



Høring NOU 2023:8. Fellesskapets sykehus Styring, finansiering, samhandling og ledelse

Pensjonistforbundet og SAKO (Telepensjonistenes Landsforbund, Jernbanepensjonistenes Forbund, Politiets Pensjonistforbund, Statens Vegvesens Pensjonistforbund, Postens Pensjonistforbund, Fagforbundet og LO-Stats pensjonistutvalg) viser til høringsbrev av 27.03.2023 og NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse.

Regjeringen nedsatte 4. februar 2022 et utvalg for å vurdere forbedringer i dagens modell for styring og utvikling av sykehus og andre spesialisthelsetjenester – den såkalte Helseforetaksmodellen. Pensjonistforbundet mener det var helt riktig av regjeringen å nedsette utvalget. Helseforetaksmodellen ble innført fra 1. januar 2002. Den har siden da bidratt til store utfordringer og problemer i styring og utvikling av sykehusene våre. Selv om de enkelte sykehus og spesialisthelsetjenester stort sett fungerer bra, har helseforetaksmodellen bidratt til sterke konflikter i utviklingen særlig av sykehusstruktur og sengekapasitet i sykehusene med nedlegging av mange lokalsykehus. Videre er det blitt utfordringer med rekruttering av personell, det er vokst fram en rekke kommersielle sykehustilbud ved siden av de offentlige og det har blitt vanlig for dem som har muligheter til det å skaffe seg private helseforsikringer for å sikre seg god sykehusbehandling i tide.

Det har vært en kraftig nedbygging av antall sykehussenger og beleggsprosenten ved våre sykehus er nær 100 pst. Eldre og ressursvake grupper med komplekse diagnoser rammes hardt av nedbyggingen av kapasiteten i våre sykehus. Pasienter som har behov for grundigere undersøkelser og som trenger tid på å komme seg er taperne når tjenestene blir styrt etter bedriftsøkonomiske prinsipper med mål om effektivitet og økonomisk overskudd. Eldre har over tid fått kortere liggetid på sykehus, og blir i mange tilfeller behandlet på helsehus og lignende tilbud, med lavere bemanning og ekspertise enn på sykehuset. Pensjonistforbundet krever at utskrivningstakten fra sykehus og spesialisthelsetjenesten settes ned, og at eldre ikke flyttes rundt og sendes videre til mellomstasjoner med midlertidige opphold og ordninger. Dette viser seg å være til stor skade for eldre med økt sårbarhet. Dette er heller ikke god



samfunnsøkonomi da for tidlig utskrivning av pasienter øker risikoen for fordyrende komplikasjoner og reinnleggelser.

En desentralisert struktur for sykehusene våre med stor nok sengekapasitet er helt avgjørende for gode sykehustjenester for hele befolkningen. I et land som Norge er det nødvendig med både store og mindre sykehus med godt samarbeid og arbeidsdeling mellom dem. På områder hvor lokalsykehusene kan yte gode nok tjenester og er kvalifiserte, ytes sykehustjenestene med like god kvalitet og stort sett med lavere kostnader enn i de store sykehusene. Bidrag fra og samarbeid med kommunenes helse – og omsorgstjenester vil være helt avgjørende for å yte fullverdige og gode helsetjenester til hele befolkningen herunder de eldre.

2023 er starten på et tiår der utfordringene i pleie- og omsorgssektoren vil nå nye høyder. Det er nå antallet av de eldste eldre vil øke. Antall personer som er 80 år eller eldre vil øke med nesten 50 prosent fram mot 2030. Innen 2060 er tallet tredoblet. Antall personer med demens i Norge er i dag ca. 100 000 og er estimert til å øke til 235 000 i 2050. De fleste av disse vil i løpet av sykdomsperioden ha behov for omfattende helse- og omsorgstjenester.

Med den kraftige økningen i antall eldre som vi nå er inne i og som vil fortsette i årene som kommer, vil behovene for sykehustjenester øke kraftig. Derfor mener Pensjonistforbundet at sykehuskapasiteten må økes. Da blir det galt å gjennomføre nedlegging av sykehus og strukturendringer i sykehussektoren som samlet gir enda lavere sykehuskapasitet og lavere sengetall i sykehusene. Det er også viktig å understreke at det ikke gir bedre helsetjenester eller billigere helsetjenester å overføre til kommunehelsetjenestene oppgaver som ivaretas best og mest kostnadseffektivt i sykehusene.

