

Belyse helseforetaks- modellens funksjonalitet

En evaluering av utvalgte sider ved
helseforetaksmodellens virkemåte og
effekter, begrensninger og
potensialer

Innholdsfortegnelse

FORORD	4
1. EVALUERING – BAKGRUNN OG DESIGN	5
1.1. BAKGRUNN	5
1.2. EVALUERINGSDESIGN	6
1.3. EVALUERINGSFILOSOFI	8
1.4. PRESENTASJON AV EVALUERINGENS OPPBYGGING	9
2. RESYMÉ	10
2.1. HELSEFORETAKSMODELLEN	10
2.2. BESTILLER-UTFØRER.....	11
2.3. EIER-MYNDIGHET	13
2.4. DEMOKRATI	16
2.5. KOSTNADSKONTROLL	18
2.6. PRIMÆRHELSETJENESTEN	20
2.7. SPESIELT OM PRIVAT PRODUKSJON	21
3. REFORM OG FORETAKSMODELL	23
3.1. SYKEHUSREFORMEN	23
3.2. UTVIKLING I HELSESEKTOREN OG FOR SPESIALISTHELSETJENESTEN	26
3.3. SYKEHUSREFORMEN SETT I EN STØRRE SAMMENHENG	37
4. ANALYSEMODELL OG BEGREPER	42
4.1. FOKUSOMRÅDER	42
4.2. TEMAER	42
4.3. STYRINGSFORMER OG SYSTEMER.....	42
5. EVALUERINGENS OPPBYGGING	50
6. DET INTERNASJONALE PERSPEKTIV	52
6.1. INNLEDNING	52
6.2. PROBLEMER OMKRING STYRING OG ORGANISERING AV SYKEHUSVESEN – ”DET FELLES GODS”	53
6.3. SYSTEMER OG STYRINGSFORMER I UTVALGTE LAND	58
6.4. FOKUSOMRÅDENE I ET INTERNASJONALT PERSPEKTIV	102
7. RESULTATER AV SAMTALER, ”MINI SPØRRESKJEMA- UNDERSØKELSE” OG DIALOGKONFERANSEN	133
8. TEMA	146
8.1. INNLEDNING	146
8.2. TEMA 1: KAPASITETSUTNYTTELSE, KOSTNADSKONTROLL SAMT VENTETIDER	147

8.3.	TEMA 2: KVALITET, FAGLIGHET SAMT OPPGAVE- OG FUNKSJONS- FORDELING – HERUNDER FORHOLDET TIL PRIMÆRHELSETJENESTEN	162
8.4.	TEMA 3: PLATTFORM OG VILKÅR FOR DEN POLITISKE STYRING – HERUNDER FORHOLDET TIL DEMOKRATI	175
8.5.	TEMA 4: INDIVIDUALISERING OG FRITT SYKEHUSVALG VERSUS STYRING OG PRIORITERING AV YTELSE	184
8.6.	TEMA 5: HELSEFORETAK – RAMMER OG VILKÅR FOR LEVERING AV HELSETJENESTER MED OPTIMAL KVALITET	191
8.7.	TEMA 6: PRIORITERING AV AKTIVITET OG YTELSE FOR SPESIALISTHELSETJENESTEN	211
8.8.	TVERRGÅENDE TEMABASERT OPPSUMMERING.....	220
8.9.	SPESIALISTHELSETJENESTEN OG PRIMÆRHELSETJENESTEN	233
9.	SYKEHUSREFORMEN OG HELSEFORETAKSMODELLEN – STATUS OG PERSPEKTIVER	236
9.1.	GENERELT OM EVALUERING OG ANBEFALINGER I FORHOLD TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN	237
9.2.	SYKEHUSREFORM OG HELSEFORETAKSMODELL – OVERORDNET VURDERING.....	238
9.3.	SYKEHUSREFORM OG HELSEFORETAKSMODELL – UTVALGTE VURDERINGER, ANBEFALINGER OG PROBLEMATISERINGER	240
9.4.	KOSTNADSKONTROLL	279
9.5.	HELSEFORETAKSMODELLEN SOM GRUNNLAG FOR ORGANISATORISK FUNKSJONALITET OG OPPNÅELSE AV FORUTSATTE EFFEKTER.....	291
10.	BILAG OG KILDER M.V.	297
10.1.	SAMTALEGUIDE.....	297
10.2.	UTVALGTE KILDER	302

Forord

AGENDA Utredning & Utvikling og MUUSMANN Research & Consulting fikk i begynnelsen av april 2005 i oppdrag å evaluere den norske helseforetaksmodell – og dermed også på mange måter å vurdere sykehusreformen.

De to virksomheter og flere av virksomhetenes konsulenter har siden dette vært involvert i en rekke analyse- og arbeidsinnsatser. Det har vært gjennomført samtaler med en rekke nøkkelpersoner spesielt fra den norske spesialisthelsetjeneste, men også fra en rekke andre lands spesialisthelsetjenester.

Nå som det samlede evalueringsforløp er avsluttet – og de etterfølgende vel 300 siders evalueringsrapport herved kan presenteres – føler vi en viss lettelse over å ha overstått et spendende, men også krevende og intenst forløp. Lettelsen til tross, primært er det en stor glede for oss at nettopp vi har fått lov til å ta utfordringen med å evaluere helseforetaksmodellen og den norske spesialisthelsetjeneste – med alle de opplevelser, de mange konstruktive innspill og den inspirasjon som evalueringsforløpet også har gitt.

Vi har gjennom evalueringsforløpet trukket relativt mye på flere ressurspersoner, og disse fortjener en stor takk! Vi kan ut fra møtet med forskjellige miljø i den norske spesialisthelsetjeneste – på toppledelsesnivå, ledelsesnivå, administrativt nivå og kliniske nivå – kun berette om positive opplevelser og klare inntrykk av entusiasme, initiativrikdom, holdninger og engasjement. Dette er i seg selv et signal om at den norske spesialisthelsetjenesten har det godt og utvikler seg – helseforetaksmodell eller ei.

Vi har i sammenheng med evalueringen valgt å ta med et relativt stort utvalg av vurderinger og anbefalinger i forhold til spesialisthelsetjenesten og helseforetaksmodellen. Vurderinger og anbefalinger er oppsummert i kapittel 2 og kapittel 9. Disse vurderinger og anbefalinger har grunnlag i analyser, gjennomganger og samtaler som er gjennomført i evalueringsforløpet. Uavhengig av innspill fra ressurspersoner er alle vurderinger og anbefalinger naturligvis vårt ansvar.

Vi håper at lesere av evalueringen – uansett om de nøyes med kapittel 2, leser utelukkende kapittel 2 og kapittel 9, eller leser hele evalueringsrapporten – kan oppnå en fornøyelse og inspirasjon i likhet med det vi selv har opplevd i arbeidet med rapporten og rapportens vurderinger og anbefalinger.

Oslo og København, 30. november 2005

Geir Magnussen
AGENDA

Peter Emmerich Hansen
MUUSMANN

1. Evaluering – bakgrunn og design

AGENDA Utredning & Utvikling og MUUSMANN Research & Consulting fikk ultimo april 2005 oppdraget med å evaluere helseforetaksmodellens funksjonalitet, slik denne kan vurderes ut fra premissene i sykehusreformen som ble gjennomført per 1. januar 2002, og ut fra den faktiske utvikling i spesialisthelsetjenesten i de snart 4 år som er gått siden reformen trådte i kraft.

Helse- og Omsorgsdepartementet er oppdragsgiver for evalueringen. AGENDA og MUUSMANN har det fulle ansvar for oppdraget og ubegrensede frihetsgrader i forbindelse med evalueringen, dog avgrenset av det opprinnelige konkurransegrunnlaget og den opprinnelige kravspesifikasjonen.

Ansaret for de vurderinger, konklusjoner og anbefalinger, som er tatt med ut fra den samlede evaluering, ligger derfor også fullt og helt hos AGENDA og MUUSMANN.

1.1. Bakgrunn

Evalueringen av helseforetaksmodellens funksjonalitet er en del av i alt tre evalueringer av sykehusreformen, som samlet sett har til formål å beskrive og vurdere hvordan og i hvilket omfang sykehusreformens premisser og målsettinger er blitt realisert.

De tre evalueringene vil antakelig være overlappende på en rekke felter. En slik overlapping kan være hensiktsmessig fordi den på mange måter sikrer en særdeles bred og dekkende evaluering av sykehusreformen og helseforetaksmodellen. En slik holdning stemmer overens med de premisser Helse- og Omsorgsdepartementet ga i det opprinnelige konkurransegrunnlaget.

AGENDA og MUUSMANN har valgt å tilnærme seg oppgaven ut fra en ganske bred ramme, hvor sykehusreformen som sådan og sykehusreformens målsettinger og premisser ligger som samlet klangbunn, og hvor en rekke brede utviklingsmessige forhold og tendenser er berørt som basis for vurderingen av helseforetaksmodellens funksjonalitet.

En rekke vesentlige fokusområder har vært forutsatt dekket av oppdragsgiver. En vesentlig del av evalueringen har vært å belyse og vurdere eier- og myndighetsdimensjonen samt bestiller-utfører-dimensjonen. Likeledes har det vært vesentlig å få belyst og vurdert ”kostnadskontroll” og ”demokrati”. Det vil si om sykehusreformen og i særdeleshet helseforetaksmodellen har gitt grunnlag for styring av og kontroll med kostnader, og i så fall med hvilke konsekvenser og med hvilke effekter. Videre skulle evalueringen ta opp spørsmålet om på hvilken måte og i hvilken grad sykehusreformen og

helseforetaksmodellen har påvirket rammene for demokrati og demokratisk innflytelse på spesialisthelsetjenesten.

Med utgangspunkt i blant annet disse fire fokusområdene – eier-myndighet, bestiller-utfører, kostnadskontroll og demokrati – har AGENDA og MUUSMANN analysert andre lands organiseringer og erfaringer med spesialisthelsetjenesten.

Arbeidet med evaluering av helseforetaksmodellens funksjonalitet er gjennomført i perioden primo mai-medio november 2005.

1.2. Evalueringsdesign

Hovedspørsmålene i evalueringen, slik som de er formulert i det opprinnelige evalueringsdesign, kan konkretiseres på følgende måte:

Utgjør helseforetaksmodellen et hensiktsmessig grunnlag for samlet organisatorisk funksjonalitet?

Utgjør helseforetaksmodellen et hensiktsmessig grunnlag for å oppnå forutsatte effekter, herunder de mål som ble formulert i forbindelse med reformen?

Det ligger implisitt et tredje spørsmål i tilknytning til de to formulerte – nemlig om den realiserte organisatoriske funksjonalitet er rettet mot eller kan rettes mot presis de mål og effekter som sykehusreformen, med etterfølgende videreutvikling og justering av reformen og dens premisser, har lagt og legger opp til. Det vesentlige spørsmål her er altså om helseforetaksmodellens organisatoriske funksjonalitet kontinuerlig kan rettes mot de mål reformen skulle realisere.

Det er viktig å belyse i hvilket omfang helseforetaksmodellen

- faktisk har sikret en formålsorientert organisatorisk funksjonalitet
- i seg selv kan være et hinder for en slik formålsorientering.

AGENDA og MUUSMANN har tatt utgangspunkt i en evalueringsdesign hvor involvering av utvalgte ressurspersoner og gjennomgang av eksisterende materiale og dokumentasjon har vært sentralt. Begge metoder har vært brukt også i forbindelse med de internasjonale analysene.

Det er gjennomført individuelle samtaler og gruppesamtaler på grunnlag av en strukturert samtaleguide som de ressurspersoner vi intervjuet fikk tilsendt på forhånd. Ressurspersonene ble valgt ut fra forskjellige nivå i helseforetaksmodellen (det nasjonale nivå, herunder Helse- og Omsorgsdepartementet, Helsetilsynet og Sosial- og Helsedirektoratet), RHF-nivået samt HF-nivået). Det har også vært avholdt samtaler med ”fo-

retakseksterne” ressurspersoner, bl.a. fylkesordførere, samt ressurspersoner fra pasientforeninger, fra Den norske Legeforening, Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund samt fra private sykehus. Det er også gjennomført intervju med representanter fra Kommunenes Sentralforbund (KS). I alt har knapt 60 ressurspersoner på denne måten vært direkte involvert i evalueringsprosessen.

En form for ”mini spørreskjemaundersøkelse” har vært brukt i forbindelse med samtalerne. Stort sett alle ressurspersonene har besvart i alt 15 spørsmål – med faste, avgrensede svarmuligheter – vedrørende sykehusreformen og helseforetaksmodellen.

Ultimo september ble det gjennomført en såkalt dialogkonferanse, hvor samtlige ressurspersoner var invitert. I alt deltok ca. 40 ressurspersoner på konferansen.

Dialogkonferansen ble brukt som et forum for å diskutere en rekke utvalgte temaer som har direkte sammenheng med sykehusreformen og helseforetaksmodellen. Dialogkonferansen og de temaene som ble diskutert er omtalt mer detaljert i kapittel 9. Dialogkonferansen ble også brukt som forum for å bekrefte eller avkrefte en rekke hypoteser som AGENDA og MUUSMANN hadde utarbeidet forut for dialogkonferansen.

Dialogkonferansen hadde dessuten et spesielt fokus på to problemstillinger som AGENDA og MUUSMANN tidlig i evalueringsprosessen valgte å gå litt mer inn i enn forutsatt i det opprinnelige evalueringsdesign. De to problemstillingene omfatter forskjellige aspekter vedrørende ledelsesforhold og ledelsesutvikling og finansierings- og avregningssystemet i forhold til spesialisthelsetjenesten.

Parallelt med at vi gjennomførte de individuelle samtalerne og gruppesamtalerne, redigerte og strukturerte innspill fra disse samtalerne, gjennomførte den omtalte spørreskjemaundersøkelsen og forberedte gjennomføringen av dialogkonferansen, arbeidet AGENDA og MUUSMANN med en omfattende gjennomgang av dokumenter, utredninger og analyser.

Det var i oppdraget også forutsatt at evalueringen skulle integrere internasjonale erfaringer. Evalueringen har derfor også bestått av en gjennomgang av materiale fra forskjellige andre land. Det er primært fokusert på Frankrike, Nederland, Sverige, Danmark, Finland, England, Skottland og Irland.

AGENDA og MUUSMANN har i forbindelse med evalueringen brukt en ”faglig backinggruppe” – bl.a. ut fra behovet for å sikre en internasjonal orientering i det samlede evalueringsarbeidet. De eksterne faglige ressurspersonene som har vært involvert, 2 fra Sverige og 3 fra Danmark, er presentert i vedleggssamlingen. Disse eksterne fagpersonene deltok også på den nevnte dialogkonferansen.

Samtlige av de utredninger og analyser m.v. som er benyttet fremgår av en samlet kildeoversikt som likeledes finnes i vedleggssamlingen.

Den overordnede analyse- og evalueringsstruktur som AGENDA og MUUSMANN har brukt som grunnlag for arbeidet, er presentert i kapittel 4. Denne struktur omfatter også det begrepsapparat og det begrepsinnhold som er brukt som en form for ryggstøyle gjennom store deler av evalueringen, og som likeledes blir presentert mer konkret og detaljert i kapittel 4.

I vedleggssamlingen er en rekke relevante dokumenter tatt med. Det gjelder bl.a. oversikt over involverte ressurspersoner, samtaleguide, detaljert oversikt over svar fra spørreskjemaundersøkelsen, utdrag fra opprinnelig oppgavedesign og utdrag fra opprinnelig bakgrunnsmateriale fra Helse- og Omsorgsdepartementet.

1.3. Evalueringsfilosofi

Evalueringen av helseforetaksmodellens funksjonalitet har i utgangspunktet karakter av en *retrospektiv* kartlegging og vurdering av utvalgte sider og erfaringer med sykehusreformen og med den helseforetaksmodell som ble etablert gjennom reformen.

Helseforetaksmodellens organisatoriske funksjonalitet og effektene av modellen blir gjennom evalueringen belyst på flere ulike måter. Blant annet ser vi på i hvilken grad de realiserte effekter av modellen har sammenheng med de effektmål som opprinnelig ble formulert.

Evalueringsprosessen er imidlertid tilrettelagt slik at det også legges et grunnlag for vurderinger som *ser framover*. Det vil si kvalifiserte vurderinger av helseforetaksmodellens begrensninger og potensialer – ikke bare i forhold til sykehusreformens målsettinger og premisser, men også mer bredt i forhold til de muligheter, problemer og utfordringer som spesialisthelsetjenesten vurderes å stå overfor.

De forskjellige former for vurdering av helseforetaksmodellen gir dermed også grunnlag for evalueringsbaserte forslag eller anbefalinger – med fokus på områder hvor strukturelle initiativ og/eller justeringer kan gi mulighet for enda bedre organisatoriske og styringsmessige rammer, eller enda bedre utnyttelse av de eksisterende rammer for spesialisthelsetjenesten.

1.4. Presentasjon av evalueringens oppbygging

Resymé av evalueringsrapporten og evalueringens hovedkonklusjoner finnes i kapittel 2, idet kapittel 9 – som resyméet i stor utstrekning er basert på – omfatter en mer detaljert og omfattende gjennomgang av evalueringens vurderinger og anbefalinger.

I kapittel 3 gjennomgår vi sykehusreformen og helseforetaksmodellen slik den var da den trådte i kraft i 2002. I dette kapitlet gjennomgår vi dessuten utviklingen i den norske spesialisthelsetjenesten – over tid og i forhold til den generelle internasjonale utvikling i spesialisthelsetjenester. Evalueringens analysemodell og begrepsapparat presenteres i kapittel 4.

Kapittel 5 inneholder en nærmere beskrivelse av evalueringens delelementer og sammenhenger, som finnes i evalueringens kapitler 6 til 9. Kapittel 6 omhandler den internasjonale perspektivering. Resultater fra samtaler og den gjennomførte spørreskjemaundersøkelse presenteres i kapittel 7. Analysen av temaene for evalueringen gjennomgås i kapittel 8. Kapittel 9 omhandler status og perspektivering for sykehusreformen og helseforetaksmodellen. Av kapittel 9 fremgår som nevnt konsulentenes vurderinger, anbefalinger og problematiseringer i forhold til sykehusreformen og helseforetaksmodellen. Her foretas en vurdering i forhold til den videre utvikling av spesialisthelsetjenesten i Norge.

2. Resymé

Flere deler av evalueringsrapporten har en oppsummerende og helhetsorientert karakter. Det gjelder hele kapittel 9 "Sykehusreformen og helseforetaksmodellen – status og perspektiver" – og det gjelder de oppsummerende avsnitt i kapittel 6 "Internasjonal gjennomgang" og kapittel 8 "Gjennomgang av utvikling i Norge" – avsnittene 6.3.3. "Tverrgående oppsummering" samt 8.8 "Tema-tverrgående gjennomgang".

Dette resymé bygger på kapittel 9. Kapittel 9 samler perspektiver og sentrale aspekter i evalueringsrapporten, og bygger på de oppsummerende og helhetsorienterte avsnitt i rapporten forøvrig, hvor de enkelte kapitlers grunnanalyser av utviklingen innenfor spesialisthelsetjenesten i henholdsvis Norge og utvalgte europeiske land samles opp.

2.1. Helseforetaksmodellen

Det er en helt grunnleggende vurdering at helseforetaksmodellen kan utgjøre et fundament for styring og utvikling av spesialisthelsetjenesten også i årene som kommer. Det er likeledes en grunnleggende vurdering at det er behov for justeringer og endringer i forhold til den måte helseforetaksmodellen rent faktisk er implementert og utviklet på etter sykehusreformen.

Det har ut fra den samlede analyse- og evalueringsinnsatsen vært overveid og vurdert om helseforetaksmodellen framover kan fungere uten et regionalt nivå – altså uten de regionale helseforetak. Konklusjonen og anbefalingen her er at dette ikke bare vil være uhensiktsmessig, men at de regionale helseforetakene i stedet bør tillegges ytterligere ansvar og oppgaver.

Det er en klar anbefaling i forbindelse med en utvidelse av de regionale helseforetakenes ansvar og oppgaver at den lokal- og regionalpolitiske legitimitet bør utvides. Det kan skje gjennom fast etablering av såkalte samfunnspanel som flere regionale helseforetak og helseforetak (HF-nivået) allerede har eksperimentert med og gjort bruk av i forhold til strukturutvikling. Utvidelse av lokal- og regionalpolitisk legitimitet kan også skje gjennom utvidelse av styrene i de regionale helseforetakene, slik at det åpnes rom for deltakelse av kommunale politikere og fylkespolitikere.

Helseforetaksmodellens grunnleggende fundament foreslås opprettholdt på dette punkt. Det vil si at det økte lokal- og regionalpolitiske elementet i styrene gjennomføres ved at Helse- og Omsorgsdepartementet peker ut styremedlemmer, og at det politiske nivå i kommuner og fylkeskommuner blir gitt en innstillingsrett.

Vi vil presisere at anbefalingene vedrørende samfunnspaneler og utvidet politisk involvering også forslås gjennomført på helseforetaksnivået. Dette ikke minst fordi helse-

foretakene ut fra bl.a. hensynet til oppgave- og funksjonsfordelinger og kapasitetsutnyttelse nå er langt større enn de fylkeskommunale sykehusene var før reformen.

På bakgrunn av disse grunnleggende vurderinger og anbefalinger vedrørende helseforetaksmodellen har vi også indikert at det ikke synes å være grunnlag for endringer når det gjelder å forankre eierskapet til spesialisthelsetjenesten på nasjonalt nivå.

Spesielt om investeringer

Det har vært en del av helseforetaksmodellen at de enkelte foretak skal underlegges regnskapsloven, slik at ansvaret for ressursbruken og ressursstyringen også skal omfatte investerings- og avskrivningssiden.

Det har i hele tiden etter sykehusreformen vært vanskelig å få retningslinjene for bruk av regnskapsloven endelig på plass. Bl.a. har et investeringsnivå tilsvarende 2/3 av gjenanskaffelsesverdien og forutsatte levetider for aktiva blitt utsatt for kritikk. Det samme gjelder bruken av såkalte korrigerte regnskap, hvor det gjennom eierkanalen blir utarbeidet årsresultater, som ikke svarer til de som er utarbeidet av uavhengige revisorer tilknyttet helseforetakene.

Vi vil anbefale at hele denne problemstillingen – som i verste fall kan bidra til å så tvil om helseforetaksmodellens generelle egnethet – blir løst, og at investeringsnivået blir oppjustert, slik at det svarer til en gjenanskaffelsesverdi på eksempelvis 4/5, og slik at estimerte levetider for aktiva framstår som realistiske.

Bare IKT investeringer alene vil de nærmeste 5-10 år kreve anseelige ressurser.

I forlengelsen av dette forslaget anbefales det å utvide kravene til helseforetakene når det gjelder å dokumentere driftseffektivitet; jfr. avsnitt 2.5 nedenfor.

2.2. Bestiller-utfører

Vi foreslår helt å eliminere fra foretaksmodellen de forskjellige former for bestiller-utfører tenkning som i noen grad var en del av sykehusreformens verdimessige grunnlag, og de former for rolleadskillelse og skille mellom ulike styringsformer (eierstyring og innholdsstyring) som har vært avledet av dette.

Bestiller-utfører tankegangen synes ikke reelt sett å ha slått gjennom på noen avgjørende måte i styringen av den norske spesialisthelsetjenesten. Som det også fremgår av kapittel 6 varierer de internasjonale erfaringer med denne tankegangen fra blandet til negative. De regionale helseforetakene har reelt gjort styring gjennom bestiller-utfører modellen både urealistisk og unødvendig. Dette ikke minst på grunn av press i retning av oppgave- og funksjonsfordelinger og konsolidering av sykehus innenfor rammene av større helseforetak.

Etter sykehusreformen har det vært arbeidet mye med rolleadskillelser og selvstendige organisatoriske fundamenter for f.eks. eierstyring og innholdsstyring – bl.a. ut fra bestiller-utfører tankegangen. Den merverdi som er tilført gjennom denne innsatsen synes ikke innlysende.

Bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene har vært Helse- og Omsorgsdepartementets helt vesentlige fundament for innholdsstyringen av spesialisthelsetjenesten.

Formen på dette vurderer vi generelt som hensiktsmessig og den anbefaler vi videreført. Men det kan være grunn til å vurdere graden av konkretisering i bestillerdokumentene. Vi vil således anbefale at bestillerdokumentene helt entydig forbeholdes innholdsstyringen – og dermed føringer vedrørende:

- det generelle omfang av ytelser, det vil si generelle aktivitetsnivåer innenfor hovedkategorier av ytelser
- overordnet fordeling av ytelser på spesialiteter eller fagområder
- overordnet fordeling av ytelser på høyspesialiserte, spesialiserte og alminnelige ytelser.

Til gjengjeld anbefaler vi også at bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene i større grad enn hittil konkretiserer og presiserer de føringer som ligger ved – og at intensiteten i innholdsstyringen fra nasjonalt nivå dermed økes. Det er et vesentlig premiss for denne anbefalingen at en slik intensivering kan gjennomføres uten å gå på akkord med sykehusreformens premiss om at Helse- og Omsorgsdepartementet skal stå for den overordnede og policyorienterte styringen.

Prioritering er et avgjørende element i innholdsstyringen. Konkretisering og presisering av prioriteringer – å legge til, men også velge bort – kan med fordel gjøres mindre overordnet i bestillerdokumentene.

Det synes å være forskjeller mellom regionene når det gjelder den videre nedbryting av bestillerdokumentene fra de regionale helseforetakene til helseforetakene og produsent-systemet. Men også her synes det å være mulig med en økt konkretisering og detaljering, særlig når det gjelder prioritering (i de såkalte foretaksdokumentene).

2.3. Eier-myndighet

Myndighetsstyringen synes både i Norge og i andre europeiske land å være mindre godt definert. Det virker som om de enheter som i utgangspunktet ble etablert som organisatoriske fundament for myndighetsstyringen, i økende grad har blitt involvert i arbeid som har karakter av innholdsstyring og eierstyring i like stor grad som av myndighetsstyring.

Det er også internasjonalt en tendens til at de tradisjonelle myndighetsorganer i økt omfang beskjeftiger seg med oppgaver som har karakter av å gi råd og å utforme redskaper. De er også involvert i arbeid som vedrører utvikling og administrasjon av standarder og normer på områder hvor lovgiving og utfylling av lover ikke er til stede, eller er til stede i svært overordnet og generell form.

Sosial- og Helsedirektoratet er den viktigste aktøren når det gjelder myndighetsstyringen i forhold til spesialisthelsetjenesten. Sosial- og Helsedirektoratet har fått oppgaver av en karakter som ikke kan betraktes som myndighetsstyring i tradisjonell, snever forstand.

Det er en klar anbefaling at noen av Sosial- og Helsedirektoratets oppgaver i forhold til spesialisthelsetjenesten bør reduseres betraktelig. Dette er detaljert og konkret begrunnet i kapittel 9. De regionale helseforetakene kan i høy grad overta ansvaret for og medvirkning i forhold til bl.a. IKT, operasjonalisert prioritering, og mer konkretiserte retningslinjer for prioritering samt for kvalitetsutvikling, kvalitetsindikatorer, avvikssystemer og faglige standarder. De overordnede rammebetingelsene for en slik økt regional innsats på disse områdene, kan fastlegges gjennom den nasjonale eierstyringen, men delvis også – jfr. ikke minst når det gjelder prioritering – gjennom den nasjonale innholdsstyringen (bestillerdokumentene m.v.).

Myndighetsstyringen synes generelt å være begrunnet med en situasjon hvor det nasjonale nivå ikke har påvirkningsmuligheter, eller bare indirekte har påvirkningsmuligheter, i forhold til produserende ledd, og hvor direkte eierstyring er forankret på regionalt eller lokalt nivå.

Med sykehusreformen forsvant det regionale eierskapet til spesialisthelsetjenesten – og dermed også i stor grad begrunnelsen for en fortsatt tett og utvidet myndighetsstyring. Helseforetaksmodellen fungerer nå innenfor rammer hvor den offentlige del av produsentsystemet kan påvirkes direkte gjennom eierstyring og innholdsstyring. Behovet for å fylle ut området mellom presis, konkretisert lovgiving og regelverk på den ene siden og behovet for standarder, normer og rammer på den andre siden kan i prinsippet utelukkende sikres gjennom disse to styringsformene.

Vi vurderer det som unødvendig mye dobbeltarbeid når både det nasjonale nivå og det regionale nivå bruker krefter på områder som kvalitetsarbeid og IKT. På disse områdene kan med fordel de regionale helseforetakene tildeles større ansvar og forpliktelser. Det er et selvstendig poeng at det nasjonale nivåets innsats i alle tilfeller likevel vil måtte bygge på involvering av fagressurser på det regionale nivå og på helseforetaksnivå når det gjelder kvalitet og faglige standarder samt IKT.

Ingen av de land som er inkludert i denne evalueringen har erfaringer som tyder på at nasjonalt forankret innsats og ansvar sikrer større framdrift i forhold til målsettinger om driftsmessig integrering av klinisk IT og kvalitetsarbeid i produsentsystemet. Med kvalitetsarbeid menes her alle systematiske former for innsats med kvalitetsdatabaser, utvikling og vedlikehold av effektmål for utredning og behandling, samt dokumentert kvalitet.

Det er derimot indikasjoner på at produsentsystemets vilje til og prioritering av innsats på dette området kan fremmes på andre måter. Det kan skje gjennom meget klare og presise krav og pressmekanismer fra nasjonalt nivå i forhold til slike målsettinger, strukturer med former for audits og reviews med premisser om offentliggjøring av resultater, samt klare konsekvenser av "lav performance" på disse områdene.

Når det gjelder kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten, vil vi henlede oppmerksomheten på at de såkalte nasjonale kvalitetsindikatorne har en karakter som i de fleste andre land ville vært betegnet som "serviceindikatorer". Egentlige og standardiserte effektmål synes bare i begrenset grad å være i bruk i den norske spesialisthelsetjenesten, og da ofte som følge av utfyllinger fra de regionale helseforetakene.

Uansett hvordan kvalitetsarbeidet innenfor rammene av helseforetaksmodellen blir organisert og styrt fremover bør det, også fra nasjonalt nivå, etableres noen klare og omfattende mål, som kan sikre gradvis driftsmessig integrering av "egentlige" kvalitetsindikatorer.

Det anbefales at man vurderer mulighetene for å etablere et uavhengig og audit-orientert nasjonalt kvalitetsorgan. Det er ikke tatt konkret stilling til om Helsetilsynet i så fall kan utgjøre den organisatoriske ramme for de arbeidsområder et slikt uavhengig organ skal ivareta.

Vi har konstatert at de uavhengige revisjonsfirmaene som nå er tilknyttet foretakene på mange måter oppfattes som en gevinst av styrene og den administrative ledelsen fordi de medvirker til å synliggjøre problemstillinger og utfordringer som (muligens) ellers ikke ville vært kommet frem for toppledelsen.

En instans som det foreslåtte uavhengige kvalitetsorganet kunne på mange måter være en faglig parallell til de uavhengige revisjonsfirmaene – og kunne prinsipielt utvise

samme nidkjærhet når det gjelder kravene til dokumentasjon og registrering av kvalitet, som det vi kan observere på det økonomiske området.

Det er en klar anbefaling at det gjennom nasjonalt fastlagte krav sikres generell innføring av akkreditering og sertifisering i den norske spesialisthelsetjenesten. Det vil si at både den offentlige og den private del av produsentsystemet underlegges krav om prosess- og logistikkmessig standardisering gjennom et eller flere valgte sertifiserings- eller akkrediteringssystemer. Det foreslåtte nasjonale uavhengige kvalitetsorgan kan i en slik sammenheng tildeles rollen som overordnet rådgiver i forhold til valg av system. Dette organet vil gjennom en rolle som ”sertifiseringsorgan” samtidig kunne være det organisatoriske fundament for kontrollstyringen. Det anbefales at dette uavhengige organet en gang per år avgir en rapport til Stortinget om den aktuelle situasjon i helseforetakene når det gjelder bruk av egentlige kvalitetsindikatorer (effektmål) og akkrediteringssystemer. En slik rapport kan sikre overordnet informasjon til det nasjonale politiske system, men kan samtidig danne grunnlaget for løpende justering av krav overfor produsentsystemet eller deler av produsentsystemet. Samtidig kan eierstyringen, eventuelt i kombinasjon med myndighetsstyringen, brukes som grunnlag for oppfølging av rapporten.

Eksakt hvilken sertifiseringsmåte eller akkrediteringssystem som velges av de regionale helseforetakene er ikke så vesentlig. Det må i høy grad være de regionale foretakene som er drivere i en prosess frem mot akkreditering og sertifisering. De regionale foretakene kan godt ha fritt spillerom innenfor de overordnede rammer når det gjelder valg av system. Det synes å være en viss tendens til konvergering når det gjelder de markedsledende akkrediterings- og sertifiseringssystemene. I forbindelse med innføring av 1. generasjons systemer for akkreditering og sertifisering kan det utmerket godt være en fordel med en viss variasjon.

Organiseringen på departementalsnivå forekommer ikke å være den mest påtrengende problemstilling i forhold til spesialisthelsetjenestens videre utvikling innenfor rammene av helseforetaksmodellen. Det kan, også ut fra vurderingene om bestiller-utfører, argumenteres for en mer integrert modell, hvor spesialisthelsetjenesteavdelingen og eieravdelingen samles, og som også svarer bedre til den tendens som kan observeres på RHF-nivå. Men det kan – også på tross av en avvisning av bestiller-utfører-modellen – argumenteres for at en bør holde fast på den nåværende strukturen, bl.a. med henblikk på å sikre en mer entydig og konkretisert innholdsstyring.

Derimot synes det å være en åpenbar problemstilling å få til en avklaring av roller og arbeidsoppgaver mellom Helse- og Omsorgsdepartementet, Sosial- og Helsedirektoratet og en rekke ulike eksterne organer. De organer vi sikter til er blant annet Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, Nasjonalt prioriteringsråd, Råd for høyspesialisert medisin og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Det synes å være et klart behov for å få presisert grenseflater, arbeidsdeling og roller. Det gjelder både disse organenes forhold til

departementet og Sosial- og Helsedirektoratet, men også organenes forhold til de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Det understrekes at myndighetsstyring prinsipielt – med den norske helseforetaksmodellen og det nasjonale eierskap – kan drives også fra regionalt nivå, og at akkrediterings- og sertifiseringssystemer – hvis de innføres – i meget stor grad kan tilrettelegges på en slik måte at de favner over en ganske stor del av myndighetskravene. Akkreditering og/eller sertifisering kan således oppfattes som en avspeiling av myndighetskrav – og dermed som en form for myndighetsstyring.

Innholdsstyringen fra nasjonalt nivå kan med fordel øke graden av konkretisering når det gjelder forskningsinnsatser. Det kan kanskje være behov for en nasjonal forsknings- og utviklingsplan i forhold til spesialisthelsetjenesten. En slik plan må i så fall utformes slik at behovene for forskning og utvikling i relasjon til spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste avveies. En nasjonal forskningsplan kan eventuelt integreres i den nasjonale plan for spesialisthelsetjenesten som foreslått i avsnitt 2.4. Det synes således å være et behov for å tydeliggjøre prioriteringen av forskningsmessige satsningsområder og ikke minst spydspissområder, som også bør favoriseres ressursmessig.

Den anførte fokusering på forskning og utvikling kan, jevnfør ovenfor, ledsages av en intensivering i innholdsstyringen vedrørende innhold i og omfang av høyspesialiserte funksjoner, spesialiserte funksjoner og alminnelige funksjoner. Bestillerdokumentene kan med fordel omfatte en årlig statusgjennomgang av disse områder. På den måten legges føringer for hvordan det gjennom eierstyringen bør legges til rette for samling av spesialiserte og høyspesialiserte funksjoner og for grad av spredning av kapasitetsutnyttelse i forhold til denne type av funksjoner.

2.4. Demokrati

Pasient-/innbygger-systemet har i Norge, som i andre land, fått vesentlig større innflytelse på og innsikt i spesialisthelsetjenesten. Den norske spesialisthelsetjenesten synes å være helt i front i forhold til de fleste andre land på dette området. Likevel bør brukermedvirkning vedlikeholdes og intensiveres; både rent formelt og gjennom økt innsats vedrørende pasient- og pårørende-opplæring, samt egenomsorg og forebygging.

Det er viktig hele tiden å følge med i og evaluere de former for bruker- og innbyggerinvolvering som tas i bruk i forhold til helseforetakene, og de resultater slike former for involvering generelt gir.

Det er viktig å unngå risiko for flertallsfavorisering og manglende helhetsorientering på dette området. Det gjelder for eksempel hvis bestemte pasientgrupperinger eller pasientforeninger blir involvert.

Likeledes kan det være grunn til å ta konkrete initiativ når det gjelder produsent-systemets påvirkning av pasient-/innbyggersystemet. Det er for tiden en klar tendens til økt press fra pasient-/innbyggersystemet overfor produsentsystemet når det gjelder krav og forventninger. Informasjons-ubalansen i forhold til fagmiljøene reduseres kanskje også som følge av pasient-/innbyggersystemets økte involvering og økte adgang til å gjøre seg kjent med spesifikke sykdommer og behandlingsmuligheter f.eks. gjennom internett.

På den annen side bør den økte innflytelse fra pasient-/innbyggersystemet også kanaliseres således at det sikres at de på en mer forpliktende måte erkjenner de mange dilemmaer produsentsystemet og spesialisthelsetjenesten står oppe i. Dette gjelder også i forhold til den stadig større ”kløft” mellom utrednings- og behandlingsmessige muligheter og ressursmessige rammer og det økte behov for mer konkret prioritering som følger av dette.

Dette krever at produsentsystemet, og ikke minst fagmiljøene, tar et økende helhetsansvar snarere enn å fremme spesialiteter eller hensynet til spesielle faggrupper når de har kontakt med pasient-/innbyggersystemet og de mange forskjellige delinteressene i dette systemet.

Den anbefalte styrking av direkte politikerinvolvering i de regionale helseforetakene og helseforetakene er berørt under 2.1.

I tillegg synes det å være behov for at det nasjonale politiske system (Stortinget) i høyere grad blir involvert på en strategisk og framtidsrettet måte i utviklingen av spesialisthelsetjenesten, og at det dermed blir skapt en plattform for en slik involvering. Dette foreslås etablert via to forskjellige grep som kan integreres.

For det første foreslår vi at det blir utarbeidet en Nasjonal strategisk plan for spesialisthelsetjenestens utvikling – hvor det kan fokuseres på enkeltområder – f.eks. psykiatri, hjerteområdet, cancerfeltet osv. – men hvor det primære formålet er å formulere helhetsorienterte mål og signaler på helt overordnet nivå.

For det andre anbefaler vi at det (litt ut fra irsk og fransk forbilde) etableres en årlig strategisk samling, hvor Stortingets politikere – sammen med utvalgte ressurser fra de regionale helseforetakene og helseforetakene, og ikke minst fra fagmiljøene – gjennomgår og drøfter vesentlige utviklingstendenser og utfordringer, og i det hele tatt gjensidig utveksler synspunkter og forventninger.

Vi anbefaler videre at denne strategiske samlingen – som kan avholdes i en av høst-månedene – får en formalisert status som utgangspunkt for bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene. Men den strategiske samlingen bør også fungere som del av grunnlaget for å utvikle og kontinuerlig justere den Nasjonale strategiske planen vi har beskrevet.

Både den Nasjonale strategisk planen og den strategiske samlingen gir det nasjonale politiske system nye muligheter for involverings og påvirkning. Men begge grep innebærer også at behovet for og legitimiteten i inngrep fra det nasjonale politiske nivå i enkeltsaker kanskje kan bli redusert.

2.5. Kostnadskontroll

Det anbefales at den norske spesialisthelsetjenesten fortsatt tildeles ressurser både ut fra rammefinansiering og ut fra case mix baserte takster (DRG). Det er i den sammenheng en klar vurdering fra vår side at det bør holdes fast ved 60 % -satsen i forhold til innsatsbasert aktivitet, og at denne satsen bare bør endres med helt spesielle begrunnelser.

Det synes generelt å være mange eksempler på at det i løpet av året gjennomføres justeringer av grunnlaget for HFenes og RHFenes ressursstyring og samlede økonomiske rammer. Helseforetaksmodellen har nå fungert i noen år. Det gjør det rimelig å forvente at det nasjonale nivå allerede ved årets begynnelse kan fastlegge de økonomiske rammebetingelser for foretakene, og at det bare helt unntaksvis gjennomføres justeringer eller endringer av de ressursmessige rammebetingelsene i løpet av året.

Kravet til aktivitet formaliseres gjennom overordnet innholdsstyring og eierstyring, hvor forventninger til årets aktivitetsnivå fastlegges på en lite spesifikk måte. Samtidig kan det for det enkelte helseforetak være tvil om hvorvidt marginalaktivitet utover det forutsatte samlede aktivitetsnivå (budsjetterte antall DRG poeng) rent faktisk vil bli dekket. Denne usikkerhet gjelder også i forhold til 60 % -taksten for innsatsbasert aktivitet.

På denne bakgrunn foreslås det at det i tilknytning til innsatsbasert aktivitet ikke etterlates tvil om det finansieringsmessige grunnlag – heller ikke i situasjoner hvor det enkelte helseforetak produserer ut over det budsjetterte antall DRG poeng. I tilfeller med produksjon utover det budsjetterte antall DRG poeng kan det opereres med et konkret fastlagt avregningstak som eksempelvis kan ligge på 102 % av det samlede aktivitetsbudsjett (de budsjetterte DRG poeng). En slik sats kan gjelde nasjonalt. En annen mulighet er å operere med en form for knekktakst, eksempelvis 40 % eller 30 %, som tas i bruk når aktiviteten når opp på et nivå over det budsjetterte. En kombinasjon av disse to former vil også være mulig.

De eventuelle insitamenter til å fremme effektivitet som ofte hevdes å kunne ligge i innsatsbasert styring, antas ikke å bli vesentlig berørt av et taksttak og/eller av knekktakster, når nivået for innsatsbasert styring i forveien ligger så høyt som på 60 %. Derimot kan taksttak og/eller knekktakster motvirke en tilstand med ustyrbar aktivitetsmessig vekst.

Det bør være mulig å sikre et bedre vedlikehold av DRG systemet. I det ligger også at avstemningen mellom konkrete DRG takster og de faktiske kostnader i produksjonen bør bli bedre. Eventuell bruk av skjønnsmessige takster i forbindelse med prioritering vil være avhengig av at det er meget stor grad av sammenheng mellom de grunnleggende DRG takstene og de reelle kostnadene i forbindelse med utredning og behandling.

Det foreslås at det som en del av eierstyringen – og som supplement til de rapporteringer som forøvrig gjennomføres fra helseforetakene – blir satt i gang et arbeid som kan sikre at det enkelte helseforetak fordeler sine kostnader, ekskl. investeringer/avskrivninger, på blant annet samtlige DRG kategorier. Dagkirurgiske kategorier inkluderes i dette arbeidet. Poenget med dette vil være å fordele alle relevante kostnader (herunder for de medisinske støttefunksjoner) på polikliniske konsultasjoner, somatisk aktivitet og på psykiatrien.

Eier får med en slik rapportering et bilde som kan brukes i flere forskjellige sammenhenger, herunder

- kostnadsfordelingen for de forskjellige helseforetakene i forhold til de områder eier (også via innholdsstyringen og bestillerdokumentenes føringer) har fastlagt som vesentlige
- sammenhengen mellom DRG takster og de av helseforetakene angitte reelle DRG relaterte kostnader, jfr. behovet for løpende vedlikehold av DRG takstene.

I tilknytning til dette forslaget anbefales det også at det enkelte helseforetak hvert år pålegges å utarbeide en produktivitetsredegjørelse. Denne redegjørelse bør belyse hvordan produksjonsverdien av aktiviteten har utviklet seg på den ene siden, og hvordan utviklingen i ressursbruk har utviklet seg på den andre. Det bør i den forbindelse stilles krav om et visst nivå av konkretisering. Det anbefales at det enkelte helseforetak i utgangspunktet selv får lov til å beskrive hvilke metoder og framgangsmåter som skal anvendes – innen noen helt overordnede rammebetraktninger, som de regionale helseforetakene i samarbeid med nasjonal eier kan fastlegge. Ut fra erfaringene i ”år 1” – som bør samles opp på regionalt og nasjonalt nivå – tilpasses rammebetingelsene. Men hele tiden bør utgangspunktet være at det er de enkelte helseforetakene som har ansvaret for å levere.

Sett fra det enkelte helseforetaks ståsted kan disse rapporteringsformene bli oppfattet som nye krav – på toppen av det som i forveien oppleves som betydelig. Reelt bør likevel et helseforetak, hvor det prinsipielt skal fokuseres ikke bare på å holde budsjettet, men også på driftsmessig effektivitet og kapasitetsutnyttelse, naturlig fokusere også på de områder, som disse rapporteringsforslagene avspeiler. Man kan også formulere det motsatt: Et helseforetak som ikke kjenner egne kostnader, eller som ikke kjenner samlet kostnadstrekk i forhold til bestemte DRG kategorier og/eller bestemte former for produksjon, kan prinsipielt sies å være ”nødlidende” når det kommer til det konkrete

behov for å identifisere muligheter for forbedringer av kapasitetsutnyttelse, ressursutnyttelse, pasientlogistikk og arbeidsformer m.v.

Evalueringen tyder på at kapasitetsutnyttelse er et av de områder hvor det er tvilsomt om det er et tilstrekkelig fokus. Det gjelder både planlegging av kapasitet, kunnskap om kapasitetsutnyttelse og eventuelle ”lommer” av kapasitet som ikke er benyttet.

Det synes i den sammenheng også å være noe tvil, både blant HF og RHF, om hvordan kapasitetsbehovet innenfor spesialisthelsetjenesten spesifikt skal og bør planlegges i forhold til veksten i kronikere og langvarig syke, samt veksten i antallet av eldre. Dette vedrører både spesialisthelsetjenestens egen fordeling av kapasitet på forskjellige typer sykehus – universitetssykehus, allsidige akuttisykehus/sentralsykehus, lokalsykehus og distriktsmedisinske sentre, men det gjelder også hvilken arbeidsdeling det i årene framover skal være mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I forhold til mange andre land ivaretar spesialisthelsetjenesten i Norge i utgangspunktet et relativt omfattende terreng. Dette er kanskje delvis en følge av de mange små kommuner som hver for seg kan være lite bærekraftige i forhold til de utfordringer både demografi og et økt antall kronikere m.m. innebærer.

2.6. Primærhelsetjenesten

Det synes generelt som om spesialisthelsetjenesten i Norge omfatter en større andel av helsesektoren totalt sett enn i flere andre land. Integreringen av rus, rehabilitering og pasienttransport kan være eksempler på områder hvor det i andre land kan registreres en systematisk økt utbygging av primærhelsetjenestens kapasitet. I blant annet England, Danmark, Irland og Sverige ser vi således målsettinger om betydelig økt vekst i primærhelsetjenestens kapasitet. Det er et premiss i flere av disse landene at denne veksten skal være større enn veksten i spesialisthelsetjenesten.

I flere land forutsetter den strategiske planlegging for primærhelsetjenesten at konsekvensene av kommende års demografisk utvikling med flere eldre, økt antall kronikere og langtidssyke, og vekst i behovene for rehabilitering, langt på vei skal kunne håndteres via kapasiteten – eller den økte kapasitet – i primærhelsetjenesten. Eller at det skal skje gjennom former for ambulante teams, hvor spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samarbeider systematisk.

Det synes å være et vesentlig behov for å prioritere det nasjonale arbeidet med planlegging av kapasitet innen henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette til tross for at det er gjort mye utredningsarbeid på dette området de senere år.

Uansett hvilken innsats som er gjort på dette området synes det som om de senere års sterke fokusering på spesialisthelsetjenesten etter sykehusreformen, i noen grad har gitt

et etterslep når det gjelder fokus på primærhelsetjenesten og samspillet og den gjensidig forpliktende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Med den situasjon som nå er etablert via helseforetaksmodellen, og hvor spesialisthelsetjenesten er preget av relativt få og i hovedsak ganske store helseforetak, vil etableringen av formelle og driftsmessig stabilt fungerende samspillsformer mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten være den kanskje største utfordringen for det norske helsesystem som helhet i de nærmeste årene.

Det synes også å være et stort behov for å gå gjennom grunnlaget for økt samarbeid mellom kommunene på dette området; eventuelt via økte insitamenter til kommunale fellesløsninger eller interkommunalt samarbeid. Dette er nødvendig hvis primærhelsetjenesten skal være bærekraftig når demografiske effekter og økningen i tallet på kronikere for alvor slår gjennom. Dette vil også være nødvendig for å sikre balanserte relasjoner til spesialisthelsetjenesten.

Vi vil i den sammenheng anbefale at det blir utredet og gjennomført finansierings- og avregningsmekanismer, som både i forhold til fastleger og i forhold til relasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skaper insitamenter som gjør det lønnsomt å avlaste spesialisthelsetjenesten med oppgaver knyttet til pasienter med langvarige sykdommer, kronikere m.v., og hvor det ofte ikke er evidens for at opphold på (som regel) medisinske avdelinger gir noen effekt.

Tankegangen knyttet til oppsøkende team og ambulante team på det somatiske området bør fremmes i tilknytning til strategier for å utvikle større grad av sammenbinding mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ambulante team med formelle kompetanser og ansvarsområder kan med fordel baseres på ressurser både fra kommunal sektor og fra spesialisthelsetjenesten.

Det bør avslutningsvis understrekes, jfr. det vi skrev ovenfor om myndighetsstyring og ikke minst Sosial- og Helsedirektoratets rolle framover, at nettopp det kommunale eierskapet til primærhelsetjenesten legger andre rammer for myndighetsstyring av primærhelsetjenesten. Mens Sosial- og Helsedirektoratets innsats overfor spesialisthelsetjenesten vurderes å være unødvendig omfattende, og ofte av en karakter som mer hensiktsmessig kan ivaretas utelukkende gjennom eierstyring og innholdsstyring fra Helse- og Omsorgsdepartementet og fra de regionale helseforetakene, synes dette ikke nødvendigvis å være tilfellet overfor primærhelsetjenesten.

2.7. Spesielt om privat produksjon

Ut fra sykehusreformens premisser har det vært lagt vekt på å ha en viss andel privat produksjon. Aktivitet utført av private produsenter er steget betraktelig i årene etter sykehusreformen, men den private andel av den samlede aktiviteten i spesialisthelse-

tjenesten ligger likevel fortsatt på et marginalt nivå. Dette avspeiler selvsagt den kraftige vekst i aktiviteten som også har vært i den offentlige delen av produsentsystemet.

Det er vurderingen at det kan være behov for en mer systematisk vurdering av hvorfor, i hvilket omfang og på hvilke områder det skal være private produsenter i spesialisthelsetjenesten. Dette skyldes blant annet at involveringen av private produsenter i stor grad synes å foregå utelukkende ut fra kriterier om at sykehusreformen la vekt på en slik privat involvering. Dette realiseres derfor i en viss, men begrenset, utstrekning av de regionale helseforetakene. Dette skjer tilsynelatende uten å skjule til om et offentlig helseforetak har kapasitet til å utføre det samme for marginale ekstrabevillinger. Det synes heller ikke å være en orientering mot systematiske former for konkurranse eller sammenlikninger av "performance" mellom private og offentlige produsenter. Overdragelse av produksjon til private leverandører synes derfor heller ikke å foregå ut fra premisser om at de er billigere eller mer effektive enn de offentlige helseforetakene.

Generelt synes det fortsatt å være så store potensialer for kapasitetsforbedringer i den norske spesialisthelsetjenesten at en begrunnelse om privat involvering ut fra kapasitetsmessige betraktninger ikke synes å være relevant.

Ut fra internasjonale erfaringer, og det gjelder ikke minst i de land hvor man har vært tidlig ute med pilotprosjekter og vurderinger av mekanismer som kan sikre bedre sammenheng mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, kan det kanskje være grunn til å overveie insitamenter som kan gi grunnlag for private leverandører i arbeidet med å støtte opp under den enkelte pasient (spesielt eldre, kronikere og medisinske pasienter med sammensatte lidelser) i forbindelse med de mange behov for koordinering av ytelser på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og innenfor en primærhelsetjeneste, som ofte er preget av stor grad av heterogenitet. I slike sammenhenger kunne det til og med overveies i større grad å skape insitamenter for privat involvering innen det medisinske området.

Initiativer av denne type forutsetter likevel fortsatt at det generelt og systematisk blir tatt konkret stilling til hva formålet med en privat sektor innenfor spesialisthelsetjenesten (helsesystemet generelt) egentlig er, og hvordan dette formålet helt konkret skal oppnås.

3. Reform og foretaksmodell

I dette kapitlet presenteres sykehusreformen og helseforetaksmodellen. Bakgrunnen for reformen oppsummeres og vurderes i forhold til den generelle utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Norge. Dessuten trekkes det forbindelseslinjer til de tiltak og initiativ som forøvrig er gjennomført i forhold til spesialisthelsetjenesten i 1990-årene og etter sykehusreformen.

Kapitlet omfatter analyser av forbruket av helsetjenester i forhold til andre land, herunder utviklingen av ressursinnsats, aktivitet, ventetider og produktivitet innenfor spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetaks økonomiske situasjon blir beskrevet og det foretas en gjennomgang av utviklingen på regionalt nivå.

3.1. Sykehusreformen

Sykehusreformen i Norge ble gjennomført fra 1. januar 2002. Reformen var ambisiøs og forutsatte vesentlige strukturelle og adferdsmessige endringer.

Reformen ble presentert som en organisasjons- og ansvarsreform, og med klare premisser om langt mer entydige rollefordelinger innen og mellom de forskjellige nivåene – det nasjonale, det regionale og det lokale (med de enkelte sykehus).

Reformen hadde et todelt utgangspunkt – på den ene side representerte den en sentralisering av eierskapet gjennom overføring av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til staten og dermed en mulighet for bedre koordinering av tjenestene på dette nivå. Staten ble eier og myndighet for spesialisthelsetjenesten og ble samtidig tjenestekjøper. Spesialisthelsetjenesten finansieres etter reformen nesten utelukkende av staten. På den andre siden signaliserte reformen en vesentlig økt fristilling for de enkelte sykehus. Med reformen ble det enkelte sykehus organisert som selvstendige rettssubjekter i form av ”egentlige foretak”.

Den forutsatte økte fristilling for helseforetakene var blant annet basert på premisser om at det var sammenheng mellom på den ene side driftsøkonomisk effektivitet og på den andre side økt grad av selvstendig drift for produsentene av helsetjenester. I noen grad var det også et premiss bak reformen om sammenhengen mellom fristilling og konkurranse mellom produsentene (herunder både offentlige og private) på den ene side og økt effektivitet på den andre.

Utgangspunktet for dette reformgrunnlaget var blant annet en oppfatning om at de tidligere eierne av sykehusene – fylkeskommunene – i for høy grad hadde detaljstyrt spesialisthelsetjenesten.

Styringsfilosofien i sykehusreformen var at den enkelte produsent i høyere grad skulle ha autonomi, men at roller, kompetanser og ansvar – herunder forpliktelsene for det enkelte foretak – samtidig skulle tydeliggjøres, og at rammene for alle former for kontakt og samarbeid dermed skulle være tydelige, forutsigbare og klart formaliserte.

De enkelte virksomheter (helseforetak) skulle med den nye struktur ha ”reell myndighet og ansvar”, men innenfor rammebetingelser som bidro til at det enkelte foretak også tok ansvar for helheten og den nasjonale helsepolitiske strategi (og for den samlede strategi i den enkelte helseregion). Det ble også understreket et (fortsatt) sterkt behov for nasjonal styring av spesialisthelsetjenesten, herunder et behov for prioritering av pasienter og aktiviteter i tråd med nasjonale føringer.

Tankegangen om mer autonome sykehusenheter ble gjennom sykehusreformen blant annet fulgt opp med innføring av nye regnskaps- og avskrivningsprinsipper. Det enkelte foretaks ressursforbruk i forhold til kapital ble synliggjort – og fokus på budsjett- og ressursstyring for det enkelte helseforetak skulle tilpasses denne nye situasjon.

Sett fra et økonomisk/styringsmessig perspektiv var det viktigste ved sykehusreformen innføring av nye regnskaps- og avskrivningsprinsipper, hvor arbeid og kapital ble sett i sammenheng. Hensikten med dette var å innføre et mer dynamisk element i styringen av sykehusene, slik at investeringer ble vurdert i et strategisk og effektiviseringsfremmende perspektiv. Selve DRG vektene ble imidlertid ikke endret som følge av reformen, og det var ikke hensikten at den innsatsstyrte finansiering skulle dekke investeringskostnadene. Sykehusreformen omfattet i det hele tatt ikke endring eller justering i forhold til den tidligere igangsatte innsatsbaserte styring.

En viktig del av reformen var å sikre organisatorisk atskillelse av statens rolle som henholdsvis eier av spesialisthelsetjenesten og statens rolle i forbindelse med å fastlegge aktivitet og innhold i de tjenester spesialisthelsetjenesten skulle yte. Eier bygger opp, nedlegger, dimensjonerer og lokaliserer spesialisthelsetjenestens tilbud – og legger dermed, innenfor rammene av denne rollen, – også en del av premissene for hvordan de forskjellige former for aktivitet og ytelser kan fastlegges, utvikles og prioriteres. For psykiatrien skjer dette samtidig i henhold til Opptrappingsplanen.

Sykehusreformen skulle sikre både bedre innhold og økt tilgjengelighet i forhold til de tjenester spesialisthelsetjenesten yter.

Reformen understreket viktigheten av at tjenestene både skulle være mer tilgjengelige og av høyere kvalitet på den ene siden og at ressursforvaltningen skulle være mer driftseffektiv på den andre, og forutsatte at det skulle være mulig å ivareta begge hensyn samtidig.

Sykehusreformen var en reform for spesialisthelsetjenesten og for en bedre styring av denne. I samme periode ble det gjennomført en fastlegereform. Denne skulle blant an-

net sikre at alle fikk tilgang til en fastlege og dermed også sikre bedre kontinuitet i pasient-/legerelasjonen. Det var en klar ambisjon med sykehusreformen at den skulle bidra til å presisere hvilke oppgaver som lå til spesialisthelsetjenesten og hvor i spesialisthelsetjenesten de ulike oppgavene skulle utføres. Samtidig ble det gitt uttrykk for at samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten ikke måtte forringes; snarere tvert imot. Det ble imidlertid ikke i forbindelse med sykehusreformen gjennomført spesielle institusjonelle tiltak for å sikre samarbeidet.

Pasientenes og brukernes (samt pårørendes) økte involvering og innflytelse i forhold til spesialisthelsetjenesten ble i reformen betonet som særdeles vesentlig. Disse erfaringene ble framhevet som viktige både i forhold til planlegging og drift av helsetjenesten.

Likeledes ble det fortsatte solidariske prinsipp som grunnlag for spesialisthelsetjenestens ytelser og for befolkningens tilgang til disse tjenestene understreket som et viktig premiss. Det ble i den forbindelse tatt avstand fra begreper som ”kjøpekraft” og ”kommersialisering” i tilknytning til helsetjenester. Dette til tross for at reformen også var basert på elementer som konkurranse og sterkere involvering av private produsenter.

Endelig var det et uttalt formål med reformen å legge tilrette for bedre kvalitet i pasientbehandling, utdanning, opplæring av pasienter og pårørende, samt forskning og utvikling. Det har vært sentralt i reformen å samle særlig den klassiske forskningsinnsats på universitetsklinikkene. Dette med henblikk på å sikre den høyest mulige kvalitet i forskningsarbeidet, herunder etablering av sterke forskningsmiljøer som kan fungere som kraftsentra for regionen og derigjennom tiltrekke og beholde kvalifisert og kompetent arbeidskraft. Samtidig er det et formål i seg selv å sikre at kvalitets- og utviklingsarbeidet foregår ved alle sykehus uansett størrelse, slik at medarbeiderne overalt i spesialisthelsetjenesten i en viss utstrekning blir involvert i arbeidet med å forbedre og utvikle kvaliteten i pasientbehandlingen.

Det ble uttrykt en rekke mål med reformen – noen av disse også av relativt kortsiktig karakter. Det gjelder bl.a. målsettinger om å øke behandlingskapasiteten og redusere ventetidene.

I forbindelse med vedtaket om sykehusreform ble det henvist til en rekke andre parallelle eller forutgående reformtiltak og -planer. Flere av disse tiltak og planer ble integrert inn i den nye sammenhengen, blant annet gjaldt dette Opptrappingsplanen innenfor psykiatrien.

Vi vil presisere at vi i gjennomgangen av sykehusreformens premisser, verdigrunnlag og målsettinger ikke har identifisert forhold, problemstillinger, konfliktflater, dilemmaer etc. som er ukjente i andre vesteuropeiske lands diskusjoner og strategier når det gjelder spesialisthelsetjenestens utvikling. De konkrete organisatoriske strukturer, de konkrete styringsfilosofier, og den konkrete ivaretagelsen av ulike roller m.v., er imidlertid på flere områder annerledes i den norske modellen enn det vi kan identifisere i

mange andre land. Der henvises for øvrig til kapittel 6 med gjennomgang av utviklingstendenser i en rekke andre land.

Ledelse og kvaliteten på ledelse, samt utvikling av ledelse og helhetlige ledelseskompetanser, ble understreket som en særdeles vesentlig del av den samlede sykehusreformen, og som en forutsetning for å få optimal effekt av helseforetaksmodellen. Det ble i den sammenheng framhevet at behovet for profesjonalisering – også av de styrende organer – ville være vesentlig.

3.2. Utvikling i helsesektoren og for spesialisthelsetjenesten¹

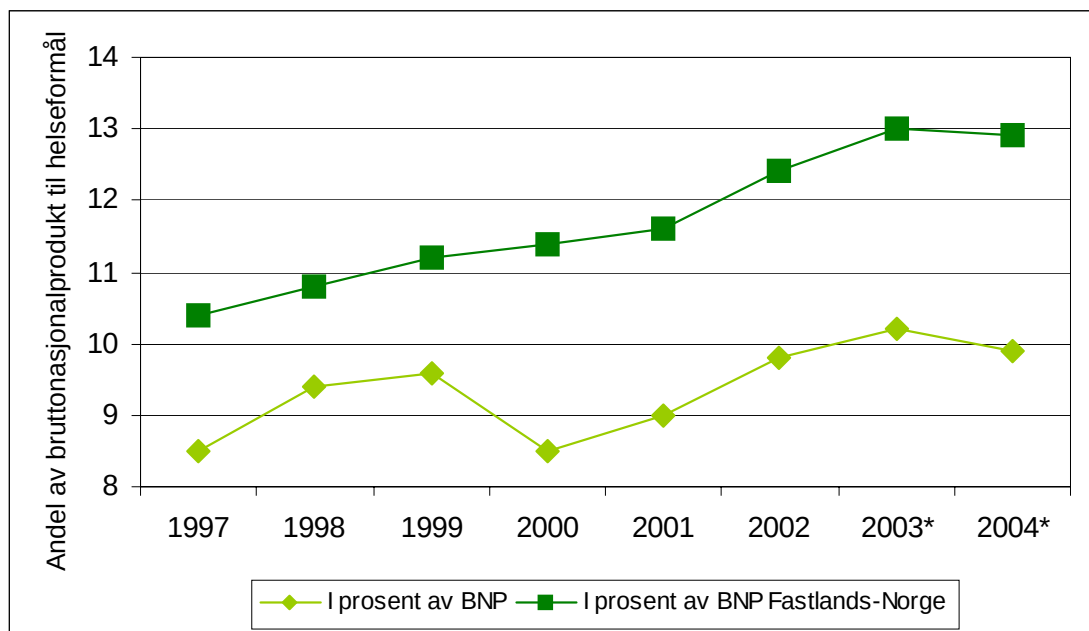
I dette kapitlet relateres beskrivelsen av sykehusreformen og helseforetaksmodellen til den generelle utvikling av spesialisthelsetjenesten i Norge. Den generelle utviklingen sees også i sammenheng med de tiltak og initiativer som forøvrig er gjennomført i forhold til spesialisthelsetjenesten i 1990-årene og etter sykehusreformen.

Formålet med dette er å legge grunnlaget for den senere sammenstilling av reformen og helseforetaksmodellen med andre tendenser og initiativer innenfor helsetjenesten.

¹ Alle data som er brukt i dette avsnittet er hentet fra SSBs artikkel, Helseregnskap 1997-2004, som igjen oppgir OECD som kilde for de internasjonale sammenligningstall for 2002, Årsrapport fra beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten, Juni 2005 samt Trond Tjerbo, Terje P. Hagen, "Harde" og "myke" budsjettskranker ("Helse-Norge i Støpeskjeen").

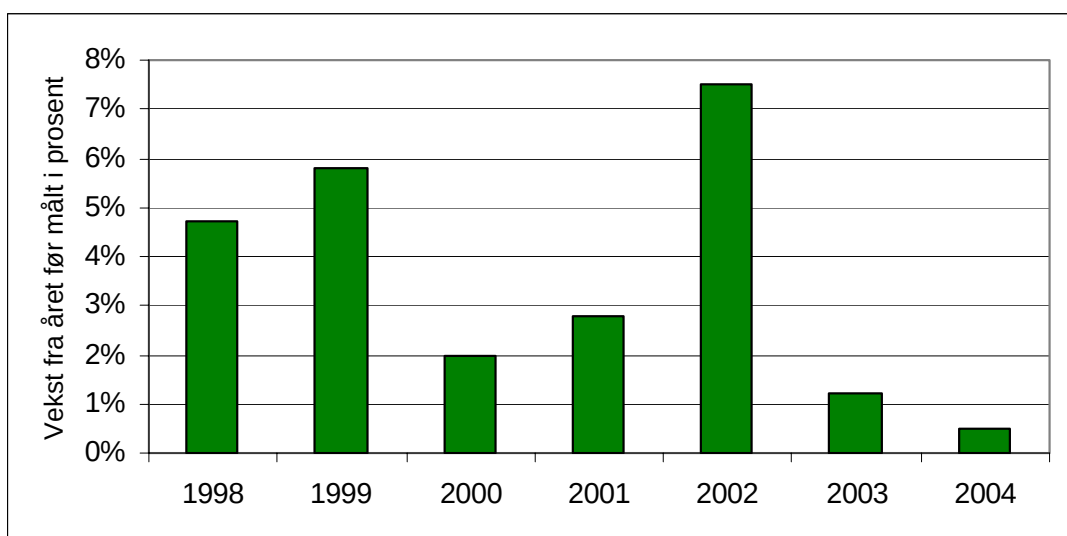
Data vedrørende utviklingen i Norge er hentet fra SSBs artikkel, Helseregnskap 1997-2004, mens den internasjonale sammenlikningen er hentet fra OECD. Merk ellers at utgiftsnivået og andel av BNP i Norge her avviker fra data publisert i SAMDATA 2003 (tallene fra SSB/OECD ligger ca 1% høyere her enn i SAMDATA) pga tilpasning til OECDs definisjoner som ikke forelå når SAMDATA ble publisert.

Figur 3.1 Utvikling av andel BNP brukt på helse i Norge



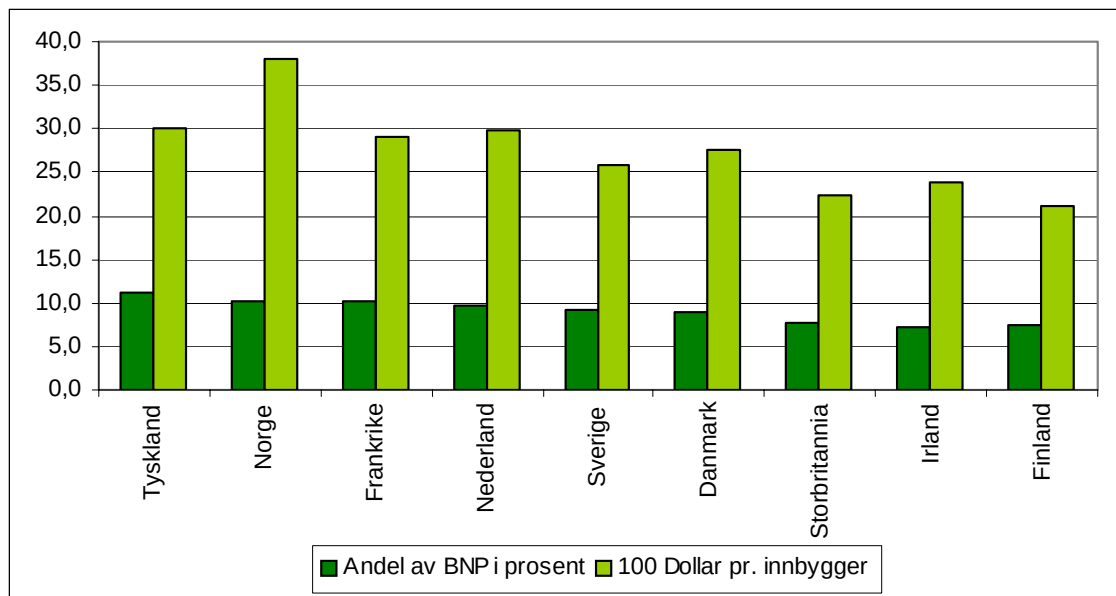
Fra figuren ser vi helseutgifter som andel av BNP varierer mellom 8,5 % og 10,3 %. Den relativt store variasjonen i helseandelen forklares i stor grad av endringer i oljeprisen. I år med særlig høye oljepriser vil helseutgiftenes andel av BNP være lavere enn i år med ”normale” oljepriser. Tar man hensyn til dette og ser på helseutgiftene i forhold til BNP for Fastlands-Norge, viser tallene en jevn stigning i andelen over hele perioden, fra ca. 10 % i 1997 til nesten 13 % i 2004.

Figur 3.2 Vekst i kostnader per innbygger til helseformål målt i faste kroner



Her ser vi at det har vært en kraftig realstigning i hele perioden, både før og etter innføring av sykehusreformen. Stigningen var spesielt høy i 2002, som er det første året med helseforetaksmodellen.

Figur 3.3 Andel av BNP brukt til helseformål sammenliknet med utvalgte andre land. 2003. Angitt i Dollar og i %



Vi ser her at Norge var det europeiske land (av de utvalgte) som klart brukte flest ressurser til helse per innbygger i 2003, og at kun Tyskland bruker større andel av BNP til helse enn Norge.

Målt i ressurser per innbygger, ser vi at Norges forbruk til helseformål ligger i en "egen divisjon," ca 30 % høyere enn Tyskland, Frankrike, Sverige (sammenliknet med 2002-nivå) og Danmark.

3.2.1. Utviklingen av ressursinnsats, aktivitet, ventetider og produktivitet innenfor spesialisthelsetjenesten²

Siden reformen ble innført 1. januar 2002, har vi sett det naturlig å bruke 2001 som et basisår for sammenlikning over tid. Det vil si at vi har utformet alle grafer slik at nivået både før (der vi har hatt data) og etter 2001 er vurdert i forhold til nivået i 2001.

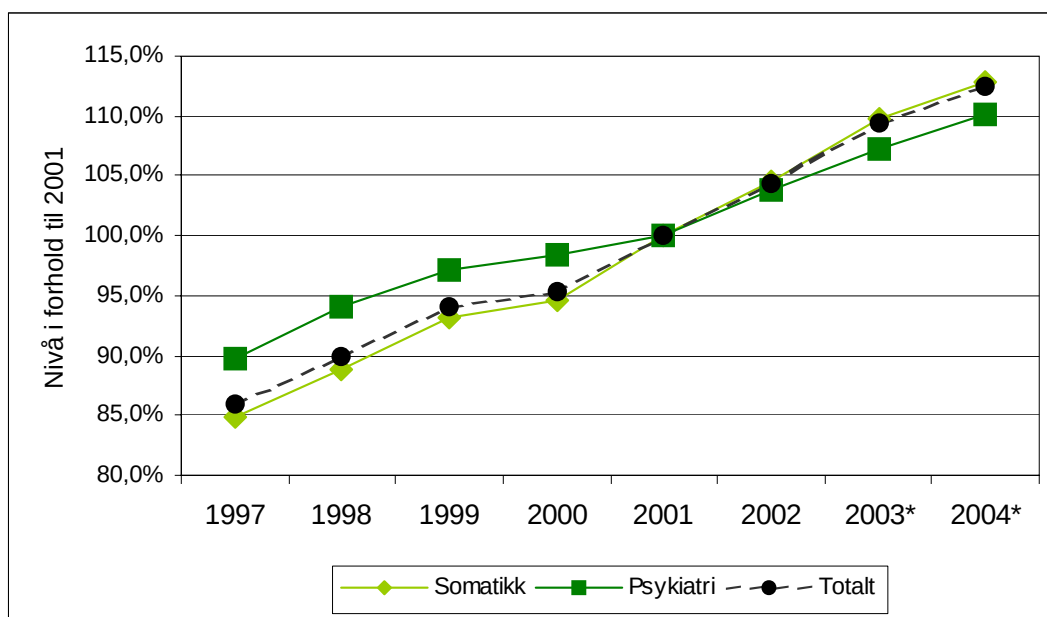
² Data i dette avsnittet er i hovedsak hentet fra Årsrapport fra beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten, Juni 2005. For utviklingen før 2001 og ventetider er data hentet fra SAMDATA spesialisthelsetjenesten, sentrale utviklingstrekk innen spesialisthelsetjenesten 1999 – 2003. For utviklingen av effektivitet innenfor somatikk er data-grunnlaget hentet fra SAMDATA Somatikk 2004.

Ressursinnsats

Både innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997 og opptrappingsplanen for psykisk helse er dels begrunnet i et ønske om økt aktivitet. Helt siden innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997 har sykehusene hatt en jevn og historisk sett sterk, vekst både i ressurstilgang vist i figur 3.5, og i aktivitet som vi skal se nærmere på senere i avsnittet.

Denne utvikling har også preget de tre første årene etter helseforetaksreformen, men veksten avtar fra 2003 til 2004. Problemstillingen er at denne kostnadsveksten ikke er kommet gjennom økninger i tildelte midler, men delvis er finansiert gjennom tilleggsbevillinger fra stortinget og delvis har ført til akkumulert underskudd. Dette er nærmere beskrevet i avsnitt 3.2.3.

Figur 3.4 Utviklingen av ressurser i form av totale driftskostnader ekskl. avskrivninger målt i faste kroner³



Figur 3.4 viser at driftskostnadene i somatisk sektor vokser noe raskere enn kostnadene i psykisk helsevern i hele perioden, men har vært like stor fra 2003 til 2004. Fra 2001 til 2004 er det en endring på ca 13 % innenfor somatikk, 10 % innenfor psykiatri og 12,5 % samlet for psykiatri og somatikk.

Samtidig er det grunn til å peke på de store usikkerhetene som våre datakilder oppgir at det er knyttet til dette datagrunnlaget. Man kan for eksempel ikke trekke bastante konk-

³ Utviklingen har hatt omtrent samme forløp over tid som tidligere beskrevet for helse totalt, og således at andelen av helseutgifter til spesialisthelsetjenesten ikke ble endret nevneverdig ved innføring av sykehusreformen.

lusjoner vedrørende forskjellen i utviklingen av ressursbruk mellom somatikk og psykiatri, da somatikk og psykisk helsevern i mange helseforetak er tett integrert og det ikke finnes faste retningslinjer for hvordan disse fellesressursene skal fordeles mellom somatikk og psykisk helsevern.

Det er mange faktorer som bidrar til å forklare utviklingen i driftskostnadene i sykehussektoren. Herunder er de samlede kostnader til medikamenter og medisinske forbruksvarer har økt med omlag 20 %, fra i underkant av 5 mrd. kroner i 2002 til 6 mrd. kroner i 2004. Det har ikke vært mulig å skille pris- og volumvekst i denne utviklingen, men det er likevel grunn til å peke på at økt bruk av nye og dyre medikamenter vil kunne virke kostnadsdrivende.

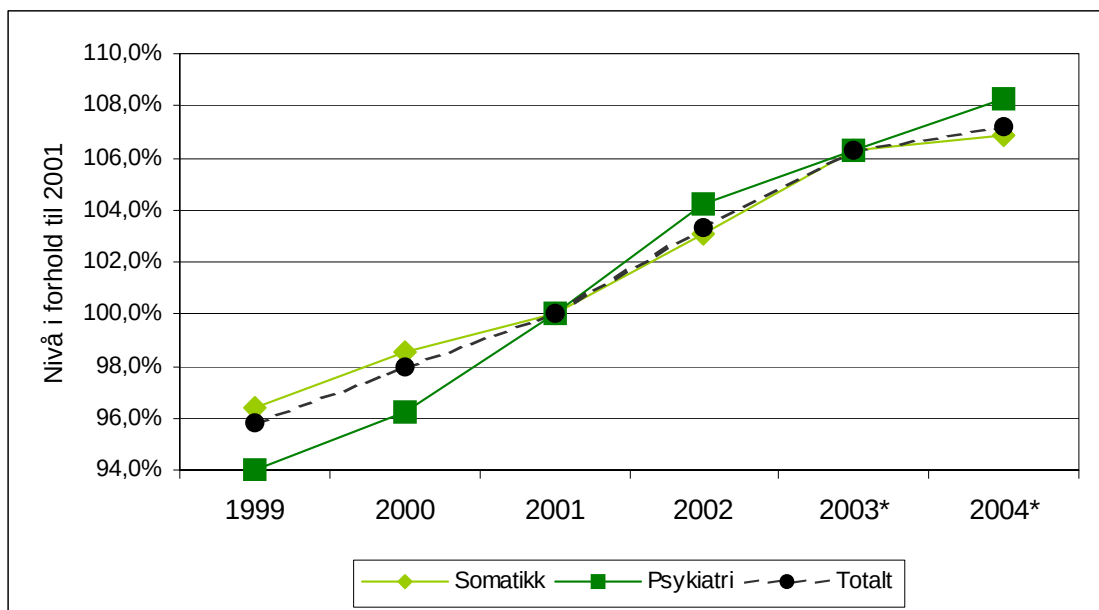
Det bemerkes særskilt at kostnader til avskrivninger så langt har vært relativt konstant på et nivå på omlag 5 mrd. kroner årlig samlet for spesialisthelsetjenesten. Rentekostnadene er doblet i perioden, men utgjør foreløpig en marginal del i spesialisthelsetjenestens kostnadsbilde.

Ressursveksten i sektoren har tradisjonelt vært målt gjennom å se på utviklingen i totale driftskostnader (ekskl. avskrivninger) og utvikling i antall årsverk. Figur 3.5 viser utviklingen i antall årsverk. Forhold omkring lønnsregulering er også berørt nedenfor.

Årsverk og lønn

Fra figur 3.5 ser vi at økningen i antall årsverk gjennomgående er klart mindre enn realøkningen i driftskostnader (for eksempel 7,2 % i årsverk fra 2001 til 2004 med en realkostnadsvekst på 12,5 % samlet for psykiatri og somatikk).

Figur 3.5 Utviklingen av antall årsverk ekskl. overtid



Økningen i antall årsverk fra 2001 til 2004 har vært på ca 7 % for somatikk og svakt høyere for psykiatri (8 %)

På bakgrunn av dette har Beregningsutvalget trukket følgende konklusjoner:

”Driftskostnadene i somatisk sektor vokser noe raskere enn kostnadene i psykisk helsevern. Årsverksveksten er imidlertid sterkere innen psykisk helsevern, og det er på grunnlag av disse tallene liten grunn til å anta at det fra 2003 til 2004 skjer noen systematisk nedprioritering av psykisk helsevern i forhold til somatisk sektor. Samtidig har finansieringssystemet en innretning som gir sterkere insitamenter for aktivitetsvekst i somatiske helsetjenester enn innen psykisk helsevern. Dette forsterkes med økende ISF-sats.”

Selv om utvalget har uttalt seg om endringen fra 2003 til 2004 virker det rimelig å konkludere med at det er grunnlag for å trekke samme konklusjon for hele perioden 2001 til 2004.

På grunnlag av Beregningsutvalgets konklusjoner kan det også konkluderes med at det er en rekke faktorer som har bidratt til utviklingen i lønnskostnader. For eksempel er lønnsveksten i helseforetakene anslått å være ca. 7 % fra 2002 til 2003 og ca. 3 % fra 2003 til 2004. Dessuten har lønnsveksten i helseforetakene vært omlag 2 % høyere enn i samfunnet forøvrig fra 2002 til 2004.

Sammen med helseforetaksreformen skjedde det en omlegging av lønnsfastsettelsen i helseforetakene. Fra en modell i hovedsak basert på kollektive avtaler er man nå, særlig for legegruppen, på vei over mot en modell med lokale og dels individuelle lønnsavtaler.

Lønnsveksten har vært sterk i helseforetakene i perioden fra 2002 til 2004 i en situasjon hvor det også har vært vedvarende og til dels store underskudd. Samtidig kan lønnsveksten variere fra år til år, og det er nødvendig å vurdere denne over en lengre periode før man kan konkludere med hensyn til lønnsvekstens effekt på produktivitet og kostnader.

Mens legene utgjør omlag 10 % av antall årsverk bidrar de med omlag en tredjedel av veksten i samlede lønnskostnader i denne perioden.

Aktivitet

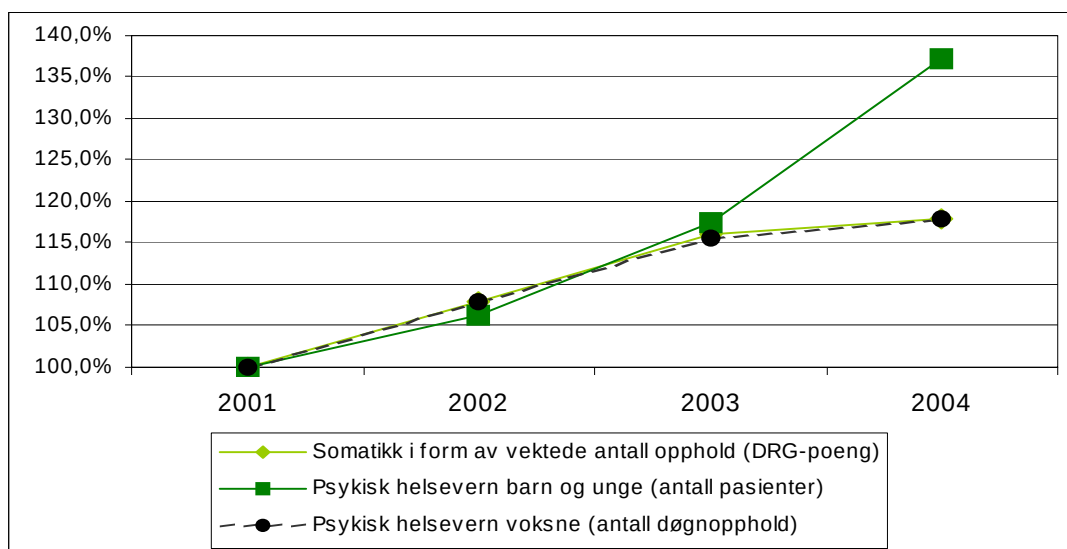
Det fins mange måter å måle aktiviteten innenfor sykehusene på. I figur 3.6 og 3.7 sammenstiller vi aktivitetsendringen innen somatikk og psykisk helsevern for perioden 2001 til 2004, slik beregningsutvalget har gjort.

I figur 3.6 er det brukt følgende indikator for å få fram aktivitetsutviklingen:

- Antall vektete opphold for somatikk som er summen av alle døgn- og dagopphold vektet ut fra pasienttyngde ut fra DRG systemet

- Antall døgnopphold for voksenpsykiatri
- Antall pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien med dag- eller døgnopphold.

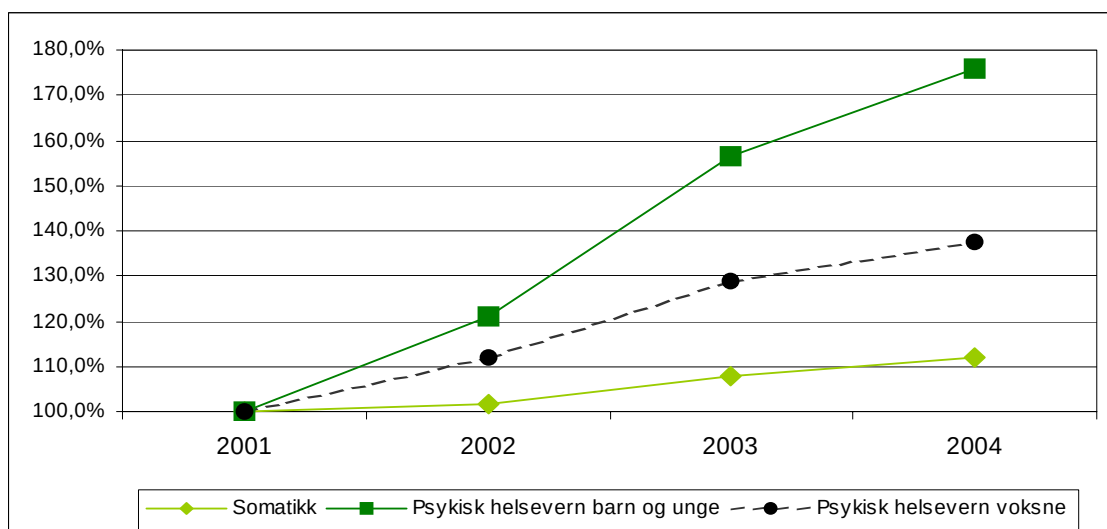
Figur 3.6 Aktivitetsnivå innlagte pasienter fra 2001 til 2004



For innlagte pasienter er bildet sammenfallende for somatikk og psykisk helsevern for voksne. En sterk vekst i årene 2001-2003 etterfølges av en moderat vekst fra 2003 til 2004. Innen barne- og ungdomspsykiatrien er det imidlertid en kraftig aktivitetsvekst gjennom hele denne perioden.

Differensieringen mellom døgn- og dagopphold innenfor somatikken (ikke med i figuren) viser en klar dreining fra døgn- til dagbehandling, da økningen i dagoppholdene fra 2001 til 2004 var på 42 % mens døgnoppholdene økte med 16 %.

Figur 3.7 Aktivitetsnivå, polikliniske konsultasjoner fra 2001 til 2004



Figur 3.7 viser det samme mønster gjennom perioden for poliklinikk som for innlagte pasienter; veksten øker fra 2002 og til 2003, men avtar i 2004. Det er imidlertid en kraftigere prosentvis vekst innen psykisk helsevern enn det er innen somatikken.

Basert på disse to sammenstillingene får vi dermed et bilde hvor aktivitetsveksten prosentvis er sterkere innen det psykiske helsevernet enn tilfellet er innen somatisk sektor.

På bakgrunn av blant annet dette har beregningsutvalget trukket følgende konklusjoner:

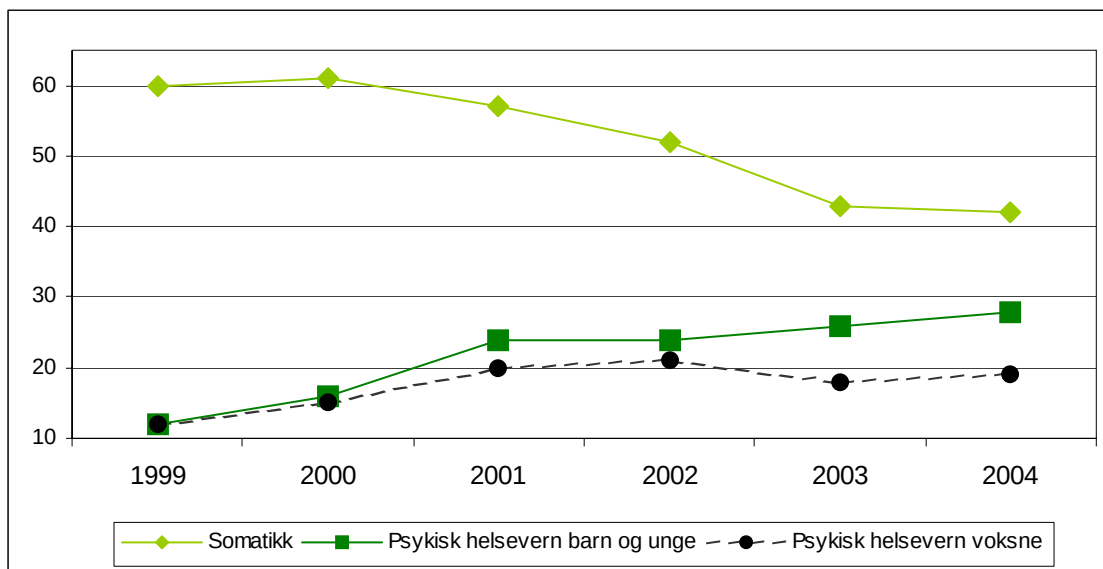
”Både innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997 og opptrappingsplanen for psykisk helse er dels begrunnet i et ønske om økt aktivitet. Helseforetakenes aktivitetsvekst har da også vært sterk i perioden 2001 til 2004, særlig gjelder dette for dagopphold innen somatikken og for barne- og ungdomspsykiatrien. Det er imidlertid vanskelig å gi et presist bilde av den reelle aktivitetsveksten innen somatikk. Vekst i antall registrerte DRG poeng vil delvis reflektere en reell vekst i aktivitet, delvis en endring i registreringspraksis.

Både i 2002 og 2003 har de regionale helseforetakene hatt en aktivitet innen somatikken som ligger over måltallene fra Stortinget og regjeringen. Helse- og Omsorgsdepartementets anslag over aktivitetsvekst korrigert for endring i registreringspraksis var 1 % fra 2003 til 2004. I somatikken er en målsetting om aktivitetsvekst de siste årene blitt erstattet om et ønske om utflating av aktiviteten. Stortingets mål for 2005 er et aktivitetsnivå på linje med aktiviteten i 2004. I første tertial 2005 rapporterer flere helseforetak en aktivitet som er lavere enn det de har planlagt og budsjettert med. Det er enda for tidlig å konkludere med hva dette vil bety for 2005 samlet, men dette kan indikere at den utflating av aktivitetsveksten man fikk for somatiske helsetjenester i 2004 fortsetter inn i 2005.”

Ventetider

Ventetid til behandling var et sentralt emne i debatten forut for sykehusreformen. Det ble et selvstendig mål å redusere ventetiden til behandling med reformen og helseforetaksmodellen. Et mål for ventetiden er antallet pasienter som til enhver tid venter på behandlingen. Figur 3.8 viser utviklingen i antall pasienter som venter på behandling fra 1999 til 2004.

Figur 3.8 Utvikling av antall pasienter som venter over tid målt i antall ventende (både prioriterte og ikke prioriterte) per 1.000 aktuelle innbyggere



Fra figuren ser vi en svært ulik utvikling i ventelistene innenfor psykiatri og somatikk.

Det var per 2. tertial 2004 i alt 198 074 pasienter som venter på behandling på sykehus innenfor somatikk, noe som er en reduksjon på omlag 74 000 pasienter siden 1999. Reduksjonen i antall pasienter på venteliste har funnet sted i perioden fra 2000 til 2003, Det vil si både perioden før og etter at staten overtok eieransvaret for spesialisthelsetjenesten.

Nedgangen i antall pasienter på venteliste er først og fremst blant de som har ventet lenge til behandling (over 6 mnd).⁴

Utviklingen i antall ventende pasienter viser en annen tendens innenfor psykisk helsevern enn for de somatiske fagområdene. Innenfor psykisk helsevern har det både for barn og unge og voksne vært en sterk økning i antall ventende pasienter i perioden 2. tertial 1999 til 2004. Veksten er sterkest for barn og unge, hvor det har vært en kraftig økning fra 12 til 29 ventende per 1000 innbyggere. I samme periode har det vært en økning i antall pasienter som har fått behandling innenfor både somatikk og psykiatri.

Dette innebærer at kapasiteten vokser parallelt med at ventelistene stiger, da det er flere som oppsøker hjelp innen det psykiske helsevernet enn tidligere.

Innenfor somatikken er økt behandlingsskapasitet delvis medvirkende til nedgangen i ventetid, selv om det kan være noe usikkerhet om hvor stor del av nedgangen i antallet

⁴ Per 2. tertial 2004 utgjør de som har ventet mer enn 6 måneder 13,6 prosent, mot 35,1 prosent i 1999.

på venteliste som skyldes økning i behandlingskapasitet eller registreringstekniske forhold.

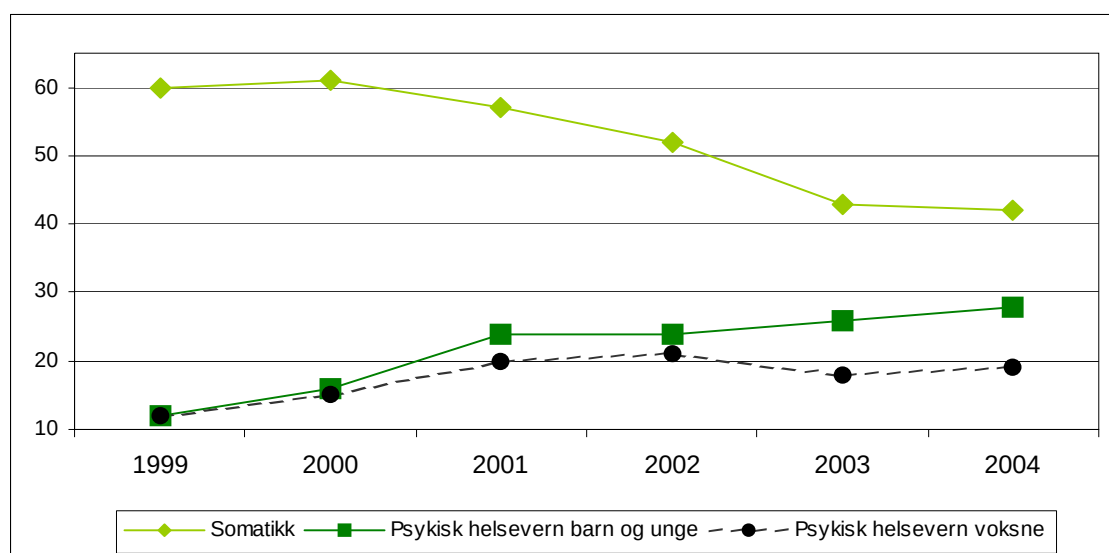
Utviklingen av produktivitet innenfor somatikk

SAMDATA somatikk 2004 har beregnet endringen i henholdsvis teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet i form av DEA-metoden⁵. En metode som går ut på å måle forskjellen mellom den mest produktive enhetene (de som definerer best practice) og øvrige enheter.

Begrepene er definert på følgende måte:

- Teknisk effektivitet måler forholdet mellom arbeidskraftsinnsats og produksjon
- Kostnadseffektivitet måler forholdet mellom kostnader og produksjon.

Figur 3.9 Utvikling av teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet over tid



Figur 3.9 viser utviklingen i kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet i perioden 1999 til 2004. Vi ser at både teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet øker med om lag 9 prosent fra 2001 til 2004, mens det i perioden 1999 til 2001 observeres omtrent ingen endring i effektiviteten.

⁵ Både teknisk effektivitet og kostnadseffekter er produktivitetsbegrep eller indre effektivitetsbegrep, da de måler forholdet mellom ressursinnsats og aktivitet. DEA-metoden kan oppfattes som velegnet til å finne relativ produktivitet ved å fortelle hvor godt de ulike sykehusene gjør det i forhold til hverandre. Utviklingen over tid blir imidlertid sterkt avhengig av hvordan produktivitetsutviklingen for enheten som har best produktivitet (dvs de enhetene som utgjør fronten) utvikles over tid. Produksjonsmålet er sammensatt og består av døgnopphold, dagbehandling, antall liggedager over trimpunkt, og poliklinisk aktivitet, definert likt for begge begrep.

3.2.2. De regionale helseforetakenes økonomiske situasjon

Det har etter helseforetaksreformen vært noe usikkerhet knyttet til verdifastsetting av poster i åpningsbalansen og hvilke prinsipper som skulle følges ved avskrivning av eiendelene. Dette gjør at det opereres med to resultatbegreper i sektoren: Regnskapsmessig årsresultat, slik det framgår av de revisorattesterte regnskapene, og korrigert årsresultat, som er det resultatmålet eier styrer etter. Med utgangspunkt i korrigert årsresultat har utviklingen vært slik:

- Samlet akkumulert korrigert årsresultat var for perioden 2002-2004 på minus 4,7 mrd. kroner. Dette tilsvarer drøye 7 % av helseforetakenes samlede inntekter i 2004
- Samlede lån til investeringer var ved utgangen av 2004 omlag 5,5 mrd. kroner.
- Samlet langsiktig gjeld som andel av inntektene økte fra 11,1 % i 2002 til 16,3 % i 2004
- Likviditeten ble i samme periode betydelig svekket
- Samlede tilleggsbevilgninger fra Stortinget i perioden 2002 til 2004 var 5,3 mrd. kroner.

Dette gjør at Beregningsutvalget oppsummerer slik:

”Stortinget har stilt krav om at helseforetakene skal være i regnskapsmessig balanse i 2006. Dette innebærer at balansekravet skyves fram i tid for fjerde gang. Sammen med omfattende og hyppige tilleggsbevilgninger kan dette bidra til å skape usikkerhet og uklarhet rundt rammebetingelser og styringsmål. Samtidig må det vurderes om sektoren er inne i en utvikling som kan være vanskelig å forene med en målsetting om langsiktig balanse mellom inntekter og kostnader. Flere forhold kan peke i den retningen:

Akkumulerte underskudd (negativt korrigert årsresultat) øker og tilsvarer omlag 7 % av helseforetakenes årlige inntekter.

Nye investeringer finansieres i stor grad med lån. Dette gir framtidige rentekostnader, samtidig som de økte avskrivningene må dekkes inn gjennom effektivisering av driften. Det er omstillingsutfordringer knyttet til vedlikehold av eksisterende bygningsmasse, hvor helseforetakenes rammer er basert på gjenanskaffelse av 2/3 av denne. Den langsiktige gjelden øker og likviditeten forverres.

Samlet betyr dette at helseforetakene innen sine rammer må finne rom for å betjene økte lånekostnader (renter og avdrag) samtidig som man skal drive i balanse og på sikt dekke inn akkumulert underskudd. Det er også store regionale variasjoner; mens Helse Øst er i balanse hvert år vil Helse Sør måtte bruke nær 15 % av sine samlede inntekter dersom det akkumulerte underskuddet skulle tas inn i løpet av ett år.”

3.2.3. Utviklingen regionalt

Om forskjeller i utviklingen regionalt har Beregningsutvalget oppsummert slik:

- Det er avtakende vekst i ressursbruken i alle de regionale helseforetakene bortsett fra i Helse Midt-Norge
- Det er også store forskjeller i ressursbruken fra 2003 til 2004 mellom de fem regionale helseforetakene
- Aktivitetsveksten avtar for somatiske tjenester i alle de regionale helseforetakene, samtidig som den øker innen barne- og ungdomspsykiatrien
- De regionale forskjellene i ressursinnsats per innbygger forsterkes i perioden
 - Helse Nord og Helse Midt-Norge bruker relativt sett stadig mer per innbygger, mens Helse Øst bruker relativt sett mindre
 - Helse Vest benytter minst ressurser per innbygger
- Det er store forskjeller i økonomisk resultat
 - Helse Øst går i regnskapsmessig balanse alle tre årene
 - Både Helse Midt-Norge og Helse Sør har i 2003 og 2004 underskudd som overstiger 5 % av samlede inntekter
 - Helse Sør står alene for mer enn 40 % av det akkumulerte underskuddet
- Det er betydelige lønnsforskjeller mellom de regionale helseforetakene.

Det er i forskjellige sammenhenger i forbindelse med balanse-/ubalanseproblemene i Helse Øst og Helse Sør sagt at de konkrete avregningsformer i tilknytning til Rikshospitalets ivaretagelse av Helse Øst-pasienter gir Helse Sør økte vanskeligheter med tanke på å oppnå økonomisk balanse.

Utvalget har ikke gjort analyser av forholdet mellom faktisk aktivitet/ressursinnsats og regionale behov. Fordeling av basistilskudd til de regionale helseforetakene skjer i dag dels etter et sett kriterier utviklet av Hagen-utvalget i 2003. Det foregår nå en faglig debatt knyttet til det metodiske grunnlaget for kostnadsnøklerne. I en situasjon hvor en stadig større del av basisbevilgningen fordeles etter denne typen kriterier er det etter utvalgets oppfatning behov for å foreta en gjennomgang av kostnadsnøklerne.

3.3. Sykehusreformen sett i en større sammenheng

Sett i et større og overordnet perspektiv hadde sykehusreformen et todelt utgangspunkt – både på det rent praktiske og på det mer idemessige plan. Og den reformen som ble vedtatt i Norge hadde mange likhetstrekk med og hentet også mye inspirasjon fra tilsvarende reformtendenser i andre europeiske land. Reformen representerte på mange måter en kombinasjon av sterkere styring og mer helhetlige grep på den ene siden og innslag av marked, konkurranse og New Public Management på den andre.

Det ene viktige grepet ved reformen var at staten overtok eierskapet til de tidligere fylkeskommunale sykehusene. Dermed samlet staten alle rollene og alt ansvar i forhold til spesialisthelsetjenesten på i prinsippet en hånd:

- Sektoransvaret
- Finansieringsansvaret
- Eierskapet.

Dette representerte naturligvis en betydelig styrking av statens posisjon og en helt klar plassering av ansvar. Den sterke statlige posisjonen skulle brukes til å nå viktige helsepolitiske målsettinger.

Tanken var at en samling av alt ansvar på statens hånd ville gi bedre forutsetninger for å gi befolkningen det helsetilbud den hadde krav på enn det de 19 fylkeskommunene tidligere hadde maktet. Ikke minst skulle det skje ved et sterkere trykk på funksjonsfordeling og felles kapasitetsutnytting. Ved en samling av ansvaret var tanken at staten skulle få et bedre utgangspunkt for en helhetlig organisering og samordning av ressursbruken mot prioriterte helsepolitiske mål. Videre skulle statens nye posisjon gi bedre muligheter for å initiere samordning mellom sykehusene der dette var viktig ut fra nasjonale målsettinger. Dette ble antatt å være aktuelt på områder som behandlingstilbud, videre- og etterutdanningstiltak, forskning og utvikling, IT, innkjøp, bruk av bygninger m.v.

Det andre hovedelementet i reformen var at de fylkeskommunale sykehusene, som tidligere hadde vært en integrert del av forvaltningen, ble omdannet til statlige helseforetak. Disse ble dermed egne rettssubjekter, og ledelsen av dem skulle ha stor frihet i den daglige drift. Departementet la stor vekt på at den myndig- og ansvarliggjøringen av sykehusene som en kunne oppnå ved å organisere dem som foretak, var et vesentlig premiss ved reformen, og en av forutsetningene for å få til den nødvendige omstilling, fornyelse og effektivisering.

Dette var blant de mer moderne rammebetingelser man mente var nødvendig å innføre i forbindelse med omdanningen av sykehusene til helseforetak:

- Ledelsen ved foretakene måtte få styringsmuligheter og ansvar i forhold til alle innsatsfaktorene, herunder kapital, arbeidskraft, lønns- og personalpolitikk
- Ledelsen måtte få myndighet til å velge den organisatoriske struktur, og de ledelses- og styringsprinsipper, som den mente best tjente virksomhetens formål
- Ledelsen måtte få et helhetlig ansvar for driften, uten innblanding i driftsspørsmål fra andre nivå
- Ledelsen måtte dermed også ta et helhetlig ansvar for foretakenes økonomiske resultat.

På denne måten fikk foretakene prinsipielt et totalansvar for drift og investeringer, et helhetlig ansvar for det økonomiske resultat, og et klart ansvar for å realisere helsepolitiske målsettinger. Ikke minst var det en sterk tro på at en styrking av lederfunksjonene – både på det administrative og det faglige nivå og på styrenivå – skulle bidra til å gjøre sykehusene mer effektive, resultatorienterte og omstillingsdyktige enn de tidligere fylkeskommunale virksomhetene hadde vært.

Ved at foretakene ble organisert som egne rettssubjekter ble det også anledning til å inngå kontrakter/avtaler med dem om leveranser. Dette ble ansett som et viktig ledd i arbeidet med å åpne for mer konkurranse mellom foretak, og dermed innføre elementer av markedsorientering.

Parallelt med den økte ”fristilling” og myndiggjøring av foretakene ble også pasientrettighetene og brukerperspektivet styrket. De siste årene før staten overtok eieransvaret for sykehusene hadde flere fylkeskommuner gitt pasientene rett til å velge sykehus innenfor egen helseregion.

Gjennom den nye pasientrettighetsloven, som trådte i kraft i 2001, ble pasientenes rett til å velge sykehus på samme behandlingsnivå innført på generell basis, noe som bidro til å øke konkurranseelementet i sektoren. Gjennom den nye loven fikk pasientene også styrket sine rettigheter på andre måter: Rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering og fornyet vurdering, rett til individuell plan, rett til medvirkning og informasjon og rett til journalinnsyn. En av konsekvensene av disse endringene var at sykehusdriften medførte større økonomisk risiko enn tidligere.

