|  |  |
| --- | --- |
| Helse- og omsorgsdepartementet |  |
|   |  |
| Postboks 8011 Dep |  |
| 0031 Oslo |  |
|  | Vår fil: B17-AA04 |
|  | Vårt Arkiv: 402 |
|  | Saksbehandler: Arnfinn Aarnes |

 Oslo, 3. mars 2017

**NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten**

FFO viser til overnevnte NOU, og vil med dette gi noen merknader til forslagene i utredningen.

**FFOs hovedsynspunkter**

* *FFO støtter utvalget i at de modellene 1,2 og 3 ikke kan anbefales.*
* *FFO vil avvise modell 4 som deler av utvalget foreslår.*
* *FFO mener brukermedvirkningen vil svekkes ved innføring av modell 4.*
* *FFO savner pasientperspektivet i utredningen.*
* *FFO ønsker ikke en endret inndeling av regionene.*

**Innledning**

For FFO er det pasientens interesser, og om de endringene som foreslås vil gi bedre tjenester, som er viktigst når vi skal vurdere forslagene i NOUen. Det har vært bakgrunnen når FFO har vurdert forslagene til styringsmodell for spesialisthelsetjenesten. Vi har videre vurdert forslagene opp mot hva en endring av modell vil bety for pasientbehandlingen og for samarbeidet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten.

Vi kan ikke se at de modellene som regjeringen ga i mandatet og ba utvalget utrede, vil styrke spesialisthelsetjenesten. Vi oppfatter at disse modellene vil gi en betydelig sentralisering, noe vi er enig med utvalget i at er lite ønskelig. FFO mener at statsråden har de nødvendige styringsvirkemidler gjennom oppdragsdokumentet, foretaksmøter og nasjonal helse- og sykehusplan. Vi er likevel enig med regjeringen i at det er for mye variasjon i kvaliteten på tjenestene. Vi er også enig at det er for lange ventetider til en del behandlinger. FFO mener det behov for å adressere disse problemstillingene overfor helseforetakene, men vi mener at en sentralisering av styringssystemet ikke nødvendigvis vil løse disse utfordringene.

FFO har merket seg at utvalget har delt seg i to når det gjelder anbefaling av modell. Halvparten av utvalget foreslår en modell der helseforetakene ikke skal være egne rettssubjekter. Det vil si at de ikke skal ha egne styrer, men styres direkte fra de regionale helseforetakene. Den andre halvparten av utvalget mener at helseforetakene må være egne rettssubjekter som nå. Det siste sikrer etter FFOs oppfatning lokal forankring og legitimiteten til helseforetakene. FFO er enig den vurderingen, og mener at det å fjerne styrene fra helseforetakene vil gi en sentralisering av makt i det regionale helseforetaket, på bekostning av lokal forankring.

**Mandatet**

Regjeringen har i sin tiltredelseserklæring sagt at de ønsker å legge ned de regionale helseforetakene og erstatte dem med et nytt styringssystem etter at de hadde fått på plass nasjonal helse- og sykehusplan.

Dette er det politiske grunnlaget for å sette ned det såkalte Kvinnslandutvalget, som fikk i oppdrag å vurdere dagens styringsmodell og videre utrede tre ulike modeller for organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. I tillegg åpnet mandatet for at utvalget kan vurdere andre modeller.

Utvalget har vurdert de modellene som mandatet beskriver, og ikke funnet at de kunne anbefale noen av dem - selv om utvalget vurderer modell 3, å erstatte dagens regionale helseforetak med ett sentralt helseforetak, som det beste av de skisserte modellene. FFO mener at den manglende støtten til mandatets foreslåtte alternativer, og regjeringens målsetting om å fjerne de regionale helseforetakene, viser at utvalget ikke kan anbefale en sterk sentralisering av styringssystemet. Vi mener at utvalget argumenterer godt for at ingen av modellene får deres støtte.