Oppsummert støtter vi flere av utvalgets forslag til forbedringer av modellen, men mener at utvalgets forslag ikke er tilstrekkelig til å rette opp de alvorlige konsekvensene dagens modell for styring av sykehusene våre har for det offentlige helsetilbud. Under følger en redegjørelse for vårt syn.

Helseforetaksreformen

Hovedmålet for helseforetaksreformen iverksatt fra 2002 var formulert slik i helseforetaksproposisjonen:

«Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Reformens overordnede målsetting er at helsetjenestens innhold skal bli bedre sett fra pasientens ståsted.»

Verdigrunnlaget ble beskrevet på følgende måte:

- Velferdsstatens grunnleggende verdier om likeverd, rettferdighet og solidaritet.



- Sikre alle tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomi og bosted.
- Helsesektoren skal være underlagt politisk styring for å sikre nasjonale mål. Reformen skal gi sterkere statlig styring.
- Helsevesenet skal skape trygghet i samfunnet.

Disse grunnleggende målene og verdiene var og er Pensjonistforbundet helt enige i. Spørsmålet er imidlertid om helseforetaksreformen fremmer eller motvirker slike mål og dette verdigrunnlaget. De sentrale endringene reformen medførte var:

- Staten skulle eie sykehusene gjennom statlige foretak.
- Sykehusene skulle organiseres i foretak etter mønster fra store forretningskonserner med hovedformål å gi økonomisk overskudd.
- Konsernene (RHF-ene) besto først av fem regionale helseforetak som var morselskapene (Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Sør og Helse Øst). De ble redusert til fire i 2007 (Helse Øst ble fusjonert med Helse Sør til Helse Sør-Øst). Sykehusene ble organisert i helseforetak (HF-ene) som var datterselskaper av de regionale foretakene. I 2002 ble det etablert 44 helseforetak som drev 56 sykehus. Det betyr at i starten hadde hvert helseforetak stort sett ett sykehus. Dette ble imidlertid fort endret. Helseforetakene er senere fusjonert til 19 helseforetak som driver sykehus. Det betyr at i dag er det vanlige at hvert helseforetak består av flere sykehus. I tillegg er det andre typer helseforetak som har fellestjenester eller støttetjenester for regionhelseforetakene og de helseforetakene som yter sykehustjenester og andre spesialisthelsetjenester til innbyggerne.
- Representanter valgt av befolkningen regionalt for styring av sykehusstruktur og -politikk ble fjernet. I stedet ble styrene for de regionale helseforetakene oppnevnt av departementet med rapportering til Statsråden, og styrene for helseforetakene ble valgt av styrene i regionhelseforetakene.

De viktige endringene i styring og økonomi var:

Systemene for regnskapsføring, budsjettering og planlegging som gjaldt da sykehusene ble drevet av fylkeskommunene, ble avvirket umiddelbart. Disse var grunnlaget for at politikerne i fylkeskommunene kunne delta i styring og utvikling av sykehusene og avgjørende for samarbeidet med kommunehelsetjenestene. I stedet ble det vedtatt at helseforetakene skulle bruke regnskapsloven. Det vil si de samme prinsippene som forretningsregnskap, også benevnt som lønnsomhetsregnskap.



Offentlig virksomhet finansiert av våre skatter og avgifter styres økonomisk etter andre metoder enn forretningsvirksomhet som finansieres ved salg av varer og tjenester i markeder. Forretningsvirksomhetene bruker ressurser og produserer goder som de selger i markeder for å skape inntekter og økonomisk fortjeneste for eierne. Offentlig skattefinansiert virksomhet får inntekter fra innbyggerne for å skape fellesgoder og velferdstjenester for innbyggerne og fellesskapet. Godene skal som hovedprinsipp finansieres etter evne og fordeles etter behov. Hovedspørsmålet som må stilles: Er det forretningsbaserte regnskapssystemet mere egnet til å styre offentlig tjenesteproduksjon og fellesgoder enn de systemene som er utviklet med det formål å styre offentlig virksomhet?

Helseforetaksreformen avviklet verktøyene utviklet for politisk styring og deltakelse i offentlig virksomhet:

- Felles system for budsjett og langtidsbudsjett/økonomiplan forsvant.
- Systemet med fylkesvise helseplaner ble borte, og ble ikke erstattet av lignende planer for helseforetakene.