De økte pasientrettighetene i spesialisthelsetjenesten hadde sine paralleller i primærhelsetjenesten. Retten til nødvendig helsehjelp omfattet også dette nivået. Gjennom fastlegereformen fikk alle rett til å ha en fast lege, noe som ikke minst var et vesentlig bidrag til å styrke kontinuiteten i lege-pasient relasjonen. Ved å styrke pasientenes stilling og rettigheter ble det etablert incitamenter for sykehusene til å øke effektiviteten, men kanskje i særlig grad brukerorienteringen og serviceinnstillingen.

I årene før reformen var også finansieringen av sykehusene blitt endret. Fra 1997 ble ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) innført. Omleggingen medførte at sykehusene fikk refundert deler av utgiftene til behandling av pasienter basert på systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG). På den måten ble sykehusenes økonomi avhengig av hvilken aktivitet de greide å generere. Selve finansierings- og avregningssystemet ble imidlertid ikke endret som følge av reformen – bortsett fra at staten fikk totalansvaret for foretakenes økonomi. Selv om systemet altså ikke ble endret, var ambisjonen at reformen skulle bidra til bedre kostnadskontroll, en mer effektiv oppgave- og funksjonsfordeling og en mer effektiv drift av det enkelte foretak. Det ble imidlertid ikke satt i verk konkrete tiltak for å gjøre kostnadsstrukturen og effektiviteten i det enkelte foretak mer gjennomslukt og sammenliknbar. Vi tenker i den forbindelse på systemmessige tiltak for å skape innsikt i hvilken produktivitet det enkelte foretak har i

forbindelse med behandling av ulike pasientgrupper. Kombinert med det frie sykehusvalg og de økte pasientrettighetene åpnet det innsatsbaserte finansieringssystemet for større usikkerhet og risiko, men også økte muligheter og handlingsrom, for sykehusene.

Det lå altså allerede fra starten av en viss dualisme i sykehusreformen, ved at spesialisthelsetjenesten på den ene siden ble underlagt sterkere og mer helhetlig statlig styring – ikke minst i form av økte ambisjoner med hensyn til å drive gjennom oppgave- og funksjonsfordeling. På den annen side ble helseforetakene gitt rammebetingelser som skulle sette dem i stand til raskere omstillinger, mer effektiv drift, et helhetlig ansvar for økonomi og produksjon og – innen visse rammer – muligheter for å konkurrere seg i mellom. Det lå, som nevnt, også i premissene for reformen at sykehusene framover i større grad enn tidligere kunne bli eksponert for konkurranse – både mellom de statlige helseforetakene og mellom disse og private leverandører. Etablering av bestiller-/utførerprinsipper var et element i denne strategien.

Sykehusreformen representerte en stor og prinsipiell systemomlegging av måten spesialisthelsetjenesten ble organisert på. Det gjaldt både på nasjonalt, regionalt og lokalt (foretaks) nivå. De to mest gjennomgripende elementene var, som nevnt ovenfor, at staten overtok hele ansvaret for spesialisthelsetjenesten, og at sykehusene ble organisert som selvstendige foretak. Disse foretakene ble igjen eid av 5 regionale foretak. Det ble – både i forbindelse med gjennomføringen av selve reformen og i tiden etterpå – lagt ned et betydelig arbeid med å etablere et skille mellom statens ulike roller: Eierrollen, myndighetsrollen, bestillerrollen, utførerrollen. Det gjaldt både på nasjonalt og regionalt nivå.

De 5 regionale helseforetakene hadde et todelt ansvar. Det ene var å sørge for at befolkningen i regionen fikk dekket sitt behov for spesialisthelsetjenester – uavhengig av hvem som leverte disse tjenestene. Det var at de hadde ansvaret for en effektiv drift av de statlige helseforetakene i sin region. Siden det var en forventning knyttet til reformen at det også skulle være et visst innslag av private leverandører, ble det satt i gang et arbeid med å skille mellom bestiller- og eierrollene på regionalt nivå.

Det har også – helt fra starten – vært mye diskusjon om i hvilken grad de regionale helseforetakene skulle være representert i styrene for helseforetakene. Denne problemstillingen har vært mye knyttet til to spørsmål: I hvilken grad skal det regionale helseforetaket og helseforetakene være å anse som et konsern eller ikke? Hva betyr en slik representasjon i styrene for de regionale helseforetakenes uavhengighet når de skal vurdere bruk av egne foretak versus kjøp av tjenester fra private.

For å sette sykehusreformen i et visst perspektiv er det også grunn til å trekke fram det planarbeid som var gjort før reformen ble vedtatt. Fylkeskommunene hadde i flere år laget regionale helseplaner, basert på et samarbeid mellom fylkeskommunene i samme region. Dette regionale helseplanarbeidet hadde også egne sekretariater. I tillegg var det på flere områder satt i gang et arbeid med temaplaner, slik som kreftplan, hjerteplan

o.s.v. Opptrappingsplanen for psykiatri er et tredje eksempel. Den nye organisasjonen hadde således flere plandokumenter og prosesser å bygge videre på.

Også på nasjonalt hold har det blitt gjennomført betydelige organisatoriske omlegginger. Samtidig med reformen ble det gjennomført en stor omorganisering av den sentrale helseforvaltningen. De viktigste elementene i dette var at departementet skilte ut en rekke mer drifts- og myndighetsorienterte oppgaver, og at det ble etablert et nytt Sosial- og Helsedirektorat og et Helsetilsyn. Gradvis er det også i Helse- og Omsorgsdepartementet etablert et skille mellom en eieravdeling og en spesialisthelsetjenesteavdeling. Det er også gjort et omfattende arbeid for å skille både i form og innhold mellom henholdsvis eier- og innholdsstyringen. Helt fra reformen ble gjennomført er det således i den norske modellen lagt ned et betydelig arbeid for å skille mellom statens ulike roller – både på nasjonalt og på regionalt nivå. Det er også etablert en meget sterk og detaljert myndighetsstyring. I hovedsak utøves denne gjennom Sosial- og Helsedirektoratet, men også de regionale helseforetakene utfører oppgaver som sett fra foretakenes side er av myndighetsmessig karakter.

Sykehusreformen var en reform for spesialisthelsetjenesten. Året før var det som nevnt gjennomført en fastlegereform. Selv om sykehusreformen altså ikke omfattet primærhelsetjenesten, framgår det tydelig av premissene for og målene med reformen at den også skulle bidra til å bedre samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten fikk et klart ”pålegg” om å bidra til at dette samarbeidet ble videre utviklet og styrket. Det ble imidlertid ikke gjennomført strukturelle eller systemmessige tiltak for å sikre dette – hvis vi ser bort fra mer individrettede tiltak av typen Individuell plan.

4. Analysemodell og begreper

4.1. Fokusområder

Det er forutsatt at den samlede evalueringen av helseforetaksmodellen skal omfatte vurderinger i forhold til fire fokusområder: ”Eier-myndighet”, ”Bestiller-utfører”, ”Kostnadskontroll” og ”Demokrati”.

De fire fokusområdene strukturerer på en rekke måter evalueringen, og fungerer som et viktig grunnlag for store deler av den internasjonale analysen.

4.2. Temaer

I forbindelse med gjennomgangen av sykehusreformen og helseforetaksmodellen (herunder den måten spesialisthelsetjenesten har utviklet seg på etter reformen og effektene av reformen og foretaksmodellen), tas det utgangspunkt i følgende temaer:

- Kapasitetsutnyttelse, kostnadskontroll samt ventetider
- Kvalitet, faglighet samt oppgave- og funksjonsfordeling – herunder forholdet til primærhelsetjenesten
- Plattform og vilkår for den politiske styring – herunder forholdet til demokrati
- Individualisering og fritt sykehusvalg versus styring og prioritering av ytelser
- Helseforetak – rammer og vilkår for levering av helsetjenester med optimal kvalitet
- Prioritering av aktivitet og ytelser for spesialisthelsetjenesten.

Evalueringen av helseforetaksmodellen i forhold til fokusområdene (Eier-myndighet m.v.) blir gjennomført så helhetlig som beskrivelser og vurderinger av temaer gir mulighet for. Til sammen vurderer vi de valgte temaene til å dekke en meget stor del av de problemstillinger og utfordringer man står overfor i forhold til organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.

4.3. Styringsformer og systemer

Den samlede evalueringen er rettet mot helseforetaksmodellen og helseforetaksmodellens organisatoriske funksjonalitet. Evalueringen er også rettet mot mulighetene for å fremme de mål som er satt for spesialisthelsetjenesten og spesialisthelsetjenestens utvikling gjennom bruk av modellen.

”Styring” og ulike ”former for styring” ligger dermed som klare underliggende parametere gjennom hele evalueringen.

Spesialisthelsetjenesten styres gjennom mange forskjellige virkemidler, kanaler, institusjoner og enheter. I evalueringen opereres det med et sett av styringsformer som er definert relativt presist.

Bruken av disse styringsformene bidrar til å skape en ensartet begrepsmessig plattform gjennom hele evalueringen. Styringsformene brukes dermed også med samme innhold på tvers av temagjennomgangen og på tvers av analyser og vurderinger i forhold til de fire fokusområdene (Eier-myndighet m.v.).

Videre utgjør styringsformene et viktig grunnlag for å kunne trekke sammenlikninger mellom organisasjonsformer m.v. i spesialisthelsetjenesten i Norge og spesialisthelsetjenesten i andre land. Styringsformene blir derfor også brukt på samme måte på tvers av de internasjonale analysene og de analysene som er mer direkte orientert mot den norske helseforetaksmodellen og sykehusreformen.

De enkelte styringsformene kan være relevante for flere enheter og forskjellige relasjoner mellom enhetene, på samme måte som flere ulike styringsformer kan være relevante for den enkelte enhet og for enhetens relasjoner til andre enheter.

Styringsformene kan beskrives og avgrenses på denne måten fordi det er snakk om et analytisk skille mellom forskjellige styringsformer. I virkeligheten kan styringsformene både være tangerende eller litt overlappende:

Innholdsstyring spesifiserer forutsetningene for omfang og sammensetning av aktivitet og skal sikre en prioritering av ønsket aktivitet. Gjennom innholdsstyringen fastlegges dermed også typer og omfang av høyspesialisert, spesialisert og alminnelig virksomhet. På tilsvarende måte er avgrensning av hvilken aktivitet som hører hjemme i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten en del av innholdsstyringen.

Innholdsstyringen skal sikre at helseforetakene ivaretar alle de fire hovedoppgavene de er pålagt: Behandling av pasienter, forskning og utvikling, undervisning og utdanning, og opplæring av pasienter og pårørende.

Eierstyring sikrer effektiv organisasjon, herunder en hensiktsmessig arbeidsdeling, og fokus på optimal drift og produksjon. Videre sikrer eierstyring at det et etablert hensiktsmessig ledelsesprinsipp og ledelsesstrukturer for virksomheten, og at det er utviklet retningslinjer for samspillet mellom styre og virksomhetsledelse, samt mellom eiere og styre. Til slutt sikrer eierstyring klarhet vedrørende kompetanse, hjemler og ansvar, hensiktsmessig ledelsesinformasjon og konsekvenser av resultater/handlinger.

Myndighetsstyring sikrer implementering og overholdelse av lovverk og andre former for politisk forankrede formelle retningslinjer. Myndighetsstyring kan foregå på grunnlag av utfylling av lovverk, administrative bestemmelser og fortolkning av lovverk m.v. Myndighetsstyringen bidrar til å detaljere rammebetingelsene for helseprodusenter og for pasienter/innbyggere.

Ressursstyring omfatter tiltak som skal bidra til en mest mulig effektiv sammenstilling, allokering og bruk av produksjonsfaktorer; det vil si arbeidskraft og kapital. Videre omfatter ressursstyring tiltak for å sikre at fastlagte rammer for utgifter, personale, investeringer m.v. blir overholdt. Ressursstyring omfatter i tillegg tiltak med sikte på å sikre at det er sammenheng mellom ressursinnsats og produksjonsverdi. Ressursstyring omfatter også den oppfølging som er nødvendig for å sikre at det styres i tråd med forutsetningene og at det gis nødvendig input til korrigerende tiltak. Ressursstyringen sikrer også at tiltakene blir gjennomført.

Kontrollstyring omfatter alle former for tiltak hvor produsenter (av helsetjenester) overvåkes og eventuelt indirekte superviseres og inspireres. Det kan skje gjennom forhåndsannmeldte besøk/samtaler, stikkprøver, audits, reviews, analyser etc. Kontrollstyring utføres i henhold til fastlagte standarder og normer. Kontrollstyring kan omfatte og fokusere på ethvert område i forhold til en gitt produsent. Kontrollstyring kan dermed også omfatte gjennomgang av "systemer" og "prosesser" og være en del av arbeidet med akkreditering/sertifisering.

Arrangørstyring sikrer tilrettelegging og rammer for pasientenes/innbyggernes tilgang til produsentene (f.eks. via henvisning fra fastlege eller legevaktordning). Blant annet gjelder dette pasientenes/innbyggernes rettigheter i forbindelse med valg av produsent og produsentsystemets plikter og vilkår i forbindelse med eventuell viderehenvisning og utskrivning. Arrangørstyring innebærer i det hele tatt enhver form for retningslinjer som påvirker pasientenes/innbyggernes forhold og adgang til produsenter av helsetjenester – enten dette skjer i form av tilgjengelighet, begrensninger eller frittvalgsordninger. Arrangørstyring omfatter også fastlegging av retningslinjer og betingelser i forhold til pasienttransport.

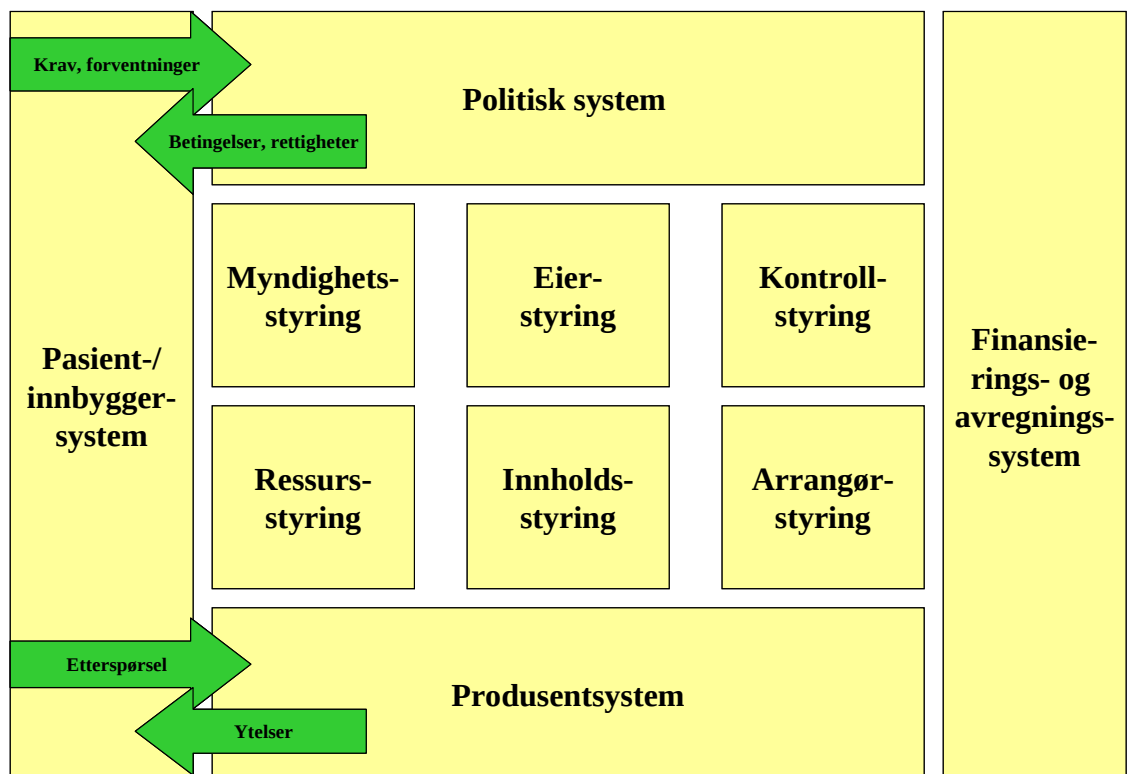
Det er viktig å sikre et entydig begrepsmessig innhold i de forskjellige styringsformer som evalueringen av helseforetaksmodellen opererer med. Men det er også viktig å understreke at begrepsavklaringen i hovedsak er ment å tjene et analytisk formål.

I konkrete sammenhenger vil ulike "sett" eller "sammensetninger" av de omtalte styringsformene være relevante. Begrepsbruken forutsetter derfor ikke at det er snakk om former som er gjensidig utelukkende. Det kan derfor i detaljeringen av styringsformene vise seg at elementer i en styringsform tangerer, ligner eller er identisk med elementer i en annen styringsform.

Eierstyringen kan for eksempel innebære påvirkning/utvidelse av rammebetingelser for produsentsystemet, og kan dermed tangere myndighetsstyringen. Innholdsstyring og ressursstyring vil ofte være parallelle eller integrerte. Arrangørstyring kan oppfattes som en spesiell form for myndighetsstyring osv.

De ulike styringsformene er imidlertid – ut fra den begrepsavklaring som er valgt – dekkende i forhold til det som er nødvendig for å kartlegge, beskrive og vurdere den norske helseforetaksmodellen. I tillegg er de dekkende og de komparative beskrivelser som er gjort av styrings- og organisasjonsformer i andre (utvalgte) land.

Overordnet begrepsmessig ramme for evaluering av sykehusreformen og helseforetaksmodellen



Styringsformene fungerer selvfølgelig ikke uavhengig av de konkrete samfunnsmessige rammer som gjenspeiles i de fire systemene vi har beskrevet i figuren ovenfor: "Det politiske systemet", "finansierings- og avregningssystemet", "pasient-/innbygger-systemet" og "produsentsystemet".

For eksempel kan systemer og sammenhenger mellom dem ha helt ulik karakter hvis vi sammenlikner på tvers av land. "Produsentsystemet" kan bestå utelukkende av offentlige enheter eller en variert blanding av offentlige og private. "Pasient-/innbygger-systemet" kan finansieringsmessig være uten direkte berøring med "produsentsyste-

met” (skattefinansiering), men kan også ha stor grad av egenbetaling. Gjennom finansierings- og avregningssystemet dekkes produsentsystemets behov for ressurser. Dette kan skje svært ulikt, uavhengig av graden av skattefinansiering, egenbetaling osv.

I evalueringen bruker vi begrepene ”styringsformer” og ”system” som grunnlag for de ulike gjennomganger og analyser vi foretar – også i forhold til de internasjonalt orienterte delene av evalueringen.

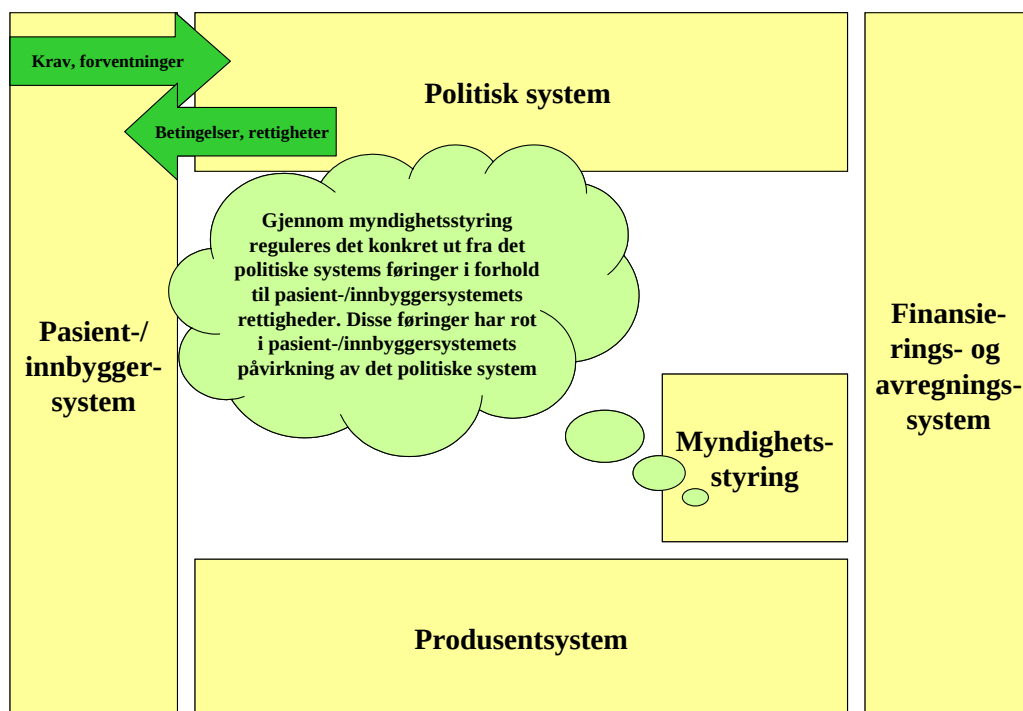
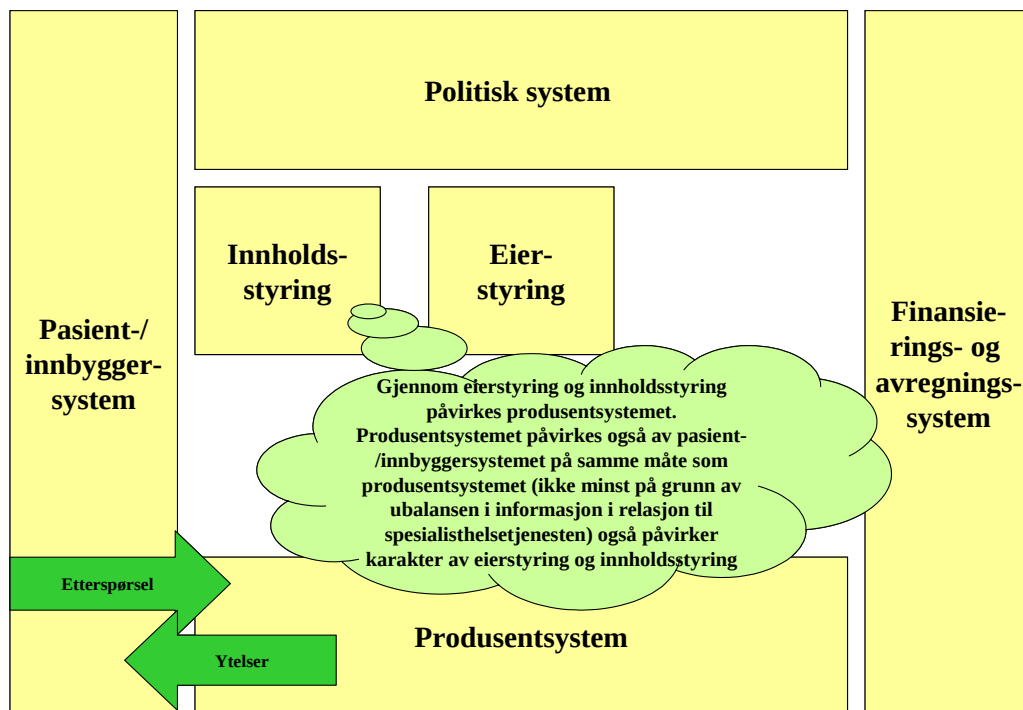
Gjennom evalueringen identifiserer vi styringsformer som er i bruk i ulike sammenhenger etter sykehusreformen og innenfor rammene av heleforetaksmodellen, og hvordan de ulike styringsformene interagerer eller eventuelt kolliderer.

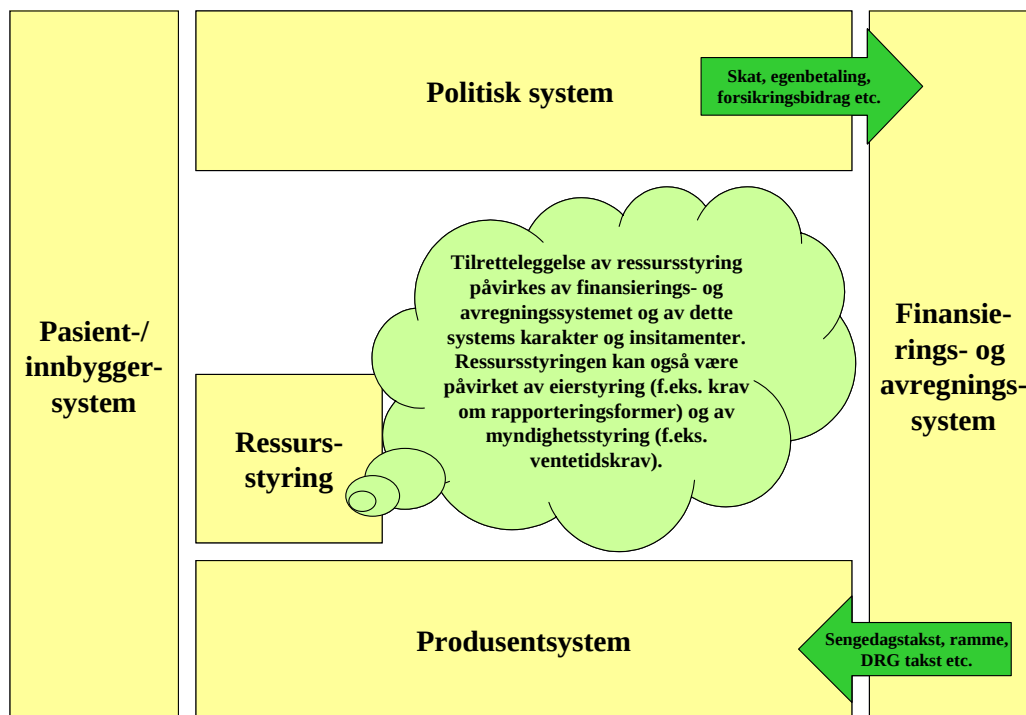
Gjennom evalueringen analyserer vi også på utvalgte områder de konkrete sammenhengene (eller mangel på sammenhenger) som eksisterer mellom de nevnte systemene, slik vi kan observere det etter sykehusreformen. (Er det for eksempel ut fra ulike kriterier tilstrekkelig sammenheng mellom det politiske systemet og produsentsystemet?).

Dessuten vurderer vi relevante sammenhenger mellom system og styringsformer. (Påvirker for eksempel måten finansierings- og avregningssystemet er bygd opp på måten innholdsstyringen og ressursstyringen tilrettelegges på?).

I evalueringen vurderer vi også om, og i så fall i hvilket omfang, vi kan gi inspirasjon til den norske spesialisthelsetjenesten og helseforetaksmodellens funksjonalitet ved å beskrive hvordan styringsformer systemer framtrer og fungerer på i andre (utvalgte) land. (Er det for eksempel ulikheter i omfang og intensitet av myndighetsstyring på tvers av land – og kan slike forskjeller være relevante som inspirasjon for videreutviklingen av helseforetaksmodellen?).

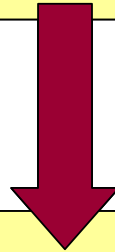
Den samlede struktur, som er valgt som samlet ramme for evalueringen av sykehusreformen og helseforetaksmodellen, fremgår av figuren på siste side i dette avsnitt. For å bidra til en forståelse av de begreper som vi har valgt for evalueringen vil vi nedenfor gi noen eksempler på de mange ulike sammenhenger mellom styringsformer og systemer som vi ofte kan observere i forhold til spesialisthelsetjenesten.





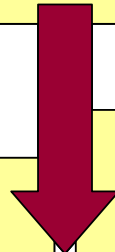
Evalueringstemaer

- Kapasitetsutnyttelse, kostnadskontroll samt ventetider
- Kvalitet, faglighet samt oppgave- og funksjonsfordeling – herunder forholdet til primærhelsetjenesten
- Plattform og vilkår for den politiske styring – herunder forholdet til demokrati
- Individualisering og fritt sykehusvalg versus styring og prioritering av ytelser
- Helseforetak – rammer og vilkår for levering av helsetjenester med optimal kvalitet
- Prioritering av aktivitet og ytelser for spesialisthelsetjenesten



Begrepsmodell for evalueringen

- ”Systemer” (politisk system, finansieringssystem, pasient-/innbyggersystem, produsentsystem)
- ”Styringsformer” (innholdsstyring, ressursstyring, kontrollstyring, arrangørstyring, myndighetsstyring, eierstyring)



FOKUSOMRÅDER I EVALUERINGEN

**Eier-myndighet
Bestiller-utfører
Kostnadskontroll
Demokrati**

PROBLEMSTILLINGER I EVALUERLINGEN

- 1) Foretaksmodellen som grunnlag for organisatorisk funksjonalitet
- 2) Foretaksmodellen som grunnlag for å oppnå forutsatte effekter
- 3) Foretaksmodellen som grunnlag for å sikre optimal konsistens mellom organisatorisk funksjonalitet og oppnåelse av ønskede effekter

5. Evalueringens oppbygging

Evalueringen av sykehusreformen er bygd opp på følgende måte:

Kapittel 6 omfatter den samlede internasjonale gjennomgang. Formålet med inndragelse og analyse av strukturer og utviklingstendenser for spesialisthelsetjenesten i andre land har vært å sikre et utvidet grunnlag for vurderingen av den norske helseforetaksmodell. Gjennomgangen av relevante problemstillinger i andre lands spesialisthelsetjenester medvirker således også til å identifisere felt, virkemidler, grep osv., som kan være til inspirasjon for spesialisthelsetjenesten i Norge i forbindelse med den videre utvikling av helseforetaksmodellen – eller grunnlag for en egentlig revisjon av foretaksmodellen.

Avsnitt 6.2 inneholder en kort oppsummering av det felles gods som finnes internasjonalt vedrørende styring og organisering av sykehus og spesialisthelsetjenester i den vestlige verden.

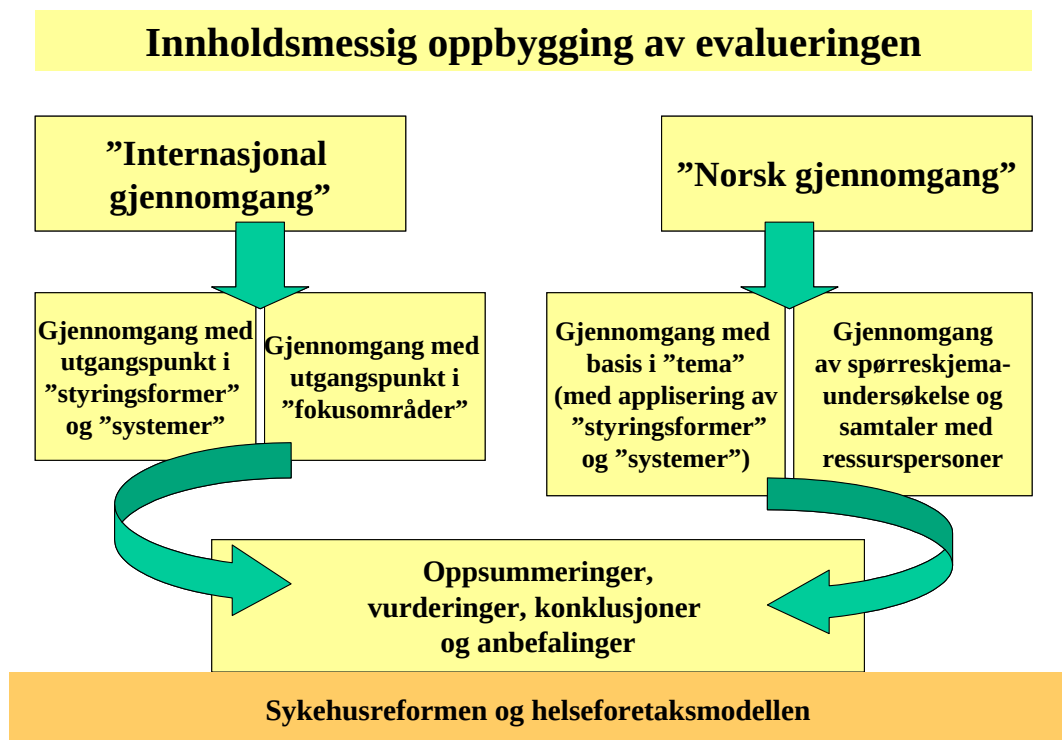
I avsnitt 6.3.1 gjennomgås den aktuelle struktur for den norske spesialisthelsetjeneste innenfor rammene av analysemodellen som den er presentert i kapittel 4. Det vil si med anvendelse av og beskrivelse gjennom de forskjellige ”styringsformer” og ”systemer”.

Det suppleres etterfølgende med lignende, overordnede gjennomganger av de tilsvarende strukturer i den danske, den svenske og den irske spesialisthelsetjeneste (i avsnittene 6.3.2-6.3.4), innen det gis en oppsummerende og mer komparativ beskrivelse (i avsnitt 6.3.5) av relevansen av de forskjellige ”styringsformer” og ”systemer” i de forskjellige land og av sammenhenger eller motsetninger mellom disse ”styringsformer” og ”systemer”.

I avsnitt 6.4 fortsettes den internasjonale gjennomgang. Det tas ikke utgangspunkt i konkret utvalgte land, men i de fire vesentlige fokusområder som er evalueringens primære omdreiningspunkter. De fire fokusområder gjennomgås ett for ett – bestiller-utfører (6.4.1), eier-myndighet (6.4.2), kostnadskontroll (6.4.3) og demokrati (6.4.4). Relevante utenlandske erfaringer og et forskjellig mix av inndragede land i forhold til de fire fokusområder er tatt med i disse avsnitt. England, Sverige, Danmark, Finland, Frankrike, Nederland samt Irland og Skottland utgjør de land som på den en eller annen måte er inkludert i dette kapittel. Det er valgt ikke å utarbeide en samlet tverrgående oppsummering i forhold til de fire fokusområder. Det er under de enkelte fokusområder fokusert på helt vesentlige forhold med relevans for den norske spesialisthelsetjeneste – og i forhold til helseforetaksmodellen.

I kapittel 7 gjennomgås resultatene av den spørreskjemaundersøkelse som er gjennomført i forbindelse med evalueringen og de vesentlige konklusjoner som kan utledes med basis i denne undersøkelse (avsnitt 7.1). I sammenheng med gjennomgangen oppsum-

meres forskjellige problemstillinger og "findings" som er identifisert ut fra de gjennomførte samtaler med de involverte ressurspersoner (avsnitt 7.2).



Kapittel 8 omfatter detaljert gjennomgang av sykehusreformens forutsetninger og målsetninger samt faktiske utviklingen i den norske spesialisthelsetjenesten i årene 2002-2005. Her tas det utgangspunkt i de tema som ble introdusert i kapittel 4. "Styringsformer" og "systemer" utgjør også i dette kapittel et vesentlig anvendelsesorientert grunnlag. Temaene gjennomgås ett for ett ut fra en fast form (avsnittene 8.2.1-8.2.6) og etterfølges av en oppsummerende og Tema-tverrgående gjennomgang (i avsnitt 8.2.7), hvor de forskjellige styringsformers anvendelse og anvendelsemessige intensitet vurderes, og hvor sammenhenge eller motsetninger mellom styringsformer og systemer berøres.

Kapittel 9 er også strukturert ut fra de fire fokusområder (eier-myndighet m.v.). I kapitlet gjennomgås vesentlige trekk ved utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Norge etter sykehusreformen. Identifiserte problemstillinger, utfordringer og behov i tilknytning til den videre utvikling av spesialisthelsetjenesten berøres (i avsnittene 9.2.1-9.2.4) også her. Kapittel 9 har en vurderende normativ karakter og omfatter en rekke forskjellige konklusjoner og anbefalinger. Fundamentet for disse konklusjoner og anbefalinger utgjøres av de beskrevne analyser, gjennomganger og oppsummeringer i kapitlene 6, 7 og 8.

Overordnet resymé i kapittel 2 kan oppfattes som et ekstrakt av vurderinger og anbefalinger m.m. i kapittel 9.

6. Det internasjonale perspektiv

6.1. Innledning

Sykehusreformen i Norge har hatt til formål å sikre et hensiktsmessig grunnlag for styring og videreutvikling av spesialisthelsetjenesten og for pasient-/innbyggersystemets adgang til spesialisthelsetjenestens ytelser. Reformen har blant annet etablert helseforetaksmodellen som et virkemiddel.

Det er ikke bare i Norge det blir arbeidet med å sikre et bedre grunnlag for spesialisthelsetjenesten og for pasient-/innbyggersystemets tilgang til tjenestene.

I løpet av de siste 10-15 år er det i andre europeiske land gjennomført en rekke reformer i forhold til helsesektoren i alminnelighet – og i forhold til spesialisthelsetjenesten i særdeleshet.

I dette kapittel presenteres status og perspektiver når det gjelder organisering og styring av spesialisthelsetjenesten i utvalgte andre land. En rekke forskjellige reformtiltak i disse land berøres, på samme måte som bakgrunnen for reformtiltakene og effektene av tiltakene skisseres og vurderes.

Erfaringer fra en rekke forskjellige land er nevnt og tatt med. Det er særlig tatt utgangspunkt i reformtiltak og erfaringer fra Sverige, Danmark, Irland og England. Det er her tale om dels to land med regionalt eierskap til spesialisthelsetjenesten og dels to land med nasjonalt eierskap til spesialisthelsetjenesten.

I forskjellige sammenhenger er imidlertid også erfaringer og reformtiltak fra andre land inkludert. Det gjelder land som Finland, Skottland, Nederland og Frankrike.

Kapittelet er bygd opp med utgangspunkt i en beskrivelse av ”systemer” og ”styringsformer” i Norge, Danmark, Sverige og Irland. Dette etterfølges av en tverrgående oppsummering, hvor forskjellige generelle problemstillinger berøres ut fra gjennomgangen av styringsformene i disse landene. Det gjelder bl.a. viktigheten av produsentsystemets eiermessige forankring og tendenser i forbindelse med bruk av eierstyring, myndighetsstyring og kontrollstyring.

På grunnlag av dette foretas en gjennomgang av de forskjellige fokusområder som er grunnleggende for evalueringen av sykehusreformen og helseforetaksmodellen (eiermyndighet, bestiller-utfører m.v.) og med begrepsmessig anvendelse av ”styringsformer” og ”systemer”, slik som de er introdusert i kapittel 4. Forskjellige utvalgte erfaringer og tilstander samt tendenser i tilknytning til bestiller-utfører, eiermyndighet, demokrati og kostnadskontroll beskrives således, og herigjennom bringes evalueringens fokusområder inn i et videre internasjonalt perspektiv.

Innledningsvis oppsummeres helt overordnet en rekke av de problemstillinger og utfordringer som synes å kunne identifiseres på tvers av landene, og som synes å være en form for "felles gods" i forhold til reformtiltak eller justeringer av organisatorisk og styringsmessig strukturer innenfor spesialisthelsetjenesten.

6.2. Problemer omkring styring og organisering av sykehusvesen – "det felles gods"

Det er et fellestrekk i store deler av den vestlige verden at det oppleves et voldsomt press på sykehus- og helsesektoren – og at det i den sammenheng også oppleves et markant forandringspress med hensyn til styring og organisering av bl.a. spesialisthelsetjenesten.

Pasient-/innbyggerens forventninger til behandlinger, ytelser og service fra helsesektoren og fra produsentsystemet i spesialisthelsetjenesten er i økende grad individualisert.

Det har gjennom det seneste tiår kunnet spores en klar tendens til økende krav i befolkningene i forhold til tanke om fritt valg av produsent. Disse kravene har i økende grad fått aksept i det politiske system. Som følge av dette har det skjedd en utvikling i retning av at fritt valg av behandlingssted ikke lenger er diskutert som en mulighet, men i vesentlig utstrekning en naturlig rett.

Private sykehus og private legeklinner finner et stykke på vei bedre vekstbetingelser under disse vilkår og utviklingstendenser. Det synes å være forandringer i forhold til klassiske holdninger, i ikke minst Skandinavia, hvor ikke bare offentlig finansiering, men også offentlig produksjon av sykehustjenester vektlegges.

Det kan således spores en viss tendens til at tallet på private behandlingssenheter, herunder private sykehus, er økt. Aksepten av i noen situasjoner å få behandling på sykehus utenfor eget lokalområde eller region eller utenfor eget land synes å være stigende.

Det kan meget vel være en sammenheng mellom den omhandlede utvikling og det politiske systems økte fokus på ventetider og ventelister. Det synes å bre seg en oppfatning av at ventetider er uakseptabelt ut fra etiske, samfunnsøkonomiske og behandlingsmessige vinkler. Ventetider er også uakseptabelt med hensyn til den enkelte innbyggeres individuelle situasjon og ut fra standarder omkring bl.a. servicenivå som gradvis utvikles innenfor pasient-/innbyggerens systemet.

Utviklingen må av flere grunner forventes å bli intensivert. Dette ikke minst på grunn av de unge generasjoners holdninger til individualitet og fritt valg, og fordi oppfatningen av avstand er forandret betydelig de senere årene. Pasienter vil i økende grad orien-

tere seg mot det internasjonale terreng og de deler av produsentsystemet som ligger utenfor egen region.

Parallelt med disse tendensene har både i pasient-/innbyggersystemet og i det politiske system bredt seg en voksende erkjennelse av at kvaliteten og effekten av utredninger og behandlingsforløp innenfor spesialisthelsetjenesten ikke nødvendigvis har vært eller er ens. Man kan antakelig finne betydelige forskjeller i kvalitetsnivå i relasjon til ensartede pasientgrupper og lidelser på tvers av sykehus og andre behandlingssteder, på tvers av regioner og på tvers av landegrenser. Det kan også (meget vel) være forskjeller mellom de enkelte legers og sykepleieres erfaringer og rutiner med gitte utredninger, undersøkelser, operasjoner, inngrep, prosedyrer etc.

Det er i økende grad gått opp for befolkning, pasienter og det politiske system at det kan være forskjeller i sjanse for helbredelse eller overlevelse. Det kan også være forskjeller i den måte man som pasient overlever på eller den livskvalitet og det funksjonsnivå man som pasient overlever med – avhengig av hvilket sykehus eller behandlingssted det henvises til. Andre faktorer som kan gi forskjeller kan være hvilke leger som får ansvaret for utredning og behandling, hvordan gjenopptrening planlegges, hvor den konkret utføres, og hvor hurtig spesialisert rehabilitering igangsettes.

Denne erkjennelse har i seg selv bidratt til å intensivere presset i retning av krav om fritt valg av behandlingssted. Tendensen til at den enkelte pasient/innbygger selv i høyere grad enn tidligere setter seg ganske detaljert inn i behandlingsmuligheter og behandlingstilbud understøtter også kravet om fritt valg. Erkjennelsen av forskjellig outcome har særlig påvirket de måter pasient-/innbyggersystemet og det politiske system forholder seg til produsentsystemet på, og de forventninger og krav til kvalitetssikring og virksomhetsdrift som stilles til produsentsystemet.

Denne erkjennelsen har også ført til at pasient-/innbyggersystemet i langt større grad etterspør dokumentasjon av kvalitet i behandlingsforløpene og dokumentert kvalitet på de mange prosesser, leveranser og arbeidsinnsatser som i et komplekst samspill skal til for å sikre optimale behandlingsforløp, og for å sikre gunstige resultater av disse forløpene.

Pasient-/innbyggersystemets økte krav og forventninger kanaliseres bl.a. gjennom stadig mer organiserte forbrukerinteresser (pasientforeninger m.v.). Forbrukerinteresser medvirker i økt omfang til å presse i retning av tydeligere og mer ensartede standarder for utredning og behandling (kliniske retningslinjer, pasientforløpsbeskrivelser, referanseprogrammer m.v.). Forventninger og økte krav medfører også en utvikling i retning av former for sertifisering eller akkreditering, som kan medvirke til å sikre forbedret understøttelse av kvalitet i utredning og behandling. Under alle omstendigheter sikrer sertifisering og akkreditering mer homogene former for logistikk, samhandling og prosesser i pasientforløpene.

Tendensen til utvidelse av antallet i pasientforeninger og -grupper kan være en konsekvens av utviklingen i retning av økt spesialisering og subspesialisering i spesialisthelsetjenesten. Økningen i tallet på pasientforeninger innebærer også at presset på det politiske system for å endre rammebetingelsene for produsentsystemet kan virke legitimt. Det kan også være en tendens til mer selektive pressmekanismer, hvor forskjellige grupperinger forsøker å få optimale betingelser gjennom for nettopp "deres lidelser".

Pasientforeningenes status kan være meget forskjellig, både fra den ene forening til den andre og på tvers av landegrenser. Rollene for pasientforeninger kan (og vil ofte) variere mellom seriøs, profesjonell opplysning og støtte til de pasientgrupper foreningen omfatter, til egentlig lobbyisme med henblikk på påvirkning av produsentsystemet, og ikke minst det politiske systems prioriteringer. Endelig kan legemiddelindustrien ha roller i forhold til pasientforeninger og i forhold til produsentsystemet som ikke alltid er like gjennomsluktige.

Målet om lik tilgang til helsetilbud preger fortsatt i høy grad de vesteuropeiske sykehussystemene. Diskusjoner, tiltak og metoder med henblikk på å fremme eller vedlikeholde "det sosialt rettferdige sykehussystem" antyder imidlertid at disse målsettingene kan dekke over mange forskjellige aspekter. Det kan dreie seg om nærhet til behandlingstilbud, demokratisk kontroll med produsenter av ytelser, og det kan dreie seg om at hele befolkningen skal ha samme finansieringsopplegg og lik behandling i forbindelse med sykehusopphold og lik behandling. Det siste forstått på den måten at kvaliteten i utredning og behandling skal være uavhengig av lokalisering eller sykehus.

Målene om fortsatt stor nærhet og tilgjengelighet til produsentsystemet (gjennom lokalsykehus) og likeartet kvalitet i tilbudet gir mange dilemma. Det er et intenst fokus på utgifter til helsesektoren og til de spesialiserte sykehusene. Dette fokuset vil antakelig være uforminsket eller øke i stort sett alle vestlige land. I forhold til utviklingen de siste 5-10 år ser vi imidlertid en vesentlig endring. I et makroøkonomisk perspektiv er styringen av og kontrollen med utviklingen i samfunnets (ofte skattefinansierte) utgifter til helse fortsatt gjenstand for betydelig arbeid. Likeledes er fokuset på andelen av samfunnets verdier som går til helsevesenet (andel av BNP) fortsatt betydelig.

I et internasjonalt perspektiv synes det imidlertid å være stigende interesse for en mer mikroøkonomisk vinkel, hvor det fokuseres på produsentenes effektivitet og produktivitet. Det vil si produsentenes evne til å sikre optimale pasientforløp og optimal intern logistikk i forbindelse med produksjonen av tjenester, samt produsentenes generelle evne (bl.a. som følge av forbedringer i monitorering av pasientforløp og logistikk) til å sikre kostnadseffektiv aktivitet.

Fokus på stigende produksjon for mindre eller uendret ressursinnsats i produsentsystemet, og på mekanismer som kan holde veksttendensene nede når det gjelder samfunnets utgifter til helse, er intenst på tvers av landegrenser. I den forbindelse er fokus på eventuelt økt bruk av egenbetaling og flere private former for forsikring et moment

som er på dagsorden i mange europeiske land. Her spiller også perspektivet med fortsatt økte muligheter som følge av den medisinske og behandlingsteknologiske utvikling inn.

En del av denne problematikken er at presset stiger på helsesektoren for å sikre effektive ”sømløse” forløp på tvers av spesialisthelsetjenesten og den øvrige helse- og sosialsektoren. Dette skjer dels fordi økt effektivitet i produsentsystemet i spesialisthelsetjenesten ut fra det politiske systems og pasient-/innbyggersystemets logikk ikke bør skje på bekostning av primærhelsetjenesten. Dels skjer det fordi demografiske utviklingstendenser og tendenser til økt kronisk sykdom, langvarig sykdom og sammensatte lidelser innebærer nye behov for å se på grenseflatene mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Den stigende orientering mot effektiv logistikk og kostnadseffektivitet er formodentlig også generert av bl.a. avregningsmetoder, hvor produsentene finansieres ut fra det samlede forløp. Også akkreditering, forløpsbasert PAS-funksjonalitet samt klinisk IT (EPJ m.v.) er orientert mot å understøtte det samlede pasientforløp. Fokusering på kostnadseffektivitet for en sammenhengende rekke av delproduksjoner i pasientforløpet (utredning, anestesi, operasjoner, prosedyrer, intensiv, røntgen osv.) kan dermed også være uttrykk for en endret styringsmessig optikk, eller en form for paradigmeskifte hvor pasientforløpet snarere enn den enkelte produserende enhet (avdeling, avsnitt, etc.) blir omdreiningspunktet for styring, organisering og kostnadmessig monitorering.

Utgiftene til medisinske preparater stiger voldsomt. Innenfor flere spesialområder/subspesialiteter er det tendenser til at en stadig større andel av utgiftene til særlig de kompliserte behandlingsforløpene går til medisin. I flere tilfeller omfatter relativt dyre behandlingsforløp med anvendelse av forholdsvis dyr medisin også ganske smale pasientgrupper, med de ressurs- og kapasitetsmessige effekter dette kan gi for andre former for behandlinger og for andre pasientgrupper. Det kan således innenfor noen spesialområder/subspesialiteter konstateres former for ”gjøkungeeffekter”, hvor spesifikke utrednings- og behandlingsforløp via farmakologisk utvikling og dyre preparater gir risiko for ressurspress i forhold til øvrige utrednings- og behandlingsforløp innenfor spesialområdet/subspesialiteten.

De forventninger både politikere og befolkning har i forhold til ventetidsproblematikken kan likeledes gi et kronisk press i retning av merutgifter i helsesektoren.

Veksten i behandlingsmuligheter og mulighetene for å dempe de negative effekter av kroniske forløp har de senere årene vokst eksplosivt. Ingen regner med at denne tendensen vil stoppe opp. Tvert imot gir genterapi, digitalisering og medisinskteknisk utvikling formodentlig grunnlag for å anta at behandlingsmulighetene også fortsatt vil vokse. Dermed økes også spennet mellom på den ene side de ressurser det enkelte samfunn eller den enkelte region kan stille til rådighet for helsesektoren, og på den andre side de muligheter for behandling og hjelp som det faglig vil være mulighet for å gi.

Det kan anes en risiko for en stigende diskrepans mellom de muligheter som ligger for alminnelig skattefinansiert understøttelse av sykehussystemenes og helsesektorens behandlingstilbud, og de mange og økte muligheter for behandling og hjelp som det rent teknisk vil være mulig å tilby.

Det synes på denne bakgrunn også å være en voksende erkjennelse av at det er nødvendig med en klarere og mer bevisst prioritering av behandlingstilbud, eller hvilke typer behandlinger som skal omfattes av den offentlig finansierte helsetjenesten. Det kan imidlertid være vanskelig å få gjennomslag for en slik holdning i et terreng hvor pasient-/innbyggerens krav og forventninger til sykehusenes og helsesystemenes behandlingstilbud øker markant.

Det er også en økende diskusjon om det finansieringsmessige grunnlag for helsetjenesten. Det er en gryende erkjennelse av at den offentlige, skattefinansierte understøttelse av sykehusvesenet og helsesektoren ikke uten videre vil være i stand til å håndtere de økte krav og forventninger og de økte muligheter som foreligger. Diskusjoner omkring egenbetaling eller ”supplerende finansieringsformer”, eventuelt gjennom forsikringsordninger, synes således å vinne frem.

Kombinert med at graden av offentlig finansiering av spesialisthelsetjenesten diskuteres, kan det konstateres en økt offentlig diskusjon i mange vestlige land hvor bestemte typer eller kategorier av utredninger og behandlinger kommer i søkelyset. Det kan eksempelvis være en del av de behandlinger hvor ventetidsproblematikk ofte spiller inn, eller behandlinger hvor det ikke er snakk om akutte eller livstruende sykdommer, men livsstils- eller livskvalitetsorienterte tjenester. Dette gjelder også diagnoser og tilstander hvor pasienten på en eller annen måte tildeles en form for ”skyld”. Dette kan skyldes at sykdommen har oppstått på en måte, eller ytelsen være av en karakter som gjør at store deler av pasient-/innbyggerens system eller det politiske system betrakter den som ”overflødig” eller ”unødvendig” (kosmetiske inngrep, fertilitetsbehandlinger og annet).

Det er en klar tendens til å lete etter grep som kan sikre at veksten i de samlede helseutgifter så langt som mulig dirigeres i retning av egenomsorg, primærsektor osv. Dette gir seg utslag i en tendens til økt interesse for forebyggelse, for ”shared care”, for ”pervasive health care”. Dette handler ikke bare om å plassere behandling og oppfølging i de billigste deler av helsevesenet, men er også avledet av behovet for å tenke på tvers av behandlingsenhetene i sykehussektoren, helsesektoren generelt og sosialsektoren.

Både i det engelske, det franske og det svenske sykehussystemet er det formulert tanker og målsettinger om nødvendigheten av å endre balansen mellom ressurser innenfor det samlede helsesystem. Dette gir seg utslag i at primærhelsetjenesten og det forebyggende arbeid m.v. relativt sett prioriteres opp i forhold til de høyspesialiserte og høyteknologiske delene av helsevesenet.

De mange mål og hensyn som for tiden er i spill i forhold til helsesektoren og sykehuse kan neppe matches entydig med et sett av innlysende løsninger, verktøy, styringsmetoder og organisasjonsformer. Siktemålet i forbindelse med forandringsprosesser og reformer i mange vestlige land har ofte vært å satse på løsningsmodeller som på ulike måter balanserer de mange, og ofte motsetningsfylte, kriterier og krav vedrørende økonomisk effektivitet, behandlingssmessig kvalitet og -service, fri og lik adgang til behandling, økte individuelle krav osv.

6.3. Systemer og styringsformer i utvalgte land

6.3.1. Norge

Innledningsvis gjennomgås systemformene og etterfølgende gjennomgås styringsformene.

Politisk system

Med sykehusreformen ble ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Norge formelt overført fra 19 fylkeskommuner til staten. Det vil si at staten fikk det samlede ansvar for denne delen av helsevesenet: Finansieringsansvaret, drifts-/eieransvaret, myndighetsansvaret og prioriteringsansvaret/bestilleransvaret.

Det er Stortinget som fastlegger de overordnede rammebetingelser for sektoren, det vil si bevilgninger, lover, ressurser, finansieringssystem o.s.v. Helse- og Omsorgsdepartementet – ved statsråden – har ansvaret for å følge opp Stortingets vedtak, og sørge for at disse blir gjennomført på en effektiv måte. Etter at sykehusreformen ble gjennomført er det altså staten som har det helhetlige politiske ansvaret for at den norske befolkning får dekket sitt behov for spesialisthelsetjenester på en forsvarlig måte, og med en akseptabel tilgjengelighet.

Sykehusreformen var på mange måter i sin kjerne en ansvarsreform. Det var et mål med sykehusreformen at den politiske styringen av spesialisthelsetjenesten i større grad skulle skje på det overordnede og prinsipielle plan, og mindre på detaljsaker. I noen grad har nok dette skjedd, men det er fortsatt mange eksempler på at Stortinget griper inn/uttrykker synspunkter på enkeltsaker.

Selv om det nå bare er staten som har et *politisk ansvar* for spesialisthelsetjenesten, betyr ikke det at den *politiske interessen* for dette viktige samfunnsområdet er begrenset til disse aktørene. Både de gamle eierne – altså de 19 fylkeskommunene – og lokale politiske organer viser stor interesse og et betydelig engasjement knyttet til en rekke spørsmål ved helseforetakene – struktur, oppgave- og funksjonsfordeling, lokalisering o.s.v.

Finansierings- og avregningssystem

De regionale helseforetakenes inntekter består av ulike typer tilskudd fra staten som Stortinget har bevilget. For alle som er medlemmer av folketrygden er det slik at opphold og behandling er gratis når en blir lagt inn på offentlig sykehus, eller sykehus som har avtale med regionalt helseforetak. Ved all annen undersøkelse og behandling (poliklinisk) må pasienten betale en egenandel for hver konsultasjon. For de statlige helseforetakene og helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra de regionale helseforetakene reguleres størrelsen på egenandelene av Helse- og Omsorgsdepartementet. For legespesialister, psykologer og andre som praktiserer uten avtale med regionalt helseforetak er det anledning til å ta forhøyet egenandel av pasientene.

Regionale helseforetak har gjennom sitt ”sørge for”-ansvar for spesialisthelsetjenesten ansvar for at statlige tilskudd, som i 2005 utgjør om lag 65 milliarder kroner, brukes i samsvar med angitte mål, rammer og prioriteringer for helsetjenesten. Denne summen omfatter alle tilskudd de regionale helseforetakene mottar: Basistilskudd, ISF, refusjon for poliklinisk virksomhet, ressurser til pasienttransport, lån til investeringsformål m.v. De regionale helseforetakene har også ansvar for å bruke midlene til å kjøpe tjenester av private leverandører der dette kan bidra til bedre realisering av helsepolitiske mål.

I hovedsak utbetales tilskuddene direkte til landets fem regionale helseforetak. De regionale helseforetakene videreformidler ulike typer tilskudd til tjenesteyterne innenfor den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Tjenesteyterne er offentlige sykehus og poliklinikker (helseforetak) og private som har avtale med regionale helseforetak (private sykehus, stiftelser, avtalespesialister, laboratorier og røntgeninstitutt). Det er i hovedsak opp til de regionale helseforetakene selv å avgjøre hvordan de ønsker å utforme systemet for finansiering av helseforetakene i sin region; altså hvordan basistilskuddet skal brukes. Det synes nå å avtegne seg et mønster der de regionale helseforetakene fordeler en betydelig del av midlene mellom foretakene i sin region basert på objektive kriterier. Likeledes synes det å være en tendens til mer systematiserte budsjettmodeller og fordelingsmodeller.

Dette er de viktigste tilskuddene til finansiering av spesialisthelsetjenesten i Norge:

Basisbevilgningene til de regionale helseforetakene er det største tilskuddet. Dette er en årlig grunnbevilgning som er uavhengig av aktivitet. De regionale helseforetakene videreformidler dette tilskuddet til produsentsystemet.

I tillegg er det *aktivitetsavhengige tilskudd* med egne stykkprissystemer der utbetalingene vil avhenge av utført aktivitet og kompleksitet av utført aktivitet. Det eksisterer ulike aktivitetsbaserte tilskudd. Det viktigste aktivitetsbaserte tilskuddet er *ISF (Innsatsstyrt finansiering)*. ISF dekker i 2005 60 % av gjennomsnittskostnadene for pasientgrupper som er inkludert i ordningen. De resterende 40 % dekkes av grunnbevilgningen til de regionale helseforetakene. ISF omfatter somatiske pasienter som behandles i form av innleggelse og dagbehandling i helseforetak og private sykehus som har

avtale med regionale helseforetak, samt kjøp av dagbehandling hos private avtalespesialister. ISF utbetales til de regionale helseforetakene som kanaliserer midler videre til produsentsystemet. Det andre aktivitetsbaserte tilskuddet er *de polikliniske refusjonene*. Også disse utbetales til de regionale helseforetakene basert på innmeldt aktivitet ved helseforetakene. Private avtalespesialister og psykologer og private laboratorier og røntgeninstituttt mottar også aktivitetsavhengige tilskudd.

Refusjonene via ISF baserer seg på en inndeling av behandlingen i grupper, inndelt på grunnlag av diagnoser (Diagnose Relaterte Grupper, DRG). Refusjonene for en diagnosegruppe eller DRG er bestemt av historiske gjennomsnittskostnader ved å behandle pasienter i samme diagnosegruppe. ISF-systemet er et gjennomsnittssystem og det er relativt grovmasket. Dette innebærer at enkelte behandlingsformer vil være dyrere enn 100 % ISF-refusjon, mens andre vil være billigere.

ISF er i utgangspunktet ikke et prioriteringssystem. Sykehusenes prioriteringer skal foretas ut fra innholdsstyringen og de retningslinjer som lover og forskrifter (blant annet prioriteringsforskriften) angir. På den annen side kan ISF også reelt fungere som et prioriteringsverktøy, hvis produsentsystemet har økonomisk fordel av aktivitet innenfor bestemte DRG grupper. DRG systemet vedlikeholdes og oppdateres løpende, men resultatet av denne oppdateringen er ikke alltid at takstene er i samsvar med den kliniske praksis og den reelle økonomi i helseforetakene. Siden beregningene i ISF-systemet er basert på historiske data, vil refusjonssatsen alltid ha et etterslep i forhold til endringer i medisinsk praksis. Det varierer derfor i hvilken grad ISF-satsene samsvarer med de reelle kostnadene foretakene har til behandling av de enkelte diagnosegruppene.

Helseforetakenes tjenester til psykiatriske pasienter finansieres ved hjelp av rammetilskudd og polikliniske inntekter. Finansieringssystemet for psykiatriske pasienter er altså basert på rammefinansiering, mens somatikken er finansiert gjennom en kombinasjon av ramme- og innsatsstyrte bevilgninger.

Det er også verd å merke seg at spesialisthelsetjenesten i tillegg finansieres gjennom bevilgninger til spesielle satsinger. Et eksempel er opptrappingsplanen for psykiatri.

Stortinget vedtar hvert år i statsbudsjettet lånerammene til investeringer i helseforetakene. Investeringsrammen kommer i tillegg til den del av basisrammen som brukes til investeringsformål. Det er deretter en prosess innad i den enkelte helseregion om hvordan den samlede investeringsrammen skal fordeles på de enkelte helseforetak.

Produsentsystem

Produsentsystemet i spesialisthelsetjenesten består av de statlige helseforetakene, en del private aktører (sykehus, laboratorier, røntgeninstitutter m.v.), noen stiftelser, og privatpraktiserende spesialister. Det er de regionale helseforetakene som inngår avtaler med de private aktørene og stiftelsene.

Det skjedde en vesentlig endring i produsentsystemet da sykehusene – gjennom foretaksloven – ble omgjort til helseforetak. Da ble de underlagt regnskapslovens bestemmelser, og det ble stilt krav om avskrivinger, opprettelse av balanse, nytt system for finansiering av investeringer m.v. Samtidig ble også styresammensetningen endret, ved at det ble satt inn profesjonelle styrer.

Produsentsystemet må fortsatt sies å ha en meget sterk posisjon og innflytelse i den norske spesialisthelsetjenesten. Det er en betydelig informasjonsmessig ubalanse mellom helseforetakene og sykehuseierne, og også mellom helseforetak og pasienter; til dels også i forhold til fastlegene. Det gjør at både eierstyringen og innholdsstyringen, herunder bestillingene, møter sterke og kompetente fagmiljøer, som i ikke ubetydelig grad styrer utvikling og prioritering i kraft av egen tyngde og til dels egne interesser. På den annen side er det flere faglig tunge institusjoner i og utenfor den sentrale helseforvaltningen som gir innspill og bidrag til arbeidet med innholdsstyringen. Det gjelder for eksempel Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, SINTEF, og naturligvis Sosial- og Helsedirektoratet. Nasjonalt råd for prioritering arrangerer dessuten et årlig møte med Helse- og Omsorgsdepartementet som ledd i arbeidet med prioriteringsmessige innspill til RHFene.

Produsentsystemets møte med myndighetsstyringen – for eksempel i form av Sosial- og Helsedirektoratet – synes dualistisk. På den ene siden hilser ikke minst legestanden velkommen et sterkere fokus på faglighet og kvalitet. På den annen side ønsker fagmiljøene på helseforetakene i stor grad selv å ha hånd og regi om dette arbeidet. Det er flere tegn som tyder på at produsentsystemets autonomi og selvregulering også er i ferd med å bli utfordret i det norske systemet. De regionale helseforetakene har bygget opp fagavdelinger, det har skjedd en betydelig styrking av de faglige myndighets- og tilsynsorganer – og dermed i noe omfang den faglig baserte kontrollstyring. Også brukerinteressene øker i styrke og kompetanse.

De regionale helseforetakene overtok i utgangspunktet ansvaret for sykehusene. Fra 2004 overtok de også ansvaret for rusomsorgen og rehabilitering. I tillegg har foretakene overtatt ansvaret for pasienttransporten til og fra sykehus.

Pasient-/innbyggersystem

Pasienter i spesialisthelsetjenesten henvises i utgangspunktet fra pasientens primærlege/fastlege. Det er bare ved behov for akutt hjelp at pasienter kan oppsøke spesialisthelsetjenesten uten henvisning/rekvisisjon fra fastlegen. I tillegg henvises pasienter mellom ulike instanser innen spesialisthelsetjenesten. Eksempler på dette er henvisninger fra private røntgeninstitutter til statlige helseforetak, eller fra ett statlig helseforetak til et annet.

Det har skjedd en stadig styrking av pasientens posisjon i spesialisthelsetjenesten de senere årene. Denne utviklingen var godt i gang også de siste årene da fylkeskommunene eide og drev sykehusene. Styrkingen har skjedd både i forhold til pasientene

som enkeltpersoner og i forhold til brukerne som organiserte interesser. Dette er noen eksempler på styrkingen av pasientens individuelle posisjon.

Det er etablert ordninger med behandlings- og ventetidsgaranti. Alle som blir henvist til sykehus, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager. For å sikre at de pasienter som trenger det mest skal få behandling først, er det i pasientrettighetsloven innført en ordning med rett til nødvendig helsehjelp. "Rettighetspasientene" har krav på å få fastsatt en individuell frist fra sykehusene for når man skal få oppfylt retten til behandling. Pasientene skal informeres om resultatet av vurderingen, om de har rett til å få behandling, og om den tidsfristen som er fastsatt. Av informasjonen skal det også framgå at pasienten har rett til å klage på vedtaket, klagefrist og framgangsmåte ved en eventuell klage.

Alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten har fått rett til fritt å velge sykehus/behandlingssted på samme behandlingsnivå. Denne retten gjelder alle offentlige sykehus, samt privateide sykehus som har inngått avtaler med et regionalt helseforetak. Det regionale helseforetaket må dekke kostnadene hvis pasienten velger å få nødvendig helsehjelp ved et annet sykehus. Pasienten må selv betale en egenandel for ekstra reisekostnader.

Pasientene har også fått rett til innsyn i egen situasjon, noe som også har endret kravene til dokumentasjon. Flere pasientgrupper har også fått rett til Individuell Plan. Dette er et verktøy for blant annet å koordinere innsatsen fra ulike deler av hjelpe- og behandlingsapparatet i forhold til den enkelte pasient.

Det utarbeides gradvis bedre og mer relevant informasjon som gir pasientene et reelt innblikk i forskjeller mellom sykehus. Dette er med på å gjøre retten til fritt valg av sykehus mer reelt, men det er fortsatt behov for å forbedre dette

Når det gjelder de organiserte brukerinteressene, er deres posisjon styrket på flere måter. For det første slår helseforetaksloven fast at de regionale helseforetakene skal ha brukermedvirkning i sin arbeidsform. I vedtektene til RHFene er det tatt inn en bestemmelse om brukermedvirkning. Det er nå brukerutvalg ved alle de regionale helseforetakene. I tillegg har departementet gjennom styringspålegg slått fast at dette også skal være gjennomført for helseforetakene. Det er styret som fastsetter mandat og sammensetning av brukerutvalg. Brukerorganisasjoner og organisasjoner for eldre foreslår medlemmer.

Som en følge av pasientenes styrkede posisjon – og økte muligheter til selv å velge ved hvilket sykehus de ønsker å bli behandlet – har mange helseforetak gjennomført tiltak for å øke egen attraktivitet. Dette er noen eksempler på slike tiltak:

- Flere sykehus gjennomfører egne undersøkelser av pasienttilfredshet – i tillegg til de undersøkelsene som gjennomføres på nasjonalt nivå

- Sykehus rykker inn annonser i aviser for å informere om ventetider på ulike typer undersøkelser og behandlinger
- I tillegg til annonser av rent informativ karakter rykker sykehus også inn annonser der siktemålet tydeligere er å rekruttere pasienter.

Det blir ved mange sykehus gjennomført tiltak for å øke pasientservicen:

- Pasientguider
- Terminaler på pasientrommene med tilgang til telefon, internett m.v.
- Økt valgfrihet når det gjelder mat
- Involvering av brukerorganisasjoner i direkte dialog med avdelinger og klinikker (i tillegg til representasjon i styret)
- Serviceerklæringer og informasjonsmateriell, der pasientene gis tilpasset informasjon om behandling, oppfølging m.v.

Myndighetsstyring

Stortinget legger de overordnede politiske rammer for myndighetsstyringen av spesialisthelsetjenesten gjennom lover.

Helse- og Omsorgsdepartementet utarbeider regjeringens forslag til lover og forskrifter i helsepolitikken. Departementet utøver også myndighetsstyring av spesialisthelsetjenesten. Det vil si styring gjennom lover, forskrifter, rundskriv og vedtak, andre enkeltstående myndighetstiltak, samt fastsettelse av takster og egenandeler og behandling av klage på enkeltvedtak i underliggende organer. Myndighetsstyringen fra Helse- og Omsorgsdepartementet omfatter både private og offentlige institusjoner.

Sosial- og Helsedirektoratet har flere ulike roller; en av disse rollene er å være myndighetsorgan overfor spesialisthelsetjenesten. Direktoratet opptrer i denne rollen på vegne av departementet, og skal påse at produsentsystemet i spesialisthelsetjenesten etterlever krav og pålegg i lov og forskrift. Den mest sentrale avdelingen i direktoratet på dette området er avdeling for spesialisthelsetjenester. Denne avdelingen har oppgaver knyttet både til tolkning av eksisterende regel- og rammeverk og utvikling av nytt. Dette er kjernen i myndighetsstyringen. Direktoratet er generelt en tung aktør i myndighetsstyringen. Sosial- og Helsedirektoratet er imidlertid også en sentral aktør med hensyn til å utvikle faglige retningslinjer for spesialisthelsetjenesten og i prioriteringsspmål. Disse har ofte en mer normdannende og veiledende karakter. Det årlige brevet fra direktoratet til de regionale helseforetakene er også en kanal i myndighetsstyringen – selv om det her også er eierstyrings- og innholdsstyringsmessige elementer.

Norsk Pasientskadeerstatning behandler erstatningskrav for pasienter som er blitt påført skade innen den offentlige helsetjeneste.

Statens legemiddelverk er forvaltningsorganet på legemiddelområdet. Legemiddelverket skal ivareta forbrukernes og helsevesenets behov for effektive og sikre legemid-

ler, samt bidra til riktig og rasjonell legemiddelbruk. Legemiddelverket skal sikre at de legemidler som brukes i Norge har god kvalitet, er trygge å bruke og har forventet virkning. I den forbindelse fører legemiddelverket tilsyn med produksjon, utprøving og omsetning av legemidler. Alle legemidler som brukes i Norge skal være godkjent av Statens legemiddelverk.

Det er også andre organer som utøver myndighet overfor spesialisthelsetjenesten. Det gjelder også myndighetsorganer underlagt andre departementer enn Helse- og Omsorgsdepartementet, men ovennevnte er blant de viktigste.

I tillegg vil noe av styringen fra de regionale helseforetakene sett fra foretakenes side kunne oppfattes som en form for myndighetsstyring – ved at de kan sette rammer og prinsipper for foretakenes drift. Det kan for eksempel gjelde prinsipper for pasientrettigheter – utover de som framgår av nasjonale bestemmelser. RHFene har også en aktiv rolle med å følge opp myndighetskrav overfor egne foretak.

Ressursstyring

Det er opp til de regionale helseforetakene og tjenesteprodusentene selv å sikre at ressursene utnyttes effektivt og at de økonomiske rammene holdes. Rammebetingelsene for ressursstyringen fastlegges i utgangspunktet gjennom finansierings- og avregningssystemet, slik dette er beskrevet i punktet foran. For eksempel legger avregningssystemet for pasienter som benytter retten til fritt å velge sykehus klare føringer for ressursstyringen ved foretakene. Ved at foretakene må dekke kostnadene både til behandling og transport for de pasientene som velger å få behandling ved andre sykehus, kan konsekvensen lett bli at de av økonomiske grunner prioriterer å gi et tilbud til disse pasientene, selv om de av andre grunner skulle ønsket å prioritere annerledes. Sykehusene blir jo uansett ”sittende med regningen” for disse pasientene.

Men ressursstyringen går langt videre enn det som er konsekvensen av finansierings- og avregningssystemet. Når det gjelder de regionale helseforetakene, legger både Helse- og Omsorgsdepartementet – og ikke minst Sosial- og Helsedirektoratet føringer på hva som skal prioriteres, hvilke aktiviteter som skal og bør iverksettes, og hvordan de bør følges opp av foretakene. Det skjer både gjennom innholdsstyringen (bestillerdokumentene) og de årlige brevene fra direktoratet til de regionale helseforetakene. På denne måten legges viktige premisser for ressursstyringen. De regionale helseforetakene fører så igjen disse premissene ut til egne foretak og til dels private leverandører. Gjennom disse premissene og de krav som settes til rapportering og dokumentasjon, gis det føringer fra de regionale helseforetakene med hensyn til hvilke oppgaver og aktiviteter som bør styres og rapporteres særskilt ved det enkelte foretak.

Den viktigste ressursstyringen foregår likevel i helseforetakene, og den skjer med utgangspunkt i mange premisser og på mange måter. For det første legger naturligvis foretakene vekt på de signaler som kommer via innholdsstyringen, eierstyringen og myndighetsstyringen, og de må rapportere tilbake hvordan dette er fulgt opp. Det er

imidlertid liten tvil om at selve finansierings- og avregningssystemet også spiller en vesentlig rolle.

Helseforetakene har i årene etter at sykehusreformen ble gjennomført hatt store økonomiske utfordringer, og kravene om å komme i økonomisk balanse har vært tydelig uttrykt fra eier. I en slik situasjon vil det være naturlig – og til dels nødvendig – i noen grad å styre ressurser og aktivitet i retning av pasientgrupper og diagnoser som gir ”gode DRG poeng”. For det andre foregår det selvsagt en løpende – eksplisitt og implisitt – prioritering mellom aktiviteter og formål. Det gjelder både drift og investeringer. Det gjelder alt fra pasientbehandling til forskning og utvikling. Noen sykehus har for eksempel utarbeidet egne budsjettmodeller for å motivere til forskningsproduksjon. Noen har også egne modeller for intern fordeling av DRG inntekter. På den måten fordeles DRG inntektene mellom alle avdelinger/klinikker som deltar i utrednings- og behandlingskjeden. Og noen foretak har etablert former for ”internregnskapssystemer” for å optimalisere bruken av for eksempel interne støtte- og servicefunksjoner (eksempelvis radiologi og klinisk kjemi).

Foretakene tar også i bruk ulike mekanismer og metoder for å sikre effektiv drift. Mange foretak bruker for eksempel resultatene fra SAMDATA-rapportene til å sammenlikne seg med andre tilsvarende sykehus, og iverksette nødvendige forbedringsprosesser. Andre driver igjen konkrete benchmarkingprosesser sammen med andre sykehus på utvalgte områder.

I tillegg finner det sted en løpende oppfølging og avviksrapportering – både på økonomisk resultat og på produksjon/aktivitet. Dette gjøres både på regionsnivå og på foretaksnivå. Økonomisk oppfølging og kontroll er også et sentralt punkt på foretaksmøtene i eierstyringslinjen.

Eierstyring

I dette avsnittet vil vi kort beskrive Helse- og Omsorgsdepartementets eierstyring av de regionale helseforetakene og de regionale helseforetakenes eierstyring av helseforetakene. Et viktig ledd i departementets eierstyring er at de utpeker styrene for de regionale helseforetakene.

Eierstyringen fra Helse- og Omsorgsdepartementet av de regionale helseforetakene skal primært skje gjennom foretaksmøtene og protokollene fra disse. Det er nå opprettet en egen eieravdeling i departementet. Foretaksmøter avholdes i utgangspunktet 1-2 ganger per år, og ellers når eier har behov for det. Departementet har imidlertid ofte benyttet retten til å avholde ekstraordinære foretaksmøter. Totalt avholdt staten 36 foretaksmøter i årene 2002, 2003 og 2004. Av disse var 15 ordinære møter i henhold til vedtektene og 21 ekstraordinære. På tilsvarende måte har de regionale helseforetakene foretaksmøter med sine helseforetak. Eierstyring foregår derfor også i dette leddet.

Gjennom eierstyringen stiller eier krav til foretakene om økonomi og andre prioriterte styringsforhold, slik som for eksempel kvalitetsarbeid, forskning og utvikling, pasientopplæring og brukerperspektiv. For å understøtte en felles eiertilnærming på viktige hovedområde for hele spesialisthelsetjenesten, og som ledd i å realisere en felles nasjonal helsepolitikk, er det startet til sammen seks ulike strategiske satsingsområder, som er felles for de fem regionale helseforetakene. Hvert av satsningsområdene ledes av administrerende direktør i et regionalt helseforetak. Disse seks satsingsområdene er:

Prioritering. Her understrekes at de regionale helseforetakene tydeligere må vektlegge at faglige prioriteringer er i tråd med mål, rammer og retningslinjer trukket opp av nasjonale politiske myndigheter gjennom innholdsstyringen. Det blir understreket at operasjonalisering av prioriteringsforskriften er et viktig virkemiddel i dette arbeidet.

Samhandling og desentralisering. Det er viktig at pasientene opplever helhetlige og koordinerte tjenester. Videre er det et mål at pasienter ikke skal måtte reise langt for behandling av vanlige lidelser og oppfølging av kroniske tilstander. Derfor er samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og desentralisering av spesialisthelsetjenesten, vedtatt som et nasjonalt strategisk satsingsområde for de regionale helseforetakene.

Psykisk helse. Opptappingsplanen for psykisk helse er bygd på en helhetlig tenkning, der det ikke bare skal skje en opptapping, men også en betydelig *omstilling*, med fokus på bedret *kvalitet* og høyere *effektivitet*. En felles, strategisk tilnærming fra de regionale helseforetakene er definert som hensiktsmessig for å møte dette.

Forskning. Det er etablert regionale og lokale forskningsstrategier i alle helseregionene. Forskning er også etablert som et felles nasjonalt strategisk satsingsområde mellom de regionale helseforetakene og Helse- og Omsorgsdepartementet. Hensikten er bl.a. å etablere felles tiltak og samordning på dette området der dette er hensiktsmessig, samt legge til rette for erfaringsutveksling.

Både innholdsstyring og eierstyring er relevant, og anvendes allerede i forhold til forskning – i bestillerdokumentene (innholdsstyringen) berøres også forsknings- og utviklingsaktiviteter

Ledelse. Ett av de seks strategiske satsningsområdene er ledelse, der fokus er felles nasjonal utvikling av ledelse, og ikke bare den enkelte leder. Det er gjennomført et nasjonalt pilotprosjekt i tidsrommet 2003-2004 med 170 deltakere. Dette tiltaket er senere fulgt opp av andre nasjonale tiltak for å styrke ledelsesfunksjonen ved helseforetakene.

IKT. I dokumentet ”Sykehusreformen – noen eierperspektiver” trekkes IKT-området fram som egnet for samarbeid mellom de regionale helseforetakene, og også med sentrale fagmyndigheter i Helse- og Omsorgsdepartementet og Sosial- og Helsedirektoratet. Et samarbeid om IKT antas å bidra til en bedre ressursutnyttelse, til en under-

støttelse av klinisk aktivitet og til en reell kvalitetsforbedring av tjenesten. Helse- og Omsorgsdepartementet fulgte dette opp med konkrete styringskrav overfor de regionale helseforetakene i styringsdokumentene både for 2003 og 2004.

For å følge opp eierkravene er det etablert et system med årlige meldinger. I disse meldingene oppsummerer de regionale helseforetakene sin virksomhet det foregående år. Meldingen skal også omfatte de helseforetakene som de regionale helseforetakene eier. I tillegg til å redegjøre for hvordan foretakene oppfyller de krav departementet har stilt, skal meldingen også inneholde en plan for virksomheten i de kommende år. Plan- og meldingssystemet skal gi grunnlag for å identifisere viktige problemstillinger som bør behandles i foretaksmøtet; eventuelt legges fram for Stortinget. Det inngår også i grunnlaget for det styringsbudskapet som tas inn i Størtingsproposisjon nr. 1 og i bestillerdokumentet (se mer om dette nedenfor).

Sosial- og Helsedirektoratet utarbeider årlige brev til de regionale helseforetakene. Brevet er basert på Helse- og Omsorgsdepartementets tildelingsbrev til direktoratet, og klargjør hvilke aktiviteter direktoratet skal arbeide med overfor de regionale helseforetakene. Dette brevet inneholder elementer som det er naturlig å se som ledd i eierstyringen, men det har også karakter av myndighets- og innholdsstyring.

På tilsvarende måte som Helse- og Omsorgsdepartementet utøver sin eierstyring overfor de regionale helseforetakene, utøver de regionale helseforetakene eierstyring overfor helseforetakene i sin region. I tillegg til de områdene som er omtalt ovenfor, dreier eierstyringen på dette nivå seg også om helt praktiske spørsmål som felles IKT-løsninger og -systemer, uttak av skalafordeler knyttet til felles innkjøp, felles kjøring av lønn og regnskap, innføring av felles ledelsesinformasjonssystemer m.v. Men som det framgår av avsnittene i innledningen til dette punkt er det "glidende overganger" mellom RHFenes styring av foretakene i form av henholdsvis innholdsstyring og eierstyring. Når helseforetakene stilles overfor krav om spesifikke prioriteringer, om å rapportere på ulike indikatorer m.v., kan dette ses på som ledd både i innholds- og eierstyringen.

Det er en viktig del av eierstyringen å etablere klare og forutsigbare rammer for ansvar og myndighet og tydelige spilleregler for håndtering av avvik, eller mangel på oppfyllelse av avtalte resultatkrav.

Eierstyringen har nå prinsipielt fått en tydeligere organisatorisk forankring ved at det er opprettet egne avdelinger for denne funksjonen både i Helse- og Omsorgsdepartementet og i de regionale helseforetakene, og at denne er atskilt fra bestillerfunksjonen.

De meget vesentlige oppgave- og funksjonsfordelinger som er gjennomført siden sykehusreformen kan i noen grad sies å være en avspeiling av innholdsstyringen, men oppgave- og funksjonsfordelingene er realisert særlig gjennom eierstyring fra regionalt nivå.

Innholdsstyring

Med innholdsstyring forstår vi de samlede retningslinjer, prosesser og systemer for hvilke ytelser spesialisthelsetjenesten skal gi, og hvordan det skal prioriteres mellom disse. Den samlede innholdsstyringen – og premissene til innholdsstyringen – skjer gjennom mange aktører og via mange kanaler. Vi vil i dette avsnittet gi en overordnet beskrivelse av hvordan innholdsstyringen skjer i den norske spesialisthelsetjenesten.

Som nevnt styrer Helse- og Omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene blant annet gjennom lov, vedtekter, foretaksmøte og bestillerdokument. *Bestillerdokumentet* står spesielt sentralt i innholdsstyringen av spesialisthelsetjenesten. Viktige momenter i innholdsstyringen er:

- Oppdelingen i høyspesialiserte, spesialiserte og alminnelige helsetjenester innenfor spesialisthelsetjenesten
- Retningslinjer for prioritering
- Føringer omkring aktivitetsfelt det skal fokuseres spesielt på.

I bestillerdokumentene er det imidlertid også tatt med føringer og felt hvor det i høyere grad er karakter av eierstyring og/eller myndighetsstyring, eksempelvis omkring utvikling og implementering av faglige retningslinjer samt grensegang og samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Helse- og Omsorgsdepartementets bestillerdokumenter til de regionale helseforetakene gis normalt ut en gang per år, like etter at beslutningen om årets statsbudsjett foreligger i Stortinget. Dokumentene inneholder krav fra Helse- og Omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal prioriteres i det påfølgende år, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene. Fra og med 2005 er altså styringslinjen overfor helseforetakene delt i to. Den skjer gjennom bestillerdokumentet (som er en viktig del av innholdsstyringen) og gjennom foretaksmøtet (eierstyringen) i januar. I bestillerdokumentet formuleres krav stilt til "sørge for"-ansvaret, altså ansvaret for å tilby kvalitativt gode og likeverdige tjenester til hele befolkningen, men også ansvaret for bestemte sammensetninger av aktivitet og bestemte prioriteringer av konkrete aktivitetsfelt. I foretaksmøtet stiller departementet krav i kraft av å være eier.

Bestillerdokumentene redegjør for departementets krav til de regionale helseforetakene innen deres fire hovedoppgaver:

- Pasientbehandling
- Utdanning
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende.

Helse- og Omsorgsministeren har i sin bestilling for 2005 til de regionale helseforetakene forutsatt at de foretar faglige prioriteringer som samsvarer med mål, rammer og

retningslinjer trukket opp av overordnede politiske og faglige myndigheter. Det presiseres derfor at de regionale helseforetakene må ha en klar analyse av eget tilbud og befolkningens behov innenfor de ulike tjenesteområdene. De regionale helseforetakene må selv forestå den prioritering som er nødvendig innenfor de ressursene man har til rådighet – men innenfor rammene av de nasjonale føringer. Dokumentet understreker også at de regionale helseforetakene må redusere kapasitet på de områder der man i dag har overkapasitet (reelt en form for eierstyring). Frigjorte ressurser må kanaliseres til områder som i dag preges av mangelfullt utbygd tilbud. Det vises i denne sammenheng til prioriterte pasientgrupper.

De regionale helseforetakene skal følge opp prioriteringsforskriften, og prioritere mellom og innenfor ulike pasientgrupper.

Pasientrettighetsloven fastslår at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal gis en individuell frist ut fra medisinsk forsvarlighet for når helsehjelpen senest skal gis. Forskrift om prioritering av helsetjenester (FOR 2000-12-02 nr. 1208) gir retningslinjer for hvordan det skal prioriteres. De som trenger det mest må følges spesielt opp. I dokumentet pekes det på pasientgrupper som skal prioriteres spesielt. Kronikere, pasienter med rusproblemer og mennesker med psykiske lidelser er blant de som nevnes særskilt. Departementet markerer derfor behovet for å gi disse gruppene spesiell prioritet.

Bestillerdokumentet omfatter annet enn innholdsstyring, og i flere sammenhenger fungerer dokumentet som eller lapper inn over eierstyring – og kanskje også myndighetsstyring. Bestillerdokumentet presiserer således at de regionale helseforetakene skal planlegge, drive og utvikle sin virksomhet etter faglige retningslinjer, systematiske kunnskapsoppsummeringer og evidensbaserte metoder for diagnostikk og behandling. I tillegg stilles en rekke krav til hvordan helseforetakene skal drive. Eksempler på slike krav er andelen epikriser som skal være sendt ut innen 7 dager, at det som hovedregel ikke skal forekomme korridorpasienter, at andelen pasienter som skal være strøket fra operasjonsprogrammet skal være mindre enn 5 % osv. – normalt et typisk eierstyringskrav.

Sosial- og Helsedirektoratet er tillagt en sentral rolle i oppfølgingen av bestillerdokumentet og dermed i rapportering av innholdsstyringen av foretakene. I Helse- og Omsorgsdepartementets tildelingsbrev til Sosial- og Helsedirektoratet for 2005 har departementet bedt direktoratet om særlig å håndtere følgende innsatsområder innen spesialisthelsetjenesten (oversikten i punktene nedenfor er tatt fra departementets bestillerdokument til de regionale helseforetakene for 2005):

- Utviklingen av behandlingsskapasiteten innenfor spesialisthelsetjenesten. Viktige spørsmål her er knyttet til tilgjengelighet, underkapasitet, overkapasitet i relasjon til ny pasientrettighetslov og prioriteringsforskriften
- Vurdering av dagens behandlingstilbud. Identifisere eventuelle tilbud med manglende dokumentert effekt

- Overvåking av nye behandlingsmetoder og kostnadsimplikasjoner på kort og lengre sikt
- Utarbeidelse av faglige retningslinjer og kunnskapsoppsummeringer som bidrar til at spesialisthelsetjenesten benytter effektive behandlingsmetoder
- Innsamling og bearbeiding av data
- Bistå departementet i prioriteringsspørsmål. Fokuserer på tiltak som fremmer god prioritering i spesialisthelsetjenesten, og som utvikler prioriteringsforskriften til et praktisk verktøy for utøverne av tjenesten.

Oversikten avspeiler innsatsområder med karakter av både innholdsstyring og eierstyring samt myndighetsstyring.

Sosial- og Helsedirektoratets oppgaver presiseres til særlig å gjelde psykisk helsevern, rus, habilitering og rehabilitering, landsdekkende kompetansesentre for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger, geriatri, kreftbehandling, utdanning av helsepersonell, tilgjengelighet og elektronisk samhandling.

Direktoratet konkretiserer oppfølgingen av disse oppgavene i årlige brev til de regionale helseforetakene.

Bestillerdokumentet fra Helse- og Omsorgsdepartementet rettes altså til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene utarbeider på tilsvarende måte en form for bestillerdokumenter til helseforetakene i sin region – ”foretaksdokumenter”, samtiddig som de inngår avtaler med private leverandører. Flere av RHFene legger betydelig arbeid i å konkretisere og utdype bestillerdokumentene fra departementet i sin bestilling til egne foretak, men det er fortsatt store forskjeller i henseende til konkretisering og detaljering. Og dermed også eksempler på en relativ liten grad av detaljering.

I tillegg til de årlige bestillerdokumentene baseres innholdsstyringen også på nasjonale planer som utarbeides på spesielle områder/for spesielle pasientgrupper. Eksempler på slike planer er opptrappingsplanen for psykisk helse, plan for rusomsorgen, plan for kreftomsorgen, nasjonal plan for rehabilitering m.v. Slike planer utarbeides ikke etter noe fast mønster eller noen fast systematikk. Hvilke pasientgrupper som blir prioritert i forhold til slike planer, synes heller ikke å være avledet av noen helhetlig nasjonal plan. De er likevel viktige elementer i innholdssyringen av spesialisthelsetjenesten.

Det er mange premissleverandører for Stortingets og departementets bestilling av helsetjenester, og premissene blir formidlet gjennom ulike kanaler. Gjennom plan- og meldingssystemet gir de regionale helseforetakene og helseforetakene sine analyser og vurderinger av behov og utfordringer. *Sosial- og Helsedirektoratet* har ikke bare en sentral rolle i forbindelse med oppfølgingen av bestillerdokumentet, men gir også innspill i forkant. I tillegg gir andre nasjonale aktører innspill på sine områder. Et eksempel på en slik aktør er *Nasjonalt folkehelseinstitutt*. Dette instituttet sitter på viktig

kompetanse i forhold til framtidige satsinger og prioriteringer, og bidrar med å framskaffe kunnskap som brukes i innholdsstyringen.

Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten er også en aktør i innholdsstyringen. Dette er et regjeringsoppnevnt råd som skal gi anbefalinger om prioritering. Rådet møtes 4-5 ganger i året og gir uavhengige råd til helseministeren. Sosial- og Helsedirektoratet er sekretariat for prioriteringsrådet.

Innholdsstyringen påvirkes naturligvis også av finansierings- og avregningssystemet. Helseforetakene er underlagt stramme økonomiske rammer – med betydelige krav til budsjettbalanse. Som nevnt ovenfor er deler av tjenesten rammefinansiert og andre deler finansiert gjennom en kombinasjon av ramme- og innsatsstyrt finansiering. Det vil da neppe være til å unngå at innholdsstyringen – i hvert fall når det gjelder prioriteringer – også vil bli påvirket av de insitamentene som ligger i finansierings- og avregningssystemet.

I dette avsnittet har vi så langt beskrevet innholdsstyringen ut fra en form for overordnet ”bestillerperspektiv”. Med det menes hvordan departement, direktorat, regionale helseforetak m.v. gir rammer og føringer for hva helseforetakene skal levere og yte. Også pasienter og brukerorganisasjoner er viktige aktører i innholdsstyringen.

Men innholdet i spesialisthelsetjenesten fastlegges fortsatt i ikke ubetydelig grad av spesialisthelsetjenesten (produsentsystemet) selv og i samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Utvikling av behandlingstilbud, innføring av nye metoder, og prioriteringer mellom pasientgrupper styres i betydelig grad stadig gjennom beslutninger i foretakene selv, og av fagmiljøene der. Hertil kommer, at akutt inntak i sig selv prioriterer i situasjonen.

Kontrollstyring

Med begrepet kontrollstyring forstår vi alle former for tiltak der produsenter av helse tjenester overvåkes og føres tilsyn med gjennom besøk, samtaler, audits, systemrevisjoner m.v. Kontrollstyringen kan i prinsippet omfatte ethvert område hos den tjenesteleverandør den omfatter.

Kontrollstyringen av spesialisthelsetjenesten i Norge foregår med utgangspunkt i formelle retningslinjer og faglige/kvalitetsmessige systemer og prosedyrer.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet med helsetjenesten og sosialtjenesten – inklusive spesialisthelsetjenesten – og skal påse at disse fungerer i henhold til vedtatte lover og forskrifter. Helsetilsynet i fylkene (tidligere fylkeslegene) skal ivareta disse tilsynsoppgavene både i enkeltsaker og på systemnivå. Administrativt er Helsetilsynet i fylkene tilknyttet fylkesmennene, men underordnet Statens helsetilsyn i tilsynssaker og i faglige spørsmål generelt.

Tilsynsmyndighetene skal medvirke til at:

- Befolkningens behov for sosiale tjenester og helsetjenester ivaretas
- Tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte
- Svikt i tjenesteytingen forebygges
- Ressursene brukes på en forsvarlig og effektiv måte.

Med utgangspunkt i ovennevnte mål har Helsetilsynet blant annet følgende oppgaver:

- Overvåking av helsetjenestene og sosialtjenestene opp mot befolkningens behov for tjenester og samfunnets krav til tjenestene
- Styring av tilsynet med sosialtjenesten som utføres av fylkesmennene og tilsynet med helsetjenesten og helsepersonell som utføres av Helsetilsynet i fylkene
- Behandling av enkeltsaker som dreier seg om alvorlig svikt i helsetjenestene og der det er aktuelt med reaksjoner mot helsepersonell eller pålegg mot virksomheter
- Styring av den klagesaksbehandlingen som gjelder befolkningens rett til tjenester etter blant annet sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven
- Formidling av tilsynserfaringer til forvaltningen og tjenestene.

Tilsynet retter seg mot virksomheter, og på helseområdet også mot helsepersonell, som er forpliktet etter en egen profesjonslov (helsepersonelloven). Tilsyn kan foregå som en planlagt aktivitet (planlagt tilsyn), som reaksjon på hendelser (hendelsesbasert tilsyn) og med et overordnet perspektiv (områdeovervåking). Områdeovervåking er et strategisk utviklingsområde i Strategiplan for tilsyn med sosial- og helsetjenestene (2004-2006), og er organisert som et prosjekt. Prosjektet skal utvikle systemer og ordninger som kan understøtte og bidra til å forenkle og kvalitetssikre områdeovervåkingsarbeidet.

Resultater fra tilsynsbesøkene blir publisert på ulike måter: Helsetilsynets årlige tilsynsmelding, de årlige medisinalmeldingene fra Helsetilsynet i fylkene og Meldesentralens årsmelding. Rapporter fra enkeltundersøkelser, kartlegginger og utredninger utkommer med ujevne mellomrom.

Det er Helsetilsynets oppgave å påpeke hvor grensen går for hva som er faglig forsvarlig og rapportere eventuelle svikt i forhold til dette. Det er derimot ikke Helsetilsynets oppgave og ansvar å sørge for at kvaliteten i helsetjenesten er faglig forsvarlig. Det er eiers ansvar og sikres prinsipielt gjennom eierstyring. Det er vårt inntrykk at det etter sykehusreformen har skjedd en stadig mer forpliktende og ansvarlig oppfølging både på RHF-nivå og på HF-nivå av de tilsyn som Helsetilsynet gjennomfører. Det er grunn til å tro at dette har sammenheng med den styrking og klargjøring av ledelsesfunksjonen som ligger i reformen.

Kontrollstyringen i praksis, og de konkrete resultater av kontrollstyringen, vil således ofte gi innspill ”tilbake” til spesielt eierstyring og innholdsstyring.

Helsetilsynet har den senere tiden lagt mer vekt på systemrevisjon og mindre på gjennomgang av enkeltsaker enn tidligere.

Nasjonalt folkehelseinstitutt arbeider for å bedre befolkningens helse ved å styrke det forebyggende helsearbeidet. Instituttet overvåker folkehelsesituasjonen i landet, herunder utviklingen av smittsomme sykdommer. De har også et nasjonalt rådgiveransvar overfor Helse- og Omsorgsdepartementet. Instituttet har nok i høy grad en karakter, jevnfør foran, orientert også mot innholdsstyring.

En form for kontrollstyring har vi også i form av de kontrollkommisjoner som er opprettet innen psykiatrien. Med basis i lov om psykisk helsevern skal det opprettes kontrollkommisjoner for å føre tilsyn med alle som er under psykisk helsevern uten eget samtykke og med andre syke som selv ber om det.

Mer faglig orientert kontrollstyring er ikke særlig utbredt i den norske spesialisthelsetjenesten. Vi tenker da for eksempel på akkrediteringsregler og -systemer, kvalitetsregistre m.v. Et viktig unntak her er kreftomsorgen, der Kreftregisteret spiller en viktig rolle. Kreftregisteret har blant annet som oppgave å samle inn, analysere og spre informasjon om kreftsykdommers årsaker, behandlingseffekter m.v. Det er også egne regler for godkjenning av for eksempel blodbanker.

Det er også grunn til å trekke fram at det ved en rekke norske sykehus er innført ulike former for selvregulering/selvevaluering, hvor avdelinger og klinikker etablerer systemer, prosedyrer og registre for å følge opp og evaluere egen praksis. Disse blir i stadig økende grad basert på elektroniske verktøy, noe som langt på vei er en forutsetning for at resultatene skal kunne brukes på en effektiv måte.

Arrangørstyring

Med begrepet arrangørstyring mener vi hvilke rammer og prinsipper som gjelder for henvisning av pasienter til de ulike nivå og leverandører/tjenesteprodusenter i spesialisthelsetjenesten. For å forstå arrangørstyringen må den håndteres i to trinn.

Gjennom eierstyringen etableres tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Det vil si hvilken foretaksstruktur som skal gjelde, hvilken oppgave- og funksjonsfordeling det skal være i og mellom foretakene, hvilket opptaksområde hvert enkelt foretak skal ha, og hvilken kapasitet foretakene skal ha innenfor ulike fagområder og spesialiteter. Det er også gjennom eierkanalen det viktigste arbeidet med kvalitet og faglig utvikling skjer. I tillegg er både myndighetsstyringen og innholdsstyringen – herunder bestillerfunksjonen, med og legger premisser for det tilbud pasienter og henvisende instanser har å forholde seg til og velge innen. Også gjennom myndighetsstyringen kan det prinsipielt bestemmes hvilke faglige og andre typer krav leverandørene må oppfylle. Det er også gjennom myndighetsstyringen at deler av det overordnede rammeverket for arrangørstyringen monitoreres. Eksempler på det er retten til fritt sykehusvalg og regler for behand-

ling ved sykehus i utlandet. Diskusjonen omkring kvalitet og volum ligger også nært opp til eierstyringen og/eller myndighetsstyringen, men det som er gjort på dette området har vel foreløpig mer karakter av å være anbefalinger enn klare myndighetskrav.

Gjennom innholdsstyringen legges det rammer og føringer for prioritering og produksjon. Det er derimot gjennom eierstyring det bestemmes hvilke tjenester som skal kjøpes fra private leverandører, til hvilken pris og i hvilket omfang. Når de regionale helseforetakene skal avgjøre hvilke typer tjenester – og i hvilket volum – som skal kjøpes fra henholdsvis private aktører og egne helseforetak, vil det kunne være en interessekonflikt mellom eier og bestillerrollen (”sørge for”-rollen). Det er grunnen til at disse to rollene er organisatorisk skilt både på departements- og RHF-nivå. Gjennom kontrollstyringen overvåkes produsentene av helsetjenester. Registre som viser kvalitet innen ulike deler av helsetjenesten kan også være en del av kontrollstyringen.

Det er altså med basis i ovennevnte rammebetingelser/rammeverk at pasienter og henvisende instanser kan vurdere å velge mellom ulike tilbud/leverandører. Utgangspunktet er at pasienter som har rett til behandling selv kan velge ved hvilket sykehus de ønsker å bli behandlet. Retten til fritt sykehusvalg gjelder planlagt behandling og ikke øyeblikkelig hjelp. Disse vurderingene gjøres nok i noen grad av pasienten selv – eventuelt med hjelp fra venner og pårørende, men i hovedsak er det grunn til å tro at vurderingene gjøres i samråd med pasientens fastlege. Fastlegene er derfor helt vesentlige premissleverandører når det gjelder arrangørstyringen i praksis, og dermed for hvor pasienter henvises.

Fastlegene har i forhold til arrangørstyringen en todelt rolle. På den ene siden er det ønskelig sett fra et eier- og bestillerperspektiv at pasientene henvises til spesialisthelsetjenesten ut fra den planlagte oppgave- og funksjonsfordeling. Sett idet lys er det ønskelig at fastlegene opptrer som ”gatekeeper”/arrangør i samsvar med systemets plan for oppgave- og funksjonsfordeling. På den annen side skal fastlegen hjelpe pasienten i hans/hennes valg av sykehus på en måte som best mulig ivaretar pasientens behov og ønsker.

Dette dilemmaet må fastlegene håndtere på en mest mulig balansert måte. For at fastlegene og pasientene skal kunne treffe disse beslutningene på best mulig grunnlag, er det viktig at de har de nødvendige opplysninger om ulike leverandører. Bortsett fra ventetider er det få systematiske oversikter over hva det er som skiller de ulike leverandørene fra hverandre. I forhold til ventetider er det også tale om forventede og ikke faktiske størrelser.

Når det gjelder henvisninger *mellom* de ulike nivåene i spesialisthelsetjenesten (for eksempel fra sentralsykehus- til regionsykehusnivå/mer spesialisert nivå), skjer det i prinsippet på samme måte som *til* spesialisthelsetjenesten – i en dialog mellom pasienten og behandlende lege. Men *i denne sammenhengen* er henvisende lege en lege i spesialisthelsetjenesten.

Det er foreløpig lite kunnskap om effekten av det frie sykehusvalg og hva som ligger til grunn for pasienters valg av sykehus. I følge en undersøkelse – utført av Samfunns- og næringslivsforskning AS – får pasienter i gjennomsnitt 2 måneder kortere ventetid ved å velge sykehus selv. Men det kan naturligvis også være andre årsaker enn ventetid til at pasienter og fastlege velger andre sykehus enn det nærmeste. Det som uansett blir viktig for at pasienters rett til fritt sykehusvalg skal bli fattet på et så godt grunnlag som mulig, er at informasjonen om de ulike leverandørene/tilbyderne blir så god og informativ som mulig. Da er det – i tillegg til ventetider – nødvendig med informasjon om kvalitet i utredning, omsorg og behandling.

6.3.2. Andre utvalgte land

Her vil vi på tilsvarende måte som for Norge i avsnitt 6.3.1. først gjennomgå systemene og deretter styringsformene.

6.3.2.1 Danmark

Politisk system

Det politiske system er naturligvis en premissleverandør når det gjelder sykehusvesenet og sykehusvesenets utvikling. Virkelig detaljorientert politisk innblanding fra det nasjonale nivå i forbindelse med enkeltsaker etc. (overfor de regionale sykehuseierne, amtene) foregår likevel bare i beskjednen grad. Det kan imidlertid konstanteres ganske stor politisk interesse, også med henblikk på enkeltsaker.

Politisk innblanding fra det nasjonale nivå, nivået over sykehuseierne, finner som anført sted. Det kan være i forhold til nye og dyre behandlingsformer, hvor amtene (eier-nivået) ikke prioriterer eller ikke har budsjettmessig mulighet for å prioritere. Eksempel på dette er medisinske behandlinger til opp mot 1 million kroner per år per pasient.

I 1996 valgte Sundhetsministeren å pålegge amtene å skulle iverksette behandling med betainteferon til pasienter med disseminert sklerose til tross for at amtene eksplisitt hadde valgt ikke å bruke det. Amtenes begrunnelse var både at effekten var utilstrekkelig dokumentert og at kostnadene var svært høye sammenliknet med andre behandlingsformer. Beslutningen medførte et særlig tilskudd til amtene som kompensasjon for de ekstra utgifter behandlingen medførte. Dette spesielle tilskuddet kunne ikke brukes til andre formål. På den måten ble amtenes selvstendige råderett over det regionale sykehusvesen og fordelingen av budsjettmidler til dette i noen grad tilsidesatt. Det nasjonale nivå intervenerte i innholdsstyringen og prioriteringen.

De nasjonale helsemyndighetene pålegger med jevne mellomrom amtene – av faglige årsaker – å slutte med bestemte behandlingsformer. Et eksempel er pålegget som kom midt på 1990-tallet om å stoppe gjennomføring av levertransplantasjoner i Århus Amt.

