

# **Mellom politikk og administrasjon**

## **Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge**

**Jon Magnussen  
Karsten Vrangbæk  
Pål Martinussen  
Jan Frich**

**Rapport til Den norske legeforening.  
Mai 2016**

## **Forord**

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Den norske legeforening. Den diskuterer ulike sider ved dagens helseforetaksmodell og skisserer mulige alternative modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge. Rapporten består av seks kapitler:

Kapittel 1- ”Spesialisthelsetjenesten før og etter helseforetaksreformen:

Noen utviklingstrekk” - er skrevet av professor Jon Magnussen, NTNU, og beskriver utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten før og etter helseforetaksreformen i 2002.

Kapittel 2 – ”Hva mener legene om dagens organisering? Resultater fra en surveyundersøkelse” - er skrevet av professor Pål Martinussen, NTNU, og beskriver resultatene fra en surveyundersøkelse blant sykehusleger hvor tema var ulike aspekter ved foretaksmodellen.

Kapittel 3 – ”Styringsmodeller for spesialisthelsetjenesten. Forholdet mellom politikk og administrativ styring.” - er skrevet av professor Karsten Vrangbæk, Københavns Universitet, og diskuterer ulike prinsipielle sider ved modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten.

Kapittel 4 – ”Styring og ledelse på det utførende nivå (sykehusene)” - er skrevet av professor Jan Frich, Universitetet i Oslo, og diskuterer ulike aspekter ved og modeller for ledelse i sykehus.

Kapittel 5 – ”Bruk av regnskapsloven i helseforetakene. Drift, investeringer og overskudd.” - er skrevet av professor Jon Magnussen, NTNU, og diskuterer bruk av regnskapsloven og modeller for finansiering av investeringer i spesialisthelsetjenesten.

Kapittel 6 - ”Organisasjonsmodeller for spesialisthelsetjenesten.” - er skrevet av prosjektgruppen samlet, og skisserer alternative modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten.

Trondheim/Oslo/København - Mai 2016

Jon Magnussen

Karsten Vrangbæk

Pål Martinussen

Jan Frich

**Kapittel 1:**  
**Spesialisthelsetjenesten før og etter helseforetaksreformen**  
Noen utviklingstrekk

Jon Magnussen  
Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Helseforetaksreformen i 2002 innebar at staten overtok eierskapet til sykehusene. Samtidig ble tilknytningsformen endret fra en forvaltnings- til en foretaksmodell. Målsettingene, slik de ble beskrevet i Ot. Prp. nr. 66 (2000-2001) var å:

*”..legge grunnlaget for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og å lovfeste et tydelig statlig ansvar, foruten å legge til rette for bedre utnyttelse av de ressursene som settes inn i sektoren og derved sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen.” (Ot. Prp. Nr. 66 (2000-2001))*

Det har være foretatt flere evalueringer av ulike sider ved reformen. NIBR og Nordlandsforskning gjennomførte i 2005 en prosessevaluering av statlig eierskap og foretaksorganisering (Opedal et al, 2005). Agenda-Muusmann gjennomførte en evaluering av helseforetaksmodellens funksjonalitet i 2005 (Agenda-Muusmann, 2005). I regi av Norges Forskningsråd og med deltakelse fra flere fagmiljø ble i 2005-06 gjennomført en resultatevaluering (Forskningsrådet, 2007). SINTEF gjennomførte en evaluering av forskning i helseforetakene i 2010 (Kalseth et al, 2010) og Agenda-Kaupang av styrene i helseforetakene i 2012 (Agenda Kapupang, 2012).

Løpende beskrivelser av ressursbruk, aktivitet og produktivitet gis i årlige SAMDATA rapporter. Før 2009 ble disse utarbeidet av SINTEF, fra 2010 har ansvaret ligget i Helsedirektoratet. Informasjon om aktivitet og ressursbruk kan også finnes hos Statistisk Sentralbyrå, som presenterer årlige oppdatering av utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten. Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten ble opprettet i 2005 for å bidra med faktagrunnlag som utgangspunkt for fastsettelse av budsjettammer for spesialisthelsetjenesten. Utvalget leverte årlige rapporter fra 2005 til og med 2011.

I tillegg til dette foreligger også rapporter og publiserte vitenskapelige artikler som diskuterer ulike sider ved helsetjenesten i Norge etter innføring av helseforetaksreformen.

Det er dermed ingen mangel på lesestoff for den som måtte være interessert i hva som har skjedd etter foretaksreformen. Hensikten med dette innledende kapitlet er derfor ikke å gå i detalj om utviklingen i spesialisthelsetjenesten, men å gi en kort overordnet oppsummering av noen sentrale utviklingstrekk. Tre forhold belyses:

*Vekst i ressursinnsats og aktivitet før og etter foretaksreformen.* Hvordan har utviklingen i sektorens økonomiske rammebetingelser vært? Kan man finne forskjeller på utviklingen før og etter foretaksreformen?

*Personellsammensetning i perioden før og etter foretaksreformen.* Hvordan har sammensetningen av arbeidskraften endret seg? Er det slik at det har vært en vridning fra ”behandlingspersonell” til ”administrativt” personell?

*Hvordan er utviklingen i Norge i forhold til andre land? Hvordan sammenlikner vi bruk av ressurser til helsetjenesten mellom land, og hva kan slike sammenlikninger fortelle oss? Skiller Norge seg ut i forhold til våre nordiske naboland?*

Det understrekes at det her gis en *beskrivelse* av utviklingen, og ikke en *analyse* av effekten av helseforetaksreformen. I noen tilfeller vil vi imidlertid relatere den observerte utviklingen til spesifikke helsepolitiske initiativ og hendelser. Hvert avsnitt avsluttes derfor med noen refleksjoner over mulige mekanismer bak den observerte utviklingen.

## **1.2 Helsetjenestens rammebetingelser**

Formålet med denne rapporten er å diskutere ulike sider ved og presentere mulige alternativ til dagens helseforetaksmodell. I denne sammenhengen er det viktig å understreke at den politiske styringen av helsetjenesten også skjer gjennom andre virkemidler enn eierskap og tilknytningsform. Overordnede *økonomiske* rammebetingelser legges gjennom Stortingets årlige budsjettvedtak. Disse bestemmer hvor mye ressurser som er tilgjengelig for helsetjenesten, deres fordeling mellom geografiske områder og vil også kunne gi føringer for fordeling av ressurser mellom tjenesteområder. *Lovgivingen* vil legge føringer både for hvordan virksomheten kan organiseres og definere innbyggerne rettigheter og valgmuligheter. Videre vil *strukturelle* rammebetingelser slik disse gir seg uttrykk i størrelse på, lokalisering av og arbeidsdeling mellom sykehus ha betydning. Endelig vil *organisering og finansiering* av virksomheten være av sentral betydning.

Helsetjenesten i Norge har de siste 20 årene gjennomgått en rekke større endringer. Her kan trekkes fram:

- 1997: Overgangen fra rammebudsjettering til Innsatsstyrt finansiering (ISF).
- 2000: Krav om enhetlig ledelse på alle nivå innført gjennom Lov om spesialisthelsetjenester.
- 2001: Fastlegereformen.
- 2001: Fritt sykehusvalg.
- 2002: Helseforetaksreformen og statlig overtakelse av ansvaret for spesialisthelsetjenesten.
- 2012: Samhandlingsreformen og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.
- 2015: Fritt behandlingsvalg.

Mange av disse endringene faller inn under det som gjerne omtales som ”new public management” (NPM). Den grunnleggende tanken i NPM er at offentlige tjenester kan styres og drives etter prinsipper som vanligvis benyttes i privat sektor. Det er ingen presis avgrensning av hva som inngår i NPM, men følgende elementer vil gjerne være tilstede:

- Befolkningen, altså mottakerne av tjenestene, beskrives som ”kunder” eller ”konsumenter”, og det tilstrebes å gi disse stor valgfrihet. Fritt sykehusvalg, mulighet til å skifte fastlege og brukervalg innen eldreomsorgen er eksempler på dette.
- De som leverer tjenestene beskrives som ”tjenesteprodusenter”, og gis stor frihet i hvordan de organiserer sin egen virksomhet. Styringen tar form av mål- og

resultatstyring og beskjeftiger seg i liten grad med hvordan tjenestene leveres (styring på "output" vs. "input"). Helseforetaksreformens intensjon om å fristille helseforetakene fra daglig politisk styring er eksempel på dette.

- En slik mål og resultatstyring krever både at man er i stand til å beskrive tydelige mål, og at det er mulig å rapportere på disse. Oppdragsdokumentene til både RHF og HF er eksempel på dette.
- Kombinasjonen av stor valgfrihet for befolkningen og fristilte tjenesteleverandører gjør at man ønsker å stimulere til konkurranse. Dette kan suppleres med økt bruk av private leverandører, ut fra en tanke om at disse både vil være et korrektiv til offentlige tjenesteleverandører og at det offentliges rolle kan avgrenses til å finansiere tjenesten. Fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg er eksempler på dette.
- I tråd med ønske om konkurranse og som en stimulans til effektivisering legges vekt på finansieringsmodeller som knytter inntekt sterkere til aktivitet. ISF er et eksempel på dette.

Vi så elementer av NPM tankegang i helsetjenesten i Norge også før helseforetaksreformen. Statens organisering av sine virksomheter ble diskutert i det såkalte Hermansen-utvalget (NOU 1989:5, Hermansen og Stigen, 2013), forsøk med innsatsstyrt finansiering ble igangsatt i 1992 (Magnussen og Solstad, 1994) og innført for alle sykehusene i 1997, og fritt sykehusvalg ble innført 2001. Samtidig gjennomgikk spesialisthelsetjenesten i perioden etter 1990 en utvikling i retning av stadig sterkere statlig innflytelse over en sektor som var et fylkeskommunalt ansvar. Tidlig på 1990 tallet ga dette seg utslag gjennom nasjonal regulering av landsfunksjoner, statlige toppfinansieringspakker og nasjonale ventetidsgarantier. Innføringen av ISF i 1997 innebar også at deler av finansieringen ble flyttet fra fylkeskommunen til staten. Innføring av lovpålagte regionale helseplaner i 1999 var et ytterligere forsøk på å sentralisere planlegging, finansiering og styring av spesialisthelsetjenesten. På mange måter kan dermed helseforetaksreformen i 2002 betraktes som et slutt punkt for en sentraliseringsprosess som allerede hadde pågått over en drøy 10-års periode.

For fylkeskommunene var perioden etter innføring av ISF preget av store økonomiske utfordringer. Aktivitetsveksten i sektoren var sterk, og kombinert med en ISF-andel som var 50 % (de første årene lavere) ga dette en fylkeskommunal utgiftsvekst som lå over det man mente å kunne håndtere. Selv om bildet spriker noe kan vi allikevel si at staten i 2002 overtok ansvaret for en sektor preget utfordringer i forhold til stadige underskudd og tilhørende behov for tilleggsfinansiering<sup>1</sup>.

## **2. Ressurs- og aktivitetsvekst**

### **2.1 Ressursinnsats**

I etterkant av helseforetaksreformen i 2002 har de regionale helseforetakene blitt tilført flere nye oppgaver. Blant annet gjelder dette ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2004, økt ansvar for pasienttransport i 2006, ansvar for rehabilitering i 2006 samt ansvaret for finansiering av legemidler som tidligere har vært finansiert

---

<sup>1</sup> Dette diskuteres for eksempel i Magnussen et al (2007).

<sup>2</sup> <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

over folketrygden. En beskrivelse av veksten i ressursinnsats må derfor korrigere for disse nye oppgavene.

Tabell 1 viser vekst i regnskapsførte kostnader i spesialisthelsetjenesten for perioden 2004 til 2014. Kostnadsveksten er korrigert for lønns- og prisstigning og for nye oppgaver. Alle tall er hentet fra Samdata<sup>2</sup>.

Tabell 1: Utvikling i kostnader 2004-2014 (Kilde: Samdata 2014).

	1000 kr	% endring	Pr innbygger	% endring pr innbygger
Samlet korrigert for nye oppgaver	123 155	15,4	23 840	2,9
Somatikk	87 222	11,4	16 884	-0,7
Psykisk helsevern og TSB	26 881	24,2	5 204	10,7

Fra tabell 1 fremgår:

- For spesialisthelsetjenesten som helhet har det i denne 10 års perioden vært en realvekst i regnskapsførte kostnader på drøye 15 %.
- Veksten har vært betydelig sterkere i psykisk helsevern og TSB enn innen somatikk.
- Tar vi høyde for befolkningsveksten har det i denne perioden vært en reell nedgang i kostnadene til somatiske spesialisthelsetjenester.

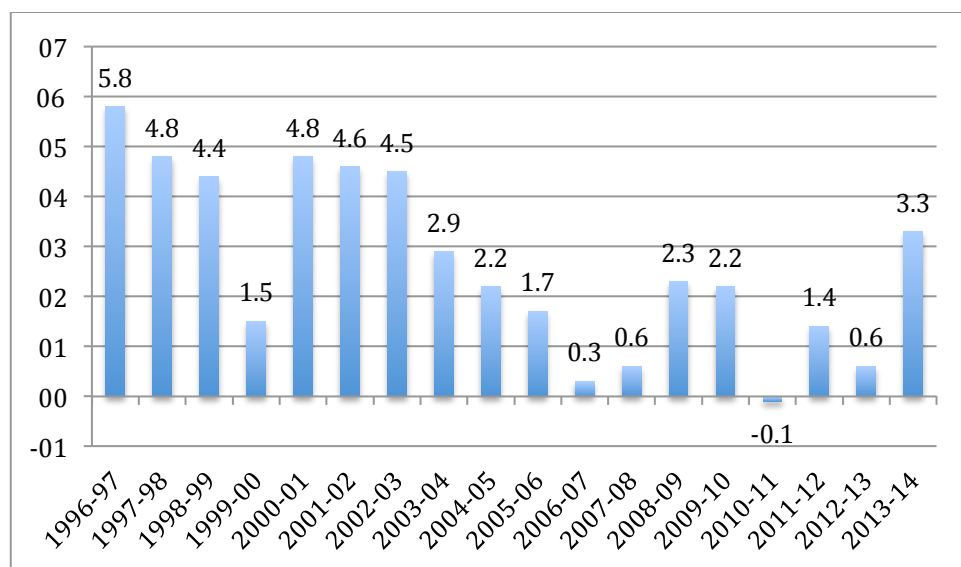
Somatiske helsetjenester utgjør den klart største andelen av spesialisthelsetjenesten. I den 11-års perioden som dekkes her har utviklingen i ressursinnsats i somatisk sektor ikke fullt ut holdt følge med befolkningsutviklingen. Det innebærer i praksis at økt etterspørsel etter somatiske spesialisthelsetjenester ut over det som følger av befolkningsvekst har måttet håndteres gjennom høyere produktivitet.

Denne utviklingen reflekterer dels et stramt bevilgningsregime, men også en utvikling hvor spesialisthelsetjenesten fra å benytte mer ressurser enn bevilget (drev med underskudd) nå ikke benytter de årlige bevilgningene fullt ut (driver med overskudd). Dette skyldes at deler av bevilgningene ”holdes tilbake” for å bidra til likviditet for finansiering av framtidige investeringer (se kapittel 5). At det i samme periode har vært en relativt klar vekst i ressursbruken i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling reflekterer i stor grad politiske prioriteringer.

Samdata publiserer ikke tidsserier som strekker seg tilbake til før 2004. Ved å kombinere tall fra Samdatarapportene for 2004 og 2014 kan vi imidlertid lage en oversikt over årlig vekst i samlede kostnader til spesialisthelsetjenester som dekker perioden fra 1996 til 2014. Figur 1 beskriver % vekst i samlede kostnader fra foregående år, også her korrigert for lønns- og prisstigning. Her skal påpekes at tall fram til 2003 er eksklusive kostnader til kapital.

<sup>2</sup> <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

Figur 1: Årlig vekst i samlede utgifter 1996-2014. Korrigert for nye oppgaver etter helseforetaksreformen. (Kilde: Samdata 2004 og Samdata 2014)



Fra figur 1 fremgår:

- Perioden fram mot foretaksreformen i 2002 var preget av en relativt kraftig årlig vekst, og denne veksten fortsatte inn i reformens første år.
- Deretter avtar veksten, før den for 2013-14 for første gang på mer enn 10 år overskrider 3 %.

Det bildet som her tegnes er dermed at en spesialisthelsetjenesten hvor en periode med årlig realvekst (stort sett) mellom 4 og 5 % etter helseforetaksreformen ble avløst av en perioden med svakere og til dels avtakende realvekst. De som hadde håpet at statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten skulle gi en bedre utvikling i rammevilkårene har dermed grunn til å være skuffet. Så hører det også med til denne beskrivelsen at veksten i kostnader fra 1997 og framover fra fylkeskommunalt hold ble betraktet som problematisk og slett ikke var ønsket. I Bjørnenak et al (2000) beskrives en utvikling i den fylkeskommunale økonomien hvor driftsresultat og den økonomiske handlefriheten svekkes betydelig i perioden 1995 til 1999. I 1999 har fylkeskommunene et negativt driftsresultat. Den svake økonomiske utviklingen knyttes sterkt til utviklingen i spesialisthelsetjenesten, og da i særlig grad til kostnadene i de somatiske sykehusene. Den økonomiske styringen i sykehusene er svak, noe som reflekteres i at man for perioden 1997 til 1999 ser en dobling av avviket mellom det budsjettet sykehusene går inn i året med og de kostnadene de ender opp med (Bjørnenak et al, 2000). Med denne bakgrunnen kan man like gjerne betrakte den avtakende veksten i ressursbruk som forsøk på å la en sterkere statlig styring erstatte et fylkeskommunalt svarteperspill.

## 2.2 Budsjettert og faktisk aktivitetsvekst

Staten overtok dermed eierskapet til sykehusene i en periode som var preget av sterk utgiftsvekst. I Forskningsrådets reformevaluering (Forskningsrådet, 2007) beskrives allikevel en utvikling i aktiviteten de første årene etter innføring av ISF i 1997 som ikke var unormalt sterk, men som først for alvor skjøt fart i 2001 og 2002. Den sterke



kostnadsutviklingen i fylkeskommunene fram mot år 2000 knyttet derfor også til en sterk lønnsvekst i denne perioden (Bjørnenak et al, 2000).

Den første perioden etter helseforetaksreformen ble det fra Stortinget forsøkt å bremse aktivitetsveksten. Dette skjer typisk gjennom de forutsetninger som legges i forslaget til statsbudsjett. På det tidspunktet statsbudsjettet legges fram vil man imidlertid ikke ha full oversikt over aktivitetsnivået i inneværende år. Typisk vil derfor målene for neste års aktivitetsutvikling baseres på anslag over aktivitet for inneværende år, som igjen baseres på faktiske tall fra første tertial dette året. Dersom aktivitetsveksten i inneværende år blir sterkere enn det man tror vil man dermed gå inn i neste driftsår med en "underfinansiering" av det faktiske aktivitetsnivået.

De første årene etter helseforetaksreformen representerte dette en betydelig utfordring i styringen av sektoren. For det første året (2002) la Stortinget til grunn en aktivitetsvekst på 1,5 %. For det etterfølgende årene la man til grunn at aktiviteten skulle videreføres på det nivået man ved framleggelsen av budsjettet antok det ville være i innværende år. Eksempelvis heter det i St. Prp. nr. 1 (2002-2003) at man for året 2003 forventer en aktivitet på om lag "samme høye nivå" som i 2002. I budsjettene ligger dermed en forutsetning om nullvekst i aktiviteten.

Et mål på den samlede aktivitetsveksten i hele spesialisthelsetjenesten finnes ikke, men vi kan allikevel beskrive hovedtrekkene godt ved å betrakte hva som skjedde i somatisk sektor. Tabell 2 viser årlig aktivitetsvekst<sup>3</sup>, og sammenholder denne med de forutsetningene som lå i statsbudsjettene.

*Tabell 2: Anslått vekst i DRG-poeng (Kilder: BUS årsrapporter, årlige Samdata-rapporter og Stortingets budsjettforutsetninger slik de presenteres i St.prp. nr 1)*

	Vekst i registrerte DRG-poeng (%)	Stortingets forutsetninger (%)
2002-03	7,4	0,0
2003:04	2,2	0,0
2004-05	3,8	0,0
2005-06	2,6	0,0
2006-07	2,2	0,0
2007-08	1,6	1,5
2008-09	1,1	1,5
2009-10	1,2	1,3
2010-11	2,0	1,4
2011-12	2,3	1,4
2012-13	0,5	2,0
2013-14	2,1	2,3

Siden tallene ikke er korrigert for kodeforbedringer, vil de overvurdere den reelle aktivitetsveksten. Videre er dette altså kun tall for somatikk, mens Stortingets

---

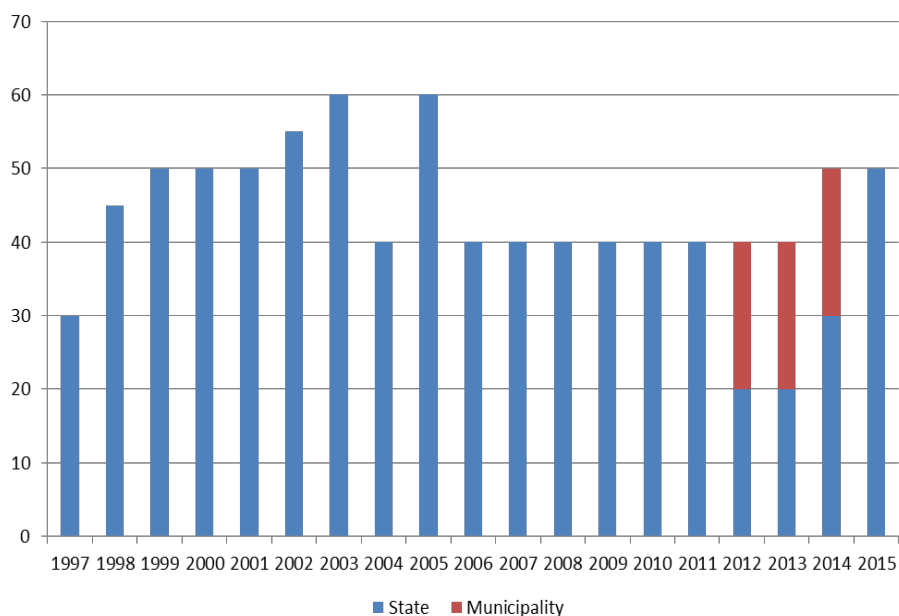
<sup>3</sup> Tall hentet fra årsrapportene til Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) fram til 2010 og fra Samdata etter 2010. Det er ikke korrigert for kodeforbedringer.

forutsetninger gjaldt hele sektoren. Til tross for dette gir tabell 2 grunnlag for noen generelle observasjoner:

I perioden 2002 til 2007 var det betydelige avvik mellom de forutsetninger som lå til grunn i Stortingets budsjettvedtak og den faktiske aktivitetsveksten i sektoren. Fra 2008 endres denne situasjonen. På det tidspunktet skjer to ting: For det første begynner man fra Stortinget sin side å budsjettere med vekst i aktiviteten. For det andre reduseres den faktiske aktivitetsveksten i sektoren. Det blir dermed også i langt større grad samsvar mellom de forutsetninger som legges gjennom de overordnede budsjettvedtak og de tilpasninger som faktisk gjøres i sektoren.

Budsjettforutsetningene er ikke de eneste styringssignaler som gis. Blant annet vil utforming av finansieringssystemet begrunnes i helsepolitiske målsettinger. Innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997 var motivert ut fra et ønske om å styrke aktiviteten og redusere ventelistene. Samtidig som Stortinget gjennom sine budsjettvedtak signalisere behovet for å *begrense* aktivitetsveksten ga ordningen med innsatsstyrt finansiering en stimulans til å *øke* aktiviteten. Ikke bare det, de første årene etter helseforetaksreformen var andelen ISF på et historisk høyt nivå. Figur 2 viser utviklingen i andelen ISF etter ordningen ble innført i 1997.

Figur 2: Utviklingen i andel Innsatsstyrt finansiering etter 1997

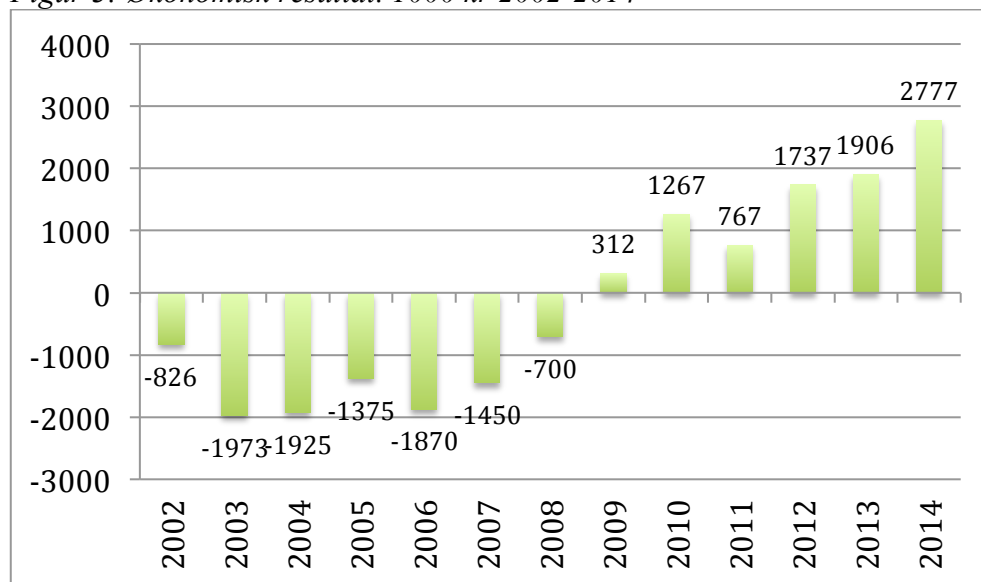


De første årene etter helseforetaksreformen var andelen ISF mellom 55 og 60 %. Unntaket var 2004 hvor den pga. frykt for uønskede vridningseffekter ble satt ned til 40%. Dette er også det året hvor aktivitetsveksten er på sitt laveste nivå. For helseforetakene måtte dette oppleves som doble signaler. På den ene siden uttrykkes gjennom budsjettvedtakene en målsetting om å redusere veksten i aktivitet. På den andre siden forsterkes de insentiver som ligger i finansieringsmodellene for å øke aktiviteten. Også det stadige fokuset på ventelister og de stimulanse til konkurranse som lå i ordningen med fritt sykehusvalg bidro isolert sett til å økt press mot aktivitetsnivået i helseforetakene.

### 2.3 Økonomisk resultat

Med til dels betydelige avvik mellom planlagt og faktisk aktivitetsutvikling er det kanskje ikke unaturlig at helseforetakene i den første perioden etter reformen fikk store problemer med å oppfylle statens krav om budsjettbalanse. Figur 3 viser utvikling i samlede (korrigerte<sup>4</sup>) underskudd i perioden etter reformen,

Figur 3: Økonomisk resultat. 1000 kr 2002-2014



De første årene etter reformen var preget både av underskudd og av tilleggsbevilgninger fra Stortinget<sup>5</sup>. Om lag på samme tidspunkt som det begynner å bli (bedre) samsvar mellom forutsatt og faktisk aktivitetsvekst, begynner også helseforetakenes økonomiske situasjon og bedres. Siden driftsåret 2009 har helseforetakene samlet gått med overskudd hvert år.

Fylkeskommunenes inntekter ble (og blir) bestemt av et sett objektive kriterier som dekket alle de ansvarsområder fylkeskommunene har. Under fylkeskommunalt eierskap ble dermed sykehusene budsjetter bestemt dels av den aktivitetsavhengige finansieringen fra staten og dels av fylkeskommunenes prioritering mellom helsetjenester og andre fylkeskommunale oppgaver (i hovedsak samferdsel og videregående opplæring). En konsekvens av dette var at man observerte store forskjeller mellom fylkeskommunene i bruk av ressurser til helsetjenester.

Samtidig med helseforetaksreformen satte regjeringen ned et utvalg som (blant annet) skulle vurdere fordelingen av inntekter mellom de regionale helseforetakene. Disse inntektene ville nå være øremerket helse, og en slik inntektsfordelingsmodell skulle dermed i prinsippet sikre geografisk likhet i fordeling av ressurser. Den modellen som ble foreslått i NOU 2003:1 ("Hagen-utvalget") ble imidlertid ikke implementert. Departementet valgte isteden å gå for en blanding av den foreslåtte modellen, historisk fordeling og særtilskudd. Denne løsningen var omstridt, og et nytt utvalg foreslo i NOU 2008:2 ("Magnussen-utvalget") en revidert modell for regional

<sup>4</sup> Hvorfor de er korrigerte og de utfordringer dette skapte diskuteres nærmere i eget kapittel om regnkapsloven.

<sup>5</sup> Dette er mer utfyllende diskutert i Magnussen et al (2007)

inntektsfordeling. Denne ble implementert fra 2009 og innebar at Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Nord fikk et samlet løft i bevilgningene for å komme opp på det nivået som allerede var etablert i Helse Sør-Øst. Den styrkingen dette innebar i 2009-10 kan (sammen med en økning i tilskudd til investeringer, se kapittel 5) bidra både til å forklare den økte veksten vi ser i ressursinnsats disse årene (jfr. figur 1) og at disse tre regionale helseforetakene tidligere enn Helse Sør-Øst ble i stand til å drive med overskudd.

#### **2.4 Personellsammensetning**

Foretaksreformen innebar nedbygging av 19 fylkeskommunale administrasjoner og oppbygging av fem, senere fire regionale administrasjoner. En tanke bak reformen var at bedre og mer profesjonell ledelse både gi bedre pasientbehandling og bidra til en mer kostnadseffektiv drift<sup>6</sup>. En bekymring har imidlertid vært at både organisatoriske endringer, samt en utstrakt bruk av mål- og resultatstyring har ført til et økende byråkrati.

Det er ikke uten videre enkelt å etterprøve dette empirisk. For det første er det ikke klart hvor skillet går mellom ”nødvendig” og ”unødvendig” byråkrati. For det andre er det ikke lett å tallfeste hvor stor del av ressursinnsatsen i sykehusene som går med til administrativt arbeid, og heller ikke alltid like klart hvor skillet går mellom administrativt arbeid og pasientbehandling. Endelig vil det ikke nødvendigvis være mulig å slutte at en observert utvikling i bruk av administrative ressurser skyldes for eksempel innføring av foretaksmodellen.

Statistisk sentralbyrå gir løpende oversikter over bruken av arbeidskraft i spesialisthelsetjenesten. På grunn av omlegging fra skjemabasert til registerbasert innhenting av data i 2008 er det ikke mulig å lage en sammenhengende beskrivelse av hele perioden etter foretaksreformen. Det er allikevel tall fra så langt tilbake at det er mulig å se på utviklingen perioden før foretaksreformen og sammenholde denne med utviklingen etter 2002. Under presenteres utviklingen i to perioder; fra 1990-2007, og fra 2008-2014.

Over tid vil endring i sammensetningen av arbeidskraft selvsagt også reflektere endringer i kompetansekrav, jobbgjennomføring og teknologiske endringer. En god illustrasjon er forholdet mellom bruk av sykepleiere og hjelpepleiere. I 1990 var det i underkant av to sykepleiere for hver hjelpepleier, i 2007 var dette forholdet økt til nær fem til en. Tilsvarende endringer har neppe vært tilfelle mellom leger og annet personell. Samtidig vil en utvikling i retning av kortere liggetid, og en høyere andel av aktiviteten på poliklinikk og som dagaktivitet i seg selv kunne føre til at legenes tidsbruk utgjør en større andel av den samlede ressursinnsatsen i pasientbehandlingen, som dermed vil bli mer legeintensiv.

I en sektor som er i vekst er det ikke like enkelt å vurdere utviklingen ved å se på *antall* nye årsverk. Snarere er det i en vurdering av utviklingen i bruken av arbeidskraft i denne sammenhengen relevant å se på *andel* av årsverk for ulike kategorier. Tabell 3 illustrerer dette ved å se utviklingen i perioden 1990 til 2007. Her benyttes de personellgruppene som beskrives i SSB sin statistikk. Tallene omfatter

---

<sup>6</sup> Se for eksempel ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv”. Rapport fra Sosial- og helsedepartementet 2001.

hele spesialisthelsetjenesten, og dermed også støttefunksjoner organisert utenfor sykehusene, men ikke offentlig forvaltning.

Tabell 3: Personellsammensetning 1990-2007. Andel årsverk. Spesialisthelsetjenesten samlet. (Kilde SSB)<sup>7</sup>

	1990	1995	2000	2002	2005	2007
Leger	9,0%	10,0%	11,2%	10,9%	11,3%	11,6%
Psykologer	1,2%	1,6%	2,2%	2,3%	2,7%	3,0%
Offentlig godkjente sykepleiere	30,5%	33,8%	34,2%	34,0%	33,9%	34,2%
Hjelpepleiere	16,4%	13,6%	10,5%	9,6%	8,1%	7,2%
Annet personell i pasientrettet arbeid	12,8%	12,9%	15,7%	17,4%	19,8%	20,2%
Ansatte innen administrasjon/kontor og servicefunksjoner	30,1%	28,2%	26,0%	25,7%	24,1%	23,7%

Det er en jevn vekst i andelen leger og psykologer i helse denne perioden. Andelen sykepleiere øker noe fram til årtusenskiftet, og er etter dette stabil. Andelen av andre typer personell knyttet til pasientbehandling og pasientrettet arbeid øker samlet, men det er en både en endring i sammensetning, jfr. den tidligere diskusjonen om gradvis utfasing av hjelpepleierne, og ventelig også endringer i typer arbeidskraft som reflekteres i den store (og voksende) gruppen ”annet personell i pasientrettet arbeid”.

Det er vanskelig å si noe bestemt om utviklingen i administrativt personell. Andelen i den samlekategorien som også omfatter servicepersonell faller, men også dette reflekterer ventelig at noen av disse omdefineres til ”pasientrettet” arbeid.

Tabell 4 viser utviklingen for perioden 2008-14. Her benyttes fremdeles SSB sin inndeling av personell, men denne er nå noe endret. Det skilles bl.a. mellom administrasjon knyttet til ”ledelse og kontorfunksjoner” og servicefunksjoner.

Bildet er ikke vesentlig forskjellig for denne siste perioden. Andelen årsverk knyttet til leger og psykologer øker fortsatt, mens andelen behandlingspersonell er om lag uendret. For denne perioden er gruppen administrativt ansatte mer presist avgrenset, og det er en økning i andelen årsverk som går til ”ledelse/kontor”.

Det understrekes igjen at det er begrenset i hvilken grad man kan trekke konklusjoner knyttet til ”byråkratisering” til denne type tall. Endring i teknologi endrer arbeidsformer og arbeidsdeling. Nye rettigheter kan gi andre krav til oppfølging av både pasienter og personale. Arbeidshverdagen kan dermed endres, uten at dette reflekteres i de aggregerte tallene. Analyser fra legeföreningens forskningsinstitutt peker i retning av en arbeidshverdag for legene hvor mindre tid blir tilgjengelig til

<sup>7</sup> Årsverk er antall heltidsansatte og deltidsansatte (omregnet til heltidsansatte) pr. 31. desember i rapporteringsåret. Private sykehus som ikke er på offentlige helseplaner er inkludert i statistikken fra og med 1995. Fra 2000 er private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner inkludert i statistikken for somatiske institusjoner.

pasientrettet arbeid. Dersom dette er riktig peker det i retning av at man burde øke andelen administrativt personell, for derved å sikre en riktigere bruk av arbeidskraft.

Tabell 4: Personellsammensetning 2008-14. Andel årsverk. Spesialisthelsetjenesten samlet. (Kilde SSB).

	2008	2010	2012	2014
Leger	11,0%	11,5%	12,0%	12,4%
Psykologer	2,3%	2,7%	2,8%	2,9%
Omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og helsefagsarbeidere	8,3%	7,0%	6,3%	5,7%
Radiografer og audiografer	1,8%	1,9%	1,9%	2,0%
Fysioterapeuter, ergoterapeuter o.l.	2,4%	2,3%	2,3%	2,2%
Bioingeniører og -teknikere	3,4%	3,3%	3,5%	3,4%
Spesialsykepleiere og jordmødre	14,3%	14,5%	14,8%	14,5%
Sykepleiere	16,8%	16,8%	16,6%	16,6%
Vernepleiere	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
Barnevernspedagoger, sosionomer o.l.	2,3%	2,7%	2,7%	2,5%
Annet pleie- og omsorgspersonell	6,8%	6,7%	6,8%	6,7%
Andre medisinske yrker	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Administrasjon, ledelse og kontorpersoneell	17,9%	18,7%	18,7%	19,5%
Service-, tekniske og/eller driftsfunksjoner	6,4%	6,9%	6,7%	6,8%
Andre yrker	4,9%	3,6%	3,6%	3,4%

Samtidig kan det ikke underslås at aggregerte tallene tegner et bilde av en utvikling i i spesialisthelsetjenesten de siste 25 årene, hvor det ikke synes å ha vært noen vesentlig forskyvning av arbeidskraftbruken i retning av administrative eller andre støttefunksjoner. Den yrkesgruppen som i denne perioden særlig har økt sin andel er legene. Deres andel av den samlede årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten er økt med nær 40 % siden 1990. I det perspektivet kan det være at en videre debatt rundt arbeidskraftbruken i større grad bør konsentreres om hva som er riktig oppgavefordeling og i mindre grad om veksten i antall årsverk etter de relativt grove kategoriene som benyttes i offisiell statistikk.

## 2.5 Diskusjon

Helseforetaksreformen var et svar på de utfordringer man mente å se gjennom forskjeller i fylkeskommunale prioriteringer av helsetjenesten, et tiltakende økonomisk svarteperspill mellom sykehus, fylkeskommune og stat og en sykehusstruktur preget av konkurranse mellom fylkeskommunene og medfølgende manglende samordning. Reformen var den siste av en rekke "NPM-inspirerte" endringer i helsetjenesten hvor kanskje ISF (1997) og fritt sykehusvalg (2001) var de viktigste.