Den viktigste samordning og samspill mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og sykehusene gjennom kommunenes og fylkeskommunenes helseplaner og øvrig lokalt og regionalt planarbeid, ble dermed også avviklet. Noen av sykehusene videreførte nok deler av det tidligere systemet. Disse forholdene ble overhodet ikke omtalt i helseforetaksproposisjonen. Innføringen av forretningsregnskap ble begrunnet på følgende måte:

«Gjennom de regionale HFers rapportering av økonomiske resultater etter regnskapslovens prinsipper, som foruten driftskostnader også synliggjør kostnadene ved bruk av kapital, og gjennom resultatrapportering som også kan pålegges statsforetak, vil departementet ha den nødvendige styringsmessige kontrollen med virksomhetenes resultater og evne til å nå de helsepolitiske målsettingene.» (Ot.prp. nr. 66 (2000–2001)).

Dette ble fulgt opp med følgende påstand:

«Det er for liten bevissthet om innsatsfaktoren kapital i dag. Det henger både sammen med system for bevilgningsmyndighet og måten dette håndteres på i dagens sykehusregnskap. Kontantprinsippet har bidratt til den lave bevissthet. Dette gjelder både bygninger og utstyr. Foretaksorganiseringer gjør at bruk av kapital må planlegges på en annen måte. En foretaksorganisering med bruk av regnskapsprinsipper etter regnskapsloven vil inspirere til langt mer bevisste holdninger til kapital.» (Ot.prp. nr. 66 (2000–2001)).

Dette var i all hovedsak begrunnelsen som ble gitt for at helseforetakene skulle gå bort fra den styringsmodellen og de styringsverktøyene som ble brukt av sykehusene før helseforetaksreformen.



Kjernen i det tidligere systemet var et klart skille mellom den løpende driften og de store investeringene som ble budsjettert og regnskapsført i egne kapitalbudsjett og kapitalregnskap. Videre at en i budsjetter la fram dokumentasjon om hvordan sykehusenes inntekter skulle anvendes og prioriteres, mens regnskapet dokumenterte bruken av inntektene og den økonomiske statusen. Påstanden om at sykehusene brukte kontantprinsippet, altså det statlige systemet, var feil. I det tidligere systemet var det også stor bevissthet om investeringer. Men investeringene og finansieringen forstyrret ikke den løpende driften. Det ble også regnskapsført avskrivninger i systemet.

Det kan virke som om de som skrev helseforetaksproposisjonen ikke kjente godt nok til de systemene som ble avviklet. Modellen for foretaksorganisering er hentet fra et system hvor sykehusene drives som forretningsvirksomhet, og økonomisk lønnsomhet for foretaket er det avgjørende, for eksempel slik største delen av det amerikanske helsesystemet er bygget opp. At det var forretningsvirksomhet som var intensjonen med helseforetaksreformen, kom fram blant annet i den nye ledelsens begrepsbruk. Pasientene ble systematisk omtalt som kunder, behandling ble produksjon, og ventelister ordresreserve.

Problemer etter helseforetaksreformen

De økonomiske underskudd de første årene

I de første årene etter helseforetaksreformen (fra 2002 til 2007) gikk helseforetakene med store underskudd. Fram til 2007 var de akkumulerte underskuddene på 24 milliarder kroner helseforetakene sett under ett. Dette var imidlertid ikke reelle underskudd, men skyldtes at det nye regnskapssystemet påførte sykehusene betydelige kostnader til avskrivninger og pensjon som de ikke hadde før 2002. I 2007 og 2008 fikk helseforetakene tilført ekstraordinære inntekter på statsbudsjettet på 5 milliarder kroner for å dekke disse merkostnader. Siden har helseforetaket stort sett gått i økonomisk balanse.

Helseforetaksreformen bidro til et sterkt press for å avvikle de mindre sykehusene. Det skapte stor usikkerhet om framtidig drift ved flere av de mindre sykehusene med de mange problemer det skapte for pasienter, lokalsamfunn og ansatte; ikke minst rekruttering av framtidig personell. I 2002 hadde vi for eksempel 56 sykehus med akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin spredd over hele landet. I 2016 da Stortinget for første gang siden helseforetaksreformen ble iverksatt fikk seg forelagt en mer fullstendig oversikt over sykehusene våre, var dette tallet redusert til 44. I tillegg hadde vi tre sykehus med akuttfunksjoner bare i indremedisin. Stortinget fikk seg forelagt ett scenario hvor antall sykehus med akuttfunksjoner i kirurgi skulle reduseres til 38. Disse planene fikk ikke støtte i Stortinget. I stedet anbefalte Stortinget at hvert sykehus skulle ha større trygghet for sin virksomhet og blant annet at det burde være en egen ledelse ved hvert sykehus.



