasientbehandlingen.

ISF har både fordeler og ulemper (Street m.fl., 2011):

Fordeler

- stimulerer til kostnadseffektivitet<sup>3</sup>
- stimulerer til aktivitet
- gir risikodeling mellom stat og regionale helseforetak/helseforetak

<sup>2</sup> ISF-refusjonen til regionale helseforetak beregnes med utgangspunkt i antall DRG-poeng. Helsedirektoratet analyserte i 2011 nærmere sammenhengen mellom enhetsrefusjon og enhetskostnad for ett DRG-poeng basert på kostnadsdata fra sykehusene i 2009 (Rapport IS-1866). Analysen viser at ISF-refusjonen reelt sett dekker om lag 34 pst. av kostnadene og at basisbevilgningen dekker en tilsvarende høyere andel av kostnadene. Årsaken til dette var at regionale helseforetak tidligere år hadde fått kompensasjon for enkelte merkostnader i basisbevilgningen, hovedsakelig knyttet til økte pensjonskostnader og ny inntektsfordelingsmodell i 2009 og 2010.

<sup>3</sup> Med kostnadseffektivitet forstås her kostnad per behandlet pasient.

Ulemper

- kan gi seleksjon av lønnsomme pasientgrupper
- kan gi lavere kvalitet

Om det er fordelene eller ulempene som faktisk vil dominere, vil både avhenge av andelen ISF, hvor godt man klarer å beskrive pasientbehandlingen gjennom DRG-systemet, og bruk av andre styringsvirkemidler som for eksempel faglig styring gjennom retningslinjer for prioritering. Helseøkonomisk analyse (2022) har, på oppdrag fra utvalget, gått gjennom forskningen som er gjort på bruk av ISF i Norge og land det er naturlig å sammenlikne oss med. Disse studiene indikerer at:

- Innføringen av ISF ga initialt en økning i effektivitet i sektoren. Det synes ikke å være noen systematisk sammenheng mellom effektivitetsnivå før innføring av ISF og hvordan sykehusene reagerte på ny finansieringsmodell.
- Innføring av ISF ser ut til å ha redusert liggetiden for noen pasientgrupper. Dette kan tolkes som at effektivitetsforbedringer primært kommer gjennom kortere opphold. Dette støttes også av forskning fra andre land.
- Sykehusene synes å reagere på endringer i ISF-refusjonen med å øke aktiviteten. Det er samtidig slik at aktivitetsveksten er høyere i grupper som får høy prisendring enn i grupper med lav eller ingen prisendring.
- Det er fra de publiserte studiene ikke mulig å konkludere med om sykehusene systematisk «oppkoder» pasientene, for slik å øke sine inntekter.
- Det er fra de publiserte studiene ikke mulig å trekke entydige konklusjoner om ISF fører til endring i kvaliteten i pasientbehandlingen.
- Studier viser at et flertall av legene er skeptiske til bruk av ISF, og at dette begrunnes med frykt for uønskede konsekvenser for kvalitet og prioritering. Samtidig er andelen leger som mener systemet faktisk har uheldige konsekvenser, lavere enn andelen som frykter slike konsekvenser. Holdningen til ISF varierer også med hvilket nivå man er på i organisasjonen.

Innspill til utvalget om finansiering

Utvalget har fått en rekke skriftlige innspill, jf. punkt 4.2, der det kommer fram ulike syn på hvordan spesialisthelsetjenesten bør finansieres. Mange er kritiske til bruken av innsatsstyrt finansiering.

FFO mener at for høy ISF-sats (50 pst.) vil kunne gi vridningseffekter og risiko for at priorite-

### Boks 8.1 Om diagnoserelaterte grupper (DRG)

Diagnoserelaterte grupper (DRG) ble innført i den norske helsetjenesten på slutten av 1980-tallet. Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført 1. juli 1997. Disse to blandes ofte sammen i ordskiftet. ISF er aktivitetsbasert finansieringsordning, mens DRG er klassifiseringssystemet som ligger til grunn for finansieringsordningen.

Hvor mye ressurser som behøves for å behandle en pasient i spesialisthelsetjenesten, vil avhenge av mange forhold. Hjertetransplantasjoner er mer ressurskrevende enn behandling av grå stær. Pasienter med samme diagnose kan ha ulik grad av komplikasjoner og ulikt behov for medisinsk oppfølging. Dette gir utfordringer dersom man ønsker å sammenlikne sykehus på mer aggregert nivå. Høy kostnad per pasient kan skyldes ressurskrevende pasienter, men kan også skyldes forskjeller i effektivitet. Dersom man også ønsker å finansiere sykehusene etter hvor stor aktivitet de har, blir det utfordrende å bestemme hvor stor inntekt de skal få for hver pasient.

DRG er et system for å klassifisere aktivitet i spesialisthelsetjenesten i ulike grupper basert på blant annet diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenlikne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. Målsettingen er at hver enkelt gruppe skal inneholde mest mulig like pasienter medisinsk og ressursmessig. Systemet innebærer likevel en betydelig forenkling av den kliniske virkelighe-

ten. Innenfor hver DRG vil det derfor være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet for diagnosegruppen.

Hver DRG har en kostnadsvekt som uttrykker hvor ressurskrevende et opphold er i forhold til gjennomsnittet. For å beregne kostnadsvekten blir det tatt utgangspunkt i hvor mye ressurser (legetid, pleietid, operasjonstid, radiologitid, stråleterapi og legemidler mv.) som faktisk går med i behandlingen av en pasient. Disse kostnadsberegningene blir gjennomført av helseforetakene og samlet inn av Helsedirektoratet, som forvalter DRG-systemet og innsatsstyrt finansiering.

I senere år er det utviklet klassifiseringssystemer som supplerer DRG-systemet. Særtjenestegrupper (STG) er innført for å ta hensyn til aktivitet som faller utenfor rammen av tradisjonelle konsultasjoner og innleggelser, som for eksempel pasientadministrert legemiddelbehandling, medisinsk avstandsoppfølging og teambasert oppfølging. Tjenesteforløpsgrupper (TFG) er utviklet på utvalgte fagområder for å måle og finansiere aktivitet i et forløpsperspektiv.

I 2022 var det 983 diagnoserelaterte grupper, 49 særtjenestegrupper og sju tjenesteforløpsgrupper.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

ringene styres av økonomiske betraktninger og hva som gir «lønnsomme» DRG-satser. Rådet for psykisk helse mener at ISF er et kraftfullt insentiv til å prioritere somatikk framfor pasienter med psykiske lidelser. Akademikerne og Psykologforeningen har også pekt på dette. Psykologforeningen mener også at ISF ikke understøtter gode faglige vurderinger og tiltak, men bidrar til å begrense dette, og at ISF bidrar til å hemme samhandling mellom tjenestenivåer og bremser faglig innovasjon og utvikling. Norsk sykepleierforbund mener at finansieringssystemet i større grad må utvikles til å understøtte helhetlige og sammenhengende pasientforløp. KS mener det bør arbeides videre med å utvikle finansieringsløsninger for de oppgavene som helsetjenesten i fellesskap kan løse på ett av nivåene, med utgangspunkt i lokale ressurser og pasientens beste. Ergotera-

peutene mener ISF gir vridningseffekter som går på bekostning av forebyggende tiltak, pasienter med multimorbiditet og at den ikke tar hensyn til forløp mellom nivåene. Jordmorforbundet mener også at ISF legger for sterke føringer på prioritering og praksis. De mener det må utvikles en ny forløpsfinansieringsmodell for svangerskap, fødsel og barselomsorg. Legeforeningen mener at ISF-finansieringen er for lite treffsikker på avdelings- og klinikknivå og at systemet, dersom det skal videreføres, må tilpasses til den arbeidsinnsatsen ulike pasientgrupper representerer. Legeforeningen mener også at man bør vurdere alternative finansieringsordninger for psykisk helsevern og rusbehandling. LO mener at andelen ISF bør reduseres og at det bør arbeides med forsøk med full rammefinansiering.

### 8.2.2 Konkurransen om pasienter og helsepersonell

De regionale helseforetakene har ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, ansvaret for å sørge for tilbud av spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen. Tilbudet kan gis av egne helseforetak, helseforetak i andre regioner eller ved bruk av private. I forarbeidene til helseforetaksloven går det fram at i valget mellom egenregi eller private, skal det legges vekt på hvilke løsninger som på en mest mulig effektiv måte gir befolkningen tilbud om tjenester av tilstrekkelig høy kvalitet.

Private som inngår i den offentlige spesialisthelsetjenesten, kan deles i fire grupper. Den første gruppen er driftsavtaler som ble videreført da staten overtok spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene i 2002.<sup>4</sup> Den andre gruppen er private med kjøpsavtaler etter anbudskonkurranse. Den tredje gruppen er privatpraktiserende spesialister (avtalespesialister). Denne gruppen består av selvstendig næringsdrivende leger og psykologer som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak. Den fjerde gruppen var private godkjent av Helfo gjennom godkjenningsordningen fritt behandlingsvalg. Denne ordningen er avviklet fra 1. januar 2023.

Bruken av private med kjøpsavtaler har etter helseforetaksreformen vært påvirket av eierkrav som reflekterer politikken til den sittende regjeringen og har derfor gått i ulike retninger. Eierkrav om å øke omfanget av kjøp fra private har særlig vært begrunnet med å redusere ventetider, utnytte ledig kapasitet hos private og øke valgfriheten til pasientene. Begrunnelsene for å begrense kjøp fra private har blant annet vært knyttet til at avtaler med private kommersielle sykehus ikke skal ha et omfang som undergraver pasientgrunnetil de offentlige sykehusene.

Stortinget opphevet det tidligere påbudet i spesialisthelsetjenesteloven om at sykehus skal være offentlig godkjent ved behandlingen av Prop. 83 L (2017–2018) *Endringer i spesialisthelsetjenesteloven (godkjenning av virksomheter og helse-tjenester)*. Regjeringen Stoltenberg foreslo også tidligere å avvikle ordningen i Prop. 196 L (2012–2013). Denne proposisjonen ble trukket tilbake av

regjeringen Solberg i Meld. St. 11 (2013–2014). Det tidligere kravet om sykehusgodkjenning er erstattet med en hjemmel i loven § 4-1 til å gi forskrifter om krav til godkjenning av virksomheter og helsetjenester som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven når hensyn til tjenestetilbudets kvalitet, pasientsikkerhet, samfunnsikkerhet eller beredskap tilsier det. Begrunnelsen for endringen var hovedsakelig at andre tiltak var bedre egnet til å bidra til forsvarlighet og kvalitet i spesialisthelsetjenesten, at spesialisthelsetjenesten i stadig større grad består av polikliniske enheter organisert utenom sykehus, samt at ordningen i liten grad var et egnet styringsmiddel for å sikre den offentlige helsetjenestens tilgang på personellressurser.

I Prop. 83 L (2017–2018) ble det vist til at kravet om forhåndsgodkjenning innebar en restriksjon på den EØS-rettslige etableringsretten. Slike restriksjoner kan være lovlige når de er egnet til å beskytte tungtveiende allmenne hensyn, nødvendige for å oppnå beskyttelsen og fremstår som forholdsmessig. Departementet uttalte at *«tiltak som skal motvirke at helsepersonell eller andre typer ressurser trekkes bort fra offentlige sykehus i et omfang som påvirker det offentlige helsetilbudet, enten i kvalitet eller i geografisk dekning, kan begrunne en begrensning i etableringsfriheten»*. Det er ikke gitt forskrifter med hjemmel i bestemmelsen.

Det går fram av helsepersonelloven § 19 andre ledd at arbeidsgiver kan kreve at helsepersonell gir opplysninger om all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere, eierinteresser mv. Departementet ba i foretaksmøte i 2019 de regionale helseforetakene om at alle arbeidsgivere i spesialisthelsetjenesten skal innføre meldeplikt for ansatt helsepersonell etter helsepersonelloven. Meldeplikt etter bestemmelsen omfatter *«all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l.»*.

Kvinnsland-utvalget viste i NOU 2016: 25 til at helseforetaksreformen ikke har ført til vesentlig endring i bruk av private virksomheter. De regionale helseforetakene hadde i stor grad videreført fylkeskommunenes praksis. Andelen av budsjettet brukt på private hadde ligget på om lag ti pst. i hele perioden, med en liten økning de siste årene. Også i perioden etter 2015 har andelen av de regionale helseforetakenes utgifter til kjøp fra private ligget stabilt på om lag ti pst. av de samlede utgiftene. Bruken av private varierer mellom de ulike

<sup>4</sup> Denne gruppen omfatter de private ideelle sykehusene Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Hospitalet Betanien i Bergen, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

fagområdene. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og laboratorie- og røntgen-tjenester utgjør private en betydelig del av den samlede kapasiteten.<sup>5</sup>

I tillegg til å levere spesialisthelsetjenester til befolkningen etter avtale, leverer private virksomheter også ikke-medisinske tjenester til sykehusene. Dette er omtalt nærmere under punkt 8.2.3.

#### Bestiller-utfører-modell

De regionale helseforetakene kan ikke selv yte spesialisthelsetjeneste, og må, som omtalt over, velge mellom å gi oppdrag til egne helseforetak eller å kjøpe tjenestene fra private leverandører, inkludert institusjoner og privatpraktiserende spesialister. De regionale helseforetakene ivaretar dermed en bestillerfunksjon, mens de som yter tjenestene har en utførerfunksjon.

I januar 2005 ble det stilt krav i foretaksmøte om at de regionale helseforetakene skulle ha tydeligere organisatorisk skille mellom rollen som ivaretaker av sørge-for-ansvaret og eier av underliggende helseforetak. Dette ble for det første begrunnet med at de regionale helseforetakene skulle gjennomføre systematiske prosesser for å identifisere tjenestebehov i regionen, og hvordan dette forholder seg til pasientrettigheter og øvrige overordnede rammer for prioriteringer. Den andre begrunnelsen var at de skulle utvikle og følge opp overordnet strategi for forholdet mellom bruken av egne eide helseforetak og private aktører.

Det var pekt på at et manglende skille mellom de to rollene kunne bidra til at de regionale helseforetakene favoriserte egne sykehus på bekostning av de private (Hagen, 2013). I Andersen m.fl. (2006) var vurderingen at den valgte organiseringen er en fornuftig og hensiktsmessig tilpasning, gitt premisset om at de regionale helseforetakene har et sørge-for-ansvar, at de vurderer hva de selv ønsker og har kapasitet til å levere, og at de så benytter begrenset anbuds konkurranse der interne enheter ikke har anledning til å delta.

Arbeidsgruppen som i 2019 ga tilrådninger om mer autonomi til helseforetakene (jf. punkt 5.4.2), mente at det var et potensial for bedre prosesser ved anskaffelser fra private aktører. Dette kunne skje gjennom større grad av involvering av helseforetakene i vurderinger av behov og utforming av kravspesifikasjoner i forkant av anbudsutlysning

<sup>5</sup> Private avtaleparter står for om lag to tredjedeler av alle døgnplasser innen TSB i Helse Sør-Øst.

av nye avtaler. Dette vil kunne bidra til å tydeliggjøre vurderinger av behov som grunnlag for avtalene, slik som fagområder der helseforetakene mangler kapasitet, fagområder med lange ventelister mv.

Regjeringen satte i august 2022 ned et offentlig utvalg som skal utrede hvordan kommersiell drift kan utfases i ulike skattefinansierte velferdstjenester, herunder spesialisthelsetjenester. Utvalget er bedt om å utrede ulike alternativer, etter tre hovedmodeller: 1) tjenestene blir gjennomført i offentlig egenregi, 2) tjenestene blir overtatt av ideelle aktører, eller en blanding av offentlig egenregi og ideell drift, for eksempel ved at kjernekapasiteten i en sektor er offentlig, men supplert av langsiktige samarbeid med ideelle aktører og 3) fremdeles innslag av kommersielle aktører med utgangspunkt i en strengere regulering av virksomhetene enn i dag. Utvalget skal levere sin utredning innen 20. juni 2024.

#### Rett til å velge behandlingssted

Ordringen med fritt sykehusvalg (2001) skulle bidra til å utjevne ventetidene og utnytte ledig kapasitet. Ordningen innebar at pasientene kunne velge fritt mellom offentlige sykehus (med visse begrensninger) og omfattet også private virksomheter med offentlig avtale.

Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg ble innført 1. november 2015. Ordningen innebar at private leverandører kunne få godkjenning fra Helfo for å utføre spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Pasientens rett til å velge ble utvidet til også å omfatte institusjoner med godkjenning fra Helfo.<sup>6</sup> Formålet med ordningen var å redusere ventetider, øke valgfriheten og å stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive som følge av mer konkurranse fra private tilbydere. Evalueringen av godkjenningsordningen (Kaarbøe m.fl., 2021) fant at den i liten grad hadde bidratt til å redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten eller stimulert de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Antall pasienter som benyttet seg av leverandører i godkjenningsordningen økte hvert år, fra om lag 2 000 pasienter i 2016 til over 20 000 pasienter i 2021.

Godkjenningsordningen er avviklet fra 2023. Det innebærer i praksis at en går tilbake til den

<sup>6</sup> Ordningen omfattet døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern (for voksne og barn og unge over 13 år) og utvalgte somatiske tjenester. Ordningen ble etter hvert utvidet til å omfatte flere somatiske tjenester, habilitering av barn med hjerneskade og utvalgte rehabiliteringstjenester.

tidligere ordningen med fritt sykehusvalg. Pasienten kan velge mellom offentlige behandlingssteder og private behandlingssteder som de regionale helseforetakene har avtale med. Ordningen kalles nå «rett til valg av behandlingssted».

Fastlegene spiller en viktig rolle i å veilede pasienter som ønsker å benytte seg av retten til å velge behandlingssted. Det er også ansatt pasientrådgivere i de regionale helseforetakene, som kan gi individuelle råd om valg av behandlingssted over telefon.

#### Avtalespesialister

Avtalespesialistene (leger og psykologer) er finansiert gjennom driftstilskudd utbetalt fra regionale helseforetak, refusjonstakster fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Regjeringen Solberg varslet i Prop. 1 S (2019–2020) å ta sikte på å inkludere avtalespesialistene i ISF-ordningen. Dette er et arbeid som blant annet involverer Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene, i samarbeid med profesjonsforeningene. Helsedirektoratets første leveranse forelå i juni 2021 og blir fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet i januar 2022 et oppdrag om å gi en omforent beskrivelse av hvordan avtalespesialistene kan inngå og benyttes i tjenesten på best mulig måte.

I oppdragsdokumentet for 2022 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å innføre felles henvisningsmottak for helseforetak og avtalespesialister innenfor psykisk helsevern. Målet er bedre integrering av avtalespesialistene og de øvrige tjenestene slik at den totale kapasiteten utnyttes bedre. Alle henvisninger i psykisk helsevern er omfattet av den nye ordningen. Fra helseforetaket mottar en henvisning er det en frist på ti dager for å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Avtalespesialistene kan bare tilby behandling til pasienter som har fått rett til nødvendig helsehjelp av helseforetaket. Ved fristbrudd hos avtalespesialisten er det helseforetaket som er økonomisk ansvarlig og må skaffe alternativt behandlingssted.