Da man på midten av 1990 tallet først diskuterte og senere implementerte ordningen med innsatsstyrt finansiering var det med et ønske om både å øke aktiviteten og samtidig gi sterkere insentiver til økt kostnadseffektivitet. Samtidig med helseforetaksreformen skjedde det et skifte i synet på behovet for vekst i aktiviteten. Dermed sammenfalt foretaksreformen med en tilstramming i spesialisthelsetjenestens økonomi. Det skjedde imidlertid ingen tilsvarende reduksjon i de insentiver som lå i finansieringsmodellene til å øke aktiviteten, ei heller i de rettighetene pasientene nå var gitt gjennom fritt sykehusvalg.

Den første perioden etter foretaksreformen ble preget av underskudd, tilleggsbevilgninger og en aktivitetsvekst som jevnt over lå godt over de forutsetninger Stortinget la i sine budsjetter. Fra rundt 2008-09 skjer det imidlertid en markert endring. Det er nå større samsvar mellom faktisk og planlagt aktivitetsvekst og helseforetakene driver i større grad sin virksomhet innen tildelte økonomiske rammer, og den regionale inntektsfordelingen er i mindre grad en kilde til konflikt. Samtidig er de økonomiske rammebetingelsene fremdeles stramme. Unntakene er 2008-2009, hvor en kombinasjon av tiltak knyttet til finanskrisen og en oppjustering av Helse Midt Norge, Helse Vest og Helse Nord som følge av ny inntektsfordeling, gir en noe kraftigere vekst enn årene før (og etter).

De siste årene ser vi en sektor som har gått fra ”overforbruk” til ”underforbruk”. Underskudd som krevde tilleggsbevilgninger er erstattet med overskudd for å kunne finansiere framtidige investeringer (se kapittel 5). Realveksten er imidlertid fremdeles lav, korrigert for befolkningsutvikling til og med negativ for somatiske tjenester. I denne situasjonen kan det være fristende å mene a ”problemet” er foretaksmodellen. Som poengtert i avsnitt 1 er organisering tilknytningsform kun en av flere rammebetingelser. Om en videreføring av den fylkeskommunale forvaltningsmodellen, eller et alternativ med en statlig forvaltningsmodell ville ha gitt en mindre stram ressurstilgang er et åpent spørsmål som også en vurdering framtidige endringer av dagens modell med fordel kan inneholde en refleksjon over.

### **3. Norge i et internasjonalt perspektiv**

#### **3.1 Om internasjonale sammenlikninger**

Det finnes en rekke sammenlikninger av helsetjenesten i Norge og andre land. Nasjonalt Kunnskapscenter for Helsetjenesten ga i 2015 ut notatet ”Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD land” (Saunes et al, 2015). Helsedirektoratet foretar også internasjonale sammenlikninger i sine nøkkeltallpublikasjoner<sup>8</sup>. Mye av den sammenliknende statistikken baseres på OECD sine årlige helsedata, som også presenteres i egne publikasjoner (OECD, 2015).

Omfanget av private, egenfinansierte helsetjenester er i Norge begrenset. Våre samlede utgifter til helsetjenester består dermed i all hovedsak av offentlige utgifter og av de egenbetalinger som bestemmes av offentlige myndigheter. Slik sett kan vi betrakte våre samlede utgifter til helsetjenester som et rimelig uttrykk for fellesskapets villighet til å prioritere denne typen tjenester.

---

<sup>8</sup> <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/nokkeltall/nokkeltall-norge-i-et-internasjonalt-perspektiv>

I den helsepolitiske debatten benyttes med jevne mellomrom sammenlikninger med andre land som argument for at vi ”bruker nok” eller ”bruker for mye”. Det er imidlertid flere faktorer som kan begrense verdien av slike sammenlikninger.

*For det første* er det viktig å sammenlikne like størrelser – ”epler med epler”. Selv om man fra OECD de siste årene har arbeidet mye med å lage ensartede systemer for rapportering vil det fremdeles være forskjeller mellom land, særlig i hvilken grad man rapporterer omsorgstjenester som langtidspleie inn som helsetjenestekostnader.

*For det andre* er det viktig å skille mellom forskjeller i omfanget av helsetjenester og forskjeller i kostnadene ved å framskaffe disse tjenestene. Man må derfor i størst mulig grad korrigere for lønns- og prisforskjeller mellom land. I den grad lønns- og prisutviklingen i helsetjenesten avviker kostnadsutviklingen for øvrig vil dette kunne gi et upresist bilde av forskjeller mellom land.

Her skal ikke gås nærmere inn i denne diskusjonen. Holmøy og Scheel (2012) gir en presis beskrivelse av både metodiske utfordringer og tolkningsutfordringer ved internasjonale sammenlikninger.

I sammenlikningen med andre land er det særlig to forhold som ofte trekkes fram: Utgifter pr innbygger og andel av samlet verdiskapning (BNP) som benyttes til helsetjenester. Bruker man det første målet rangeres Norge høyt, bruker man det andre havner vi mer midt på treet. Disse vil imidlertid uttrykke forskjellige forhold, og tolkningen av dem vil også avhenge av hvordan man mener sammenhengen mellom inntektsnivå og bruk av helsetjenester bør være.

Utgifter pr innbygger gir<sup>9</sup> et bilde av hvor mye ressurser som faktisk benyttes på helsetjenester. Om man sammenlikner befolkninger som ellers er like med hensyn til forhold som vil påvirke sykkeligheten vil dette dermed gi en indikator på hvor mye helsetjenester befolkningen faktisk får tilgang til<sup>10</sup>. Om man videre antar at dette dreier seg om tjenester som faktisk har positiv nytte, vil dette dermed også si noe om behovsdekning.

Andelen BNP som benyttes til helsetjenester sier noe om hvor høyt man prioriterer helsetjenester relativt til andre tjenester. Det er ikke umiddelbart gitt hvordan forskjeller mellom land i denne størrelsen skal tolkes.

Anta som eksempel at det for en gitt befolkning også vil svare et gitt behov for det man kan karakterisere som nødvendige helsetjenester. Det er selvsagt ingen presis definisjon av hva som utgjør nødvendige helsetjenester, men det kan være nyttig å tenke på dette som de helsetjenestene man mener skal være en del av det felleskapsfinansierte helsevesenet. Dersom behovet for nødvendige helsetjenester er dekket innebærer det at andelen av BNP som går til helsetjenester vil falle med økende BNP. For rike land vil man naturlig nok ha dekket nødvendig behov ved bruk av en mindre andel av sin samlede inntekt enn hva tilfellet er for mindre rike land. Lønns- og priskorrigert BNP pr innbygger er i Norge eksempelvis om lag 45 %

---

<sup>9</sup> Forutsatt korrekt prisjustering.

<sup>10</sup> Når vi ser bort fra at det kan være forskjeller mellom land i effektkviteten i helsetjenesten.



høyere enn hva det er i Sverige<sup>11</sup>. Ut fra et slikt perspektiv er det dermed ikke annet å vente enn at vi skal benytte en mindre andel av BNP på helsetjenester enn de gjør i Sverige.

Alternativt kan man mene at det ikke er slik at behovet for nødvendige helsetjenester er dekket, og at en økende nasjonalinntekt skal medføre at helsetjenester prioriteres høyere enn andre velferdstjenester og/eller privat konsum eller private investeringer. I så fall vil fellesskapets etterspørsel etter helsetjenester måtte øke med økende inntektsnivå og man vil forvente å finne om lag samme (eller til og med stigende) andel av BNP til helsetjenester i land, uavhengig av deres inntektsnivå.

Poenget med å vise disse to ytterlighetene er å illustrere at det er vanskelig å snakke om et ”riktig” nivå på utgifter til helsetjenester. Andelen av BNP som benyttes på helsetjenester vil, og må, avhenge av inntektsnivå, befolkningens avveining av ulike velferdsgoder mot hverandre og deres avveining av privat kontra offentlig forbruk. Kostnaden for et samfunn med å bruke mer ressurser på helsetjenester er den velferden samfunnet taper ved ikke å benytte disse ressursene på andre velferdstjenester eller, om man vil, på privat forbruk og investeringer. Ulike land kan veie velferdsgevinsten av tjenester (utdanning, eldreomsorg, infrastruktur etc.) ulikt. Det kan være nyttig å skjule til de prioriteringer som gjøres i land vi i mange henseender mener er like oss, men deres prioriteringer representerer i like liten grad fasiten for oss, som våre gjør for dem.

Det er en omfattende forskningslitteratur som drøfter hvilke faktorer som synes å påvirke utgifter til helsetjenester i et land. Det er metodiske så vel som datamessige utfordringer knyttet til denne type analyser, men noen fellestrekk synes allikevel å være til stede: For det første er den en positiv sammenheng mellom inntektsnivå og utgifter til helsetjenester. Hvor sterk denne sammenhengen er, med andre ord om det er slik at en inntektsøkning gir en relativt sterkere prioritering av helsetjenesten eller ikke (jfr. over) er det ikke mulig å konkludere sikkert om. For det andre vil organisering og utforming av incentivsystemer i helsetjenesten ha betydning. For eksempel trekker resultatene i retning av at land hvor primærhelsetjenesten har en portvaktfunksjon har lavere utgifter til helsetjenester. Interesserte i denne litteraturen henvises til for eksempel Baltagi et al (2010) for en bredere diskusjon.

### 3.2 Noen utviklingstrekk

På tross av dette er det ikke uten interesse å se om vi i Norge har *endret* våre prioriteringer i en annen retning enn hva man har i land det kan være naturlig å sammenlikne oss med. Med andre ord; kan vi si noe om det etter helseforetaksreformen vært en annen utvikling i bruk av ressurser i helsetjenester i Norge enn i land det kan være naturlig å sammenlikne seg med. Vi illustrerer dette gjennom tre forhold som beskriver utviklingen i ressursinnsats i helsetjenesten i Norge. Som sammenlikningsgrunnlag er valgt de andre nordiske landene og i noen tilfeller Storbritannia. I tillegg til de to forholdene som er beskrevet over (utgift pr. innbygger og andel helseutgifter av BNP) inkluderer vi også utviklingen i utgifter til legemidler. De tre forholdene som beskrives er dermed:

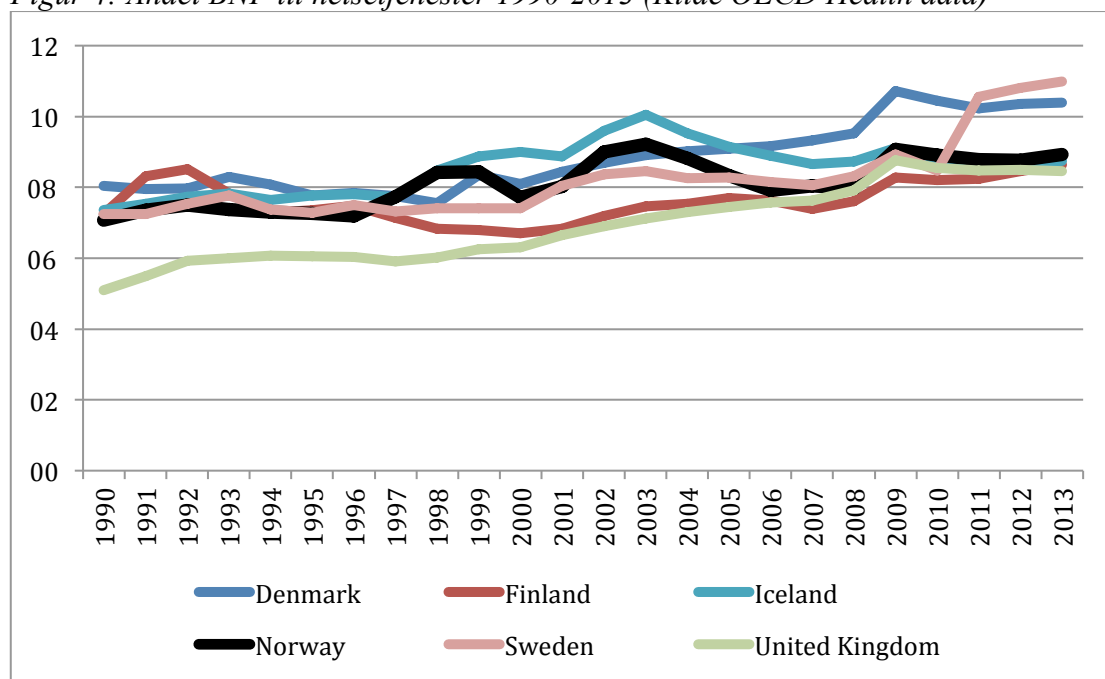
- Utvikling i andel verdiskaping (BNP) som går til helse (figur 4)

---

<sup>11</sup> <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD>

- Utvikling i utgifter pr innbygger til helsetjenester (tabell 5)
- Utvikling i utgifter pr innbygger til medikamenter (tabell 6)

Figur 4: Andel BNP til helsetjenester 1990-2013 (Kilde OECD Health data)



Det har jevnt over være en vekst i andelen av samlet verdiskapning som benyttes til helsetjenester i de fleste OECD land. Det er variasjoner mellom så vel tidsperioder som mellom land. Storbritannia er det landet som har hatt den klar største veksten i andelen til helsetjenester i denne perioden, om enn fra et betydelig lavere nivå enn i de nordiske landene. Benyttes 1990 som utgangspunkt har veksten i *andel* av BNP som benyttes til helse være noe svakere i Norge enn i Sverige og Danmark, men sterkere enn i Finland. I Sverige er det i særlig grad de siste årene hvor andelen av BNP til helsetjenester har økt.

I tabell 5 sammenliknes realvekst i utgifter til helsetjenester pr innbygger i to perioder, 2005-2009 og 2009-2013. Skillet i 2009 motiveres av finanskrisen.

Tabell 5: Realvekst % i utgifter til helsetjenester pr innbygger. (Kilde: OECD (2015)).

	2005-09	2009-13
Norge	1,9	1,2
Sverige	1,7	1
Danmark	3,4	-0,8
Finland	1,7	1,3
UK	3,6	-0,1
OECD	3,4	0,6

Realveksten var svakere i Norge enn i OECD-området i perioden 2005-09, men har være noe sterkere i den påfølgende 5-års perioden. Målt som utgifter pr innbygger har Norge det tredje høyeste utgiftsnivået i OECD-området. Det er imidlertid usikkerheter

både knyttet til sammenliknbarheten i disse tallene og i hvilken grad de faktisk fanger opp reelle lønns-og prisforskjeller. De skal derfor tolkes med varsomhet.

Tabell 6: Realvekst % i utgifter til legemidler pr innbygger. (Kilde: OECD (2015)).

	2005-09	2009-13
Norge	-5,8	2,2
Sverige	-0,6	-3,2
Danmark	1,1	-10,4
Finland	1,1	1,3
UK	n.a.	n.a.
OECD	2,7	-3,2

Realveksten i utgifter har være sterkere i Norge enn i våre naboland og i OECD-området i perioden 2009-13. Samtidig er Norge ett av de land i verden som har lavest utgift pr innbygger på legemidler. I forhold til gjennomsnittet i OECD er utgiftene i Norge 30 % lavere. I utgifter pr innbygger ligger Norge i den laveste tredjedelen innen OECD, om vi bare ser på offentlige utgifter ligger vi i den midte tredjedelen. Her skal allikevel påpekes at det vil kunne være forskjeller i priser som ikke fanges opp i de metoder som benyttes for prisjustering.

### 3.3 Diskusjon

Sammenlikninger av ressursbruk til helsetjenester mellom land kan gi verdifull input til en diskusjon om nasjonale prioriteringer, men gir i seg selv ikke grunnlag for normative vurderinger om vi benytter ”for mye” eller ”for lite” ressurser til helsetjenester. De to mest benyttede indikatorene – prisjusterte utgifter pr innbygger og andel BNP til helsetjenester – uttrykker forskjellige forhold. Forskningslitteraturen er entydig på at det er en sammenheng mellom inntektsnivå (BNP) og bruk av ressurser til helsetjenester, men ikke på hvor sterk denne sammenhengen er.

## 4. Oppsummering

Dette kapitlet har beskrevet noen sentrale utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten i perioden før og etter helseforetaksreformen. I korte trekk:

#### Ressursinnsats:

- Ressursveksten de første årene etter helseforetaksreformen var på høye med perioden før reformen, men avtok så betydelig. Det kan synes som den de siste par årene er i ferd med å ta seg opp igjen.
- I perioden 2004-14 har det vært en reell nedgang i ressurser til somatisk sektor når det tas hensyn til befolkningsutvikling. Det har i samme periode vært en vekst i ressursinnsats innen psykisk helsevern og TSB

#### Økonomisk resultat:

- Det var de første årene etter reformen betydelig avvik mellom den faktiske utviklingen i aktivitet og de forutsetninger Stortinget la til grunn for sine budsjetter. Dette endret seg fra 2008, og det er nå større samsvar mellom faktisk og planlagt aktivitetsutvikling.
- Med store avvik mellom planlagt og faktisk aktivitetsvekst drev sektoren de første årene etter helseforetaksreformen med underskudd. Også dette har endret seg de

siste årene og sektoren driver nå med stadig større årlige overskudd. Disse settes i stor grad til side for å finansiere planlagte investeringsprosjekter.

#### Arbeidskraft:

- Det er ikke mulig å se noen endring i andelen arbeidskraft som benyttes til administrative eller andre støttetjenester etter innføring av helseforetaksreformen. De siste årene har andel administrativ personell allikevel vokst noe.
- Kraftigst vekst i andel personell er det allikevel legene som har, i perioden 1990 til 2014 vokse andel årsverk i spesialisthelsetjenesten som utføres av leger med om lag 40 %.

#### Internasjonalt:

- Målt i andel av verdiskapningen som benyttes til helsetjenester ligger Norge under både Sverige og Danmark og om lag midt på treet i OECD sammenheng. Målt i utgifter pr innbygger ligger vi nær toppen. Det er både definisjonsmessige og tolkningsmessige utfordringer ved disse tallene.
- I forhold til OECD gjennomsnittet og flere land det er naturlig å sammenlikne seg med hadde Norge en svakere vekst i både samlede utgifter til helsetjenester og utgifter til legemidler i perioden 2005 til 2009. Etter 2009 har bildet endret seg , og for perioden 2009 til 2013 er veksten i Norge sterkere.
- Norge har allikevel lave utgifter til legemidler enn mange andre land i OECD området.

#### **Referanser:**

Agenda Kaupang (2012): Evaluering av styrene i helseforetakene En evaluering av roller og funksjon for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene Rapport 2 Juni 2012.

Agenda Muusman (2005): Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer Rapport November 2005.

Baltagi, Badi H., and F Moscone (2010). "Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data." *Economic Modelling* 27.4 (2010): 804-811.

Bjørnenak T, T Iversen, T P Hagen og J Magnussen, (2000): *En bred kartlegging av sykehusenes økonomiske situasjon: sammendragsnotat*. HERO, 2000.

Forskningsrådet (2007): Resultatevaluering av sykehusreformen Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse . Rapport – Norges Forskningsråd 2007

Hermansen, T og I M Stigen (2013). "Ble det en bedre organisert stat?. Nordisk Administrativt Tidsskrift nr. 3/2013

Holmøy E og H H Scheel (2012): Brukes det mye helsetjenester i Norge? Økonomiske analyser nr 6 2012

Kalseth J, E Lassemo og T Rohde (2010): Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene. SINTEF rapport A14727 - 2010

Magnussen J and K Solstad (1994); Case-based hospital financing: the case of Norway. *Health Policy* , Volume 28 , Issue 1 , 23 - 36

Magnussen J, T P. Hagen, and O. M. Kaarboe (2007). "Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform." *Social science & medicine* 64.10 (2007): 2129-2137.

NOU 1989:5 En bedre organisert stat

NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten

NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

OECD. (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)

Ot. Prp. nr. 66 (2000-2001)

Opedal S og I M Stigen (red) (2005): Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005. En prosessevaluering. Sluttrapport. NIBR/Nordlandsforskning/Rogalandsforskning – Samarbeidsrapport.

Saunes IS, Tomic O, Helgeland J, Lindahl AK (2015). Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land 2015. Notat – 2015. ISBN 978-82-8121-996-0

## **Kapittel 2:**

### **Hva mener legene om dagens organisering?**

Resultater fra en surveyundersøkelse

Pål Martinussen

Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet

## 1. Innledning

I dette kapitlet gjennomgås resultatene fra surveyen som ble gjennomført i forbindelse med dette prosjektet. Av plasshensyn velger vi i det følgende kun å presentere de viktigste funnene og hovedtrendene, mens resultatene i sin helhet er overlevert som en egen rapport til Legeforeningen. Surveyen dekket tre hovedtemaer: *sykehusenes organisering, organisasjonsforhold og samhandling med allmennlegetjenesten*. Siden denne rapporten omhandler foretaksmodellen fokuserer vi i dette kapitlet naturlig nok på det første temaet.

Surveyen ble gjennomført som en Questback-undersøkelse. Det ble gjort et uttrekk 4. februar 2016 av 3000 respondenter fra Legeforeningens register (dvs. alle OF- og YLF-medlemmer som har aktivt hovedarbeidsforhold tilknyttet et helseforetak), mens undersøkelsen ble sendt ut 10. februar. Etter purringer henholdsvis 15. februar, 18. februar, 24. februar og 10. mars endte vi til slutt opp med 971 besvarelser av et bruttoutvalg på 2967, noe som gir en responsrate på 32.7 %. Dette kan umiddelbart synes som en lav svarprosent, men det er en kjensgjerning at svarprosenten i den vestlige verden har gått jevnt ned de siste tiårene som følge av «slitasje» pga. henvendelser fra det kommersielle markedet. Det er også uklart om en lav svarprosent nødvendigvis resulterer i skjeve utvalg og lavere representativitet (se f.eks. Groves, 2006; Singer, 2006). I vårt tilfelle har vi dessuten vært i stand til å undersøke representativiteten ved å sammenligne med Legeforeningens register: utvalget vårt har et avvik på mellom 0 og 3 % fra registeret. Det er avvik spesielt på HF-tilhørighet: Helse Sør-Øst generelt, og OUS HF spesielt, er underrepresentert i uttrekket sammenlignet med registeret. Dette bør derfor hensyntas i tolkningen av funnene. Helse Sør-Øst representerer ca. 60 prosent av befolkningsgrunnlaget, og det er også godt kjent at Helse Sør-Øst/hovedstadsområdet har mange utfordringer.

## 2. Prioriteringer og måloppnåelse i dagens modell

### 2.1 Prioriteringer

I surveyen ble legene presentert for en rekke spørsmål knyttet til hvilke insentiver og prioriteringer dagens modell skaper (disse tallene er ikke presentert i egne tabeller her). Nesten en tredjedel av legene mener at dagens organisering bidrar til at «lønnsomme diagnosegrupper» prioriteres og at «lønnsomhet» settes opp mot kvalitet i pasientprioriteringen. Tilsvarende mener så mange som 1 av 5 leger at den medisinske kvaliteten i pasientbehandlingen ikke vektlegges. Endelig er det verdt å merke seg at kun 16 % er av den oppfatning at dagens organisering «legger til rette for gode faglige vurderinger».

### 2.2 Måloppnåelse

Legene ble også bedt om å vurdere dagens modell i forhold til en rekke sentrale helsepolitiske målsettinger knyttet til fire temaer: «ansvarslinjer, rollefordeling og politisk styring», «samhandling, pasientforløp og klinisk organisering», «tilgang og kvalitet» og «produktivitet». Disse resultatene er presentert i tabell 1. Det er særlig for de to første temaene at legene er kritiske.

Tabell 1. «Dagens styring og organisering av sykehus skal bidra til å innfri en rekke ulike målsettinger, og flere av de siste tiårenes reformer har satt konkret fokus på slike overordnede mål. I hvilken grad har du inntrykk av at dagens organisering bidrar til å nå følgende målsettinger?». Prosent og frekvens.

	«I svært liten grad»	«I liten grad»	«I noen grad»	«I stor grad»	«I svært stor grad»	Totalt
<i>«Ansvarslinjer, rollefordeling og politisk styring»:</i>						
«Klare ansvarslinjer mellom sykehuseier (staten) og RHF»	9.4 (88)	32.4 (302)	44.1 (411)	13.0 (121)	1.2 (11)	100.0 (933)
«Klare ansvarslinjer mellom RHF og HF»	7.6 (70)	32.5 (301)	45.7 (423)	12.5 (116)	1.6 (15)	100.0 (925)
«Klar rollefordeling mellom ulike nivå og enheter internt i helseforetakene»	6.7 (63)	33.7 (318)	44.6 (421)	14.0 (132)	1.1 (10)	100.0 (944)
«Avklarte forhold mellom fag-byråkrati-politikk, særlig når det gjelder mulighetene for politisk styring»	24.3 (228)	43.0 (404)	27.3 (257)	4.7 (44)	0.7 (7)	100.0 (940)
<i>«Tilgang og kvalitet»:</i>						
«Stor likhet og god tilgang på helsetjenester»	7.8 (74)	27.5 (260)	47.2 (446)	16.1 (152)	1.4 (13)	100.0 (945)
«Høy medisinsk kvalitet på helsetjenestene»	5.0 (47)	18.7 (177)	44.7 (423)	29.4 (278)	2.2 (21)	100.0 (946)
<i>«Samhandling, pasientforløp og klinisk organisering»:</i>						
«God organisering av de kliniske arbeidsprosessene»	13.8 (130)	35.6 (336)	39.9 (377)	10.0 (94)	0.7 (7)	100.0 (944)
«God samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten»	8.5 (81)	35.4 (336)	47.7 (453)	7.5 (71)	0.8 (8)	100.0 (949)
«Gode pasientforløp mellom helsetjenestens ulike deler»	7.2 (68)	35.7 (339)	48.2 (458)	8.2 (78)	0.7 (7)	100.0 (950)
<i>«Produktivitet»:</i>						
«Høy produktivitet ved sykehusene»	3.8 (36)	13.9 (132)	35.9 (341)	38.2 (363)	8.2 (78)	100.0 (950)

Innenfor temaet relatert til ansvarslinjer, rollefordeling og politisk styring angår to av spørsmålene klare ansvarslinjer mellom henholdsvis staten og RHF-ene, og mellom RHF og HFene. Her oppgir over 40 % av de spurte at dagens organisering i begrenset



grad har bidratt til å nå målsettingen. Omtrent den samme prosentandelen finner vi også når det gjelder rollefordeling mellom ulike nivåer og enheter internt i helseforetakene. Misnøyen er enda sterkere når det gjelder forholdet mellom «fag, byråkrati og politikk og mulighetene for politisk styring»: så mange som 2/3 av legene vurderer det dithen at dagens modell ikke har bidratt til å oppfylle dette målet.

Videre viser tabellen at mer enn 2 av 5 respondenter oppgir at man i «liten grad» eller «i svært liten grad» har evnet å oppfylle hverken målet om god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten eller gode pasientforløp. Enda flere er kritiske til organiseringen av de kliniske arbeidsprosessene.

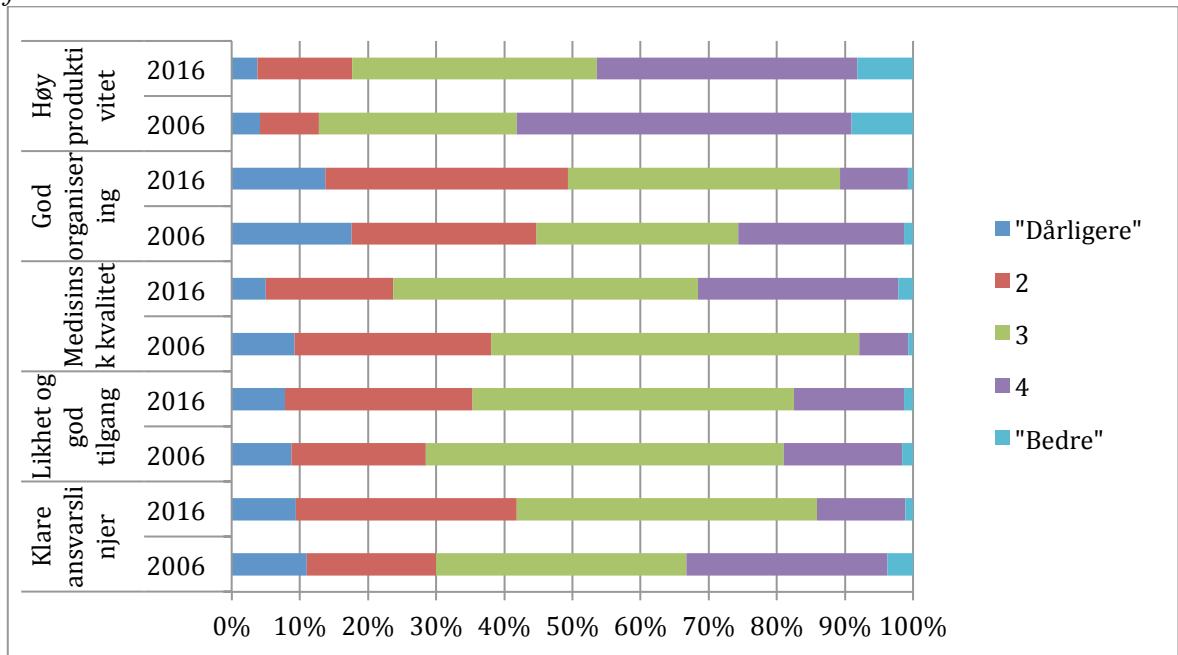
I en lignende survey blant sykehusleger fra 2006<sup>12</sup> ble respondentene bedt om å vurdere i hvilken grad sykehusreformen hadde oppfylt målsettingene som var knyttet til den: klarere ansvarslinjer mellom sykehuseier (staten) og sykehusene, større likhet i tilgang på helsetjenester, bedre medisinsk kvalitet på helsetjenestene, bedre organisering av sykehusene, og økt produktivitet ved sykehusene (St. prp. nr. 66, 2000-2001). Selv om ordlyden på spørsmålene og svarkategoriene ikke var identiske med dem vi har benyttet her, og resultatene dermed ikke er direkte sammenlignbare, er det likevel interessant å sammenligne svarene.<sup>13</sup> I figur 1 har vi derfor gjengitt svarene på de fem spørsmålene som var relatert til de samme målsettingene: «klare ansvarslinjer», «stor likhet og god tilgang til helsetjenester», «høy medisinsk kvalitet på helsetjenestene», «god organisering» og «høy produktivitet». Figuren antyder lavere måloppnåelse i fire av fem tilfeller, og når vi sammenholder svarene fra 2006 med svarene fra 2016 er gjennomsnittsskåren for sistnevnte år signifikant lavere ( $p < .01$ ) for klare ansvarslinjer, likhet og tilgang, god organisering og høy produktivitet. For medisinsk kvalitet gjelder derimot det motsatte bildet: her er gjennomsnittet i 2016 signifikant høyere enn i 2006 ( $p < .01$ ).

---

<sup>12</sup> Surveyen ble gjennomført av Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitet i Oslo i samarbeid med Legeforeningens Forskningsinstitutt og (daværende) SINTEF Helse for å samle inn data om effekter av sykehusreformen. For mer informasjon, se Aasland, Hagen og Martinussen (2007).

<sup>13</sup> I surveyen fra 2006 var følgende spørsmål inkludert: «Det er knyttet en rekke mål til reformen. I hvilken grad mener du disse målene er realisert?» Her ble respondentene bedt om å rangere følgende fem målsettinger fra 1 («fjernet seg mye») til 5 («nærmet seg mye»): a) «Klarere ansvarslinjer mellom sykehuseier og sykehusene», b) «Større likhet i tilgang på helsetjenester», c) «Bedre medisinsk kvalitet på helsetjenestene», d) «Bedre organisering av sykehusene», og e) «Økt produktivitet ved sykehusene».

Figur 1. Vurdering av helsepolitiske målsettinger, sammenlignet med surveyresultater fra 2006.



### 3. Problematiske forhold i dagens modell

Vi har sett at sykehuslegene er kritiske når det gjelder nåværende modells evne til å nå en rekke sentrale helsepolitiske målsettinger. Hvilke aspekter ved dagens organisering er det så som oppleves som problematiske? I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å rangere ulike sider ved dagens sykehusorganisering på en skala fra 1 til 5, der 1 er «uproblematisk» og 5 er «svært problematisk», og svarene er gjengitt i tabell 2. Som vi ser, er det særlig styringsproblematikken som framheves: nesten 40 % oppgir «lange beslutningslinjer» som «svært problematisk», og omtrent like mange gjør det samme for «fravær av stedlig ledelse». Nesten 3 av 4 leger trekker fram «lange beslutningslinjer» dersom vi slår sammen prosentandelene som svarte 4 eller 5 på skalaen, mens tilsvarende andel for «fravær av stedlig ledelse» er 68.2 %. Innsatsstyrt finansiering oppleves også som problematisk av mange, med i underkant av 64 % som har rangert dette som 4 eller 5 på skalaen, i tillegg til «IT-løsningene» (62.1 %).

Tabell 2. «Hvilke organisatoriske forhold/løsninger har du inntrykk av at er problematiske i dagens sykehusorganisering?» Prosent og frekvens.

	1	2	3	4	5 = «svært problematisk»	Totalt
	«uprobl-ematisk»					
«Foretaksmodellen»	6.1 (57)	12.9 (121)	34.6 (325)	27.2 (256)	19.3 (181)	100.0 (940)
«Innsatsstyrt finansiering (DRG)»	1.3 (12)	9.4 (89)	25.7 (243)	37.0 (350)	26.6 (251)	100.0 (945)
«Individuell rettighetsfesting»	6.5 (61)	19.9 (186)	41.8 (391)	24.9 (233)	6.9 (65)	100.0 (936)
«Fravær av stedlig ledelse»	3.2 (30)	10.2 (96)	18.5 (174)	30.8 (290)	37.4 (352)	100.0 (942)
Samling av avdelinger i divisjoner/klinikker»	7.1 (67)	17.5 (166)	29.9 (284)	31.0 (294)	14.5 (138)	100.0 (949)
«IT-løsningene»	3.8 (36)	11.7 (111)	22.4 (213)	33.2 (316)	28.9 (275)	100.0 (951)
«Regnskapsloven»	8.7 (78)	15.9 (142)	49.4 (442)	17.4 (156)	8.6 (77)	100.0 (895)
«Lange beslutningslinjer»	1.5 (14)	4.9 (46)	19.3 (180)	34.8 (325)	39.5 (369)	100.0 (934)

#### 4. Preferanser for endringer av og alternativer til dagens modell

Tabell 3 gir en pekepinn om hvilke endringer i dagens modell sykehuslegene ønsker. Det er særlig tre forslag som peker seg ut: avvikling av ISF, avvikling av helseforetaksloven, og å fjerne dagens RHF. Nesten halvparten av legene (46.2 %) oppgir at en avvikling av ordningen med ISF og innføring av faste rammebudsjetter vil være en «godt egnet» eller «svært godt egnet» endring. Andelen som mener det samme om å fjerne RHFene men beholde et regionalt nivå er på 38 %, og 36.7 % for å avvikle helseforetaksloven.

I motsatt ende finner vi endringer av modellen som bidrar til mer politisk styring: legene er svært skeptiske til alle tre endringsalternativer som fanger opp dette. Klart størst er motstanden mot å øke politisk styring av driftsbeslutninger relatert til f.eks. bemanningsnivå, mindre investeringer, redusert beredskap/drift om sommeren o.l.: mer enn  $\frac{3}{4}$  av de spurte mener dette innebærer en «uegnet» eller «lite egnet» endring av dagens modell. Det å erstatte nåværende organisering med en fylkeskommunal (eller regional) forvaltningsmodell er heller ikke særlig populært, med en tilsvarende andel på 54.6 %. Endelig oppgir også så mange som 42.5 % at det vil være «uegnet» eller «lite egnet» å tillate sterkere politisk styring av større beslutninger, f.eks. lokalisering, funksjonsfordeling mellom sykehus, sammenslåinger og større investerings-/utbyggingsprosjekter o.l.

Tabell 3. «I hvilken grad tror du følgende endringer av dagens modell vil være gunstig? Igjen er det en forutsetning at størrelsen på bevilgningen ikke endres.» Prosent og frekvens.

	«Uegnet»	«Lite egnet»	«Noe egnet»	«Godt egnet»	«Svært godt egnet»	Totalt
«Sterkere politisk styring av større beslutninger som eksempelvis lokalisering, funksjonsfordeling mellom sykehus, sammenslåinger og større investerings-/utbyggingsprosjekter o.l.»	13.7 (129)	28.8 (271)	29.7 (280)	22.9 (216)	4.9 (46)	100.0 (942)
«Sterkere politisk styring av driftsbeslutninger som eksempelvis bemanningsnivå, mindre investeringer, redusert beredskap/drift om sommeren o.l.»	32.5 (306)	43.8 (412)	14.9 (140)	7.8 (73)	1.1 (10)	100.0 (941)
«Avvikle helseforetaksloven, og gjennom dette ikke måtte forholde seg til regnskapsloven»	6.0 (54)	17.3 (156)	40.0 (360)	22.6 (204)	14.1 (127)	100.0 (901)
«Avvikle ordningen med ISF og erstatte denne med faste rammebudsjetter»	4.9 (46)	14.9 (139)	34.0 (317)	30.0 (280)	16.2 (151)	100.0 (933)
«Sterkere lokal politisk styring, f.eks. gjennom fylkesting»	23.7 (221)	30.9 (288)	27.7 (258)	13.7 (128)	4.1 (38)	100.0 (933)
«Fjerne dagens RHF, men beholde et regionalt nivå»	6.2 (57)	17.2 (159)	38.6 (356)	26.1 (241)	11.9 (110)	100.0 (923)
«Gå tilbake til en fylkeskommunal (eller regional) forvaltningsmodell»	23.1 (213)	23.1 (213)	29.0 (268)	16.4 (151)	8.5 (78)	100.0 (923)

I surveyen ble legene også bedt om å vurdere de samme alternativene som utredes av Kvinnsland-utvalget. Kvinnsland-utvalget ble oppnevnt av regjeringen 2. oktober 2015 for å utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres. I mandatet bes utvalget utrede følgende alternative modeller: a) avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt

departementet, b) opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene, c) opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene, og d) eventuelle andre modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten. I tabell 4 presenteres legenes vurderinger av de tre første alternativene, i tillegg til en fjerde variant der foretaksmodellen avvikles og sykehusene gjøres til en del av statsforvaltningen.