Sammenblanding av drift og investeringer i utbygging av sykehusene

Helseforetakenes investeringer finansieres av driftsinntektene staten bevilger til sykehusene. Det skjer i hovedsak på to måter: Før investeringene kan gjennomføres må helseforetakene framskaffe egenkapital til investeringene. Etter dagens regler kan de låne 70 prosent av investeringssummen fra staten, men må selv sørge for 30 prosent av investeringssummen. Egenkapitalen kan framskaffes på tre måter: Ved egen sparing gjennom overskudd på driften, ved å selge bygninger o.l. med overskudd eller å låne egenkapital fra morselskapet – regionhelseforetaket. Overskudd på driften er den viktigste finansieringskilden. Det betyr at en del av de inntektene Stortinget bevilger til driften av sykehusene må brukes til sparing og ikke til drift av helsetjenester. Helseforetakene våre kan derfor ha store beløp i reserver i banken samtidig som de ikke har råd til å opprettholde nødvendig drift og anskaffe nødvendig utstyr. Det framstår som en svært uheldig situasjon.

Når et nytt sykehus tas i drift må det dekke de kapitalkostnadene investeringen har utløst. Det dreier seg for det første om avskrivningene. De utgjør vanligvis 2,5 prosent av investeringene i bygninger og 12 prosent av medisinsk teknisk utstyr og inventar. I tillegg må helseforetaket dekke renteutgifter til lån. Røft er det vanlig å regne med at kapitalkostnader som må dekkes av driften i årene etter at det nye sykehuset kommer i drift, utgjør 5 prosent av investeringssummen. Størrelsen avhenger av fordelingen av nyinvesteringen på bygg og medisinsk teknisk utstyr og inventar. Kostnadene er høyest de første åtte årene, og blir gjerne litt lavere etter hvert som tiden går.

Hvorvidt et nytt sykehus får reduserte eller økte utgifter eller inntekter, kan variere. Det er faktorer som virker i begge retninger. Det som er sikkert er at de får økte kapitalkostnader. En investering i et sykehus som koster fem milliarder kroner genererer kapitalutgifter på rundt 250 millioner kroner. For å gi et eksempel: Dette er mindre enn størrelsen på investeringen til det nye sykehuset for Nordmøre og Romsdal. Det er et beløp som tilsvarer omtrent 50 prosent av driftsutgiftene til dagens sykehus i Kristiansund. Dette beløpet må dekkes ved nedskjæringer på driftsutgiftene til Helse Møre og Romsdal, noe som gir lavere bemanning og reduserte midler til medisiner og nytt utstyr andre steder, drift av rehabiliteringsenheter osv.

I Innlandet, som skal bygge et nytt fellessykehus kanskje til 10 milliarder kroner, vil de årlige kapitalkostnadene være i størrelsesorden 500 millioner kroner. Derfor vil det være behov for reduksjoner i bemanning, medisiner osv. i Helseforetaket Innlandet etter at det nye fellessykehuset eventuelt står ferdig.

Salg av sykehuseiendommer

Sykehusenes regnskapsresultat påvirkes av alle typer inntekter, også salg av sykehuseiendommer. Salg av sykehusomter og bygg påvirker økonomien i helseforetakene på tre måter:



- Salgsinntektene gir foretakene ekstraordinære inntekter. Differansen mellom salgsobjektene bokførte verdi og salgssum gir direkte inntekter som inngår i resultatregnskapet. Det forbedrer helseforetakets resultatregnskap og kan brukes til å unngå underskudd eller skape overskudd i perioder med ekstraordinære kostnader.
- Salgsinntektene øker foretakets likviditet og dermed evne til å betale avdrag.
- Inntektene fra salg av eiendommer kan brukes til å frambringe den egenkapitalen helseforetakene må ha for å få lån fra staten til investeringer i nye sykehus.

Disse virkningene betyr at det er gunstig å selge verdifulle eiendommer i forbindelse med bygging av nye sykehus i stedet for å utvikle sykehusene der de i utgangspunktet ligger. Det gjelder selv om tomtearealene er store nok til utbyggingen. Det er flere eksempler på dette.