Det fins også eksempler på enkeltpasienter som via mediene gjør oppmerksom på sin sak, og dermed får en annen behandling enn de ellers var stilt i utsikt. Eksempler fra de senere årene er ”Jason-saken” og ”Savannah-saken”, hvor foreldrepar får bevilget kunstig befruktning etter eggsortering i USA, med henblikk på å føde barn hvis stamceller forventes å kunne helbrede en ellers uhelbredelig kreftsykdom hos et eldre søsken. Behandlingen tilbys ikke i Danmark – blant annet av etiske årsaker.

Selv om amtene eier sykehusene (de offentlige) er det nasjonale politiske system likevel systematisk involvert (om enn indirekte) i sykehusvesenets innholdsstyring. Det skjer bl.a. i forbindelse med de årlige politiske avtalene med amtene (de kommunaløkonomiske forhandlinger) hvor det sammen med ressursrammer for sykehussektoren også blir fastlagt innholdsmessige premisser. Det nasjonale politiske nivå er på samme måte involvert når Sundhedsstyrelsen utarbeider nasjonale planer – for eksempel på hjerteområdet, kreftområdet, intensivområdet osv.

Den politiske innflytelsen når det gjelder eierstyring og innholdsstyring ligger prinsipielt på det regionale nivå (amtene). Det regionale politiske nivå har også i noen grad innflytelse på arrangørstyring. Det politiske nivå involverer seg i forholdsvis liten grad i forhold til ressursstyring (noen steder skal likevel politikerne godkjenne stenging av senger, også hvis det skjer midlertidig) og kontrollstyring.

Finansierings- og avregningssystem

Finansierings- og avregningssystemet påvirkes i høy grad via det nasjonale nivå, jfr. et økende nasjonalt press i retning av aktivitetsbaserte finansierings- og avregningsformer. Men også sykehuseierne påvirker dette systemet – idet amtene gjennom rett til skatteutskrivning har påvirkningsmuligheter på dette området. Det er likevel et viktig poeng her at det hvert år i forbindelse med de kommunaløkonomiske forhandlingene blir vedtatt en maksgrense for hvor mye skatt amtene kan utskrive. Dette forsterker det nasjonale nivås påvirkningsmuligheter.

Finansierings- og avregningssystemet påvirkes også av det nasjonale nivås ”eierskap” til DRG/DAGS-systemet⁶, selv om utviklingen av dette systemet foregår i tett dialog med sykehuseierne.

Pasient-/innbyggersystemet

Pasient-/innbyggersystemet har, som i andre land – en stadig sterkere plass i forhold til innholdsstyringen (herunder prioriteringen) og i forhold til eierstyringen.

Dette systemets oppblomstring avspeiles på mange måter:

- gjennom økt lovgivning og regelfastsetting i forbindelse med individuelle krav (behandlingsgarantier, ventetidsgarantier osv.)

⁶ DAGS = Dansk Ambulant GrupperingsSystem (litt svarende til poliklinisk case mix)

- gjennom økt involvering av pasientforeninger og brukerinteresser i forbindelse med bl.a. nasjonale fagspesifikke planer og sykehusenes måte å agere på (hvor flere og flere sykehus innkaller til årlige eller regelmessige pasientseanser med henblikk på utveksling av informasjon og holdninger m.v.)
- gjennom en månedlig telefontid, hvor pasienter/innbyggere kan henvende seg med spørsmål, kommentarer m.v. til sykehusledelser
- gjennom en stadig utvidelse av ordningen med fritt valg
- gjennom stadig mer utbredte ”populærinformasjoner” vedrørende de forskjellige behandlingstilbudene
- gjennom økt press fra pasientforeninger og brukerinteresser, når det gjelder ”serviceerklæringer” (kvalitet m.v.), og når det gjelder rammer for pasientsikkerhet
- gjennom økt bruk av pasientklagesystemer.

Sykehus og sykehuseiere påvirkes således – både når det gjelder atferd, men også i forhold til rammebetingelser – av den stadig sterkere pasientinnflytelsen og pasientkompetansen. Det er likevel vanskelig å finne mange eksempler på direkte innflytelse fra pasient-/innbyggerssystemet på innholdsstyring (herunder prioritering) og eierstyring.

Produsentsystemet

Produsentsystemet synes fortsatt å ha en meget sterk posisjon, ikke minst på grunn av at det fortsatt er en ubalanse når det gjelder kompetanse og informasjon mellom produsenter og sykehuseiere og pasienter/innbyggere. Dermed har produsentsystemet fortsatt en betydelig innflytelse når det gjelder innholdsstyring og eierstyring m.v. Blant annet i plansammenheng (innholdsstyring) og i sammenheng med oppgave- og funksjonsfordelinger (eierstyring) er ikke minst de faglige miljøene premissleverandører, som helt klart påvirker innhold, prioriteringer og arbeidsdeling innenfor sykehussystemet.

Likevel synes informasjons- og kompetansemonopolet, også i Danmark, å være under langsom nedbryting. Det samme gjelder aksepten for den legelige selvregulering, som synes å leve på lånt tid. Rammebetingelsene for produsentene vil også bli påvirket av nasjonale politiske forutsetninger om at alle sykehus innen få år skal akkrediteres (prossessorientert kvalitet), og at alle fagområder i løpet av få år skal arbeide med former for dokumentert kvalitet i forhold til gjennomførte prosedyrer m.v. (behandlingsorientert kvalitet).

Sett ut fra en dansk sykehussammenheng synes således produsentsystemets isolerte påvirkning på forskjellige former for styring å være på retur.

Pasient-/innbyggerssystemet samt finansierings- og avregningssystemet synes i en samlet vurdering å være de to systemer hvor påvirkningsgraden blir undervurdert – både rent faktisk og som tendens.

Innholdsstyring

Innholdsstyring i den danske spesialisthelsetjenesten utøves både av det regionale nivå (amtene) og av det nasjonale nivå.

Lovgivning (det politiske system) samt forskjellige former for overordnet planlegging (hjerterplan, kreftplan m.v.) utgjør premissene for innholdsstyringen, som imidlertid operasjonelt/konkret blir ivaretatt via amtene (eier). Det nasjonale nivå, som også kan få innspill fra en rekke mer eller mindre uavhengige organer (f.eks. Statens Institut for Folkesundhed), spiller således en ikke uvesentlig rolle i forbindelse med innholdsstyringen.

Det nasjonale nivå spiller også en sentral rolle i innholdsstyringen via de årlige kommunaløkonomiske avtaleforhandlingene mellom amtene (representert ved Amtsrådsforeningen) og staten (med Finansministeriet i en meget klar bordenderolle). Disse forhandlingene, som foregår i mai/juni for det kommende år, fastlegger rammene for amtenes driftsøkonomi, personalforbruk og skatteutskrivning m.v. Forhandlingene dreier seg samtidig om finansieringen av de prioriterte områdene som amtene (Amtsrådsforeningen) har lagt fram på forhånd – eller av de prioriterte områder som de nasjonale politiske nivå ønsker fremmet. Prinsipielt er det således en meget nær sammenheng mellom det finansierings- og ressursmessige på den ene siden og det innholdsmessige på den andre siden. Det gjelder både på overordnet nivå og med hensyn til marginalutvidelser/-innskrenkninger.

Innholdsstyring, forstått som mer sammenhengende retningslinjer eller planer for ytelser og prioritering av ytelser, foregår likevel ikke fra det nasjonale nivå. I Danmark finner man heller ikke den type nasjonal innholdsstyring som f.eks. i den norske modellen foregår via bestillerdokumentene. En slik form for nasjonal innholdsstyring ville også være unaturlig i forhold til de gitte eierforhold.

Innholdsstyringen via det nasjonale nivå foregår i høy grad gjennom Sundhedsministeriet og/eller Sundhedsstyrelsen (sistnevnte minner på mange måter om Sosial- og Helsedirektoratet i Norge). Sundhedsministeriet er dominerende i de sammenhenger hvor ressursmessige forhold er med i bildet, mens Sundhedsstyrelsen ofte er dominerende i de sammenhenger hvor den faglige planlegging og substans er i fokus. I sistnevnte sammenheng er det ofte en flytende overgang mellom påvirkninger i forhold til innholdsstyring og myndighetsstyring. Finansministeriet spiller en meget sentral rolle bak disse direkte helseenhetene på det nasjonale nivå.

Det danske spesialisthelsetjenestesystem kan således sies å være et eksempel på et system, hvor innholdsstyring i noen grad på overordnet plan drives fra det nasjonale nivå, som i høy grad blir supplert, komplementert og utfyllt av amtsnivået. Det er på dette nivå den samlede tyngde i innholdsstyringen må sies å ligge, og hvor den konkrete, operasjonelle innholdsstyring og prioritering er forankret. Danmark er også et eksempel på at det selv om amtene eier sykehusene (og det altså mangler et nasjonalt eierskap),

så kan det eksistere nasjonale innflytelseskanaler som i høy grad vedrører det innholdsmessige.

Den mer spesielle form for innholdsstyring som ligger i oppdeling og videreutvikling av landsfunksjoner, landsdelsfunksjoner og allmenne funksjoner (basisaktivitet) blir i høyere grad regulert fra nasjonalt nivå. Sundhedsstyrelsen står for denne styringen.

Eierstyringen

Eierstyringen utøves av amtene overfor sykehusene. Når det gjelder oppgave- og funksjonsfordeling, organisatoriske rammer og strukturutvikling m.v. utøves denne styringen generelt uten direkte innblanding fra det nasjonale nivå.

Det kan likevel anes former for eierstyring i den måten Sundhedsstyrelsen fastlegger rammer for og veileder omkring hvilke sykehus eller hvilke typer sykehus som kan eller bør ivareta ulike former for behandlinger. Det kan enten være ut fra en fordeling av landsfunksjoner, regionsfunksjoner og basisfunksjoner, eller ut fra forhold knyttet til volum og kvalitet. Det er dog symptomatisk at amtene langt fra i alle tilfeller følger disse rammer/veiledninger fra Sundhedsstyrelsen, og at eierstyringen fra det regionale nivå dermed "trer i karakter".

Sundhedsstyrelsen (og dermed det nasjonale nivå) har gjennom de senere år arbeidet stadig mer intenst med kvalitet-volum spørsmål og med spørsmål omkring akutt mottak og behandling av f.eks. hjertepasienter på nærsykehus kontra akutt pasienttransport til større spesialiserte sykehus utenfor nærmiljøet. En rekke former for rådgivning og veiledning har vært resultatet av denne innsatsen, men det er ikke noen klar forpliktelse for sykehuseierne og sykehusene til å følge de (etter hvert mange) anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Det kan i en rekke tilfelle konstateres konflikter, hvor sykehuseierne eller enkeltsykehus kjemper sterkt mot slike anbefalinger.

Eierstyring og innholdsstyring er i det danske system både atskilt og sammenvevd. Det er atskilt i den forstand at det nasjonale nivå ikke, eller bare via indirekte mekanismer, driver eierstyring, men sammenvevd i den forstand at amtene – som eiere av sykehusene – ikke gjennom organisatoriske grep eller liknende gjør noe større nummer ut av å skille mellom henholdsvis eierstyring og innholdsstyring. Bestiller-utfører konsepter har da heller ikke på noen måte trengt gjennom i den danske spesialisthelsetjenesten.

Reelt sett synes eierstyring og innholdsstyring via det regionale amtsnivå å være integrert. Dette fordi amtenes strategiske og planleggingsmessige opplegg overfor sykehusene blir konkretisert på måter som omfatter elementer både fra eierstyring og innholdsstyring, slik begrep er brukt i denne evalueringen.

Ofte reguleres forholdet mellom det regionale nivå og sykehusene via mer spesifikke og kvantifiserte krav til produsentene (i "Driftsavtaler" eller "Kontrakter" eller "Dialogbaserte avtaler"). Det kan i slike sammenhenger stilles både aktivitetsmessige, res-

sursmessige og innholdsmessige forutsetninger; liksom det kan være forutsetninger knyttet til organisatoriske eller kapasitetsmessige endringer. Det vil altså si eierstyring og innholdsstyring i en ikke alltid like innlysende blanding.

Ressursstyring

Tilretteleggingen av ressursstyring fastlegges i prinsippet av eierne, det vil si amtene. I noen utstrekning gjøres det også av det enkelte sykehus, ikke minst i de tilfeller hvor det er snakk om meget store sykehus. Som beskrevet ovenfor vil ressursstyringen som oftest være en integrert del av større sammenhengende ”kontrakter”, ”driftsavtaler” m.v., slik at det ikke bare blir rapportert på aktivitet og økonomi, men også på service-mål, kvalitetsparametre osv.

Det nasjonale nivå påvirker imidlertid også tilretteleggingen av ressursstyringen – bl.a. gjennom krav nedfelt i regelverket om at aktivitetsbasert styring i et bestemt omfang skal være en del av den samlede, tilrettelagte ressursstyringen.

Også prinsippene om at frittvalgspasienter og spesifikke aktivitetsbaserte bevilgninger (fra nasjonalt nivå) avregnes til DRG/DAGS takster (IFS) spiller her inn, og er uttrykk for et sterkt nasjonalt fingeravtrykk i forhold til hvordan sykehuseierne og sykehusene tilrettelegger ressursstyringen.

Det er også en økende tendens til at det nasjonale nivå gir ut analyser og oversikter vedrørende sykehusenes produktivitet. Det nasjonale nivå drifter og vedlikeholder Landspatientregistret (som omfatter alle relevante former for aktivitetsdata for alle sykehus i Danmark, jevnfør NPR) samt DRG/DAGS-systemet. Det gir et ganske solid grunnlag for ikke bare å følge med i aktivitetsutviklingen, men også produktivitetsutviklingen, på tvers av sykehuseiere og sykehus.

Arrangørstyringen

Arrangørstyringen kan i Danmark minne om det norske systemet. Gjennom grunnleggende regelverk og lovgivning fastlegges rammebetingelsene for allmenn praktiserende leger (fastleger) og privatpraktiserende spesialister. Disse er private næringsdrivende, og samtidig henvisningsinstans.

Arrangørstyringen er således i høy grad et anliggende for det nasjonale nivå.

Den tradisjonelle regelbaserte arrangørstyringen blir kanskje likevel noe uthult, slik tilfellet gradvis også kan bli i Norge, gjennom økende tendenser til fritt valg, individualisering og individuelle krav. Også her er det imidlertid snakk om nasjonalt fastlagte rammebetingelser (for sykehuseiere og sykehus).

Den mer spesielle form for arrangørstyring som ligger i henvisning til utenlandsk behandling (enten som behandling i tilfeller hvor det er snakk om klinisk forsøksvirksom-

het, eller i tilfeller hvor det på grunn av ventetider og overskridelse av behandlingsgarantier må henvises til utenlandske sykehus) blir ivaretatt av Sundhedsstyrelsen.

Sykehuseierne er likevel involvert når det gjelder inngåelse av avtaler med de utenlandske sykehusene som det kan være aktuelt å henvise pasienter til når det er manglende kapasitet på innenlandske sykehus. Amtsrådsforeningen, sykehuseiernes interesseorganisasjon, er ofte den enhet som på vegne av sykehuseierne snakker med, forhandler med, og inngår avtaler med de aktørene på nasjonalt nivå som står for avtaleinngåelse med utenlandske sykehus.

Disse former for rådgivning kan oppfattes som forsøk på indirekte arrangørstyring, fordi anbefalingene påvirker oppgave- og funksjonsfordelinger mellom sykehus og i det hele tatt hvilke typer sykehus som bør ivareta hvilke former for aktivitet.

Myndighetsstyringen

Myndighetsstyringen blir i det danske system ivaretatt gjennom Sundhedsstyrelsen på nasjonalt nivå og gjennom amtene på regionalt nivå.

Sundhedsstyrelsen står i høy grad for utforming av de relevante lover og for løpende vurdering av hvorvidt det kan være behov for lovendringer.

Sundhedsstyrelsen er også en vesentlig instans i forbindelse med regelverk og rammebetingelser knyttet til pasientsikkerhet, infeksjoner, legemidler m.v.

Under Sundhedsministeriet ligger også Lægemiddelstyrelsen, som har en sentral rolle i (den faglige) innholdsstyring. Lægemiddelstyrelsen godkjenner legemidler til behandling i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Danmark, og gir tillatelse til markedsføring overfor ansatte i helsesystemet. Styrelsen kan løpende og på eget initiativ kreve ytterligere dokumentasjon for behandlingenes effektivitet, sikkerhet og bivirkningsprofil. I den forbindelse kan styrelsen inndra tillatelser til markedsføring og godkjenning til bruk av legemidlene. Via Tilskudsnævnet, som rapporterer til Lægemiddelstyrelsen, blir det besluttet om den offentlige sykeforsikring skal gi tilskudd til legemidler som brukes i primærhelsetjenesten.

Institut for Rationel Farmakoterapi, som også ligger under Sundhedsministeriet, er opprettet for å sikre en mest mulig rasjonell bruk av legemidler i Danmark. Instituttet analyserer på eget initiativ hvilken sammenheng det er mellom kostnader og effekter for forskjellige behandlinger. På dette grunnlag sendes anbefalinger til sykehusene, amtenes legemiddelkonsulenter, praktiserende leger m.v. Anbefalingene blir fulgt i en viss utstrekning, men det regionale nivået er ikke forpliktet til det.

Legemiddelkomiteene på amtsnivå har i langt større utstrekning anledning å regulere legemiddelforbruket via registrering av det konkrete forbruket hos hver enkelt allmennpraktiserende lege i amtet og konkret veiledning i forhold til det.

I Danmark har alle leger fortsatt fri ordinasjonsrett, men er forpliktet til å ta samfunnsøkonomiske hensyn i behandlingen av pasientene.

Sykehuseierne (amtene) står likevel også for myndighetsstyring. Det enkelte amt kan på en rekke områder innføre forskjellige former for rammebetingelser som har karakter av regelverk for sykehusene. Denne mulighet benytter amtene seg av.

Det synes å være et typisk trekk i den danske utvikling at intensiteten og omfanget i myndighetsstyringen er avtakende, og at andre former for styringsmekanismer i stedet vinner fram. De enheter som tradisjonelt har stått for myndighetsstyringen, i Danmark gjelder det ikke minst Sundhedsstyrelsen, kan med en slik utvikling komme litt inn i et dilemma. Samtidig vinner nye oppgaver innpass – oppgaver som imidlertid har mer rådgivende/veiledende/utredende karakter enn karakter av myndighetsoppgaver. Som eksempel kan nevnes Evalueringscenter for Sygehuse og Center for Medicinsk Teknologivurdering. De ble begge opprettet i 1990-årene med sikte på å løfte rådgivningsoppgaven ut av det alminnelige forvaltningssystemet for å sikre en mer uavhengig rådgivning. Begge sentre rapporterer til Sundhedsstyrelsen og er senere slått sammen til ett. Fra 2003 er begge funksjoner samlokalisert med Sundhedsstyrelsen. Symbolverdien av disse sentra synes å være størst på det tidspunkt hvor sentret blir etablert, mens det over tid skjer en gradvis innlemmelse i myndighetenes alminnelige struktur. Det oppstår i noen tilfelle også uklarheter om graden av uavhengighet og om rollefordelingen mellom nasjonale myndigheter og sentra/institutter med særlige oppgaver.

Kontrollstyring

Kontrollstyring i Danmark blir ikke ivaretatt på noen systematisk måte gjennom et spesifikt organ. Forskjellige former for kontrollstyring kan likevel identifiseres.

Revisjon av sykehus og sykehuseiere foregår på vanlig måte og ut fra formelle retningslinjer, og også Rigsrevisionen (nasjonalt nivå) kan inngå i enkelte sammenhenger (Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvor det nasjonale nivå har medeierskap). Det er imidlertid her snakk om økonomisk og administrativt orientert kontrollstyring.

Mer faglig orientert kontrollstyring eksisterer ikke som noe utbredt fenomen i det danske sykehussystem.

Joint Commission (akkreditering) kan sies å være en form for kontrollstyring, men den er selvpålagt (av Hovedstadens Sygehusfællesskab). Det er nå fastlagt som en nasjonal retningslinje at denne form for kontrollstyring skal tas i bruk av alle sykehuseiere og sykehus i løpet av få år.

Det kan likevel konstateres at både sykehus og sykehuseiere i løpet av de senere år i økende grad har introdusert former for selvevaluering (ofte på basis av utarbeidede

konsepter eller modeller), hvor de enkelte sykehusavdelinger eller utvalgte funksjonsområder kan bli gjenstand for en form for kontrollstyring.

Folketingets § 71-utvalg, som skal påse bruken av tvang innenfor psykiatrien, ved tvangstilbakeholdelse av demente samt ved tvangsforanstaltninger overfor barn og unge, er et helt spesielt organ for kontrollstyring som har basis i Grundloven. Tilsvarende kontrollstyringsorganer finnes ikke på andre områder.

6.3.2.2 Sverige

Politisk system

Som i Danmark er det også i Sverige i vesentlig grad snakk om et enhetlig, integrert system, på samme måte som spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i vid utstrekning drives samlet, om enn fra det regionale nivå.

Det regionale nivå er inndelt i län (styrt av et landsting) eller – som på forsøksbasis i 2 områder i Sverige – regioner (styrt av en regionsstyrelse). Det er regionene/länene som eier sykehusene og derfor er det på regionalt nivå at den politiske interesse er markant sterkest. Det er imidlertid en rekke tema som diskuteres politisk på nasjonalt nivå, og også i Sverige er det eksempler på innblanding i enkeltsaker fra nasjonalt politisk nivå.

Den politiske innflytelsen når det gjelder eierstyring og innholdsstyring ligger primært på det regionale nivå. Det skjer imidlertid en vis innholdsstyring fra nasjonalt nivå når det gjelder prioriteringen av utvalgte områder, f.eks. nasjonale hjerteplaner eller kreftplaner. Det nasjonale nivå pålegger som hovedregel ikke landstingenes/regionsstyrelsens sykehusplaner, denne oppgave er plassert helt suverent på regionalt nivå.

Det nasjonalpolitiske nivå involverer seg i ressursstyring i begrenset omfang. Dette er alene et regionalt anliggende.

Arrangørstyringen i Sverige gir mindre mulighet for politisk styring enn i f.eks. Norge og Danmark. Til gjengjeld er det en meget sterk sentralisering av kontrollstyringen i Sverige.

Finansierings- og avregningssystem

Det svenske helsevesen er skattefinansiert som i Norge og Danmark. Der er imidlertid brukerbetaling på noen få ytelser: konsultasjoner hos allment praktiserende lege og behandling på skadestuer har en egenbetaling fra pasientene på ca. 200 SEK. Ut over egenbetalingen ved skadestuebesøk betaler pasientene ikke for behandling i spesialisthelsetjenesten i Sverige. Finansierings- og avregningssystemer for sykehusvesenet varierer på tvers av län og regioner i Sverige. Det er mange forskjellige former for finansierings- og avregningssystemer og ressursstyring.

DRG-systemet anvendes i Sverige til avregning av sykehusenes aktivitet. Der anvendes også lokale finansierings- og avregningssystemer. Sverige har gjennom en årrekke anvendt DRG basert avregning som grunnprinsipp, men har i flere områder utvidet dette til å omfatte KPP (kostnad per pasient) som supplement til DRG systemet. DRG avregning kan foregå etter flere forskjellige strukturer, fordi det er visse frihetsgrader til egne regionale tilpasninger eller utgaver av DRG systemet.

KPP omfatter de reelle kostnader som kan henføres til en gitt pasient i dennes pasientforløp på sykehuset. KPP utgjøres således ikke av gjennomsnittsberegninger, men av reelle kostnader på personnivå. KPP er grunnlaget for det forsøk med ressursstyring ut fra "vårdlogikker" som iverksettes i 2006 i Region Skåne.

Det er de lokale politiske utvalg som beslutter hvilket finansierings- og avregningssystem som skal brukes. Det er derfor ikke mulig å stille opp landsdekkende konsekvenser av svenske finansierings- og avregningssystemer. Et eksempel på lokale finansierings- og avregningssystemer er det ovenfor nevnte Region Skånes kommende forsøk på å etablere et finansierings- og avregningssystem med nye insitamentsstrukturer, basert på såkalte "vårdlogikker". Dette er nærmere beskrevet i avsnitt 6.4.4.

Pasient-/innbyggersystemet

Pasient-/innbyggersystemet har også i Sverige en stadig sterkere plass i forhold til ikke minst innholdsstyringen (herunder prioriteringen) men dog også i forhold til eierstyringen. Det er en rekke lover og regler vedrørende pasientenes rettigheter i forhold til primær- og spesialisthelsetjenesten. Per 1. november 2005 har Regjeringen innført behandlingsgaranti i Sverige. Den skal sikre pasientene påbegynt behandling innenfor 3 måneder etter første henvendelse i helsevesenet. Behandlingsgarantiens 3 måneders grense er oppdelt i delgrenser for ventetider fra henvisning til innkallelse, utredning og behandling. Pasientgarantien følges opp med ekstra bevillinger til sykehusene på 700 mill. SEK i både 2005 og i 2006. I tillegg har pasientene i Sverige en større rett til fritt valg i spesialisthelsetjenesten enn pasientene i f.eks. Norge og Danmark har.

Pasientene har mulighet for å henvende seg på sykehusene uten henvisning fra allmennpraktiserende lege. De har ved henvendelse rett til en vurdering på linje med den som normalt skal foretas i primærhelsetjenesten i andre land. Beslutning om utredning, behandling osv. foretas av sykehuset på vanlig måte.

Sverige har således valgt å utvide det frie valg i helsevesenet til å omfatte pasientenes rett til å få en vurdering av deres helsemessige tilstand i spesialisthelsetjenesten uten forutgående vurdering i primærhelsetjenesten.

Det arbeides ikke med brukerråd eller tilsvarende i Sverige. Landsting/regionsstyrelser avholder av og til "innbyggerdialog", som er åpne folkemøter hvor f.eks. nye tiltak fremlegges til debatt. Disse møter er ikke systematisert og innbyggermøter foregår med varierende intensitet på tvers av regioner og over tid.

Hver region og lokalitet har (også) en såkalt pasientkomité. Det er imidlertid tale om et organ som bistår individuelle pasienter i problematiske situasjoner eller ut fra klager.

Produsentsystemet

Produsentsystemet i Sverige har en særlig sterk rolle med hensyn til å sikre det faglige, kvalitetsmessige nivået. Det er avdelingssjefene (verksamhetssjefene) som i forhold til det nasjonale nivå har ansvaret for å avrapportere og overholde den sentralt vedtatte kvaliteten. Den sentralt vedtatte kvaliteten avspeiler imidlertid på mange måter konsensus i de faglige miljø. Innflytelseslinjene kan i høy grad være ”bottom up”, men de anførte relasjoner mellom nasjonalt nivå og virksomhetsnivå sikrer basis for en prosess mot stadig større grad av homogenisering. Her er det således en direkte linje fra nasjonalt nivå til avdelingsnivå (i produsentsystem), og verken det regionale nivå eller sykehusledelsen spiller en direkte rolle i forhold til ansvaret for kvalitetsnivået. Likevel har naturligvis disse partene et ansvar for å legge til rette for avdelingene, slik at det er mulig å produsere tjenester med den vedtatte kvalitet.

Innholdsstyring

Innholdsstyring i den svenske spesialisthelsetjenesten utøves både av det regionale og av det nasjonale nivå. Premissene for innholdsstyringen fastlegges helt overordnet på nasjonalt nivå. Dette gjelder f.eks. planer for de store sykdomsområder (hjerte, kreft, slag). Operasjonaliseringen blir ivaretatt av det regionale nivå, som tilrettelegger den konkrete fremstilling via eierstyrt oppgave- og funksjonsfordelingen på sykehusene i området. Det er således det regionale nivå som spiller langt den største rolle i forbindelse med innholdsstyringen av spesialisthelsetjenesten.

Det nasjonale nivå har i særlig grad en rolle ved fordelingen av landsfunksjoner samt regionsfunksjoner og landsdelsfunksjoner. Fordelingen av funksjoner innen for de enkelte län/regioner varetas av landstingene/regionsstyrelserne.

Eierstyring

De offentlig eide sykehus i Sverige eies alltid av landstinget (länets politiske nivå) eller regionsstyrelsen (regionens politiske nivå). Det finnes ikke statseide sykehus i Sverige.

I Sverige har det vært reelle forsøk med privatisering (bolagisering) av sykehus. Det har vært opp til de enkelte län/regioner å avgjøre hvorvidt sykehus skulle privatiseres. Erfaringene fra disse forsøkene er beskrevet i avsnitt 6.4.2 under fokusområdet eiermyndighet. Forsøkene har ligget i forlengelse av ønsket om å innføre et bestillerutfører-konsept, herunder tilknyttede premisser om mer autonome sykehus inn i en konjunktur med økt konkurranse.

Eierstyringen utøves av regionene/länene overfor sykehusene. Når det gjelder oppgave- og funksjonsfordeling, organisatoriske rammer og strukturutvikling m.v. utøves denne

styringen generelt uten direkte innblanding fra det nasjonale nivå. Eierstyringen er helt sentral i forhold til driften av sykehusene. Her utøver det regionale nivå suveren selvbestemmelse over beslutninger vedrørende driftsøkonomi, kapasitet mv. Det regionale nivå har i de fleste områder av Sverige en forholdsvis restriktiv økonomisk politikk. I Region Skåne skal alle økonomiske disposisjoner over 5 mill. SEK godkjennes av regionsstyrelsen.

Det regionale nivå har en rekke frihetsgrader, herunder muligheten for å planlegge med private aktører som en del av det samlede tilbud til pasientene i regionen/länet. Dette er gjort på forsøksbasis enkelte steder i Sverige, og er nærmere beskrevet i avsnitt 6.4.1 om bestiller-utfører modellens konkretisering i Sverige.

Ressursstyring

Eierne av sykehusene har ansvar for ressursstyringen. Ressursstyringen foregår blant annet gjennom et finansierings- og avregningssystem som er utviklet videre enn de systemer som brukes i f.eks. Norge og Danmark jevnfør beskrivelsen i avsnittet om finansierings- og avregningssystemer. Innførelsen av avregningssystemet ut fra vårdlogikker i region Skåne vil medføre en endring i grunnlaget for ressursstyringen. Beslutningstagerne vil få rådighet over et redskap som setter dem i stand til at overvåke utviklingen i spesialisthelsetjenestens nivå. De får dermed et redskap til oppfølging på prioriteringen av utgiftene og dermed ressursstyringen. De får tilmed et grunnlag at vurdere fremtidige prioriteringer ut fra – herunder med henblikk på, om der har vært en sammenheng mellom den hittidige prioritering og ressursstyringen.

Ressursstyring kan være basert på ”rammer”, ”kontrakter”, ”driftsavtaler” og ”aktivitet”, og med ulike blandingsformer.

Arrangørstyring

I Sverige ivaretas arrangørstyringen prinsipielt av allmennpraktiserende leger, som er den grunnleggende henvisende instans. Som beskrevet ovenfor under pasient-/innbyggersystemet har pasientene mulighet for selv å henvende seg i spesialisthelsetjenesten og få en vurdering av sin helsemessige tilstand. Eiernes rolle i arrangørstyringen er derved mindre enn i de fleste andre vestlige land. I praksis er det imidlertid ikke en markant forskjell på resultatet av de forskjellige typer arrangørstyring. Pasientene er ikke sikret behandling i spesialisthelsetjenesten når de selv henvender seg til sykehuset, men kun å få en vurdering. Sykehusene får på den måten en rolle i arrangørstyringen som omfatter muligheten for å avvise å behandle pasienter i spesialisthelsetjenesten og i stedet å henvise dem til allmennpraktiserende lege for utredning og behandling i primærhelsetjenesten. I praksis er dette ikke så forskjellig fra spesialisthelsetjenestens rolle i f.eks. Norge og Danmark. Også i disse land henviser sykehusene pasienter til videre behandling eller etterbehandling i primærhelsetjenesten.

Myndighetsstyring

Myndighetsstyringen blir i det svenske system ivaretatt gjennom Socialstyrelsen på nasjonalt nivå og gjennom regionene/länene på regionalt nivå.

Socialstyrelsen står i høy grad for utforming av regelverk ut fra relevante lover og for løpende vurdering av hvorvidt det kan være behov for lovendringer. Socialstyrelsen er også en vesentlig instans når det gjelder arbeidet med regelverk og rammebetingelser knyttet til pasientsikkerhet, infeksjoner, legemidler m.v.

Det regionale nivå får innspill fra flere organer. På nasjonalt nivå spiller især Sosialdepartementet en mindre rolle, mens Socialstyrelsen reelt utgjør en mer omfangsrik figur i innholdsstyringen gjennom en rekke premissleveranser. Endelig har også Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) en indirekte rolle som premissleverandør i innholdsstyringen.

Det er avdelingssjefene (verksamhetssjefene), som har det faglige ansvar for innberetningen av data til kliniske databaser og for implementeringen av nasjonale kliniske retningslinjer på avdelingene.

Socialstyrelsen refererer til Sosialdepartementet og svarer i noen grad til Sosial- og Helsedirektoratet i Norge. Socialstyrelsen har det overordnede ansvar for en lang rekke nasjonale tiltak innenfor den faglige utvikling. Socialstyrelsen koordinerer den faglige utvikling gjennom kliniske retningslinjer (vårdprogrammer), som utarbeides i styrelsen på grunnlag av innspill fra de vitenskapelige selskap eller andre ressurspersoner som er utpekt hertil på bakgrunn av deres spesifikke kompetanser. Sykehusene eller det regionale nivå har ingen roller i utarbeidelsen av kliniske retningslinjer. Socialstyrelsens utmeldinger utgjøres alene av anbefalinger, ikke av lover eller regelverk. Regionene og sykehusene er ikke forpliktet til å følge styrelsens anbefalinger, men kulturen og tradisjonen i det svenske helsevesen tilsier at anbefalingene som hovedregel følges.

SBU er en frittstående myndighet direkte under den svenske regjering. SBU har til oppgave å evaluere metoder i helsevesenet ut fra et samlet medisinsk, økonomisk, etisk og sosialt perspektiv. SBU offentliggjør vurderinger av nytte, risiko og kostnader ved evidensbaserte utredninger og behandlinger. Utmeldingene fra SBU er anbefalinger på linje med utmeldingene fra Socialstyrelsen og det regionale nivå. Sykehusene er dermed ikke forpliktet til å følge anbefalingene. SBU's utredninger skjer med innspill fra spesialister ut fra kompetanser. Spesialistene inngår i utredningene som personer og ikke som representanter for deres aktuelle arbeidsplasser.

Anbefalingene fra Socialstyrelsen og SBU dekker ikke alle områder. Det er f.eks. nasjonale kliniske retningslinjer vedrørende slag, som følges ensartet overalt i Sverige, mens det ikke er tilsvarende retningslinjer vedrørende brystkreft, som derfor behandles etter regionale forskrifter. Her blir det regionale nivå således en sentral part i innholdsstyringen.

Socialstyrelsen og SBU tar områder opp på egne initiativer. Det er ikke samlede føringer for hvilke områder som skal omfattes av nasjonale, kliniske retningslinjer.

Socialstyrelsen ivaretar oppfølgingen på anvendelsen av de nasjonale kliniske retningslinjer via sykehusenes innberetninger til nasjonale kliniske databaser. Styrelsen har på den måte en myndighetsrolle selv om sykehusene og det regionale nivå ikke er forpliktet til å implementere de utmeldte anbefalinger.

I Sverige finnes det flere kliniske databaser enn i Norge og Danmark. Det er dessuten en sterk tradisjon for at alle sykehus innberetter til de landsdekkende kliniske databaser. De enkelte landsting/regionsstyrelser beslutter om sykehusene skal innberette til databasene. I praksis beslutter landsting/regionsstyrelser *at* sykehusene skal innberette til databasene. På de områder som ikke er omfattet av nasjonale kliniske databaser, er det noen steder opprettet lokale kliniske databaser. For de store folkesykdommer (kreft, hjerte-kar, slag) innberettes det til nasjonale kliniske databaser.

De kliniske databaser etableres oftest av ildsjeler, og videre drives på de enkelte avdelinger/sykehus hvor de er etablert. Socialstyrelsen har et samlet overblikk over databasene, men har ingen spesifikk rolle i forhold til arbeidet hermed.

Early warning av nye behandlinger ivaretas likeledes på regionalt nivå. Dette skjer på bakgrunn av internasjonale undersøkelser eller anbefalinger fra Socialstyrelsen eller de vitenskapelige selskap.

Det ovenfor beskrevne har reelt også en sammenheng med innholdsstyring, idet kliniske retningslinjer og andre faglige foreskrifter er medstyrende i forhold til hvilke oppgaver, der løses i spesialisthelsetjenesten, herunder hvordan innsatsen prioriteres.

Kontrollstyring

Socialstyrelsen driver kontrollstyring i Sverige gjennom regionale avdelinger. De lokale avdelinger har til oppgave å overvåke pasientsikkerheten i regionens helsetjeneste. Loven om pasientsikkerhet – populært kalt ”Lex Maria” i Sverige – forplikter avdelingssjefene til å innberette feil, ulykker, utilsiktede hendelser og situasjoner som er farlige for pasientenes sikkerhet til Socialstyrelsen. Styrelsens regionale avdelinger retter på bakgrunn av innberetningene henvendelse til sykehusdirektøren ved mistanke om systemfeil som årsak til feilene. Heretter er det sykehusdirektørens oppgave å redegjøre for hvilke tiltak som skal iverksettes med henblikk på å unngå flere feil av pågjeldende type.

Kulturen i den svenske spesialisthelsetjeneste medfører at det er stor tradisjon for å innberette alle feil til Socialstyrelsen.

6.3.2.3 Irland

Det irske helsesystem er i disse år preget av meget radikale forandringer som omfatter både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Forandringen vedrører faglighet, involvering, nærhet/tilgjengelighet, effektivitet m.m., men er også i meget høy grad preget av endrede organisatoriske strukturer og styringsformer. Da implementeringen av de endrede strukturer er i gang (implementeringsplanen dekker perioden 2005-2007), avspeiler det nedenfor anførte i meget høy grad målsetninger og hensikter snare-
re enn reelt avprøvd praksis.

Dette forhold understrekes av en såkalt "Composite Report", hvori det anføres, at "practice may have as much a role in defining the delineation of roles as what is stated in legislation og regulation".

Det politiske system

Det irske helsedepartement (Department of health and children) vil etter reformen stå som klar policy-orientert instans og sammen med ministeren – som politisk ansvarlig overfor det irske parlament – være primær instans i forbindelse med innholdsstyringen av og fastleggelsen av ytelses- og servicenivå for den irske spesialisthelsetjeneste og for det samlede helsesystem, herunder også primærhelsetjenesten.

Det nasjonale politiske system, herunder helseministeren og departementet, står – i noen grad svarende til forutsetningene i forbindelse med den norske sykehusreform – som de helt primære instanser i forbindelse med policy formulering, policy evaluering samt strategisk planlegging.

Den lokale og regionale politikerinnflytelse i sammenheng med den irske spesialisthelsetjeneste håndteres via "Hospital Networks" (reelt en form for regional samling av alle relevante deler av spesialisthelsetjenesten, herunder private produsenter) og "Regional Health Offices". De anførte "Networks" er utelukkende etablert i forhold til spesialisthelsetjenesten, mens "Regional Health Offices" frem for alt har oppgaver og ansvar i forhold til primærhelsetjenesten.

Verken på regionalt eller lokalt nivå forutsettes det direkte politisk innflytelse i forhold til spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Den lokale og regionale politiske innflytelse oppnås kun ved effektene av det, der omtales som de regionale enheters forpliktelse til at "facilitate democratic input". I noen sammenhenger er dette foreslått operasjonalisert gjennom obligatoriske halvårlige eller årlige møter med de relevante politiske styrer i den givne region.

"Local Health Offices", som refererer til de omhandlede "Regional Health Offices", er en del av den samlede eier-myndighetslinje fra og med helsedepartementet og via det regionale nivå. Disse lokale enheter er forpliktet til at sikre "effective community participation arrangements" og herunder også aktiv inndragelse av det lokale politiske nivå.

Der er dog tale om ”høring”, ”rådgivning”, ”innspill” osv. – og ikke direkte innflytelse gjennom valgte politiske representanter.

Pasient-/innbyggerssystemet

Pasient-/innbyggerssystemet er i fokus også i den irske reform, men ikke primært gjennom representasjon i de formelle styrende organer innenfor produsentsystemet. Derimot innebærer reformen etablering av et såkalt Nasjonal Health Consultative Forum, som i høy grad utgjøres av utvalgte fagmiljø fra produsentsystemet.

Det nasjonale forumet suppleres av en rekke regionale og såkalte Regional Health Forums ”Advisory panels” som favner over særlig grupper som pasienter/pasientforeninger, brukere, pårørende etc. De regionale forum kan beslutte å nedsette spesifikke ”Advisory panels” i sammenheng med konkrete strukturutviklinger eller prosjekter på spesielle felter.

Dessuten tilgodeses pasient-/innbyggerssystemet i det irske system med en spesiell form for klageinstans som forekommer å ha samme karakter som en ”Ombudsmannsinstitusjon”. Alle klager og innvendinger overfor måten å drive spesialisthelsetjenesten på kan fremmes her. I første omgang etableres denne form for klageinstans i relasjon til barn.

Hertil kommer de ovenfor anførte forpliktelser til involvering for ”Regional Health Offices” og ”Local Health Offices”.

Også i Irland er fritt valg en del av det samlede set up for spesialisthelsetjenesten. Frittvalgsordningen i Irland har noenlunde samme grunnlag som i Norge.

Finansierings- og avregningssystemet

Spesialisthelsetjenesten i Irland har tradisjonelt vært skattefinansiert, men i de senere år kan det sees en stigende grad av privat finansiering. Samtidig er antallet private produsenter økt.

I det irske helsesystem er det er lagt meget vekt på utformning av et irsk DRG system (med irske kostnadsvekter). Produsentsystemet er i meget høy grad involvert i utviklingen av dette system ved at spesialisthelsetjenesten leverer data til kostnadsdatabasene. 95 % av alle akutte pasientforløp er nå inkludert i sammenheng med dette arbeid, og det siktes etter en finansierings- og avregningsform hvor 50 % av produsentsystemets ressursgrunnlag skal genereres via DRG takster.

Vektleggingen på et spesielt irsk system som avspeiler irske kostnadsrealiteter og irske kliniske realiteter har vært utpreget.

Produsentsystemet

Produsentsystemet består i sammenheng med spesialisthelsetjenesten først og fremst av offentlig eide sykehus, det vil si statlig/nasjonalt eide sykehus. Inntil videre er det fortsatt relativt beskjedent omfang av private sykehus i Irland.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, utgjøres produsentsystemet prinsipielt kun av akuttisykehusene. Det medfører at former for lokalsykehus (uten akutt inntak) og medisinske sentre oppfattes som deler av primærhelsetjenesten.

Innholdsstyring, eierstyring og myndighetsstyring

Det har i en lang periode i Irland (opp mot 30 år) vært meget få endringer med tanke på vesentlige organisatoriske og styringsmessige forhold innenfor helsesektoren, herunder spesialisthelsetjenesten.

Organiseringen av det irske helsevesen fremstod dermed, fra ca. midten av 1990-årene som et stadig mer reformmodent lappeteppe. Gjennom forskjellige utredninger og strukturanalyser (i perioden 2001-2004) er grunnlaget for reformen av det irske system nå fastlagt og endringene er under implementering. Endringene skjer innenfor rammene av noen få overordnede mål – herunder ”putting health at the center of public policy” samt ”change in the health system”.

En av utfordringene i forbindelse med den irske helsereform har vært å sikre et klart brudd med en tendens til etablering av stadig flere supplerende spesialenheter og nisjeorganer, opprettet i sammenheng med fokus på forskjellige problemstillinger, utviklingsmessige utfordringer og myndighetsområder for spesialisthelsetjenesten. Denne tendens gav etter hvert et meget stort antall organer, også utover et stadig mer fragmentert avdelingsoppdelt departement – og hvor eierstyring, myndighetsstyring og innholdsstyring (eller premisser for innholdsstyring) etter hvert ble applisert gjennom et uoverskuelig nett av forskjellige enheter som hver for seg var preget av delinteresser og delkompetanser.

Det har vært en av reformens vesentligste grep å sikre mot en tilstand som før reformen ble vurdert som desidert skadelig for utviklingen av og fremdriften i det irske helse-system. Det har vært for mange hver for seg spesialiserte organer og enheter, eller avdelinger innenfor rammene av organer/enheter. Det har således vært oppfattelsen at det hittilværende system har skapt meget dårlige rammer for koordinert og helhetsorientert arbeidsdeling, og meget gode rammer for overlappende innsatser og dobbeltarbeid.

Det har på den bakgrunn også vært et særskilt formål å nedlegge en rekke rådgivende organer, en rekke utvalg og en rekke stabslignende enheter samt å minimere størrelsen av selve departementet.

Med den nye irske struktur etableres det et særskilt utøvende organ – Nasjonal Health Executive (NHE) – som ut fra årlige ”serviceplans” og treårige ”corporate plans” prin-

sipielt står for (videre og konkretisert) innholdsstyring samt vesentlige deler av eierstyring og myndighetsstyring overfor det samlede produsentsystem. NHE har således det samlede operasjonelle ansvar for bl.a. spesialisthelsetjenesten.

Rollefordelingen mellom Helsedepartementet og NHE er tilrettelagt således at departementet ikke har formelle instruksjonsrettigheter overfor NHE, som prinsipielt er ansvarlig direkte overfor helseministeren. Omvendt erkjennes det at det i praksis vil være en rekke avhengighets- og samspillsformer mellom departementet og NHE.

Som ledd i reformen av det irske helsesystem, herunder spesialisthelsetjenesten, etableres det et uavhengig kvalitetsorgan – Health Information and Quality Authority (HIQA), som har til oppgave å fremme ”performance reviews” samt ”quality assurances” og ”development of health information”.

HIQA har en rolle som på noen måter kan minne om Helsetilsynets i Norge, men hvor det i høyere grad forutsettes innsatser som kan medvirke til å fremme utvikling og driftsmessig anvendelse av kvalitetsindikatorer og avviksrapporteringer.

Det er således også forutsatt at HIQA i høy grad via audits skal være med til å gi det politiske nivå et klarere bilde av aktuelt nivå og fremdriftstendenser i spesialisthelsetjenesten, når det gjelder kvalitet og ”performance”.

Ressursstyring

Det er fra start av forandringsprosessene lagt særlig vekt på de såkalte ”performance indicators” – og på sikring av scope og dekning av disse indikatorer. Det er først og fremst satt i gang arbeid med å sikre egentlige effektmål som fremstår standardiserte og meget bredt dekkende i forhold til alle deler av spesialisthelsetjenesten.

6.3.3. Tverrgående oppsummering

I avsnittene ovenfor har vi beskrevet spesialisthelsetjenesten i Norge, Danmark, Sverige og Irland ut fra begrepene med styringsformer og systemer. Vi vil i avsnittene nedenfor oppsummere de viktigste konklusjonene som kan trekkes av denne komparative gjennomgangen.

Betydningen av eierskap til produsentsystemet

Et viktig premiss for den norske sykehusreformen var behovet for å samle ansvaret for spesialisthelsetjenesten på en hånd: Sektoransvaret, eierskapet, finansieringsansvaret, driftsansvaret og myndighetsansvaret. Eierskapet til sykehusene er forskjellig i de land som er beskrevet ovenfor. I Sverige og Danmark er det regionene som eier sykehusene, mens det i Norge og Irland er staten som eier sykehusene.

De beskrevne vilkårene og utviklingstendensene i Sverige og Danmark, hvor sykehusene altså er eid av regionene, kan indikere at eierskapet til sykehusene i seg selv ikke

alltid er like vesentlig for hvordan innholdsstyringen påvirkes. I begge disse landene arbeider det nasjonale nivå med ”supplerende” foranstaltninger – blant annet i form av premisser for innholdsstyring, myndighetsstyring og rammebetingelser knyttet til finansierings- og avregningssystemet. Det regionale eierskap til sykehusene ”kompenseres” således i noe omfang av forskjellige nasjonale påvirkningskanaler.

Et moment som ytterligere forsterker dette poenget er at produsentsystemet også i økende grad presses via bruker-/pasientsystemet. Dette presset skjer rent generelt i form av mer kompetente, innsiktsfulle og krevende brukere, men også ved at brukerrepresentanter får en mer formell rolle i systemet og i de plan- og prioriteringsprosesser som gjennomføres. Denne tendens til formaliserte brukerkanaler og brukervedvirkning er kanskje mest fremtredende i Norge og til dels Irland og minst i Danmark.

I Norge har det skjedd en ganske betydelig styrking av pasient-/innbyggersystemet etter at reformen ble vedtatt – både ved at brukerinteressene er trukket sterkt inn i modellen og ved at pasientinteressene er sterkere ivaretatt gjennom rettighetslovgivningen. På det sistnevnte området var mange tiltak i ferd med å bli vedtatt før 2002, men det er liten tvil om at reformen i seg selv har bidratt til å sette ytterligere fart og tempo i denne utviklingen. Norge synes nå å ligge relativt langt framme på dette området, særlig i et skandinavisk perspektiv. Sverige og Danmark har ikke satt i verk så systematiske tiltak for å styrke bruker-/pasientinteressene som Norge. I Irland (og også Skottland), derimot, er disse interessene i noe omfang trukket aktivt med i regionale og lokale prosesser og på regionale og lokale arenaer.

I et utviklingsperspektiv hvor produsentsystemet og eierstyringen står overfor et stadig sterkere ytre press – både fra det politiske system og brukere/pasienter, må eierstyringen, uansett hvem eier er, ta inn premisser og føringer i utøvelsen av eierrollen på en måte og i en grad som antakelig vil gjøre det mindre vesentlig hvem eier er.

På tilsvarende måte kan styringen via tradisjonelle myndighetsorganer i et slikt perspektiv gå i retning av å være orientert mot rammebetingelser snarere enn å være basert på detaljerte lover, regler og retningslinjer. Dermed vil eierstyring og myndighetsstyring i enda høyere grad få en overlappende karakter.

Det kan ut fra ovennevnte beskrivelse konkluderes med at betydningen av eierskapet til sykehusene kan variere – men at regionalt eierskap ofte vil bli ”kompensert” av former for nasjonal intervensjon gjennom myndighetsstyring eller gjennom eierstyringsliknende tiltak og rammebetingelser.

I de tre andre landene vi har sammenliknet med, og hvor eierskapet til sykehusene i to av landene ligger på det regionale nivå, kompenserer staten det manglende eierskapet med større intensitet gjennom andre styringsformer – om enn i varierende grad på de ulike områdene. I tillegg legger generelle samfunns-messige trekk et betydelig press på systemet – uavhengig av eierskap.

Statens overtakelse av eierskapet til sykehusene i Norge har bidratt vesentlig til blant annet å styrke bruker-/pasientinteressene. Også gjennom disse kanaler påvirker eierstyringen kontakter, på samme måte som det nasjonale nivåets myndighetskrav og eierskapslignende tiltak ofte kan være en avspeiling av tendenser i eller press fra pasient-/innbyggersystemet.

Graden av integrert versus atskilt styring varierer betydelig

Selv om alle rollene og styringsformene i den norske sykehusreformen ble samlet på statens hånd, var det likevel et viktig siktemål med reformen at rollene skulle utøves gjennom tydelig atskilte kanaler og gjennom ulike enheter/organer. I Norge har det i tiden etter reformen vært arbeidet mye med å tydeliggjøre disse rollene og utvikle kanaler som gjør det så klart som mulig hvilken styringsform som til enhver tid utøves. En av grunnene til at det har vært lagt så stor vekt på å skape denne klarhet og etablere disse skillene, er antakelig at det i den norske modellen var sterke innslag av bestiller-utfører-tenkning.

Reformen la opp til at sykehusene i større grad skulle kunne styres via kontrakter. En modell med bestiller-utfører-organisering ble oppfattet som nødvendig for å ha klare roller ved kjøp av tjenester fra private leverandører, og også for å kunne fordele oppdrag mellom de statlige helseforetakene. Det har i tiden etter at reformen ble vedtatt vært arbeidet mye med å etablere klare organisatoriske skiller mellom eier- og innholdsstyringen både i Helse- og Omsorgsdepartementet og på RHF-nivå. Som det framgår av andre kapitler, er det imidlertid fortsatt vanskelig å rendyrke de forskjellige styringsformene gjennom egne kanaler.

Verken i Irland eller Danmark blir det skilt på noen klar måte mellom eierstyring og innholdsstyring. De to styringsformene er her ofte tett sammenvevde, hva man i den praktiske utførelse også i vid utstrekning kan konstatere ut fra det norske system. Det er heller ikke i disse land noen klar tendens til bestiller-utførerkonsepser. Spesielt det irske systemet er preget av ganske stor grad av samling og integrasjon av roller og styringsformer, ikke minst med den aktuelle helsereformen som nå er under implementering. I Irland gjøres det tilsynelatende ikke sterke forsøk på å skape rolleklarhet mellom enheter som driver med henholdsvis innholdsstyring, eierstyring og myndighetsstyring. Tvert i mot blir det gjort et poeng av å integrere rollene og gjøre en dyd av ikke å skille mellom styringsformene, men å vektlegge funksjonell koordinering og arbeidsdeling.

I Irland blir det således også gjort mye ut av å definere og fastlegge hvordan arbeidsdelingen bør være mellom det nasjonale og det regionale nivå. Dette innebærer også relativt detaljerte gjennomganger av hvilken rolle de nasjonale og regionale enhetene skal ha på de ulike områdene. I Irland har vektleggingen på integrert styring medført at man har etablert en samlet enhet – Nasjonal Health Executive (NHE) – på nasjonalt nivå. I

denne enheten samles både den konkrete, operasjonelle innholdsstyringen, eierstyringen og deler av den lovbaserte myndighetsstyringen.

Hvis det skal pekes på et fokusfelt for rolleadskillelse i det irske system, så er det nok snarere mellom ”policy”-organet (departementet) og ”executiv”-organet (NHE). NHE står i vid utstrekning for en kombinasjon av eierstyring og myndighetslignende styring (ut over detaljering av innholdsstyringen), mens den overordnede policy-pregede innholdsstyring og prioritering ivaretas av departementet. Det bør imidlertid også tilføyes at departementet i noen sammenhenger betegnes som ”bestiller” i sin relasjon til NHE.

I Sverige er det lettere å se spor av et skille mellom eier og innholdsstyring. En av grunnene er at det fortsatt i en del län opereres med bestiller-utfører-konsepter. I Sverige oppfatter dessuten det nasjonale nivå seg prinsipielt som en form for bestiller – i rollen som premissleverandør – blant annet fordi man her har en nasjonal og samlet plan for utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Ansaret for primærhelsetjenesten

Av de land som er gjennomgått i dette kapitlet er det spesielt for Irland (dette gjelder også for eksempelvis England og Skottland) at også store deler av primærhelsetjenesten eies og drives av det nasjonale nivå – med utgangspunkt i en regioninndeling og underliggende lokale inndelinger. Dette er en vesentlig forskjell fra Norge, hvor primærhelsetjenesten drives av blant annet kommunene, men generelt håndteres via mange private instanser, herunder også fastleger. I Danmark er det prinsipielt amtene (fylkene) som har ansvaret for både primær- og spesialisthelsetjenesten, men eierskapet i primærhelsetjenesten er også her preget av private aktører. Også i Sverige er det regionene som har det samlede ansvaret, fastleger er her tilknyttet vårdcentraler. Det offentlige eierforhold til primærhelsetjenesten i disse to land er således også begrenset (på samme måte som i Norge), spesielt i forhold til fastlegene.

I Irland er ansvaret for primærhelsetjenesten i vid utstrekning lagt til de omtalte ”Regional Health Offices” og ikke minst ”Local Health Offices” – men med utgangspunkt i en særskilt enhet i NHE, nemlig den såkalte ”Primary, Community and Continuing care”-enhet. De regionale enheter, 4 i alt, dekker områder på mellom 1–1,5 millioner innbyggere, og orienterer seg både mot rekken av lokale enheter, men også mot de omtalte ”Hospital networks”, som dekker samme geografi som de regionale enheter. De lokale enhetene dekker mellom 80.000-150.000 innbyggere.

Det er bemerkelsesverdig at selve grunnorganiseringen på nasjonalt nivå – gjennom NHE – avspeiler tre vesentlige deler for den samlede helsesektor. Det tas utgangspunkt i enheter for henholdsvis sykehus, primærhelsetjeneste og ”shared care”. En noenlunde lignende optikk kan gjenfinnes i den skotske helsetjeneste, og fokus på primærhelsetjeneste og ikke minst på sammenbinding mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste synes i begge land å være ganske intens.

Det er grunn til å konkludere med at når en ser på de nærmeste årenes vekst i antall kronikere, eldre og langtidssyke, så blir behovet for en god styringsmessig integrasjon mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten stadig viktigere.

De land som har et samlet eierskap til primær- og spesialisthelsetjenesten står – i alle fall prinsipielt – overfor andre typer utfordringer enn de land hvor eierskapet til spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste er delt. Det kan også være variasjoner i ”utfordringsnivået” alt etter hvor heterogen og fragmentert primærhelsetjenesten fremstår.

Det gjelder et stykke på vei enten dette eierskapet er samlet hos staten eller på regionnivå. I de land som fortsatt kommer til å ha egne systemer for de to nivåene i helsetjenesten, vil det være et betydelig behov for å etablere både systemmessige og operative tiltak som kan sikre et sammenhengende og strukturert helsetilbud – på tvers av forvaltningsnivå og uavhengig av eierskap. Dette blir ikke minst en utfordring siden den delen av brukerne/pasientene som har lidelser med behov for bistand fra begge nivåene – eller som ligger i grenslandet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten – vil vokse sterkt. Former for utvidet myndighetsstyring fra nasjonalt nivå eller ”supplerende”, ”kompenserende” innholdsstyring via eksempelvis premissleveranser fra nasjonalt nivå kan således være i vekst i systemer (som det norske), hvor eierskapet innenfor den samlede helsesektor er delt. I land med delt eierskap, som det norske, vil det være en viktig oppgave for blant annet myndighetsstyringen å sikre at arbeidsdelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten blir hensiktsmessig og rasjonell, og at denne blir fulgt opp i praksis.

Frankrike har også delt eierskap og mange små kommuner som i Norge. Det kan derfor være av interesse å komme med noen innspill til hvordan forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten der håndteres. Et viktig element i det franske systemet er gjennomføring av systematiske audits. Et viktig punkt i disse audits er også å fastslå hvorvidt arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten fungerer etter forutsetningene. I Frankrike har spesialisthelsetjenesten konkret fastlagte ansvarsfelt med tanke på å sikre at den avtalte arbeidsdeling også fungerer slik i praksis. Begrunnelsen for dette er blant annet at sykehusene er stor og ressurssterke organisasjoner, som forholder seg til mange og små kommuner

I Danmark vil den kommende nye kommunale struktur og regionale struktur, hvor spesialisthelsetjenesten eies av regioner (politiske regionsråd med direkte valg), og hvor deler av primærhelsetjenestens oppgaver med kronikere, langtidssyke, forebygging, egenomsorg, opplæring osv. skal håndteres av de nye, større kommuner, medføre behov for endrede typer av sammenbindinger mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Store deler av rehabiliteringsfeltet overgår til kommunalt regi som følge av reformen.

Det formelle utgangspunkt vil være at det skal inngås helseavtaler mellom kommuner og regioner, og at kommunene skal medfinansiere en andel av spesialisthelsetjenesten

(i regionene). Sammenbinding av den kommunale del av primærhelsetjenesten (forebyggelse, rehabilitering, pasientopplæring, m.v.) og spesialiserte helsetilbud er således underlagt økonomiske insitamenter, hvor kommunene i stigende grad vil ha økonomiske insitamenter i retning av korte liggetider på sykehusene og egne innsatser med oppsporing, forebygging osv. samt håndtering av eldre pasienter og kronikere.

I Sverige synes det å være en tendens til at planinnsatser gjennomføres parallelt. Det vil si at länenes og kommunenes arbeid med sykehus og nårsjukvård forsøkes integrert, slik at planpremisser – herunder i forhold til kapasitet – for høyspesialisert, spesialisert og alminnelig virksomhet i den samlede helsesektor gjennomføres parallelt. I Sverige er det også tendenser til fokus på primærhelsetjenestens store heterogenitet – og behovet for å skape sammenheng mellom de mange delprodusenter innenfor primærhelsetjenesten.

Det vil i årene som kommer oppleves en vekst i behovet for helsetjenester som følge av et stigende antall eldre, flere kronikere og langtidssyke, samt flere sammensatte lidelser i befolkningen. Generelt forekommer det å være tendenser i retning av å sikre at så store andeler som overhodet mulig av de kommende års vekst i behovet for helsetjenester håndteres via primærhelsetjenesten, jevnfør også LEAN-prinsippet.

Forhold mellom myndighetsstyring, eierstyring og kontrollstyring

Myndighetsstyring, kontrollstyring og eierstyring i forhold til kvalitet og dokumentert kvalitet er i fokus i alle land. Derfor eksemplifiseres forhold omkring disse styringsformer i dette avsnitt ut fra dette felt.

Akkreditering, etablering av kvalitetsindikatorer m.v. står generelt på dagsorden. Det samme gjelder vektleggingen av de ulike elementene og arbeidsfordelingen mellom aktørene – ikke minst arbeids- og rollefordelingen mellom det statlige og det regionale nivå. Denne diskusjonen står sentralt både i de systemer der staten eier sykehusene og der regionene står som eiere. Videre forekommer det å være forskjellige tendenser – i forhold til kvalitetsarbeidet – når det gjelder anvendelse og mix av styringsformer. Både myndighetsstyring, eierstyring og kontrollstyring kan være virkemidler i bestrebelsene på å fremme innsatser omkring kvalitet og dokumentasjon av kvalitet.

Myndighetsstyringen i det norske systemet ligger naturligvis i Helse- og Omsorgsdepartementet, men i praksis ligger den klart tyngste delen av den nasjonale myndighetsstyringen i Norge i Sosial- og Helsedirektoratet. Også en del av den oppfølging og monitorering de regionale helseforetakene driver overfor helseforetakene i sin region, kan karakteriseres som myndighetsstyring, subsidiært kontrollstyring.

Den vesentligste del av kontrollstyringen i Norge ligger i Helsetilsynet. Det er i Norge i liten grad utviklet systemer for audits, akkrediteringer, åpne kvalitetsregistre m.v. som del av kontrollstyringen.

I Sverige har man arbeidet mye med – og ligger langt fremme – når det gjelder kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten. I den svenske modellen fastlegges (eller godkjennes) en betydelig del av de faglige retningslinjer, standarder og kvalitetsindikatorer sentralt, men det er et ansvar for det enkelte län (og her verksamhetssjefene) å sikre at de kliniske retningslinjene blir fulgt opp og implementert i produsentsystemet.

Myndighetsstyringene blir i det danske systemet ivaretatt gjennom Sundhedsstyrelsen på det nasjonale plan og gjennom amtene på det regionale plan. Et system som i prinsippet har mange likhetstrekk med det norske, men hvor Sundhedsstyrelsen likevel har en mer ”tilbaketrukket” og mindre omfattende rolle enn det norske Sosial- og Helsedirektoratet, selv om det ut fra eierstrukturen (regionalt og nasjonalt) kunne forventes å være omvendt.

Danmark har ikke noe organ som kan sammenlignes med Helsetilsynet i Norge. Arbeidet med akkreditering er imidlertid i ferd med å bli systematisert i Danmark, og kan avgjort betraktes som et ledd i prosessen med å styrke og utbygge kontrollstyringen. Akkreditering kan samtidig oppfattes som en fremgangsmåte til å integrere en rekke forskjellige myndighetskrav innenfor rammene av én systematisert struktur.

I Danmark er kvalitetsarbeidet reelt svært preget av innsatser på regionalt nivå og ikke minst på de store sykehus, og selv om det er etablert et nasjonalt indikatorprosjekt vil det likevel være gjennom eierstyringslinjen at fremdriften reelt skal sikres.

Det er etablert et uavhengig kvalitetsorgan i Danmark som skal medvirke til å sikre fremdrift og koordinering. Sundhedsstyrelsen, det nasjonale nivå, er representert på styrenivå – og organet uttrykker således en form for samarbeidskonstruksjon mellom det regionale og det nasjonale nivå.

Danmark er et eksempel på at det kan ligge en stor utfordring i å få plassert ansvaret for kvalitet – og også IKT – i spesialisthelsetjenesten på en hensiktsmessig måte. Og hvor ”arbeidsdelingen” mellom særlig nasjonal myndighetsstyring og regional eierstyring ikke alltid resulterer i de beste og mest entydige resultater. Mange års bestrebelser på å sikre nasjonale standarder i forbindelse med klinisk IT synes også fortsatt å være uforløst.

I Irland (og også i Skottland) er det etablert en felles utøvende instans på nasjonalt nivå (Nasjonal Executive-instans). I begge land integreres således både innholdsstyring, eierstyring, forskjellige former for myndighetsstyring og arrangørstyring i den politiske og administrative toppen av systemet.

På kvalitets- og prioriteringsområdet er det i begge land etablert særskilte organer med stor grad av autonomi i forhold til det nasjonale, utførende nivå. Klarest er behovet for en uavhengig kvalitetsinstans markert i det irske systemet. Her er det etablert en autonom instans – Health Information and Quality Authority (HIQA) – som forutsettes

både å drive kvalitetsutvikling og å se til at kvalitetsnivået blir fulgt opp i produsent-systemet. HIQA arbeider med kvalitetsindikatorer og med utvikling av virkemidler for økt dokumentasjon av kvalitet, blant annet gjennom innsamling av internasjonale erfaringer. Det ligger som en forutsetning i det irske systemet at regionalt tverrgående kvalitetsstandarder og dokumentasjon av kvalitet ikke behøver å foregå med basis i på forhånd utarbeidede nasjonale effektmål og faglige retningslinjer. Tvert i mot kan dette skje gjennom en prosess, der HIQA løpende vurderer sykehusene via audits, og hvor det regionale nivå og sykehusene er forpliktet på å øke kvalitetsinnsatsen på de områder som blir påpekt. Strategien er at dette over noen år vil bidra til en styrking av kvalitetsarbeidet ved sykehusene og en større grad av homogenisering og standardisering av kvalitetsnivået.

Det er et hovedpremiss i den irske modellen at man skal operere med et betydelig innslag av kontrollstyring, men ikke minst med klare forutsetninger om hva kontrollstyringen skal føre til. Det ligger således en betydelig forventning til at eier skal følge opp resultatene av de gjennomførte audits i sin styringslinje overfor sykehusene. På mange måter kan man si at det irske systemet kombinerer viktige elementer fra den filosofi som ligger bak det seneste tiårs arbeide i Frankrike med mer systematisk evaluering og akkreditering av produsentsystemet gjennom bl.a. audits og det norske system med et Helsetilsyn. HIQA forekommer imidlertid å være langt mer direkte orientert mot kvalitetsindikatorer (effektmål) enn hva eksempelvis Helsetilsynet er.

Det svenske system skaper prinsipielt direkte bindinger mellom avdelingsnivået på det enkelte sykehus og et nasjonalt myndighetsorgan. Dette systemet kan sies å avspeile en form for regional-nasjonal arbeidsdeling i forhold til det samlede kvalitetsarbeid, hvor eierstyringen fra regionalt nivå imidlertid fortsatt kan tre i karakter for å sikre fremdrift i reelt kvalitetsarbeid på det enkelte sykehus, og hvor den nasjonale innsats knapt nok har karakter av egentlig myndighetsstyring, men mer av anbefalinger og forslag til standarder. Kontrollstyring gjennom systematiske audits forekommer generelt ikke.

Gjennomgangen ovenfor indikerer at det kan være flere forskjellige muligheter for hensiktsmessig arbeidsdeling mellom det statlige og det regionale nivå, og at både eierstyring, myndighetsstyring og kontrollstyring kan være virkemidler i sammenheng med eksempelvis bestrebelser på å fremme produsentsystemets innsatser omkring kvalitet.

I Norge, hvor det er en eier av sykehusene, og et nasjonalt eid regionalt nivå, burde forholdene prinsipielt ligge godt til rette for å finne fram til en hensiktsmessig arbeids- og rollefordeling. I tillegg burde det statlige eierskapet gjøre det mindre nødvendig med en omfattende og detaljert myndighetsstyring enn i land hvor eierskapet er lagt til regionene. Dette fordi staten kan oppnå mange av de samme målene gjennom eierlinjen og gjennom kontrollstyring.

Gjennomgangen ovenfor indikerer videre at innsatser vedrørende kvalitetsarbeid ikke nødvendigvis fremmes bedre og hurtigere gjennom både regionale og nasjonale innsat-

ser og gjennom både myndighetsstyring, eierstyring og kontrollstyring. Det bevisste valg av styringsform og nivå – og utelukkelsen av andre styringsformer og nivå, er formodentlig mer effektivt.

Arrangørstyring

Det er forskjellige balanser i arrangørstyringen i de land som i første omgang er involvert – Norge, Danmark, Sverige og Irland. Herunder er frittvalgsordninger og fastlegens rolle også litt forskjellig på tvers av landene. På samme måte er også omfanget av fritt valg forskjellig fra land til land. Danmark er i denne sammenheng det land hvor frittvalgsordningen brukes mest. Sverige er omvendt det land hvor den største andel av pasienter behandles på sykehus utenfor eget län. Dette henger særlig sammen med spesialiseringsgradene og nivået for konsentrasjon av ikke minst høyspesialiserte funksjoner i Sverige.

De svenske rammer med fri i adgang til utredning i spesialisthelsetjenesten atskiller seg fra den danske og den norske situasjon, hvor fastlegens rolle som "gate keeper" (som i Irland) er vektlagt. Sverige kommer imidlertid ikke i nærheten av den franske tradisjon, hvor valgfriheten er særdeles omfattende og hvor den enkelte innbygger/pasient prinsipielt, og uavhengig av inntektsnivå, kan oppsøke flere fastleger på samme dag – og for den sags skyld også både et privat og et offentlig sykehus på samme dag.

Tendensene til eller signaler om nødvendigheten av i høyere grad å trekke inn fastlegene i sammenheng med planlegging og oppgave- og funksjonsfordelinger synes å kunne iakttas i alle de inkluderte land – dette gjelder forøvrig også for de franske regionale nivå og produsentsystemene innenfor regionene.

Kostnadskontroll og ressursstyring

Landene har valgt ulike systemer for finansiering og avregning. Hovedbildet er likevel at de skandinaviske landene har valgt et finansieringssystem basert på en kombinasjon av ramme- og innsatsbasert finansiering, mens det irske systemet – som tradisjonelt i all hovedsak har vært rammefinansiert – nå også meget systematisk går i retning av DRG-basert finansiering, men ut fra egne utviklede kostnadsvekter og DRG kategorier.

I dette avsnittet vil vi ikke fokusere så mye på selve finansierings- og avregningssystemet, men på forholdet mellom kostnadskontroll og ressursstyring.

I det irske systemet har det vært fokusert kraftig på spørsmål knyttet til driftsmessig effektivitet og optimal ressursstyring. Det er i Irland – med de nye reformtiltak – forutsatt en løpende rapportering av hvordan den driftsmessige effektivitet i sykehusene er og utvikler seg, og det er et sterkt fokus på hvordan ressursene bør allokere og utnyttes for å optimalisere og forbedre effektiviteten og kapasitetsutnyttelsen.

Også i Sverige og Danmark er det et sterkt og økende fokus på driftseffektiviteten i sykehusene. I Sverige opereres det systematisk med såkalte KPP (Kostnader Per Pa-

sient). Disse viser hvilke kostnader det enkelte sykehus har med ulike pasientgrupper/ behandlingsforløp. På den måten får både sykehusene selv og deres eiere relevant innsikt i effektivitet og ressursstyring i det enkelte sykehus, hvordan denne utvikler seg og hvordan den er sammenliknet med andre sykehus. Også i Danmark er det stadig sterke fokus på å skape gjennomsiktighet i kostnadsbildet for ulike behandlinger og diagnoser.

Hensikten med bestrebelsene som sees både i Irland, Sverige og Danmark er å bedre ressursstyringen i foretakene, og gi både eier og offentlighet innsikt i hvordan sykehusene presterer i forhold til de ressurser som settes inn i diagnostikk og behandling. Resultatene av disse innsatser er i perspektivet oppnåelse av innsikt i hva de enkelte typer av pasientforløp rent faktisk koster – og hva spredningen i kostnader er, både innenfor den enkelte DRG kategori og på tvers av sykehus.

Man kan på en måte si at det på kostnadsfeltet (som på kvalitetsfeltet) er sterk orientering mot å ”komme helt inn i maskinrommet” – og at både Sverige og Danmark, og styringspremisser i Irland indikerer en mer direkte kurs på disse felt enn den som forekommer i Norge.

I Norge har det etter sykehusreformen vært en intens debatt både om finansierings- og avregningssystem og om behovet for kostnadskontroll. Fokuset på kostnadskontroll har i Norge hovedsaklig vært rette mot budsjettbalanse og budsjettkontroll. Dette gjelder både på RHF- og HF-nivå. I tillegg arbeides det en del med å få fram effektivitetsforskjeller på relativt overordnet nivå mellom regionene og mellom sykehus – ikke minst gjennom SAMDATA – rapportene fra SINTEF. Det synes å ha vært arbeidet betydelig mindre systematisk med ressursstyring, produktivitet og løpende driftseffektivitet i det enkelte sykehus og knyttet til ulike pasientforløp. Det er neppe tvil om at norske sykehus har nedlagt et betydelig arbeid i tiden etter sykehusreformen med å gjennomgå egen drift, egne rutiner og også gjennomført betydelige effektiviseringstiltak. Men det har vært lite samlet fokus på dette arbeidet, og det foreligger lite – om noen – dokumentasjon som viser produktivitet og produktivitetsutvikling i sykehusene knyttet til spesifikke pasientgrupper og behandlingsforløp. Det virker heller ikke som om det er etablert insitamenter som gjør det ”lønnsomt” for helseforetakene å utvikle kostnadseffektive behandlingsopplegg.

Det kan kanskje være en både interessant og viktig utviklingsoppgave for sykehuseier i Norge med hensyn til å systematisere arbeidet med driftseffektivitet på det nivå beskrevet ovenfor. Det er naturligvis helt avgjørende at et slikt utviklingsarbeid skjer i nær dialog mellom eieravdelingen i departementet, de regionale helseforetakene og foretakene, men dersom dette arbeidet skal bli strukturert og settes inn i en sammenheng, må eier ta en aktiv rolle.

6.4. Fokusområdene i et internasjonalt perspektiv

Vi vil innledningsvis presisere at det vil variere i hvilken grad vi trekker inn erfaringer fra de forskjellige land. De konkrete typer reformtiltak og måten organisasjons- og styringsformer utformes på, har (på tross av "felles gods") vært svært forskjellig i de ulike land.

Det er derfor også vesentlige forskjeller i den måte og den intensitet de forskjellige land trekkes inn på i forhold til de enkelte fokusområdene.

I dette avsnitt oppsummeres analysen av reformtiltak, tendenser og utvalgte organisatoriske og styringsmessige forhold i de forskjellige land. Det forsøkes her å gi en bred og dekkende gjennomgang i forhold til alle fire fokusområder.

6.4.1. Bestiller-utfører

De grunnleggende prinsipper i bestiller-utfører modellen er gjennom årene beskrevet på mange måter. Den avgrensningen vi gjør nedenfor gjør på ingen måte krav på å være uttømmende, men avspeiler formodentlig den generelle røde tråd i konseptet:

- Bestiller-utfører strukturer innebærer en organisatorisk og styringsmessig atskillelse av kjøpere og selgere, således at den politisk-forvaltningsmessige rolle avgrenses til utelukkende å bestå i innkjøp av de ytelser i spesialisthelsetjenesten man beslutter eller forventer vil kunne imøtekomme befolkningens behov og krav. Driftsansvaret for å produsere disse tjenestene overdras til sykehusene, og får produsentsystemet en definert grad av autonomi.
- Bestiller-utfører organisasjonsformer i forhold til spesialisthelsetjenesten innebærer eller fremmer i prinsippet konkurranse innenfor produsentsystemet. "Ordrer" og ressurser flyter fra kjøper/bestiller til selger/utfører, men ut fra den enkelte leverandørs evne til å sikre samtidig effektiv drift og høy kvalitet i output og service m.v.

Den økonomisk-teoretiske bakgrunn for bestiller-utfører modeller indikerer eller forutsetter at en struktur med å skille mellom bestiller- og utførerroller vil sikre en utvikling mot mer markedslignende vilkår. Derigjennom skapes et press overfor produsentene (sykehusene) i retning av bedre og mer kostnadseffektiv bruk av ressurser.

Bestiller-utfører modellen er i flere sammenhenger fremmet parallelt med andre typer initiativ. En organisatorisk oppsplitting i kjøper og selger skaper ikke i seg selv et marked. Disse andre initiativene har ofte vedrørt finansierings- og avregningssystemet, bl.a. gjennom innføring av i høyere grad aktivitetsbaserte styringsformer. Også produsentsystemet er berørt av disse initiativene i retning av økte insitamenter til privat organisering og drift.

Nettopp fordi bestiller-utfører modellene ofte er innført i sammenheng med andre såkalte markeds- og konkurranseorienterte endringer, kan det være vanskelig å skille og

isolere effekter av bestiller-utfører modeller. Gjennomslag for bestiller-utfører modeller kan være påvirket av andre samfunnsmessige tiltak og utviklingen generelt.

I forbindelse med innføring av bestiller-utfører modeller i for eksempel England og Sverige på begynnelsen av 1990-tallet, har det bare i begrenset utstrekning vært definert helt konkrete og detaljerte forventninger til effekter

Bestiller-utfører modeller (eller kjøper-selger-modeller – de to begrepspar oppfattes som hovedregel synonymt) er kun innført systematisk ("globalt") i relativt få land i den vestlige verden. Til gjengjeld har det i løpet av 1990-årene vært mange bestrebelser på å oppstille – samt forsøksvis implementere – slike modeller i forbindelse med styring og utvikling av spesialisthelsetjenesten. Disse forsøkene har vært gjort både lokalt og regionalt.

Det synes å være et generelt fellestrekk i forhold til disse bestrebelsene at det ikke har vært enkelt å opprettholde bestiller-utfører modeller ut fra de opprinnelige intensjoner og prinsipper. I flesteparten av tiltakene har bestiller-utfører modellen bare delvis blitt utprøvd og gjennomført.

I England ble en utgave av bestiller-utfører modellen innført innenfor spesialisthelsetjenesten allerede i 1991, akkurat som det i Sverige fra 1992 har vært arbeidet med utgaver av modellen innenfor helsesektoren. Også i Finland har modellen vunnet innpass. Det finske helsevesen er prinsipielt innrettet med utgangspunkt i bruken av bestiller-utfører prinsipper.

Bestiller-utfører modellene, slik de er utviklet og forsøkt implementert i de forskjellige land, har mange prinsipielle likhetstrekk. Det er et naturlig fellestrekk at "dobbeltrolle" i helsesystemet med meget stor grad av offentlig involvering, hvor både bestilling/kjøp av sykehusaktivitet på den ene siden og produksjon av den bestilte aktivitet på den andre siden, ligger innenfor offentlig regi, søkes atskilt i to roller. På den måten organiseres, bestilling/kjøp og produksjon i atskilte styringslinjer.

Nederland og Tyskland er blant de vestlige land som bygger på forsikringsordninger i forhold til finansiering av spesialisthelsetjenesten. Bestiller-utfører modellen kan kanskje forekomme mer nærliggende (eller nødvendig) i et slikt system (jfr. erfaringene fra USA og til dels Canada). Land som England og Sverige med offentlig skattefinansierte spesialisthelsetjenester og med offentlig eide sykehus, har derimot jobbet med og innført bestiller-utfører modeller ut fra system-interne reformer eller tilpasninger. Prinsippene bak disse modellene er søkt innpasset i en grunnstruktur som ellers ikke (tradisjonelt) har gjort oppdelingen av bestiller- og produsentroller nødvendig.

Sverige

På forsøksbasis ga Sverige i 1992 de enkelte län mulighet for frivillig å innføre et bestiller-utfører konsept med henblikk på å etablere mer markedsliknende vilkår for sykehusvesenet. Hovedelementene og målene/perspektivene i reformen kan oppsummeres som følger:

- En organisatorisk atskillelse av kjøper- og selgerrollene, idet det i forbindelse med reformen ble gjennomført en reorganisering av den politiske ledelsen.
- Etablering av rammer for konkurranse mellom sykehusene og mellom sykehusene og primærhelsetjenesten ("konkurranse om pasienter").
- Gjennomføring av behovsbasert geografisk fordeling av ressurser (budsjettfordeling). Det vil si overgang fra en ressurstildeling basert på sykehusenes produktivitet og kapasitet samt resultatmål til ressursfordeling etter befolkningssammensetting ut fra en rekke valgte kriterier.
- Innføring av et aktivitetsbasert avregningssystem overfor produsentsystemet i spesialisthelsetjenesten – til forskjell fra den tidligere anvendte rammefinansiering.

Reforminitiativene i Sverige i 1992, bestiller-utfører systemets formelle utgangspunkt, omfattet dermed en rekke tiltak, herunder også endringer som bare i mindre grad eller indirekte hadde sammenheng med tankegangen omkring bestiller-utfører.

Beslutning om egentlig implementering av bestiller-utfører modellen var desentralisert. 10 landsting valgte å etablere forskjellige former for bestiller-utfører system. To av disse landstingene gikk senere bort fra den opprinnelig innførte bestiller-utfører strukturen.

Per i dag er det 9 av 21 landsting i Sverige hvor oppdeling av kjøper- og selgersiden er en vesentlig del av den samlede organisering og styring av helsesektoren, herunder spesialisthelsetjenesten. Disse 9 landsting dekker imidlertid over 2/3 av den samlede svenske befolkningen, især fordi Stockholm, Malmö/Scåne og Göteborg er med. Etter initiativene fra begynnelsen av 1990-årene, er det skapt lovmessig grunnlag for å organisere flere län's sykehusvesen i regioner og på den måten etablere utvidede grunnlag for bestiller-utfører modeller. Dette forutsetter et visst antall sykehus i produsentsystemet hvis konkurranseorientering overhodet skal gi mening.

Det er regionale forskjeller på hvordan de enkelte län/regioner i Sverige har organisert sykehusdriften. Eierstyring, finansierings- og avregningssystemet, innholdsstyringen og det politiske systems ivaretagelse av roller m.v. varierer en del på tvers av landstingene. De konkrete utformningene av bestiller-utfører modellen er på den bakgrunn også forskjellige. Det legges også i forskjellig grad vekt på elementer som finansiering, konkurranse, markedsorientering, prioritering osv.

Det er imidlertid et fellestrekk at bestilleren enten er et sentralt organ i det enkelte landsting, eller en rekke lokale råd i landstinget som bestiller sykehustjenester til be-

folkningen som bor i rådets område. Det gjør de enten hver for seg eller mer koordinert/ samlet. De stedene hvor det er etablert regioner, er det også etablert en regional bestiller-enhet.

I spissen for bestiller-enhetene står politikere med bistand av sekretariater ("innkjøps-funksjoner").

Volumet av aktivitet for de enkelte deler av produsentsystemet styres prinsipielt gjennom bestillerdokumenter. Innholdsstyringen, det vil si presiseringen av omfanget og karakteren av den sykehusaktivitet som "bestilles", kan imidlertid være preget av et dilemma i det svenske system. Dette skyldes at svenske pasienter har mulighet for å henvende seg på et sykehus/i spesialisthelsetjenesten uten henvisning fra fastlege/primærhelsetjeneste.

Dette betyr at mulighetene for overordnet arrangørstyring og virkemidlene i tilknytning til arrangørstyring er mer begrensede, da det ikke (bare) er bestillerdokumentene som regulerer de enkelte sykehusenes aktivitet, men (også) pasientenes frie valg.

Rammene for arrangørstyring i det svenske system synes på flere måter å kollidere med bestiller-utfører modellens intensjoner eller med mulighetene for å sikre stor grad av gjennomslag for de effekter som er forutsatt eller målsatt for bestiller-utfører modellen.

Den begrensede arrangørstyring og finansierings- og avregningssystemets innretning (med vektlegging på aktivitetsbasert styring) synes å ha vært et vesentlig fundament for den økonomiske ubalanse i 1990-årene i flere av de områder i Sverige hvor bestiller-utfører modellen ble implementert eller utprøvd.

Det fokuseres ofte på Stockholm-modellen med dens spesielle egenskaper. Det skyldes antakelig Stockholms Läns Landstings størrelse. Stockholm-modellen er derfor også den mest omtalte og muligens også best evaluerte svenske bestiller-utfører modellen.

Modellen i Vestra Götaland er den hvor konseptet er fastholdt i størst utstrekning. Vestra Götaland er organisert med politiske utvalg for både bestiller og utfører delene. Dette kan sammenliknes med en privat virksomhets styre og driftsorganisasjon.

Region Skånes modell er modifisert siden den opprinnelige implementeringen. Etter modellens innføring ble to av utfører sykehusene privatisert, men begge sykehus (Simrishamn og Helsingborg) er nå igjen offentlig eid og drevet. Region Skåne har ikke politiske utvalg bak utførerfunksjonen.

Det svenske sykehusvesenet er innrettet slik at det er de enkelte virksomhetssjefer på sykehusene som er faglig og kvalitetsmessig forpliktet overfor de sentrale helsemyndigheter (Socialstyrelsen). Alle sykehus er tilsluttet de relevante nasjonale kliniske da-

tabaser, alle sykehus innberetter til pasientsikkerhetssystemer, og alle sykehus arbeider i henhold til nasjonale anbefalinger for utredning og behandling.

I prinsippet er denne side av eierstyringen og myndighetsstyringen således ikke regulert av de desentrale helsemyndigheter (län/regioner), og prinsipielt har de lokale/regionale ansvarlige for bestiller-utfører konseptet dermed heller ikke innflytelse på det faglige/kvalitetsmessige.

Der er bare gjort få analyser av kvalitetseffekter i de landsting, hvor bestiller-utfører modellen er en vesentlig del av den samlede styring og organisatoriske funksjonalitet. Men det fremheves i et par av disse analyser at pasientinformasjonen og forskjellige former for pasientservice muligens er forbedret. Grunnlaget synes imidlertid å være for spinkelt for mer håndfaste konklusjoner.

Det kan diskuteres om bestiller-utfører konseptet overhodet var det sentrale i den samlede reform i starten av 1990-årene. Fokus for reformen var i stor grad rettet mot det aktivitetsbaserte betalingssystemet for sykehusene, og effekten av dette betalingssystemet i forhold til bl.a. aktivitetsnivå og prioritering.

Flesteparten av de 9 landsting og to regioner som i dag opererer med en bestiller-utfører-modell har også valgt helt eller i vesentlig grad aktivitetsbasert finansiering og avregning i forhold til produsentsystemet. I enkelte län eksisterer altså rammebasert ressursstyring parallelt med bestiller-utfører tankegangen.

Det er ikke noen klar sammenheng mellom landstingenes politiske flertall på den ene side og anvendelse av bestiller-utfører konseptet på den andre side. Bestiller-utfører fremmes, anvendes, reduseres og velges bort tilsynelatende uavhengig av om det i et landsting er borgerlig eller sosialdemokratisk dominans. Det synes imidlertid generelt å være en tendens til at sosialdemokratisk dominerte landsting foretrekker en integrert modell hvor eierstyring og innholdsstyring er samlet i én linje.

Opprinnelig var ideen at kontrakter og avtaler mellom kjøper og selger skulle være kortvarige for i større grad å sikre konkurranse mellom sykehusene. Gradvis er imidlertid de kortvarige kontraktene erstattet av mer langvarige avtaler, ofte med mer enn én tilbyder, og med et kontinuerlig økt fokus på samarbeid.

Et sentralt formål med bestiller-utfører modellen var å skape markedslignende vilkår og derigjennom konkurranse – også på økonomiske parametere. Siden bestiller-utfører oppdelingen ble innført, er de konkrete modellene i de enkelte landsting imidlertid løpende blitt tilpasset og justert. Det synes å være en generell konsekvens av disse endringene at bestiller-utfører modellene i dag er mindre markeds- og konkurranse-orienterte enn tidligere. På samme måte anvendes sjeldent konkurranse- og markedsorientering som begrunnelse for å holde fast ved bestiller-utfører modeller.

Etter innføring av bestiller-utfører modellen kan det konstateres at det er større produksjonsøkninger i landsting med bestiller-utfører modeller. Det kan imidlertid være vanskelig å isolere de produksjonsmessige effekter av bestiller-utfører modellen fra andre reformtiltak; ikke minst fra tiltak rettet mot aktivitetsbasert finansiering og avregning.

Region Skåne innførte ren aktivitetsbasert finansiering og avregning i forhold til ytelser innenfor spesialisthelsetjenesten i forbindelse med bestiller-utfører modellen. Med disse tiltakene – og med pasient-/innbyggersystemets meget vide adgang til fritt valg av produsent – opplevde regionen en markant stigning i sykehusenes aktivitet og ressursforbruk.

Regionens samlede budsjett ble overskredet flere år etter hverandre. Etter diverse resultatløse forsøk på å styre økonomien innenfor rammene av bestiller-utfører tankegangen og innsatsbasert finansiering og avregning, ble bestiller-utfører modellen revidert, og regionen vendte tilbake til full rammestyring. Viljen til å orientere spesialisthelsetjenesten i retning av konkurranse og markedsorientering er redusert markant, og sykehusplanlegging samt oppgave- og funksjonsfordelinger synes å ha fått ny fremgang. Regionen har i de siste par år vært i økonomisk balanse.

Ut fra erfaringene i Region Skåne synes implementeringen av bestiller-utfører modellen ikke å ha gitt sterkere former for ressursstyring eller dokumentert økt driftseffektivitet – hvor sistnevnte prinsipielt kan forenes med vekst i utgifter og aktivitet.

Omvendt synes erfaringene fra Vestra Götaland å være mer positive. Her har det vært stor grad av sameksistens mellom på den ene side bestiller-utfører modellen og aktivitetsbasert avregning, og på den andre side kontrollert vekst i utgifter. Det synes ikke mulig å konkludere om måten bestiller-utfører modellen har vært utformet på i henholdsvis Region Skåne og Vestra Götaland har hatt betydning for de forskjellige erfaringer.

Mange landsting etablerte i 1990-årene bestiller-utfører modeller. Flere län intensiverte også arbeidet med samtidig å ta i bruk bestiller-utfører modeller og aktivitetsbaserte avregningssystemer.

En del av forklaringen på de blandede og ofte negative erfaringer med bestiller-utfører tankegangen kan således være at det ikke (i alle fall i de innledende stadier) har vært etablert tilstrekkelig grad av sammenheng mellom bestiller-rollen og vilkårene for bestiller-rollen på den ene side og tilretteleggelsen av finansierings- og avregningssystemet og insitamentene i dette system på den andre side. En annen del av forklaringen kan være at bestillerorganisasjonene ("innkjøpsfunksjonene") ikke har vært sterke nok, og at det har vært mangler når det gjelder kommersielle og merkantile kompetanser – og muligens også med hensyn til den grad av faglig og faglig-utviklingsmessig innsikt bestiller-utfører konseptet reelt forutsetter.

England

Den engelske Hospitals Trust-reform ble etablert i 1991 med sikte på å skape et såkalt internt marked på helseområdet, basert på en oppdeling av kjøpere og selgere av sykehustjenester.

Reformen ble innført med bakgrunn i erklæringen "Working for Patients", som den daværende Thatcher-regjering offentliggjorde i 1989. Erklæringen omfattet en rekke ganske radikale reformforslag for det engelske helsevesen, inklusive spesialisthelsetjenesten.

Bakgrunnen var en oppfatning om at Nasjonal Health Service (NHS) var stivnet og blitt ineffektivt, at NHS ikke tilgodeså "sluttbrukerne" (pasientene), og at det var en stigende mangel på responsivitet overfor pasient-/innbyggersystemet. Hospital Trusts-reformen var således et forsøk på å utvikle strukturer for i større grad å øke muligheten for å imøtekomme en stigende etterspørsel etter helsetjenester innenfor uendrede ressursmessige rammer.

Effektiviseringen skulle foregå gjennom innføring av markedsprinsipper. Nøkkelordene i reformen var valgfrihet og konkurranse: Valgfrihet for pasient-/innbyggersystemet, og konkurranse mellom tilbyderne innenfor produsentsystemet. Ideen bak reformen var å forsøke å etterligne det frie marked, hvor tilbyderne prinsipielt er tvunget til å være effektive og lydhøre over for forbrukerne – og hvor også tilfredsstillende ytelsesmessig kvalitet forutsettes å være en premiss for at en leverandør skal overleve.

Kjøper- og selgerrollen av sykehustjenester ble organisatorisk oppdelt. Kjøperfunksjonen ble forankret i de lokale distriktshelsemyndigheter, "Health Authorities", samt i praksissektoren hos praksislegene, "General Practitioners". Én av nøkkeliideene i reformen var nettopp å etablere et internt marked basert på klare og klart avgrensede kjøper- og selgerroller, og basert på muligheten for anbud med henblikk på økt konkurranse.

De større legepraksiser (fastleger i primærhelsetjenesten, såkalte fund-holding practices) fikk et praksisbudsjett. Dette omfattet en del av ressursgrunnlaget for sykehusbehandling av pasienter i den enkelte "fund-holding" praksis, det vil si for pasienter/innbyggere tilknyttet den aktuelle praksis.

Sykehusene gikk gradvis over fra å være alminnelige offentlige institusjoner med forskjellige grader av selvstendighet i forhold til drift og tilrettelegging av drift til å bli "trusts". I 1997 var alle sykehus gått over til å bli trusts. Sykehusene var overveiende offentlige, men eierstyring, innholdsstyring og myndighetsstyring ble prinsipielt påvirket av trust-prinsippet, hvor produsentsystemet i økt omfang ble preget av sykehus med status som selveiende institusjoner og med egne selvstendige styrer.

Prinsipielt var således sykehusenes aktivitet, aktivitetsnivå og aktivitetssammensetning avhengig av deres evne til at oppnå kontrakter med Health Authorities og GP fundholders.

Thatcher-Major-reformene trådte i kraft i 1991 og var fullt implementert på midten av 1990-tallet. New Labour-regjeringen varslet allerede ved sin i tiltredelse i 1997 endringer av de organisatoriske og styringsmessige prinsipper for helsesektoren og spesialisthelsetjenesten – under overskriften ”Det nye NHS”.

Ideen med bestiller-utfører tenkningen ble grunnleggende beholdt, men med vektlegging av samarbeid framfor konkurranse. Desentralisering og bruk av markedsinsitamenter ble vesentlige ledetråder i Labours moderniseringsprogram for NHS.

Som noe nytt skulle primærlegegrupper (opprinnelig het de primary care groups, men fra 2005 er navnet primary care trusts, PCT), være de dominerende kjøpere av tjenester fra sykehusene. Sykehusene skulle fortsatt være organisert som selveide institusjoner (hospital trusts). District health authorities ble således fratatt den sentrale kjøperrolle de ble tillagt i Thatcher-regjeringens reform. Varigheten på avtalene mellom kjøper og selger ble fastlagt til 3-5 år, mot de daværende 1-årige avtalene. Den nye ordningen trådte i kraft 1. april 1999 og har gradvis utviklet seg siden.

Det ble opprinnelig etablert ca. 500 primary care trusts basert på omkring 4.000 fastlegepraksiser. I dag er antallet primary care trust nede i 302. De overvåkes av 28 såkalte Strategic Health Authorities.

En gjennomsnittlig primærlegegruppe består av 50 allmennpraktiserende leger – samt hjemmesykepleiere (community nurses) – fra et geografisk sammenhengende område med ca. 100.000 innbyggere. Minstestørrelsen er omkring 60.000 innbyggere, maksimum ca. 340.000. Deltagelse er obligatorisk for allmennpraktiserende i området.

Med denne endringen har man styrket primærsektorens rolle – også som profesjonell kjøper (bestiller). I tillegg gir samlingen av fastleger prinsipielt bedre mulighet for å erstatte sykehustjenester med utredning, behandling og kontroll i egen regi eller i den kommunale helsesektor. Det gjelder, for eksempel i forhold til distriktpsikiatri (community mental care), type 2-diabetes, kronikeromsorg og -kontroll mv.

Dessuten gir ordningen med de nye trusts i praksissektoren potensielt grunnlag for en styrking av gate-keeper-funksjonen i allmennpraksis. Ivaretagelsen av denne rollen blir på mange måter oppfattet likt, på tvers av land som f.eks. England, Norge og Danmark.

Endelig har overgangen til den nye strukturen som nevnt ovenfor ført til en nedleggelse av district health authorities. Informasjon og kommunikasjon mellom primærsektoren og sykehusene må antas å foregå mer likeverdig mellom praksislegene i primary care trusts og de mer spesialiserte funksjoner på sykehusene.

Fra 2004 ble en ny prosess påbegynt innenfor NHS. Sykehusene overføres gradvis til status som såkalte "Foundations Trusts". De første sykehusene fikk den nye status som NHS Foundation Trusts fra 1. april 2004. I dag er 31 sykehus etablert med denne status. Juridisk defineres disse trusts som "public benefit corporations", hvilket fritt oversatt kan minne om en selveid institusjon.

Grunnfilosofien i den siste rekonstruksjon innenfor NHS er overordnet sett å øke frihetsgrader og selvstendighet (autonomi) innenfor produsentsystemet, å sikre økte desentralisering, og å skape økt responsivitet overfor mer spesifikke lokale/regionale behov. Rekonstruksjonen forutsetter således også mindre styring eller mindre intens og direkte styring fra de sentrale nasjonale helsemyndigheter.

Sykehusene får med de nye strukturer:

- Flere frihetsgrader på investeringsområdet; med rett til å ta opp lån (begrenset til maksimalt 10 % av egenkapitalen)
- Friere rammer vedrørende rekruttering og avlønning av personale
- Muligheter for å oppnå inntekter fra "private pasienter"; for eksempel forsikringsfinansiering og avregning
- Adgang til å beholde eventuelle driftsoverskudd, men også ansvaret for eventuelt driftsunderskudd
- Mer lokal involvering og økt brukerdeltakelse – bl.a. fordi styrene ("board of governors" eller "board of directors", hvor det siste kommer tettest på styre i skandinavisk forstand) velges lokalt av pasienter/innbyggere/ansatte.

Hver av de nye NHS Foundation Trusts er etablert med et meget omfattende "representantskap" (såkalt "community of members") – ofte med over 1.000 deltagere. Dette representantskap utpeker også styret.

Det politiske system og helseministeren har ikke direkte instruksjonsmyndighet overfor NHS Foundation Trusts. Det enkelte trust er imidlertid forpliktet til å følge de overordnede retningslinjer og strategier for NHS.

Som del av omstruktureringen er det etablert en enhet, "Monitor", som basis for kontrollstyring. De enkelte Foundation Trusts overvåkes således av Monitor som er et uavhengig organ.

Sykehus som Foundation Trusts var en del av Blair-regjeringens generelle arbeid med å omstille offentlige sektor med tiltak i retning av omfattende desentralisering av en rekke (drifts- og investeringsmessige) beslutninger. Dette ble kombinert med økte valgmuligheter for pasient-/innbyggerssystemet.

Sykehusene må søke om å oppnå status som Foundation Trust. I første fase vurderer et panel fra Helsedepartementet blant annet:

- Lydhørhet overfor pasienter
- Kliniske standarder
- Ledelse/lederskap
- HR-politikk
- Samarbeid med det øvrige helsevesen
- Økonomisk styring og driftsøkonomisk "performance".

For at et sykehus overhodet skal komme i betraktning for en status som Foundation Trust, må sykehuset ha tre stjerner i det "karaktersystem" som er innført i helsesektoren i England. Dette systemet baserer seg (også) på vurderinger i forhold til de ovenfor nevnte kriterier.

Sykehus kan bli tildelt fra 0 til 3 stjerner. Muligheten for å bli Foundation Trust kan således betraktes som en form for "belønning" til de gode og veldrevne sykehus. Det er dermed også filosofien at kun de beste sykehus blir Foundation Trusts – og at de beste sykehus gjennom overgang til Foundation Trusts og de betydelig økte grader av handlefrihet dette innebærer, får bedre muligheter for å fastholde og utbygge deres status som gode og veldrevne enheter.

Evaluerings og kartlegging av effekter var ikke en integrert del av de engelske reformer. Reformene ble innført landsdekkende fra begynnelsen (bortsett fra status som Foundation Trust). Vurderinger av organisatoriske og styringsmessige konsekvenser av reformene må primært gjennomføres via former for "før-etter"-sammenlikninger. Det har imidlertid vært gjort forskjellige forsøk på evaluering av de forskjellige etapper med strukturutvikling innenfor NHS.

Reformen i 1991 gav på mange måter utgangspunktet for en sterk etterfølgende dynamikk i det engelske sykehusvesen – også selv om forsøkene på å konkurranseorientere samt innføre former for markedslignende prinsipper på helseområdet kun lyktes i begrenset omfang.

Verken de lokale distriktshelsemyndigheter eller de allmennpraktiserende leger benyttet seg i utpreget grad av muligheten for å endre valget av tilbyder. For den enkelte pasient var det således i stor utstrekning tale om fortsettelse av kontaktene med det tradisjonelle (lokale, regionale) sykehus.

Likeledes ble det i vesentlig omfang tegnet relativt langvarige (blokkliknende) kontrakter. Den opprinnelige hensikt med å skape konkurranse ved hjelp av kortvarige avtaler og former for "shopping" ble derfor aldri riktig realisert. Der var flere årsaker til denne utvikling.

Health Authorities utviste selv tilbakeholdenhet i forhold til muligheten for å velge mellom flere forskjellige tilbydere (sykehus) – kanskje av frykt for konsekvensene ved altfor radikale omlegginger i forhold til tradisjonell praksis. Videre ble Health Authorities, på samme måte som de forskjellige trusts, etter hvert underlagt et stadig stigende antall av sentrale retningslinjer. Blant annet inneholdt disse retningslinjer i forhold til prisdannelser, som i seg selv medvirket til å minske grunnlaget for den opprinnelige tankegang med økt markedsorientering og konkurranse.

For sykehusenes vedkommende var det bestemt at de skulle fortsette driften, selv hvis det oppstod økonomiske underskudd. Eventuelle underskudd var de lokale distriktsmyndigheter (Health Authorities) påtvunget å dekke. Heller ikke dette element ga optimale insitamenter for sykehusene til å sikre den mest hensiktsmessige økonomiske drift. Og det kan i seg selv være en forklaring på den relativt tilbakeholdende linje (med ”shopping”) fra Health Authorities.

Et egentlig marked for helsetjenester ble således aldri riktig utviklet. Da New Labour i 1997 formelt avskaffet det interne marked, var det mer en symbolsk handling enn en reel forandring. Selv den konservative regjering hadde i slutten av sin regjeringsperiode endret betegnelsene fra kjøper-selger til bestiller-utfører (og derigjennom søkt å symbolisere at de to begrepene rent *signalmessig* kan være forskjellige selv om de som tidligere anført i denne evaluering antas å være synonyme) og fra konkurranse til samarbeid.

Et av hovedformålene med reformen i 1991 var dessuten å oppnå økt driftseffektivitet – skapt gjennom konkurranse i kjøper-selger forholdet. Dette betød at reformen på kort sikt skulle føre til fallende priser i markedet (skapt via den økte konkurransen) og økt produktivitet på sykehusene. Begge hypoteser er siden undersøkt.

På markedsnivå har det kun vært mulig og relevant å undersøke virkningen av økt konkurranse på en delmengde av priser. Undersøkte priser og kostnader er de priser som Fund-holding praksis betalte til sykehusene, og kostnadene i forbindelse med supplerende ytelser (såkalte ”extra contractual referrals”). De supplerende tjenester ble kjøpt av District Health Authorities. Hovedparten av innkjøpene ble realisert gjennom såkalte blokkkontrakter som var uttrykk for forhandlede løsninger snarere enn løsninger via forut fastlagte priser.

Hovedresultatet av disse undersøkelser kan sammenfattes ved følgende sitat: *“Evidence for the effect of competition on prices is relatively weak”*.

Betrakter man produktivitetsutviklingen på sykehusene, kan man notere at de sykehus som overgikk til status som trust har hatt betydelige produktivitetsgevinster sammenlignet med ikke-trust sykehus. Konkurranse har tilsynelatende ikke har spilt noen stor rolle i denne sammenheng. Noe tyder på at sykehus som har kontrakt med mange små kjøpere ikke har økt produktiviteten så mye som sykehus med en eller få stor-kjøpere.

En mulig tolkning av dette er at kjøper-monopol eller kjøper-oligopol er en avgjørende faktor når vi ser på produktivitet. Bemerk også at produktivitetsgevinster må antas å komme de store kjøpere til gode – og kan kanskje forklare de manglende resultater av virkningen på prisene.