Som vi ser, er det kun ett av alternativene som har særlig oppslutning blant legene, og det er en avvikling av helseforetaksmodellen: 38.7 % mener at dette er en «godt egnet» eller «svært godt egnet» løsning. For de øvrige tre alternativene er prosentandelene som anser disse som «uegnet» eller «lite egnet» større enn andelene som svarer «godt egnet» og «svært godt egnet».

Tabell 4. «Hvor egnet synes du følgende alternativer til dagens modell er?» Prosent og frekvens.

	«Uegnet»	«Lite egnet»	«Noe egnet»	«Godt egnet»	«Svært godt egnet»	Totalt
«Avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departement»	15.6 (145)	25.6 (238)	30.9 (287)	22.2 (206)	5.6 (52)	100.0 (928)
«Opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene»	18.1 (167)	26.2 (242)	32.3 (298)	19.0 (175)	4.3 (40)	100.0 (922)
«Opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene»	20.2 (186)	30.0 (277)	28.4 (262)	16.0 (148)	5.4 (50)	100.0 (923)
«Avvikle foretaksmodellen og gjøre sykehusene til en del av statsforvaltningen»	10.4 (96)	19.3 (177)	31.6 (290)	27.2 (250)	11.5 (106)	100.0 (919)

## 5. Organisasjonsklima

Så langt har vi sett hvordan legene vurderer ulike aspekter ved dagens modell og hvilke preferanser de har for mulige endringer av modellen, samt alternativer til nåværende organisering. I surveyen måtte legene også forholde seg til spørsmål som omhandler nærmere og mer konkrete sider ved sykehushverdagen deres, blant annet gjennom å vurdere hvordan en rekke sentrale oppgaver vektlegges av henholdsvis avdelingsledelsen, den øverste ledelsen i helseforetaket og den øverste ledelsen i det regionale helseforetaket.

## 5.1 Vurderinger av avdelingsledelsen

Resultatene for avdelingsledelsen vises i tabell 5. Utfra legenes vurderinger er den høyest prioriterte oppgaven hos avdelingsledelsen knyttet til «økonomistyring, regnskap og budsjett»: hele 83.6 % oppgir at denne aktiviteten vektlegges «høyt» eller «svært høyt». En annen oppgave som prioriteres høyt av avdelingsledelsen er det å «sørge for at regler og rutiner følges»: her er tilsvarende andel på 60.2 %. Først på tredjeplass kommer det å «sikre faglig standard og kvalitet på behandlingsaktiviteten», slik respondentene vurderer avdelingsledelsens prioriteringer: nær halvparten (47.3 %) har oppgitt at dette vektlegges «høyt» eller «svært høyt».

I motsatt ende av skalaen finner vi oppgaver relatert til det å «løse mellommenneskelige problemer og motsetninger»: kun 22 % av legene vurderer det dithen at avdelingsledelsen vektlegger dette «høyt» eller «svært høyt». Verdt å merke seg er det også at oppgaver som det å «stimulere til faglig samarbeid mellom ulike avdelinger» og å «ta initiativ til nye faglige muligheter» skårer såpass lavt som henholdsvis 23.9 % og 24.8 %. Også en såpass viktig lederoppgave som å «motivere medarbeidere og skape oppslutning» oppleves som lavt prioritert: kun ¼ av legene mener at avdelingsledelsen vektlegger dette «høyt» eller «svært høyt».

I surveyen som ble gjort i 2006 ble legene også bedt om å vurdere hvordan den øverste ledelsen ved avdelingen vektla de samme oppgavene, med identisk ordlyd på spørsmålene og svarkategoriene. I figur 2 har vi derfor sammenlignet svarene i undersøkelsen fra 2016 med svarene fra surveyen som ble gjort i 2006. Som vi ser, avtegner det seg et tydelig bilde: respondentene i 2006 vurderte at avdelingsledelsen prioriterte alle oppgaver høyere enn respondentene i 2016 – med to viktige unntak; for oppgavene «økonomistyring, regnskap og budsjett» og «sørge for at regler og rutiner følges» er mønsteret omvendt, med høyere vektlegging i 2016 enn 2006. Forskjellene i 2006- og 2016-utvalgenes vurderinger er størst når det gjelder avdelingsledelsens vektlegging av å «sikre faglig standard og kvalitet på behandlingsaktiviteten»: på skalaen fra 1 til 5 (der 1 tilsvarende «vektlegger ikke» og 5 tilsvarende «vektlegger svært høyt») skåret legene i 2006 et gjennomsnitt på 3.63, mens tilsvarende i 2016 er 3.29. Forskjellen er omtrent den samme for vektleggingen av motivasjon og oppslutning, med en gjennomsnittsverdi på 2.97 i 2006 mot 2.64 i 2016. Den tredje største forskjellen fra 2006 til 2016 er knyttet til avdelingsledelsens vektlegging av økonomi: her var snittet 4.00 i den første undersøkelsen og 4.25 i denne undersøkelsen. Alle forskjellene er signifikante på 0.01-nivå.

Tabell 5. «Hvordan mener du den øverste ledelsen ved avdelingen vektlegger de følgende oppgaver?» Prosent og frekvens.

	«Vekt- legger ikke»	«Vekt- legger lavt»	«Vekt- legger noe»	«Vekt- legger høyt»	«Vekt- legger svært høyt»	Totalt
«Sikre faglig standard og kvalitet på behandlingsaktiviteten»	5.7 (54)	18.7 (177)	28.2 (267)	35.5 (336)	11.8 (112)	100.0 (946)
«Stimulere til faglig samarbeid mellom ulike avdelinger»	8.9 (84)	32.7 (310)	34.5 (327)	20.1 (190)	3.8 (36)	100.0 (947)
«Motivere medarbeidere og skape oppslutning»	17.8 (168)	29.5 (278)	27.5 (259)	20.9 (197)	4.3 (41)	100.0 (943)
«Utvikle og ta i bruk nye rutiner og arbeidsmåter»	6.9 (65)	20.3 (191)	39.9 (376)	28.1 (265)	4.8 (45)	100.0 (942)
«Økonomistyring, regnskap og budsjett»	0.4 (4)	1.9 (18)	14.1 (133)	39.8 (376)	43.8 (414)	100.0 (945)
«Koordinere ulike typer av aktiviteter innad i avdelingen»	6.0 (56)	23.0 (216)	42.6 (400)	24.5 (230)	3.8 (36)	100.0 (938)
«Løse mellommenneskelige problemer og motsetninger»	18.1 (171)	30.7 (290)	29.3 (277)	19.1 (181)	2.9 (27)	100.0 (946)
«Ta initiativ til nye faglige muligheter»	14.0 (132)	26.9 (254)	34.3 (324)	20.8 (197)	4.0 (38)	100.0 (945)
«Legge opp de daglige arbeidsrutinene»	9.1 (85)	26.2 (244)	31.9 (298)	27.1 (253)	5.7 (53)	100.0 (933)
«Løse problemer gjennom å endre organisasjonen»	13.3 (126)	30.4 (287)	31.6 (298)	19.8 (187)	4.9 (46)	100.0 (944)
«Sørge for at regler og rutiner følges»	2.6 (24)	7.5 (70)	29.7 (278)	45.5 (426)	14.7 (138)	100.0 (936)

Figur 2. Vurdering av avdelingsledelsen, 2006 og 2016.



## 5.2 Vurderinger av den øverste ledelsen i helseforetaket

I tillegg til å be legene vurdere den øverste avdelingsledelsen etter hvordan den oppleves å prioritere en rekke viktige oppgaver, inneholdt surveyen også lignende spørsmål for ledelsen på nivåene lenger opp; dvs. i helseforetaket og i det regionale helseforetaket. Tabell 6 viser hvordan førstnevnte skårer på seks sentrale dimensjoner knyttet til ledelse: «faget», «kvaliteten», «økonomien», «juridiske bestemmelser», «medarbeidere» og «politiske føringer».

Økonomien skiller seg klart ut som den oppgaven som oppleves å bli prioritert sterkest av HF-ledelsen: så godt som hele utvalget (96.7 %) oppgir at dette vektlegges



«høyt» eller «svært høyt», hvorav hele 65.5 % har valgt sistnevnte svarkategori. Juridiske bestemmelser vurderes også av legene til å være en sterkt prioritert oppgave: så mange som 81.4 % av legene erfarer at dette er en oppgave som vektlegges «høyt» eller «svært høyt» av den øverste HF-ledelsen. Politiske føringer veier også tungt i prioriteringene: tilsvarende andel her er 70 %. De to oppgavene som oppleves å få lavest prioritet er «medarbeidere» og «faget»: her er andelene som svarer «vektlegger ikke» eller «vektlegger lavt» på henholdsvis 55.5 % og 47.8 %. Så mange som 37.3 % mener også det samme når det gjelder vektleggingen av «kvaliteten».

Tabell 6. «Hvordan mener du den øverste ledelsen ved helseforetaket vektlegger de følgende oppgaver?» Prosent og frekvens.

	«Vekt- legger ikke»	«Vekt- legger lavt»	«Vekt- legger noe»	«Vekt- legger høyt»	«Vekt- legger svært høyt»	Totalt
«Faget»	11.5 (108)	36.3 (341)	32.8 (308)	16.2 (152)	3.3 (31)	100.0 (940)
«Kvaliteten»	7.8 (73)	29.5 (277)	36.1 (339)	22.3 (210)	4.4 (41)	100.0 (940)
«Økonomien»	0.2 (2)	0.2 (2)	2.9 (27)	31.2 (294)	65.5 (618)	100.0 (943)
«Juridiske bestemmelser»	0.5 (5)	2.0 (19)	16.0 (150)	51.0 (478)	30.4 (285)	100.0 (937)
«Medarbeidere»	16.9 (158)	38.6 (361)	30.7 (287)	12.0 (112)	1.8 (17)	100.0 (935)
«Politiske føringer»	1.0 (9)	3.4 (32)	25.6 (239)	45.1 (420)	24.9 (232)	100.0 (932)

### 5.3 Vurderinger av den øverste ledelsen i det regionale helseforetaket

Tabell 7 viser hvordan legene erfarer at den øverste ledelsen ved det regionale helseforetaket vektlegger de samme seks oppgavene. Som vi ser, er bildet det samme som for ledelsen av helseforetaket. Igjen fordeler så godt som hele utvalget (95.5 %) seg på svarkategoriene «vektlegger høyt» og «vektlegger svært høyt» når det gjelder økonomien. For juridiske bestemmelser er tilsvarende andel den samme som for HF-ledelsen (81 %), mens andelen for politiske føringer naturlig nok er noe høyere for RHF-ledelsen (76,8 %). For de tre siste lederrelaterte oppgavene er andelen leger som vurderer det dithen at disse ikke vektlegges eller vektlegges lavt på henholdsvis 65.8 % for medarbeidere, 48.9 % for faget og 37.3 % for kvaliteten.

Tabell 7. «Hvordan mener du den øverste ledelsen ved det regionale helseforetaket vektlegger de følgende oppgaver?» Prosent og frekvens.

	«Vekt- legger ikke»	«Vekt- legger lavt»	«Vekt- legger noe»	«Vekt- legger høyt»	«Vekt- legger svært høyt»	Totalt
«Faget»	15.2 (142)	33.7 (314)	37.2 (347)	12.4 (116)	1.5 (14)	100.0 (933)
«Kvaliteten»	8.9 (83)	28.4 (264)	40.0 (372)	19.7 (183)	3.0 (28)	100.0 (930)
«Økonomien»	0.1 (1)	0.5 (5)	3.8 (35)	27.8 (259)	67.7 (630)	100.0 (930)
«Juridiske bestemmelser»	0.7 (6)	1.6 (15)	16.7 (154)	39.8 (367)	41.2 (379)	100.0 (921)
«Medarbeidere»	22.2 (207)	42.9 (400)	28.3 (264)	5.2 (48)	1.4 (13)	100.0 (932)
«Politiske føringer»	1.1 (10)	2.2 (20)	20.0 (185)	40.8 (377)	36.0 (333)	100.0 (925)

### 5.3.1 Sosialt klima, innovasjonsklima og engasjement

I undersøkelsen ba vi også legene vurdere ulike aspekter ved *sosialt klima*, *innovasjonsklima* og *engasjement* ved arbeidsplassen sin (disse tallene er ikke presentert i egne tabeller her). Disse spørsmålene er basert på et validert skjema utviklet av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), kalt QPSNordic.<sup>14</sup> Dette er et generelt instrument for å måle psykologiske, sosiale og organisasjonsmessige faktorer i arbeid, slik som egenskaper ved arbeidsoppgaver, organisasjonen og individuelle arbeidsrelaterte holdninger. For å få et sammenligningsgrunnlag har vi sammenlignet resultatene i vår survey med statistikken basert på alle underutvalgene som ble brukt i utviklingen av QPSNordic (n=2010).

Det sosiale klimaet oppleves som generelt godt: 4 av 10 leger oppgir at det sosiale klimaet oppleves som både «oppmuntrende og bemyndigende» og «avslappet og behagelig». Nesten halvparten opplever også at det sosiale klimaet i liten grad er «stivbeint og regelstyrt». På denne dimensjonen skiller legene seg likevel ut fra STAMI's tall med å være mer negative til hvor «avslappet og behagelig» det sosiale klimaet er: middelverdien for legene er på 3.15 mot 3.50 i «referanseutvalget», der svarkategoriene går på en skala fra 1 til 5 (der 1 tilsvarer «svært lite/ikke i det hele tatt» og 5 «svært meget»).

Vurderingene av innovasjonsklimaet ligger omtrent på samme nivå som det sosiale klimaet: på spørsmålet om «de ansatte selv tar initiativ på arbeidstedet» svarer 49 % «nokså ofte» eller «meget ofte eller alltid», mens tilsvarende andel som mener det samme på spørsmålet om «kommunikasjonen er god nok i din avdeling» er på 46 %. På spørsmålet om «ansatte oppmuntres til å tenke ut måter for å gjøre tingene bedre» er andelen for de to svarkategoriene på 35 %. Legene skårer omtrent på samme nivå som «referanseutvalget» på spørsmålene om initiativ og kommunikasjon, men har

<sup>14</sup> For mer info: [https://www.qps-nordic.org/no/doc/Brukerveiledning\\_qpsnordic.pdf](https://www.qps-nordic.org/no/doc/Brukerveiledning_qpsnordic.pdf)

derimot et lavere gjennomsnitt på spørsmålet om man oppmuntres til å gjøre tingene bedre; 3 mot 3.37 i STAMI's utvalg.

Når det gjelder engasjementet ved arbeidsplassen, sier over halvparten av de spurte (52 %) seg «delvis enig» eller «helt enig» i påstanden «jeg sier til mine venner at dette er en god organisasjon å jobbe i». Det er derimot tankevekkende at 1 av 5 leger sier seg «helt uenig» i at «denne organisasjonen inspirerer meg virkelig til å yte mitt beste (om vi også tar med de som svarer «delvis uenig») er andelen faktisk så høy som 44 %). Nesten like mange (41 %) er også «helt uenig» eller «delvis uenig» i påstanden om at «mine verdier er veldig like organisasjonens verdier». Følgelig ligger legenes snittverdier på disse tre spørsmålene lavere enn i «referanseutvalget», og forskjellen er naturlig nok størst for organisasjonens evne til å inspirere: her er gjennomsnittet 2.82 for legene og 3.13 i STAMI's utvalg.

### 5.3.2 Planer eller ønsker om å slutte

I surveyen stilte vi også legene spørsmålet om man har planer eller ønsker om å forlate sykehuset for å gå over til en annen arbeidsplass (disse tallene er ikke presentert i egne tabeller her). Det viser seg at 1 av 5 har slike planer, mens like mange ikke vet. Av de som ønsker å slutte, har nesten halvparten (45 %) ønsker om å gå til et annet sykehus, mens 28 % kan tenke seg å gå over til privat helsevesen.

## 6 Forskjeller knyttet til sentrale bakgrunnsfaktorer

Til slutt er det også interessant å se hvordan legenes vurderinger varierer med noen sentrale bakgrunnsfaktorer: henholdsvis lederposisjon, helseregion, sykehustype og alder (disse tallene er ikke presentert i egne tabeller her).

### 6.1 Lederansvar

En av de tydeligste trendene er ikke uventet at leger med lederansvar gjennomgående er mer positive i sine vurderinger enn leger uten slikt ansvar. Ledere omfatter her de av legene som er klinikkleder/-sjef, avdelingsleder/-sjef eller seksjonsoverlege.

For det første vurderer lederne dagens modell som bedre i forhold til de helsepolitiske målsettingene presentert i tabell 1 enn resten av legene. Denne forskjellen er tydeligst når det gjelder klinisk organisering og ansvarslinjer mellom stat og RHF, samt målsettingene om klare ansvarslinjer mellom RHF og HF-ene og høy medisinsk kvalitet.

For det andre er det også signifikante forskjeller mellom ledere og ikke-ledere når det gjelder hvor problematiske de ulike forholdene ved dagens modell oppleves som (jfr. tabell 2), og med de uten lederrolle som mer kritiske enn lederne. Skillet er størst i synet på foretaksmodellen, der ledere skårer et signifikant høyere gjennomsnitt enn ikke-lederne. Forskjellene er også signifikante i synet på fravær av stedlig ledelse og samling av avdelinger i divisjoner/klinikker.

For det tredje avdekker surveyen også noen interessante forskjeller når det gjelder synet på endringsalternativene listet opp i tabell 3 og 4: lederne er signifikant mer skeptiske enn ikke-lederne til gjeninnføring av en fylkeskommunal modell, sterkere lokal politisk styring, avvikling av helseforetaksloven, avvikling av ISF, og avvikling av foretaksmodellen og omgjøring av sykehusene til en del av statsforvaltningen.

For det fjerde, og som ventet, finner vi de tydeligste forskjellene mellom ledere og ikke-ledere i synet på ledelsen. Lederne har signifikant høyere gjennomsnittsskårer på vurderingene av alle ledelsesoppgavene i tabell 5, med to unntak: «økonomistyring, regnskap og budsjett» og «sørge for at regler og rutiner følges». Det samme mønsteret avtegner seg også i vurderingene av hvordan den øverste ledelsen i helseforetaket prioriterer oppgavene listet opp i tabell 6: de som har en lederrolle har signifikant høyere gjennomsnittsverdier på tre av de seks oppgavene: «faget», «kvaliteten» og «medarbeidere». For ledelsen av de regionale helseforetakene gjelder det samme mønsteret for alle lederoppgavene, bortsett fra «økonomien». Det er altså verdt å merke seg at tross store forskjeller i mange av de andre vurderingene er ledere og ikke-ledere enige om at økonomien vektlegges sterkt.

Endelig er det også som man kunne vente signifikante forskjeller mellom ledere og ikke-ledere i vurderingene av sosialt klima, innovasjonsklima og engasjement, med den førstnevnte gruppen som den mest positive. Størst er forskjellene i synet på om man synes det er en god organisasjon å jobbe i og om ansatte oppmuntres til nytenkning: her er forskjellene i gjennomsnittsverdi på henholdsvis 0.64 og 0.62 på skalaen fra 1 til 5. Også for de to spørsmålene relatert til organisasjonens verdier og evne til å inspirere skiller lederne seg ut ved å være langt mer positive enn ikke-lederne, med tilsvarende forskjeller i størrelsesorden 0.53-0.55.

## **6.2 Regionale forskjeller**

Det andre hovedbildet som avtegner seg i resultatene våre er de regionale forskjellene, først og fremst med leger fra Helse Sørøst – men også delvis fra Helse Nord – som mer kritiske i sine vurderinger enn leger fra Helse Midt og Helse Vest.

Helse Sørøst utmerker seg som den regionen der legene i minst grad mener at dagens organisering har bidratt til å nå målsettingene. Det er videre legene i Helse Sørøst og Nord som rangerer de ulike aspektene ved dagens modell som mest problematiske: dette gjelder lange beslutningslinjer, samling av avdelinger og fravær av stedlig ledelse. I tillegg skiller legene i Helse Sørøst seg ut ved å rangere IT-løsningene som mer problematiske enn i de andre regionene.

Det er også signifikante regionale variasjoner i hvor egnet man synes de fire alternativene til dagens modell (som vist i tabell 4) vurderes. Respondentene fra Helse Sørøst er gjennomgående mest positive til alle de fire alternativene, mens legene i Helse Nord befinner seg i motsatt ende som de klart mest negative.

Videre er det også interessante regionale forskjeller i vurderingene av ledelsens prioriteringer. Legene i Helse Nord og Helse Sørøst utmerker seg for det første ved å rangere avdelingsledelsens vektlegging av de ulike oppgavene listet opp i tabell 5 lavere enn legene i de to andre regionene, og forskjellene er størst for de faglige oppgavene og ivaretagelse av medarbeidere. Legene i Helse Nord og Helse Sørøst skiller seg videre ut ved å oppgi at HF-ledelsen vektlegger fag, kvalitet og medarbeidere signifikant lavere enn det legene i de to andre regionene erfarer. For vurderingene av RHF-ledelsen plasserer leger i Helse Sørøst seg lavere enn respondentene i de andre regionene i sin vurdering av vektlegging av faget, kvaliteten og medarbeidere.

Endelig avtegner det samme regionale mønsteret seg også når vi ser på spørsmålene om organisasjonsklima: respondentene i Helse Sørøst og Helse Nord skårer lavere enn respondentene i de to andre regionene, og dette mønsteret er tydeligst for de tre spørsmålene knyttet til engasjement. Følgelig er det også respondentene fra Helse Nord og Helse Sørøst som skiller seg ut når et gjelder ønsker om å forlate sykehuset: her svarer henholdsvis 25 % og 28 % at de har slike planer, mot 16 % i Helse Midt og 15 % i Helse Vest.

### **6.3. Sykehustype**

Det er færre signifikante forskjeller i legenes vurderinger som kan knyttes til sykehustype, men det er noen unntak. Av de ulike helsepolitiske målsettingene nevnt i tabell 1, er den eneste forskjellen mellom respondenter som arbeider i universitetssykehus og andre sykehus knyttet til synet på pasientforløp: den førstnevnte gruppen er noe mer kritisk til måloppnåelsen når det gjelder å bidra til gode pasientforløp mellom helsetjenestens ulike deler. Når det gjelder mulige problematiske forhold ved dagens modell (jfr. tabell 2), rangerer legene ved universitetssykehus individuell rettighetsfesting som signifikant mer problematisk, mens bildet er omvendt for samling av avdelinger som et problem. I vurderingene av mulige endringer av dagens modell (jfr. tabell 3) er de to alternativene «større lokal politisk styring» og «innføring av en fylkeskommunal eller regional modell» de eneste som deler respondentene etter sykehustype: leger på universitetssykehus ser disse endringene som mindre gunstige enn andre leger.

### **6.4 Alder**

Vi har også undersøkt forskjellene mellom yngre (under 40 år) og eldre leger (40 år og mer). Yngre leger skiller seg for det første signifikant fra de eldre ved at de vurderer både ISF og IT-løsningene som mer problematiske av de som er listet opp i tabell 2. Når det gjelder mulige endringer av dagens modell (jfr. tabell 3), er yngre leger derimot signifikant mer positive enn sine eldre kolleger til både større lokal politisk styring og innføring av en fylkeskommunal eller regional modell.

Videre er det også aldersrelaterte forskjeller knyttet til vurderingene av ledelse. For de ulike oppgavene presentert i tabell 5 er det de to temaene knyttet til «personalomsorg» som skiller seg ut: yngre leger oppgir i signifikant mindre grad enn eldre at avdelingsledelsen vektlegger motivasjon av medarbeidere og håndtering av mellommenneskelige problemer og motsetninger. Det samme mønsteret finner vi også i legenes vurderinger av hvordan HF- og RHF-ledelsen vektlegger de ulike oppgavene listet opp i tabell 6 og 7: de yngre legene er av den oppfatning at både HF-ledelsen og RHF-ledelsen prioriterer medarbeiderne mindre sammenlignet med de eldre legene. I tillegg oppgir de yngre legene også i signifikant mindre grad enn de eldre at avdelingsledelsen RHF-ledelsen vektlegger juridiske bestemmelser.

Det er ingen signifikante aldersforskjeller i synet på sosialt klima, innovasjonsklima og engasjement, men det er verdt å merke seg at det er nesten 11 prosentpoengs forskjell mellom de to aldersgruppene når det gjelder planer eller ønske om å forlate sykehuset: andelen yngre leger som svarer ja på dette spørsmålet er på nesten 30 %, mot knapt 19 % blant de eldre legene.

**Referanser:**

Groves, R. M. (2006). Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys, *Public Opinion Quarterly* 70: 646-75.

Singer, E. (2006). Nonresponse bias in household surveys, *Public Opinion Quarterly* 70: 637-45.

Aasland , O. G., T. P. Hagen & P. E. Martinussen (2007). Sykehuslegenes syn på sykehusreformen, *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* 127: 2218-21.

**Kapittel 3:**  
**Styringsmodeller for spesialisthelsetjenesten.**  
Forholdet mellom politikk og administrativ styring.

Karsten Vrangbæk  
Købehavns Universitet

## 1. Indledning

I dette essay diskuteres styringsstrukturen for sygehuse i Norge med særlig fokus på forholdet mellem politisk og administrativ styring. Fordele og ulemper ved forskellige måder at organisere dette samspil på vil blive diskuteret med udgangspunkt i teoretisk og empirisk litteratur om emnet.

Styringsstrukturer behandles i den internationale litteratur med betegnelsen ”*governance*”, som bredt formuleret angiver ”*how societies make and implement collective decisions*” (Greer et al: 2016). Med udgangspunkt i denne dette perspektiv fokuserer essayet på organiseringen af kollektive beslutnings- og implementeringsprocesser på sygehusområdet i Norge.

Når der tages udgangspunkt i denne definition er det fordi der i det norske sundhedsvæsen, som i alle de nordiske sundhedssystemer, er en høj grad af offentlig involvering i såvel finansiering som levering af sygehusedydelser. Det bliver dermed helt centralt at forstå de kollektive beslutnings- og styringsprocesser og at vurdere, om disse fungerer optimalt i forhold til beslutnings- og implementeringskapaciteten, og muligheden for at forfølge en række centrale målsætninger for sektoren. Det skal dog samtidig slås fast, at governance strukturer og processer naturligvis ikke er den eneste mulige årsag til performance problemer i sygehussektoren. Andre typiske årsager er mangel på ressourcer, svag politisk ”commitment” og grundlæggende svagheder ved policy ideer eller programmer (Greer et al: 2016). I forhold til sådanne problemstillinger vil en ændring i governance strukturen kun have indirekte, eller slet ingen effekt.

I essayet diskuteres en række forhold ved governance strukturen, som kan virke hæmmende eller fremmende for beslutnings- og implementeringskapaciteten, og dermed for mulighederne for at styrke performance i forhold til en række grundlæggende målsætninger i sundhedsvæsenet. Typiske målsætninger for sundhedsvæsenet omfatter befolkningssundhed, effektivitet, produktivitet, lighed, budgetsikkerhed/udgiftskontrol, kvalitet (klinisk, service, patientrapporteret) (Papanicolas: 2013). Hertil kommer supplerende mål om demokratisk legitimitet og koordination med øvrige dele af sundhedsvæsenet og andre sektorer (især ældre, social og beskæftigelse). Som beskrevet nedenfor kan der være modsætninger mellem de forskellige målsætninger, og governance strukturen kan altså være indrettet for at tilgodese forskellige og til dels konflikterende mål. Den specifikke governance struktur vil derfor ofte være udtryk for en afvejning af flere hensyn.

Indenfor en offentlig styringsstruktur, er der særligt to dimensioner, som er vigtige for systemets evne til at træffe og implementere beslutninger. Den første omhandler samspillet mellem politik og forvaltning. Denne dimension knytter særligt an til spørgsmål om ansvarlighedsgøring (accountability), legitimitet, beslutningskapacitet og interessevaretagelse. Den anden dimension handler om centralisering versus decentralisering. Denne dimension knytter særligt an til temaer om information, lighed, analysekapacitet, effektivitet, koordination og tilpasning til lokale kontekster og præferencer.

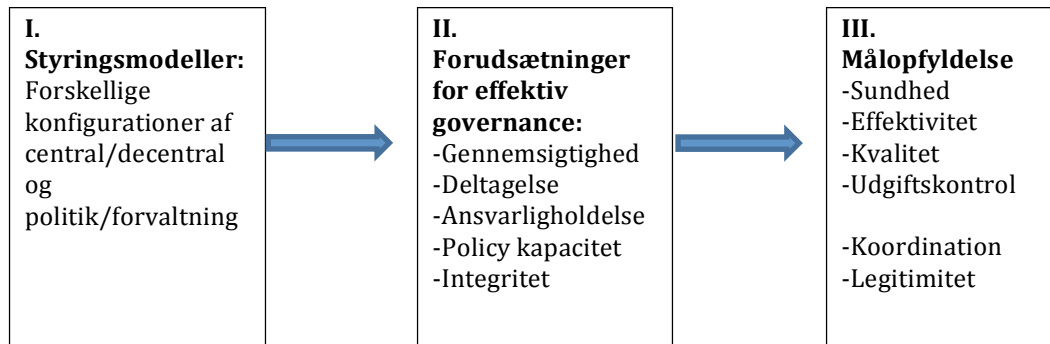
Hermed kan det overordnede spørgsmål for essayet formuleres således: *Hvilke fordele*



og ulemper kan der identificeres ved forskellige styreformer (konfigurationer af politik/administration og central/decentral) set i forhold til generelle målsætninger for sundhedsvæsenet?

Den underliggende konceptuelle model bag spørgsmålet er, at der er en sammenhæng mellem styreformer, forudsætninger for effektiv governance og mulighederne for målopfyldelse.

Skematisk ser det sådan ud.



I det følgende præsenteres først en diskussion af overordnede målsætninger med sundhedsvæsenet (kasse III i ovenstående figur). Dernæst en diskussion af centrale governance temaer (kasse II) og samspillet mellem dem og målsætningerne. Dernæst en diskussion af dimensionerne central/decentral og politik/forvaltning set i forhold til målsætninger og governance temaer (kasse I.). Endelig konkluderes ift det overordnede spørgsmål om hvilke fordele og ulemper der kan identificeres ved forskellige styreformer (konfigurationer af politik/administration og central/decentral) set i forhold til generelle målsætninger for sundhedsvæsenet.

## 2. Overordnede målsætninger for sygehussektoren

Typiske målsætninger for sundhedsvæsenet omfatter befolkningssundhed, effektivitet, produktivitet, lighed, budgetsikkerhed/udgiftskontrol, kvalitet (klinisk, service, patientrapporteret) (Papanicolas og Smith: 2013). Hertil kommer supplerende mål i forhold koordination med øvrige dele af sundhedsvæsenet og andre sektorer (især ældre, social og beskæftigelse) og legitimitet.

Produktivitet angiver en snæver økonomisk betragtning om aktivitetsniveauet i forhold til ressourceinput. Det er en nyttig parameter ved sammenligning over tid eller på tværs af ensartede enheder. Produktivitet siger imidlertid ikke noget om opfyldelse af de grundlæggende målsætninger i form af mere sundhed, eller bedre kvalitet. – Det gør derimod begrebet effektivitet, som netop vurderer den substantielle målopfyldelse set i forhold til ressourceforbruget.

I de nordiske sundhedssystemer har lighed været en vigtig målsætning siden etableringen af offentlige ordninger. I forhold til sygehusvæsenet kan lighed udtrykkes som geografisk, social og kønsmæssig lighed i adgang til sundhedsydelser for personer med ensartede behov. Kvalitet kan udtrykkes i form af input, proces og outcome dimensioner (Donabedian 2005). Alternativt kan man sondre mellem klinisk vurderet effekt, fravær af fejl og uheld og patientoplevede resultatmål.

Målsætningen om udgiftskontrol knytter sig til ressourceforbruget i sundhedsvæsenet. Demografiske forandringer, øgede forventninger og den medicinske teknologiske udvikling skaber konstant stigende efterspørgsel på sundhedsydelser. Ressourcerne til at imødekomme denne efterspørgsel er imidlertid begrænsede, hvorfor det er nødvendigt at prioritere. I et politisk system sker dette gennem allokering af ressourcer til forskellige aktiviteter. Hvis udgifterne overstiger de allokerede ressourcer må der omfordeles fra andre aktiviteter.

Koordination er i stigende grad kommet i centrum, som en central forudsætning for et effektivt sundhedsvæsen, som er tilpasset aldrende befolkninger og ændrede sygdomsprofiler. Koordination kan defineres på flere niveauer. Behandlingsmæssig koordination handler om klar arbejdsdeling og god kommunikation, så man sikrer sammenhængende patientforløb. Organisatoriske koordination handler om at sikre organisatoriske rammer, så man kan undgå redundans, samordne udviklingsrelaterede beslutninger og investeringer. Endelig handler tværsektoriel koordination om at samordne på tværs af sektorer, som eksempelvis ældreomsorg, beskæftigelse, social omsorg og sundhed.

Legitimitet er vigtig for accepten af et offentligt sundhedsvæsen med solidarisk omfordeling på baggrund af generelle skatter. Denne relation kan man kalde en ekstern eller borgermæssig legitimitet for sundhedssektoren. Transparens i beslutningsprocesserne, retfærdighed og effektiv ansvarlighedsgøring er vigtige forudsætninger for at opretholde ekstern legitimitet. En anden type legitimitet er mere intern, og vedrører de ansatte, sundhedsprofessionelles accept af styringsbeslutninger. Da det er denne gruppe ”street level bureaucrats”, som i sidste ende skal implementere de politiske beslutninger, er det centralt for den systemiske styringskapacitet, at styringsregimet opleves som hensigtsmæssigt og understøttende for god klinisk virksomhed. Balancen er her, at sundhedsprofessionelle på den ene side skal have et vist mål af autonomi til at foretage skønsmæssige tilpasninger til de enkelte patienter baseret på videnskabelige metoder og erfaringsbaseret praksis. På den anden side må der være et ledelsesrum til at kontrollere kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse. Det er jo i sidste ende de faglige beslutninger, som udløser ressourceforbrug i sundhedsvæsenet.

Indretning af sundhedsvæsenet skal altså tage hensyn til en række forskellige målsætninger og hensyn. Derfor vil indretningen af styringsstrukturen være udtryk for kompromiser og afvejninger.

Efter således at have gennemgået en række centrale målsætninger i sundhedsvæsenet er banen kridtet op til en diskussion af governance dimensioner og deres relation til målene.

### **3. Governance temaer og samspillet mellem dem og målsætningerne**

En nylig publikation fra European Observatory on Health Care Systems præsenterer på baggrund af et omfattende litteratur review fem dimensioner, som er særligt vigtige forudsætninger for succesfuld ”governance” i et sundhedssystem. De fem dimensioner er:

- 1) Gennemsigtighed i beslutningstagning: At der redegøres åbent for

- beslutninger og deres begrundelser
- 2) Deltagelse: At de berørte parter engageres i beslutningsprocessen
  - 3) Ansvarlighedsgøring: At der er mekanismer til at monitorere og sanktionere i de forskellige principal-agent relationer i systemet
  - 4) Organisatorisk integritet: At forvaltningen af sundhedsydelse sker på et klart grundlag baseret på retsstatslige principper om lighed og retfærdighed. At roller og ansvar er veldefinerede, og at korrupsion og særbehandling ikke finder sted.
  - 5) Policy kapacitet: At de relevante myndigheder har tilstrækkelig information og analytisk kapacitet til at træffe oplyste beslutninger.

Opfyldes disse fem forudsætninger har man størst sandsynlighed for succesfuld styring, og dermed for effektiv implementering af sundhedspolitikker til fremme af de overordnede målsætninger for sundhedsvæsenet. I det følgende diskuteres fordele og ulemper ved forskellige strukturelle modeller set i lyset af disse fem forudsætninger.

#### **4. Styringsmodeller og forudsætninger for effektiv governance**

Når man beskriver forskellige alternative styringsmodeller er der især to dimensioner, som påkalder sig opmærksomhed. Det gælder graden af centralisering-decentralisering samt relationen mellem politik og forvaltning. De to dimensioner har indflydelse på både de fem forudsætninger for succesfuld "governance" og ultimativt for systemets målopfyldelse.

##### **4.1 Politik vs forvaltning**

I et folkestyre er den offentlige sektor med dens institutioner, myndigheder og virksomheder underlagt politisk ledelse og politisk styring. Det er en omfattende og krævende opgave. Derfor løser den politiske ledelse nødvendigvis opgaven med bistand fra embedsmænd og offentligt ansatte specialister. Arbejdsdelingen er for så vidt klar og simpel, idet den politiske ledelse udgør toppen af et hierarki bestående af de embedsmænd, der bistår dem, og de personer, der i det daglige leder institutioner, myndigheder og virksomheder samt de som udfører opgaverne. I princippet bygger den offentlige sektor altså på et hierarki, hvor den politiske ledelse

- Formulerer forvaltningens opgaver.
- Modtager bistand og rådgivning fra deres embedsmænd.
- Har et ansvar for og kan intervenere i den daglige forvaltning og drift, også når opgaven bliver løst af underordnede institutioner, myndigheder og virksomheder.
- Tager stilling til sager, forslag og problemer, som bliver formidlet gennem det ledelses- og styringshierarki, hvor den politiske ledelse udgør toppen.
- Er ansvarlig for opgavernes organisering, bemanning og økonomi.
- Har det politiske ansvar for opgavens løsning, idet den står til regnskab over for nationale parlamentariske forsamlinger eller kommunalt/regionale råd.

Der ligger således et klart rationale bag denne forenkede beskrivelse af det politisk-administrative hierarki (Christensen 2013):

- Forvaltningen er politisk ledet, og den politiske ledelse har primat, hvad enten det drejer sig om ministrene eller om borgmestre og kommunalbestyrelser, formændene for regionsrådene og regionsrådene selv.