**Vurderingen av modell 1,2 og 3**

Modellene som har vært vurdert har noen fellestrekk. Enten det er etablering av et sykehusdirektorat, ett overordnet helseforetak eller at styringen foregår direkte fra departementet, så er dette sterkt sentraliserende modeller. Selve grunnlaget for modellene er ønsket om klarere sentral styring og kontroll med helseforetakene. Vi tror imidlertid ikke at mangel på styring og kontroll med spesialisthelsetjenesten er hovedutfordringen i dag. Vi tror dagens styringssystem, med regionale helseforetak og helseforetak, vil kunne løse oppgavene på en tilfredsstillende måte. FFO er imidlertid enig at det er styringsutfordringer knyttet til IKT og oppfølging av felleseide selskaper. Vi tror imidlertid dette også kan løses innfor dagens styringsmodell.

**Store omorganiseringer er krevende**

Erfaringer, som for eksempel med den siste store helsereformen, viser at store omstillinger i helsetjenesten tar tid. Det har tatt tid å komme dit vi er i dag, med et relativt sett velfungerende styringssystem. Det er selvsagt behov for forbedringer, og dette er en vedvarende prosess. Det er behov for samordning på ulike områder innen spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for kontinuerlig kvalitetsforbedring som gir mer likeverdig tilbud. Det er behov for å utvikle pasientforløpene, felles legemiddellister, pasientadministrative systemer, samvalg, og ikke minst forbedre kommunikasjonen mellom pasientene og helsepersonellet. Dette er områder som vil forbedre pasientbehandlingen, og som kan og bør løses innen den eksisterende styringsstrukturen.

Det å starte en stor omorganisering kan gjøre at fokus flyttes fra forbedringsarbeid i sykehusene til selve omorganiseringen. FFO er redd for at en stor omorganisering kan ha flere negative enn positive effekter på pasientbehandlingen.

**Pasientperspektivet**

FFO mener at utvalget i liten grad har berørt pasientperspektivet i utredningen. Vi mener det er en svakhet. Vi savner at utvalget i større grad hadde vurdert forslagene mer opp mot pasientens behov; god pasientbehandling, gode forløp, og god organisering av tjenestene. Det er disse områdene som hele tiden må være gjenstand for forbedringer, mens styringssystemet gjennom sine beslutninger er til for sikre at slike forbedringer skjer. Vi mener at et slikt forbedringsarbeid kan ivaretas innenfor dagens organisering.

**Brukerutvalg**

Pasient- og brukerorganisasjoner kjempet i mange år for at pasienter og brukere skulle medvirke i prosesser som omhandler dem selv. I prosessen rundt omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten ble det klart at pasienter og brukeres kompetanse skulle innhentes av de regionale helseforetak og helseforetak. Det medførte etablering av brukerutvalg ved samtlige regionale helseforetak og helseforetak. Disse har hatt som oppgave å gi råd til regionale foretak og foretak, og leder og nestleder i utvalgene har nå møte og talerett i styremøtene. Dette har vært en meget positiv utvikling, som har gitt pasientens representanter mulighet til å påvirke foretakene på alle dets virksomhetsområder.

Brukerutvalgene anses både som positivt og nyttig fra foretakenes side. De bidrar med nyttige innspill blant annet til forbedringsarbeidet i foretakene. For FFO er det viktig at brukerutvalgene består, både i de regionale helseforetakene og i helseforetakene. I modell 1, 2 og 3 i utredningen er det ikke mulig å opprettholde brukerutvalg på samme måte som i dag. I modell 4 er det mulig å opprettholde utvalgene i de regionale helseforetakene. Det litt usikkert hvordan brukermedvirkning kan organiseres i helseforetakene, fordi mange av beslutningene med modell 4 flyttes til det regionale leddet når styrene avvikles. FFO mener det vil være et stort og alvorlig tap dersom brukermedvirkningen skulle bli svekket på grunn av endring av styringssystemet.