Effektene av reformene i 1991 kan umiddelbart sies å være svake – når det tas utgangspunkt i de fastlagte målsettinger. Reforminitiativenes virkninger skal imidlertid ikke undervurderes heller. Produksjonsstigningene i perioden etter reformen var betydelige i forhold til utviklingen både før reformen og etter 1997.

Oppdelingen i bestiller og utfører ble som tidligere beskrevet bevart etter 1997, men bestillerrollen skiftet organisering etter Labours overtakelse av regjeringsmakten. Primary Care Trusts erstattet Health Authorities som lokalt forankrede bestillingsorganer og GP fundholders som kjøpere av sykehusytelser. Man bevarte på den måten et viktig markedselement, men utviklingen med økt sentral styring og økt sentral fastlegging av relativt detaljerte rammer, reelt påbegynt allerede under Thatcher-Major-regjeringene, har gitt klare begrensninger for bestiller-utfører modellen. Særlig har utviklingen gitt mindre manøvreringsrom for bestillerrollen, også i henseende til mulighetene for å utvikle former for kommersialisering og markedsmessig tenkning gjennom bestillerrollen.

Kontraktperioden mellom PCTene og sykehusene er utvidet til minst tre år. På den måten er det lagt opp til en viss driftsstabilitet. Helseforvaltningene kan fortsatt velge å inngå serviceavtaler med andre enn de lokale sykehus. Derfor eksisterer det fortsatt en (formell) ”trussel” om konkurranse.

Det er allment akseptert at reformen og forsøkene på å innføre markedsprinsipper i betydelig grad økte kostnadsbevisstheten i det engelske sykehusvesen. Dette har lagt grunnen for senere reformer og senere holdnings- og adferdsmessige endringer, blant annet i tilknytning til sykehusledelse.

GP fundholders oppnådde derutover bedre priser ved kjøp av helsetjenester enn distriktshelsemyndighetene gjorde. De allmennpraktiserende leger som for alvor kastet seg inn i tankegangen omkring det interne marked, vurderedes derfor å ha hatt en rekke fordeler sett i forhold til praksisleger helt utenfor GP fundholder-ordningen.

De endrede organisasjonsformer for bestillerfunksjonen fra 1997 har ikke hatt vesentlige nye effekter. Tvert imot – i takt med den stadig sterkere sentrale styring og fastlegging av rammebetingelser – har det gitt de nye bestillere, PCTene, stadig vanskeligere vilkår å agere under. Sykehusene er sterke i forhandlingene, og ubalansen i informasjon mellom etterspørre og tilbyder av helsetjenester synes å ha ganske stor gjennomslagskraft. Stort sett ingen PCTer har skiftet tilbyder innenfor de siste år. I stedet er samarbeidet med bestemte sykehus fastholdt og utbygd, og det å skifte tilbyder forekommer i minsket omfang å være en del av de strategiske ”options” for bestillerrollen.

I juli 2005 publiserte the Healthcare Commission en vurdering av erfaringene hittil med de første 20 Foundation Trusts. Det er tatt utgangspunkt i erfaringene fra det første året. Vurderingen er primært en prosess-evaluering, fordi det ennå ikke foreligger egentlige resultater, f.eks. vedrørende faglig kvalitet. Hovedkonklusjonen i evalueringen er at man ikke kan konstatere vesentlige forskjeller i forhold til tidligere, verken positive eller negative, på det nåværende tidspunkt.

Nederland

Nederland skiller seg fra England og Sverige ved å ha en forsikringsbasert finansiering av helsevesenet. Nederland klassifiseres tradisjonelt som en sykekassemodell kjennetegnet ved både obligatorisk medlemskap av og obligatoriske bidrag til sosiale sikringsordninger.

Forsikringsselskapene betaler sykehusene for deres ytelser, hvilket kan sies å gi et mer naturlig fundament for en oppdeling av bestiller og utfører. Som for de skattefinansierte sykehusvesener gjelder det også for de forsikringsfinansierte sykehusvesener at det har vært betydelige variasjoner i den måte bestiller-utfører modellen har vært realisert på.

Etter en reform i 1988 overgikk Nederland til et mer markedsorientert system. Reformen opphevet den statlige regulering av sykehusbudsjetter og legehonorarer samt de statlige overenskomstforhandlinger med de legefaglige organisasjoner.

Det ble i forbindelse med reformen lagt flere oppgaver og mer ansvar ut til sykekassene og til produsenter av helseytelser. Styringen skiftet således karakter fra statlig detaljstyring til et prinsipp om vide rammer for selvregulering innenfor et rom gitt av en mer overordnet nasjonal myndighetsstyring og regulering av "markedet". Herunder ble bestiller-utfører tankegangen introdusert som et vesentlig virkemiddel for sykekasser og sykeforsikringsselskaper ("bestillere") i forhold til produsentsystemet, samtidig som mulighetene for involvering av helt private sykehus ble økt.

Senere er ansvarsfordelingen mellom regjeringen og dens institusjoner samt sykekasser og andre private organisasjoner blitt endret. Den nasjonale politiske og administrative styring er i dag utbygd.

Styring og administrasjon i forhold til helseytelser er desentralisert til 12 provinser (regioner) og til enkelte av de drøyt 700 kommuner i Nederland (de helt store kommuner). Provinsene er bl.a. ansvarlige for de regionale sykehus og for regionale helseplaner. Dessuten har sykekasser og sykeforsikringsselskap, pasientforeninger og fagforbund selvstendige ansvar på avgrensede områder, men er imidlertid samtidig underlagt en etter hvert sterk nasjonal myndighetsstyring.

Nederland har gradvis fjernet flere grunnleggende markeds- og konkurranseorienterte elementer i forbindelse med struktur for og styring av spesialisthelsetjenesten. Det

har videre vært en utvikling vekk fra bestiller-utfører modellen og en stadig stigende tendens i retning mot et mer integrert system. Utviklingen er primært skjedd gjennom statlige inngrep.

Det er imidlertid fortsatt et ønske å bibeholde former for markedsprinsipper, og det er et forholdsvis nytt initiativ å forsøke med skjerpet konkurranse mellom ”bestillerne” (sykekassene og sykeforsikringsselskapene). Herigjennom satses det også på mulighetene for gradvis økt konkurranse mellom sykehusene. Intensjonen har formelt vært å gi forsikringsordninger/sykekasser økte insitamenter til å velge de sykehus hvor kvaliteten er høyest.

Blant annet på grunn av helseområdets etter hvert gjennomregulerte karakter i det nederlandske system, har det imidlertid vist seg vanskelig å øke konkurransen bare mellom sykekasser og sykeforsikringsselskap gjennom de forskjellige innførte virkemidler. Egentlig konkurranse mellom sykehus synes det fortsatt ikke å være snakk om på noe i vesentlig grad.

Alminneligvis vurderes det at effektene av de nederlandske bestrebelser med reformer av sykehusvesenet gjennom bestiller-utfører konseptet har vært beskjedne.

Finland

Det finske helsevesen er kjennetegnet ved at det ikke er organisert med et regionalt nivå på samme måte som i de skandinaviske land.

I mai 2005 ble det nedsatt et utvalg som skal se på kommunestrukturen i Finland, herunder også på behov og muligheter for en eventuell regionalisering. Oppgavefordeling mellom nivå, herunder kommunenes oppgaver m.v., kan således komme i spill i forbindelse med dette utvalgsarbeidet.

Mandatet for utvalget er relativt bredt. Arbeidet skal være avsluttet i mai 2006, og det er på nåværende tidspunkt ikke mulig å forutse i hvilken retning utvalgets anbefalinger og forslag vil gå.

Omdreiningspunktet i det finske helsevesen er de 431 finske kommuner. Kommunene har det overordnede ansvar for å tilby innbyggerne både sykehusytelser og primære helsetjenester. En form for ”sørge for”-ansvar er således tillagt det kommunale nivå.

Kommunene finansierer helsevesenet over kommuneskatten kombinert med statlige blokktilskudd. De statlige tilskudd har vært avtagende i de senere år. Det finnes en ytterligere finansieringskilde, nemlig en obligatorisk ”nasjonal helseforsikring” som finansierer kontantytelser som sykepengen, barselspermisjon m.v. samt medisin-tilskudd, gjenopptrening og behandling hos fastleger og tannleger. Det er kun to skatteutskrivende nivå i Finland, nemlig staten og kommunene.

Kommunene er obligatoriske medlemmer av et av de 21 sykehusdistrikter som står for den spesialiserte helsetjeneste, og betaler et aktivitetsuavhengig bidrag hertil. Kommunene kan fritt velge hvilke sykehus de vil inngå avtale med om behandling av kommunens innbyggere. Der er herunder også mulighet for å inngå avtaler med private sykehus.

De 21 sykehusdistrikt er sammenfallende med 21 kommuneforbund. Sykehusdistriktene utgjør således et regionalt koordinerende ledd. Sykehusene kan oppfattes som en form for kommunale driftsfellesskap, hvor det samarbeides forpliktende om spesialisthelsetjenesten.

Kommunene innenfor hvert distrikt utpeker politikere – delvis i forhold til innbyggertall – som representanter til det lokale sykehusdistriktsråd, som typisk består av ca. 20 medlemmer.

Distriktsrådet ivaretar det samlede budsjett for distriktets spesialisthelsetjeneste, og rådet kan i et visst omfang (innenfor rammene av nasjonal myndighetsstyring) ta opp lån til investeringer. Rådet beslutter hjemler og disposisjonsmuligheter for produsent-systemet. Det er kun meget få og ubetydelige nasjonale retningslinjer.

I praksis er det stor forskjell på hvordan distriktene styrer sykehusene og ivaretar ”sørge for”-ansvaret. Der er likeledes store forskjeller på i hvilket omfang og konkret hvordan former for bestiller-utfører konsepter tas i bruk i relasjonene med sykehusene.

Kommunene og de enkelte sykehus inngår relativt generelle kontrakter/budsjetter for det enkelte år.

Avregningsformen mellom sykehus og kommune varierer, men en del bruker lokale DRG takster. Det finnes ikke egentlige nasjonale DRG takster. Hvis det ikke brukes DRG takster, er det typisk tale om senge dagstakster.

Et særlig kjennetegn ved det finske helsevesen er de kommunalt organiserte distrikthelsesentre, som ivaretar den primære helsetjeneste (tannlege, fastlege, forebyggelse, arbeidsmedisinske oppgaver mv.). De allmennpraktiserende leger er kommunalt ansatte.

Ut over normale primære helseoppgaver forestår disse distrikthelsesentre behandling og pleie av en del av de medisinske og ”letterere” kirurgiske pasienter som ikke har behov for spesialisert sykehusbehandling. Det er dog oftest tale om eldre pasienter, og det blir i praksis ofte tale om en glidende overgang mellom distrikthelsesentre og pleiehjem.

Distrikthelsesentrene har ofte 30-60 senger og er tenkt som en avlastning av de alminnelige sykehus både ved at noen innleggelser kan unngås, og ved at noen pasienter hur-

tigere kan tas hjem eller overføres til mindre spesialisert behandling, pleie og gjenopptrening. De mindre kommuner har ikke selv distriktshelsesentre, men inngår i kommunale fellesordninger.

Distriktshelsesentrene utgjør et prinsipielt grunnlag for sikring av at spesialisthelsetjenesten kun anvendes i nødvendig omfang og dermed også som grunnlag for LEON-prinsippet og for minimering av kostnadene til helse.

I prinsippet kan organiseringen av helsevesenet i Finland minne om en bestiller-utfører ordning, hvor kommunene (som kjøpere) inngår avtaler med sykehus om behandling av kommunens innbyggere.

Man kan imidlertid ikke tale om realisering av et bestiller-utfører konsept. I valget av sykehus innenfor det samlede produsentsystem har nettopp forankringen i det kommunale system kanskje vist at hensynet til det ”lokale” eller det nærmeste felles sykehus, herunder i sammenheng med kriterier omkring næringsutvikling og sysselsetting m.v., har hatt langt større betydning enn forutsatt, og at valg av produsent derfor kun i forholdsvis beskjedent omfang er skjedd ut fra hensyn som kvalitet, service og kostnadseffektivitet.

Oppgave- og funksjonsfordelinger og tiltak ut fra kvalitet-volum sammenhenger har dermed også vist seg vanskeligere å gjennomføre i det finske system.

6.4.2. Eier-myndighet

Forholdene omkring eierskap og myndighetsutøvelse har en rekke fellestrekk på tvers av land, men det er samtidig store forskjeller i organisatoriske rammer for og konkret applisering av eierstyring og myndighetsstyring.

Som det fremgår av gjennomgangene i dette kapittel kan eierskap til produsentsystemet være forankret på nasjonalt, regionalt eller lokalt nivå. De rettslige former for enhetene i produsentsystemet kan gå fra alminnelig offentlig institusjon over forskjellige former for halv-offentlig enhet til private virksomheter.

Eierstyring og overordnet, nasjonalt basert regulering og myndighetsstyring kan imidlertid samtidig innebære at private sykehus i noen land har meget begrenset autonomi og rom for egenregulering. Sykehus med formell status som offentlige institusjoner kan derimot ha vide rammer og rettigheter og stor grad av autonomi.

Også finansierings- og avregningssystemets innretning kan i den sammenheng påvirke produsentsystemets relative selvbestemmelse.

Samtidig kan det spores en viss tendens til oppbløtning når det gjelder myndighetsstyring. Denne form for styring har tradisjonelt vært basert på relativt presist fastlagte lover eller utfyllinger av lovverket. En tendens mot mer rammeorientert lovverk og mot

påvirkning gjennom politiske og nasjonalt-administrative hensiktserklæringer, planer, avtaler og tilkjennevisninger samt standarder og normer etc. synes i stigende omfang å erodere presise grenser mellom særlig eierstyring og myndighetsstyring. Myndighetsstyring – forstått som tradisjonelt oppfattede myndighetsorganers faktiske innsatser og faktiske styring – synes i voksende omfang å få karakter av bl.a. eierstyring eller av oppfølging i forhold til eierstyring.

Sverige

Generelt er svenske departementer små – og på nasjonalt nivå er det forskjellige former for styrelser og uavhengige enheter som står for premissleveranser i forhold til innholdsstyring samt innsatser som rekker over kontrollstyring, myndighetsstyring samt anbefalinger omkring rammebetingelser m.v. med karakter av eierlignende styring.

Tradisjonelt og formelt er styrelser og uavhengige råd, nevner etc. også utenfor direkte instruksjon fra ministerområdet som således utelukkende står for policy signaler og helt overordnede premisser og føringer vedrørende innhold, herunder prioriteringer. Premissleverandører og myndighetsorganer under ministerområdet omfatter bl.a. enheter vedrørende pasientklager og utvikling av systemer for pasientinvolvering og sikring av pasienters rettigheter. Også enheter vedrørende bedømmelse av nye behandlingsformer og medikamenter samt utrednings- og behandlingsforløp (medisinsk teknologivurdering, cost utility m.v.) og enheter vedrørende sikkerhet overfor feil og mangler i relasjon til medisinsk utstyr og medikamenter hører inn under ministerens område.

Diskusjonen rundt eierforholdene ble aktuell med de svenske helsereformer av styring av sykehusvesenet i 1990-årene, herunder innføring av bestiller-utfører konseptet på forsøksbasis og i egentlig drift.

Som berørt i det tidligere avsnittet om internasjonale erfaringer med bestiller-utfører modeller, har det i Sverige blitt forsøkt med privatisering (bolagisering) av sykehus. Det har vært opp til de enkelte län/regioner å avgjøre hvorvidt sykehus skulle privatiseres.

På grunn av de store regionale forskjeller i sykehusvesenets organisering, er det ikke umiddelbart mulig å gi en samlet karakteristikk for rollefordelingen mellom eier og myndighet. Så vel eierskapet som myndighetsrollen varierer mye mellom landstingene.

I Stockholm alene forekommer tre ulike eierskapsformer av sykehusene; forvaltnings-eide, offentlig eide aksjeselskap og privateide sykehus. I Region Skåne ble to sykehus privatisert (Simrishamn og Helsingborg sykehus) i en periode som ledd i reformene av helsevesenet. Begge vendte tilbake til offentlig eierskap etter ca. 4 år. Sykehuset i Simrishamn har imidlertid en spesiell modell, hvor produksjonen via kontraktstyring er utlisert til en privat entreprenør.

I forhold til produsentsystemer er det i 2005 tatt initiativ til å sikre nasjonal regulering (myndighetsstyring) i forhold til länenes muligheter for anvendelse av private produsenter. Det er i denne forbindelse fokusert utelukkende på spesialisthelsetjenesten. Det foreslås således at regionene alltid skal eie og drive minst ett sykehus, og at regionene alltid skal eie og drive regionssykehus (som i høy grad svarer til universitetssykehus). I primærhelsetjenesten er det i forveien tale om en stor grad av privat involvering, målt ut fra norske og danske standarder. Man kan diskutere om dette forslaget er et signal i retning av økt privat involvering i spesialisthelsetjenesten eller om det er et signal i retning av å sikre produsentsystemet, som i overveiende grad er offentlig eid. Det synes ut fra bemerkninger og forarbeid til forslaget å være tale om det siste.

I Sverige ivaretas myndighetsrollen både av de sentrale helsemyndigheter (primært Sosialstyrelsen) og de lokale landsting/regionsråd. Landstingene/regionsrådene har generelt så sterk autonomi at den sentrale myndighetsrollen på noen områder blir svak. Den sterke lokale autonomien sees for eksempel i forbindelse med lokalt truffet beslutninger om privatisering av sykehus. På samme måte treffes det lokalt beslutninger om relasjonen til de private sykehus (typisk kontraktstyring).

Virksomhetsjefene (de faglig ansvarlige) på de enkelte sykehusavdelingene er i høyere grad enn for eksempel i Danmark en del av myndighetslignende styring. Virksomhetsjefene har således personlig og på avdelingens vegne et ansvar overfor Sosialstyrelsen. Særlig på kvalitetsområdet er det svenske system uttrykk for en form for blandet nasjonal og regional myndighetsstyring og eierstyring. Myndighetslignende styring kan sies å være til stede gjennom det nasjonale nivåets intense involvering i kvalitetsarbeidet (i direkte dialog med de faglig ansvarlige på avdelingene). Det nasjonale nivå er ikke eier av sykehusene, men gir "anbefalinger". Dette etterlater likevel den regionale eierstyring som en avgjørende parameter i forhold til realisering.

Kontrollstyringen overfor både offentlige og private sykehus ivaretas av myndighetene. Styringen er oppdelt i alminnelig revisjon i forhold til gjeldende lovkrav og politisk revisjon. Sistnevnte er et utvalg politikere som kontrollerer om driftsenhetene (sykehusene) i praksis gjennomfører og utlever de politiske beslutninger som er truffet. Dette foregår med utgangspunkt i læring og i dialog med driftsenhetene.

I følge eksempelet med Stockholm og Skåne, tyder det samtidig på at de lokale bestil-lerråd (det vil si basis for den lokale innholdsstyring) har vært underlegne sykehusene i forhandlingssituasjoner. Det kan således være indikatorer i retning av svak myndighet overfor sterke eiere i de tilfeller hvor eierskapet av sykehus ikke er offentlig.

England

Med reformen i 1991 ble også sykehusenes eierforhold endret. Sykehusene i England gikk gradvis over til å være trusts, det vil si selveide institusjoner med egne styrever, som ivaretok det overordnede driftsansvar. District health authorities ble fratatt driftsansvaret for sykehusene og opptrådte i stedet som kjøpere av helsetjenester fra sykehusene på vegne av lokalbefolkningen. Formålet med å selvstendiggjøre sykehusene var å oppnå bedre sykehusdrift gjennom bestiller-utfører prinsipper og økt konkurranse i produsentsystemet. Det endrede eierskapet av sykehusene var en vesentlig faktor til å oppnå dette formålet.

Den nye eierformen har imidlertid ikke gitt anledning til så stor grad av selvstendighet som konstruksjonen rommer mulighet for i produsentsystemet. Selv om eierskapet og myndighetsrollen ikke er sammenfallende, har de sentrale helsemyndigheter i England allikevel hatt betydelig medbestemmelse over sykehusdriften. Sykehusene er således svært langt fra å være frie agenter på et marked. På tross av den formelle uavhengigheten ble de sentrale helsemyndigheter ved med å intervenere i sykehusenes interne bestemmelser – gjennom intensivering av myndighetsstyring og gjennom former med faktisk karakter av eierstyring. Sykehusene hadde på denne måten ikke mulighet til å lage en egen fri prisfastsettelse på de leverte tjenester, hvorfor sykehusenes inntekter reelt var offentlig bestemt. Derutover var det ikke tillatt for sykehusene å beholde eventuelle overskudd.

Myndighetsstyring fra nasjonale nivå og nasjonalt baserte styringsformer som har karakter av eierstyring, fremstår således fortsatt svært sterkt i det engelske system. Den formelle eierrolle og den formelle forankring av eierrollen har ikke gitt det råderom på desentralt nivå som modellen prinsipielt legger op til.

Nederland

Siden det er forbudt ved lov å drive profitorienterte sykehus, er sykehusene primært private non-profit institusjoner. Sykehusene eies typisk av trossamfunn eller allmenntillegte organisasjoner. Sykehusene er sterkt politisk regulert på et detaljert nivå. Antallet senger, spesialistleger og takstene for pasientbehandling er alle politisk bestemte. Sykekassene er også non-profit organisasjoner. I 1999 var der 30 sykekasser med et gjennomsnittlig medlemstall på 300.000.

På tross for et privat eierskap av sykehusene, samt en fortsatt tendens til formell oppdeling av bestiller og utfører, er Nederland formodentlig et av de land hvor myndighetsstyringen fra nasjonalt nivå står sterkest. Sykehusene er underlagt en svært sterk sentral politisk styring, hvor selv svært detaljerte forhold er gjenstand for rammer og regulering. Der er således også former for faktisk eierstyring fra det nasjonale nivå – uansett de formelle eierforhold.

Frankrike

Sykehusvesenets eierforhold er preget av variasjon over den overordnede tredelingen mellom tradisjonelle offentlige sykehus, ”halv-offentlige” sykehus (mye i retning av de engelske trusts eller de danske selveide institusjoner) samt private sykehus. I det franske system benevnes mellomkategorien ofte også som private non-profit sykehus.

Det nasjonale nivå eier – i pakt med den sentralistiske forvaltningstradisjon i Frankrike – formelt de offentlige sykehus, men styringen av sykehusene er i meget høy grad delegert til det regionale nivå gjennom de såkalte agences régionales de l’hospitalisation som også styrer kapasitetsanvendelse, budsjettfordeling samt oppgave- og funksjonsfordeling i de enkelte regioner.

Betydningen av de formelle eierforhold er blitt stadig mindre som følge av en sterk sentral myndighetsstyring og regulering av blant annet sykehuskapasitet (også for de private sykehus) samt en voksende tendens til forutsetninger om akkreditering/sertifisering via det franske akkrediteringsinstitutt opp gjennom 1990-årene. Tradisjonell myndighetsstyring avløses gradvis av overvåkning og kontrollstyring i det franske system, hvor nettopp akkrediteringskonsepter i stigende grad integrerer mange myndighetskrav.

Rommet for regional myndighetsstyring er generelt sett økt – også uavhengig av den anførte tendens mot akkreditering/sertifisering. Direction général de la santé og direction des hopitaux et de l’organisation utgjør enheter som med en blanding av myndighetsstyring og eierstyring har monitorert den franske helsesektor og spesialisthelsetjeneste, men hvor dekonsentrasjon av ansvar og kompetanser er foregått i betydelig grad over de senere tiår.

Gjennom overføring av en rekke nasjonale bemyndigelser og ansvar til uavhengige nasjonale enheter som kan ha ansvar for overordnet overvåkning på spesifikke felt, herunder omkring visse deler av avgrensning og plassering av høyspesialiserte funksjoner, er det også brutt noe opp i forhold til det tradisjonelle nasjonale system i Frankrike.

Noen av de uavhengige organer står også for kontrollstyring på bestemte felt. Disse organer medvirker derfor, sammen med akkreditering, evaluering og audits – som er gjort obligatorisk, til de endringsprosesser som til sammen har redusert den tradisjonelle myndighetsstyring gjennom de to ovenfor anførte ”generaldirektorater”.

De mange standarder og normer samt myndighetskrav gjelder i vid utstrekning også de private sykehus – og styringen og rammebetingelsene for både ”non-profit” og for ”profit” private sykehus i Frankrike er av en slik karakter at det kan være vanskelig å identifisere de helt klare forskjeller i grunnvilkårene for private og offentlige sykehus. Dette forsterkes av at de regionale nivå har mange inngripende atkomster også over for

den ”non-profit” private del av produsentsystemet – og at akkrediteringsbølgen som nevnt i seg selv påvirker produsentsystemet på tvers av skillet mellom offentlig og privat eide institusjoner.

Det er imidlertid forskjeller mellom ”non-profit” og ”profit” – også i henseende til autonomi – som ”profit” sykehus i langt høyere grad enn ”non-profit” og offentlige sykehus avregnes via betalingssystemer som har en viss karakter av case mix (tariffer som har sammenheng med kompleksiteten i de forskjellige pasientforløp samt utredninger/behandlinger).

Det franske helsesystem har – i forhold til glansperioden like etter 2000, hvor det franske system ble utpekt som et av verdens beste - fått en del riper i lakken. Dette har blant annet kommet i forbindelse med influensa-epidemier, hvor den eldre del av befolkningen er kommet i klemme i forhold til medisinske enheter med for lav kapasitet (tross den generelt store kapasitet i Frankrike) og i tilknytning til dødsfall i forbindelse med hettebølger i de senere år.

Sammen med stigende økonomiske vanskeligheter – foranlediget av bl.a. konjunkturfølsomheten i de arbeidsmarkedsbaserte franske forsikringssystemer innenfor helse- og sosialsektoren samt et medisinförbruk som er markant høyere enn i stort sett alle andre europeiske land - har dette gitt anledning til en del selvransakelse.

En rapport fra 2004 peker således også på store behov for endringer av eierstyring og myndighetsstyring i det franske system. Rapporten peker også på et generelt behov for og muligheter til å sikre større driftseffektivitet. Handlingsmønster blant leger kombinert med en nesten total mangel på arrangørstyring i Frankrike kommer også i fokus.

Eier-myndighet er et helt sentralt element i rapporten som peker på for store grader av utydelighet i styringslinjer og i fastleggelsen av ansvar og kompetanse, også i relasjonene mellom det nasjonale nivå og det regionale nivå.

Den såkalte ”L´Hopitaux 2007” – utarbeidet av den franske regjering i kjølvannet av 2004-evalueringen – sikter i meget høy grad mot reformer med omfattende organisatoriske og styringsmessige tiltak. Økt regulering og myndighetskrav er også en del av de forutsatte tiltak. Det er spesielt tale om foranstaltninger orientert mot økt arrangørstyring og bestrebelser på adferdsregulering overfor de helsefaglige profesjoner.

Finland

Sykehusene i Finland eies av de kommunale selskap som driver sykehusene i de 21 sykehusdistriktene. Kommunene utpeker folkevalgte politikere til styrene for sykehusdistrikt.

Myndighetsrollen ivaretas i overveiende grad av de sentrale helsemyndigheter (tilsvarende Sosial- og Helsedirektoratet), som inntil 1993 hadde svært vidtgående fullmakter

med hensyn til tilsyn mv. i sykehusdistriktene – og som ivaretok former for kontrollstyring og myndighetsstyring. Det statlige tilsyn – og derigjennom en vesentlig del av kontrollstyringen – ble fra 1993 delvis desentralisert til de kommunale selskap.

Kommunene bestiller helsetjenestene hos sykehusdistriktene og har fritt valg med hensyn til valg av leverandør. Leverandørene av tjenestene (sykehusdistriktene) er samtidig eiere av sykehusene. Sammenfallet mellom leverandør- og eierrollen har i det finske helsevesenet ikke medført en sterk eierstyring.

Dette henger bl.a. – og kanskje primært – sammen med at det er kommunene som råder over de ressurser som kanaliseres inn i produsentsystemet gjennom ”bestillinger”. Som omtalt i bestiller-utfører avsnittet ovenfor velger de enkelte kommunene i praksis nesten utelukkende å anvende lokale leverandører eller leverandører i det sykehusdistriktet som de selv indirekte – via det kommunale selskap – er eiere av.

Irland

Den irske helsereformen som aktuelt er under implementering (2005-2007), innebærer gjennomgripende forandringer av den samlede organisatoriske strukturen og av stort sett alle funksjonsmåter. Reformen har paralleller men også forskjeller i forhold til den norske sykehusreformen og helseforetaksmodellen.

Orientering mot sterkt forbedrede ledelsesformer og sterkt forbedrede rapporteringsformer kan oppfattes som parallelt med noen av de vurderinger som lå bak implementering av helseforetaksmodellen. Det samme gjelder i forbindelse med vektleggingen på meget klare ansvars- og myndighetslinjer.

Likeledes legger den irske organisatoriske helsereformen opp til omstrukturering av Departement of Health & Children og i det hele tatt av styringsstrukturene i forhold til spesialisthelsetjenesten på nasjonalt nivå. Det er tale om en relativt omfattende opprydningsinnsats, hvor en rekke tradisjonelle organer og råd samt enheter med roller og innflytelse i forhold til spesialisthelsetjenesten nå blir nedlagt.

Konsolidering av styringen via en nasjonal instans, Nasjonal Health Executive (NHE), og samtidig etablering av regionale ”networks” (for spesialisthelsetjenesten) og ”Regional Health Offices” (for primærhelsetjenesten) innenfor rammene av NHE indikerer imidlertid noen klare forskjeller mellom den irske reform og sykehusreformen.

For det første dekker NHE også primærhelsetjenesten.

For det andre synes etableringen av NHE og den ovenfor nevnte opprydningsinnsats å være uttrykk for en mer integrert filosofi hvor sondringer mellom innholdsstyring, eierstyring og myndighetsstyring ikke er gjort i nevneverdig grad – og hvor det kanskje til og med er satset på å forene disse styringsformene gjennom samme organisatoriske fundament (NHE og videre ”nedover” i styringskjeden) – og å supplere disse styrings-

former med kontrollstyring ikke minst i forhold til faglige standarder og kvalitetsarbeid m.m.

Innholdsstyring ivaretas av både Departement of Health & Children, på helt overordnet og policy orientert nivå, og av NHE i forbindelse med den mer konkretiserte innholdsstyring og prioritering.

Det er imidlertid tale om en klart målsatt rolle- og innsatsatskillelse når Department of Health & Children ikke har direkte instruksjonsfullmakter overfor NHE, som prinsipielt refererer direkte til ministeren. Man kan oppfatte dette som en form for atskillelse mellom innholdsstyring og eierstyring, ivarettatt gjennom henholdsvis departementet og NHE, men det synes heller å være tale om en atskillelse mellom ”policy-orientert” innholdsstyring og strategisk arbeid og strategiske analyser på den ene side og driftsorientert eierstyring samt konkretisert innholdsstyring og prioritering på den andre side.

Argumentasjonen i forbindelse med opprydningsinnsatsen har vært at mange av de spesielle instansene og enhetene som fungerte før reformen, kan skape risiko for fragmentering og virke dysfunksjonelt i forhold til bestrebelser på nasjonalt ledet og enhetlig, helhetsorientert planlegging og styring. Hertil kommer at nedleggelsen av disse spesielle organer, og i det hele tatt en kraftig reduksjon av organer, avspeilet det forhold at det i for stor grad har vært jobbet med ensartede oppgaver og innsatser av flere ulike enheter. Mulighetene for fruktbar komplementaritet i rolle- og arbeidsdelingen er derfor blitt gradvis erodert til fordel for tilstander med økt rolle- og ansvarsforvirring og dobbeltarbeid.

For det tredje er myndighets- og kontrollstyringen samt eierstyringen i det irske systemet, hvor styringsformene før reformen i vesentlig omfang var departementalt eller direktoratsmessig og dermed nasjonalt forankret, endret i betydelig grad.

Utover myndighetsstyringen i snever forstand, basert på det lovmessige m.m., er styring gjennom standarder, normer og retningslinjer i økt omfang lagt ut til det regionale nivå samt til det tidligere omtalte Health Information and Quality Agency (HIQA). HIQA er et nyopprettet og uavhengig organ som delvis forekommer å være inspirert av det franske Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé. Arbeidet med bl.a. faglige retningslinjer og kvalitetsstandarder synes således i noe omfang å være lagt utenfor NHE og dermed utenfor den primære nasjonale eierstyrings- og myndighetsstyringslinje. Gjennom eierstyring vil NHE ha en vesentlig rolle med å sikre den reelle implementering i produsentsystemet av de forutsetninger omkring kvalitet som HIQA gradvis bygger opp – bl.a. gjennom evalueringer og audits direkte i produsentsystemet.

Litt på samme måte som i Frankrike synes det således å være lagt opp til en utviklingslinje hvor kvalitetsarbeid og dokumentert kvalitet ikke presses frem i produsentsystemet gjennom tradisjonell myndighetsstyring, men gjennom kombinasjonen av evalue-

ring, audits m.v. og akkreditering. Det er selvfølgelig også elementer av kontrollstyring i dette perspektiv.

Uansett det ovenfor anførte omkring integrasjon av eierstyring og innholdsstyring avspeiler reformtiltakene imidlertid en vektlegging på forskjellige andre innsats- eller rolleadskillelser. Det er således gjort meget detaljerte innsatser for å sikre en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom det nasjonale nivå og det regionale nivå (og det lokale nivå, "Local Health Offices"). Det samme gjelder i forhold til spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten hvor det på nasjonalt nivå, fra og med NHE, tas utgangspunkt i en organisatorisk oppsplitting som omfatter "Nasjonal Hospitals Office", "Nasjonal Shared Services Office" samt "Primary Community and Continuing Care". "Hospitals Office" dekker over i alt 4 "regional networks" (på mange måter litt i stil med de regionale helseforetak i Norge og med Hovedstadens Sygehusfællesskab i Danmark), og "Primary Community and Continuing Care" arbeider gjennom 4 "Regional Health Offices" (som igjen arbeider med et antall "Local Health Offices").

"National Shared Services Office" skal prinsipielt arbeide med en rekke sammenbindingsmekanismer mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – og dette fokus er direkte organisatorisk forankret på nasjonalt nivå. Det suppleres gjennom en rekke forutsatte koordinasjonsmekanismer mellom de tre forskjellige søyler.

Den irske organisatoriske reformen har generelt vært preget av sterke bestrebelser på å sikre budsjettallokering og ansvar for budsjettfordelinger "helt nederst i den samlede styringskjeden". Bestiller-utfører elementer er det i praksis ikke satset på, kanskje blant annet ut ifra de erfaringene Irland har kunnet samle opp i tilknytting til NHS-initiativene på 1990-tallet. Imidlertid oppfattes Departement of Health & Children, jf. ovenfor, som en form for bestiller i forhold til NHE, på samme måte som de omtalte "networks" i en viss forstand står for bestilling av spesialisthelsetjenesteytelser.

Det er dog i en samlet betraktning symptomatisk at det i forbindelse med den irske reform er lagt vekt på at den private del av produsentsystemet skal oppfattes som en integrert del av det samlede produsentsystem, og at "networks" har en oppgave med å sikre at nasjonalt eide og privat eide deler av produsentsystemet fungerer samlet og koordinert. Konkurransen innenfor produsentsystemet gjennom bestiller-utfører mekanismer kan det således ikke sies å være lagt opp til.

Den irske reformen er kanskje et av de beste, nyere eksemplene på et meget sterkt fokus på å unngå (altfor) mange forskjellige styringsformer og (altfor) mange forskjellige styringsorganer. Dermed er det kanskje også et uttrykk for en erkjennelse av at muligheten for å oppnå faktisk realisering av reformmålsettinger og av forutsatte effekter, ofte kan være omvendt proporsjonalt med antallet anvendte styringsformer og styringsorganer.

Den irske reformen er derutover et uttrykk for noe som kan oppfattes som en mer generell tendens. Det er en generell tendens til bestrebelser for å atskille innsatser rundt kvalitetsarbeid og faglige retningslinjer fra den egentlige myndighetsoppgaven samt å sikre press mot dokumentert kvalitet og mot mer åpenhet fra de faglige miljø på foretaksnivå via mer auditpregede og rådgivende og ofte uavhengige nasjonale instanser.

6.4.3. Demokrati

Det gjelder generelt for de helsereformer som er foreslått og/eller gjennomført i de se-neste tiår, at demokratiaspektet har vært en vesentlig del av de samlede overveielser i forbindelse med reformtiltak.

Det har samtidig vært en tendens til at demokrati i forbindelse med helsevesenet i økt omfang oppfattes som dels den politiske styring av vesenet, og dels den demokratiske involveringen av pasienter, innbyggere og interessenter på en mer direkte måte enn via det tradisjonelle politiske system.

Det har likeledes vært en tendens til at overveielser omkring reformers påvirkning i forhold til demokrati også tenker inn "nærhet" samt "tilgjengelighet" til produsentsys-temet eller til deler av produsentsystemet.

Endelig synes også hele "rettighetsfeltet" i økt omgang å bli integrert i demokrati-oppfattelsen – retten til fritt valg, retten til individuell behandling og omsorg etc. som er en del av "de demokratiske rettigheter".

Sverige

Sverige har tradisjon for et forholdsvis stort antall politikere på lokalt nivå – i landsting eller regionsstyrer. Politikerne er lønnet og ivaretar det politiske tillitsverv som fulltids-arbeid. I tillegg er det nedsatt lokale distriktråd i forhold til de enkelte sykehus. De lo-kale distriktråd ivaretar en rolle som både styre og tilsynsmyndighet. Sykehusdirektø-ren refererer til det lokale distriktråd og til regionsstyret. Dette sikrer en kontakt fra driftsnivå til både bestiller og utførerinstans.

Den politiske revisjon som beskrevet i avsnittet om eier-myndighet, består likeledes av folkevalgte politikere.

I Sverige er det tradisjon for at politikernes interesserer seg for driften av sykehusvese-net på et meget konkret plan. De fleste politikere går jevnlig på besøk på de enkelte sykehusavdelingene for å oppleve hverdagen og drøfte aktuelle emner med det helse-faglige personalet.

Brukerråd, samfunnspaneler og tilsvarende strukturer for påvirkning knyttet til produ-sentsystemets enkelte sykehus og til forskjellige former for strukturutvikling er ikke særlig utbredt i Sverige.

Det finnes brukerorganisasjoner, for eksempel eldreråd, som har jevnlig møter med politikerne. Likeledes er det interesseorganisasjoner og pasientforeninger som bidrar med synspunkt til debatten.

Politikerne er vant med å føre omfattende dialoger med interessenter innenfor de områdene som det treffes beslutninger på. Dette medfører lengre tidshorisonter i beslutningsprosessene, men er også uttrykk for en demokratisering/involvering av innbyggerne i spørsmål vedrørende sykehusvesenet.

England

Reformen i 1991 medførte etablering av Hospital Trusts hvor sykehusene ble omdannet til selveide institusjoner med egne styrever. Styret for et Hospital Trust utpekes av representantskapet (Community of members) for trustet. Representantskapet er relativt stort, med ofte over 1000 personer. Representantskapet velges av pasientene, de ansatte og av befolkningen i lokalområdet.

Konstruksjonen sikrer prinsipielt forankring i lokalområdet og involvering av interessenter og lokalbefolkning i ledelsen av sykehusene.

Finland

Sykehusene i det finske helsevesenet eies av de 21 kommunale selskaper som driver sykehusdistriktene. Kommunene innenfor hvert distrikt utpeker politikere – delvis i forhold til innbyggertall – som representanter til det lokale sykehusdistriktsråd som vanligvis består av ca. 20 medlemmer.

Det er således en indirekte demokratisk representasjon til sykehusdistriktsrådene.

Med det finske helsesystemet har det ikke vært et selvstendig mål å oppnå økt demokratisering av helsesektoren. Det har ikke vært et selvstendig mål med det finske helsesystemet å oppnå økt demokratisering av helsesektoren, om enn dette emne også inngår i den kommende vurdering av behovet for revisjon av det finske helsesystem.

6.4.4. Kostnadskontroll, inklusiv finansierings- og avregningssystem

Kostnadskontroll er et emne av markant betydning i hver eneste av de reformer som er gjennomført i de vesteuropeiske helsesystemer. Å sikre en adekvat styring av ressursene og derigjennom skape balanse i økonomien for sykehusene er ofte en av de høyest prioriterte målsettinger med reformene. Det er imidlertid varierende i hvilken grad det er etablert finansierings- og avregningssystemer som understøtter målsettingene om bedre kostnadskontroll.

Som hovedregel er det ved etablering av markedslignende vilkår og gjennom atskillelsen av kjøper- og selgerrollene forutsatt at det nesten per automatikk vil skje en bedre kostnadskontroll ved at prisene på ytelser vil reguleres til det mest effektive nivå som følge av kjøpernes ageren på et fritt/friere marked.

Erfaringene fra de reformer som er gjennomført med utgangspunkt i bestiller-utfører modellen, tyder imidlertid på at innretning av finansierings- og avregningssystemene og tilretteleggelse av ressursstyring i produsentsystemet – en tilretteleggelse som ofte vil være påvirket av finansierings- og avregningssystemet – i nokså høy grad preger mulighetene for bedre kostnadskontroll, på samme måte som bestiller-utfører konsepter i seg selv gjør det.

Sverige

Kostnadskontroll har vært et helt sentralt emne i forbindelse med reformtiltak i debatten om det svenske sykehusvesens innretning og utvikling. Kostnadskontroll var således et av hovedargumentene for å avprøve bestiller-utfører konseptet på frivillig basis og et avgjørende grunnlag for premisser om forbedret driftseffektivitet i produsentsystemet. Som redegjort for i avsnittet om bestiller-utfører modellen, har konseptet ikke vist seg å være en selvstendig løsning på problemer vedrørende kostnadskontroll og fremme av driftseffektivitet.

Region Skåne har som eksempel i noen år anvendt budsjetttrammer som utgangspunkt for tilretteleggelse av ressursstyring etter en periode preget av effektene fra en meget aktivitetsbasert finansiering og avregning, hvor økonomien kom i stor ubalanse.

Region Skåne har nå – etter å ha oppnådd økonomisk balanse – besluttet å innføre et nytt finansierings- og avregningssystem, basert på såkalte ”vårdlogikker”.

Styremodellen basert på vårdlogikker tar utgangspunkt i fire vårdlogikker, som er en måte å dele opp aktiviteten i helsevesenet på. Det forutsettes at helsevesenets aktivitet kan deles opp i følgende fire logikker:

1. Nærsykehus-logikken
2. Elektiv spesialisthelsetjeneste-logikken
3. Akutt spesialisthelsetjeneste-logikken
4. Høyspesialisert helsetjeneste-logikken.

Alle pasientrettede aktiviteter som utføres i det skånske helsevesen kan plasseres i de fire logikker. Etter fordelingen av aktivitet i de fire logikker fordeles ressursene tilsvarende til logikkene. Herpå fordeles ressursene til de enkelte driftsenheter etter hvor meget aktivitet den pågjeldende enhet har innenfor hver logikk.

Det avregnes i forhold til DRG takster og – hvor det er mulig – i forhold til såkalt KKP (kostnad per pasient), som er en pasientspesifikk kostnadsberegningsmetode.

Hertil kommer aktiviteter innenfor utdanning/videreutdanning, forskning og utvikling samt legemidler, som alle har hver deres selvstendige logikk i ressursfordelingssystemet.

Fordelingen av aktivitet i logikkene er foretatt av Skånsk Livskraft – Vård & Hälsa.

Det gjøres opp årlig om det er omfordelinger i mengden innenfor hver logikk på de enkelte driftsenheter og følgende års budsjett justeres til den seneste oppgjørelse av volum innenfor logikkene.

Systemet, som ennå ikke er avprøvd andre steder i Sverige, settes i verk fra 1. januar 2006. Systemet avspeiler på mange måter en internasjonal tendens til å sikre større grader av gjennomsiktighet når det gjelder ”stykkpriser” – det vil si veldokumentert innsikt i hva de forskjellige typer av pasientforløp egentlig koster.

Det svenske system avspeiler muligens en tendens i forhold til ressursstyring – og i forhold til sammenheng mellom finansierings- og avregningssystem og ressursstyring – hvor vekten på budsjettoverholdelse og økonomisk balanse naturlig fortsetter, men hvor fokus i ressursstyringen utvides betraktelig gjennom langt større grad av orientering mot driftseffektivitet og effektiv logistikk i pasientforløpene.

Med utgangspunkt i England, men også aktuelt i f.eks. Sverige og Danmark, har LEAN slått an også i sykehusvesenet. ”LEAN-bølgen” innenfor sykehusvesenet er muligens en avspeiling av fokus på driftseffektivitet, på samme måte som tendensene til å synliggjøre kostnadene i de enkelte former for pasientforløp kan være det. Denne synliggjøring kan også være en effekt av DRG systemene, hvor produsentsystemet ofte fortsatt postulerer for lave DRG takster i konkrete sammenhenger, men uten selv å kunne dokumentere egne kostnader i de pasientforløp som finansieres gjennom en DRG takst.

Samlet kan det konstateres at erfaringene fra den svenske bestiller-utfører modell har vært at atskillelsen av bestiller og utfører ikke i seg selv har medført en bedre kostnadskontroll. Selv om det er forskjeller på tvers av län, gjelder dette formodentlig noenlunde generelt i det svenske system – og ikke bare for Region Skåne.

Det frie valg uten øvre grense i finansierings- og avregningssystemet for overføringer til produsentsystemet medførte ganske betraktelige budsjettoverskridelser i Region Skåne i slutten av 1990-årene. På det tidspunkt operertes det ikke alene med en oppdeling i kjøper og selger, men også med atskillelse av eierstyring samt innholdsstyring og myndighetsstyring, jevnfør det tidligere beskrevne forhold vedrørende privatisering av to sykehus i regionen.

England

Finansierings- og avregningssystemet og tilretteleggelsen av ressursstyring har ikke vært en helt avgjørende og primær del av de endringer som er gjennomført i England via helsereformer de siste 10-15 år.

Ansvar for økonomien er imidlertid omlagt i et vist omfang, og det har dermed også vært effekter for ressursstyringens tilretteleggelse.

De større legepraksiser (fastleger i primærhelsetjenesten) fikk med reformene opp gjennom 1990-årene et praksisbudsjett (de såkalte fund-holding practices) som inneholdt blant annet en del av utgiftene til sykehusbehandling av pasientene i de pågjeldende praksiser. Disse midler skulle brukes for å kjøpe ytelser fra sykehus. I 1999 var omkring 55 % av den engelske befolkning dekket av en denne form for fund-holding praksis.

Primary care trusts (PCT) er en nyere konstruksjon, men er til en viss grad en videreføring av fund-holding practices. PCTer er samlinger av legepraksiser, og får deres budsjett fra helsedepartementet som en form for blokktilskudd. Budsjettet brukes til å kjøpe/betale ytelser fra produsentsystemet.

Disse trusts tildeles et samlet budsjett til kjøp av:

- a) Sykehustjenester (elektive innleggelser, akutte innleggelser, polikliniske behandlinger)
- b) Ordinert medisin
- c) Diagnostiske undersøkelser
- d) Hjemmesykepleie og barnepleie m.v. (community health services).

For hver praksis i den enkelte gruppe oppstilles et såkalt indikativ budsjett, det vil si et budsjett for det forventede forbruk i den pågjeldende praksis. De alminnelige serviceytelser fra allmennpraksis, f.eks. konsultasjoner, er ikke omfattet av budsjettet, men avregnes som hittil ved en blanding av per capita og fee-for-service betaling.

En rekke av de store fund-holding praksiser fikk mulighet for å gå over til totalkjøp i 1995/96, det vil si til et budsjett som omfattet omtrent det samme som budsjettet for de nye primary care trusts. Disse såkalte total purchasing pilots – drøyt 50 i alt i England – ble evaluert for det første hele driftsår, 1996-97. Gruppene var imidlertid mindre enn de nåværende primærlegegrupper, med typisk 15-25 allmennpraktiserende leger med en samlet praksispopulasjon på mellom 25.000 og 35.000. Primary care trust-gruppene omfatter en befolkning på minst 100.000 innbyggere. I dag kontrollerer primary care trusts omkring 75 % av NHS' ressurser.

Prinsipielt har GP fundholders, herunder også de nyere primærlegegrupper, med reformtiltakene opp gjennom 1990-årene fått en sterk motivasjon til å behandle pasientene på laveste mulige kostnadsnivå (jevnfør LEON prinsippet) og så vidt mulig i egen praksis. Primærlegegruppen kan også beholde en viss andel av eventuelt ubrukte midler fra det tildelte budsjett, hvilket ut fra økonomisk insitamentstenkning forekommer å være viktig.

Ordningen med primærlegegrupper kan prinsipielt innebære et insitament til å sikre bedre forebygging, bedre pasientopplæring og pårørende-opplæring samt i det hele tatt økt pasientinformasjon og fremme av pasientenes egenomsorg.

Mange friske pasienter og mange pasienter med utpreget anvendelse av egenomsorg vil når alt kommer til alt kunne sikre den enkelte legepraksis eller den enkelte primærlegegruppe en sterk økonomisk infrastruktur.

Payment by results (PbR): DRG basert avregning med sykehusene

På bakgrunn av en rapport om finansierings- og avregningssystemet og ressursstyringen i den engelske spesialisthelsetjeneste, "Reforming NHS Financial Flows: Introducing Payment by Results" fra 2002, er det fra 2005 innført hva som reelt svarer til DRG finansiering av sykehusene. Ordningen settes imidlertid i gang på den måten at man i 2005/06 kun har ordningen for elektiv behandling. Det er planen at 90 % av all sykehusbehandling er dekket av ordningen i 2008.

Det er unntaksbestemmelser for Foundation Trusts. Noen av dem har imidlertid allerede tatt systemet i bruk.

Finland

Helsesystemet i Finland finansieres av kommunene gjennom en kombinasjon av kommuneskatt og statlige blokktilskudd. Sistnevnte har vært avtagende i de senere år. Det finnes ytterligere den finansieringskilde som utgjøres av en obligatorisk "nasjonal helseforsikring". Den nasjonale helseforsikring finansierer en rekke kontantytelser, herunder sykepenger og medisin-tilskudd samt gjenopptrening og behandling hos fastleger og tannleger (etter nærmere regler).

Det er kun to skatteutskrivende nivå i Finland (staten og kommunene). De kommunale driftsselskap som driver helsetjeneste har således ikke adgang til oppkreving av skatter.

Avregningsformen mellom sykehus og kommune varierer, men en del bruker lokale DRG takster. Det er ikke nasjonale DRG takster i Finland. Hvis det ikke brukes DRG takster, brukes det som regel sengedagtakster.

Det nåværende system med kommunal selvbestemmelse over kjøp av sykehusytelser til innbyggerne har vist seg ikke å medføre en egentlig konkurranse på priser. Det tas en rekke andre hensyn i Finland, blant annet lokale samfunnsmessige hensyn, i forbindelse med valg av sykehus.

Danmark

I Danmark har det som i Norge vært mange overveielser omkring ressursstyringen og av fordeler og ulemper ved anvendelse av henholdsvis rammeorientert og aktivitetsbasert styring. Oppstilling av budsjettmodeller med blandede former for rammestyring og aktivitetsbasert styring har således vært i fokus.

Det aktivitetsbaserte styringsgrunnlag for effektiviseringer og det rammebaserte styringsgrunnlag for utgiftskontroll kjemper så å si om overtaket, men aktuelt forekommer

rammebasert styring å være på vikende front. Med den kommende regionalisering introduseres anvendelsen av et økt omfang av aktivitetsbasert finansiering, på samme måte som kommunene og dermed deler av primærhelsetjenesten skal finansiere 20 % av spesialisthelsetjenesten gjennom bl.a. insitamentsstrukturer som prinsipielt kan gjøre det økonomisk favorabelt for kommunene å sikre korte liggetider og stor grad av håndtering av ikke minst langtidssyke, kronikere samt eldre medisinske pasienter.

I noe omfang sikter strukturreformen i Danmark således på å motvirke at for store deler av de kommende års oppgaver og ressurstrekk i forhold til en stadig eldre befolkning og en befolkning som i stigende omfang preges av livsstilssykdommer håndteres av en (fortsatt forholdsvis dyrere) spesialisthelsetjeneste.

Utvidelsen av aktivitetsbasert styring kan erfaringsmessig medføre risiko for uforutsett høye eller uakseptable utgiftsstigninger. Dette er i de fleste danske modeller søkt håndtert gjennom såkalte taksttak eller knekktakster. Det vil si at sykehusene meget vel kan ha aktivitet utover det budsjetterte, men at slike former for aktivitet honoreres med lavere satser (f.eks. kun 30 % av DRG taksten), og/eller at det er fastlagt et "tak", hvor det ikke kan avregnes utover taket. Et slikt tak kan ligge på eksempelvis 104 % av den budsjetterte aktivitet. Det er eierstyringen via amtene (svarende til fylkene) og de kommende regioner som i høy grad skal fastlegge de nøyaktige ressursstyringsmodeller for produsentsystemet.

7. Resultater av samtaler, ”mini spørreskjemaundersøkelse” og dialogkonferansen

I forbindelse med evalueringen av sykehusreformen er det gjennomført en rekke individuelle samtaler og gruppesamtaler med nøkkelpersoner. Samtalene er gjennomført på basis av en samtaleguide som var sendt til de aktuelle personene på forhånd. Ressurspersonene har bestått av en bred og representativ samling av beslutningstakere og andre interessenter innenfor det norske helsevesen. De ble rekruttert fra forskjellige nivå i helseforetaksmodellen: Det nasjonale nivå (herunder Helse- og Omsorgsdepartementet, Helsetilsynet og Sosial- og Helsedirektoratet), RHF-nivået og HF-nivået. Det har også vært avholdt samtaler med ”foretakseksterne” ressurspersoner: Bl.a. fylkesordførere, ressurspersoner fra pasientforeninger, fra Den norske Legeforening, Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet, og fra private sykehus. Vi har også intervjuet representanter fra Kommunenes Sentralforbund (KS). I alt knapt 60 ressurspersoner har på denne måte vært direkte involvert i evalueringsprosessen.

Formålet med samtalene har vært å få synspunkter på de tre hovedspørsmålene i evalueringen:

- Er foretaksmodellen egnet til å nå de *mål for organisatorisk funksjonalitet* som var reformens hensikt?
- Har foretaksmodellen lagt til rette for å nå de *effektmål* som reformen tok sikte på å nå?
- Har foretaksmodellen lagt til rette for *optimal sammenheng* mellom organisatorisk funksjonalitet på den ene siden og oppnåelse av forutsatte effekter på den andre?

Samtalene skal altså gi bidrag til spørsmålet om hvorvidt den organisatoriske ramme som er etablert har gitt grunnlag for å oppnå de mål og effekter som ble forutsatt i forbindelse med sykehusreformen.

Ressurspersonene har i forbindelse med samtalene utfyllt et ”mini spørreskjema” med noen få, sentrale spørsmål angående helseforetaksmodellens funksjonalitet. Resultatene av samtaler og spørreskjemaundersøkelse inngår i analysen av temaene, og i de overordnede vurderinger, konklusjoner og anbefalinger som er gjort i evalueringen.

Det har vært en forutsetning for samtalene at ingen av de informasjonen og synspunkter som er fremført under samtalene refereres i forbindelse med evalueringen på en måte som kan henføres til enkeltpersoner. Resultatet av samtalene er derfor holdt på et generelt nivå, og kun deler av de informasjonen og vurderinger som er fremført under samtalene er tatt med i denne rapporten. Det er særlig lagt vekt på å inkludere synspunkter som er dukket opp i flere sammenhenger og/eller på tvers av ressurspersonenes organisatoriske plassering og/eller regionale tilhørighet. Tilsvarende gjelder sitatene i dette

avsnittet. De er enkeltpersoners uttalelser, men representerer holdninger som deles av en større andel av de ressurspersoner som har inngått i evalueringen. Sitatene er ikke nødvendigvis uttrykk for konsulentenes synspunkter eller representative for analyseresultater eller konklusjoner i evalueringen.

I september ble det dessuten avholdt en dialogkonferanse i Oslo. Deltakerne på Dialogkonferansen var de ressurspersoner som tidligere i evalueringen hadde deltatt i individuelle samtaler eller gruppesamtaler, samt en rekke andre nøkkelpersoner med sentrale poster i det norske helsevesen. Det var representanter fra RHF-nivå, HF-nivå, sykehus, ledere av klinikker/avdelinger, og andre interessenter, herunder fagforeninger, brukerorganisasjoner og bransjeorganisasjoner.

Forut for Dialogkonferansen hadde konsulentene stilt opp en rekke hypoteser på bakgrunn av analysearbeidet hittil. Formålet med Dialogkonferansen var avkref-
tet/bekreftet disse hypotesene på en bred forsamling av nøkkelpersoner i det norske helsevesen.

I det følgende gjengis utvalgte utsagn fra samtalene med ressurspersonene og fra Dialogkonferansen. Gjengivelsene er samlet i forhold til de fokusområder som er gjenstand for evalueringen. De gjengitte utsagn er et uttrykk for ressurspersonenes oppfatninger, opplevelser, inntrykk og vurderinger. Det kan således forekomme synspunkter som ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med den ”objektive” virkelighet. De er likevel tatt med siden disse utsagn representerer den praktiske virkelighet for ressurspersonene. Resultatet av den ”mini spørreskjemaundersøkelsen”, som har vært gjennomført i sammenheng med samtalene, refereres til slutt i kapitlet.

Sykehusreform og Helseforetaksmodell

Generelt gjelder det forhold at det blant ressurspersonene er variasjoner i synspunktene vedrørende den organisatoriske funksjonalitet av helseforetaksmodellen. Disse variasjonene er gjengitt i det nedenstående.

På et vesentlig punkt er det generell enighet blant ressurspersonene. Det er at det med modellen er lagt til rette for korte og gode beslutningsveier, gode rammer for helhetstenkning og god styring av sykehusene.

Det uttrykkes fra mange hold en tilfredshet med modellen som konstruksjon og som ramme for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten. Blant annet er mulighetene for mer sikker og stabil styring av sykehusene forbedret i forhold til før reformen.

Det er imidlertid ressurspersonenes oppfatning at rammene ennå ikke er utfylt på den mest hensiktsmessige måten. En ressursperson formulerer det slik:

”Det at helseforetakene er samlet i regioner som har det overordnede ansvar for leveransene gjør at disse i høyere grad enn tidligere kan koordineres og

samordnes. Dette skjer i et visst omfang også i praksis. Det betyr imidlertid ikke at det på nåværende tidspunkt er en fullstendig hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling, men rammen er skapt og arbeidet påbegynt.”

Det framføres fra flere hold at styrene er rimelig profesjonelle. Det oppleves imidlertid en mangel på styremedlemmer som har erfaring med /forstand på sykehusdrift. Dette medfører at det i noen RHF/HF brukes uforholdsmessig mye energi på diskusjoner av rammer og betingelser for sykehusdrift.

Det er bred enighet blant ressurspersonene om at rammene er lagt for en god funksjonalitet. Det påpekes imidlertid i nær sammenheng med dette at disse rammene ikke (ennå) er utfylt. Det mangler stadig profesjonalitet i styrene på så vel RHF- som HF-nivå.

Blant ressurspersonene varierer synspunktene på det regionale nivå. Nesten alle har den holdning at det regionale nivå i dag ikke har den rette tyngde og rolle i forhold til spesialisthelsetjenesten som helhet. Holdningene er imidlertid delt i to leire, som samlet representeres i følgende utsagn:

”Den norske spesialisthelsetjeneste har ikke behov for et regionalt nivå. Det kan nedlegges og de enkelte helseforetak kan rapportere direkte til et sentralt direktorat.”

”De regionale helseforetakene bør styrkes til å ivareta en rekke av de oppgaver som i dag er lagt til Sosial- og Helsedirektoratet og som ikke løses tilstrekkelig konkret. Ansvar for oppgavene bør derfor tillegges RHF-nivået.”

I forlengelse av dette har flere ressurspersoner på eget initiativ brakt den regionale inndeling inn i diskusjonen. Det er mange synspunkter på den nåværende regionale inndelingen, og de samler seg særlig om to forhold: Delingen av Oslo-området i Helse Sør og Helse Øst samt motsetningsforholdet mellom Rikshospitalet/Radiumhospitalet og Ullevål Universitetssykehus. Det er fremkommet utallige forslag til endringer i den geografiske oppdeling av regionene, men da det ligger utenfor evalueringens fokusområde vil de ikke bli gjengitt i rapporten.

Alle ressurspersoner peker på at det er skjedd en markant utvikling i spesialisthelsetjenesten etter implementeringen av sykehusreformen. Mange er av den oppfatning at denne utviklingen ville skjedd uavhengig av reformen. Et eksempel på dette er utsagnene om at f.eks. kvalitetsarbeidet og arbeidet med oppgave- og funksjonsfordeling var påbegynt før reformen trådte i kraft, og at den ville ha fortsatt i samme stil uavhengig av reformen. Ressurspersonene peker imidlertid samtidig på at reformen har styrket rammene for denne utviklingen, og støttet opp under de gode initiativ som allerede var i gang.

Bestiller-utfører

De fleste ressurspersonene synes det er vanskelig å identifisere den merverdi som bestiller-utfører modellen skulle ha skapt for spesialisthelsetjenesten. En rekke ressurspersoner peker på at rollefordelingen virker uklar, og noen kaller den kunstig. Representativt for samtalene formulerer en ressursperson det på denne måten:

”Man kan spørre om staten er i stand til å skille de mange forskjellige roller. Jeg har ikke noe klart bilde av rolleadskillelse når jeg ser hvordan det hele fungerer i praksis.”

Overordnet pekes det på at det gjennom helseforetaksmodellen er skapt en større tydelighet og konsistens enn tidligere med hensyn til roller. Staten utøver den tiltenkte, overordnede rolle som myndighet og bestiller. *Samtidig* utøver staten i en viss utstrekning en mer konkret bestillerrolle. Det vil si at den fattet beslutninger på et alt for driftsorientert nivå. Et eksempel på det siste er endring av bestillinger og priser midt i et budsjettår.

Demokrati

Holdningen til fokusområdet demokrati er sterkt preget av det skifte i politisk forankring (fra Fylkesråd til Storting), som ressurspersonene påpeker. Den lokalpolitiske innflytelsen er redusert som følge av reformen, men den ”innbygger- eller brukerpolitiske” innflytelse er økt. Involvering av brukerråd, samfunnspaneler m.m. er økt i relativt stor grad siden reformen ble innført.

De fleste ressurspersonene opplever det som en gevinst for spesialisthelsetjenesten at den ikke lenger er styrt fra regionalt politisk nivå (fylkeskommunene). Mange av fortidens ulykker tilskrives at lokalpolitiske interesser har hemmet eller helt blokkert for helsepolitisk fornuftige beslutninger. De eksempler som gis på dette, omfatter spesielt mangelen på vilje til å gjennomføre nødvendige oppgave- og funksjonsfordelinger. Det er oppfatningen at den lokale sysselsettingssituasjon eller muligheten for å bli gjenvalgt har hatt større vekt enn gjennomføringen av nødvendige (og upopulære) beslutninger. En ressursperson formulerer det slik:

”Tidligere var helsesystemet preget av en del ”mis-management” og en altfor høy grad av lokalpolitisk detaljkontroll av driften på sykehusene.”

En annen formulerer det som en lettelse for spesialisthelsetjenesten at det overordnede ansvar er plassert hos de sentrale myndigheter:

”Med helseforetaksmodellen skal man til ministeren for å beklage seg over politiske beslutninger, hvilket er en barriere i forhold til det tidligere uendelige argumentasjonspress mellom lokalpolitikere og driftsledelser.”

Sitatet er et uttrykk for, at arbeidsbetingelsene i spesialisthelsetjenesten nå oppfattes som enklere enn tidligere. Det er mer plass og rom til å konsentrere seg om innholdet i ytelsene fram for å diskutere rammene for innholdet.

Styrene for RHF og HF er gjenstand for mange kommentarer fra samtaler og på Dialogkonferansen. Det er bred enighet om at styrene med helseforetaksmodellen er mer profesjonelle enn de fylkespolitiske utvalg som tidligere hadde ansvaret for sykehusene. Det er imidlertid også enighet om at styrene kan bli enda bedre enn i dag. En ressursperson har formulert det på denne måten:

”Styrene er rimelig profesjonelle. Det er mangel på medlemmer av styrene som har erfaring med /forstand på sykehusdrift, hvilket medfører at det brukes energi på vedvarende diskusjoner som ledelsen ved helseforetakenes finner irrelevante.”

På Dialogkonferansen ble hensiktmessigheten av konstruksjonen med styrer på både RHF- og HF-nivå heftig diskutert, holdningene er delte. En stor gruppe mener at ett styrenivå med fordel kunne fjernes, mens en annen stor gruppe er av den oppfatning at det er en gevinst for spesialisthelsetjenesten å ha (profesjonelle) styrer på begge nivå.

Det er en helt generell enighet om at den økte brukerinvolvering er et positiv tiltak for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Det skrives som et faktum at det er krevende og tidkrevende å involvere brukene i det omfang det skjer etter reformen, men det betegnes samtidig som nyttig. Det gjelder både i forhold til spørsmålet om demokrati og i forhold til innholdet i brukerrådenes innspill. Igjen pekes det på at dette også hadde vært mulig uten reformen, men at det reelt sett er reformen som har medført den økte og formaliserte brukerinvolvering på sykehusene.

Eier-myndighet

De fleste ressurspersonene er av den oppfatning at atskillelsen av roller mellom eier og myndighet ikke reelt har funnet sted i det omfang som var tenkt gjennom reformen og helseforetaksmodellen.

Den atskillelse av roller mellom eier og myndighet og mellom bestiller og utfører som Helseforetaksmodellen er basert på, oppfattes ikke som tydelig på sykehusene. I praksis oppleves Sosial- og Helsedirektoratet som en samlet organisatorisk enhet som ivaretar alle modellens roller. På sykehusnivå ser man ikke hvordan direktoratet evner å skille de forskjellige rollene.

Flere av ressurspersonene påpeker at

”.man kan møte flere roller i samme person. Dette er ikke en del av premissene for reformen og det er en uhensiktsmessig praksis. Delingen av ansvaret i en eieravdeling og en bestilleravdeling oppleves som en kosmetisk

øvelse, i og med at det politiske ansvar er samlet. Reelt er det en konsentrasjon av roller på departementalt nivå, hvor de som eier også kontrollerer.”

Flere ressurspersoner peker på at det utøves myndighetsstyring i svært stor utstrekning. Behovet for dette burde være minimalt når staten eier sykehusene og kan styre disse gjennom eierstyring.

Flere ressurspersoner stiller spørsmål ved hvorvidt atskillelse av eierrollen og bestillerrollen reelt kan la seg gjøre, og om det er ønskelig i helsesektoren. Det påpekes at det vil kreve at pengene følger pasienten i et system med en egentlig markedsdannelse og produksjonsalternativer som ikke er til stede i dag. På Dialogkonferansen ble dette diskutert med den konklusjon at det ikke anses som ønskelig å i retning av mer markeds-lignende vilkår. Tvert imot vil dette blokkere for en mer hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling på tvers av regioner og helseforetak. Dette blir ikke oppfattet som ønskelig; i hvert fall ikke av de offentlige deltakerne på Dialogkonferansen.

Kostnadskontroll

Alle er enige om at kostnadskontroll har vært et helt sentralt emne i debatten fram til sykehusreformen ble vedtatt. Både i samtalene og på Dialogkonferansen har temaet hatt en betydelig plass.

”Tidligere var det ikke tilstrekkelig fokus på kostnadsbevissthet. Budsjett disiplinen var lav og det var ingen sanksjoner overfor budsjettoverskridelser. Det er kommet fokus på disse områder, men det er formodentlig skjedd uavhengig av foretaksmodellen. Det er ikke elementer i foretaksmodellen som direkte sikrer at kostnadsbevissthet økes.”

Blant en stor del av ressurspersonene var holdningen at det i forbindelse med økte krav om kostnadskontroll bør være sterkere insitamenter for å sikre denne. Det pekes på at det verken før reformen eller i dag er sanksjoner overfor et RHF eller HF som ikke oppfyller de krav som blir stilt. Det gjelder så vel økonomiske krav som krav til kvalitet, ventetider mv.

”Regionene har etter reformen blitt mer robuste. Med budsjetter på 5 mrd. slipper man å diskutere effektene av at hofteproteser stiger i pris; det må man forventes å kunne klare innenfor budsjettet.”

Spørreskjemaundersøkelsen

En form for ”mini spørreskjemaundersøkelse” har vært gjennomført i sammenheng med de samtaler vi har beskrevet ovenfor. Stort sett alle ressurspersonene har besvart i alt 15 spørsmål vedrørende sykehusreformen og helseforetaksmodellen. Spørreskjemaet har vært bygd opp med faste, avgrensede svaralternativer.

Resultatene av spørreskjemaundersøkelsen fremgår av oversiktene nedenfor. Øverst i søylene fremgår det hvor mange ressurspersoner som har angitt svar i gjeldende svar-kategori.

Helseforetaksmodellen har gitt bedre rammer for å fokusere på behandlingskvaliteten i spesialisthelsetjenesten

	Helt enig	Ganske enig	Litt enig	Litt uenig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke
1	7	13	9	1	1	2	1
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

Spørreskjemaundersøkelsen støtter opp under resultatet av samtalene, hvor ressurspersonene svarte at det med helseforetaksmodellen er skjedd en forbedring i rammene for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten. Helt spesifikt mener ressurspersonene at dette også gjelder den behandlingsmessige kvalitet.

Helseforetaksmodellen er en god organisatorisk plattform for å skape de nødvendige hensiktsmessige tilpasninger og forandringer innenfor spesialisthelsetjenesten

	Helt enig	Ganske enig	Litt enig	Litt uenig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke
1	11	16	3	1	2	1	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Ressurspersonene mener at helseforetaksmodellen er en god organisatorisk *plattform* for å skape de nødvendige og hensiktsmessige tilpasninger og forandringer innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette understøtter at rammene er lagt for den videre utvikling, selv om det med dette spørsmål ikke gis svar på om dette har skjedd i praksis.

Helseforetaksmodellen gir et godt grunnlag for en hensiktsmessig oppgave- og funksjonsdeling innenfor spesialisthelsetjenesten

	Helt enig	Ganske enig	Litt enig	Litt uenig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke
1	12	13	5		3	2	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

I forlengelse av ovenstående spørsmål tilkjenne gir hovedparten av ressurspersonene likeledes at det også er et godt grunnlag for hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling. Vi vil understreke at vi også med dette spørsmålet forsøker å avdekke om *rammene* er til stede for den ønskede utvikling av spesialisthelsetjenesten. En mindre andel av ressurspersonene er ganske eller helt uenige i dette. I samtalene begrunnes dette med at ikke alle styrene er innstilt på å bruke den muligheten som eksisterer for å oppnå den mest hensiktsmessige oppgave- og funksjonsfordelingen.

Helseforetaksmodellen har styrket mulighetene for å dra nytte av den medisinske teknologiske utviklingen i spesialisthelsetjenesten

	Helt enig	Ganske enig	Litt enig	Litt uenig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke
1	1	9	12	1	3	3	4
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Ressurspersonene er mindre enige i spørsmålet om helseforetaksmodellen har gitt økte muligheter for å dra nytte av den medisinske teknologiske utvikling enn i de foregående spørsmål. Noen av ressurspersonene er ganske eller helt uenige i dette. Vi har fulgt opp dette spørsmålet i samtaler og på Dialogkonferansen. Resultatet av det har vist at det eksisterer tvil om helseforetakene evner å gjennomføre en tilstrekkelig grad av oppgave- og funksjonsfordeling til at det reelt kan dras nytte av utviklingen. Det pekes altså igjen på det forhold at det er utfyllingen av rammene som ikke har skjedd i tilstrekkelig omfang.

Brukermedvirkningen i helseforetaksmodellen er et gode for spesialisthelsetjenesten

	Helt enig	Ganske enig	Litt enig	Litt uenig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke
1	12	8	11	2			
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Her sees en markant positiv innstilling til brukermedvirkning. Det understøtter resultatene av samtalene og Dialogkonferansen, hvor brukermedvirkningen likeledes ble trukket fram som et spesielt vellykket element ved helseforetaksmodellen.

Helseforetaksmodellen har medvirket til økt fokus på pasientstrømmer og mer "sømløse" strømmer i det samlede helsevesen

	Helt enig	Ganske enig	Litt enig	Litt uenig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke
1	6	12	10		4	2	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Flesteparten av ressurspersonene erklærer seg enige i at modellen har økt fokus på sømløse pasientstrømmer. Dette kvalifiseres i samtalene i retning av at det blant annet har skjedd gjennom samlingen av sykehus i større helseforetak, og at disse har et samlet og felles fokus på helhetlig utredning og behandling av pasientene.

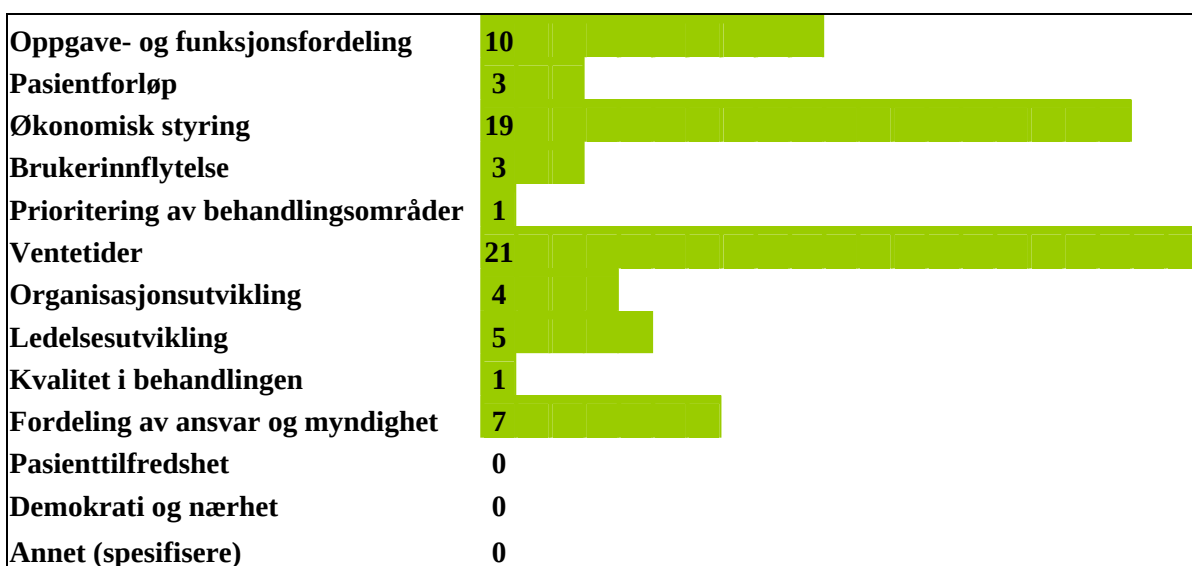
Mange av de senere års tiltak, initiativer og prosjekter innenfor spesialisthelsetjenesten ville ha kommet også uten helseforetaksmodellen

	Helt enig	Ganske enig	Litt enig	Litt uenig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke
1	11	5	6	3	4	1	2
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Som det framgår av den oppsummering av samtalene som er gjort ovenfor, har et flertall av ressurspersonene pekt på at mange av de tiltak som er gjennomført de seneste år ville ha skjedd uavhengig av reformen. På tross av at mange mener dette, er det imidlertid en mindre gruppe som mener at reformen har vært viktig eller avgjørende for å gjennomføre disse tiltakene.

Avslutningsvis i spørreskjemaet ble ressurspersonene bedt om å angi de tre områdene hvor helseforetaksmodellen har hatt størst gjennomslagskraft.

Vi ser meget tydelig at områdene ventetider og økonomisk styring er de hvor det er størst enighet om at helseforetaksmodellen har hatt virkning. Videre oppgis oppgave- og funksjonsfordeling samt fordeling av ansvar og myndighet som vesentlige områder hvor modellen har hatt innflytelse.



8. Tema

8.1. Innledning

I dette kapittel gjennomgås en rekke utvalgte tema. Hensikten med kapittelet er å utbygge analysen videre med identifikasjon av sterke og svake sider ved helseforetaksmodellen slik som disse sider kan utledes fra temaene og fra den utvikling som har vært i spesialisthelsetjenesten etter sykehusreformen.

De 6 temaene er utvalgt og konsolidert ut fra en opprinnelig bruttoliste på i alt 9 tema⁷.

Gjennomgangen av det enkelte tema følger en fast form som omfatter tre deler. Temaet introduseres først generelt. Deretter belyses sykehusreformens målsettinger og forutsetninger i tilknytning til temaet. Til slutt gjennomgås den faktiske utvikling etter sykehusreformen.

Det enkelte tema-avsnitt omfatter en vurdering av temaet i forhold til fokusområdene (eier-myndighet, bestiller-utfører, kostnadskontroll og demokrati). I beskrivelsen av det enkelte tema-avsnitt inngår også relevans og innhold av de forskjellige styringsformer (innholdsstyring, eierstyring etc.) og for de forskjellige systemer (pasienten, det politiske system etc.).

Det bemerkes at temaavsnittene bygger på gjennomgang av utvalgte analyser, utredninger og annet grunnmateriale, men også på innspill fra de involverte ressurspersoner, fra den gjennomførte spørreskjemaundersøkelse og fra dialogkonferansen. De 6 tema var en del av grunnlaget for gjennomførte gruppedrøftelser og oppsamlende plenumsdiskusjon på dialogkonferansen. Gjennomgang av de 6 tema omfatter også innspill fra den faglige backinggruppe som har vært involvert i evalueringen, og som deltok aktivt på dialogkonferansen.

⁷ De opprinnelige 9 tema var:

- 1) Kapasitetsutnyttelse og kostnadskontroll – herunder i forhold til ventetider/ventelister
- 2) Prioritering av ytelser, herunder i forhold til ressurstildeling
- 3) Kvalitetsstyring og oppgave- og funksjonsfordelinger, herunder i forhold til primærhelsetjenesten
- 4) Styring og overvåking av den faglige utvikling
- 5) Plattform og vilkår for den politiske styring
- 6) Individualisering, kravdannelser, fritt sykehusvalg og styring samt prioritering av ytelser og ressurser
- 7) Vilkår og muligheter for bestiller-utfører modellen
- 8) Driftsmessig effektivitet og optimal behandlingsmessig kvalitet
- 9) Helseforetak – rammer og vilkår for levering av helsetjenester

Dette er de seks temaene:

- Kapasitetsutnyttelse, kostnadskontroll samt ventetider
- Kvalitet, faglighet samt oppgave- og funksjonsfordeling – herunder forholdet til primærhelsetjenesten
- Plattform og vilkår for den politiske styring – herunder forholdet til demokrati
- Individualisering og fritt sykehusvalg versus styring og prioritering av ytelser
- Helseforetak – rammer og vilkår for levering av helsetjenester med optimal kvalitet
- Prioritering av aktivitet og ytelser for spesialisthelsetjenesten.

Det er vesentlig å understreke at temaene har en overlappende karakter, og at flere forhold og problemstillinger derfor kan være deler av flere tema.

To av fokusområdene (demokrati og kostnadskontroll) inngår direkte som deler av to tema, men er også relevante i forhold til andre tema. Bestiller-utfører og/eller eiermyndighet er relevant i forhold til alle tema.

Det bemerkes at et siste avsnitt i dette kapittel omfatter en oppsamlende og tema-tverrgående gjennomgang av status og perspektiver i forhold til fokusområdene (eiermyndighet, bestiller-utfører, etc.) Dette avsnitt omfatter også en samlet og tema-tverrgående identifikasjon av de dominerende styringsformer og systempåvirkninger etter sykehusreformen.

8.2. Tema 1: Kapasitetsutnyttelse, kostnadskontroll samt ventetider⁸

8.2.1. Generelt om temaet

Temaet omfatter overordnet to problemstillinger: kostnadskontroll og kapasitetsutnyttelse som generell problemstilling, samt kostnadskontroll og kapasitetsutnyttelse spesielt i sammenheng med ventetidsproblematikken.

Ventetider

Ventetidsproblematikken har vært og er i fokus på tvers av helsesystemene i Vesteuropa, og det er en generell målsetting at ventetider reduseres. Ventetidsproblematikken omfatter det dilemma at det ofte vanskelig lar seg gjøre (på kort sikt) å redusere ventetider samtidig med at kostnadsnivået fastholdes eller reduseres.

Det kan være lovbaserte eller andre former for regelbaserte krav om hvor lange ventetider det maksimalt kan være for forskjellige typer av utredning og behandling. Ventetidskrav av denne type vil ofte være landsdekkende.

⁸ Det er valgt å anvende en bred avgrensning av kostnadskontroll, slik at f.eks. også budsjettplanlegging og driftseffektivitet inngår i begrepet.

Ventetider til behandling monitorers ofte fra eierside og/eller bestillerside, men med store variasjonsmuligheter når det gjelder definisjonsområde (fra ventetider innenfor hovedfelter til diagnosebaserte ventetider).

Det kan være problematisk å sikre gode styringsparametre og -redskaper samt registreringer slik at det reelt er mulig å monitorere utviklingen i forhold til ventetider. Det er ofte del av en generell diskusjon om ventetider bør monitorers ut fra ”forventede” eller ut fra ”registrerte” ventetider.

Det kan i tilknytning til utvalgte former for utredning og behandling, ofte i sammenheng med normalt livstruende sykdommer, være ventetidskrav av en annen type enn ventetid til behandling. Det fastlegges i slike sammenhenger maksimale ventetider mellom forskjellige ytelser i et samlet utrednings- og behandlingsforløp. Det vil si en form for standard for pasientlogistikk i et samlet pasientforløp.

Produsentsystemet har det utførende ansvar for at de forskjellige relevante ventetider ikke overstiger fastlagte grenser, og at ventetidskrav overholdes.

Tiltak omkring ventetider kan gjennomføres uten at det skjer i sammenheng med spørsmålet om prioritering. Dersom en slik sammenheng ikke sikres, kan det være betydelig risiko for at ressurser settes inn for å øke kapasitet og redusere ventetider innenfor områder som er mindre prioritert ut fra overordnede føringer. Dette gjelder ikke minst i sammenheng med aktivitetsmessige målsetninger uten detaljert differensiering på hovedområder, diagnosegrupper eller spesialområder.

Kapasitetsutnyttelse

Målsetning om bedre kapasitetsutnyttelse stemmer overens med bestrebelser for å redusere ventetider. Reduserte ventetider kan i seg selv skyldes bedre kapasitetsutnyttelse.

Forbedret kapasitetsutnyttelse kan medføre både økte kostnader og reduksjon av kostnadsnivå. Produsentsystemet kan imidlertid ofte via optimal utnyttelse av kapasitet sikre bedre muligheter for kostnadskontroll.

Sykehuseiere kan prinsipielt ha interesse i å sikre bedre kapasitetsutnyttelse for å minimere investeringskostnader til utbygging av kapasitet, eksempelvis gjennom sykehusbygging.

Det kan ofte konstateres at sammenhengen mellom kapasitetsutnyttelse og kostnadskontroll – for eksempel både når det gjelder overholdelse av budsjetter og driftseffektivitet – blir håndtert meget forskjellig og med forskjellig intensitet. Dette gjelder både på tvers av offentlige sykehus, men også – og kanskje ikke minst – på tvers av private og offentlige deler av produsentsystemet.

Kostnadskontroll

Kostnadskontroll vil nesten alltid være et avgjørende kriterium i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det kan være mange forskjellige former for fokus, fra overholdelse av budsjetter via "performance" (driftseffektivitet) til spesialisthelsetjenestens samlede ressursforbruk og ressursforbruk fordelt på spesialområder.

Sammenhengen mellom kostnadskontroll og prioritering kan i den sammenheng være mer eller mindre fremme i den samlede styring. Det gjelder på alle nivå (nasjonalt, regionalt, lokalt).

Primære målsetninger om forbedret driftseffektivitet, snarere enn overholdelse av budsjetter, presser i retning av fokus på sammenheng mellom kostnader og aktivitet (samt kapasitetsutnyttelse), hvilket et isolert fokus på overholdelse av budsjetter ikke (nødvendigvis) gjør.

Kostnadskontroll vil alltid være forbundet med tilretteleggelsen av ressursstyring, på samme måte som kostnadskontroll vil være forbundet med finansierings- og avregningssystemets innretning.

Kostnadskontroll kan også vurderes i lys av spørsmålet om det er sammenheng mellom kostnader til primærhelsetjeneste og til spesialisthelsetjeneste samt den samlede helsesektors ressursbruk i forhold til andre sektors ressursbruk.

8.2.2. Sykehusreformens forutsetninger

I forbindelse med sykehusreformen var det ikke helt konkrete premisser angående sammenheng mellom ventetider, kapasitetsutnyttelse og kostnadskontroll.

Indirekte og ut fra forskjellige deler av bakgrunns materialet for sykehusreformen synes det imidlertid å ha vært forutsatt at det gjennom reformen og dannelsen av helseregioner og gjennom helseforetaksmodellen generelt kunne skapes grunnlag for samtidig å optimalisere kapasitetsutnyttelse, reduserte ventetider og forbedret kostnadskontroll. Dette skulle realiseres gjennom regional konsentrasjon, gjennom mulighetene for etablering av større helseforetak og gjennom økt fokus på mulighetene for tilretteleggelse av kapasitetsutnyttelse og kostnadskontroll på tvers av de enkelte helseforetak.

Med sentralisering av bestillerrollen i forhold til sykehustjenester og eierskapet til den offentlige del av produsentsystemet var det dessuten økt fokus på kapasitetsutnyttelse, og kanskje også på reduksjon av ventetider.

Spørsmålet om ventetider, og ikke minst geografiske forskjeller i ventetider, var en ganske vesentlig del av begrunnelsen for sykehusreformen. Selv om ventetidsproblematikken ikke var et direkte premiss i forbindelse med reformen, var problematikken likevel en vesentlig del av debatten omkring spesialisthelsetjenesten forut for sykehusreformen.

Presset i retning av reform økte kanskje nettopp fordi innføring av forskjellige former for ventetidsgarantier opp gjennom 1990-tallet ikke i praksis reduserte ventetidene. Tvert imot økte ventetider, samtidig som produsentsystemet og eierstyringen (via fylkeskommunene) ikke evnet (eller manglet vilje og/eller ressurser til) å sikre overholdelse av ventetidsgarantier.

De sentrale og mer konkrete målsettinger og krav om reduksjon av ventetider og ventelister kom i kjølvannet av sykehusreformen. Etter at reformen var gjennomført ble det markert at de nye regionale helseforetak og de nye helseforetak skulle sikre markant reduksjon av ventetider og ventelister.

Det var således også en del av bakgrunnen for reformen at det var oppstått synlige ubalanser mellom kapasitet og ventetider under fylkekommunenenes eierskap. Blant annet ga dette seg utslag i ledig kapasitet og korte ventetider i forhold til bestemte typer av behandling noen steder og presset kapasitet og lengre ventetider i tilknytning til samme type behandling andre steder. Lik tilgang til de forskjellige former for sykehuskapasitet på tvers av regioner og lokalområder var således ikke til stede.

Ønsket om å bringe inn private aktører hadde sammenheng med kapasitetsutnyttelse og ventetid. Private enheter ble sett som en mulig løftestang for bedre standarder omkring kapasitetsutnyttelse, men også som et middel som kunne bidra til å skape en samlet forøkelse av kapasitet. Forutsetningene om mer privat aktivitet hadde således også sammenheng med behovet for reduksjon av ventelister og ventetider.

De private aktørene ble imidlertid også trukket inn fordi de var tenkt å representere et driftsmessig korrektiv til de statlige helseforetakene. Det var således en forestilling om at private aktører innenfor spesialisthelsetjenesten kanskje kunne være med å presse fram bedre kapasitetsutnyttelse og kostnadskontroll også i forhold til de offentlige helseforetakene.

Det var kanskje en forventning i tilknytning til sykehusreformen at en forbedret og mer detaljert monitorering av ventetider og ventelister kunne medføre økt konkurranse mellom helseforetak, herunder også mellom offentlige og private foretak, og på den måten forsterke en tendens til reel reduksjon av ventetider og bedre tverrgående kapasitetsutnyttelse.

I sammenheng med kostnadskontroll synes det samlede finansierings- og avregnings-systems ulikheter – Rikstrygdeverkets refusjon av polikliniske konsultasjoner, den DRG funderte innsatsbaserte finansiering og avregning av produsentsystemet i forhold til somatikken samt de spesielle avregningsmekanismer i forhold til psykiatrien – ikke å ha vært et vesentlig element i forbindelse med sykehusreformen.

Imidlertid kan deler av det verdimessige grunnlag for aktivitetsbasert finansiering og avregning og aktivitetsbasert tilrettelegging av ressursstyringen i det enkelte helseforetak kanskje identifiseres i helseforetaksmodellen og i sykehusreformens betoning av produksjon, aktivitet, driftseffektivitet samt i underliggende premisser om mer ”private” og ”autonome” styringsformer og rammebetingelser for helseforetakene.

Det var et viktig mål med reformen å samle finansieringsansvar så mye som mulig på regionalt nivå gjennom de regionale helseforetak.

Kostnadskontroll var allerede før sykehusreformens et av de vesentligste emner og innsatsområder innenfor det norske helsevesen. Dette følges opp i reformen med målet ”mer helse for hver krone”.

Det har ikke vært signaler om at fokus på kostnadskontroll skulle reduseres, snarere tvert i mot. Sykehusreformens ble presset frem blant annet som følge av uenigheter mellom det statlige nivå og fylkesnivået omkring ansvar for utgiftsstigninger og budsjett-overskridelser og som følge av en stigende tendens til sær- eller tilleggsbevillinger til fylker eller til behandlingsområder.

Samtidig med dette fokus på kostnadskontroll var det en premiss i grunnlaget for reformen at ”I reformens første fase legges det ikke opp til større endringer enn det som er nødvendig for å gjennomføre statens nye ansvars- og eierrolle og at virksomhetene organiseres som foretak...”. Det var således også forutsatt at kostnadskontroll initialt skulle skje gjennom kjente og ikke gjennom nye virkemidler.

Det synes ikke å ha vært klare, konkrete premisser for kapasitetsutnyttelse på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i tilknytning til reformen. Dette selv om det i forarbeidet til reformen er anført at en sykehusreform ikke må gå ut over samhandlingen med primærhelsetjenesten, og helst skal sikre bedre betingelser for samhandling.

Sykehusreformens synes ikke å ha forholdt seg spesielt til i hvilket omfang private aktører kunne ivareta oppgaver innenfor det medisinske området og de medisinske aktiviteter, til tross for at det medisinske området og primærhelsetjenesten har vesentlige samspillsflater. Det elektive kirurgiske området var derimot åpenbart som et felt for private aktører innenfor spesialisthelsetjenesten.

8.2.3. Faktisk utvikling etter sykehusreformen

Eierstyring sammen med myndighetsstyring og ressursstyring vil prinsipielt og erfaringsmessig være avgjørende styringsformer i forbindelse med feltene omkring ventetider, kapasitetsutnyttelse og kostnadskontroll.

Det er ingen tvil om at det gjennom sykehusreformen er kommet et visst økt fokus på kapasitetsutnyttelse og et sterkt økt fokus på overholdelse av ventetider og på kostnadskontroll.

Ressurspersonene peker på kostnadskontroll som et felt hvor det fra alle sider og på alle nivå i spesialisthelsetjenesten har vært et markant og økende fokus etter sykehusreformen. Det synes også å være allment akseptert at kostnadskontroll (overholdelse av budsjetter) i stigende grad har blitt en parameter for suksess, og at en effektiv driftsledelse/foretaksledelse, både på regionalt nivå og i det enkelte helseforetak, skal være i stand til å skape balanse i økonomien.

Både på nasjonalt og regionalt nivå er det gjennom eierstyring og former for myndighetsstyring fokusert markant på ventetidsproblematikken.

Ikke minst eierstyringen har sikret klare resultater i form av generelt reduserte ventetider samt holdningsmessige endringer på helseforetaksnivå i forhold til ventetidsproblematikken.

Etter sykehusreformen forekommer kapasitetsutnyttelse å være det tema i forhold til kostnadskontroll og ventetider hvor det direkte søkelys har vært minst markant fra nasjonalt nivå.

Utover eierstyring og myndighetsstyring har også innholdsstyring vært brukt i forhold til kostnadskontroll, ventetider og kapasitetsutnyttelse etter sykehusreformen. Overfor helseforetakene og produsentsystemet generelt gjelder dette både fra nasjonalt og fra regionalt nivå.

Generelt bruker innholdsstyringen som helt vesentlig virkemiddel de såkalte ”bestillerdokumenter”, som også fokuserer på eller berører både kostnader, ventetider og kapasitetsutnyttelse.

Bestillerdokumentene fra det nasjonale nivå detaljeres i forskjellig omfang på tvers av de regionale helseforetak. Overfor de enkelte helseforetak, og ut fra regionenes ”sørge for”-ansvar, ligger bestillerdokumentene i stigende grad også som grunnlag for de regionale helseforetaks anvendelse av privat kapasitet.

Innholdsstyringens prioriteringsmessige fokus kommer noenlunde klart frem, om enn meget generelt, i bestillerdokumentene fra nasjonalt nivå, hvor departementet overfor

de regionale helseforetak beskriver premisser og føringer for RHF-nivået fordeling og disponering av ressurser. Det er således snakk om en helt overordnet form for budsjettering. Det kan kalles en slags proaktiv kostnadskontroll, hvor kostnadsnivå, og dermed også indirekte kapasitetsutnyttelse, gis føringer i forhold til bestemte aktivitetsområder eller ytelseskategorier.

Bestillerdokumentet for 2005 avspeiler en målsetting om samling av hele finansieringsgrunnlaget for "sørge for"-ansvaret på regionalt nivå. Etter sykehusreformen er bl.a. det økonomiske ansvar for pasienttransport overlatt til helseregionene, på samme måte som den innsatsbaserte del av finansieringen (DRG, poliklinikk, m.v.) går gjennom de regionale helseforetak.

Den polikliniske aktivitet finansieres/avregnes fortsatt av Rigstrygdeverket gjennom en logikk som er annerledes enn DRG systemets. Men igjen er dette tatt med som del av det samlede ressursgrunnlag som prioriteres og fordeles gjennom de regionale helseforetakene. Det samme gjelder for psykiatrien, som også fortsatt finansieres/avregnes utenfor rammene av det case mix baserte systemet, selv om takstene er lagt om fra 2005.

Bestillerdokumentene tar bl.a. utgangspunkt i det nasjonale budsjettarbeid og dermed også det politiske systems forutsetninger omanvendelse av ressurser og kapasitet. De regionale helseforetak anmodes også om å holde seg orientert om disse premisser.

Den videre konkretisering av bestillerdokumentene og av de forskjellige kriterier for fordelinger og disponeringer skjer gjennom de regionale helseforetak, men også i stor grad gjennom de enkelte helseforetaks arbeid med fordeling av ressurser. Reelt ligger det i den detaljerte budsjettering en relativt konkret innholdsstyring og dermed prioritering. På tilsvarende måte avspeiles prinsipielt forutsetningene for fordeling av samlet kapasitet.

Ventetider berøres fortsatt i bestillerdokumentene, selv om fastleggelse av ventetidskrav og sikring av produsentsystemets overholdelse av ventetider prinsipielt må oppfattes som en blanding av myndighetsstyring og eierstyring.

Bestillerdokumentene synes i stigende grad å signalisere en klar form for myndighetsstyring som virkemiddel i forhold til ventetider. Dette skjer gjennom Sosial- og Helsedirektoratets monitorering og oppfølging i forhold til ventetider, og i forhold til om lange ventetider eller overskridelse av fristkrav særlig rammer bestemte pasientgrupper.

Kostnadskontroll i mer tradisjonell forstand, forstått som overholdelse av budsjetter, har vært underlagt en særdeles omfangsrik og klart utbygd eierstyring i perioden etter sykehusreformen.

Foretaksmøtene og eiers påvirkning av de regionale helseforetak, samt de regionale helseforetaks påvirkning av de enkelte helseforetak, er ganske sterk i forhold til spørsmålet om kostnadskontroll, og den er antakelig økende. Det samme gjelder i forhold til rapportering om ressursforbruk og aktivitet, hvor både rapporteringskravene og detaljeringen av rapporteringskravene er utvidet. Overfor produsentsystemet gjelder dette både fra det nasjonale og fra det regionale nivå.

Også problematikken vedrørende samlet økonomisk balanse for RHF og HF, samt resultatkrav i den forbindelse, synes å ha fått et økt fokus gjennom eierstyring.

Kontrollstyringen i forhold til kostnader er antakelig også utvidet etter sykehusreformen gjennom helseforetaksmodellens forutsetning om foretak som egne rettssubjekter med tilknyttede eksterne revisorer.

Kontrollstyringen i forhold til kostnader må forventes ytterligere utbygd gjennom etablering av interne revisjoner innenfor rammene av foretaksmodellen, slik dette synes å være forutsatt gjennom foretaksmøtene i 2005.

En kombinasjon av eierstyring og kontrollstyring synes dermed samlet å ha sikret et meget omfattende og sterkt fundament for kostnadskontroll.

I den sammenheng bør det imidlertid legges til at det tilsynelatende ikke har vært klare, systematiske konsekvenser for det enkelte helseforetak eller for det enkelte regionale helseforetak når det i noen sammenhenger har vært budsjettoverskridelser eller manglende samlet økonomisk balanse.

Konsekvenser i forhold til manglende kostnadskontroll blir ofte identifisert gjennom eierstyringen i privat sektor. Konsekvenser i forhold til kostnadskontroll forekommer bare i noen grad, og kanskje til og med i begrenset omfang, å ha vært til stede i tilknytning til den offentlige del av produsentsystemet etter sykehusreformen. Dette selv om helseforetaksmodellens filosofi om økt autonomi for det enkelte helseforetak prinsipielt kunne tenkes å gi meget klare retningslinjer for hvilke konsekvenser utilstrekkelig overholdelse av budsjetter eller utilstrekkelig driftsmessig ”performance” generelt kunne tenkes å gi.

På den annen side forekommer RHF-nivået rapporteringskrav – samt vilje til hurtig inngripen overfor helseforetak dersom kostnadsutviklingen og/eller aktivitetsutviklingen ikke følger de stipulerte budsjetter – imidlertid å være stadig mer markant i perioden etter sykehusreformen i flere regioner. Rapporteringskrav rettet mot RHF omfatter både krav som mottas fra nasjonalt nivå via eierstyring og myndighetsstyring, samt krav som fremsettes overfor helseforetakene gjennom eierstyring

Det er ikke mulig å slå fast hvorvidt sykehusreformen og helseforetaksmodellen alene har vært avgjørende for det intensiverte fokus som har vært på kostnadskontroll. Denne

utvikling kan også observeres i stort sett alle andre vesteuropeiske land. Reformen og den måte foretaksmodellen reelt er brukt på synes imidlertid som minimum å ha understøttet utviklingen.

Det er bemerkelsesverdig at den omfattende eierstyring, herunder kravene til økt oppfølging, og den økte kontrollstyring i forhold til kostnader ikke har ført til lavere samlede utgifter for den norske spesialisthelsetjeneste, hvor kostnadene tvert imot er steget i alle årene siden reformen ble innført. Økte utgifter til spesialisthelsetjenesten synes imidlertid også å ha vært en tendens før sykehusreformen ble vedtatt.

Det er likeledes bemerkelsesverdig at det økte fokus på kostnadskontroll ikke har medført at det fire år etter sykehusreformen er balanse i økonomien i alle regioner og i alle helseforetak. Ut fra signaler på foretaksmøtene vil det tilsynelatende være vanskelig også i 2005 og 2006 å sikre en slik økonomisk balanse. Når det gjelder veksten i utgifter til spesialisthelsetjenesten, har enkelte ressurspersoner uttrykt det på den måte at det er "for mange penger i omløp og til disposisjon...".

Helse Øst og flere helseforetak (HF) har imidlertid lyktes i å skape og fastholde balanse i økonomien. Det er vanskelig å slå fast om det er rammebetingelsene for Helse Øst som er forskjellige fra rammebetingelsene for andre regioner og/eller foretak. Det kan i forhold til Helse Sør være en særlig problemstilling i forbindelse med Rikshospitalets ivaretagelse av en meget stor andel av pasienter fra Helse Øst og de finansierungs- og avregningsmessige premisser for denne aktivitet.

Generelt må økningen i kostnader i noen grad sees i sammenheng med sykehusreformens premisser om økt og lik tilgang til helsetjenester, samt kravene om reduksjon av ventetider. Dette er forhold som i seg selv kan skape grunnlag for økt aktivitet, hvilket rent faktisk også har kunnet konstateres i årene etter sykehusreformen.

I forlengelse av opptrappingsplanen gir innholdsstyringen klare premisser for styrking av tilbudet til psykisk syke. Også for andre pasientgrupper har innholdsstyringen lagt premisser om økt satsing.

Det kan antakelig heller ikke avvises at finansierungs- og avregningssystemets innretning i noen grad kan ha fremskyndet aktivitetsutvidelser og kostnadsstigninger i produksjonssystemet. Dette kan også gjelde for felt som ikke har vært prioritert.

Den stadige utsettelse av kravet om balanse for regionene kan imidlertid være en vesentlig risiko hvis fokus på kostnadskontroll og budsjettdisiplin skal fastholdes. Ikke minst hvis det fortsatt ikke får konsekvenser dersom budsjetter overskrides for de enkelte helseforetak og for den enkelte region. I denne periode hvor krav om balanse for RHF har vært utsatt, har RHFene samlet sett bygd opp en markant gjeld.

Sammenhengen mellom kostnadskontroll og driftsmessig effektivitet på den ene side og behandlingsmessig kvalitet og servicenivå på den andre side synes ikke å ha vært adressert systematisk etter sykehusreformen, verken fra nasjonalt eller regionalt nivå.

Det synes imidlertid gradvis å ha kommet en større grad av faglighet inn i forbindelse med budsjettering og fordeling av midler. Dette har også sammenheng med økt fokus på kvalitet. Flere ressurspersoner sier at det nettopp er etter at sykehusreformen trådte i kraft at fagligheten, understøttet av helseforetaksmodellen, er kommet mer med i det overordnede budsjettarbeidet.

Kostnadskontroll forekommer imidlertid fortsatt, og særlig etter sykehusreformen, å ha karakter av nettopp kostnadskontroll. Det vil si at sammenhengen mellom kostnadskontroll og kapasitetsutnyttelse – samt fokus på driftseffektivitet – fortsatt synes å spille en mindre rolle enn hensynet til å overholde ressursrammer.

Tilretteleggingen av ressursstyring på helseforetaksnivå avspeiler i noen grad dette forhold, hvor oppfølgingen i forhold til budsjettkontroll og økonomisk balanse klart dominerer. Samtidig har det ikke gjennom for eksempel eierstyringen eller myndighetsstyringen vært rettet fokus på eller stilt systematiske krav i forhold til ”performance”⁹ eller kapasitetsutnyttelse.

Myndighetsstyringens krav om utvidet monitorering og rapportering av ventetider og av utvalgte indikatorer (i forhold til epikriser, korridorpasienter m.v.) har imidlertid påvirket ressursstyringen. Denne typen krav har også gitt innspill til i større grad å se på sammenhengen mellom parametre som påvirker kapasitetsutnyttelse, ventetider, budsjett disiplin og servicenivå. Veksten i oppfølgings- og rapporteringsløsninger som har karakter av balansert målstyring eller ”balanced score cards” kan antakelig sees som en avspeiling av denne utvikling.

Verken gjennom nasjonal eierstyring eller innholdsstyring, eller gjennom myndighetsstyring eller kontrollstyring, synes kapasitetsutnyttelse etter sykehusreformen å ha vært i fokus på samme intensive måte som ventetider og kostnadskontroll.

Det har antakelig vært et økt fokus på kapasitetsutnyttelse etter sykehusreformen, og muligens også vært forbedringer. På samme måte virker eierstyringens krav om at rapportering og oppfølging bl.a. skal omfatte mål for belegg. Også arbeidet med oppgave- og funksjonsfordelinger etter sykehusreformen, som i stor grad er drevet fram fra det regionale nivå, kan ha berørt eller hatt sin delvise bakgrunn i behovet for bedre kapasitetsutnyttelse.

⁹ Med ”performance” og ”performance”-indikatorer tenkes det på målsetninger samt oppfølging i forhold til eksempelvis ”Antal DRG poeng per legeårsverk”, ”Produksjonsverdi i forhold til kostnader (direkte eller samlede)”, ”Liggedage per pleierårsverk”, etc.