- Den politiske ledelse har krav på bistand og rådgivning fra forvaltningens embedsmænd.
- Den politiske ledelse har alene i kraft af opgavernes omfang ikke kapacitet til at træffe alle de afgørelser og dispositioner, der falder inden for dens kompetenceområde, og delegerer derfor i betydeligt omfang kompetence til forvaltningen og videre til de institutioner og virksomheder, som er underordnet den.
- Den politiske ledelse har således altid det sidste ord, hvis den insisterer.

Det beskrevne rationale gennemsyrrer den offentlige sektors organisation. Det tillader en vidtgående delegation, som tager hensyn til de meget omfattende opgaver, som bliver løst af offentlige organisationer. Samtidig er det en fleksibel organisationsform. Den politiske ledelse bevarer adgangen til lejlighedsvis at gribe ind, hvis en sag har særlig politisk vægt, eller hvis der opstår en situation, hvor en sag pludselig får stor politisk opmærksomhed. Det kan yderligere føre til, at den politiske ledelse vurderer det som afgørende at inddrage andre i en politisk forhandling, inden afgørelsen blev truffet; alternativt kan det føre til, at andre partier eller organisationer ønsker at forhandle en afgørelse i sagen (Christensen 2013).

Denne grundmodel for spillet mellem politik og forvaltning præger alle de nordiske lande. Der er imidlertid også en række vigtige undtagelser, som bryder med grundmodellen (Christensen, Christiansen og Ibsen 2011, 39-48), og som også genfindes på sundhedsområdet. De opstår, når bestemte opgaver bliver trukket ud af det politisk ledede og det politisk styrede hierarki i den offentlige sektor. Årsagerne til at trække opgaver ud af den vanlige hierarkiske styringsstruktur kan være forskellige. Grundlæggende kan man skelne mellem følgende typer af rationaler, som hviler på helt andre antagelser end dem, der kendetegner det politisk-administrative hierarki i ministerier, kommuner og regioner:

1. Opgaverne bliver trukket ud af det politisk-administrative hierarki, fordi den politiske ledelse og det flertal, som den støtter sig til, ønsker
  - a. at friholde sig selv for politisk ansvar
  - b. at beskytte opgaveløsningen mod et andet flertal, som senere måtte overtage magten
  - c. en aflastning af den politisk-administrative ledelse uden at slippe den politiske kontrol med politikken på området.
2. Opgaverne bliver trukket ud af det politisk-administrative hierarki, fordi berørte interesser har forhandlet sig til en løsning, der delegerer kompetence til et organ, hvor de selv er repræsenteret.
3. Opgaverne bliver endelig nogle gange trukket ud af det politisk-administrative hierarki ud fra et ønske om
  - a. at afgørelserne skal træffes af et organ, som kombinerer retlig uafhængighed med faglig sagkundskab
  - b. at fremme beslutninger, som i højere grad er markedsorienterede, fordi organisationen er konkurrenceudsat, eller driftsøkonomisk baserede, fordi ledelsen er sammensat af personer med erhvervmæssig baggrund og erfaring.

(Christensen 2013).

Det er særligt det sidste rationale, som har interesse i forhold til det norske sundhedsvæsen. Den eksplicite begrundelse for at gennemføre ”Foretaksreformen” i 2002 var at frigøre de offentlige driftsorganisationer på sundhedsområdet fra den løbende politiske ledelse og styring, der er knyttet til det politisk-administrative hierarki, og at indføre markedslignende principper og mere erhvervmæssig ledelse. Resultatet blev som bekendt en hybridmodel, hvor såvel Regionale Helseforetak (RHF) som sygehuse (Helseforetak) blev organiseret som ”offentlige virksomheder” baseret på statsforetaksmodellen, men etableret via en særlov, som indebærer en stærkere forvaltningsmæssig styring end for rene statsforetak. – Dette indebærer blandt andet at: vigtige sager skal forelægges departementet. Salg af sygehusvirksomhed skal forelægges departementet og besluttes af Stortinget. Der er forbud mod låneoptag andre steder end i staten. Departementet skal informeres om årsplaner, og der skal redegøres for opfølgning af sektorpolitiske mål. Endelig er der krav om etablering af brugerudvalg.

Hvad kendetegner så en sådan (modificeret) statsforetaksmodel ift samspillet mellem politik og forvaltning. Et kig på danske erfaringer kan danne afsæt for denne diskussion.

Offentlige selskaber og selvejende institutioner har altid haft en vis plads i den danske offentlige sektor (Christensen og Pallesen 2001b; Christensen 2003). Siden 1980’erne har en række reformer imidlertid givet de to organisationsformer en mere fremtrædende placering i det samlede billede. Tendensen er yderligere forstærket med først universitets- og siden kommunalreformen, som fjernede gymnasierne fra den regionale sektor. Man kan i dansk sammenhæng sondre mellem fem organisationsformer (Christensen 2013): *Statslige aktieselskaber eller selskabslignende konstruktioner*, der følger reglerne for aktieselskaber. *Kommunale aktieselskaber*, der enten ejes af en enkelt kommune eller af flere kommuner i fællesskab. *Selvejende institutioner med tilknytning til staten*. Det er betegnelsen for institutioner, der ledes af en bestyrelse, men som løser deres opgaver i henhold til lov, og som er finansieret ved statslige tilskud. Erhvervsskolerne, gymnasierne og universiteterne er de vigtigste eksempler. *Selvejende institutioner med tilknytning til kommunerne*. Det er betegnelsen for institutioner, som efter aftale med kommunen løser opgaver på linje med kommunale institutioner, men som har deres historiske oprindelse i et privat initiativ. *Andre bestyrelsesledede organisationer med tilknytning til staten*. Det er betegnelsen for institutioner, som ledes af en bestyrelse, som er finansieret ved tildelte budgetter. Eksempler er kulturelle institutioner som Det kgl. Teater og en række forskningsinstitutioner.

Fælles for disse selskaber og institutioner er, at deres forhold er reguleret ved lov, og at der er indsat en bestyrelse, som den daglige ledelse refererer til. Begrundelserne for denne organiseringsform er en eller flere af følgende (Christensen 2013):

- Et erklæret ønske om at drive virksomheden som et privat selskab med en ledelse, hvori der er repræsenteret erhvervs erfaring og på enten markeds- eller markedslignende vilkår. Det gælder for de statslige selskaber.
- Et erklæret ønske om at udskille virksomheden fra det politisk-administrative hierarki, således at det ikke på en og samme tid løser både myndighedsopgaver og

produktions- og serviceopgaver. Det gælder for de kommunale selskaber, som er oprettet i medfør af forsyningsreformen.

- Et erklæret ønske om at give virksomheden en større driftsmæssig og økonomisk selvstændighed samtidig med, at den daglige ledelse er underlagt et eksternt tilsyn gennem bestyrelsen. Det gælder for gymnasier og universiteter, idet erhvervsskolerne historisk er selvejende institutioner, typisk oprettet af arbejdsmarkedets lokale organisationer.
- Et erklæret ønske om at etablere afstand mellem politikerne og de udførende institutioner, således at der er etableret et formelt værn mod politisk indgreb over for deres ledelse og drift.

Alle rationaler indebærer umiddelbart, at politikerne formelt rykker på afstand af den daglige drift, og at det samme gælder for de embedsmænd, der indgår i det politisk-administrative hierarki som rådgivere for den politiske ledelse og forvaltere af opgaver, som den politiske ledelse har delegeret til dem.

Forholdet mellem politikere og embedsmænd i hierarkiet og de ”embedsmænd”, der fungerer som daglig ledelse er med andre ord forrykket. Spørgsmålet er, hvad det betyder for driften af virksomheder og institutioner. Der er desværre ikke noget solidt empirisk grundlag for at besvare det. Man kan imidlertid pege på en række forhold, som er kritiske for vurderingen af, i hvilket omfang disse organisationsformer fungerer anderledes end den hierarkisk integrerede organisation, og yderligere for i hvilket omfang de har konsekvenser for produktiviteten (Christensen 2013):

Det første forhold omtales som *reguleringstæthed*. Den er bestemt af ejerforholdet og af de lovgivningsmæssige og bevillingsmæssige rammer for virksomheden. For de norske helseforetak er ejerskabet entydigt placeret hos en statslig ejer, men styringsmæssigt opererer de som selvstændige enheder. RHFerne styres af en bestyrelse udpeget af Helsedepartementet. HFerne af en bestyrelse udpeget af RHFerne. Den formelle styringsrelation mellem statsråden og de regionale helseforetak, som er ansvarlige for at organisere sygehusvæsenet, og som er moderselskaber for de lokale helseforetak (sygehusene) er dermed hovedsageligt via udpegning af bestyrelsen og ved de årlige styringsdokumenter. I princippet har statsråden og departementet ikke nogen rolle i forhold til den løbende drift, men som nævnt ovenfor er dette ikke entydigt, fordi der i særloven er etableret en række mere omfattende styringsrelationer mellem helseforetakene og departementet, end man ellers ser med statsforetak.

Tilsvarende kan man i en dansk sammenhæng fastslå, at status som selskab eller selvejende institution ikke nødvendigvis indebærer en mindre tæt regulering end den styring, der finder sted ved integration i det politisk-administrative hierarki (Christensen 2013). Det gælder for både lovgivningen, som regulerer opgaveløsningen, og budgetreglerne, som bestemmer institutionens råderet over tilskud og/eller bevillinger (Finansministeriet 2011, 73-78). Men det gælder også på anden vis. Kontraktstyringsmodellen finder således også anvendelse i forhold til selvejende institutioner, ligesom de på en række punkter skal indhente tilladelse fra fagministeriet eller andre statslige regulerings- og tilsynsorganer. Tilsvarende gælder for norske helseforetak at lovgivningen, som regulerer opgaveløsning og budgetreglerne lægger forholdsvis stramme bånd på foretakenes handlemuligheder. Der udarbejdes årligt meget omfattende styringsdokumenter, som i detaljer

specificerer rammer, mål og resultatkrav. Disse styringsdokumenter følges op ved opfølgingsmøder mellem ejer (departementet) og de regionale helseforetak. Der er begrænsninger på låneoptag, og der skal løbende rapporteres om planer og sektormålopfyldelse. Modellen har endvidere været kritiseret for, at der i praksis er mange løbende indgreb fra staten i forhold til enkeltbeslutninger. Det praktiske beslutningsrum for RHFernes bestyrelser er altså tilsyneladende noget mere begrænset, end oprindeligt planlagt (Wang 2008, Østergren i Haug et al 2009).

Andre temaer, som både i dansk og norsk sammenhæng har været drøftet, som værende af betydning for styringsrelationerne er *sammensætningen af bestyrelsen og bestyrelsens funktionsmåde og indflydelse*.

Om *sammensætningen* af bestyrelsen kan man sige, at der i modsætning til private aktieselskaber ofte er mere uklare ejerforhold og interesser. Offentligt ejede sygehuse skal ikke alene levere gode resultater på bundlinjen. De skal også leve op til bredere samfundsmæssige hensyn om lighed, retssikkerhed, uddannelse, forskning og koordination med andre offentlige velfærdsydelser. Det er dermed ikke så entydigt, hvilke interesser, som skal repræsenteres. En mulighed er at blande erhvervslivsexpertise med patient og medarbejderinteresser, samt personer, som har godt kendskab til vilkårene i det politisk-administrative system. I dansk sammenhæng har formænd og medlemmer af bestyrelser typisk været stærkt integreret i det politisk-administrative system. Konsekvensen heraf er ikke nødvendigvis, at de ligger under for politisk-administrativ intervention; den kan alene være, at de har et godt kendskab til de politiske præmisser, der generelt gælder for offentlig virksomhed. Da embedsmænd ikke længere kan have sæde i statslige selskabsbestyrelser, må dette hensyn sikres på anden vis. For selvejende institutioner gælder, at erhvervsskolernes bestyrelser i høj grad repræsenterer de dominerende interesser på arbejdsmarkedet. Der er ingen systematisk oversigt over, hvad det er for interesser og sagkundskab, som indgår i bestyrelserne for gymnasier og universiteter. For de kommunale selskaber på forsyningsområdet gælder, at bestyrelserne er domineret af kommunalpolitikere. – De norske helseforetak blev oprindeligt etableret med uafhængige bestyrelser udpeget af departementet og med den klausul, at politikere ikke måtte være repræsenteret. Efter kritik for manglende demokratisk forankring blev denne model ændret, så helseforetak nu kan have politikere i bestyrelserne, mens det stadig er departementet der udpeger dem. I en periode skulle bestyrelserne have flertal af politikere, men dette er nu ændret, så departementet frit kan sammensætte. Dette betyder at staten som ejer kan sikre en blanding af forskellige typer interesser og ekspertise i bestyrelsen af helseforetakene.

Et andet hovedspørgsmål er, *hvordan bestyrelserne fungerer*. Der er teoretisk flere muligheder (Christensen 2013). En er, at de fungerer som et afskærmning for den daglige ledelse og selskabets eller institutionens medarbejdere; de kan da både beskytte mod indgreb og fungere som et aktiv for selskabet eller institutionen, hvis den ønsker at fremme en sag eller et projekt. En anden er, at bestyrelsen fungerer som et redskab for den politisk-administrative instans, inden for hvis område den er etableret; i så fald er der ikke stor reel forskel mellem en sådan institution eller et sådant selskab og en traditionel offentlig institution, virksomhed eller styrelse, og bestyrelsen virker da alene som en kilde til symbolsk legitimation. Den tredje mulighed er, at bestyrelseskonstruktionen flytter kontrollen af virksomheden fra det politisk-administrative hierarki til interessenter inden for den pågældende sektor. –

Der er begrænset empirisk forskning af bestyrelserne for helseforetakene. Bidrag fra Katarina Østergren og Wang antyder, som nævnt ovenfor, at der i praksis er mange løbende indgreb fra staten ift enkeltbeslutninger. Beslutningsrummet for RHFFernes bestyrelser er altså tilsyneladende noget mere begrænset, end oprindeligt planlagt (Wang 2008, Østergren i Haug et al red. 2009).

Man kan på baggrund af de danske erfaringer konkludere, at der både teoretisk og empirisk er nogen usikkerhed om hvordan bestyrelsesbaserede modeller ændrer samspillet mellem politik og forvaltning. - For det første siger bestyrelsens sammensætning ikke noget sikkert om, hvordan den vil vægte forskellige hensyn. For det andet giver bestyrelsens funktionsmåde som mellemlid mellem institutionen eller virksomheden ingen sikker indikation af, hvilke hensyn den vil varetage. En mulighed kan her være, at bestyrelsen er sammensat og fungerer på en sådan måde, at der ikke er nogen reel forskel mellem den klassiske hierarkiske organisation og selskabs- eller selvejeformen. Det gælder specielt, hvis der i den institutionelle og reguleringsmæssige ramme er lagt op til, at man fra politisk-administrativt hold kan gribe ind i særlige situationer.

Tre forhold nævnes som særligt vigtige for hvordan bestyrelser og andre decentrale ledelser agerer (Christensen 2013):

- Troværdigheden i den regulering og styring, som politisk-administrativt bliver udøvet, hvad enten det sker inden for en hierarkisk eller en reguleringsmæssig ramme (Andersen og Blegvad 2004; Serritzlew 2006).
- Graden af konkurrenceudsættelse, som ikke kompenseres af politisk-administrative indgreb til fordel for virksomheden (Christensen 2003; Serritzlew 2006; Gregersen 2013).
- Eksistensen af en form for 3.-partstilsyn eller -regulering, som kan kompensere dels for manglende eller svag konkurrenceudsættelse, dels for manglende troværdighed i de formelle rammer for regulering og styring på området.

Reguleringen af de kommunale forsyningsselskaber i Danmark er interessant, fordi den repræsenterer en model, hvor fokus primært er rettet mod deres økonomiske dispositioner, og sigtet er at fremme deres effektivitet, således at priserne holdes nede. Endvidere, at der er en tredjepartsregulering, som særligt har til opgave at løse denne opgave. Det gælder for energiområdet, hvor Energitilsynet varetager opgaven, og for vandforsynings- og spildevandsområdet, hvor Forsyningssekretariatet i Forbruger- og Konkurrencestyrelsen løser den (se Energitilsynet 2013; Forbruger- og Konkurrencestyrelsen 2013; Miljøministeriet 2009). Reguleringen er altså i begge tilfælde henlagt til en instans, som er uafhængig i forhold til det ministerielle hierarki. For Energitilsynet er det sikret gennem sekretariatets reference til det kollegiale Energitilsynet, for Forsyningssekretariatets vedkommende gennem en klausul i vandsektorloven om, at sekretariatet, der indgår i Forbruger- og Konkurrencestyrelsen, ikke kan modtage instruktioner i konkrete sager (Christensen 2013). Man kunne i princippet forestille sig en tilsvarende model for sygehusene i Norge, hvor Helsedirektoratet eller en anden uafhængig tilsynsmyndighed fik beføjelser til at regulere relativt uafhængige sygehusregioner og/eller sygehusorganisationer. Problemet er dog nok, at målsætningerne for sygehuse er mere mangesidige og produktionsforholdene mere komplekse end rene forsyningsvirksomheder. En sådan myndighed vil således ikke alene kunne forholde



sig til økonomisk styring, men må også forholde sig til kompleks kvalitetsmæssig performance, koordination med andre sektorer og sikring af videns-udvikling og forskningsbaseret praksis.

Samlet kan man konkludere, at flytningen af en opgave fra det politisk-administrative hierarki til et reguleringsmæssigt regime uden for hierarkiet kan ændre vilkårene for den decentrale ledelses opgavevaretagelse. Der er imidlertid ingen sikkerhed for, at det sker, idet det afhænger af den konkrete institutionelle konstruktion, og særligt på styringsvilkårene for det ikke-hierarkiske regime.

Der er formelt set gode muligheder for, at institutionelt selveje og offentlige selskabskonstruktioner sætter rammen for en politisk-administrativ ageren med andre midler og i andre former end dem, der er karakteristiske for myndigheder, institutioner og virksomheder inden for hierarkiet. Men reelt kan det udspille sig på flere forskellige måder, og i alle tilfælde er der stor sandsynlighed for, at det politisk-administrative hierarki vedbliver med at kaste en lang skygge ind over den måde, som disse institutioner og virksomheder fungerer på (Scharpf 1997). Dette gælder i særlig grad sundhedsvæsenet på grund af den høje politiske saliens og det stadigt voksende pres på de offentlige ressourcer i denne sektor.

Kan man på baggrund af diskussionen konkludere noget yderligere om de forskellige modellers indflydelse på de fem generelle forudsætninger for effektiv governance? Følgende tabel indikerer nogle mulige sammenhænge. For overskuelighedens skyld præsenteres yderpunkter i form af en ren politisk-hierarkisk model, som eksempelvis kunne indebære at såvel regionale helseforetak som helseforetakene nedlægges og integreres i en statslig eller en regional forvaltning, - og den nuværende foretaksmodel med offentligt ejerskab, men bestyrelsesdrevne regionale og lokale helseforetak:

	<b><i>Politisk-hierarkisk model</i></b>	<b><i>Foretaksmodel</i></b>
<u>Gennemsigtighed i beslutningstagning</u>	<i>Almindelige regler om offentlighed i forvaltning og politisk beslutningstagning</i>	<i>Centralt: Almindelige regler om indsigt. Foretak og bestyrelse: Åbne bestyrelsesmøder. Medarbejdere repræsenteret.</i>
<u>Deltagelse af relevante stakeholders</u>	<i>Borgere og interesseorganisationer kan deltage i statslig og eventuelt regional og lokal politikudvikling via sædvanlige demokratiske kanaler: Direkte kontakt til parlamentarikere, høringsprocedurer mv.</i>	<i>Borgere og interesseorganisationer kan deltage i statslig og eventuelt regional og lokal politikudvikling via sædvanlige kanaler: Kontakt til parlamentarikere, høringsprocedurer mv. – Organiserede interesser kan være repræsenteret i bestyrelser. Brugerråd er obligatoriske</i>
<u>Ansvarligheds-gøring/ accountability</u>	<i>Primært internt i den politisk-forvaltningsmæssige styringskæde. Tredje parts overvågning via</i>	<i>Kontraktstyring og opfølgning. – Tredjepartsovervågning via Rigsrevisionen</i>

	<i>Rigsrevisionen</i>	<i>Borgere kan holde nationale politikere ansvarlige for den overordnede styring af sygehusvæsenet, men kan ikke holde bestyrelser direkte ansvarlige for driftsmæssige beslutninger</i>
<u>Organisatorisk integritet</u>	<i>Almindelige forvaltningsmæssige principper om retssikkerhed, retfærdighed, lighed og hierarkisk struktur</i>	<i>Afhænger af graden af uafhængighed for foretakene. Mere uklare principper for at sikre lighed på tværs af foretak. Måske større risiko for korruption/favorisering.</i>
<u>Policy kapacitet</u>	<i>I princippet fuld adgang til information fra driftsorganisationer. Professionelle forvaltninger med specialisering i sundhedsvæsenet. Implementering i princippet gennem hierarkiske ordrer</i>	<i>Højere grad af informationsasymmetri mellem centrale beslutningstagere og RHF/HF. Vanskeligere at gennemtvinge implementering. Sammensatte bestyrelser har ikke nødvendigvis specialiseret indsigt i sundhedsvæsenet</i>

## 4.2 Centralisering-decentralisering

De nordiske velfærdssystemer er præget af en betydelig grad af decentralisering med kommuner og regioner i en central rolle for levering af velfærdsydelser. Det betyder, at den parlamentariske styringskæde omfatter relationer mellem politik og forvaltning på flere niveauer. På sundhedsområdet har dette traditionelt indebåret en organisering med politisk-administrative styringskæder på statsligt, regionalt (fylkes) og kommunalt niveau. Siden etableringen af de nationale sundhedssystemer i de nordiske lande i 1970'erne har der udviklet sig en arbejdsdeling mellem niveauerne således at det statslige niveau i hovedsagen står for de generelle lovgivningsmæssige rammer, økonomisk koordinering i forhold til resten af velfærdsstaten, planlægning af uddannelse, licenser og overvågning af sundhedspersonale, koordination af højt specialiserede funktioner, udarbejdelse af generelle faglige retningslinjer, samt generel monitorering af kvalitet. Selve driften af sygehusorganisationer har derimod været udlagt til decentrale myndigheder på kommunalt (Finland) eller regionalt niveau. Rationalet bag denne model har været, at beslutninger om driften skulle tages af demokratisk valgte forsamlinger så tæt på borgerne som muligt for at give bedst mulighed for at afspejle lokale præferencer og betingelser, men at enhederne stadig skulle være tilstrækkeligt store til at sikre effektiv drift og hensigtsmæssig planlægning (Magnussen et al 2007). En anden hovedtanke bag den decentrale styringsmodel har været, at samme myndighed skulle bestemme service niveau og beskatningsniveau. Dermed etableres en dobbelt ansvarlighed, således at folkevalgte kan stå til ansvar for både indtægts- og udgiftssiden (Rattsø 1998).

Flere sammenhængende udviklingstendenser har udfordret den traditionelle arbejdsdeling mellem centrale og decentrale myndigheder i de nordiske

sundhedssystemer. For det *første* har den medicinske teknologiske udvikling og den fortsatte specialisering af sygehusvæsenet gjort det hensigtsmæssigt med større enheder. Decentrale myndigheder har ofte svært ved at træffe valg om infrastrukturudvikling og rationalisering af sygehusstruktur på grund af lokale vælgerinteresser, hensyn til arbejdspladser mv. For det *andet* har den øgede transparens om service og kvalitetsniveauer tydeliggjort forskelle på tværs af decentrale enheder. Dette har skabt et pres for større central styring for at sikre lighed i adgang og kvalitet på tværs af de decentrale enheder. Sagt på en anden måde er accepten af decentrale valg af forskelligt serviceniveau blevet mindre end tidligere. For det *tredje* har det økonomiske pres på de nordiske velfærdsstater skabt et behov for mere central koordinering og styring af udgiftsniveauer. Dette har siden 1980'erne afstedkommet en gradvis opbygning af mere omfattende økonomistyringsværktøjer i form af budget og regnskabssystemer kombineret med DRG-baseret aktivitetsregistrering. Samtidigt har det eksempelvis i Danmark resulteret i opbygning af først et system med årlige økonomiaftaler, og sidenhen en budgetlov, som efter svensk model lader Folketinget fastlægge budgetlofter for decentrale myndigheder og knytter automatiske sanktioner til overskridelse af disse lofter. For det *fjerde* har NPM inspirerede tankegange om markedsorientering, frit valg, kontraktstyring og virksomhedslignende drift har vundet indpas i den offentlige sektor (Lægheid and Christensen 1999, Vrangbæk 1999). Dette har afstedkommet fritvalgs-ordninger i alle de nordiske lande, og var i Norge en stærk inspirationskilde til Foretaksreformen i 2002.

Tilsammen har disse fire udviklingstendenser sat den klassiske arbejdsdeling mellem centrale og decentrale myndigheder under pres. Svaret har i nogen grad været justering og udvikling indenfor den eksisterende struktur, for eksempel med udvikling af stærkere økonomistyring, markedslignende styringstiltag, kvalitetsstyring, standarder og retningslinjer til implementering i decentrale organisationer. I andre tilfælde har landene valgt egentlige strukturforandringer, som svar på udfordringerne. Det gælder eksempelvis den norske "Foretaksreform" i 2002, og den danske "Strukturreform" i 2007. Tankerne bag den danske Strukturreform var for det første at skabe større kommuner, som kunne løfte flere og mere specialiserede velfærdsopgaver, inklusiv en større rolle på sundhedsområdet, og for det andet at skabe større regionale enheder til udvikling og drift af sygehusvæsenet. Reformen indebærer dermed en vis styrkelse af de decentrale niveauer. Samtidig centraliseres imidlertid finansieringen af sundhedsvæsenet idet regionerne ikke længere kan udskrive skatter. Endvidere styrkes Sundhedsstyrelsens rolle som tilsynsmyndighed og kontrollør af kvalitet og regional planlægning. Tilsvarende kan den norske "Foretaksreform" ses som en centralisering af nogle funktioner (ejerskab og styring), men en decentralisering af driftskompetence til RHF og sygehus organisationer.

### **4.3 Forskellige typer beslutninger**

Det fremgår af ovenstående diskussion, at spørgsmålet om centralisering-decentralisering har flere forskellige dimensioner (ejerskab, beslutningskontrol, finansiering, monitorering, koordination mv). – En vurdering af fordele og ulemper ved centralisering/decentralisering må tage udgangspunkt i disse forskellige dimensioner. En måde at nærme sig dette på, er at diskutere hvilke beslutningsemner, som systemet skal håndtere, og hvad der taler for at henholdsvis centralisere og decentralisere disse beslutninger.

Sagt med andre ord, så har essayet indtil videre behandlet governance-problematikken ud fra en generel betragtning om beslutningstagning og implementering. Men i realiteten træffes der i sundhedsvæsenet mange forskellige typer af beslutninger, som ikke nødvendigvis skal håndteres på samme niveau. Disse beslutninger vedrører:

- Finansiering (skat/sundhedsbidrag)
- Allokering af midler til drift
- Infrastruktur (bygninger og større teknologi investeringer)
- Placering af funktioner/specialer
- Introduktion af ny behandlingsteknologi/lægemidler
- Performance mål, monitorering og sanktionering
- Behandlingsprocedurer
- Koordination: mikro/klinisk, organisatorisk og sektor niveau
- Forskning og innovation som basis for praksisudvikling

Følgende skema illustrerer diskussionen om disse beslutningsemner i forhold de to grundlæggende dimensioner central/decentral og politik/forvaltning. Hovedkriterierne for vurdering af central/decentral dimensionen er for det første behovet for tilpasning til lokale forhold og præferencer versus muligheden for standardisering og stordriftsfordele. For det andet risikoen for suboptimale beslutninger som følge af lokal "capture" (overdreven hensyn til lokale interesser). – Hovedkriterierne for vurdering af dimensionen politik/forvaltning er spørgsmålet om hvorvidt temaet er af overvejende teknisk karakter. Om man forholdsvis entydigt kan fastlægge en optimal løsning på baggrund af tekniske vurderinger, eller om det i høj grad er et spørgsmål om værdimæssige vurderinger. Samt spørgsmålet politiske saliens. – Jo mere politisk følsomt et emne er, desto større begrundelse for at bruge demokratiske styreformer, som jo netop er en institutionaliseret struktur til håndtering af interessekonflikter via vælgertilkendegivelser og inddragelse af organiserede interesser.

	<i>Central/decentral</i>	<i>Politik/forvaltning(teknisk)</i>
<b>Finansiering (skat/sundhedsbidrag)</b>	<i>Kan ligge både centralt og decentralt. Centralt, hvis man lægger vægt på samlet kontrol med udgifterne. Decentralt, hvis man lægger vægt på at beslutninger om finansiering (beskatning) og driftsmæssige beslutninger om serviceniveau skal være på samme niveau</i>	<i>Politik</i>
<b>Allokering af midler til drift</b>	<i>Decentralt kendskab til lokale forhold og betingelser.</i>	<i>Politik, men med høj grad af teknisk/forvaltningsmæssigt input</i>
<b>Infrastruktur (hospitalsbyggeri)</b>	<i>Afhænger af typen af infrastruktur. Hospitalsbyggerier bør være del af samlet plan, som sikrer effektiv ressource-udnyttelse, sammenhæng og lighed på tværs af regioner.</i>	<i>Politik, men med høj grad af teknisk/forvaltningsmæssigt input</i>
<b>Placering af</b>	<i>Brug for en national koordination for at undgå duplikering og sikre</i>	<i>Teknisk faglig diskussion, men med</i>

<i>funktioner/specialer</i>		<i>grundlag for høj kvalitet</i>	<i>klare politiske dimensioner</i>
<b>Introduktion af ny teknologi/lægemidler</b>		<i>Brug for central vurderingskapacitet, men konkrete beslutninger er decentrale/faglige på baggrund af nationale udmeldinger</i>	<i>Teknisk/faglig diskussion, men med klare politiske dimensioner</i>
<b>Performance monitorering og sanktionering</b>	<b>mål, og</b>	<i>Flere niveauer. Vigtigt med lokalt ejerskab for at sikre efterlevelse og rapportering. Men brug for central myndighed til at gennemtvinge, sammenligne og sanktionere.</i>	<i>Teknisk/faglig, men med klare politiske valg om typen af performance monitorering og sanktionering</i>
<b>Behandlingsprocedurer</b>		<i>Decentralt, men på baggrund af udmeldinger/retningslinjer fra centrale myndigheder</i>	<i>Teknisk/fagligt, men koblet til den politiske diskussion om introduktion af teknologi og allokering af midler til drift.</i>
<b>Koordination: mikro/klinisk, organisatorisk sektor niveau</b>	<b>og</b>	<i>Mikro/klinisk: Decentralt Organisatorisk: regionalt/centralt  Sektor: Decentralt, regionalt og centralt</i>	<i>Teknisk/faglig, men med behov for politisk opbakning</i>
<b>Forskning og innovation som basis for praksisudvikling</b>	<b>og</b>	<i>Decentralt, men med central erfaringsopsamling og vidensinfrastruktur</i>	<i>Teknisk/faglig</i>

## 5. Kombinationer af de to styringsdimensioner

Indtil videre har vi holdt de to styringsdimensioner adskilte i diskussionen. Det er imidlertid klart, at de kan kombineres på forskellig vis, og dermed danne styringsmodeller med distinkte karakteristika, og med hver deres fordele og ulemper

### **Politik**

### **Arms længde/foretaksorganisering**

<b>Central</b>	<i>I. Hierarkisk model med statslig direktorat eller lignende som primær styringsaktør. Demokratisk forankring i Stortinget.  Styring via integrerede regionale forvaltningsorganisationer. – Eller direkte kontraktstyring af sygehuse (statsejede "forvaltningsorganisationer" og private).</i>	<i>III. Statsligt helseforetak med bestyrelse som primær styringsaktør  Kontrakter med regionale helseforetak eller direkte med sygehuse (offentlige A/S og private)</i>
<b>Decentral</b>	<i>II. Regionale forvaltningsorganisationer med demokratisk valgte råd, som opererer indenfor nationale rammer i form af lovgivning, økonomistyring, planlægning og monitorering.</i>	<i>IV. Regionale helseforetak med bestyrelser, som operer indenfor mere eller mindre stramt styrede nationale rammer i form af lovgivning, økonomistyring, planlægning og monitorering.</i>

## I: Statslig hierarkisk/demokratisk model

I denne model lægges vægt på demokratisk forankring og forvaltningsbaseret styring fra centralt hold. Modellens styrker er demokratisk legitimitet og gode muligheder for at sikre en nationalt forankret planlægning baseret på systeminteresser frem for lokale interesser. Transparens og accountability/ansvarlighedsgøring følger af generelle forvaltningsprincipper i den hierarkiske styringskæde. Policy kapacitet samles centralt, og med god mulighed for at udnytte nationale sundhedsdata.

Modellens ulemper er risikoen for overload i den nationale beslutningsproces. Man risikerer, at mange små og lokale sager flyttes til nationalt beslutningsniveau. Man risikerer endvidere at tabe indsigt i lokale/regionale forhold og præferencer, hvilket ellers kan give grundlag for effektiv og fleksibel styring. Endelig må man formode, at der vil blive tale om større grad af standardisering. Man svækker dermed muligheden for at udnytte regionale strukturer som ”naturlige laboratorier” for udvikling af nye styrings- og driftsmæssige løsninger.

## II: Regional hierarkisk/demokratisk model

Fordelene ved denne model er demokratisk legitimitet på regionalt niveau kombineret med en demokratisk struktur for national rammesætning og planlægning. I forhold til den rent centrale hierarkisk/demokratiske model får man fordelene af bedre lokal forankring og kendskab. Man får endvidere en slags ”checks-and-balances”, hvor regionale aktører og nationale aktører løbende drøfter og udvikler policy-ideer i en blanding af konflikt og konsensus. Transparens og accountability/ansvarlighedsgøring følger af generelle forvaltningsprincipper i den hierarkiske styringskæde, men man kan sige, at det er mindre entydigt, hvilke politikere, som borgerne skal holde ansvarlige for sygehuspolitikken. Endvidere er erfaringerne fra den danske model, at der over tid er en tendens til stærkere statslig styring på grund af politikens høje saliens. Dermed svækkes mulighederne for at udnytte regionale laboratorier, da der i stigende grad er pres for ensartede serviceudbud i alle regioner. I forhold til statslige model er der i princippet bedre mulighed for organisatorisk og mikro-koordinering med de kommunale sundhedstilbud på grund af større nærhed, og bedre lokalkendskab.

Modellens ulemper er, at implementeringstakten kan være langsommere end i et rent statsligt hierarki. Konsensusskabelse på tværs af centrale og regionale niveauer tager tid, og svækker i nogle tilfælde mulighederne for radikale og hurtige ændringer. Nationale styringsambitioner kan således frustreres af hensynet til regional demokratiske processer. Konkurrence mellem regioner kan lede til suboptimale beslutninger om infrastruktur med mindre de styres stramt fra centralt hold. I den danske model har der eksempelvis været en ret stærk national styring af nye investeringer på ca 42 mia DKK til hospitalsbyggerier. Tilsvarende er der en løbende national styring af placeringen af højtspecialiserede funktioner. Den danske model har haft relativt gode resultater i forhold til at styre de samlede udgifter, særligt efter

introduktionen af en budgetlov med automatiske sanktioner for overskridelse fra 2013. Produktivitetsudviklingen i de danske sygehuse har været relativt høj. Dette har været understøttet af et årligt krav om 2% rationaliseringsgevinster fra stat til regioner. Hvilket har skabt et pres på sygehusbudgetterne, og en frustration over manglende tid og ressourcer blandt mange sundhedsprofessionelle.

### III: Statslig foretaksmodel

De principelle fordele er at styring af sygehusvæsenet løftes ud fra den politiske sfære og ind i en mere forretningsbaseret sfære, hvor aktører med erfaring fra privat erhvervsliv eller civilsamfund kan tage del i bestyrelser. Dette skulle i princippet give bedre muligheder for strategisk planlægning, nye servicekoncepter og et strammere fokus på bundlinjen. En virksomhedsorganisering kan også give større frihedsgrader i forhold til intern organisering, rekruttering og personaleledelse, da man ikke er underlagt samme krav, som i en offentlig forvaltning.

Ulemperne knytter sig til uklarhederne ved hybridstyringen, idet der fortsat vil være en offentlig/politisk styring på grund af den offentlige finansiering og sundhedspolitikens høje saliens. Dermed kommer bestyrelserne ikke nødvendigvis til at fungere som uafhængige virksomhedsbestyrelser. Dette forstærkes yderligere af kravene om robusthed og koordination med det øvrige sundhedsvæsen. Man kan ikke lade sygehuse gå fallit eller lukke urentable afdelinger, fordi der er en offentlig forpligtelse til at levere ensartede servicetilbud i alle egne af landet. Samtidigt er man forpligtet på at koordinere sygehusdrift med de øvrige sundhedsydelser, samt andre offentlige sektorer så som ældre, social og beskæftigelse. Beslutningsrummet for bestyrelser er altså begrænset, og samtidigt er der en tendens til politisk indgreb, når enkeltsager spidser til. Dermed bliver styringsrammen både mindre og mindre forudsigelig, end man forudsætter i en ren A/S model.

Mulighederne for indsigt og indflydelse for borgere og medarbejder kan være mindre da der er færre formelle strukturer herfor. Dette kan dog afhjælpes med åbne bestyrelsesmøder, brugerråd og medarbejderrepræsentanter i bestyrelserne.

### IV: Regional foretaksmodel

Denne model rummer mange af de samme principielle fordele og ulemper, som den statslige foretaksmodel. I sammenligning med den statslige foretaksmodel, kan man ligesom det var tilfældet for den regionale hierarkisk/politiske model pege på bedre muligheder for tilpasning til regionale forhold og præferencer, og bedre muligheder for koordination med det kommunale sundhedsvæsen.

Fælles:

Det skal bemærkes, at der i alle fire modeller vil være et behov for styring af de offentlige ressourcer, som anvendes i sektoren. Der vil med andre ord ikke nødvendigvis være flere penge til rådighed på sygehusniveau. Det skal endvidere bemærkes, at alle fire modeller kan kombineres med aktivitetsbaseret afregning baseret på DRG eller en anden form for system til klassifikation af ydelser. Det er altså ikke strukturen, som i sig selv afgør om sygehuse skal være rammefinansierede eller aktivitetsfinansierede under en eller anden form.

For det tredje skal det bemærkes, at man ikke a priori kan sige noget om administrative omkostninger i de fire modeller. Selvom en central model umiddelbart kunne se ud som havende et potentiale for stordriftsfordele, så vil der omvendt være en tendens til flere mellemledere i større organisationer, og mere formelle styringsstrukturer. Samlet set skal bureaukratiet uanset om det er nationalt eller regionalt, hierarkisk eller arms-længde skulle håndtere samme typer af beslutninger (jf. ovenfor), og dermed vil det administrative udgiftsniveau sandsynligvis være ensartet.

En regionalt demokratisk model indebærer vederlag til politikere, mens foretaksmodeller indebærer betaling til bestyrelsesmedlemmer. Centrale modeller vil sandsynligvis have færre politikere/bestyrelsesmedlemmer, men det afhænger af den konkrete struktur.

Det skal for det fjerde bemærkes, at ingen af de fire modeller er særligt indrettede til håndtere de store fremadrettede udfordringer for sundhedsvæsenet som knytter sig til integration med borgernære og lokale servicetilbud, samt integration til andre dele af velfærdsstaten. De decentrale modeller har bedst forudsætninger herfor, men der er stadig formelle organisationsgrænser og divergerende incitamenter mellem sygehusvæsenet og den kommunale velfærdsorganisering. Det kunne lede til at anbefale eksperimenter med en femte model, som integrerer det samlede ansvar for sundhedsydelse for en given befolkning. Dette svarer til eksperimenter ved såkaldt "accountable care organisationer" i det offentlige sundhedssystem i England baseret på erfaringer fra tilsvarende amerikanske systemer (fx Kaiser Permanente). Pointen med denne type styringsstruktur, er at såvel sygehuse, som almenlæger og kommunale sundhedstilbud er integrerede, og at der kan skabes økonomiske incitamenter for at tænke i effektive integrerede forløb.

## **6. Konklusion: Hvad kan vi udlede om styremodeller på baggrund af ovenstående diskussioner?**

- Effektiv governance er vigtigt, men det afhjælper ikke problemer som bunder i for få ressourcer, dårlig policy idé eller dårligt design.
- Dimensionerne central-decentral og politik-forvaltning/uafhængig driftsorganisation kan kombineres og dermed danne distinkte modeller med hver deres fordele og ulemper ift effektiv governance.
- I alle modeller er det vigtigt med troværdige og stabile styringsrammer, så organisationsledere kan handle strategisk i forhold til rammerne. – Den uformelle styringsramme, og måden den udføres på i praksis er nok så vigtig, som den formelle ramme.
- Der træffes mange forskellige typer beslutninger i sundhedsvæsenet, og de forskellige modeller skal være fleksible nok til at kombinere central-decentral, politiske og tekniske hensyn, så beslutninger kan træffes på det bedst egnede niveau, og med den bedst mulige vægtning af politiske og tekniske beslutningsrationaler.
- Styringsrammerne skal balancere forskellige grundlæggende mål: sundhed, kvalitet, effektivitet, koordination, legitimitet osv. – Der findes derfor ikke én model, som er perfekt. Alle modeller indebærer en afvejning af hensyn.
- Ingen af de foreslåede modeller retter sig specielt mod tidens store udfordringer med integrering af borgernære og specialiserede sundhedsydelser i en samlet model.



## Referencer

Andersen, Lotte Bøgh og Marianne Blegvad (2006). "Does ownership matter for the delivery of professionalized public services? Cost-efficiency and effectiveness in private and public dental care for children in Denmark." *Public Administration*, 84, 147-164.

Christensen, Jørgen Grønnegård (2003). *Velfærdsstatens institutioner*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Christensen, Jørgen Grønnegård, Peter Munk Christiansen og Marius Ibsen (2011). *Politik og forvaltning*. København: Hans Reitzels Forlag.

Christensen, Jørgen Grønnegaard og Thomas Pallesen (2001b). "The Political Benefits of Corporatization and Privatization." *Journal of Public Policy*, 21, 283-309.

Christensen, J.G. (2013). *Arbejdsdelingen mellem politikere og embedsmænd*. Notat til Produktivitetskommissionen. Århus Universitet. Århus.

Donabedian, Avedis (2005). "Evaluating the Quality of Medical Care", 83 (4). *The Milbank Quarterly*: 691–729.

Energitilsynet (2013). Om Energitilsynet. <http://energitilsynet.dk/om-energitilsynet/>

Vrangbæk, K. (1999). *New Public Management i sygehusfeltet - udformning og konsekvenser*. I Erlingsdottir et al (red). *Når styringsambitioner møder praksis - Den svære omstilling af sygehuse-og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. pp 33-56. København. Handelshøjskolens Forlag

Finansministeriet (2011). Budgetvejledning 2011. [http://www.fm.dk/publikationer/2010/budgetvejledning-2011/download/~~/media/Publikationer/Imported/2010/Budgetvejledning%202011/web\\_budgetvejledning\\_2011.ashx](http://www.fm.dk/publikationer/2010/budgetvejledning-2011/download/~~/media/Publikationer/Imported/2010/Budgetvejledning%202011/web_budgetvejledning_2011.ashx)

Forbruger- og Konkurrencestyrelsen (2013). Forsyningssekretariatet. <http://www.kfst.dk/tilsyn/>

Greer, S., Mathias Wismar and Josep Figueres (eds.) (2016). *Strengthening health system governance: better policies, stronger performance*. Open University Press. European Observatory on Health Systems and Policies Series.

Gregersen, Johannes Engers (2013). *Politik og økonomi på det eksterne kvasimarked*. Aarhus: Politicas ph.d.-serie.

Haug, K., Kaarboe, O, og Olsen, T. (red.) (2009) *ET HELSEVESEN UTEN GRENSER?* Cappelen. Oslo.

Lægreid, P. and Tom Christensen (1999). NPM and beyond — structure, culture and demography. *International Review of Administrative Sciences* March 2008 vol. 74 no. 1 7-23. doi: 10.1177/0020852307085730

Magnussen, J. , Vrangbæk, K. And Saltman, R.B. (eds.)(2009). *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. Open University Press. Maidenhead (UK) and New York (USA).

Miljøministeriet 2009 Miljøministeriet (2009). Lov nr. 469 af 12.06. 2009 (vandsektorloven).

Papanicolos, Irene and Peter C. Smith (eds.) (2013). *Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research*. Open University Press. Maidenhead (UK) and New York (USA).

Rattsø, Jørn (red.) (1998), *Fiscal Federalism and State-Local Finance. The Scandinavian Perspective*. Cheltenham: Edward Elgar.

Scharpf, Fritz (1997) *Games Real Actors Play: Actor-centered Institutionalism In Policy Research*. Westview Press, Boulder, USA and Oxford, UK.

Serritzlew, Søren (2006). “Linking Budgets to Activity: A Test of the Effect of Output-Purchase Budgeting.” *Public Budgeting & Finance*, 26, 101-120.

Wang, Britt (2008). 364 styremedlemmer uten makt - Politikere og ansatte har flertall i helsestyrene *Dagens Perspektiv/Mandag Morgen* 2008. Publisert 17.04.2008 - 09:00

Nyland, Karin og Katarina Østergren (2009). Hvilken funksjon har de lokale helseforetakene? i Haug, K., Kaarboe, O, og Olsen, T. (red.) (2009) *ET HELSEVESEN UTEN GRENSER?* Cappelen. Oslo. Side 239-263.

## **Kapittel 4: Styring og ledelse på det utførende nivå (sykehusene)**

Jan Frich  
Universitetet i Oslo

## **1. Innledning**

Dette kapitlet gjør rede for og diskuterer prinsipper for styring og ledelse på det utførende nivå (sykehusene), og det vil belyse på hvilke måter styring og ledelse i sykehusene er avhengig av rammene som legges gjennom de overordnede styringsmodellene. Kapitlet vil omtale lederrollen i sykehus og hvordan ulike typer styringslogikk som preger denne, samt målkonflikter ledere vil måtte håndtere, bl.a. som følge av økende pasientmobilitet. Spørsmålet om overordnet organisering, ledelsesmodeller og betydningen av stedlig ledelse vil bli diskutert.

## **2. Styring og ledelse – ulike paradigmer**

### **2.1 Utviklingen av klinikken i historisk perspektiv**

Rammene for ledelse og styring i sykehus har gjennomgått store endringer de siste 100 år. Sykehusene, som tidligere var å betrakte som pleieinstitusjoner, blir mot slutten av 1800-tallet institusjoner for medisinsk diagnostikk og behandling (Berg 2010). Sykehusene ledes av overleger, og noe senere, administrerende overleger. Økonomer eller forvaltere kommer etter hvert inn i sykehusene og får over tid en viktigere rolle i styringen av virksomhetene. Det utvikler seg et "klinisk abstrakt ledelsesnivå" (Berg, 2010). Utviklingen resulterer i et press mot, og samtidig innskrenkning av, legenes autonomi (Berg, 1987; Berg, 1996; Bentsen et al, 1999; Torjesen, 2007). Fra rundt 1980 etableres det en todelt ledelsesmodell, med en legesøyle og en sykepleiesøyle, men denne modellen skulle i 2001 bli avløst av en ny modell.

### **2.2 New public management**

Utgiftsveksten innen helsevesenet og nye krav fra pasienter og brukere resulterer, særlig fra 1970-tallet, i et ønske om økt ytre styring og kontroll med sykehusene. Styrings- og ledelsesideer som ble introdusert i Storbritannia på 1980-tallet, og som ofte omtales som "new public management" (Hood, 1991; Bentsen, 1999), får innpass også i Norge. Den nye styrings- og ledelsesfilosofien representerer politikkenes svar i møtet med en offentlig sektor preget av lav effektivitet, dårlig økonomisk styring, ujevn kvalitet og tjenester som i liten grad er orientert mot innbyggernes behov. I et forsøk på å redde de offentlige velferdstjenestene griper politikere og myndigheter til markedsbaserte virkemidler fra det private næringsliv (Bentsen et al, 1999; Berg, 2006). New public management vektlegger bl.a.:

- tydelige ansvarslinjer
- innføring en ledelsesmodell med enhetlig ledelse
- strenge krav til økonomistyring
- etablering av indre markeder for å fremme konkurranse
- mål- og resultatstyring
- etableringer av standarder, for å sikre kvaliteten på tjenestene
- brukerorientering

En virksomhet som i stor grad var ledet "nedenfra" av profesjonelle blir nå i økende grad underlagt styring "ovenfra" og "utenfra". Myndighetene interesserer seg ikke kun for den økonomiske bunnlinsen, men også kvaliteten på de kliniske prosessene blir gjenstand for overvåkning og styring (Gray & Harrison, 2004). I en norsk

sammenheng introduseres nye markedsmekanismer gjennom innføringen av innsatsstyrt finansiering fra 1997. Utredningen *Pasienten først! – ledelse og organisering i sykehus* (NOU 1997:2) legger grunnlaget for lovbestemmelsen om enhetlig ledelse som ble gjeldende fra 2001. Ambisjonen om å skape "pasientens helsetjeneste" kan ses som et uttrykk for denne samfunnsutviklingen. Drivkreftene er mange, bl.a.:

- Den medisinske utviklingen og spesialiseringen skaper økt behov for ledelse og koordinering av den kliniske virksomheten
- Utgiftene til helse begynner å bli en betydelig budsjettpost
- Tjenestene holder ikke alltid tilfredsstillende kvalitet
- En generell demokratisering og økt kunnskapsnivå i befolkningen, med redusert tillit til ekspertsystemer og profesjoner, og krav om gjennomsiktighet og deltakelse

Hovedtrekket er at eier- og virksomhetsstyringen blir mer ambisiøs, og at myndighetene ønsker å profesjonalisere ledelsen i sykehusene. Profesjonelle får redusert makt og innflytelse i møtet med ambisiøs og detaljert styring fra myndighetenes side (Frich, 2014; Frich, 2016).

### **2.3 Eier- og virksomhetsstyring (governance)**

Greer og kollegaer (2016) har utviklet en typologi over fem forutsetninger for god eier- og virksomhetsstyring (*governance*), slik det fremgår av kapittel 3 i denne rapporten:

- Gjennomsiktighet (*transparency*), som innebærer at det gjøres åpent rede for beslutninger og deres begrunnelser
- Ansvarliggjøring (*accountability*), som innebærer mekanismer for å overvåke og sanksjonere aktører på ulike nivå i systemet
- Deltakelse (*participation*), som innebærer at berørte parter blir involvert i beslutningsprosesser
- Organisatorisk integritet (*integrity*), som innebærer at forvaltningen av helsetjenester skjer på bakgrunn av rettsstatlige prinsipper, med tydelige roller og uten korrupsjon og særbehandling
- Policy kapasitet (*capacity*), som innebærer at myndighetene har tilstrekkelig informasjon og analytisk kapasitet til å treffe velinformerte beslutninger

Dette er dimensjoner myndighetene tilstreber å ivareta, gjennom ulike mekanismer for å sikre god styring av helsevesenet "ovenfra" og "utenfra".

### **2.4 Kritikk**

New public management er blitt gjenstand for kritikk. For det første utfordrer de nye ledelses- og styringsideene den faglige autonomien og den faglige ledelsen av virksomheten (Jespersen, 2005). En vanlig kritikk er at tilnærmingen i realiteten representerer en mistillit til profesjonsutøverne, med innføring av krav om rapportering som beslaglegger oppmerksomhet og ressurser fra kjernevirksomheten.

Det er lett å peke på svakheter og uheldige effekter av nye former for eier- og virksomhetsstyring (Frich 2009), men det er samtidig viktig å erkjenne at ideer og

styringsideologier ikke oppstår i et vakuum – new public management var myndighetenes svar på komplekse utfordringer man ikke maktet å håndtere på en god nok måte i helsevesenets gamle fagstyrte systemer.

Utviklingen av nye styringsregimer er ikke spesifikt for helsevesenet, men gjør seg gjeldende på andre samfunnsområder (Austin og Jones, 2016). Ledelsesprinsippene er ikke unike for offentlig sektor – de ble i sin tid importert fra næringslivet – i land hvor finansieringen av helsetjenester er privat organisert skjer styringen gjennom forsikringsselskapene, slik vi bl.a. ser i USA.

### 3. Ledelse i sykehus

#### 3.1 Sykehus i Norge

Sykehusets hovedoppgaver er å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende, jf. *spesialisthelsetjenesteloven* § 3-8. Sykehusenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn (Meld.St. 11 (2015-2016)). Ledelsen i sykehuset har ansvar for at virksomheten er rettet inn mot å ivareta disse oppgavene på en god måte, innen gitte økonomiske og juridiske rammer.

Helse- og omsorgsdepartementets liste over sykehus teller 70 virksomheter<sup>15</sup>, hvorav 51 sykehus har akuttfunksjoner. Sykehusene er organisert i 20 ulike helseforetak i fire helseregioner. Ettersom flere sykehus kan inngå i ett helseforetak er det oppstått diskusjoner om hva man konkret mener med et sykehus<sup>16</sup>. Sykehus i Norge har ulik størrelse. Befolkningen i opptaksområdene varierer fra 10-15 000 til innpå 500 000 innbyggere.

Det kan være vanskelig å etablere enighet om hva et sykehus faktisk er, særlig når det er snakk om hvilke spesifiserte karakteristika og akuttfunksjoner sykehuset skal ha. De fleste vil nok assosiere begrepet "sykehus" med en virksomhet som tilbyr pasientbehandling på døgnbasis og som er lokalisert på ett sted, dvs. at sykehuset og dets virksomhet i hovedsak er samlet på avgrenset geografisk område.

#### 3.2 Krav til ledelse av sykehus og prinsippet om enhetlig ledelse

I juridisk forstand er helseforetaket enheten som er gjenstand for lovregulering. Et helseforetak skal, jf. *helseforetaksloven* § 20, ledes av et styre og en daglig leder. Daglig leder har i henhold til § 37 ansvaret for den daglige ledelsen av foretaket og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt. Lovverket stiller krav om at virksomheten i et helseforetak må organiseres slik at helsepersonellet kan yte faglig forsvarlig helsehjelp og overholde sine plikter etter lov og forskrift, jf. *spesialisthelsetjenesteloven* § 2-2 og *helsepersonelloven* § 16.

---

<sup>15</sup> Sykehusliste: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/sykehusliste/id497471/>

<sup>16</sup> Hva er et sykehus?: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Hva-er-et-sykehus/id753210/>

*Spesialisthelsetjenestelovens* § 3-9 inneholder en bestemmelse om enhetlig ledelse, som ble innført i 2001, og som er et uttrykk utviklingen som er beskrevet over:

"Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere."

I *Rundskriv I-2/2013* om lederansvaret i sykehus utdyper Departementet lovbestemmelsene om ledelse, hvor leders helhetlige ansvar understrekes:

"For hver organisatoriske enhet i sykehuset skal det etter bestemmelsen være én leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. En organisatorisk enhet vil være en enhet som er tillagt forvaltning av nærmere angitte ressurser, herunder personalressurser. Typiske enheter vil være klinikk (divisjon eller lignende), avdeling eller tilsvarende, og seksjoner."

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a har ledelsen i helseforetaket ansvar for at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og å fremme pasientsikkerhet. Det er krav om at ledelsen i helseforetaket har et internkontrollsystem for virksomheten, jf. lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet sendte i oktober 2015 på høring et forslag til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten<sup>17</sup>, hvor departementet ønsker at internkontroll blir en integrert del av virksomheten. Forslaget til ny forskrift stiller krav om at det skal etableres et *helhetlig styringssystem* som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.

### 3.3 Lederrollen

Ledelse handler på et overordnet nivå om at person eller en gruppe evner å engasjere og inspirere andre mennesker til å ville jobbe mot et felles mål (Northhouse, 2016). Ledere i sykehus må kunne motivere og engasjere andre til å ville jobbe mot mål. En leder må ha innsikt i hvilke midler som er akseptable, menneskelig, etisk og juridisk, i utøvelsen av lederskapet. I og med at verdier, normer og rettsregler varierer på tvers av ulike kulturer og samfunn vil en leder måtte kjenne og beherske de sosiale og formelle "spillereglene" i det samfunnet eller i den virksomheten man befinner seg i. Skandinavia er spesielt i global sammenheng, ved at arbeidslivet preges av en egalitær kultur, og hvor det gjennomgående er mindre aksept for en autoritær ledelsesstil enn i mange andre land<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Høring – Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing--forskrift-om-styringssystem-i-helse--og-omsorgstjenesten/id2459663/>

<sup>18</sup> Kulturelle forskjeller i synet på ledelse er godt dokumentert, eksempelvis gjennom sammenliknende studier. Se eksempelvis: <https://www.geert-hofstede.com/>

### 3.4 Lederfunksjonen

*Nasjonal helse- og sykehusplan* (Meld.St. 11 (2015-2016)) understreker nødvendigheten av klare ansvarslinjer og ansvarsforhold for ledere på alle nivåer i sykehusorganisasjonen, fra førstelinjeledere, via mellomledere til sykehusets toppledelse. Planen omtaler lederfunksjonen i sykehusene i mer detalj, hvor det heter at ledelsen har fire ulike typer ansvar:

- *Strategisk ansvar*, som innebærer kontinuerlig å vurdere behovet for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser
- *Driftsansvar*, som innebærer å ta et helhetlig ansvar for resultater og for at dette skjer innenfor fastsatte rammer
- *Personalansvar*, som innebærer å ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten og sikre at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses
- *Kommunikasjonsansvar*, som innebærer å sikre god kommunikasjon og informasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgaveløsning, åpenhet og demokrati

Det finnes mange måter å definere lederes roller og ansvar på (Mintzberg, 1989; NHS Leadership Academy, 2016). Inndelingen i drift, strategi, ansvar for personalet og kommunikasjon dekker mange dimensjoner ved ledelse. I en norsk sammenheng er det i tillegg formulert nasjonale lederkrav til lederes atferd, hvor det slås fast at en leder skal være *ansvarlig, helhetstenkende, endringsvillig, handlekraftig, kommuniserende og inspirerende* (Nasjonal ledelsesutvikling, 2012). Slike krav uttrykker forventinger til lederes atferd, mer enn å spesifisere hvilke oppgaver og hvilket ansvar ledere har i helsevesenet.

### 3.5 Tilnærminger til ledelse

Det finnes en rekke modeller og teorier om ledelse (Swanwick & McKimm, 2011; Northhouse, 2016). Det finnes ingen enkel eller universell oppskrift på hva som god ledelse. Det har vært vanlig å skille mellom en oppgave- og relasjonsorientert stil.

Generelt vil man kunne si en tilnærming hvor lederen utelukkende gir negative tilbakemeldinger vil være mindre effektiv enn en stil hvor lederen interesserer seg for den enkelte medarbeider, gir positive tilbakemeldinger og evner å formidle mål og en overordnet ide eller visjon for virksomheten. Hva som er en egnet tilnærming vil være betinget av situasjon, kontekst og kultur. Gode administrative systemer og samstemte styringsverktøy vil kunne understøtte utøvelsen av ledelse.

Detaljstyring av arbeidsoppgaver, instruksjon og kontroll fungerer dårlig overfor kompetente, profesjonelle medarbeidere (Mintzberg, 1998). Ledelse kun basert på avvik er dessuten tid- og oppmerksomhetskrevende, og det vil være mer hensiktsmessig å dyrke frem ansvarsbevissthet hos medarbeidere og etablere en kultur preget av tillit.

En virksomhet hvor lederen anerkjenner en lærende, trygg og støttende kultur, og hvor det er åpenhet for nye ideer, vil være bedre egnet til å skape bedre resultater enn en virksomhet hvor medarbeiderne opplever utrygghet, lite toleranse for innspill, manglende deltakelse og ulike former for straff ved avvik (Garvin et al 2008).



## 4. Nivå, logikk og målkonflikter

### 4.1 Ledelsesnivåer i sykehus

Sykehus og helseforetak har ulike størrelser, funksjoner og organisering, noe som innebærer at ledelsesfunksjonen og ledelsesoppgavene vil arte seg ulikt avhengig av organisasjonen og hvilket nivå man utøver ledelse på. Spesialiseringen og differensieringen har økt både horisontalt og vertikalt sammenliknet med de tidligere sykehus, og antall ledernivåer har økt fra to nivåer (overlege/avdelingsoverlege og direktør) og opp til hele seks nivåer i vår tid. Antall formelle nivåer kan variere i sykehus. Én måte å inndele ledernivåer på kan være følgende:

- Nivå 1: Hel organisasjon (toppleidelsen, direktør)
- Nivå 2: Tjenesteovergripende ledelse/deler av organisasjon ("mellomledelse")
- Nivå 3: En avdeling/ledelse av flere team (avdelingsledelse)
- Nivå 4: Ledelse av deler av en avdeling/ett team (seksjons- og enhetsledelse)
- Nivå 5: Eventuelle ytterligere nivåer

I studier av moderne sykehus er det et gjennomgående trekk av det foreligger en spenning mellom toppnivået og nivået hvor selve tjenesteytingen foregår – det kliniske og operative nivå (Jespersen, 2005; Spehar, 2015). Dette er et dels uttrykk for at sykehus er virksomheter hvor verdiene skapes i frontlinjen av profesjonsutøvere som besitter ekspertkunnskap innen sitt område. Den faglige innovasjonen kommer i stor grad "nedenfra" og setter premisser for virksomheten (Mintzberg, 1989; Bohmer, 2009). Virksomheten vil således måtte ledes faglig "nedenfra" i tillegg til at den må styres og ledes "ovenfra". Det er viktig å erkjenne denne vertikale spenningen og dynamikken som med nødvendighet oppstår i krysningspunktene mellom faglig ledelse "nedenfra" og styringen "ovenfra" (Bentsen et al, 1999).

Konsekvensen av innføring av flere formelle nivå er at den vertikale dialogen settes på strekk. Hvert ekstra ledernivå vil ha en merkostnad for kommunikasjonen internt i organisasjonen både "oppover" og "nedover", ved å gi økt avstand mellom det strategiske toppleidernivået og det kliniske og operative nivået. Når beslutningslinjene blir lengre vil viktig informasjon og innsikt kunne gå tapt på veien både "opp" eller "ned".

### 4.2 Styringslogikker og ledelse

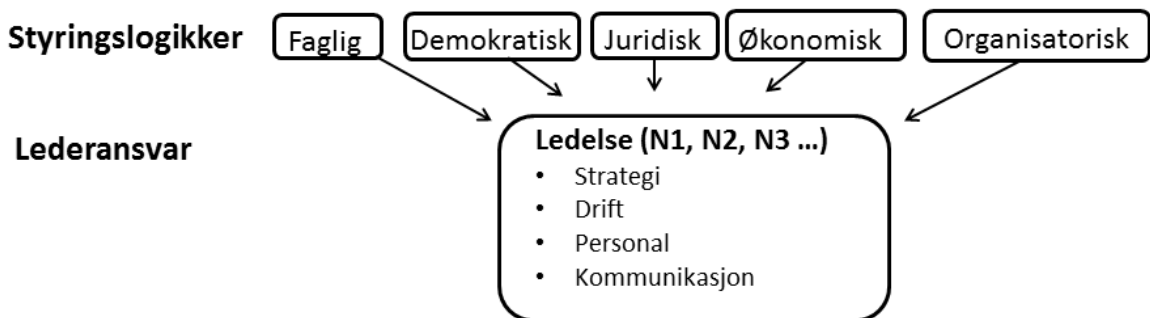
Leger er i utgangspunktet utdannet til å forholde seg primært til en faglig "logikk", selv om grunn- og spesialistutdanningene i økende grad tar opp i seg og underviser om helsevesenet som system og rammene for den faglige virksomheten (Frich et al, 2012; Evensen, 2014). Begrepet "logikk" i denne sammenheng betyr en bestemt tenkemåte eller praksis som bidrar til å forme prosesser i en organisasjon (Frich & Nordby, 2014). Ole Berg pekte tidlig på at klinikken var å betrakte som et univers hvor ulike typer styringslogikk gjorde seg gjeldende (Berg, 1987). Vrangbæk (1999) introduserte en typologi over tre "styringsrationaler": Markedsbasert, klinisk/profesjonelt og politisk/offentlig. Det er mange måter å dele inn styringslogikkene på – her har jeg valgt å dele styringslogikkene inn i fem ulike kategorier:

- *Faglig logikk*, basert på faglige retningslinjer, prosedyrer og etiske normer

- *Demokratisk logikk*, som krav om gjennomsiktighet og involvering av brukere og ansatte
- *Juridisk logikk*, for å etterleve regulatoriske lover og forskrifter
- *Økonomisk logikk*, styring og strategisk innretning i tråd med finansielle insentivsystemer
- *Organisatorisk logikk*, organisatoriske grep ("pakkeforløp", funksjonsfordelinger, sammenslåinger osv.)

Styringen skjer gjerne gjennom upersonlige systemer og "styringsverktøy". Selv om man på et overordnet nivå kan si at styring er ledelse, er det viktig tydeliggjøre at ledelse ikke kan reduseres til styring. Ledelse er en personlig fundert aktivitet – lederen er en person, et menneske man kan forholde seg til (Frich & Nordby, 2014). Selv de beste styringssystemer er avhengig av ledere som evner å forklare og begrunne systemenes formål og funksjon overfor ansatte.

Styringslogikkene representerer i seg selv spesialiserte fag- og kompetanseområder. Juristen er fortrolig med den juridiske logikk og vil ha en tendens til å gripe til regulatoriske virkemidler i form av lover og forskrifter, mens økonomen kanskje først og fremst vil søke å utvikle finansielle virkemidler. I dette landskapet av ulike typer "styringseksperter" har lederen en helt sentral oppgave ved å fungere som oversetter på tvers av ulike typer logikk (Nordby & Botten, 2007).



#### 4.3 Fire overordnede mål

Berwick og kollegaer (1998) publiserte for snart 20 år siden en artikkel om "the triple aim", hvor de argumenterte for at helsevesenet dypst sett har tre mål:

- *Bedre helse* (i befolkningen)
- *Gode pasienterfaringer*
- *God utnyttelse av ressursene* (i økonomisk forstand)

Et fjerde mål er blitt etterlyst, nemlig at helsevesenet må være en god arbeidsplass og sørge for å *ivareta medarbeiderne og deres kompetanse* – helsevesenets viktigste ressurs (Sikka, 2015).

Disse fire målene kan igjen konkretiseres og deles opp i mindre og mer spesifikke mål (som eksempelvis et mål om å oppnå en gitt overlevelse etter en type kreft, et bestemt nivå av pasienttilfredshet, et forventet kostnadsnivå eller en målsetting om at

virksomhetene skal ha sykefravær under et bestemt prosentvis grense eller ha et bestemt nivå med hensyn til medarbeidertilfredshet).

Det vil være et mål å etterleve styringskrav, men det er samtidig viktig å reflektere over hvilke overordnede mål styringen er tenkt å fremme. Det er viktig å ha en løpende dialog om hvordan ulike typer styring bidrar til å hemme eller fremme overordnede mål for virksomheten.

#### **4.4 Mål og målkonflikter**

En vanlig årsak til målkonflikter er at ulike grupperinger innen en organisasjon ikke har sammenfallende oppfatninger av organisasjonens mål. Uklarhet om mål kan oppstå hvis målene ikke er godt nok definert eller ledere ikke evner å kommunisere målene på en tydelig nok måte. På et klinisk og operativt nivå vil det i tillegg kunne være ulike syn på hvordan man best oppnår ulike mål, altså uenighet knyttet til spørsmål av prosessuell eller strategisk karakter.

Styringsverktøy kan gi ledere bedre forutsetninger for å utøve ledelse, men det er samtidig viktig å erkjenne at det kan oppstå ledelsesutfordringer fordi ulike typer logikk eller styringsverktøy ikke er gjensidig forenlige og kommer i innbyrdes konflikt.

Typisk vil det oppstå konflikter mellom helsemessige og økonomiske- eller ressursmessige hensyn (jf. målet om å fremme helse i en situasjon med knapphet på ressurser). Det kan oppstå "logikkinterne" konflikter, eksempelvis mellom det å ivareta medarbeiderne (jf. bestemmelser i arbeidsmiljøloven) og lovmessige krav om å yte forsvarlig helsehjelp. I et spenningsfullt og komplekst organisatoriske landskap, preget av ulike typer logikk, vil målkonflikter av ulik karakter måtte oppstå. Målkonflikter handler med andre ord ikke utelukkende om "uenighet", illojalitet eller dårlig ledelse, selv om etterlevelse av styringskrav kan være en ledelsesutfordring. Uansett hvor godt man leder og organiserer en virksomhet vil det oppstå målkonflikter som må håndteres.

#### **4.5 Balansert målstyring**

*Balansert målstyring* ble lansert som en måte å sikre at ledere har oversikt over måloppnåelsen innen ulike områder av en virksomhet, like en flyger må ha tilgang til en rekke ulike typer informasjon i cockpiten for å styre flyet på en god og trygg måte (Kaplan & Norton, 1992). Innen helsetjenesten har økonomistyringen blitt viet mye oppmerksomhet de siste årene, selv om andre sider ved virksomheten etter hvert har blitt gjenstand for vurdering. Myndighetens ferske initiativ for å utvikle et *helhetlig styringssystem* kan oppfattes som et forsøk på ansvarliggjøring av ledere og synliggjøring av de deler av virksomheten som de siste år i liten grad er blitt viet oppmerksomhet.

#### **4.6 Målkonflikter – sammenheng med styringskrav?**

Et økt omfang av styring og spesifiserte krav til måloppnåelse vil kunne gi opphav til et økt antall målkonflikter som ledere og medarbeidere må håndtere. Jo mer spesifikke mål og detaljerte styringskrav, jo mindre vil handlingsrommet bli på det kliniske og operative nivå, og jo mer krevende vil det være å utøve ledelse innen knappe ressursmessige rammer.

Bestemmelsen om fritt sykehus- og behandlingsvalg i kombinasjon med at pasienter tildeles rett til behandling kan gi opphav til en målkonflikt dersom det ikke samtidig foreligger et handlingsrom når det gjelder ansettelse og bemanning. Lederen er i en slik situasjon pålagt et driftsansvar hvor det stilles spesifikke krav, med svært begrenset strategisk handlingsrom for å imøtekomme ytre krav som følge av endret pasientmobilitet. Man kan spørre om finansieringssystemet er fleksible nok til at man på et klinisk nivå kan møte endret mobilitet som følge av en økt rettighetsfestet frihet på etterspørselssiden. Er det ivaretagelsen av medarbeidere og/eller kvaliteten på oppfølgingen av pasienter som blir salderingspost? Målkonflikter kan ikke alltid løses, men ledere har et ansvar for å erkjenne, forstå og håndtere slike konflikter.

Innen organisasjonsteorien er det etablert et begrep om *lærende organisasjoner* (Argyris & Schön, 1978). Poenget i en lærende organisasjon er at man ikke kun søker å håndtere eller bøte på et avvik ("single-loop learning"), men forsøker å identifisere hvorfor avviket oppstår, slik at det kan iverksettes tiltak for i neste runde å redusere sjansen for nye avvik ("double-loop learning").

Ledere og ansatte må aktivt bidra til å identifisere muligheter for læring. En god, lærende organisasjon vil kjennetegnes av åpenhet og "psykologisk sikkerhet", som innebærer at medarbeidere kjenner seg fri til å dele relevante tanker og følelser (Edmondson, 2012). Noen målkonflikter må man erkjenne eksisterer som en kronisk spenning, og noen målkonflikter er av en slik karakter at det er nødvendig med handling på høyere nivå i organisasjonen eller på et politisk nivå. Det er i en slik sammenheng viktig at den vertikale dialogen fungerer i begge retninger – "oppover" og "nedover". En lærende organisasjon preges av en god og aktiv dialog på tvers av områder og nivå når det gjelder forståelsen av avvik, målkonflikter og mulig tiltak for å avhjelpe disse.

## **5. Modeller for ledelse i sykehus**

### **5.1 Leger og ledelse**

Leger flest er nok mest fortrolig med den faglige logikken, slik en økonom eller jurist vil være mest fortrolig med "sin" logikk. Leger, så vel som andre yrkesgrupper, kan oppleve frustrasjon i møte med de andre styringslogikkene, dels fordi man ikke forstår bakgrunnen for de andre logikkene og fordi man opplever krevende målkonflikter på det kliniske og operative nivå.

Forskning indikerer at legers faglige identitet utfordres når man trer inn i en rolle som leder (Mo, 2006; Spehar et al, 2015), og det synes som om leger kastes inn i ledelsesoppgaver uten tilstrekkelig skoleing eller støtte (Spehar et al, 2012, Nasjonal ledelsesutvikling, 2012). Intervjuer med ledere viser likevel at mange leger som har formelle lederroller har maktet å inkorporere ledelseslogikkene ved å utvikle en "hybrid" identitet som representerer en blanding av fag og ledelse (Berg, 2015).

Rammene for ledelse i sykehus er tydelig definert: Ledelse i vår tid handler om mer enn kun å lede faget – *en leder vil måtte ta et helhetlig ansvar for alle sider av virksomheten*. Dette innebærer at ledelse ikke kan være et venstrehåndsarbeid og at leger som er ledere er nødt til å forstå, og i noen grad også beherske, andre typer

styringslogikk. Avhengig av nivået i organisasjonen vil det stilles ulike krav til rollen og hvilken kompetanse som kreves. Ved å skaffe seg innsikt i de andre logikkene som opererer ved siden av den rent medisinske, slik som den økonomiske, juridiske, organisatoriske og demokratiske, vil leger være bedre rustet til å mestre lederoppgavene. Leger som ikke har en lederrolle vil ha bedre forutsetning for å fungere som "medleder".

## 5.2 Enhetlig ledelse – en egnet modell?

Ledelsesmodellen man innførte for spesialisthelsetjenesten i Norge i 2001 avløste en todelt profesjonsbasert modell (avdelingsoverlege og avdelingssykepleier). Internasjonalt praktiseres ulike modeller for ledelse i sykehus (Berry & Seltman, 2008), og eksempler på alternative modeller på nivå 2 eller lavere kan være:

- En *dyadisk modell* av en person med medisinsk bakgrunn og en person med en økonomisk-administrativ bakgrunn (slik som i Mayo-klinikken i USA)
- En *teambasert modell* bestående av 3-4 personer med ulike bakgrunn innen medisin, økonomi, personalledelse og evt. sykepleie, og hvor teamet står samlet ansvarlig (slik som "matrix-modellen" som er etablert i Geisinger Health System i USA)

Det er mulig å se for seg ulik grad av symmetri i relasjonene innen slike dyader eller team, og i en teambasert modell kan man for eksempel ha et likeverdig team som samme må stå samlet om å fatte beslutninger, har roterende ledelse eller at man har et mer klassisk lederteam hvor en person er den øverste leder. Slike alternative modeller ble diskutert i utredningen *Pasienten først!* (NOU 1997:2) – man konkluderte til slutt med at enhetlig ledelse var mest egnet.

Fordelen med dyadiske og teambaserte modeller er at leger kan velge å påta seg differensierte lederroller som krever noe mindre breddekompetanse og detaljkunnskaper enn dagens modell med enhetlig ledelse legger opp til. En ulempe med modeller som avviker fra prinsippet om enhetlig ledelse er en fare for pulverisering av det enhetlige ansvaret og at konflikter på tvers av styringslogikker gir seg utslag i konflikter mellom personene i dyaden eller teamet. Dyadiske og teambaserte modeller fungerer i en situasjon hvor organisasjonskulturen bygger opp under modellene. En modell med enhetlig ledelse tydeliggjør på sin side at det er én person som er den ansvarlige, og modellen samsvarer med en psykologisk og kulturell forventning om at det er én person som er lederen.

Det finnes eksempler på at sykehus er organisert slik at man fortsatt i realiteten fortsatt har todelt ledelse på avdelingsnivå, eksempelvis ved at sykepleiere er organisert i egne avdelinger/seksjoner og leger er organisert i egne tverrgående "avdelinger". Matrisemodeller er kjent for å skape klarhet om ansvar og det kreves aktiv ledelse langs begge aksene i matrisen for at modellen skal fungere. Rent teknisk sett kan man nok hevde at de ulike personalpoolene representerer organisatoriske enheter og at en slik matriseorganisering er i tråd med presiseringene i *Rundskriv I-2/2013*. Det er grunn til å spørre om organisering er i samsvar med spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser om at det på alle nivå i sykehuset skal være én ansvarlig leder som skal ta et helhetlig ansvar for *alle* sider av virksomheten.

### 5.3 Kompetanse og lederstøtte

Det er økt krav om presisjon og detaljkunnskap på ulike områder (juss, økonomi, kvalitetsmåling, brukerinvolvering, personalhåndtering osv.) ved ledelse i sykehus. Det kan være grunn til å spørre hvor godt én person vil kunne favne over alle de ansvarsområder og logikker som brytes mot hverandre. Det er neppe realistisk å innføre helt nye ledelsesmodeller for spesialisthelsetjenesten i Norge, men det er avgjørende at både leger og myndighetene erkjenner kompleksiteten i lederoppgavene på ulike nivå. Med økt styring og rapporteringskrav er det avgjørende at ledere har administrativ og faglig støtte for å kunne lede og ivareta sine ansvarsområder på en god nok måte.

Leger må på sin side være innstilt på å gjennomgå formell skoling og opplæring som sikrer en tilstrekkelig bredde i kompetanse og kvalifikasjoner. I den medisinske kultur og i grunn- og spesialistutdanningene må det arbeides systematisk med å anerkjenne at rollen som "helsesystemlege" og leder er en viktig medisinsk oppgave. I Storbritannia er det nylig etablert en spesialitetsovergrepene forening for medisinsk ledelse som har som mål å styrke legers kompetanse innen ledelse og administrasjon<sup>19</sup>.

### 5.4 Stedlig ledelse

Under behandlingen av *Nasjonal helse- og sykehusplan 17.3. 2016* vedtok Stortinget at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus:

"Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus."

Det har siden oppstått diskusjoner om hvor stor grad av fleksibilitet man kan tillate med hensyn til stedlig ledelse. Både i politikk, organisasjonsliv og i næringslivet har man "stedsovergrepene" ledelse på høyere organisatoriske nivå, og det er derfor viktig å tydeliggjøre hvilket organisatorisk nivå man snakker om. En rekke helseforetak består i dag av ulike sykehus, og en bokstavelig tolkning av Stortingets vedtaket vil resultere i en tredobling av antall sykehusdirektører.

I en norsk sammenheng har vi sett flere eksempler på stedsovergrepene ledelse fra nivå 2 og på lavere nivå (som for eksempel i Sykehuset Innlandet, Oslo universitetssykehus og Vestre Viken). Ledelse "på tvers" i et helseforetak kan fremme en hensiktsmessig bruk av ressurser, fordeling av arbeidsoppgaver og funksjoner. Svakheten med slike overgrepene løsninger at lederen får et stort ledelses- og kontrollspenn, og er mindre tilgjengelig på de enkelte lokalitetene.

I noen sammenhenger vil det være krevende å ivareta lederfunksjonen på en god måte ved stedsovergrepene ledelse. Vurdert ut fra kriterier for god styring vil gjennomsluttheten med hensyn til beslutninger, involvering og deltakelse kunne lide i modeller uten en stedlig leder. Muligheten for ansvarliggjøring vil kunne svekkes fordi det blir dårligere kontakt mellom ledelsen og det kliniske og operative nivået.

---

<sup>19</sup> Faculty of Medical Leadership and Management (FMLM):  
<https://www.fmlm.ac.uk/>

På nivå 3 og lavere vil stedlig ledelse være sterkt tilrådelig. Ved stedsovergrepene på nivå 1 og 2 må man sikre mekanismer for å bøte på svakhetene som oppstår innen en slik modell, som for eksempel å ha en stedlig nestleder og evt. også sørge for at leder roterer geografisk, samt bruke digitale plattformer for involvering og kommunikasjon.

## 6. Oppsummering og diskusjon

Det vil i dag være utenkelig at helsevesenet skal kunne drives uten ytre styring, økonomiske rammer eller juridisk regulering. Konsekvensen av utviklingen de siste tiår er at rommet for faglig styring "nedenfra" blir mindre og omfanget av ytre styring og regulering øker – det profesjonelle rommet krymper.

Staten og myndigheten er blitt mer ambisiøs og "brukerne" mer krevende. Kravene og forventningene fra pasienter og samfunnet blir ikke borte, og om man opererer innen en foretaksmodell eller en forvaltningsmodell vil trolig ha liten betydning for styringslogikkene og ledelsen på det utførende nivå. Styringen mange i dag assosierer med foretaksmodellen vil gjøre seg gjeldende også innen andre eier- og organisasjonsformer. Målkonflikter vil man måtte leve med og håndtere innen ulike modeller.

Innretningen på styringen og styringsverktøyene og hvilket strategisk handlingsrom de tillater på ulike nivå vil ha betydning, eksempelvis hvilke muligheter man har til raskt å handle i møtet med en økning i pasienter som benytter seg av retten til fritt behandlingsvalg. Diskusjonen bør derfor handle mer spesifikt om styring og styringsverktøy, hvordan disse er innrettet og hvilke målkonflikter og ledelsesutfordringer de evt. skaper i en gitt situasjon.

Det er viktig at dialogene i organisasjonene fungerer, slik at beslutninger på ulike nivå bygger på et så korrekt, bredt og relevant grunnlag som mulig. Antall ledelsesnivå vil i denne sammenheng kunne ha betydning. Vår survey viser at hele 3 av 4 leger opplever lange beslutningslinjer som et problem. Det er grunn til å tro at en organisering av spesialisthelsetjenesten med færre nivåer vil kunne bedre den vertikale dialogen.

Stedsovergrepene har fordeler og ulemper. Det kan være hensiktsmessig å ha stedsovergrepene på toppnivået i en organisasjon, men løsninger uten stedlig leder har kostnader og svakheter. Resultater fra vår survey (kapittel 2) indikerer at 7 av 10 leger opplever fravær av stedlig ledelse som problematisk. Surveyen viser også medarbeidere opplever at lederne har høy oppmerksomhet om økonomisk styring og at det har mindre oppmerksomhet om andre dimensjoner ved virksomheten.

Det er urovekkende at en svært stor andel av respondentene mener at ivaretagelse av medarbeidere og relasjonelle forhold i liten grad vies oppmerksomhet på avdelings- og foretaksnivå. Kun 1 av 5 angir at avdelingsleder i høy eller svært høy grad vektlegger å løse mellommenneskelige problemer og motsetninger. En leders oppmerksomhet vil være begrenset, og resultatene fra surveyen kan indikere at "harde" styringsvariabler gis forrang fremfor andre ledelsesoppgaver. Kombinasjonen av et økt styringstrykk "ovenfra" og stort lederspenn kan gi uheldige effekter når

det gjelder ivaretagelse av medarbeidere. Dette er hensyn som taler for en hovedregel om stedlig ledelse på det kliniske og operative nivå i sykehus.

Modellen med enhetlig ledelse i sykehus stiller store krav til de som påtar seg en lederrolle. En leder i sykehus må beherske et bredt sett av kompetanse, og formell skolering og utdanning bør være hovedregelen. Det er nødvendig å etablere arenaer som sikrer at leger som påtar seg en lederrolle har tilstrekkelig kompetanse og kvalifikasjoner.

## Referanser

- Austin, I. Jones, G.A. (2016). *Governance of higher education: global perspectives, theories, and practice*. London: Routledge.
- Argyris, C., Schön, D.A. (1978). *Organizational learning: a theory of action perspective*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Bentsen, E.Z., Borum, F., Elingsdóttir, G., Sahlin-Andersson, K., red. (1999). *Når styringsambitioner møder praksis – den sævre omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Berg, L.N. (2015). *Multifaglig ledelse – Hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reformer*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Berg, O. (1987). *Medisinens logikk: studier i medisins sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
- Berg, O.T. (2006). *Fra politikk til økonomikk - den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo: Den norske lægforening.
- Berg, O. (2010). Sykehusene og den legelige selvstendighet. Innledende betraktninger om hvordan den faglige suksess førte til politisk nederlag. I: Finset A et al, red. *Utfordring og mulighet: en helsetjeneste i endring*. Oslo: Unipub: 48-74.
- Berg, O. (1996). Meta-medicine: the rise and fall of the doctor as leader and manager. I: Larsen, Ø. & B.O. Olsen (red.). *The shaping of a profession: physicians in Norway, past and present*. Canton, MA: Science History Publications: 431-43.
- Berry, L.L, Seltman, K. D. (2008). *Management lessons from Mayo Clinic*. London: McGraw Hill.
- Berwick, D.M., Nolan, T.W., Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, health and cost. *Health Affairs*; 27: 759-69.
- Bohmer, R.M.J. (2009). *Designing care: aligning the nature and management of health care*. Boston, MA: Harvard Business Press.
- Edmondson, A.C. (2012). *Teaming: how organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. San Fransico, CA.: Jossey-Bass.
- Evensen, S.A. (2014). Om å bli KLoKere. I: Botten, S. G., Frich, J., Hagen, T.P., Iversen, T., Nordby, H., red. *Helsetjenestens nye logikk*. Oslo: Akademia forlag: 61-6.
- Frich, J.C., Gran, S.F., Vandvik, P.O, Gulbrandsen, P., Hjortdahl, P. Kunnskap, ledelse og kvalitet i studiet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 132: 1768-70.
- Frich, J.C. (2009). Penger i sykehus – doktor Jekylls lidelse. Wilmar, B., Bruusgaard, P. Frich, J.C., Fugelli, P., red. *Penger og verdier i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk: 117-31.



- Frich, J.C. (2014). Legen – apokalypse nå? I: Ronge, K., Rø, K. I., Bringedal, B., red. *Fra pidentall til skammel: Festschrift til Olaf Gjerløw Aasland 70 år*. Oslo: Den norske legeförening / Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP): s. 26-33.
- Frich, J. C. (2016). Rommet krymper - hvorfor? *Overlegen*; nr. 1: s 28-30.
- Frich, J.C. & Nordby, G. (2014). Ledelse – en skapende logikk? I: Botten, S. G., Frich, J., Hagen, T.P., Iversen, T., Nordby, H., red. *Helsetjenestens nye logikk*. Oslo: Akademika forlag: 25-33.
- Garvin, D.A., Edmondson, A.C., Gino, F. (2008). Is yours a learning organization? *Harvard Business Review*; 86(3):109-16, 134.
- Gray, A., Harrison, S. (2004). *Governing medicine: theory and practice*. Maidenhead: Open University Press.
- Hood, C. (1991). A public management for all Seasons? *Public Administration*; 69: 3-19.
- Jespersen, P.K. (2005). *Mellem profesjon og management*. København: Handleshøjskolens forlag.
- Johansen, M.S. (2009). *Mellom profesjon og reform: Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen*. Doktoravhandling. Oslo: Handelshøyskolen BI.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1992). The balanced scorecard – measures that drive performance. *Harvard Business Review* (January-February): 134-47.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. New York: The Free Press.
- Mintzberg, H. (1998). Covert leadership: notes on managing professionals. *Harvard Business Review* (November-December): s. 140-7.
- Meld.St. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*
- Mo, T.O. (2006). *Ledelse til begjær eller besvær - om reformer, fag og ledelse i sykehus*. Doktoravhandling. Trondheim: NTNU.
- Nasjonal ledelsesutvikling. (2012). *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*.
- NHS Leadership Academy (2016). *Healthcare Leadership Model*: <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/resources/healthcare-leadership-model/>
- Nordby, H., Botten, G. (2007). Kommunikasjon og helseledelse. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2007; 127:1080-2.
- Northouse, P.G. (2016). *Leadership: theory and practice*. London: Sage.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Lederansvaret i sykehus. Rundskriv I - 2/2013*.
- NOU 1997:2. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*.
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). *Om lov om helseforetak m.m.*
- Sikka, R., Morath, J.M., Leape, L. (2015). The quadruple aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Quality & Safety*; 24: 608-10.
- Spehar, I., Frich, J.C., Kjekshus, L.E. (2012). Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2012; 12: 421
- Spehar, I., Frich, J.C., Kjekshus, L.E. (2015). Professional identity and role transitions in clinical managers. *Journal of Health Organisation & Management*; 29: 353-66.
- Spehar, I. (2015). *Leadership in Norwegian hospitals: a qualitative study of clinical managers' pathways, identities, and influence strategies*. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet.

- Swanewick, T., McKimm, J. (2011). *ABC of clinical leadership*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Torjesen, D.O. (2007). *Foretak, management og medikrati: En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Dr.polit-avhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Vrangbæk, K. (1999). New Public Management i sygehus-geltet – udforming og konsekvenser. I: Bentsen, E.Z., Borum, F., Elingsdóttir, G., Sahlin-Andersson, K., red. (1999). Når styringsambitioner møder praksis – den sævre omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige. København: Handelshøjskolens Forlag: 33-56.

**Kapittel 5:**  
**Bruk av regnskapsloven i helseforetakene.**  
Drift, investeringer og overskudd.

Jon Magnussen  
Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Helseforetaksreformen i 2002 innebar at staten overtok eierskap for sykehusene og at tilknytningsformen ble endret fra forvaltning til foretak. Med foretaksmodellen fulgte også en innføring av prinsippene i regnskapsloven<sup>20</sup>. For sykehusene medførte dette to vesentlige endringer: For det første ble de nå ansvarlig for selv å skaffe finansielt grunnlag for investeringer. For det andre måtte de nye helseforetakene nå føre slitasje på realkapital (avskrivninger) og renter på lån som kostnader i sine regnskaper. Konsekvensen av å gjøre helseforetakene ansvarlige for alle kostnader var at de, i større grad enn før, måtte se bruk av kapital og bruk av arbeidskraft i sammenheng. Denne endringen ble i Ot.Prp. nr. 66 (2000-01) – Om lov om helseforetak m.m. - begrunnet slik:

*”Gjennom de regionale HFs rapportering av økonomiske resultater etter regnskapslovens prinsipper, som foruten driftskostnader også synliggjør kostnadene ved bruk av kapital, og gjennom resultatrapportering som også kan pålegges statsforetak, vil departementet ha den nødvendige styringsmessige kontrollen med virksomhetenes resultater og evne til å nå de helsepolitiske målsettingene.” Ot.Prp. nr. 66 (2000-01)*

Og, videre:

*”Det er for liten bevissthet om innsatsfaktoren kapital i dag. Det henger både sammen med system for bevilgningsmyndighet og måten dette håndteres på i dagens sykehusregnskap. Kontantprinsippet har bidratt til den lave bevissthet. Dette gjelder både bygninger og utstyr. Foretaksorganiseringer gjør at bruk av kapital må planlegges på en annen måte.(...) En foretaks-organisering med bruk av regnskapsprinsipper etter regnskapsloven vil inspirere til langt mer bevisste holdninger til kapital.” Ot.Prp. nr. 66 (2000-01)*

Det var dermed to hovedargumenter for å ta i bruk regnskapsloven; *styring* og *effektivitet*. Disse to argumentene var rettet inn mot to ulike aktører:

- *Departementet*, som ønsket bedre kontroll - *styring*
- *Sykehusene*, hvor det var behov for økt bevissthet rundt bruk av kapital - *effektivitet*

I dette kapitlet gis først en beskrivelse av hvordan departementet har håndtert kontroll/styringsaspektet av kapitalsiden i helseforetakene og hvordan helseforetakene har respondert i forhold til sine investeringsbeslutninger. Dernest diskuteres i hvilken grad intensjonen med innføringen av regnskapsloven i helseforetakene er nådd og om man har observert utilsiktede virkninger. Til slutt drøftes noen alternative tilnærminger til prioritering mellom og finansiering av investeringer i sykehus. Innledningsvis skal imidlertid kort beskrives de praktiske forskjellene mellom ulike regnskapsprinsipper.

---

<sup>20</sup> <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-56>

## 1.2 Kort om ulike regnskapsprinsipper

Regnskapsføring i stat og kommune vil ha som et av sine hovedformål å sammenholde den faktiske bruken av ressurser med de bevilgninger som er gitt. Regnskapet gir dermed stat og kommune mulighet både for å kontrollere at bevilgningene benyttes i tråd med sine formål, og at ikke ressursbruken overstiger bevilgningens størrelse. Disse to elementene vil det være naturlig å tolke som det man i Ot. Prp. nr. 66 (2000-01) henviser til som ”*styringsmessig kontroll*”. I tillegg kan detaljerte regnskap gi verdifull informasjon til bruk i vurdering av egen virksomhet og ved sammenlikning av virksomheter. Dette vil tilsvare det man beskriver som ”*bevissthet rundt bruk av ressurser*”.

I virksomheter som mottar sine inntekter som en bevilgning vil inntektssiden være gitt. Regnskapets primære formål vil da være å beskrive hvordan disse inntektene benyttes. I virksomheter hvor inntektene er tettere knyttet til aktiviteten vil det også kunne være hensiktsmessig å benytte regnskapet til å knytte forbindelseslinjer mellom inntekter og utgifter.

Forskjellen mellom disse to formålene med et regnskap gjør seg først og fremst synlig i måten man periodiserer inntekter og utgifter. Her skiller det mellom tre prinsipper: Kontantprinsippet, anordningsprinsippet og periodiseringsprinsippet<sup>21</sup>.

*Kontantprinsippet* – benyttes i den statlige forvaltningen, og innebærer at en kostnad belastes et regnskap i det den oppstår.

*Anordningsprinsippet* – benyttes i kommunalforvaltningen, og innebærer at en kostnad belastes i et regnskap når transaksjonen foretas, uavhengig av når den reelle betalingen skjer.

*Periodiseringsprinsippet* – følges av virksomheter som opererer under regnskapsloven, innebærer at inntekt føres når den er opptjent, og at en kostnad knyttet til den opptjente inntekten føres i samme periode, og innebærer en synliggjøring av kapitalkostnader (Olsen, 2003).

Det er her verdt å merke seg at ”kostnad” ikke er det samme som ”utgift”. Mens utgift er en betalingsforpliktelse representerer kostnaden verdsettingen av ressursbruken. I noen tilfeller er dette uproblematisk. Lønn er for eksempel en verdsetting av arbeidskraft, utgiftsforpliktelsen lønn oppstår når arbeidet utføres og utbetalingen skjer gjerne én gang pr mnd.

---

<sup>21</sup> Dette notatet har ikke ambisjoner om å gå i detalj rundt regnskapsprinsipper. Det henvises til *NOU 2003:6 Hva koster det? Bedre budsjett og regnskapsføring i Staten* og *NOU 2015:14 Bedre beslutningsgrunnlag – bedre styring. Budsjett og regnskapsprinsipper i Staten*

### Boks 1: Illustrasjon av regnskapsprinsipper

Et eksempel kan illustrere forskjellen på de ulike regnskapsprinsippene: Anta at man i 2016 investerer i utstyr med antatt levetid på 10 år. Utstyret skal betales i 5 årlige avdrag, det første kommer i 2016. Etter *anordningsprinsippet* vil denne investeringen belaste regnskapene i regnskapene 2016-2020. Etter *kontantprinsippet* vil hele beløpet belastes regnskapet i 2016. Skal man følge prinsippene i regnskapsloven og *periodiseringsprinsippet* skal utstyrskostnaden belaste regnskapet når den oppstår. I dette tilfellet må altså kostnaden fordeles over utstyres levetid på 10 år, dvs. perioden 2016-2025.

I alle tilfellene er det forskjell på når utgiften og kostnaden oppstår. Under periodiseringsprinsippet fordeles kostnadene ut over hele levetiden på 10 år, men sykehuset må allikevel ha midler til å betale hele beløpet over en periode på fem år. For sykehuset handler det dermed både om å kunne forsvare kostnadene innen de rammene de er tildelt, og ha likvide midler nok til å faktisk dekke utgiftene.

Kostnadene knyttet til kapital vil være lik verditapet grunnet utstyrets slitasje og eventuelle rentekostnader knyttet til lånefinansiering. De kan beregnes på ulike måter. Det kanskje enkleste er å ta utgangspunkt i historisk anskaffelsespris, og fordele denne jevnt over utstyrets levetid. Alternativt kan man også basere seg på anslag over utstyrets gjenanskaffelseskost. Denne kan være høyere eller lavere enn den historiske kostnaden, avhengig av bl.a. den teknologiske utviklingen. For dette kapitlets formål er det vesentlige poenget at føring av kapitalkostnader etter regnskapsloven innebærer at man i regnskapssammenheng behandler kapital og arbeidskraft etter de samme prinsipper og at kapitalkostnadene på lik linje med andre kostnader belastes regnskapene til helseforetakene.

Under fylkeskommunalt eierskap ble kapitalkostnader ført etter anordningsprinsippet. De ble videre ikke ført på regnskapene til sykehusene, her inngikk kun driftskostnader og kostnader knyttet til mindre utstyr.

### 1.3 Forholdet mellom investeringer og drift

Det har i kritikken av helseforetaksmodellen vært framhevet at de prinsippene regnskapsloven bygger på er fremmede for leverandører av offentlige velferdstjenester. Regnskapsloven er primært ment brukt i virksomheter som har overskudd som målsetting (se f.eks. Jensen et al, 2009), og dette vil ikke være tilfelle for offentlige virksomheter som for eksempel sykehus. Det er vanskelig å se at denne kritikken treffer særlig godt. Regnskapslovens prinsipper innebærer i hovedsak at man beskriver de samlede kostnadene ved en virksomhet periodisert på en slik måte at de beskrives ”når de oppstår”. Dette betinger ikke at virksomheten har overskudd som sitt formål. Også for offentlige leverandører av velferdstjenester vil det være viktig å kunne vurdere alle typer ressurser samlet, ikke fordi de søker høyest mulig overskudd, men fordi de søker å finne den kombinasjonen av arbeidskraft og kapital som kan sikre at de leverer tjenester av høy kvalitet uten unødig bruk av ressurser.

Dersom kapitalbruken (bygninger og utstyr) sto i et fast forhold til bruk av andre ressurser ville man i mindre grad ha behov for en særlig føring av kapitalkostnader.

Slik er det imidlertid ikke. Helsetjenester kan leveres med ulik kombinasjon av utstyr og personell (eks: robotkirurgi, telemedisin) og innen ulike bygningsmessige løsninger. Dette betyr at man ved planlegging må foreta en avveining av bruk av kapital kontra bruk av (i all hovedsak) arbeidskraft. Uttrykt på en annen måte; en investering i bygninger og utstyr vil ha konsekvenser også for driftskostnadene:

- Driftskostnadene kan *øke*, for eksempel ved at nytt utstyr er mer komplisert å betjene og vedlikeholde og dermed krever flere ansatte.
- Investeringen kan bidra til *økt kvalitet*, men ellers ikke gi noen endringer i driftskostnader (eks: nye billeddiagnostiske verktøy som gir mer presis diagnostikk, men ellers ikke påvirker bruk av medikamenter eller personell i pasientbehandlingen).
- Driftskostnadene kan *reduseres* ved at nytt utstyr eller bygninger kan gi redusert behov for arbeidskraft og/eller andre ressurser.

Når det skal vurderes om man skal investere i bygninger eller medisinsk teknisk utstyr må man dermed vurdere hvilket av disse tre alternativene som er realistisk, og planlegge bruken av bl.a. arbeidskraft i forhold til dette. I tillegg må man håndtere *finansieringen* av investeringen, og sørge for at man har en likviditet til å betjene de utgiftene investeringen medfører.

*Finansiering* av investeringer skjer i dag gjennom bruk av egenkapital og statlige låneopptak. For prosjekter med en investeringsramme på over 500 millioner NOK kan det søkes statlige lån. Det er imidlertid en betingelse for innvilgning av lån at helseforetakene selv kan finansiere 30 % av investeringsbeløpet<sup>22</sup>. Tilsagn av lån reguleres også av størrelsen på de lånerammer Stortinget stiller til rådighet gjennom sine årlige budsjettvedtak. Dette innebærer at investeringer som vil kunne være "selvfinansierende", i den forstand at reduserte driftskostnader (mer enn) oppveier økte kapitalkostnader, ikke kan realiseres før helseforetaket kan dekke 30 % av investeringskostnaden. Selv om dette skulle være tilfelle vil imidlertid mangel på statlige lånemidler fremdeles kunne hindre at investeringen gjennomføres. Helseforetakene har ikke anledning til å ta opp lån utenfor staten.

## **2. Statens styring etter helseforetaksreformen<sup>23</sup>**

I dette avsnittet skal kort beskrives hvordan staten, i etterkant av helseforetaksreformen håndterte den mulighet dette ga for det man betegnet som "den nødvendige styringsmessige kontrollen med virksomhetens resultater" (Ot.Prp. nr. 66 2000-2001).

### **2.1 Verdssettingsproblematikken**

#### *2.1.1 Perioden fram til 2008*

Med innføring av regnskapsloven fulgte også et behov for å verdsette helseforetakenes eiendeler. Denne verdsettingen ville danne grunnlaget for den såkalte åpningsbalansen, og sammen med avskrivingsregler bestemme hvor store

---

<sup>22</sup> Andelen var opprinnelig 50%, men ble i 2013 redusert til 30 % samtidig som avdragstiden ble forlenget fra 20 til 25 år.

<sup>23</sup> Dette er også utførlig diskutert i McKinsey (2011)

kostnader helseforetakene årlig måtte bokføre i form av kapitalslit. Størrelsen på åpningsbalansen ville dermed gi konsekvenser for de økonomiske forutsetningene for drift av helseforetakene for en lang periode (Olsen og Hernes, 2001).

I påvente av den endelige verdsettingen ble det for reformens første år gitt et investeringstilskudd på 2,8 mrd. kroner. For 2003 ble det i forbindelse med framleggelse av statsbudsjettet orientert om at tilskuddet til investeringer ville baseres på det gjennomsnittlige investeringsnivå under fylkeskommunalt eierskap på 1990 tallet, anslått til 3 mrd. pr år<sup>24</sup>. Selve åpningsbalansen skulle fastlegges senest til avlevering av regnskapene for driftsåret 2003, det vil si innen 30/6 2004.

Det ble gjennomført et omfattende arbeid med å fastsette verdien på bygnings- og utstyrsmasse. Basert på forventet gjenanskaffelseskostnad ble denne anslått til å være 116 mrd. kroner. Basert på anslåtte levetider ga dette et årlig avskrivningsbeløp på om lag 5 mrd. kroner. Dersom man i finansieringen av de regionale helseforetakene skulle legge inn tilskudd som dekket avskrivningskostnadene til den kapitalen helseforetakene nå var gjort ansvarlige for, måtte man dermed opp på et årlig beløp som lå 2 mrd. høyere enn hva fylkeskommunene (i gjennomsnitt) årlig hadde benyttet til investeringer.

Departementets holdning var at den verdsettingen som lå til grunn for åpningsbalansen skulle reflektere *bevilgningsnivået*. Man ønsket med andre ord en verdsetting som medførte en årlig avskrivningskostnad på 3 mrd. kr. Ved å benytte lengre anslag på levetid enn hva revisormiljøene hadde tatt utgangspunkt i anslo departementet en åpningsbalanse på 85 mrd. kroner, eller om lag  $\frac{3}{4}$  av gjenanskaffelseskostnaden. I forberedelsene til avlegging av de regionale helseforetakenes årsregnskap på 2003 ble det imidlertid, fra revisorene, advart sterkt mot en slik justering. I korte trekk mente man denne ville være i strid med god regnskapsskikk. For å løse de problemer det manglende samsvaret mellom investeringstilskudd og avskrivninger skapte valgte departementet derfor å innrette styringen av helseforetakene etter et ”korrigert resultat”. Korreksjonen besto i forskjellen på de regnskapsførte kostnadene til avskrivning og helseforetakenes inntekter til dekning av disse kostnadene. Det oppsto dermed et årlig gap på om lag 2 mrd. kroner. Regnskapsteknisk innebar dette at balanseverdiene ble redusert, og for å synliggjøre det noe spesielle i situasjonen ble dette teknisk håndtert ved at beløpet ble ført mot et såkalt ”strukturfond”.

På tross av sterk motstand i bl.a. revisormiljøene holdt departementet fast på at verdsettingen burde gjenspeile bevilgningsnivået. For å få dette til å gå opp foreslo man derfor i Ot.prp. nr. 56 (2004-05) en forskriftsendring som ville føre til at man, også ved å følge regnskapslovens prinsipper, ville ende opp med en årlig avskrivning på 3 mrd. kroner<sup>25</sup>. Forslaget møtte unison motstand i så godt som alle høringsinstanser, og ble også avvist av Stortinget. Dersom man ønsket å styre

---

<sup>24</sup> Siden beløpet ikke var øremerket investeringer er det noe upresist å betegne dette som ”tilskudd til investeringer”. Noe av poenget med reformen var jo også at helseforetakene selv skulle veie bruk av kapital mot andre innsatsfaktorer.

<sup>25</sup> Vi går ikke inn i de tekniske detaljene her, men forlenget levetid var ett av elementene.



helseforetakene mot budsjettbalanse var man derfor henvist til å fortsatt å operere med et ”korrigert” resultat.

I budsjettframlegget for 2007 – vi er nå kommet til det sjette driftsåret etter reformen – varsler departementet at man ikke lenger vil operere med to typer resultater. Heretter skal helseforetakene styres etter regnskapsmessig resultat, og styringsmålet for 2007 settes til et underskudd på 1,4 mrd. kroner. Samtidig varsles for perioden 2008-2010 en treårig opptrapping av investeringstilskuddet med til sammen 1 mrd., noe som vil medføre at helseforetakene da vil settes i stand til å dekke 80 % av de regnskapsførte avskrivingskostnadene.

### *2.1.2 Perioden etter 2008*

I budsjettproposisjonen for 2008 foreslår departementet nå å øke tilskuddet som skal dekke avskrivingskostnader med 1,67 mrd. kroner. Dette innebærer en ytterligere styrking i forhold til den ene milliard som ble varslet i 2007, og beløpet ble også bevilget over ett år. Med dette hadde man fra staten nådd et nivå på tilskuddene til å dekke avskrivninger på 5,3 mrd. kroner og man var dermed fra driftsåret 2008 for første gang i en situasjon hvor tilskuddet til de regionale helseforetakene dekket avskrivingskostnadene på den utstys- og eiendomsmassen de hadde ved etablering av helseforetakene i 2002.

Fremdeles var det imidlertid regionale variasjoner i både beholdning og alder på bygninger og utstyr. Noen RHF hadde en forholdsmessig større andel nye bygg enn andre. For å korrigere disse regionale forskjellene ble det ved innføring av ny prinsipper for fordeling av inntekter mellom de regionale helseforetakene (NOU 2008:2) fra driftsåret 2009 lagt inn en regional utjevningsmekanisme som i løpet av en 20 års periode skulle utjevne forskjellene i nivå på realkapitalen i de fire regionale helseforetakene.

### *2.1.3 Finansiering av investeringer gjennom tilskudd*

Når helseforetakene gjøres økonomisk ansvarlig for sine investeringer gir det altså to utfordringer. De må ha likviditet til å dekke utgiftene knyttet til investeringen, og de må ha økonomi til å håndtere de framtidige kostnadene som investeringene fører med seg.

De første årene etter reformen var det imidlertid fremdeles deler av investeringskostnadene som ble finansiert gjennom direkte statlige tilskudd. Eksempler på dette er St Olavs Hospital i Trondheim og Akershus Universitetssykehus. I noen grad var dette prosjekter som var planlagt og igangsatt under fylkeskommunalt eierskap, og som dermed delvis ble fullført med den form for tilskudds finansiering som da var gjeldene modell. Fra 2011 er det ikke utbetalt direkte tilskudd til investeringsformål.

Fra 2002 fram til 2007 ble statlige investeringslån til sykehus ført ”under streken” på statsbudsjettet. Dette innebar at disse lånene ikke inngikk i beregningen av oljekorrigert underskudd på statsbudsjettet, og dermed heller ikke hadde betydning for måling av statsbudsjettens over/underskudd. Fra og med 2008 føres investeringslån ”over streken”. Dette er mer enn en teknisk endring, og innebærer at sykehusinvesteringer nå i sterkere grad konkurrerer med andre typer offentlige investeringer om midler.

Fram til 2012 krevde staten en egenkapitaldekning fra helseforetakene på 50 % av investeringskostnaden for prosjekter over 500 millioner kroner. Denne ble så redusert til 30 %, samtidig som avdragstiden ble forlenget fra 20 til 25 år. Dermed ble helseforetakenes behov for å spare opp egne midler noe redusert.

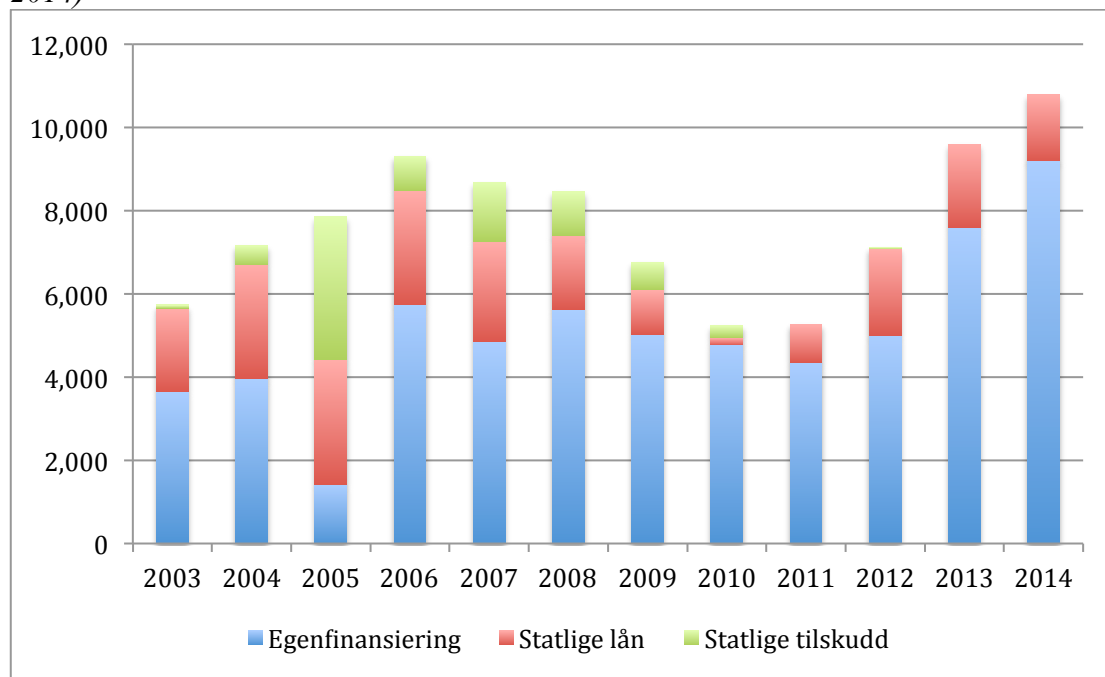
### 3. Økonomisk styring og investeringsnivå i helseforetakene

#### 3.1 Investeringsnivået

Helseforetakene har dermed to finansieringskilder for investeringer; statlige låneopptak og bruk av egenkapital. Når helseforetakene i henhold til regnskapsloven fører kostnader knyttet til kapitalslit i sine regnskaper er dette "ikke-betalbare" kostnader. Når man fra 2008 nådde et bevilgningsnivå som til fulle kompenserte for disse kostnadene innebar det dermed at helseforetakene samlet ble tilført en årlig likviditet i størrelsesorden 5,3 milliarder kroner. Et av argumentene for å la den opprinnelige verdsetningen av kapital bestemmes av bevilgningsnivået var at man ellers risikerte at helseforetakene benyttet de økte bevilgningene til å finansiere aktivitetsnivå som lå over det Stortinget baserte seg på i sine årlige bevilgninger. Man kunne, med andre ord risikere at midler utløst av et behov for å (re)investere ble benyttet til drift.

Figur 1 og tabell 1 viser det samlede investeringsvolumet i helseforetakene, og deres finansiering fra årene 2003 til 2014. I tabell 1 vises både brutto og netto (dvs. etter kapitalslit) investeringer. Figur 2 viser hvordan finansiering av investeringer fordeles på egenkapital, statlige investeringslån og tilskudd.

Figur 1: Samlede investeringer fordelt på finansieringskilde 2003-14. (Kilde Samdata 2014)



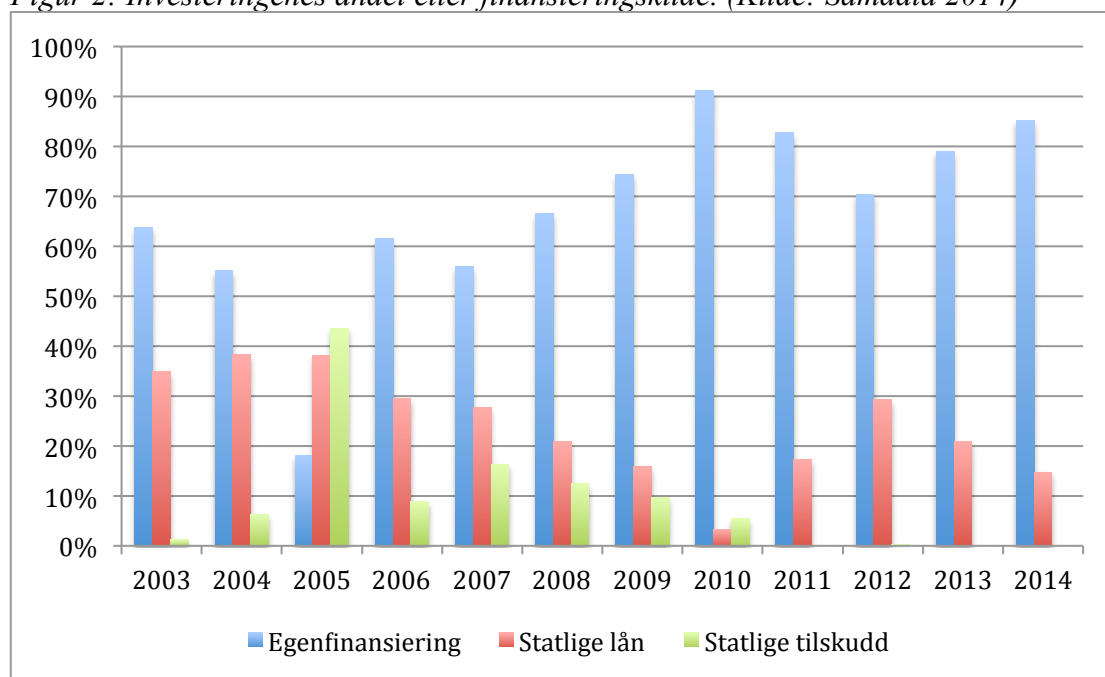
Tabell 1: Brutto og netto investeringer perioden 2003-2014. Millioner kroner. (Kilde: Samdata 2014)

	Egenfinansiering	Statlige lån	Statlige tilskudd	Brutto samlet	Netto
2003	3 661	2 000	74	5 735	-123
2004	3 958	2 750	456	7 164	2 056
2005	1 426	3 000	3 426	7 852	1 511
2006	5 737	2 750	828	9 315	1 407
2007	4 864	2 406	1 417	8 687	2 751
2008	5 630	1 770	1 059	8 459	2 778
2009	5 031	1 076	652	6 759	415
2010	4 778	175	288	5 241	-1 174
2011	4 360	912	0	5 272	-599
2012	5 010	2 082	23	7 115	1 181
2013	7 588	2 010	0	9 598	3 069
2014	9 200	1 592	0	10 792	4 523

Fra figurene 1 og 2 samt tabell 1 kan følgende gjøres gjeldene:

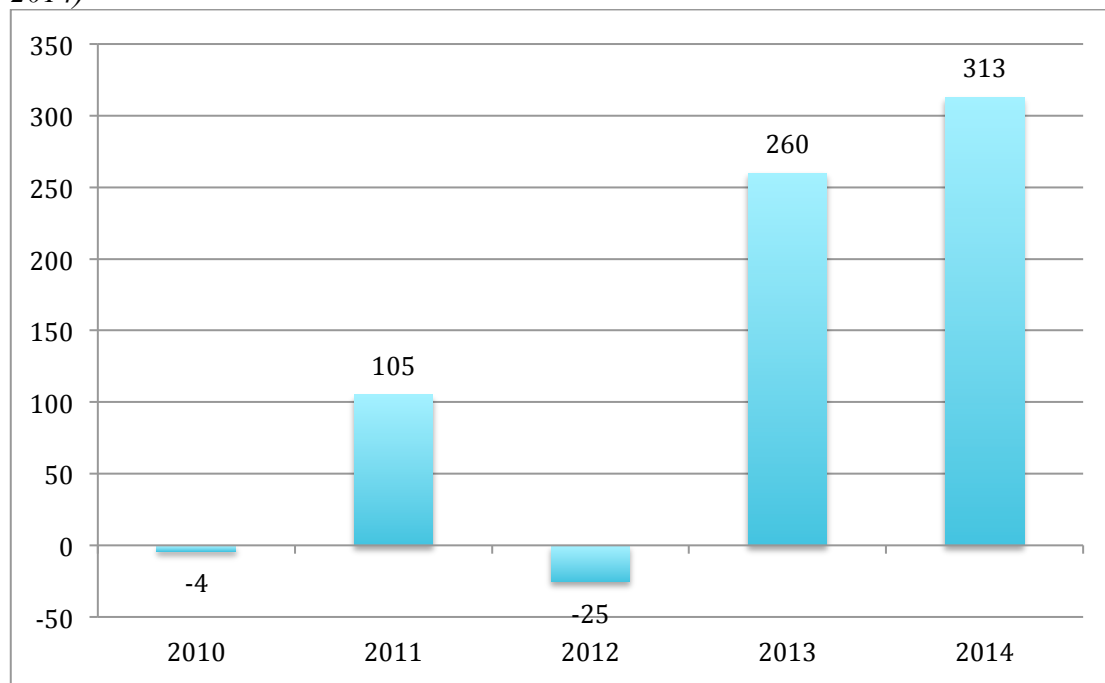
- De første årene etter reformen var investeringsnivået høyt, men det avtok markant fram mot 2009 og 2010. Etter 2010 har nivået på nytt økt.
- Det høye investeringsnivået de første årene var i noen grad knyttet til fullføring av større tilskuddsfinansierte prosjekter som St Olavs Hospital (fase 1) og Ahus.
- Statens bidrag gjennom de statlige lånerammene ble redusert fram til 2010, men har senere økt noe. Samtidig har tilskuddsfinansieringen opphørt, og vekst i investeringsnivået finansieres nå i all hovedsak av helseforetakene selv. Etter 2009 har mellom 70 og 90 % av investeringene være finansiert gjennom egenkapital.

Figur 2: Investeringenes andel etter finansieringskilde. (Kilde: Samdata 2014)



Analyser gjennomført av McKinsey (McKinsey, 2011) på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund og Legeforeningen viser at det er et særlig behov for investeringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU). Figur 3 viser netto endring i beholdningen av MTU i perioden 2010-14. Også her er det en markant økning i 2013 og 2014.

Figur 3: Netto investering i MTU 2010-2014. Millioner kroner. (Kilde: Samdata 2014)



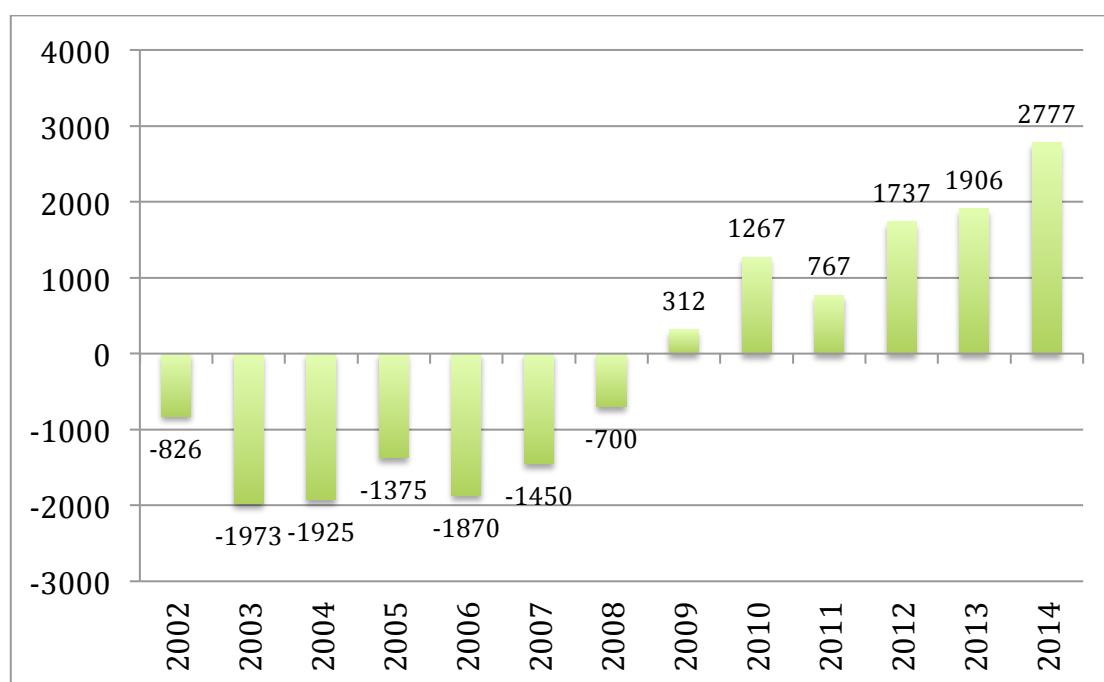
### 3.2 Økonomisk resultat og investeringsnivå

Samlede netto investeringer i perioden 2003-2014 er på om lag 17,8 mrd. kroner. Dels vil dette reflektere at det er vekst i sektoren, dels vil det reflektere at man ikke bare ønsker å erstatte eksisterende kapital, men i mange tilfeller også å oppgradere den. Allerede i 2007 påpekte Multiconsult et behov på 20-25 mrd. kroner for å løfte bygningsmassen til en akseptabel teknisk standard. Et investeringsnivå som innebærer noe mer enn kun å erstatte kapital betyr derfor at investeringer må prioriteres foran drift. Dette kan gjøres gjennom å benytte det som måtte komme av realvekst i bevilgninger til å finansiere et økt investeringsnivå, eller også gjennom å prioritere innenfor eksisterende rammer. I tråd med de krav som ligger i regnskapsloven vil det siste innebære at man driver med et regnskapsmessig overskudd.

Dette innebærer økt oppmerksomhet på det som gjerne, og sjelden i positive vendinger, omtales som "bunntinjen"<sup>26</sup>. Figur 5 viser utvikling i samlet resultat, målt mot statens styringskrav, etter innføring av helseforetaksreformen.

<sup>26</sup> Se for eksempel Hem (2013) eller Nakken (2015).

Figur 5. Økonomisk resultat målt mot statens styringskrav.



De første årene etter reformen var kjennetegnet av underskudd og hyppige tilleggsbevilgninger. Denne situasjonen varte fram til og med 2008. Fra 2009 har sektoren samlet drevet med overskudd. Det er imidlertid regionale variasjoner. Helse Midt Norge har drevet med overskudd siden 2008, Helse Vest og Helse Nord siden 2009, mens siste år med underskudd i Helse Sør Øst var i 2011. I dette bildet hører med, som redegjort for i kapittel 1, at Helse Vest, Helse Midt Norge og Helse Nord fra og med 2009 fikk en styrking av sine inntekter som en følge av omlegging av den regionale inntektsfordelingsmodellen (NOU 2008:2).

Ved siden av bedret statlig styring var også økt effektivitet gjennom en helhetlig planlegging av bruk av arbeidskraft og kapital et mål med helseforetaksreformen. Effektivitet og økonomisk resultat er to ulike størrelser, den første handler om utnyttelse av ressursene, det andre vil også påvirkes av størrelsen på aktiviteten. Man kan dermed godt ha en situasjon hvor produktiviteten øker, samtidig som sektoren drives med underskudd.

Analyser av produktivitetsutviklingen etter helseforetaksreformen antyder at reformen i de første årene førte til et produktivitetsløft på rundt 4-5 % (Kittelsen et al, 2007). Utviklingen i kostnadsnivå slik det presenteres i Samdata indikerer at det i perioden 2010-14 også har vært en tydelig produktivetsforbedring<sup>27</sup>. Denne typen analyser ser også kun på forholdet mellom ressursbruk og aktivitet form av utførte tjenester (behandlede pasienter). I den grad det i denne perioden også har skjedd en bedring i behandlingsresultat vil disse produktivetsmålene undervurdere den reelle produktivetsforbedringen.

<sup>27</sup> Foreløpig upubliserte analyser av Anthun, Kittelsen og Magnussen antyder en samlet produktivetsvekst i somatiske sykehus i perioden 1999-2014 på i overkant av 20 %.

De fleste helseforetakene budsjetterer i dag med overskudd på driften for å kunne finansiere framtidige investeringer. Samtidig stilles det gjennom de årlige budsjettokumentene forventninger om økt aktivitet i helseforetakene. For å få dette til å gå opp planlegges nye investeringer finansiert dels gjennom oppsparte midler og dels gjennom forventninger om effektivisering av drift. Slik effektivisering har både den konsekvens at det frigjør likviditet til selve finansieringen og at den reduserer behovet for midler til drift, og dermed gir helseforetakene mulighet til å håndtere framtidige kostnader som følger av investeringene.

Det kan gis mange eksempler på hvordan helseforetakene motiverer investeringsplaner med framtidig produktivitetsvekst. I Helse Sør Øst baseres planlegging av så vel Campus Oslo, nytt sykehus i Vestre Viken og nytt sykehus i Kristiansand på forventninger om framtidig effektivisering. Regnestykket for Campus Oslo, slik det presenteres i idéfaserapporten<sup>28</sup> er som følger: Perioden 2015-2018, årlig effektivisering på 1,5 % slik vedtatt av styret (sic). Forventet effektivisering som følge av drift i ny modell i nye bygninger, 4 %, med andre ord en samlet forventet effektivisering på 10 %. I Helse Midt Norge har man i behandling av langsiktig investeringsplan<sup>29</sup> lagt inn en forutsetning om at alle helseforetakene kan realisere en gjennomsnittlig årlig effektivisering i perioden på mer en 1 %. Dette er i utgangspunktet ikke et stort tall, men innebærer allikevel at St Olavs Hospital forutsettes å øke sitt overskudd fra 210 millioner i 2016 til 623 millioner i 2021. Helse Møre og Romsdal forutsettes å øke sitt overskudd fra – 15 millioner i 2016 til 273 millioner i 2021.

Samlet planlegger RHF-ene med en betydelig økning i overskudd de nærmeste årene. Særlig gjelder dette Helse Sør-Øst og Helse Midt Norge.

*Tabell 2. Planlagte overskudd perioden 2016-2019. (Kilde Nasjonal Helse og sykehusplan)*

	2016	2017	2018	2019
Helse Sør-Øst	746	1 075	1 375	1 516
Helse Vest	357	439	458	473
Helse Midt-Norge	314	459	633	887
Helse Nord	496	446	430	350
Sum	1 913	2 419	2 896	3 226

Eksemplet fra Helse Midt Norge illustrerer hvordan at de regionale helseforetakenes investeringsplaner i all hovedsak hviler på at man er i stand til å bygge opp egenkapital. Av et planlagt samlet investeringsbeløp på om lag 11,2 mrd. i perioden 2016-21 i Helse Midt Norge forutsettes kun vel 20 % dekket gjennom byggelån fra Helse og Omsorgsdepartementet.

<sup>28</sup> [http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kommunikasjonsavdelingen/20140619\\_Rapport\\_v1\\_0-MASTER-liten-filstoerelse%5B1%5D.pdf](http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kommunikasjonsavdelingen/20140619_Rapport_v1_0-MASTER-liten-filstoerelse%5B1%5D.pdf)

<sup>29</sup> Styresak 58/15

Det kan (og bør) stilles spørsmål ved realismen i denne type anslag. De illustrerer imidlertid at helseforetakene i stor grad motiverer investeringer gjennom muligheter for effektivisering av driften. Som kort diskutert over kan det også tenkes investeringer som er kostnadsnøytrale i den forstand at de "bare" bedrer kvaliteten på bygninger og utstyr, eller til og med også er kostnadsdrivende gjennom å kreve høyere driftskostnader. Med det etterslepet som er dokumentert på så vel bygninger som MTU er det ikke urimelig å anta at deler av investeringene som foretas primært vil dreie seg om å bedre kvaliteten på kapitalen, og ikke nødvendigvis gi en mer kostnadseffektiv drift.

#### 4. Finansiering av investeringer i noen andre land<sup>30</sup>

Ser vi på andre land finner vi, som på andre områder, en variasjon i finansiering av investeringer. I *Sverige* ligger ansvaret hos fylkene (länene). Det har siden 1980 tallet vært lav investeringsaktivitet i den svenske spesialisthelsetjenesten. Nya Karolinska sykehus, som er de siste års største prosjekt, er finansiert som et offentlig-privat samarbeid, og er omstridt. I *Danmark* ligger finansieringsansvaret for investeringer hos regionene. Her har man imidlertid i tillegg gjennomført en større oppgradering gjennom en nasjonal investeringsplan, dels finansiert av staten og dels av regionene, og med en sentral, faglig utvelgelse av prosjekter. I *Finland* ligger ansvaret for finansiering av investeringer hos kommunene. Her er ingen særskilt statlig finansiering av sykehusbygg.

Går vi utenfor Norden finner vi i *England* et system som har fellestrekk med vårt. Her bestemmes og finansieres investeringer lokalt, og kostnadene bæres av sykehusene. Det er imidlertid også adgang til lån fra private låneopptak, men det er en regulering av hvor store lån hvert enkelt foretak kan ta opp. Grensen baseres på en vurdering av foretakets evne til å håndtere lånene. Et annet eksempel på land som har benyttet statlige finansieringspakker finner vi i *Frankrike*. Her finansieres investeringer dels gjennom løpende inntekter, dels gjennom egne investeringsprogram. De siste 15 årene er to større nasjonale investeringsprogram lansert; (Plan Hôpital 2007, Plan Hôpital 2012). Begge var en kombinasjon av direkte investeringstilskudd og økte lånerammer til sykehusene. Til sist kan trekkes fram *Tyskland*, hvor ansvaret for investeringer formelt ligger hos de enkelte delstatene, mens finansiering av drift ligger hos forsikringsselskapene. Siden sykehusene selv er ansvarlig for å dekke de resulterende kapitalkostnadene må imidlertid investeringsbeslutningene vurderes i forhold til sektorens evne til å bære disse. I en situasjon med press på driftsøkonomien vil dette redusere delstatenes spillerom. Samtidig er det en betydelig andel av investeringene som skjer gjennom private aktører og gjennom bruk av akkumulerte overskudd i sykehus.

#### 5. Oppsummering og diskusjon

Det ble ved innføring av helseforetaksreformen gitt to begrunnelser for innføring av regnskapsloven:

---

<sup>30</sup> En informativ oversikt over hovedtrekkene i andre lands helessystem kan finnes hos The Commonwealth Fund:  
<http://international.commonwealthfund.org>

- Bedre mulighet for styring og kontroll
- Mer helhetlig planlegging av innsatsfaktorbruken

Man har, etter helseforetaksreformen, observert:

- Investeringsnivået i sektoren har jevnt over være høyere enn hva det var i perioden før helseforetaksreformen.
- Etter en nedgang i investeringene fram mot 2010 har investeringsnivået tatt seg opp de siste årene.
- Det er fremdeles et betydelig etterslep. Samtidig er kapitalandelen på veg ned, investeringsnivået holder dermed ikke takt med den generelle kapasitetsøkningen.
- Helseforetakene velger bevisst å budsjettere med overskudd for dermed å sette av midler for å finansiere framtidige investeringer.
- Økt produktivitet i spesialisthelsetjenesten bidrar til at framtidige investeringer kan finansieres med mindre konsekvenser for dagens aktivitetsnivå.
- Det er regionale variasjoner både mht. beholdning av kapital og i hvilken grad man benytter overskudd til å finansiere framtidige investeringer.

Det tok staten seks år før en finansiering av de avskrivingskostnadene var på plass. Samtidig har flytting av investeringslån ”over streken” i statsbudsjettene gjort konkurransen om offentlig finansiering av infrastruktur hardere. Dette er dels motvirket gjennom en reduksjon av egenkapitalkravet og lengre avdragstid på statlige investeringslån. En produktivitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten har også bidratt til å frigjøre midler både til finansiering av investeringer og til å dekke de økte kapitalkostnadene som følger av dette.

Den kritikken som framføres mot dagens modell inneholder i hovedsak to elementer:

For de første framheves behov for et investeringsløft. Investeringsnivået vurderes dermed å være for lavt. Det synes ikke å være reell uenighet om virkelighetsbeskrivelsen; det *er* åpenbare behov for investeringer både i bygninger og i medisinsk teknisk utstyr. I Nasjonal helse og sykehusplan anslås et «teknisk og bygningsmessig oppgraderingsbehov» på om lag 35-45 mrd. kroner. McKinsey (2013) anslår i sin rapport for Legeforeningen fra 2013 et investeringsbehov i bygg de neste 10 årene på omlag 65 mrd. kroner.

For det andre framheves det som er problem at det er for mye fokus på økonomi på bekostning av fag og kvalitet. Med de kravene til egenkapital som stilles i dag er helseforetakene i praksis tvunget til å budsjettere med overskudd for å kunne skaffe likviditet til framtidige finansieringer. I tillegg vil effektivisering gjerne være en forutsetning for å kunne bære framtidige økte avskrivingskostnader (og rentekostnader). ”Fokus på økonomi” i kan i denne sammenhengen forstås som et kontinuerlig arbeide for å effektivisere. Dette er gunstig dersom det innebærer at ressurser frigjøres til annen pasientbehandling eller investeringer, men kan være problematisk dersom ”effektivisering” i virkeligheten gir seg utslag i lavere kvalitet eller en bevisst seleksjon av pasientgrupper som gir gode inntektsmuligheter. Her er imidlertid det relevante spørsmålet om en annen modell for styring og organisering vil gi mindre behov for å fokusere på økonomi, og i så fall om det videre vil gi et økt



investeringsnivå og/eller bedre utnytting av de ressurser som benyttes i pasientbehandlingen.

### 5.1 Mulige justeringer av dagens modell

Det etterslep som er på investerings siden er altså vel dokumentert og godt kjent. Helsesektoren er heller ikke unik i så måte, et anslag fra rådgivende ingeniørers forening antyder et investeringsbehov på 2600 milliarder kroner for å heve standard på offentlig infrastruktur som veger, jernbane, vannforsyningsanlegg, kloakk og bygninger<sup>31</sup>. Konkurransen mellom sektorer om offentlige investeringsmidler er derfor hard. Det er ikke umiddelbart noe som tilsier at en endring i dagens modell, hva enten det er å gå bort fra bruk av regnskapsloven, eller endre ansvarsforholdet mellom helseforetak, regionale helseforetak og stat *i seg selv vil føre til noen økning de offentlige rammene til investeringer.*

En endring av dagens modell kan allikevel motiveres ut fra ett av følgende forhold:

- En annen modell vil gi en bedre allokering av dagens totale rammer mellom *drift og investering*,
- En annen modell vil gi en bedre allokering av investeringsmidlene mellom *alternative investeringsprosjekter*.
- En annen modell vil gi en *sterkere direkte politisk styring av og en tilhørende økt legitimitet for investeringsbeslutningene*
- En annen modell gir lettere tilgang på kapital gjennom bruk av *private aktører*.

Med dette som bakgrunn kan vi dermed skissere endringer som vil ha ulik motivasjon, ulik utforming og potensielt ulik effekt. To av alternativene; avvikling av regnskapsloven og økt bruk av privat finansiering vil bryte fundamentalt med dagens prinsipper. To andre alternativer; en nasjonal investeringsplan og økte statlige lånerammer vil kunne gjennomføres innen dagens modell, men representere mindre justeringer.

#### 5.1.1 Avvikle bruk av regnskapsloven – tilskuddsfinansiering

Dersom regnskapsloven avvikles og sykehusenes regnskap kun omfatter driftskostnader vil den første umiddelbare konsekvensen være at et beløp tilsvarende avskrivings- og rentekostnader på dagens kapitalbeholdning må trekkes ut av sykehusenes budsjetter. Avskrivingskostnadene var i 2015 om lag 5,8 mrd. kroner.

Det vil videre måtte opprettes et system for prioritering mellom investeringer i så vel medisinsk teknisk utstyr som bygninger. Dette systemet kan gjøres nasjonalt, eller også innpasses i en regional tilskuddsmodell.

Det vil, i en tilskuddsmodell, være mindre motivasjon for sykehusene å drive vedlikehold av bygninger og utstyr. Det vil kunne være utydelig i hvilken grad et slikt vedlikehold er finansiert, og det trekke ressurser som ellers kunne brukes til drift. Sykehusene vil nå uansett ikke bære kostnadene ved verken bygningsmessige eller utstyrmessige investeringer.

---

<sup>31</sup> <http://www.tu.no/artikler/ingenior-forening-forfall-pa-2600-milliarder-i-norge/222671>

Den finansieringen av investeringer som i dag skjer ved at sykehusene budsjetterer med overskudd vil i utgangspunktet falle bort. Dersom staten ønsker å øke investeringsnivået ut over det som erstatter kapitalslit må det pålegges produktivitetskrav på sektoren, alternativt holdes tilbake midler tilsvarende de beløpene som det i dag budsjetteres med som overskudd.

Regnskapsteknisk vil ikke sykehusene lenger drive med overskudd. Det tilføres imidlertid ikke mer ressurser, det er dermed vanskelig å se at det skulle bli mindre ”fokus på økonomi”, og sektoren mister den fleksibiliteten det gir å selv kunne vurdere bruken av arbeidskraft og kapital samlet.

### *5.1.2 En nasjonal investeringsplan – sterkere sentralisering*

Beslutninger om investeringer er i dag sentralisert innen RHF-ene, og gjennom statlig godkjenning av større prosjekt også delvis nasjonalt. En ytterligere sentralisering av investeringsbeslutningene kan skje ved at samtlige investeringsprosjekter over en viss størrelse (det kan for eksempel avgrenses til nybygg) legges i en ”nasjonal pott”, og rangeres samlet på nasjonalt nivå. Regnskapslovens prinsipper kan fremdeles følges men likviditet til investeringsprosjekter kan hentes gjennom å låne fra alle, ikke bare RHF-ets egne helseforetak. For å sikre likviditet til lokale investeringer i MTU kan man velge å ikke frigjøre disse avskrivningene til lån mellom helseforetakene. En slik nasjonal investeringsplan kan også, slik man ser i Frankrike eller Danmark, ved behov suppleres med ekstra statlige tilskudd. Det er også mulig, men kanskje ikke hensiktsmessig, å la en felles nasjonal beslutning også omfatte medisinsk teknisk utstyr.

Fordeler vil kunne være:

- Lettere tilgang på likviditet for de prioriterte prosjektene.
- Investeringer i tråd med nasjonale prioriteringer.
- (Muligens) lettere tilgang på statlig kapital når investeringene er en del av en nasjonal plan.

Ulemper vil kunne være:

- Mindre motivasjon for foretakene til å drive effektiviseringsarbeid når de i mindre grad selv kan prioritere investeringer. Som en følge av dette lavere produktivitetsvekst.
- Kan gi uønskede økte regionale forskjeller i beholdning av kapital, og dermed både kapasitet og kvalitet på bygninger og utstyr.

### *5.1.3 Økt bruk av privat finansiering*

Tilgangen på likviditet kan bli større dersom man åpner for bruk av private aktører i finansiering av investeringer. Dette kan skje gjennom å gi foretakene adgang til å oppta lån på det private marked, eller ved å åpne for offentlig-privat finansiering (OPF).

Begrunnelsen for å at helseforetakene ikke kan ta opp lån i privat sektor har vært den økonomiske risikoen som vil være forbundet med for store låneopptak. Det er nå imidlertid åpnet for bruk av finansiell leasing for utstyr, med en øvre ramme på 100 millioner pr avtale. Dette gir i prinsippet samme tilgang på finansiering som private låneopptak.

En ordning med offentlig-privat finansiering har vært benyttet i Sverige ved finansiering av Nye Karolinska, og i større omfang i England. Erfaringene er i mindre grad positive<sup>32</sup>. Kostnaden ved denne formen for finansiering av investeringer er, blant annet på grunn av høyere renter på private lån, jevnt over høyere enn ved offentlig finansiering.

Fordeler vil kunne være:

- Kan gi tilgang på lånekapital ut over de statlige lånerammene

Ulemper vil kunne være:

- Investeringene blir dyrere pga. de private vil ha en høyere risikopremie på sin kapital enn hva tilfelle er i offentlig sektor.

#### *5.1.4 Økte statlige lånerammer*

Økte statlige lånerammer vil ha den effekten at det letter tilgangen på likviditet, og det kan dermed også lette presset på driftsøkonomien ved at helseforetakene kan slippe å spare opp så stor egenkapital. Det vil imidlertid ikke ha noen konsekvenser for den langsiktige avveiningen mellom bruk av arbeidskraft og kapital; kostnadene knyttet til investeringene vil være de samme.

Fordeler vil kunne være:

- Bedrer tilgangen på likviditet
- Reduserer fokus på overskudd (som grunnlag for sparing)

Ulemper:

- Kan være lite realistisk fordi investeringsprosjektene fremdeles konkurrerer med andre statlige formål.

## **5.2 Oppsummering**

I dag er investeringsnivået i spesialisthelsetjenesten et resultat av de prioriteringer som gjøres mellom drift og investeringer i de fire regionale helseforetakene, med de begrensninger som gis av tilgangen på likviditet gjennom statlige låneordninger. Det er vanskelig å se at en avvikling av regnskapsloven skulle øke den samlede offentlige betalingsvilligheten for spesialisthelsetjenester. Argumentet for en reversering av regnskapsloven må dermed være knyttet enten til at det ikke er formålstjenlig å la helseforetakene gjøre avveininger mellom bruk av arbeidskraft og kapital, eller at de insentivene dette gir til effektivisering av driften får uheldige konsekvenser for kvaliteten på pasientbehandlingen.

Dersom man mener at avveiningene mellom bruk av kapital og arbeidskraft bør gjøres utenfor sykehusene vil det være naturlig å løfte dette inn et (regionalt eller nasjonalt) organ med oppgave å bestemme både størrelsen på investeringsbeløpet og prioriteringen mellom prosjekter. I praksis vil dette innebære en todeling av bevilgningene i én del til investeringer og én del til drift. En mindre drastisk modell vil være å skille mellom investeringer i MTU og i nye bygg. Førstnevnte kunne fremdeles være et ansvar for helseforetakene, mens de langt tyngre investeringene i

---

<sup>32</sup> Det er en stor litteratur som diskuterer "private financing initiatives" i den engelske helsetjenesten. Vi går ikke i detalj inn på denne her. Hellowell (2015) kan være et utgangspunkt for den som er interessert.

bygg ville følge en nasjonal investeringsplan. Prinsippene i regnskapsloven kan da fremdeles benyttes, helseforetakene vil fremdeles kunne motivere effektiviseringstiltak med økt rom for investeringer, mens man kunne tenke seg at planlegging og utvikling av større investeringsprosjekter kunne gjennomføres mindre fragmentert og dermed mer kostnadseffektivt enn i dag. I siste instans vil dette også være en vurdering av desentraliserte kontra sentraliserte beslutninger, jfr. diskusjonen av modeller i kapittel 6.

### **Referanser:**

Hellowell, M (2015). "Borrowing to save: can NHS bodies ease financial pressures by terminating PFI contracts?." *BMJ* (2015) 351.

Hem E (2013): Vi blir fornøyd til slutt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133:5

Kittelsen, SAC, J Magnussen, and K S. Anthun (2007). *Sykehusproduktivitet etter statlig overtakelse: En nordisk komparativ analyse*. No. 2007: 1. Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram

Jensen B og N N Monsen (2009): Regnskap i stat og kommuner. Høgskolen i Hedmark Rapport no 7 2009

McKinsey & Company (2011): Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge. [https://www.nsf.no/Content/598840/Investeringer\\_i\\_spesialisthelsetjenesten\\_i\\_Norge\\_pdf.PDF](https://www.nsf.no/Content/598840/Investeringer_i_spesialisthelsetjenesten_i_Norge_pdf.PDF)

McKinsey & Company (2013): Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge. <https://legeforeningen.no/PageFiles/152892/McKinsey-II-2013-Investeringer%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf>

Nakken K O (2015): Om bunnlinjer og pasientavtaler *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135:1164

NOU 2003:6 Hva koster det? Bedre budsjett og regnskapsføring i Staten

NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

NOU 2015:14 Bedre beslutningsgrunnlag – bedre styring. Budsjett og regnskapsprinsipper i Staten

Olsen T H (2003): Regnskap i offentlig sektor. Internasjonal utvikling. *Magma* no.6 2003

Olsen TH og T Hernes (2001): Fra kontantprinsipp og anordningsprinsipp til regnskapsloven. *Magma* no.6 2001.

Ot. Prp. nr. 66 (2000-01): Om lov om helseforetak m.m.

Ot. Prp. nr. 56 (2004-05): Om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

## **Kapittel 6: Organisasjonsmodeller for spesialisthelsetjenesten**

Jon Magnussen  
Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet

Karsten Vrangbæk  
Københavns Universitet

Jan Frich  
Universitetet i Oslo

Pål Martinussen  
Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet

## 1. Innledning

I dette avsluttende kapitlet beskrives alternative modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge. I avsnitt 2 diskuteres først ulike prinsipielle tilnærminger til organisering av spesialisthelsetjenesten. Dernext presenteres, i avsnitt 3, fire konkrete modeller for organisering. Disse modellene vurderes så, i avsnitt 4, kort de ulike modellene mot kriteriene for effektiv styring og virksomhetsledelse<sup>33</sup> som ble beskrevet i kapittel 3, foran.

Før de enkelte modeller presenteres er det også et poeng å reflektere over forskjellen mellom beslutninger som det er naturlig/ønskelig å betrakte som en del av den ordinære politiske styringen av sektoren og beslutninger som det er naturlig/ønskelig å betrakte som faglig-administrative. Dimensjonene sentral-desentral og politikk-forvaltning/uavhengig driftsorganisasjon kan kombineres og dermed danne distinkte modeller med hver sine fordeler og ulemper i forhold til effektiv styring.

Diskusjonen om foretaksmodellen er i stor grad en diskusjon om tilknytningsform mellom sykehus og stat. Som kort diskutert i kapittel 1 vil det være andre virkemidler i den politiske styringen av sektoren som også vil ha betydning for praksisutøvelsen. Disse vil ikke nødvendigvis endres selv om man avviker foretaksmodellen og endrer sykehusenes tilknytningsform, og vil blant annet omfatte:

- Overordnede politiske prioriteringer slik de manifesteres i samlet ressurstilgang.
- Lover og forskrifter, slik som for eksempel lov om pasientrettigheter, helsepersonelloven etc.
- Finansieringsmodeller slik som innsatsstyrt finansiering (ISF).

Det er viktig å presisere at selv om effektiv styring er viktig, vil det ikke i seg selv løse problemer som kan oppstå som følge av ressursmangel, spesifikk politikktutforming eller andre forhold som ikke er betinget av valgt organisasjonsmodell.

Diskusjonen av alternative modeller tar sitt utgangspunkt i den arbeidsdelingen som i dag eksisterer mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Samtidig peker de fleste utviklingstrekk i retning av en helsetjeneste hvor brukerne i enda større grad enn nå *samtidig* vil være brukere av så vel spesialisthelsetjenester, primærhelsetjenester, omsorgstjenester og til en viss grad sosialtjenester. Det vil derfor være naturlig å ta hensyn til et stadig sterkere behov for *integrerte* tjenester, også i en diskusjon av organisering av spesialisthelsetjenesten. Det har ikke vært rom for dette i dette kapitlet.

## 2. Prinsipper for organisering

I dette kapitlet drøftes tre forhold: *For det første* forskjellen på en styringsmodell basert på foretak og en modell hvor spesialisthelsetjenesten er en del av forvaltningen. *For det andre* ulike utforminger av et prinsipp om regionalisering. *For det tredje* antall selvstendige, i betydning egne styrer, nivå. Vi diskuterer i liten grad hva som vil

---

<sup>33</sup> Fornorsking av de engeske uttrykket "governance".

være det riktige/ønskelige *antallet* regioner, foretak eller sykehus. Dette er et spørsmål som dels er knyttet til hva som vil kunne betraktes som naturlige geografisk avgrensede områder, forholdet mellom størrelse på sykehus og kvalitet på og tilgjengelighet til pasientbehandlingen, og forholdet mellom størrelse på sykehus og kostnader knyttet til drift. For ingen av disse finnes det noe enkelt fasitsvar. Det kan allikevel anføres at man på basis av eksisterende litteratur generelt har vanskelig for å etablere sterke argumenter for at det er vesentlige stordriftsfordeler i spesialisthelsetjenesten. Unntaket er en veldokumentert sammenheng mellom volum og kvalitet for en del høyspesialiserte tjenester, hvor det uansett synes å være liten faglig uenighet om at en sentralisering er nødvendig også i Norge. Når vi senere skal presentere alternative modeller vil vi derfor legge til grunn at det er mulig å øke både antall regioner/regionale helseforetak og antall helseforetak uten at dette får negative konsekvenser verken for kvalitet eller effektivitet.

## **2.1 Foretak eller forvaltning**

Betrakt fire alternative prinsipper for den overordnede statlige styringen:

I: Forvaltningsstyring direkte fra departementet

II: Forvaltningsstyring gjennom et eget direktorat

(III: Forvaltningsstyring delegert til et lavere politisk nivå, eksempelvis nye regioner)

IV: Foretaksstyring etter samme prinsipper som i dag

Velger man forvaltningsstyring går det dermed et skille mellom de tre alternativene ”departement”, ”direktorat” eller ”underliggende politisk nivå”. Med dagens struktur ville det siste på kort sikt innebære en retur til fylkeskommunalt eierskap, på lengre sikt kunne man tenke seg færre og større fylker og en tilhørende regionalisering. Dette diskuteres nærmere i kapittel 3, foran. Modellen anses ikke å være et realistisk alternativ i dag, og diskuteres derfor ikke videre i dette kapitlet. Det er imidlertid grunn til å bruke litt tid på å reflektere litt over forskjellene på en styring direkte fra et departement og en modell med et direktorat.

### *2.1.1 Departement eller direktorat*

Forvaltningsstyring kan skje direkte fra departementet, for eksempel gjennom dagens eieravdeling, eller også gjennom oppretting av et eget direktorat. Et direktorat er et statlig, landsdekkende forvaltningsorgan med myndighetsoppgaver. I denne sammenhengen vil direktoratet dermed ha en politikkgjennomførende rolle. I det ligger det både iverksetting av endringer og løpende forvaltning. Ved å velge et direktorat oppretter man et ekstra mellomledd mellom departementsnivået og det operative nivået. Direktoratet kan organiseres med eller uten det vi kaller «ytre apparater». Regionskontor vil være eksempel på slike «ytre apparater».

Fordelen med en direktorats-modell er at den rendyrker departementets primæroppgave, som er å betjene statsråden. Dersom departementet i tillegg skulle ha tunge oppgaver knyttet til politikkgjennomføring kunne dette resultere i dårligere kvalitet både på primæroppgaven og på politikkkutforming. Gjennom å delegerer denne til en underliggende etat er argumentet at man både kan sikre tilstrekkelig lederoppmerksomhet, faglighet og kapasitet.

Ulempen med en direktorats-modell vil kunne være økt avstand fra de utførende enhetene til politisk nivå. Det er også en betydelig bekymring for at faren for



byråkratisering er større i en direktorats-modell enn i en modell hvor departementet styrer direkte (men fremdeles gjerne gjennom «ytre apparater» som regionskontor). Det påpekes også at en direktorats-modell stiller sterke krav til åpenhet for innspill og kritikk nedenfra (og utenfra) som et supplement til den demokratiske kontrollen som vil skje ovenfra.<sup>34</sup>

### 2.1.2 Forvaltning eller foretak

I grove trekk kan forskjellen på en forvaltnings- og en foretaksmodell beskrives slik:

<p><b>Forvaltningsorganer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En del av staten som juridisk person</li> <li>- Inntekter følger av Stortingets bevilgningsvedtak</li> <li>- Kongen i statsråd (Regjeringen) har instruksjonsmyndighet i alle saker</li> <li>- Nettobudsjettet</li> </ul> <p><b>Foretak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selvstendige juridiske personer</li> <li>- Selvstendig økonomi</li> <li>- Forholdet mellom staten og selskapet er lovregulert</li> <li>- Egne styringsorganer (eks: foretaksmøtet)</li> <li>- Følger regnskapslovens bestemmelser</li> </ul>
--

Forskjellene i *styringsprinsipper* mellom disse to modellene kan beskrives slik<sup>35</sup>:

<b>Forvaltning</b>	<b>Foretak</b>
Delegasjon til underliggende forvaltningsorganer (departement/direktorat).	Delegasjon av beslutningsmyndighet til et styre
Beslutninger treffes ut fra veldefinerte kriterier eller direktiver.	Styret gis handlefrihet til å organisere og drive virksomheten for å nå fastsatte mål
Statsråden holdes direkte og ubegrenset ansvarlig for graden av resultatoppnåelse.	Styret holdes ansvarlig for måloppnåelse. Statsrådets politiske ansvar begrenses.
Etatsstyring utføres fleksibelt og uten spesielle formkrav	Eierstyring utøves gjennom foretaksmøter.

Det er dermed vesentlige forskjeller mellom disse to måtene å organisere helsetjenesten på, både i grad av *politisk ansvarliggjøring*, muligheter for løpende *politisk styring*, og i *formen og fleksibiliteten* i styringen. Det behøver ikke være forskjeller mellom de to modellene i *hva* det styres på. Det er dermed også i en forvaltningsmodell fullt mulig å basere seg på utstrakt bruk av mål- og resultatstyring.

Om den løpende styringen skjer gjennom et (fag)direktorat eller en foretaksledelse vil det videre stilles samme krav til styringens faglige innhold, dens forankring i

<sup>34</sup> DIFI: <https://www.difi.no/sites/difino/files/19.11.-kl.-09.20.-dag-solumsmoen.pdf>

<sup>35</sup> Tilpasset fra Rattsø & Sørensen (2011)

helsepolitiske og samfunnspolitiske mål, graden av transparens, og dens legitimitet både i de utøvende virksomheter og hos befolkningen.

### 2.1.3 *Diskusjon*

Det er ikke denne rapportens ambisjon å konkludere i forhold til valg av modell. I avveiningen mellom en forvaltnings- eller en foretaksorganisering kan allikevel noen overordnede problemstillinger stilles opp:

- Tror man eier og virksomhetsstyringen blir bedre dersom man gjennom en forvaltningsmodell både styrker statsrådets (reelle) ansvar og åpner for en mer løpende politisk styring på enkeltsaker?
- Tror man legitimiteten for de beslutninger som fattes øker blant helsetjenestens ansatte dersom de utgår fra departementet og/eller et fagdirektorat enn fra et foretaksstyre?
- Tror man prosessene fram til beslutninger blir bedre, i den forstand at de blir mer transparente, og i større grad reflekterer befolkningens preferanser i en forvaltningsmodell enn i en foretaksmodell?

## **2.2 Sentralstyring eller regionalisering**

Gitt beslutning om forvaltning vs. foretak ”på øverste nivå” er det neste spørsmålet i hvilken grad man ønsker en desentralisering av (deler av) beslutningsmyndigheten, og hvordan en slik desentralisering praktisk skal gis uttrykk i form av organisasjonsform, geografisk inndeling, antall underliggende nivå og antall enheter på hvert nivå. Regionaliseringsprinsippet har lang tradisjon i norsk helsetjenestene. En viktig motivasjon handler om å sikre en lik fordeling av tjenester ut over hele landet. Dette er for eksempel reflektert i et ønske om at hver region skal ha sitt eget universitetssykehus. Samtidig handler regionalisering også om koordinering innen avgrensede geografiske områder. Slik koordinering kunne i prinsippet også gjøres sentralt, regionalisering handler i denne sammenheng om å flytte beslutningsmyndigheten nærmere befolkningen.

Avhengig av om man velger foretak eller forvaltningsorganisering vil dette dermed bli valg mellom:

- Sentralt direktorat vs. direktorat med regionale kontor
- Sentral eieravdeling vs. eieravdeling med regionale kontor
- Nasjonalt foretak vs. regionale foretak (dagens modell)

I dette notatet spesifiseres altså ikke hvor mange regionale enheter det kan/bør være. Vi legger allikevel til grunn at antall enheter i en regionalisert modell kan være større enn dagens fire. Dette kan begrunnes både i et ønske om mer lik størrelse på de regionale enhetene og på behovet for å holde kontrollspennet på et rimelig nivå.

Vi skisserte over to forvaltningsmodeller; en hvor departementet styrer direkte, for eksempel gjennom en eieravdeling, og en hvor departementet styrer via et underliggende direktorat. Direktorats-modellen har den fordel at den bedre svarer ut arbeidsdelingen mellom den delen av forvaltningen som støtter opp under statsrådets politiske arbeid og den delen som i større grad utfører faglige oppgaver. Slik sett vil

et direktorat kunne ivareta mye av den faglige frikoblingen som også ligger i foretaksmodellen, men samtidig ha en mer direkte styringslinje og i sterkere grad ansvarliggjøre det politiske nivået.

Samtidig innebærer direktorats-modellen innføring av ett ekstra ledd, og stiller sterke krav at direktoratet evner å ivareta både demokratisk og faglig legitimitet. I en velfungerende direktorats-modell vil direktoratet fungere som en naturlig kobling mellom det politikkutformende departementet og tjenestutøverne. I en dårlig fungerende direktorats-modell er faren at direktoratet blir en administrativ omveg. Vi diskuterer ikke dette videre her, men beskriver i det videre to alternative tilnærminger til en regionalisering; en direktorats/departements-modell og en foretaksmodell. I avveiningen mellom dem er det ikke imidlertid ikke vesentlig om man velger ”direktorat” eller ”departement”.

Foretaksmodellen delegerer sørge-for ansvaret til de regionale foretakene. Lov om helseforetak presiserer at større beslutninger skal forelegges eier for godkjenning, men i praksis har RHF-ene vide fullmakter og tilhørende stor påvirkning på utforming av helsetjenesten i sin region.

I en direktorats-modell er det naturlig at beslutninger som vedrører drift og mindre investeringer legges til de lokale helseforetakene/sykehusene. Samtidig vil beslutninger som i dag krever koordinering mellom RHF-ene (eks inntektsfordeling innen RHF-ene) kunne flyttes sentralt. De regionale kontorene sin oppgave vil dermed i hovedsak være struktur og funksjonsfordeling innen regionen, regional samordning av forskning og undervisning samt andre regionale koordineringsoppgaver. Av disse vil særlig saker knyttet til struktur og funksjonsfordeling ha politisk relevans. En mulighet for å styrke legitimiteten til regionale direktorats-kontor er derfor å opprette *regionale råd* med representasjon fra de regionalpolitiske organer som ligger innen regionens opptaksområde. Disse rådene vil kunne spille samme rolle som dagens styrer mht. krav om framleggelse av saker, men uten å ha beslutningsmyndighet. De vil dermed i primært ha en legitimerende rolle.

En modell med ett nasjonalt helseforetak vil være en parallell til en modell med et sentralt direktorat med underliggende enheter organisert som foretak. Den vesentlige forskjellen vil ligge i en større administrativ frikobling fra politisk styring i en foretaksmodell.

### **2.3 Antall nivå: Skal sykehusene organiseres som foretak?**

Det tredje spørsmålet er knyttet til om man skal velge en foretaksorganisering også under det nasjonale eller regionale nivået. Følger vi inndelingen over vil dette gi følgende muligheter:

- Sentralt eller regionalt direktorat/departement som utøver eierstyring av statseide foretak
- Sentralt eller regionalt direktorat/departement som utøver forvaltningsstyring av sykehus
  
- Nasjonalt eller regionale foretak som utøver eierstyring av egne foretak
- Nasjonalt eller regionale foretak med underliggende sykehus uten egne styrer

### 3. Alternative modeller

Dagens modell innebærer altså en organisering i

- 4 Regionale helseforetak
- 20 helseforetak som driver pasientbehandling
- 51 underliggende sykehus med akuttsykehusfunksjoner<sup>36</sup>

I tillegg er noen oppgaver, som for eksempel planlegging av sykehusbygg organisert i et eget helseforetak som er eid i fellesskap av de fire regionale helseforetakene. Innen noen RHF er det også valgt en foretaksorganisering på støttefunksjoner som for eksempel innkjøp, apotek og IT. Vi velger å bruke ”helseforetak” for å beskrive foretakene som driver pasientbehandling, og vil i det videre ikke gå inn på organisering av støttefunksjoner.

Det formelle ansvaret til hvert av nivåene følger av lovgiving og vedtekter. Det vil imidlertid være tolkningsmuligheter i forhold til hvilket nivå som i praksis fatter hvilke beslutninger. Et eksempel kan være beslutning om lokalisering av nytt sykehus i Møre og Romsdal. Her ble endelig beslutning, slik loven foreskriver, fattet i foretaksmøtet. Det har imidlertid både undervegs og i ettertid vært en betydelig diskusjon om hvilke aktører som har vært premissleverandører for denne beslutningen, i hvilken rekkefølge de ulike nivå har behandlet saken, og dermed også hvor den reelt sett er fattet. I dagens modell kan vi (i grove trekk) beskrive fordeling av (reell) beslutningsmyndighet mellom de ulike aktørene og nivåene som følger. Beskrivelsen bygger også på den distinksjonen som gjøres i kapittel 3 mellom politiske og teknisk/administrative beslutninger.

#### Nasjonale beslutninger

De samlede økonomiske rammene	Politisk
Føringer for fordeling av rammene mellom funksjoner	Politisk
Fordeling av rammene mellom Regionale Helseforetak	Politisk, men basert på teknisk/faglig input
Føringer for bruk av private aktører	Politisk
Fordeling av funksjoner av nasjonal karakter – ”landsfunksjoner”	Politisk, men basert på teknisk/faglig input
Prinsipper for finansiering av sykehus	Politisk, men basert på teknisk/faglig input
Lover og forskrifter som regulerer virksomheten	Politisk
Tilsyn	Faglig

De fleste oppgavene som i dag ligger på nasjonalt nivå er enten det vi kan betegne som ”rene” politiske beslutninger, eller også politiske beslutninger som fattes på

---

<sup>36</sup> Slik dette beskrives i Nasjonal Helse og Sykehusplan. Noen helseforetak vil kun bestå av ett sykehus.

grunnlag av betydelig teknisk/faglig input. At en oppgave er nasjonal behøver imidlertid ikke innebære at den er gjenstand for politisk styring. Eksempelvis vil statlige tilsynsmyndigheter (Helsetilsynet, Fylkesmannen) opptre faglig og uavhengig av politisk styring.

### Regionale beslutninger

Større investeringsbeslutninger (typisk: nye sykehusbygg)	Politikk, men med høy grad av teknisk/faglig input
Fordeling av rammer mellom helseforetak og i regionen	Teknisk/faglig
Fordeling av funksjoner av regional karakter – ”regionsfunksjoner”	Politikk, men med høy grad av teknisk/faglig input
Koordinering av kapasitet og oppgaver mellom sykehusene i regionen	Teknisk/faglig diskusjon, men med klare politiske dimensjoner
Beslutning om bruk av private leverandører	Politikk, men med teknisk/faglig input
Strategisk koordinering med primærhelsetjenesten	Teknisk/faglig, men med klare politiske dimensjoner
Koordinering av forskning- og utdanning	Teknisk/faglig

I dagens modell er de regionale helseforetakene delegert ”sørge-for ansvaret”. Det betyr de gis frihet til å organisere virksomheten slik at befolkningen, innen de rammer Stortinget fastlegger, får dekket sitt behov for spesialisthelsetjenester. De løsninger RHF-ene velger vil dels være av ”rent” faglig karakter, men også innebære flere typer beslutninger som vil være politiske. Særlig vil dette gjelde større investeringsbeslutninger, regional funksjonsfordeling og bruk av private aktører ut over de overordnede føringene som legges politisk. Det skal legges til her at investeringsbeslutninger over 500 millioner kroner skal forelegges departementet for vurdering. Statlig politisk styring skjer gjennom bevilgninger, foretaksmøter og oppdragsdokumenter.

### Lokale beslutninger

Mindre investeringsbeslutninger (typisk: utstyr)	Teknisk/faglig
Bemannings og driftsbeslutninger	Teknisk/faglig
Intern organisering	Teknisk/faglig
Driftsmessig koordinering med primærhelsetjenesten	Teknisk/faglig
Koordinering av kapasitet og oppgaver innen helseforetaket	Teknisk/faglig, men med behov for politisk oppbakking

Lokale beslutninger vil typisk i større grad være faglige og ikke politiske. Dette vil være beslutninger som berører organisering av driften for på best mulig måte sikre at pasientbehandlingen skjer i tråd med overordnede krav til kvalitet og med effektiv bruk av ressurser. Samtidig vil det også på lokalt nivå være beslutninger som inneholder lokalpolitiske elementer. Dette kan være fordeling av funksjoner/oppgaver mellom enheter med kort geografisk avstand, samhandling med primærhelsetjenesten (og dermed kommunene) og lignende.

En vurdering av hvilken prinsipper man foretrekker for styring av sektoren (forvaltning/foretak, sentral/desentral) vil også avhenge av hvordan man fordeler ansvar og oppgaver *mellom de ulike aktørene og nivåene*. I beskrivelsen av modeller under skisseres hvordan oppgavefordelingen kan være i ulike alternativ. Det er selvfølgelig rom for å beholde modellens hovedprinsipp, men legge en annen ansvarsfordeling mellom de ulike aktørene til grunn. Vi avgrensner diskusjonen til fire konkrete modeller. Én ren forvaltningsmodell, to rene foretaksmodeller og én hybrid modell med både elementer av forvaltnings- og foretaksstyring. For alle modellene gjelder at det må utredes i mer detalj hvilke type beslutninger som hører hjemme på hvilket nivå. For hver modell skisseres altså også i grove trekk en mulig fordeling av ansvar og beslutninger mellom nivå.

Modell A: Regionale helseforetak, underliggende helseforetak med sykehus

Modell B: Regionalisert direktorat (departement), underliggende helseforetak med sykehus

Modell C: Regionale helseforetak, underliggende sykehus

Modell D: Regionalisert direktorat (departement), underliggende sykehus

Merk at vi i modellene B og D holder muligheten åpen for både regionalisert departement og et regionalisert direktorat. For diskusjonen av hver enkelt modell er det ikke vesentlig hvilken av disse man velger. Avveiningen mellom styring direkte fra departement kontra via et direktorat er diskutert i avsnitt 2.1.1 over.

### 3.1 Modell A: Regionale helseforetak, underliggende helseforetak (med sykehus)

Den første modellen er en ren foretaksmodell, og tilsvarer dagens modell med foretak på to nivå, regionale og lokale. Det kan imidlertid foretas justeringer innen de prinsipper modellen bygger på, dels ved å endre på ansvarsfordelingen mellom de ulike nivåene, dels gjennom å endre på antall enheter på hvert nivå.

#### Modell A:

	Aktør	Antall i dag	Modell A
Nivå 1	Departement	1	1
Nivå 2	RHF m/styre	4	6-8 (må utredes)
Nivå 3	Helseforetak m/styre	20	30+ (må utredes)

Mulige endringer i antall enheter kan være:

- Helse Sør-Øst deles i 3-4 nye regionale helseforetak. Inndelingen av de øvrige RHF vurderes i forhold til om det i større grad kan være ønskelig å tilpasse grensene til faktiske reisemønstre
- Hvert RHF må ikke nødvendigvis inneholde et universitetssykehus, men inndelingen av RHF bør baseres på en prinsipp om at de enkelte RHF i størst mulig grad selv kan dekke befolkningens behov for tjenester.
- I de tilfellene hvor dette ikke er mulig kan det enkelt etableres abonnementsordninger mellom de regionale helseforetakene slik skissert for eksempel i NOU 2008:2.

- Antall helseforetak økes. Hensikten er både å øke mulighetene for konkurranse<sup>37</sup> mellom helseforetakene, øke pasientenes valgmuligheter, lage enheter av mer funksjonell størrelse og knytte helseforetakene nærmere egne opptaksområder.
- Både antall RHF og antall HF må utredes.

Mulige endringer i ansvarsforhold kan være:

- Investeringsbeslutninger (sykehusbygg) flyttes fra regionalt til nasjonalt nivå.

Det vi over har kalt teknisk/faglige innspill kan leveres fra Sykehusbygg HF. Regionale prioriteringer gjøres av RHF-ene og samordnes i en nasjonal investeringsplan. Det skjer en nasjonal ”pooling” av ressurser gjennom disponering av samlede ikke-betalbare avskrivingskostnader.

- Inntektsfordeling internt i regionene baseres på én nasjonal modell.

Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak skjer i dag gjennom en nasjonal modell. Prinsippene i denne følges i hovedsak av de fire RHF-ene i fordeling av inntekter internt. Det gjøres imidlertid lokale tilpasninger, dels basert på forskjeller i analytisk tilnærming, dels basert på lokale prioriteringer. Det kan argumenteres for at behovsbaserte fordelinger av inntekter bør baseres både på like prinsipper og på en felles analytisk tilnærming, og at dette er en beslutning som kan flyttes fra RHF nivå til nasjonalt nivå. Teknisk/faglige innspill kan leveres fra et nasjonalt beregningsteknisk utvalg.

- Helseforetaksloven gjøres mer detaljert i forhold til hvilke typer beslutninger som skal forelegges foretaksmøtet for godkjenning.

I dag beskriver Lov om helseforetak §30 hvordan foretaksmøtet skal fatte beslutning i saker av ”vesentlig betydning for foretakets virksomhet”. Eksempler som trekkes fram er nedlegging av sykehus og vesentlige endringer i opptaksområdet. Slik § 30 nå står er den konkretisert i forhold til hvordan den opprinnelig var formulert. Det er imidlertid fremdeles mulig med en ytterligere detaljering og konkretisering av hvilke typer beslutninger som skal fattes i foretaksmøtet, og dermed trekkes tydeligere inn i det politiske domenet.

Her er skissert en økning både i antall RHF og antall HF. Det bør utredes nærmere eksakt hvor mange regionale enheter det er hensiktsmessig å ha, og også på hvilken måte antall helseforetak bør endres. En oppsplitting av RHF og HF kan lede til en mer desentralisert beslutningsstruktur.

Her er ikke diskutert sammensetning og størrelse på styrene. Det er også her, i prinsippet, mulig å øke den lokale politiske innflytelsen gjennom både størrelsen og sammensetning av styrene.

---

<sup>37</sup> For ordens skyld: Med konkurranse kan også forstås at helseforetakene konkurrerer om å tiltrekke seg arbeidskraft.

### 3.2 Modell B: Regionalisert direktorat (departement), underliggende helseforetak (med sykehus)

I denne modellen erstattes de regionale helseforetakene med regionale kontorer av et nasjonalt "sykehusdirektorat" (alternativt direkte under departementet – jfr. diskusjonen i 2.1.1, over). Under de regionale kontorene beholdes en modell med foretaksorganisering. Dette er dermed en hybridmodell som inneholder elementer av både forvaltnings- og foretaksstyring. Helseforetakene vil, som i dag, kunne bestå av ett eller flere sykehus.

#### Modell B

	Aktør	Antall i dag	Modell B
Nivå 1	Regionalisert direktorat (departement) m/regionale råd	1	6-8 (må utredes)
Nivå 2	Helseforetak m/styre	20	30+ (må utredes)

Den vesentlige endringen i denne modellen er nedlegging av det regionale foretaksnivået. Regional koordinering ivaretas enten gjennom et regionalisert direktorat eller direkte fra regionale departementskontor. I forhold til dagens modell reduseres dermed antall nivå med ett.

For å styrke forvaltningens ansvarliggjøring ut over det formelle lover og regler tilsier skisseres her etablering av *regionale råd* tilknyttet det regionale (departements- eller) direktoratsnivået. Disse vil primært ha en legitimerende rolle og kan fungere som brobygger til (fylkes)kommunale aktører. Sammensetningen av et slik råd må diskuteres, men det vil være naturlig å tenke seg en politisk representasjon fra de fylkene (kommunene) som hører inn under regionen.

Det ligger i denne modellen at ansvaret for de fleste av de beslutningene som i dag tas av de regionale helseforetakene nå blir liggende i departementet/direktoratet. Modellen innebærer derfor en endring fra foretaks- til forvaltningsstyring på øverste nivå. En mulig ansvarsfordeling i denne modellen kan være:

#### Nasjonalt ansvar

- økonomiske rammebetingelser
- fordeling av inntekter mellom regioner
- fordeling av inntekter mellom helseforetak (NY!)
- investeringer i nye sykehusbygg (NY!)
- føringer for bruk av private
- omfang av bruk av private (NY!)
- prinsipper for finansiering av tjenestene
- fordeling av nasjonale og flerregionale oppgaver
- tilsyn

#### Regionalt direktorats- (departements-)kontor ivaretar

- funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen
- strategisk koordinering med primærhelsetjenesten
- koordinering av forskning- og utdanning
- oppfølging av helseforetakene (eierstyring)



### Helseforetakenes ansvar

- funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehus (men det vil være flere helseforetak, og deler av dette vil dermed, i forhold til i dag flyttes opp på regionalt nivå)
- mindre investeringer ("medisinsk teknisk utsyr")
- oppfølging av drift
- driftsmessig koordinering med primærhelsetjenesten

### Sykehusenes ansvar (der helseforetak består av flere sykehus)

- drift
- koordinering med primærhelsetjenesten

I denne modellen vil forvaltningsstyring erstatte foretak på det regionale nivået. Det ligger dermed som en naturlig konsekvens at ansvaret for større investeringer og ansvaret for fordeling av inntekter mellom helseforetakene legges nasjonalt. De regionale kontorene fungerer som bestiller/prinsippal for lokale helseforetak, og deres oppgave vil dermed i hovedsak være styring, oppfølging og kontroll med aktiviteter og kvalitet i de lokale helseforetak samt tverrgående beslutninger om struktur og funksjonsfordeling innen regionen, regional samordning av forskning og undervisning samt andre regionale koordineringsoppgaver. Det vil være flere helseforetak enn i dag, slik at deler av de funksjonsfordelingsdiskusjonene som i dag skjer i et helseforetak vil løftes opp på regionalt nivå, og dermed underlegges forvaltningsstyring.

Helseforetakene vil, som i dag, ha stor frihet til organisering av egen virksomhet og drift. De kan i tillegg få ansvaret for mindre investeringer, for eksempel i medisinsk teknisk utstyr. I de tilfellene hvor helseforetakene fremdeles består av flere sykehus kan det være naturlig at også intern organisering og funksjonsfordeling tilligger helseforetakene. Styrene i helseforetakene kan gjerne reflektere lokalpolitiske interesser i de kommunene som ligger inn under helseforetakets opptaksområde.

På samme måte som i modell A er her skissert et antall regioner som er høyere enn dagens antall RHF. Det bør utredes nærmere eksakt hvor mange regionale enheter det er hensiktsmessig å ha, og også på hvilken måte antall helseforetak bør endres. Det er også her, i prinsippet, mulig å øke den lokale politiske innflytelsen gjennom størrelse og sammensetning av styrene i helseforetakene. I de helseforetak som består av flere sykehus vil det være mulig å tenke seg at disse sykehusene også har lokale råd.

### **3.3 Modell C: Regionale helseforetak, underliggende sykehus**

I denne modellen gjøres dagens helseforetak til underliggende enheter under de regionale helseforetakene. Lokale styrer og den tilhørende eierstyringen fra regionalt nivå erstattes med en direkte administrativ styring fra RHF nivå, og en modell hvor de regionale helseforetaksstyrene overtar styreoppgavene som før lå på helseforetaksnivå. Dette er dermed en foretaksmodell som i dag, men hvor det nederste nivået (helseforetaket) forsvinner.

Også i denne modellen kan man, i tråd med diskusjonen i 3.1 (modell A) velge å endre ansvarsfordelingen mellom nasjonalt og regionalt nivå. Den vesentlige forskjellen mellom modell A og C er dermed at de lokale helseforetakene innlemmes som underliggende enheter i de regionale helseforetakene.

### Modell C

	Aktør	Antall i dag	Modell C
Nivå 1	Departement	1	1
Nivå 2	RHF m/styre	4	6-8 (må utredes)
(Nivå 3)	Sykehus m/lokale råd	20 (HF)	30 + (må utredes)

Dette er i prinsippet også en modell med to nivå. Sykehusene, som her er satt i parentes som nivå 3, vil ikke ha egne styrer. Ledelsen vil dermed være direkte underlagt de regionale helseforetakene. Samtidig antydes også her at det kan være ønskelig å øke antall sykehus i forhold til dagens 20 helseforetak. I ytterste konsekvens kan man tenke seg at alle de 51 sykehusene (med akuttfunksjoner) vi i dag har inngår som selvstendige enheter.

Det må ved valg av antall sykehus også avklares tydeligere i en slik modell hvilke beslutninger man *innen* de regionale helseforetakene vil ønske å delegere ned til det enkelte sykehus. Modellen vil kunne utformes som en desentralisert modell dersom man legger budsjettansvar, ansvar for (mindre) investeringsbeslutninger, frihet til å tilpasse intern organisering, bemanning og drift til sykehusene. Det kan utformes modeller for kontraktsstyring som gir de enkelte sykehusene større eller mindre frihet. De regionale helseforetakene vil da i større eller mindre grad kunne inneha en koordinerende rolle, samt ha ansvaret for større investeringsbeslutninger.

Alternativt kan man også i en slik modell forestille seg færre, større sykehus og en tilhørende sterk sentral styring fra RHF nivået. Modellen kan dermed innebære både en sentralisering og en desentralisering av dagens modell.

Om man velger å basere seg på de prinsipper som denne modellen baseres på bør det dermed utredes nærmere hvor mange regionale enheter det er hensiktsmessig å ha. Det bør også utredes hvordan organisering av sykehusene skal være og hvilke ansvarsområder som skal delegeres fra RHF til sykehusnivå. Endelig må vurderes nærmere om man ønsker å supplere sykehusene med lokale råd. Disse vil, på samme måte som de regionale rådene i modell B begrunnes i behovet for lokal forankring og ansvarliggjøring. Hensikten er dermed både å sikre transparens, og å bidra til mulighet for lokale politiske innspill i en sentralstyrt forvaltningsmodell. De kan dermed også i særlig grad sørge for at sykehusenes virksomhet koordineres med primærhelsetjenesten.

#### 3.4 Modell D: Regionalisert direktorat (departement), underliggende sykehus

I denne modellen erstattes de regionale helseforetakene med regionale kontorer av et nasjonalt ”sykehusdirektorat” (alternativt direkte under departementet – jfr. diskusjonen over). Dagens helseforetak avvikles og modellen innebærer en gjennomgående forvaltningsstyring fra staten og ned til de utførende sykehusene.

Denne modellen har klare fellestrekk med Modell B, men med den forskjell at forvaltningsstyringen er gjennomgående ut til sykehusene. Den samme ansvarsdeling som gjøres mellom et regionalisert direktorat (departement) og helseforetakene i modell B kan her gjøres mellom direktorat (departement) sykehus. Som i modell C kan det også velges en form for kontraktsstyring som til en viss grad gir sykehusene frihet til å foreta driftsbeslutninger. Det ligger imidlertid i kortene at den vesentlige

forskjellen mellom modell B og D er at en foretaksstyring på nivå 2 antas å gi større fleksibilitet enn forvaltningsstyring.

#### Modell D

	Aktør	Antall i dag	Modell D
Nivå 1	Regionalisert direktorat (departement) m/regionale råd	1	6-8 (må utredes)
Nivå 2	Sykehus m/lokale råd	20	30+ (må utredes)

Til erstatning for helseforetaksstyrene kan man på *lokalt* (sykehusnivå) opprette lokale råd med medlemmer fra lokalt politisk nivå. Disse vil ikke ha beslutningsmyndighet, men kan tenkes å bli forelagt de samme type saker som dagens styrer. Hensikten er både å sikre transparens, og å bidra til mulighet for lokale politiske innspill i en sentralstyrt forvaltningsmodell. De kan dermed også i særlig grad sørge for at sykehusenes virksomhet koordineres med primærhelsetjenesten.

Også her bør utredes nærmere hvor mange regionale enheter det er hensiktsmessig å ha, og også i hvilken grad og hvordan dagens helseforetak skal splittes opp i sykehus.

## 4. Diskusjon

Vi har ovenfor skissert fire modeller. Én ren forvaltningsmodell, to rene foretaksmodeller og én hybrid modell med både elementer av forvaltnings- og foretaksstyring. I kapittel 3 beskrev vi elementer som inngikk i det vi kalte god eier- og virksomhetsstyring (governance). I forhold til de modellene som er beskrevet over kan nå anføres:

### 4.1 Forvaltning eller foretak

#### 4.1.1 Forvaltning

I forhold til de presenterte kriteriene for god eier- og virksomhetsstyring er det en rekke prinsipielle fordeler med en forvaltningsmodell. Gjennomsiktighet i beslutningsprosessene, medvirkning og organisatorisk integritet (legitimitet) understøttes i forvaltningsmodellen av generelle forvaltningsrettslige regler om innsikt, høring og offentlighet i forvaltningen. Ansvarliggjøring (accountability) knyttes til den parlamentariske styringskjeden, og statsrådets muligheter til å utøve styring gjennom departements- (og direktorats-) ledelsen. Dersom byråkratiet ikke følger opp politiske instruksjoner kan dette sanksjoneres med avskjedigelse eller tjenstlig påtale. Prinsippet om lojalitet til den enhver tid sittende regjering sikrer dermed den politiske styring. I forhold til policy kapasitet styrker forvaltningsmodellen den faglig baserte rådgivingen til Statsråden. Modellen sikrer analysekompetanse internt i forvaltningen og gir mulighet for institusjonell kapasitetsbygging over tid.

Det kan være en ulempe med en forvaltningsmodell at det vil kunne være uklart hvilke mål eller resultater det skal styres etter. Dette vil avhenge av om man også i forvaltningen benytter en form for kontraktsstyring eller om man baserer seg på en med ad-hoc preget løpende styring. Manglende klarhet kan føre til at styringen domineres av kortsiktige politiske interesser, og av redusert gjennomsiktighet. En forvaltningsmodell gir økt direkte politisk innflytelse, men dermed også en mulighet

til å politisk detaljstyring og til politisering av forhold som vil kunne falle inn under det teknisk/faglige domenet.

I en ren departementsmodell er det en risiko for at analysekapasiteten blir av generell karakter, fordi det embetsverket som arbeider i departementer typisk er generalister. Dette kan gjøre det vanskeligere for departementet å matche den fagkompetanse som er på utførende nivå. En direktorats-modell har imidlertid typisk er større rom for en spesialisert fagkompetanse som kan gå i selvstendig dialog med både profesjonsinteresser og de utførende enhetene. Til gjengjeld mister man kanskje den politiske lydhørhet som er en integrert del av et departement.

#### *4.1.2 Foretak*

Den viktigste prinsipielle fordel med en foretaksmodell er at man, i sterkere grad enn i en direktorats-modell, får en uavhengig driftsorientert enhet som (i prinsippet) kan fokusere på ”markedsvilkår” og strategisk styring av de utførende enheter, framfor politiske interesser. Det kan bygges opp en faglig og driftsmessig kompetanse som kan matche den man vil finne i de utførende organisasjoner. Armlengde til politisk nivå kan gjøre det lettere å implementere gode, fagbaserte løsninger. En foretaksmodell kan også gi større frihet til organisatoriske løsninger, og større mulighet til variasjon i løsninger.

Den viktigste ulempen med foretaksmodellen er at det typisk vil være uavklart hvor uavhengige foretakene i realiteten er. Foretakene vil ikke ha kompetanse eller legitimitet til å innlemme nødvendige politiske dimensjoner i strategiske valg om nedlegging/opprettning av funksjoner, fordeling av funksjoner mellom sykehus eller større investeringsprosjekter. Foretakene skal handle innen en ramme hvor både bevilgninger og politiske ramme endres over tid. I dette lys kan det vise seg vanskelig å rekruttere styremedlemmer med tilstrekkelig kompetanse, og man risikerer å skape en styringsstruktur som fokuserer på generell økonomisk styring snarere enn på faglige hensyn. Dette følger av en modell hvor det viktigste vurderingskriteriet gjerne blir økonomisk resultat, den såkalte bunnlinjen. Det er allikevel mulig å avhjelpe dette gjennom å stille eksplisitte kvalitetskrav (og/eller andre målsettinger) i de styringsdokumenter som foretakene forholder seg til.

#### *4.1.3 Forvaltning og foretak – en hybridløsning*

Modell B innebærer at man gjeninnfører forvaltningsstyring på regionalt nivå, men velger å beholde foretaksmodellen på det utførende nivået. En slik hybrid kan begrunnes ut fra at den vil ivareta de beste trekkene ved både en forvaltnings og en foretaksmodell: Gjennomsiktighet, medvirkning, legitimitet og ansvarsoppfølging ivaretas gjennom en forvaltningsstyring av de store, overordnede beslutningene. Fleksibilitet, strategisk evne og skjerming fra politisk detaljstyring ivaretas gjennom en foretaksstyring på det utøvende nivået. Dersom man i tillegg øker antall helseforetak kan man sikre så vel lokal forankring som konkurranse i områder hvor det vil være mulig.

En vesentlig forutsetning for at en slik hybridmodell skal fungere er imidlertid at det er politisk vilje til å utnytte det rommet forvaltningsmodellen gir både for en mer direkte politisk styring og den økte ansvarliggjøringen av statsråden ”fra sak til sak” som man må vente følger av en slik modell.

#### **4.2 Sentralisering vs. desentralisering**

Den største fordelen med en sentralisert modell er at man lettere kan treffe beslutninger som dekker hele sektoren, og dermed i større grad sikre likhet i tjenestetilbudet. En sentral modell vil også kunne innebære en sentralisering av analysekapasiteten, og dermed sikre både høyere kvalitet og mindre ressursbruk. I en sentralisert modell vil helsepolitiske aktører på nasjonalt nivå medvirke i beslutningsprosessene, og det er kun én aktør som står ansvarlig for styringen av helsetjenesten.

Ulempen med en sentralisert modell er knyttet til at beslutningene, og de analyser disse baseres på, fjernes fra regionale og/eller lokale forhold. Det blir dermed vanskeligere for lokale og regionale interessenter både å følge og å påvirke beslutningsprosessene. Dermed risikeres en svakere legitimitet, og at man i beslutningsprosessen mister viktig input fra lokale og/eller regionale aktører med kunnskap av betydning for prosessen.

I en sentralisert modell mister man også den mulighet som ligger i desentraliserte modeller til å utvikle regionale styringsmodeller og ”eksperimenter” som kan inspirere på tvers av regioner.

Til gjengjeld innebærer en desentralisert modell en risiko for uklarhet om hvem befolkningen skal holde ansvarlig for helsetjenestens resultater. Sentrale aktører kan skyve skyld over på regionale aktører som igjen kan peke tilbake på utilstrekkelige rammebetingelser fra sentrale aktører. Man kan dermed risikere at ansvarsforholdene blir mer uklare i en desentralisert modell, jfr. en av hovedbegrunnelsene for den sentralisering av eierskap som fulgte med helseforetaksreformen i 2002.

#### **4.3 Forholdet til primærhelsetjenesten**

Ingen av de modeller som her er beskrevet er spesielt innrettet med tanke på å håndtere de utfordringer som følger av en helsetjeneste som blir stadig mer preget av pasienter som flyter mellom primær og spesialisthelsetjenesten. Ytterligere utfordringer følger av et behov for en tettere integrasjon med andre velferdstjenester som for eksempel sosialtjenestene.

Desentraliserte modeller har ventelig de beste forutsetninger for å lykkes på dette området. Det trekker i retning av at man, ved utforming av organisatoriske løsninger for spesialisthelsetjenesten, skjeler til behovet for enheter som kan kommunisere med de kommunale nivået. Det er ikke gitt at det er noen sammenheng mellom størrelsen på et helseforetak og hvor effektivt det samhandler med omliggende kommuner, men det bør vurderes i hvilken grad store sykehus/helseforetak med spredte lokasjoner er godt egnet som samhandlingspartnere.

Det kunne avslutningsvis være fristende å anbefale forsøk med en femte modell som integrerer det samlede ansvaret for helsetjenester for en avgrenset befolkning. Dette tilsvarende såkalte ”accountable care organisations” slik man finner det i det engelske helsevesen, og som bygger på erfaringer fra tilsvarende amerikanske systemet (for eksempel Kaiser Permanente). Poenget med denne type styringsstruktur er at så vel sykehus som allmennleger og kommunale helse og velferdstjenester er integrerte, og at det skapes økonomiske insitamenter så vel som kulturelle forutsetninger for å tenke i effektive helhetlige pasientforløp. Kan hende er en utvikling av helsetjenesten i en

slik retning av større betydning for både befolkningens tilgang til og tjenestens evne til å levere tjenester av høy kvalitet, enn spørsmålet om forvaltnings- eller foretaksstyring av sykehusene. Den diskusjonen må, i den sammenhengen denne rapporten er skrevet, imidlertid utstå til en senere anledning.

**Referanser:**

Rattsø J og R Sørensen (2011): Statlige selskaper med sektorpolitiske mål En evaluering av statlig styring. Forskningsrapport 14/2011. Handelshøyskolen BI