#### Privatfinansierte tilbud av spesialisthelsetjenester

Det finnes lite tilgjengelig informasjon om omfanget av spesialisthelsetjenester som ikke er betalt av det offentlige. Dette markedet omfatter både tjenester som også tilbys i det offentlige, og tjenester som faller utenfor sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Det har i tillegg utviklet seg et marked innenfor bedriftshelsetjenester

som følge av at bedrifter har valgt å konkurranseutsette dette til kommersielle tilbydere og forsikringsbransjen. De private tilbudene omfatter både allmennelegetjenester og mer spesialiserte tjenester. Flere av aktørene har etablert seg med nettbaserte tjenester.

Antall personer i Norge med privat helseforsikring har økt hvert år de siste 20 årene.<sup>7</sup> Ved utgangen av 2021 hadde om lag 700 000 personer privat behandlingforsikring. Om lag 90 pst. av disse inngår i en kollektiv avtale, dvs. at forsikringen er betalt av arbeidsgiver. Antall forsikrede har i gjennomsnitt økt med om lag 20 pst. per år siden 2003. Den prosentvise veksten var høyest i perioden 2003 til 2008. Fra 2012 til 2021 var gjennomsnittlig vekst ni pst. per år. I 2021 utbetalte forsikringsselskapene om lag 1,7 mrd. kroner for helsehjelp omfattet av behandlingforsikringer. Det er gjort lite forskning på effekten av at de private tilbudene har økt. Kunnskapsgrunnlaget gir ikke grunnlag for å konkludere med at private er mer effektive, eller leverer bedre kvalitet enn det offentlige når det tas hensyn til forskjeller i pasientgrunnlag og beredskapskostnader, eller at slik konkurranse fører til en mer effektiv tjeneste (Siciliani m.fl., 2022).

#### 8.2.3 Konkurransetsetting av ikke-medisinske tjenester

Konkurransetsetting av ikke-medisinske tjenester fra private aktører omfatter blant annet renhold, vaskeri, kjøkken, IKT, vakthold, transport og regnskap mv.

Helsetjenester er unntatt merverdiavgift. Helseforetakene er derfor i hovedsak utenfor merverdiavgiftssystemet. Helseforetakene må betale merverdiavgift når de kjøper merverdiavgiftspliktige tjenester fra private leverandører. Helseforetakene betaler ikke merverdiavgift hvis de bruker egne ansatte til å produsere de samme tjenestene.

Det er innført ordninger i offentlig sektor som kompenserer for, eller tar bort utgifter til merverdiavgift. Formålet er å motvirke konkurransevridninger mellom egenproduksjon og kjøp fra andre som følge av merverdiavgiftssystemet. Ordningene er ikke etablert som støtteordninger for innkjøp.

Kompensasjonsordningen for kommunesektoren ble innført i 2004 og nettoføringsordningen for statlig sektor i 2015. Ordningen med nøytral merverdiavgift for helseforetakene ble innført i

<sup>7</sup> Se <https://www.finansnorge.no/statistikk/skadeforsikring/helseforsikring/behandlingsforsikring/> (hentet 24.02.2023)

2017. Denne ordningen omfatter ikke investeringer.

I 2022 utgjorde samlet kompensasjon til helseforetakene for utgifter til merverdiavgift om lag 9 mrd. kroner.

Regjeringen har varslet i Hurdalsplattformen at den vil avvikle ordningen med nøytral merverdiavgift i helseforetakene.

### 8.3 Utvalgets vurderinger

Graden av «markedstenkning» kan ikke sees uavhengig av graden av og formen på offentlig regulering av helsetjenesten. Generelt er helsetjenesten i Norge sterkt regulert gjennom lover og forskrifter mv. Andelen offentlige finansierte tjenester er blant de høyeste i verden og den offentlige helsetjenesten har sterk oppslutning i befolkningen. Private leverandører i den offentlige helsetjenesten er underlagt offentlig prioritering og er basert på behovsvurderinger i de regionale helseforetakene. Innslaget av private aktører som yter tjenester mot privat betaling, er fremdeles lavt, men det er variasjon mellom medisinske fagområder. Det er dermed i begrenset grad konkurranse om pasienter mellom den offentlige helsetjenesten og et kommersielt helsemarked. Samtidig vil utvalget peke på at omfanget av privatfinansierte tjenester synes å øke. Andelen av befolkningen som har privat helseforsikring, har økt kraftig de siste 20 årene. Selv om økningen i all hovedsak er knyttet til kollektive ordninger gjennom arbeidsgiver, mener utvalget at denne utviklingen kan bidra til å svekke oppslutningen rundt en offentlig finansierte helsetjeneste på sikt.

Framveksten av privatfinansierte tilbud kan etter utvalgets mening, føre til både økt forbruk og lavere indikasjonsgrenser for behandling, og økt sosial ulikhet i tilgangen til spesialisthelsetjenester. Det har også uønskede konsekvenser for arbeidsmarkedet for helsepersonell og kan føre til mangel på kompetanse i viktige fagmiljøer i den offentlige helsetjenesten.

#### 8.3.1 Finansieringsmodellen

Utvalget har i kapittel 4 pekt på kritikken av at det er stort økonomifokus i sykehusene, på bekostning av fag og kvalitet. Etter utvalgets vurdering bidrar ordningen med innsattsstyrt finansiering til dette. I vurderinger av finansieringsmodellen må det skilles mellom de ulike leddene i finansiering av spesialisthelsetjeneste: Statens finansiering av de regionale helseforetakene, de regionale helse-

foretakenes finansiering av helseforetakene, og helseforetakenes fordeling av sine budsjettrammer mellom sykehus, klinikker og avdelinger. I tillegg til dette kommer finansiering av private aktører som har avtale med regionale helseforetak.

Statens finansiering av de regionale helseforetakene  
Formålet med statens finansiering av de regionale helseforetakene er å understøtte sørge-for-ansvaret, samt bidra til et geografisk likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester. Dette blir ivaretatt gjennom en blanding av en fast årlig budsjett-ramme og en aktivitetsavhengig del – ISF. Den faste årlige budsjett-rammen tar hensyn til regionale forskjeller i behov og kostnadsnivå. ISF omfatter både somatiske helsetjenester og poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det er også et element av resultatbasert finansiering, jf. boks 6.3.

Den samlede driftsbevilgningen til de regionale helseforetakene for 2023 er om lag 183 mrd. kroner. Av dette utgjør den innsattsstyrte finansieringen om lag 37 mrd. kroner, eller 20 pst. av den samlede driftsbevilgningen.

Behovet for helsetjenester følger i hovedsak den demografiske utviklingen, men blir også påvirket av nye behandlingsformer. Særlig innen legemiddelområdet skjer utviklingen raskt. Der som de regionale helseforetakene mottar hele sin inntekt som en fast ramme, vil de måtte bære all budsjett- og risikoen alene. En modell hvor deler av inntektene til de regionale helseforetakene er knyttet til aktivitet, legger noe av budsjett- og risikoen over på staten.

De regionale helseforetakenes finansiering av helseforetakene

De regionale helseforetakenes finansiering av helseforetakene ligner på statens finansiering av de regionale helseforetakene. Det innebærer en blanding av en behovs- og kostnadsjustert ramme og ISF. Selv om de regionale helseforetakene i prinsippet står fritt til å velge hvordan de skal finansiere helseforetakene, er det etter utvalgets vurdering forventninger fra Stortinget om at eventuelle endringer i for eksempel ISF-andelen fra staten skal få tilsvarende konsekvenser for hvordan helseforetakene blir finansierte. Mens statens finansiering av de regionale helseforetakene primært skal understøtte sørge-for-ansvaret, er de regionale helseforetakenes finansiering av helseforetakene først og fremst en finansiering av de lovpå-

Tabell 8.1 Forslag til bevilgninger 2023 i Prop. 1 S (2022–2023) i mrd. kroner.

	Forslag 2023
Særskilte tilskudd 732.70	1,6
Resultatbasert finansiering 732.71	0,6
Basisbevilgning 732.72-75	130,1
Innsatsstyrt finansiering 732.76	36,8
Laboratorie- og radiologiske undersøkelser 732.77	3,6
Forskning og nasjonale kompetansetjenester 732.78	1,4
Kompensasjon for merverdiavgift 732.80	8,8
<b>Totalt (mrd. kroner)</b>	<b>182,9</b>

lagte oppgavene pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Helseforetakenes interne budsjettmodeller

Helseforetakene står fritt til å utforme sine egne modeller for intern budsjettering. I noen grad velger helseforetakene å videreføre ISF på klinikk- og avdelingsnivå.

### 8.3.2 Rammefinansiering vs. innsatsstyrt finansiering

Utvalget vil understreke at rammefinansiering ikke innebærer at sykehusene automatisk får dekket sine påløpte kostnader, men at de blir tildelt en årlig fast budsjetttramme som ikke lenger avhenger direkte av aktivitet. For helseforetakene vil rammefinansiering gi følgende forskjeller fra dagens modell:

*Lavere aktivitet vil ikke få konsekvenser for inntektene.* Et helseforetak som vil vri ressursbruken fra pasientbehandling til for eksempel beredskap, vil i utgangspunktet kunne gjøre dette uten at det får økonomiske konsekvenser. På samme måte vil heller ikke vridning av ressurser til forskning og utdanning få økonomiske konsekvenser. Om sykehusene ønsker, kan de også bruke mer ressurser til pleie, omsorg og andre områder som de mener hever behandlingskvaliteten, uten at dette får konsekvenser for inntektene.

*Høyere aktivitet vil ikke få konsekvenser for inntektene.* Et helseforetak som for eksempel ønsker å redusere ventetiden for en pasientgruppe, må finansiere dette ved å ta ressurser fra annen pasientbehandling, fra beredskap eller fra forskning

og utdanning. Kostnader knyttet til uventet økning av aktiviteten må fullt ut bæres av helseforetakene selv, og innebærer kutt i annen pasientbehandling, eller i forskning og utdanning, eller i framtidige budsjetttrammer. Dersom pasienter velger å bruke private sykehus som har avtale med et regionalt helseforetak, vil dette måtte finansieres i sin helhet av helseforetakenes samlede ramme, og vil ikke gi innsatsstyrt finansiering fra staten.

Dersom det fremdeles skal være fritt valg av behandlingssted, må helseforetakene ha en oppgjørsordning seg imellom som sikrer at de får dekket behandlingstkostnadene for pasienter fra andre helseforetaksområder i regionen. Denne ordningen kan være basert på en forventet ramme, men må også inneholde et element av aktivitetsbasert finansiering. Dette vil innebære en usikkerhet for helseforetakenes økonomiske ramme og skjevhet i finansieringen av «egne» pasienter og pasienter fra andre helseforetaksområder i regionen.

Etter utvalgets mening vil alle finansierings-systemer kunne gi innbyrdes konflikter mellom målene om effektiv ressursutnyttelse, kvalitet i pasientbehandlingen, likeverdig tilgang på tjenester og statens behov for kontroll over de samlede kostnadene til helsetjenester. Vektleggingen av de ulike målsettingene vil kunne variere over tid og avhenge av endringer i helsepolitiske mål. Det må derfor være en fortløpende vurdering av om finansieringen virker i samme retning som målsettingene, og om det eventuelt vil være behov for justeringer eller supplerende styringsvirkemidler. Både utredningen Helseøkonomisk analyse (2022) har utført for utvalget og en gjennomgang av European Observatory on Health Systems and Policies



(Siciliani m.fl., 2019) peker på at forskningslitteraturen på noen områder ikke konkluderer entydig på effektene av aktivitetsbasert finansiering.

Utvalgets vurdering er at uheldige utslag av markedstenkning i styringen av spesialisthelsetjenesten primært kommer dersom den påvirker faglige prioriteringer og beslutninger i klinikken i en uønsket retning. Dette kan skje dersom helsepersonell opplever at de må ta hensyn til hva som gir inntekter og ikke hva som er riktig, faglig motivert, bruk av ressurser i pasientbehandlingen. Risikoen for dette vil øke jo lenger ut i organisasjonen man benytter innsatsstyrt finansiering. Dette kan skyldes at avviket (i positiv eller negativ retning) mellom ISF-refusjonen, som er basert på nasjonale gjennomsnittskostnader, og faktisk behandlingskostnad, kan være vesentlig når det blir et lite antall pasienter innen hver gruppe.

Også på klinikk- eller avdelingsnivå vil rammefinansiering være et alternativ til dagens blandingsmodell. Budsjettet lokalt må uansett fastsettes ut fra en forventning om hvor store helseforetakets inntekter, gitt aktivitetsforutsetningene, vil kunne bli, også med ISF fra staten. I slike vurderinger må det inngå hvilket ressursbehov som er knyttet til aktiviteten. Her vil DRG-systemet være ett av flere hjelpemidler. Faktisk ressursbehov i det enkelte helseforetak og den enkelte klinikk eller avdeling vil kunne variere, blant annet som følge av ulik kapasitetsutnyttelse, ulik intern organisering og ulik arbeidsdeling. En sjablonmessig fordeling av budsjettet mellom basisbevilgning og ISF basert på nasjonale gjennomsnittstall, vil derfor ikke «treffe» kostnadsnivået på den enkelte klinikk eller avdeling.

Som det framgår av tabell 8.1, er det kun 20 pst. av tilskuddet fra staten til de regionale helseforetakene som fordeles gjennom ISF. Erfaringene fra Norge tyder på at innføringen av ISF førte til høyere effektivitet de første årene etter at det ble innført, og at sykehusene reagerer på insentivene som ligger i systemet med å øke aktiviteten når refusjonen øker. Utvalgets vurdering er at man ikke har et kunnskapsgrunnlag som gjør det mulig å konkludere om konsekvenser for kvalitet og tilgjengelighet. Verken forskningslitteraturen eller teoretiske modeller gir dermed grunnlag for å trekke sikre konklusjoner med hensyn til effektene av ISF.

Samtidig viser de studiene som er gjort av helsepersonell sine holdninger til ISF, at mange frykter at ordningen kan ha negative konsekvenser for kvalitet og prioriteringer. Den blir en illustrasjon på de dilemmaene som utvalget peker på i kapittel 3, mellom de verdiene helsepersonell legger vekt

på i møte med den enkelte pasient og de verdiene som på et mer overordnet nivå skal styre fordeling og disponering av tilgjengelige ressurser.

Helsepersonell forvalter en betydelig del av fellsskapets ressurser. Det må forventes at helsepersonell tenker kostnadseffektivitet også i møte med den enkelte pasient. Dette er i tråd med det verdigrunnlaget utvalget har beskrevet i kapittel 3, og prinsippene er beskrevet og begrunnet i Prioriteringsmeldingen (Meld. St. 34 (2015–2016)). Utvalget mener imidlertid at det går et fundamentalt skille mellom det å tenke hvordan ressursene kan benyttes på best mulig måte, og det å tenke på hva som kan gi inntekter for egen avdeling eller helseforetak. Det følger av dette at et finansieringssystem som stimulerer helsepersonell til å tenke inntekter, ikke er et godt system.

Samtidig mener utvalget at finansieringssystemet bør ta høyde for at det vil være usikkerhet knyttet til aktivitets- og kostnadsnivå. Jo nærmere pasientbehandlingen man kommer, jo større vil denne usikkerheten være, og jo større konsekvenser vil den kunne gi. Dette er, etter utvalgets vurdering, ytterligere et argument for at ISF ikke ukritisk bør benyttes i finansiering av aktivitet på klinikk-/avdelingsnivå.

Da ordningen med ISF ble innført, var begrunnelsen primært et ønske om å stimulere sykehusene til å øke aktiviteten. Jo lavere ISF-andelen er, jo mindre insentiver vil det være for å øke aktiviteten. En ISF-andel på 40 pst. vil bety at marginalkostnaden må være lavere enn 40 pst. for at økt pasientbehandling på ett område ikke skal påføre sykehusene økte nettokostnader, og dermed gå ut over pasientbehandling på andre områder. Samtidig innebærer ISF-ordningen et element av risikodeling, både mellom stat og regionalt helseforetak, og mellom regionalt helseforetak og helseforetak. Den gir også sterkere insentiv til kostnadseffektivitet enn ren rammefinansiering.

### 8.3.3 Konkurransen om pasienter og helsepersonell

Før innføringen av fritt sykehusvalg i 2001 kunne ikke befolkningen i Norge selv velge sykehus. Dette begrenset mulighetene for sykehus med ledig kapasitet til å tiltrekke seg pasienter gjennom å konkurrere med sykehus med lange ventelister. Innføringen av ordninger med rett til å velge behandlingssted for planlagt behandling, og styrking av pasientrettighetene i kombinasjon med bruk av innsatsstyrt finansiering, har endret dette bildet. Samtidig har helseforetaksmodellen bidratt til å oppfylle målet om større grad av planlagt

funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehusene innen helseregionene. Den offentlige helsetjenesten er finansiert av fellesskapet og det er derfor ikke aktuelt å bruke pris som virkemiddel i konkurranse om pasienter. I den grad retten til å velge behandlingssted fører til konkurranse, vil det i hovedsak være på indikatorer for tilgjengelighet (ventetider) og kvalitet.

Utvalget mener at retten til å velge behandlingssted er en sentral pasientrettighet. Utvalget mener det er positivt dersom rettigheten fører til konkurranse mellom ulike offentlige sykehus og private avtaleparter om å oppnå gode resultater på indikatorer som oppleves som relevante og verdifulle for pasientene. Utvalget påpeker imidlertid at det kan være problematisk dersom pasienter velger behandling ved et universitetssykehus (som også har lokalsykehusfunksjoner) for behandling som utføres på lokalsykehusene. Dette utfordrer kapasiteten ved universitetssykehusene, og kan også redusere pasientgrunnlaget for lokalsykehusene.

Utvalget mener at konseptet *sykehus i nettverk*, slik det blant annet er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019 og Regional Utviklingsplan 2040 Helse Sør-Øst, vil kunne bidra til sterkere samarbeid om ledig kapasitet og redusere uønsket variasjon i kvalitet. Dette vil bidra til at det blir mindre behov for pasienter for å velge seg bort fra eget sykehus blant annet på grunn av kvalitetsforskjeller.

Utvalget vil også peke på at sterke pasientrettigheter kan komme i konflikt med andre målsettinger i helsetjenesten. Arbeidsgruppen som i 2015 utarbeidet forslag til alvorlighetskriteriet, påpekte at ordningen med fristbrudd i mange tilfeller ville endre intensjonen i prioriteringskriteriene. Snarere enn alvorlighet *per se* som prioriteringskriterium, ville fristbrudd utløse en rettighet som automatisk skjov pasienten fram i prioriteringskøen, også når dette gikk på bekostning av pasienter med potensielt høyere nytte og mer alvorlige tilstander. Det har fra flere hold også blitt pekt på at pasienter innen psykisk helsevern som mottar tilbud fra private aktører via Helfo, og som helseforetakene må finansiere, ofte får svært lange behandlingsforløp sammenliknet med tilbudet innen den offentlige helsetjenesten. Dette legger igjen begrensninger på helseforetakenes mulighet til å bygge opp egen kapasitet for å forhindre framtidige fristbrudd.<sup>8</sup> Utvalget mener det også er en utfordring at privat helseforsikring kan

gi mer forbrukerstyrt etterspørsel etter spesialisthelsetjenester, i stedet for at henvisninger baseres på medisinsk indikasjon. Pasienter med helseforsikring kan båndlegge tid hos fastlegen, og på samme måte vil det offentlige helsevesenets oppfølging av pasienter som initielt er behandlet privat, beslaglegge knappe ressurser.