Salg av sykehuseiendommer kan også utløse reduksjoner i driftsutgiftene til sykehusene dersom en samtidig avvikler driften av sykehuset. Vi må kunne anta at det er her vi finner noe av motivasjonen til salg av institusjoner knyttet til psykiatri og rus. Slike bygg har ofte en beliggenhet som gjør at en ikke får salgsgvinster, men de kan gi driftsbesparelser for eksempel ved å legge ned sengeposter og gå over til poliklinisk behandling eller dagbehandling.

Den største sykehusinvestering i Norge gjelder Oslo Universitetssykehus (OUS). Den utbyggingen er planlagt delvis finansiert ved å legge ned det største sykehuset i landet – Ullevål sykehus – og selge tomten til eiendomsutviklere. Det er antatt å gi store salgsgvinster i mange milliarder- klassen. Salgsgvinsten kan brukes til å mildne de økte kapitalkostnadene nye sykehusinvesteringer gir, og til å framskaffe egenkapital til investeringer. Vanligvis er beregninger av hva dette betyr i et mer helhetlig samfunnsøkonomisk regnestykke fraværende.

Fra den senere tid foreligger det to analyser av dette: *Sykehusplaner i Oslo. Økonomiske betraktninger omkring planen for Nye Oslo Universitetssykehus* (Holte m.fl. 2020) og *Sykehusutbygginger i Oslo. Konsekvenser for innbyggerne og kommunenes helse-, pleie- og omsorgstjenester* (Jensen & Nestaas 2021). I disse rapportene, hvor det er gjort både bedriftsøkonomiske og samfunnsøkonomiske beregninger av hva som er best, er konklusjonen at en videreutvikling av Ullevål som et hovedsykehus kommer klart best ut.



Konkrete merknader til utvalgets forslag til forbedringer.

Kapittel 5. Styring og ansvarsforhold

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.»

Pensjonistforbundet mener at prosessene for medvirkning fram til nå ikke har vært gode nok og at det er behov for å styrke disse. Vi støtter forslaget om å forsterke foretakenes plikt til å involvere og høre berørte parter, spesielt kommunene. Men uansett hvor sterke lovbestemmelser man vedtar, vil kvaliteten på medvirkningsprosessene være helt avgjørende. Uansett om man vraker helseforetaksmodellen eller ikke, vil dette være nødvendig å få til å fungere.

Vi antar at mye av misnøyen på dette området skyldes at kommuner og fylkeskommuner ikke har en hånd på rattet, at de ikke er med og bestemmer. Dersom den misnøyen skal elimineres, må helseforetaksmodellen erstattes av en annen modell der man gir en annen instans ansvaret for å fatte beslutninger.

Virkemidler rettet mot styrene

Om styresammensetning:

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.

Pensjonistforbundet viser til dissens fra Sissel M. Skoghaug som vi støtter:

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

Pensjonistforbundet støtter videre forslag om begrensninger i styreverv for direktører, ledere og ansatte:

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.

Om styrene i felleseide selskaper

Pensjonistforbundet er enig med flertallet i utvalget som 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. Pensjonistforbundet mener at det også må legges bedre til rette for medvirkning og involvering fra brukersiden, og foreslår at også representanter for brukerne bør få observatørstatus i styrene.

Samhandling

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. Utvalget foreslår å innføre samhandlingsbudsjetter for kommuner og helseforetak.

Pensjonistforbundet vil fremheve at 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, og understreke at Pensjonistforbundet med sine 250 000 medlemmer bør få representasjon i helsefelleskapene for å sikre god brukermedvirkning.



Stortingets myndighet

Etter Pensjonistforbundets vurdering bør en her gå lengere enn utvalget foreslår og Stortinget bør ha mer av ansvaret for overordnet styring og prioritering av spesialisthelsetjenestene. Det enkelte sykehuset kan finansieres direkte over statsbudsjettet. Stortinget kan for eksempel vedta årlig rammer for driftsbudsjett og mindre investeringer til det enkelte sykehus etter samme prinsipper som for kommunene, og årlig behandle og vedta en rullerende nasjonal sykehus- og helseplan med investeringsprogram.