For RHF-nivået har eierstyring og orientering mot kapasitetsutnyttelse ikke bare omfattet det enkelte HFs ”performance”, men i høy grad og i stigende omfang spørsmålet om samlet kapasitetsutnyttelse. Samlet kapasitetsutnyttelse omfatter blant annet tverrgående kapasitetsutnyttelse, samdrift i forhold til bestemte støttefunksjoner, og nye former for arbeidsdelinger mellom HFene osv.

Også for RHF-nivået har kostnadskontroll og overholdelse av budsjetter samt ventetider imidlertid vært helt vesentlige kriterier. Kapasitetsutnyttelse synes i høyere grad å ha vært et avledet eller sekundært kriterium, eller at kapasitetsutnyttelse har vært i fokus særlig som del av grunnlaget for budsjettoverholdelse.

Også produsentsystemets orientering mot kapasitetsutnyttelse synes å ha vært nyansert. Kapasitetsutnyttelse har vært i fokus for det enkelte helseforetak som grunnlag for å sikreaktivitetsmål (antall DRG poeng) og som grunnlag for å overholde budsjetter. Andre kriterier enn kapasitetsutnyttelse har således vært ledende, og kanskje også viktigere, for det enkelte helseforetak.

Det forekommer også å være noenlunde allment anerkjent at potensialet for optimering av kapasitetsutnyttelsen innenfor spesialisthelsetjenesten fortsatt er ganske omfattende. Dette kan gjelde både internt i det enkelte helseforetak og i forhold til den foretaksovergrepene utnyttelse av samlet kapasitet.

Det er ikke klargjort om det i dette bilde også ligger en mindre hensiktsmessig utnyttelse av den private sykehuskapasitet og/eller av den kapasitet som gjennom driftsavtaler med halv-offentlige enheter blir til deler av spesialisthelsetjenestens samlede kapasitet.

Det vil selvfølgelig være forskjell fra region til region og fra helseforetak til helseforetak når det gjelder kapasitetsutnyttelse. Det generelle bilde signaliseres klart når det snakkes om ”... fortsatt enorme potensialer for kapasitetsforbedringer i spesialisthelsetjenesten”. Dette forhold innebærer muligheter fremover, men kan samtidig være et faresignal eller et risikomoment. Alt annet tatt i betraktning kan det være vanskeligere å holde oppmerksomhet på kostnadskontroll m.v. hvis det på bred basis kan identifiseres kapasitetsmessig overskudd.

Det snakkes i flere sammenhenger om ”risiko” for (kommende) ”pasientmangel”. Dette er forhold som indikerer for stor kapasitet i forhold til behov, eller at sammenhengen i regionene og på de forskjellige helseforetak mellom forutsatt aktivitet og prioritering på den ene side og kapasitet og delkapasitet på den andre side ikke er i balanse. Nybygging eller planlagt nybygging av sykehus (St. Olav, Ahus, Innlandet, Østfold og Buskerud) kan være en del av dette bildet.

Den økte anvendelse av private aktører kan være en annen del av det samme bildet. De private sykehus stiller i helt overveiende grad kapasitet til rådighet innenfor et begrenset felt av ytelser; særlig innen spesielle deler av det kirurgiske området.

Fra noen helseforetak kan det identifiseres en viss markedsføringsaktivitet. For eksempel kan dette ses som en åpen reklame – eksempelvis om egne korte ventetider. Dette indikerer indirekte også ledig kapasitet. Også slike signaler kan være en del av det samme bildet.

Det synes å være en viss frykt flere steder på HF-nivå for at aktuelle opptaksområder ikke opprettholdes, og/eller at konkurranse mellom produsentene eller favorisering av bestemte produsenter samt utviklingen av ordningen med fritt sykehusvalg kan uthule det enkelte foretaks ”monopol” i forhold til et bestemt opptaksområde. En slik utvikling kan også føre til at det oppstår problemer med overkapasitet eller med lokal eller regional ubalanse i kapasitet.

I det hele tatt blir det snakket en del om ”konkurranse om kapasitet” – det vil si konkurranse mellom HF om hvem som skal utvide, redusere eller endre kapasitet. Inn i en slik konjunktur kan tiltak med henblikk på forbedring av kapasitet gi liten mening og være meget vanskelige å tilrettelegge rent insitamentsmessig.

Parallelt med fokus på ventetider og utnyttelse av kapasitet kan det etter fleres oppfatning identifiseres tendenser til overkapasitet på visse aktivitetsområder. Samtidig har deler av psykiatrien og det medisinske område, som står for hovedparten av spesialisthelsetjenestens aktivitet og akutte innleggelser, flere steder overbelegg, korridorpasienter og kapasitetsproblemer.

Fokus på samlet kapasitetsutnyttelse på tvers av de forskjellige nivå i helsevesenet forutsetter felles kapasitetsplanlegging og intensivt samspill og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette synes ikke å ha vært i fokus i noe større omfang etter sykehusreformen, utover eventuell innsats i regi av Sosial- og Helsedirektoratet.

Fritt sykehusvalg og tendenser til individualisering kan i seg selv medvirke til å presse ventetider ned, men også til å utvide forskjeller i kapasitetsutnyttelse og kapasitetsbehov på tvers av regioner og helseforetak.

Det påpekes således på bred basis at det er behov for å sikre mer sammenhengende kapasitetsutnyttelse – mellom HFene, men ikke minst på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, både i forhold til fastleger og kommunale helsetilbud.

Tendensen til økt antall kronikere og langtidssyke samt den demografiske utvikling med flere eldre legger således også et økt press i forhold til mer sammenhengende kapasitetsutnyttelse.

Det virker ikke som om det samlede finansierings- og avregningssystemets logikk og iboende insitamenter understøtter en sammenhengende kapasitetsutnyttelse på tvers av

spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Det kan også være dysfunksjonelle systemelementer som innebærer barrierer for bedre sammenhengende kapasitetsutnyttelse.

I bestillerdokumentene og på foretaksmøtene nevnes eller berøres problemstillingen omkring kapasitetsutnyttelse og kapasitetsbehov, men det forekommer ikke å skje på noen operasjonell måte. På samme måte forekommer det heller ikke å være helt konkrete tiltak eller føringer i forhold til kapasitetsutnyttelse.

Samtidig kan det imidlertid konstateres at helseforetaksmodellens tilretteleggelse av investeringssiden, og det enkelte helseforetaks utvidede ansvar som følge av overgangen til regnskapsloven, i seg selv kan medvirke til å skape press i forhold til kapasitetsutnyttelse.

På samme måte synes foretaksmøtene i 2005 å signalisere at Sosial- og Helsedirektoratet i videre utstrekning enn før skal gå inn i temaet med å vurdere kapasitetsutnyttelse og kapasitetsbehov. Dette fokus skal skje ut ifra et helhetsorientert, nasjonalt perspektiv.

Det har vært en nedgang i alle helseregioner når det gjelder ventetid til behandling, samtidig som forskjellene i ventetider på tvers av helseregionene er utjevnet.

Det har imidlertid vært en mindre økning i antall ventende til somatisk sykehusbehandling i 2005, på samme måte som det ikke har vært klare forbedringer i ventetider etter sykehusreformen når det gjelder flere av de alvorlige kreftsykdommer, hvor god prognose ofte kan være avhengig av tidlig inngripen.

Ventetider i forhold til forskjellige typer av utredning og behandling offentliggjøres med henblikk på sammenligning på tvers av regioner og helseforetak.

Redskapene for oppfølging av og selve rapporteringene vedrørende ventetider og ventelister er blitt bedre etter reformen. Likevel kan det fortsatt observeres mangler på dette området. En utvikling er imidlertid i gang, og det må påregnes stadig bedre og mer omfattende og nøyaktig oppfølging i forhold til ventetider. Gjennomsiktigheten omkring ventetider og ventelister kan være en del av grunnlaget for forbedret kapasitetsutnyttelse.

Det forekommer imidlertid bemerkelsesverdig at det i rapportering og oppfølging, hvor Sosial- og Helsedirektoratet på nasjonalt nivå er tildelt en vesentlig oppgave, primært etterspørres forventede ventetider. Forventede ventetider kan erfaringsmessig være en særdeles vanskelig størrelse og vanskelig å monitorere.

Sosial- og Helsedirektoratets rolle i forhold til ventetider indikerer at ventetidskrav og maksimale ventetider blir oppfattet som en form for pasientrettighet som det enkelte helseforetak skal imøtekomme, og hvor myndighetsstyring dermed blir aktuell. Eiersty-

ringen er imidlertid fortsatt, på samme måte som bestillerdokumentene, et vesentlig element i forhold til ventetidsproblematikken.

De gjennomførte samtaler med ressurspersoner peker nesten samstemmig på at sykehusreformen i seg selv har medvirket til å sikre reduksjon av ventetider. Ressurspersonene peker også på at reformens vektlegging av økt privat deltakelse i produksjonen av helsetjenester i et visst omfang har understøttet oppnåelsen av disse resultater.

Det bemerkes i flere sammenhenger at det etter sykehusreformen har vært en kulturendring. Før reformen ble ventelister i noen grad ansett for at være et gode (av produsentsystemet), som en form for "ordrerreserve" som kunne "anvendes" i forbindelse med anmodninger om flere ressurser og mer kapasitet. Etter sykehusreformen er det bygd en kultur hvor akseptable ventetider og ventelister er uttrykk for god styring, og hvor lange ventetider og lange ventelister ansees for å være "dårlig etikk og dårlig styring".

Samlet sett synes sykehusreformen og helseforetaksmodellen således å ha gitt grunnlag for klare adferdsmessige endringer når det gjelder ventetider og ventelister.

Produsentsystemet har naturlig vært opptatt av ventetidsproblematikken og kostnadskontroll. Et sterkt fokus på disse områdene har i økende grad vært en rammebetingelse for ethvert helseforetak i perioden etter sykehusreformen

Det har antakelig vært et mer differensiert fokus på ventetidsproblematikken og den forbundne kapasitetsutnyttelse fra produsentsystemet på grunn av ganske presis viten om de felter hvor hurtige forbedringer av ventetider kunne oppnås, og hvor de nødvendige kapasitetsutvidelser til å håndtere ventetidsreduksjoner kunne oppnås. Produsentsystemet har også hatt en bedre og mer detaljert viten om hvor forbedringer av ventetider samtidig kunne gi forbedringer av den samlede driftsøkonomiske situasjon, jevnfør finansierings- og avregningssystemet.

Det foreligger ikke noe materiale som kan gi svar på om enkelte helseforetak har forholdt seg lengre ventetider fordi de ut fra innbyggerne/pasientenes eller fastlegenes oppfatning leverer bedre kvalitet og dermed oppnår ekstraordinær søkning. Det er dermed heller ingen entydig viten om hvorvidt helseforetak kan ha ledig kapasitet til eksempelvis ventelisteavvikling fordi det ut fra innbyggernes/pasientenes eller fastlegenes oppfatninger ikke ytes tilstrekkelig kvalitet.

Bestiller-utfører kan være relevant i forbindelse med alle tre temadeler – kapasitetsutnyttelse, kostnadskontroll og ventetider, i og med at bestillerfunksjonen av egen kraft eller gjennom eksempelvis nasjonale føringer kan legge kapasitetsutnyttelse, pris- og omkostningsmessige forhold samt ventetider inn som kriterier i sammenheng med bestillinger.

Fra nasjonalt nivå forekommer det ikke å ha vært tydelige meldinger om hvordan bestilling av ytelser, enten overfor helseforetaksnivået eller overfor den private sektor, skal tilrettelegges, og hvilke kriterier som skal anvendes i forbindelse med valg av leverandør.

Driftsavtaler med eksterne enheter, inklusive leveransekontrakter med private sykehus, har imidlertid i en del sammenhenger tatt utgangspunkt i ventetidsproblemer og muligens manglende kapasitet i den offentlige del av produsentsystemet, for dermed å sikre tilstrekkelig fremdrift i arbeidet med å redusere ventetider. Kostnadskontroll må antas å ha vært et helt vesentlig kriterium i forbindelse med valg av leverandør.

RHF-nivået synes ikke å ha drevet frem egentlig markedsorientering og konkurranseutsettelse, og enda mindre synes å ha vært innstilt på å drive frem markedsorientering og konkurranseutsettelse; heller ikke som middel til kostnadsbegrensninger og reduksjon av ventetider gjennom bedre kapasitetsutnyttelse. Bestiller-rollen for det regionale nivå har således vært klart underprioritert i forhold til en linje hvor "sørge for"-ansvaret som grunnleggende utgangspunkt og for langt den største del av den samlede produksjon er blitt ivaretatt gjennom den offentlige delen av produsentsystemet. Anvendelsen av private leverandører synes å ha vært et supplement utelukkende på områder med åpenbare ventetids- og/eller kapasitetsproblemer.

Det er en avspeiling av dette at egentlige anbudsrunder hvor både private og offentlige deler av produsentsystemet har vært i spill ut fra kriterier omkring kapasitet og/eller ventetider eller kostnadskontroll, har vært stort sett ikke-eksisterende. Anbudsrunder og "innkjøp" tilrettelegges hovedsaklig overfor den private del av produsentsystemet og uten at den offentlige del av produsentsystemet i disse sammenhenger får lov til å by på tjenestene.

Det er ikke klart i hvor høy grad RHF-nivået har kontrollert kapasitetssituasjonen for "egne HF" før man er gått ut med bestillinger til private leverandører. Eventuelle mangler på dette felt kan muligens også forklares ut fra sykehusreformens premiss om å øke den private andel av den samlede sykehuskapasitet. Dette forhold har tilsynelatende også medført at de offentlige helseforetak kun unntaksvis blir bedt om å by på forutsatte bestillinger, selv om de kanskje har både relevante faglige kompetanser, relevant infrastruktur og kapasitetsoverskudd.

Bestiller-utfører-konseptet synes ikke å ha vært et dominerende, gjennomgående redskap i arbeidet med ventetidsreduksjoner, forbedret kapasitetsutnyttelse og samlet kostnadskontroll etter sykehusreformen.

Konseptets opprinnelige grunnlag hvor markedsorientering og økt konkurranse med henblikk på å oppnå vesentlige effektiviseringer innenfor produsentsystemet var et prinsipielt utgangspunkt, synes således bare å ha hatt relativt liten gjennomslagskraft i den norske spesialisthelsetjeneste.

For innbygger/pasientsystemet er det tale om en rekke delinteresser i forhold til ventetidsproblematikk og kapasitetsutnyttelse. Effekten av det generelle press fra selv et meget heterogent innbygger/pasientsystem skal neppe undervurderes, og den vil formodentlig vokse – med de konsekvenser dette må forventes å få også i forhold til det politiske systems fokusering og eierstyringen.

For det politiske system har kostnadskontroll og budsjettoverholdelse samt ventetider vært naturlig i fokus – men på generelt, overordnet nivå. I relasjon til kapasitetsutnyttelse har det politiske system neppe forholdt seg til dette på annet enn helt perifert plan.

8.3. Tema 2: Kvalitet, faglighet samt oppgave- og funksjonsfordeling – herunder forholdet til primærhelsetjenesten

8.3.1. Generelt om temaet og om relevante styringsformer og fokusområder

Temaet berører en rekke aktuelle utviklingstendenser, inklusiv det stigende fokus på forutsetninger og grunnlag for økt eller tilstrekkelig behandlingsmessig kvalitet. Oppgave- og funksjonsfordelinger blir i dette tema dermed også oppfattet ut fra faglige, kvalitetsmessige vinkler, men ikke ut fra kapasitets- eller ressursmessige vinkler.

Temaet omfatter den generelle problemstilling vedrørende prioritering av henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Den medisinske teknologiutvikling kan i seg selv presse kravene til spesialisthelsetjenesten stadig mer. Behovene for medisinsk og psykiatrisk kapasitet (og lavteknologisk utredning og behandling) samt forebygging og egenomsorg og grunnleggende helsefremmende innsats øker som følge av bl.a. den demografiske utvikling og utviklingen mot stadig større belastninger på helsevesenet som følge av livsstilssykdommer og kroniske lidelser.

I løpet av det siste tiåret er oppfatningen om at selvregulering innenfor det faglige miljø er tilstrekkelig til å sikre kvalitet i behandling, arbeidsmåter og prosesser i det samlede pasientforløp betraktelig redusert. En rekke studier fra begynnelsen av 1990-årene har påvist at allment aksepterte standarder for utredning og behandling i mange tilfeller ikke følges i klinisk praksis, at utviklingen av kliniske retningslinjer på mange felt ikke foregår i tilstrekkelig omfang eller tilstrekkelig ajourført, samt at det i den kliniske praksis skjer relativt mange feil og utilsiktede hendelser.

Som følge av utviklingen siden begynnelsen av 1990-årene, er kvalitet i utredning og behandling antakelig blitt et av de mest markante og vesentlige fokusområder i den videre utvikling av spesialisthelsetjenesten. Den stadig økende interesse for ekstern monitorering av faglig kvalitet kan sees i hele den vestlige verden.

Monitorering av faglighet og av faglig utvikling har tradisjonelt vært båret fram av selvregulering innenfor fagmiljøene, særlig innenfor legestanden. Ubalansen i informa-

sjon mellom den enkelte pasient og den enkelte kliniker har i den sammenheng spilt inn. Vektlegging av evidensbasert medisin, forskning og utvikling i det kliniske miljø har omvendt gitt basis for oppfatningen om at en selvregulerende faglighet kunne være både hensiktsmessig og tilstrekkelig. Ikke minst med den stigende innbygger- og pasientbevissthet og med den stigende tendens til å kreve dokumentert kvalitet og valgmuligheter, må det imidlertid antas at den tradisjonelle selvregulerende faglighet lever på lånt tid.

Som det fremgår, har produsentsystemet i årtier beskjeftiget seg med kvalitet, på samme måte som systemet tradisjonelt har vært sterkt orientert mot forskning og utvikling og mot evidens. Ut fra en overfladisk betraktning kan det således synes å være en diskrepans mellom de senere års fokusering på behovet for intensivt kvalitetsarbeid på den ene side og de faglige miljøers vedvarende innsatser med forskning og evidens, og med internasjonal utveksling av erfaringer omkring behandlingsformer og behandlingsformers effekter på den andre side. Neppe noen sektor er mer internasjonalt orientert og mer orientert mot utveksling av erfaringer med henblikk på læring og forbedring enn spesialisthelsetjenesten. Og uansett om det blir tatt i bruk et antall kvalitetsindikatorer innenfor et bestemt spesialområde, vil dette spesialområde fortsatt – ikke minst når det gjelder de store universitetssykehus – være orientert mot databaser og viten fra andre land og fra andre lands sykehus.

Problemet med kvalitetsarbeid og produsentsystem er således ikke manglende kvalitetsarbeid, men i større grad åpenheten – eller mangelen på åpenhet – vedrørende kvalitetsstandarder og effekter av forskjellige former for utredning og behandling.

Former for eksempelvis eierstyring eller myndighetsstyring i sammenheng med kvalitet handler således ikke primært om å intensivere kvalitetsarbeidet i produsentsystemet, men om å etablere pressmekanismer som strukturerer, systematiserer, homogeniserer, og ikke minst åpner dette arbeidet.

Produsentsystemets deltakelse i forbindelse med kvalitetsutvikling vil være helt nødvendig, og systemet vil være en sterk og kontinuerlig premissleverandør i denne utvikling. Eierstyring og myndighetsstyring m.v. skal således, sammen med presset fra innbygger/pasientsystemet og minimum aksepten fra det politiske system, sikre en anderledes styrt og strukturert deltakelse.

8.3.2. Sykehusreformens forutsetninger

Å få til bedre kvalitet og en mer hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling ut fra hensyn til kvalitet var et av de sentrale målene med sykehusreformen og helseforetaksmodellen.

I kvalitetsbegrepet lå også aspekter knyttet til demokrati og nærhet. Ambisjonen var således også at reformen skulle bidra til å gi befolkningen en mer lik tilgang til kvalitativt optimale helsetjenester. Forutsetningen var at en samling av eierskapet på en hånd ville bidra til en ressursfordeling som i høyere grad var basert på objektive kriterier, mer samordnet kapasitetsutnyttelse, og dermed likere tilgang til helsetjenester med mer ensartet og høy kvalitet over hele landet.

Målsettingen med og forventningene til reformen var således bl.a. at statlig eierskap og helseregioner ville legge forholdene bedre til rette for å få til en hensiktsmessig fordeling av oppgaver og funksjoner enn hva 19 fylkeskommuner kunne. Primært var fokuset rettet mot å få dette til i den enkelte helseregion, men i noen grad også via økt samordning mellom helseregionene. Blant annet gjelder retten til fritt sykehusvalg også utenfor egen helseregion.

Ikke bare gjennom oppgave- og funksjonsfordeling, men også gjennom myndighetsstyring, skulle reformen legge til rette for bedre kvalitet – i pasientbehandling, opplæring, forskning og utvikling m.v. I tillegg var det en premiss i forbindelse med utformingen av reformen at sykehus uavhengig av størrelse skulle drive kvalitets- og utviklingsarbeid som i noen tilfeller tenderer mot forskningsvirksomhet. Samtidig ble det antydnet at forskning i ordets klassiske forstand skulle lokaliseres til få og sterkest mulige miljø således at forskningen reelt skulle sentraliseres til universitetsklinikkene ved de fem regionssykehus.

I forarbeidene til sykehusreformen ble det gitt klart uttrykk for at forskningsområdet skulle styrkes – både i sin brede alminnelighet, og ikke minst gjennom et fortsatt tett og integrert samarbeid mellom de medisinske fakultetene og de store sykehusene; særlig regionsykehusene.

På tilsvarende måte var målsettingen at man gjennom å samle eierskapet på en hånd ville ha bedre forutsetninger for å utforme en helhetlig strategi når det gjaldt samarbeidet med og oppgavefordelingen i forhold til kommunene og primærhelsetjenesten. Det ble i forarbeidene til reformen klart understreket at den skulle bidra til et tettere og mer strukturert samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det skulle også finne sted en overføring av kompetanse fra spesialist til allmennlege, slik at sistnevnte skulle kunne ta seg av en så stor andel av pasientene som mulig. Tanken var ikke minst at strategier og policy for samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten skulle trekkes opp på sentralt hold, og deretter gjennomføres på RHF- og helseforetaksnivå.

Det fant sted en relativt omfattende omorganisering av de sentrale helsemyndighetene omtrent samtidig med helsereformen. Det var to hovedsiktemål med denne omorganiseringen. Dels skulle det frigjøres kapasitet i helsedepartementet til mer overordnet styring når staten skulle overta sykehusene, dels skulle det sikres en styrking på overordnet, nasjonalt nivå av den faglige styring og det faglige tilsyn med produsentsystemet (HFene). Omorganiseringen hang således også sammen med en oppfatning om at en økt myndighetsstyring i forhold til faglighet og kvalitet kunne være et effektivt virkemiddel.

Fastlegereformen var i liten grad koplet opp mot sykehusreformen. Fastlegereformen skulle først og fremst sikre at alle fikk tilgang til legetjenester, og at det ble kontinuitet i lege-pasientrelasjonen. Samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten var ikke en vesentlig del av denne reformens forarbeider og premisser.

8.3.3. Faktisk utvikling etter sykehusreform

Med den nye eierstruktur og helseforetaksmodellen ble det skapt forutsetninger for å planlegge å implementere oppgave- og funksjonsfordelinger ut fra faglige og kvalitetsmessige kriterier. Fokus på konkrete oppgave- og funksjonsfordelinger samt på kvalitet-volum-dimensjonen synes da også, sammen med vilje og ledelseskraft til implementering av oppgave- og funksjonsfordelinger, å være økt i betydelig grad etter sykehusreformen.

Det har uten tvil skjedd en videre oppgave- og funksjonsfordeling både internt i og mellom helseforetakene i perioden 2002-2005. Utviklingen på dette området har gått hurtigere i denne perioden enn i tilsvarende tidligere perioder, selv om bildet ikke er helt entydig. Det er forskjeller fra region til region. Av mange vises det til at det lå flere planer fra de tidligere helseregionene som RHFene kunne bygge videre på. I stor grad synes prosessene med oppgave- og funksjonsfordeling å ha vært drevet fram av RHFene.

De beste eksempler på oppgave- og funksjonsfordeling er kanskje omlegging/sentralisering av kreftkirurgi samt opprettelse av kirurgisk, nasjonalt ensartet tilbud i de 5 RHF ved noen få sykehus.

Arbeidet med oppgave- og funksjonsfordeling har vært lagt opp noe forskjellig i de 5 helseregionene. Litt forenklet kan man si at det har vært lagt til grunn to hovedstrategier for dette arbeidet:

1. Samle enkeltforetak i større og mer robuste foretak og så drive oppgave- og funksjonsfordeling i hovedsak innenfor rammene av de nye, større foretakene
2. I større grad drive oppgave- og funksjonsfordeling mellom foretak – uten først å ha gjennomført organisatoriske endringer. I denne siste situasjonen har RHFene ofte spilt en sentral rolle.

Som basis for oppgave- og funksjonsfordeling har helseregionene også nærmet seg kvalitetsdimensjonen med utgangspunkt i en diskusjon om ”volumkrav”; altså at det må være et visst volum på produksjon/aktivitet, for at den skal være faglig forsvarlig. Subspesialiseringen innenfor det kirurgiske området, men etter hvert også innenfor det medisinske, gjør i seg selv kvalitet-volum problemstillingen stadig mer vesentlig i forhold til de mer spesialiserte deler av spesialisthelsetjenesten.

Med sykehusreformen ble den politisk-styringsmessige kontroll i forhold til spesialisthelsetjenesten løftet ut av lokalsamfunnet. Det er fortsatt former for motstand fra lokale politikere og medier etc. Dette har etter reformen ikke minst manifestert seg i forhold til strukturendringer med oppgave- og funksjonsfordelinger. Bestrebelser på å ”løfte” lokale problemstillinger til departement eller til den nasjonale del av det politiske system har således vært en del av det som har preget perioden etter sykehusreformen.

Det økte brukerperspektiv etter sykehusreformen kan således være en vesentlig del av grunnlaget for økt kvalitetsarbeid. I tillegg er det en faktor som i seg selv kan legge et økt press på de enkelte HF når det gjelder kunnskap for HFene selv og for brukere/pasienter, vedrørende behandlingsmessig kvalitet.

Kravene til pasient-/innbyggersystemet stiger imidlertid også med en slik utvikling, hvor brukerorganer og pasientorganisasjoner og systemet i det hele tatt i økende grad må ta et ansvar for helhetsorientering og samlet prioritering – og dermed unngå fare for å ivareta rene partsinteresser.

Den faglige styring og det faglige tilsynet med foretakene er forsøkt styrket gjennom opprettelsen av Sosial- og Helsedirektoratet og Helsetilsynet som del av omorganiseringen av det sentrale helsesystem i tilknytning til sykehusreformen.

Det synes å være allmenn enighet om at særlig Helse- og sosialdirektoratet har tatt en svært aktiv rolle i arbeidet med faglige krav, samt i forbindelse med kvalitetsmessige forhold (kliniske retningslinjer m.v.), selv om disse oppgavene neppe kan betegnes som myndighetsstyring i tradisjonell formell forstand. Oppgavene har like mye karakter av å fastlegge rammebetingelser for produsentsystemet, hvor også eierstyringen prinsipielt kommer inn eller kan være relevant.

Helsetilsynet har på tilsvarende måte tatt en aktiv rolle i kontrollstyringen. Overvåkingen av produsentsystemet omfatter her ikke minst overholdelsen av faglige retningslinjer.

Helsetilsynet er således det sentrale uavhengige organ som gjennom kontrollstyring skal sikre at virksomhetene ved helseforetakene og den øvrige del av helsetjenesten drives innenfor faglig forsvarlige rammer. Tilsynets oppgaver og roller synes rimelig klar, og oppfattes også slik av foretakene.

Det er forutsatt at andre aktører utarbeider faglige retningslinjer m.v., mens Helsetilsynet oppgave er å se til at virksomheten drives innenfor disse retningslinjene; med andre ord å sikre mot ”faglig uforsvarlige aktivitetsmåter og -nivå”.

Det er så eiers oppgave igjen å følge opp tilsynets konklusjoner, og tilsynets kartlegginger og anbefalinger – uansett om dette skjer gjennom innholdsstyring eller eierstyring, eller gjennom etablering av rammer for utvidet myndighetsstyring.

Sykehusreformen har antakelig forbedret grunnlaget for sammenhengende systematisk kvalitetsarbeid, men det synes som om arbeidsdelingen mellom forskjellige aktører (og her ikke minst Helse- og Omsorgsdepartementet, Sosial- og Helsedirektoratet og de regionale helseforetak) ikke er entydig og optimal avklart.

I den forbindelse virker det heller ikke krystallklart hvordan arbeidsdelingen skal være mellom nasjonale, regionale og lokale aktører – bl.a. i forbindelse med kliniske retningslinjer, kvalitetsindikatorer og kvalitetsdatabaser/-registre.

Et rolleutvalg nedsatt i 2004 kan oppfattes som en indikasjon på at det gjøres forsøk på å sikre en klarere rollefordeling, som for eksempel mellom Sosial- og Helsedirektoratet og departementet. Rolleutvalget kan også sees som en avspeiling av at det fundamentalt sett er mangler eller justeringsbehov i den samlede organisatoriske struktur omkring helseforetaksmodellen.

Når det gjelder kvalitetsutvikling utover det som ligger i oppgave- og funksjonsfordeling og volumkrav, er det utviklet noen felles indikatorer, som alle foretakene rapporterer på, og hvor en form for myndighetsstyring (gjennom Sosial- og Helsedirektoratet) synes å være forutsatt. Få av disse indikatorer kan imidlertid sies å være effektmål. Det synes med andre ord som om reformen, i alle fall så langt, i liten grad har bidratt til å utvikle felles mål for behandlingskvalitet (effektmål). Blant de mål som faktisk anvendes, er andel korridorpasienter, epikrisetid samt andelen pasienter som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet.

Det synes å være bred enighet om at den videre strategi med et forbedret og mer omfattende kvalitetsarbeid – ut fra sykehusreformens premisser – klart bør forankres i de kliniske avdelinger og i de kliniske fagmiljøer.

Ubalansen i oppdatert viten mellom det nasjonale faglige nivå på den ene side og faglige miljøer på helseforetaksnivå på den andre side kan ikke umiddelbart forventes å bli redusert. Det er mulig at ubalansen vil øke og avhengigheten av fagmiljøenes kunnskap på helseforetaksnivå dermed også vil øke.

Når det gjelder fastlegging av kliniske standarder, faglige retningslinjer (”best practice”) samt premisser for ”god utredning og behandling”, vil denne ubalanse antakelig

øke. Det skyldes ikke minst den hurtige medisinske teknologiutvikling og spesialisthelsetjenestens sterke og stadig økte internasjonale orientering.

Det framtidige arbeidet med kvalitet (kliniske standarder, kvalitetsindikatorer m.v.) vil således løpe en betydelig risiko dersom de faglige miljøene på helseforetaksnivå blir ”overstyrt” av de sentrale miljøene. Dette fordi insitammenter og dynamikk i den lokale faglige utviklingen dermed kan bli kvalt. Omvendt bør de lokale faglige miljøene kanskje i høyere grad utsettes for press og resultatkrav fordi selve arbeidet med kvalitetsutvikling ellers risikerer ikke å bli drevet fram med tilstrekkelig kraft.

Sosial- og Helsedirektoratets videre innsats når det gjelder utvikling av kvalitetsindikatorer, bidrag i forbindelse med utvikling av kvalitetsdatabaser samt bidrag i forbindelse med utvikling av verktøy i kvalitetsarbeidet synes således å forutsette en tett dialog med de relevante fagmiljøer. Det synes således heller ikke å være snakk om en egentlig myndighetsstyring – på grunn av premisset om stor grad av samspill med produsentsystemet.

Det synes imidlertid langt fra å være klart hvilken konkret arbeidsdeling som ligger i ”den brede enighet” om at relevante faglige miljøer på HF-nivå må involveres på en aktiv måte i dette arbeidet. På samme måte synes det å være tvil når det gjelder hvorvidt en enighet på tvers av RHFene, eller for den saks skyld enighet på tvers av relevante HF, når det gjelder bestemte kliniske standarder eller bestemte former for kvalitetsindikatorer i seg selv innebærer realisering av nasjonale retningslinjer.

Det kan konstateres en rekke konfliktflater mellom særlig Sosial- og Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene når det gjelder faglig utviklingsarbeid og kvalitetsutvikling.

Når det gjelder håndtering av prosedyrer og avvik samt avviksrapportering gjennom felles (tekniske) fundament er det ikke etablert nasjonalt homogene løsninger. Sosial- og Helsedirektoratet arbeider angivelig med et prosjekt som skal sikre et nasjonalt meldesystem for avvik og avvikshåndtering, men flere av regionene har samtidig anskaffet eller overveier å anskaffe ”egne” løsninger i forhold til prosedyrehåndtering og avviksrapportering.

Helse Øst har påbegynt arbeidet med sertifisering ut fra ISO-standard. Målsettingen her er at denne form for sertifisering på sikt skal dekke alle helseforetak i regionen. De øvrige regioner har enda ikke tatt initiativ på dette felt. Det virker heller ikke som om Sosial- og Helsedirektoratet har tatt noen aktiv rolle i sammenheng med eventuelle krav om sertifisering (eller for den saks skyld akkreditering) av spesialisthelsetjenesten og produsentsystemet.

Ulike former for intern revisjon og/eller ekstern faglig granskning er gjennomført eller påbegynt av regioner, blant annet i forhold til brystkreftoperasjoner, i forhold til utvalg-

te faglige standarder. Den norske Legeforening har, muligens i sammenheng med godkjenning av avdelinger som utdannelse sinstitusjoner, arbeidet med former for "clinical audits".

Den nasjonale diabetesplan i 2005, og kreftplanen før det, er ofte nevnte eksempler hvor neppe noen kan hevde manglende behov, men hvor regionenes fagavdelinger og HF-nivået ikke har vært systematisk involvert i drøftinger og endelig beslutning om igangsetting.

Motsatt har regionene i fellesskap utarbeidet felles retningslinjer for behandling av ekstremt overvektige, tilsynelatende uten nevneverdig involvering fra Sosial- og Helsedirektoratet. Selv om det nettopp er direktoratet som formelt er "nasjonalt normerende" når det gjelder "faglighet".

Det synes i det hele tatt ikke som om det er gjennomført noen presis arbeidsdeling mellom de regionale helseforetakenes fagavdelinger og RHFenes "Nasjonale Strategigruppe for prioritering" samt Nasjonale råd for prioritering ledet av Sosial- og Helsedirektoratet.

Blant annet etter etableringen av fagavdelinger på regionalt nivå synes konfliktflatene å ha blitt utvidet – hvilket ikke nødvendigvis behøver å bety at opprettelsen av disse avdelingene og dermed styrkingen av det faglige arbeidet på regionalt nivå har være noen dårlig ide.

De etablerte fagavdelingene på regionalt nivå synes således i seg selv å ha gitt et bedre grunnlag for å integrere faglighet i forbindelse med f.eks. budsjettprosessen, på samme måte som disse avdelingene gjennom økt eierstyring kan ta fatt i behovene for å fokusere mer intenst på dokumentert kvalitet i helseforetakene.

Det synes viktig å holde fast ved at det med sykehusreformen og helseforetaksmodellen er etablert et klart bedre grunnlag for kvalitetsarbeidet. Rammene er på mange måter til stede og på sitt vis optimale. Og både via eierstyring, innholdsstyring og myndighetsstyring vil det være mulig å sikre videre utvikling.

Utfordringen er således primært å "utfylle" disse rammene på en måte som gjør at målsettingene om bredere dokumentasjon av og åpenhet omkring behandlingsmessig kvalitet kan realiseres. Likeledes synes det sterkt problematisk at kvalitetsarbeidet hittil (etter sykehusreformen) har vært for usystematisert, og at det fortsatt eksisterer et stort behov for mer konkret og presis rolleavklaring for de involverte interessenter.

Betydningen av disse "mangler" forsterkes av at nettopp kvalitetsarbeidet må formodes å være blant de helt vesentlige fokusområder for spesialisthelsetjenesten de nærmeste årene.

En kvalitetsorientert myndighetsstyring og kontrollstyring fra det nasjonale nivå overfor de private deler av produsentsystemet vil sikre at innbyggere/pasienter kan føle seg trygge også ved privat utført utredning og behandling. Formen for denne styring kan videre være løftestang for kvalitetsutviklingen innenfor den offentlige del av produsentsystemet.

Kontrollstyring kan være en vesentlig og effektiv styringsform i sammenheng med kvalitet jf. også den internasjonale gjennomgang i kapittel 8. I prinsippet er kontrollstyring en helt avgjørende styringsform når det gjelder monitorering av faktisk anvendelse og faktisk fase i produsentsystemet vedrørende f.eks. kvalitetsindikatorer og dokumentasjon av kvalitet og resultater.

Ulike former for kontrollstyring kan således kontinuerlig sikre ”temperaturmålinger” i produsentsystemet – hvor langt er man nådd de forskjellige steder med dokumentert kvalitet, med reel anvendelse av kvalitetsindikatorer, med prosesskvalitet osv. Den mulighet slike ”temperaturmålinger” gir, kan i seg selv gi økt fremdrift og mer intens eierstyring i relasjon til kvalitet fra det regionale nivå.

Det er i tiden etter reformen ikke utarbeidet, eller i liten grad utarbeidet, spesifikke registre som viser status og utvikling i kvalitet ved foretakene. Både via innholdsstyring og eierstyring fra nasjonalt nivå presses det nå på for at de enkelte regionale helseforetak skal forplikte seg til å medvirke og til å sikre (og medfinansiere) kvalitetsregistre.

Sykehusene må ha tilstrekkelig tilgang til eksisterende registre, slik at de kan følge opp egne pasienter/få opplysninger om dem. Flere ressurspersoner har i denne sammenheng angitt det som et problem for kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten at de datamesige regelsett omkring sikkerhet og fortrolighet i noen grad motvirker de behov produsentsystemet i tiden framover vil ha for å sikre en utvidet dokumentasjon av behandlingsmessig kvalitet.

Rammene for myndighetsstyringen i forhold til registre kan således være for snevre hvis ambisjonene omkring kvalitetsarbeid og kliniske databaser m.v. innenfor spesialisthelsetjenesten skal realiseres.

De regionale helseforetakene har etter reformen overtatt ansvaret for å inngå avtaler med privatpraktiserende spesialister (leger og psykologer). I flere av helseregionene utgjør dette en betydelig ressurs. Det synes å være behov for at denne ressursen trekkes mer systematisk og strategisk inn i arbeidet med oppgave- og funksjonsfordelingen i spesialisthelsetjenesten, og at de inngår som en mer integrert del av denne tjenesten, herunder også i forhold til kvalitet.

I relasjon til forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten etter sykehusreformen kan det tas utgangspunkt i følgende:

- De regionale helseforetak har alle vært opptatt av å styrke samarbeidet med kommunehelsetjenesten. Det har de uttrykt som policy.
- Styrkeforholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er forskjøvet i foretakenes favør ved at de har blitt større og mer konsoliderte. I den sammenheng kan det også være vanskeligere for de nye, større regioner enn for de gamle fylkeskommunene å etablere tillitsfulle, nære og gjensidig forpliktende samhandlinger med et fortsatt stort antall kommuner.

Mange ressurspersoner har en oppfatning av at forholdet til og samhandlingen med primærhelsetjenesten ikke på noen systematisk, bredt omfattende måte er blitt bedre eller har fått bedre rammevilkår etter sykehusreformen.

I noen sammenhenger henvises det til en tendens hvor spesialisthelsetjenesten i årene etter sykehusreformen har konsentrert seg om og ”lukket seg omkring” egne problemer. Dette i bestrebelsene på bedre organisering, bedre oppgave- og funksjonsfordeling (internt i spesialisthelsetjenesten), bedre kapasitetsutnyttelse (internt i spesialisthelsetjenesten), reduserte ventetider osv. Samtidig kan det imidlertid konstateres en viss utvikling – også når det gjelder arbeidet med å få fram sammenhengen mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste.

Både fra Helse- og Omsorgsdepartementet, gjennom bestillerdokumentene og innholdsstyringen, og fra de regionale helseforetakene understrekes det i dialogen med helseforetakene at samarbeidet og samhandlingen med primærhelsetjenesten skal utvikles, styrkes og formaliseres. Regionale helseforetak har i den forbindelse også tatt initiativ til dialogkonferanser og samarbeidsfora mellom spesialisthelsetjenesten og fylkeskommuner samt kommuner.

I tiden etter sykehusreformen er det også kommet langt større fokus på forpliktende samarbeidsavtaler med kommuner (også på pasientnivå) – på samme måte som individuell plan i psykiatrien har skapt et press som forutsetter løsning av problemet med ”overgang” mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste.

Som del av det økte fokus på behovet for samhandling er det dessuten fulgt opp med tiltak som blant annet etablering av praksiskonsulenter i sykehus samt tilbakeføring av oppgaver til primærleger.

Helse- og Omsorgsdepartementet har satt i gang et eget utvalg for å se på samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Wisløff-utvalget). Dette utvalget har nylig avgitt sin innstilling og på bredt grunnlag diskutert og gitt anbefalinger om hvordan samarbeidet mellom nivåene kan utvikles videre.

Utvalget understreker viktigheten av samarbeid og partnerskap mellom helseforetakene og kommunene i deres opptaksområder, og at det opprettholdes en form for ”trykk” i

forhold til både spesialisthelsetjeneste samt fastleger og kommuner med henblikk på stadig økt og gjensidig forpliktende samhandling.

Både eierstyring og myndighetsstyring, men også arrangørstyring, kan være relevante styringsformer i forbindelse med skjerping av dette ”trykk”, men også arrangørstyringen kan i den sammenheng være relevant. I tillegg kan finansierings- og avregningssystemet utvikles på en måte som også gjør det økonomiske lønnsomt å samarbeide om helhetlige pasientløp. Jo mer finansieringssystemet utformes i retning av å dekke helhetlige utrednings- og behandlingsforløp, desto mer vil systemet bidra til å støtte opp under samarbeidet.

Det er en vesentlig premiss for Wisløff-utvalget at helseforetakene legger et gjensidighetsperspektiv til grunn for samarbeidet med primærhelsetjenesten. Samhandlingen må skje på likeverdige premisser, og kompetanseoverføring må gå begge veier. Det er ikke bare helseforetakene som har noe å lære primærhelsetjenesten, men læring bør også gå den andre veien.

Siden den praktiske utvikling i samarbeidet mellom nivåene er avhengig av hva som skjer i og rundt det enkelte foretak, samt hva som finnes av infrastruktur, kapasitet og vilje rundt omkring i de mange kommuner, er det vanskelig å entydig svare på hvorvidt det har skjedd en hensiktsmessig utvikling i oppgave- og funksjonsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten etter sykehusreformen.

Samlet sett må det imidlertid nok erkjennes, hvilket også indikeres av utvalget, at det fortsatt ligger en betydelig utfordring i å systematisere og strukturere samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Produsentsystemet vil her ha stor innflytelse på hvordan forholdet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten utvikles og fungerer. Det vil være i samspillet mellom foretakene og fastlegene/primærhelsetjenesten samarbeidet utspilles i praksis. Her spiller både foretaksledelsen og de faglige lederne i foretakene en nøkkelrolle. Ofte vil det også være gjennom produsentsystemet at nye modeller for samarbeid blir utviklet og tatt i bruk.

Sykehusreformen synes ikke i seg selv å ha medført vesentlige endringer for eller i relasjon til fastlegene, deres situasjon og roller, selv om eksempelvis oppgave- og funksjonsfordelinger påvirker den enkelte fastleges rammer.

Det synes da også å være en økende bevissthet i spesialisthelsetjenesten om at fastlegene bør trekkes mer aktivt med i prosessene rundt disse spørsmålene. Dette selv om det fortsatt er forskjeller i de regionale helseforetaks involvering av fastlegene. I noen regioner arbeides det systematisk med fastlegene i forbindelse med behovet for justering av henvisningsmønstre i tilknytning til endrede oppgave- og funksjonsfordelinger. Det er uklart hvordan disse innsatser samordnes med innbyggere/pasientenes rett til fritt valg.

Fastlegen kan være i et dilemma fordi den enkelte pasient kan velge å skifte fastlege, men det forekommer ikke mulig å nøyaktig vurdere hvilken innflytelse dette kan ha eller har hatt i forbindelse med henvisningsmønstre og i tilknytning til nye oppgave- og funksjonsfordelinger.

Ordningen med fritt sykehusvalg kan i seg selv representere en utfordring for samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Jo flere pasienter som benytter seg av denne retten utenfor eget sykehusområde, desto vanskeligere kan samarbeidet i noen fast form mellom fastlege/primærhelsetjeneste og sykehus i lokalområdet bli.

Fastlegereformen må på mange måter sies å ha vært en suksess. Samtidig trekker reformens økonomiske insitamenter i retning av primært å premiere den individuelle pasientbehandlingen, og ikke samarbeid og samspill med andre aktører.

I forbindelse med behovene for større grad av sammenbinding mellom spesialist- og primærhelsetjeneste er det av flere ressurspersoner anført som et problem i forhold til kronikere/langtidssyke at bl.a. eksisterende betalingsordninger (betaling per konsultasjon) ikke (nødvendigvis) gir insitament til å prioritere bestemte typer av oppfølging.

Det kan virke som fastlegereformen, på tross av at reformen på andre områder har vært en suksess, ikke har gitt et tilstrekkelig grunnlag for å løse de problemer som i tiden framover vil prege den samlede, norske helsetjeneste. Det angis således som et vesentlig problem at finansierungsordningene for fastlegene ikke stimulerer til/premierer samarbeidsmøter og samspillsordninger. Det er den individuelle pasientkontakten som gir økonomisk uttelling.

Den økte spesialisering internt i spesialisthelsetjenesten representerer også en utfordring i samarbeidet med primærhelsetjenesten. Det ser ut til å være betydelig enighet om at lokalsykehus med god kompetanse i geriatri, generell indremedisin og kronikeromsorg er de som har best forutsetninger for å samarbeide konstruktivt med primærhelsetjenesten, og på mest mulig likeverdige premisser.

På bakgrunn av dette kan det muligens være grunnlag for at kompetanse og fokus ved geriatriiske avdelinger, generelle indremedisinske avdelinger og avdelinger for rehabilitering i større grad rettes inn mot samarbeid med fastleger og øvrige deler av primærhelsetjenesten. Dette kan eventuelt både ha siktemål mot enkeltpasienter, men også bidra til å sette primærhelsetjenesten bedre i stand til selv å ta hånd om flere av de pasienter som nå henvises til helseforetakene.

Fastleger og primærhelsetjenesten bør i større omfang enn nå trekkes systematisk og formalisert inn i helseregionenes arbeid med kvalitet og faglig baserte oppgave- og funksjonsfordelinger.

Generelt kan spesialisthelsetjenestens forhold til primærhelsetjenesten påvirkes gjennom så vel eierstyring og innholdsstyring som myndighetsstyring. Myndighetsstyring vil primært foregå gjennom det nasjonale nivå – for eksempel i form av krav om hvordan pasientinformasjon skal utveksles.

Eierstyringen kan finne sted fra begge nivå (herunder også på regionalt nivå). Eierstyringen vil i hovedsak ha karakter av prioriteringssignaler der det understrekes at helseforetakene skal samarbeide med primærhelsetjenesten. Eierstyringen brukes, sammen med innholdsstyringen, til å presisere hva det skal samarbeides om og til dels hvordan samarbeidet skal legges opp.

Innholdsstyringen vil kunne være en velegnet kanal for å stille krav om samarbeid og samhandling rundt definerte pasientgrupper, og brukes også i betydelig grad. I bestillerdokumentet til de regionale helseforetak for 2005 står det *for eksempel* at Helse Øst i løpet av 2005 må sørge for at det blir etablert samarbeidsavtaler mellom DPS og berørte kommuner med hensyn til oppfølging og utskrivning av enkeltpasienter og veiledning av førstelinjetjenesten. Det er imidlertid en utfordring å sikre en god oppfølging av at samarbeidsønskene blir fulgt opp i praksis.

Kontrollstyring vil være mindre aktuelt for håndtering av forholdet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Likevel kan det være aktuelt med en form for kontrollstyring for å se til at de to nivåene samarbeider på en slik måte at pasientene får den best mulige behandling og omsorg. Kontrollstyringen synes mer egnet i forhold til å overvåke samarbeidet om enkeltpasienter enn på det mer systemmessige plan.

Det politiske system kan gjennom lovverk eller annen form for regelutforming sikre rammebetingelser og sette premisser for samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Sykehusreformen har sikret en ramme som i større grad muliggjør en helhetsorientert koordinering og prioritering av den faglige utvikling i foretakene, samt økt innsats i forbindelse med spesifikke, faglige problemstillinger. Det er dermed også sikret grunnlag for sterkere og mer koordinert satsing innen forskning og utvikling.

Det synes dessuten å ha vært tatt vesentlige initiativer til å opprette egne forsknings- og utviklingsutvalg på RHF-nivå. Videre synes det å være bedre regional koordinering av forskningsaktivitet, samt et økt fokus på behov for prioritering av forskningsinnsats.

Sykehusreformen har generelt gitt økt fokus på og også økt omfang av forskningsinnsats og forskningsressurser, men det har i for liten utstrekning vært snakk om forskning knyttet til grenseflatene mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og til optimalt samspill mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Økt forsknings- og utviklingsinnsats har vært ansett som et viktig virkemiddel for å styrke den faglige kvaliteten i spesialisthelsetjenesten, og også for å være et bidrag til å rekruttere nøkkelpersonell. Flere sykehus har i tiden etter reformen utviklet budsjettssystemer hvor avdelinger og klinikker tilføres midler ut fra forskningsmessig produksjon. Den økte forskningsaktiviteten kan dermed også sees i sammenheng med behovet og det økte presset overfor produsentsystemet når det gjelder dokumentert kvalitet.

HF-nivået har generelt hatt nytte av utviklingen i tilknytning til forskning og fagutvikling. En del helseforetak har også selv innenfor egne rammer styrket forsknings- og utviklingsinnsatsen. Det er fortsatt på helseforetaksnivå at drivkraften for god og relevant forskning primært ligger.

Etter at sykehusreformen trådte i kraft er det etablert en felles rådgivende strategigruppe mellom de regionale helseforetakene i sammenheng med etablering av forskning som en strategisk satsing for spesialisthelsetjenesten. Helse- og Omsorgsdepartementet deltar gjennom eierstyringslinjen.

Denne strategigruppen kan eventuelt være en del av grunnlaget for en sterkere nasjonal eller tverr-regional koordinering av de samlede forsknings- og utviklingsinnsatser innenfor rammene av helseforetaksmodellen.

Den økte forskningsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten etter sykehusreformen kan gi noen dilemmaer, og muligens behov for utvidet myndighetsstyring. Dette for å demme opp mot en utvikling hvor spesialisthelsetjenestens forskningsinnsats, særlig de pasientrettede eller behandlingsrettede, kommer ut av balanse med de mer basale helseforsknings- og utviklingsinnsatser som foregår innenfor universitets- og høyskolesystemet.

8.4. Tema 3: Plattform og vilkår for den politiske styring – herunder forholdet til demokrati

8.4.1. Generelt om temaet og om relevante styringsformer og fokusområder

Den politiske styring av helsesektoren i alminnelighet, herunder spesialisthelsetjenesten, kan prinsipielt være forskjellig på samme måte som intensiteten i den politiske styring kan være forskjellig.

Den måte det politiske system påvirker spesialisthelsetjenesten på vil bl.a. være avhengig av hvordan snittet mellom privat og offentlig aktivitet er fastlagt. Her er det, også innenfor Europa og det vesteuropeiske området, ganske store variasjoner.

Den private del av produsentsystemet kan være større eller mindre – eksempelvis er det store forskjeller mellom f.eks. Frankrike, som har ganske mange private og ”semi-private” sykehus på den ene side, og de nordiske land med meget stor andel av offentlige

sykehus på den andre side. Finansieringen av spesialisthelsetjenesten kan være forskjellig og være tilrettelagt gjennom forsikringssystemer, via skatt eller egenbetaling. Oftest er det i realiteten snakk om en kombinasjon, men med store balanseforskjeller mellom landene. Eksempelvis har Tyskland og Nederland stor vekt på forsikringssystemer, mens land som Sverige, Norge og Irland er ”skattefinansierte”.

Arrangørstyringen kan likeledes være forskjellig tilrettelagt. I de fleste land ligger prinsippet med privatpraktiserende leger som et helt avgjørende element til grunn. I noen land fungerer forsikringsselskapene som en vesentlig instans i sammenheng med henvisningssystemene.

Det synes å være et felles trekk i nesten alle OECD land at den politiske styring av spesialisthelsetjenesten – eller mulighetene for politisk innblanding – har utviklet seg i en retning hvor de faktiske forskjeller utlignes mellom systemer. Eksempelvis reduseres forskjellen mellom systemer med stor andel av private sykehus og stor andel av egenbetaling eller forsikringsbasert finansiering på den ene side og land med offentlige sykehus og skattefinansiering på den andre side.

I økende grad slår pasient-/innbyggersystemets holdninger og krav igjennom også i land med tradisjonell vektlegging på offentlig finansierte helsetjenester. Dette kommer til uttrykk bl.a. i frittvalgsordninger og mer individuelt orienterte ordninger, men også i mer fleksible holdninger til private sykehus og til (private) forsikringsordninger samt egenbetaling.

Det politiske system kan nok i noen sammenhenger ha en interesse i å understøtte denne tendensen fordi utviklingen med en stadig utvidet mengde av ytelser for spesialisthelsetjenesten i lengden kan være vanskelig å forene med et utelukkende skattefinansiert grunnlag.

Det er imidlertid mer fundamentalt at både pasient-/innbyggersystemet og det politiske system i stigende grad legger press på produsentsystemet – uansett om det er tale om private eller offentlige produsenter. Rammebetingelsene for privat finansiering og privat produksjon fastlegges dermed i mange tilfeller så detaljert ut fra politiske krav og regelsett, at en politisk basert myndighetsstyring kan gi minst like stramme vilkår for private deler av produsentsystemet og private deler av finansieringssystemet som for tilsvarende offentlige deler.

Det er et grunnleggende fellestrekk ved det politiske systems interesse for spesialisthelsetjenesten at den ofte antar flere prinsipielt forskjellige former, og den har flere ulike siktemål.

Det politiske system vil ofte ha sterkt fokus på at befolkningen har noenlunde lik tilgang til og noenlunde like betingelser for tilgang til spesialisthelsetjenestens ytelser. Det skal ikke være for mye ubalanse eller ulikheter på tvers av sosioøkonomiske grup-

per og landsdeler. Det er med andre ord en sentral politisk målsetting at befolkningen skal få det samme helsetilbudet – uavhengig av bosted og sosial status.

Det politiske system vil oftest også, og delvis som følge av det målet om likhet, ha et utpreget fokus på lokaliseringen av produsentsystemet – og på en geografisk fordeling av produsenter som kan forekomme å harmonere med hensynet til tilgjengelighet på tvers av regioner og lokalsamfunn.

Ofte vil det politiske system ha en meget vanskelig rolle i slike sammenhenger – ikke minst fordi f.eks. oppgave- og funksjonsfordelinger i takt med spesialiseringen innenfor spesialisthelsetjenesten gjør de forskjellige deler av det samlede produsentsystem mer heterogent. Aspekter som ikke bare tilgjengelighet, men tilgjengelighet i forhold til hva (et distriktsmedisinsk senter, et lokalsykehus eller et allsidig akuttisykehus?) blir i stigende grad benyttet som parametre for det politiske systems involvering. Vanskelighetene blir ikke mindre av at politisering av og/eller politisk involvering i forbindelse med sykehuslokalisering ofte fremstår som (og formodentlig også reelt er) en lite prinsipiell blanding av hensyn til beskjeftigelse og virksomhetsutvikling samt helsemessig tilgjengelighet og kvalitet.

Det politiske system involveres eller involverer seg, både prinsipielt og i praksis, også i utviklingen av spesialisthelsetjenestens tjenesteportefølje. Det kan være en tendens til at fokus på dette felt blir mindre enn fokus på de andre tema som er beskrevet ovenfor. Dette antakelig fordi utviklingen i porteføljen av ytelser innenfor spesialisthelsetjenesten er en kompleks størrelse og krever stor grad av informasjon og viten. Det kan være fristende for et politisk system å unngå involvering på et meget følsomt område med mange partsinteresser, hvor det blir stadig vanskeligere innenfor skattefinansierte rammer å tilgodese alle behov.

Den politiske involvering på dette området synes ofte å være konsentrert om marginalutvikling, hvor partsinteresser i pasient-/innbyggersystemet har hell med å få reist en sak om eksempelvis ny medisin eller nye behandlingsformer på et eller annet felt.

Det er i mange land en løpende debatt om i hvilken utstrekning og i hvilken form det politiske system skal påvirke og/eller intervensere i forhold til spesialisthelsetjenesten. Er det tale om eller er det ønskelig med utelukkende strategisk og overordnet politisk involvering, eller er den mer driftsorienterte form for politisk involvering også nødvendig eller ønskelig?

Blant annet er bestiller-utfører konseptet innført i mange land ut fra betraktningen om at produsentsystemet i stigende omfang bør ha mulighet for ”uhindret” å produsere de relevante helsetjenester, det vil si produsere utelukkende ut fra driftsmessige kriterier og kriterier for god virksomhetsstyring.

I en slik tankegang kan det ligge bestrebelser på å sikre mot innblanding fra det politiske system, men samtidig kan der også ligge bestrebelser på å sikre en større grad av strategisk politisk tenkning og involvering i forbindelse med spesialisthelsetjenestens utvikling.

Det politiske systems involvering kan fremstå forskjellig alt etter det nivå hvor spesialisthelsetjenesten styres fra (nasjonalt, regionalt, lokalt). I nesten alle land i Vesteuropa er det en form for regelmessig debatt om spesialisthelsetjenesten ”hører hjemme” på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå, og dermed på hvilket nivå den styrende politiske forankring plasseres.

Det synes å være en generell tendens når det gjelder denne nivådiskusjonen – nemlig at det nasjonale politiske nivå involveres eller involverer seg i spesialisthelsetjenesten under alle omstendigheter – uavhengig av hvem som formelt eier sykehusene. Det kan også være en tendens til at regional politisk forankring av spesialisthelsetjenesten i stigende grad komplementeres av nasjonal innblanding, nasjonal fastlegging av rammebetingelser eller nasjonal myndighetsstyring – og at (selvstendig) politisk styring fra regionalt eller lokalt nivå dermed blir mer formell enn reell.

8.4.2. Sykehusreformens forutsetninger

Sykehusreformen innebar en markant endring i forhold til den politiske styringen av spesialisthelsetjenesten ved at eierskapet og sektoransvaret ble flyttet opp på statlig nivå. Fylkeskommunene ble fratatt ansvaret for spesialisthelsetjenesten, som i stedet ble underlagt nasjonal politisk styring. Ved å samle sektoransvaret, eierskapet, finansieringsansvaret og myndighetsansvaret på en hånd, skulle tidligere tiders ”svarteperspill” mellom staten og fylkeskommunene elimineres.

Det var en klar intensjon med sykehusreformen, at den politiske styring av – og demokratiske kontroll med – spesialisthelsetjenesten ikke skulle svekkes, snarere styrkes. Men den skulle fokusere sterkere på overordnede og prinsipielle spørsmål og mindre på detaljer.

Før sykehusreformen trådte i kraft var det således også en generell oppfatning at den politiske styring ikke i alle tilfeller hadde det rette fokus og balanse mellom strategisk politisk arbeid og interesse for detaljspørsmål.

Det ble også antatt at det ville være lettere å få til en helhetlig politisk styring av dette viktige området når ansvaret ble overført fra 19 fylkeskommuner til staten.

De effekter staten ønsket å oppnå på dette området med en overtakelse av eieransvaret var blant annet følgende:

- Tydeliggjøring av det politiske ansvaret
- Klarere grenseoppgang mellom det politiske, det administrative og det faglige ansvaret
- Bedre forutsetninger for å gi befolkningen et likeverdig helsetilbud uavhengig av bosted (uavhengig av fylke).

Sykehusreformen var på den måte både en politisk reform, men også en ansvarsreform.

Den politiske styring av helsevesenet ble med reformen og innføringen av helseforetaksmodellen tydelig plassert hos Stortinget og i Helse- og Omsorgsdepartementet. Det er her de forskjellige styringsformene og rammebetingelsene for å utøve disse ”møtes”.

Det er dermed også en viktig oppgave og en politisk utfordring for det nasjonale nivå å avveie de ulike styringsformene mot hverandre, slik at de ”henger sammen”.

Samtidig som den politiske styring og det politiske ansvaret ble plassert ett sted, nemlig i departementet og i Stortinget, ble det opprettet 5 regionale helseforetak som skulle ha ansvaret for helsetilbudet i sin region. De regionale helseforetakene skulle både ha eierrollen og bestillerrollen.

Modellen legger opp til at RHFene skulle ha stor handlefrihet innenfor de rammer Stortinget og departementet setter. For hvert RHF og helseforetak ble det opprettet et styre. RHF-styret blir oppnevnt av departementet, mens det er RHF-styrene som oppretter helseforetaksstyrene.

Det ligger som en viktig forutsetning i modellen at regionalt planarbeid og bestillerdokumentene fra nasjonalt eiernivå skal ta opp i seg og reflektere på en forpliktende måte politiske prioriteringer og satsingsområder.

Regionale og lokale politiske organer ble ikke tildelt noen rolle i den nye modellen, bortsett fra at fylkeskommunene ble gitt anledning til å fremme forslag på styrekandidater til de regionale helseforetakene.

Primærhelsetjenesten ble ikke direkte berørt av sykehusreformens endringer og den endring i politisk ansvar for spesialisthelsetjenesten som fant sted. Det politiske ansvar for primærhelsetjenesten er således fortsatt forankret i kommunene.

I sammenheng med sykehusreformen ble brukerperspektivet i langt større grad satt i fokus. I vår forståelse av oppdraget har vi definert brukermedvirkningen inn under dette punkt.

Brukerperspektivet kan vurderes ut fra to perspektiver:

1. Hvordan brukerinteressene er organisert inn i modellen – både på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå
2. Hvorvidt pasient- og brukerfokus er styrket i den løpende utredning, behandling og opplæring av den enkelte pasient.

Det er særlig det første perspektivet vi fokuserer på i dette temaet. Sykehusreformen har gitt krav om etablering av brukerutvalg både på RHF- og helseforetaksnivå.

8.4.3. Faktisk utvikling etter sykehusreformen

I perioden fra 2002 er det etablert et system hvor det formelt sett er relativt klare linjer for utøvelse av de ulike styringsformene (innholdsstyring, eierstyring m.v.). Både i Helse- og Omsorgsdepartementet samt i RHFene er rollene som eier og bestiller skilt i ulike avdelinger. Men på begge nivå ”møtes rollene” prinsipielt hos henholdsvis statsråd og administrerende direktør/styre i det regionale helseforetaket.

Stortinget har relativt ofte oppe spørsmål knyttet til helseforetakene; til dels på nokså detaljert nivå. Det påpekes dessuten fra flere av ressurspersonene at også departementet eller det nasjonale nivå griper inn i saker som de regionale helseforetakene opplever som å ligge innenfor ”sitt domene”.

Det synes ikke minst i de første år etter sykehusreformen å ha vært en meget omfattende nasjonal politisk interesse for spesialisthelsetjenesten og også en stor interesse for enkeltsaker i Stortinget – muligens større enn det var før reformen.

Samtidig forekommer dette imidlertid å ha avtakende tendens, ettersom helseforetaksmodellen er blitt gradvis mer konsolidert, og ettersom helseforetaksnivåene viser seg i stand til å håndtere og løse forskjellige problemstillinger.

Det kan i den forbindelse være symptomatisk at den nasjonale valgkamp forut for Stortingsvalget i september 2005 synes å ha fokusert på spesialisthelsetjenesten i langt mindre omfang enn det som har vært tilfelle i tidligere valgkamper.

Det bør understrekes at politisk involvering og politiske initiativer overfor spesialisthelsetjenesten er naturlig. Det gjelder selv om det i utgangspunktet ligger et prinsipp om foretakene i driftsmessige forhold i sterkere grad enn før skal ha visse former for autonomi. Dette samtidig med at det politiske system i sterkere grad enn før er tiltenkt en overordnet og mer strategisk orientert rolle.

Spesialisthelsetjenesten utgjør et særdeles omfattende offentlig system. En betydelig del av skatten pasient-/innbyggersystemet står for kanaliseres inn i spesialisthelsetjenesten. Der er snakk om et offentlig system som stort sett alle innbyggere på den ene eller den andre måten kommer i berøring med, og som har innflytelse på innbyggernes

liv og funksjonsmuligheter. I et demokratisk samfunn kan fraværet av politisk involvering og intervensjon derfor forekomme å være mer eiendommelig og risikobetont enn det motsatte.

Ut fra ressurspersoners observasjoner kan det være eksempler på enkeltsaker som kommer opp i Stortinget fordi RHF-nivået eller helseforetaksnivået ikke på tilstrekkelig pedagogisk måte eller ikke tilstrekkelig omfattende og seriøst har evnet å forklare bakgrunnen for en omlegging – eller fordi det reelt er et problem hvor tingene ikke styres eller ikke er løst godt nok.

I førstnevnte tilfelle har manglene ofte vedrørt utilstrekkelig kommunikasjon og ”markedsføring” i lokalsamfunnene i forhold til strukturutviklingen.

Helse- og Omsorgsdepartementets og Stortingets utpregede interesse for og beskjeftigelse med detaljer og konkrete problemstillinger (især i årene like etter sykehusreformen) kan nok også sees i sammenheng med at RHF-nivået og helseforetaksnivået bare delvis har sikret rapporteringer som på en dekkende måte kan gi eierne og dermed det nasjonale politiske nivå valid innsikt i RHFenes og HFenes økonomiske performance, spesifikke faglige nivå og faktiske prioriteringer. Det er til dels fortsatt et problem at rapporteringer ikke er tilstrekkelige og ikke holder et tilstrekkelig ensartet nivå.

Uansett disse synspunkter betones det imidlertid meget sterkt og stort sett uten unntak fra ressurspersonene, at det hele tiden er behov for å sikre og forsvare sykehusreformens vesentlige premisser om balanse når det gjelder det politiske systems og Stortingets involvering. Uansett om antallet av slike saker etter hvert vurderes som lavt eller høyt, kan symbolverdien av hver enkelt sak således være stor.

Det synes også å være en viss bekymring for at enkeltsaker kan ”skjerme” for det generelle strategiske og utviklingsorienterte arbeidet. At verken Stortinget eller Helse- og Omsorgsdepartementet ennå i tilstrekkelig grad har funnet den presise og entydige roller som strategi- og policy-leverandører, vekker bekymring. Slike holdninger kan tolkes som uttrykk for at det muligens er behov for økt politisk involvering, men av en annen karakter enn den aktuelle.

Bestillerdokumentene fra departementet utgjør det helt vesentlige grunnlaget for den nasjonale innholdsstyring og prioritering.

Bestillerdokumentene fra de regionale helseforetakene til helseforetakene legger kun i noen grad, men likevel i økende omfang, inn føringer utover de som fremgår av departementets bestilling. Det synes med andre ord å være varierende grad av konkretisering, når det gjelder de regionale tilpasninger i bestillingene.

Det synes ikke å være vesentlige eksempler på, eller tendenser til, at de regionale helseforetakene utvikler egne former for ”dagsordener” eller ”linjer” som ikke er forenlige

med de viktigste politisk baserte føringer i bestillerdokumentene. De regionale helseforetaks måte å agere på synes således ikke å kunne gi anledning til påstander om ”demokratisk underskudd” eller ”politiske tomrom”.

Eierstyringen gjennom foretaksmøtene, parallelt med innholdsstyringen, forekommer forøvrig også – til dels sammen med kontrollstyringen via Helsetilsynet – å gi ganske gode garantier for at slike former for ”demokratisk underskudd” etc. ikke oppstår.

Sykehusreformen utgjorde med hensyn til direkte innflytelse et tap for fylkespolitikere og lokale politikere.

Det kan imidlertid konstateres at det i årene etter sykehusreformen i stigende grad er gjort bestrebelser for å kompensere for at regionale og lokale politikere ikke lenger har en plass i modellen. Siktemålene med disse tiltakene har vært å sikre at lokale og regionale politiske interesser likevel kan komme til orde og få innflytelse.

Samfunnspaneler som etableres i prosjekter med planlegging av endringer er et eksempel hvor politisk innflytelse kan gjøre seg gjeldende. Dette gjelder også involvering av brukerråd og brukerrepresentanter. Det forutsetter imidlertid at brukerinteressene ikke utvikles mot at brukeres handlemåter blir mer ”profesjonelle”, hvor partsinteresser og favorisering av bestemte fagområder vokser frem. Både helseforetakene og de regionale helseforetakene synes også i stigende grad å ta initiativ til dialog med regionale og lokale politiske organer – både for å orientere om hva som skjer i spesialisthelsetjenesten, men også for å få innspill til videre utvikling av foretakene.

Reelt forekommer lokalsamfunn og pasient-/innbyggersystemet i regionene derfor på mange måter å ha fått økte muligheter for påvirkning og involvering etter sykehusreformen. Dette gjelder også innenfor rammene av helseforetaksmodellen. Oppfatningen om mangler når det gjelder direkte lokal og regional innflytelse på spesialisthelsetjenesten synes derfor å være mer orientert mot manglende involvering av lokale og regionale politikere. Men på dette området er bildet varierende – både regionene i mellom, og mellom enkeltforetak.

Den politiske involvering kan i prinsippet være orientert mot alle former for styring.

De styringsformene som i sterkest grad må sies å være av politisk karakter er ressursstyringen og innholdsstyringen. Det er hvilke helsetjenester som skal prioriteres og hvor mye ressurser som skal brukes på å produsere disse som i størst grad er politikk.

Myndighetsstyringen vil i mange sammenhenger dessuten dreie seg om politiske spørsmål, da den avgjør hvilke krav og rammebetingelser helsetjenesten skal drives under. I tillegg kommer spenningsmomentet mellom faglighet og politikk i myndighetsstyringen, som er tydeligst i de tilfeller hvor fagmyndighetene har definert en faglig standard

og denne implementeres som en beslutning fra de sentrale helsemyndigheter overfor produsentsystemet.

Generelt forekommer temaet om politisk styring å være svært relevant i forhold til fokusområdet med eier-myndighet: Hvordan finne balansen mellom det politiske, det administrative og det faglige? Samtidig er dette også høyst relevant i forhold til bestiller-utfører. Hvor detaljert skal bestillingen være, og hvem skal gi input til bestillingen? Hvordan/hvorvidt skal for eksempel foretakenes kunnskaper om framtidige behov og utfordringer kanaliseres inn i bestillerprosessen? Og i hvilket omfang kan det politiske system dermed risikere å bli ”utførere” av en ”bestilling” fra produsentsystemet?

Det som prinsipielt i minst grad må sies å være et politisk spørsmål er eierstyringen. Men i den grad eierstyringen dreier seg om lokalisering av foretak og/eller funksjoner, vil dette i mange tilfeller oppfattes eller bli definert som hørende hjemme på den politiske dagsorden. I det minste hørende hjemme på den politiske dagsorden og med mulighet for intervensjon dersom politikerne selv ønsker det.

Kontrollstyringen kan ikke – i hvert fall ikke ut fra et prinsipielt synspunkt – ansees for å være et politisk spørsmål. I hovedsak dreier dette seg om fag. Men hvilke reaksjonsformer som skal/kan iverksettes ved eventuelle ”avvik” kan derimot anses for å ligge på den politiske arenaen.

Eierstyring og kontrollstyring kan dermed – jf. ovenfor – være mindre politisk relevante i utgangspunktet, men sterk eierstyring og kontrollstyring kan dels generere politiske dagsordener, dels medvirke til å sikre overordnede politiske intensjoner.

Samlet sett synes det å kunne konstateres at en hensiktsmessig tilrettelegging av plattform og vilkår for den politiske styring av spesialisthelsetjenesten (og vel helsevesenet i alminnelighet) er avgjørende for muligheten for å oppnå ønskede målsettinger.

En hensiktsmessig tilrettelegging innebærer at behovet for å styre spesialisthelsetjenesten i den politisk ønskede retning, og dermed i meget høy grad i den retning pasient-/innbygger-systemet som helhet kan være med å indikere, skal balanseres i forhold til RHFenes og HFenes behov og muligheter for å drive spesialisthelsetjenestens produsentsystem på en effektiv måte med høy faglig kvalitet.

Det kan synes tvilsomt om denne balansen er nådd eller konkretisert tilstrekkelig prest etter sykehusreformen. På samme måte kan det være tvilsomt om den noensinne reelt kan nås i en eller annen absolutt forstand. Legges det siste perspektiv til grunn, vil det være helt avgjørende å ha et fortsatt fokus på dette viktige balansespørsmål.

Hvis man på en konstruktiv måte skal lykkes med å fokusere på dette spørsmålet – kanskje også med en videre dreining i retning av mer strategi- og policyorientert politisk involvering – kan det være helt avgjørende å skape rammer som både i høyere grad

muliggjør en slik form for involvering, og samtidig en regelmessig diskusjon på en mer helhetlig måte om hvordan og på hvilket grunnlag Stortinget skal kunne legge premisene for spesialisthelsetjenesten. Behovet for rammer hvor Stortinget kan komme i en mer forpliktende dialog med de toneangivende fagmiljøene vil kunne være en selvstendig utfordring i en slik prosess.

8.5. Tema 4: Individualisering og fritt sykehusvalg versus styring og prioritering av ytelser

8.5.1. Generelt om temaet og om relevante styringsformer og fokusområder

Temaet vedrører blant annet pasientrettigheter, forutsetninger om individuell plan (primært i psykiatrien), regler for og den praktiske bruk av retten til fritt sykehusvalg samt retningslinjer for henvisning til landsfunksjoner og regionsfunksjoner.

Til en viss grad kan temaet være knyttet til demokrati og demokratioppfatning – fordi ”demokrati” i økende grad synes å være forbundet ikke bare med det politiske system, men med pasient-/innbyggersystemets nivå av ”rettigheter”, ”valgmuligheter”, ”individuelle løsninger” etc.

Ventetider og ventetidskrav kan være blant de ”rettigheter” som tenkes inn i forbindelse med temaet.

En hovedproblemstilling knyttet til temaet er muligheten for å kombinere større grad av individualisering og pasient-/brukerorientering med en ambisjon om fortsatt styring, prioritering og kontroll på makronivå.

Spørsmålet om konkurranse (om pasienter) mellom de enkelte HF i forhold til planlagt og styrt oppgave- og funksjonsfordeling og forutsatte opptaksområder for det enkelte foretak kommer her inn som et viktig forhold.

Fritt sykehusvalg kan potensielt gi situasjoner hvor kapasitetspress blir aktuelt for noen sykehus og ikke for andre. Endrede balanser i kapasitetsutnyttelse/kapasitetsbehov kan være i strid med forutsatte, planlagte oppgave- og funksjonsfordelinger, opptaksområder m.v.

Det finnes ingen anerkjent, erfaringsbasert metode, heller ikke gjennom mekanismer anvendt i andre land, for å sikre logisk sammenheng mellom hensynene til økte frittvalgsrettigheter og individualisering på den ene side og optimal oppgave- og funksjonsfordeling, samt optimal sammensetting av opptaksområder på den andre side.

Dette dilemma og behovet for likevel å finne balanserte løsninger vil vokse sterkt over de kommende år. Det kan observeres en tendens til at det i noen land arbeides med en

bevisst prioritering av hensynene, slik at enten fritt valg og individualisering m.v. eller planlagt, styrt oppgave- og funksjonsfordeling får forrang.

Det kan også gjennom myndighetsstyring, eller arrangørstyring og rammer for arrangørstyring, etableres mekanismer som skaper bestemte insitamenter i forhold til f.eks. frittvalgsordninger. Det kan for eksempel handle om å legge inn barrierer for fritt valg gjennom forutsetninger om egenbetaling eller manglende refusjon av transportkostnader. Det kan også gjøres ved en seleksjon av behandlingstyper hvor det ikke er adgang til fritt valg. Oppgave- og funksjonsfordelinger kan dessuten – i sin ytterste konsekvens – innebære innskrenkninger av området for det frie valg av produsent.

Temaet har særlig relevans i forhold til eier-myndighetsdimensjonen fordi reguleringen av hvordan pasientstrømmer kanaliseres, kombinert med pasientrettighetene, har stor betydning for eiers muligheter til å utnytte og styre bruken av den samlede kapasitet – nasjonalt, innenfor en foretaksgruppe, eller innenfor det enkelte helseforetak.

Målet om individualisering og fritt valg kan sees i forhold til ønsket om fortsatt overordnet prioritering. Denne målsettingen har vært ivarettatt gjennom arbeidet med oppgave- og funksjonsfordeling og de prioriteringer som ligger i bestillerdokumentene og diverse fagplaner (psykiatriplan, plan for kreftomsorg m.v.). Kapasitetsanvendelse ut fra overordnet eierstyring og innholdsstyring, herunder prioriteringsdelen av innholdsstyringen, harmonerer nødvendigvis ikke med de mønstre for aktivitet som følger av utvidede anvendelser av fritt valg.

Temaet omfatter en rekke konfliktflater og mange potensielle dilemmaer i forhold til de forskjellige, prioriterte målsettingene.

Temaet omfatter også den generelle problemstilling vedrørende muligheter for samtidighet og parallellitet i bestrebelsene på gradvis å utvide pasient-/innbyggersystemets innflytelse og rettigheter. Dette kan skje gjennom utvidelse av virkeområdet for individuell plan, samt gjennom utvidelse av adgangen til – og definisjonsområde for – fritt valg av produsent. Det kan også skje gjennom et systematisk planarbeid knyttet til oppgave- og funksjonsfordeling for innen presist fastlagte opptaksområder m.v.

Temaet omfatter også den generelle problemstilling som gjelder det enkelte helseforetaks ansvar og mulighet for samtidig å sikre kostnadskontroll og overholdelse av budsjett. Temaet omfatter også konflikten mellom styring av kapasitets- og aktivitetsnivå på den ene side og pasient-/innbyggersystemets stigende muligheter for selv å påvirke premissene for adgang til det enkelte helseforetak og for det enkelte helseforetaks omsorgsnivå m.v. på den andre side.

8.5.2. Forutsetningene i forbindelse med sykehusreformen

Ordningen med fritt sykehusvalg på tvers av sykehusområder og regiongrenser var i ferd med å bli etablert i regi av fylkeskommunene på det tidspunkt sykehusreformen ble gjennomført. Det er likevel helt åpenbart at reformen hadde et sterkt fokus på dette temaet: De fylkeskommunale sykehusene ble oppfattet som i stor grad å være preget av en ”forvaltningskultur” – hvor individualisering, brukerorientering, medvirkning fra pasienter o.s.v. ikke var fokusert i så stor grad som ønskelig. Den nye modellen hadde en ambisjon om å bedre dette. I tillegg skulle brukerinteressene organiseres inn i systemet på en mer helhetlig og strukturert måte.

Samtidig ble det oppfattet som et problem at pasienter var henvist til utredning og behandling ved sykehus i eget fylke – uavhengig av lengden på ventetider og kvalitet på behandlingen. Som sagt var det forandringer på gang på dette området, men mange oppfattet at det var nødvendig med et mer gjennomgripende systemskifte for å få det til.

Et element i denne strategien var også ønsket om i noe større grad å slippe private aktører til i utredning og behandling av pasienter. Dette fokus på private aktører *kan* oppfattes som et element i en orientering mot konkurranse og ytterligere fritt valg (imidlertid som en understøttelse av kapasitetstilgang i forbindelse med f.eks. ventelister).

Parallelt med dette fokuset var det en viktig begrunnelse for reformen at den skulle gi en mer samlet, helhetlig og planmessig oppgave- og funksjonsfordeling mellom foretakene i den enkelte region. I det ligger et ønske om å kunne styre hvor funksjoner og tilbud skal plasseres, og hvor pasienter skal utredes og behandles. Det var også et siktemål at ressurser og tilbud skulle være i samsvar med overordnede prioriteringer.

Det tredje siktemålet av relevans for dette temaet var at reformen skulle gi bedre kostnadskontroll. Med kostnadskontroll definerer vi i denne sammenheng to forhold:

1. De samlede utgifter til pasientbehandling skulle komme under bedre kontroll
2. Effektiviteten i pasientbehandlingen (kostnader per behandlet pasient) skulle bedres.

Ut fra sykehusreformens grunnlag – herunder også fokus på ventetider – kan det således konstateres at helseforetaksmodellen ble etablert med sterke forventninger og krav om imøtekommenhet av pasient-/innbyggersystemet gjennom økt brukerinvolvering, bedre servicenivå og økt adgang til individuelle løsninger og fritt valg. Der var også forventninger og krav fra det politiske system om at den nye modellen skulle imøtekomme hensynet til faste strukturer, planlegging, kontroll osv.

8.5.3. Faktisk utvikling etter sykehusreform

Ordningen med fritt sykehusvalg er i perioden gjennomført over hele landet. Det betyr at pasienter med rett til behandling kan velge å bruke denne retten ved andre sykehus enn ”det nærmeste” – dersom de ønsker det. Dersom denne retten benyttes i en annen helseregion eller ved en privat institusjon, belastets utgiften det foretaket hvor ”pasienten hører hjemme”. For å gi pasientene flere valgmuligheter og øke kapasiteten, er også innslaget av private aktører økt noe i perioden. I første del av perioden bidro også den såkalte ”utenlandsmilliarden” til å øke valgfriheten (men prinsipielt også til å styrke kapasiteten).

En pasient som blir henvist til vurdering og /eller behandling i spesialisthelsetjenesten har rett til å velge sykehus/behandlingssted. Retten er imidlertid begrenset til kun å gjelde i forhold til planlagt utredning og/eller behandling innenfor somatikken og det psykiske helsevernet. Pasienten kan imidlertid ikke velge behandlingsnivå. Det vil si at retten til fritt sykehusvalg ikke innebærer en rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for. Både polikliniske behandlinger og behandlinger med opphold (heldøgn eller dagopphold) er omfattet av frittvalgsordningen.

Retten til fritt valg gjelder ikke bare de offentlige helseforetakene, men også private deler av produsentsystemet. Fritt valg blant private aktører gjelder bare i det omfang det er inngått driftsavtale med relevant regionalt helseforetak.

Det satses i økende grad på å få utarbeidet informasjon som gir pasientene (og eierne) innsikt i de reelle forskjellene mellom foretakene med hensyn til pasienttilfredshet, kvalitet, servicenivå, driftsøkonomisk effektivitet samt ventetider m.v. Dermed skapes et mer objektivt fundament for utøvelsen av det frie valg.

Sammenhengen mellom fritt valg og ventetider synes imidlertid å være systematisert, fordi den tjeneste (som Sosial- og Helsedirektoratet står for) som informerer om frittvalgsordningen, og hvor det gis orientering om rammene for utøvelsen av det frie valg, ved første øyekast fokuserer sterkt på ventetider. Der er også adgang til såkalte kvalitetsindikatorer og pasienttilfredshet ved samme tjeneste, men disse informasjoner er ikke like åpenlyse.

Dette avspeiler manglene i forhold til andre indikatorer og effektmål som det frie valg kunne utøves ut fra, mer enn det avspeiler en holdning om vedvarende sammenheng mellom utelukkende ventetider og fritt valg.

Selve den måte det rådgis og informeres på, og selve tjenesten omkring fritt valg forekommer å være profesjonell og brukervennlig.

Publisering av ventetider har imidlertid i seg selv bidratt til å gi pasientene et bedre grunnlag for å benytte retten til å velge sykehus. I tillegg kommer den økte bruk av

private leverandører som også kan bidra til å gi innbyggere/pasienter en oppfatning av å ha fått økte valgmuligheter. Dette selv om utgangspunktet for bruk av private aktører i hovedsak kan ha vært begrunnet med kapasitet og ventelister.

Etter sykehusreformen er det gjennomført flere sammenliknende undersøkelser av pasienttilfredshet. Resultatene fra disse undersøkelser har blitt offentliggjort. Dette har antakelig også bidratt til å skape et informasjonsgrunnlag for pasienters valg av sykehus på basis av faktiske forskjeller mellom sykehusene.

Det er inntrykket at RHFene og foretakene legger betydelig vekt på disse undersøkelsene om pasienttilfredshet og på å følge dem opp. På den måten bidrar resultatene og fokuset til en skjerping og forbedring også av HFenes tilbud og nivå.

Det bør i den forbindelse nevnes at det også i Norge (og ikke minst etter sykehusreformen, men antakelig helt uavhengig av reformen), kan konstateres en vekst i chat-sider på internett. Pasient-/innbyggersystemet informerer hverandre på slike chat-sider om erfaringer med forskjellige helseforetak og avdelinger i helseforetak. Ut fra erfaringene anbefaler de andre å velge det samme, eller de lar være å anbefale det. Bruk av chat-sider ser ut til å være i størst vekst innenfor kvinne-barn området, og spesielt fødselsområdet.

Tendensen avspeiler formodentlig en utvikling hvor spesialisthelsetjenesten i økende grad å være forberedt på en bruk av kapasitet som i avtakende grad vil bli bestemt utelukkende ut fra styringslinjer og planinnsatser m.v.

Ordningen med fritt sykehusvalg benyttes i økende grad, men kan så langt ikke sies å ha fått noe betydelig omfang.

Antall pasienter som ble behandlet utenfor egen region utgjorde i 2004 vel 130.000, tilsvarende ca. 10 % av samtlige opphold dette året. Dette omfatter prinsipielt også andre typer av pasientstrømmer enn frittvalgsbaserte pasientstrømmer, som for eksempel i forbindelse med landsfunksjoner.

Veksten i bruk av frittvalgsordningen har samlet sett vært marginal. Det synes å være en tendens til at veksten i bruk av frittvalgsordningen etter sykehusreformen i særlig grad er rettet mot den private del av produsentsystemet.

Det er store forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder den andelen av pasientene i foretakets opptaksområde som rent faktisk behandles av dette foretaket. Variasjonene her skyldes i langt høyere grad utslagene av oppgave- og funksjonsfordeling og ulike andeler av spesialiserte funksjoner enn av frittvalgsordningen.

Mange gir uttrykk for at prioritering av ventetider og fritt sykehusvalg kan gå på bekostning av innsatsen for høyere prioriterte grupper av pasienter, slik som geriatri, kro-

nikere, psykiatriske pasienter, slagpasienter m.v. Det kan eventuelt være en (opplevd) sammenheng mellom dette forhold og det vi skrev ovenfor om fritt valg og bruken av den private del av produsentsystemet, da den private delen bar i svært begrenset grad har aktivitet i forhold til disse prioriterte grupper.

En del gir også uttrykk for den holdning at fritt valg og for stor grad av vekt på konkurranse mellom helseforetak kan innebære risiko i forhold til å kunne opprettholde en tilstrekkelig infrastruktur for spesialisthelsetjenesten i utkantområder, særlig i Helse Nord.

Universitetssykehuset i Helse Nord er imidlertid det helseforetak i Norge som behandler den største andel av pasienter innenfor eget opptaksområde. Andelen synes å ha vært tilnærmet uendret gjennom 4-6 år. For de andre helseforetakene i Helse Nord er situasjonen at knapt 90 % av aktivitetsøkningen i egne opptaksområder mellom 2003 og 2004 ble håndtert av Helse Nord selv.

Det blir også anført at fritt sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering til sammen medfører en fare for overbehandling og overdiagnostisering (i hvert fall så lenge det ikke settes et tak på produksjonen og så lenge det ikke er nevneverdige egenandeler i finansieringen).

Det er vanskelig å dokumentere hvorvidt det generelle pasientfokuset – i form av brukerorientering, service, bedre informasjon, individuell tilrettelegging m.v. – er styrket i denne perioden. Det vil si om produsentsystemet og dets måte å opptre på er endret som følge av reformen.

Brukerinteressene er nå organisert inn i helseforetaksmodellen på mer overordnet nivå i form av brukerutvalg både på RHF- og foretaksnivå. Brukere er også inkludert i styrene.

Pasient-/innbyggersystemet blir i økende grad involvert i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det skjer på to måter. Pasient-/innbyggersystemet påvirker i økt grad, gjennom utvikling i krav, forventninger osv. overfor helseforetakene, den måte helseforetakene blir nødt til å agere på. Gjennom fritt valg kan kapasitetsplanlegging m.v. og forutsigbarhet i kapasitetsutnyttelsen i økende grad bli vanskeliggjort for de regionale helseforetak og for helseforetakene. Samtidig blir pasient-/innbyggersystemet gjennom involvering og ansvarliggjøring påvirket av produsentsystemet. På den måten får de (kanskje ufrivillig) en bedre forståelse for de hensyn som gjør det nødvendig med en viss grad av planlegging, styring og oppgave- og funksjonsfordelinger osv.

Pasient-/innbyggersystemets dobbeltrolle kan oppfattes som problematisk. Samtidig er det denne dobbeltrollen som på sikt kan sikre en nødvendig balanse mellom hensynene til individualisering og det frie valg på den ene side og hensynene til overordnet strategisk planlegging og prioritering på den andre side.

Som det også framgår av andre deler av temagjennomgangen kan fastlegen meget vel komme i klemme mellom hensynet til på den ene side individualisering og fritt valg, og på den andre dels hensyn til oppgave- og funksjonsfordelinger og planlegging m.v.

De regionale helseforetakenes økte tendens til å involvere fastleger i forbindelse med strukturutvikling i spesialisthelsetjenesten kan sees som et forsøk på å håndtere dilemmaet mellom disse to hensyn. Nettopp involvering og ansvarliggjøring kan være den beste måte å skape et grunnlag for å balansere disse to hensyn.

Vanskelighetene med å kombinere ønsket om fritt sykehusvalg med ambisjonen om å styre oppgave- og funksjonsfordelingen mellom foretakene nødvendiggjør i seg selv en tett involvering av fastlegene når det gjelder å ”kanalisere” pasienter til ulike leverandører.

Samspillet med fastlegene i diskusjoner om oppgave- og funksjonsfordeling blir i den sammenheng spesielt viktig. Samtidig skal det gjennom dette samspill sikres at fastlegene ikke presses til å styre dette så sterkt at retten til fritt sykehusvalg i praksis blir satt ut av kraft.

Parallelt med økt individualisering og tilrettelegging for fritt sykehusvalg har det innsatsstyrte finansieringssystemet blitt opprettholdt. Det har naturligvis bidratt til å styrke foretakenes insitament til å øke produksjonen, og dermed holde ventetidene nede. Motposten har vært en betydelig kostnadsøkning på makronivå.

Hvis finansieringssystemet ikke endres, er det økte muligheter for at det sterke (og voksende) fokus på fritt valg (og ventetider) gir uønskede effekter i forhold til premisser for oppgave- og funksjonsfordeling, opptaksområder og prioritering av de forskjellige helsetjenester.

Også etter sykehusreformen har det iblant vært ”saker” angående påståtte brudd på pasientrettighetsloven og i forhold til frittvalsrettighetene. I noen av disse sakene virker det som om det er en opplevelse av at det frie valg ikke settes i verk på grunn av avtaler mellom de regionale helseforetakene om å avvise bestemte typer av pasienter ”fra hverandre”. Det ligger ikke innenfor rammene av denne evaluering å vurdere om dette rent faktisk er korrekt, men avvisning av pasienter ut fra frittvalsordningen kan prinsipielt også skyldes at kapasitetsnivået for en gitt type av pasienter generelt er for lavt.

I sammenheng med sykehusreformen eller i utviklingen i årene etter synes det ikke å ha vært særlig mye diskusjon knyttet til arrangørstyringen. En slik debatt kunne prinsipielt ha bidratt til en sterk utvidelse av retten til fritt valg eller tilsvarende begrensninger. Det kunne for eksempel ha skjedd gjennom en endring av premissene for transportutgifter og egenbetaling eller en kombinasjon av begge deler.

Konseptet med at ”pengene følger pasienten” synes i et europeisk perspektiv å vinne terreng. Konseptet ville hatt store konsekvenser for innretning av finansierings- og avregningssystemet og ressursstyringen innen helseforetaksmodellen, men synes ikke å være på trappene i den norske spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder systemet med å bestille spesialisthelsetjenester via primærlegene. En slik ordning kunne prinsipielt støtte bestilling av tjenester hos de mest effektive leverandørene – ikke bare ut fra fokus på ventetider. Dermed kunne en sikre at kriteriene for pasientstrømmer og applikeringen av det frie valg skjedde ut fra en bredere vifte av hensyn.

Prinsipielt kunne pasienten også selv få en ”sjekk” til å kjøpe behandling og utredning for. Hvis sjekken brukes ved et sykehus med en høyere pris enn ”pålydende”, kunne systemet utformes slik at pasienten måtte betale mellomlegget selv.

8.6. Tema 5: Helseforetak – rammer og vilkår for levering av helsetjenester med optimal kvalitet

8.6.1. Generelt om temaet

Temaet dreier seg helt generelt om hvorvidt produsentsystemet, særlig de offentlige helseforetakene, er underlagt rammebetingelser som gir optimale muligheter for å produsere helsetjenester av god kvalitet og på en ressurseffektiv måte. Dette gjelder både i forhold til de føringer og prioriteringer som gis via innholdsstyringen – i bl.a. bestillerdokumentene –, og i måten eierstyringen gjennomføres på.

Sykehus kan i prinsippet være offentlige eller private, eller mer eller mindre offentlige/private. Ofte kan forskjellene mellom vilkårene for den private og den offentlige delen av produsentsystemet være mindre enn antatt, fordi myndighetsstyringen av produsentsystemet kan legge en rekke begrensninger på det enkelte helseforetak. Myndighetsstyringen kan være basert på flere eller færre bindinger ut fra lover og bestemmelser gitt av det politiske system.

For å kunne diskutere spørsmålet om rammebetingelser for foretakenes levering av helsetjenester er det nødvendig med en kort overordnet vurdering av ”hva et sykehus/et helseforetak er”. På den ene side er de store, komplekse og ikke minst kompetansetunge organisasjoner. De er kjennetegnet av en rivende faglig og teknologisk utvikling, og de utsettes for stadig mer omfattende krav og forventninger både fra samfunnet som sådan og fra pasienter, pårørende, brukerorganisasjoner m.v. Sykehusene er høyt teknologiske, kompetansestyrte serviceorganisasjoner.

For å håndtere disse utfordringene på en adekvat og offensiv måte, må sykehusene ha en rimelig grad av autonomi og rammebetingelser for å kunne treffe raske avgjørelser. På den annen side er sykehusene en ”hjørnestein” i velferdssamfunnet, som leverer tjenester av avgjørende betydning både for samfunnet og enkeltindivider. De forvalter en betydelig del av de offentlige utgiftene, og de er også i mange lokalsamfunn å anse som

hjørnesteinsbedrifter. Sett i dette sistnevnte perspektiv er det ikke naturlig å forvente at samfunnet og det politiske system er villige til å overlate drift og utvikling til produsentsystemet selv. Samfunnet vil naturlig sette grenser for autonomi. I diskusjonen om autonomi versus styring er det viktig å ha dette spenningsforholdet til løpende debatt.

Derfor kan også de frihetsgrader som sykehus eller helseforetak er underlagt variere sterkt – jfr. bl.a. det politiske systems grad av intervensjon og myndighetsstyringen. Virksomheten ved det enkelte helseforetak bygger på stor grad av kunnskap og til dels svært spesialisert kunnskap. Denne (ofte monopoliserte) kunnskapen gir i seg selv et grunnlag for utpreget frihet når det gjelder tilrettelegging av produksjonen. Det gjelder både offentlige HF og private produsenter.

Temaet omfatter problemstillinger knyttet til den driftsmessige effektivitet i det enkelte helseforetak, og spørsmålet om hvorvidt det er et mulig motsetningsforhold mellom driftsøkonomisk effektivitet og optimal behandlingsmessig kvalitet.

Det har i løpet av de senere år vært rettet et økt fokus på å utrede sammenhenger/motsetninger/paralleliteter mellom driftsmessig effektivitet og optimal kvalitet på foretaksnivå. Det er i den sammenheng også utarbeidet analyser og utredninger som indikerer at det ikke behøver å være en motsetning mellom effektivitet og kvalitet, og at de to til og med ofte går hånd i hånd. Fokus på akkreditering, sertifisering eller liknende, og på logistikk og pasientflow synes dermed i seg selv å kunne være en brekkstang for økt driftsøkonomisk effektivitet.

Temaet berører derfor også noen av de problemstillinger som er omfattet av temaet kvalitet m.v. I den sammenheng kan det ses på som en del av rammebetingelsene for HF-nivået at dokumentert og synlig kvalitet (via indikatorer m.v.) raskt vil bli et must snarere enn en mulighet.

Både problematikken omkring kvalitet og det fortsatt sterke fokus på kostnadskontroll, innebærer kontinuerlig endrede vilkår for produsentsystemet. På mange måter vil presset på systemet være stigende også fordi pasient-/innbyggersystemet i økende grad stiller krav til måten produsentene skal agere på, samt det servicenivå produsentene skal prestere.

8.6.2. Forutsetningene i forbindelse med sykehusreformen

Det var en temmelig allmenn oppfatning at den fylkeskommunale ”forvaltningsmodellen”, der sykehusene var en integrert del av den fylkeskommunale forvaltningen, i for liten grad la til rette for effektiv utnyttelse av ressursene i helsesektoren, og at innføring av visse styringselementer fra privat sektor var en riktig vei å gå. En konsekvens av at sykehusene var en del av den fylkeskommunale forvaltningen var for eksempel at man ikke opplevde å ha tilstrekkelig frihet til å gjennomføre en egen lønns- og personalpolitikk, opprette og inndra stillinger, utvikle tilpassede organisasjons- og ledelsessystemer m.v. Mange opplevde det også som et problem at de fylkeskommunale sykehusene – i

hvert fall mange av dem – var for små til å kunne drive driftsøkonomisk effektivt og faglig godt. Mange av de minste slet også veldig med å rekruttere nøkkelpersonell.

Sykehus har utviklet seg til å bli høyteknologiske og kompetansebaserte institusjoner, hvor det stadig blir utviklet og tatt i bruk nye utrednings- og behandlingsmetoder. Samtidig skjer det en medisinskteknologisk utvikling i rivende tempo – med ny og kapital-krevende teknologi og sterkt spesialiserte prosedyrer. Sykehus er altså komplekse organisasjoner, hvor kompleksiteten er et resultat av både størrelse, spesialisering, kompetanse og teknologi.

Som del av den offentlige forvaltningen var sykehusene før reformen integrert i statlige og fylkeskommunale tariffområder. Dette ga sektoren og ledelsen ved det enkelte sykehus mindre styring og kontroll med egen arbeidskraft og med utvikling av en tilpasset arbeidsgiverpolitikk enn ønskelig.

I alle vestlige land finner det sted en utvikling der befolkning og pasienter ønsker større innflytelse over hvor de skal bli behandlet, og således kunne velge mellom ulike leverandører av helsetjenester. Den nye pasientrettighetsloven og pasienters rett til fritt sykehusvalg representerte også et press på eierform og organisering av sykehusene. Skulle sykehusene greie å møte disse utfordringene, måtte de få en organisasjonsform som gjorde det mulig å få opp tempoet i beslutningsprosessen og øke evnen til omstilling.

Helsereformen hadde derfor som et av sine viktige siktemål å gi sykehusene mer ”moderne” rammebetingelser for å yte helsetjenester og for å kunne drive effektiv styring og omstilling. Med moderne rammebetingelser ble det siktet til flere forhold; blant annet disse:

- Ledelsen ved foretakene måtte få styringsmuligheter og ansvar i forhold til alle innsatsfaktorene, herunder kapital, arbeidskraft, lønns- og personalpolitikk
- Ledelsen måtte få myndighet til å velge den organisatoriske struktur som den mente best tjente virksomhetens formål
- Ledelsen måtte få et helhetlig ansvar for driften, uten innblanding i driftsspørsmål fra andre nivå.

Konsekvensen av disse kravene ble at den nye modellen ble organisert i form av 5 regionale helseforetak og hvert enkelt sykehus som eget foretak. De regionale helseforetakene skulle eie helseforetakene i sin region. Både de regionale helseforetakene og foretakene ble egne rettssubjekter. Det innebar at de ble fullt ut ansvarlige for sin egen driftsmessige virksomhet, både rettslig og økonomisk – dog med det unntak at de ikke kunne gå konkurs. Styrets og administrerende direktørs fullmakter ble fastsatt i loven. Begrunnelsen for å velge denne organisatoriske løsningen var at styret og ledelsen på denne måten måtte ta et reelt ansvar for økonomistyringen og for å håndtere eventuell økonomisk ubalanse. Ved at helseforetakene skulle rapportere økonomiske resultater

etter regnskapslovens prinsipper, skulle også kostnadene ved bruk av kapital synliggjøres.

Reformen innebar altså omfattende fullmakter både på RHF- og HF-nivå, og dermed muligheter til å treffe beslutninger i spørsmål av driftsmessig karakter uten at de behøvde å forelegges eier/overordnet nivå.

At helseforetakene ble egne rettssubjekter innebar også at staten kunne styre gjennom bruk av kontrakter/avtaler. Det lå i forutsetningene for reformen at foretaksorganisering, mulighet for å inngå avtaler med foretakene, og det frie sykehusvalg ville kunne legge til rette for økt konkurranse mellom foretakene.

Samtidig med at foretakene ble organisert som egne rettsssubjekter med stort indre selvstyre, var det en forutsetning i reformen at det var mye å hente på en strukturrasjonalisering i sektoren – ved en gjennomgang av oppgave- og funksjonsfordeling mellom foretak, og ved en mer samordnet utnyttelse av produksjonskapasitet (utstyr, bygninger og personale).

I tillegg til disse direkte HF-orienterte premissene skulle det gjennomføres foretaks- overgripende tiltak av betydning for det enkelte foretaks rammebetingelser. Eksempler på dette er blant annet felles innkjøpsordninger, felles IT-systemer, felles systemer for ledelses- og annen type styringsinformasjon, samt felles leder- og kompetanseutvikling. Det lå i premissene for foretaksorganiseringen at styringen fra eier i hovedsak skulle foregå gjennom foretaksmøtet.

I forhold til rammebetingelsene for det enkelte HF innebar sykehusreformen signaler om at det i større grad ville bli gjennomført sammenlikninger/benchmarking av foretak. Dette var et virkemiddel som antakelig skulle oppfattes som et forsøk på å fremme konkurransen mellom foretakene. Samtidig var finansieringssystemet utformet på en slik måte at det skulle fremme produksjon og effektivitet. Det skulle med andre ord bli større grad av gjennomsiktighet med hensyn til kvalitet og driftsmessig effektivitet i det enkelte foretak – både gjennom benchmarking og utvikling og offentliggjøring av ulike indikatorer for prestasjon, kvalitet og effektivitet.

Etter manges mening var det mest ”revolusjonerende”/dynamiske ved modellen innføring av nye regnskapsprinsipper. Vi har derfor til slutt i dette avsnittet gått litt grundigere inn på dette aspektet.

Sykehusreformen la vekt på at det skulle gis et mer ensartet behandlingstilbud til innbyggerne i Norge, uansett bosted. I diskusjonen fram til reformen ble det klart slått fast som politisk uakseptabelt hvis det var for store forskjeller i behandlingstilbudet til den enkelte innbygger, avhengig av hvor vedkommende bodde. Samlingen av eierrollen

hos staten/regionene og samling av utførerrollen i de fem regionene ble således oppfattet som en av forutsetningene for utjevning av kvalitet i tilbudet fra de enkelte foretak.

Det var således et ønske om at alle helseforetakene – ut fra en gitt aktivitetsprofil – skulle levere helsetjenester på et høyt kvalitativt og servicemessig nivå. Kravet var at det skulle være ensartet og optimal behandlingssmessig kvalitet for gitte typer av utredning og behandling i alle regioner og på alle helseforetak.

Det var med andre ord et premiss og en rammebetingelse i sykehusreformen at det enkelte foretak skulle levere helsetjenester som både var av høy kvalitet og som var produsert på en driftseffektiv måte.

Som nevnt ovenfor ble det ansett som et av vilkårene for å oppnå kvalitet og driftseffektivitet at det enkelte foretak ble ledet på en mer profesjonell måte. Profesjonaliseringen av styret og ledelsen i det enkelte helseforetak, deriblant rekruttering av annen type kompetanse på det overordnede ledelsesplan, må bl.a. ses i lys av dette.

Reformen innebar på mange måter også et prinsipielt nytt syn på ”hva et sykehus er” (jfr. 9.6.1 ovenfor). Sykehusene ble ikke lenger sett på som forvaltningsorganer, men som moderne service- og produksjonsbedrifter. Skulle disse være effektive og ha evne til nødvendig omstilling og endring, måtte de drives ut fra moderne ledelses-, organisasjons- og styringsprinsipper – med betydelig intern handlefrihet for lokalt styre og lokal ledelse. Synspunktet om at sykehusene måtte innføre nye og mer moderne organisasjons- og ledelsesprinsipper var ikke noe som kom med reformen. Gjennom store deler av 1990-tallet hadde det vært en debatt om lederstruktur og betingelser for ledelse ved sykehusene. I forbindelse med behandlingen av Ot.prp.nr. 10 1999 fattet Stortinget som et ledd i denne debatten vedtak om at prinsippet om enhetlig ledelse skulle gjelde for alle sykehus fra 2002.