Utvalget mener framveksten av helprivate tilbud både er et uttrykk for opplevd dårlig tilgjengelighet i den offentlige tjenesten, økt privat betalingsvilje og tjenestedrevet «behov» (for eksempel helseundersøkelser for friske, kosmetisk kirurgi mv.). I en situasjon med knapphet på helsepersonell, mener utvalget at dette vil bidra til å begrense tilgangen på helsepersonell i det offentlige.

Helsepersonell som arbeider i det private, vil ofte ikke være tilgjengelig for nødvendig vaktberedskap og turnusarbeid i de offentlige sykehusene. Utvalget vil også påpeke at manglende tilgjengelighet i de offentlige sykehusene kan føre til etablering av private tilbud som på sikt kan utfordre en solidarisk spesialisthelsetjeneste.

### 8.3.4 Konkurransetsetting av ikke-medisinske tjenester

Beslutninger om ev. konkurranseutsetting i helseforetakene vil kunne bli påvirket av ulike forhold, blant annet eierstyring og politiske signaler. Utvalget har merket seg at regjeringen har varslet i Hurdalsplattformen at den vil avvikle ordningen med nøytral merverdiavgift i helseforetakene.

Utvalgets medlemmer *Abelsen, Faugstad, Isaksen, Johnsen, Magnussen, Olafsson, Sønderland og Wikdahl* mener at helseforetakene selv må kunne vurdere om de vil konkurranseutsette ikke-medisinske tjenester eller levere disse i egen regi. Disse medlemmene mener merverdiavgiftregelverket ikke skal være til hinder for å velge de mest hensiktsmessige løsningene også i helseforetakene. Ordningen med nøytral merverdiavgift for helseforetakene bør derfor videreføres. Etter disse medlemmenes mening er ordningen ikke til hinder for at helseforetakene kan velge å produsere støttetjenester som renhold, kantine-drift mv. selv, hvis de vurderer det som mest hensiktsmessig.

Flertallet i utvalget mener at det kan være grunnlag for å stille spørsmål ved skillet mellom medisinske og ikke-medisinske tjenester. For eksempel vil renhold og kjøkkentjenester være svært viktig i behandlingen i sykehusene. I sykehus med stadig behov for raskt å kunne omstille seg ved for eksempel smittespredning og dermed endrede prosedyrer og rutiner, kan det være en

<sup>8</sup> Se <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/10/21/loftebruddordningen/> (hentet 24.02.2023).

fordel å ha egne ansatte i hele sykehuset. Disse medlemmene mener innføringen av nøytral merverdiavgift kan redusere helseforetakenes motivasjon for å produsere tjenester med egne ansatte til fordel for å kjøpe disse tjenestene fra private leverandører. Konkurransetsetting skjer på bekostning av de ansattes lønn- og pensjonsordninger. Disse medlemmene mener nøytral moms fører til oppsplitting av tjenester som hører naturlig sammen. Mye tyder på at framtidens utfordringer løses best og uten høyere samfunnsøkonomiske kostnader ved videreføring av et bredt spekter av tjenester i sykehusene i egen regi. Ordningen med nøytral merverdiavgift for helseforetakene bør derfor avvikes.

## 8.4 Utvalgets forslag

### 8.4.1 Rammefinansiering som hovedmodell

Innspillene utvalget har fått, viser at ordningen med innsatsstyrt finansiering er omstridt. Samtidig finner ikke utvalget støtte i verken empirisk forskning eller i teori for at en modell som kombinerer ramme- og aktivitetsbasert finansiering gir dårligere måloppnåelse enn andre finansieringsmodeller. Mange land baserer finansieringen av spesialisthelsetjenester på en slik blandingsmodell. I Norge blir de samme prinsippene brukt for finansiering av fastlegene. Diskusjonene rundt utforming av finansieringssystemet dreier seg delvis om hvor godt DRG-systemet fanger opp aktiviteten i helseforetakene, delvis om og i hvor stor grad en andel av finansieringen skal være aktivitetsbasert, og delvis om hvordan man kan balansere en målsetting om kostnadseffektivitet mot målsettinger knyttet til kvalitet og tilgjengelighet.

Utvalget har merket seg at man i Danmark har gått bort fra aktivitetsbasert finansiering (tilsvarende ISF) fra staten til regionene. Danske regioner er et selvstendig forvaltningsnivå med egen folkevalgt politisk ledelse som blant annet har ansvar for sykehusene. Regionene får nå sine inntekter i form av et behovsjustert rammetilskudd fra staten<sup>9</sup> og en statlig pott som fordeles til regionene basert på resultater, i hovedsak knyttet til samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Regionene i Danmark står fritt til å utforme prinsipper for finansiering av sykehusene. I Region Hovedstaden har man valgt å avvike aktivitetsbasert finansiering mellom regionen og sykehusene og innført rammefinansiering

(se boks 8.2). Samtidig utarbeides et plantall for aktivitet («aktivitetsbudsjett»), men dette er ikke knyttet direkte til sykehusenes inntekter.

Utvalget mener at deler av en slik finansieringsmodell vil kunne overføres til norske forhold. Utvalget foreslår derfor en modell hvor dagens ordning med 40 pst. ISF «fra første pasient» blir avvirket 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.

I praksis vil dette innebære at de regionale helseforetakene blir tildelt en årlig ramme basert på størrelsen på befolkningen, men justert for behov og regionale kostnadsforskjeller. Denne rammen inkluderer i utvalgets forslag til modell, mesteparten av dagens bevilgninger til innsatsstyrt finansiering (om lag 37 mrd. kroner i 2023) og fordeles mellom de regionale helseforetakene etter prinsippene beskrevet i NOU 2019: 24, men hensyntatt de endringene i finansiering av investeringer som utvalget foreslår i kapittel 7 og forslaget om samhandlingsbudsjett som utvalget foreslår i kapittel 6.

Basert på fordelingen av dagens ISF-bevilgning vil det være mulig å fastsette et aktivitetsbudsjett for hver helseregion. Aktivitet ut over dette nivået foreslås finansiert etter samme prinsipper som dagens ISF. Siden dette nå kun vil være en toppfinansiering, kan man vurdere å sette andelen ISF høyere enn dagens 40 pst.

Utvalgets forslag til finansieringsmodell vil, som omtalt over, innebære at store deler av beløpet som i dag blir bevilget over statsbudsjettet til ISF, legges inn i rammene til helseforetakene etter de prinsippene som er beskrevet i NOU 2019: 24. Siden fordelingen av aktivitet mellom de fire regionale helseforetakene ikke nødvendigvis fullt ut reflekterer befolkningsandelen (justert for behov), vil dette isolert sett gi omfordelingseffekter mellom regionene. Disse omfordelingseffektene vil etter utvalgets vurdering, kunne nøytraliseres ved at det tas hensyn til dette i fastsettelsen av plantallene for aktivitet for det enkelte regionale helseforetak.

I den danske modellen er rammen fast. I tillegg inngår reduksjon i antall innleggelser som et element i den resultatbaserte delen av finansieringen. Det betyr at regionene selv bærer all risiko knyttet til uforutsette aktivitetsøkninger. Utvalget legger til grunn at dette baserer seg på en overordnet vurdering av at aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten ut over den som følger av demogra-

<sup>9</sup> Det er også en ordning med kommunal medfinansiering, men ordningen utgjør en fast årlig ramme for regionene.

### Boks 8.2 Verdibasert styring og nærhetsfinansiering i Danmark

Gjennom økonomiavtalen mellom den danske regjeringen og danske regioner i 2019 er det innført nærhetsfinansiering for alle regioner. Nærhetsfinansieringen erstatter det tidligere statlige produktivitetskravet om årlig aktivitetsvekst på to pst. og en statlig meraktivitetspott som ble gitt til regionene dersom aktiviteten var høyere enn aktivitetsnivået i rammen.

Den nye danske finansieringsmodellen med nærhetsfinansiering skal legge til rette for at oppmerksomheten flyttes fra aktivitet og produktivitet til kvalitet og effektivitet.

Aktivitetsbasert finansiering har vært hensiktsmessig for å bidra til å redusere ventetidene. Samtidig er det vist til en rekke utfordringer med aktivitetsbasert finansiering, blant annet at det kan oppleves som en barriere for ønsket klinisk og faglig utvikling.

Den tidligere finansieringsmodellen er erstattet av rammefinansiering og en statlig pott til såkalt nærhetsfinansiering. Potten til nærhetsfinansiering utgjør om lag 1,5 mrd. danske kroner.

DRG brukes fortsatt til planlegging, til å sammenligne virksomheter og i gjestepasientoppgjør mellom regionene. Der vil fortsatt være oppmerksomhet på aktivitetsutvikling målt i antall DRG-poeng blant annet som grunnlag for ressursfordeling. Ordningen med kommunal medfinansiering er videreført, men utgjør nå en fast årlig ramme for regionene.

Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt, må dette dekkes innenfor rammen. Det er erkjent at det kan oppstå situasjoner med ubalanse i budsjettene når budsjettrammen er fast. Dette vil kunne være utfordrende på sykehusnivå når pasientenes rettigheter til behandling og fritt sykehusvalg skal oppfylles samtidig. I utgangspunktet er det sykehusenes ansvar å finne en løsning på dette, eventuelt i samarbeid med andre sykehus.

Kilde: Danske regioner (2019)

fiske endringer mv., ikke nødvendigvis er ønskelig og at hensynet til kostnadskontroll veier tungt. Et sentralt element i omleggingen av finansieringen i Danmark har vært å redusere oppmerksomheten rundt aktivitetsnivå, og i større grad vurdere måloppnåelse ut fra et bredere sett indikatorer.

I Norge har det tradisjonelt være stor oppmerksomhet om behandlingsskapasitet og aktivitetsvekst for å kunne redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten. I denne situasjonen mener utvalget at den risikodelingen som ligger i at staten, gjennom ISF-ordningen, dekker deler av merkostnadene ved aktivitetsøkninger, fortsatt kan være gunstig. Utvalget mener at en slik risikodeling bør videreføres gjennom utvalgets forslag til en toppfinansieringsmodell.

Det vil fortsatt være mulig å kombinere utvalgets forslag til modell med en resultatbasert pott som er basert på andre indikatorer enn aktivitet, slik som i dag. I dagens norske resultatbaserte modell fordeles et fast beløp etter hvordan de regionale helseforetakene skårer på sju ulike indikatorer som særlig er knyttet til samhandling og digitalisering. I den danske modellen benyttes fire

kriterier som primært er knyttet til samhandling med primærhelsetjenesten.

Utvalget mener at den foreslåtte modellen vil svare ut mye av kritikken mot ISF-ordningen. Som påpekt tidligere, mener utvalget at det er nødvendig å ha kontinuerlig oppmerksomhet på ressursbruk og ressursforvaltning i helseforetakene. Med hovedsakelig rammefinansiering vil det etter utvalgets mening, bli mindre oppmerksomhet om hvilke aktiviteter som særlig gir inntekter. Målet er at dette skal gi økt oppmerksomhet om fag, kvalitet og kostnadseffektiv bruk av ressurser. Utvalget viser til Helsepersonellkommissjonens omtale av prioritering og reduksjon av overbehandling, og vil peke på at en omlegging til rammefinansiering som hovedmodell, vil redusere økonomiske insentiver til behandling med lav eller ingen dokumentert effekt.

Utvalget har også diskutert om kritikken mot dagens finansieringsmodell kan svares ut gjennom andre og mindre omfattende omlegginger av finansieringsystemet. Utvalget beskriver ikke i detalj hvordan dette kan gjøres, men vil peke på at redusert vektlegging av ISF i den samlede finansieringen kan skje på ulike måter:

- Dagens prinsipp med ISF fra «første pasient» videreføres, men ordningen omfatter færre pasientgrupper.
- Dagens prinsipp med ISF fra «første pasient» videreføres, men andelen ISF reduseres ytterligere, for eksempel til 20 pst.

Utvalgets forslag til statens finansiering av de regionale helseforetakene har store likhetstrekk med flertallsforslaget fra Hagen-utvalget i NOU 2003: 1. Hagen-utvalget foreslo imidlertid at de regionale helseforetakene skulle benytte ISF i sin finansiering av helseforetakene fra første pasient, og at det skulle settes et øvre tak på toppfinansieringen fra staten. Utvalget mener at endringene som er beskrevet over, i finansieringsmodellen fra staten til de regionale helseforetakene, bør føre til at de regionale helseforetakene utvikler lignende finansieringsmodeller rettet mot helseforetakene.

#### DRG-systemet

I dagens ISF-ordning er inntektene i all hovedsak knyttet til aktivitet beskrevet gjennom DRG-systemet (se boks 8.1). Også i en modell med rammefinansiering vil det i virksomhetsoppfølgingen både lokalt og regionalt, og i styringen nasjonalt, være behov for informasjon om pasientsammensetning og kostnadsnivå gjennom DRG-systemet. DRG-systemet vil også fortsatt være grunnlag for gjestepasientoppgjør og oppfølging av avtaler med private. Utvalget har merket seg at man også i de danske sykehusene fremdeles opererer med aktivitetsbudsjett basert på DRG, selv om sykehusenes inntekter ikke er knyttet mot aktiviteten. Det er derfor viktig å skille mellom DRG-systemet som et informasjonssystem til bruk i planlegging, budsjettering og monitoring, og systemet som et grunnlag for innsatsstyrt finansiering.

#### 8.4.2 Øvrige forslag

Utvalget har også under andre punkter i mandatet kommet med forslag til virkemidler som utvalget mener vil bidra til å redusere uheldige utslag av markedstenkning i styringen av helseforetakene.

Utvalget viser til diskusjonen av helsefellesskapene som virkemiddel for å gi mer helhetlige pasientforløp, og sitt forslag om samhandlingsbudsjetter (kapittel 6). Utvalget mener dette vil redusere uønsket økonomifokus på begge nivå, og bidra til en mer helhetlig planlegging av kapasitet og organisering av det helhetlige pasienttilbudet.

Utvalget viser til forslagene om redusert krav til egenkapital og særskilt finansiering av kapital-kostnader ved investering i sykehusbygg (kapittel 7). Utvalget mener dette vil bidra til å redusere utslag av uønsket økonomifokus i dagens modell, men likevel beholde tilstrekkelige insitamentter til effektiv ressursforvaltning.

Utvalget anbefaler at man fortsetter å videreutvikle pasientklassifiseringssystem som DRG-systemet og arbeide med kostnadsberegning («kostnad per pasient»). Disse systemene vil danne grunnlaget for å beregne fra hvilket aktivitetsnivå den innsatsstyrte finansieringen skal benyttes, og for oppdatering og utvikling av nasjonale, regionale og lokale budsjettmodeller. Det vil også danne grunnlaget for å monitorere utvikling i aktivitet og kostnadseffektivitet.

Utvalget anbefaler at man i arbeidet med finansieringsmodellen for avtalespesialister, tilstreber at finansieringen av aktiviteten hos avtalespesialistene skal inngå som en del av finansieringen av de regionale helseforetakene på samme måte som øvrig poliklinisk aktivitet. Dette vil etter utvalgets mening, bidra til å integrere avtalespesialistene bedre med de øvrige tjenestene slik at den totale kapasiteten blir utnyttet bedre.

Utvalget legger til grunn at helseforetakene blir involvert i forkant av at de regionale helseforetakene utlyser nye anbudskonkurranser og inngår avtaler med private leverandører. Dette vil kunne bidra til å tydeliggjøre vurderinger av behov som grunnlag for avtalene, slik som fagområder der helseforetakene mangler kapasitet, fagområder med lange ventelister mv. Utvalget legger til grunn at dette ikke vil innebære endringer i forholdet til de private ideelle sykehusene med driftsavtaler.

Utvalget anbefaler at private aktører som leverer helse- og omsorgstjenester uten avtale med den offentlige helse- og omsorgstjenesten, skal ha plikt til å rapportere om antall pasienter og type behandling til etablerte registre, blant annet Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Formålet er å få kunnskap om hvor mye og hva slags helsehjelp som ytes av aktører utenfor den offentlige helse-tjenesten. Denne informasjonen kan bidra til å gi et mer helhetlig bilde av befolkningens helsetilstand og bruk av helsetjenester, og danne grunnlag for bedre planlegging, styring og regulering av tjenestene.

Helsepersonellkommissjonen har pekt på at økt etterspørsel etter privatfinansierte, lavt prioriterte helse- og omsorgstjenester, vil trekke personell fra offentlige til private tjenesteytere, og gi et økt

Samlet behov for personell. Hvis det samlet sett er mangel på personell, kan en slik utvikling føre til at offentlig finansierte og prioriterte tjenester ikke kan tilbys i ønsket omfang. Det kan føre til økte sosiale forskjeller i tilgangen til helse- og omsorgstjenester og utfordre velferdsstatens felles helse- og omsorgstjeneste. For å forhindre en slik utvikling, viser Helsepersonellkommisjonen til at personellet blant annet må oppleve trivsel, muligheter for faglig utvikling og kompetanseutvikling og en akseptabel arbeidsbelastning som gjør at tjenesten er en attraktiv arbeidsplass.

Dette utvalget foreslår at det i tillegg utredes om en form for godkjenningsordning bør gjelde for etablering av privatfinansierte helsetjenester. Dette vil kunne bidra til å begrense private aktørers etterspørsel etter helsepersonell. En slik ordning reiser imidlertid mange prinsipielle spørsmål, blant annet om den frie adgangen til å etablere seg i annen EØS-stat. Det er også et spørsmål om andre statlige styringsverktøy kan være mer effektive.

## Kapittel 9

# Mål- og resultatstyring

### 9.1 Bakgrunn

Det går fram av punkt seks i mandatet at utvalget skal vurdere tiltak for å redusere mål- og resultatstyringens plass i styringen av helseforetakene med sikte på å fjerne unødvendig rapportering og detaljstyring.

#### 9.1.1 Om mål- og resultatstyring

Mål- og resultatstyring ble pålagt alle statlige virksomheter for å øke effektiviteten i offentlig sektor fra 1996. Styringen av statlige virksomheter skulle i større grad konsentreres om resultater enn om budsjetter, kontroll, og måling av aktiviteter. Intensjonen var å få en styringslogikk og -kultur preget av målorientering, tillit og dialog mellom politikere, forvaltningen, virksomheter, ledere og medarbeidere (jf. boks 9.1). Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (2023b) definerer mål- og resultatstyring som et styringsprinsipp som innebærer å «*sette mål, følge opp om målene nås, og bruke informasjonen til læring, styring og kontroll.*» Mål- og resultatstyring som styringsprinsipp i staten legger vekt på styring mot overordnede mål.

Sett opp mot utvalgets mandat, må man skille mellom mål- og resultatstyring som dokumentasjon av forhold som synliggjør resultater og måloppnåelse, og dokumentasjon av den kliniske virksomheten som blant annet følger av journalføringsplikten etter helsepersonelloven. Mål- og resultatstyring er også noe annet enn dokumentasjon i medisinske kvalitetsregistre, monitorering av sykdomsforekomst, og ordinært budsjett- og regnskapsarbeid. Slik dokumentasjon er vesentlig for å ivareta krav til faglig forsvarlighet, systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. I praksis kan man likevel oppleve at skillet mellom mål- og resultatstyring og dokumentasjon kan være visket ut.

De overordnede målene for helsetjenesten er (jf. kapittel 3) beskrevet som å:

1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming
2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud
4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasienten.