I dagens modell er det også staten som gjennom årlige bevilgningsrammer til spesialisthelsetjenestene og eksplisitte lånerammer til det enkelte sykehusprosjekt som i hovedsak finansierer drift av sykehusene og de øvrige spesialisthelsetjenester og investeringene i store nye sykehusprosjekter. I dag skjer dette indirekte gjennom de årlige bevilgningsrammer Stortinget vedtar. Det skjer mere indirekte ved at Stortinget eksplisitt vedtar lån til de enkelte store sykehusutbygginger. Lånene blir så nedbetalt gjennom renter og avdrag fra sykehusenes budsjetter til staten. Pensjonistforbundet hadde ønsket en mer oversiktlig og forståelig finansiering som gjenspeiler statens og Stortingets ansvar for sykehusene.

Kapittel 6 Helsefelleskap og samhandling med kommunehelsetjenesten

«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.»

Eldre med alvorlig sykdom og funksjonsnedsettelse er en av de fire prioriterte gruppene for dagens helsefelleskap. Hvem som skal ta ansvaret for dem, blir et av de store spørsmålene i spillet om ressurser og kampen om prioritering i framtidens helse- og omsorgstjeneste:

- Mellom by og land – mellom «små» distriktskommuner og store bykommuner
- Mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Mellom helse- og sosialforvaltning og pasienter/brukere
- Mellom helse- og omsorgstjenester og familie/pårørende
- Mellom ulike yrkesgrupper og faglige tilnærminger

For denne pasientgruppen krever Pensjonistforbundet at utskrivningstakten fra sykehus og spesialisthelsetjenesten settes ned, og at de ikke flyttes rundt og sendes videre til mellomstasjoner med midlertidige opphold og ordninger. Dette viser seg å være til stor skade



for eldre med økt sårbarhet. Enhver flytting er en stor belastning, med nye omgivelser og et nytt sett med helsepersonell å forholde seg til. Resultatet er for ofte reinnleggelser, tap av funksjonsnivå, apati, medikament rot mv. Eldre har over tid fått kortere liggetid på sykehus, og blir i mange tilfeller behandlet på helsehus og lignende tilbud, med lavere bemanning og ekspertise enn på sykehuset. Alvoret i denne situasjonen vil bli enda tydeligere i årene fremover.

Sett opp stoppskiltet

Kommunene har over tid fått stadig flere oppgaver og større ansvar for nye grupper med komplekse diagnoser og funksjonstap, uten at det har fulgt nok penger med. Vår påstand er at dette går på bekostning av tjenestene til våre eldre. Mens pleie- og omsorgstjenestene tidligere i hovedsak var eldreomsorg, er nærmere 40 prosent av dem som nå mottar slike tjenester under 67 år. Med den veksten som nå skjer i tallet på eldre med behov for helse- og omsorgstjenester, vil kommunene mere generelt og ikke minst de mindre distriktskommunene ha nok med å møte de demografiske utfordringene vi står overfor. Pensjonistforbundet mener derfor at vi må sette opp stoppskiltet og slutte å overføre stadig flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, slik vi har sett de siste tiårene. Spesialisthelsetjenesten må også ta sin del av ansvaret for tjenestetilbudet til den voksende andelen eldre pasienter. Dette må ligge til grunn for den videre samhandling og organisering av helsefelleskap.

Funksjonsvurdering og enkeltvedtak

Målet for oppholdet i sykehus må være at eldre med økt sårbarhet ikke blir skrevet ut før de er behandlet ferdig, slik at de kan skrives direkte ut til det hjemmet de bodde før innleggelse, enten dette er eget hjem, en omsorgsbolig eller sykehjem. For å gjøre overgangen mykere og tryggere, må spesialisthelsetjenesten følge med ut og etablere et samarbeid med kommunen i god tid.

Slik vi har pekt på tidligere, kan dette blant annet skje ved at det gjennomføres en tverrfaglig funksjonsvurdering før utskrivning, med deltakere både fra sykehus og kommune. Funksjonsvurderingen må inngå i den utredning som skal ligge til grunn for det enkeltvedtaket som skal fattes om innholdet i det kommunale tjenestetilbudet til den enkelte, jf. helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Enkeltvedtaket gir rettssikkerhet og skaper trygghet for hva slags tjenestetilbud som venter i kommunen. Det er en forutsetning at pasienter og pårørende trekkes aktivt inn i planlegging av utskrivning/overføring.

Pensjonistforbundet minner samtidig om vårt krav om at enkeltvedtak også skal fattes om tjenestetilbudet i sykehjem, slik at beboere i sykehjem får samme rettssikkerhet som de som mottar helse- og omsorgstjenester i egen bolig og omsorgsbolig.