Innføring av nye regnskaps- og avskrivingsprinsipper var et vesentlig element i reformen. Dette blir beskrevet grundigere i avsnittene nedenfor.

Helseforetakene representerer en stor kapitalbinding – både i bygg og i anvendelse av utstyr. Da sykehusene var organisert som virksomheter under fylkeskommunalt eierskap, ble investeringer i bygg og utstyr håndtert etter kommunale regnskapsprinsipper; det såkalte anordningsprinsippet. Det vil si at nødvendige midler til fornyelse av bygninger og utstyr ble bevilget særskilt gjennom egne vedtak i fylkeskommunen. Politikerne i fylkestingene måtte altså både ta stilling til rammene for driften og til investeringer og utbygginger. Sykehusene hadde i dette systemet ikke noe insentiv til å avveie bruk av kapital mot andre innsatsfaktorer. I noen fylkeskommuner var likevel dette i ferd med å endres, ved at sykehuseier etablerte ordninger for at også kapitalkostnadene skulle bli synlige i sykehusenes regnskaper. Det ble for eksempel gjort ved etablering av ordninger med intern husleie. Men dette ble altså gjort i varierende grad.

I Ot.prp. nr. 25 2000 foreslo sentrumsregjeringen å la fylkeskommunene selv fritt få bestemme hvilken tilknytningsform sykehusene skulle ha til fylkeskommunene. Forsøk med foretaksorganisering ble etter det prøvd ut i flere fylkeskommuner. Hovedbildet på reformtidspunktet var likevel at sykehusene fortsatt ble sett på og behandlet som en del av den fylkeskommunale forvaltningen.

Foretaksorganisering forutsetter i helseforetaksmodellen at sykehusene følger regnskapslovens prinsipper, hvor man får fram ressursbruk knyttet til kapital. Med regnskapslovens system vil bevilgningene til drift og til de investeringer som er nødvendige for å opprettholde verdien av bygninger og utstyr i prinsippet utgjøre ”en ramme”. Denne rammen skal dekke alle kostnader ved å drive sykehusene, inkludert avskrivningene. Dette systemet vil gi insentiver til en bedre anvendelse av kapital som innsatsfaktor enn anordningsprinsippet.

Innføringen av det nye finansieringsregimet bygger på at det gis svar på følgende to spørsmål:

1. Hvor mye var alle bygninger, tomter, medisinsk teknisk utstyr, IT-utstyr m.v. verd på det tidspunkt staten overtok eiendomsretten til dem?
2. Hvor lang levetid skal man legge til grunn for de ulike anleggsmidlene?

Avhengig av hvilket svar som gis på disse to spørsmålene kan man ”regne seg fram” til en årlig sum som er nødvendig for å dekke de årlige avskrivningene. Gitt denne forutsetning kan helseforetakene vurdere drift og investeringer i sammenheng, slik at det for eksempel blir lønnsomt å investere i utstyr eller bygningsmessige endringer som gir bedre driftseffektivitet eller bidrar til andre høyt prioriterte formål – for eksempel bedre kvalitet, økt sikkerhet eller bedre arbeidsmiljø.

8.6.3. Faktisk utvikling etter sykehusreformen

For det enkelte helseforetak vil eierstyring alltid være en vesentlig styringsform. HF-nivået påvirkes således naturlig på en rekke områder gjennom eierstyring fra nasjonalt og regionalt nivå. Også myndighetsstyringen vil erfaringsmessig være en vesentlig styringsform i forhold til det enkelte HF og produsentsystemet generelt, for så vidt som adgangen til overhode å agere innenfor produsentsystemet (eksempelvis for private sykehus) kan reguleres mer eller mindre.

Med sykehusreformens premiss om økt autonomi for det enkelte helseforetak ble balansen mellom intensiteten i eierstyringen overfor HF-nivået, og autonomi og rettigheter for det enkelte HF, av avgjørende betydning for de vilkår HF-nivået hadde å drive under.

På en rekke områder har det regionale nivå satt seg tungt på forskjellige utviklings- og strukturprosesser som har påvirket HF-nivået – og som når alt kommer til alt har gitt effekter i retning av innskrenket autonomi. Vesentlige endringer i oppgave- og funk-

sjonsfordelingen – og dermed endret arbeidsdeling mellom Hfene – har her vært et av de mest avgjørende tiltakene.

Konsolideringen og samlingen av helseforetak etter sykehusreformen har også målt ut fra internasjonale standarder være relativt omfattende. Denne samlingen har medført at spesialisthelsetjenesten i dag omfatter omkring 30 statlige helseforetak. RHF-nivået har vært primær pådriver i denne prosess. Prosessen har både gitt bedre rammer for oppgave- og funksjonsfordelinger *innenfor* det enkelte HF, og bedre forutsetninger for realisering av stordriftsfordeler og kapasitetsutnyttelse *mellom* de enkelte HF.

Sett fra det enkelte HF (og sammenliknet med det antall av sykehus som eksisterte før sykehusreformen) kan disse former for omstruktureringer sies å være en meget stor inngripen overfor HF-nivået, hvor tidligere selvstendige sykehus nå er integrert i større enheter.

På den annen side vil de helseforetakene som nå er etablert – bare gjennom sin størrelse og kompleksitet, og for fleres foretaks vedkommende også med aktivitet lokalisert flere steder – være så sterke enheter at dette i seg selv kan være et grunnlag for både å vedlikeholde og eventuelt bygge ut ulike former for autonomi.

Innholdsstyringen påvirker også klart det enkelte HF. Bestillerdokumentene og prioriteringsforskriften samt de føringer for prioritering som gis i retning av psykiatri, eldre, kronikerområdet osv., utgjør viktige premisser for HF-nivåets prioriteringer og krav til aktivitet.

Bestiller-utfører tankegangen synes ikke i praksis å ha hatt stor effekt for HF-nivået etter sykehusreformen. Bestrebelsene på å profesjonalisere innkjøpsfunksjoner på RHF-nivå og på å sikre innkjøpsfunksjoner større grad kunnskap og kompetanse i forhold til produsentsystemet, synes i praksis mest å ha vært rettet mot oppgaven med å kjøpe tjenester fra private eller halv-offentlige enheter. Siktemålene med disse innkjøpene har vært å supplere den kapasitet helseforetakene har kunnet stille til rådighet.

I tillegg har både oppgave- og funksjonsfordelinger og konsolideringen av helseforetak (og dermed reduksjonen av selvstendige sykehus) i seg selv gitt rammebetingelser som i mindre grad passer sammen med en egentlig bestiller-utfører modell. Det gjelder i hvert fall dersom hensikten med konseptet også var å sikre en viss konkurranse mellom helseforetak.

Utviklingen har således gått i retning av at RHF-nivået inngår driftsavtaler med en eller flere private leverandører når det er behov for å skaffe supplerende kapasitet og aktivitet. Samtidig synes konkurranseutsetting gjennom bestiller-utfører konsepter, hvor de offentlige helseforetak får lov å by på aktivitet på lik fot med private, enten ikke å være særlig utbredt eller å være på retur.

Det kan imidlertid være vanskelig å konkludere med om det etter sykehusreformen har vært økt konkurranse mellom private leverandører på den ene side og den offentlige del av produsentsystemet på den andre. Blant annet er det også fra HF-nivå uttrykt en viss irritasjon over at man ikke i høyere grad kan være med å konkurrere med private produsenter.

Når de statlige helseforetakene ikke kan delta i konkurransen om anbud – og disse leveransene forutsettes dekket av private leverandører, kan dette bidra til å motvirke de opprinnelige målsettingene om stor grad av autonomi for HFene og konkurranseorientering – samt til uthuling av bestiller-utfører konsepter.

I bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene angir departementet føringer i forhold til oppgaver og prioriteringer. Det presiseres også flere steder at RHFene skal operasjonalisere disse kravene overfor sine foretak. *Et eksempel* på dette finner vi i bestillerdokumentet til Helse Øst for 2005, hvor det blant annet står at det skal utvikles tilstrekkelig kompetanse i diagnostisering og behandling av barn, unge og voksne med ADHD, samt volds- og traumerammede.

Det kan også observeres en viss blanding av eier- og innholdsstyringssignaler gjennom bestillerdokumentene. For eksempel når det står at det ved Helse Øst må etableres ambulanse team ved hvert helseforetak i 2005 og i løpet av 2006 i tilknytning til DPS. I tillegg presiseres det at Helse Øst i løpet av året må sørge for at det blir etablert samarbeidsavtaler mellom helseforetak, DPS, og berørte kommuner med hensyn til oppfølging og utskriving av enkeltpasienter og veiledning av førstelinjetjenesten.

Med utgangspunkt i disse bestillerkravene blir det så i hovedsak opp til det enkelte HF å foreta de nødvendige omprioriteringer, slik at det kan frigjøres rom og kapasitet til disse satsingene.

En spesiell problemstilling i tiden etter reformen er at RHFene etter hvert har fått et annet grunnlag for ”innblanding” i foretakenes virksomhet. Det skyldes etablering og utvikling av fagavdelinger på regionalt nivå. I de tidlige fasene av reformen var RHF-nivået primært sammensatt av personer med økonomisk-administrativ kompetanse. Med oppbygging av fagavdelinger på RHF-nivå har premissene for styring, men også for dialog, mellom RHF- og HF-nivået blitt endret.

RHF-nivået har nå fått bedre forutsetninger for å drive fram det videre arbeidet med oppgave- og funksjonsfordeling basert på faglige premisser, og de har fått bedre forutsetninger for å adressere faglige krav og retningslinjer overfor HF-nivået. Oppbyggingen av fagavdelinger på RHF-nivå kan – sett fra helseforetakenes side – både oppfattes som grunnlag for ytterligere ”innblanding” og ytterligere rapportering, men det kan også legge grunnlaget for en mer fruktbar, operasjonell dialog om utvikling av kvalitetsarbeidet og det faglige arbeidet mer generelt.

Denne problemstillingen må også ses i sammenheng med utviklingen mot konsernstyring. I hvert fall i noen regioner synes denne utviklingen å bli mer fremtredende, selv om styringsformen prinsipielt kan sies å være ”på kollisjonskurs” med bestiller-utfører konsepter. Det ligger derfor en utfordring i å balansere konsernstyringen mot den autonomi som foretakene var tiltenkt i reformen, og derfor til å konsentrere eierstyringen i så stor grad som mulig om foretaksmøtene, og om de mer overordnede og prinsipielle sidene ved foretakenes drift.

Ved en for omfattende konsernstyring ligger det en fare for at foretakene kan bli ”brutt opp” og fragmentert. Effektiv sykehusdrift forutsetter tett og integrert samhandling mellom avdelinger og klinikker. Dersom deler av virksomheten, for eksempel radiologi og laboratorievirksomhet, styringsmessig trekkes ut av foretakene og legges under felles konsernfunksjoner (eventuelt egne selskaper), kan man lett risikere at samhandlingen blir mer tungrodd og i større grad basert på avtaler og forhandlinger. En vil da lett kunne få en situasjon med ”flere foretak i foretaket”, og samhandlingen dem i mellom kan bli tungrodd.

RHF- og HF-nivåene kan imidlertid samtidig på noen områder gå lengre med å definere områder/funksjoner som (regionale) ”konsernfunksjoner” og styre drift og utvikling av dem fra det regionale nivå, subsidiært gjennom et av de relevante HF.

For RHF-baserte og HF-tverrgående tiltak i tilknytning til felles innkjøpsordninger/-avtaler, konsernordninger for en del transaksjonstunge områder (lønn og regnskap) samt IT er bildet således også mer nyansert. Også på disse områdene kan fellesordninger medvirke til å uthule sykehusreformens premiss om økt autonomi for det enkelte foretak, men samtidig kan de sikre HFene bedre betingelser som følge av fellesordninger og stordriftsfordeler. Felles IT-løsninger vil dessuten kunne lette samarbeidet vesentlig mellom foretakene.

Problematikken eller spenningen mellom konsernstyring og autonomi for HF-nivået reiser spørsmålet om hvilket spillerom foretakene skal ha for å agere strategisk. På den ene siden kan det anføres at det er via eierstyring – i form av departementet og de regionale helseforetakene – at strategisk ledelse skal utøves. Det er et synspunkt som langt på vei kan være holdbart hvis man i begrepet strategi legger oppgave- og funksjonsfordeling. Hvilke foretak som skal ha hvilke funksjoner og hvilke funksjoner skal være på henholdsvis lands-, region- og foretaksnivå er det i stor grad opp til eier å beslutte. På den annen side bør det være et ikke ubetydelig handlingsrom for det enkelte foretak til å opptre strategisk innenfor disse rammebetingelsene. Hvis det skal være attraktivt å lede et helseforetak, må det også være et ikke ubetydelig handlingsrom for ledelse og styre ved foretakene. I tillegg må naturligvis foretakene trekkes aktivt med i det overordnede arbeidet med oppgave- og funksjonsfordeling.

Det har fra enkelte ressurspersoner vært anført at HF-nivået i for liten utstrekning har vært involvert i regionale overveielser omkring strukturutvikling (som i betydelig grad

kan ha konsekvenser på lokalt nivå). Det synes imidlertid å være variasjoner på tvers av de regionale helseforetakene. Etter hvert som HFene har blitt større synes det vanskelig å forestille seg at vesentlige strukturendringer kan planlegges og gjennomføres hensiktsmessig uten tett dialog mellom de regionale helseforetak og helseforetakene.

I de første årene etter reformen hadde de regionale helseforetakene sine representanter i HF-styrene. Denne representasjonen støttet opp under tendensen til konsernstyring (regionalt basert eierstyring), og var med på å undergrave eventuelle ønsker/målsettinger om økt styring gjennom bestiller-utfører konsepter – og muligens også i forhold til linjen med økt autonomi for helseforetakene. De fleste regionale helseforetakene har nå trukket sine representanter ut av styrene for helseforetakene. Det eneste RHF som fortsatt praktiserer ordningen er Helse Øst.

Finansierings- og avregningssystemet kan påvirke HF-nivået, og kanskje også på andre måter enn gjennom tilretteleggelse av registrering, ressursstyring og rapportering. Finansierings- og avregningssystemets takster er således ikke nødvendigvis nøytrale i den forstand at de til enhver tid avspeiler de faktiske kostnadene på HF-nivå. Noen takster vil på ethvert gitt tidspunkt formodentlig være mer attraktive enn andre takster. Aktivitet innenfor bestemte spesialfelt eller innenfor bestemte utrednings- og behandlingsformer kan på denne måten være mer økonomisk attraktive for HF-nivået. Høy aktivitet og kapasitetsutnyttelse på disse områdene kan dermed sikre helseforetaket som helhet bedre muligheter for å leve opp til de økonomiske krav, herunder kravet om budsjettbalanse.

Med en aktivitetsbasert avregning som for tiden svarer til 60 %, vil finansierings- og avregningssystemets innretning, balanser og ubalanser m.v., samt de muligheter som ligger i optimal registreringspraksis, være et vesentlig parameter for det enkelte helseforetak.

Hele finansierings- og avregningssystemets grunnlag i DRG utgjør også et områdefor nasjonal myndighetsstyring. Det er fastlagt krav om registrering og registreringskvalitet. Bruken av DRG systemet som grunnlag for avregning legger i realiteten noen kraftige bindinger i forhold til helseforetakenes registreringer og rapportstrukturer, og også i forhold til den måte det enkelte helseforetak innretter hele sin ressursstyring på.

Finansierings- og avregningssystemet setter dermed også i seg selv noen klare rammer for HF-nivået. Den praksis som etter hvert har blitt mer utbredt med at aktivitetskrav overfor det enkelte HF (samt det enkelte HFs oppfølging) gjøres opp i DRG poeng, avspeiler også dette forhold.

Innholdsstyringen på den ene side og avregnings- og finansieringssystemet på den andre side utgjør således hver for seg pressmekanismer som kan være ganske sterke overfor HF-nivået og for den måte aktivitet og kapasitet settes sammen på. Presset på HF-

nivået kan imidlertid også være et krysspress – i den grad innholdsstyring og finansierings- og avregningssystem virker forskjellig inn og gir forskjellige føringer og incitamenter for det enkelte HF.

Gjennomgangen av prioriteringstemaet (nedenfor) kan likevel så langt mane til en viss forsiktighet med å trekke altfor bastante konklusjoner når det gjelder finansierings- og avregningssystemets prioriteringsmessige effekter.

Nøkkelpersonene i evalueringen gir uttrykk for at det er kommet mer fokus på driftsmessig effektivitet og behandlingsmessig kvalitet, og på sammenhengen mellom disse to, etter sykehusreformen. Det er kommet sterkere fokus på dette fra de sentrale helsemyndigheters side, men det blir også arbeidet mer systematisk med retningslinjer og forbedringsprosesser på kvalitetsområdet ved mange foretak.

Hele veien gjennom styringskjeden, fra nasjonalt via regionalt nivå til det enkelte helseforetak, er det kommet betydelig større oppmerksomhet på kostnadskontroll, budsjettkontroll – og i særlig grad på økonomisk balanse.

Fokus på overholdelse av budsjett og økonomisk balanse er nok også vesentlig sterkere enn fokus på driftsmessig effektivitet, selv om det siste kan være et middel til å oppnå det første. Likeledes bør analyser av sammenhengen mellom driftsøkonomi og kvalitet prioriteres høyere enn hittil.

Det nasjonale indikatorprosjektet kan være et godt bidrag i utviklingen og målingen av kvalitet og servicenivå i hvert enkelt helseforetak. Det bør likevel være rom for langt større innsats med kvalitetsindikatorer fra det enkelte HF, på samme måte som det i større grad kan tenkes akkreditering/sertifisering som supplement til måling av kvalitet via indikatorer.

Sykehusreformen hadde som et av sine mål å bedre effektiviteten i sykehusene – blant annet gjennom innslag av konkurranselignende elementer. Målsettinger om økt driftseffektivitet for det enkelte sykehus kan uthules fordi aktivitet ikke på noen systematisk måte blir kanalisert i retning av foretak med høy produktivitet og/eller fordi målinger av relativ produktivitet på tvers av foretak (ennå) ikke blir vurdert som valide. Dersom aktivitet og nye funksjoner mer systematisk ble kanalisert i retning av effektive og kvalitativt gode foretak, ville det gi tydeligere incitamenter for foretaksledelsen til å sette i gang og gjennomføre forbedringsprosesser.

På kvalitetsområdet virker bildet for tiden mer diffust; særlig når det gjelder kvalitetsindikatorer knyttet til behandlingsmessig kvalitet og i forhold til systemer for bedre prosesskvalitet (akkreditering, sertifisering). Det er eksempler på etablering av f.eks. ISO-sertifisering innenfor rammene av det enkelte HF, og den vesentlige innsatsen knyttet til kvalitetsdatabaser og kvalitetsarbeid generelt synes fortsatt å være styrt fra HF-nivået.

Likevel synes det å være en klar vilje fra det regionale nivå, ikke minst med de nå etablerte regionale fagavdelinger, til å gå langt mer resolutt inn i kvalitetsarbeidet og sette rammer for HF-nivået i forhold til kvalitetsmessige effektmål.

Økonomirapporteringen på tvers av nivåene er blitt intensivert kraftig, med særlig vekt på budsjettdisiplin. Til tross for dette økte fokus på økonomi og kostnader, går 4 av 5 regionale helseforetakene og en rekke helseforetak med til dels store underskudd.

Mange av ressurspersonene understreker at de revisjonsrapporter som nå har blitt faste elementer i budsjett- og regnskapssyklusene for de enkelte HF og RHF, er blitt viktige redskaper for ledelsen og styrene. Gjennom disse kommer det en rekke forhold ”opp til overflaten” som ikke tidligere har vært belyst eller i fokus.

Foretakene har som selvstendige rettssubjekter hatt stor frihet til å utforme ledelses-, organisasjons- og styringsformer som fremmer produksjon og effektivitet. Denne retten har de benyttet i utstrakt grad.

Når det gjelder muligheten til å utforme lokal lønns- og arbeidsgiverpolitikk, synes bildet noe mer nyansert. Det er gjennomført endringer i avtaleverket som gjør det mulig å flytte mer av arbeidsgiverfunksjonen – inklusive lønns- og rekrutteringspolitikken – til foretaksnivå. Samtidig fordeles fortsatt mye av lønnsmassen via sentrale forhandlinger. På arbeidsgiversiden synes det å være stor grad av enighet om at lønnspolitikk er en viktig del av arbeidsgiver- og lederfunksjonen på foretaksnivå, og en forutsetning for å kunne bruke lønn som virkemiddel for å realisere foretakenes mål og prioriteringer. Samtidig er det manges oppfatning at delegering og desentralisering av dette til foretaksnivå ikke går så raskt som ønskelig. En viktig årsak til det er naturligvis at oppfatningene på arbeidstakersiden om disse spørsmålene er delte. Flere av fagforeningene ønsker fortsatt at mye av lønnspolitikken skal fastlegges sentralt.

Alle regionene har gjennomført tiltak for at ta ut skalafordeler på konsernnivå knyttet til for eksempel felles innkjøp, mer standardisering av IT-systemer, felles kjøring av lønn på regionalt nivå, m.v.

Som vi skrev ovenfor kan bestrebelsene på å trekke ut skalagevinster gjennom samenslåing, integrasjon eller styrt samarbeid mellom f.eks. medisinske støttefunksjoner eller servicefunksjoner på tvers av helseforetak, være et eksempel på reduksjon av det enkelte HFs autonomi. Slike bestrebelseser kan imidlertid samtidig være grunnleggende nødvendige for HF-nivået, hvis eksempelvis innsparinger skal realiseres uten at det påvirker helseforetakenes kliniske aktivitet.

Det er også innført og tatt i bruk ledelsesinformasjonssystemer på konsernnivå i den enkelte region, slik at alle foretakene ”måles” på de samme parametrene. Noen av parametrene er felles for hele landet.

Endelig har alle helseforetakene i stigende grad vært involvert i topplederutvikling og andre former for lederutviklingstiltak. Disse er delvis drevet gjennom de regionale helseforetakene. På samme måte er styrene i en viss utstrekning blitt sammensatt ut fra mer forretningsorienterte prinsipper, selv om det i noen tilfeller også har vært en viss spenning mellom representasjon fra profesjonelle, forretningsorienterte miljøer og det politiske miljø i regioner/fylker. Stadig flere regionale foretak gjennomfører nå også lederutviklingsprogrammer for ledere nedover i organisasjonen samt systematiske vurderinger av styrer og styremedlemmer. Det er vårt inntrykk at det er et betydelig omfang på lederutvikling/lederprogrammer også i regi av det enkelte foretak.

Perioden etter sykehusreformen har formodentlig vist at helseforetaksmodellen ikke kan oppfattes eller realiseres fullt ut fra premissene om at det enkelte foretak skal være helt autonomt og styres og struktureres med utgangspunkt i logikken for private virksomheter og ut fra orienteringer mot ”marked” og ”konkurranse”.

Sett fra det enkelte helseforetaks side har forskjellige former for intervensjon, overvåking m.v. fra nasjonalt hold og fra regionene kanskje også fått et større omfang enn forventet, tatt i betraktning sykehusreformens fokus på behovet for økt autonomi for produsentene.

Noen hevder at det er behov for å gjennomgå selve ”foretaksmodellen” eller kanskje mer presist: Avklare forutsetninger for og spilleregler i modellen når det gjelder forholdet mellom regionalt foretak og foretakene, og mellom styrer og de administrerende direktørene. Følgende utsagn kan illustrere denne problemstillingen: ”Alt for mye foregår nå i linjen mellom styrene (RHF og HF) og departementet, mens den uformelle dialog og stabskontaktene er i ferd med å dø ut.”

Foretaksmodellen er imidlertid i prinsippet temmelig klar når det gjelder hvordan styringslinjene går. Foretakene er egne rettssubjekter og de administrerende direktørene rapporterer til sine styrer. Det går således ingen styringslinje fra de administrerende direktørene på RHF-nivå til de administrerende direktørene på HF-nivå. Det synes å være en økende bevissthet om at det er viktig å holde fast ved disse formene – for ikke å tukle med ansvarsforholdene i modellen. Samtidig er det regelmessige møter mellom de administrerende direktørene på RHF- og HF-nivå (ledermøter). Det er vårt inntrykk at det nå legges stadig mer vekt på å utvikle konsensuspregede prosesser gjennom denne mer uformelle samhandlingen. Det betyr at lederne diskuterer viktige utfordringer i felles fora, og gjennom dette forsøker å komme fram til felles holdninger i viktige spørsmål.

Pasient-/innbyggersystemet og det politiske system påvirker HF-nivået. Generelt synes pasient-/innbyggersystemet å ha økende innflytelse på utvikling, drift og prioritering i helseforetakene.

Gjennom sykehusreformen er det tatt direkte initiativ til å etablere brukerutvalg og sikre brukerrepresentasjon i styret for HFene.

Videre påvirker pasient-/innbyggerssystemet helseforetakene på andre måter, både gjennom det politiske system og den måte myndighetsstyringen faktisk utøves på. Vi kan her se en klar avspeiling av den alminnelige samfunnsmessige utvikling. Eksempler på dette er bl.a. individualisering og stigende krav og forventninger til at tjenestene skal tilpasses den enkeltes krav og behov. Vi ser også at det i økende grad brer seg en holdning i produsentsystemet om at retten til fritt produsentvalg bør utvides til nye områder og med færre og færre begrensninger.

Pasient-/innbyggerssystemet påvirker også i økende grad helseforetakene gjennom de krav som stilles, bl.a. fordi innbyggernes kunnskap om sykdom, behandling og farmakologi øker betydelig, og fordi forskjellige pasientinteresser organiseres bedre og på mer strukturert måte gir innspill og stiller krav.

Utviklingen hvor pasient-/innbyggerssystemet og helseforetakene både direkte og indirekte kommer tettere og tettere på hverandre, må antas å fortsette. Pasient-/innbygger-systemets påvirkning av rammebetingelsene for HF-nivået må dermed også forventes øket. Det er imidlertid grunn til å anta at påvirkningen i mange tilfelle også vil gå gjennom det politiske system og myndighetsstyringen, dermed få mer karakter av lov- og regelbaserte Rettigheter.

Samtidig gir den økte involvering fra pasient-/innbyggerssystemet på HF-nivået mulighet for å delta aktivt i en prosess, hvor innbyggerinteressene også ansvarliggjøres og forpliktes. Ved at de blir trukket inn i uliketyper prosesser, kan de også bli mer forpliktet på helhetlige prioriteringer – snarere enn uforpliktende å oversende stadig flere og nye krav.

Arrangørstyringen påvirker også HF-nivået. Gjennom myndighetsstyringen er det gitt en rekke rettigheter for pasienter/innbyggere. Dette har også innflytelse på fastlegenes rådgivning overfor og henvisning av enkeltpasienter. Dermed kan arrangørstyringen påvirke inflow av pasienter, men også den grad av konkurranse det enkelte helseforetak, ut fra kriterier som ventetider, kvalitet og service samt effektivitet, vil være nødt til å forholde seg til.

RHF-nivået står i seg selv for arrangørstyring gjennom fastlegging av opptaksområder som fortsatt, selv med frittvalgsordningen, utgjør en markant ramme og binding for det enkelte helseforetak. Det nasjonale nivå har ikke på samme måte som det regionale nivå blandet seg inn i opptaksområder for de enkelte foretak. Bindingene gis først og fremst fordi ”sørge for ansvaret” innenfor opptaksområdet er en klar forpliktelse for det enkelte HF, og fordi frittvalgsinntak av pasienter i prinsippet ikke kan gjennomføres på måter som går ut over ”sørge for ansvaret” i forhold til opptaksområdet.

Myndighetsstyringen legger rammer for hvem som kan gå inn som produsent i spesialisthelsetjenesten – og hvilke krav, standarder og normer som forventes oppfylt for å være en del av det samlede produsentsystemet.

Uavhengig av de forskjellige tendenser i forhold til autonomi eller ikke-autonomi utgjør produsentsystemet og det enkelte HF fortsatt en meget sterk kraft i den norske spesialisthelsetjenesten. Dette på tross av intensivert eierstyring, økt påvirkning fra blant annet innholdsstyringen, finansierings- og avregningssystemets innretning, og den økte innflytelsen fra pasient-/innbyggersystemet.

Ikke minst fagmiljøene utgjør fortsatt meget sterke krefter. Eierstyringen fra nasjonalt og regionalt nivå når derfor i mange tilfeller fortsatt i hovedsak fram til styrenivå og øverste ledelsesnivå. Det kan være langt vanskeligere å få styringssignaler og føringer til å nå ”helt til bunns”, det vil si påvirke også avdelingsnivå og fagmiljø.

Det er derfor fortsatt atferd og holdninger i de kliniske miljøer ved foretakene som i stor grad definerer vilkår og rammebetingelser for foretakene. Det gjelder både i forhold til å se muligheter og definere barrierer og begrensninger. Prosesser knyttet til strategi, oppgave- og funksjonsfordeling – og ikke minst til kvalitet og faglige retningslinjer – gjennomføres fortsatt med betydelig involvering fra fagmiljøene ved HFene. En slik involvering er også helt nødvendig.

Kapasitetsplanlegging kan i prinsippet sies å være ett av målene med oppgave- og funksjonsfordelingen. På flere måter går kapasitetsplanlegging imidlertid langt videre enn det.

Produsentsystemet som helhet, herunder også de private produsenter, kan påvirkes meget kraftig av de vurderinger og beslutninger eier gjør når det gjelder å definere kapasitet og struktur på tilbudet.

Den nasjonale og regionale eierstyringen vil klart påvirke det enkelte helseforetak – både når det gjelder utbygging eller innskrenking av samlet kapasitet, og når det gjelder plassering av denne kapasitet. Slike føringer kan også komme direkte via meldinger fra det politiske system (eksempelvis den nye regjeringens erklæring om at ingen lokalsykehus skal nedlegges).

Planlegging, monitorering og sammensetning av den samlede kapasitet innenfor spesialisthelsetjenesten er en vesentlig oppgave for den for den nasjonale og i andre omgang den regionale eierstyringen.

Denne del av eierstyringen skal i prinsippet blant annet sikre følgende:

- En hensiktsmessig balanse mellom kapasitet i spesialisthelsetjenesten i primærhelsetjenesten – og en klar planlegging av hvordan utviklingen i kapasitet i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skal balanseres
- En hensiktsmessig balanse og en hensiktsmessig utvikling i balansen mellom forskjellige former for sykehuskapasitet (universitetssykehus, allsidige akuttssykehus, lokalsykehus osv.). Dette vil stå i nær sammenheng med det arbeid som gjøres i innholdsstyringen for å fastslå og videreutvikle hva som kan betraktes som høy-spesialiserte funksjoner (landsfunksjoner) og spesialiserte funksjoner (regionsfunksjoner)
- En hensiktsmessig sammensetning av kapasitet innenfor de forskjellige fagområder og spesialfelt. Det vil også her være klare sammenhenger mellom eierstyringen og innholdsstyringens føringer vedrørende spesielt prioriterte innsatsområder
- En hensiktsmessig sammensetning av kapasitet når det gjelder forskjellige former for utredning og behandling – heldøgnsbasert aktivitet, aktivitet gjennom dagopphold, poliklinisk aktivitet, rådgivning osv.
- En hensiktsmessig samlet kapasitet som på den ene side tillater reelt innhold i frittvalgsordningen (som en generell kapasitetsmangel ikke ville gjøre), og som på den andre side unngår kapasitetsoverskudd i et omfang som motvirker insitamenter til økt driftseffektivitet.

Både eierstyringen gjennom det nasjonale nivå og eierstyringen fra RHF-nivået vil ha en vesentlig oppgave med hensyn til å styre kapasitet. Det nasjonale nivå må primært lede an når det gjelder balansen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjeneste, og når det gjelder spesialisthelsetjenestens samlede kapasitet, og når det gjelder fordeling av lands- og regionfunksjoner. Spørsmål knyttet til fordeling av spesialfunksjoner og oppsplitting i forskjellige former for kapasitet vil i større grad være regionalt forankrede anliggender.

Spørsmålet om omfang og karakter av forskjellige typer HF og de private sykehusenes posisjon og roller i produsentsystemet vil på generelt grunnlag være et felt hvor både det regionale og det nasjonale nivå kan være involvert.

Det har i tiden etter sykehusreformen vært gjennomført et betydelig arbeid med sikte på å identifisere kapasitetsmessige bilder for 2010 og 2020 og sågar 2025. Den behandlingsteknologiske utvikling, forutsatte utviklinger i sykелighet, samt demografi, har som oftest vært de sentrale elementene i dette arbeidet. Det er særlig det regionale nivået som har arbeidet på disse områdene.

Planlegging og bestrebelser på å identifisere kapasitetsbehov og kapasitetsformer framover synes således å ha hatt høy prioritet fra det regionale nivå. Det nasjonale nivås monitorering av samlet kapasitet i spesialisthelsetjenesten og av balansen mellom ka-

pasitetsoppbygging i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten synes å ha vært mindre strukturert og målrettet.

Både i forhold til det regionale arbeidet og i forbindelse med behovet for overordnet nasjonal styring av kapasitet, synes det å ha vært vanskeligheter eller utfordringer fordi sykehus utgjør store arbeidsplasser og dermed har stor innvirkning på de bysamfunn og lokalsamfunn hvor sykehusene ligger i. Vesentlige kapasitetsmessige omlegginger (nedleggelse av sykehus, nybygging av sykehus) kan dermed ha store samfunnsøkonomiske effekter. Dette presset kan innebære risiko i retning både av at kapasitet som det ikke er behov for blir opprettholdt og av at ny nødvendig kapasitet ikke blir bygd opp. Generelt synes det imidlertid i spesialisthelsetjenesten også etter sykehusreformen å ha vært vesentlig lettere å sikre ny kapasitet enn å sikre nedleggelse av kapasitet.

Utbyggingen av den private kapasitet i perioden etter sykehusreformen har formodentlig understøttet denne tendens.

Den voldsomme endring i demografien som vil slå meget kraftigt igjennom særlig i perioden 2010-2020 vil medføre det vil bli opp mot 30 % flere innbyggere i gruppen over 80 år i forhold til dagens tall. Sammen med en stadig større gruppe av pasienter med kroniske sykdommer, langvarige sykdommer og livsstilssykdommer vil dette i stigende grad prege helsesektoren og medføre kapasitetspress. Eierstyringen står derfor allerede nå overfor meget store kapasitetsmessige utfordringer. Dette gjelder ikke minst i forbindelse med diskusjoner og beslutninger om arbeidsdelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Grunnen er at mange av de sammensatte lidelser som særlig eldre utsettes for, og mange av de kroniske lidelser og langtidslidelser som følge av livstil, i stor grad vedrører sykdomsbilder hvor omsorg, utredning og behandling foregår i grenseområdet mellom spesialisthelsetjenestens medisinske avdelinger (ofte de ikke-spesialiserte) og primærhelsetjenesten. Ofte blir disse ulike tilbudene i liten grad koordinert. Samspillet mellom fastleger og helseforetak, og fastlegenes samt kommunenes involvering i framtidig arbeidsdeling, er derfor avgjørende forutsetninger for suksess.

Spesielt om de nye regnskaps- og avskrivningsprinsippene

Innføring av regnskapsloven var blant de mest dynamiske elementene i den nye foretaksmodellen. Ved å ta i bruk moderne regnskapsprinsipper skulle sykehusene underlegges de samme økonomiske rammebetingelser som private bedrifter – med unntak av at de ikke kunne gå konkurs, og heller ikke har profittmaksimering som mål. Gjennom denne delen av reformen var tanken dermed også at de offentlige helseforetakene og private leverandører ville få likere rammevilkår.

Et av formålene med helseforetaksmodellen var å måle bruken av kapital ved å følge prinsippene i regnskapsloven. Dette prinsippet innebærer at kostnadene ved kapitalslitet blir avskrevet over forventet økonomisk levetid. På denne måten blir avskrivninger en driftskostnad på lik linje med andre driftskostnader i helseforetakenes regnskaper.

Det har i perioden etter at reformen ble gjennomført vært en betydelig diskusjon om den såkalte ”åpningsbalansen”, og om de årlige bevilgninger til avskrivninger i statsbudsjettet tilsvarer det reelle behovet for utskifting og fornyelse. Det har vært antydning at bevilgningene til dette formål har vært ca. 2 milliarder mindre pr. år enn det reelle behovet (5 milliarder versus 3 milliarder), og at dette har bidratt til å øke helseforetakenes underskudd.

Det synes tvilsomt om den verdifastsetting og den levetid for anleggsmidlene som ble fastsatt ved overtakelsestidspunktet var ”riktig” – i forhold til å dekke de reelle avskrivningene (sett fra det enkelte helseforetaks synspunkt). Det synes derfor å være en ubalanse mellom foretakenes behov for investeringer og den ”ramme” de reelt sett har til disposisjon til dette formål.

I følge Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten ligger investeringene i helseforetakene i 2004 ca. 1,9 milliarder kroner høyere enn avskrivningskostnadene. Dette vil i framtiden generere økte avskrivninger som igjen gir økte effektiviseringskrav.

I forbindelse med behandlingen av Ot.prp. 56 (2004-2005) ble det også en diskusjon om det var riktig å fastsette verdien av de eiendelene staten overtok fra 2002 til 2/3 av den faktiske verdi, og om dette investeringsnivået ville være tilstrekkelig til å produsere de helsetjenester som var ønskelig og nødvendig. Det kan utvilsomt anføres gode argumenter for at *en* eier (5 eiere) bør ha bedre forutsetninger for å effektivisere bruken av kapital enn de tidligere 19. Mange stiller likevel et spørsmål ved om ikke 2/3 av den faktiske verdi var for radikalt. Det er også et spørsmål om hvor realistisk det er å redusere foretakenes behov for bygninger og realisere den verdi som ligger i denne bygningsmassen.

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten består av basisbevilgninger og aktivitetsavhengige tilskudd. De aktivitetsbaserte tilskuddene er ISF (Innsatsstyrt finansiering) og polikliniske refusjoner. Alle tilskuddene utbetales til de regionale helseforetakene. Den innsatsstyrte finansieringen dekker i 2005 60 % av gjennomsnittskostnadene for de pasientgrupper som er inkludert i ordningen. Denne prosentandelen har i perioden etter reformen variert mellom 40 % og 60 %.

Stortinget vedtar hvert år i statsbudsjettet lånerammene til investeringer i helseforetakene. Dette beløpet kommer i tillegg til den del av basisrammen som brukes til investeringsformål. Det er deretter en prosess innad i den enkelte helseregion om hvordan den samlede investeringsrammen skal fordeles på de enkelte helseforetak. Det er prinsipielt ikke anledning for det enkelte helseforetak til å investere utover denne rammen; heller ikke hvis slike investeringer kan dokumenteres å gi gode driftsøkonomiske effekter. Den del av basisrammen de regionale helseforetakene kan bruke til investeringer, skal både dekke de store utbyggingsprosjektene og de mer løpende investeringene.

Rammene fra de regionale helseforetakene til helseforetakene framkommer med utgangspunkt i en teoretisk basisramme. Den skal dekke både drift og avskrivninger. Fra denne rammen trekkes det et beløp som skal gå til avskrivninger. I tillegg kommer en egen investeringsramme, som gjennomgående er lavere enn det beløp som er trukket ut av basisrammen. Gjennom dette systemet får altså foretakene fortsatt egne rammer til henholdsvis drift og investeringer. I tillegg til disse investeringsrammene har det enkelte helseforetak anledning til å søke det regionale helseforetaket om adgang til å oppta lån for å finansiere investeringer.

Helseforetakene er altså, som nevnt i avsnittet ovenfor, også gitt mulighet til å ta opp investeringslån. Ved utgangen av 2004 var det, ifølge Beregningsutvalget, tatt opp investeringslån på til sammen ca. 5,5 milliarder kroner. Ut fra utvalgets forutsetninger vil det medføre økte årlige avskrivninger på omlag 365 millioner kroner, som også må håndteres som krav til økt effektivitet.

Det økonomiske press på helseforetakene som ligger i punktene ovenfor kan tenkes håndtert på ulike måter:

- Det kan gjennomføres et økonomisk løft i basisrammen til de regionale helseforetakene som sikrer balanse og samsvar mellom investeringsbehov og rammer
- Det kan legges til grunn at helseforetakene bare skal settes i stand til å gjenanskaffe 2/3 av bygnings- og utstyrsmassen, slik som foreslått i Ot.prp. 56 (2004-2005). Foretakene må da enten bygge ned sin beholdning av realkapital og/eller effektivisere driften, slik at de blir i stand til å vedlikeholde en større andel av den samlede bygnings- og utstyrsmassen
- Det kan skje en langsom harmonisering ved at eiendeler som helseforetakene overtok pr.01.01.2002 verdsettes til 2/3 av reell verd, mens eiendeler som er anskaffet etter dette tidspunkt verdsettes fullt ut
- Sykehusene kan få økte lånemuligheter, og på den måten gjennomføre investeringer som bidrar til å effektivisere driften
- DRG systemet kan utvikles og innrettes på en måte som gjør at det også reflekterer sykehusenes investeringsbehov.

Uansett hvilken strategi, eller kombinasjon av strategier, som velges, er det viktig for reformens videre utvikling at dette spørsmålet blir avklart på en hensiktsmessig, ryddig og realistisk måte.

Avslutningsvis under dette temaet vil vi knytte noen kommentarer til henholdsvis eierstyringen og myndighetsstyringen.

Eierstyringen kan vedlikeholdes på flere måter også i forhold til de større HF-enheter som har utkrysallisert seg etter sykehusreformen. Flere ulike tendenser og mekanismer kan registreres. En tendens som kan registreres er at eierstyring og myndighetsstyring fra det regionale nivå "smelter sammen", og hvor den kravstillende og direkte styring overfor det enkelte HF medvirker til mindre autonomi for HF-nivået. På den annen side

ser vi tendenser til at de regionale helseforetakene i sin eierstyring legger mer vekt på konstruktive og konsensusskapende prosesser. I disse prosessene tones selve styringsaspektet ned, og fokuset rettes mot arbeidet med å skape oppslutning om og forankring av strategier og beslutninger.

Myndighetsstyringen fra både nasjonalt og regionalt nivå påvirker i betydelig grad HF-nivået.

Fra det nasjonale nivå intensiveres myndighetsstyringen overfor HF-nivået. Dette er imidlertid en utvikling som synes å ha vært i gang allerede før sykehusreformen, eksempelvis med innføring av konseptet omkring individuell plan. Også frittvalgsordningen (også fra før sykehusreformen) kan oppfattes som en del av myndighetsstyringen, fordi den sammen med annet regelverk vedrørende pasienttransport og premisser for avregning setter rammer for det enkelte helseforetak. Det gjelder både med hensyn til hva man som HF skal kunne tåle (av at pasienter fra eget opptaksområde henvises til andre HF) og når det gjelder de muligheter det enkelte foretak har for å tiltrekke seg pasienter; for eksempel i form av å annonsere i aviser og andre medier om rask behandling/ledig kapasitet eller andre fortrinn.

Myndighetsstyringen fra nasjonalt nivå har imidlertid fortsatt å intensiveres også etter den nye helseforetaksmodellen ble tatt i bruk, og manifesteres bl.a. i forbindelse med kravene om registrering og oppfølging av en rekke såkalte kvalitetsindikatorer. Disse indikatorene har mer preg av serviceindikatorer enn av kvalitetsindikatorer. Det er ikke egentlige effektmål, men rammene for monitorering og innrapportering styres presist.

Det utøves også myndighetsstyring fra nasjonalt nivå med hensyn til registrering og rapportering av aktivitet. Nye eksempler på dette er psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, hvor aktivitetsdata hittil ikke har vært på samme detaljeringsnivå som for den somatiske del av spesialisthelsetjenesten.

HF-nivået påvirkes også gjennom myndighetsstyringen i forbindelse med en rekke andre forskrifter og forutsetninger. Det gjelder for eksempel i forbindelse med innføring og videreutvikling av klinisk IT og en generell tendens mot mer samlede regionale løsninger og krav fra det regionale nivå.

Fra det regionale nivå settes et stigende antall standarder og normer for den måte rapporteringsrutiner og rapporteringsinnhold skal struktureres på, og for hva som skal omfattes av rapporteringen. Deler av denne styringen er forankret også i det nasjonale nivås myndighetsstyring, eksempelvis i forbindelse med krav om ventetidsoppfølging og innrapportering, og i forbindelse med forutsetninger om registrering av aktivitet.

8.7. Tema 6: Prioritering av aktivitet og ytelser for spesialisthelsetjenesten

8.7.1. Generelt om temaet og om relevante styringsformer og fokusområder

Utvikling av medisinsk teknologi og tekniske apparatur skaper stadig større avstand mellom muligheter for utredning og behandling på den ene siden, og de ressursene som stilles til rådighet for spesialisthelsetjenesten på den andre siden. På bakgrunn av dette er prioritering av spesialisthelsetjenestens ytelser kommet i fokus i stort sett alle vestlige sykehusvesen. På samme måte har interessen for mer strukturerte beslutningsgrunnlag i forbindelse med eventuell innføring av nye behandlinger og nye medisinske preparater vokst.

I sammenheng med prioriteringsproblematikken virker det som om det er en gryende internasjonal forståelse for at det er nødvendig med større bevissthet rundt og styring av balansen mellom de ressurser som brukes til de behandlinger som skjer med grunnlag i høyteknologi innenfor spesialisthelsetjenesten og ressurser til mer utbredte og ”bredt rammende” (livsstils)sykdommer, inkludert kroniske lidelser.

Tendensen til å akseptere innføring av nye og ofte meget dyre medisinske preparater, på for eksempel kreftområdet, kan føre til at en stadig større del av den samlede ressursinnsats innen spesialisthelsetjenesten brukes på et relativt beskjedent antall pasienter, og innenfor sykdomskategorier med forholdsvis lav innsidens og prevalens.

Store deler av den merbelastning de kommende års demografiske utvikling medfører, samt økning av andel kronikere og langtidssyke vil gi risiko for dyrere og muligens mer uhensiktsmessige løsninger hvis ikke primærhelsetjenesten snarere enn spesialisthelsetjenesten blir den helt avgjørende sektor.

Det vil i forbindelse med slike utviklingstendenser ofte være en grunnleggende politisk holdning at muligheter for nye behandlinger som er rettet mot en pasientgruppe som på forhånd ikke har et tilstrekkelig behandlingstilbud, skal prioriteres. Ofte er dette uavhengig av den aktuelle behandlingens (relative) nytteverdi og av konsekvensene for behandling av andre pasientgrupper.

Styringsmekanismene i tilknytting til prioritering av aktivitet og ytelser for spesialisthelsetjenesten synes på den bakgrunn å bli stadig mer vesentlig.

Prioriteringsinnsatser foregår ut fra to prinsipielle utgangspunkt: Det kan fokuseres på beslutningsgrunnlag i forbindelse med marginalutvidelser av det samlede tilbud av tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Det kan alternativt fokuseres ut fra en helhetlig prioritering av den totale tjenesteportefølje innen spesialisthelsetjenesten.

Den marginale prioriteringsinnsatsen kan blant annet gjenspeile seg i forskjellige former for MTV-analyser hvor det etableres beslutningsgrunnlag i forhold til nye behand-

lingsformer, nye medisinske preparater etc. Slike analyser kan også omfatte økonomiske og kapasitetsmessige effekter av et skifte til nye former, eller til supplerende former for utredning, behandling m.v.

En variant kan sies å ligge mellom den kontinuerlige, helhetsorienterte prioriteringen og den marginale prioriteringen. Denne varianten består av tendensen av til at større områder – for eksempel innenfor psykiatri, hjerte, kreft og rehabilitering – tas ut til en mer sammenhengende vurdering og planlegging, og dermed til en reell prioritering av disse områdene.

Slike satsinger på større, sammenhengende behandlingsområder kan prinsipielt skje ved at det samtidig blir vurdert hvordan en eventuell økt satsing på for eksempel hjer-teområdet påvirker ressursinnsats og aktivitet innen andre felt. Ofte fokuseres det imidlertid primært på det aktuelle satsingsområdet uten noen parallell vurdering av hvilken effekt en slik satsing har på andre typer behandlinger/ andre pasientgrupper.

Fokus på ventetid i forhold til bestemte typer pasientforløp kan oppfattes som prioritering, men ofte på en indirekte måte. Innenfor disse ventetidsrammene sammenliknes sjelden hvilke effekter krav om overholdelse av ventetid eventuelt måtte ha foraktivitet på andre områder. Ventetidsproblematikken kan oppfattes som en spesiell form for prioritering, der det er ventetiden det fokuseres på, og hvor det satses på reduksjon i ventetid. Dette til tross for at økt fokus på områder med lang ventetid kanskje ikke ville bli oppfattet som avgjørende i en mer generell diskusjon om prioriteringer.

I relasjon til ventetider, kan det på samme måte være en risiko for ubalanse i sammenhengen mellom behandlingsmessig kvalitet og prioritering av aktivitetsnivå og ytelsestyper. Bare muligheten for å måle eller klart indikere behandlingsmessig kvalitet på et gitt område kan i seg selv medføre at dette området får uforholdsmessig stor prioritet.

Premisser for prioritering av helsetjenester kommer fra det politiske system og (i økende grad) fra pasient-/innbygger systemet. Premissene kommer også fra spesialisthelsetjenesten selv. Det er derfor grunn til å følge nøye med på hva som betinger ”systeminterne” innspill/signaler. Premissene kan bygge på mange faktorer, deriblant personlig prestisje, institusjonell prestisje, forsøk på å skape grunnlag for ytterligere forskningsinnsats osv. Samtidig er det en viktig erkjennelse, og en form for rammebetingelse, at den faglige viten og kompetanse – inkludert innsikt i ny medisinsk teknologi – i svært høy grad er forankret i de faglige miljøene i helseforetakene selv. Prioriteringsinnsats (utelukkende) fra nasjonalt nivå krever på denne bakgrunn noen særdeles sterke og brede faglige miljø som er kontinuerlig à jour. Ofte er dette en urealistisk forutsetning.

Prioritering kan i prinsippet forekomme (og forekommer faktisk iblant) gjennom ad hoc inngripen fra politisk hold eller fra topp administrativt hold. Normalt vil man ikke oppfatte denne type inngripen som ”prioritering”, heller ikke fra aktørenes (rolleinnhaverens) side, men som ”løsning av politiske problemer”, ”løsning av akutt erkjente

mangler eller vanskeligheter” osv. Denne form for ad hoc inngripen vil ofte være be-
tinget av mediepress, press fra pasientforeninger eller andre typer partsinteresser.

Det kan være en risiko for at prioritering i for høy grad foregår etter ”desibelprinsip-
pet”. På den måten setter interessegrupper (leger, media, pasientforeninger) en dags-
orden i prioriteringsdiskusjonen og lykkes med å oppnå en bedre prioritering av det
aktuelle området. Utvikling av strukturerte metoder for prioritering kan på denne bak-
grunn synes særdeles vesentlig – kanskje ikke minst i en konjunktur der pasient-
/innbygger-systemets innflytelse vokser.

8.7.2. Forutsetninger i forbindelse med sykehusreformen

Behovet for mer samlet og helhetlig prioritering og styring var blant de viktige sikte-
målene med sykehusreformen. Det var her snakk både om prinsipielle og mer praktis-
ke/aktuelle begrunnelser.

Den prinsipielle begrunnelsen var at sykehustjenester ble ansett som så viktige, at til-
budet til befolkningen ikke kunne ”overlates” til 19 fylkeskommuner som både hadde
ulike økonomiske forutsetninger for å utvikle og etablere tilbud, men som i noen grad
også reelt sett prioriterte ulikt. Reformen skulle også gi et bedre grunnlag for prio-
ritering. Oppfatningen var at det ville være lettere å få til det med *en* eier og innen
rammene av en styringskjede.

Reformen hadde også som ambisjon at innsatsen på forskning og utvikling måtte styr-
kes dersom kvaliteten i utredning og behandling skulle være tilfredsstillende.

Den mer praktiske begrunnelsen for en reform knyttet til denne problemstillingen var
behovet for å styrke tilbudet til – og sikre lik tilgang til tjenester for – en rekke viktige
pasientgrupper, slik som kronikere, psykiatriske- og indremedisinske pasienter mer
generelt. Det var allerede på det tidspunkt reformen ble vedtatt i ferd med å bli en viss
overkapasitet på visse kirurgiske tilbud. Samtidig hadde det lenge pågått en diskusjon
om behovet for å overføre ressurser og kapasitet fra visse deler av kirurgien til medi-
sinske fagområder. Reformens sterke understreking av behovet for samarbeid mellom
primær- og spesialisthelsetjenesten var også uttrykk for at det var nødvendig med en
sterkere og helhetlig prioriteringsinnsats.

Å ta et helhetlig og koordinert grep fra nasjonalt nivå var en viktig begrunnelse for re-
formen. Målet var at dette grepet skulle bidra til en større grad av likhet og balanse –
både mellom regioner og mellom ulike behandlingsområder.

8.7.3. Faktisk utvikling etter sykehusreformen

Helseforetaksmodellens karakter og den tilknyttede eierstruktur, kombinert med den regionalisering som fant sted, har i prinsippet gitt mer helhetlige rammer for prioritering – både på nasjonalt og regionalt nivå. Gjenstandsfeltet for styring og eventuell prioritering av ulike former for aktivitet og tjenester er utvidet betraktelig i forhold til tiden med styring gjennom fylkene.

Det er gjennomført en rekke tiltak for å støtte opp under reformens mål. Arbeidet med oppgave- og funksjonsfordeling må blant annet sees i lys av dette: Samling av funksjoner, nedlegging av aktivitet/omgjøring av tilbud på små sykehus, gjennomføring av nasjonale planer på prioriterte områder som psykiatri, kreft, hjerte, kronikertilbud m.v. Samtidig er det nok riktig å si at nødvendige omprioriteringer har tatt lenger tid å få til en forutsett. Det gjelder blant annet nødvendige tilpasninger innen enklere kirurgi. Overføring av ressurser og kapasitet til for eksempel indremedisinske avdelinger har også gått langsommere enn ønskelig – eller det som har vært indikert gjennom bestillerdokumentene og innholdsstyringen.

Når det gjelder forskningsinnsats, samt regionale helseforetaks styrking og koordinering av denne, har det skjedd en markant endring i tiden etter reformen. Dette må etter hvert antas også å ha effekt på det tilbud som gis – samt øke det kunnskapsmessige grunnlag for prioritering.

Arbeidet med ”områdeplaner” (å la det nyeste innenfor diabetes) synes ikke å ha vært systematisk ut fra en form for ”masterplan” – men likevel klart begrunnet. På hjerteområdet var det i mange år etablert en såkalt ”hjerdebuss” (hvor blant annet Feiring kom til). Likeledes var det en økende erkjennelse av at det var ulikheter mellom de enkelte fylkene når det gjaldt indikasjon. På samme måte ble det nødvendig med en samlet plan for psykiatrien ut fra en økende erkjennelse av behovet for å legge om behandlingsopplegget (bort fra lang liggetid og institusjonsbasert behandling), gjennomføre bygningsmessige forbedringer, og øke samspillet mellom primærhelsetjenesten og den behandlende psykiatri. De spesielle planene for hjerte, psykiatri og kreft var imidlertid satt i gang gjennom ”planarbeid” allerede før sykehusreformen.

Stortinget, hele det politiske system, og departementet vil alltid være de viktigste premissleverandører når det gjelder innholdsstyring og prioriteringer, men også andre instanser kan være viktige som premissleggere.

Det er knyttet en rekke mer uavhengige funksjoner og rådgivende instanser til Helse- og Omsorgsdepartementet etter sykehusreformen og omorganiseringen av det sentrale fagapparatet på nasjonalt nivå. Nasjonalt prioriteringsråd i Sosial- og Helsedirektoratet kan oppfattes som én av disse instansene, mens Råd for høyspesialisert medisin, Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Helsetilsynet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utgjør andre enheter.

Spesielt Nasjonalt prioriteringsråd synes i denne sammenheng fortsatt å ha en meget uklar rolle. Det er ikke tydelig hvordan utvalget virker inn på innholdsstyring og bestillerdokumenter, og dermed også på prioritering.

Også de øvrige ”stabsenheter” kan etter sykehusreformen påvirke prioriteringer og innholdsstyring, men uten at det framstår helt gjennomskiktig hvordan og i hvilken utstrekning dette foregår i praksis. Disse enhetene har ulike former for nettverk i forhold til de forskjellige fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. De synes klart å være premissleverandører til innholdsstyring (bestillerdokumenter) og prioritering.

Også Sosial- og Helsedirektoratet medvirker som premissleverandør når det gjelder innholdsstyring og prioritering, jf. avdeling for retningslinjer, prioriteringer og kvalitet. Blant annet omfatter tildelingsbrevet fra Helse- og Omsorgsdepartementet, og de årlige ”brev” som Sosial- og Helsedirektoratet har sendt ut til de regionale helseforetak (fra 2004), en del problemstillinger med relevans for innholdsstyring og prioritering. På tilsvarende måte bidrar direktoratets oppfølgingsansvar på viktige områder til å legge premisser for innholdsstyring og prioritering.

Direktoratet har på den måten utviklet seg til også å inneha rollen som ”stabsorgan” for departementet, og hvor det også legges premisser i forhold til prioritering. Selve direktoratets formelle rolle som nasjonal faglig rådgiver kan dog i seg selv sies å sikre og rettferdiggjøre innflytelsen på innholdsstyring og prioritering.

Sosial- og Helsedirektoratet har utformet en prioriteringsforskrift som fastslår at en pasient har rett til hjelp fra spesialisthelsetjenesten i form av individuell og konkret vurdering av helsetilstand basert på alvorlighetsgrad, pasientens lidelse, utsikt til bedring og den eventuelle behandlingseffekt. Av pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften framgår det at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes, og
2. pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og
3. de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Prioriteringsforskriften må oppfattes som en del av grunnlaget for myndighetsstyringen. Det fremgår videre av prioriteringsforskriften, at den gitte helsehjelp skal være *dokumentert effektiv* og at hjelpen således ikke omfatter rett til *eksperimentelle eller uprøvde behandlinger*.

En stor del av den behandling som tilbys gjennom spesialisthelsetjenesten ligger ikke på noen systematisk måte mellom disse to ytterpunktene. Prioriteringsforskriften kan

derfor neppe sies å være et operativt verktøy som produsentsystemet kan bruke for å styre innsatsen i det enkelte helseforetak. Det virker heller ikke som om det har vært tatt initiativ til å konkretisere og presisere forskriften fra RHF-nivået.

Sosial- og Helsedirektoratet har en annen viktig rolle i forbindelse med medisinsk teknologivurdering og utvikling, samt effektivurderinger i forhold til for eksempel nye behandlinger og nye farmakologiske midler. Formelt springer denne rollen ut av behovet for å se til at det er sammenheng mellom resultatene av arbeidet i spesialisthelsetjenestens og de ressurser som settes inn. Det ligger i sakens natur at dette også er en del av grunnlaget for prioritering. Inntrykket er dog at reformen kun i mindre omfang har bidratt til å sikre en mer helhetlig implementering av nye behandlingsmetoder og ny teknologi.

Etter sykehusreformen er det bygd opp fagavdelinger og sterkere faglige miljøer i de regionale helseforetakene. Dette styrker grunnlaget for å sikre en mer konkret oppfølging og prioritering av den nasjonale innholdsstyring. Den risiko som kan ligge i at sterke fagmiljøer på regionalt nivå gir "egne prioriteringer og egne faglige målsettinger" (regional selvforsyning med innholdsstyring og prioriteringer), synes ikke å være til stede eller ikke å være særlig relevant.

I tillegg til at RHF-nivået arbeider mer med prioriteringer nå enn umiddelbart etter sykehusreformen, har de regionale helseforetakene etablert et eget tverrgående prioriteringsorgan. RHF-nivået arbeider mer med prioriteringer enn fylkeskommunene noen gang gjorde. Sammenhengen mellom Nasjonalt prioriteringsråd, prioriteringsarbeidet på RHF-nivå, og det tverrgående regionale prioriteringsorganet virker imidlertid ikke å være spesielt klar.

Innholdsstyringen via bestillerdokumentene synes å gi en del prioriteringsmessige føringer. Bestillerdokumentene er på tross av den relativt overordnede karakteren langt mere operasjonelle enn den form for myndighetsstyring som prioriteringsforskriften avspeiler.

Det kan prinsipielt være en risiko for at finansierings- og avregningssystemet bidrar til uønskede effekter i forhold til faktisk prioritering. Dette kan for eksempel være tilfelle fordi noen pasientgrupper er dekket av innsatsstyrt finansiering mens andre er ramme-finansiert.

Praksis for det enkelte helseforetak, hvor det budsjett- og aktivitetsmessig forutsettes produsert bestemte antall DRG poeng, kan – sammen med fokuseringen på budsjett disiplin og økonomisk balanse – gi insitamenter som ikke nødvendigvis harmonerer med innholdsstyringens overordnede føringer og prioriteringer.

Helse- og Omsorgsdepartementet har gjennom den linjen som er etablert for innholdsstyring tydelig definert det som en viktig oppgave å følge med på om det skjer uønskede vridninger av prioriteringene via finansierings- og avregningssystemet.

I perioden etter sykehusreformen har det vært anført at:

- Bestillerdokumentene fra Helse- og Omsorgsdepartementet er for detaljerte
- Sammenhengen mellom bevilgningsprosessen og innholdsstyringen fra nasjonalt nivå i for liten grad ser ut til å være til stede
- Dokumentene, og dermed den nasjonale innholdsstyringen, i for høy grad kan være klinisk rensert for ”bortvalg” og for ”nedprioriteringer”.

Detaljeringsgraden i og omfanget av bestillerdokumentene synes imidlertid å være avtakende fra år til år. Det er forståelig og naturlig at bestillerdokumentene i årene umiddelbart etter sykehusreformen var ganske omfattende og detaljerte. En gradvis reduksjon av detaljeringsgrad og omfang av bestillerdokumenter vil være en naturlig effekt og en logisk utvikling i kjølvannet av en reform som sykehusreformen.

Derimot kan det virke som om eksplisitte nedprioriteringer fremdeles er en mangel.

I perioden etter sykehusreformen har det i tillegg blitt antydnet at forskjellige enkelt-diagnoser eller enkelte diagnosegrupper (bl.a. søvnapnoe og aktivitetsfelt innenfor elektiv kirurgi) har blitt prioritert i uønsket grad. For disse diagnosene kan finansierings- og avregningssystemets takster ha vært for høye (eller det kan ha vært lave marginalutgifter for helseforetakene). Insitamenter til økt aktivitet og forbedret kapasitetsutnyttelse har dermed vært til stede på områder hvor det kanskje ikke har vært prioritert fra eiers side eller gjennom bestiller-dokumentene. Det kan ikke utelukkes at helseforetakene derfor har utvidet aktiviteten eller sikret at aktivitetskravene har blitt oppnådd gjennom utvidelse av tjenester (og reduksjon i ventetid) på ikke-prioriterte områder.

I et utviklingsmessig perspektiv kan det dog være grunn til også å bemerke seg en rekke tendenser. En bør kanskje også være noe tilbakeholden med umiddelbare eller alt for kontante konklusjoner i retning av finansierings- og avregningssystemet som basis for skjevvridding av prioriteringer.

For det første synes bestillerdokumentene i økende omfang å ta opp problemstillinger knyttet til finansierings- og avregningssystemets eventuelle effekter på prioriteringene. Dermed stilles det krav til de regionale helseforetakene om å styre aktiviteten i forhold til overordnede føringer og prioriteringer. For eksempel fastlegges det ganske detaljert i bestillerdokumentene for 2005 at aktivitetsveksten innenfor psykiatri og rus skal være større enn aktivitetsveksten innenfor somatikk. Det bør i den sammenheng også understrekes at de regionale helseforetakene (i noe forskjellig grad) legger ned betydelig arbeid i å konkretisere og operasjonalisere de sentrale bestillerdokumentene til regionale forhold. Dermed gis det klare føringer for prioriteringer også i disse dokumentene.

Dessuten synes det å være en stigende tendens til at RHF-nivået øker fokus på denne problemstillingen i forhold til det enkelte helseforetak. På tilsvarende måte kan det registreres en tendens til de regionale helseforetakene og helseforetakene i sin rapportering skiller tydelig ut de områdene som prioriteres gjennom bestillerdokumentene (for eksempel psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus).

For det andre indikerer den faktiske utvikling etter sykehusreformen med hensyn på opphold (deriblant dagopphold og poliklinisk behandling) at det samlede medisinske området har hatt en større aktivitetsvekst enn det samlede kirurgiske området. Det kan virke som om områder innenfor medisin i større grad er påvirket av bestillerdokumentenes føringer enn områder innenfor kirurgi.

Dessuten har aktivitetsveksten vært mindre for de dagkirurgiske kategoriene enn den samlede aktivitetsveksten i perioden etter sykehusreformen.

Generelt tyder ikke aktivitetsutviklingen etter sykehusreformen på at det har skjedd avgjørende brudd på de prioriteringer og forventninger som ligger i de overordnede føringer og i bestillerdokumentene.

Også innen psykiatrien synes veksten å ha vært noenlunde i overensstemmelse med opptrappingsplanen og føringene i bestillerdokumentene. Dette selv om veksten de første årene etter sykehusreformen ikke var så høy for psykiatrien som veksten på det somatiske området, hvor også ventetidsproblematikken har påvirket aktivitetsveksten. Tendensen fra 2004 synes klarere. Innenfor psykiatrien har også tilgangen på personalressurser og framdrift i arbeidet med kompetanseutvikling satt en del rammer for hvor raskt en har kunnet realisere veksten i antall årsverk.

Til tross for disse tendensene virker det som det er gode grunner til fortsatt å overvåke hvorvidt finansierungs- og avregningssystemets har effekter i forhold til prioritering. Dette er viktig også fordi noen pasientgrupper er dekket av innsatsstyrt finansiering, mens andre pasientgrupper er rammefinansiert. En effektiv og konkret innholdsstyring kan bidra til å eliminere eventuelle effekter i retning av uønskede prioriteringer via avregnings- og finansieringssystemet.

I forbindelse med mer langsiktig planlegging av strukturutvikling synes de regionale helseforetakene i økende grad å vektlegge epidemiologiske analyser og analyser rundt ”objektive behov/kriterier” (demografi, sosial sammensetning i opptaksområdene, m.v.). Mer langsiktige føringer og prioriteringer kan med et slikt grunnlag gjøres mere konkrete. Slike analyser vil også kunne gi et bedre grunnlag for helhetlig prioritering. Det synes noe uklart i hvilket omfang det nasjonale nivå jobber med denne form for mer systematiske prioriteringsmessig, og hvorvidt dette foregår ut fra nasjonale snarere enn regionale kriterier.

Også på nasjonalt hold har man imidlertid arbeidet med modeller som – i alle fall i noen grad – tar utgangspunkt i demografiske og sosioøkonomiske data. Blant annet på denne bakgrunn foretas en gradvis tilnærming i budsjettrammene mellom regionene.

Innholdsstyringen og de ulike formene for prioritering bør i prinsippet gjøres i nær sammenheng med spørsmålet om ressursfordeling/budsjettering. Med den omlegging av ansvar som sykehusreformen representerte, kan grunnlaget for harmonisering mellom innholdsstyring, prioritering og ressursgrunnlag være betydelig bedre enn i den perioden da fylkeskommunene var eiere av spesialisthelsetjenesten.

I forbindelse med diskusjonen om sammenhengen mellom innholdsstyring og prioritering på den ene siden og ressursgrunnlag på den andre siden, bør også følgende forhold vektlegges:

I produksjonssystemet skjer det kontinuerlig teknologisk betingede endringer i behandlingsformer og pasientforløp

- en del av disse endringene innebærer ressursparing
- en del av endringene innebærer dermed behov for færre resurser enn det opprinnelige stipulerte grunnlag, og
- det er et generelt fenomen at den nevnte typen endringer sjelden kommer til overflaten i forbindelse med (neste runde av) innholdsstyring og prioritering.

En viktig forutsetning for realisering av riktige og velbegrunnede prioriteringer kan derfor være at finansieringssystemet raskere enn i dag tilpasser seg de økonomiske konsekvenser av endrede former for utredning og behandling – enten disse krever økte eller reduserte resurser. Det er med andre ord behov for at finansieringssystemet raskere fanger opp endringer i den medisinske praksis – enten dette skyldes innføring av ny teknologi, nye prosedyrer, nye medikamenter eller andre forhold.

Både bestillerdokumentet og regionalt planarbeid har i betydelig grad fanget opp nasjonale prioriteringer og satsingsområder fastsatt eller akseptert av Stortinget. Det gjelder blant annet områder som hjertesykdommer, geriatri, psykiatri og kreft. Grunnlaget for bestilling og prioritering synes imidlertid fortsatt i for liten grad å være basert på analyser av behov og epidemiologi, samt i for liten grad på dialog med de som produserer helsetjenester. Det ser ut til at de viktigste premissleverandørene er Stortinget og Sosial- og Helsedirektoratet, på samme måte som de uavhengige stabsfunksjoner formodentlig i vekslende omfang også er premissleverandører.

Dersom den helhetlige prioriteringen ikke i tilstrekkelig omfang baseres på en operasjonell prioriteringsforskrift og på behovs- eller epidemiologiske analyser, kommer også den strategiske, politiske helsedebatt på nasjonalt nivå til å lide. Dette medfører automatisk en forringelse av demokratiaspektet, da det ikke kan etableres en seriøs de-

batt med innbyggerne uten at den føres i Stortinget. Samlet er det en risiko for at prioriteringen i for stor grad skjer fra sak til sak og uten et helhetlig perspektiv.

8.8. Tverrgående temabasert oppsummering

Gjennomgangen av temaene gir grunnlag for en rekke ulike vurderinger, kommentarer og analyser. Disse vil bli relatert både til ”styringsformer” og ”systemer” (i første del av avsnittet) og til fokusområdene (i siste del av avsnittet).

Det vil i noen grad være snakk om trekk fra ulike styringsformer og ulike sett av styringsformer i forhold til ulike temaene. På samme måte er styringsformenenes intensitet forskjellig på tvers av temaene. På tvers av temaene vil det også bli konstatert forskjeller når det gjelder relevans av de forskjellige systemene – produsentsystemet, det politiske system, finansierings- og avregningssystemet samt pasient-/innbyggerssystemet.

8.8.1. Pasient-/innbyggerssystemet

Fokus på å involvere pasient-/innbyggerssystemet synes å ha økt vesentlig etter sykehusreformen.

Det kan diskuteres i hvilket omfang denne økte involvering har røtter i sykehusreformen og helseforetaksmodellen, eller om det snarere er tale om en effekt av de senere tiårs tendens mot individualisering samt økte krav og forventninger m.m. I forhold til bestrebelsene på å sikre økt involvering av og påvirkningsmuligheter fra pasient-/innbyggerssystemet overfor spesialisthelsetjenesten, kan det konstateres en rekke tiltak allerede fra 1990-årene.

Arbeidet med kvalitetsparametre og servicemål, som i høy grad er orientert mot krav og forventninger fra pasient-/innbyggerssystemet, kan likeledes konstateres etter sykehusreformen. Innsatsen på disse områdene har også delvis røtter i 1990-årene.

Etter litt startvanskeligheter synes både RHFene og HFene i økt grad å orientere seg mot og være i stand til å trekke inn og kanalisere relevante synspunkter, krav og behov fra pasient-/innbyggerssystemet. Synspunkter fra pasient-/innbyggerssystemet trekkes inn i de forskjellige sammenhenger hvor det arbeides konkret med videre strukturutvikling innenfor spesialisthelsetjenesten.

Det virker således som om helseforetaksmodellen er godt tilpasset behovet for å øke involveringen av pasient-/innbyggerssystemet og gi det nye former. Involvering fra pasient-/innbyggerssystemet kan integreres også utover det formelle utgangspunkt gjennom sykehusreformen, hvor helseforetakene ble forpliktet til å opprette brukerråd og senere også til å ha brukerrepresentanter i styrene.

Det synes på denne bakgrunn også sannsynlig at kravene til spesialisthelsetjenesten når det gjelder behovet for intensivt involvering av pasient-/innbygger-systemet kan håndteres gjennom helseforetaksmodellen i årene som kommer. Dette gjelder krav fra for eksempel spesifikke brukergrupper og pasientforeninger m.v. samt pårørende. Ikke minst kan det være aktuelt i forbindelse med eventuelle utvidelser av konseptet med individuell plan til også å gjelde utover psykiatrien.

For spesialisthelsetjenesten og helseforetaksmodellen er det grunn til å anta at de kommende år vil bli preget av behovet for sterkere sammenbinding mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette vil bli et vesentlig grunnlag for pasient-/innbygger-systemets oppfatning og vurdering av spesialisthelsetjenesten og foretaksmodellen.

8.8.2. Produsentsystemet

Produsentsystemet er påvirket i betydelig grad etter sykehusreformen. Denne påvirkning kommer delvis på grunn av helseforetaksmodellen, men særlig på grunn av den måte helseforetaksmodellen er anvendt på og har utviklet seg. Eierstyring fra de regionale helseforetakene – med vektlegging på oppgave- og funksjonsfordelinger samt konsolidering av de tidligere mange sykehusene innenfor rammene av færre helseforetak – er en del av dette.

Særlig synes de regionale helseforetakene å ha tatt tak i behovet for nødvendige endringer. De regionale helseforetakene har kanskje også tatt seg av et visst etterslep i forhold til strukturutvikling, hvor det fylkeskommunale system ikke i tilstrekkelig grad hadde evnet å sikre løpende, helhetsorienterte strukturtilpasninger. Ikke minst hadde økt spesialisering og behovet for å realisere skalafordeler gjort det nødvendig å se på slike strukturendringer.

Det virker ikke som dilemmaet knyttet til spesialisthelsetjenestens behov for planlegging og pasient-/innbygger-systemets utvide rettigheter med hensyn til fritt valg og individuell tilrettelegging av utredning og behandling er håndtert gjennom endrede former for arrangørstyring eller gjennom spesifikk myndighetsstyring.

Rammebetingelsene for produsentsystemet og helseforetaksmodellen og de nye muligheter som eksisterer for samlet regional kapasitetsutnyttelse kan således kollidere med hensynene til den del av myndighetsstyringen som er rettet mot pasient-/innbygger-systemet, og lover og regelverk generelt.

Det er antakelig en av årsakene til at dette tydeligvis ikke oppfattes som noe større problem at de individualiserte pasientforløp med sterk involvering av innbygger-/pasientsystemet, herunder pårørende, foreløpig er meget av preget av psykiatrien, og at frittvalsordningen fortsatt kun anvendes i mer beskjedent, om enn stigende, omfang.

Det fremgår imidlertid av gjennomgangen av temaene at det er visse bekymringer innenfor spesialisthelsetjenesten med tanke på enkelte av de tendenser som ligger i frittvalgsordningen. Bekymringer fremkommer blant annet i sammenheng med de muligheter som eksisterer for skjevvridding av kapasitetsutnyttelsen innenfor det samlede produsentsystem. Utkantområdene i regionene og kanskje Helse Nord som helhet, kan risikere i økende grad å bli rammet av holdninger og tendenser i innbygger-/pasient-systemet.

Heller ikke når det gjelder denne problemstillingen synes det å ha vært tatt initiativer eller gjennomført tiltak med sikte på å dempe slike effekter. Initiativer eller tiltak kunne vært økt arrangørstyring eller mer intense former for helhetsorientert, nasjonal kapasitetsplanlegging (eierstyring).

Særlig i produsentsystemet har helseforetaksmodellen vist økt evne til å respondere på endringsbehov de senere årene. Dette gjelder også hele ventetidsproblematikken, hvor temagjennomgangen både viser resultatmessige forbedringer og endrede holdninger.

På dette området ser vi konturene av et økt press på produsentsystemet. Den utvidede involvering og de stigende krav og forventninger om mer individuelle former for behandling og omsorg vil på en ganske kraftfull måte prege rammebetingelsene for produsentsystemet.

Etter innføringen av helseforetaksmodellen synes det også å være tendenser til at produsentsystemet påvirker pasient-/innbyggerssystemet. Det synes som om noen deler av produsentsystemet anvender den økte interesse i og det stigende press fra pasient/innbyggerssystemet til å skape dagsorden for en dialog. Dagsordener kan bygge på de spesifikke faglige og spesifikke produksjonsmessige vilkår innenfor spesialisthelsetjenesten. Produsentsystemet fremstår dermed ikke kun "defensivt", men i økende grad også "offensivt" i forhold til det press pasient-/innbyggerssystemet står for.

Markedsføringslignende tiltak synes å være i vekst som følge av helseforetaksmodellen. Også frittvalgsordningen og ventetidsproblematikken bidrar til denne utvikling. Det skjer ved at det enkelte helseforetak kommer med konkrete anbefalinger av seg selv overfor pasient-/innbyggerssystemet. Blant annet reklameres det med korte ventetider.

Relasjonene mellom produsentsystemet og pasient-/innbyggerssystemet påvirkes i høy grad gjennom myndighetsstyring (pasientrettigheter og individuelle rettigheter m.v. samt behandlingskrav og ventetidsfrister) og gjennom arrangørstyring. Eksemplene på markedsføring av helseforetak har også sammenheng med kapasitetsplanlegging og -utnyttelse og med oppgave- og funksjonsfordelinger. Ut fra ett perspektiv kan de derfor anses som dysfunksjonelle elementer i forhold til f.eks. eierstyringen.

Kapasitetsplanlegging og utnyttelse av kapasitet generelt vedrører klart oppgave- og funksjonsfordelinger og en mer regionalt koordinert utnyttelse av kapasitet. Her synes også spørsmålet om konkurranse om utnyttelse av kapasitet også synes å dukke opp. Dette gjelder selv om eierstyringen – fra nasjonalt og regionalt nivå – prinsipielt burde gi muligheter for at kapasitetsmuligheter innenfor ett helseforetak matchet kapasitetsbegrensninger i et annet.

Det er åpenbart mulig at det økte fokus på behandlingsmessig kvalitet, og de økte krav om dokumentasjon av denne type for kvalitet, kan bli et område hvor helseforetaksmodellen for alvor kan vise seg å bestå sin prøve med hensyn til økt dialog, samhandling og gjensidig respekt mellom produsentsystemet og pasient-/innbyggersystemet.

Samtidig vurderer vi nettopp dette område til å være det området hvor det enkelte regionale helseforetak (og dermed i vid utstrekning også helseforetaksmodellen som sådan) kommer opp til en vesentlige ”test”. De regionale helseforetak skal være den instans som operasjonelt skal ivareta ”sørge for” ansvaret, ikke bare på den måten at helseforetakene produserer aktivitet som avspeiler innholdsstyringen og innholdsstyringens prioriteringer, men også ved at det blir arbeidet med dokumentasjon og effektmål, og dermed andre former for kvalitetsindikatorer enn de nåværende og som er omtalt i temagjennomgangen.

Denne ”testen” skal dermed også sikre signaler (overfor pasient-/innbyggersystemet) om langt bedre fundert kvalitetssikring enn den som ligger i den nåværende og lite gjennomsiktede selvregulering innenfor produsentsystemet.

Dette er et område som kan gjøre de regionale helseforetakene overflødige – hvis de ikke viser seg i stand til å fram oppgaven. Dette fordi modellen prinsipielt godt kan eksistere og videreutvikles også utelukkende med et nasjonalt nivå og med helseforetaksnivået.

Den nasjonale myndighetsstyring vurderes å ha påvirket produsentsystemet i mye mindre omfang enn den nasjonale og regionale eierstyringen og innholdsstyringen i perioden etter sykehusreformen. Det kan være en tendens til, og en risiko for, økt distanse mellom den nasjonale myndighetsstyring på den ene side og helseforetakenes ”liv og levnet” og utviklingen i forhold til produsentsystemet på den andre side.

Dette kan imidlertid også være uttrykk for at en sterkere eierstyring og innholdsstyring fra nasjonalt nivå etter sykehusreformen og etableringen av helseforetaksmodellen på en eller annen måte gjør den særskilte nasjonale myndighetsstyring mindre vesentlig enn før.

8.8.3. Det politiske system

I perioden umiddelbart etter sykehusreformen og innføringen av helseforetaksmodellen forekommer det politiske system ut fra temagjennomgangen å ha forholdt seg minst

like ”spørrende”, ”innblandende” og til dels ”intervenerende” som før reformen. Det synes imidlertid også å kunne spores en tendens til at det politiske systems ageren til en viss grad kan være i endring.

Det synes ikke umiddelbart å ha skjedd en endring av det politiske systems atferd overfor spesialisthelsetjenesten. Enkelt saker og delproblemstillinger dominerer fortsatt i stor utstrekning i forhold til mer omfattende, strategiske overveielser og helhetsorienterte initiativer. Det var egentlig forutsatt at det politiske system etter sykehusreformen skulle beskjefte seg med de overordnede og strategiske initiativer. På samme måte var det meningen at mer autonome helseforetak skulle gi et mer selvstendig produsent-system.

Det politiske system er berørt ytterligere under avsnitt 8.8.6 Demokrati.

8.8.4. Finansierings- og avregningssystemet

Finansierings- og avregningssystemet er fortsatt preget av grunnholdningen om skattefinansiering og oppfatningen av at sykehusreformens understreking av nærhet og likeverdighet til tjenester er mer forenelig med i hovedsak global skattefinansiering enn med former for forsikringsbasert finansiering og/eller større andeler av egenbetaling.

Det samlede finansierings- og avregningssystem oppfattes som en struktur mellom nasjonal eier og produsentsystemet. Temagjennomgangen avspeiler at ulike deler av finansierings- og avregningssystemet har vært til kontinuerlig debatt i årene etter sykehusreformen og etter at helseforetaksmodellen ble etablert.

Karakter og omfang av innsatsbasert finansiering i forhold til produsentsystemet har således vært konstant til debatt i årene etter sykehusreformen. Andelen av innsatsbasert finansiering er endret i denne perioden, og hele den innsatsbaserte måte å avregne og monitorere på har vært gjenstand for kontinuerlige drøftelser, også på politisk nivå. Samtidig er takstene i avregningsgrunnlaget, DRG systemet, løpende blitt endret også midt i budsjettårene. Takster for og avregning av poliklinisk virksomhet er fremdeles utenfor rammene av en case mix basert tankegang. Helseforetakenes finansieringsgrunnlag tar generelt utgangspunkt i en ramme, fastlagt ut fra demografiske og sosio-økonomiske kriterier. Retningslinjene knyttet til de avregningsmessige konsekvenser av mer- eller mindreaktivitet synes ikke å være helt gjennomskuelige eller for den sags skyld like på tvers av de regionale helseforetakene.

De omtalte rammevilkårene for helseforetakene, slik de legges i finansierings- og avregningssystemet, er neppe optimale. Dette forhold forsterkes av at retningslinjene for anvendelse av regnskapsloven (investeringer, avskrivninger m.v.), slik den ble introdusert i forbindelse med innføringen av helseforetaksmodellens, fortsatt ikke synes å være fullstendig på plass.

Det er gjort reelle forsøk med sikte på å etablere den autonomi for helseforetakene som lå som premiss i sykehusreformen. Blant annet synes finansierings- og avregningssystemet å gi rammevilkårene for helseforetakene en noe skrøpelig og labil karakter.

Finansierings- og avregningssystemet påvirker kostnadskontrollen og av den måte ressursstyringen er bygd opp på.

Finansierings- og avregningssystemets påvirkning på prioriteringer har kunnet observeres i en rekke konkrete sammenhenger også i årene etter sykehusreformen. Som tema-gjennomgangen viser, er det antakelig grunn til å være forsiktig med meget bastante konklusjoner omkring ”finansierings- og avregningssystemets skjevvridding av prioriteringer”. Det er også viktig å vurdere forholdene i et utviklingsorientert perspektiv, hvor forholdene gradvis kan bli bedre.

Det primære er her å få mer fart enn det nå synes å være (jf. 8.8.5.) på en skjerping av innholdsstyringens konkretiserende karakter (i bestillerdokumentene fra det nasjonale nivå og i foretaksdokumentene fra det regionale nivå). Det er også nødvendig å støtte sterkt opp under tendensen med sikte på sterkere sammenheng mellom finansierings- og avregningssystemets effekter og innholdsstyringen. Finansierings- og avregningssystemets effekter er derfor ikke nødvendigvis det vesentlige problem.

Det foregikk en omfattende utbygging av psykiatrien på bakgrunn av opptrapningsplanen også i årene forut for sykehusreformen. Et vesentlig aspekt her handler om det psykiatriske systems evne til å absorbere vekst. Derfor handler det også om tilgjengelighet av kompetanse og personalressurser. Andre elementer enn vilje og ordrer spiller således inn.

8.8.5. Bestiller-utfører

De regionale helseforetak fikk etter sykehusreformen det såkalte ”sørge for”-ansvar i forhold til et geografisk område og befolkningen i dette området. RHF-nivået ble således tillagt ansvaret for (overfor pasient-/innbyggersystemet i regionene) å sikre ytelser og ytelsesomfang samt prioritering av og mellom ytelser, slik dette løpende legges til rette for gjennom den overordnede nasjonale innholdsstyring. RHFene har også ansvar for å sikre forskjellige former for operasjonalisering av de overordnede hensyn til nærhet, tilgjengelighet osv. i forhold til spesialisthelsetjenestens ytelser.

En bestiller-utfører modell må oppfattes som et av de virkemidler som kan tas i bruk i sammenheng med ivaretagelsen av ”sørge for”-ansvaret. Modellen kan også være et grunnlag for involvering av bl.a. private produsenter og andre former for ikke-offentlige produsenter med henblikk på å sikre at alle former for ytelser på ethvert gitt tidspunkt er tilgjengelige i den relevante region.

Utviklingen i årene etter sykehusreformen synes å indikere at bestiller-utfører tankegangen aldri i praksis riktig har fått luft under vingene i den norske spesialisthelsetje-

neste. Rolleadskillelsene, slik som de oftest forutsettes i forbindelse med tankegangen, har det vært arbeidet mye med. Dette gjelder ikke minst på nasjonalt nivå og i forholdet mellom nasjonalt og regionalt nivå. Det gjelder også i sammenheng med oppdelingen av avdelinger i Helsedepartementet og etableringen av innkjøpsfunksjoner i regionene.

Det har også vært fokusert sterkt på involvering av private leverandører etter sykehusreformen, selv om den private del av produsentsystemet fortsatt ikke ivaretar annet enn marginale deler av den samlede aktivitet.

Bestillerrollen, oppfattet som ivaretagelse av ”innkjøp av spesialisthelsetjenester”, har imidlertid ikke vunnet merkbart terreng gjennom helseforetaksmodellen. I stedet synes oppgave- og funksjonsfordelinger og tilnærmelser til ”konsernstyring” å ha vært en foretrukken linje for de regionale helseforetaks eierstyring. Denne linjen synes det nasjonale nivå å ha akseptert eller avfunnet seg med.

Bestillerrollen – ”innkjøp av spesialisthelsetjenester” – forekommer således i praksis utelukkende å ha vært relevant i forhold til de deler av produsentsystemet som involveres av de regionale helseforetak som del av ”sørge for ansvaret”, og som ikke har status av offentlig helseforetak.

Det kan konstateres at flere av de regionale helseforetak, også etter den økte formelle atskillelse mellom innholdsstyring og eierstyring gjennom at det i departementet ble etablert en særskilt eieravdeling, ikke skjeller særlig nøye mellom rollene og formene for styring i deres styringsmessige håndtering av de enkelte helseforetak.

Dette avspeiles bl.a. gjennom de ”Styringsdokumenter” overfor HF-nivået som utarbeides av de regionale helseforetak, og som i vid utstrekning bygger videre ut fra de nasjonale bestillerdokumenter og foretaksmøtene med eieravdelingen. Dokumentenes struktur og signaler forekommer oftest å være uttrykk for en sammenblanding av innholdsstyring, eierstyring og myndighetsstyring.

Det synes bare i meget liten utstrekning å være snakk om konkurranse- og markedsorientering i forbindelse med en bestiller-utfører modell etter at sykehusreformen og helseforetaksmodellens ble innført. Med mindre involvering av private produsenter oppfattes som en del av begrepet ”konkurranse- og markedsorientering”.

Det kan likevel på et visst nivå være snakk om konkurranse mellom helseforetakene i den offentlige del av produsentsystemet. Denne konkurranse forekommer primært å finne sted i forhold til frittvalgsordningen og i forhold til en manglende eller i for stor grad overordnet planlegging og monitorering av den samlede kapasitet innenfor spesialisthelsetjenesten. Konkurranse kan også forekomme i forhold til kapasitetsoverskudd, hvor kapasitetsoverskudd noen steder kan avspeile ”pasientmangel”, men hvor dette fenomen ikke følges av kapasitetstilpasninger, men snarere av bestrebelser på å få benyttet den frie kapasitet.

Kampen om opptaksområder og/eller pasientgrupper øker, mer ut fra institusjonelle interesser enn ut fra de kriterier og former for markeds- og konkurranseorientering som ligger implisitt i bestiller-utfører modellen. I bestiller-utfører modellen belønnes helseforetak med mest effektiv produksjon av høy kvalitet gjennom flere ”ordrer” om aktivitet.

De regionale helseforetakene synes å ha være langt mer opptatt av oppgave- og funksjonsfordelinger og av planlagte regionale løsninger enn av bestrebelser på å skape konkurranse mellom helseforetakene innenfor rammene av helseforetaksmodellen. Gjennom slike fordelinger og regionale løsninger gripes det inn i det enkelte helseforetaks autonomi gjennom eierstyring (eksempelvis via krav om bestemte rapporteringsformer eller via samling av servicefunksjoner eller medisinske støttefunksjoner på tvers av de enkelte helseforetak).

Det synes i liten grad å være satt i gang reelle tiltak omkring driftseffektivitet. Det synes også å være manglende konsekvenser som følge av dårlig driftseffektivitet. Dette poenget bør også sees i lys av avsnitt 8.8.8 om kostnadskontroll.

Bestillerdokumentene fra nasjonalt nivå kan oppfattes som del av en bestiller-utfører modell. I så fall er det tale om en meget overordnet betraktning, hvor kriteriene bare i begrenset omfang kan sidestilles med det som normalt er fundamentet for bestiller-utfører modeller.

Bestillerdokumentene beskjeftiger seg med alle fire hovedformål – utredning/behandling, forskning og utvikling, utdanning samt pasienter og pasientinvolvering. Bestillerdokumentene er den helt synlige og mest strukturerte form for innholdsstyring overfor helseforetakene etter sykehusreformen. Bestillerdokumentene beskjeftiger seg også med prioritering som en naturlig del av innholdsstyringen.

Bestillerdokumentene berører imidlertid også andre styringsformer (myndighetsstyring og eierstyring) ved den måte de forskjellige problemstillinger reelt adresseres på. Bestillerdokumentene er blitt kritisert for å være for omfattende og omfangsrike og med for stor grad av anvendelse av ”bør” og ”må” og for liten grad av anvendelse av ”skal ikke”, ”behøver ikke”.

På noen områder synes tendensen, også i 2005-dokumentene, imidlertid å indikere det motsatte, i alle fall når det gjelder omfang. Når der gjelder konkretiseringsgraden og graden av operasjonalisering forekommer dokumentene fortsatt å være utilstrekkelige.

Særlig i forhold til prioriteringer av aktivitetsområder kan det nasjonale bestillerdokument (også til og med 2005) synes å være relativt svakt. Denne del av innholdsstyringen synes også å være et av de områder hvor de regionale helseforetakene gjennomfører for liten grad av komplementerende ”utfylling” – og hvor en slik ”utfylling” kunne gi

mer mening til den overordnede formen som det nasjonale bestillerdokumentet har. For eksempel kan spørsmålet om å velge bort lett framstå som i dobbelt forstand uberørt.

Innholdsstyringen fra det regionale nivå forekommer i det hele tatt å være langt mindre detaljert og intens enn eierstyringen via det regionale nivå. Eier-myndighet kommenteres mer utførlig i avsnitt 8.8.7.

8.8.6. Demokrati

Sykehusreformen som ansvarsreform innebar at det nasjonale politiske nivå overtok spesialisthelsetjenesten fra fylkene.

Det er umulig å måle om den politiske innflytelse på produsentsystemet og spesialisthelsetjenesten generelt har vært mindre i perioden etter sykehusreformen. Det er heller ikke mulig å måle om de regionale helseforetak har redusert fylkenes og kommunenes samt i det hele tatt regionens og lokalsamfunnets innflytelse på spesialisthelsetjenestens utvikling. Styremedlemmer i RHF-styrene kan godt være politikere, men det er ikke rollen som politiker som er utslagsgivende for valg av styremedlemmer. Det kan være grunn til å poengtere at en reduksjon av den direkte lokale og regionale politiske innflytelse ikke nødvendigvis er identisk med en svekkelse av regioners og lokalsamfunns innflytelse.

I det hele tatt synes kritikk og debatter omkring helseforetaksmodellen og demokrati å være preget av mange forskjellige oppfatninger av hva ”politikk” og ”demokrati” omfatter. Dette gjelder også temaene om dels plattform for politisk styring og dels individualisering, brukerinvolvering m.v.

Når det i noen sammenhenger snakkes om ”demokratiske underskudd” eller ”demokratiske tomrom” er det således to veldig upresise uttrykk som kan omhandle mange forskjellige forhold. Det kan være snakk om alt fra den snevre versjon hvor det kun handler om fylkespolitikere som ikke lengre har direkte adgang til å påvirke spesialisthelsetjenesten gjennom den politiske rolle, til bredere versjoner av begrepene hvor individuelle rettigheter, retten til fritt valg av produsent, nærhet til sykehus med akuttfunksjon, lik rett til lik anvendelse av og tilgjengelighet for alle former for sykehusytelser osv. er i fokus.

Det anførte avspeiler formodentlig en gradvis utvidet definisjon av innholdet i begrepet ”demokrati”, hvor det snevre politiske innhold legges sammen med et terreng av formaliserte eller opplevde ”rettigheter” og noe som oppfattes som ”naturlige forventninger”.

Ut fra den siste synsvinkel eller ”brede versjon” av demokrati forekommer sykehusreformen og helseforetaksmodellen ikke å ha vært et avgjørende inngrep i forhold til ”demokrati” – snarere tvert imot. Som anført ovenfor i forhold til pasient-/innbygger-systemets økte involvering, bør kunne være bærekraftig når det gjelder å sikre lokal-

samfunns og regionale samfunns påvirkningsmuligheter overfor spesialisthelsetjenesten og utviklingen av denne.

Det er derfor heller ikke innlysende at utviklingen etter sykehusreformen gir anledning til en revurdering av helseforetaksmodellen i henseende til lokal og regional politisk involvering. På den annen side kan legitimiteten av f.eks. oppgave- og funksjonsfordelinger muligens økes gjennom en form for utvidet involvering av lokale og regionale politiske krefter som konsentrerer seg om helse og ikke om næringspolitikk og sysselsetting.

De regionale og lokale deler av det politiske system synes fortsatt å oppleve eller være preget av den markante endring sykehusreformen og helseforetaksmodellen innebar – med overføring av ansvar fra fylkeskommunen til staten og det nasjonale nivå.

Selv om den lokale og regionale innflytelse på spesialisthelsetjenestens utvikling ikke nødvendigvis behøver å ha blitt redusert etter innføringen av helseforetaksmodellen, så synes det fortsatt å være en viss frustrasjon over at de lokale og regionale politikeres innflytelse kan ha blitt redusert.

I takt med at de regionale helseforetak og helseforetakene begynner å fungere mer konsolidert enn i årene umiddelbart etter sykehusreformen virker det imidlertid generelt som om det nasjonale politiske nivå har færre (også politiske) problemer med den manglende tilstedeværelse av lokalt og regionalt valgte politikere innenfor rammene av foretaksmodellen.

8.8.7. Eier-myndighet

Det kan ut fra temagjennomgangen konstateres at myndighetsstyring og eierstyring samt innholdsstyring utøves av både det nasjonale nivå og det regionale nivå, og at både spesialisthelsetjenesteavdelingen og eieravdelingen i Helse- og Omsorgsdepartementet er involvert i innholdsstyring og eierstyring. Dette selv om det generelt kan konstateres en klar og vesentlig balanseforskjell hvor spesialisthelsetjenesteavdelingen i overveiende grad beskjeftiger seg med innholdsstyring og eieravdelingen i overveiende grad med eierstyring.

Bestillerdokumentene og foretaksmøtene er helt vesentlige institusjonelle former i tilknytning til de to avdelingers styringsinnsatser.

Myndighetsstyring ivaretas i vesentlig omfang av Sosial- og Helsedirektoratet – ut fra det lov- og regelverk som er forankret i det politiske system og i utfyllingen av lovverk og regelsett via Helse- og Omsorgsdepartementet. Direktoratet forvalter (administrerer og fortolker) således, på vegne av Helse- og Omsorgsdepartementet (og indirekte det politiske system), den relevante lovgivning i forhold til bl.a. spesialisthelsetjenesten og utøver myndighetsstyring innenfor de rammer lovverket og forskjellige andre forskrifter gir anledning til.

Sosial- og Helsedirektoratet beskjeftiger seg samtidig (og muligens i økende omfang) med den form for kombinert myndighetsstyring og eierstyring som ligger i forlengelse av et opplevd eller definert behov for kravdannelser og konkret spesifisering av rammebetingelser overfor ikke minst produsentsystemet. Dette omfatter bl.a. klinisk IT samt dokumentert og rapportert kvalitet og service. Dette er områder hvor lovverk og regelsett fra det politiske system, inkludert den departementale ”utfylling”, ikke på noen konkret spesifikk måte fastlegger omfang og karakter av styring.

Eierstyringen etter sykehusreformen oppleves tilsynelatende av de regionale helseforetakene og helseforetakene som klart sterkere og mer detaljert enn innholdsstyringen. En slik oppfatning kan imidlertid skyldes den omtalte kombinasjon av eierstyring og myndighetsstyring samt myndighetslignende styring, hvor både eieravdelingen i departementet, Sosial- og Helsedirektoratet samt i et visst omfang også spesialisttjenesteavdelingen agerer.

En oppfatning av at eierstyringen er sterkere enn innholdsstyringen kan bygge på at de regionale helseforetakene fortsatt i for liten utstrekning sikrer detaljerte og ikke minst operasjonelle og helt konkrete utfyllinger av de nasjonale bestillerdokumenter. Dette er et forhold som i seg selv kan få eierstyringslinjen til å fremstå relativt mer omfattende.

De regionale helseforetakene har på atskillige områder tatt opp tverrgående samordning i tiden etter helseforetaksreformen. Dette har skjedd også utenfor rammene av nasjonal eierstyring og myndighetsstyring. Det gjelder i forhold til faglige retningslinjer, men også i forhold til samspillet med primærhelsetjenesten, samt prioriteringsforskriften og i sammenheng med IKT.

Det kan med en slik utvikling være en risiko for at den nasjonale eierstyring, innholdsstyring og myndighetsstyring dubleres, med mindre arbeidsdelingen mellom aktørene blir fastlagt meget presist og løpende overvåket.

Temagjennomgangen indikerer at dette i mange henseender ikke har vært tilfellet. Ikke minst gjelder det i sammenheng med myndighets- og myndighetslignende styring.

Spesielt i forhold til Sosial- og Helsedirektoratet forekommer det ut fra temagjennomgangen å være ganske mange sammenhenger hvor det kan stilles spørsmålsteget ved hensiktsmessigheten av eksisterende arbeidsdelinger eller dublering av innsats.

Det synes som det for Sosial- og Helsedirektoratet er snakk om en ganske omfattende oppgaveportefølje, som langt fra begrenser seg til den form for lov- og regelbasert myndighetsstyring som oftest er det typiske grunnlag og den typiske form for nasjonale direktorater.

Sosial- og Helsedirektoratet synes i flere sammenhenger å få oppgaver fra departementet, hvor det synes å være en tendens til utvidelse i direktoratets oppgaveportefølje. Denne utvidelse av oppgaveportefølje kan gjelde oppgaver som ”forefallende oppgaver”, ”følge med i-oppgaver”, ”undersøke-oppgaver” etc. Det kan ligge en risiko i denne linjen som synes avspeilet både gjennom bestillerdokumentene, tildelingsbrevet fra departementet til direktoratet, og når det gjelder omfang og sammensetning av direktoratets oppgaver. Det kan være grunn til å sikre seg imot en gradvis utvikling som i siste instans kan ende med at direktoratet får en svært markant rolle som stabsorgan.

Denne tendensen kan på enkelte områder gå i retning av kontrollstyring, hvor direktoratet i noen sammenhenger tildeles eller ivaretar innsatser, som synes å berøre Helsetilsynets ansvarsfelter.

I sammenheng med innholdsstyringen har Sosial- og Helsedirektoratet en formelt sett vesentlig rolle i tilknytning til prioritering. Direktoratet har sekretariatsfunksjon for Nasjonalt Råd for prioritering i helsetjenestene gjennom Avdeling for retningslinjer, prioritering og kvalitet. Det er vanskelig uten videre å se hvordan rådet helt konkret og operasjonelt gir bidrag i denne prosessen. Det virker på samme måte vanskelig å forstå bakgrunnen for at også de regionale helseforetak har et eget felles prioriteringsorgan.

Sosial- og Helsedirektoratet er endelig en del av arrangørstyringen via bl.a. forvaltning av regelverk om rett til helsehjelp og rett til sykefrakt m.v. Sosial- og Helsedirektoratet er muligens den enhet i den samlede struktur for spesialisthelsetjenesten etter sykehusreformen som i videste omfang har styringsinnsatser eller berører styringsinnsatser med forbindelse til både det politiske system, finansierings- og avregningssystemet, produsentsystemet og pasient-/innbyggersystemet.

Rolleavklaringen og arbeidsdelingen mellom Sosial- og Helsedirektoratet og de regionale helseforetak (samt produsentsystemet) synes på en rekke felter å være mindre presis enn det med rimelighet kan forventes. I noen sammenhenger forekommer det som om både de regionale helseforetak og Sosial- og Helsedirektoratet arbeider ikke bare innenfor de samme områder, men også med de samme oppgaver og innsatstyper. Det gjelder ikke minst i forhold til det meget store området ”faglighet og kvalitet”, en rekke områder med oppfølging og rapportering, samt området IT teknologi og IT funksjonalitet.

Ut fra den internasjonale gjennomgang i kapittel 6, kan det konstateres at svært intense former for myndighetsstyring fra nasjonalt nivå kan være basert på regionalt eierskap til spesialisthelsetjenesten. Det skjer ved at det nasjonale nivå så å si ”kompenserer” for de manglende påvirkningsmuligheter gjennom formell eierstyring ved økte grader av nasjonal myndighetsstyring eller myndighetslignende styring. Denne styring kan også ta form av eierstyring gjennom å fastlegge rammebetingelser for produsentsystemet, utover det nivå hvor det er meget presise lovregler m.m.

Det kan likeledes konstateres at den nasjonale myndighetsstyring og myndighetsliggende styring i flere systemer med nasjonalt eierskap til spesialisthelsetjenesten nettopp er sterkt nedtonet. Dette muligens fordi det i et system hvor nasjonal eierstyring kan slå kraftig gjennom ikke er nødvendig med slik ”kompensasjon”.

8.8.8. Kostnadskontroll

Det var før reformen et økende fokus på kostnadskontroll. På en måte har sykehusreformen og helseforetaksmodellen økt dette fokus. Den regionale eierstyring og fokus på kostnadskontroll supplerer den nasjonale eierstyringen. De regionale helseforetakene har gjennom eierstyringen lagt forskjellige former for press inn overfor produsent-systemet og de enkelte helseforetak. Rapporteringskrav og -former avspeiler interessen for kostnadskontroll generelt.

I et utviklingsmessig perspektiv har kostnadene i den norske spesialisthelsetjeneste vært økende. Den markante økning i aktivitet, samt reduserte ventelister har sammenheng med de økte kostnadene.

Fokus på kostnadskontroll, oppfattet som å holde budsjettene, har således vært uforminsket også innenfor rammene av helseforetaksmodellen. Samtidig kan det være et problemområde som spesialisthelsetjenesten og helseforetakene meget vel kan være nødt til å gripe fatt i relativt raskt.

Tilleggsbevilgninger eksisterer fortsatt innenfor spesialisthelsetjenesten. Tilleggsbevilgninger var et av de fenomener som fylkeskommunene fikk kritikk for da de hadde ansvaret for sykehusene. Endringene på dette feltet etter sykehusreformen handler nok mest om at det nå ikke er to forskjellige myndighetslinjer som slåss om ressurser eller ansvar for manglende ressurser. Nå har alle nivåene i en myndighetslinje nytte av ekstra ressurstilføringer.