**Vurdering av modell 4**

Halvparten av utvalget står bak forslaget om en modell 4, der de regionale helseforetakene består som i dag. Her foreslås det å endre helseforetakene slik at de ikke lenger skal være egne rettssubjekter. Konsekvensen av dette er at helseforetakene må avvikle styrene. Dette vil medføre at de regionale helseforetakene skal fatte viktige beslutninger som angår helseforetakene. Bakgrunnen for forslaget er kortere beslutningslinjer fra sentrale myndigheter, bedre samordning og styring. Samtidig ses det på som en styrke at direktørene i foretakene inngår i ledergruppene i de regionale helseforetakene.

FFO ser at modell 4 kan gi kortere styringssignaler og bedre styring. Vi er imidlertid ikke enig at dette er avgjørende for å få gode styringssløyfer. Vi oppfatter at styringssignalene fra departementet er tydelige nok til at foretakene kan innrette virksomheten etter disse. FFO er klar over at det er utfordringer i helseforetakene som må løses, men vi tror dette best vil skje med et styre på plass. Vi tror et styre med sin kompetanse vil bidra til lokal forankring og forståelse for de utfordringer som foretaket har, samt til bedre samarbeid mellom foretaket og kommunene. FFO støtter derfor utvalgets forslag om å utvikle samarbeidet mellom foretaket og kommunene, og etablere faste kontaktmøter mellom disse.

FFO er enig med den andre halvdelen av utvalget om at helseforetaksmodellen i utgangspunktet er en desentraliseringsmodell, der det enkelte helseforetak har stor grad av autonomi med egne styrer. Begrunnelsen for å velge modell 4 er større grad av styring innen regionen. FFO mener at de regionale helseforetakene har tilstrekkelige styringsvirkemidler overfor helseforetakene gjennom oppdragsdokumenter og foretaksmøter. Vi tror ikke at en svekkelse av demokratisk legitimitet i helseforetakene gjennom å fjerne foretakenes styre vil kunne løse utfordringene i spesialisthelsetjenesten. Vi tror at dagens modell med bredt sammensatte styrer vil sikre legitimitet og god lokalkunnskap. Innenfor denne modellen kan utfordringene med variasjon i tilbud og kvalitet løses uten å sette i gang en stor omorganiseringsprosess. Det samme kan hevdes om behovet for samordning av viktige områder som IKT og felleseide selskaper.

**Regioninndeling**

Dagens regioninndeling virker fornuftig, selv om Helse Sør-Øst (HSØ) er større enn de andre helseforetakene til sammen. Man kan argumentere for at det er for stor ulikevekt mellom HSØ og de andre tre RHFene. Opprinnelig var det to RHF, Helse Sør og Helse Øst. Disse ble senere slått sammen til HSØ fordi det ble ansett som hensiktsmessig. Det er sikkert mulig med en annen inndeling en den som er prøvd tidligere. Hovedutfordringen med en deling er at det er RHFet som vil ha regionsykehuset. Vi tror ikke det er hensiktsmessig at en region er uten et regionsykehus, fordi alle regioner må kunne gi innbyggerne i sitt opptaksområde et bredt faglig tilbud. Hvis ikke må pasienter som trenger mer avansert behandling henvises til en annen helseregion. Med denne begrunnelsen mener FFO at dagens regioninndeling må beholdes uendret.

**Nasjonale tjenester**

Selv om utredningen først og fremst handler om organiseringen og styringen av spesialisthelsetjenesten, registrerer FFO at den i svært liten grad omtaler organiseringen av nasjonale tjenester. Det oppleves som om utredningen ikke tar innover seg dette viktige nivået i spesialisthelsetjenesten. Nasjonale behandlingstjenester er høyspesialiserte tjenester hvor sentralisering gir bedre prognose og livskvalitet for pasientene, økt kvalitet og spisskompetanse, og bedre nasjonal kostnadseffektivitet. FFO er overrasket over at utredningen kun omtaler disse høyspesialiserte tjenestene med å vise til Helse- og sykehusplanens skissering av kvalitetskrav, uten å gå nærmere inn hvordan man i organiseringen av spesialisthelsetjenesten skal sikre en god ivaretakelse av disse tjenestene.

Med vennlig hilsen

**FUNKSJONSHEMMEDES FELLESORGANISASJON**

John Berg Jensen/s Lilly Ann Elvestad

Styreleder generalsekretær