Betalingsplikt

«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 døgnsetsen videreføres på dagens nivå. Utvalget foreslår imidlertid å evaluere ordningen»

Pensjonistforbundet mener maktforholdene mellom forvaltningsnivåene i helse- og omsorgstjenestene er slik at den kommunale betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter må opphøre. Utfordringene rundt utskrivningsklare pasienter som blir liggende, må løses innenfor rammen av helsefelleskapene. Opphør av betalingsplikten er et av flere tiltak som kan bidra til et mer likeverdig samarbeidsforhold, og helt nødvendig for å skape god samhandling. Det bør gjerne ses i sammenheng med vårt ønske om å få mer like økonomiske finansieringsordninger mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, og sterkere demokratisk styring av spesialisthelsetjenestene.

Kapittel 7 Finansiering av sykehusbygg

«Utvalget mener at forslagene om redusert egenkapitalkrav, bedre rentebetingelser og særskilt finansiering av kapitalkostnader, samlet sett vil stimulere til økt investeringstakt i spesialisthelsetjenesten.»

Pensjonistforbundet er enig med utvalget i at det er «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.»

Utvalget har vurdert en modell der ansvaret for investeringer i sykehusbygg løftes ut av de regionale helseforetakene og legges til staten. Utvalget anbefaler likevel *ikke* en modell hvor ansvaret for å finansiere investeringer blir skilt fra ansvaret for drift. Pensjonistforbundet viser til vår analyse av systemet foran og er uenige i denne anbefalingen. Dagens system har medført at de aller fleste nye sykehus som er nybygde etter reformen, er planlagt og bygget for små med for liten kapasitet til gode behandlingsforhold og sengekapasitet. Eksempler er Akershus universitetssykehus, Kalnes, Kirkenes. Økonomi- og regnskapssystemene må skille mellom store investeringer og den mere løpende driften av sykehusene. Det er en forutsetning for å skaffe sykehussektoren fornuftige og trygge driftsrammer. Det bør som nevnt, innføres en nasjonal plan for store sykehusutbygging og andre viktige strukturtrekk som Stortinget behandler i forbindelse med nasjonal helseplan/sykehusplan.



Pensjonistforbundet vil også peke på at kommunene gjennom 25 år har hatt en ordning gjennom Husbanken med investeringstilskudd til modernisering, utskifting og utbygging av nye sykehjem og omsorgsboliger. Mye ville sette annerledes ut om ikke staten gjennom Husbanken hadde bidratt til å gi kommunene særlige tilskudd til dette. Kanskje vil en lignende ordning for sykehusbygg løse noen av de uheldige utslag utvalget peker på at dagens finansiering av investeringer i sykehusbygg har, og som mange av våre pasienter og pårørende ved selv kan se i form av mange gamle, nedslitte bygg, mangel på rom, senger i korridorene og mangeårige utsettelse av byggeplaner.

Kapittel 8 Markedstenkning i styring av sykehus.

Foretaksmodellen har siden starten vært kritisert for å være for markedsorientert. Kjernen i kritikken har vært at økonomiske forhold har fått for stor oppmerksomhet og andre viktige forhold for liten. Utvalget mener at det bør tas hensyn til denne kritikken. Pensjonistforbundet mener at den viktigste måten dette kan gjøres på, er ved å redusere den innsatsstyrte finansieringen og øke den faste rammebevilgningen slik utvalget foreslår.

Godkjenningsordning for private helsetjenester

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. Pensjonistforbundet støtter dette da utviklingen fremover med en sterk vekst i behovet for helsetjenester medfører at det er viktig å sikre den offentlige helsetjenesten, så vi ikke risikerer å ende opp med to-delt helsevesen.

Kapittel 9 Mål- og resultatstyring

Utvalget har registrert at mange sykehusansatte mener at det brukes for mye tid på rapportering, at en del av rapporteringen er overflødig og at det som rapporteres ikke gir noe godt bilde av virksomheten, selv om det i for seg er riktig. Det er med andre ord for mye rapportering og overfortolkning av det som rapporteres. De parametre som benyttes og sammenligner de ulike avdelinger/enheter ved sykehuset gir ikke alltid et riktig bilde, da driftsforutsetningene ofte er svært ulike.

Utvalget mener at en stor del av misnøyen handler om funksjonaliteten i IKT-løsninger. Det kan godt være riktig oppfattet av utvalget. Men vi tror at problemet stikker dypere. Vi vil peke på, slik utvalget selv gjør mange ganger, at sykehusdrift er en svært sammensatt virksomhet. Ikke alle sider ved sykehusdrift egner seg for måltall. Dette må hensyntas når virksomheten skal bedømmes. Det mener nok utvalget også, for utvalget advarer mot å innføre stadig nye indikatorer og rapporteringskrav.



Vi er enige i dette og støtter i hovedsak de forslagene utvalget kommer med på dette området. Vi mener at utvalget gir en god beskrivelse av hva mål- og resultatstyring er og av utfordringene på området. Vi mener prinsippet med mål og resultatstyring er riktig. Dvs. at man rapporterer på måloppnåelse framfor f.eks. aktivitet. Noe rapportering må det være for at ledelsen skal finne ut av om målene blir nådd. Men utfordringen er at det lett blir for mye og tildels unødvendig rapportering. Vi mener, som utvalget, at det er viktig at man bruker mest mulig uttrekk av datamateriale som allerede finnes, og som dermed allerede er registrert. Rapporteringsplikten for helsearbeiderne er blitt for stor. Det har i stor grad også sammenheng med hele DRG systemet

Vi støtter forslaget om årlige gjennomganger av kvalitetsindikatorer med sikte på å redusere antallet. Ikke alle ting egner seg like godt for å måle eller beskrive med tall. Dette gjelder særlig behandlinger i psykiatrien. Det kan føre til at man legger større vekt på det som lett lar seg tallfeste. Det vil vi advare mot.

Kapittel 10 Lederstillinger og lederstruktur.

Utvalget konstaterer innledningsvis at sykehus er komplekse virksomheter med høyt spesialisert personell og et stort antall profesjoner, og at de derfor er krevende å lede. Utvalget mener imidlertid at det ikke er behov for ytterligere regulering av ledelsesstrukturen i sykehus gjennom statlige lover og forskrifter. Pensjonistforbundet mener at ledelsen av sykehusene har blitt for topp-tung, og at ledelsen i større grad bør være tilknyttet det enkelte sykehus og avdeling, og at man bør tilstrebe at oppgavene tilknyttet administrasjon ikke vokser forholdsmessig. Dette for å frigjøre tid og ressurser til behandling av pasienter og for å bidra til bedre tjenester ved å flytte beslutninger nærmere der pasientbehandlingen faktisk skjer.

Oppsummering av våre vurderinger om endringer

Sykehusene bør styres og ledes i tråd med øvrig offentlig forvaltning.

Det enkelte sykehuset skal være en selvstendig enhet med egen ledelse og eget styre.

Sykehusstyret bør være sammensatt av politiske representanter, ansatterepresentanter og pasient- og brukerrepresentanter. For at brukerrepresentantene skal ha en nødvendig uavhengighet til helseforetakenes ledelse som i dag oppnevner dem, kunne det alternative systemet foreslått for oppnevning av styrerepresentanter brukes også til å oppnevne brukerrepresentantene.

Regnskapsmodellen med krav til overskudd skal forkastes, og sykehusene skal underlegges ordinært forvaltningsregnskap.



Sykehusene skal være eid av staten og direkte finansiert – men det bør beholdes koordinerende regionale ledd som enten er direkte underlagt staten eller valgt regionalt.

Det bør innføres et klart skille mellom midler til investeringer og driftsmidler.

Rammefinansiering bør være sykehusenes hovedfinansieringskilde.

DRG-systemet bør avvikles, og innsatsstyrt finansiering bør begrenses til områder hvor aktivitetsnivå er beheftet med særskilte kostnader som berettiger en tilpasset aktivitetsbasert finansiering.

Det bør innføres felles plan- og budsjettssystemer for alle sykehusene.

Ordningen der kommunene må betale sykehusene døgnpris for såkalte overliggere. (utskrivningsklare pasienter) på sykehusene bør avvikles.

Et nasjonalt initiativ for å sørge for tilstrekkelig sengekapasitet i spesialisthelsetjenesten bør igangsettes.

Spesialsykehusene for psykiatri, rus og rehabilitering bør videreføres og styrkes.

Systemet for brukermedvirkning bør demokratiseres ved at organisasjonene gjennom valg selv utpeker representanter til brukerorganene.

Vennlig hilsen
For Pensjonistforbundet

Jan Davidsen
Forbundsleder

Arne Halaas
Generalsekretær