Den fortsatte manglende oppfyllelse av de økonomiske balansekrav kan ha sammenheng med de uløste problemer i forbindelse med regnskapslov og investeringer m.v. Det kan også være en avspeiling av at produsentsystemet og de regionale helseforetak i et visst omfang overtar arven fra det fylkeskommunale system, hvor man konstant styrer etter at manglende ressurser og tendenser til manglende overholdelse av budsjettet blir håndtert fra det nasjonale nivå gjennom økte bevilgninger. Utsettelse av krav om økonomisk balanse kan i den sammenheng oppfattes som et bekreftende signal.

Fokus på driftseffektivitet – til forskjell fra kostnadskontroll gjennom å holde budsjetter – kan synes å være mindre enn det som ble signalisert i forbindelse med sykehusreformen og etableringen av helseforetaksmodellen. Bestiller-utfører tankegangen og foretak som egne rettssubjekter med mer profesjonelle styrer ble også oppfattet som grunnlag for forbedret driftseffektivitet.

Ressursstyringen i de regionale helseforetakene og i produsentsystemet synes i meget høy grad å være tilrettelagt ut fra hensynene til å holde budsjettene. På samme måte synes rapporteringer, også av aktivitet, å være inspirert av føringene i innholdsstyringen, av det nødvendige fokus på ventetider og av det som kalles kvalitetsindikatorer m.v.

Egentlig produktivitetsbasert styring – og som følge av det systematisk orientering mot driftseffektivitet – synes derimot ikke å ha vært en tydelig del av utviklingen etter innføringen av helseforetaksmodellen. Det enkelte helseforetak forekommer heller ikke i videre omfang å være orientert mot bestrebelser på gjennomsiktighet i egne kostnader i forhold til bestemte typer av pasientforløp, bestemte DRG grupper osv.

8.9. Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Temagjennomgangen indikerer et ganske vesentlig behov for på en markant måte å ta opp problemstillingen å adressere problemstillingen med sammenbinding av helseinnsatser på tvers av spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste mer konkret, og med klare resultater som mål,

Tiden etter sykehusreformen synes å ha vært preget av et gradvis økt fokus på denne problemstilling, men bildet har vært preget av utrednings- og analyseinnsatser mer enn av konkrete initiativer og tiltak. Bredt dekkende resultater og effekter synes på den bakgrunn også å ha vært begrensede.

Det kan konstateres et økt fokus i innholdsstyringen og eierstyringen (bestillerdokumenter og foretaksplaner) i tilknytning til spesialisthelsetjenestens forpliktelser overfor primærhelsetjenesten. Blant annet kan dette sees gjennom RHFenes eget utarbeidede strategiopplegg omkring samhandling i forhold til primærhelsetjenesten (2004) og Wisløff-utvalgets rapport (2005). Det arbeides med sammenbinding av de to sektorene og håndtering av tverrsektorielle pasientforløp. Tverrsektorielle pasientforløp må forventes økt markant de kommende år.

Det kan derfor virke sannsynlig at helseforetaksmodellen utgjør et tilstrekkelig grunnlag for en meget nødvendig intensivering av initiativ og tiltak overfor primærhelsetjenesten. Dette særlig på bakgrunn av den demografiske utvikling, veksten i sammensatte lidelser, kroniske sykdommer og langtidssykdommer generelt.

Det er imidlertid en del av dette bilde at sykehusreformen, den nasjonale forankring av ansvaret for spesialisthelsetjenesten, samt etableringen av de regionale helseforetakene naturlig har gitt som resultat at spesialisthelsetjenesten i noen år har vært ganske innadvendt og fokusert mot egne problemer. En slik tilstand har sin tid – og helseforetaksmodellen vil med rette bli vurdert på evnen til også å ta et vesentlig medansvar for kva-

litet og driftsstabilitet i forbindelse med alle nødvendige former for eksterne samhandlinger.

Den internasjonale gjennomgang peker på at flere andre land i høyere grad – eller på mer konkret operasjonelt vis – allerede i flere år har vært i gang med utredninger knyttet til sammenhengen mellom de to nivåene av helsesektoren. Disse land vil ikke bli konfrontert med de såkalte ”demografi- og kronikerpukler” på et tidligere tidspunkt enn Norge. 2010 regnes for de fleste land i Vesteuropa som en form for ”skjæringspunkt”.

Behovet for å ta tak i temaet knyttet til sammenbinding av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, også gjennom ytterligere involvering av pasient-/innbyggersystemet, synes mot en slik bakgrunn bare å være økende. Innenfor rammene av helseforetaksmodellen vil spesialisthelsetjenestens (med)ansvar for opplæring og kompetanseutvikling overfor primærhelsetjenesten og overfor pasienter, innbyggere og pårørende øke.

Det vil være en utfordring for spesialisthelsetjenesten og helseforetaksmodellen, og for det enkelte regionale helseforetak, dersom temagjennomgangens indikasjoner på at det kan være kapasitetsoverskudd eller tendenser mot samlet kapasitetsoverskudd innenfor spesialisthelsetjenesten er reelle.

Innholdsstyringen og eierstyringen bør mot en slik bakgrunn sørge for at det blir tatt i bruk virkemidler som sikrer at behovet for økt kapasitet innenfor primærhelsetjenesten og for økt sammenbinding av pasientforløp i forhold til primærhelsetjenesten ikke blir nedprioritert som følge av insitamenter til å bruke kapasitet på frittvalgspasienter eller i forhold til indikasjoner som ligger klart utenfor rammene av prioriteringsforskriften og innholdsstyringens øvrige prioriteringer.

Det vil i en slik sammenheng være behov for stor grad av ansvarlighet fra de regionale helseforetak og fra de enkelte helseforetak. Det gjelder også de videre bestrebelser på å sikre kontinuerlig overførsel av utrednings- og behandlingsformer til mindre spesialiserte deler av spesialisthelsetjenesten og til samarbeidsformer mellom disse mindre spesialiserte deler av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Sykehusreformen og helseforetaksmodellen synes ikke på systematisk måte å ha tatt opp behovene for utvikling i samspillsformer mellom den enkelte fastlege og den enkelte kommune på den ene side og regionale helseforetak og helseforetak på den andre side. Heller ikke fastlegereformen (som trådte i kraft før sykehusreformen) har av naturlige årsaker tatt hensyn til helseforetaksmodellen.

Det kan imidlertid konstateres at de regionale helseforetak i stigende grad etter sykehusreformen har involvert fastleger blant annet i forbindelse med oppgave- og funksjonsfordelinger. Det er en økt tendens til etablering av driftsavtaler mellom helsefore-

takene og de relevante kommunale enheter i foretakenes opptaksområder. Disse drifts-avtalene er stadig mer omfattende.

Reform og foretaksmodell synes imidlertid (fortsatt) å stå i en eiendommelig situasjon. Rammene for kapasitetsplanlegging og -anvendelse innenfor spesialisthelsetjenesten er i vesentlig utstrekning konsolidert gjennom den nasjonale overtakelse og etableringen av regionale helseforetak. Antallet helseforetak er i årene etter sykehusreformen redusert betraktelig. Primærhelsetjenesten er fortsatt organisatorisk og styringsmessig preget av stor grad av fragmentering og av små enheter med små geografiske virkefelter.

Vilkårene for innholdsstyring, eierstyring og i noen grad myndighetsstyring i forhold til de to deler av den samlede helsesektor fremstår således markant forskjellige. Spesialisthelsetjenestens muligheter og valg av grep og virkemidler påvirkes av denne forskjellighet.

Spesialisthelsetjenesten har imidlertid muligheter for å forbedre rammebetingelsene når det gjelder bestrebelser på sammenbinding mellom spesialiserte og primære helsetilbud. Dette kan skje gjennom arbeidet med modeller for lokalsykehus og/eller distriktsmedisinske sentre, og medisinske kompetanser og kapasitet. Slike modeller bør utformes med spesielt fokus på kontakt- og samarbeidsflater med primærhelsetjenesten.

9. Sykehusreformen og helseforetaksmodellen – status og perspektiver

I kapittel 6 er det gitt en beskrivelse av forskjellige utviklingstendenser i utvalgte land. Det er her tatt utgangspunkt i fokusområdene – ”bestiller-utfører”, ”eier-myndighet”, ”kostnadskontroll” og ”demokrati”.

Samtidig er forskjeller og likheter i anvendelse av og sammenhenger mellom forskjellige styringsformer i utvalgte land gjennomgått. Både ”innholdsstyring”, ”eierstyring” og ”myndighetsstyring” er berørt i dette kapitlet.

Endelig er også påvirkningen fra forskjellige ”systemer” analysert i utvalgte land – nemlig ”pasient-/innbyggersystemet”, ”det politiske systemet”, ”finansierings- og avregningssystemet” samt ”produsentsystemet”.

I kapittel 7 er det gitt en beskrivelse av de forskjellige innspill som evalueringsprosessen samlet sett har gitt anledning til. Vi har tatt utgangspunkt i de samtaler vi har gjennomført med ressurspersonene, den avholdte dialogkonferansen, og den spørreskjemaundersøkelse som er gjennomført.

I kapittel 8 er det gitt en detaljert beskrivelse av utviklingen etter sykehusreformen i den norske spesialisthelsetjenesten og i forhold til helseforetaksmodellen. Også denne gjennomgang har omfattet – og har delvis vært strukturert ut fra – de omhandlede fokusområder (”bestiller-utfører” m.v.), styringsformer (”innholdsstyring” m.v.) og systemer (”finansierings- og avregningssystemet” m.v.).

Ut fra gjennomgang og oppsummeringer i disse tre kapitlene omfatter dette kapittelet en rekke vurderinger og anbefalinger i forhold til den norske spesialisthelsetjeneste og helseforetaksmodellen, der vi forsøker å ha et framtidsrettet perspektiv.

Det er valgt å strukturere vurderinger og anbefalinger ut fra de fokusområder som var de prioriterte innfallsvinklene i det opprinnelige oppdraget. Også i forhold til ”styringsformer” og ”systemer” omfatter kapittelet en rekke observasjoner, problematiseringer og vurderinger.

Med utgangspunkt i den samlede analysen som er gjort, har vi i noen sammenhenger gitt helt konkrete vurderinger og anbefalinger. I andre sammenhenger er disse analyseinnsatser ikke funnet tilstrekkelige til å gi klare og entydige forslag. I de sistnevnte tilfellene er det i stedet tatt med forskjellige former for ”diskusjoner”, slik at det eventuelt kan arbeides videre med ytterligere utredning – og dermed oppnå et presist grunnlag for vurderinger og anbefalinger.

Vi har forsøkt å gi klare og entydige vurderinger og anbefalinger på så mange områder som overhode mulig. Dette er avspeilet i avsnittene nedenfor.

9.1. Generelt om evaluering og anbefalinger i forhold til spesialisthelsetjenesten

Det bør i forbindelse med evaluering av en reform og effektene av en reform vedrørende spesialisthelsetjenesten understrekes at det internasjonalt er svært få eksempler på helhetsorienterte effekt- og konsekvensevalueringer av sammenhengende reformtiltak. Det er en del eksempler på evalueringer som knytter seg til bestemte elementer i en samlet reform eller til bestemte tiltak i forhold til spesialisthelsetjenesten. Eksempler på dette kan være analyser vedrørende forskjellige former for kostnadskontroll og ulike effekter av disse, konsekvenser av forskjellige organisatoriske fundament for myndighetsstyring, og sammenhenger mellom innholdsstyring og insitamenter i finansierings- og avregningssystemene.

Evaluering av en reform som sykehusreformen og av reformens helseforetaksmodell er imidlertid langt mer komplekst, og det er derfor god grunn til å tilnærme seg oppgaven med en god porsjon ydmykhet. Det er også viktig å gå inn i en slik evaluering med den prinsipielle innfallsvinkel at ingen organisatoriske rammer for noen spesialisthelsetjeneste i noe land fungerer uten problemer, og uten at problemer utvikler seg eller nye dukker opp.

Gjennomgang og oppsummering av de utvalgte internasjonale erfaringer indikerer også at spesialisthelsetjenester kan fungere med mange forskjellige organisatoriske rammer og med forskjellig vektlegging på bestemte styringsformer. Gjennomgang og oppsummering viser at det internasjonalt synes å være det samme sett av 15-20 helt vesentlige problemstillinger og utfordringer som preger de politiske og administrative analyser og vurderinger vedrørende behov, utfordringer og muligheter i spesialisthelsetjenesten. De felles problemområdene og utfordringene er uavhengig av forskjellig utvikling av organisasjonsformer i produsentsystemet (helseforetak m.v.) og modeller for hvordan den samlede organisatoriske grunnstruktur ser ut. Internasjonaliseringen er for alvor blitt en del av den administrative og styringsmessige delen av spesialisthelsetjenesten, og ikke bare en del av fagmiljøene.

Det kan under alle omstendigheter konstateres at det er så mange og ofte kolliderende målsettinger knyttet til spesialisthelsetjenesten og dens funksjonsmåte at gjennomgripende reformer og strukturendringer aldri vil kunne oppfylle alle målsettingene på samme måte og med samme grad av intensitet.

På den bakgrunn kan et vesentlig siktemål være evnen og viljen til å identifisere og fokusere på problemområder og målsettinger, hvor gjennomførte reformer og strukturendringer muligens viser seg å være mindre sterke. Dette behøver likevel ikke nødven-

digvis automatisk å være utgangspunkt for nye gjennomgripende reformer og strukturelt tiltak – som med sikkerhet vil etterlate nye problemstillinger, målsettinger og utfordringer.

Det gis først en relativt kort generell vurdering av sykehusreformen og helseforetaksmodellen før vi kommer til de mer konkrete vurderinger, anbefalinger og problemstillinger som er knyttet til fokusområdene.

9.2. Sykehusreform og helseforetaksmodell – overordnet vurdering

Det er en klar vurdering at sykehusreformen og innføringen av helseforetak på regionalt nivå – og etablering av helseforetak som rammer for den offentlige del av produsentsystemet – har vært en gevinst for den norske spesialisthelsetjenesten og for utviklingen av den. Gjennom sykehusreformen og helseforetaksmodellen er det skapt nye former for dynamikk. Nye former for dynamikk har også i noen grad vært utilsiktede, men langt på vei formålsorienterte, og har samlet sett vært til gagn for spesialisthelsetjenesten og for pasient-/innbygger systemet.

Helseforetaksmodellen synes langt på vei å ha vært et hensiktsmessig grunnlag for å nå mange av de mål og utviklingsretninger som var formulert forut for og i tilknytning til sykehusreformen.

Det er likeledes vår vurdering at sykehusreformen og helseforetaksmodellen også i tiden framover vil kunne utgjøre en bærekraftig og hensiktsmessig ramme for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Vesentlige deler av den tenkning som lå bak sykehusreformen og helseforetaksmodellen, og av den strukturutvikling som er foregått innenfor rammene av modellen i årene etter reformen, synes således å være velegnede som grunnlag for de utfordringer spesialisthelsetjenesten står overfor i det kommende tiår.

Det er en del av disse vurderinger at det nasjonale, statlige eierskap til spesialisthelsetjenesten bør opprettholdes.

En rekke forhold kan understrekes i tilknytning til disse overordnede, generelle vurderingene:

- Gjennom helseforetaksmodellen synes det å være gjennomført eller arbeidet mer målrettet med regional organisatorisk konsolidering og sammenheng innenfor spesialisthelsetjenesten.
- Endringer og målrettet innsats knyttet til arbeidsdeling og oppgave- og funksjonsfordeling innenfor produsentsystemet synes å være gjennomført langt mer intenst etter at helseforetaksmodellen ble innført.
- Arbeidet med samlet ressursstyring og kapasitetsutnyttning, og arbeidet med sammenhengen mellom ressursstyring og kapasitetsutnyttelse synes med helseforetaks-

modellen å ha fått et mer hensiktsmessig grunnlag – uansett de kvalifiseringer temagjennomgangen i kapittel 8 også inneholder.

- Helseforetaksmodellen synes å fungere tilfredsstillende som ramme for økt og mer strukturert brukerinnflytelse og brukermedvirkning.
- Helseforetaksmodellen synes strukturelt å gi et godt grunnlag når det gjelder arbeidet med kvalitetsregistre og kvalitet generelt, herunder mer systematisert prosessunderstøttelse.
- Helseforetaksmodellen synes ikke å utgjøre en barriere for arbeidet med økt konkurranse mellom helseforetak, herunder mellom offentlige og private helseforetak – hvis dette er en uttalt målsetting.

I tillegg kommer at det i perioden etter sykehusreformen og innføringen av helseforetaksmodellen kan registreres noen resultater i den norske spesialisthelsetjenesten som ikke synes å stå tilbake for det som kan observeres i mange andre land. Det gjelder eksempelvis i forhold til ventetider og ventelister, samt aktivitetsutvikling, IKT og økonomisk rapportering.

I denne sammenheng kan det være grunn til å understreke at flere av de nyere meningsmålinger om spesialisthelsetjenesten i Norge indikerer en økt tilfredshet i pasient-/innbyggersystemet i forhold til særlig ”valgmuligheter”, ”personalets kompetanse”, ”servicenivå”, ”punktlighet”, ”informasjonsnivå” og ”pleietid”, og at også ”behandlingsresultat” i flere sammenhenger vurderes høyere enn før, selv om det kan være vanskelig å bedømme eksakt hva det svares på her.

Det vi har skrevet om sykehusreform og helseforetaksmodell innebærer ikke en generell konklusjon om at Verden har funnet det glansbilde som en rekke andre land med fordel kan agere ut fra. Man kan heller ikke trekke en generell konklusjon om at videre strukturelle grep i forhold til spesialisthelsetjenesten i Norge er unødvendige.

Som det nettopp fremgår av de vurderinger, anbefalinger og problematiseringer som er tatt med i resten av dette kapitlet, så står også den norske spesialisthelsetjeneste overfor en rekke meget store utfordringer og problemer. Noen av disse vil kunne løses innenfor rammene av sykehusreformen og helseforetaksmodellen funksjonsmåte, mens andre vil kreve tilpasninger og endringer i forhold til den måte helseforetaksmodellen har fungert på inntil nå.

9.3. Sykehusreform og helseforetaksmodell – utvalgte vurderinger, anbefalinger og problematiseringer

Det er en grunnleggende vurdering og anbefaling at det generelt bør holdes fast i de organisatoriske prinsipper og rammer for spesialisthelsetjenesten i Norge, slik de er utviklet etter sykehusreformen og med helseforetaksmodellen. Dette utgjør en vesentlig premiss for gjennomgangen nedenfor.

Til tross for utgangspunktet med å holde fast på vesentlige deler av verdigrunnlaget for sykehusreformen og foretaksmodellen, er det tatt med vurderinger og anbefalinger som kan oppfattes som inngripende i forhold til eksisterende praksis. Vi vil i den forbindelse understreke at helseforetaksmodellen utmerket godt kan gi grunnlag for en fortsatt utvikling av spesialisthelsetjenesten i Norge, selv om rollefordelingen mellom de organisatoriske enheter som inntil videre har drevet tingene fram justeres eller endres i større eller mindre grad.

De vurderinger og anbefalinger som vi har valgt å ta med, er gjennomgått innenfor rammene av strukturen med fokusområder. Vi starter med fokusområdet ”bestiller-utfører” (9.3.1.), fortsettes med ”demokrati” (9.3.2.) og ”eier-myndighet” (9.3.3.) og avslutter med ”kostnadskontroll” (9.3.4.).

9.3.1. Bestiller-utfører

I forbindelse med sykehusreformen var det signaler som pekte i retning av muligheter for å etablere en form for bestiller-utfører struktur i den norske spesialisthelsetjenesten. Prinsipielt innebar disse signalene også en forutsetning om å skille roller innenfor rammene av foretaksmodellen.

Bestiller-utfører konseptets effektivitets- og konkurranse-genererende muligheter (overfor produsentene) var ikke tydelig framhevet i forbindelse med forarbeidene til reformen. Etableringen av helseforetak med egne styrer og med vektlegging på integrasjon i styrene av næringslivs- og annen kommersiell kompetanse pekte imidlertid i en retning som var forenlig med andre lands fokus på bestiller-utfører modeller i forhold til å fremme effektivitets-, markeds- og konkurranseorientering. Den vekt som ble lagt på helseforetak som autonome, på profesjonalisering av ledelsesoppgavene, samt forutsetningene om økt involvering av private leverandører, pekte i samme retning.

Uavhengig av hvordan bestiller-utfører modellen fremstod i forbindelse med forarbeidene til sykehusreformen kan det konstateres at bestiller-utfører konseptet klart kan oppfattes som en del av reformen og helseforetaksmodellen. Dette gjelder også for motstandere av reformen, som ofte trekker fram og kritiserer nettopp bestiller-utfører konseptet.

Selv om det etter sykehusreformen har vært arbeidet mye med rolleadskillelser, etablering av selvstendige innkjøpsfunksjoner i regionene og involvering av private leverandører, synes utviklingen etter sykehusreformen likevel å ha medført en distansering i forhold til bestiller-utfører modellen.

Helseforetak er i mange sammenhenger fortsatt ikke gitt mulighet for å by på anbud om leveranser. Disse synes å være forbeholdt private leverandører. På samme måte gis ikke private leverandører muligheter eller insitamenter til for alvor å gå inn i en form for konkurranse om å levere tjenester på en rekke områder. Mest utpreget er dette på det medisinske område.

Tankegangen med å kanalisere leveranser til leverandører som viser seg å være dokumentert mer effektive forfølges ikke i praksis gjennom bestiller-utfører konseptet. Det synes heller ikke som om det reelt arbeides med insitamenter eller mekanismer i ressursstyringen (herunder i forhold til rapportering) som kan sikre at leveranser systematisk og i stigende grad overdras til de helseforetak som dokumentert kan anses som mest effektive eller attraktive – enten det gjelder pris, kvalitet eller service.

Blant annet spiller helseregionenes arbeid med oppgave- og funksjonsfordelinger inn her. Parallelt med den økte spesialisering og subspesialisering særlig innenfor det kirurgiske området, men i stigende omfang også innenfor det medisinske, øker behovet for konsentrasjon og samling av deler av spesialisthelsetjenesten hvis en skal oppnå akseptable volumer i forbindelse med spesialiserte/subspesialiserte områder. Denne tendensen gjør det i seg selv vanskelig å opprettholde en situasjon hvor spesialiserte funksjoner ivaretas av tilstrekkelig mange helseforetak eller sykehuslokalteter. Uten tjenester ved flere helseforetak eller lokaliteter vil det ikke være forutsetning for å etablere og opprettholde konkurranse innenfor produsentsystemet.

Det spiller antakelig også inn at det fortsatt kan være stor usikkerhet knyttet til sammenhengen mellom driftsmessig effektivitet og behandlingsmessig kvalitet, og at kriteriene for valg av leverandør og ikke minst at behovet for å føle en viss sikkerhet i forbindelse med valget av leverandør, kan gi en slagside i retning av å lande på ”det som har vært prøvd hittil”, ”det velprøvde”, ”det som fungerer, på ett eller annet nivå”. Denne tendensen kan identifiseres også i andre land. Det gjelder også i de land som mer entydig og omfattende enn Norge har valgt bestiller-utfører modellen som grunnlag for styring av spesialisthelsetjenesten.

Det ovenfor beskrevne understøttes av at høyspesialisert behandling og høyspesialisert utstyrs- og apparaturmessig infrastruktur på relativt få universitetssykehus i seg selv bidrar til å etablere reelle monopoler innenfor produsentsystemet. Det er også erfaringen fra andre land. Dette forhold kan ha forholdsvis større betydning i Norge og land som Danmark, Irland, Skottland og Finland, som alle har relativt beskjedne befolkningsstørrelser. Det kan i Norge fremdeles observeres en rekke behandlingstyper hvor

det fortsatt synes å være behov for å fremskynde samling av tjenester snarere enn å legge opp til konkurranse.

Regionene har lagt økt vekt på oppgave- og funksjonsfordelinger mellom de enkelte helseforetak (og supplerende private leverandører). Samtidig ser vi en tendens til spesialisering og subspecialisering, hvilket gir behov for konsentrasjon og samling av en stadig større del av spesialisthelsetjenesten. Til sammen synes dette å gi et mindre hensiktsmessig terreng for bestiller-utfører modellen.

Regionenes arbeid med oppgave- og funksjonsfordeling og mer systematisk planlegging av arbeidsdelingen mellom helseforetak og mellom offentlige og private leverandører kan saktens sees som del av mer helhetlige bestrebelser på økt effektivisering og uttak av skalafordeler. Oppgave- og funksjonsfordelinger kan i seg selv være et egnet grep i forhold til effektivisering og bedre kapasitetsutnyttelse. Dette er målsettinger som også bestiller-utfører konseptet i mange sammenhenger forutsettes å skulle bidra til. På tilsvarende måte kan oppgave- og funksjonsfordelinger også være egnede grep i forhold til å sikre bedre kvalitet i utredning og behandling.

På den måte kan en sterkt utbygd oppgave- og funksjonsfordeling undergrave grunnlaget for bestiller-utfører modeller. Samtidig kan oppgave- og funksjonsfordelinger være grep som forfølger noen av de samme målsettingene som bestiller-utfører modellen.

Selve utviklingen i sykehusstrukturen i den norske spesialisthelsetjeneste kan i seg selv være en barriere for å få en bestiller-utfører modell til å fungere i praksis; jfr. det beskrevne om at en egentlig konkurransesituasjon krever et vist antall produsenter. Selv om det etter sykehusreformen har vært vekst i antallet private produsenter, så har konsolideringen av de offentlige helseforetakene likevel påvirket karakteren av produsent-systemet som helhet. Mange sykehus som før sykehusreformen var selvstendige sykehus er etter hvert samlet innenfor rammene av stadig større helseforetak som er lokalisert på flere steder. Også sett i lys av denne utviklingen er mulighetene for å velge på produsentsiden blitt mindre etter sykehusreformen.

Både Helse- og Omsorgsdepartementet og regionene har etter sykehusreformen arbeidet med rollefordeling og rolleadskillelse. Arbeid med rollefordeling og rolleadskillelse er vesentlig i forhold til bestiller-utfører konseptet. Det er behov for klarere skiller mellom rollene dersom bestiller-utfører modellen skal utgjøre et vesentlig grunnlag for styringen totalt sett. Det synes å ha vært vanskelig å etablere klarere rolleadskillelser, både innenfor Helse- og Omsorgsdepartementet, men også generelt på nasjonalt og regionalt nivå.

Atskillelse av bestillerfunksjoner på regionalt og nasjonalt nivå er blitt fulgt opp gjennom etablering av egne organisatoriske enheter i RHFene. Departementets struktur med en spesialisthelsetjenesteavdeling og en eieravdeling har samme formål.

Vanskelighetene med å nå frem til helt presise rolleadskillelser avspeiler seg imidlertid også i at innholds- og eierstyringen fra nasjonalt nivå ikke helt følger de to avdelingenes kompetanseområder. Spesialisthelsetjenesteavdelingen arbeider også med forhold som berører eller overlapper eierstyring, og eieravdelingen går inn i oppgaver som berører eller overlapper innholdsstyring. Dette kan det være gode argumenter for fordi ikke bare rolleadskillelse, men også rollekoordinering, vil være vesentlige siktemål med styringen av spesialisthelsetjenesten.

Deler av strukturen og virkemåten for den norske spesialisthelsetjeneste ble etter sykehusreformen kritisert av OECD, som spesielt fokuserte på konflikten for de regionale foretak i forbindelse med dels ivaretagelsen av eierstyring og myndighetsstyring overfor de helseforetak de eier, dels innholdsstyringen ut fra en bestiller-utfører modell. I NOU:1 (2003) er det diskutert, bl.a. ut fra OECDs innspill, hvordan en klarere rolleadskillelse på regionalt nivå kan gjennomføres. Det konstanteres i rapporten at den såkalte "organisatoriske distanse" er for liten til at en rolleadskillelse innenfor rammene av et RHF reelt vil gi mening. Det tilføyes at å skille ut en bestillerfunksjon som forøvrig refererer til den administrerende direktør for RHF, og som agerer innenfor en relativt liten organisasjon, under alle omstendigheter vil få et noe pseudo-aktig preg. Dette synspunktet støttes av de innspill som er fremkommet i evalueringsforløpet.

Helse- og Omsorgsdepartementet har uansett disse drøftinger og vurderinger forfulgt en linje hvor det også på RHF-nivået er forutsatt klarere rolleadskillelser gjennom etablering av nettopp atskilte innkjøps- eller bestillerfunksjoner. Disse bestrebelsene har på den annen side ikke forhindret at styrene for helseforetakene, i hvert fall i en region, omfatter medlemmer eller ledes av medlemmer fra det regionale nivå. Dette synes å være i helt i strid med enhver form for bestiller-utfører tenkning, med mindre bestiller-utfører modellen er begrenset til de private deler av produsentsystemet.

Linjen i noen av de regionale helseforetakene synes således å være uttrykk for tendenser til mer samlet styring, "konsernstyring", snarere enn til styring tilrettelagt ut fra bestiller-utfører prinsipper. Dette avspeiles relativt direkte i flere av de "Foretaksdokumenter" som er utformet av de regionale helseforetakene og som utgjør grunnlaget for de enkelte helseforetakene. I mange av disse dokumentene har man valgt nettopp å integrere eierstyringen og innholdsstyringen (bestillerdokumentenes føringer samt prioriteringsspmåls m.v.). Bildet varierer riktignok noe fra region til region, men inntrykket av integrert styring forsterkes av det forhold at meldingssystemet/rapporteringen gjøres felles for de to styringslinjene.

I forhold til sykehusreformens premisser om mer autonome helseforetak kan en slik linje innebære et dilemma. Dette aspekt berøres mer detaljert i avsnitt 9.3.1.1.

Bestiller-utfører modellen kan ha presset fram etablering av mer profesjonelle innkjøpsfunksjoner, og behovet for økt kunnskap i disse innkjøpsfunksjonene. Den tradisjonelle informasjonsubalansen mellom produsentsystemet i spesialisthelsetjenesten på

den ene siden og helsemyndighetene på den andre siden kan således prinsipielt reduseres gjennom bruk av bestiller-utfører konsepter.

Det er imidlertid mulig å arbeide med denne informasjonsubalansen på en rekke andre måter enn gjennom en bestiller-utfører modell. Alt arbeid fra det nasjonale og regionale nivå vedrørende innholdsstyring, blant annet prioritering av tjenester og føringer knyttet til bestemte satsingsområder, forutsetter jo prinsipielt en klar innsikt i hva produsentsystemet er i stand til å levere. Ellers blir innholdsstyring et meningsløst begrep og en meningsløs form.

Et annet aspekt er at pasient-/innbyggersystemet de senere årene – både i Norge og i andre land – i stadig mindre grad aksepterer manglende innsikt i produsentsystemets faktiske aktivitet og kvalitet, samt i de muligheter for aktivitet/kvalitet den behandlingsteknologiske utvikling innebærer. Det kan således være en forventning om at pasient-/innbyggersystemet og det politiske system sammen kan skape helt andre rammer for styring, og for å håndtere denne informasjonsubalansen ved å stille krav overfor produsentsystemet.

Når det gjelder insitamenter til konkurranse innenfor produsentsystemet synes det vesentlig å holde fast på at konkurranse mellom produsenter neppe kan være et formål i seg selv. Det avgjørende siktemålet må være de effekter som kan følge av en eventuell (økt) konkurranse mellom produsenter.

Nedtoning eller utfasing av en bestiller-utfører tankegang synes ikke å være ensbetydende med at alle former for konkurranse mellom helseforetak eller innenfor produsentsystemet generelt nedprioriteres eller neglisjeres. Men det er, jevnfør også avsnitt 9.3.3. nedenfor, en rekke andre måter for å oppnå insitamenter til konkurranse og de effekter en ønsker å oppnå ved hjelp av konkurranse.

Samlet sett er det vurderingen at det ikke er hensiktsmessig å la bestiller-utfører konseptet være et vesentlig grunnlag for styringen av den norske spesialisthelsetjenesten. Mange av de internasjonale erfaringer som er berørt i kapittel 6 antyder dessuten at det kan være tvilsomt om en systematisk bruk av bestiller-utfører tankegangen overhode er praktisk mulig i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidet med å etablere strukturer for å skille roller m.v. forekommer å ha krevd både arbeid og energi som ikke synes å stå i forhold til de resultater som er oppnådd.

Samlet sett er det også vurderingen at organiseringen på nasjonalt nivå (herunder i Helse- og Omsorgsdepartementet) ikke nødvendigvis bør fortsette ut fra disse kriterier. Arbeidsdelingen mellom enheter i departementet kan tilrettelegges ut fra andre grunnlag enn med fokus på den rolleadskillelse som bestiller-utfører modellen generelt inspirerer til, jevnfør også avsnitt 9.3.3 nedenfor.

Tankegangen i forbindelse med sykehusreformen, og generelt i Europa i tilknytning til f.eks. bestiller-utfører modeller, ”markedsorientering”, ”styring etter i høyere grad private prinsipper” m.v. kan være uhensiktsmessig i en tradisjon preget av målsettinger om lik adgang til helsetjenester, overveiende grad av skattefinansiering, stor grad av offentlig produksjon og begrenset villighet til involvering av private leverandører osv.

Den internasjonale gjennomgangen i kapittel 6 indikerer at selv land som i høyere grad enn f.eks. Norge har vært klare til å prøve rendyrkede markedsorienterte og konkurransepregede prinsipper, og klarere definerte former for bestiller-utfører og autonomi for helseforetak, synes å ha hatt problemer på grunn av spesialisthelsetjenestens spesielle karakter.

Et land som Skottland, hvor spesialisthelsetjenesten i en periode var inspirert av NHS-strategien i England (bestiller-utfører og ”Trusts”), har så sent som i 2004 forlatt en rekke av disse strukturer og styringsformer til fordel for et langt mer konsolidert, samlet system og en langt større grad av vektlegging på integrert styring. Likeledes har heller ikke Irland latt bestiller-utfører utgjøre et vesentlig element i den meget omfattende reformen av bl.a. spesialisthelsetjenesten som ble forberedt og gjennomført fra 2003.

Som det fremgår av gjennomgangen i dette avsnitt, så synes det å være to styringsformer, nemlig innholdsstyring og eierstyring, som ofte overlapper hverandre i stor grad i den praktiske virkelighet i den norske spesialisthelsetjenesten. Erfaringer i andre land viser at disse to styringsformer kan være vanskelige å håndtere helt atskilt.

Det er vurderingen at en kombinert integrert nasjonal eierstyring og innholdsstyring – med driftsavtaler mellom RHF-nivået og det enkelte foretak ut fra samme filosofi om kombinasjon - kan være en velegnet modell for den videre utvikling av spesialisthelsetjenesten og helseforetaksmodellen i Norge.

Uavhengig av bestiller-utfører kan og bør bestillerdokumentene fra nasjonalt nivå (innhold og prioriteringer) i den videre utvikling av helseforetaksmodellen detaljeres og konkretiseres i høyere grad enn hittil. Dette bør skje gjennom sterkere operasjonalisering av prioriteringsforskriften og prioriteringsorienterte føringer generelt, og gjennom klarere presiseringer også når det gjelder mulige bortvalg og nedprioriteringer.

Disse presiseringer og operasjonaliseringer i innholdsstyringen (via bestillerdokumentene) må også gjennomføres i økt utstrekning via de regionale helseforetakene. En bevisst og tydelig arbeidsdeling mellom det nasjonale og det regionale nivå vil med disse forutsetninger være naturlig og hensiktsmessig.

Det kan i den sammenheng være viktig med en konsolidering av det organisatoriske grunnlaget for arbeidet med prioriteringer, jf. temagjennomgangen i kapittel 8 og kons-

tateringen av prioriteringsarbeid og prioriteringsutvalg på både nasjonalt og regionalt nivå.

Norge har på mange måter vært et foregangsland når det gjelder tenkning, analyser og utredninger omkring prioritering som et stadig mer vesentlig grunnlag for styring av spesialisthelsetjenesten. Som følge av de siste års utvikling synes den norske spesialisthelsetjenesten å ha tapt terreng på prioriteringsfeltet – ikke på grunn av redusert fokus på feltet, men som følge av fortsatt manglende operasjonalisering.

9.3.1.1 Det enkelte helseforetak

Et av siktemålene med helseforetaksmodellen var å gi det enkelte helseforetak større autonomi.

Etableringen av de enkelte helseforetak som egne rettssubjekter og med egne styreverter avspeiler denne premiss. De prinsipielt økte frihetsgrader for det enkelte HF i forhold til lønnsdannelsen indikerer også en utvikling i retning mot mer autonome helseforetak.

En av begrunnelsene for en økt autonomi for produsentsystemet var at en mer ”privat orientert” styring og mer selvbestemmelse for det enkelte foretak vedrørende tilrettelegging av drift, organisering og ledelse m.m. kunne sikre større grad av effektivisering og optimal kapasitetsutnyttelse. Samtidig lå bestiller-utfører tankegangen formodentlig som en del av grunnlaget for premissene om HF-autonomi. En slik autonomi utgjør en prinsipiell forutsetning for bestiller-utfører konseptet og for den rolleadskillelse et slikt konsept krever.

Innføringen av regnskapsloven som ytterligere basis for helseforetakene – den prinsipielle integrasjon av investeringer i bygninger og utstyr m.v. samt avskrivninger i helseforetakenes ressursstyring og økonomi – kan også sees i sammenheng med bestiller-utfører modellen. Noenlunde like konkurransevilkår mellom offentlige helseforetak og private helseforetak (som sykehusreformen signaliserte behov for å prioritere høyere), forekommer å være en nødvendig forutsetning for realisering av bestiller-utfører modellen og for å oppnå konkurranse mellom bl.a. offentlige og private helseforetak.

Tiden etter sykehusreformen har vist at reformens forutsetninger om mer autonome helseforetak formodentlig ikke er blitt gjennomført i den form og i den utstrekning det muligens var tenkt.

Autonomi for det enkelte HF i forhold til lønnsdannelsen har vist seg relativt vanskelig å gjennomføre i praksis. Dette blant annet fordi det sett fra fagorganisasjonenes side er delte oppfatninger av hvorvidt lønnsdannelse bør skje sentralt eller desentralt, og/eller fordi det kan være ulike oppfatninger mellom de ulike fagorganisasjonene om balansen mellom den sentrale og den desentrale del av lønnsdannelsen.

Regnskapsloven har så langt vist seg å være en noe blandet fornøyelse for helseforetakene og for spesialisthelsetjenesten som helhet, jevnfør nedenfor i avsnitt 9.3.4. (kostnadskontroll).

De regionale helseforetakene involverer og påvirker foretaksnivået i stigende grad gjennom eksempelvis initiativer med felles, HF-tverrgående innkjøpsordninger og lønnsystemer, felles regionale og HF-tverrgående strategier og planleggingsinnsatser, felles rapporteringsstrukturer samt endringer av opptaksområder. På sitt vis innsnevrer disse initiativene det enkelte helseforetaks rammer.

Denne utviklingen avspeiler til en viss grad at særlig eierstyringen fra det nasjonale og regionale nivå overfor helseforetakene så å si har ”overhalet” innholdsstyring gjennom bestiller-utfører tankegangen. Utviklingen avspeiler muligens også at intensiteten og presiseringen/konkretiseringen i eierstyringen fra nasjonalt nivå – og videreført gjennom det regionale nivået – har vært større etter sykehusreformen enn intensiteten, presiseringen og konkretiseringen i innholdsstyringen.

Man kan stille spørsmålet om disse utviklingstendensene innebærer at helseforetaksmodellens premiss om mer autonomi for det enkelte helseforetak har spilt falitt – og/ eller om autonomi for det enkelte helseforetak er en målsetting som ikke gir mening. Det kan svares nei til begge deler. Det kan også konstanteres at det enkelte helseforetak fortsatt har gode betingelser for autonomi og frihet på en rekke områder. Mange av de konkrete betingelser for selvstendige initiativ og former for egenregulering for helseforetakene i Norge, vurderes å være fullt på høyde med det som kan konstateres i land, som for eksempel i Danmark og Sverige.

På den ene side ser vi altså tendenser til mindre autonomi eller vanskeligheter med å realisere autonomi for det enkelte helseforetak, slik som forutsatt i tilknytning til sykehusreformen. På den annen side står en rekke andre forhold og utviklinger som både innebærer muligheter, men formodentlig også behov for å holde fast ved og eventuelt øke autonomien for det enkelte helseforetak. Men som gjennomgangen umiddelbart nedenfor indikerer, er det kanskje særlig behov for en oppdatert og økt presisering av hva det er som hensiktsmessig kan ligge i formuleringen ”behov for å sikre det enkelte helseforetaks autonomi”.

Spesialisthelsetjenesten i Norge opererer i dag generelt med langt større helseforetak enn før sykehusreformen som følge av integrasjon av tidligere selvstendige sykehus innenfor rammene av større HF. Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus er eksempler på denne utvikling. Dypest sett vil autonomi for det enkelte helseforetak ikke være uavhengige av størrelsen på foretaket.

De regionale helseforetakene har således intervenert ganske kraftig i forhold til helseforetaksnivået, bl.a. i forbindelse med regionale strategier og regional oppgave- og funksjonsfordeling. Samtidig er det skapt en HF-struktur som i tiden framover innebæ-

rer et sterkt behov både for meget tett involvering av de etter hvert færre og større helseforetakene, og behov for store grader av driftsmessige og organisasjonsmessige frihetsgrader for disse HF.

RHF-nivåets arbeid med oppgave- og funksjonsfordelinger samt konsolideringen av HF-nivået gjennom foretak som både er større og lokalisert på flere steder, kan sies å ligge i direkte forlengelse av sykehusreformens bakgrunn og premisser. Fylkeskommunenes vanskeligheter med å sikre reelle forbedringer av regional koordinering i forhold til sykehusdrift, sykehusinvesteringer og oppgavefordeling m.v. var et vesentlig grunnlag for selve reformen, og dermed også en vesentlig problemstilling for de regionale helseforetakene å ta fatt i.

Målsettingene i forbindelse med sykehusreformen vedrørende større autonomi for det enkelte helseforetak og økt regional samordning av spesialisthelsetjenestens samlede infrastruktur, kan på sitt vis være vanskelige å forene. I spenningsfeltet mellom disse to målsettingene synes RHF-nivået generelt å ha drevet tingene frem på en fornuftig måte. Den har sikret økt regional samordning, men har samtidig ikke avskåret mulighetene for å holde fast ved eller utbygge og konkretisere forskjellige grader av autonomi på helseforetaksnivået.

Den nasjonale eierstyringen (overfor de regionale foretakene) tar, som det også framgår av gjennomgangen i kapitlene foran, tak i en rekke strategiske områder – deriblant IKT, hvor perspektivet kanskje nettopp ikke er autonomi for helseforetakene, men løsninger og utviklingstiltak som går på tvers av HFene (og på tvers av RHFene).

De regionale helseforetakene går i økende grad – særlig etter etableringen av fagavdelinger – inn i problemstillinger vedrørende kvalitet og indikatorer samt sertifisering. Helse Øst og ISO er et eksempel på denne tendensen.

Sammen med en rekke andre tiltak på tvers av HFene avspeiler denne utviklingen at det i forhold til helseforetakene også stilles krav fra det nasjonale og regionale nivå, og at rammene snevres inn – snarere enn at det blir gitt plass for mer autonomi. De regionale helseforetakene har vært en sentral aktør i denne utviklingen etter sykehusreformen.

Begge typer eksempler på henholdsvis nasjonal og regional eierstyring dreier seg nettopp om konkrete områder, hvor autonomi for det enkelte helseforetak og mer fragmentert utvikling på tvers både av helseforetak og regionale helseforetak, kan være både uhensiktsmessig og uholdbart.

Pasient-/innbyggerssystemet utvikler seg i en retning med økte krav og forventninger, med premisser om utvidet individualisering, og med stadig mindre aksept for noen form for informasjonsmonopol for HF-nivået og for de kliniske miljøene i det enkelte

helseforetak. Denne utviklingen i pasient-/innbyggersystemet innebærer at autonomi for et helseforetak synes å bli et noe diffust begrep.

Etablering av ordningen med brukerinvolvering i styrene for de enkelte helseforetak utgjør antakelig bare toppen av et isfjell med et stadig mer påtrengende behov for ”brobygging” og gjensidig involvering og forpliktelse mellom helseforetak og pasient-/innbyggersystemet, inkludert fagmiljøene i helseforetakene.

Autonomi for HF-nivået handler i høy grad (kanskje utelukkende) om retten til selv å tilrettelegge produksjonsformer, pasientlogistikk, servicenivå, organisasjonsstruktur, ressursinnsats og (delvis) den relative bruk av ulike innsatsfaktorer. Det må hele tiden skje i forhold til endrede og økte krav og forventninger, hvor rammebetingelsene for å være en del av produsentsystemet gradvis endres.

Et helseforetak som opptrer så autonomt at det ikke ser behovet for, eller nødvendigheten av hele tiden å sikre en kontinuerlig tilpasning av produksjonsformer, organisasjonsstrukturer og servicenivå m.v., vil bare oppleve autonomi i den korte periode det tar å identifisere foretaket som ubrukbart i en konjunktur med sterkt press fra og involvering av pasient-/innbyggersystemet.

Autonomien for det enkelte helseforetak vil som følge av den behandlingsteknologiske utvikling være omfattende også i tiden framover. Nettopp de økte krav om faglig dokumentasjon og pasient-/innbyggersystemets økte involvering og press setter fokus på et svært viktig punkt i forhold til diskusjonene om ”autonomi”. I den sammenheng kan det også, ikke minst med den økte spesialisering og subspecialisering, være god grunn til å skille mellom helseforetakenes autonomi og fagmiljøenes autonomi.

Den avgjørende problemstillingen er kanskje ikke så mye ”helseforetakets autonomi”, men mer ”autonomien for helseforetakenes fagmiljø” – hvor sistnevnte form for autonomi må antas å bli sterkt utfordret. Denne utviklingen er allerede i gang, og trekantrelasjonen mellom helseforetakenes ledelser og styrer, pasient-/innbyggersystemet og helseforetakenes fagmiljø vil bli helt avgjørende for hvordan spesialisthelsetjenesten skal utvikle seg.

Det er vurderingen generelt at sykehusreformen og helseforetaksmodellen vil kunne romme og håndtere denne utfordringen. Reformen og modellen gir generelt et godt grunnlag for å håndtere de stadige endringer og tilpasninger av rammebetingelsene for spesialisthelsetjenesten, slik disse holdes ved like og utvikles gjennom blant annet eierstyring og myndighetsstyring.

Når det gjelder ”autonomi”, innebærer utviklingen etter sykehusreformen heller ikke at det enkelte helseforetak ikke i høy grad kan utøve strategisk tenkning og strategisk arbeid. På mange måter er rammene for dette utvidet både etter sykehusreformen og som følge av den alminnelige utvikling i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakenes størrelse

nødvendigjør i seg selv strategisk arbeid på dette nivå. Nettopp betydningen av den omtalte trekant-relasjonen innebærer samtidig at karakteren av strategisk tenkning og strategisk arbeid i langt høyere grad enn før må presiseres og avgrenses.

Det vil være et stadig større behov for å stoppe den type strategisk tenkning og strategisk arbeid som fortsatt florerer innenfor produsentsystemet i den norske spesialisthelsetjenesten – ofte under dekke av behovet for ”autonomi”. I mange sammenhenger er det mer snakk om å ivareta faginteresser, karriereinteresser, institusjonelle interesser, lokale næringsinteresser osv. enn helhetsorientert strategiarbeid for spesialisthelsetjenesten som sådan, og utvikling av utredninger, behandlinger og effekter for den norske befolkning.

Norge og den norske spesialisthelsetjenesten er ikke alene om å ha denne utfordringen, som på mange måter kan sies å være en del av et ”felles gods” på tvers av landene i f.eks. Vest-Europa. Samtidig er det vår vurdering at man i perioden etter sykehusreformen ikke har lyktes med å oppnå noe større gjennombrud i forhold til utfordringen.

Et av grepene med sykehusreformen var at helseforetakene skulle omfattes av regnskapsloven – bl.a. som del av endringen av den juridiske status for sykehusene. Av noen trekkes dette fram som en del av en mer bevisst strategi for å få mer markedsøkonomi innen spesialisthelsetjenesten, mens andre fokuserer på behovet for å sikre større grad av sammenheng mellom driftsøkonomisk og investeringsøkonomisk styring og disponering.

Prinsipielt innebar overgangen til regnskapslovens prinsipper at den praksis som hadde vært fulgt hittil, hvor drift og investeringer (bygninger, apparatur, utstyr m.v.) ble håndtert i to separate løp av eier, skulle endres i retning av en mer integrert, samlet budsjettplanlegging, hvor beslutninger og disponeringer på driftssiden og investeringssiden gjensidig påvirker hverandre.

Verdifastsettingen av helseforetakenes bygninger, apparatur og utstyr ved overgangen fra fylkeskommunalt til statlig eierskap i 2002 og premissene for de forskjellige aktivas levetid, og dermed for avskrivningsnivåene, har imidlertid vært et stridsspørsmål i årene etter sykehusreformen. Så langt synes det ikke som om det er oppnådd noen reell og endelig avklaring.

Et av hovedelementene i forbindelse med disse problemene synes å være at helseforetakene – med de rammer som er lagt etter sykehusreformen – skal være i stand til å arbeide med et investeringsnivå som svarer til 2/3 av gjenanskaffelsesverdien, slik denne ble fastlagt i forbindelse med åpningsbalansen da staten overtok spesialisthelsetjenesten.

Prinsipielt kan det argumenteres for en slik linje – for eksempel ut fra en antakelse om at det i den samlede spesialisthelsetjenesten vil være rom for en mer effektiv utnyttelse

av bygningsmassen, færre lokaliteter og bygninger, mer effektiv kapasitetsutnyttelse og redusert spredning når det gjelder investeringer i utstyr og apparatur. Likeledes kan den regionale organiseringen etter sykehusreformen begrunne en antakelse om at investeringer i bygninger og apparatur i høyere grad kan samordnes, og at det ut fra en slik koordinert planlegging kan oppnås reduksjoner i det samlede investeringsbehovet.

Det er derimot ikke vår oppfatning at et 2/3's nivå kan legitimeres ut fra henvisninger til det faktiske omfanget av investeringer i tidligere år eller årtier. Den behandlingsteknologiske utvikling innebærer konstant økte behov for investeringer i apparatur og utstyr – og ofte også parallelle bygningsmessige investeringer. Dette er tilfelle fordi nye (digitaliserte) utstysformer gjør det mulig med stor grad av integrasjon mellom apparatur og IKT; noe som vil være vanskelig å få til med den eldre bygningsmassen.

Det er således den generelle vurderingen at den medisinskteknologiske utviklingen, IKT-utviklingen og den behandlingsteknologiske utviklingen til sammen skaper stadig mer komplekse, men også stadig mer kostnadskrevende investeringsbehov. Samtidig øker mulighetene markant for å oppnå driftsmessige effekter av investeringer innenfor en rekke spesialiteter – både i forhold til utredning, behandling og servicenivå. Sagt på en annen måte: Det kan i økende grad bli dyrt for det enkelte helseforetak å unnlate å foreta marginalinvesteringene.

Vi vil legge til at IKT i seg selv representerer et område hvor det i stort sett alle land i den vestlige verden er erkjent og forutsatt at det er nødvendig med ekstraordinære investeringsnivå for å sikre nødvendig infrastruktur, men dermed også et nødvendig grunnlag for rentabilitet.

Vi forstår det slik at det fortsatt er forskjellige oppfatninger av hvordan regnskapsloven faktisk kan appliseres i forhold til helseforetakene og resultatoppgjøret for det enkelte helseforetak. Det vil si forskjeller i hvordan verdifastsetting av aktiva og forutsatte levetider påvirker helseforetakenes/de regionale helseforetaks samlede økonomiske resultat.

Likeledes forstår vi det dit hen at denne situasjon fortsatt fører til forskjellige former for resultatoppgjør og såkalt korrigerte resultatoppgjør.

Det er en klar vurdering at en slik situasjon som den som her er beskrevet – med forskjellige former for resultatoppgjør – er uholdbar, og at den potensielt kan bidra til å undergrave helseforetaksmodellens legitimitet.

Det synes vanskelig å se noen større langsiktig risiko ved å oppjustere gjenanskaffelsesnivået – en linje som eventuelt kan kombineres med forskjellige former for strengere og mer konkrete krav i forhold til hvordan investeringene skal disponeres. En slik linje kan også tenkes å bli gjennomført parallelt med de økte krav til og dokumentasjon av driftsmessig effektivitet, som er foreslått nedenfor i avsnitt 9.2.4.

Vi vil legge til at det er eksempler fra andre land når det gjelder etablering av ansvar også for investeringer og avskrivninger, og hvor det primære siktemål har vært å ansvarliggjøre sykehusene i forhold til samtlige innsatsfaktorer og balansen mellom innsatsfaktorene – og hvor hensynet til kostnadskontroll, som kan ivaretas gjennom flere andre mekanismer, ikke har vært den mest vesentlige del av begrunnelsen.

Hvis siktemålet er å ansvarliggjøre helseforetakene i forhold til investeringer og innsatsfaktorer, kunne en tilrettelegging av DRG systemet være en mulighet. En slik tilrettelegging kan etableres helt utenom regnskapsloven. Med en slik modell kunne takstene innrettes slik at de omfattet både investeringer og avskrivninger.

En slik modell kan imidlertid være kompleks og risikabel – og den synes å være teknisk og vedlikeholdsmessig krevende. RHF og helseforetak som er i en gunstig bygningsmessig situasjon, vil i en slik modell oppnå samme økte betaling som RHF og helseforetak med en nedslitt bygningsmasse og/eller med allerede gjennomførte arealeffektiviseringer.

Oppgave- og funksjonsfordeling og strategiske tiltak, slik det har blitt arbeidet med på det regionale nivået, har innimellom også berørt spørsmålet om samling av støttefunksjoner, blant annet medisinske støttefunksjoner.

Det er forståelig at det kan ligge insitamenter i retning av å oppnå skalafordeler ved å etablere større, tverrgående enheter for eksempelvis radiologi og laboratorieområdet.

Det er likevel grunn til forsiktighet på disse områdene. Å frata det enkelte helseforetak råderetten over eksempelvis diagnostisk radiologi eller vesentlige deler av den diagnostiske radiologi forekommer risikabelt, fordi sammenhengen og integrasjonen mellom de behandlende spesialiteter og de medisinske støttefunksjoner er av en helt annen karakter nå enn før.

Med bruk av telemedisin vil mulighetene for å utnytte kapasitet på tvers av helseforetak også bli utvidet. På den måten kan de regionale helseforetakene i økende grad styre organiseringen og kapasitetsutnyttelsen innen for eksempel det radiologiske området på en slik måte at kapasiteten også kan utnyttes på tvers av ulike lokaliseringer.

For de regionale helseforetakene er det en vesentlig oppgave å sikre et press på IKT-siden som bidrar til å fremme bruk av ensartede produksjons- og informasjonssystemer i forhold til de medisinske støttefunksjoner. Homogenisering vil i seg selv være en premiss for optimal utnyttelse av telemedisin m.v.

Avslutningsvis vil vi understreke følgende når det gjelder drøftingen ovenfor og problemstillingen vedrørende bestiller-utførermodeller og helseforetakenes autonomi: Å forfølge autonomi for helseforetakene på bred front ut fra en bestiller-utfører tankegang

– blant annet basert på oppfatninger om at det er behov for og kan være gevinster av konkurranse- og markedsorientering for stadig mer autonome helseforetak og stadig flere private helseforetak – synes generelt å være en risikabel strategi.

Utviklingen etter sykehusreformen gir ingen indikasjon på at grunnvilkårene for en slik tankegang for alvor er til stede. Også ut fra internasjonale erfaringer stilles spørsmålstegn ved om en slik linje overhode er hensiktsmessig eller realiserbar i helsesystemer som det norske (de nordiske). Konkurranse forutsetter blant mye annet også vilje til å akseptere ”offentlig konkurs” i forhold til dårlig drevne helseforetak. Viljen i forhold til spesialisthelsetjenesten har så langt (også i andre land) vært begrenset til å akseptere nødvendigheten av livbøyer for dårlig drevne foretak.

Det bør kanskje erkjennes at det ganske enkelt ikke er eller kan etableres et egentlig marked for spesialisthelsetjenestens ytelser – og at helseforetak dermed heller ikke på noen måte kan isoleres eller ha full autonomi. I tillegg er selv private sykehus i de Vesteuropiske land hvor den private delen av produsentsystemet er langt større enn i Norge (f.eks. i Frankrike), underlagt så stor grad av myndighetsstyring at autonomien for disse private sykehusene reelt kan være mindre enn den autonomi som oppleves av eierstyrte og innholdsstyrte offentlige helseforetak i andre land, som f.eks. i Norge.

Det bør nok samtidig erkjennes at også den private sektor i høy grad er preget av utviklingstendenser, hvor enkeltfirmaer/datterselskaper i konsern har mindre eller i hvert fall mer spesifikt fastlagte grader av autonomi, og hvor eierstyringen fastlegger noen meget klare rammebetingelser, krav og resultatforutsetninger overfor ”det enkelte foretak”.

Hvis poenget er å sammenlikne med privat sektor, kan kanskje lærdommen for spesialisthelsetjenesten være at behovet for eksakte resultatkrav, og for å skjerpe konsekvensene av manglende resultatoppnåelse, er større enn behovet for større autonomi.

Sykehusreformen medførte signaler i retning av økt bruk av private leverandører innenfor spesialisthelsetjenesten. Som det framgår også av avsnitt 9.4 om kostnadskontroll, så har der vært en vesentlig økning i antall private leverandører, og alle de regionale helseforetakene har inngått avtaler med private produsenter (eller private spesialister). Det gjelder på områder som dagkirurgi, røntgendiagnostikk, laboratorieanalyser, klinisk fysiologi, rehabilitering m.v.

I totalbildet utgjør likevel ikke den private delen av produsentsystemet noen stor andel. Målt ut fra antall opphold og polikliniske behandlinger bidrar den private andelen av den samlede aktiviteten innenfor spesialisthelsetjenesten kun marginalt. Det har vært en kraftig vekst i den aktivitet som er levert av private produsenter, men helseforetakene har også opplevd en tilsvarende vekst i aktivitet.

Det er vurderingen at de regionale helseforetakene generelt, ikke minst i perioden like etter sykehusreformen, har oppfattet og brukt private enheter som virkemiddel i bestre-

belsene på å sikre kortere ventetider. Utviklingen i de senere år avspeiler at de regionale helseforetakene oppfatter bruken av private produsenter også som en forpliktelse, og at de derfor ønsker å trekke inn de private leverandørene i så lite omfang som mulig innenfor rammene av denne forpliktelsen.

De private leverandørene, som i noen grad også satt i gang et arbeid med å påvirke holdninger og ivareta sine interesser, har forsøkt å fokusere mye på ”performance” – gjennomstrømmingstider, logistikk, kostnader osv. Dette fokus handler både om å sikre driftseffektivitet og muligheter for forretningsmessig drift ut fra de inntekter som avtalene med de regionale helseforetakene har gitt. I noen tilfeller har det her vært snakk om ganske pressede priser. Men det handler også om å få i gang en dialog med bl.a. Helse- og Omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene om forskjeller mellom private leverandørers driftseffektivitet og den driftseffektivitet (evt: de offentlige) helseforetakene kan prestere.

Der er ingen tvil om at den private delen av produsentsystemet generelt oppfatter egne muligheter for å produsere tjenester med større driftseffektivitet enn helseforetakene som ganske store – og at det også er mulig å dokumentere dette, hvis viljen er til stede. Det er omvendt heller ikke tvil om at helseforetakssystemet oppfatter det som vanskelig å gjennomføre slike sammenlikninger. Dette bl.a. som følge av undervisnings- og forskningsforpliktelser for helseforetakene. Dessuten er kanskje viljen til å gå inn i mer systematiske sammenlikninger også begrenset.

Det kan være flere grunner til å satse på en økt bruk av private produsenter i spesialisthelsetjenesten. Manglende kapasitet i den offentlige delen av produsentsystemet kan være en årsak. En bevisst strategi for å overføre metoder og former for driftseffektivitet fra privat regi til det offentlige kan være en annen årsak.

Som det fremgår et annet sted er det vurderingen at den samlede kapasitet i spesialisthelsetjenesten er ganske stor, og at det fortsatt er potensiale for effektivisering i utnyttelsen av kapasitet. Derfor synes det ikke å være gangbart med en støtte til en stor grad av privat involvering som følge av kapasitetsmangler. Samtidig viser perioden etter sykehusreformen at det fra eiersiden i forhold til helseforetakene ikke har vært gjort de store anstrengelser for på en systematisk måte å vurdere alternative plasseringer av aktivitet ut fra kriterier om driftseffektivitet. Det er heller ikke mange eksempler på konkurranse, hvor et offentlig helseforetak har budt på en gitt aktivitet på like fot med private produsenter. Det kan fra enkelte helseforetak observeres en viss irritasjon over at man ikke i høyere grad får lov til å by på aktivitet som forutsettes håndtert av den private del av produsentsystemet. Omvendt kan det fra den private delen av produsentsystemet konstateres en viss irritasjon over at man ikke i høyere grad får insitammenter til å gå inn i andre typer aktivitet enn de man hittil har sluppet til på. Det gjelder ikke minst det medisinske område og områder i grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Det synes å være grunnlag for en fornyet og systematisk vurdering av hva det er man vil med en privat del av spesialisthelsetjenestens produsentsystem – og i forlengelsen av dette sikre at formelle og normative vurderinger også slår gjennom i praksis.

Det har i den offentlige debatt i Norge vært eksempler på at private leverandører blir hengt ut fordi de har overskudd på produksjon av helsetjenester. Men hvis dette reelt avspeiler at den offentlige delen av produsentsystemet, eller deler av den offentlige delen, kunne gjøre tingene mer driftseffektivt, så burde fokus kanskje være et annet sted. Problemet når det gjelder privat og/eller offentlig produksjon av spesialisthelsetjenestens ytelser synes å være at ingen helt vet hva som er korrekt, og at ingen gjør systematiske anstrengelser på å finne ut av det. Det synes med en slik linje å være en risiko for at den privat andel av produksjonen i spesialisthelsetjenesten fortsatt bare kan observeres innenfor bestemte aktivitetsområder – men uten at noen egentlig kan forklare eller begrunne hvorfor.

9.3.1.2 De regionale helseforetak

I forbindelse med drøftingen av bestiller-utfører og ”sørge for”-ansvaret for de regionale helseforetakene, har det vært reist spørsmål ved om de regionale helseforetakene allerede nå eller på relativt kort sikt er i ferd med å overleve seg selv.

Den omtalte konsolidering av helseforetaksstrukturen, med færre og større foretak, som i høy grad er drevet fram av det regionale nivået, kan være et argument i den sammenheng.

Tendensen så langt med at RHF-nivået ikke i tilstrekkelig grad detaljerer eller ”utfyller” innholdsstyringen gjennom operasjonalisering og ikke minst konkretisert prioritering av bestillerdokumentene fra det nasjonale nivå, kan være et annet argument. Dette kan også være en avspeiling av de regionale helseforetakenes orientering mot eierstyring og myndighetsstyring i tiden etter sykehusreformen.

Det er en samlet vurdering fra vår side at de regionale helseforetakene bør bestå – og at det, jfr. avsnittet om eier-myndighet, kan være gode grunner til å utvide RHF-nivåets oppgaver og ansvar. Det er flere grunner til denne konklusjon.

For det første er den informasjonsmessige ubalansen i favør av de stadig mer spesialiserte faglige miljøene, samt behovet for å håndtere denne ubalansen ut fra de stigende krav og forventninger i pasient-/innbyggersystemet, ikke noe godt argument for å eliminere et regionalt nivå. Helseforetakenes mulighet for på egen hånd å ivareta denne utfordringen synes ikke å være tilstrekkelig. Det vil ofte være vanskelig for HF-direktørene å kunne håndtere denne problemstillingen uten ekstern støtte. RHF-nivået vil være det mest naturlige sted å hente slik støtte fra.

For det andre har de regionale helseforetakene på mange måter gjort en innsats hvor effektene avgjort kan måle seg med de resultater som er oppnådd i mange andre land.

Både mentalt og adferdsmessig er det flyttet grenser i forhold til ”hva man kan” og ”hva det kan være behov for”.

For det tredje synes det, kanskje særlig i tilknytning til etablering av fagavdelinger på regionalt nivå, å være en tendens i retning av RHF-tverrgående koordinering og erfaringsutveksling. Det finnes tverrgående koordinering og erfaringsutveksling innen IKT området, i forhold til faglige retningslinjer, i relasjon til diskusjonene om aktivitetsmessig innhold for små sykehus, i forbindelse med behovene for økt sammenbinding med primærhelsetjenesten osv.

Et selvstendig argument for å vurdere de regionale helseforetakenes framtid kunne nettopp være en klart manglende evne til å få til koordinering, samspill og gjensidig forpliktende samhandling på tvers av RHF. Selv om det på dette området fortsatt er et stort terreng å tilbakelegge, synes tendensene å peke i riktig retning.

For det fjerde er det vanskelig å finne eksempler på spesialisthelsetjenester (i andre land), hvor et nasjonalt nivå og et helseforetaksnivå fungerer uten et mellomliggende regionalt nivå. I de sammenhenger hvor det kan observeres tendenser i den retning (f.eks. i det finske system), finner vi også helt andre former for kommunal involvering.

For det femte er det en klar oppfatning at utfordringene for spesialisthelsetjenesten når det gjelder håndtering av en pasientportefølje preget av flere eldre og flere med kroniske sykdommer, gjør et langt tettere og langt mer forpliktende samspill mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten til et ”must”. Denne utfordringen krever mer presise rammer for samarbeid mellom kommuner, kommunale fellesskap og helseforetak. Vi vurderer det dit hen at helseforetakene alene ikke vil kunne løse denne oppgaven. På tilsvarende måte vil heller ikke det nasjonale nivået alene kunne løse oppgaven.

Vi understreker at spørsmålet om de regionale helseforetaks politiske legitimitet – eller mangelen på sådan – blir behandlet i avsnittet nedenfor om demokrati. Det er ingen primæroppgave i denne evaluering å gå inn i diskusjoner om eventuelt alternative regionale inndelinger. Det har imidlertid vært ganske mange vurderinger i evalueringen i retning av at dette er et vesentlig emne. Derfor har vi likevel valgt å komme med noen bemerkninger i den forbindelse som avrunding på avsnittet om RHFene.

De gjentatte diskusjoner og drøftinger om Helse Sør og Helse Øst (oftest i forbindelse med Rikshospitalet og Ullevål Universitetssykehus) synes å indikere en viss labilitet i selve den geografiske oppdeling av regioner. Det kan også gjennom innspillene i evalueringsprosessen registreres en ganske generell oppfatning om at den nåværende regionale inndeling muligens ikke er holdbar på lang sikt. Dette temaet om den eksakte regionale inndeling av regionene er ikke nærmere behandlet, da det er definert som å ligge utenfor evalueringens tema.

Den nåværende situasjonen synes således på mange måter ikke å være hensiktsmessig: Oslo området – og utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Oslo området – preges av at de store universitetssykehusene ligger i hver sin region. Det gjør ikke styring og utvikling av den høyspesialiserte virksomhet i Norge til noen lett sak.

At Rikshospitalet utfører en betydelig aktivitet for Helse Øst er både nødvendig, for å utnytte sykehusets kapasitet fullt ut, og uhensiktsmessig – fordi den konstant bærer ved til diskusjoner om selvforsyning eller ikke selvforsyning (i Helse Øst) og om de finansierings- og avregningsmessige vilkår. Det kan være vanskelig å gjennomskue i hvilket omfang den positive økonomiske utvikling i Helse Øst og den negative økonomiske utvikling i Helse Sør har sin bakgrunn i de retningslinjer som er fastlagt når det gjelder finansiering av Rikshospitalets virksomhet for Helse Øst.

I tillegg fyller Rikshospitalet godt opp i det samlede Helse Sør-terreng (ikke minst etter integrasjonen av Radiumhospitalet) – og står nå for en fjerdedel av regionens samlede heldøgnsopphold og halvparten av regionens samlede dagopphold (innlagte). Rikshospitalet (inkl. Radiumhospitalet) har således en klart mer dominerende plass i Helse Sør-sammenheng enn f.eks. Ullevål Universitetssykehus i Helse Øst.

Ut fra hensynet til koordinert utvikling av en internasjonalt konkurransedyktig høyspesialisert virksomhet i Norge synes det ikke hensiktsmessig med en plassering av Rikshospitalet og Ullevål Universitetssykehus (og det kommende nye Ahus) i to regioner.

Ut fra hensynet til de andre regionene – og til de deler av Helse Øst og Helse Sør, som ikke blir betjent av Rikshospitalet og Ullevål (samt Ahus) – synes det også å være betenkelig hvis de to store universitetssykehusene i Oslo-området – som allerede kan fungere som en magnet for leger og dermed vanskeliggjøre rekrutteringssituasjonen for de andre sykehusene – kommer til å ivareta en for stor del av den samlede aktivitet i den norske spesialisthelsetjenesten uten koordinering og styring fra enten nasjonalt nivå eller gjennom tverregionale initiativ. Dette gjelder ikke minst hvis de to store universitetssykehusene i for stor grad kommer til å bruke kapasitet og ressurser på aktivitet av mer alminnelig karakter, som saktens kunne ivaretas av andre sykehus.

De tre store universitetssykehusene i Oslo-området ivaretar knapt 18 % av den samlede aktivitet i den norske spesialisthelsetjenesten, målt ut fra opphold (inkl. polikliniske behandlinger). Situasjonen og utviklingen i hovedstadsområdene i Danmark og Sverige, hvor de store universitetssykehusene nå er henholdsvis regionalt samlet og fusjonert, og hvor andelen av aktiviteten er mindre enn de anførte 18 %, gir kanskje i seg selv en indikasjon på behovet for tilpasning – også i hovedstadsdelen av den norske spesialisthelsetjenesten.

9.3.2. Demokrati

Et av sykehusreformens helt avgjørende grep var den nasjonale overtakelsen av eierskapet til spesialisthelsetjenesten og etableringen av regionale helseforetak. Sammen med helseforetaksmodellens premiss om at de regionale helseforetakene skulle styres og ledes ”mer profesjonelt” og oppfatningen av at det var behov for mer autonome helseforetak, ble en vesentlig del av den direkte politiske innflytelse, som hittil var kanalisert gjennom fylkeskommunene via deres eierskap til sykehusene og spesialisthelsetjenesten, overtatt av det nasjonale politiske nivå.

Sykehusreformen er blitt kritisert for på denne måten å skape et ”politisk tomrom”. Sykehusreformens premiss om at det nasjonale politiske system bare skulle ha en mer indirekte og klart overordnet rolle i forhold til spesialisthelsetjenesten, kan kanskje oppfattes som ytterligere et forsøk på i større grad å avpolitisere spesialisthelsetjenesten, eller på å sikre mer uforstyrrede rammer for drifts- og kapasitetsstyring, oppgave- og funksjonsfordelinger osv.

Verdimessig synes helseforetaksmodellen på denne måten å være inspirert av bl.a. de engelske ”Trusts”, NHS-systemets sykehus, som også ledes av styrer – og som er selvstendige rettssubjekter. Inspirasjon kommer kanskje også fra visse svenske län. Særlig på 1990-tallet arbeidet man her med å styrke bestillerfunksjoner og innholdsstyring, samtidig som de økte produsentsystemets selvstendighet gjennom ofte ”bolagiserte” sykehus. Disse ble ledet av profesjonelle styrer, og var ledelsesmessig ikke underlagt det politiske system.

Også i andre land har debatten om spesialisthelsetjenesten vært preget av diskusjoner og vurderinger vedrørende balansen mellom frihetsgrader for produsentsystemet og det politiske systems involvering, og av måten det politiske system agerer på.

Som omtalt i temagjennomgangen innebærer en reduksjon av den direkte lokale og regionale politiske innflytelse ikke nødvendigvis en svekkelse av regioners og lokalsamfunns innflytelse. Det kan derfor også være vanskelig å få tak i eksakt hva som ligger i uttrykk som ”demokratisk underskudd” og ”demokratisk tomrom”.

Den bredere oppfatning av demokrati handler også om synet på ”demokratiske rettigheter” som f.eks. økt individuell behandling og fritt valg, og avspeiler dermed også den utvidede rollen og økte innflytelsen pasient-/innbyggersystemet har fått i forhold til spesialisthelsetjenestens utvikling. Med utgangspunkt i en slik oppfatning, vil de regionale helseforetaks legitimitet ikke bare handle om det politiske systems involvering.

I den mer snevre definisjonen av demokrati handler det derimot særlig om hvorvidt reduksjonen av fylkespolitikernes direkte påvirkningsmuligheter har gitt negative effekter for spesialisthelsetjenesten. Det handler også om hvorvidt befolkningen i lokal-

områder og regioner opplever den manglende direkte politiske innflytelse fra fylkesnivået som et vesentlig problem.

I den nylig avsluttede stortingsvalgkampen var det bare sporadisk debatt om spesialisthelsetjenesten – langt mindre enn i tidligere valgkamper. Det kan kanskje være et signal om at kampen om den politiske råderett over spesialisthelsetjenesten etter hvert er i ferd med å dø ut. Eller at en del av de problemer sykehusreformen skulle løse, oppleves å bli løst.

På den annen side kan det også konstateres, blant annet gjennom konkrete eksempler fra valgkampen, at det fortsatt blir tatt mange politiske initiativ på lokalt og regionalt nivå hvis det legges opp til mer vidtrekkende strukturendringer innenfor en region eller innenfor det området som dekkes av et helseforetak. I slike situasjoner kan det også registreres forskjellige former for lokale og regionale politiske initiativ eller kontakter til det nasjonale politiske nivå. Formålet med disse kan være alt fra å stanse det som blir sett på som et faretruende strukturprosjekt, eller til å støtte opp under som det som blir oppfattet som en framtidsrettet og nødvendig utvikling.

I hvilken grad regionale og lokale politiske miljøer har vilje til og suksess med å stille seg bak eller medvirke i initieringen av ”press-initiativer”, vil selvsagt ikke være uavhengig av hvordan det nasjonale politiske nivå agerer i forhold til initiativene. Dersom det er ønske om å holde fast ved sykehusreformens premisser om politisk styring av spesialisthelsetjenesten via det nasjonale nivå, og da på et overordnet nivå, stiller det også vesentlige krav til Stortinget og stortingspolitikerne.

Det er vår vurdering at de tiltak og omstillinger som er gjennomført i spesialisthelsetjenesten i perioden etter sykehusreformen, vitner om ganske stor gjennomføringskapasitet – også uten direkte, formell regional politisk involvering. Perioden har likevel også vært preget av relativt mange konflikter og muligens av en økt politisk involvering; særlig i den aller første tiden etter reformen. Dels har dette skjedd fra det nasjonale nivå, hvilket ut fra sykehusreformens premisser er legitimt, men også fra lokale og regionale politikere gjennom det vi ovenfor beskrev som ”press-initiativer”.

De regionale helseforetakene kan meget vel bli, og er ofte også blitt, en form for innklemmt skyteskive i de strukturforandringer som har skjedd i spesialisthelsetjenesten. Det enkelte helseforetak kan – som symbol og leverandør for et lokalområde eller en region og/eller som lokalt eller regionalt sysselsettingsmessig kraftsenter – framstå i et mer formildende skjær, hvor de regionale helseforetaks ”manglende politiske legitimitet” dermed bevisst settes mer i fokus.

Det synes imidlertid å være tendenser til at denne situasjonen kan endre seg – i takt med etableringen av stadig færre, men til gjengjeld større og ofte geografisk omfattende helseforetak. Mange helseforetak er nå i en situasjon som minner om de regionale foretaks situasjon i forhold til det opprinnelige univers av sykehus. Det videre arbeid

med bl.a. oppgave- og funksjonsfordelinger og organisatoriske endringer som følge av økt spesialisering og subspesialisering kan det i tiden framover i stor utstrekning bli aktuelt å gjennomføre innenfor rammene av det enkelt helseforetak.

I avveiningen mellom hensynet til umiddelbar formell gjennomslagskraft uten å ta hensyn til for mange lokalpolitiske og regionalpolitiske involveringer og til gjennomslagskraft gjennom økt lokalpolitisk og regionalpolitisk legitimering, kan det være grunn til igjen å overveie om det kan være fornuftig med noe økt politisk involvering og innflytelse i forhold til de regionale helseforetakene, og kanskje også helseforetakene.

Det er likevel en klar anbefaling at en eventuell utvidelse av styrene i de regionale helseforetakene og i helseforetakene for å gi plass til flere medlemmer med lokal- eller regionalpolitisk forankring, ikke bør medføre at verken kommuner eller fylkeskommuner får rett til direkte å utpeke medlemmer av styrene i helseforetakene.

Derimot kan det være grunn til å vurdere en utvidelse av styrene – for eksempel med 2 medlemmer – for derigjennom å sikre direkte lokalpolitisk og/eller regionalpolitisk medvirkning på styrenivå i helseforetakene. Relevante kommuner og fylker kunne med en slik modell komme med forslag til styremedlemmer. Det nasjonale nivå kunne ut fra dette utpeke også disse politisk nominerte medlemmene.

Et uendret antall styremedlemmer i helseforetakene, men med integrasjon av politisk nominerte medlemmer slik som skissert ovenfor, synes ikke umiddelbart hensiktsmessig, og kan medføre et behov for å redusere omfanget av den type kompetanse som i tiden etter reformen har vist seg velegnet. Det gjelder blant medlemmer med direkte basis i pasient-/innbyggersystemet og mer profesjonelle styremedlemmer.

Hvis man velger å øke den direkte lokal- eller regionalpolitiske innflytelse gjennom tiltak av den type som er beskrevet ovenfor, kan det også bidra til å skape et løft i forhold til den problemstilling som kanskje mer enn noen annen vil være relevant for den norske spesialisthelsetjenesten i det kommende tiår, nemlig behovet for mer gjensidig forpliktende samhandling, og mer konkretisert arbeidsdeling, i forhold til primærhelsetjenesten, herunder det kommunale helsetjenesten.

Det er vurderingen at rekruttering av styremedlemmer fra de lokale og regionale politiske miljø bør forutsette klare kompetansekrav – helt på linje med at slike krav også i økende grad blir konkretisert i forhold til styremedlemmer for øvrig. Det er viktig at eventuelle lokale og regionale politikere i helseforetaksstyrene har evne og vilje til å se på spesialisthelsetjenestens utfordringer snarere enn på lokale/regionale sysselsettingsmessige og næringspolitiske utfordringer.

Med utgangspunkt i den bredere av definisjon ”demokrati” som vi beskrev ovenfor, synes det i perioden etter sykehusreformen i økende grad å ha vært arbeidet med involve-

ring – også langt ut over det som følger av reformens umiddelbare forutsetninger om økt brukermedvirkning.

Et annet karakteristisk trekk ved utviklingen vært at flere regioner har tatt i bruk såkalte ”samfunnspaneler”. Denne økte involveringen har kanskje i seg selv lettet overgangen fra fylkespolitisk ledelse til nasjonal politisk ledelse. Den representerer et element som ikke bør nedprioriteres i den videre utvikling av spesialisthelsetjenesten – heller ikke hvis det blir satset på lokal- og regionalpolitikere i foretaksstyrene. Snarere kunne det være en ide å gjøre samfunnspaneler til en obligatorisk del av helseforetaksmodellen – også fordi pasient-/innbyggersystemet gjennom denne form for paneler ikke bare får økte pressmuligheter, men også økte forpliktelser og utvidet ansvar. Det gjelder ikke minst forpliknelsen til å se på helheten og behovet for å prioritere.

Det synes å være oppfatningen at det fortsatt er for stor grad av nasjonal politisk interesse for og involvering i enkeltsaker. Dette gjelder særlig i forhold til de regionale foretak og de større helseforetakene. Det er likevel også en klar oppfatning at tendensen er nedadgående. Det er forståelse for at det i årene umiddelbart etter sykehusreformen har vært forholdsvis stor nasjonal politisk årvåkenhet. Og antakelig også større involvering i enkeltsaker enn i året/årene forut for sykehusreformen.

Det er vurderingen at regionale helseforetak og helseforetakene selv innimellom har bidratt til nasjonal politisk behandling av enkeltsaker. Det er for eksempel ikke til å undres over når betydelige strukturutviklinger eller omstillingsprosesser har vært forberedt og initiert uten nevneverdig grad av profesjonell og pedagogisk kommunikasjon.

De regionale helseforetakenes økte innsats med å evaluere styrer og styremedlemmer samt styreroller og -kompetanser, den økte vekt som legges på ledelse, de erfaringer som i det hele tatt er akkumulert i alt som har skjedd etter reformen – samt den økte åpenhet i planprosesser (samfunnspaneler m.v.) – vitner alt sammen om at spesialisthelsetjenesten også på dette området kan synes å være inne i en positiv modning og utvikling.

Det er likeledes vurderingen at det nasjonale politiske nivåets reduserte involvering i forhold til spesialisthelsetjenesten, også i forhold til enkeltsaker, ikke i seg selv behøver å være et suksesskriterium. Det er derfor grunn til å vurdere ikke bare omfanget, men også karakteren av den involvering som det nasjonale politiske nivå står for.

Det synes på dette området å være grunnlag for en langt mer strategisk og prioriterende involvering fra det nasjonale politiske system.

Den forholdsvis sporadiske plass spesialisthelsetjenesten hadde i den siste valgkampen avspeiler på ingen måte at alle vesentlige problemer har opphørt. Tvert i mot innebærer det medisinske paradigmeskiftet, den fortsatt akselererende behandlingsteknologiske og farmakologiske teknologiske utvikling og den intensiverte utvikling innen apparatur-

og utstyrsteknologi store utfordringer for særlig de mer spesialiserte delene av spesialisthelsetjenesten. På samme måte setter veksten i antall kronikere og eldre samt langtidssyke og folk med livsstilssykdommer helt nye rammer for sammenhengen mellom – og den relative kapasitetsutvikling innenfor – henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og for utviklingen innenfor det medisinske området.

Disse utviklingstendensene, sammen med sykehusreformens generelle premisser om at det nasjonale politiske nivå skal ha ansvaret for overordnet styring og overordnede føringer, gjør det rimelig å anbefale at det bør utarbeides en helhetlig nasjonal strategi for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Norge. En nasjonal strategiplan kunne for eksempel være 4-årig, legge helt overordnede føringer for spesialisthelsetjenesten, og dermed danne grunnlaget for innholdsstyringen (herunder bestillerdokumentene i mer konkretisert og prioriterende form). Det nasjonale politiske nivå ville med en slik nasjonal strategiplan sikres involvering i forhold til spesialisthelsetjenesten. Men involveringen ville samtidig skje på en slik måte at den ble kanalisert inn i en overordnet og strukturert sammenheng, som svarte til sykehusreformens premisser.

Etter bl.a. fransk og irsk forbilde kunne arbeidet med en slik nasjonal strategiplan ta utgangspunkt i bl.a. en årlig dialogkonferanse, hvor Stortinget inviterer vesentlige kompetanser fra utvalgte fagmiljø og fra utvalgte administrative nivåer for å diskutere spesialisthelsetjenestens utvikling.

Et slikt initiativ ville for alvor kanalisere den nasjonale politiske innsats i retning av overordnede, strategiske og faglig orienterte rammer. Samtidig ville det øke forpliktelsene for det politiske nivå til å unngå innblanding i enkeltsaker, men samtidig skjerpe kravene til politisk stillingtagen i forhold til vesentlige prioriteringsmessige utfordringer.

Vi vurderer ikke en nasjonal strategiplan for spesialisthelsetjenesten for å være noen hindring for et videre arbeid med for eksempel nasjonale psykiatriplaner, nasjonale kreftplaner osv. Slike planer vil dog alltid være uttrykk for ”stykkevis og delt” – og på en måte motvirke de mer helhetsorienterte prioriteringer, som ikke minst spesialisthelsetjenesten i økende grad vil ha behov for i spenningsfeltet mellom ressursknapphet og eksponentielt stigende muligheter.

Sverige har i flere omganger hatt nasjonale helse- eller sjukvårdsstrategier og -planer – selv om det nasjonale nivå prinsipielt ikke kan drive eierstyring. Danmark har ikke hatt samlede nasjonale helse- eller sykehusplaner, fordi det nasjonale nivå prinsipielt ikke kan drive eierstyring.

Med den norske spesialisthelsetjenestens struktur etter sykehusreformen og med det nasjonale eierskap virker det logisk at nettopp Norge har en samlet formalisert nasjonal plan for spesialisthelsetjenestens utvikling, og hvor ikke minst det prioriteringsorienterte tillegges stor vekt.

9.3.3. Eier-myndighet

Det kan ut fra de begrepsavklaringer som det er arbeidet med i denne evalueringen konstateres at myndighetsstyring og eierstyring blir utøvet både av det nasjonale nivå og det regionale nivå, og at både spesialisthelsetjenesteavdelingen og eieravdelingen i Helse- og Omsorgsdepartementet er involvert i innholdsstyring og eierstyring. Det er likevel en klar og vesentlig forskjell i vektleggingen, hvor spesialisthelsetjenesteavdelingen i helt overveiende grad beskjeftiger seg med innholdsstyring og eieravdelingen i helt overveiende grad med eierstyring. Bestillerdokumentene og foretaksmøtene er vesentlige institusjonelle former for de to avdelingenes styringsinnsatser.

Myndighetsstyringen blir i vesentlig grad ivaretatt av Sosial- og Helsedirektoratet – ut fra det lov- og regelverk som er forankret i det politiske system og i den presisering av lover og regler som skjer via Helse- og Omsorgsdepartementet. På vegne av departementet forvalter direktoratet (administrerer og fortolker) på denne måten den relevante lovgivning i forhold til bl.a. spesialisthelsetjenesten, og utøver myndighetsstyringen innenfor de rammer lover og forskrifter gir anledning til.

Sosial- og Helsedirektoratet beskjeftiger seg imidlertid samtidig med en kombinert form for myndighetsstyring og eierstyring. Denne synes å være økende i omfang, og ligger kanskje i forlengelsen av et opplevd eller definert behov for å stille mer presise krav og definerte rammebetingelser overfor ikke minst HF-nivået. Dette omfatter bl.a. klinisk IT og dokumentasjon og rapportering av kvalitet. Dette er også områder hvor lov- og regelverk ikke fastlegger hvordan styringen helt konkret skal være.

Direktoratet har oppgaver i forbindelse med å utarbeide faglige retningslinjer og medisinske kvalitetsregistre. Både direktoratets avdeling for spesialisthelsetjenester og avdelingen for retningslinjer, prioritering og kvalitet arbeider med kvalitetsstrategi og kvalitetsindikatorer. Dette avspeiles bl.a. i den kvalitetsstrategi som nettopp er utsendt, og som dekker både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, men som må sies å være utarbeidet på helt overordnet nivå, og hvor grunnlaget for operativ bruk synes å være begrenset.

Sosial- og Helsedirektoratet arbeider også på en rekke områder hvor det kanskje i høyere grad enn tradisjonell lov- og regelbasert myndighetsstyring, eller kombinasjon av eierstyring og myndighetsstyring, dreier seg om oppgaver knyttet til utredning, rådgivning, redskaper osv.; jfr. bl.a. medisinsk teknologivurdering og helsenett, men også hele DRG systemet som basis for innsatsbasert finansiering og styring.

Sosial- og Helsedirektoratet har også en rekke roller som klart synes å ha karakter av innholdsstyring, og hvor direktoratet skal medvirke til å sikre at den vedtatte politikk og de vedtatte strategier og føringer overfor bl.a. spesialisthelsetjenesten reelt blir satt ut i livet. Direktoratets rolle som premissleverandør i forhold til innholdsstyringen, men også som ”oppfølger” av innholdsstyringen, blir her relevant. Denne rollen understøttes

av at direktoratet også er rådgiver og formelt nasjonalt normerende i forhold til det faglige innenfor bl.a. spesialisthelsetjenesten.

I forbindelse med innholdsstyringen har Sosial- og Helsedirektoratet en vesentlig rolle med hensyn til prioritering (jfr. også det ovenfor nevnte om medisinsk teknologivurdering). I den forbindelse bør også nevnes Nasjonalt Råd for prioritering i helsetjenesten, som avdelingen for retningslinjer, prioritering og kvalitet er sekretariat for.

Sosial- og Helsedirektoratet er endelig en del av arrangørstyringen gjennom bl.a. forvaltning av regelverk om rett til helsehjelp og rett til syketransport m.v. Videre har direktoratet ansvar for den tjenesten som omfatter rådgivning og veiledning i forhold til fritt valg, og hvor frittvalgsordninger er kombinert med informasjon om ventetider, de såkalte kvalitetsindikatorer og pasienttilfredshet.

Sosial- og Helsedirektoratet er kanskje i det hele tatt den enhet i den samlede struktur for spesialisthelsetjenesten etter sykehusreformen, som i videst omfang har styringsinnsatser eller tangerer styringsinnsatser med sammenheng til både det politiske system, finansierings- og avregningssystemet, produsentsystemet og pasient-/innbygger-systemet.

Man kan ut fra dette konstatere at Sosial- og Helsedirektoratets egen overordnede formulering om ansvarsområder og roller er forståelig: ”Direktoratet er oppretta for å ivareta flere, litt ulike roller, og har mange oppgaver knytte til kvar av rollene.”

Omfanget av oppgaver og roller, og ikke minst heterogeniteten i det totale ansvarsområdet – hvor direktoratets direktør har det formelle ansvar for en portefølje, som strekker seg fra svært kompliserte finansieringsøkonomiske og IT-messige problemstillinger, over primerhelsetjenestens og folkehelsens mangfoldige utfordringer til faglighet innenfor høyspesialiserte funksjonsområder og sjeldne handikap – synes bemerkelsesverdig.

Sykehusreformen innebar en vesentlig omstrukturering av den organisatoriske struktur for spesialisthelsetjenesten på nasjonalt nivå. Det innebar blant annet en samling av en del tidligere selvstendige enheter, slankning av det departementale nivå, og etablering av et, som det framgår, temmelig omfattende Sosial- og Helsedirektorat.

Rollefordelingen mellom de forskjellige aktører på nasjonalt nivå har ikke vært lett å fastlegge presist ut fra sykehusreformens premisser og ut fra bestiller-utfører modellens tankegang. I tillegg at utviklingen i alminnelighet, og kanskje i særdeleshet innenfor helsesektoren, i seg selv gjør det vanskelig både å skille eierstyring og myndighetsstyring, og å foreta en presis avgrensning av myndighetsstyringens karakter og omfang.

Like før sykehusreformen ble iverksatt arbeidet forskjellige utvalg intenst med rollefordelinger og strukturomlegginger på nasjonalt nivå, og mange av de forutsatte end-

ringene er iverksatt. Likeledes er det i tiden etterpå gjennomført tilpasninger på departementalt nivå gjennom etableringen av spesialisthelsetjenesteavdelingen og eieravdelingen. Dette skillet ble gjennomført ikke minst ut fra bestiller-utfører tankegangen eller det oppfattede behov for klar atskillelse mellom eierstyring og innholdsstyring. Samtidig vitner et nytt rolleutvalg, som arbeidet i 2004, om at det fortsatt var vanskeligheter med rolledefinisjoner og rolleavgrensninger på nasjonalt nivå – men også med rolledefinisjoner og rolleavgrensninger mellom det nasjonale og det regionale nivå.

Samarbeidet mellom ikke minst de regionale helseforetakene og Sosial- og Helsedirektoratet synes heller ikke å ha funnet sin form – eller for den saks skyld en hensiktsmessig form. Arbeidet med faglig utvikling og implementering av faglige retningslinjer og faglige standarder m.v. samt innsats knyttet til prioritering er kanskje de områder hvor det er flest eksempler på denne problemstillingen. Her drives tingene i dag fram både av Sosial- og Helsedirektoratet, av RHFene og av HFene. Koordineringen og samspillet mellom de involverte aktører synes å være mangelfullt eller spenningsfylt.

Det gjelder arbeidet med prioritering, gjennomført via tiltak fra en region eller fra regionene i fellesskap uten egentlige nasjonale føringer via bestillerdokumentenes innholdsstyring. Det er også eksempler på at det settes i gang arbeid med prioriteringer med utgangspunkt i Sosial- og Helsedirektoratet, men uten nevneverdig involvering av de regionale helseforetakene eller helseforetakene.

Det er ikke nasjonalt homogene løsninger når det gjelder klinisk IT og håndtering av prosedyrer og avvik samt avviksrapportering gjennom felles tekniske fundamenter. Sosial- og Helsedirektoratet arbeider riktignok med et prosjekt som skal sikre et nasjonalt meldesystem for avvik og avvikhåndtering, men flere av regionene har tilsynelatende samtidig anskaffet eller vurderer å anskaffe ”egne” løsninger i forhold til prosedyrehåndtering og avviksrapportering.

Helse Øst har påbegynt arbeidet med sertifisering (ut fra ISO). Målsettinger her er at denne form for sertifisering på sikt skal dekke alle helseforetak i regionen. De øvrige regioner har ennå ikke tatt initiativer på dette området. Men det virker heller ikke som om Sosial- og Helsedirektoratet har tatt noen aktiv rolle i forbindelse med eventuelle krav om sertifisering/akkreditering av spesialisthelsetjenesten, herunder særlig produksentsystemet.

Arbeidet med ulike former for intern revisjon og/eller ekstern faglig audit er gjennomført eller påbegynt av regionene (blant annet i forhold til brystkreftoperasjoner) ut fra faglige standarder. Likedan har Den norske Legeforening arbeidet med former for ”clinical audits”, men dette har kanskje mer vært i forbindelse med godkjenning av avdelinger som utdanningsinstitusjoner.

Den nasjonale diabetesplanen i 2005 og kreftplanen før det er ofte nevnte eksempler, hvor neppe noen kan hevde manglende behov, men hvor regionenes fagavdelinger og

HF-nivået ikke har vært systematisk involvert i vurderinger og endelig beslutning om igangsetting.

Omvendt har regionene i fellesskap utarbeidet felles retningslinjer for behandling av ekstremt overvektige – tilsynelatende uten nevneverdig involvering fra Sosial- og Helsedirektoratet. Dette selv om det nettopp er direktoratet som formelt er ”nasjonalt normerende”.

Det er også symptomatisk at det ikke har blitt utarbeidet presise arbeidsdelinger mellom de regionale helseforetaks fagavdelinger og RHFenes ”Nasjonal Strategigruppe for prioritering” og Sosial- og Helsedirektoratets omtalte nasjonale råd for prioritering.

Det er en vanlig standardkonklusjon at den reelle framdrift og nytteverdi sjelden er proporsjonal med antallet agerende interessenter og nivå.

Utviklingen når det gjelder strategier, planlegging og monitorering av en rekke faglige utviklinger og standardiseringer i spesialisthelsetjenesten synes samlet sett å være for ukoordinert og for dårlig fordelt. Samtidig blir det ivaretatt av for mange instanser samtidig. Dette dreier seg om viktige problemstillinger knyttet til faglig prioritering og kvalitetsarbeid, og som også presses fram av kravene fra pasient-/innbygger systemet og det politiske system.

Ikke minst når det gjelder den kategori oppgaver som dreier seg om utvikling av rammebetingelser og kravdannelser i forhold til helseforetak, og hvor der ikke er særlig presise politiske, lov- eller regelbaserte grunnlag for den konkrete utviklingsprosessen og hvilke spesifikke normer og stander som skal forfølges, synes oppgavene ut fra sykehusreformen og helseforetaksmodellen prinsipielt å kunne bli ivaretatt både av det nasjonale nivå og av det regionale nivå. Man kunne kanskje til og med hevde at selv helseforetaksnivået ville være en mulig forankring. Dette fordi mange av de rammebetingelser og kravdannelser som er på dagsorden for tiden, ikke minst når det gjelder kvalitet, også omfatter eller innebærer endringer av relasjonene mellom HF-styrer og HF-ledelser på den ene side og de kliniske og faglige miljøene på den annen.

På mange måter forekommer det regionale nivå – med involvering fra helseforetaksnivået og med noen helt overordnede strategiske føringer fra det nasjonale nivå – å være bedre egnet som drivende kraft og til å sikre en balansert utvikling i forhold til rammebetingelser og kravdannelser. Dette ikke minst fordi nettopp området kvalitet, kvalitetsmessig dokumentasjon og utvikling av kvalitetsindikatorer og faglige standarder krever stor grad av nærhet til kliniske miljø og fagområder.

Betingelsene er således de samme både for Sosial- og Helsedirektoratet og for de regionale helseforetakene når det gjelder en mer systematisk framrykking og press i forhold til kvalitetsarbeidet, dokumentert kvalitet og fastlegging og overholdelse av fagli-

ge standarder; nemlig at det både må legges press på fagmiljøene ved helseforetakene og involvere dem.

Sosial- og Helsedirektoratets brev til de regionale helseforetakene i 2004 og 2005 er på mange måter en bekreftelse på disse forhold, fordi det der i meget stor grad er angitt at oppgaveløsninger og innsats som prinsipielt drives av eller styres via Sosial- og Helsedepartementet, ikke gir mening uten sterk involvering av RHF- og HF-nivåene.

På samme måte kan eierstyringens (foretaksmøtenes) 2005-premiss om at de regionale helseforetak skal gå aktivt inn i utvikling av kvalitetsregistre, synes å være en avspeiling av hvor framdriften i kvalitetsarbeidet mest hensiktsmessig kan forankres.

Regionenes erfaringer så langt med oppgave- og funksjonsfordelinger og de fagavdelinger som nå er etablert, er en del av grunnlaget for vurderingen om at de regionale helseforetakene – snarere enn Sosial- og Helsedirektoratet – bør være den instans som primært har ansvaret for det videre arbeidet med konkretisering av faglige standarder og kvalitetsindikatorer. Men det er samtidig vesentlig at dokumentert kvalitet og faglige standarder – samt åpenhet omkring standarder og avvik fra standarder – samtidig krever involvering av og insitamenter overfor helseforetakene og helseforetakenes faglige miljø. Dermed blir arbeidet med kvalitetsutvikling også i stigende grad en oppgave som er nært forbundet med de konkrete styrings- og rapporteringskrav (jfr. nedenfor om ”performance krav”) som det enkelte helseforetak stilles overfor. Dette bl.a. som betingelse for overhode å kunne agere som del av produsentsystemet. Det vil si en naturlig, integrert del av eierstyringen, hvor dokumentasjon og rapportering av kvalitet utgjør en like naturlig del av den samlede eiermonitorering av den offentlige del av produsentsystemet som dokumentasjon og rapportering av tall.

Sosial- og Helsedirektoratet må nødvendigvis fortsatt ha en myndighetsstyrende rolle i forhold til den private del av produsentsystemet – hvor kravene til kvalitet og dokumentasjon av kvalitet prinsipielt bør være minst på linje med det som presteres av den offentlige del av produsentsystemet. Eller det kan legges opp til en meget aktiv linje overfor de private sykehusene, hvor der stilles ekstraordinære krav om for eksempel akkreditering og løpende innrapportering av forskjellige kvalitetsorienterte effektmål, slik at dette blir del av en samlet presstrategi også overfor helseforetakene.

Når det pekes på de regionale helseforetakene som potensielle nøkkelinstanser i forbindelse med den videre utvikling av faglighet i den norske spesialisthelsetjeneste, så henger det naturlig sammen med at det under alle omstendigheter – via eierstyringskanalen fra nasjonalt nivå – kan arbeides mye med påvirkning eller styring av rammebetingelser og krav i forhold til både det regionale nivå og helseforetaksnivået. Dessuten vil også pasient-/innbyggerssystemet, som omtalt tidligere, under alle omstendigheter være en stadig viktig premissleverandør og ”pusher” når det gjelder krav til det enkelte helseforetak vedrørende bl.a. kvalitet og faglighet.

En mer intens involvering fra et nasjonalt organ, hvor myndighetsstyring eller myndighetslignende styring står sentralt, kan således sies å være langt bedre begrunnet i nettopp den type system som den norske spesialisthelsetjeneste forlot med sykehusreformen. Her kan den manglende mulighet for nasjonal eierstyring og for direkte påvirkning fra den nasjonale del av det politiske system sies å være selve grunnlaget for sterk nasjonal myndighetsstyring.

Sykehusreformens verdimeslige fundament og helseforetaksmodellen synes i høy grad å gi grunnlag for den parallellitet i utviklingen av rammebetingelser for produsentsystemet, som andre land ofte kan savne. Modellen gir mulighet for en sterk dekonsentrering, med adgang til både myndighetsstyring og eierstyring også fra det regionale nivå, og hvor denne kan suppleres med en relativt snever, spesifikk og overordnet myndighetsstyring og eierstyring fra nasjonalt nivå. Eierstyring og myndighetsstyring fra nasjonalt nivå vil alltid skape fundamentet – og det er ingen grenser i helseforetaksmodellen for hvilke korrektiver som kan gjennomføres via nasjonal eierstyring. ”Risikoen” ved stor grad av dekonsentrert disponering og beslutningsmyndighet vil således være minimal.

Den relativt velutviklede kontrollstyringen i den norske spesialisthelsetjenesten – både via revisjonsselskaper i forhold til de regionale helseforetak og helseforetakene – men ikke minst via Helsetilsynet, understøtter de muligheter for dekonsentrasjon som her skisseres.

Også i andre land er det ganske store myndighetsorganer på helseområdet og i forhold til spesialisthelsetjenesten. Men i disse land kan den manglende direkte eierstyring fra nasjonalt nivå prinsipielt være en del av begrunnelsen for å sikre relativt sterke nasjonale myndighetsorganer.

I forhold til eier-myndighetsdimensjonen synes den norske helseforetaksmodellen, som den har utviklet seg etter sykehusreformen, å være realisert på en måte hvor innsatsmulighetene via de regionale helseforetakene og helseforetakene undervurderes, og hvor behovene for innsats og effektene av innsatsen via en nasjonal myndighetsenhet blir overvurdert.

Det er en vesentlig del av vurderingen og anbefalingen at Sosial- og Helsedirektoratets rolle i den samlede spesialisthelsetjenesten og i forhold til helseforetaksmodellen blir revurdert og lagt om. Den bør revurderes og legges om ikke minst i forhold til kvalitetsarbeidet, men kanskje også i forhold til IKT arbeidet. Begge disse områdene vil i de kommende 4-8 år være blant de største utfordringene for den norske spesialisthelsetjenesten. Men vurderingen er at helseforetaksmodellen gir det nødvendige rammeverk for å sikre at spesialisthelsetjenesten i Norge er på høyde med de beste internasjonale nivå når det gjelder innsikt i og dokumentasjon av kvalitet – forstått som effekt, og når det gjelder IKT.

Områder som faglige standarder, faglig oppfølging, monitorering av avvik og feil samt IKT, er på mange måter integrert. Dette fordi mange av de data som vil være nødvendige for å styre og rapportere på kvalitet i stigende grad kommer fra kliniske IT-systemer. Disse vil, på samme måte som de pasientadministrative funksjonalitetene, ofte fange opp data som også kan brukes i kvalitetsregistre. En slik tankegang om integrasjon mellom kvalitet og IKT henger godt sammen med det som signaliseres fra foretaksmøtene om at de regionale helseforetakene nå bør sette i gang med å bygge opp og delvis finansiere kvalitetsregistre.

Kvalitet, slik det er omtalt her, bør antakelig også utvides til å omfatte prosesskvalitet og dermed de stadig sterkere overveielser knyttet til sertifisering og akkreditering, hvor det nettopp er logistikk og prosesser som en ønsker å understøtte. Også når det gjelder sertifisering og akkreditering forslår vi at RHF-nivået blir den initierende og styrende instans – litt svarende til det danske system og de engelske "Trusts".

Et økt fokus på dette området harmonerer med den anbefaling som er gitt nedenfor under temaet kostnadskontroll, og hvor blant annet økt prioritering av driftseffektivitet og kapasitetsutnytting henger sammen med akkrediteringens/sertifiseringens fokus på pasientforløp.

Den norske spesialisthelsetjenesten har ennå ikke arbeidet med akkrediteringskonsepter eller sertifisering i samme omfang som eksempelvis den danske og den franske. Dette gjelder uansett de initiativ Helse Øst har tatt med hensyn til. Veksten i den private del av produsentsystemet vil kunne bidra til å gjøre slike tiltak enda mer hensiktsmessige.

En linje som den det her anbefales, og hvor balansen mellom Sosial- og Helsedirektoratet og regionene forskyves temmelig markant, vil gjøre det nødvendig å overføre ressurser til de regionale helseforetakene fra det nasjonale nivå, og til en opprustning av RHFenes fagavdelinger. Samtidig bør man overveie å bygge ut kontrollstyringen fra nasjonalt nivå, jfr. ovenfor.