Det finnes ikke én indikator som kan benyttes til å vurdere graden av samlet måloppnåelse. Dels skyldes dette at målene er vanskelige å operasjonalisere, dels at de har flere dimensjoner og dels at de kan være i konflikt med hverandre. Løsningen kan da bli at man benytter ulike indikatorer som man mener fanger opp deler av det overordnede målet. I noen tilfeller vil disse indikatorene allerede være en del av et nødvendig kvalitets- og dokumentasjonsarbeid, i andre tilfeller ikke. Man kan da komme i en situasjon hvor det samlede rapporteringstrykket blir for stort. Samtidig er det en fare for at «det som kan telles, teller». Dette kan vri oppmerksomheten bort fra viktige, men vanskelig målbare forhold og over på mindre viktige, men kvantifiserbare forhold.

Mål- og resultatstyring, i motsetning til styring av innsatsfaktorer, aktiviteter og virkemidler, skal legge til rette for en klar rolle- og ansvarsdeling mellom departementet og den underliggende virksomheten. Hensikten er å gi det utøvende nivået handlingsrom og frihet i oppgaveløsningen, siden effektivitet og kvalitet er forventet å øke når det nivået som kjenner utfordringene best, får frihet til å bestemme hvordan de skal jobbe for å nå målene.

Tilsvarende rolle- og ansvarsdeling gjelder også i forholdet mellom ledelsen i en virksomhet og det utøvende nivået. Samtidig innebærer mål- og resultatstyring et krav om å dokumentere og rapportere resultater til bruk for læring, styring

### Boks 9.1 Mål- og resultatstyring i staten bygger på tre sentrale forutsetninger

1. Strategisk styring mot overordnede mål  
Oppmerksomheten skal rettes mot overordnede mål, som bør beskrive den positive situasjonen vi ønsker for brukerne våre og samfunnet. Dette gir et langsiktig og strategisk perspektiv i styringen både for den som styrer, og for den som blir styrt.
2. Delegering av myndighet  
Et departement delegerer myndighet til en underliggende virksomhet. På samme måte delegerer en leder myndighet til underliggende avdelinger, enheter eller funksjoner. Hensikten er å gi det utøvende nivået frihet til å velge virkemidler og tiltak. Slik får de som kjenner området best, brukt sin kunnskap til å finne gode løsninger. For at delegeringen skal fungere, er det avgjørende med tillit og felles forståelse av utfordringer og mål.
3. Ansvarliggjøring for resultatene og måloppnåelsen  
Det utøvende nivået har ansvaret for å innhente, sammenstille og vurdere informasjon om resultater og risiko, og for å belyse hvordan de bidrar til måloppnåelsen. Dette gjelder uavhengig av om det utøvende nivået er en underliggende virksomhet, en avdelingsleder eller en enhetsleder på lavere nivåer. Informasjonen som hentes inn, skal brukes til å forbedre oppgavegjennomføringen og virkemiddelbruken.

Kilde: DFØ

og kontroll. Slik kan mål- og resultatstyring bidra både til åpenhet og legitimitet i statlig styring.

#### 9.1.2 Tillitsreformen

Regjeringen Støre vil gjennomføre en tillitsreform i offentlig sektor. Målet for tillitsreformen er å gi mer velferd og bedre tjenester til innbyggerne, til rett tid. Reformens intensjon er et forsterket trepartssamarbeid som skal sikre et godt tjenestetilbud framover. Reformen skal skje nedenfra. Det skal være tett samarbeid mellom tillitsvalgte og med brukerorganisasjoner og innbyggere (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2022).

De enkelte departementene har ansvaret for at reformen blir gjennomført innenfor sine sektorer, og de enkelte virksomhetene har ansvar for å ta lokale initiativ. Kommunal- og distriktsdepartementet er koordinator og pådriver. Et viktig mål for arbeidet skal være å finne løsninger som gir mer rom og tid for førstelinjene både i stat og kommune, slik at de kan gi innbyggerne bedre tjenester. Eksempler på aktuelle tiltak er delegering av oppgaver og fullmakter, mindre detaljstyring, gjennomgang av mål og resultatkrav, gjennomgang av lover og regler, gjennomgang av interne rutiner og rapporteringskrav, tilrettelegging for bedre dialog og samarbeid mellom partene, og mer tillitsbasert ledelse. Arbeidet skal skje innenfor rammene av Reglement for økonomistyring i staten.

Det er lagt til grunn at hvert departement bør vurdere en gjennomgang av mål- og resultatstyringen av sine underliggende virksomheter og ha et kritisk blikk på balanseringen mellom tillit og kontroll og om gjeldende rapporteringskrav gir hensiktsmessig styringsinformasjon. Omfang og innretning på rapporteringskrav må tilpasses risiko, vesentlighet og egenart i den enkelte virksomhet.

Innenfor den enkelte virksomhet handler reformen om følgende elementer:

- Større faglig ansvar i førstelinjen
- Tillit mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte gjennom styrket medbestemmelse og mulighet for involvering for ansattes organisasjoner
- Økt bruk av tillitsbasert ledelse.

Tillitsreformen inneholder dilemmaer som må håndteres av de enkelte virksomhetene i det daglige arbeidet. For eksempel må virksomhetenes behov for handlingsrom og faglig frihet balanse mot viktige forvaltningsprinsipper som rettsikkerhet og likebehandling, og behov for etterprøvbarehet og kontroll. Et annet dilemma er ønsket om færre dokumentasjonskrav og mindre rapportering som må balanseres mot behovene for å dokumentere oppnådde resultater, og behovet for å dokumentere at innbyggernes rettigheter er blitt ivarettatt.

## 9.2 Mål- og resultatstyring, dokumentasjon og rapportering

Statens eierstyring av de regionale helseforetakene utøves i foretaksmøtene. Den helsepolitiske bestillingen og tildelingen av budsjettmidler skjer i hovedsak gjennom de årlige oppdragsdokumentene fra departementet til de regionale helsefore-



takene. Dette utgjør det samlede styringsbudskapet til spesialisthelsetjenesten<sup>1</sup>.

### 9.2.1 Oppdragsdokument og krav i foretaksmøte

Oppdragsdokumentet er endret over tid for å gjøre det mer i tråd med retningslinjene for mål- og resultatstyring i staten. Overordnet mål og strategi er konkretisert gjennom styringsparametere som har til hensikt å måle virksomhetens resultater og vurdere måloppnåelse. Antall mål er redusert de senere årene. De regionale helseforetakene har tilsvarende styringsdokument til sine helseforetak. Som regel har de regionale helseforetakene samlet kravene fra departementets oppdragsdokument og protokoll fra foretaksmøte i ett dokument.

De regionale helseforetakene rapporterer gjennom årlig melding for hvordan oppgaver og styringskrav i oppdragsdokumentene og foretaksmøtene er fulgt opp. Årlig melding, årsregnskap og årsberetning styrebehandles i de regionale helseforetakene og sendes departementet innen mars året etter og blir behandlet i foretaksmøtene i mai/juni.

Antall krav, mål, oppdrag, og rapporteringskrav sier ikke nødvendigvis noe om hvor ressurskrevende den samlede oppfølgingen av styringsdokumentene vil være, eller om det kan sies å være et uttrykk for *unødvendig* rapportering og detaljstyring.

Stortingets engasjement i enkeltsaker

Utviklingen i styrings- og rapporteringskrav har også sammenheng med at det har vært en vekst i antall saker som Stortinget engasjerer seg i innenfor helse- og omsorgsministerens ansvarsområde, for eksempel gjennom anmodningsvedtak, skriftlige spørsmål, spørretimespørsmål og interpellasjoner til helse- og omsorgsministeren. Dette er nærmere omtalt i kapittel 5.

### 9.2.2 Pasientrettigheter og krav i regelverket

Det er ikke bare styringen gjennom foretaksmøtet og oppdragsdokumentet som har innvirkning på hvilke rapporteringskrav den enkelte leder og medarbeider i sykehusene må forholde seg til. Spesialisthelsetjenesten er underlagt en rekke

<sup>1</sup> Stortingets og regjeringens styring av sykehusene er omtalt i kapittel 5.

lover, forskrifter og tilsyn og følges opp både på økonomi, kvalitet og pasientrettigheter. Pasientenes individuelle rettigheter er utvidet betydelig over tid. Rettighetene påvirker handlefriheten til regionale helseforetak og helseforetak og har ført til mer omfattende dokumentasjon og rapportering.

Et eksempel som kan trekkes fram, er rettigheter knyttet til fristbrudd<sup>2</sup>. Det har tidligere vært et mål i oppdragsdokumentet at det ikke skal forekomme fristbrudd, men målet ble tatt ut i 2019. Rettighetene og de tilhørende økonomiske konsekvensene knyttet til fristbrudd består imidlertid fortsatt, og det er stor oppmerksomhet i helseforetakene på å unngå fristbrudd. Dermed har det trolig liten praktisk effekt for ledere og ansatte i sykehusene at målet er tatt ut av oppdragsdokumentet, fordi kravet uansett følger av lovgivningen.

### 9.2.3 Pasientforløp, fagspesifikk oppfølging og prioritering

Helsedirektoratet har en normerende rolle for helsetjenesten på tvers av helseregioner og tjenestenivå. Det er utarbeidet normerende dokumenter på ulike områder, blant annet nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale faglige råd, nasjonale veiledere og prioriteringsveiledere.

Det er innført standardiserte pasientforløp (pakkeforløp) innenfor flere fagområder som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon og dialog med pasient og pårørende, ansvars plassering og konkrete forløpstider. Formålet er mer likeverdig og sammenhengende behandling. Det er egne koder for registrering av de ulike delene av pakkeforløpet. Formålet med koding av pakkeforløp er å kunne følge med på om målsetningene med pakkeforløpene blir nådd, og å gi behandlere og institusjoner mulighet til å følge med på egen utvikling på de indikatorene som måles. Rapporteringen benyttes også i statistikk og som styringsverktøy for å følge opp effekten av innføring av nasjonale pasientforløp.

<sup>2</sup> Fristbrudd oppstår dersom en pasient som har fått rett til nødvendig helsehjelp, ikke får påbegynt den helsehjelp i spesialisthelsetjenesten som pasienten er henvist til, innen den fastsatte fristen for rett til nødvendige helsehjelp. Dersom spesialisthelsetjenesten ser at et fristbrudd kommer til å oppstå, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte Helfo. Helfo skal uten opphold skaffe pasienten et tilbud fra offentlig tjenesteyter eller om nødvendig fra privat tjenesteyter. Finansieringsansvaret ligger hos det regionale helseforetaket pasienten tilhører.

Prioriteringsregelen innen psykisk helsevern ble gjeninnført fra 2014 og innebar et mål om at det på regionalt nivå skulle være høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk. Veksten ble målt blant annet gjennom endringer i kostnader, ventetid og aktivitet. En utfordring knyttet til prioriteringsregelen var at det i utgangspunktet var til dels store forskjeller i behandlingstilbudet mellom regioner og helseforetaksområder.<sup>3</sup>

#### 9.2.4 Målestokk-konkurranse (benchmarking)

Det publiseres en omfattende mengde statistikk, indikatorer, analyser og annen styringsinformasjon som belyser ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Eksempler på dette er nasjonale kvalitetsindikatorer, Samdata-publikasjoner fra Helsedirektoratet, helseatlas fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), resultater fra brukererfaringsundersøkelser og statistikk over aktivitet, kostnader og kapasitet fra Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå.

Det er flere formål med å publisere slik informasjon. Viktige hensyn er blant annet:

- Informasjon til offentligheten (befolkningen, media) om forholdene i spesialisthelsetjenesten kan bidra til økt transparens og tillit til tjenesten.
- Informasjon om kvaliteten i tjenestene, herunder om ventetider, gir pasienter og pårørende et grunnlag for å kunne ta kvalifiserte og informerte valg, for eksempel om behandlingssted.
- Sammenliknbar informasjon om ulike enheter i spesialisthelsetjenesten kan legge til rette for forbedringsarbeid lokalt som kan bidra til bedre kvalitet og til å redusere uønsket variasjon i praksis på ulike fagområder.

#### Sammenlikning av struktur, prosess og resultat

Statistikk og indikatorer mv. om spesialisthelsetjenesten kan deles inn i tre typer:

- Strukturindikatorer – beskriver rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr mv.
- Prosessindikatorer – beskriver aktiviteter i pasientforløpet, for eksempel ventetider, epikrisetid og korridorpasienter
- Resultatindikatorer – direkte mål på helsegevinst som sykelighet (morbiditet), dødelighet

(mortalitet) og livskvalitet, og indirekte mål som brukererfaringer.

Det er ønskelig at helseforetakene bruker tilgjengelig informasjon om egen virksomhet og sammenliknbare virksomheter til å vurdere forbedringsområder, knyttet til blant annet kvalitet, forbruk av tjenester eller kostnadseffektivitet. Dette kalles ofte målestokkkonkurranse («benchmarking»). I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ble det under overskriften «Sykehus i nettverk – kultur for deling og fellesskap» pekt på følgende:

«Helseforetakene står overfor mange av de samme utfordringene og har et felles ansvar for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen. Det betyr at sykehusene ikke kan bruke ressurser på rivalisering og konkurranse, men heller må spille hverandre gode. Konkurranse er positivt hvis det fungerer som motivasjon til forbedring. Dette må ikke være i konflikt med godt samarbeid og en helt nødvendig delingskultur. Ved oppstart av et nytt utviklingsprosjekt bør første spørsmål være «hva kan vi lære av andre?» og siste spørsmål «hvem kan vi dele denne kunnskapen med?»»

#### Nasjonale kvalitetsindikatorer

Det har i flere år vært arbeidet systematisk med å etablere systemer for å vurdere og følge opp behandlingstilbudet. Det nasjonale systemet for kvalitetsindikatorer ble innført i 2003. Indikatorerne blir også benyttet til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring lokalt i virksomhetene. Kvalitetsindikatorerne gir pasienter og pårørende grunnlag for å kunne ta kvalifiserte og informerte valg.

Helsedirektoratet har fra 2012 et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. I 2021 var det 188 nasjonale kvalitetsindikatorer. Resultater for disse publiseres regelmessig på [helsenorge.no](https://helsenorge.no). De nasjonale kvalitetsindikatorerne fordeler seg på områdene somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern, rusbehandling og kommunale helse- og omsorgstjenester. Kvalitetsindikatorerne er basert på eksisterende data som er rapportert til Norsk pasientregister (NPR), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), medisinske kvalitetsregistre og registre som forvaltes av FHI (f.eks. dødsårsaksregisteret). Det er kun to av indikatorerne som baserer seg på særskilt rapportering til Helsedirektoratet; «korridorpasienter på sykehusene» og «utsettelse av planlagte operasjoner».

<sup>3</sup> Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonalt helse- og sykehusplan 2020–2023*, kapittel 5.

Kvalitetsindikatorsystemet innebærer derfor i seg selv liten grad av ekstra rapportering for ansatte i helseforetakene.

Riksrevisjonen (2021) har påpekt at de til sammen 19 kvalitetsindikatorne innenfor psykisk helsevern gir lite informasjon om viktige kvalitetsdimensjoner, og at indikatorene dermed i begrenset grad hjelper poliklinikker i psykisk helsevern i arbeidet med å utvikle tjenester av god kvalitet. Psykologforeningen har i sitt innspill til utvalget påpekt at det er behov for en gjennomgående endring av det nasjonale indikatorsystemet. De foreslår lokale kvalitetsregistre og løpende evaluering av nytteverdien av tilbudet som gis (pasientrelaterte målinger).

### Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

I tillegg til faglige retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorer er også nasjonale medisinske kvalitetsregistre et sentralt virkemiddel for å bidra til kunnskapsbasert praksis og systematisk forbedringsarbeid. Det er 58 medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status (per desember 2022) ([www.helseregistre.no](http://www.helseregistre.no)).

Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å dokumentere behandlingsforløp og pasientrapporterte resultater som grunnlag for kvalitetsforbedring og forskning. Helsepersonell har plikt til å melde opplysninger til medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status, jf. forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 3-2 annet ledd. Det varierer likevel hvor høy dekningsgrad de ulike registrene har.<sup>4</sup>

### 9.2.5 Medisinsk koding og rapportering

Innsatsstyrt finansiering er basert på medisinsk og administrativ informasjon som rutinemessig blir registrert i sykehusene og rapportert elektronisk til NPR fra sykehusenes pasientadministrative systemer.<sup>5</sup>

Informasjon om hvor mange som har fått helsehjelp, hva slags helsehjelp de har fått og ressursbruken, er viktig blant annet for virksomhetsstyringen lokalt, uavhengig av hvordan staten finansierer spesialisthelsetjenesten.

Det går fram av NPR-forskriften at NPR har til hovedformål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetje-

nester, herunder finansiering. I tillegg har NPR til formål å:

- bidra til medisinsk og helsefaglig forskning, herunder forskning som kan gi viten om helse-tjenester, behandlingseffekter, diagnoser, og sykdommers årsaker, utbredelse og forløp og forebyggende tiltak
- danne grunnlag for etablering og kvalitetssikring av sykdoms- og kvalitetsregistre og videreformidling av kontaktopplysninger til den nasjonale kjernejournalen
- bidra til kunnskap som grunnlag for forebygging av ulykker og skader.

NPR-forskriften gir regler om innsamling og behandling av helseopplysninger i registeret. Når det er relevant og nødvendig for å fremme registerets hovedformål, skal opplysninger om alle som har fått helsehjelp registreres i NPR uten samtykke fra den opplysningen gjelder.

### 9.2.6 Andre krav om rapportering

På arbeidslivsområdet er det en rekke lovkrav som fører til rapportering. Det er blant annet omfattede rapportering og dokumentasjon knyttet til oppfølging av sykefravær, arbeidsmiljøutvalg og andre HMS-tiltak. På likestillings- og diskrimineringsfeltet er det innført en aktivitets- og redegjøringsplikt, hvor det blant annet skal rapporteres på kjønnsbalanse i virksomheten, resultatene av lønnskartlegging fordelt på kjønn, resultatene av kartlegging av ufrivillig deltid, andel midlertidig ansatte og andel i foreldrepermisjon. Helseforetakene skal også redegjøre for hva de gjør for å oppfylle aktivitetsplikten. Dette omfatter blant annet opplysninger om retningslinjer, prinsipper, prosedyrer og standarder som arbeidsgiver benytter i sitt arbeid med å oppfylle aktivitetsplikten, samt en vurdering av de resultatene som er oppnådd og forventninger til arbeidet fremover.

Fra januar 2023 er det innført krav om at behovet for nye deltidsstillinger skal begrunnes og dokumenteres. Behovet for deltidsstillinger skal også drøftes med de tillitsvalgte. Det skal føres referat fra slike drøftemøter.

Helseforetakene er også omfattet av åpenhetsloven, hvor det blant annet er en plikt til å utføre aktsomhetsvurderinger av risiko for brudd på grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold i de ulike delene av virksomheten internt, i leverandørkjedene og overfor øvrige forretningsforbindelser.

<sup>4</sup> Dekningsgrad angir andel pasienter eller hendelser som er registrert, i forhold til antall som skal registreres.

<sup>5</sup> Se omtale og vurdering av innsatsstyrt finansiering i kapittel 4 og 8.

### 9.3 Utvalgets vurderinger

Helseforetakene forvalter over ti prosent av de samlede utgiftene på statsbudsjettet. Den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten er en av bærebjelkene i velferdsstaten, og skal sikre befolkningen likeverdig tilgang til nødvendig helsehjelp av god kvalitet i hele landet. Det er avgjørende for legitimiteten til den offentlige helsetjenesten at samfunnet har mulighet til å følge i opp i hvilken grad den når sine mål. Konkret innebærer det at man både må kunne vurdere ressursbruk (effektivitet) og aktivitet (kvalitet og prioriteringer).

Samtidig er omfanget av tilgjengelige indikatorer, statistikk og annen styringsinformasjon om spesialisthelsetjenesten stort, og av varierende kvalitet. Utvalget antar ledere og ansatte på ulike nivåer kan oppleve det som krevende å orientere seg om hvilken informasjon som finnes, hvor den kan hentes, og hvordan den bør brukes.

Det varierer hvor mye rapportering og dokumentasjon den enkelte ansatte i spesialisthelsetjenesten gjør (SINTEF, 2013), men det skaper frustrasjon når helsepersonellet opplever at rapportering og dokumentasjon stjeler tid fra andre verdifulle arbeidsoppgaver. Rapportering er ressurskrevende, både målt i tid og penger. Utvalget mener det er grunn til å stille spørsmål ved om nytten ved den samlede rapporteringen kan forsvare kostnadene.

Utvalget mener det i for liten grad er en helhetlig plan for det totale omfanget av indikatorer, og at det blir brukt tid og ressurser til å innhente informasjon som i mange tilfeller kan oppleves som unyttig for helsepersonellet. Dette kan imidlertid være nyttig og nødvendig informasjon for planlegging, evaluering og styring i andre deler av virksomheten i klinikken, helseforetaket, det regionale helseforetaket eller departementet og Stortinget.

Utvalget legger til grunn at intensjonene med mål- og resultatstyring er å styre på de overordnede målene for helsetjenesten. Som omtalt under punkt 9.1.1, vil det for disse målene i liten grad være entydige parametere som kan vurdere graden av måloppnåelse. Dette gjør at det blir benyttet flere indikatorer som fanger opp deler av målet. Mange av indikatorene og statistikken om spesialisthelsetjenesten er knyttet til ressursbruk, prosesser og aktiviteter, og indirekte utfallsmål som overlevelse og pasientskader.

Utvalget mener at kvantitative mål alene vanskelig kan gjenspeile kompleksiteten i spesialisthelsetjenesten. Generelt er det utfordrende å tall-

feste den faktiske effekten av helsehjelpen som ytes, blant annet fordi befolkningens helse påvirkes av mange forhold utenfor spesialisthelsetjenesten.

Det kan samtidig føre til at styringen av spesialisthelsetjenesten i for stor grad blir orientert mot styring på aktiviteter, prosesser og innsatsfaktorer; «det som kan telles, teller» og «det som har verdi, verdsettes ikke» (jf. punkt 3.1.2 og 4.5.3). Utvalget vil blant annet peke på pakkeforløpene (jf. punkt 9.2.3) som eksempel på tiltak som gir et økt rapporteringspress på sykehusene. På den ene siden vil den økte forutsigbarheten som følger av standardisering, kunne være et gode for pasienten, på den andre siden vil det være mange sider ved et behandlingsforløp som ikke fanges opp gjennom koding og rapportering av forløpstider. Utvalget er også bekymret for at pakkeforløp i noen tilfeller kan gå på bekostning av at hver enkelt pasient har behov for å bli sett som et helt menneske. Mange har flere diagnoser og komplekse utfordringer både medisinsk og menneskelig. Behovet for faglig koordinering, åpen og respektfull dialog samt betryggende informasjon flyt er en forutsetning for et ønsket resultat. Utvalget stiller spørsmål ved om pakkeforløp ivaretar dette i tilstrekkelig grad.

Utvalget merker seg at de regionale helseforetakene i 2023 har fått i oppdrag å gjennomgå rapporteringskravene i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og hvor de ulike kravene kommer fra. Målet er mindre rapportering for behandlere og klinikere, og at rapporteringen skal oppleves som nyttig for arbeidet med pasientsikkerhet, forskning og kvalitets- og tjenesteutvikling.

Utvalget viser til at de regionale helseforetakene, i et notat til Helsedirektoratet høsten 2022, har pekt på mulige forbedringer i arbeidet med de nasjonale kvalitetsindikatorene. De foreslår blant annet at det bør gjennomføres en årlig gjennomgang av de nasjonale kvalitetsindikatorene, med bred involvering fra relevante aktører. Dette vil være en grundigere gjennomgang med et mer strukturert forarbeid enn det som gjøres i dag.

Som et alternativ til mål- og resultatstyring blir ofte tillitsbasert styring framhevet. I et tillitsbasert system vil man ha mindre behov for rapportering, og dermed frigjøre ressurser til pasientbehandling. Utvalget peker på dilemmaet som ligger i ønsket om større tillit nedover i systemet på den ene siden, og et ønske om sterkere politisk styring på den andre siden. Det kan også ligge en spenning mellom ønsket om mindre rapportering og dokumentasjon på den ene siden og forvalt-

ningsmessige prinsipper som likebehandling, etterprøvnbarhet og kontroll på den andre siden.

SKDE har på oppdrag fra utvalget, vurdert bruk og kvalitet for utvalgte helsetjenester og hvordan variasjon har endret seg over tid (jf. kapittel 4). Deres analyser viser at det både er store og uforklarte geografiske variasjoner i bruken av helsetjenester og at det er fremdeles et til dels betydelig omfang av tjenester med liten eller ingen nytte. Utvalget mener denne typen informasjon bør hentes inn regelmessig og benyttes i styringen av helseforetakene.

Utvalget vil også peke på klinisk fagrevisjon som en arbeidsmetodikk som kan bidra til å standardisere pasientbehandlingen i tråd med beste praksis. Legeforeningen har blant annet pekt på dette i innspill til utvalget. Norsk sykepleierforbund har pekt på at et flertall av sykepleierledere i større grad ønsker å bli målt på kvalitet. Klinisk fagrevisjon er også uttrykt som et mål i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Kliniske fagrevisjoner kan supplere og i noen grad erstatte rapportering på kvalitetsindikatorer. Klinisk fagrevisjon vil blant annet kunne bidra til å redusere uønsket variasjon og overbehandling, og forbedre kvaliteten i behandlingen.

## 9.4 Utvalgets forslag

Utvalget har i punkt 9.2 omtalt flere drivkrefter som initierer nye indikatorer og rapportering i spesialisthelsetjenesten. Dette kommer i tillegg til kravene til dokumentasjon av den kliniske virksomheten som skal sikre faglig forsvarlighet, samt systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, som utvalget har omtalt innledningsvis.

Klinisk personell skal dokumentere pasientmøtene i sykehusets elektroniske IKT-fagsystemer. Det kan være mer enn 100 forskjellige systemer i ett helseforetak, eksempelvis IKT-system for laboratoriefag, radiologi, kurve og medikasjon<sup>6</sup> og pasientjournal. Det primære formålet er klinisk; å dokumentere og sikre best mulig diagnostikk, behandling og oppfølging i pasientens møte med ett helsepersonell, i forløp mellom forskjellige helsepersonell og avdelinger, eller andre nivåer av helsetjenesten (samhandling).

<sup>6</sup> Den elektroniske kurve- og medikasjonsløsningen gir alle behandlere en samlet oversikt over observasjoner og målinger for enkeltpasienter, for eksempel puls, temperatur, blodtrykk, væskebalanse, medisindoser, infusjoner og laboratorieresvar. Løsningen understøtter også klinisk arbeidsflyt og gir oversikt over aktuelle arbeidsoppgaver.

Data fra pasientarbeidet brukes også til sekundære formål som kvalitetsarbeid, virksomhetsoppfølging og finansiering.

Bruk av IKT-verktøy for diagnose, behandling og dokumentasjon er en integrert del av klinisk arbeid, og det må være et mål at klinikere oppfatter det slik. En forutsetning er at IKT-verktøyene er enkle og relevante. Klinikere må oppleve at de skriver eller registrerer er nyttig for det enkelte pasientmøtet. Hvis verktøyene er tungvinte og skaper plunder og heft, fordi de har dårlig funksjonalitet eller krever registrering av data som oppleves lite relevante i det kliniske arbeidet, vil aktiviteten kunne oppleves som arbeid som tar legen vekk fra pasientene. Norske sykehusleger rapporterer betydelig nedgang i tid til pasientarbeid (Rosta og Aasland, 2016). Frustrasjon og utbrenthet blant helsepersonell er et økende problem (Rambøll, 2018), og særlig amerikansk forskning dokumenterer at samspillet helsepersonell – IKT-løsning spiller en stor rolle. IKT-løsninger kan bidra til oppgaveglidning, eksempelvis ved at oppgaver som kunne utføres av merkantilt personell må løses av leger.

Utvalget mener at en stor del av misnøyen som uttrykkes fra klinikere om mål- og resultatstyringens plass, handler om funksjonaliteten i IKT-løsninger og føring av data som kunne vært hentet automatisk eller ført av merkantilt personell. Helsepersonell må slippe å registrere samme data inn på forskjellige systemer. Funksjonaliteten til systemene må først og fremst understøtte det kliniske arbeidet. Andre formål må i størst mulig grad oppfylles med automatiske uttrekk fra informasjon som allerede er lagt inn. Et mål om automatiske uttrekk forutsetter at data i større grad må legges inn som standardisert tekst eller koder. Det er viktig å finne den rette balansen mellom strukturerte data og fritekst, slik at kliniske behov i det enkelte pasientmøtet kan dekkes.

Utvalget viser i denne sammenheng også til Helsepersonellkommissjonen:

«Det er en rekke oppgaver knyttet til rapportering, informasjonsinnhenting, dokumentasjon og logistikk, der brukere og pasienter ikke er direkte berørt. Slike oppgaver kan og bør automatiseres og effektiviseres i størst mulig grad, og innenfor de mulighetene og begrensningene som ligger i teknologiske løsninger for formålet. Helse- og omsorgstjenesten er arbeidsintensiv og svært mange av oppgavene er relasjonelle. Når den menneskelige faktoren er en viktig del av arbeidsoppgavene, eller en verdifull bieffekt av dem, så bør ulempene for

personellet og de berørte ved å automatisere dem, veies opp mot fordelene.»

Kilde: NOU 2023: 4 (12.5.2)

Utvalget støtter forslaget fra de regionale helseforetakene om forbedringer i arbeidet med de nasjonale kvalitetsindikatorene, blant annet at det bør gjennomføres en årlig gjennomgang av disse.

Utvalget har valgt ikke å komme med konkrete forslag til indikatorer som skal utgå, men foreslår at alle aktører gjør en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering. Et viktig prinsipp for en slik gjennomgang bør være å finne indikatorer som reflekterer helsetjenestens mål og som i størst mulig grad kan aggregeres ut fra informasjon som blir rapportert i etablerte registre (NPR, nasjonale medisinske kvalitetsregistre mv.). Utvalget foreslår at det regelmessig, for eksempel hvert andre år, blir gjort en systematisk gjennomgang med sikte på å avvikle rapportering som ikke er nødvendig eller der nytten ikke står i forhold til ressursbruken.

Utvalget viser til arbeidet med tillitsreformen og understreker at departementene og andre statlige myndigheter bør ha stor bevissthet om å

unngå nye krav som innebærer unødvendig rapportering. Utvalget mener at når det blir innført rapportering på nye indikatorer, må det være systematikk for å gjøre en vurdering av de eksisterende indikatorene på området, med sikte på å redusere det totale omfanget.

Utvalget mener det må innføres klinisk fagrevisjon slik det ble vedtatt ved behandling av Nasjonal helse og sykehusplan 2016–2019, hva er og hvordan oppnå god faglig praksis. Klinisk fagrevisjon kan være 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. Gjennom klinisk fagrevisjon kartlegges graden av samsvar mellom virksomhetens rutiner og praksis, og definerte krav. Kravene vil for eksempel foreligge i prosedyrer, standarder bedriftsinterne krav og offentlig regelverk. Et annet formål med revisjon er å bidra til forbedring og videreutvikling av virksomheten. Revisjoner innen spesialisthelsetjenesten kan gjøres målrettet med utgangspunkt i virksomhetens resultater i for eksempel medisinske kvalitetsregistre og helseatlas.

## Kapittel 10

# Lederstillinger og lederstruktur

Det framgår av punkt sju i mandatet at utvalget skal 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.

### 10.1 Bakgrunn

Sykehusene er komplekse virksomheter med høyt spesialisert personell og et stort antall profesjoner. Ledelse i og av sykehus preges av dette. De fleste helseforetakene består av flere sykehus og annen spesialisthelsetjeneste, ofte spredt på ulike geografiske steder. Organiseringen av den kliniske virksomheten i sykehusene følger som oftest de medisinske spesialitetene, men inneholder også tverrgående funksjoner og tjenester.

For å svare ut dette punktet i mandatet har utvalget fått gjennomført en kartlegging av lederstillinger og ledernivåer i helseforetakene (Kjekshus, 2022). Med utgangspunkt i kartleggingen har utvalget vurdert aktuelle regelverk og tiltak som kan bidra til hensiktsmessig lederstruktur. I sin forståelse legger utvalget til grunn at lederstrukturen i sykehusene bør understøtte sentrale helsepolitiske målsettinger.

### 10.2 Krav til ledelse i sykehus

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 slår fast at:

«Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.»

Formålet med bestemmelsen er å sørge for at sykehusene etablerer klare ansvarslinjer og ansvarsforhold for ledere på alle nivåer i organisa-

sjonen, og at virksomheten er rettet inn på å løse sykehusenes lovpålagte oppgaver. Kravet må også ses opp mot plikten i § 2-2 om at helsetjenester skal være forsvarlige. For hver organisatorisk enhet i sykehuset skal det etter § 3-9, være én leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. Typiske organisatoriske enheter i sykehuset er klinikker, divisjoner, avdelinger, seksjoner mv. Den øverste lederen i sykehuset har det overordnede administrative og faglige ansvaret for sykehusets virksomhet. Helsepersonell har plikt til forsvarlig yrkesutøvelse, jf. helsepersonelloven § 4.

Det ble lovfestet krav til at det skal være en ansvarlig leder på alle nivåer i sykehus for å tydeliggjøre krav og ansvar, samt å komme bort fra delte ledelsesmodeller, som tidligere var utbredt og anvendt i sykehusene.

Sykehusenes hovedoppgaver er å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende (jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8). Det er ledelsens ansvar å sørge for at alle deler av virksomheten er rettet inn mot å ivareta disse oppgavene på en god måte.

Rundskriv I-2/2013 *Lederansvaret i sykehus* tydeliggjør ansvaret som ledere på alle nivåer har for den helsefaglige virksomheten i sykehuset ved å utdype aktuelle bestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven. Rundskrivet slår fast at daglig leder i helseforetaket står relativt fritt når det gjelder intern organisering i sykehuset. Organiseringen av virksomheten må ivareta kravene til forsvarlig drift som er fastsatt i lov og forskrift. Ledelsen har ansvar for å sikre at sykehusets ressurser brukes riktig og for å sikre god prioritering av ressurser på tvers av sykehusets avdelinger, klinikker og pasientgrupper. Helsepersonell har plikt til å varsle dersom de mener instruksjonene medfører uforsvarlig virksomhet.

*Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (2016) omhandler hvor-

dan kravene til internkontroll, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet skal etterleves.

I Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019 ble stedlig ledelse løftet fram.<sup>1</sup> Stedlig ledelse ble ansett å være et viktig prinsipp. Komiteens flertall fremmet følgende forslag som fikk tilslutning fra flertallet i Stortinget:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaks- møtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»

Helse- og omsorgsdepartementet fulgte opp vedtaket i foretaksmøte med de regionale helseforetakene 4. mai 2016 med følgende ordlyd:

«Foretaksmøtet viste til at oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid mellom sykehus og faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: «Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»

Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen, jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner.»

Kvinnsland-utvalget (NOU 2016: 25) viste også til Stortingets vedtak og oppfølgingen av dette i foretaksmøtet. Utvalget mente at argumentene for og

mot stedlig ledelse kan ha ulik vekt på de ulike organisatoriske nivåene:

«Stedlig ledelse framheves som spesielt viktig for å oppnå god ledelse av helsepersonell nær pasientbehandlingen, og de aller fleste sykehus har stedlig ledelse på førstelinjenivået. Et sentralt spørsmål er om stedlig ledelse også skal gjelde for nivåene over seksjons- eller enhetsnivået, og i så tilfelle om det skal være på avdelings- eller klinikknivå. Det er gode grunner for å hevde at jo lengre opp i organisasjonsstrukturen en kommer, jo mindre er behovet for at ledelsen er fysisk til stede for de direkte underordnede medarbeiderne. De fleste pasientforløp krever imidlertid at flere enheter/avdelinger samhandler. Dette krever koordinering.»

Kvinnsland-utvalget viste til at spørsmålet om stedlig ledelse er et stadig tilbakevendende tema i den politiske debatten, og at det mangler dokumentert kunnskap om effekter av ulike organisasjons- og ledelsesmodeller.

I Hurdalsplattformen er det slått fast at man skal sikre stedlig ledelse i sykehusene, og på denne bakgrunn ble de regionale helseforetakene i foretaksmøte i januar 2022 bedt om å:

«... vise hvordan dette er ivare tatt innenfor lovens krav til enhetlig ledelse, jf. også rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene redegjøre for hvordan de ulike virksomhetene i regionen er organisert for å ivareta prinsippet om stedlig ledelse. Dette skal gå fram av årlig melding for 2022.»

### 10.3 Skriftlige innspill til utvalget

I innspill som utvalget har mottatt, er det først og fremst arbeidstakerorganisasjonene som har omtalt ledelse. Flere trekker fram viktigheten av at ledere i sykehus må ha rammevilkår og ressurser til å kunne utøve god ledelse som bidrar til god bruk av medarbeideres kompetanse. Noen er opptatt av behovet for å styrke ledelse på klinisk nivå og at ledere må ha tilstrekkelig tilgang til stab og støttefunksjoner. Flere vektlegger behov for tverrfaglig fokus og at helhetlige og bærekraftige helsetjenester fordrer stedlig ledelse.

Akademikerne peker på at det er for mange lederlag i sykehusene, og at utvalget bør se på hvordan avstanden mellom beslutningsnivå og oppgaveløsning/pasientbehandling kan reduse-

<sup>1</sup> Se Innst. 206 S (2015–2016)



res. Legeforeningen viser i sitt innspill til at dagens organisering på store sykehus skaper lange beslutningslinjer og fører til at informasjon «siles» oppover i lederlinjen. Dette mener de bidrar til en ovenfra-og-ned-styring som i for liten grad tilrettelegger for møtet mellom behandler og pasient. De peker videre på behov for å styrke den lokale sykehusledelsens innflytelse og redusere antall ledernivåer. Norsk sykepleierforbund peker også på at ledelse på pasientnære nivå må styrkes, og viktigheten av at ansvar og beslutningsmyndighet må henge sammen. YS og Delta mener det er viktig at ledere har rammevilkår og ressurser til å kunne utøve god ledelse, i form av hensiktsmessig lederspenn og stedlig ledelse. UNIO peker også på stedlig ledelse og at lederstillinger på alle nivå må ha et tverrfaglig perspektiv. Spekter viser til at organisering av virksomheten gjøres best av lederne for virksomheten. Dette berører også de alminnelige medbestemmelsesordningene som framgår blant annet i hovedavtalen.

## 10.4 Kartlegging av lederstillinger og ledernivå

Utvalget har fått gjennomført en kartlegging av antall lederstillinger og ledernivå i regi av professor Lars Erik Kjekshus ved Universitetet i Oslo. Kartleggingen belyser antall *ledernivå*, *størrelsen på lederspenn* og *graden av stedlig ledelse*. I tillegg har utvalget ønsket å danne seg et visst bilde av *graden av profesjonsheterogenitet* i ulike organisatoriske enheter.

### 10.4.1 Virksomhetsstørrelse og ledernivå

Kartleggingen omfattet de 20 helseforetakene som har pasientbehandling (tabell 10.1). Det er store forskjeller i størrelsen på foretakene, fra Sunnas sykehus med 771 ansatte til Oslo Universitetssykehus med 22 729 ansatte.

Samlet er det over 7 500 ledere ved helseforetakene og i gjennomsnitt leder hver leder 26 ansatte. Det er variasjon i antall ansatte per leder; fra Helse Fonna med 17 ansatte per leder til Syke-

Tabell 10.1 Oversikt over helseforetak, antall ansatte, antall ledere, ledernivå, sortert etter antall ansatte (Kartlegging gjennomført 2. halvår 2022).

Helseforetak	Antall ansatte	Antall ledere	Antall ledernivå
Oslo universitetssykehus	22 729	1 054	6
Helse Bergen	13 953	513	5
St. Olavs hospital	11 427	415	4
Akershus universitetssykehus	11 127	409	6
Vestre Viken	10 211	363	5
Universitetssykehuset Nord-Norge	9 093	349	4
Sykehuset Innlandet	8 947	316	4
Helse Stavanger	8 332	347	4
Sørlandet sykehus	7 498	248	5
Sykehuset Østfold	7 151	211	4
Helse Møre og Romsdal	5 853	212	4
Sykehuset i Vestfold	5 419	194	4
Nordlandssykehuset	5 141	197	5
Helse Fonna	4 155	247	4
Sykehuset Telemark	3 958	146	4
Helse Nord-Trøndelag	3 328	168	4
Helse Førde	3 107	160	5
Finnmarkssykehuset	2 427	130	4
Helgelandssykehuset	2 123	105	4
Sunnaas sykehus	771	28	4

huset Østfold som har 34 ansatte per leder. Samtidig viser tallmaterialet at det også er stor variasjon i lederspenn innad i foretakene. Antall ledernivåer varierer mellom fire og seks, uten at det synes å være noen entydig sammenheng mellom størrelsen på virksomheten og antall ledernivåer.

#### 10.4.2 Horisontalt lederspenn, virksomhetsstørrelse

Et inntrykk av det horisontale lederspennet fås ved å se på størrelsen på enhetene på laveste ledernivå (tabell 10.2 og figur 10.1).

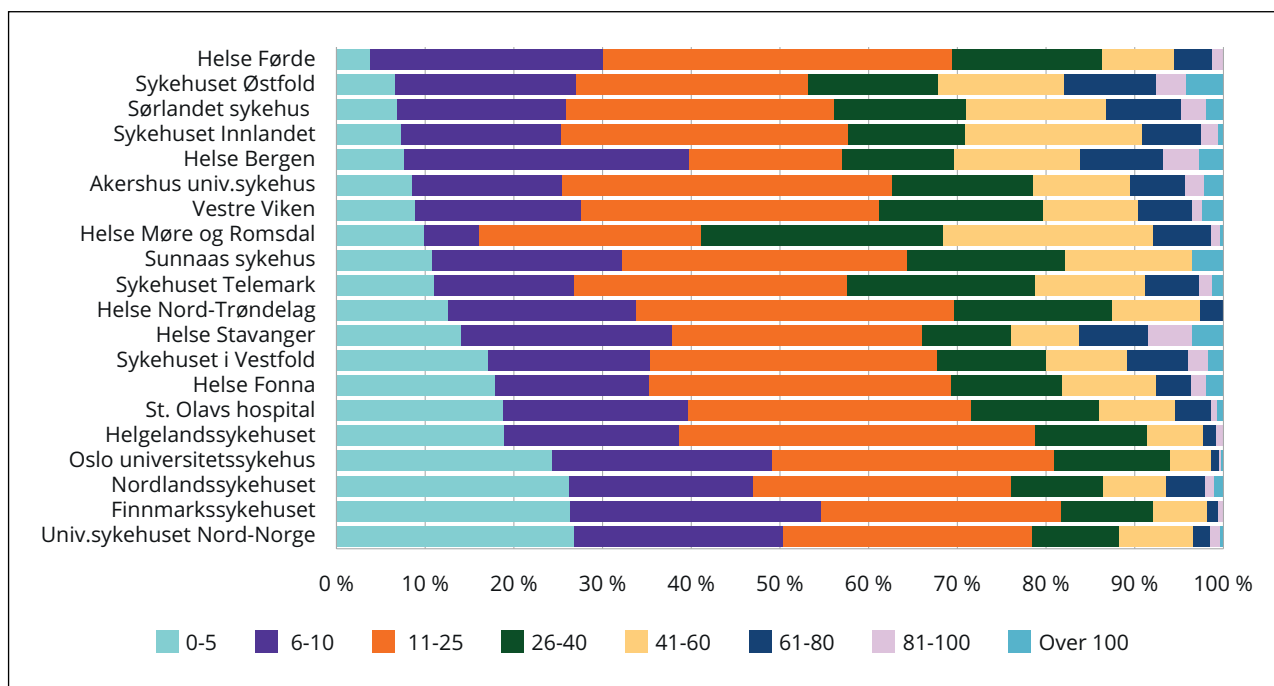
De fleste enhetene har færre enn 25 ansatte, men det er stor variasjon mellom helseforetakene. Noen helseforetak har langt flere enn 25 ansatte per enhet.

#### 10.4.3 Horisontalt lederspenn, stillingsgruppesammensetning

Horisontalt lederspenn handler ikke bare om antall ansatte, men også antall fag- og stillingsgrupper. I kartleggingen er det skilt mellom lege, psykolog, sykepleier, annen helsefaglig bakgrunn, administrasjon/drift og forskning. Dersom en av

Tabell 10.2 Horisontalt lederspenn, enhetsstørrelse på laveste ledernivå fordelt på helseforetak, antall ansatte per enhet. Sortert etter antall ansatte.

Helseforetak	Antall ansatte	Antall enheter	Antall ansatte per enhet:							over 100
			0–5	6–10	11–25	26–40	41–60	61–80	81–100	
Oslo universitets-sykehus	22 729	1 421	346	351	452	186	65	14	3	4
Helse Bergen	13 953	395	30	127	68	50	56	37	16	11
St. Olavs hospital	11 427	505	95	105	161	73	43	21	3	4
Akershus universitets-sykehus	11 127	409	35	69	152	65	45	25	9	9
Vestre Viken	10 211	363	32	68	122	67	39	22	4	9
Universitetssykehuset Nord-Norge	9 093	545	146	128	153	54	45	11	6	2
Sykehuset Innlandet	8 947	316	23	57	102	42	63	21	6	2
Helse Stavanger	8 332	362	51	86	102	36	28	28	18	13
Sørlandet sykehus	7 498	248	17	47	75	37	39	21	7	5
Sykehuset Østfold	7 151	211	14	43	55	31	30	22	7	9
Helse Møre og Romsdal	5 853	212	21	13	53	58	50	14	2	1
Sykehuset i Vestfold	5 419	275	47	50	89	34	25	19	6	5
Nordlandssykehuset	5 141	279	73	58	81	29	20	12	3	3
Helse Fonna	4 155	247	44	43	84	31	26	10	4	5
Sykehuset Telemark	3 958	146	16	23	45	31	18	9	2	2
Helse Nord-Trøndelag	3 328	151	19	32	54	27	15	4	0	0
Helse Førde	3 107	160	6	42	63	27	13	7	2	0
Finnmarkssykehuset	2 427	163	43	46	44	17	10	2	1	0
Helgelandssykehuset	2 123	127	24	25	51	16	8	2	1	0
Sunnaas sykehus	771	28	3	6	9	5	4	0	0	1



Figur 10.1 Prosentvis fordeling av antall ansatte per enhet

Kilde: Figur er tilpasset fra L. E. Kjekshus' notat til Sykehusutvalget.

kategoriene har en andel på over 80 pst. av de ansatte i enhetene, benevnes enheten som homogen. Enheter med lavere andel enn 80 pst. fra samme fag-/stillingsgruppe, benevnes som heterogen. I notatet fra kartleggingen er det pekt på at legene er faggruppen som i størst grad er organisert i egne fagenheter i forhold til andelen ansatte. Sykepleiere er den største gruppen ansatte. Sykepleiere er ofte organisert i egne fag-/sykepleieenheter som kan være om lag fire ganger så store som legeenhetene.

En enhet med mer enn 80 pst. leger vil beskrives som «hovedsakelig lege» osv. Figur 10.2 viser fordelingen mellom heterogene enheter og ulike typer homogene enheter på det laveste ledernivået i de enkelte helseforetakene.

Andelen heterogene enheter utgjør mellom halvparten og en tredjedel av enhetene ved helseforetakene. Det vil si at over halvparten av alle enhetene på laveste ledernivå hovedsakelig består av en homogen stillingsgruppe. Koordineringen av disse fag- og stillingsgruppene foregår da på ledernivåene over. Som regel vil dette være avdelingsledernivået.

Fra tidligere undersøkelser er det kjent at det er et skille mellom hvordan somatikk og psykisk helsevern organiserer virksomheten. Somatikk er organisatorisk oftere inndelt i homogene enheter. Det vises også i oversikten at relativt få enheter

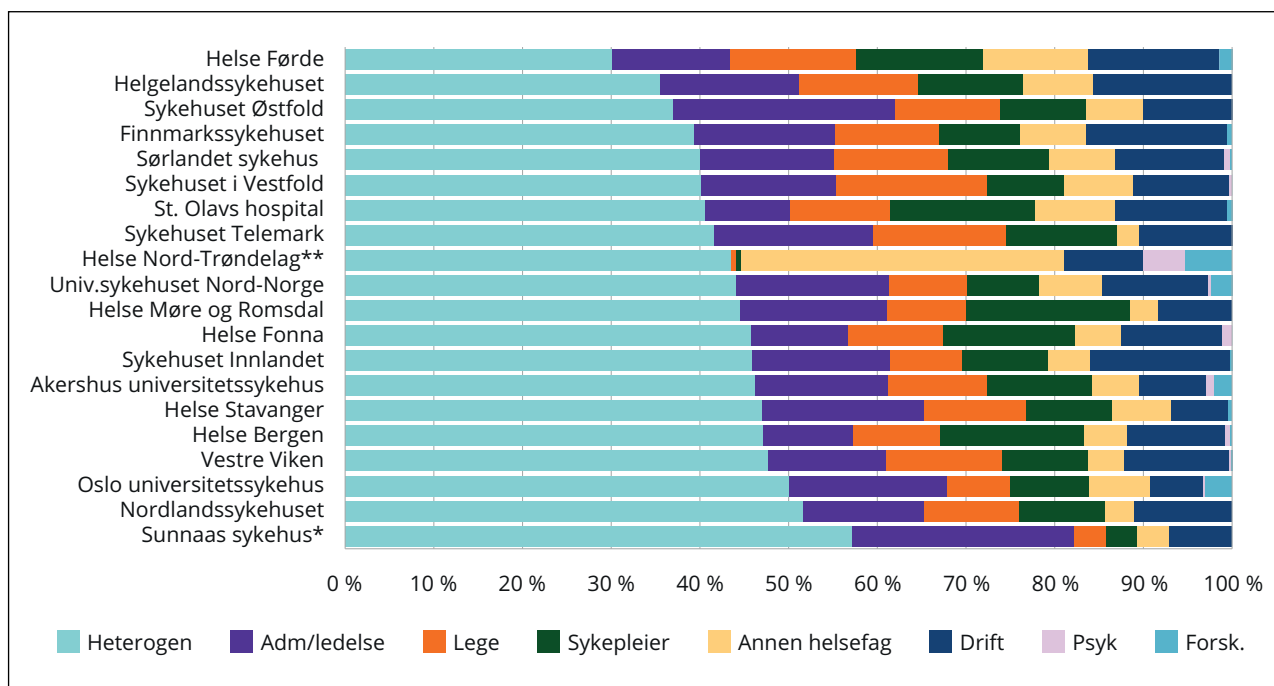
organiserer psykologer, og disse inngår i større omfang i tverrfaglige enheter.

#### 10.4.4 Stedlig ledelse og geografisk lederspenn

De fleste helseforetak har behandlingsvirksomhet på flere steder. Lederspenn kan da også omfatte ledelse på tvers av geografiske enheter.

Det er ikke entydig gitt hvordan stedlig ledelse skal oppfattes og tolkes, og på hvilket ledernivå stedlig ledelse skal utøves.<sup>2</sup> I denne kartleggingen er «steder» knyttet til sykehusområde, slik disse omtales på de regionale helseforetakenes hjemmesider. Sykehusområder er knyttet til de fysiske bygningene som er samlokalisert på et område. For eksempel består Vestre Viken av sykehusområdene Drammen, Ringerike, Kongsberg og Bærum. Innen hvert sykehusområde kan imidlertid foretakene ha virksomheter på flere steder, eksempelvis er St. Olavs hospital registrert med 82 ulike adresser. Det innebærer at det som i kartleggingen er registrert som «stedlig

<sup>2</sup> Den mest detaljerte kartleggingen ville være å følge antall adresser som er registrert på det enkelte foretak i Brønnøysundregisteret og som ofte blir brukt ved varleveranser til foretakene. Dette ble vurdert å være for omfattende og detaljert og ville krevd et stort manuelt kodearbeid.



Figur 10.2 Horisontalt lederspenn, stillingsgruppeheterogenitet fordelt på laveste nivå. Sortert etter andel heterogene enheter.

\* Her ble det rapportert om 28 heterogene enheter, men ble redaksjonelt korrigert til 16 ved å trekke fra de 12 homogene enheter fra det totale antallet enheter på 28.

\*\* Kategorien annen helsefag virker unormalt høy og kan skyldes feilregistrering hvor også leger og sykepleiere inngår i denne kategorien ved Helse Nord Trøndelag.

Kilde: Figur er tilpasset fra L. E. Kjekshus' notat til Sykehusutvalget.

ledelse» kan være ledelse på tvers av fysiske plasseringer innen et sykehusområde.

Alle helseforetakene som har virksomhet på flere sykehusområder, vil ha en administrerende direktør (ledernivå 1) som er leder for flere sykehusområder/behandlingssteder, og dermed ikke stedlig leder. I denne kartleggingen er det sett på hvilket ledernivå lederne kun leder virksomheter innen sykehusområdet. Det er skilt mellom nivå 2 «klinikk», nivå 3 «avdeling», nivå 4 «seksjon» og nivå 5 «enhet».

Alle helseforetakene har stedlig ledelse på nivå 5 (enhetsledere) og de fleste har også dette på nivå 4 (seksjonsledere). Den store forskjellen mellom helseforetakene er på nivå 3 (avdelingsledere).

Figur 10.3 viser alle helseforetakene som har virksomhet på to eller flere sykehusområder. Helseforetakene er sortert etter andel stedlig ledelse på nivå 3.

Tabell 10.3 Oversikt over forkortelser brukt i tabell 10.4.

Områder	Antall sykehusområder tilknyttet helseforetaket
Nivå 2–5	Antall lederstillinger på nivå 2 (klinikkledere), Nivå 3 (avdelingsledere), Nivå 4 (seksjonsledere), Nivå 5 (enhetsledere)
Sum	Antall ledere på ledernivået
Flere områder	Hvor mange av disse er ledere på flere lokalisasjoner (sykehusområder)
Andel stedlig	Hvor mange prosent har stedlig ledelse (leder for kun ett sykehusområde)

Tabell 10.4 Geografisk lederspenn fordelt på ledernivå. Sortert etter andel med stedlig ledelse på nivå 3 Avdelingsleder.

Helseforetak/ (Områder)	Nivå 2 Klinikkleder			Nivå 3 Avd.leder			Nivå 4 Seksjonsleder			Nivå 5 Enhetsleder		
	Sum	Flere omr.	Andel stedlig	Sum	Flere omr.	Andel stedlig	Sum	Flere omr.	Andel stedlig	Sum	Flere omr.	Andel stedlig
Helse Møre og Romsdal (4)	8	6	25 %	31	25	19 %	180	29	84 %	0	0	-
Oslo univ. sykehus (4)	17	17	0 %	157	66	58 %	683	80	88 %	540	6	99 %
Finnmarkssykehuset (2)	11	5	55 %	36	13	64 %	82	1	99 %	0	0	-
Sykehuset Telemark (3)	12	8	33 %	39	13	67 %	116	0	100 %	0	0	-
Sykehuset Innlandet (5)	13	10	23 %	61	19	69 %	261	29	89 %	9	9	0 %
Helse Førde (4)	15	5	67 %	32	10	69 %	73	2	97 %	17	0	100 %
Sykehuset Østfold (2)	16	9	44 %	50	15	70 %	163	0	100 %	0	0	-
Sørlandet sykehus (3)	12	10	17 %	50	14	72 %	193	26	87 %	20	13	35 %
Helgelandssykehuset (3)	7	7	0 %	19	5	74 %	70	6	91 %	0	0	-
Nordlandssykehuset (3)	15	5	67 %	57	12	79 %	108	3	97 %	16	0	100 %
Vestre Viken (4)	14	5	64 %	67	8	88 %	240	11	95 %	13	0	100 %
Akershus univ. sykehus (3)	14	9	36 %	89	11	88 %	255	8	97 %	76	0	100 %
St. Olavs hospital (3)	22	17	23 %	121	11	91 %	325	9	97 %	6	0	100 %
Helse Fonna (3)	11	3	73 %	56	4	93 %	179	0	100 %	0	0	-
Univ. sykehuset Nord-Norge (3)	20	20	0 %	88	0	100 %	174	0	100 %	66	0	100 %
Helse Nord-Trøndelag (2) <sup>1</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Helse Bergen (1) <sup>2</sup>	28	11	61 %	404	-	-	-	-	-	-	-	-
Helse Stavanger (1)	17	0	100 %	76	0	100 %	253	0	100 %	0	0	-
Sykehuset i Vestfold (1)	8	1	88 %	27	1	96 %	158	1	99 %	0	0	-
Sunnaas sykehus (1)	8	2	75 %	21	1	95 %	2	0	100 %	0	0	-

<sup>1</sup> Helse Nord-Trøndelag har ikke levert data

<sup>2</sup> Helse Bergen har ett hovedbehandlingssted i tillegg til flere mindre steder. Det laveste ledelsesnivå som er rapportert er nivå 3. Det rapporteres at de aller fleste av disse er stedlige ledere.

## 10.5 Utvalgets vurderinger og forslag

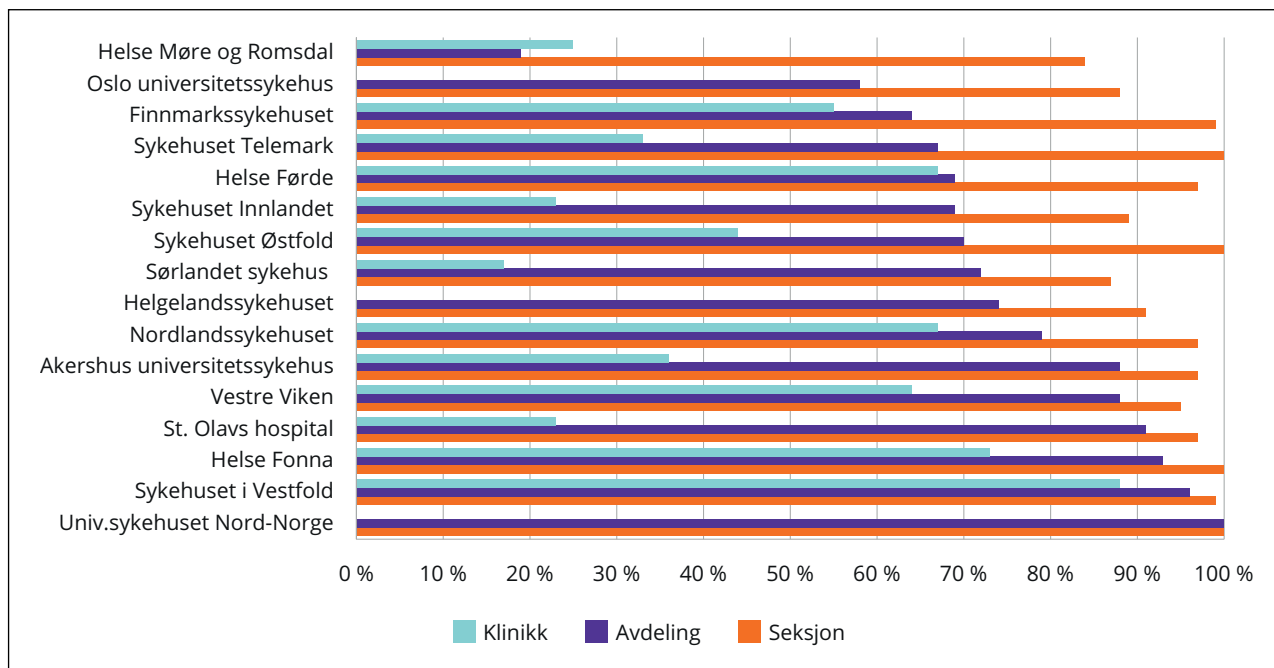
Utvalget tar utgangspunkt i at det må tas hensyn til flere ulike prinsipper og reguleringer ved organisering av ledelse ved norske sykehus, jf. punkt 10.2. Det er også flere dilemmaer som gjør seg gjeldende. Et første dilemma følger av et samtidig ønske om korte lederlinjer og begrenset lederspenn for den enkelte leder. Men jo mindre lederspenn er, jo flere ledernivå vil være nødvendig. Både mange lederlag og store lederspenn er framhevet som problematisk i innspill til utvalget. Et annet dilemma berører ønsket om enhetlig fagledelse og samtidig behov for ledelse og koordinering på tvers av ulike fag- og personellgrupper.

Dette gir seg også uttrykk i ønsket om stedlig ledelse og behov for felles koordinerende ledelse på tvers av bygg og steder gjennom ulike former for tverrgående klinikker og enheter.

Utvalget har gjennom kartleggingen hatt særskilt oppmerksomhet på fire forhold: antall ledernivåer, størrelsen på lederspennet (antall medarbeidere den enkelte leder har ansvar for), bredden i lederspennet (faglig homogenitet eller heterogenitet) og stedlig ledelse.

### Ledernivåer

Med hensyn til *ledernivåer* har kartleggingen avdekket en viss variasjon med et spenn mellom



Figur 10.3 Foretak med virksomhet på flere sykehusområder og andelen ledere med stedlig ledelse

Kilde: Figur er tilpasset fra L. E. Kjekshus' notat til Sykehusutvalget.

fire og seks nivåer, som dels reflekterer helseforetakenes størrelse og organisering. Utvalget ser at lange beslutningslinjer og mange lederlag i organisasjoner kan være en utfordring.

#### Lederspenn – antall personer

Svært mange ledere har store lederspenn med hensyn til *antall personer* de har lederansvar for. I utgangspunktet vurderer utvalget at nærhet til egen leder er en viktig og ønsket kvalitet ved enhver organisasjon og arbeidsplass. Dette innebærer at lederspenn ideelt sett helst ikke bør være for stort, og at leder bør være tilgjengelig for sine medarbeidere. Samtidig er det en kjensgjerning at sykehusene i likhet med øvrig helsetjeneste, kjennetegnes av nettopp store lederspenn hvor den enkelte leder kan ha ansvar for svært mange medarbeidere. Eksempelvis er sykepleiere ofte organisert i store enheter. 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.

#### Lederspenn – profesjoner

*Lederspenn med hensyn til profesjoner* er komplekst i sykehusene med ulike fag- og personellgrupper som skal koordineres på tvers. Behovet for å koordinere på tvers av faggrupper og geo-

grafisk plassering har også ført til at enkelte avdelinger og seksjoner kan ha et mer uformelt delt lederskap med utgangspunkt i profesjoner og geografiske steder. Ledere vil da kunne ha behov for å knytte til seg lederstøtte eller fagledere som i større grad ivaretar fagkompleksiteten. Som det går fram av kartleggingen, har mange sykehus organisert rene fagenheter, hvor om lag halvparten av seksjonene ved helseforetakene er oppdelt etter ulike stillingsgrupper.

#### Stedlig ledelse

Kartleggingen har avdekket at det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til *stedlig ledelse*. Mange helseforetak har valgt løsninger med organisering i ulike former for tverrgående klinikker og enheter på tvers av geografi. Tverrgående klinikker og enheter gir muligheter for faglig samarbeid og oppgaveløsning på tvers.

Innenfor et system med geografisk tverrgående enheter, vil en ordning med stedlig ledelse kunne være utfordrende å etablere samtidig som kravet om enhetlig ledelse og tydelige lederlinjer skal ivaretas. Dette vil særlig kunne gjelde på avdeling- og klinikknivå.

Utvalget har observert at det synes å være noe ulike oppfatninger av hva som ligger i og forventes av stedlig ledelse. Skulle dette tolkes bokstavelig på enhetsnivå, ville antall ledere mangedobles, noe som neppe vil være en gunstig eller ønsket

utvikling. Utvalget vil også påpeke at valgt organisering reflekterer at det er store forskjeller på ansvarsområder og oppgaver knyttet til de ulike ledernivåene, avhengig av størrelsen på helseforetaket. En avdelingsleder ved de største helseforetakene vil kunne være leder for like mange ansatte som en direktør ved et av de mindre helseforetakene.

Etter utvalgets vurdering må det legges til rette for å ivareta kvalitetene i prinsippet om nærhet til egen leder, uavhengig av overordnet struktur. Det er også viktig at ledere samarbeider godt både i egen og på tvers av lederlinjer. I tillegg må noen ha fullmakter til å ivareta driften lokalt ved de ulike geografiske stedene. Dette omfatter blant annet fellesfunksjoner mellom klinikker og fagområder og kommunikasjon med kommunene og andre samarbeidspartnere. Flere helseforetak har erfaring med denne type organisering.

Utvalget mener at foretakene bør ha et betydelig handlingsrom for å få på plass gode strukturer for lokal ledelse. Det viktige er at det er gode lokale beslutningsprosesser om delegering av oppgaver og at det er en tydelig fullmaktstruktur.

Utvalget vil understreke kompleksiteten i ledelse av sykehus og at det ikke kan beskrives én riktig måte å organisere og lede ulike sykehusvirksomheter på.

#### Vurdering av eksisterende regelverk

Etter utvalgets vurdering bør dagens krav til enhetlig ledelse i sykehusene videreføres. Begrunnelsen som ble gitt ved innføring av det lovbestemte kravet om enhetlig ledelse, er fortsatt relevant.

Selv om reguleringen griper inn i helseforetakenes og sykehusenes autonomi, synes det derfor fremdeles både å være hensiktsmessig og behov for å beholde bestemmelsen for å sikre klare ansvarsforhold. Utvalget viser til sine vurderinger knyttet til helseforetakenes autonomi i kapittel 5. Utvalget viser også til helseforetaksloven § 28 første ledd, som fastslår at «forvaltningen av foretaket hører under styret som har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet».

Det bør legges til grunn en vid forståelse av kravet om enhetlig ledelse for å ivareta helseforetakenes autonomi. Hvordan man for eksempel definerer, bemanner og organiserer en enhet, er opp til det enkelte helseforetaket å bestemme. Utvalget vurderer at bruk av tverrgående organisering, koordinatorene, matriseorganisering og etablering av team mv. ikke er i strid med prinsippet

om enhetlig ledelse. Tvert imot vil det ved dagens store sykehus være nødvendig å ha omfattende kontakt, både formell og uformell, på tvers av geografiske plasseringer og faggrupper, for å kunne ivareta både gode pasienttilbud og ledelse av ansatte. Det er naturlig at ledelsesstrukturer reflekterer geografi, funksjonsfordeling og virksomhetenes ulike ansvarsområder og størrelse. Det kan også være ulike organisatoriske behov i ulike utviklingsfaser i helseforetakene, eksempelvis relatert til funksjons- og oppgavefordeling, sammenslåinger, utbyggingsprosjekter og OU-prosesser.

Det synes imidlertid viktig å beskrive og dokumentere organisasjonskart hvor det går fram hva som er den formelle linjeledelsen. Utvalget viser til rundskrivet om lederansvaret i sykehus hvor det er slått fast at alle ansatte skal vite hvem som er deres nærmeste leder. Helseforetakene må klargjøre hvilke fullmakter den enkelte leder har. Her vises det og til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 hvor det framgår at styringssystemet skal gjennomgås årlig.

Utvalget mener det ikke er behov for ytterlige reguleringer i lov eller forskrift. Det må finnes gode løsninger lokalt for å ivareta kravene som er stilt til å etablere stedlig ledelse som hovedregel. Hensynet til lokale forhold og helseforetakenes autonomi tilsier at man bør unngå unødvendige og rigide lovreguleringer som gjelder organisatoriske spørsmål.

#### Ledelse i team og behov for å beholde personell og ledere

Helseforetakene er under stadig utvikling også organisatorisk, og det pågår ulike former for organisasjonsutviklings- og endringsprosesser. Fagene og behandlingstilbudene utvikles også. For eksempel er det etablert enheter som eies av flere helseforetak sammen, og enkelte personellgrupper har fleksible ambulerende ansettelses-/arbeidsforhold mellom sykehus. I likhet med trender og utviklingstrekk i arbeidslivet for øvrig, skjer det endringer i arbeidsmåter, teamarbeid, digitalisering mv. i sykehusene.

Ut over prinsippene om *enhetlig, helhetlig* og *stedlig* ledelse, vil også ledelse i norske sykehus preges mer av *teambasert ledelse* og andre ledelsesformer. Utvalget viser til omtalen av sykehus i nettverk i kapittel 5. Sykehus i nettverk forutsetter at ledere på alle nivåer i og mellom sykehus og helseforetak samarbeider og tilrettelegger for felles visjon og målforståelse, at ressurser kan brukes på tvers og at medarbeidere og faggrupper

kan samarbeide effektivt over administrative linjer. Dette krever forståelse for organisasjonskulturer, koordinert budsjettering, kvalitetshåndtering og driftsplanlegging, felles strategiutvikling, kompetanseutvikling og konflikthåndtering. Utvalget vurderer at dette stiller krav om organisatorisk fleksibilitet som kan ta opp i seg utviklingen framfor rigide reguleringer. Samtidig må dette balanse- res mot å ivareta de behovene som prinsippene om ledelse er ment å ivareta. Det må også legges til rette for at ledere og lederteam kan samarbeide og bruke sin tid på ledelse. Ledere må støttes med effektiv stabsstøtte og tilrettelegging for at rutine- og administrative oppgaver kan bli ivaretatt av andre for å frigjøre tid til effektiv ledelse i team.

Begrenset tilgang på personell og økende og endrede kompetansebehov, gjør seg sterkt gjel- dende i spesialisthelsetjenesten. Arbeid med å rekruttere, utvikle og beholde personell, har fått større oppmerksomhet senere år. Utfordringsbil-

det er sammensatt og rekrutteringsutfordringene er ulikt fordelt (jf. Helsepersonellkommissjonen). Dette er sentrale utfordringer som krever innsats fra enhver sykehusleder. Også internasjonalt er det økt oppmerksomhet om å beholde eksis- terende personell (retensjon). Her inngår også arbeid med å utvikle ulike rammeverk som kan stimulere og bidra til medarbeideres trivsel og arbeidsglede og unngå slitasje og utbrenthet, gjerne kalt Joy in work med henvisning til ramme- verk som er utviklet rundt dette.<sup>3</sup> Gitt store ansvarsområder, lederspenn og arbeidsbelast- ning som også ledere i og av norske sykehus opp- lever, må oppmerksomhet også rettes mot å beholde dyktige og motiverte ledere og begrense turnover.

---

<sup>3</sup> Se for eksempel <https://www.ihl.org/Topics/Joy-In-Work/Pages/default.aspx> (hentet 24.02.2023).



## Kapittel 11

# Økonomiske og administrative konsekvenser

Det går fram av punkt åtte i mandatet at utvalget skal:

«Vurdere økonomiske, juridiske, administrative og samfunnsmessige konsekvenser av forslagene i tråd med kravene i Utredningsinstruksen, herunder synliggjøre konsekvenser for:

- statsrådets konstitusjonelle og politiske ansvar
- styringsstruktur, effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar
- økonomistyring og kontroll
- ressursutnyttelse og samordning mellom sykehus og andre institusjoner i spesialisthelsetjenesten og mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- pasienters, brukeres, kommunenes, den samiske befolkningens og andre berørtes innflytelse på tjenestetilbudet.»

### 11.1 Forslag knyttet til styring og ansvarsforhold

Utvalget har i kapittel 5 vurdert både punkt to og punkt fire i mandatet:

«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. (2) og

Gjennomgå ansvar og myndighet for regionale og lokale helseforetak, og tydeliggjøre hvilke beslutninger som skal avgjøres av helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte. (4)»

Utvalget forventer at endringsforslagene vil bidra til å styrke regional- og lokalpolitisk innflytelse, demokratisk legitimitet og samhandling med kommunene. Forslagene vil ikke ha konsekvenser for statsrådets konstitusjonelle og politiske ansvar.

#### Lokal og regionalpolitisk medvirkning

Utvalget foreslår å gi det enkelte helseforetak en lovpålagt plikt til å inngå avtale med kommuner og fylkeskommuner i opptaksområdet om i hvilke saker disse skal høres før helseforetakets styre fatter beslutninger. Utvalget foreslår også at helseforetak skal ha en regelmessig og mer strukturert dialog med politisk valgte representanter for kommuner og fylkeskommuner om forhold av felles interesse.

Forslaget bygger på de omfattende involveringsprosessene som helseforetakene allerede gjennomfører, men tydeliggjør prosessen fram mot beslutninger i helseforetakenes styre. Forslaget vil bidra til at folkevalgte organer på lokalt nivå blir og opplever seg hørt. Det vil også bidra til bedre forutsigbarhet og forventningsavklaring for kommunene. Beslutningene vil fremdeles vedtas innen rammene av dagens helseforetaksmodell. De prosessuelle reglene som er foreslått kan innebære en mer administrativt krevende beslutningsprosess, men vil gi mer legitimitet til de endelige beslutningene og kan bidra til færre omkamper. Det forventes ikke at tiltakene samlet sett vil gi helseforetakene økte administrative eller økonomiske kostnader.

#### Virkemidler rettet mot styrene

Utvalget foreslår at kommunene i helseforetakets opptaksområde skal få anledning til å foreslå et antall kandidater med forvaltnings- og samfunnskompetanse til styrene i helseforetak. Tilsvarende skal fylkeskommunene få anledning til å foreslå kandidater til det regionale helseforetaket. Dette kan styrke den demokratiske legitimiteten til styrene.

Utvalget er delt i synet på behovet for formaliserte prosesser og om foretakene bør være bundet til å oppnevne noen av de foreslåtte kandida-

tene. Dersom det regionale helseforetaket og departementet skal være bundet til å oppnevne kandidater blant de foreslåtte kandidatene, kreves en grundigere utredning av eiers rett til å avsette eieroppnevnte styrerepresentanter.

Utvalget foreslår at de som har lederroller i regionale helseforetak eller er administrerende direktør i helseforetak, ikke samtidig skal kunne inneha styreverv i annet helseforetak i andre regioner. Utvalget foreslår også at ansatte i det regionale helseforetaket ikke skal ha styreverv i underliggende helseforetak. Dette skal ikke være til hinder for at de kan inneha styreverv i selskaper som er eid i fellesskap mellom de regionale helseforetakene. Forslaget reduserer risikoen for maktkonsentrasjon. Utvalgets forslag om et felles program for å standardisere opplæringen av styremedlemmer i regionale helseforetak og helseforetak, er en videreutvikling av dagens praksis og antas ikke å ha nevneverdige administrative eller økonomiske konsekvenser.

Flertallet i utvalget foreslår at én til to representanter for de ansatte i helseforetakene får observatørstatus i styrene for de felleseide helseforetakene mv. Forslaget antas ikke å ha nevneverdige administrative eller økonomiske konsekvenser.

Ivaretakelse av medbestemmelse til den samiske befolkningen

Utvalget foreslår at det blir gjennomført en egen utredning for å vurdere behov for tiltak som sikrer inkorporering av de folkerettslige bestemmelser, FN's erklæring om urfolksrettigheter (artikkel 3 og artikkel 25) og konvensjonen om sivile og politiske rettigheter ved styringen av spesialisthelsetjenesten. Dette for å sikre at statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen ivaretas; rett til medbestemmelse, deltakelse og samarbeid om planlegging, utforming og styring av spesialisthelsetjenester. Utredningen må ta stilling til om dagens organisering av Sámi klinihkka som klinikk i Finnmarkssykehuset HF, er hensiktsmessig. Utredningen vil ha administrative og økonomiske konsekvenser. Omfanget vil avhenge av hvordan arbeidet blir organisert.

Flertallet i utvalget foreslår at det skal oppnevnes ett styremedlem i hvert av styrene for de regionale helseforetakene etter forslag fra Sametinget. Dette vil ha noe administrative konsekvenser.

Strukturelle forhold

Utvalget viser til forslaget fra Helsepersonellkomisjonen 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. Utredningen vil ha administrative og økonomiske konsekvenser. Omfanget vil avhenge av hvordan arbeidet blir organisert.

Navn og begrepsbruk

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. Dette røkkes ikke ved organisasjonsform eller etablerte ansvarsforhold med foretak på to nivåer, men navneendringen vil ha økonomiske og administrative konsekvenser.

## **11.2 Forslag knyttet til helsefellesskap og samhandling**

Utvalget har i kapittel 6 vurdert punkt tre i mandatet og foreslått hvordan helsefellesskapene kan brukes til å sikre bedre samhandling med kommunehelsetjenesten om helhetlige pasientforløp.

Utvalget foreslår å innføre samhandlingsbudsjetter for kommuner og helseforetak. Utvalget anbefaler at samhandlingsbudsjettene som et minimum må være på én til to mrd. kroner samlet, og at det utredes nærmere hvordan det skal finansieres og hvordan beslutningsprosedyren skal være fram mot disponering av midlene. Som et ledd i dette, anbefaler utvalget at noen helsefellesskap gjennomfører pilotprosjekter. De økonomiske og administrative konsekvensene av å innføre samhandlingsbudsjetter vil derfor avhenge av det videre utredningsarbeidet.

Utvalget anbefaler at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling. Utvalget har ikke tatt stilling til hvordan et slikt kompetansemiljø bør organiseres, herunder om det bør legges til en eksisterende virksomhet eller miljø. Etablering av et nasjonalt kompetansemiljø vil kreve tilførsel av ressurser eller omprioritering fra andre områder.

### 11.3 Forslag om ordningen for finansiering av sykehusbygg

---

Utvalget har i kapittel 7 vurdert punkt fem i mandatet som omhandler ordningen for finansiering av sykehusbygg, og foreslått endringer i denne.

Utvalget foreslår å redusere kravet til egenkapital ved investeringer i sykehusbygg til ti pst. Dersom kravet til egenkapital blir redusert og låneandelen blir økt tilsvarende, mener utvalget at nødvendige og samfunnsnyttige investeringer vil bli iverksatt raskere.

Lavere egenkapitalkrav vil innebære høyere låneramme fra staten og påfølgende høyere rente- og avdragsinntekter til staten for det enkelte prosjekt.

En reduksjon i egenkapitalkravet vil øke helseforetakenes gjeld, og dermed også rentekostnader. Utvalget foreslår at rentemodellen endres tilbake til de prinsippene som ble brukt før 2018. Dette vil sikre likebehandling mellom gjennomførte og nye sykehusutbygginger og gi reduserte rentekostnader. Lavere rentekostnader for helseforetakene vil gi tilsvarende lavere inntekter for staten.

Utvalget foreslår å endre kostnadskomponenten i modellen for inntektsfordeling til de regionale helseforetakene slik at helseforetakene får dekket 75 pst. av sine faktiske regnskapsførte avskrivningskostnader. Dette ligner på modellen for husleiekompensasjon i den statlige husleieordningen. Endring av kriteriene i inntektsmodellen vil ha omfordelingseffekter innenfor en budsjett-nøytral ramme. Nødvendige tilpasninger må utredes nærmere.

### 11.4 Forslag for å redusere markedstenkning

---

Utvalget har i kapittel 8 vurdert punkt fem i mandatet som omhandler tiltak for å redusere markedstenkningens plass innen styringen av helseforetakene.

Utvalget foreslår at dagens finansieringsordning med 40 pst. innsattsstyrt finansiering (ISF) fra første pasient, erstattes med rammefinansiering som hovedmodell. For å ivareta et element av risikodeling mellom staten og de regionale helseforetakene, foreslår utvalget å beholde et innslag av aktivitetsbasert toppfinansiering for aktivitet utover aktivitetsnivået av rammen. Dette vil i praksis innebære at de regionale helseforetakene tildeles en årlig ramme basert på størrelsen på befolkningen, justert for behov og regionale kostnads-

forskjeller i tråd med prinsippene beskrevet i NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*.

Fordelingen av aktivitet mellom de fire regionale helseforetakene reflekterer ikke nødvendigvis fullt ut befolkningsandelen (justert for behov), og vil derfor gi omfordelingseffekter mellom regionene. Omfordelingseffektene vil kunne nøytraliseres ved at de hensyntas i fastsettelsen av plantallene for aktivitet som forutsettes finansiert av basisbevilgningen i det enkelte regionale helseforetak. Risikodeling mellom staten og helseforetakene for aktivitet utover dette videreføres ved forslaget til toppfinansieringsmodell finansiert over ISF. Det vil fortsatt være mulig å kombinere utvalgets forslag til modell med en resultatbasert bevilgning basert på andre indikatorer enn aktivitet, slik som i dag.

Utvalget anbefaler at finansieringen av aktiviteten hos avtalespesialistene skal inngå som en del av finansieringen av de regionale helseforetakene. Dette vil bidra til bedre utnyttelse av den samlede kapasiteten i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget anbefaler 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. Dette vil kunne kreve videre utredning og teknisk utvikling av de aktuelle helseregistrene. Videre vil det ha administrative konsekvenser for de private aktørene.

Utvalget foreslår at det utredes nærmere om en form for godkjenningsordning bør gjelde for etablering av visse typer privatfinansierte helsetjenester. Dette vil kunne bidra til å begrense private aktørers etterspørsel etter helsepersonell, og at helsepersonell søker seg fra den offentlige helsetjenesten. De økonomiske og administrative konsekvensene av å innføre en godkjenningsordning må utredes.

### 11.5 Forslag for å redusere mål- og resultatstyring

---

Utvalget har i kapittel 9 utredet og drøftet punkt seks i mandatet om å vurdere tiltak for å redusere mål- og resultatstyringens plass i styringen av helseforetakene med sikte på å gjøre unødvendig rapportering og detaljstyring.

Utvalget støtter forslaget fra de regionale helseforetakene om å gjøre forbedringer i arbeidet med de nasjonale kvalitetsindikatorene. Utvalget har valgt ikke å komme med konkrete forslag til indikatorer som skal utgå, men foreslår at alle

aktører gjør en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering. Utvalget foreslår at en slik gjennomgang skjer for eksempel hvert andre år. En slik gjennomgang vil ha administrative konsekvenser for helseforetak, regionale helseforetak og nasjonale myndigheter, blant annet Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. På sikt forventes tiltaket å forenkle registrering og rapportering, og dermed redusere den samlede ressursbruken.

Utvalget mener klinisk fagrevisjon kan være et godt virkemiddel for å etterleve plikten om å evaluere og korrigere virksomheten. Kliniske fagrevisjoner praktiseres i varierende grad i dag. Større utbredelse av slike arbeidsformer kan derfor i noen grad gi merarbeid.

## **11.6 Forslag knyttet til lederstillinger og lederstruktur**

---

Utvalget har i kapittel 10 utredet og drøftet punkt sju i mandatet om å 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.

Utvalget foreslår at dagens krav til enhetlig ledelse i sykehusene videreføres, men at det bør legges til grunn en vid forståelse av dette kravet, for å ivareta helseforetakenes autonomi. Utvalget mener det ikke er behov for ytterligere reguleringer i lov eller forskrift, og at ledelsen i samarbeid med de ansatte bør ha frihet til selv å finne lokale løsninger som ivaretar de hensynene som begrunner behovet for stedlig ledelse.

---

## Litteraturliste

- Agenda Kaupang (2021). *Kartlegging av beslutningsprosessen knyttet til nytt østfoldsykehus*. Rapport nr.: R1021390.
- Agenda Kaupang (2022). *Kartlegging av beslutningsprosessene knyttet til Nye Kirkenes og Nye Hammerfest sykehus*. Rapport nr.: R-1022029.
- Andersen C, Brekke KR, Kjerstad E, Kristiansen F, Straume OR, Sunnevåg KJ (2006). *Konkurranse i spesialisthelsetjenesten?* Samfunns- og næringslivsforskning AS, SNF-prosjekt nr. 2715.
- Arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *På ramme alvor – Alvorlighet og prioritering*.
- Colbjørnsen, Tom (2015). *Daglige lederes handlingsrom i statlige selskaper og helseforetak*. Rapport på oppdrag fra Arbeidsgiverforeningen Spekter.
- The Commonwealth Fund (2021). *Mirror, mirror 2021. Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. New York, NY: The Commonwealth Fund, August 2021.
- Danske regioner. *Fra aktivitetsstyring til værdibaseret styring og nærhedsfinansiering*. <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Om-Region-H/oekonomi/FAQ-om-oekonomi/Sider/Fra-aktivitetsstyring-til-vaerdibaseret-styring.aspx> (hentet 24.02.2023).
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2022). *Tilstandsrapport for høyere utdanning 2022*. Rapport nr. 9/2022.
- Direktoratet for økonomistyring (2023a). *Hva skiller mål- og resultatstyring fra New Public Management?* <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/mal-og-resultatstyring/hva-skiller-mal-og-resultatstyring-fra-new-public-management> (hentet 24.02.2023).
- Direktoratet for økonomistyring (2023b). *Hva er mål- og resultatstyring?* <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/mal-og-resultatstyring/hva-er-mal-og-resultatstyring> (hentet 24.02.2023).
- Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten (2022). *Ekspertutvalgets foreløpige rapport*.
- Folkehelseinstituttet (2022). *Pasienters erfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern*. Årsrapport 2021, Nasjonale resultater. PasOpp-rapport 2022:409.
- Frich, Jan (2016). *Styring og ledelse på det utførende nivå (sykehusene)*. Kapittel i Mellom politikk og administrasjon – Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge, rapport til Den norske legeforening.
- Hagen, Terje P (2013). *Pasientrettigheter og bruk av private kommersielle sykehus*. Rapport på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Styrearbeid i regionale helseforetak*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/26d303c0383c4c038d8c6d2873872dbb/styrearbeid-i-regionale-helseforetak-03-2019.pdf> (hentet 22.02.2023).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2023). *Tildebrev til Helsedirektoratet for 2023*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/tildebrev-til-helsedirektoratet-for-2023.pdf> (hentet 22.02.2023).
- Helsedirektoratet (2017). *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten*. Rapport IS-2626.
- Helsedirektoratet (2017). *Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov> (hentet 22.02.2023).
- Helsedirektoratet (2018). *Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene*. Rapport IS-2836.
- Helsedirektoratet (2020a). *Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste*. Rapport IS-2950.
- Helsedirektoratet (2020b). *Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten*. Rapport IS-2967.
- Helsedirektoratet (2020c). *Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene – status 2019*. Rapport IS-2941.
- Helsedirektoratet (2022a). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten*. Rapport IS-3053.

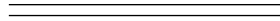
- Helsedirektoratet (2022b). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten – Årsrapport 2021*.
- Helsedirektoratet (2022c). *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*.
- Helsedirektoratet (2022d). *Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene*.
- Helsetilsynet (2016). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen*. Rapport fra Helsetilsynet 1/2016.
- Helsetilsynet (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse*. Rapport fra Helsetilsynet 7/2019.
- Helseøkonomisk Analyse A/S (2022). *Kunnskapsoppsummering om erfaringer med innsatsstyrt finansiering (ISF)*. Rapport 2022:2.
- Holmboe O, Sjetne IS (2021). *Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2020. Nasjonale resultater*. PasOpp-rapport 2021:754. Oslo, Folkehelseinstituttet 2021.
- Høiland, Gry Cecilie (2018). *Frontline policy implementation in public organizations*. PhD thesis UiS no. 416 – November 2018.
- Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2022). *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – fjerde oppfølgingsundersøkelse*. Rapport på oppdrag fra KS.
- Kaarbø OM, Lindén TS, Ervik R, Holmås TH, Iversen T, Holter MT (2021). *Evalueringsrapport av fritt behandlingsvalg*. Universitetet i Oslo.
- Kjekshus, Lars Erik (2022). *Kartlegging av lederstillinger og ledernivå i helseforetakene*. Notat til sykehusutvalget.
- Kommunal- og distriktsdepartementet (2022). *Om tillitsreformen. Spørsmål og svar om tillitsreformen*. Versjon 1.1, desember 2022. <https://www.regjeringen.no/contentassets/c93c9-caad6d44466bff45b8fd6b85ed2/no/pdfs/h-2535-om-tillitsreformen.pdf> (hentet 24.02.2023).
- KS (2021). *Sykehusenes utskrivingspraksis – ulikt syn*. <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/forskning-og-utvikling/sykehusenes-utskrivingspraksis-ulikt-syn/> (hentet 22.02.2023).
- KS og Den norske legeförening (2021). *Veileder om fastlegers deltakelse i helsefellesskap*.
- Magelssen (2015). *Prioritering i helsetjenesten i lys av profesjonsetikk og verdigrunnlag*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet.
- Martinussen, Pål (2016). *Hva mener legene om dagens organisering? Resultater fra en surveyundersøkelse*. Kapittel i Mellom politikk og administrasjon – Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge, rapport til Den norske legeförening.
- Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helse-tjeneste*.
- Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.
- Meld. St. 14 (2020–2021) *Perspektivmeldingen 2021*.
- Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet – prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten*.
- Meld. St. 1 (2022–2023) *Nasjonalbudsjettet 2023*.
- Menon Economics (2017). *Bruker vi for mye på helse? En vurdering av offentlige helseutgifter fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, med særlig fokus på spesialisthelsetjenesten*. Menonpublikasjon nr. 6/2017.
- Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2021. *Forskning og innovasjon til pasientens beste*.
- Norges forskningsråd (2016). *Evalueringsrapport av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*.
- NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*.
- NOU 1997: 18 *Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*.
- NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?*
- NOU 2020: 15 *Det handler om Norge – Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*.
- NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – Rapport fra Koronakommisjonen*.
- NOU 2022: 5 *Myndighetenes behandling av koronapandemien – del 2*.
- NOU 2023: 4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.
- Nærings- og fiskeridepartementet (2020). *Rutiner for styrevalg i selskaper med statlig eierandel*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/026496e1d047437d993d2185dc4cc043/200122-oppdaterete-retningslinjer-offentlig-publiseres-002-2.pdf>. (hentet 22.02.2023).
- Nylenna, Magne (2003). *Helsetjenestenes utvikling i Norge. Norsk offentlig helsevesen jubilerer*. Tidsskrift for den Norske Lægeförening 2003. 123: 1650.
- Nyström V, Lurås H, Midlöv P, Leonardsen AL (2021). *What if something happens tonight? A*

- qualitative study of primary care physicians' perspectives on an alternative to hospital admittance.* BMC Health Serv Res. 2021 May 11;21(1):447.
- OECD (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators.* OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Oslo Economics (2022). *Kartlegging av erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus.* Utredning for Spekter, Fagforbundet og Delta.
- Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feeley D (2017). *IHI Framework for Improving Joy in Work.* IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2017. Tilgjengelig på [ihi.org](http://ihi.org).
- Rambøll (2018). *Spørreundersøkelse – Sykehuslegers arbeidsforhold 2018.* Spørreundersøkelse på oppdrag fra Den norske legeförening.
- Rambøll og Menon Economics (2022). *Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren – utfordringsbildet og løsningsdimensjoner.* Rapport til KS og Spekter.
- De regionale helseforetakene (2017). *Brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak.* <https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2017/20170427/043-2017%20Vedlegg%201%20-%20Felles%20retningslinjer%20for%20brukermedvirkning%20p%C3%A5%20systemniv%C3%A5,%20endelig.pdf> (hentet 22.02.2023).
- De regionale helseforetakene (2020). *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner.* <https://helse-vest.no/seksjon/styresaker/Documents/2020/09.12.2020/Sak%2014120%20Vedl.%201%20-%20Revidert%20veileder%20utviklingsplaner%20v1.0.pdf>. (hentet 22.02.2023).
- De regionale helseforetakene (2021). *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* <https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8-fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf> (hentet 24.02.2023).
- De regionale helseforetakene og Sykehusbygg HF (2021). *Utredning av felles husleieordning og felles mål for tilstandsgrad.*
- Riksrevisjonen (2016). *Undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.* Dokument 3:5 (2015–2016).
- Riksrevisjonen (2017a). *Undersøkelse av effektivitet i sykehus.* Del av Dokument 3:2 (2017–2018).
- Riksrevisjonen (2017b). *Undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten.* Del av Dokument 3:2 (2017–2018).
- Riksrevisjonen (2018a). *Undersøkelse av helseforetakenes bruk av legeressursene.* Del av Dokument 3:2 (2018–2019).
- Riksrevisjonen (2018b). *Undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten.* Dokument 3:4 (2017–2018).
- Riksrevisjonen (2018c). *Undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten.* Del av Dokument 3:2 (2018–2019).
- Riksrevisjonen (2021). *Undersøkelse av psykiske helsetjenester.* Dokument 3:13 (2020–2021).
- Rosta J, Aasland OG (2016). *Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994–2014.* Tidsskrift for den Norske Legeförening 2016 136: 1355-9.
- Safi, Nazir Said (2018). *Foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten – mer profesjonell og autonom ledelse?* Masteroppgave i endringsledelse, Universitetet i Stavanger.
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (2022). *Analysen til Sykehusutvalget.* SKDE-notat 13. oktober 2022.
- Siciliani L, Chalkley M, Gravelle H (2022). *Does provider competition improve health care quality and efficiency? Expectations and evidence from Europe.* Policy Brief, No. 48. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2022.
- SINTEF Teknologi og samfunn (2015). *Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst.* SINTEF Rapport A26795.
- SINTEF Teknologi og samfunn (2013). *Ett ark til. En undersøkelse av sykehusansattes vurdering av rapportering og dokumenteringsmengde.* SINTEF rapport nr. 24462.
- St.meld. nr. 26 (1999–2000). *Om verdier for den norske helsetenesta.*
- Statistisk Sentralbyrå (2022). *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2021.* Rapport 2022/42.
- Street A, O'Reilly J, Ward P, Mason A (2011). *DRG-based hospital payment and efficiency: theory, evidence, and challenges.* Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press, pp. 93–114.

Sykehusbygg HF (2017). *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.*

Sykehusbygg HF (2020). *Beskrivelse av RHF-enes modell for framskriving av aktivitet og beregning av kapasitet.*

Vrangbæk, Karsten (2016). *Styringsmodeller for spesialisthelsetjenesten. Forholdet mellom politikk og administrativ styring.* Kapittel i Mellom politikk og administrasjon – Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge, rapport til Den norske legeforening.





# Norges offentlige utredninger

## 2022

**Arbeids- og inkluderingsdepartementet:**

NOU 2022: 4 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2022  
NOU 2022: 7 Et forbedret pensjonssystem  
NOU 2022: 18 Mellom mobilitet og migrasjon  
NOU 2022: 19 Oljepionerene –  
en kompensasjonsordning

**Finansdepartementet:**

NOU 2022: 12 Fondet i en brytningstid  
NOU 2022: 20 Et helhetlig skattesystem

**Justis- og beredskapsdepartementet:**

NOU 2022: 1 Cruisetraffikk i norske farvann  
og tilgrensende havområder  
NOU 2022: 15 Utleverings- og arrestordreloven  
NOU 2022: 21 Strafferettslig vern av den seksuelle  
selvbestemmelsesretten

**Kommunal- og distriktsdepartementet:**

NOU 2022: 10 Inntektssystemet for kommunene  
NOU 2022: 11 Ditt personvern – vårt felles ansvar

**Kultur- og likestillingsdepartementet:**

NOU 2022: 9 En åpen og opplyst offentlig samtale

**Kunnskapsdepartementet:**

NOU 2022: 2 Akademisk yringsfrihet  
NOU 2022: 13 Med videre betydning  
NOU 2022: 16 En folkehøgskole for alle  
NOU 2022: 17 Veier inn – ny modell for opptak  
til universiteter og høyskoler

**Landbruks- og matdepartementet:**

NOU 2022: 14 Inntektsmåling i jordbruket

**Nærings- og fiskeridepartementet:**

NOU 2022: 8 Ny minerallov

**Olje- og energidepartementet:**

NOU 2022: 3 På trygg grunn  
NOU 2022: 6 Nett i tide

**Statsministerens kontor:**

NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering  
av koronapandemien – del 2

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
publikasjoner.dep.no  
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Omslagsillustrasjon og figurer: Konsis

Trykk: Departementenes sikkerhets- og  
serviceorganisasjon – 03/2023