En slik linje vil også stille store krav til de regionale helseforetakene – og til samarbeid og koordinering mellom disse foretakene. Men enighet mellom de regionale helseforetakene om f.eks. faglige retningslinjer eller kvalitetsindikatorer må med en slik linje være identisk med "nasjonalt normerende" eller med en nasjonal godkjenningssprosedyre. Modellen kan selvsagt ikke fungerer med mindre slik godkjenning automatisk blir gitt i langt de fleste tilfellene. Dersom det blir "for mange" tilfeller hvor retningslinjer ikke blir godkjent i en slik modell, kan det enten skyldes at det nasjonale nivå (likevel) har vanskelig for å holde seg til det helt overordnede, eller at de regionale helseforetakene likevel ikke viser seg i stand til å løse oppgaven godt nok.

Ut fra de internasjonale erfaringer som er beskrevet kan det konstateres flere forskjellige framgangsmåter i forbindelse med utviklingen av faglige retningslinjer og kvalitetsindikatorer, samt dokumenterte og åpne "offentlige" effektmål. I Danmark foregår kva-

litetsarbeidet med deltakelse av og styring fra det nasjonale nivå (NIP – det nasjonale indikator prosjekt), liksom også Socialstyrelsen i Sverige er aktivt involvert. Men ikke i noen av disse landene eier det nasjonale nivå produsentsystemet og utfyller således regional eierstyring og regionale myndighetsstyring gjennom nasjonale tiltak.

Utviklingen både i både Danmark og Sverige vitner også om at den faktiske framrykningen når det gjelder kvalitetsarbeidet i stor grad foregår via initiativer og beslutninger fra det regionale nivå. Det har for eksempel vært en tendens i Danmark at akkreditering ble initiert og gjennomført i første omgang i Hovedstadens Sygehusfællesskab – gjennom initiativ og beslutninger i dette fellesskap. Først senere ble dette gjort til en nasjonal standard, hvor akkreditering nå forutsettes gjennomført av alle regioner og for alle sykehus.

På samme måte har det systemet med direkte sammenbinding av klinisk foretaksnivå og nasjonal myndighet i betydelig grad karakter av en nasjonal kodifisering av fagmiljøenes innspill. Men selve strukturen er med på å sikre framdrift i arbeidet med standardisering og i bruken av egentlige kvalitetsindikatorer.

I flere land blir det arbeidet med mer uavhengige kvalitetsenheter eller med kontrollstyring via uavhengige enheter, som har til formål å kontrollere at visse former for faglige standarder følges, og at kvalitet i utredning og behandling på en eller annen måte kan dokumenteres. Hensikten med slike strukturer, som har vært intensivt i Frankrike de seneste årene, og som også er integrert i den aktuelle irske helsereformen, er imidlertid også en annen. Hensikten er å sikre at det er et ”pressorgan”, som hele tiden driver utviklingen framover i forhold til produsentsystemet, og som i den sammenheng ofte offentliggjør ”findings”. Kontrollstyringen sikrer dermed også at utviklingen drives framover.

På mange områder er det således produsentsystemet som skal håndtere tilretteleggelse av arbeidet på måter som sikrer god og systematisk faglighet. Samtidig er produsentsystemet underlagt forskjellige former for kontroll. Effektene av kontroll kan godt være kritikk, men også et opplyst grunnlag for forbedringer. Slike kontrollmekanismer finnes ofte i land hvor fremdrift i kvalitetsarbeid, etablering av effektmål samt faglig standardisering i meget høy grad er forankret i produsentsystemet. Kontrollmekanismene medfører presise konsekvenser hvis kvalitetsarbeidet og framdriften i dette ikke lever opp til de politisk fastlagte overordnede rammer og forventninger. I Frankrike innebærer det også muligheten til å inndra retten til å drive sykehus (for den private del av produsentsystemet).

På grunnlag av premisser om at balansen i arbeidet med faglig utvikling, faglig standardisering og kvalitetsindikatorer i meget stor grad blir forskjøvet til fordel for de regionale helseforetakene, anbefales det å overveie ideer fra den franske og irske modellen. Det vil si at de kommende års kvalitetsarbeid, herunder eventuelt også akkreditering og sertifisering, i stor grad drives fram av de regionale helseforetakene. På dette

området vil de utelukkende ha fordel av samspill og koordinering i så stor utstrekning som mulig og også bli vurdert på evnen til koordinering. Samtidig kan et uavhengig organ, som kanskje kunne være Helsetilsynet, gradvis og etter en presist fastlagt opptrappingsplan, ha rollen som overvåkingsinstans. Denne vil ikke bare kunne sikre kontroll, men også bidra med et konstruktivt hjelpende press.

9.3.3.1 Spesielt om det nasjonale nivås organisering og arbeidsdeling

Når det gjelder organisering og kriterier for organisering på det nasjonale nivå, kan det med utgangspunkt i internasjonale erfaringer tenkes flere alternative modeller. Det gjelder også i forhold til eier-myndighet.

Den tradisjonelle og enkle oppdeling med et departement og et direktorat har de senere tiår utviklet seg på mange måter og i mange retninger. Departementet er som utgangspunkt policy-orientert og betjener statsråden, mens direktoratet har en mer konkret lovbasert administrasjons- og forvaltningsrolle. Tradisjonelt myndighetsstyrende organer har i denne utvikling i økt omfang fått oppgaver som ligger utover lovfortolkning og administrasjon av lovfestede myndighetskrav, og som omfatter innsatser med rammebetingelser, standarder og normer samt premissleveranser til innholdsstyring og eierstyring. I denne utvikling har prinsipielle vurderinger av rolleadskillelse/rolleintegrasjon ofte vært en viktig del av debatten. Det gjelder både i systemer hvor det nasjonale nivå ikke har påtatt seg direkte eier- og driftsansvar for spesialisthelsetjenesten, men også – og kanskje særlig – i systemer med en nasjonal eierrolle.

I flere land har det vært et grunnleggende kriterium i vurderinger å foreta et skille mellom det policy-orienterte og den overordnede innholdsstyring på den ene siden og de mer utførende og driftsorienterte oppgavene på den andre. Likeledes har vurderinger knyttet til å foreta et skille mellom eierstyringslinjen og innholdsstyringslinjen vært sentral i flere land; ofte i sammenheng med målsettinger knyttet til bestiller-utfører-modeller.

I den norske spesialisthelsetjenesten kan begge sett av kriterier sies å ha vært relevante for organiseringen på nasjonalt nivå etter sykehusreformen. I flere land synes det særlig å bli lagt vekt på å skille organisatorisk mellom det policy-orienterte og overordnet innholdsstyrende på den ene siden og det driftsmessig, utførende på den annen ("executive-level"). Dette kan i noen grad sies å svare til at eierstyringslinjen i den norske spesialisthelsetjenesten ble tatt ut av departementet, som dermed utelukkende ivaretok policy- og overordnet innholdsstyring og, eventuelt via et direktorat, den helt tradisjonelle myndighetsstyringen. Med en slik optikk ville en rekke av de oppgaver som i dag blir varetatt av Sosial- og Helsedirektoratet heller ikke være en del av det nasjonale departementale system, men mer en del av en eierstyrende executiv-linje eller av rådgivende organer knyttet til departementet eller med karakter av eksterne, "frittstående" enheter.

Atskillelse av roller og funksjoner er likevel langt fra en entydig tendens i det internasjonale bildet. I mange land legges det vekt på integrasjon av innholdsstyring og eier-

styring (supplert av tradisjonell myndighetsliknende styring). Ofte er det imidlertid her snakke om systemer hvor det nasjonale nivå ikke er involvert rent eiermessig.

Organisatorisk samling i Helse- og Omsorgsdepartementet, hvor integrasjon og koordinering vektlegges, og hvor spesialisthelsetjenesteavdelingen og eieravdelingen samles, synes likevel å være en variant som det på mange måter kan argumenteres for. En slik variant har større grad av sammenheng med de regionale helseforetakenes måte å agere på, og deres delvise orientering mot konsernlignende måter å binde sammen HF-nivå og RHF-nivå på. Motsatt kan en slik integrasjon medføre risiko i retning av stadig mer driftsorientering.

Det er imidlertid samtidig vurderingen at helseforetaksmodellen kan danne grunnlag for den norske spesialisthelsetjenesten og utviklingen i denne også med basis i den grunnstruktur som det for øyeblikket arbeides ut fra i Helse- og Omsorgsdepartementet. Skillet mellom en innholdsstyringslinje og en eierstyringslinje kan således begrunnes i bl.a. behovet for et å ha et økt fokus på stadig mer konkretisert innhold og økt grad av konkretisering når det gjelder prioritering – gjennom bestillerdokumenter og innholdsstyring. På tilsvarende måte kan særskilt eierstyringslinje ha sitt utgangspunkt i behovet for å fokusere på helseforetakenes og i de hele tatt produsentsystemets effektivitet, infrastruktur, ledelsessystemer, ansvars- og rapporteringsforhold, samt evne til å generere kvalitet på tjenestene. Uansett bestiller-utfører modellen kan det således argumenteres for rolleadskillelse og organisatorisk atskillelse på departementalt nivå, tilsvarende den modell man har nå.

Som allerede indikert synes Sosial- og Helsedirektoratets oppgaveportefølje og roller i forhold til departementet og de regionale helseforetakene å være sammensatt og utydelig – og med behov for økt klarhet. Det gjelder også innenfor rammer hvor en holder fast ved et organisatorisk og rollemessig skille i departementet mellom innholdsstyring og eierstyring.

Utydeligheten kommer blant annet inn fordi faktisk innsats og oppgaver for eierstyringslinjen i noen utstrekning overlapper oppgaver som også direktoratet er involvert i. Blant annet synes de seks satsingsområdene som det arbeides med via eierstyringslinjen overfor de regionale helseforetakene (prioritering, psykisk helsevern og IKT m.v.) i noen grad å være en avspeiling av dette forhold. Satsingsområdene kan også – bl.a. som følge av at de inkluderer prioritering – gi preg av innholdsstyring, som prinsipielt kan sies å være forankret i spesialisthelsetjenesteavdelingen. Sosial- og Helsedirektoratets arbeid med prioritering, premissleveranser og planarbeid kan også i en viss forstand oppfattes som innholdsstyring.

Med en fortsettelse av den eksisterende struktur i departementet kan det derfor også være behov for å overveie den nåværende oppgaveportefølje for direktoratet og snittet mellom direktoratets og departementets innsatsområder. Dette kan være relevant i forhold til henholdsvis innholdsstyringslinjen og eierstyringslinjen, men også i forhold til

et presist skille mellom egentlig, tradisjonell myndighetsstyring med basis i lover eller presist fastlagt regelverk på den ene siden og alle andre typer av oppgaver som kan ha karakter av eierstyring og innholdsstyring eller bidrag/premisser til eierstyring og innholdsstyring på den andre siden.

Det kan i den forbindelse være relevant å vurdere hvorvidt det årlige brev fra direktoratet til de regionale helseforetakene bør opphøre. Det er åpenbart mange velmente hensikter med dette brevet, men det harmonerer ikke med en anbefaling hvor styringssignaler (innholdsstyring og eierstyring) og føringer (eier-orientert og innholdsorienterte) utelukkende kommer via to kanaler, nemlig bestillerdokumentene og foretaksmøtene. Noen av de områder som ligger utenfor det egentlige myndighetsområdet, og hvor det mer er snakk om rådgivning og arbeid med standarder og normer samt rapporteringskrav og -former, synes å kunne integreres mer entydig ikke minst i eierstyringen fra departementet.

I det samlede bilde synes den spesifikke problemstillingen knyttet til organiseringen på departementsnivå ikke å være den mest påtrengende i forhold til spesialisthelsetjenestens videre utvikling innenfor rammene av helseforetaksmodellen. Derimot forekommer det å være påtrengende med en avklaring av roller og arbeidsdelinger på nasjonalt nivå mellom Helse- og Omsorgsdepartementet og Sosial- og Helsedirektoratet. Likeledes forekommer det nødvendig å avklare antallet og karakteren av styrings- eller ”henvendelses”-linjer overfor foretaksnivået.

Det understrekes at myndighetsstyring, eller deler av den samlede myndighetsstyringen, ut fra helseforetaksmodellen og det nasjonale eierskap til spesialisthelsetjenesten, prinsipielt sett godt kan ivaretas av det regionale helseforetaksnivå som en dekonstruert form for myndighetsstyring.

Det understrekes også at det nettopp som del av eierstyringslinjen og foretaksmøtene har vært presisert at helseforetakene er forpliktet til å overholde myndighetskrav. Dette har blitt presisert på måter som indikerer at dette ikke alltid har vært tilfellet. Men i en viss forstand avspeiler dette eksemplet også eierstyringslinjens karakter av innimellom også å være en kanal for myndighetsstyring.

Det presiseres videre at akkrediterings- og sertifiseringssystemer – jevnfør den internasjonale gjennomgangen – i mange sammenhenger samler opp og avspeiler en rekke myndighetskrav, og slike systemer i seg selv kan tilpasses på en måte som gjør at de i meget stor utstrekning integrerer myndighetskrav. Akkreditering og sertifisering overfor helseforetaksnivået kan således i seg selv ha karakter som gjør at de tar opp seg kravene fra myndighetsstyringen. Kanskje er dette en av de mest effektive former for myndighetsstyring som overhode finnes. Det gjelder vel og merke dersom det gripes inn overfor helseforetak som ikke akkrediteres eller sertifiseres, eller som akkrediteres eller sertifiseres.

Spørsmålet om forholdet mellom eier- og myndighetsstyring var et av evalueringsoppgavets fokusområder og har stått svært sentralt i evalueringen. Det er vår vurdering at den nasjonale myndighetsstyringen i den norske helseforetaksmodellen på noen felt kan tones noe ned. Det er også vår vurdering at det er behov for en tydeliggjøring og presisering av hva som ligger i begrepet myndighetsstyring helt konkret i forhold til helseforetaksmodellen og helseforetaksnivået. I det ligger ikke minst behovet for en grenseoppgang mellom myndighetsstyringen og eierstyringen.

Fortolkning, oppfølging og administrering av lov- og regelverk – den egentlige myndighetsstyringen – må fortsatt ligge til et organ som er uavhengig av eierlinjen. Sosial- og Helsedirektoratet vil her naturlig fortsatt være en sentral aktør. Men som også tidligere nevnt: I en modell som den norske kan mer av arbeidet med faglig kvalitet, faglige retningslinjer og klinisk IKT med fordel kunne legges til linjeorganisasjonen og eierstyringen. Det vil si til RHF- og HF-nivået, og ikke minst til samspillet mellom disse to nivåene. Ved å styrke RHFenes posisjon og rolle på dette området vil det kunne bedre forutsetningene for å klargjøre ansvarsforholdene, og arbeidet med kvalitet, dokumentasjon og rapportering vil komme tettere på foretakene. Dermed vil også sannsynligheten kunne øke for at dette arbeidet skal slå inn i den kliniske hverdag og praksis.

I forhold til temaet eier-myndighet kan det knytte seg en spesiell problemstilling til det å være eier av og drive eierstyring overfor den største delen av produsentsystemet og samtidig være myndighetsorgan og drive myndighetsstyring overfor den samme delen av produsentsystemet. I relasjon til helseforetaksmodellen gjelder dette for det nasjonale nivå, og i en viss utstrekning det regionale nivå.

I land hvor eierskapet til det offentlige produsentsystemet ligger på regionalt nivå, og kanskje styres av et regionalt politisk organ, oppstår det i prinsippet ikke rollekonflikter i forbindelse med eierstyring og nasjonal myndighetsstyring, siden denne foregår i to atskilte linjer.

Som det også går fram av den internasjonale gjennomgangen i kapittel 6 er det imidlertid ganske mange gråsoner i alle vesteuropeiske land. Regionale instanser gjennomfører tiltak overfor sykehusene som har karakter av eller like godt kunne være nasjonal myndighetsstyring (akkreditering er et eksempel). Nasjonale organer, som prinsipielt ikke rår over den offentlige del av produsentsystemet, driver likevel med mye som minner om eierstyring, og innholdsstyringen påvirkes stort sett i alle land både av det regionale og nasjonale nivå – uansett hvor eierskapet til spesialisthelsetjenesten er forankret. I tillegg er det i alle land også mange eksempler på statlig eide selskaper eller institusjoner som er omfattet av statlig myndighetsstyring – og hvor det er samme departement som i siste instans har ansvaret.

Det synes ikke som ”rollekonflikt” har vært oppfattet som et prinsipielt problem i forholdet mellom eierstyring og myndighetsstyring etter reformen. Det virker heller ikke som om ”systemet” (særlig de regionale helseforetakene og helseforetakene) i særlig

grad hefter seg ved en slik prinsipiell ”rollekonflikt”. Derfor er det hensiktsmessigheten i arbeidsdelinger mellom nasjonalt og regionalt nivå og mellom det nasjonale nivåets organer som har vært i fokus.

Hvis det er kritikk, så går det altså snarere på koordinering av og arbeidsdelingen omkring eierstyring, innholdsstyring og myndighetsstyring, det vil si ”den riktige sammenblanding”, ennå ikke synes å være realisert på en hensiktsmessig måte. Alternativt går kritikken ut på – jevnfør ovenfor – at en for stor del av de former for myndighetsstyring, hvor eierstyring og myndighetsstyring smelter sammen, og hvor det i større grad er snakk om arbeid med standarder, normer og rammebetingelser, håndteres på nasjonalt nivå snarere enn på regionalt/lokalt nivå.

Ut fra vurderinger av Sosial- og Helsedirektoratets og de regionale helseforetakenes rolle nevnt ovenfor er det vesentlig å presisere hvilke oppgaver direktoratet kunne ha og prioritere i en situasjon, hvor balansen med hensyn til arbeidsoppgaver vedrørende kvalitet og IKT forskyves til fordel for de regionale helseforetakene. I prinsippet kan det her også være snakk om oppgaver som direktoratet ikke har i dag.

Den egentlige myndighetsstyringen i forhold til lov- og regelverk i helsesektoren og spesialisthelsetjenesten vil direktoratet fortsatt ivareta – sammen med utfylling av lov-messige rammer. Den overordnede tilrettelegging, administrering og fortolkning av nasjonalt lov- og regelverk vil altså fortsatt og i hovedsak være et anliggende for Sosial- og Helsedirektoratet.

Drøftingen av direktoratets oppgaveportefølje går derfor mer på de kategorier av oppgaver som er avgrenset foran, og hvor den tradisjonelle myndighetsstyringen blir supplert med ulike former for krav og fastlegging av rammebetingelser som mangler et lovmessig grunnlag, eller har upresist lovmessig grunnlag. Det gjelder også oppgaver som har karakter av rådgivning, hjelp til utvikling av redskaper/verktøy, utredning osv.

Det understrekes at det selvsagt ikke er til hinder for at et myndighetsorgan ivaretar oppgaver orientert mot f.eks. innholdsstyring. Det er også her tale om å la betraktninger av hensiktsmessighet råde. En enhet som Sosial- og Helsedirektoratet vil alltid i et eller annet omfang ha oppgaver som overlapper departementet, eller som har karakter av bistand til departementet. Fremover bør imidlertid direktoratet i høyere grad enn nå fremstå som et hjelpeorgan for departementet snarere enn som et direkte involverende organ overfor foretaksnivåene

Det synes således også fortsatt å være rom for at Sosial- og Helsedirektoratet har en rolle i forbindelse med oppfølging av innholdsstyringen og oppfølging av spesifikke føringer på enkeltområder – eksempelvis opptrappingsplanen på psykiatriområdet. På den måten samler direktoratet også viktig informasjon. Denne informasjonen kan dels gi vesentlige premisser til innholdsstyringen (herunder bestillerdokumentene) framover, dels kan den gi et visst overblikk over om det er en noenlunde lik utvikling på

tvers av helseregionene; for eksempel når det gjelder større prioriterte områder. Sosial- og Helsedirektoratet kan i den sammenheng ha en viktig rolle når det gjelder å utarbeide forslag til og vedlikeholde den nasjonale plan som er foreslått foran.

En stor del av arbeidet med prioritering og prioriteringsredskaper forekommer også fortsatt å være et område hvor Sosial- og helsedirektoratet kan ha en viktig rolle, men hvor departementet vil ha en økt forpliktelse til å konkretisere. De regionale helseforetakene vil samtidig ha økte forpliktelser med hensyn til å operasjonalisere bestillerdokumentenes prioriteringer.

Arbeidet med prioritering på nasjonalt og regionalt nivå kan således gjensidig understøtte hverandre – innenfor en tendens med stadig økt konkretisering av selve prioriteringsforskriften. Det er en forutsetning med at det etableres en klarere arbeids- og ansvarsfordeling omkring prioriteringsforskriften mellom de regionale helseforetak og det nasjonale nivå, herunder Sosial- og Helsedirektoratet.

Det synes naturlig å legge redskaper for prioriteringsarbeidet til det nasjonale nivå. Redskaper kan for eksempel være ytterligere konkretisering av prioriteringsforskriften, utvikling av mer presise grunnlag for relative prioriteringer, og utvikling av hele miljøet omkring medisinsk teknologivurdering og vurdering av farmakologiske landevinninger. Det samme gjelder de faktiske effektanalyser i tilknytning til nye behandlingsformer og nye former for medisin. På disse områdene kan direktoratet således utgjøre et metode- og verktøymessig støtteorgan for de regionale helseforetakene. ”Early warning” synes i den sammenheng å kunne utbygges merkbart i den norske spesialisthelsetjeneste.

Sosial- og helsedirektoratet kan eventuelt også være en del av en tiltrengt nasjonal plan for forskning og utvikling. I en slik nasjonal plan skal prioriteringer, spydspissområder og satsningsfelt generelt fremstå tydeligere. Sammenheng til innsatser omkring kompetansesentre og vurderinger omkring høyspesialiserte og spesialiserte funksjoner er en sentral del av en slik plan. En nasjonal forskningsplan kan eventuelt være del av den allerede tidligere berørte nasjonale plan for spesialisthelsetjenesten – og vil klart også involvere departementet.

Sosial- og Helsedirektoratet kunne påta seg en større oppgave enn i dag er når det gjelder å innhente og analysere internasjonale erfaringer, for eksempel knyttet til problemstillingen om kvalitet-volum på ikke minst de spesialiserte og høyspesialiserte fagområdene. Dermed kunne de gi flere presise innspill til departementet i forbindelse med premisser for oppgave- og funksjonsfordelinger, og mer presise premisser for utvikling og vedlikehold av oppdelingen i landsfunksjoner, regionsfunksjoner og øvrige funksjoner.

Epidemiologisk forskning og utredning gjennomføres for tiden i noe utstrekning i Norge, men primært via enheter som for eksempel SINTEF. De regionale helseforetakene

har her (med støtte fra bl.a. SINTEF) gjort noe bruk av dette i forbindelse med langtidsplanlegging. Men her kunne det kanskje være grunnlag for at Sosial- og Helsedirektoratet i høyere grad går aktivt inn. Som et minimum bør det kunne skje via styring og tilrettelegging, men kanskje også ved å integrere flere typer kompetanse.

Norge er nå i en konjunktur hvor det skjer store demografiske endringer, markant utvikling i sykelighet og ulike former for sykelighet, samt fortsatt vekst på det behandlings- og medisinsk-teknologiske området. I en slik situasjon kan en kontinuerlig styring av koplingen mellom epidemiologisk forskning og langtidsplanlegging/kapasitetsplanlegging være et innsatsområde, som de regionale helseforetakene kunne dra meget stor nytte av, og som de kunne bruke som grunnlag for en løpende oppgave- og funksjonsfordeling og kapasitetsplanlegging.

Land som Frankrike og Sverige er eksempler på en slik kopling – i Sverige via Sosialstyrelsens ”Epidemiologisk Centrum”.

Sosial- og Helsedirektoratet kunne kanskje også ha en økt rolle med hensyn til å sette fokus på den relative kapasitet i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette kunne være en oppgave siden det her ikke er noen koordinerende tverregionale organer, og siden kommunene blir relativt små i forhold til de regionale helseforetakene og stadig større helseforetak. Dette harmonerer også med antydningene i temagjennomgangen om at det kanskje ikke i tilstrekkelig grad foregår en helhetlig kapasitetsplanlegging fra nasjonalt nivå.

Nettopp i primærhelsetjenesten er det kanskje også grunn til, gjennom blant annet myndighetsstyring, å sikre større grad av samordning, tverrgående læring osv. Og behovene for homogenisering er antakelig langt større innenfor primærhelsesektoren enn innenfor spesialisthelsetjenesten.

Sosial- og Helsedirektoratets rolle blir kanskje nettopp ubalansert i forhold til helsetjeneste som helhet hvis for mye av fokus retter seg mot spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har i utgangspunktet et relativt sterkt apparat også utenfor direktorats regi, som kan sikre framdrift og utvikling. Primærhelsetjenesten derimot, som antakelig har større behov for bistand, synes i høyere grad å bli overlatt til seg selv.

Mantraet om lik tilgang til like ytelser for spesialisthelsetjenesten har lydt i årevis. Men i en konjunktur med flere kronikere, flere eldre, flere langtidssyke osv., hvor ikke minst primærhelsetjenesten vil bli påvirket, og hvor behovet for økt kapasitet i primærhelsetjenesten kan være betydelig, vil det være eiendommelig dersom en aksepterer stor grad av heterogenitet i denne delen av helsetjenesten.

Det utviklings- og vedlikeholdsarbeid Sosial- og Helsedirektoratet gjør med finansiering og avregning – herunder DRG og grunnlaget for avregning av polikliniske konsul-

tasjoner (via Rigstrygdeverket), bør under alle omstendigheter fortsatt ligge på nasjonalt nivå.

I mange av de land i Vest-Europa hvor aktivitetsbasert styring har vunnet fram gjennom det siste tiår, har arbeidet med avregningsformer og ”takster” (”pengene følger pasienten”) vært forankret i eller i tilknytning til organer som også ellers ivaretar blant annet nasjonal myndighetsstyring.

Men debatten i flere land (Frankrike, Sverige og Danmark er eksempler) vitner også om at utviklingen av for eksempel DRG systemet og av ambulante case mix systemer kanskje i stor utstrekning kan legges til eksterne instanser. I norsk sammenheng synes dette også i svært stor grad å være tilfellet; jevnfør ikke minst involveringen av SINTEF, herunder også i forhold til Norsk Pasient Register.

Den omtalte debatten dekker over et annet dilemma i forhold til finansierings- og avregningssystemet. Det dreier seg om for eksempel DRG takstene skal fastsettes slik at prioriteringer og føringer fra innholdsstyringen understøttes, eller om takster og avregning tvert imot skal tilrettelegges nøytralt – slik at de i størst mulig utstrekning avspeiler kostnadsnivåene i den kliniske virkelighet.

I det første alternativet blir finansierings- og avregningssystemet potensielt en vesentlig del av den samlede innholdsstyringen. Det blir gitt anledning til – eller endog tilskyndet – å ta i bruk skjønnsmessige takster som kan skape grunnlag og insitamenter for aktivitetsvekst på de områdene som ligger innenfor de prioriterte føringene.

Sosial- og Helsedirektoratet spiller kanskje også en rolle når det gjelder spørsmålet om, i hvor høy grad DRG systemets vesentligste oppgave er å avspeile kostnadene i den kliniske virkelighet. I tilknytning til oppgaven med innsatsbasert styring fastslår direktoratet at man særlig skal medvirke til å ”utvikle og vedlikeholde finansieringsordninger for spesialisthelsetjeneste og medverke til at disse støtter opp under helsepolitiske mål og prioriteringer.”

Likevel er det både praktisk og prinsipielt regionene som kan velge å veve sammen innholdsstyringen og insitamenter via finansierings- og avregningssystemet ved å ta i bruk skjønnsmessige takster.

Det er andre premissleverandører på nasjonalt nivå også ut over Sosial- og Helsedirektoratet – især når det gjelder innholdsstyringen.

Den tydeligste og klart formaliserte linjen innholdsstyringen går fra Helse- og Om-sorgsdepartementet gjennom bestillerdokumentene. Det er også elementer av innholdsstyring via eierlinjen og foretaksmøtene. Begge disse kanalene er oversiktlige og tydelige.

Men det kommer også innspill til innholdsstyringen fra en rekke andre aktører. Blant de viktigste av disse er Sosial- og Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret (SMM, Heltef), Nasjonalt prioriteringsråd, Råd for høyspesialisert medisin og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Disse organene synes i noen sammenhenger å fungere via departementet direkte til linjen. I andre sammenhenger synes de å virke direkte inn mot linjen på RHF- og HF-nivå.

Det er liten tvil om at disse enhetene sitter på viktig kompetanse av verdi for innholdsstyringene, og de bør kunne bistå Helse- og Omsorgsdepartementet i saker der det er nødvendig med spesialkompetanse på nasjonalt nivå. Men det synes også nødvendig å gjennomgå roller og arbeidsformer. Det gjelder både hvordan de skal komme inn i prosessen, og hvordan forholdet deres til linjeorganisasjonen skal organiseres. Mange har også understreket betydningen av at deres råd, innspill og premisser blir tydeligere og mer åpent kommunisert.

9.4. Kostnadskontroll

Kostnadskontroll var et av de viktigste fokusområdene i sykehusreformen – og opplevelsen av manglende kostnadskontroll i tiden med fylkeskommunene var blant de viktigste argumentene for helseforetaksmodellen.

Sykehusreformen pekte således på behovet for bedre ressursutnyttelse, ”mer helse for hver krone”, behovet for strammere styring av økonomien, og mer målrettet innsats for å sikre bedre driftsmessig effektivitet og kapasitetsutnyttelse.

Det er ikke tvil om at den norske spesialisthelsetjenesten, herunder også de kliniske miljøene, har opplevd at det i tiden etter sykehusreformen har vært et enda sterkere fokus på økonomi, overholdelse av budsjett, økonomisk balanse og effektivitet osv. Dette til tross for at store deler av spesialisthelsetjenesten også i årene før sykehusreformen opplevde et økt fokus på økonomi – kanskje delvis som en følge av at innsatsbasert finansiering og styring ble innført i 1997.

Det er bemerkelsesverdig at den norske spesialisthelsetjenesten samtidig har opplevd en vesentlig vekst i ressursinnsats, også i perioden etter sykehusreformen – og at også andelen av BNP som brukes til helse, er økt vesentlig i perioden etter sykehusreformen.

Det kan også konstateres at veksten i utgifter pr. innbygger til helse er økt – og at det ikke minst i det første året etter sykehusreformen var snakk om en svært betydelig vekst.

Utviklingen viser at Norge i 2003 var det land i Europa som brukte flest ressurser til helse pr. innbygger. Nivået i 2003 lå 20-30% over nivået i land som Tyskland, Frankrike, Sverige og Danmark.

I en del tiår var det et forholdsvis lite ”spenn” med noenlunde likeartet nivå på helseutgiftene i de vesteuropeiske OECD-land. Norge lå noenlunde på nivå også med de øvrige nordiske land (målt som andel av BNP). Nå synes Norge å ha stukket avgjørende fra og danner sin egen liga mellom alle andre vesteuropeiske land på den ene siden og USA på den andre.

Også hvis vi ser på spesialisthelsetjenesten isolert, har utviklingen vært preget av vekst. Det fremgår således at det også i årene etter sykehusreformen har vært en markant vekst i ressursinnsatsen (på driftssiden) innen spesialisthelsetjenesten. Veksten i ressursbruk i psykiatrien (innenfor spesialisthelsetjenesten) har vært mer moderat enn for somatikken etter sykehusreformen. Dette selv om innholdsstyringen og bestillerdokumentene, også i forlengelsen av opptrappingsplanen fra før sykehusreformen, indikerer målsettinger om en litt annen balanse.

Økningen i antall årsverk innenfor psykiatrien har likevel vært høyere etter sykehusreformen enn økningen i antall årsverk innenfor somatikken.

Veksten i ressurser til spesialisthelsetjenesten er ikke noe særskilt for perioden etter sykehusreformen, men en tendens som en har kunnet iaktta i hele perioden fra midten av 1990-tallet. Utviklingen avspeiler imidlertid også at sykehusreformen (ennå) ikke på noen markant måte har ført til endringer i veksttendensene, selv om det kanskje kan registreres en tendens til ”utflating” fra 2004.

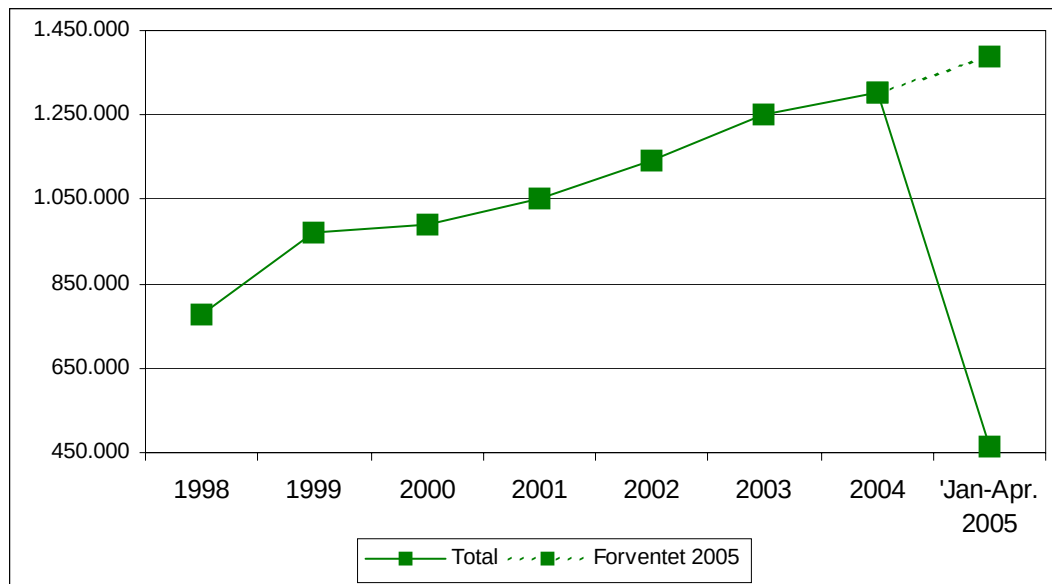
En del av økningen i ressursbruk etter sykehusreformen har bakgrunn i lønnsøkninger og relativt stor økning i utgiftene til medisiner (slik vi kjenner det fra stort sett alle land i Vest-Europa). I tillegg har renteutgiftene (lånepptak) økt i perioden etter reformen.

Økningen i renteutgiftene avspeiler særlig at nye investeringer i betydelig grad finansieres gjennom lån. Det innebærer i seg selv framtidige renteutgifter og behov for driftsmessige effektiviseringer for å finansiere avskrivninger; jfr. det vi skrev ovenfor om helseforetakenes overgang til regnskapsloven.

Det har vært en markant vekst i aktiviteten (jevnfør ”mer helse for hver krone”). Målt i antall opphold og inkludert polikliniske behandlinger er det snakk om en økning fra ca. 1 050 000 opphold i 2001 til godt over 1,3 millioner opphold i 2004.

Men igjen kan det konstateres at aktivitetsveksten ”satte i gang” før sykehusreformen, og at veksten ikke på noen markant måte kan sies å være annerledes i årene etter sykehusreformen enn i perioden før reformen.

Figur 9.1. Utvikling i aktivitet (opphold, inkl. polikliniske behandlinger) 1998-2005



Note: Tatt fra "Kube for alle oppholdstyper, 1998 – 1. tertial 2005" (www.npr.no). 2005-størrelser er vist for 1. tertial og fremskrevet mekanisk til årsnivå.

Det har vært en del av debatten etter sykehusreformen, også relatert til innføringen av innsatsbasert finansiering og styring, i hvilken grad DRG takstene og i det hele tatt strukturen i takst- og avregningssystemet spiller sammen med, påvirker eller kolliderer med innholdsstyringens prioriteringer og føringer. Og om takstene og takststrukturen skaper insitamenter til økt kapasitet eller kapasitetsutnyttelse på noen områder framfor andre.

At det ut fra takstsystemet kan observeres veksttendenser knyttet til ulike former for mindre operative inngrep (varicer, brokk m.v.) forekommer ikke i seg selv og på generelt plan å være noe større problem. Ut fra helt overordnede hovedtendenser i utviklingen på aktivitetssiden vurderes det umiddelbart som vanskelig å identifisere helt klare tendenser til "vridningseffekter", hvor aktiviteten og aktivitetsveksten på avgjørende måte preges av ubalanser i forhold til prioritering og føringer via innholdsstyringen og bestillerdokumentene.

Det er i den forbindelse også viktig å presisere at opptrapping av innsats innen for eksempel psykiatrien og det medisinske området alltid vil være avhengig av tilgjengelig kapasitet og tilgang på kompetent personale.

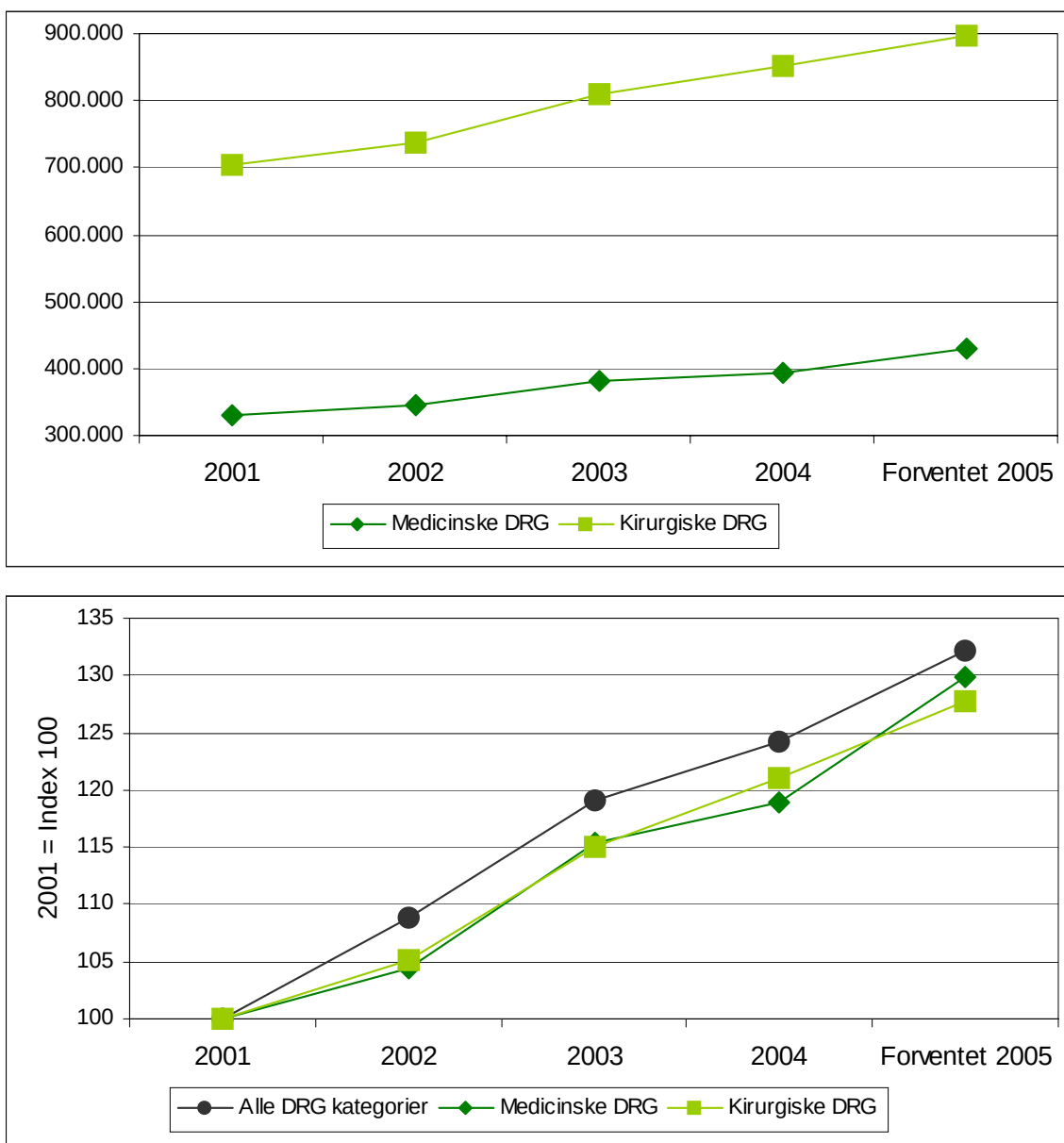
De typiske tendenser til "skjevvriddning" i forbindelse med finansiering og avregning via case mix baserte systemer, også i et internasjonalt perspektiv, avspeiles ofte gjennom større vekst på det kirurgiske enn på det medisinske området, forholdsvis stor vekst på det elektive kirurgiske området eller på utvalgte deler av dette området (for

eksempel i forbindelse med ortopedkirurgien), og forholdsvis stor vekst på det dagkirurgiske området.

Det kan på disse områdene konstateres forskjellige tendenser når det gjelder utviklingen etter sykehusreformen.

Veksten i aktivitet (målt som opphold, dagopphold og polikliniske behandlinger) er større for de medisinske DRG kategorier samlet enn for de kirurgiske DRG kategorier samlet i perioden 2001-2004, henholdsvis 30 % og 28 %.

Figur 9.2. Utvikling i kirurgisk og medisinsk aktivitet, 2001-2005

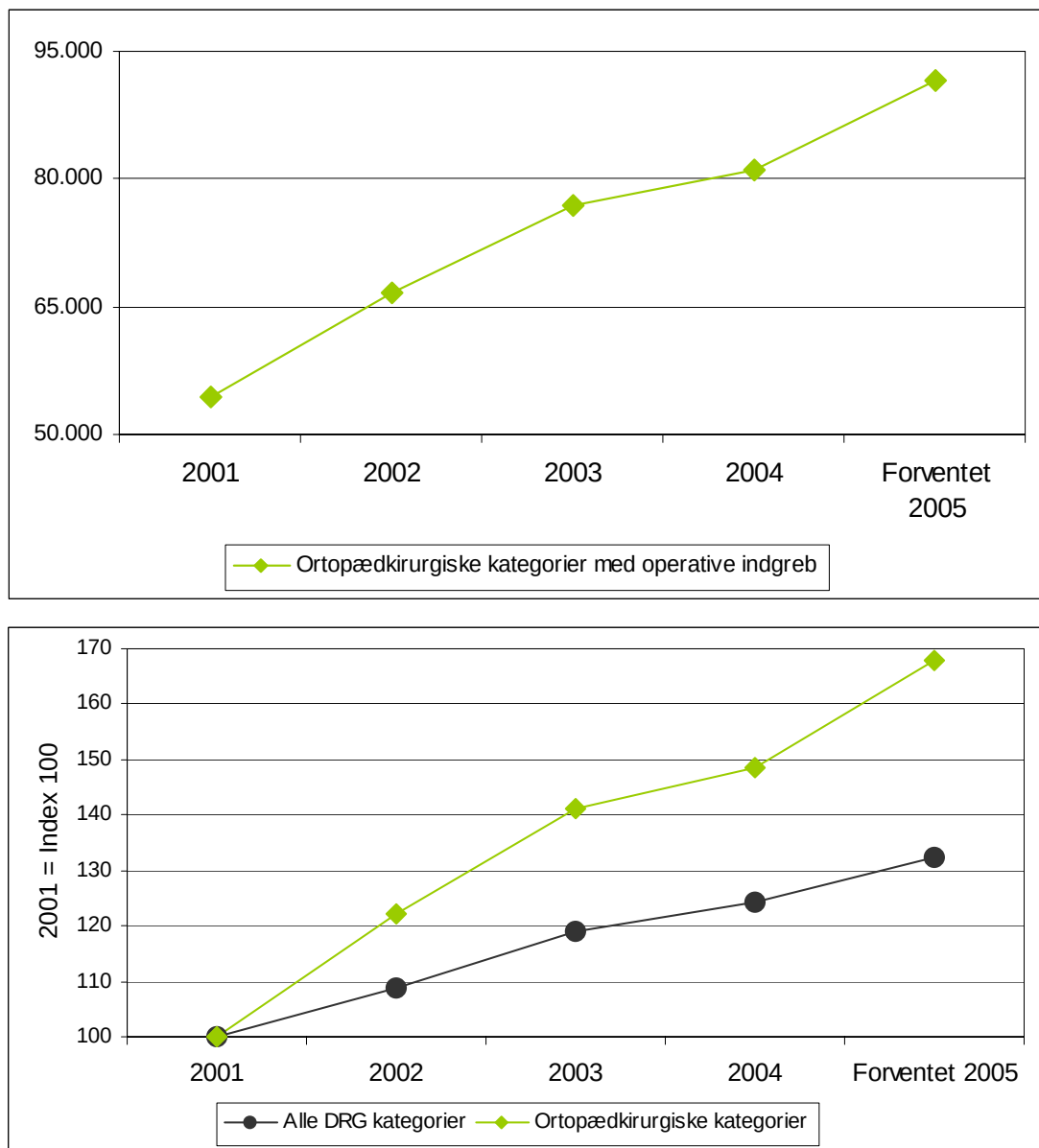


Note: Tatt fra "Kube for alle oppholdstyper, 1998 – 1. tertial 2005" (www.npr.no). 2005-størrelser er vist for 1. tertial og fremskrevet mekanisk til årssnivå.

Tendensen til større vekst på det medisinske området enn på det kirurgiske avspeiler på sett og vis premissene i bestillerdokumentene, men kanskje også den kjensgjerning at de akutte medisinske pasienter kommer under alle omstendigheter.

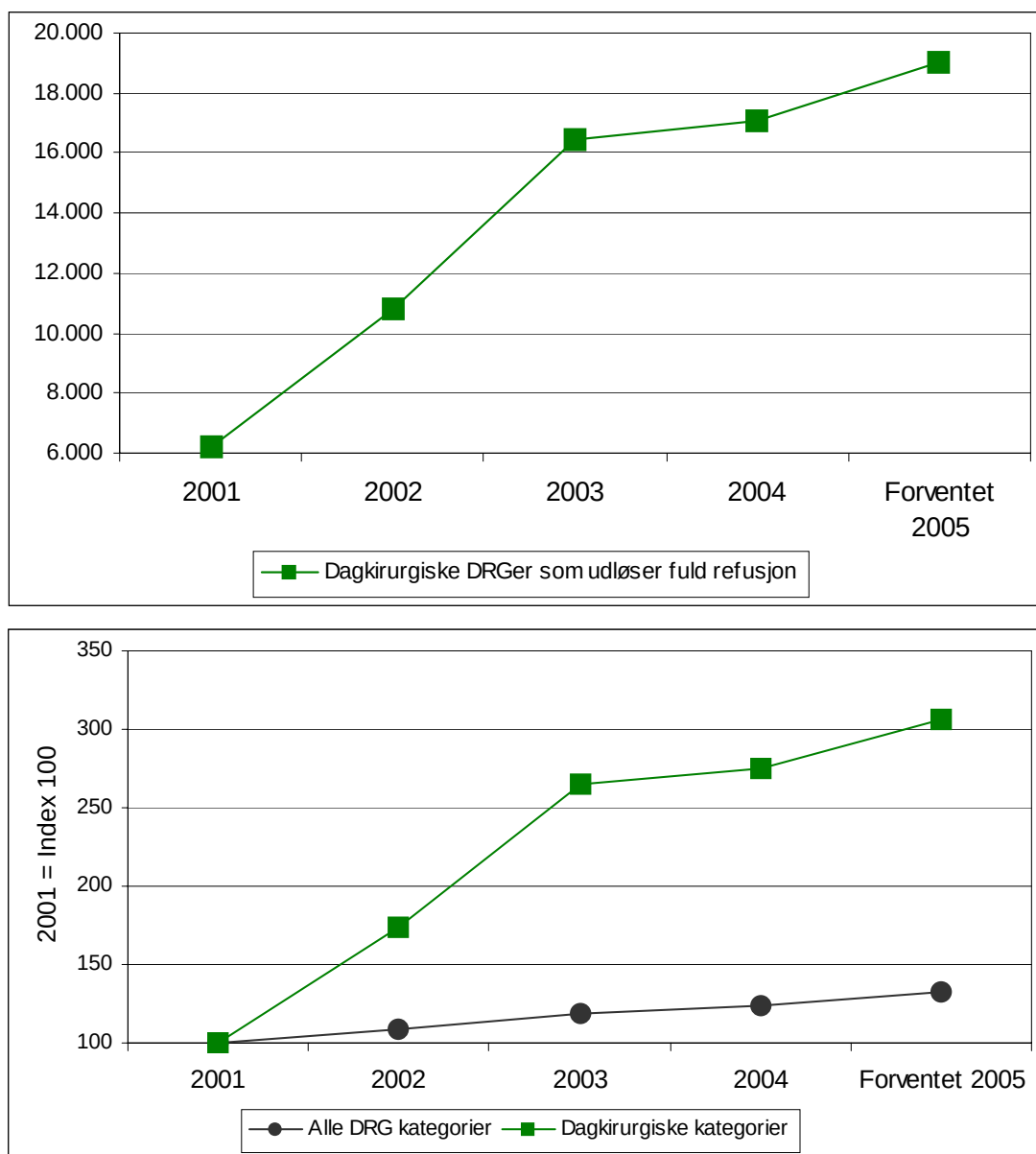
Veksten i antall forløp med ortopedkirurgiske operative inngrep er likevel vesentlig større i perioden etter sykehusreformen enn veksten samlet sett. Dette avspeiler likevel også en relativt stor vekst innen den private delen av ortopedkirurgien, men antakelig også at en betydelig del av ventelisteproblematikken ofte ligger på dette området.

Figur 9.3. Utvikling i ortopedkirurgisk aktivitet, 2001-2005



Note: Tatt fra "Kube for alle oppholdstyper, 1998 – 1. tertial 2005" (www.npr.no). 2005-størrelser er vist for 1. tertial og fremskrevet mekanisk til årssnivå.

Figur 9.4. Utvikling i dagkirurgisk aktivitet, 2001-2005



Note: Tatt fra "Kube for alle oppholdstyper, 1998 – 1. tertial 2005" (www.npr.no). 2005-størrelser er vist for 1. tertial og fremskrevet mekanisk til årssnivå.

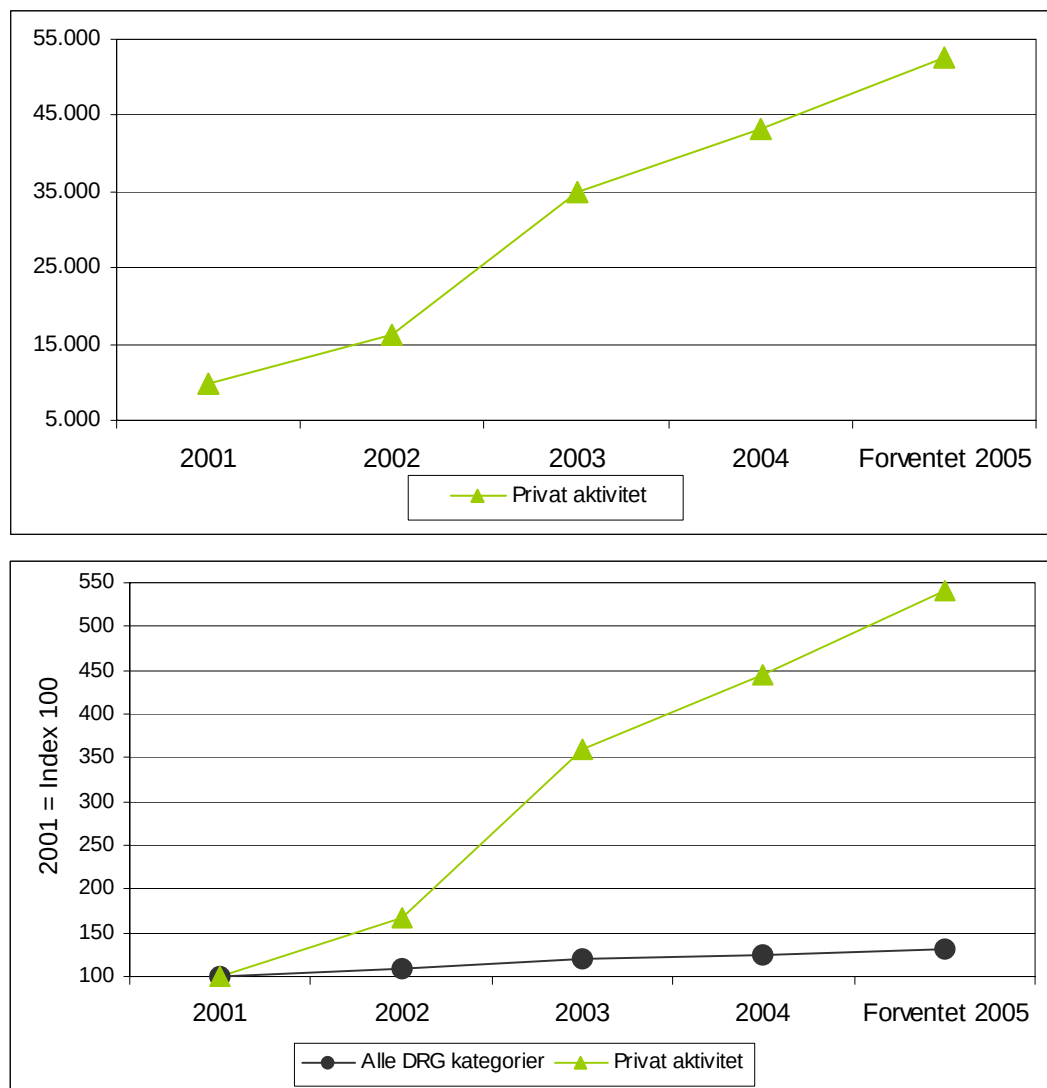
Også når det gjelder dagkirurgien kan det konstateres en markant vekst. Den er relativt sett langt større enn veksten i total aktivitet. I noen grad ligger denne veksten i dagkirurgi imidlertid også innenfor det ortopedkirurgiske området.

Blant de kategorier hvor aktiviteten har økt mest i perioden etter 2001 er rehabilitering, lungemedisinske sykdommer, hjerteområdet og cancerområdet (kjemoterapi m.v.), sykdommer i nervesystemet og nyre- og urinveissykdommer. Det vil si kategorier som er meget godt i tråd med de føringer som bestillerdokumentene har fokusert på.

Hvis man bare ser på den private delen av produsentsystemet, utgjør disse ortopedkirurgiske forløpene nå nesten en tredjedel av den samlede private aktiviteten. Dagkirurgi, som i 2001 utgjorde ca. halvparten av aktiviteten i den private del av produsentsystemet, utgjorde i 2004 nesten 80 %.

Samlet sett utgjør den private aktiviteten – på tross av sykehusreformens intensjoner om at den private del av det samlede produsentsystem skulle øke – fortsatt mindre enn 1,5 % (igjen målt ut fra opphold, dagopphold og polikliniske behandlinger samlet). Veksten i den private aktivitet har likevel vært noe større enn veksten i den samlede aktiviteten, men det svært lave utgangspunktet spiller her avgjørende inn.

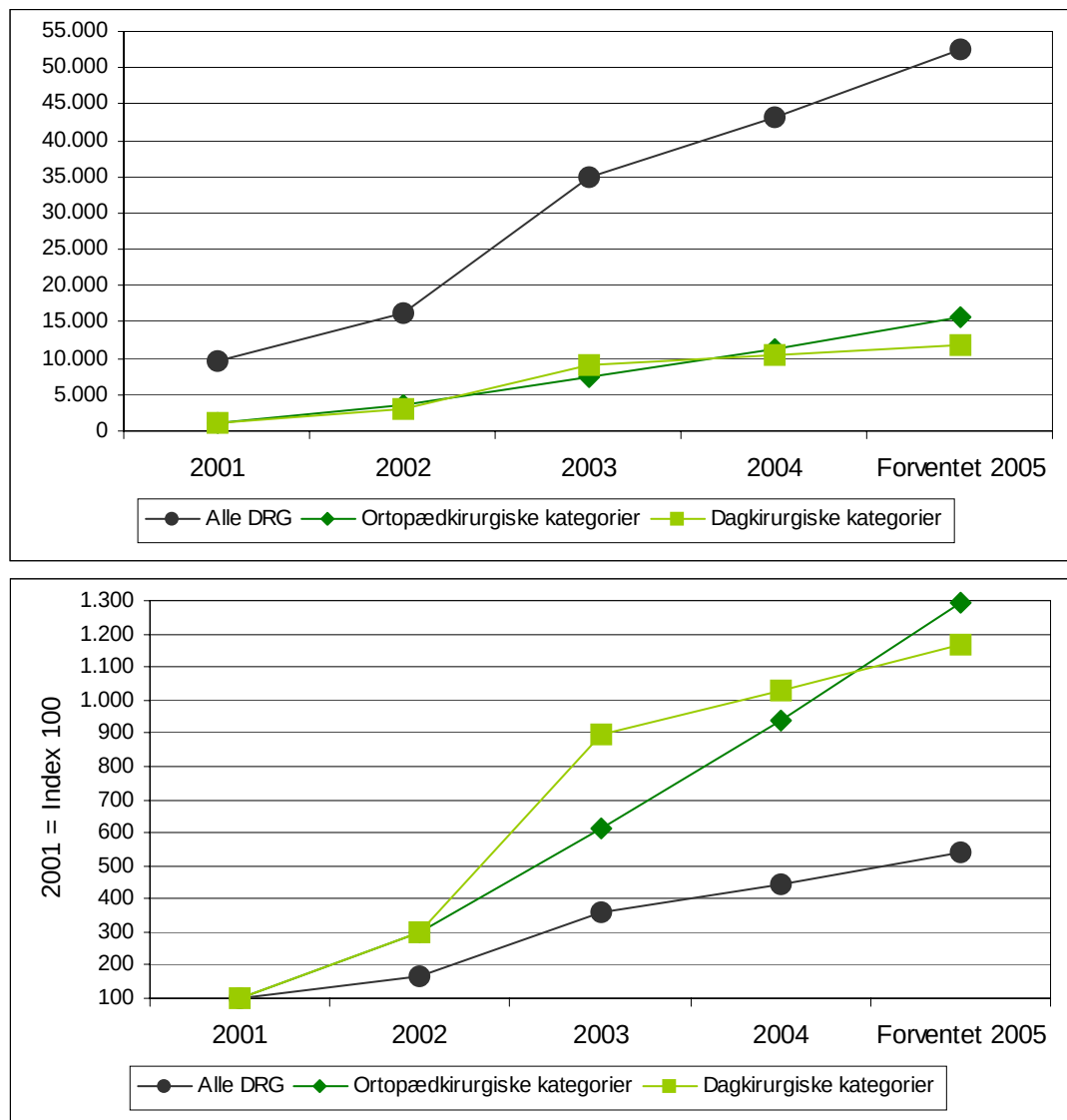
Figur 9.5. Utvikling i privat aktivitet, 2001-2005



Note: Tatt fra "Kube for alle oppholdstyper, 1998 – 1. tertial 2005" (www.npr.no). 2005-størrelser er vist for 1. tertial og fremskrevet mekanisk til årssnivå.

* * *

Figur 9.6. Utvikling i privat ortopedkirurgisk og dagkirurgisk aktivitet, 2001-2005



Note: Tatt fra "Kube for alle oppholdstyper, 1998 – 1. tertial 2005" (www.npr.no). 2005-størrelser er vist for 1. tertial og fremskrevet mekanisk til årssnivå.

Ressursstyringen og måten ressursstyringen er tilrettelagt på har utviklet seg etter sykehusreformen. Men det kan være vanskelig å skille ut i hvilken grad reformen i seg selv har hatt betydning for hvordan ressursstyringen blir ivaretatt. Det synes her også innlysende at innføringen av innsatsbasert finansiering og styring har påvirket ressursstyringen temmelig mye. Også fokuset på ventetider og de såkalte kvalitetsindikatorene avspeiler seg i måten det rapporteres og følges opp på. Dette gjelder både på regionalt nivå og for de enkelte helseforetak.

I tillegg virker det helt klart at det for eksempel fra RHF-nivået blir fulgt opp på kategorier som bestillerdokumentene og innholdsstyringen vektlegger. Det gjelder blant annet ryggområdet og det psykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske området.

Antall DRG poeng synes å være en vesentlig, og ofte helt primær, styringsparameter. Det kan neppe overraske med et nivå på innsatsbasert finansiering som svarer til 60 %.

Det sterke fokus på DRG og DRG poeng stiller, uansett det som står ovenfor, særlige krav til oppmerksomhet når det gjelder eventuelle former for prioriteringsmessige bias i finansierings- og avregningssystemet. Subsidiært er det viktig med en tilstrekkelig tydelig og konkret prioritering i innholdsstyringen.

Det synes likevel mulig å sikre den balansen hvor den innsatsbaserte finansiering og avregning opprettholdes på det nåværende høye nivå, men hvor aktivitetsprofilen samtidig noenlunde avspeiler premissene i innholdsstyringen. Men det krever et sterkt fokus i oppfølgingen på de områder som svarer til prioriteringene i innholdsstyringen. En mer konkret og mer prioriterende innholdsstyring (gjennom bestillerdokumentene) kan i den sammenhengen være et hensiktsmessig grep. Et annet grep kan være mer konkrete forutsetninger knyttet til kapasitetsutnyttelse.

Ressursstyringen synes likevel fortsatt å være sterkt orientert mot å overholde budsjett og sikre økonomisk balanse. Det vil si at styringsstrukturen fortsatt ikke på noen avgjørende måte synes å være orientert mot driftsmessig effektivitet og kapasitetsutnyttning.

Dette innebærer ikke at det ikke blir arbeidet med å avdekke utviklingen i og mulighetene for å forbedre den driftsmessige effektivitet m.v. Men dette synes primært å skje via mer atskilte analyser og ikke som en fast og periodisk aktivitet.

Større innslag av konkurranse innenfor spesialisthelsetjenesten, forstått som større grad av kunnskap og åpenhet om det enkelte helseforetaks "performance-nivå" – kan av mange grunner være logisk og formålstjenlig også ut fra sykehusreformen og helseforetaksmodellen. Dette er en målsetting som prinsipielt også kan forfølges via en bestiller-utfører tankegang (jfr. avsnitt 9.3.1. ovenfor)

En tydelig økt utvikling på dette området synes nødvendig i den norske spesialisthelsetjenesten i årene som kommer. Dette er også i samsvar med pasient-/innbyggersystemets voksende krav og kravene til kvalitet og dokumentasjon av kvalitet. Nødvendigheten av dette forsterkes av at veksten i ressurser til spesialisthelsetjenesten i seg selv gjør det naturlig med en betydelig økning av egentlige effektmål.

DRG systemet kan – slik det også gjøres i for eksempel Nederland, Tyskland, Sverige og Danmark – brukes i økt utstrekning som grunnlag for målinger av produktivitet og indikatorer a la DRG produksjon pr. legeårsverk, DRG produksjon pr. klinisk årsverk samlet sett, DRG produksjon i relasjon til innsatsfaktorer osv. Men dette forutsetter at

DRG systemets takster i langt høyere grad enn hva som synes å være tilfellet i dag utvikles og vedlikeholdes på en slik måte at det blir sikret en rimelig grad av overensstemmelse mellom takstene og de reelle kostnadene på helseforetaksnivå. Dette er viktig også ut fra hensynet til validitet og troverdighet. I dag henger fortsatt arven fra den 20 år gamle amerikanske opprinnelsen ved i NordDRG. En slik linje forutsetter også at det polikliniske området i langt høyere grad tenkes inn i sammenheng med DRG systemet – og at finansiering og avregning eventuelt samles. Strategien forutsetter også at det psykiatriske området og rehabiliteringsområdet trekkes inn som del av det case mix baserte finansierings- og avregningssystemet.

Det kan ut fra erfaringene i andre land konstateres at en sterkere integrasjon av mål for effektivitet og produktivitet i ressursstyringen skaper et press for det enkelte helseforetak i retning av selv å sikre stor grad av kunnskap om egne kostnader og om kostnadene i forskjellige typer pasientforløp. Det kan for eksempel skje ved å bruke case mix baserte systemer som grunnlag for å vurdere kost-nytte forhold og utviklingen i dette ("mer helse pr. krone"). En slik utvikling synes å være hensiktsmessig i seg selv. Og man kan stille det spørsmål om et helseforetak overhode kan forholde seg til egen effektivitet og produktivitet hvis egne kostnader i forskjellige typer av pasientforløp ikke er noenlunde kjent. Det er ikke vurderingen at dette for tiden er en realitet i den norske spesialisthelsetjenesten.

Det bør presiseres at det prinsipielt ikke er noe som er til hinder for å bruke skjønnsmessige takster som del av den samlede innholdsstyringen, hvis det er bestemte områder som ønskes prioritert opp. Dette kan være forenlig med å bruke DRG systemet som basis for måling av det enkelte helseforetaks effektivitet.

Internasjonale erfaringer viser likevel at det kan være grunn til forsiktighet med omfanget av skjønnsmessige takster, fordi forvirringen – og for øvrig også den administrative merbelastning – raskt blir ganske stor. Det er derfor viktig å ha en meget selektiv bruk av skjønnsmessige takster som del av innholdsstyringen.

I forbindelse med diskusjonen om kostnadskontroll, finansierings- og avregningssystemet og ressursstyringen har det vært et åpent spørsmål om balansen mellom mer tradisjonell rammeorientert styring og takst- og case mix basert styring bør forskyves – og i et av årene etter sykehusreformen ble andelen av innsatsbasert aktivitet satt ned til 40 %.

Det er en klar oppfatning at spesialisthelsetjenesten ikke er tjent med en endring i andelen av innsatsbasert finansiering og styring. Det er likeledes en klar oppfatning at et DRG system m.v., hvor takstene hele tiden ligger noenlunde tett opp mot kostnadene i den kliniske virkelighet, kan brukes i økt omfang og dermed som grunnlag for eksempelvis 70 % eller 80 % innsatsbasert finansiering og styring.

Norge er muligens et eksempel på den utvikling en ofte ser, hvor en økning i den aktivitetsbaserte styringen kan føre til økt aktivitet – også utover et nivå som vurderes å være hensiktsmessig, og hvor en kanskje kan risikere tendenser til overbehandling. Ved å ta i bruk et avregningstak og/eller ved å bruke såkalte ”knekketakster”, vil imidlertid en slik risiko imidlertid bli kraftig redusert. I en slik modell kan kompensasjonen til det enkelte helseforetak reduseres (til eksempelvis 30 % eller 40 % av DRG taksten), når man når et visst aktivitetsnivå, eller det fastsettes et tak for den aktivitet som overhode blir avregnet. En ordning med ”tak” og/eller ”knekketakster” bør antakelig overveies. Dette fordi et slikt system også vil gi noen klare spilleregler for det enkelte HF i marginalsituasjoner, hvor man er nær ved å nå det stipulerte aktivitetsbudsjett.

Anbefalingene ovenfor – med langt større innslag av ”performance mål” for det enkelte helseforetak – må også ses i lys av at spesialisthelsetjenesten det seneste tiår – også i årene etter sykehusreformen – har hatt en sterk aktivitetsvekst. Men det har også vært en sterk vekst i kostnadene. I tillegg kan det ligge latente problemer framover i forhold til økonomisk balanse og prinsippene for anvendelse av regnskapsloven, som fortsatt ikke synes å ha kommet endelig på plass.

Av denne grunn alene synes det naturlig å etablere denne type mål.

I tillegg kommer, jevnfør ovenfor (avsnitt 9.3.1.1.), at hensynet til det enkelte helseforetaks autonomi i seg selv kan være et grunnlag for å stille økte krav. I det ligger at frihetsgrader for det enkelte helseforetak så å si byttes med kravene om tydeligere ”performance mål”.

Ved å utforme denne type krav – og legge dem ut på helseforetaksnivå med oppfølging fra de regionale helseforetakene – vil en også få et godt utgangspunkt for andre typer ”performance nivå”. Det vil også gi et godt grunnlag for åpenhet om ”performance nivå” – særlig fordi kunnskap spesielt om kvalitet ikke på sikt kan holdes innenfor helseforetakenes egne dører.

Det er bare gjennomført få systematiske og mer omfattende studier av sammenhengen mellom ”behandlingsmessig kvalitet”, ”prosessmessig kvalitet” og ”økonomisk performance”. Men de studier som finnes indikerer at helseforetak som styrer ressurser, logistikk og kapasitetsutnyttelse tett, ofte nettopp på den bakgrunn også kan komme godt ut sammenlikninger på kvalitet i forhold til utredning og behandling. Disse studier setter således spørsmålsteget ved en tradisjonell og ofte uttalt oppfatning om at økt kvalitet krever flere ressurser.

Det synes også som et generelt problem i forhold til spesialisthelsetjenesten i Norge at det er relativt få effektmål. Nettopp i en konjunktur hvor Norge går fra å være på nivå med flesteparten av de europeiske land når det gjelder ressursbruk til å komme opp på et eget nivå, synes det å være gode grunner til å skjerpe fokus på output. Som i alle

andre sektorer vil vedvarende økt ressursinnsats ikke uten videre gi tilsvarende bedre effekter.

Prinsipielt forutsetter bruken av DRG takster - i forbindelse med eksempelvis prioritering og innholdsstyring, men også ut fra DRG som basis for effektmålinger – at helseforetakenes egne kostnader med forskjellige kategorier pasientforløp framstår relativt klart, dokumentert og gjennomiktig.

Hvis ingen kjenner egne gjennomsnittskostnader i forbindelse med pasientforløpene, vil det være vanskelig på noen meningsfylt måte å snakke om takster som avspeiler den kliniske virkelighet eller om skjønnsmessige takster, som ingen vet i hvor stor eller liten grad harmoniserer med virkelighetens produksjonskostnader.

Det er vurderingen at spesialisthelsetjenesten i Norge, sammenliknet med for eksempel Danmark, Sverige og Nederland, har brukt relativt få ressurser til å skape gjennomsiktighet i egne kostnader, og at en slik gjennomsiktighet generelt ikke er til stede og heller ikke i tilstrekkelig grad fremmes via de former for ressursstyring som de enkelte helseforetakene og de regionale helseforetakene har lagt til rette for.

I mange av de land som det har vært fokusert på i denne evalueringen, står det nasjonale nivå (hvis de er involvert i DRG og ambulant case mix) for utvikling og vedlikehold av takster, som via klinisk validering skal gjøres så kostnadstro som overhode mulig (svare til kostnadene i "den kliniske virkelighet"). De regionale nivå kan så via forskjellige former for takstmodeller og marginaltakstsystemer "dreie" effektene av takststyringen, bl.a. ut fra premisser i innholdsstyringen. Det er vanskelig å forstå hva Sosial- og Helsedirektoratets eksakte rolle er i denne sammenheng, hvis sitatet ovenfor skal forstås på den måten at også direktoratet skal tenke i takster som kan bidra til å fremme signalene i innholdsstyringen. Det kan for eksempel dreie seg om "for høye" takster for en rekke medisinske forløp, for kronikere m.v.

9.5. Helseforetaksmodellen som grunnlag for organisatorisk funksjonalitet og oppnåelse av forutsatte effekter

Hvorvidt sykehusreformens etablering av helseforetaksmodellen kan sies å utgjøre et hensiktsmessig, funksjonelt og formålsorientert organisatorisk fundament for den norske spesialisthelsetjeneste ble allerede i evalueringens innledning stilt opp som hovedspørsmål. Gjennomgangen i den foranstående del av kapittel 9 gir langt på vei et positivt svar på dette spørsmål – og på en rekke felt synes sykehusreformens målsettinger og føringer å være blitt forfulgt gjennom bl.a. helseforetaksmodellen.

Gjennomgangen peker imidlertid på at det omkring helseforetaksmodellen kan være tre felt hvor det er behov for avklaring og tydeliggjøring eller for innsats – og at det kan

være risiko i forhold til helseforetaksmodellens legitimitet hvis avklaring og tydeliggjøring samt innsats ikke sikres.

Det første feltet vedrører behovet for en klar avgjørelse på den vedvarende problematikken omkring regnskapslovens applisering – nivå for gjenanskaffelse og levetider m.v. Det er her grunn til å legge en linje som sikrer mer lempelige vilkår for helseforetakene, selv om dette vil ha en umiddelbar budsjettøkonomisk effekt.

Dette er ikke i uoverensstemmelse med de gitte anbefalingene om økt fokus på driftseffektivitet og kapasitetsutnyttelse. Tvert imot kan realisering av effektivitetsgevinster gjennom bl.a. rentable teknologiske og utstyrmessige investeringer være en klarere opsjon med løsere investeringsrammer. En manglende realisering av driftseffektivering kan av helseforetakene legitimeres ved den stramme investeringsrammen som finnes i dag.

Det er oppfattelsen at applisering av regnskapsloven bør ha som primær målsetting å sikre den integrerte styringslogikk, hvor foretakene vennes til å ha det samlede overblikk over både drifts- og anleggsside – samt over effekter av balanser mellom ressursanvendelser i forhold til henholdsvis drifts- og anleggsside. Introduksjonen av regnskapsloven innenfor rammene av helseforetaksmodellen bør således ikke isolert sett være en besparellesparameter, uansett de mange og riktige argumenter i retning av at konsolideringen av helseforetaksstrukturen etter sykehusreformen samt oppgave- og funksjonsfordelinger kan være et grunnlag for optimalisering.

Det andre feltet vedrører bestiller-utfører konseptet, som foreslås eliminert som del av grunnlaget for den norske helseforetaksmodell. Konserntankegangen forekommer å være mer hensiktsmessig. Dette gjelder også i en fremadrettet optikk med vektlegging på f.eks. kvalitet og ensartede relasjoner og samhandlingsformer mellom helseforetak og primærhelsetjeneste. Det gir uklarheter i organisering og applisering av helseforetaksmodellen at det ikke er en tydelig markering av bestiller-utfører tankegangens plass og eksakte organisatoriske konsekvenser i den samlede spesialisthelsetjeneste. På samme måte sår det tvil om bestiller-utfører modellens "kursverdi" når de regionale helseforetak i alt vesentlig ikke agerer ut fra de konkurransefremmende premisser som ligger implisitt i anvendelse av bestiller-utfører prinsippene. Det samme gjelder når regionale helseforetak velger å agere med egne ledere som styreledere i helseforetak.

Det bemerkes som en grunnleggende oppfattelse at det er et klart behov for mer detaljert benchmarkingorientert konkurranse på helseforetaksnivå – og at det forslås å presse dette frem gjennom de rapporteringer og innsatser fra helseforetakene selv som er foreslått under avsnittet om kostnadskontroll.

Dette leder automatisk over i det tredje feltet – nemlig at det i spesialisthelsetjenesten forekommer å være et økt behov for synliggjøring av effekter. Forbedret kostnadskontroll var en vesentlig premiss ved sykehusreformen. På tross av denne premiss har

det vært en fortsatt utgiftsstigning også etter helseforetaksmodellen trådte i kraft. Selv om aktiviteten generelt er økt, synes det å sikre en klarere synliggjøring av hva eksakt innbyggerne får for pengene å være stadig mer vesentlig. Sammenhengen med økt fokus på driftseffektiviteten er åpenbar. Det er ikke innlysende at et siktemål mot bedre driftseffektivitet og kapasitetsutnyttelse harmonerer med fortsatte tilleggsbevilgninger.

Gjennomgangen peker også på en rekke felt hvor det vurderes at den konkrete applisering av helseforetaksmodellen og anvendelsen av helseforetaksnivåene (regionalt og lokalt) med fordel kan overveies eller tilpasses.

Vesentlige punkter her omfatter bl.a.

justerte arbeidsdelinger, herunder

- mellom det nasjonale nivå og det regionale foretaksnivå, hvor ikke minst arbeidet med kvalitet og IKT forekommer å være områder hvor det regionale nivå kan pålegges både større selvstendig ansvar og større grader av beslutningsmyndighet, men hvor forventede resultater også skal være klart formulert fra nasjonalt nivå
- eventuelt på det nasjonale nivå og i så fall ikke minst i forhold til eierstyring og myndighetsstyring – bl.a. med henblikk på begrensninger i styringslinjene overfor det regionale helseforetaksnivå, hvor bestillerdokumenter og foretaksmøter forekommer tilstrekkelige

justeringer på styrenivå i selve helseforetaksmodellen gjennom

- utvidelse av styrene på både regionalt nivå og for helseforetakene med henblikk på å skape rom for en viss politisk representasjon
- fast etablering av samfunnspaneler i tilknytning til alle helseforetak

justeringer i forhold til kvalitet og dokumentert kvalitet som vurderes å være et helt avgjørende nøkkelområde i de kommende års utvikling av spesialisthelsetjenesten gjennom

- den anførte endrede arbeidsdeling mellom regionalt og nasjonalt nivå i forhold til kvalitetsarbeidet
- introduksjonen av et uavhengig kvalitetsorgan som overvåker og rapporterer direkte til Stortinget, gjennom en meget konkret, årlig rapport, vurderer aktuelt nivå for anvendelse av kvalitetsindikatorer, forstått som effektmål, og dokumentert kvalitet i den norske spesialisthelsetjeneste. Rapporten kan eksempelvis inkludere en rangordning av de forskjellige helseforetak ut fra forskjellige kriterier omkring kvalitet
- introduksjon av akkreditering/sertifisering som basis for både prosessunderstøttelse og systematisk adressering av en lang rekke myndighetskrav. Det omtalte uavhengige kvalitetsorgan kan her opptre som (uavhengig) rådgiver for de regionale helseforetak og helseforetakene – men hvor realiseringen av akkreditering er et selvstendig kriterium for det uavhengige organs vurdering av det enkelte helseforetaks nivå i forhold til kvalitet og kvalitetsarbeid

justering eller introduksjon av mer presis plattform for nasjonal politisk involvering, gjennom bl.a.

- utferdigelse og vedlikeholdelse av strategisk nasjonal plan for spesialisthelsetjenesten – som basis for bestillerdokumentene
- avholdelse av en årlig nasjonal Stortingskonferanse, hvor fagmiljø, helseforetaksledelser og politikere i fellesskap oppnår informasjon om, samt drøfter utviklingslinjer og mulige prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. Informasjon og drøftelser gir i seg selv innspill til nasjonal plan og bestillerdokumenter
- den ovenfor nevnte rapport fra et uavhengig kvalitetsorgan

justering av kravene til helseforetakene, gjennom bl.a.

- utvidet fokus på driftseffektivitet og kapasitetsutnyttelse
- synliggjøring av forskjeller i produsentsystemet når det gjelder driftsmessig effektivitet og kapasitetsutnyttelse
- obligatoriske rapporteringer som synliggjør kostnader ikke alene i forhold til helhet eller bestemte områder, men forhold til kategorier av pasientforløp

Det kan være et nærliggende spørsmål om vilkårene for løsning av problemer og understøttelse av målsatt utvikling i forhold til spesialisthelsetjenesten langt på vei er uavhengige av eller kun delvis avhengig av organisatoriske rammer og av prinsipper for organisering – og om utviklingen i spesialisthelsetjenesten i Norge ville ha vært noenlunde den samme i årene 2002-2005 også uten en sykehusreform og en helseforetaksmodell.

Det er likeledes et nærliggende spørsmål om den vifte av utfordringer, barrierer, muligheter og behov m.m. som oppleves fra eksempelvis det politiske system eller pasient-/innbyggerssystemet i tilknytning til spesialisthelsetjenesten, ville ha vært annerledes eller sammensatt på en annen måte uten en sykehusreform og uten en helseforetaksmodell.

Det er en klar vurdering at tingene i den norske spesialisthelsetjeneste ser annerledes ut enn de ville ha gjort uten en sykehusreform og en helseforetaksmodell. Det er også en klar vurdering at den norske spesialisthelsetjeneste generelt har vært tjent med at reform og foretaksmodell ble gjennomført og realisert.

Strukturen etter sykehusreformen har muliggjort oppgave- og funksjonsfordelinger som ikke ville blitt gjennomført – i alle fall ikke i det omfang det reelt er skjedd – under fylkenes fortsatte ledelse, og den har muliggjort konsolidering av sykehus og sykehuslokaliteter innenfor rammene av større helseforetak. Dette er en utvikling som formodentlig har vært enda mer markant enn selve sykehusreformens fedre hadde forutsett. Bare disse to eksempler indikerer også at den mer helhetsorienterte tilgang til spesialisthelsetjenesten har vært mulig nettopp gjennom sykehusreformen og med helseforetaksmodellen.

Også det ledelsesmessige, herunder fokus på ledelse, samt bruker- og pasient-involvering vurderes å ha blitt hjulpet kraftig med sykehusreformen og helseforetaksmodellen. De aktuelle tilstander avspeiler faktiske effekter av sykehusreformen og helseforetaksmodellen minst like mye som effekter av den alminnelige samfunnsutvikling som ville ha påvirket også med fylkeskommunene som eiere av spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder viften av utfordringer, barrierer, muligheter og behov m.m. er det selvsagt vanskelig å konkludere hvorvidt denne vifte ville ha vært annerledes sammensatt uten en sykehusreform og uten helseforetaksmodellen. Mange av de oppfattede problemer omkring spesialisthelsetjenesten på tidspunktet for sykehusreformens implementering synes imidlertid å ha blitt adressert og ha gitt effekter. Den meget fragmenterte struktur under fylkeskommunene synes for alvor å ha blitt utfordret gjennom helseforetaksmodellen, ventetider/ventelister har blitt adressert med klare resultater, fokus på mer sammenhengende kostnadskontroll er intensivert osv.

Noen utfordringer og problemer som allerede på tidspunktet for sykehusreformens forberedelse var på vei inn som mer vesentlige – nemlig kvalitet og dokumentasjon av kvalitet samt sammenheng mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste – forekommer så å si å ha ”vokst” i årene etter sykehusreformen.

Det kan være et synspunkt at spesialisthelsetjenesten ut fra helseforetaksmodellen ikke i tilstrekkelig grad har vært i stand til å adressere de stigende krav om dokumentert kvalitet og anvendelse av egentlige kvalitetsindikatorer. På samme måte kan det være et synspunkt at spesialisthelsetjenesten ikke i tilstrekkelig grad gjennom helseforetaksmodellen har vært i stand til å oppnå fremdrift med konkrete tiltak vedrørende sammenbinding overfor primærhelsetjenesten.

Det er imidlertid ikke vurderingen at helseforetaksmodellen – i forhold til kvalitet – er et utilstrekkelig grunnlag, men snarere at krav og målsettinger ikke har vært tilstrekkelig presist formulerte, og at metoder tilpasset krav og målsettinger ikke i nødvendig omfang har vært utviklet eller utbredt.

De forslag som er stilt med basis i denne evaluering når det gjelder kvalitet kan medvirke til å sikre at helseforetaksmodellen i økt omfang kan utgjøre grunnlaget for markant fremdrift for kvalitetsarbeid og dokumentasjon av kvalitet i produsentsystemet – både hjulpet og presset av et uavhengig kvalitetsorgan på nasjonalt nivå.

Det er heller ikke vurderingen at helseforetaksmodellen – i forhold til samspill mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – er et utilstrekkelig grunnlag, men at spesialisthelsetjenesten i de første år etter sykehusreformen, ganske forståelig, har vært meget opptatt av å få orden i egne rekker ut fra reformens føringer og premisser. Helseforetaksmodellen vil i de kommende år i stigende grad bli vurdert *også* på evnen til ikke kun å løse interne problemer og utfordringer på hensiktsmessig vis, men samtidig

å medvirke aktivt i forsøkene på å binde spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten sammen.

Det kan forekomme problematisk – hvis disse utfordringer skal løses med stor grad av bæredyktighet – at spesialisthelsetjenesten over de senere år har funnet et konsolideringsnivå med sterke regionale strukturer og relativt store helseforetak, hvor det skal bygges driftsstabile samhandlingsrelasjoner opp med en primærhelsetjeneste som omfatter mange små kommunale enheter og i det hele tatt et meget fragmentert produsent-system. Denne ubalanse kan gi problemer, selv om ubalansen ikke synes å skyldes ikke-tidssvarende strukturer i spesialisthelsetjenesten.

Noen av de forslag som er stilt ut fra denne evaluering, ikke minst omkring kvalitet og kostnadskontroll, er fremført meget bevisst fordi de orienterer seg mot felt som ligger utover det som gjennom helseforetaksmodellen er håndtert i de første år etter sykehusreformen. I perioden etter reformen er det således arbeidet med og gjennomført atskillige strukturelle grep – men karakteren av disse grep har kun i begrenset omfang medvirket til å skape økt gjennomsiktighet i forhold til det kliniske arbeid – herunder effekter – og de konkrete økonomiske disponeringer og styringsformer i sengeavsnitt og poliklinikker m.v. De forslag som er stilt omkring bl.a. kvalitet og kostnadskontroll, sikter imot metoder og fremgangsmåter som i høyere grad enn nå kan ”åpne” produsentsystemet og sikre større grad av innsikt i de reelle ”performance-nivå” – både når det gjelder driftseffektivitet og kvalitet, og når det gjelder sammenhengen mellom driftseffektivitet og kvalitet.

Det er en relativt alminnelig uttalelse fra kliniske miljø at sykehusreform og helseforetaksmodell kun i begrenset omfang har påvirket det daglige arbeid. Selv om påstanden formodentlig er overdrevet og i hvert ikke gjelder generelt på tvers av helseforetak, hvorav noen har vært påvirket i meget stor grad, så gir den et inntrykk av at produsent-systemet i noen sammenhenger arbeider videre som tidligere, lettere uanfektet av reform og foretaksmodell samt strukturelle grep.

Helseforetaksmodellen kan saktens være grunnlag også for videre bestrebelser på å oppnå større grad av innsikt og manøvermuligheter inn i de helt konkrete produksjonsprosesser og arbeidsganger. Suksesskriteriet for helseforetaksmodellen i det videre perspektiv er kanskje nettopp sikringen av at også fagmiljø og klinisk produksjon påvirkes og føler seg påvirket.

10. Bilag og kilder m.v.

10.1. Samtaleguide

Evalueringsoppdrag:

”Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet”

Samtale med:

Dato:

Konsulent:

Bakgrunn:

Sykehusreformen i Norge, som ble iverksatt i 2002, besto av to strukturelle hovedgrep:

- Staten overtok eieransvaret for de fylkeskommunale virksomhetene innen spesialisthelsetjenesten og dermed hele ansvaret for spesialisthelsetjenesten.
- Spesialisthelsetjenesten ble organisert ved hjelp av foretak med egne styrer og brukerråd, og eierskapet til sykehusene ble samlet i fem regionale helseforetak.

Med dette som utgangspunkt har Helse- og Omsorgsdepartementet gitt konsulentfirmaene AGENDA Utredning & Utvikling og MUUSMANN Research & Consulting i oppdrag å belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet, og om denne funksjonaliteten kan evalueres ut fra sykehusreformens premisser og ut fra utviklingen etter sykehusreformen.

Oppdragsgiver har framhevet fire hovedelementer som utgangspunkt for vurderingen av foretaksmodellens funksjonalitet:

- (1) Eier/myndighetsdimensjonen
- (2) Bestiller/utførerdimensjonen
- (3) Kostnadskontroll
- (4) Demokratieffekt

Også andre elementer kan imidlertid inngå i den samlede vurdering av helseforetaksmodellens funksjonalitet.

AGENDA og MUUSMANN har valgt en tilnærming som forutsetter bidrag fra en bred og representativ samling av beslutningstagere og andre interessenter innenfor det norske helsevesen, og som fokuserer på de tre følgende hovedspørsmål, nemlig om foretaksmodellen

- er egnet til å nå de *mål for organisatorisk funksjonalitet* som var reformens hensikt?
- har lagt til rette for å nå de *effektmaal* som reformen tok sikte på å nå?
- har lagt til rette for *optimal sammenheng* mellom organisatorisk funksjonalitet på den ene siden og oppnåelse av forutsatte effekter på den andre?

Evalueringen skal altså gi svar på spørsmålet om den organisatoriske ramme som er etablert har gitt grunnlaget for å oppnå de mål og effekter som ble forutsatt i forbindelse med sykehusreformen.

Samtalen den (dato) vil starte med en kort gjennomgang av tilnærmingen til oppdraget (jf. ovenfor) av prosjektteamet fra AGENDA og MUUSMANN, samt av tids- og aktivitetsplanen for evalueringen. Deretter vil samtalen konsentrere seg om en rekke tematiserte spørsmål, som er gjengitt i det følgende.

Vi vil understreke at samtalen er fortrolig, og at den informasjon og de synspunkter som kommer fram under samtalen ikke vil kunne knyttes til enkeltpersoner i den endelige evalueringsrapporten. Notatene fra samtalen som brukes i evalueringsarbeidet vil bli destruert så snart evalueringsrapporten er ferdigstilt.

Før vi starter på de tematiserte spørsmålene, vil jeg gjerne stille et par åpne spørsmål:

1. "Når du tenker på hvordan den nye foretaksmodellen fungerer i det store og det hele – som organisasjonsmodell – hva synes du er **aller mest vellykket**?"
2. "Når du tenker på hvordan den nye foretaksmodellen fungerer i det store og det hele – som organisasjonsmodell – hva synes du er **aller mest problematisk**?.. eller sagt på en annen måte: Hva er **dine største bekymringer** når det gjelder hvordan modellen fungerer?"

I Organisatorisk funksjonalitet

Sykehusreformens helseforetaksmodell baserte seg på en rekke organisatoriske begrunnelser, blant annet når det gjaldt organiseringen av de regionale organene og sykehusene som egentlige "foretak". De tematiserte spørsmål nedenfor danner utgangspunkt for en drøfting av om sykehusreformens foretaksmodell har vist sig at utgjøre en optimal eller forbedret organisatorisk ramme for spesialisthelsetjenesten.

1. Er det med foretaksmodellen etablert en organisatorisk ramme som innebærer tydelighet og konsistens med hensyn til roller?

Herunder

- (a) statens rolle som myndighet, eier og (overordnet) bestiller**
- (b) regionenes rolle som eiere og (mer konkret) bestillere**
- (c) helseforetakenes rolle som leverandører av ytelser (utredning, behandling m.v.)**
- (d) private aktørers rolle (som leverandør av ytelser m.v.)**

2. Er det med foretaksmodellen etablert en organisatorisk ramme som forbedrer eller optimerer mulighetene for en hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling innenfor den samlede spesialisthelsetjeneste?

3. Er det med foretaksmodellen etablert en organisatorisk ramme som gir grunnlag for økt myndiggjøring og ansvar for ledelsene i de ulike helseforetak?

4. Er det med foretaksmodellen etablert en organisatorisk ramme som stiller krav til eller gir insitamenter til økt kostnadsbevissthet og/eller økt kostnadskontroll?

5. Er det med foretaksmodellen etablert en organisatorisk ramme som sikrer grunnlaget for en helhetsorientert prioritering? – for eksempel i forbindelse med bruk av ressurser eller i forbindelse med type – og omfang – av tilbud innenfor de ulike sykdomsområder.

6. a) Er det med foretaksmodellen etablert en organisatorisk ramme som gir basis for mer langsiktige, strategiske satsinger og for nødvendige endringer? – og i denne sammenheng:

b) Er det med foretaksmodellen etablert en organisatorisk ramme som sikrer at fornyelser får gjennomslag raskt (raskere enn før), for eksempel gjennom medisinsk teknologiutvikling eller gjennom utvikling av styringsprinsipper?

7. Er det med foretaksmodellen etablert en organisatorisk ramme som gir grunnlag for å realisere tilbudet om fritt sykehusvalg på en god måte?

8. Er det med foretaksmodellen lagt grunnlaget for en hensiktsmessig bruk av private leverandører av helsetjenester? Vi sikter da både til oppgavefordelingen mellom private og offentlige leverandører og priser for kjøp av tjenester fra de private leverandørene.

9. Er det andre forhold eller problemstillinger som du mener er relevante i forbindelse med vurderingen av foretaksmodellen som organisatorisk ramme?

II Effekter av innføringen av den nye helseforetaksmodellen

De organisatoriske grepene i sykehusreformen – etableringen av en ny helseforetaksmodell – skulle bidra til at realisere en rekke mål. De tematiserte spørsmål i det følgende gir grunnlag for en drøfting av om sykehusreformens helseforetaksmodell har bidratt til å realisere (en rekke av) disse forutsatte effektene.

1. Har helseforetaksmodellen bidratt til å sikre den norske befolkning et mer likeverdig helsetilbud – uavhengig av bosted?

2. Har helseforetaksmodellen bidratt til å sikre tilstrekkelig behandlingsskapasitet og (dermed) kortere ventetider i forbindelse med utredning/behandling?

3. Har helseforetaksmodellen hatt noen effekt når det gjelder kvalitet på behandlingen, eller i det hele tatt når det gjelder kvaliteten på det samlede helsetilbudet?

4. Har helseforetaksmodellen bidratt til å sikre et mer ”sømløst” helsetilbud gjennom bedre samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten?

5. Har helseforetaksmodellen sikret riktig nivå på den politiske styring og tilstrekkelig demokratisk kontroll av spesialisthelsetjenesten?

6. Har helseforetaksmodellen dannet grunnlag for utvidet eller ”bedre” brukerinnflytelse innenfor spesialisthelsetjenesten?

7. Har helseforetaksmodellen bidratt til en mer effektiv utnyttelse av ressursene innen spesialisthelsetjenesten?

8. Har helseforetaksmodellen hatt andre positive eller negative effekter enn de vi har berørt i spørsmålene foran?

Kan jeg få avslutte med å stille noen få oppsamlingsspørsmål, der jeg ber deg si hvor

	Helt enig	Ganske enig	Litt enig	Litt uenig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke
Helseforetaksmodellen har gitt bedre rammer for å fokusere på <i>behandlingskvaliteten</i> i spesialisthelsetjenesten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Helseforetaksmodellen er en god organisatorisk plattform for å skape de <i>nødvendige og hensiktsmessige tilpasninger og forandringer</i> innenfor spesialisthelsetjenesten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Helseforetaksmodellen gir et godt grunnlag for en <i>hensiktsmessig oppgave- og funksjonsdeling</i> innenfor spesialisthelsetjenesten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Helseforetaksmodellen har styrket mulighetene for å dra nytte av <i>den medisinske teknologiske utviklingen</i> i spesialisthelsetjenesten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Brukermedvirkningen</i> i helseforetaksmodellen er et gode for spesialisthelsetjenesten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Helseforetaksmodellen har medvirket til <i>økt fokus på pasientstrømmer</i> og mer "sømløse" strømmer i det samlede helsevesen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mange av de senere års tiltak, initiativer og prosjekter innenfor spesialisthelsetjenesten ville ha kommet også uten helseforetaksmodellen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Av de områdene jeg nå leser opp, angi de <i>tre områdene</i> hvor helseforetaksmodellen har hatt størst gjennomslagskraft: ☐ oppgave- og funksjonsfordeling ☐ pasientforløp ☐ økonomisk styring ☐ brukerindflydelse ☐ prioritering av behandlingsområder ☐ ventetider ☐ organisationsudvikling ☐ ledelsesudvikling ☐ kvalitet i behandlingen ☐ fordeling av ansvar og kompetencer ☐ patienttilfredshed ☐ demokrati og nærhed ☐ andet (specificér): _____							

NB! Husk å spørre om viktige dokumenter: "Vi har selvfølgelig en oversikt over alle de sentrale dokumentene knyttet til sykehusformen. Men har du kjennskap til andre dokumenter (innenfor ditt område/foretak) som vi bør ha tilgang til?"

10.2. Utvalgte kilder

Tittel	Organisasjon/institusjon. År	Forfatter(e). Bemerkninger
"...og bedre skal det bli! – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og Helsetjenesten (2005-2015)"	Sosial- og Helsedepartementet. 2005	Frode Forland med ekstern ressursgruppe
"Acute Hospital Bed Capacity – A Nasjonal Review"	Department of Health and Children (Eire). 2002	
"Annual Report 2003"	Department of Health and Children. 2004	
"Audit of Structures and Functions in the Health System"	Department of Health and Children. 2003	
"Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten"	NoU. 2003 : 1	
"Bidrag Fra FAF"	OECD	
"Data for NPR ad Sykehuset Innlandet"	Analysesenteret AS. 2005	Rekvireret materiale
"Datagrunnlag for utviklingen av effektivitet innenfor somatikk"	SAMDATA Somatikk 2004	Rekvireret materiale
"Delivering for Health"	Scottish Executive. 2005	
"Den framtida närsjukvården"	3S-utredningen. Stockholms läns landsting. 2004	
"Den fremtidige udvikling i efterspørgslen efter sundhedsydelser, Biosundhed – et nyt partnerskab for vækst"	Erhvervs- og beskæftigelsesministeriet. 2002	
"Den norske sykehusreformen: Hva som er galt, og hvordan den kan forbedres"	Økonomisk forum nr. 8 2004	Åge Danielsen, Terje P. Hagen og Rune Sørensen
"Departmental Report 2004"	Department of Health. 2004	
"Deskriptiv analyse af udvalgte nord-europæiske sundhedssystemer"	Amtsrådsforeningen og DSI Institut for Sundhedsvæsen. 2002	
"Det nye universitetssjukhuset och den framtida akutsjukvårdsstrukturen"	3S-utredningen. Stockholms läns landsting. 2003	
"Eierstyring og selskapsledelse (Corporate governance)"	Aksjonærforeningen i Norge m.fl. 2004	
"Erfaringer med bestiller-utfører modeller i sygehussvæsenene i Sverige og England"	DSI Institut for Sundhedsvæsen. 2004	
"Evaluering af takststyring på sygehussområdet"	H:S, Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2005	
"Fakta grunnlag pr 15.12.04. Struktur og investeringsplan. Sykehuset Innlandet 2006-2020"	2004	
"For lite penger – for lite demokrati. Status i sykehusreformen. Januar 2005"	2005	De Facto, Roar Eilertsen
"Fordele og ulemper ved køber/sælger modellen. Teori og faktiske erfaringer i England, Sverige og New Zealand"	DSI Institut for Sundhedsvæsen. 2000	

Tittel	Organisasjon/institusjon. År	Forfatter(e). Bemerkninger
"Fra Stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste"	Statens forvaltningstjeneste Informationsforvaltning, 2005	Instilling fra et utvalg ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003. Norges offentlige utredninger. Leder: Nils Fredrik Wisløff
"Fremtidens milliardindustri: Den højt teknologiske patient"	2004	Temannummer af Ugebrevet Mandag Morgen, nr. 21
"Harde og myke budsjettsskranker – og RHFenes effektivitets- og aktivitetsutvikling"	Bidrag i "Helse-Norge i støpeskjeen", Fagbokforlaget	Trond Tjerbo og Terje P. Hagen
"Harde" og "myke" budsjettsskranker – og RHFenes effektivitets- og aktivitetsutvikling"	Institutt for helseledelse og helseøkonomi Universitetet i Oslo. 2005	Bidrag til Ståle Opedal og Inger Stigen (red): "Helse-Norge i Støpeskjeen".
"Health care systems in eight countries: trends and challenges"	European Observatory on Health Care Systems. 2002	Commissioned by the Health Trends Review, HM Treasury
"Health Service Reform Programme launched"	2003	Fra internettside: www.irishhealth.com
"Helse Øst's bestilling av spesialisthelsetjenester for 2005"	Helse Øst. 2005	Avtale om leveranse inngått mellom Ullevål Universitetssykehus HF og Helse Øst RHF
"Helsedepartementets beslutning om oppfølging av rolleutvalgets forslag til rutiner mellom Helsedepartement, Sosial- og Helsedirektorat og regionale helseforetak. Rolleutvalgets rapport av mai 2004"	Sosial- og Helsedepartementet. 2004	
"Helseregnskap 1997-2004"	SSB	
"Informationshefte om Innsatsstyrt finansiering 2005"	Helse- og Omsorgsdepartementet. 2005	
"Irish Health Service Reform Programme"	2004	Hospital. Issue 1/2004. Fra internettside: www.hospital.be
"Konsekvensanalys SLL laboratorier"	Vasco Advisers. 2003	Rapport
"Kube for alle oppholdstyper, 1998 – 1. tertial 2005"	SINTEF Helse Norsk pasientregister	Hentet fra internettside: www.npr.no
"Mandat for forskning som strategisk satsingsområde"	Sosial- og Helsedepartementet. 2004	Internetside
"Nasjonal myndighetsstyring, mål, faglige rammer, forventninger og tilskudd/vilkår for tilskudd – 2004"	Sosial- og Helsedirektoratet. 2004	Brev til regionale helseforetak. Internetside
"Nasjonal Overview – Improving Clinical Care in Scotland"	Quality Improvement Scotland. 2003	
"Nærskjvårdprosjektet. Huvudrapport"	2004	
"Om helsepolitikk, reformer og forvaltning"	Handelshøyskolen BI, Institutt for offentlige styringsformer	Egil Marstein
"Omdømmemåling 2004 – gjennomført for Helse Sør"	MMI	Tom Vestby
"Otte folkesygdomme – forekomst og utvikling"	Statens Institutt for Folkesundhet. 2005	
"Phase I – Health Service Reform Programme"	Irish Health Service.	Composite Report

Tittel	Organisasjon/institusjon. År	Forfatter(e). Bemerkninger
"Plan for faseorientert utvikling av psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet HF"	Sykehuset Innlandet HF. Divisjon Psykisk helsevern.	
"Prosjektplan for helhetlig kvalitetsutvikling og -måling. Område: Spesialisthelsetjeneste, Akuttmottak"	Medivi. 2004	
"Purchaser Provider Split in Principle and Practice – Experiences from Sweden"	School of Public Administration. Göteborg University. 2003	SPA Working Paper
"Rapport Medicinsk gastroenterologi"	3S-utredningen. Stockholms läns landsting. 2004	
"Recent French health system reform proposals"	2004	Euro Observer. Summer 2004. Vol. 6, no. 2
"Region Hovedstaden. Kommissorium for arbejdet i specialegrupperne med henblik på beskrivelse af sygehusbehandling"	Københavns Amt, Frederiksborg Amt, Bornholms Regionskommune og Hovedstadens Sygehusfællesskab. 2005	
"Report of National Consultative Forum (2004) Proceedings"	Department of Health and Children. 2004	
"Resept 2006"	Helse Sør	
"Revidert instruks, datert 20. januar 2004, til styret i Helse xxx RHF om forholdet til universiteter og høyskoler"	Sosial- og Helsedepartementet. 2004	Internettside
"Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004"	SINTEF Helse Norsk pasientregister. 2005	
"Securing Good Health for the Whole Population"	2004	Derek Wanless
"Securing Our Future Health: Taking A Long-Term View"	2002	Derek Wanless
"Spesialisthelsetjenesten, sentrale utviklingstrekk innen spesialisthelsetjenesten 1999-2003"	SAMDATA	Rekvirert materiale
"Spesialistrelaterad utredning – Psykiatri"	Stockholms läns landsting. 2004	
"St.prp. nr. 1 (2004-2005) For budsjett-terminen 2005"	Helse- og Omsorgsdepartementet. 2005	Utgiftskapitler: 700-761 og 2711-2790. Inntektskapitler: 3700-3751, 5577 og 5578.
"Standardforedrag om sykehusreformen"	Sosial- og Helsedepartementet. 2002	Internettside
"Statement of Strategy 2005-2007"	Department of Health and Children. 2005	
"Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005. En prosessevaluering. Sluttrapport"	Norsk institutt for by- og regionsforskning, Rogalandsforskning og Nordlandsforskning. 2005	
"Strategisk fokus 2003-2006. Delmål og tiltak for 2005"	Helse Øst RHF. 2004	
"Struktur og investeringsplan 2006-2020. Helsepolitiske og økonomiske premisser og føringer – hva betyr dette for Sykehuset Innlandet?"	2005	
"Styringsdokument 2005. Helse Bergen HF"	Helse Vest RHF. 2005	Vedteke av styret i Helse Vest RHF 02.02.05

Tittel	Organisasjon/institusjon. År	Forfatter(e). Bemerkninger
"Svenske problemer med købmands-model i sundhedsvæsenet"	Amtsrådsforeningen, 2005	
"Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992-1999: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering?"	Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo (HERO). 2001	
"Sykehusreformen – noen eierperspektiv"	Sosial- og Helsedepartementet. 2001	Eier- og foretaksgruppen
"The Health Service Reform Programme"	Irish Health Service. 2003	
"The Health Service Reform Programme"	Department of Health and Children. 2005	
"The Nasjonal Health and Lifestyle Surveys"	Department of Health and Children (Eire). 2003	
"The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central Government Takes Over Ownership of Public Hospitals"	HEB Program for helseøkonomi i Bergen. 2004	Notatserie i helseøkonomi. Nr. 16/04
"The Third Way and Health Policy. The National Plan for Britain's National Health Service: Toward a Managed Market"	2001	International Journal af Health Services. Vol. 21, No. 1, Pages 105-110
"Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies"	OECD. 2004	The OECD Health Project
"Undersøgelse af kapaciteten i intensiv terapi"	Sundhedsstyrelsen. 2004	
"Utredning av hjärtsjukvårdens struktur inom Stockholms läns landsting"	Sahlgrenska Universitetssjukhuset. 2004	
"Vil reformen med statlige, regionale helseforetak føre til effektivitetsforbedringer ved norske sykehus? Hva sier aktuelle teorier og erfaringer så langt?"	Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift, Vol. 21	Lars Erik Kjekshus
"Årsrapport 2004"	Omnia. 2005	
"Årsrapport fra beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten"	2005	
"Årsrapport, juni 2005"	Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten	