

Sykehusreformen 2002: fra forvaltning til forretning, demokrati på avveie?

Helseforetaksreformen i 2002 endret spesialisthelsetjenesten fra forvaltningsstyrte virksomheter eid av fylkeskommunen til fristilte rettssubjekter eid av staten. Hvilken betydning fikk denne endringen for måten sykehusene siden har vært styrt på?

Unni Hagen



Høgskolen i **Hedmark**

Master i offentlig ledelse og styring. Fordypning i økonomi, regnskap og finansiering - ØRF

HØGSKOLEN I HEDMARK

2015

Innhold

NORSK SAMMENDRAG	6
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT).....	7
1. INNLEDNING	8
1.1 TEMA OG PROBLEMSTILLING.....	9
1.2 AVHANDLINGENS HYPOTESE.....	10
1.3 OPPGAVENS STRUKTUR.....	12
2. TEORI.....	13
2.1 OFFENTLIGE VERDIER I ENDRING?.....	13
2.2 NPM (NEW PUBLIC MANAGEMENT).....	15
2.3 REFORMER SOM ENDRINGSSTRATEGI.....	15
2.4 ERFARINGER FRA ANDRE LAND.....	17
2.4.1 <i>New Zealand</i>	17
2.4.2 <i>Skottland</i>	17
2.5 DEFINISJONER OG BEGREPSAVKLARINGER.....	18
2.5.1 <i>NPM (New Public Management)</i>	18
2.5.2 <i>Regnskapsloven</i>	19
2.5.3 <i>Forvaltningsregnskap</i>	19
2.5.4 <i>Forvaltningsstyring</i>	19
2.5.5 <i>Foretaksorganisering</i>	20
2.6 KRAV TIL KONSEKVENSVURDERING – ANALYSER.....	20
3. METODISK TILNÆRMING	23

3.1	KVALITATIV OG KVANTITATIV TILNÆRMING	23
3.2	EMPIRI/ DATAINNSAMLING.....	24
3.3	CASE-STUDIE	24
3.4	VALIDITET OG RELIABILITET – SIKRING AV KVALITET.....	25
3.4.1	<i>Validitet</i>	25
3.4.2	<i>Reliabilitet</i>	25
4.	SYKEHUSSEKTOREN – HISTORISKE UTVIKLINGSTREKK	26
4.1	PLANLEGGING SOM SENTRALT STYRINGSVERKTØY.....	26
4.2	FYLKESKOMMUNEN SOM SYKEHUSEIER	27
4.3	REGIONALISERING AV HELSEVESENET	31
5.	SYKEHUSREFORMEN: FRA FORVALTNING TIL FORRETNING.....	38
5.1	BAKGRUNN FOR SYKEHUSREFORMEN	39
5.2	SYKEHUSENE BLIR HELSEFORETAK	40
5.3	FRA FORVALTNING TIL FORRETNING	46
6.	UTVIKLINGSTREKK 2002 – 2014	50
6.1	UTVIKLINGSTREKK – REGIONAL OVERSIKT	50
6.1.1	<i>Strukturelle endringer</i>	50
6.1.2	<i>Sykehusstruktur - sykehusplanlegging</i>	52
6.2	ØKONOMISTYRING – ØKONOMISK UTVIKLING.....	55
6.3	EVALUERING AV SYKEHUSREFORMEN.....	59
6.3.1	<i>De Facto – 2003: Om etableringen av et sykehusmarked</i>	60
6.3.2	<i>Prosessevalueringen</i>	61
6.3.3	<i>Evaluering av foretaksorganiseringen</i>	61

6.3.4	<i>Sykehuslegenes syn på sykehusreformen</i>	63
6.3.5	<i>Resultatevalueringen</i>	64
6.3.6	<i>Norske helseutgifter er moderate</i>	66
6.3.7	<i>Alternativ evaluering – Folkebevegelsen for lokalsykehus</i>	66
6.3.8	<i>ECON-rapport om ressursbruk i spesialisthelsetjenesten</i>	67
6.3.9	<i>De Facto – 2009: De tok sykehusene tilbake</i>	67
6.3.10	<i>Riksrevisjonen om økonomistyring i helseforetakene</i>	68
7.	CASE-STUDIE: HOVEDSTADSPROSESSEN	69
7.1	SAMMENSLÅING AV HELSE SØR OG HELSE ØST RHF.....	70
7.1.1	<i>Bakgrunn og prosess</i>	70
7.1.2	<i>Stortinget vedtar sammenslåing til Helse Sør-Øst RHF i 2007</i>	74
7.2	KRITIKK AV GRUNNLAGET.....	75
7.3	SAMMENSLÅING AV OSLO-SYKEHUSENE.....	76
7.3.1	<i>Riksrevisjonens kritikk av hovedstadsprosessen</i>	77
7.3.2	<i>Storingshøringer om omstillingen ved OUS</i>	78
7.3.3	<i>Planleggingen av hovedstadsprosessen – en kritikk</i>	81
7.3.4	<i>Kritikk av manglende forbedringer</i>	81
7.5	STATUS OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS 2015.....	84
8.	ANALYSE OG DRØFTINGER	86
9.	KONKLUSJONER	95
9.1	AVSLUTTENDE KOMMENTARER FOR NY FORSKNING.....	96
	LITTERATURLISTE	98

Forord (abstract)

Avhandlingen er en del av masterstudiet i offentlig ledelse og styring med fordypning i økonomi og regnskap ved høyskolen i Hedmark, Campus Rena. Et gjennomgående tema i masterstudiet har vært nye måter å styre offentlig sektor på. Endring av styringssystem, som fristilling fra forvaltningen, privatisering og ny offentlig ledelses- og økonomistyring, også kjent under betegnelsen New Public Management, har vært en viktig ramme rundt de mange diskusjoner vi har hatt i løpet av studiet.

Mitt valg av tema for avhandlingen er et forsøk på å bidra i diskusjonen om utviklingen av offentlig sektor og de strukturer som til sammen er rammen rundt den norske samfunnsmodellen.

Denne avhandlingen kunne ikke blitt til uten støtte og hjelp fra andre rundt meg. Det er mange å takke på veien fram til avslutningen. Familie og venner som direkte og indirekte har vært involvert i mitt ”prosjekt”. En takk til arbeidsgiver som gav meg muligheten, og til kollegaer som har inspirert meg. Jeg vil videre rette en stor takk til Bente Øien Hauge for oppklarende diskusjoner og god bistand underveis, en takk til Are Saastad som med sin faktakunnskap har bidratt til å kvalitetssikre. En takk til mine medstudenter som har bidratt med refleksjoner og nye innfallsvinkler, takk til Stein Østre og Norvald Monsen for samtaler og inspirasjon, og til alle de andre dyktige og kunnskapsrike foreleserne på MPA-studiet.

Takk til doktorgradstipendiat Mari Hagenlund og takk til Alexander Berg Erichsen, takk til min sønn Håkon Andresen for språklig hjelp, og til søsteren min Reni Hagen og kollega Kari Sofie Jenssen for profesjonell korrekturbistand.

En stor takk til Magni Melvær på høyskolen og veileder Bjarne Jensen som begge har bidratt til at jeg kom i mål. Selv om denne avhandlingen er mitt eget produkt som jeg alene står ansvarlig for, har alle de jeg her nevner bidratt til mine egne refleksjoner rundt tema og problemstilling.

Norsk sammendrag

Den norske samfunnsmodellen er en suksess. Vi har de samme rettigheter gjennom et finmasket velferdssystem vi alle bidrar til etter evne. Derfor har vi et høyt velferdsnivå med en god sykehusstruktur, høy barnehagedekning, utdanning for alle for å nevne noen av de viktige oppgavene vi står ansvarlig for i fellesskap. Men, de siste årenes ”modernisering” er i ferd med å endre det som er bygget opp systematisk og planmessig over mange tiår. Det er ikke gitt at utviklingen opprettholder de prinsipper vi har bygd vår samfunnsmodell på, og dette er noe av bakteppe for min avhandling. Vi lever i et av verdens rikeste land med de beste forutsetninger for å utvikle velferdsmodellen videre. Derfor er det et paradoks at vi i 2015 velger å stenge sykehusavdelinger for å spare, legge ned sykehjem fordi kommuneøkonomien ikke strekker til eller legge ned lokalsykehus fordi det er mer ”lønnsomt” å sentralisere.

Tema i min avhandling er sykehussektoren. Gjennom å studere endringene fra forvaltningsstyring til forretningsstyring ville jeg finne ut om de kjente konsekvensene gir kritikerne rett i at nytt styringssystem har svekker demokratiet og politikernes styringsmulighet.

Er forretningsmodellen en hindring for politisk styring? Kan politisk styring over offentlig forvaltningsområder ivaretas når de områdene som skal forvaltes og styres frikobles fra forvaltningen? Min hypotese er at ved å frikoble sykehussektoren fra offentlig forvaltning og innføre bedriftsøkonomiske styringsmål og metoder framfor samfunnsøkonomiske svekkes den demokratiske styringen. Dette rokker ved verdigrunnlaget i den norske samfunnsmodellen.

For å finne svar på hypotesen har jeg undersøkt hva som skjedde med politikernes mulighet til å planlegge og styre etter at sykehusreformen ble iverksatt i 2002. Jeg har valgt å bruke sammenslåingen av Oslo sykehusene som case-studium. Konklusjonen er at helseforetakssystemet, slik det framkommer i hovedstadsprosessen, ikke er vellykket. Bruk av forretningsprinsipper og ”profesjonelle” til å ivareta fellesskapsløsninger har ført til dårlig demokratisk kontroll, mangelfull planlegging og vist seg mer kostnadskrevende. Dette utfordrer verdigrunnlaget i den norske samfunnsmodellen.

Engelsk sammendrag (abstract)

The norwegian social model is a success. We all have the same rights through a finely woven welfare system where we all contribute with the assets available to us. This is why we have a high level of welfare with a well functioning hospital structure, high kindergarden coverage, free education to all to name a few of the important tasks we are responsible for in our joint concern. However, with the recent years “modernization” is about to change what has been built systematically over decades. Therefore it is not given that the development maintains the principles that we have built our welfare model on, and this is part of the background for my thesis. We live in one of the richest countries in the world with the best assumptions to continue to develop the welfare model on. Thus it is a paradox that we, in 2015 choose to close down hospital departments to save money, choose to shut down nursing homes because the municipal economy do not cover the costs, or make local hospitals close the doors because it is more “profitable” to centralize the operations.

The theme in my thesis is the hospital sector. Through studying the changes in the hospital sector from management controlled to business controlled I would see if the known consequences give the critics the right of the matter when they claim that the new management system has weakened the democracy and the politicians administration.

Is a business model a hindrance for political administration? Is it possible to govern public administration areas when the areas to be administered are cut loose from the administration? My hypothesis is that by separating the hospital sector from public governance and introducing commercially management objectives the democratic government is weakened. This shakes the foundations of the Norwegian welfare model.

To find the answer to my hypothesis I have looked at what happened with the politicians possibilities to plan and govern after the implementation of the hospital reform in 2002. I have chosen to use the merging of the Oslo hospitals as my case study. My conclusion is that the health system, as it appears in the capital process is unsuccessful. Use of commercial principles and “professional” to maintain public solutions has led to bad democratic control, deficient planning and proven itself to be more cost-intensive. This is a challenge against the foundation of the Norwegian welfare model.

1. Innledning

Utgangspunktet for masteroppgaven er reformer i offentlig forvaltning. Norge har gjennom de siste årene reformert flere områder av offentlig sektor. Det startet med omorganisering av infrastruktur tidlig på 1990-tallet. Felles for noen av reformene er at offentlige virksomheter blir skilt ut og etablert som selvstendige rettssubjekter.

Det typiske har vært først å etablere ulike statlige foretak, for seinere å omdanne dem til statlige aksjeselskap (AS). Kraftbransjen var først ute, så fulgte Televerket, Posten og NSB med fler. Noen selskaper ble så oppdelt i flere mindre selskaper, slik som Telenor, NSB og kraftverkene. Andre selskaper ble igjen delprivatisert og eies nå bare delvis av staten, slik som Statoil og Telenor. Et annet fellestrekk ved disse utskilte selskapene er at de er underlagt regnskapsregler fra privat sektor (Voldnes, 2010).

En av de sentrale aktører i endringene av offentlig forvaltning til forretningsorganiserte virksomheter er tidligere Telenor-sjef Tormod Hermansen. I et større avisoppslag rett før stortingsvalget i 2009 tok han til ordet for å avvikle foretaksorganiseringen av sykehusene.

”Når man forsøker å lage markeder der det ikke er grunnlag for det, fungerer dette dårlig. Da blir det både ekstrakostnader og mer byråkrati. Innen helsesektoren ser vi at disse markedstilpasningene fungerer dårlig. Vi bør tenke forfra igjen og avvikle helseforetakene,” (Hermansen, 2009).

Et sentralt spørsmål å drøfte er om de organisatoriske og styringsmessige endringene har svart til forventningene om sterkere styring. I denne avhandlingen vil jeg undersøke om erfaringene med helseforetaksreformen gir Hermansen og andre kritikere rett i at de kjente virkemidlene som er tatt i bruk svekker demokratiet og politikernes styringsmulighet.

1.1 Tema og problemstilling

I 2002 fikk vi sykehusreformen og etableringen av helseforetakene. Også i denne reformen var hensikten å skille ut virksomhetene fra forvaltningen og omorganisere til fristilte foretak organisert i en konsernmodell.

”Det er ikke statlig overtagelse alene som er viktig, men at sykehusene kommer ut av den offentlige forvaltning. Sykehusdriften skal organiseres som foretak etter modell fra aksjeloven” (Tønne, 2000).

Sykehusreformen har virket i godt over 13 år. Reformen er en av de største i norsk samfunnsliv, der omkring 100 000 ansatte fikk ny arbeidsgiver, og milliardverdier ble flyttet fra fylkeskommunalt eierskap til staten. Reformen ble gjennomført i et høyt tempo, og det var store motforestillinger til helseforetaksorganiseringen som ble vedtatt i 2001. Det var stor uenighet i Arbeiderpartiet (Ap) som lanserte modellen, LO-kongressen i 2001 gikk imot etablering av foretaksmodellen, og flere av de politiske partiene var uenig i styringsmodellen som ble valgt (Ot.prp. nr 66 (2000-2001)).

Intensjonen med helseforetaksreformen var å fremme bedre styring og samordning av helsetjenestene. Behovet for et klarere ansvar for spesialisthelsetjenesten var et sentralt argument for statlig overtagelse av eieskapet fra fylkeskommunen. Hensynet til likhet i tilbudet og kvalitet på tjenestene var andre argument (Ot.prp.nr.66 (2000-2001)), og virkemiddelet var etablering av foretaksmodellen. Hva kan sies om måloppnåelsen i 2015?

Helseforetaksreformen var kontroversiell da den ble foreslått, og har vært gjenstand for stor oppmerksomhet i alle årene siden. Med lov om helseforetak tas styringen av sykehusene ut av forvaltningen, og tilrettelegger for en helt ny måte å styre på, gjennom styringsverktøy for et privat næringsliv (helseforetaksloven, § 44). Retningen er inspirert av verdier som kjennetegner et nyliberalistisk samfunnssyn (Mydske, 2007). Et sentralt trekk ved nyliberalismen er endringer bort fra det kollektive verdigrunnlaget. Det nye er en utvikling der individet står i sentrum på bekostning av fellesskapet. I sykehussektoren kan det synes som om disse verdiene er i ferd med å bli satt i system.

Hvordan kunne et område vi forbinder med behandling pleie og omsorg, omgjøres til en virksomhet som styres av beinharde krav til lønnsomhet og fortjeneste?

Dette spørsmålet stiller Eli Berg, mangeårig lege ved Akershus universitetssykehus (Ahus). Berg fulgte 80 leger og pleiere gjennom en periode på fire år før under og etter flytting til det nye Ahus.

Hun ville vite hvordan og hva de opplevde som vesentlig i overgangen fra et gammelt, tradisjonelt drevet sykehus til en høyteknologisk omorganisert institusjon. Det som overrasket forskeren mest i disse samtalene er hvor inngripende forretningstankegangen synes å være, i alt fra arkitektoniske løsninger til tanker rundt bruk av IT, samt selve organiseringen av de ansatte ved sykehuset.

Kan det være slik at ideene fra denne såkalte "moderniseringen" av offentlig sektor hemmer mer en den fremmer helsepersonellens muligheter for en god helsetjeneste for befolkningen? (Berg, 2012).

1.2 Avhandlingens hypotese

Sykehusreformen er blitt kalt en "bigbang-reform". Dette fordi reformen var omfattende og ble gjennomført svært raskt. Den er blitt sammenlignet med tilsvarende reformer i Storbritannia (1991) og New Zealand (1993). Begge land har reversert og delvis avvirket markedselementene som ligger innebygd i helseforetaksloven og regnskapsloven som lå til grunn for sykehusreformen (Byrkjeflot og Grønlie, 2004). Sykehusreformen har som sagt vært og er fortsatt omstridt. Kritikken gikk blant annet på at forarbeidene til forslaget manglet grundige og helt elementære analyser, og at dette sammen med det høye tempoet resulterte i en udemokratisk og lite ansvarlig prosess (Herfindal, 2008). En annen kritisk inngang til forslaget kom fra fagekspertisen i spesialisthelsetjenesten. En gruppe leger med ulikt ståsted i helsetjenesten kom ut med en motmelding hvor de advarte mot å innføre det de kalte en *bedriftsøkonomisk logikk som ikke passer i behandling av syke og lidende*. Produksjonstankegangen som ligger implisitt i konsernmodellen som ble foreslått er etter disse legenes syn ikke egnet til å ivareta et offentlig og demokratisk styrt helsevesen.

Motmeldingslegenes kritikk gikk også på manglende utredning av de medisinske, helsepolitiske, samfunnsmessige og økonomiske konsekvenser (Arnesen et al, 2001).

Kritikken av modellen som ble innført har vedvart, og er forsterket av erfaringene underveis i årene fra 2002 og fram til 2015.

Dette er noe av bakteppet for mitt valg av forskningsområde. Jeg ønsker å studere om helseforetaksreformen har svekket de demokratiske styringsmulighetene og den politiske styringen.

Et nærliggende spørsmål å drøfte er om de skrittvis reformene beveger den norske modellen bort fra det opprinnelig verdigrunnlaget, slik de erfarte i New Zealand og Storbritannia (Eilertsen, 2009). Som oppfølging til dette for å komme til kjernen i problemstillingen: Hvilke styringsinstrumenter er det som svekkes? Hvordan ble spesialisthelsetjenesten styrt som fylkeskommunalt eide forvaltningsbedrifter, og hva er endret med helseforetaksloven som ble styrende i 2002?

Disse spørsmål leder fram til mitt konkrete forskningsspørsmål:

Er forretningsmodellen en hindring for politisk styring? Kan politisk styring over offentlig forvaltningsområder ivaretas når de områdene som skal forvaltes og styres frikobles fra forvaltningen?

Disse spørsmål leder fram til følgende hypotese:

Ved å frikoble sykehussektoren fra offentlig forvaltning og innføre bedriftsøkonomiske styringsmål og metoder framfor samfunnsøkonomiske svekkes den demokratiske styringen. Dette røkter ved verdigrunnlaget i den norske modellen.

For å besvare spørsmålene og vurdere min hypotese vil jeg foreta en analyse av relevante sider ved nytt og gammelt styringssystem i spesialisthelsetjenesten. Jeg har valgt å bruke prosessen ved sammenslåingen av Oslo sykehusene (hovedstadsprosessen) som avhandlingens case-studium.

1.3 Oppgavens struktur

Avhandlingen er bygd opp med ni kapitler. Innledningskapitlet beskriver motivasjonen for valg av forskningstema, min hypotese og problemstilling. Kapittel to angir avhandlingens teoretiske grunnlag, og i kapittel tre redegjøres det for oppgavens metodiske tilnærming og eventuelle svakheter når det gjelder validitet og reliabilitet. Kapitlene fire, fem og seks gjennomgår historiske utviklingstrekk før innføringen av helseforetaksreformen i 2002, samt en oppsummering av utviklingstrekkene i perioden 2002 – 2014. I kapittel sju gjennomgås sammenslåingen av Oslo-sykehusene, den såkalte hovedstadsprosessen. Dette er avhandlingens ”case”. I kapittel åtte foretas en analyse av de innhentede empiriske data. Kapittel ni oppsummerer og konkluderer, og drøfter noen problemstillinger som følger av analysen i kapittel åtte og konklusjonene i kapittel ni. Avslutningsvis, i kapittel ni kommer jeg med noen vurderinger av oppfølgingsstudier.

2. Teori

Dette kapitlet gir en oversikt over den teoretiske referanserammen som er valgt for å belyse avhandlingens problemstilling. Jeg foretar også noen definisjoner av sentrale begreper som er relevante med hensyn til tema, problemstilling og hypotese. Jeg har valgt å ta med de definerte krav myndighetene har satt til konsekvensvurderinger og analyser når tiltak og samfunnsmessige endringer skal gjennomføres.

Det finnes forskning og evalueringsarbeider som omhandler det fenomenet jeg skal studere. Dette gjennomgås i kapittel seks. Denne forskningen kommer til anvendelse i drøftinger av de empiriske funn i relasjon til hypotese og problemstilling i kapittel åtte - analyse.

2.1 Offentlige verdier i endring?

Tidligere verdier forankret i offentlig administrasjon, bl.a det å tjene offentlige interesser, er gjennom reformendringer blitt konfrontert med forretningsstyring og markedsliknende organisasjons- og styringsprinsipper. Pollitt og Bouchaert (2009), som har studert reformutvikling i europeisk målestokk hevder at det har vært overraskende få uavhengige og brede evalueringsprosjekter rettet mot å måle effektene av de pågående reformer i offentlig sektor.

Den norske velferdsmodellen betegnes som enestående i sitt slag i internasjonal sammenheng. Mange land ser til Norge for å få ideer når nye løsninger skal utvikles. Begrepet ”revolution in slow motion” er brukt som betegnelse når velferdsstatens utvikling i Norge skal forklares (Olsen, 1983). Oppbyggingen av den norske velferdsstaten er et resultat av en ideologisk valgt retning for utviklingen, gjennom sterk politisk styring. Ideologi bidrar til å forme verdier og ideer om hva slags samfunn vi vil ha, og politikk er iverksetting av ideologien. Oppbyggingen av den sosialdemokratiske samfunnsmodellen har vært et langsiktig og målrettet politisk prosjekt. Er de siste 25 års modernisering av offentlig sektor en stille ”kontrarevolusjon”?

Nasjonalstaten svekkes både innenfra og utenfra. Makt er forflyttet til internasjonale nettverk og organisasjoner. Statens egne aktiviteter er omorganisert og satt ut på anbud.

Posten og NSB er som nevnt blitt aksjeselskap. Spesialisthelsetjenesten er omorganisert i fristilte foretak. For ti år siden konkluderte maktutredningen at det representative folkestyret er svekket i alle ledd. Ett av eksemplene det ble vist til var innføringen av sykehusreformen i 2002 (NOU 2003:19 Makt og demokrati).

Modernisering er et fellesbegrep om endringer som påvirker styringen, organiseringen og finansieringen av offentlig oppgaver. Kjernen i moderniseringen synes å ha som målsetting å fristille, oppsplitte og privatisere de områdene som defineres som offentlige og som finansieres av fellesskapet.

Sykehus representerte institusjonstenkning og har historisk sett hatt sterk legitimitet i befolkningen. Med sykehusreformen i 2002 får vi en systematisk endring av de tradisjonelle vilkår for styringsstruktur i offentlig forvaltning som har utfordret på mange plan, både vertikalt og horisontalt. Det eksisterer studier av fornying av offentlig sektor som tar utgangspunkt i forståelsen av reformer som en ideologisk bevegelse som sprer seg mellom vestlige land (Busch m. fl. 2001; Christensen og Læg Reid 2001; Hood 1998, Lian 2007). Felles for studiene er beskrivelsen av en utvikling fra en tradisjonell byråkratisk styreform, til en mer markedsbasert tenkemåte (Øgård 2000). Denne tenkemåten blir beskrevet som en hybrid reformbevegelse bestående av en rekke inkonsistente reformelementer.

Sykehusreformen inneholder motsetninger i forhold til politisk styring og lokal autonomi slik at det er høyst usikkert hvorvidt reformen vil fungere etter intensjonene (Læg Reid, Opedal, og Stigen 2003).

Helsevesenet og utdanningssystemet, samt store deler av samfunnets infrastruktur som post- og teletjenester, kollektivtrafikk, vann- og elektrisitetsforsyning, har i Norge vært offentlige tjenester, og dermed underlagt folkevalgt styring og regulering. Siden 1980-tallet har som sagt nye styringssystem satt sitt preg på utviklingen i offentlig forvaltning i Norge. Et sentralt trekk er en forskyvning fra det vi kan kalle en gjennomgående kollektivistisk, eller fellesskapsorientert forvaltning, til en individorientert/individualistisk forvaltning. Dette er blitt betegnet som en nyliberal reformbølge (Mydske, 2007). Disse endringstrekkene har vært et sentralt begrep i diskusjonen rundt utviklingen av offentlig sektor de siste 25 årene.

2.2 NPM (New Public Management)

Målet med NPM er å øke effektiviteten og myndighetenes kontroll med offentlig sektor. En sentral hypotese er at mer markedsorientering vil lede til et mer kostnadseffektivt tilbud av offentlige goder uten at dette vil ha negative konsekvenser for andre mål og vurderinger (Jensen, 2013).

Kjennetegn på NPM er oppsplitting i bestiller-utfører, utskilling, konkurranseutsetting, privatisering og detaljert målstyring. Videre er sentralisering av makt og desentralisering av ansvar sentrale trekk. NPM som reformkonsept styres av ideologisk skepsis til stat og politikere og framstilles som fornying eller modernisering av offentlig sektor. Reformene har tatt sikte på å effektivisere tjenesteytingen, forenkle forvaltningen, dempe utgiftsveksten og skape lønnsomhet i offentlig virksomhet. Det nye ved disse metodene er troen på marked og konkurranse, og at modeller fra det private næringsliv kan bidra til å utvikle mer effektive velferdsgoder i de offentlige tjenester.

Flere av disse kjennetegnene lå til grunn da helseforetaksreformen ble innført, og forskning bekrefter at reformen inneholder elementene som er identifisert som NPM (Eilertsen, 2005).

Dette anses som sentral teoretisk tilknytning til mitt valg av forskningsområde.

2.3 Reformers som endringsstrategi

Den tradisjonelle statsvitenskapelige teori forklarer reformer som en første tilnærming for å endre det bestående til noe som er bedre. Endringer foregår først og fremst som strukturell forandring, eller har karakter av mer å være en prosess for å finne bedre og mer hensiktsmessige løsninger. Dette betegnes som den rasjonelle/instrumentelle skolen (Pollit og Bouckaert, 2009).

Et annet syn er det kritiske perspektiv til den rasjonelle definisjonen, synliggjort av blant andre Kjell Arne Røvik. Røvik definerer reformer som trender utgått av moderne ideer i tiden, hvor kraften i idéstrømmen til reformutviklingen de siste 25 årene først og fremst handler om ideologi.

Ifølge Røvik har forretningstenkningen seiret over forvaltnings-tradisjonen (Røvik, 2007). Dette avtegnes som en av flere hovedtrender i utformingen av organisasjoner i nyere tid. Røvik har valgt å kalle dette

...Den nye, radikale økonomismen. Begrepet "økonomisme" refererer her til det fenomenet.... om at alle typer organisasjoner bør utformes i bildet av bedriften som ideal og også bør opptre som bedrifter.

Røvik refererer her til synspunkt om at denne trenden/ideen har fått et hegemoni (ibid). En av nestorene innen statsvitenskapen, Johan P. Olsen omtaler utviklingen fra 1980 – 2000 som "*den blå utfordringen*" (Lægreid, Olsen & Baldersheim, 1993).

I denne perioden ble effektiviseringen av offentlig sektor en sentral trend i tråd med en nyliberalistisk ånd. Den blå utfordringen stopper ikke her, men synes videreført med nye reformer som er implementert i offentlig forvaltning også etter 2000, som eksempelvis helseforetaksreformen i 2002.

Empirisk kan spesialisthelsetjenestens forretningsmessige organisering stå som et eksempel på det både Røvik og Olsen diskuterer. Overgangen fra forvaltningsstyrte fylkeskommunale sykehus til helseforetak som fristilte rettssubjekter bekrefter trenden både Røvik og Olsen drøfter. Også andre områder av samfunnet er omorganisert i denne retning, og bekrefter hegemonivurderingen til Røvik. Som eksempel viser omorganiseringen av NSB i enda større omfang en slik trend (Herning, 2009).

Institusjonell teori beskriver reformer som innføring av et sett med nye ideer som oppskrifter som blir implementert uten at det egentlig foretas noen konsekvensanalyse eller reell vurdering av reformens egnethet. Reformene er produkter av et symbolsk ideologisk hegemoni og spres gjennom slagordpreget retorikk (Brunsson og Olsen, 1993). Helseforetak-reformen kan klassifiseres inn i en slik beskrivelse. Tema for avhandlingen vil kunne gi et svar på om empirien fra utviklingstrekkene i spesialisthelsetjenesten bekrefter eller avkrefter en slik teori.

2.4 Erfaringer fra andre land

Erfaringer fra andre land vil også kunne bidra til å styrke det empiriske grunnlaget for avhandlingen. Her finnes kunnskap fra blant annet Skottland og New Zealand. Begge landene har erfaringer med foretaksorganisering og styring av offentlig sektor etter forretningsmessige styringsmåter (NPM). Erfaringene resulterte i at de avvirket markedsselementene som førte til konkurranse og privatisering.

2.4.1 New Zealand

New Zealand var tidlig ute med dyptgripende reformer som innførte markedsbaserte modeller. Dette eksperimentet begynte på 1980-tallet. Det ble kalt ”det new zealandske eksperiment” og varte til slutten av 1990-tallet. Også her var det økende utgifter til sykehussektoren og voksende ventelister som utløste reformen. Knappt noen andre land gikk så langt i å endre en velfungerende velferdsstat i en nyliberalistisk retning (Eilertsen, 2009). Reformen var inspirert av NPM, og konkurranse og markedsmekanismer ble innført blant annet i helsevesenet i New Zealand. Her var også hovedmålet bedre kostnadskontroll gjennom økt effektivitet. Virkemiddelet var å organisere sykehusene som selvstendige foretak med profittformål. Resultatet ble større underskudd, og allerede i 1996 ble noen av endringene reversert. I 2000 avvirket de bestiller-utførersystemet, og etablerte 14 folkevalgte regioner (DHB) som fikk ansvar for å drive sykehusene (Kalseth/Magnussen/Anthun, med flere, 2010).

2.4.2 Skottland

På 1990-tallet innførte de foretaksmodell og bestiller-utførersystem i det skotske helsevesen. Eksperimenteringen med markedsløsninger resulterte også i Skottland med en oppbygging av private helsetilbydere. Misnøyen økte med eksperimenteringen, det samme gjorde kravet om å fjerne markedsløsningene. Da det skotske parlamentet fikk selvråderett over helsepolitikken i 1999 avvirket de bestiller-utførermodellen (Eilertsen, 2009).

Skottland har gjennomført en organisatorisk snuoperasjon på sykehusområdet. De avviklet foretaksorganiseringen tilsvarende den norske i 2004. Den skotske sykehusmodellen bygger nå på prinsipper om samarbeid, lokal deltakelse og demokrati. Sentralt i organiseringen er 50 lokale helsestyrer. En ny lovgivning i 2003 skal sikre prosessen tilbake til et fullstendig offentlig helsevesen. Skottland har rammefinansiert overføringssystem (Ibid).

2.5 Definisjoner og begrepsavklaringer

2.5.1 NPM (New Public Management)

Begrepet NPM er vidt, og rommer flere enkeltstående styringselementer som er tatt i bruk i en rekke reformer i offentlig sektor siden begynnelsen av 1990-tallet. Det avgjørende når offentlig sektor omorganiseres etter såkalte NPM-prinsipper er å implementere styrings- og ledelsesverktøy fra privat nærings- og forretningsliv. Begrunnelsen for å innføre forretningskriterier er å redusere kostnadene, øke effektiviteten og kvaliteten, og å sikre en bedre styring. NPM kan defineres som en ideologi.

Noen kjennetegn ved denne nye styringsformen:

- Kopiere privat sektor i måten å organisere virksomheter på, som for eksempel foretak og aksjeselskapsform
- Innføre forretningsbasert regnskaps- og økonomistyringssystem
- Konkurransetsette gjennom bruk av anbud ved offentlig innkjøp
- Innsatsstyrt finansiering
- Mål- og resultatstyring etter mal fra måloppnåelseskrav i industrien, hvor kvalitet kan måles kvantitativt for eksempel gjennom hvor høye produksjonstall som er oppnådd. Dette er et målesystem som vanskelig lar seg bruke i offentlig sektor hvor oppgaven er å sørge for gode helse- og velferdstjenester til alle (Jensen, 2013).

2.5.2 Regnskapsloven

Det ble i forbindelse med sykehusreformen vedtatt at helseforetakene skulle avlegge regnskap i samsvar med regnskapslovens bestemmelser (Helseforetaksloven § 44). De fleste virksomheter i privat sektor plikter å føre sine regnskap etter reglene i denne loven. Den viktigste forskjellen mellom regnskapslovens bestemmelser og tradisjonell regnskapsføring i offentlig sektor er behandlingen av investeringer og eiendeler og verdien på disse. Hovedhensikten med all økonomisk aktivitet i privat sektor er inntjening, og regnskapet er innrettet for å synliggjøre inntjeningen.

Det er grunn til å stille spørsmål ved om prinsippene om lønnsomhet i regnskapsloven egner seg i offentlig sektor. Dette er en virksomhet som i utgangspunktet ikke har til hensikt å være lønnsom i en bedriftsøkonomisk målestokk. Inntektene kommer fra offentlige bevilgninger, som bestemmes politisk ut fra behov og prioriteringer (Voldnes, 2007).

2.5.3 Forvaltningsregnskap

Regnskap i offentlig sektor har som nevnt helt andre formål enn lønnsomhetsperspektivet som kommer til uttrykk i privat sektor. Offentlig sektor skal sikre et godt grunnlag for å styre, kontrollere og planlegge virksomheten på de ulike områder. Forholdet mellom budsjett og regnskap i det tradisjonelle budsjett- og regnskapssystemet i offentlig sektor er viktig. Budsjettet sier noe om hva som er prioriterte oppgaver, og virker dermed som viktig styringssignal. Inntekter og utgifter skal samsvare med politiske vedtak og budsjett (Eilertsen og Bjerke, 2009).

2.5.4 Forvaltningsstyring

Som et utgangspunkt kan det sies at det er knyttet to ulike styringsfilosofier til henholdsvis forvaltningsorganisering og foretaksorganisering:

Ved forvaltningsorganisering er det lagt til rette for en sterk og direkte styring fra overordnet politisk organ.

Organisering og tilrettelegging av den overordnede styringen er direkte forankret i det politiske ansvaret som offentlig eierskap gir. Forvaltningsmodellen gir mulighet for utstrakt delegasjon av myndighet gjennom særskilte fullmakter. Storparten av statens virksomhet er organisert innenfor rammen av staten som juridisk person, det vil si som forvaltningsorgan. Forvaltningsorganisering brukes for statlig virksomhet som innebærer utøvelse av politisk og konstitusjonelt ansvar. Slik virksomhet må derfor være underlagt muligheten for direkte styring og ledelse fra overordnet politisk hold, også når det gjelder den løpende driften.

For virksomhet som er underlagt et politisk ansvar, men i praksis har som formål å utvikle tilbud av varer eller tjenester, kan det være mer hensiktsmessig med organisering i foretak. Avhengig av bl.a. virksomhetens karakter kan det være naturlig å organisere slike foretak etter særskilt lovgivning (NOU 1999: 15).

2.5.5 Foretaksorganisering

Foretaksorganisering markerer et klart organisatorisk skille mellom virksomheten og overordnet politisk organ. Ett av siktemålene ved innføringen av foretakssystem i spesialisthelsetjenesten var å gi sykehusene en klarere ansvars- og fullmaktsposisjon slik at ledelsen skulle få et mer helhetlig ansvar for den løpende driften. Det ble forutsatt at eierstyringen konsentreres om overordnede forhold. Formelt sett er det imidlertid ikke begrensninger i eiers rett til å styre. Organisasjonsformen i seg selv begrenser således ikke eiers mulighet for styring og det ansvar som er knyttet til denne styringsposisjonen. En hyppig direkte inngripen i daglig drift vil imidlertid undergrave daglig leders og styrets ansvar (Eilertsen og Bjerke, 2009).

2.6 Krav til konsekvensvurdering – analyser

Det er viktig at statlige tiltak er velbegrunnede og gjennomtenkt skriver Statens Senter for Økonomistyring (SSØ) på sine hjemmesider (2012, før navneendring).

Samfunnsøkonomiske analyser dreier seg om å legge til rette for gode beslutningsprosesser og forsvarlige beslutningsgrunnlag. Samfunnsøkonomiske analyser gir økt informasjon i forkant av en beslutning om et tiltak skal gjennomføres eller ikke.

Hvilket samfunnsproblem skal løses, og hvilke alternative tiltak kan løse problemet?

Hvilke fordeler og ulemper har de ulike alternativene, og for hvem?

Overstiger fordelene ved tiltaket ulempene?

Dette er spørsmål samfunnsøkonomiske analyser skal bidra til å belyse gjennom en systematisk kartlegging og sammenligning og vurdering av alternativer og konsekvenser.

En hovedregel når nye tiltak/prosjekter/reformer e.l. skal vurderes er å gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse. Målet her er å beskrive alle relevante alternativer så langt dette lar seg gjøre. I Finansdepartementets veileder i samfunnsøkonomiske analyser skilles det mellom tre hovedtyper samfunnsøkonomiske analyser. Disse er:

Nyttekostnadsanalyse:

En systematisk kartlegging av fordeler og ulemper ved et bestemt tiltak. Nyttevirkninger og kostnader verdsettes i kroner så langt det er faglig forsvarlig.

Kostnadseffektivitetsanalyse:

En systematisk verdsetting av kostnadene ved ulike alternative tiltak som kan nå samme mål. Kostnadene verdsettes i kroner, og man søker å finne den rimeligste måten å nå et gitt mål.

Kostnadsvirkningsanalyse:

En kartlegging av kostnader for ulike tiltak som er rettet mot samme problem, men der effektene av tiltakene ikke er helt like. I slike tilfeller kan vi ikke uten videre velge det tiltaket med lavest kostnader.

Hensikten med nyttekostnadsanalyser er å avdekke det faktagrunnlaget, som et folkevalgt flertall bør ta hensyn til når de fatter sin beslutning (Østre, 2010).

Utredningsinstruksen

Kravet om gjennomføring av samfunnsøkonomiske analyser er nedfelt i

Utredningsinstruksen. Denne instruksen krever at statlige virksomheter skal analysere og vurdere vesentlige konsekvenser av beslutninger før de fattes. Instruksen gjelder arbeidet med offentlige utredninger, forskrifter, reformer og tiltak samt proposisjoner og meldinger til Stortinget.

Reglement for økonomistyring

Bruken av samfunnsøkonomiske analyser forankres også i Reglement for økonomistyring i staten, § 1 (kravet om effektiv ressursbruk) og § 4 (kravet om at alle virksomheter skal sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsunderlag.)

3. Metodisk tilnærming

Samfunnsvitenskapen har som målsetting å forklare prosesser og hendelser for å få en større forståelse av samfunnets utvikling og samfunnsmessige forhold. Formålet med å forske er blant annet å forklare fenomener, og prøve å finne årsaker til en gitt utvikling.

Samfunnsvitenskapen studerer og utvikler teorier om fenomenene, prøver å forklare sammenhenger, bekrefte eller avkrefte, og konkludere i en analyse på bakgrunn av empiri. Ut fra dette kan vi si at samfunnsvitenskapene er erfaringsbaserte, eller empiriske disipliner (Gilje og Grimen, 2007).

En grunnleggende regel innen forskning er at en teori må formuleres slik at den blir testbar, det såkalte falsifikasjonsprinsippet (ibid). En hypotese viser til en teori eller antagelse som kan være forklaringen på et fenomen som skal etterprøves empirisk (Johannesen m fl., 2011). Ved hjelp av en hypotese etableres et bilde av hva vi venter å finne gjennom forskningsarbeidet. Vitenskap og forskning er to sider av samme sak, og forutsetter hverandre. Vitenskap definert som generell overførbar kunnskap, som modeller, teorier, begreper og forståelsesmåter. Forskning på sin side kan defineres som et praktisk prosjekt hvor resultatene av en avhandling framkommer gjennom forskningsmetode (Madsbu, 2011). Forskningens grunnlag består av ontologiske og epistemologiske spørsmål. Det innebærer å finne ut hvordan virkeligheten egentlig er (ontologi), og finne ut hvordan vi skal få relevant kunnskap (epistemologi).

3.1 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming

I valg av samfunnsvitenskapelig metode kan vi skille mellom to hovedformer, kvalitativ og kvantitativ metode. Tema og problemstilling vil være avgjørende for hvilke metode som velges i innsamling av data. Forskjellen på disse metodene er at kvantitativ metode er innsamling av data som lar seg tallfeste, og dermed kan uttrykkes ved bruk av et tall. Kvalitativ metode derimot retter seg inn mot en dypere undersøkelse av et fenomen på et forholdsvis smalt felt.

I kvalitative undersøkelser er det i første rekke ønske om å skape større forståelse for det området som skal undersøkes, og sette problemet man studerer inn i en større sammenheng og kunnskapsramme.

På denne bakgrunn kan en samfunnsvitenskapelig tilnærming betraktes som enten kvantitativ eller kvalitativ, avhengig av hvilke metode som er valgt for innsamling og analyse for relevante data til problemstillingen. Men, her er det ikke snakk om et enten eller, det er mulig å kombinere begge metoderetninger i et prosjekt. I den praktiske virkeligheten vil mange forskningsprosjekter ha innslag av begge metoder (Grønmo, 2002).

3.2 Empiri / datainnsamling

Dokumentanalyse som kvalitativ metode vil være hensiktsmessig i denne masteroppgaven. Jeg vurderte tidlig å foreta dybdeintervju i tillegg til dokumentanalyse, men etter en helhetlig vurdering konkluderte jeg med at objektiviteten best ble ivaretatt ved å gå inn i det skriftlige materialet. Dokumentanalyse er en datainnsamlingsform som baseres på skriftlige kilder. Sentrale kilder er offentlige dokumenter. I denne avhandlingen er beslutningsdokumenter i Storting, regjering og de regionale helseforetakene sentrale. Rapporter og dokumenter fra nasjonale og internasjonale forskningsmiljøer og andre aktører er også interessant å basere forskningen på (Madsbu, 2011).

3.3 Case-studie

I avhandlingen bruker jeg omorganiseringen av Oslo Universitetssykehus HF som case. Case kommer av det latinske ordet ”kasus” som betyr tilfelle. Dette betyr at selv med å bruke case som metode likevel kan finne gyldighet som kan kaste lys over tema som skal belyses. Et case kan ha relevans og interesse, både som enkeltstående tilfelle og i en teoretisk og samfunnsmessig sammenheng (Yin, 2003).

Problemstillingen og valg av case vil angå både helsesektoren totalt sett og relevante endringer i andre deler av offentlig sektor. Teori anvendes som verktøy for å analysere, oppsummere eller fortolke funn som er gjort. Et case kan anvendes for å teste ut eller utvikle ny teori. I min avhandling har jeg vektlagt det beskrivende og fortolkende.

3.4 Validitet og reliabilitet – sikring av kvalitet

Validiteten sier noe om gyldigheten av resultatene, om undersøkelsen undersøker det som er ønskelig. Sentralt spørsmål er hvor godt jeg lykkes med å analysere det som er ønskelig, og om analysen kan gi nye refleksjoner knyttet til tema, problemstilling og hypotese.

3.4.1 Validitet

Datagrunnlaget som brukes i forskning representerer virkeligheten. Validiteten handler om hvor godt data faktisk representerer det fenomen som skal undersøkes. Resultater som benytter seg av kvantitative metoder egner seg ofte bedre til å generalisere enn resultater fra kvalitative undersøkelser. Målet med kvalitative undersøkelser er som regel ikke å sikre et representativt utvalg, men å søke å oppnå en dypere forståelse av forskningstema (Madsbu, 2011).

3.4.2 Reliabilitet

For å oppnå høy grad av validitet er man avhengig av høy reliabilitet i undersøkelsen. Jeg anser at mitt datagrunnlag har høy reliabilitet, de dokumenter jeg bygger avhandlingen på er offentlige dokumenter. De er endelige i sitt innhold. Dette er derfor kilder med høy grad av gyldighet.

4. Sykehussektoren – historiske utviklingstrekk

Fra midt på 1800-tallet og de neste 100 årene ble det gjort flere grunnleggende oppdagelser og nyvinninger som skulle få stor betydning for mulighetene til forebygging, diagnostisering og behandling av sykdom. I denne perioden fikk vi en sterk utbygging i sykehussektoren, parallelt med dette naturlig nok også en sterk vekst i kostnadene. Utbyggingen den gang manglet en overordnet styring når det gjaldt helheten i tilbudet, og behovet for en geografisk struktur på sykehustjenestene nasjonalt (NOU 1998:9).

4.1 Planlegging som sentralt styringsverktøy

Norsk samfunnsplanlegging startet med byplanlegging. Dette kan spores tilbake til framveksten av de første byene. Planoppgavene skulle sikre byene mot angrep, forebygge brann og bygge teknisk infrastruktur. Fra 1800-tallet utvidet planleggingsmålene seg til også å omfatte bo- og helseforholdene. Det moderne plansystemet i Norge bygger på gjenreisingen av Nord-Norge etter andre verdenskrig. Dette gav grunnlaget for å se på planlegging som et redskap for offentlige myndigheter til å styre samfunnsutviklingen i henhold til politiske mål. I etterkrigstiden ble oppbyggingen av velferdsstaten sentral i samfunnsplanleggingen. Planleggingen gikk dermed over i en ny fase. Et godt planleggingssystem er en forutsetning for styring. Oppbyggingen av det norske velferdssystemet vi kaller velferdsstaten er et resultat av et langsiktig politisk prosjekt, styrt målrettet gjennom demokratiske prosesser. Styringen av offentlig sektor er ivaretatt politisk, gjennom folkevalgte organer. Når vedtak er fattet, skal de folkevalgte gjennom planlegging og økonomistyring sørge for å innfri de målene som er fastlagt gjennom vedtak av hvordan fellesskapets midler skal disponeres til beste for befolkningen.

Planlegging er en sentral funksjon for å møte framtidige utfordringer. For å få gjennomført de mål som vedtas (planleggingen) må det være etablert rutiner som sikrer at planarbeidet går i den retning som er ønsket (styring). For å sikre at utviklingen går i den retning som er bestemt, må virksomheten ha rutiner og system som vurderer og evaluerer i en kontinuerlig prosess (kontroll) (Hedenstad m fl., 1995).

4.2 Fylkeskommunen som sykehuseier

Sykehusloven, som trådte i kraft i 1970, representerte et tidsskille når det gjaldt spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunene fikk med loven et klart ansvar for sykehustjenestene.

En viktig konsekvens av sykehusloven var at den forutsatte etablering av en nasjonal sykehusplan. Den ble utarbeidet ved at de enkelte fylkeskommuner laget planer for sitt fylke, mens Helsedirektoratet og Sosialdepartementet skulle samordne planene til en felles plan for hele landet.

Fylkeskommunene skulle sørge for planlegging, utbygging og drift av de institusjonene og tjenestene som loven definerte. Landet skulle deles inn i helseregioner, og de fylkene som utgjorde en helseregion skulle etablere et regionalt helseutvalg og sørge for å utarbeide regionale helseplaner (Lov om sykehus, 1969, § 2 a). Dette skulle bl.a. bidra til bedre samordning og samarbeid mellom helseinstitusjonene om oppgaver og funksjoner, og mer forutsigbar og strukturert utbygging. De skulle sikre bedre helhetstenkning og gode og likeverdige tilbud til alle.

Planer for nye bygg og investeringer skulle imidlertid godkjennes av Sosialdepartementet. Staten hadde dermed styring på låneopptak, utgiftene til renter og avdrag og investeringer i nye sykehusbygg. De fylkeskommunale planene for nye bygg og investeringer var samlet betydelig høyere enn det sentrale myndigheter mente det var økonomisk grunnlag for. Derfor fortsatte striden og drøftingene om utbyggingsplanene. Fylkeskommunene presset på for å bygge ut, mens staten bremsset og utsatte byggeplanene. Det er grunn til å tro at dette har bidratt til store utfordringer og problemer knyttet til uhensiktsmessig, utilfredsstillende og dårlig vedlikeholdt bygningsmasse. Statlig overtakelse av sykehussektoren har på denne bakgrunn blitt drøftet i flere utredninger.

I NOU 1987:25 om ”*Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering*”, er flertallets konklusjon at sykehusdrift fortsatt bør forankres i fylkeskommunalt forvaltningsnivå.

”Alternativet med statlig overtakelse ble vurdert som en svekkelse av den folkevalgte kontroll med institusjonshelsetjenesten fordi avstanden mellom den politiske styring og virksomheten ville øke.”

I st.meld. nr 41 (1987-88) ”*Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*” blir det trukket opp noen hovedlinjer for framtidig organisering, ressursfordeling og beslutning om styringsformen. I nasjonal helseplan blir mål, utfordringer og strategier for å ivareta hovedmålsettingen presentert (St.meld. nr 41 (1987-88)).

I behandlingen av den nasjonale helseplanen (Innst. S. nr. 120 (1988-89)) framhevet stortinget

”at den nåværende regionalisering av helsevesenet skulle opprettholdes og at dagens desentraliserte struktur med fylkeskommunalt ansvar for spesialisthelsetjenesten i store trekk skulle videreføres.”

I St.meld. nr 50 (1993-94) ”*Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helse-tjeneste*” ble igjen sykehusstruktur og oppgavefordeling et tema, og det ble slått fast i meldingen behov for nye krav og muligheter som følge av den medisinske utviklingen. Statlig overtakelse av sykehusene ble diskutert i denne meldingen. Konklusjonen ble at hovedtrekkene i dagens oppgavefordeling mellom stat, fylker og kommuner skal legges til grunn, og at fylkeskommunene fortsatt skal eie og drive sykehusene. Statens rolle når det gjelder styringen skal forsterkes og klargjøres.

I forbindelse med behandlingen av helsemeldingen vedtok Stortinget en utredning om alternative modeller for nasjonal styring og eierskap, og Hellandsvikutvalget ble oppnevnt til å foreta en slik utredning (Innst. S. nr. 165 (1994-95). Utvalget la fram sin innstilling 13. mars 1996 (NOU 1996:5).

Fylkeskommunen har vært en viktig buffer og har på nasjonens vegne ivaretatt styringen og den økonomiske kontrollen. Dette forholdet var et vesentlig drøftingspunkt i Hellandsvikutvalgets innstilling og i St.meld 24 (1996-97) *Tilgjengelighet og faglighet*.

I innstillingen fra Hellandsvikutvalget som utredet konsekvensene (NOU 1996:5) ble flere modeller vurdert. Utvalget var enige om å forsterke den regionale samordningen mellom fylkene. Utvalget delte seg i tre når det gjaldt modeller for finansiering og eierskap.

Disse var:

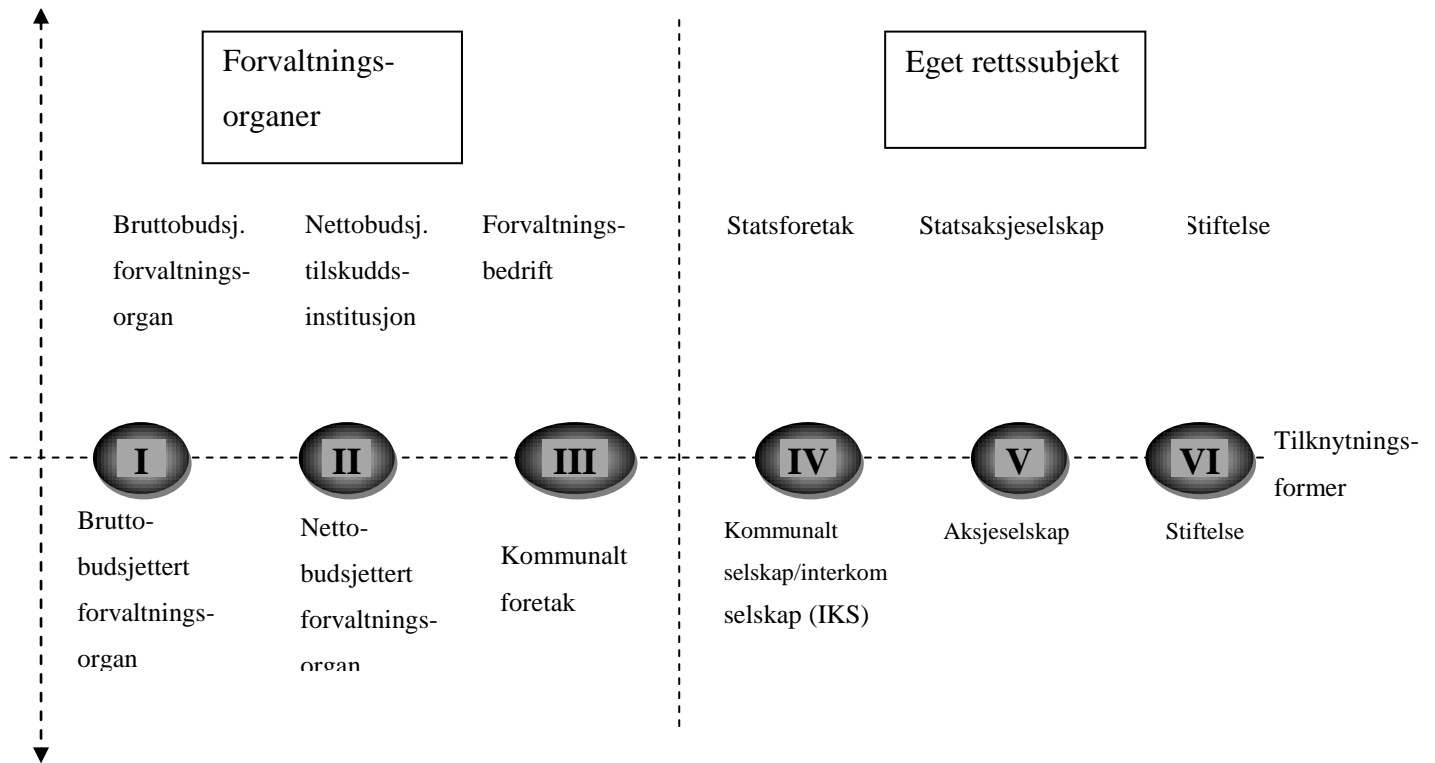
- *Regionalt sykehusvesen med fylkeskommunen som eier – løst formalisert regionalt samarbeid.*
- *Formalisert interfylkeskommunalt samarbeid – interfylkeskommunalt selskap.*
- *Regionalt sykehusvesen med staten som eier.*

Utvalgets konklusjoner med tre modeller er et uttrykk for stor uenighet om både eierskap til sykehusene og hvordan de skulle organiseres.

Allerede mens dette arbeidet var i sin spede begynnelse, ble et nytt utvalg nedsatt for å vurdere ulike tilknytningsformer for sykehus, Sørensenutvalget (NOU 1999:15).

Begrunnelsen for mandatet var at de offentlige sykehusenes tilknytningsform og rammebetingelser måtte ses i lys av private aktørers økende rolle i helsevesenet. Sørensen-utvalgets flertall la fram sin innstilling ”for *fristilling av norske sykehus – inkludert AS*” 23.mars 1999 (ibid). Utvalget skriver i innstillingen at de ikke har hatt tid til å utrede økonomiske, medisinske, helsepolitiske eller samfunnsmessige konsekvenser av sine forslag, slik de ifølge mandatet fra Sosial- og helsedepartementet ble bedt om å gjøre.

I figuren under framstiller utvalget de ulike mulige tilknytningsformer for sykehusene. De organisasjonsformene som er en del av forvaltningen er oppført til venstre i figuren, mens fristillingsmodellene ses på høyresiden. Graden av fristilling øker jo lenger ut til høyre modellene ligger.

STAT**KOMMUNE**

(Kilde: NOU:1999:15)

Konklusjoner til Sørensenutvalget:

Utvalget samlet seg om at forvaltningsorganmodellen var en egnet tilknytningsform for sykehus. Samtidig mente utvalget at det er et behov for utvidede fullmakter til sykehusenes ledelse. Utvalgets flertall gikk inn for organisasjonsfrihet, mens et mindretall mente valgfriheten skulle begrenses til kun å gjelde forvaltningsorganer slik at sykehusene fortsatt forble juridiske enheter i stat og fylkeskommune.

Sørensenutvalget ble fulgt opp med ny lov om fylkeskommunale sykehusselskaper (Ot.prp. nr.25 (1999-2000)), loven ble vedtatt i stortinget 13. juni 2000, kort tid etter regjeringsskiftet fra Bondevik I - regjeringen til Stoltenberg I - regjeringen.

Et annet offentlig utvalg som ble nedsatt i 2000, Oppgavefordelingsutvalget, fikk i oppdrag å vurdere antallet forvaltningsnivåer, og forslag til ansvarsfordeling av oppgaver ved en eventuell reduksjon i antallet forvaltningsnivåer.

Flertallet mente at det folkevalgte regionale nivået minimum bør ha finansieringsansvaret for spesialisthelsetjenesten, men det er ulikt syn på om det folkevalgte regionale nivået også må være eier av sykehusene (NOU 2000:22).

Det var derfor overraskende at departementet i sitt forslag til sykehusorganisering kom til helt andre konklusjoner enn de som framkommer i flere av de nevnte omfattende utredningene, uten at dette ble begrunnet (Høringsnotatet, 2001).

4.3 Regionalisering av helsevesenet

Tanken om inndelingen i helseregioner ble som det framgår i forrige avsnitt drøftet og vedtatt allerede på 1970-tallet, forankret i sykehusloven (1970). Bakgrunnen var behovet for en bedre koordinert helsetjeneste. Prinsippet om en regionalisert løsning for å få bedre ressursutnyttelse ble slått fast i stortingsmeldingen om *Sykehusutbygging m v i et regionalisert helsevesen*. (St.meld. nr 9 (1974-75)). Eksplisitt ble det i denne stortingsmeldingen foreslått en inndeling i fem helseregioner. I hver av helseregionene skulle det etableres regionale helseutvalg. Som en oppfølging av denne stortingsmeldingen fikk vi en inndeling i helseregioner som ikke ble forankret gjennom lovverk. En inndeling i fem helseregioner ble gjort på grunnlag av befolkningsmessige og geografiske forhold.

Et ledd i regionaliseringen var å sikre at de fylkesvise planene ble vurdert i en helhetlig sammenheng med utgangspunkt i nasjonale behov. Stortinget forutsatte på denne bakgrunn at det ble utarbeidet en nasjonal plan for sykehusutbygging som fylkesplanene kunne tilpasses. Aktiviteten i de regionale helseutvalgene var fram til 1990-tallet forholdsvis beskjedne, noe som ble satt i sammenheng med at utvalgene kun hadde en rådgivende funksjon (Ot.prp. nr 66 (2000-2001)).

I Ot.prp. nr. 48 (1997-98) *Sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid* ble det foreslått et lovgrunnlag som skulle formalisere den regionale helseplanleggingen og virksomheten i de regionale helseutvalgene. De regionale helseutvalgene får pålegg om å utarbeide regionale helseplaner. Departementet skal gis hjemmel til å stille kravene til innhold, utforming og gjennomføring.

I proposisjonen ble det også foreslått en hjemmel som skal sørge for at departementet har vedtaksmyndigheten for de regionale helseplanene (Ot.prp. 48 1997-98).

Forslagene i proposisjonen om lovendringer er en oppfølging av Stortingets behandling av forslaget om regionalt samarbeid i St meld nr 24 (1996-97) *Tilgjengelighet og faglighet - Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*. I denne stortingsmeldingen framkom det også problemer med de regionale helseutvalgene. Grunnen til dette var at samarbeidet var av frivillig karakter, og dermed skapte uklarhet om utøvelsen.

Forslagene til lovendringer er følgende:

1. *Riket inndeles i helseregioner.*
2. *De regionale helseutvalgene formaliseres.*
3. *De regionale helseutvalgene pålegges å utarbeide regionale helseplaner.*
4. *Departementet gis hjemmel til å gi nærmere bestemmelser om de regionale helseplanenes innhold og utforming og rapportering om gjennomføring av planene.*
5. *Departementet gis hjemmel til endelig å vedta de regionale helseplanene.*
6. *Departementet gis hjemmel til å gi bestemmelser om de regionale helseutvalgenes oppgaver.*

Disse forslagene styrker den nasjonale styringen av helseregionene og de regionale helseplaner.

Stortinget sluttet seg til forslagene (Innst.S.nr.237 (1996-1997):

- *De regionale helseutvalgene ble formalisert gjennom bestemmelser i den nye loven.*
- *De regionale utvalgene skulle være politiske organer med en sammensetning av politikere oppnevnt av fylkestingene i regionen.*
- *Etablering av permanente sekretariater.*
- *Planer utarbeides i helseregionene og vedtas i Sosial- og helsedepartementet.*

På bakgrunn av disse beslutningene vedtok Stortinget å lovfeste de regionale helseutvalgene i lov om endringer i sykehusloven (1997-1998).

13. januar 1999 ble inndeling i helseregioner vedtatt gjeldene fra 1. februar 1999 (1999 Kongelig resolusjon).¹ Den viktigste oppgaven til de regionale helseutvalgene skulle være å utarbeide regionale helseplaner.

Riket inndeles i fem helseregioner som består av følgende fylkeskommuner:

Helseregion Nord-Norge: Finnmark, Troms og Nordland

Helseregion Midt-Norge: Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal

Helseregion Vest: Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland

Helseregion Øst: Oppland, Hedmark, Akershus, Oslo og Østfold

Helseregion Sør: Vestfold, Buskerud, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder

(Statens forvaltningstjeneste, Odin-redaksjonen, februar 1999)

Helseregionene skal utgjøre enheten for overordnet planlegging, og erstatter godkjenning av fylkeskommunale helseplaner. De regionale helseplanene skal være en fireårig strategisk plan som skal gi en oversikt over sentrale utfordringer, relevante planforutsetninger med tilhørende overordnet analyse. Den første planperioden starter i 2000. Helseregionene og fylkeskommunene har ansvar for kartlegging, analyse og forankring av planprosessen. I henhold til lov om sykehus § 2 a og forskrift om regional helseplan § 2 skal det regionale helseutvalget utarbeide regional helseplan på vegne av fylkeskommunene. Sosial- og helsedepartementet vedtar regional helseplan etter fylkestingsbehandling (rundskriv 1-19/99)².

¹ Fastsatt med hjemmel i lov 19. juni 1967 nr. 57 om sykehus m.v. § 2 a og i lov 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern § 2a.

² Rundskriv 1-19/99 Om krav til og arbeidet med regionale helseplaner

Regionaliseringen samsvarer i stor grad med inndelingen som senere ble etablert (2002), som følge av helseforetaksreformen. Unntaket er fordelingen av fylkesinndelingen på sør-østlandet. Oslo og Akershus tilhørte hver sin helseregion.

Her ble det foretatt en endring i behandlingen av Stortingsmelding *Tilgjengelighet og faglighet – om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste* (nr 24 (1996-97)).

Stortinget ba regjeringen legge fram forslag om en ny inndeling av helseregion 1 og 2, slik at fylkene Oslo og Akershus ble organisert i samme region. Det ble fremmet forslag om ny inndeling for å ivareta dette behovet i Stortingsmeldingen *Et sted må grensen gå*. (St. meld. nr 37 (1997-98)). Målsettingen med denne inndelingen var å tilrettelegge bedre for koordinering gjennom det regionale helseplansystemet.

Stortinget sluttet seg til forslaget gjennom lovendringer (lov av 17 juli 1998) om endringer i lov 19 juni 1969 nr 57 om sykehus mv § 2 a, og i lov 28 april 1961 nr 2 om psykisk helsevern § 2 a). Vedtaket om inndeling i helseregioner trådte som sagt i kraft 1. februar 1999. Dette var langt på vei helt i samsvar med hvordan en inndeling utover fylkeskommunegrensene allerede ble praktisert for spesialisthelsetjenesten.

Bedre arbeidsfordeling mellom sykehusene

I hver region fikk alle sykehusene en tydeligere arbeidsfordeling, slik at de totalt sett utgjorde en hensiktsmessig enhet i det regionale sykehusstilbudet. Det ble etablert tre sykehusnivåer, definert etter innhold og funksjoner, lokalsykehus, sentralsykehus og region-sykehus. I tillegg til en slik funksjonsfordeling ble landsfunksjonene dekket gjennom en arbeidsfordeling mellom Rikshospitalet, Radiumshospitalet og regionsykehusene (St.meld. nr 24 (1996-97)).

Lokalsykehusene dekket behovet for de vanlige tjenestene i spesialitetene indremedisin og kirurgi (ofte inkludert fødetilbud) i et avgrenset geografisk område. De lokale sykehusene hadde støttefunksjoner som anestesi, røntgen- og laboratorietjenester.

Sentralsykehusene hadde i tillegg til lokalsykehusfunksjoner flere spesialiteter. Fra 1970 til 2002 var disse sykehusene en vanlig betegnelse på det største fylkessykehuset. Sentralsykehuset hadde som oftest over 200 senger, og mange forskjellige spesialenheter i tillegg til laboratorier og poliklinikker.

Regionsykehusene hadde høyspesialiserte funksjoner og tjenester. I tillegg også lokal- og sentralsykehusfunksjoner. Disse sykehusene dekket behovet for tjenester på tvers av fylkenes behov. Dette var starten på den regionale helseinndelingen av spesialisthelsetjenesten, og på det regionale samarbeidet.

Vedtaket om den regionale helseinndeling i 1999, og bestemmelsen om utarbeidelse av regionale strategiske helseplaner med første planperiode fra 2000 fikk kort virketid på grunn av vedtaket om helseforetaksloven. Med valg av en styringsmodell der de regionale folkevalgte ikke lenger hadde ansvar for planprosess, kartlegging, analyser og formell innflytelse forsvant også tidligere vedtatte bestemmelser. Med helseforetaksreformen og foretaksorganiseringen som ble iverksatt 1. januar 2002, ble det systematiske arbeidet med etableringen av et folkevalgt regionalt forpliktende samarbeid på helseområdet avsluttet før det hadde kommet i gang.

Økt effektivitet i sykehusene

I perioden 1987 til 1996 økte sykehusene behandlingseffektiviteten uten at det skjedde en økning i sykehusutgiftene. I perioden 1980 til 1995 hadde sykehusene en årlig utgiftsøkning på ca 1.2 prosent, korrigert for prisstigning. Etter 1995 har den årlige utgiftsøkningen vært på ca 4.8 prosent (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)). Det ble av denne grunn ikke lagt opp til vesentlige endringer i finansiering eller organisering (St.meld.nr.50 (1993-1994)).

Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Gjennom innsatsstyrt finansiering og fritt sykehusvalg på samme behandlingsnivå etableres det et markeds- og konkurranselignende system. Innsatsstyrt finansiering gir sykehusene insentiver til å øke pasientbehandlingen og kan føre til økt oppmerksomhet mot lønnsomhet.

Sykehusene har med andre ord fått en ny form for økonomisk risiko i og med at bortfall av aktiviteter fører til inntektsreduksjoner. (Store norske leksikon 2005-2007)

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for sykehus 1. juli 1997. De viktigste prinsippene for innsatsstyrt finansiering (ISF) ble lagt fram for Stortinget i St.meld. nr 44 (1995-1996) og tatt i bruk som nasjonalt finansieringssystem 1. juli 1997.

Ordningen gjelder somatiske pasienter. ISF dekker 40 prosent av gjennomsnittskostnadene for pasientgrupper som er inkludert i ordningen. De resterende 60 prosent dekkes av grunnbevilgningen til de regionale helseforetakene (HODs hjemmesider). ISF-systemet for sykehusene er en sentral del av grunnlaget for dagens foretaksorganisering fra 2001 (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Refusjonssatsen ble økt fra 40 til 50 prosent i 1999, men senere redusert på grunn av vridningseffekter ved at sykehusene i for stor grad vektla tilbud som ga god inntjening gjennom denne ordningen (ibid).

Tilleggsbevilgning – sykehus

Fylkeskommunene hadde i 1999 et underskudd 2.1 mrd kroner. Årsaken var realnedgang i de frie inntektene til fylkeskommunene, parallelt med et høyere aktivitetsnivå enn hva statsbudsjettet hadde forutsatt. Regjeringen foreslo tilleggsbevilgninger til sykehussektoren på 1.25 mrd. kroner (St.prp.nr 47 (1999-2000)). Stortinget vedtok å bevilge ytterligere 520 mill. kroner under stortingsbehandlingen i juni 2000.

Regjeringen Stoltenberg I (17. mars 2000 – 19. oktober 2001), v. helseminister Tore Tønne mente på bakgrunn av det som ble omtalt som en ”situasjon ute av kontroll” at tiden var inne til å vurdere omfattende endringer av styringsstruktur i sektoren. Dette ville være helt nødvendig for å unngå lignende økonomiske situasjoner som underskuddene i 1999. Utvalget som avla innstilling om sykehusøkonomien slo fast at det var store styringsmessige problemer med økonomien. Stortingsproposisjonen som resulterte i ekstrabevilgninger til de fylkeskommunale sykehusene, ble en utløsende faktor for regjeringens omstillingarbeid i fortsettelsen (Herfindal, 2008).

Arbeiderpartiets (Ap) landsmøte i november 2000 skulle bli avgjørende for spesialisthelsetjenestens framtidige organisering. Vedtaket om en omorganisering måtte få tilslutning fra landsmøtet før saken kunne fremmes fra Stoltenberg I-regjeringen til behandling i Stortinget. Landsmøtet i november 2000 vedtok med knapt flertall følgende om eierskap til sykehusene:

”Eierskapet til sykehusene må overføres til staten for å sikre en helhetlig planlegging og klarere ansvarsforhold i sykehusvesenet. Ved statlig eierskap skal sykehusene skilles ut av forvaltningen, eies hundre prosent av staten og organiseres som statlige foretak. Dette skal fastlegges i egen lov. Hvert foretak skal ha et regionalt basert styre, oppnevnt av eieren og med tilknytning og tilhørighet i den befolkningen de skal tjene.”

5. Sykehusreformen: Fra forvaltning til forretning

Helseminister Tore Tønne (Stoltenberg I-regjeringen) sa etter Aps landsmøte i november 2000 at landets 84 offentlige sykehus skulle omdannes til fristilte statsforetak i løpet av ett år. Dette innebærer at sykehusene tas ut av forvaltningen og organiseres som foretak, 100 prosent eid av staten og med såkalte profesjonelle, selvstendige styrever. 18. januar 2001 sendte Sosial- og helsedepartementet ut et høringsnotat om den omfattende reformen. Høringsfrist: 5. mars 2001.

Begrunnelse for omorganiseringen var:

1. Behov for klarere ansvar
2. Hensynet til likhet i tilbud og kvalitet på sykehustjenester
3. Befolkningens mulighet til å ta del i den medisinsk-teknologiske revolusjon
4. Ta konsekvensen av at sykehus er kompliserte og krevende organisasjoner

(Høringsnotatet, 2001)

Det ble ikke utarbeidet noen offentlig utredning (NOU) i tilknytning til dette store reformforslaget i 2001, og det ble ikke foretatt noen form for regionalpolitisk vurdering eller langsiktige analyser av medisinske, helsepolitiske, samfunnsmessige eller økonomiske konsekvenser.

Det er ikke trukket noen forbindelseslinjer til de ulike utredningene de siste årene (som gjennomgås i kapittel fire), heller ikke til Oppgavefordelingsutvalgets innstilling som kom i 2000 (NOU 2000:22). Vurdering av erfaringer med lignende reformer i andre land det hadde vært naturlig å sammenligne seg med ble ikke foretatt. Sykehusreformens største svakhet var derfor at en rekke viktige spørsmål verken ble drøftet eller forsøkt avklart.

Det gikk et drøyt år fra Ap fattet vedtak om statlig overtakelse gjennom en fristilling fra forvaltningen i november 2000, til reformen trådte i kraft i januar 2002.

I lov om helseforetak framgår det at sykehusreformen først og fremst dreier seg om organisatoriske endringer, og at de foreslåtte endringene ikke er ment å rukke ved verdigrunnet for helsepolitikken. Omorganiseringen er et ledd i regjeringens mål for moderniseringen av offentlig sektor (Stoltenberg, 2000).³

Stoltenberg mente en modernisering av offentlig sektor må ha en større åpenhet til private løsninger når det gjelder tunge områder som sykehus og utdanning. Stoltenberg sa til representantskapet at regjeringen ville etablere en bedre og mer robust modell, ved at sykehusene skulle bli mer selvstendige (Herfindal, 2008).

Lov om helseforetak ble vedtatt med støtte fra H og Fremskrittspartiet (Frp) (Ot.prp. nr 66 2000-2001). Stortingets mindretall, bestående av Kristelig folkeparti (KrF), Senterpartiet (Sp) og SV var uenig i foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten. De mente utfordringene i helsevesenet best kunne løses innenfor forvaltningsmodellen (Innst. O.nr. 118 (2000-2001)).

Disse medlemmer vil peke på at prinsippet om lokalt politisk ansvar for viktige velferdstjenester har stått sentralt i utviklingen av den norske velferdsstaten i hele etterkrigstiden. Disse medlemmer mener at Regjeringens modell tar strukturspørsmål av vidtrekkende regionalpolitisk betydning ut av folkevalgt styring (Innst O nr. 118 (2000-2001)).

5.1 Bakgrunn for sykehusreformen

Som jeg har vært inne på i kapittel fire var underskuddene i de fylkeskommunale sykehusene i 1999 en utløsende faktor for sykehusreformen (Herfindal, 2008). Bakgrunnen for reformen var misnøye fra deler av statsforvaltningen og sentrale politikere med de resultater som ble oppnådd i den fylkeskommunale helsetjenesten både med hensyn til økonomi og pasientbehandling (Ot. prp.66 (2000-2001)). Særlig ble det trukket fram en sterk realvekst i utgiftene til den fylkeskommunale helsetjenesten og sterk aktivitetsutvikling.

³ Aps representantskapsmøte 6. juni 2000, Bergen

På tross av dette var det lange ventelister til enkelte behandlingsformer, og stort innslag av ”korridorpasienter” i sykehusene, store forskjeller i pasientbehandling og pasienttilbud mellom fylkene. Enkelte år gikk fylkeskommunene med store underskudd selv om staten ga tilleggsbevilgninger til fylkeshelsetjenestene. Dessuten ble det hevdet at det var tendenser til at sykehus som manglet kapasitet i pasientbehandlingen, ikke overførte pasientene til sykehus med ledig kapasitet. I proposisjonen uttales at:

”De organisatoriske endringer som foreslås skal gi grunnlag for mer helhetlige strategier for å møte slike problemer”.

Følgelig må det forstås slik at pådriverne til reformen mente at statlig ansvar, organisering etter malen for aksjeselskaper og innføring av mer rendyrket styring etter forretningsmessige og økonomiske lønnsomhetsprinsipper skulle gi mer helhetlige strategier for spesialisthelsetjenestene og sykehusene.

Det ble også henvist til at innføring av ”fritt” sykehusvalg i 2001 (pasientrettighetsloven) og utvidede pasient-rettigheter i 1999 (ibid) ville skape større risiko knyttet til driften av sykehusene. Denne risikoen var staten bedre egnet til å bære enn fylkeskommunene.

”Hovedsiktemålet med reformen er å skape enklere og klarere ansvarsforhold i spesialisthelsetjenesten og dermed et grunnlag for bedre helsetjenester”.

(Høringsnotatet, 2001)

5.2 Sykehusene blir helseforetak

Intensjonen med sykehusreformen var blant annet å skape grunnlag for økt styringsevne, og gjennom en bedre funksjonsfordeling sikre at befolkningen reelt skulle få et likeverdig tilbud. Samtidig ble forutsetningen om at de enkelte virksomhetene skulle få betydelig større frihet og ansvar befestet med etableringen av fristilte foretak. Dette betyr at bortsett fra lovbestemmelsen om at staten må være eiere og at foretaket ikke kan gå konkurs, vil driften av de regionale helseforetakene og helseforetakene i store trekk foregå etter de samme regler som gjelder for et vanlig aksjeselskap. Vi har med andre ord vært vitne til et omfattende og grunnleggende systemskifte i norsk helsevesen og i norsk helsepolitikk.

Sykehusreformen, en reform som innebar at eierskapet for alle offentlige sykehus, psykiatriske institusjoner, ambulansetjenester, rusomsorg under spesialisthelsetjenesten m.m. ble overført fra fylkeskommunene til staten fra 1. januar 2002. Reformen ble vedtatt av Stortinget ved lov om helseforetak av 15. juni 2001. Det er etablert fem regionale helseforetak som igjen eier enkeltsykehusene, som kalles helseforetak. Disse er fristilt fra forvaltningen. Departementet kan ikke gripe inn i den daglige driften ved sykehusene, men saker av vesentlig betydning skal forelegges for departementet. Departementet kan gi overordnede retningslinjer.

(Store norske leksikon)

De regionale helseforetakene er egne rettssubjekter. Helseforetakene er eid av de regionale helseforetakene og er også selvstendige rettssubjekter med egne styrer. Foretakene har et selvstendig ansvar for drift og investeringer og for å organisere virksomheten på en god måte for å oppfylle den helsepolitiske bestillingen innenfor de rammene som Stortinget har satt.

Helse- og omsorgsdepartementets styring av helseforetakene skjer ved at departementet gjennom oppdragsdokumentet formidler Stortingets årlige bevilgninger og budsjettvedtak og ved at det avholdes foretaksmøter med de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene rapporterer på styringskrav fra foregående år i melding til departementet. De rapporterer også regelmessig, i hovedsak på månedlig basis, om de styringskravene som er satt.

Helseforetaksreformen består av flere elementer. Helseminister Tore Tønne sa i sin tale til Aps landsmøte 9. november 2000 at sykehusene skulle styres med forankring både lokalt og regionalt. Desentralisert eierskap og styring gir god mulighet for samhandling med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vertikal samordning mellom tjenestenivåene er like viktig som tverrfaglighet.

Ny organisering i form av større fristilling ville ivareta de framtidige behovene best, og desentralisert styring og ledelse på foretaksnivå med statlig eierskap fristilt fra forvaltningen vil gi den beste løsning på framtidige behov.

Hovedelementer i reformen

Reformen bestod av tre hovedelementer:

- *Statlig overtakelse av eierskap fra fylkeskommunen til staten.*
- *Fra forvaltningsstyrte sykehus integrert i den fylkeskommunale forvaltnings- og plansystem til fristilt foretaksorganisering med regionalt helseforetaksnivå og helseforetak underlagt de regionale helseforetakene.*
- *Et tredje, og sentralt element i en ny styringsform var innføring av regnskapslovens prinsipper, og avvikling av det fylkeskommunale/kommunale budsjett- og regnskapssystem.*

(Ot.prp. nr 66, 2000-2001 Helseforetaksloven)

Selv om den statlige overtakelse ble framhevet som det sentrale, var den største endringen likevel bestemmelsen om innføringen av en helt ny styringsform. Reformen er en av de største i norsk samfunnsliv noensinne. Milliard-verdier ble flyttet mellom fylkeskommuner og stat. Kontraktstyring⁴ ble foreslått som et virkemiddel for å oppnå mulige styringsmessige gevinster. Hvilke gevinster man ønsket å oppnå gjennom kontraktstyring, som ikke er mulig gjennom direkte instruksjons- og omgjøringsmyndighet, ble ikke drøftet i forarbeidene til forslaget om omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten (Høringsnotatet, 2001).

Helseforetaksloven

Ny lov om helseforetak representerte en avgjørende skillevei for spesialisthelsetjenesten i Norge, ved at tradisjonell forvaltningsorganisering ble byttet ut med fristilte foretak.

Vedtaket om å gjøre offentlige sykehus til selvstendige statsforetak gav en klar markedsdreining av det offentlige helsevesenet. Det avgjørende med forslaget var at norske sykehus ved å bli selvstendige foretak skulle løsrives fra offentlig forvaltning og folkevalgt kontroll (Ot.prp. nr 66, (2000-2001)).

Regnskapsloven

Det ble i forbindelse med sykehusreformen vedtatt at helseforetakene skulle avlegge regnskap i samsvar med regnskapslovens bestemmelser (Helseforetaksloven § 44).

⁴ Oppgaveløsning som det ut fra et politisk styringsbehov ikke er nødvendig å organisere som en integrert del av forvaltningssystemet, kan organiseres i egne rettssubjekter. Offentlige myndigheter kan alternativt også styre gjennom kontrakter.

De fleste virksomheter i privat sektor plikter å føre sine regnskap etter reglene i denne loven. Den viktigste forskjellen mellom regnskapslovens bestemmelser og tradisjonell regnskapsføring i offentlig sektor er behandling av investeringer og eiendeler. Hovedhensikten med all økonomisk aktivitet i privat sektor er inntjening. Det er grunn til å stille spørsmål ved om prinsippene til lønnsomhet i regnskapsloven egner seg i offentlig sektor. Dette er en virksomhet som i utgangspunktet ikke har til hensikt å være lønnsom i en bedriftsøkonomisk målestokk (Voldnes, 2007).

Mens sykehusene tidligere var styrt av tradisjonelle budsjetter utarbeidet av politiske myndigheter, er det etter reformen ikke krav til dette. Slike budsjetter ivaretar informasjonsbehovet til politiske beslutningstakere samtidig som styring og utvikling av sykehusene blir forutsigbar.

Ny struktur - organiseringen av sykehusene

Det ble etablert fem regionale helseforetak (RHF) (endret til fire i 2007), og sykehus og de øvrige spesialisthelsetjenestene ble organisert i til sammen 47 helseforetak underlagt de fem RHFene.

Fra demokratisk til profesjonell planlegging

Som beskrevet i kapittel fire var det allerede etablert en regionalisering av spesialisthelsetjenesten med definerte funksjoner på regionsykehusene, lokalsykehusene og sentralsykehusene i det fylkeskommunale eierskapet. I tillegg ivaretok Rikshospitalet, Radiumhospitalet og noen andre sykehus felles funksjoner for hele landet. Ved siden av endret eierskap var derfor ordningen med helseforetak organisert etter prinsippene for forretningsvirksomhet den største endringen. Dette fikk innvirkning på den demokratiske planprosessen i sektoren. Ansvar for planfunksjonen og planprosessene var tillagt fylkene gjennom den etablerte regionaliseringen.

Spesialisthelsetjenestelovens kapittel fem inneholdt regler om regionalt samarbeid om spesialisthelsetjenesten. I § 5-3 gis bestemmelser om at de regionale helseutvalgene skal utarbeide regionale helseplaner, som skal vedtas av departementet. I disse planene skal det framgå hvilke institusjoner og tjenester fylkeskommunen skal yte tilskudd til.

Denne bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven ble opphevet som ledd i prosessen med fristillingen fra forvaltningen (Innst. O. nr. 118 (2000-2001)). Ved etablering av helseforetaks-loven ble planfunksjonen overført til RHF-konsernene. Helseforetaksloven pålegger RHF-nivået en årlig rapporteringsplikt til helse- og omsorgsdepartementet. I rapporten må det redegjøres for virksomheten gjennom året, samt forslag til virksomhetsplan de neste årene (Ot.prp. nr 66 (2000-2001)). RHFenes årsmelding vil være et viktig dokument i plan-prosessen, der nasjonale myndigheter får tilbakemelding om de planprosesser som er gjennomført på regionalt nivå. Dette skal danne grunnlaget for regjeringens tilbakemelding til Stortinget om utviklingen av spesialisthelsetjenesten.

Det som før lov om helseforetak var fylkeskommunalt ansvar er som jeg har gjort rede for tillagt de regionale helseforetakene. Dette omfatter en plikt til å gjennomføre den til en hver tid fastsatte statlige politikk på helseområdet. RHFene skal gjennom sine planprosesser- og funksjoner operasjonalisere de nasjonale helsepolitiske vedtak for spesialisthelsetjenestens utvikling.

RHFene overtar fylkeskommunens ansvar for å *sørge for* nødvendige helsetjenester til befolkningen. Dette gir RHFene en planfunksjon som skal utøves i samspill med nasjonale myndigheter.

Dette innebærer at planer skal virkeliggjøres gjennom styring og/eller avtaler med egneide og eksterne leverandører. Helseforetak og underliggende virksomheter, samt aktuelle private leverandører av spesialisthelsetjenester, vil bli delaktige i en planprosess som innebærer operasjonalisering av nasjonale og statlige, regionale helsepolitiske planer (Ot.prp.nr 66 (2000-2001)).

Konsekvensutredning – analyse av nytt styringssystem

Mulige konsekvenser av å gå bort fra systemene for styring utviklet for offentlig tjeneste-produksjon til systemer for forretningsvirksomhet var i svært liten grad omtalt eller drøftet i helseforetaksproposisjonen. I kapittel to gjennomgår jeg de bestemmelsene som gjelder når store gjennomgripende endringer skal foretas. Disse bestemmelsene synes ikke å ha kommet til anvendelse ved forberedelser og planlegging av sykehusreformen.

Lovforslaget om å overføre eierskapet av sykehusene til staten var heller ingen kritikk av fylkeskommunen som sykehuseier. Ot.prp. nr 66 (2000-2001) slår fast at

”Norsk helsevesen har en rekke kvaliteter som er utviklet med fylkeskommunene som eiere. Undersøkelser av pasientenes tilfredshet viser at de aller fleste pasientene er fornøyd med sykehusenes tjenester. Men det er også svakheter ved dagens system, som blant annet kommer til uttrykk gjennom lange ventetider, korridorpasienter, mangelfull samordning, store ulikheter og dårlig ressursutnyttelse”.

”Det er først og fremst en systemvurdering som ligger til grunn for reformen. Denne vurderingen tilsier at det vil være lettere å gjøre noe med svakheterne dersom de grunnleggende ansvarsforholdene er klare og enkle”.

Fylkeskommunen har som sykehuseier hatt liten innflytelse over egne inntekter. Fra et overordnet økonomisk ståsted har det fylkeskommunale eierskapet gitt god økonomisk kontroll med den samlede ressursbruken i sektoren.

Forskning som belyser svakheter

Svakheter som eksplisitt nevnes med fylkeskommunale sykehus er mangelfull samordning, korridorpasienter og lange ventelister, dårlig ressursutnyttelse og store ulikheter i tilbudet om helsetjenester. Som nevnt i kapittel fire ble høringsforslaget kritisert for manglende analyser av forslagene til nye styringsprinsipper som er ment å styrke de svakheter som skal løses. Innføring av bedriftsøkonomiske prinsipper er et sentralt virkemiddel som ble foreslått valgt for å styrke styring med sektoren, og rette opp de svakheter som eksplisitt er nevnt (Ot prp. 66 (2000-2001)).

Bedriftsøkonomisk forskning dokumenterer på sin side at innføring av styringssystem som er ment for privat sektor i offentlig sektor verken har gitt bedre kvalitet, bedre økonomisk styring eller mer lik fordeling (Lapsey, 2001). Siden begrunnelser for å innføre bedriftsøkonomiske virkemidler var hensyn til kvalitet, mer likhet og bedre styring, er det en alvorlig svakhet ikke å vurdere forskning og erfaring som kan vise til negative effekter av de virkemidler som planlegges innført.

Samfunnsøkonomisk teori har som mål å bruke ressursene på en måte som gagnar samfunnet som helhet, mens bedriftsøkonomisk teori dreier seg om å gi mest mulig økonomisk avkastning på bedriftens kapital (Waalder, 2001).

5.3 Fra forvaltning til forretning

Sykehusreformen i 2002 introduserte foretaksmodellen, med sterkere fokus på bedriftsøkonomiske styrings- og ledelsesprinsipper som organisatorisk ramme for de offentlig eide sykehusene.

Overføringen av sykehusene fra fylkeskommunalt til statlig eierskap representerte med dette et brudd med tradisjonell forvaltningsstyring og forutsetningene for demokratisk innflytelse i sykehuspolitikken. Med endring til statlig eierskap ble en viktig lokal- og regionalpolitisk arena nedlagt og erstattet med et helt nytt styringskonsept. I tillegg til skifte av forvaltningsnivå ble sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten omorganisert fra forvaltnings- til foretaksorganisering. Hva innebærer i prinsippet denne endringen?

Ifølge departementet var et problem med de fylkeskommunale sykehusene at det styres for mye på driftsspørsmål og for lite på overordnede spørsmål, som prioriteringer og struktur. Dette fører til at både den politiske styringen og driftsstyringen blir dårlig (Ot.prp. nr 66 (2000-2001)).

Staten vil benytte sitt samlede eierskap over sektoren til å innhente planer fra alle foretakene og bruke dette som grunnlag for framlegg av helhetlige helseplaner overfor Stortinget. På denne måten kan utviklingen komme under nasjonal politisk styring.

Helseforetaksloven pålegger at det innhentes råd fra regionale politiske organer, slik at også det lokale perspektivet bringes inn i planprosessene. Det foreslås også at Sametinget oppnevner et råd som skal ha en rådgivende funksjon for foretakene.

Styringen av sykehusene er nå delegert fra politisk nivå til styrene i de regionale foretakene (RHF) gjennom helseforetaksloven. Dette betyr at statens eierskap utøves gjennom de fire regionale helseforetakenes styrer (tidligere fem), som så igjen er overordnet de lokale helseforetakene (HF). Modellen som er valgt, tilsvarer organiseringen i et privat forretningskonsern, med gjennomgående representasjon fra RHF til HF-styrene.

Politikerne skulle kun forholde seg til såkalte profesjonelle styrer og ikke styrer sammensatt av folkevalgte representanter.

Når det på denne måten etableres et bedre grep på den nasjonale politiske styringen, er det mindre betenkelig å gi sykehusene større myndighet til styring av driften. Foretaksorganisering skal være et desentraliseringstiltak (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

Folkevalgte inn i styrene i 2005

Sammensetningen av styrene ble endret under Stoltenberg II-regjeringen i 2005, regjeringen ønsket å styrke folkevalgtes representasjon i styrene. Dette skulle skje ved at fylkeskommunale organer også medvirker i oppnevningen av dem.

Flere folkevalgte i foretakenes styrer vil gi nærmere kontakt mellom befolkningen og de som fatter viktige beslutninger om spesialisthelsetjenester, sier helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad. Regjeringen har sagt at et flertall av foretakenes styremedlemmer skal oppnevnes blant foreslåtte folkevalgte. Tilpasning vil først skje i styrene i de fem regionale helseforetakene, deretter i styrene i helseforetakene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005)⁵.

Folkevalgte ut av styrene i 2013

Siste endring av styresammensetningen ble gjort av Solberg-regjeringen høsten 2013. Helseminister Bent Høie (H) bestemte at partipolitikere ikke lenger skulle ha plass i styrene i de regionale helseforetakene. Det samme gjelder for helseforetakene. Som en følge av Stoltenberg II - regjeringens beslutning (gjeldene fra 2006) har et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene i de regionale helseforetakene og sykehusene (helseforetakene) blitt oppnevnt blant politikere foreslått av fylkeskommuner, kommuner og Sametinget. Dette vil Solberg-regjeringen endre på (Dagens Næringsliv, 2013).

⁵ Regjeringen.no:Pressemelding Nr.: 63 Dato: 17.11.2005, Publisert under: Regjeringen Stoltenberg II Utgiver: Helse- og omsorgsdepartementet

Fra offentlige virksomheter til en privatisering av tjenestene?

Kritikerne av sykehusreformen, slik det blant annet framkom i ”Motmeldingen” hevdet at en fristilling av sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten ville svekke den politiske styringen. Motmeldingslegene var av den oppfatning at foretaksorganisering på lang sikt vil gi en utvikling mot større marked, omfattende «outsourcing», og privatisering (Arnesen et al, 2001). Dette ble tilbakevist av departementet. Vurderingen her var følgende:

Den foreslåtte loven slår fast at helseforetakene ikke kan gå konkurs.

Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten at dette på forhånd er forelagt Stortinget.

Helseforetakene kan ikke skille ut sykehusvirksomhet i underliggende aksjeselskaper, sykehusvirksomhet skal være organisert som helseforetak. Det skjer ikke endringer i reglene for sykehusenes adgang til å kjøpe ikke-medisinske støttefunksjoner fra andre eller å samarbeide med andre om disse tjenestene. (Ot.prp. nr. 66 2000-2001))

Incentiver og lønnsomhetsstyring

Forsøkene med å etablere markedsforhold i sykehussektoren i Norge har bestått av flere elementer. Første steg ble tatt med innføringen av systemet med delvis (og økende grad av) stykkprisfinansiering, eller såkalt Innsatsstyrt Finansiering (ISF) fra 1997 og framover.

Riksrevisjonen avdekket omfattende vridningseffekter i 2003 (Dokument nr. 3.2 (2004-2005)).

Helsedirektoratet påpekte i 2007 vridningseffekter som følge av systemet med innsatsstyrt finansiering (ISF) (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Riksrevisjonen har senest i 2010 påpekt alvorlige vridningseffekter (Dokument 3.2 (2009-2010)).

I 2001 ble pasientrettighetsloven vedtatt. Pasientene skulle med denne gis individuelle behandlingsgarantier, samtidig som loven sidestiller offentlige og private sykehus (Pasientrettighetsloven, 2001).

En endring som skulle vise seg å få stor betydning for utviklingen av sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten var overgangen til regnskapsloven (Ot. Prp. Nr. 66 (2000-2001)).

Omleggingen til foretak og styring etter regnskapslovens prinsipper var en viktig del av sykehusreformens opplegg for å etablere markedsøkonomi i denne sektoren. Det som kjennetegner offentlig drift, er blant annet at inntektene ikke tjenes opp i et marked, men kommer som et resultat av politiske vedtak og bevilgninger. Til tross for ønsket om å etablere markedsforhold er det fortsatt slik at helseforetakene i hovedsak henter sine inntekter fra Stortingets bevilgninger.

Lønnsomhetstenkningen vil påvirke de beslutningstakere som er satt til å løse oppgavene innenfor nye rammebetingelser. Gjennom knappe ressurser er det en fare for å miste verdi-grunnlaget av syne, slik Lundquist (1998) drøfter det i boka "Demokratiets våktare". Forretnings- og lønnsomhetsstyringen utfordrer både etikk, moral, politisk styring og demokratisk kontroll. Som det framgår i kapittel fem påpekte både Riksrevisjonen og Helsedirektoratet omfattende vridningseffekter i 2003 og i 2008. Riksrevisjonen dokumenterte at helseforetakenes triksing med DRG-satser førte til en milliard kroner i økte inntekter for virksomhetene i løpet av et år (Dok. 3.3 2009-2010). Dette viser at økonomiske incentiver i helsesektoren fremmer en lønnsomhetsstyring der tjenestene strømlinjeformes. Konsekvenser av et slikt system er at de mest kostnadskrevene pasienter nedprioriteres og helsetilbud nedprioriteres og bygges ned.

6. Utviklingstrekk 2002 – 2014

6.1 Utviklingstrekk – regional oversikt

Sykehusstrukturen har gjennomgått omfattende endringer siden 2002. Tendensen er en sterkere sentralisering. I 2002 ble spesialisthelsetjenesten inndelt i 47 helseforetak. Norge hadde på dette tidspunkt 84 offentlige sykehus. I 2014 er antallet helseforetak redusert til 25 helseforetak. 20 av helseforetakene er sykehusforetak (inkludert spesialsykehuset Sunnaas som er eget helseforetak), de resterende fem helseforetak organiserer sykehusapotek (tre helseforetak), ambulansetjeneste (ett helseforetak) og IKT-, HR- og innkjøpstjenester til alle sykehusene i regionen (Sykehuspartner HF i Helse Sør-Øst).

6.1.1 Strukturelle endringer

Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør-Øst RHF ble etablert i 2007 etter en sammenslåingsprosess mellom helse Sør RHF og Helse Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF har det overordnede ansvaret for sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med ca 2,8 millioner innbyggere (01.01.11). Dette utgjør om lag 56 prosent av landets befolkning (Årlig melding Helse Sør-Øst RHF 2011). Antall helseforetak i Helse Sør RHF og Helse Øst RHF hadde til sammen 24 helseforetak i 2002. I 2014 eier Helse Sør-Øst elleve helseforetak; Akershus Universitetssykehus HF, Oslo Universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuspartner HF, Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF. (<http://www.helse-sorost.no/om-oss>)

I Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har de ikke hatt så omfattende endringen i antall helseforetak som i Helse Sør-Øst RHF. Geografiske begrensninger og muligheter er sannsynligvis en årsak til dette.

Helse Vest RHF

Helse Vest har det overordnede ansvaret for sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eier fem helseforetak; Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Sykehusapotekene HF. I tillegg eier Helse Vest IKT-selskapet Helse Vest IKT AS. Helseforetakene i Helse Vest RHF har rundt 26 900 ansatte, og omfatter 50 sykehus og institusjoner. Helseforetakene i Helse Vest yter helsetjenester til over 1 million innbyggere

(<http://www.helse-vest.no/no/OmOss/Sider/default.aspx>).

Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF har det overordnede ansvaret for sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Helse Midt-Norge RHF eier fire helseforetak: St.Olavs Hospital HF, Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Ambulanse Midt-Norge HF. I tillegg eier Helse Midt-Norge RHF Sykehusapotekene i Midt-Norge, Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT (Hemit). Helse Helse Midt-Norge RHF har rundt 15.000 årsverk, og omfatter de offentlige sykehusene, institusjonene i psykiatrien, ambulansetjenesten, nødmeldingstjenesten, sykehusapotek, laboratorier og institusjoner i rusomsorgen. (<http://www.helse-midt.no/>)

Helse Nord RHF

Helse Nord RHF har det overordnede ansvaret for sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten i Nordland, Troms, Finnmark og Svalbard. Helse Nord RHF eier fem helseforetak; Finnmarksykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF. I tillegg eierer Helse Nord RHF Sykehusapotek Nord HF.

(http://www.helse-nord.no/?lang=no_NO)

6.1.2 Sykehusstruktur - sykehusplanlegging

Som det framgår i forrige kapittel om endringer i foretaksstruktur og den regionale strukturen er utviklingstrekket at spesialisthelsetjenestene har gjennomgått en sentralisering. Flere instanser har foreslått tiltak som er ment å ivareta den politiske styringen av utviklingen i tjenestetilbudet på en bedre måte, blant annet er forslag om en forpliktende nasjonal sykehusplan fremmet (Fagforbundts hørings svar, 2006).

Dette kan ha sammenheng med at da helseforetaksloven ble vedtatt bortfalt lovbestemmelsene om regionale planer og regionale sykehusutvalg som framkommer i gjennomgangen i kapittel fire. Helseforetaksloven viderefører ikke det folkevalgte regionale samarbeidet om helsepolitikken.

Allerede under behandlingen av lov om helseforetak i stortinget i 2001 foreslo representant Olav Gunnar Ballo (SV) at Stortinget vedtar en

”overordnet nasjonal helseplan hvert fjerde år. Denne planen skal omfatte hvilken medisinsk behandling det offentlige skal utføre, antall og lokalisering av sykehus, prioritering av pasientgrupper, finansieringsordninger, kvalitetsstandarder, ventetider og rammer for forskning og utdanning.” (Innst. O.nr. 118 (2000-2001)).

I høringsrunden til den første nasjonale helseplanen i 2006 ble Ballos forslag fulgt opp av blant andre Fagforbundet (Fagforbundets hørings svar, 2006). I Stortingets behandling og vedtak av den nasjonale helseplanen (2006-2010) ble dette forslaget ikke tatt til følge (St.prp. nr. 1 (2006–2007)).

Den norske Lægeforening fulgte opp i 2010 med forslag om å vedta en nasjonal sykehusplan hvor sykehusstrukturen ligger fast (Lægeforeningens hørings svar, 2010). Dette vil ivareta kravet om at utviklingen av sykehusstruktur behandles i folkevalgte organer.

"Legeforeningen mener at en nasjonal sykehusplan vil føre til at de politiske spørsmålene blir behandlet på rett sted. Vi trenger en nasjonal plan som tar stilling til hvor mange sykehus vi skal ha, hvor de skal ligge og minstestandard for innhold i lokalsykehus. Videre må sykehusplanen legge til rette for forutsigbare økonomiske rammevilkår gjennom lengre budsjettperioder og en stabil stykkpriskomponent" (Den norske lægeforening, 2010).

Styringsmessige ufordringer

Lov om helseforetak gir helseministeren mulighet til å stoppe beslutninger om vesentlige endringer i sykehusene (§ 30).

I perioden 2007 – 2010 er seks lokalsykehus nedlagt, og fire lokalsykehus har mistet den kirurgiske akuttberedskapen (Jensen//Østre/Hagen, 2010). Dette på tross av regjeringserklæringen om at ingen lokalsykehus skal legges ned ⁶.

I 2014 har ytterligere to sykehus mistet den kirurgiske akuttberedskapen. Styret i Sykehuset Telemark HF besluttet avvikling av akutt- og døgnfunksjoner ved sykehusene i Rjukan og Kragerø (Styreprotokoll 20. mai 2014). Helse Sør-Øst RHF hadde ekstraordinært styremøte om vedtaket 3. juni 2014. RHF-styret anbefaler foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF å stadfeste vedtaket om avvikling av akutt- og døgnfunksjoner i Kragerø og på Rjukan. Vedtaket ble bekreftet av helseminister Høie (H) 5. juni 2014:

Dette er ikke den type avgjørelse som det er Stortinget som tar, det er etter loven helseministeren sitt. Det ansvaret tar jeg, jeg skyver ikke det fra meg. Det er til slutt min beslutning (NRK Telemark 2014).

⁶ Soria Moria-erklæringen, 2005 og 2009.

Vedtaket til Høie er dermed endelig. Helseministeren har også bekreftet vedtaket i Helse Midt-Norge om å lokalisere nytt sykehus i Møre og Romsdal til Opdøl utenfor Molde. Styret i Helse Møre og Romsdal HF og Helse Midt-Norge RHF har fattet vedtak om plasseringen av et nytt sykehus i Møre og Romsdal. Det nye sykehuset skal erstatte dagens sykehus i Molde og Kristiansund. Vedtakene er behandlet og bekreftet i foretaksmøtet. (Foretaksmøtet 19.12 2014).

Helseminister Bent Høie i Solberg-regjeringen (2013 -) har satt i gang et arbeid med en Nasjonal helse- og sykehusplan som skal legges fram for Stortinget høsten 2015. Helseministeren har signalisert at strukturelle endringer, akuttfunksjoner og en konkretisering av innholdet i ulike typer sykehus vil være sentrale tema i sykehusplanen.

Dette gir Stortinget mulighet for en helhetlig og nasjonal gjennomgang og vurdering av hele spesialisthelsetjenesten. Ifølge lov om helseforetak skal vesentlige endringer ikke avgjøres endelig av helseforetaket. Det er nedsatt en prosjektgruppe som ledd i dette arbeidet.

I påvente av et forslag til en nasjonal helse- og sykehusplan krever flere stortingsrepresentanter stans i planer om sykehusstrukturendringer. Stortingsrepresentantene Kjersti Toppe (Sp), Per Olav Lundteigen (Sp), Ivar Odnnes (Sp) og Geir Pollestad (Sp) fremmer i et Dok. 8-forslag i Stortinget (Dokument 8:25 S (2013–2014)) full stans i nedleggelse og større endringer ved norske sykehus i påvente av en slik nasjonal plan.

Sykehustilbudet må avgjøres i Stortinget. Vi frykter sniknedleggelse bak Stortingets rygg. (Senterpartiet, 2014).

24. april 2014 ble det gjennomført en åpen høring i Stortingets helse- og omsorgskomite om Dok. 8-forslaget. Saken ble behandlet i stortinget 20. mai 2014. Dok. 8-forslaget fikk ikke tilslutning (Innst. 199 S(2013–2014)).

Nestleder i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, Kjersti Toppe (Sp), tok sykehussaken i Telemark opp i Stortingets spørretime onsdag 20. mai 2014, samme dag som Sykehuset Telemark HF fatter endelig avgjørelse om sykehusene i Rjukan og Kragerø.

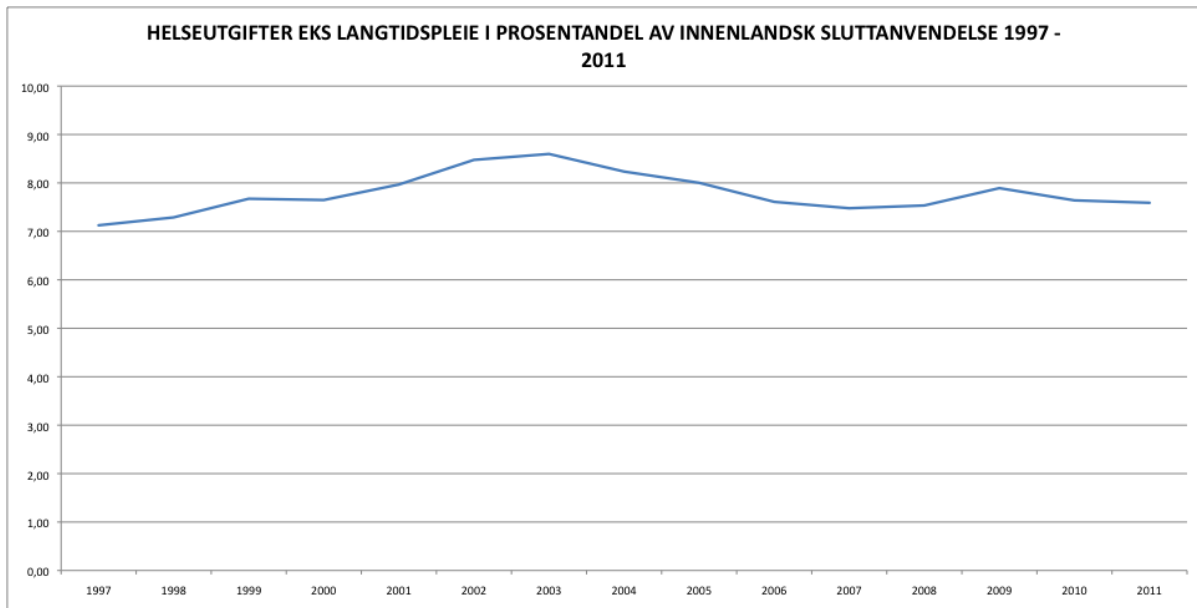
6.2 Økonomistyring – økonomisk utvikling

En bedre kontroll med kostnadene var en vesentlig premiss ved sykehusreformen. Likevel har kostnadsveksten slik det omtales i offentligheten fortsatt å vokse også etter at helseforetaksmodellen ble innført. Dette tilbakevises i beregninger som framkommer i flere rapporter som det refereres til i kapittel fem. Etter innføringen av reformen i 2002 har sykehusene opparbeidet underskudd i en størrelsesorden som tidligere er ukjent i norsk offentlig virksomhet. I perioden 2002 til 2008 har de regionale helseforetakene hatt et akkumulert regnskapsmessig underskudd på ca 25 mrd kroner (Dokument 3:3 (2009-2010)). Det kan derfor virke som om kontrollen er dårligere enn da fylkeskommunen hadde ansvar for spesialisthelsetjenesten. Hovedårsaken til milliardunderskuddene er innføring av forretningsregnskap som blant annet blander drift og investeringer. Denne sammenblandingen skaper fiktiv tall som store underskudd, og gjenspeiler ikke realitetene. Dermed bevilges det for lite penger i forhold til behovet (Voldnes, 2007).

Det er framkommet kunnskap om at det ikke ville vært underskudd i de regionale helseforetakene dersom de hadde ført sine regnskaper slik de gjorde før 2002. Dette er dokumentert av Professor Bjarne Jensen ved Høgskolen i Hedmark (HIHM) og senere bekreftet av styret i Helse Vest (Jensen/Bollingmo, 2007, styreprotokoll, Helse Vest, 2008) .

Ser vi på utviklingstrekkene i figuren under ser vi av tall fra SSB at den prosentvise veksten i utgiftene er moderat. Dette står i motstrid til uttalelser fra Helse- og omsorgsdepartementet og sentrale politikere om at sektoren aldri før har fått så store overføringer som etter innføringen av foretaksmodellen i 2002 (Jensen, 2013).

Utviklingstrekk prosentvis vekst i utgifter til spesialisthelsetjenesen



(Jensen, 2014).⁷

Virkingen av nytt regnskapssystem

En masteroppgave som har sett på valg av regnskapssystem i helseforetakene, konkluderer med at dagens kommuneregnskap sikrer bedre grunnlag for økonomistyring av fellesskapets midler enn regnskapslovens bestemmelser som brukes etter innføringen av sykehusreformen. Forskerne mener eksplisitt at offentlig virksomhet, som spesialisthelsetjenesten ikke bør bruke forretningsregnskapet (Gjesdal & Vakhrina, 2013).

Det kommunale/fylkeskommunale regnskapssystemet skiller mellom hva som brukes til investeringer og hva som brukes til drift. Hensikten med dette er at både styring, kontroll og drift blir enklere. Evalueringen av foretaksorganiseringen som omtales i kapittel seks slår fast at foretaksmodellen ikke har resultert i den kontrollen med kostnadsutviklingen som reformen hevdet å skulle gi.

⁷ Helsereform på feil premisser. Sykehusstruktur, samhandlingsreform og lokalmedisinske sentra. (Kommunenes interesseorganisasjon for lokalsykehus, 23. april 2014, upublisert)

Et samlet regnskapsmessig underskudd på nærmere ti milliarder kroner de tre første årene er en bekreftelse på dette. I rapporten framgår det at aktivitetsveksten de siste årene har vært nærmest lineær i hele perioden 2000-2005. Aktivitetsveksten var like stor i årene både før og etter sykehusreformen (Agenda Muusmann, 2005).

Hvorfor da de store underskuddene? De overgår de fylkeskommunale ekstrabevilgningene som var noe av begrunnelsen for systemendringen i spesialisthelsetjenesten i 2002.

Sitatet under fra daværende statsminister Kjell Magne Bondevik (2004) illustrerer manglende forståelse av effekten ved ulike regnskapsmodeller og den reelle virkning av de nye regnskapsreglene.

- Jeg vil anmode Danmark om å tenke meget nøye gjennom hvordan man skal få kontroll over utviklingen. De fem regionene er meget selvstendige, men har ikke noe overordnet økonomisk ansvar og har vist seg vanskelige å styre økonomisk. Vi har økt bevilgningene med flere milliarder kroner, bare etter at reformen ble vedtatt i 2001. Økonomistyringen har vært et stort problem (Klarskov, 2004).

Det som ikke framkommer i oppslaget der daværende statsminister Bondevik advarer Danmark mot å innføre foretaksmodellen, er at bruk av nye regnskapsregler var hovedårsaken til de store underskuddene etter innføringen av helseforetaksreformen i perioden 2002 - 2007 (Voldnes, 2007). I England har denne måten å føre regnskapene på resultert i at sykehus reduserer sin eiendomsmasse for å spare penger (Smith, 1999).

Etter at regnskapslovens prinsipper ble tatt i bruk i helseforetakene, ble budsjettet erstattet av et årlig bestillingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet. Siden det nye økonomisystemet ikke har opplegg for budsjettering og det ikke stilles krav om utarbeidelse av budsjett, er det vanskelig å finne ut hvordan bevilgede midler brukes i henhold til styringsplaner. Det er vanskelig å vurdere kvaliteten på økonomistyringen utfra informasjonen som ligger i de årlige meldingene (Gjesvik & Vakhrina, 2013).

Regnskapslovens idè om å synliggjøre "hva det koster" betyr at investeringer og drift blandes. Det betyr at bruk av kapital skal framgå som en utgift som det må finnes en inntektskilde til.

Samtidig brukes markedsverdier på eiendeler og gjeld. Dette innebærer at offentlige tjenester må lønne seg, gå med overskudd for at virksomheten ikke skal utarmes finansielt. Dette er årsaken til at eiendomsmassen reduseres gjennom salg for å spare penger (Voldnes, 2007).

Norske helseutgifter på et moderat nivå

Det stod ikke spesielt dårlig til i norsk helsevesen ifølge WHO-rapporten fra 2000 (The World Health report). Rapporten rangerer Norge i verdenstoppen når det gjelder resultater, samtidig som de norske helseutgiftene er moderate sett i forhold til sammenlignbare land.

Tabell 1: World Health Report 2000 –Improving Performance (WHO 2000)

	Rangering ressursinnsats helse	Helseutg.pr.innb PPB\$	PST.ANDEL BNP	
NORGE	11	1708	6,5	7,5% av ressursbruk i Norge
ISLAND	15	1757	7,9	
SVERIGE	23	1943	9,2	
FINLAND	31	1539	7,6	
DANMARK	34	1940	8,0	

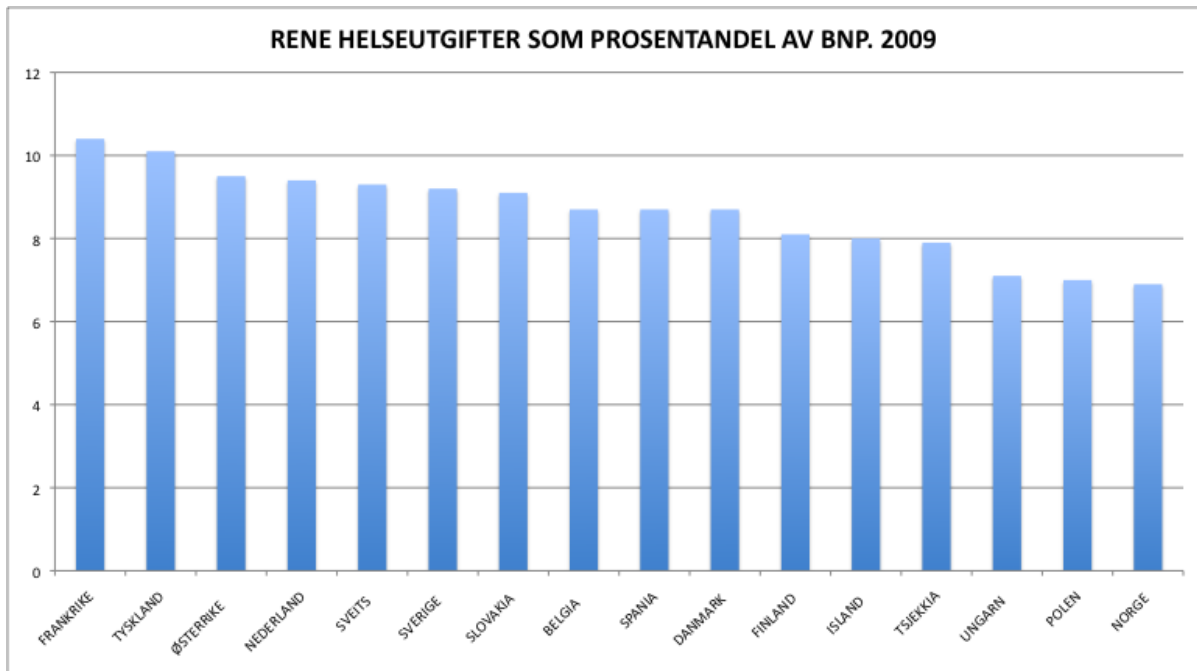
(Jensen, 2014)⁸

Som det framgår i kap 6.2 viser også en rapport fra Econ fra 2009 en moderat utgiftsvekst som avviker fra de tallberegninger helse- og omsorgsdepartementet bruker.

⁸ Helsereform på feil premisser. Sykehusstruktur, samhandlingsreform og lokalmedisinske sentra. (Kommunenes interesseorganisasjon for lokalsykehus, 23. april 2014, upublisert)

Som det framgår av figuren under bruker ikke Norge mer enn andre land dersom vi sammenligner andel helseutgifter som prosent av BNP. Som WHO-rapporten konkluderte i 2000 er Norges resurssinnsats moderat.

Sammenligning av andel helseutgifter som prosent av BNP med andre land i Europa



(Jensen, 2014)

6.3 Evaluering av sykehusreformen

Forskningsresultatene er viktige data å ta med i en totalvurdering av om sykehusreformen var et riktig grep for sterkere styring, bedre ressursutnyttelse og likeverdige helsetilbud til alle. Sykehusreformen er evaluert av nasjonale myndigheter i flere rapporter. Evalueringsrapportene er ikke entydige, men konkluderer med at forretningsorganiseringen ikke har gått i den retningen som var intensjonen. Andre evalueringsrapporter som har studert effekter og erfaringer med foretaksorganisering, forsterker synspunkter om at overgangen til forretningsstyring utfordrer muligheten til planlegging, styring og kontroll.

6.3.1 De Facto – 2003: Om etableringen av et sykehusmarked

Rapporten dokumenterer at andre land som har prøvd å etablere rene markedsforhold i sykehussektoren, er blitt tvunget til retrett. Etableringen av et helsemarked for sykehustjenester bygger på en rekke lovendringer og omlegginger. Mange av dem er allerede gjennomført, mens flere fortsatt er under politisk behandling. Disse er innføringen av såkalt Innsatsstyrt Finansiering (ISF) i 1997, hvor deler av sykehusenes inntekter er aktivitetsbaserte, dvs at man får betalt pr behandling som gjennomføres (stykkpris-system). Derneist sykehusreformen – der sykehusene er blitt foretak og hvor eierne, regionale helseforetak (RHF), også er pålagt et ”sørge for”-ansvar som skal sikre innbyggerne i sin region tilgang på spesialisthelsetjenester. RHF-ene er pålagt å kjøpe tjenesten ”der hvor det er best for pasienten” – enten det er i egne sykehus/foretak, hos andre offentlige foretak, eller hos private i Norge eller i utlandet. Så er det loven om pasientrettigheter, som innebærer fritt sykehusvalg blant både offentlige og private sykehus og individuelle tidsfrister for behandling.

Godkjenningen av flere private sykehus er et annet element som fremmer markedsutviklingen. Gjennom egne ”styringskriv” påla departementet RHFene i 2003 å øke bruken av de private sykehusene. Tilrettelegging og skattefritak for private helseforsikringer og forberedelser av et nytt finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten, med en utvidelse av stykkprisfinansiering. (NOU 2003:1).

I sum er dette endringer som gjør at den enkelte kan velge hvor hun vil behandles, sykehusene er i innbyrdes konkurranse om pasientene, sykehusene får ansvar for egen økonomi og større frihet til å operere slik det er bedrifts-økonomisk mest lønnsomt, andelen private sykehus er økende, og pasienter med gode forsikringer eller mye penger kan kjøpe seg forbi alle køer. Som vi skal se fra det materiale som legges fram i denne rapporten, er ikke dette først og fremst en beskrivelse av hvordan det kan bli, men av hvordan det allerede er. Rapporten dokumenterer at marked også betyr større ulikheter i tilgangen på helsetjenester, mer fokus på de behandlinger som lønner seg mest, mindre demokratisk kontroll, og enda større utgifter for det offentlige.

6.3.2 Prosessevalueringen

Prosessevalueringen: "Helse-Norge i støpeskjeen - søkelys på sykehusreformen"

"Har staten som sykehuseier gjort en god jobb? Har reformen lagt til rette for en mer helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten? Er modellen med statlig eierskap og foretaksmodell til pasientens beste?",

spør Ståle Opedal og Inger Marie Stigen i boka *"Helse-Norge i støpeskjeen - søkelys på sykehusreformen"*. Boka, som var en del av prosessevalueringen, den første av den tredelte evalueringen av sykehusreformen, kom i mars 2005, og på det tidspunkt mente forskerne at det var for tidlig å felle noen endelig dom over sykehusreformen (Opedal og Stigen, 2005).

6.3.3 Evaluering av foretaksorganiseringen

Evalueringsrapporten *"Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet"*, om foretaksorganiseringen, ble levert i november 2005 (Agenda Muusmann). Evalueringsrapporten prøver å gi en bred analyse av utviklingen i den norske spesialisthelsetjenesten etter at sykehusreformen ble innført 01.01.2002 med særlig vekt på om helseforetaksmodellen på en hensiktsmessig måte har bidratt til at målene for sykehusreformen blir realisert.

Evalueringsrapporten var kritisk til økt privatisering, til organisering etter bestiller-utfører modellen, til å etablere liksom-markeder i offentlig sektor, og etterlyser mer politisk styring (Agenda Muusmann, 2005).

Bestiller-utfører modellen foreslås avvirket

Evalueringen legger til grunn at bestiller-utførertenkning var en del av sykehusreformens verdigrunnlag. En slik deling i en uavhengig bestiller-/innkjøpsfunksjon og en konkurranseutsatt produsentarena er et hovedelement i strategien for markedsomlegging av spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at departementet og de regionale helseforetakene innfører organisatoriske skiller mellom disse rollene.

Myndighetene må som en konsekvens av bestiller-utførermodellen også skille mellom blant annet eierstyring og innholdsstyring av helseforetakene, men evalueringen påpeker at dette i praksis både har vist seg vanskelig og uhensiktsmessig.

Evalueringen anbefaler at hele bestiller-utførermodellen avvikles, og konklusjonen støttes opp av rapportens gjennomgang av et utvalg internasjonale erfaringer med måter å organisere spesialisthelsetjenesten på. Rapporten konkluderer slik:

”Den internasjonale gjennomgangen i kapittel 6 indikerer at selv land som i høyere grad enn for eksempel Norge har vært klare til å prøve rendyrkede markedsorienterte og konkurransepregede prinsipper, og klarere definerte former for bestiller-utfører og autonomi for helseforetakene, synes å ha hatt problemer på grunn av spesialisthelsetjenestens spesielle karakter” (kap 6. s. 245).

Skottland, som i 2004 avviklet helseforetaksmodellen, omtales kort i oppsummeringskapitlets konklusjoner vedrørende bestiller-utførermodellen.

”Et land som Skottland, hvor spesialisthelsetjenesten i en periode var inspirert av NHS-strategien i England (bestiller-utfører og Trusts), har så sent som i 2004 forlatt en rekke av disse strukturer og styringsformer til fordel for et langt mer konsolidert, samlet system og en langt større vektlegging på integrert styring.”

Den vesentligste grunnen som anføres for at bestiller-utførermodeller ikke fungerer, er at eierstyring og innholdsstyring ikke kan skilles i et offentlig helsesystem. Når politikerne har bestemt at alle skal få gratis behandling på sykehusene, når de har bestemt hvor mange sykehus det skal være og hvor de skal ligge, og når de bestemmer de økonomiske rammene som sektoren skal operere innenfor, må de også gi føringer med hensyn til aktivitetsnivå og oppgaver for det enkelte sykehuset (Eilertsen, 2005).

Regnskapsloven

Til tross for anbefalingen om å avvikle bestiller-utførermodellen, er ikke evalueringen konsekvent i sine anbefalinger når det gjelder markedeksperimenteringen, som eksempelvis bruk av regnskapsloven.

”Et av grepene med sykehusreformen var at helseforetakene skulle omfattes av regnskapsloven – bl.a. som en del av endringen av den juridiske status for sykehusene. Av noen trekkes dette frem som en del av en mer bevisst strategi for å få mer markedsøkonomi innen spesialisthelsetjenesten, mens andre fokuserer på behovet for å sikre større grad av sammenheng mellom driftsøkonomisk og investeringsøkonomisk styring og disponering” (lovens kapittel 9.3.1.)

Demokratisk underskudd foreslås forbedret

Rapporten foreslår å utvide den politiske representasjonen i foretaksstyrene. For å forbedre den demokratiske legitimiteten i reformen og styrke den nasjonale styringen anbefalings innføring av fireårige nasjonale helseplaner.

6.3.4 Sykehuslegenes syn på sykehusreformen

Aasland, O. G., Hagen, T. P. & Martinussen, P. E. har evaluert sykehuslegenes syn på sykehusreformen. Her ble målene om bedre organisering av helsetjenestene, større likhet i tilgangen til helsetjenester og bedre kvalitet i helsetjenestene undersøkt. Konklusjonen var at sykehusreformen ikke hadde ført til bedre organisering, likeverdig tilbud eller bedre kvalitet på tjenestene. (Aasland/ Hagen/Martinussen, 2007)

Til foretaksmodellen spesielt

”Deler av foretaksmodellen må gjennomgå kritisk. Dette gjelder særlig spørsmålet om det regionale leddet skal være organisert som foretak eller forvaltningsorgan. Hovedproblemet er at flertallet av de fem (nå fire) regionale helseforetakene ikke har forholdt seg til statens styringssignaler, verken når det gjelder aktivitet eller investeringer. Sammen med svakhetene i finansieringssystemet legger dette et betydelig press på fremtidig handlingsevne.”

Sykehusreformen generelt

Når det gjelder sykehusreformens generelle effekter var halvparten av de spurte legene av den oppfatning at reformen generelt sett har hatt en negativ (42 prosent) eller svært negativ effekt (åtte prosent) for sykehusene, 18 prosent av legene mente sykehusreformen har hatt positive effekter for sykehusene.

6.3.5 Resultatevalueringen

I februar 2007 offentliggjorde Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) den tredje og siste forskningsrapporten som inngår i evalueringen av sykehusreformen. I regi av Forskningsrådet har flere fagmiljøer gjennomført til sammen ti delprosjekter som sammenligner de målene som ble satt i forkant av reformen med de resultater som er oppnådd (Forskningsrådet, 2007).

I forordet til rapporten "Resultatevaluering av sykehusreformen" heter det:

"I denne evalueringen er det fokus på sykehusreformen som innholdsreform. Mest sentralt er helseforetakenes oppgaver i forbindelse med pasientbehandling, dvs. tilgjengelighet, kvalitet, pasientopplæring og effektivitet. Evalueringen skal søke å gi svar på om og i hvilken grad observerte endringer skyldes reformen" (s. 3).

Styringsgruppen for de ti delprosjektene i evalueringen sier i sine konklusjoner:

"Det å evaluere effektene av en såpass omfattende reform som sykehusreformen er utfordrende. For det første fordi at det parallelt med sykehusreformen også har skjedd andre endringer i helsesektoren som kan tenkes å påvirke tilgjengelighet, prioritering, effektivitetsutvikling, brukermedvirkning og arbeidsmiljø.

... For å identifisere effektene av sykehusreformen stilles spørsmål om hvordan tilgjengelighet, prioriteringspraksis, effektivitetsutvikling, brukermedvirkning og arbeidsmiljø hadde vært i helsesektoren dersom alle endringene i rammebetingelsene hadde funnet sted, men under fylkeskommunalt eierskap. Siden en slik utvikling ikke kan observeres (fordi den er kontrafaktisk) brukes andre metoder for å identifisere effektene av sykehusreformen" (s. 141).

I flere av prosjektrapportene peker forskerne på at det er betydelige metodiske problemer, og noen steder presiseres det at konklusjonene må tolkes med varsomhet.

Hovedinntrykket er at konklusjonene ikke er entydige.

- I et fåtall av prosjektene konkluderer man med at sykehusreformen har hatt klare, positive effekter (aktivitetsvekst og effektivitetsutvikling).
- I mange prosjekter konkluderer man med at det er små eller ingen effekter (prioriteringspraksis og ventetider, sentralisering/desentralisering av kirurgi, finansiering av psykiatri versus somatikk, privatisering av laboratorie- og røntgentjenester).
- I noen prosjekter mener man at det kan spores noen positive, men også manglende effekter av sykehusreformen (samarbeid mellom sykehus og kommuner, brukervedvirkning, arbeidsmiljø).

Til tross for forskernes mange forbehold, ingen entydige konklusjoner og manglende analyser på viktige områder, presenteres evalueringsrapporten som en dokumentasjon på at sykehusreformen var vellykket.

I en pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet (21. februar, 2007), omtales resultat-evalueringen med følgende konklusjon:

”Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad sier evalueringen viser at sykehusreformen var nødvendig og riktig.”

Dette skjedde også etter presentasjonen av Agenda Muusmann-rapporten om *”Foretaksmodellens funksjonalitet”*, november 2005. På tross av konklusjonen om å avskaffe bestiller-utførermodellen fordi den ikke fungerte, konkluderer departementet med at foretaksmodellen fungerer godt.

6.3.6 Norske helseutgifter er moderate

Norske myndigheter hevder at utgiftene til helse ligger på topp i verdensmålestokk, og henviser til tall fra organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) for å dokumentere dette. Flere rapporter tilbakeviser dette. Bjarne Jensen ved høyskolen i Hedemark (HIHM) påviste i 2007 at OECD-tallene i slike sammenhenger gir misvisende konklusjoner fordi landene rapporterer ulike typer helsetjenester inn i statistikken som brukes. For Norges vedkommende dreier dette seg om utgifter til pleie og omsorg, som utgjør 25 prosent av de norske helseutgifter (Jensen, Bollingmo, 2007).

6.3.7 Alternativ evaluering – Folkebevegelsen for lokalsykehus

Da myndighetenes evalueringer av sykehusreformen var gjennomført, var det forventninger til at en bred diskusjon om resultatene ville komme. Dette skjedde ikke. Folkebevegelsen for lokalsykehusene utarbeidet derfor en alternativ evalueringsrapport som ble framlagt i september 2007. Kritikken fra forskerne kommenteres i flere tidsskrift og publikasjoner⁹. Rapporten ”*En alternativ evaluering av helseforetaksreformen.*” (Folkebevegelsen for lokalsykehusene, 2007) ble lagt fram i konferansen.

Rapporten består av enkeltstående artikler som drøfter og gir noen kritiske vurderinger av helsepolitikken, reformer og fristilling fra forvaltningen. Evalueringsrapporten problematiserer virkemidlene som er tatt i bruk i den nye måten å organisere sykehussektoren på, og setter reformbølgen i Norge inn i en internasjonal kontekst.

Den internasjonale trenden som her følges er et brudd med den norske demokratiske og velferdspolitiske tradisjonen. Denne hovedretningen synliggjøres i det nyliberalistiske økonomiske tenkesettet som foretaksmodellen er et uttrykk for (Marstein, 2007).

⁹ HELSEREVYEN: "Sykehusreformen bommet på målet" <http://www.helserevyen.no/index2.asp?newsid=5569>, SYKEPLEIEN: "Helseforetaksreformen må avvikes" <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=16230>, HEGNAR ONLINE: "Sterk kritikk mot helsereformen" <http://www.hegnar.no/hegnar/newsdet.asp?id=263659&cat=103>

Folkebevegelsens intensjon med sin alternative evalueringsrapport var å få gjennomslag for en bredde i debatten om organiseringen av norsk sykehusvesen.

6.3.8 ECON-rapport om ressursbruk i spesialisthelsetjenesten

ECON-rapporten analyserte ressursbruken i spesialisthelsetjenesten på oppdrag fra Den norske lægeforening. Rapporten konkluderer i likhet med Jensen (Jensen, Bollingmo, 2007) at de norske sykehusbudsjettene er beskjedne. Departementet opererer med en økning på 50 mrd. kroner i perioden 2002 – 2009 (fra 53 mrd. til 103 mrd.). (Prop. 1 S (2012-2013). Econundersøkelsen viste blant annet at sykehusene er pålagt flere nye oppgaver, samtidig som nytt regelverk for pensjon gav økte kostnader.

Econ konkluderte på bakgrunn av dette med at den reelle veksten i overføringene til spesialisthelsetjenesten i perioden 2002 – 2009 dersom det korrigeres for pensjon, lønns- og prisstigning og nye oppgaver er betydelig lavere enn de som framkommer i helse- og omsorgsdepartementets beregninger. Reell økning i perioden 2002 – 2009 er en budsjettvekst på 7.5 – 9.5 mrd. ((ECON, 2009).

6.3.9 De Facto – 2009: De tok sykehusene tilbake

Rapporten *”De tok tilbake sykehusene – Om Skottlands og New Zealands farvel med markedsmodeller i sykehussektoren”* er utarbeidet av De Facto – Kunnskapssenter for fagorganiserte. De skotske sykehusene var i en periode organisert i en foretaksmodell som likner den nåværende norske. Sykehusene i Skottland er igjen lagt under politisk styring etter at foretaksmodellen ble avvirket, og alle markeds-elementer er som følge av dette fjernet (Eilertsen, 2009).

6.3.10 Riksrevisjonen om økonomistyring i helseforetakene

Riksrevisjonen har i rapporten ”Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2008” (Dokument 3:2 (2009-2010)) undersøkt kvaliteten på den medisinske kodingen som grunnlaget for innsatsstyrt finansiering (ISF). Dette er en oppfølging av feilkoding som ble avdekket i 2003 (Dokument nr. 3:2 (2004–2005)). Undersøkelsen viser at feilkodingen fortsatt er betydelig, tilnærmet på samme nivå som i 2003.

Feilføring av medisinske koder som utløser ISF-utbetaling til sykehusene, utgjorde dengang nesten en milliard kroner alene, og det har ikke skjedd noen forbedring siden revisjonen i 2003. En av fire pasienter er feilkodet ifølge Riksrevisjonen, og tre av de sykehusene som var med i undersøkelsen brukte feil kode i over 40 prosent av tilfellene.

” I 2008 ble hoveddiagnose feilkodet i 36,2 prosent av oppholdene som inngikk i undersøkelsen, mot 37,8 prosent i 2003” (Dokument 3:2 (2009-2010), s 18).

7. Case-studie: Hovedstadsprosessen

Oslo Universitetssykehus (OUS) ble etablert 1. januar 2009. Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF (senere benevnt som Rikshospitalet)¹⁰, Aker Universitetssykehus HF og Ullevål Universitetssykehus HF (senere benevnt som hovedstadsprosessen) ble vedtatt slått sammen i styremøte i Helse Sør-Øst RHF 20. november 2008 (styresak 108/2008). Styrevedtaket ble deretter behandlet i foretaksmøte for de regionale helseforetakene 27. november 2008.

Foretaksmøte er den øverste myndighet i de regionale helseforetakene, og kan sammenlignes med generalforsamlingen i aksjeselskaper (Ot.prp. nr 66 2000-2001)). Spesialisthelsetjenesten er organisert i en konsernmodell med RHF som morselskap og HFene som datterselskap. Statsråden deltar som øverste eier i slike møter, eventuelt en representant for embetsverket med fullmakt på statsrådets vegne. Foretaksmøte mellom departement og regionalt helseforetak avholdes i januar hvert år, og innen utgangen av juni. Utover dette etter behov.

Sentrale saker til behandling i foretaksmøtet er blant annet oppnevning av styret, endringer i foretakets vedtekter og fastsetting av styringskrav og rammer for virksomheten, herunder fastsetting av rammer for opplåning (helseforetaksloven). Foretaksmøtets beslutninger er ikke avhengig av ytterligere behandling og beslutning i Stortinget. Vedtak 108/08 om å slå sammen Rikshospitalet HF, Aker Universitetssykehus HF og Ullevål Universitetssykehus HF ble godkjent i foretaksmøtet 27. november 2008 av helseministeren som øverste myndighet, og saken ble ikke behandlet av de folkevalgte på Stortinget (Saastad, 2013).

OUS er i tillegg til lokalsykehus for deler av Oslos befolkning også et høyspesialisert sykehus som har en rekke regionale og nasjonale oppgaver. Sammenslåingsprosjektet omtales som en av de største og mest omfattende fusjons- og omstillingsprosesser (Oslo Universitetssykehus, 2011).

¹⁰ Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF opprettet 2005 ved sammenslåing av Radiumhospitalet HF og Rikshospitalet HF til ett helseforetak.

I et intervju i Dagens Medisin uttaler tidligere departementsråd Anne Karin Lande Hasle i ettertid følgende:

Helse Øst og helse Sør ble slått sammen på grunn av konflikten mellom Ullevål og Rikshospitalet. (Hasle, 2013).

7.1 Sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst RHF

- Vi har over lang tid vurdert og utredet flere alternativer for bedre samordning. En tidligere rapport har også pekt på at en sammenslåing er det beste alternativet. Det vil sikre bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet og gi grunnlag for bedre rekruttering av helsepersonell og spesialister til andre steder i landet, både i og utenfor den nye regionen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Forslaget om å slå sammen Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet som en del av St. prp. Nr 44 (2006-2007) *Om endringer statsbudsjettet for 2007*. Forslaget ble godkjent i statsråd 16. februar 2007 og vedtatt i Stortinget 23. april samme år. Sammenslåingen av de to RHFene til helse Sør-Øst RHF ble iverksatt 1. juli 2007. Fusjonen ble gjennomført av regjeringen Stoltenberg II. (Innst. S. nr. 167 (2006–2007), St.prp. nr. 44 (2006–2007)).

7.1.1 Bakgrunn og prosess

Forslaget om sammenslåing av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF kom opp første gang under Bondevik II- regjeringen i 2004.

2. august 2004 startet Helsedepartementet et arbeid med å vurdere endringer i sykehusstrukturen i hovedstadsområdet. Dette arbeidet ble utført av en prosjektgruppe bestående av representanter fra Helsedepartementet, Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, med støtte fra McKinsey&Company. Gruppas utredningsmandat var:

” Det skal framlegges rapport som kartlegger og analyserer behovet for samordning av oppgaver og ressursbruk for sykehus i hovedstadsområdet. Det skal tas utgangspunkt i Det norske radiumhospital, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus, men andre sykehus kan trekkes inn i vurderingene dersom det anses nødvendig eller hensiktsmessig for å finne fram til gode løsninger.”

”Med bakgrunn i kartleggingen og analysen av samordningsbehov skal det gis tilråding om strategi og tiltak som kan ivareta det avdekkede behovet. Rapporten forutsettes å inneholde en gjennomgang av alle tiltakstyper, med gjennomgang av alle alternativenes sterke og svake sider.”

- Basert på de tilrådingene som gis i rapporten skal det også legges fram forslag til hvordan tilrådingene skal gjennomføres.” (McKinsey, 2004)

I Revidert nasjonalbudsjett St.prp. nr. 63 (2003-2004) ble saken lagt fram for Stortinget til orientering:

”Helsedepartementet foretar nå, sammen med Helse Sør og Helse Øst, analyser og vurderinger av ulike tiltak som kan bidra til bedre koordinering av ressursbruken i Oslo-området. Disse vurderingene inkluderer mulige organisatoriske samordnings-tiltak mellom sykehusene i Oslo-området. I denne saken vil det ikke bli tatt beslutninger før den er lagt fram for Stortinget. Det vil bli orientert om arbeidet i St.prp. nr. 1 for 2005.”

Bakgrunnsunderlaget for de strukturelle endringene, først endringen av regionsstrukturen, så sykehusstrukturen i den sammenslåtte regionen, var rapporten ”*Bedre samordning av sykehusene i hovedstadsområdet*”(McKinsey, 2004). Prosjektgruppa som startet sitt arbeid 2. august 2004 avga rapporten 8. oktober 2004. Rapporten er på fem sider. Hovedgrunnlaget for konklusjonene synes å være arbeidsdokumentet til prosjektgruppa, en Powerpoint-presentasjon på 102 sider (Arbeidsdokument, 2004).

Høringsnotatet *Bedre samordning av sykehusene i hovedstadsområdet* bygger på prosjektgruppas rapport.

Prosjektgruppa peker på fem løsningsalternativer varierende fra det minst ytterliggående som er mer samarbeid og samarbeidsavtaler mellom sykehusene, til det mest ytterliggående som er sammenslåing av Helseregion Sør RHF og Helseregion Øst RHF.

Alternative modeller er skissert og drøftet i arbeidsdokumentet, og i rapporten fra prosjektgruppa skisseres disse alternativene opp som mulige tiltak under punkt 5.3 Tiltak:

- A: Som i dag – men med mer langsiktige og omfattende gjensidige avtaler mellom Helse Øst RHF og Helse Sør RHF.*
- B: Overføring av Rikshospitalet og Radiumhospitalet til Helse Øst RHF.*
- C: Opprettelse av nytt HF for Oslo-sykehusene som er et sameie mellom Helse Øst RHF og Helse Sør RHF.*
- D: Etablere en sjette helseregion for Oslo-sykehusene.*
- E: Slå sammen Helse Øst RHF og Helse Sør RHF.*

I St.prp. nr. 1 (2004-2005) er det orientert om arbeidet, og det sies at departementet tar sikte på å legge fram sine vurderinger i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2005.

Helseminister Ansgar Gabrielsens forsøk på en sammenslåing av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble ikke vedtatt av Bondevik II - regjeringen.

I muntlig spørretime på Stortinget 2. mars 2005 om den økonomiske situasjonen i spesialisthelsetjenesten svarer daværende statsminister Kjell Magne Bondevik på spørsmål om sammenslåing av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF fra representanten Åslaug Haga fra Sp.

Men en sliter også med samordningen av sjukehusene, bl.a. i Oslo, og helseministerens resept for å ordne opp i dette er at Helse Øst og Helse Sør skal slå sammen, dvs. at ti fylker skal inngå i samme helseregion, altså godt og vel halvparten av landets fylker i samme helseregion. Mitt spørsmål er om statsministeren kan bekrefte at dette er en organisering han støtter, og om han mener at dette vil bøte på det som er den største svakheten i sjukehusvesenet i dag, nemlig at tilbudene til folk i distriktene forsvinner.¹¹

Statsminister Kjell Magne Bondevik gav følgende svar på spørsmålet fra Haga:

Når det gjelder forslag om en sammenslåing av de to nevnte helseregionene, har ikke Regjeringen tatt det standpunkt. Vi har et problem i Oslo, hvor skillet mellom disse regionene går tvers igjennom byen og skiller sykehus hvor det hadde vært fornuftig med en bedre samordning. Der kan en vurdere andre måter å få det til på.¹²

Ap, Sp og SV var i likhet med KrF motstandere av å slå sammen Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til en helseregion i 2004. Helseminister Ansgar Gabrielsen ønsket en sammenslåing fordi dette ville forbedre samarbeidet mellom sykehusene i Oslo dersom de kom inn under samme region. Rikshospitalet HF var helseforetak under Helse Sør RHF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF lå under Helse Øst RHF. Helseminister Ansgar Gabrielsen mente en sammenslåing ville sikre bedre pasientbehandling og ressursutnytting.

Aps helsepolitiske talsmann Bjarne Håkon Hanssen var av en annen oppfatning:

” Hvis det er sånn at Gabrielsen ikke liker det som skjer i Oslo, må han kalle ledelsen i helseregion Sør og helseregion Øst inn på teppet og fortelle dem hvor skapet skal stå. Hvis han ikke gjør det, er det styringsvegring.”

¹¹ Stortingsrepresentant Åslaug Haga (Sp) i muntlig spørretime 2. mars 2005, (10:14:08)

¹² Statsminister Kjell Magne Bondevik i muntlig spørretime 2. mars 2005, (10:15:22)

”Slår man sammen helseregion Øst og Sør lager man en gigantregion. Om folk har følt distanse nå, vil de til de grader gjøre det etter en sammenslåing. Dette vil innebære at folk i Engerdal tilhører samme helseregion som folk i Arendal. Det blir feil. Da er veien kort til et sykehusdirektorat.” (Hanssen, 2004)

7.1.2 Stortinget vedtar sammenslåing til Helse Sør-Øst RHF i 2007

Forslaget om sammenslåing ble som nevnt innledningsvis tatt opp igjen under Stoltenberg II - regjeringen i 2007, og fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet som en del av St. prp. Nr 44 (2006-2007) Om endringer statsbudsjettet for 2007. Forslaget ble godkjent i statsråd 16. februar 2007 og vedtatt i Stortinget 23. april samme år. Grunnlagsmaterialet fra forrige drøfting i 2004 og 2005 (McKinsey&Company) lå fortsatt til grunn for beslutningen uten ytterligere vurderinger. Regjeringens vurderinger av de fem skisserte modellene for å løse samordningsproblemene i hovedstadsområdet konkluderte med at en sammenslåing av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF framstår som det beste alternativet.

Hovedintensjonene bak sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF er formulert i St.prp. nr. 44 (2006-2007):

”Bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet og mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, vil være et gode for spesialisthelsetjenesten i hele landet – og komme pasientene til gode. Eksempelvis vil bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet gi grunnlag for bedre muligheter for rekruttering av helsepersonell og spesialister andre steder i landet, både i og utenfor den nye regionen. Det er identifisert betydelige gevinstpotensialer på ulike områder – både faglig og økonomisk. Sammenslåingen vil gi langt bedre muligheter for samordning av fag- og forskningsmiljøer.”

7.2 Kritikk av grunnlaget

Før iverksettelsen av vedtaket om sammenslåing av Oslo-sykehusene ble det rettet kritikk mot beslutningsgrunnlaget.

I en forskningsrapport som Høgskolen i Hedmark (HIHM) har utarbeidet om rapportens grunnlag som ledet fram til sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, sies det blant annet følgende:

McKinsey - rapporten er preget av uklar sammenheng mellom delområdene som trekkes fram og arbeidsoppdraget ut fra et helhetsperspektiv. Den er primært en kartlegging av hovedalternativer eller tiltak og organisasjonsmessige løsninger som kan være aktuell for å få en bedre samordning av sykehusvirksomheten i hovedstadsområdet. Hva som vil oppnås med de enkelte alternativer er svært løselig vurdert. De konsekvenser alternativene kan få for sykehusløsninger i resten av landet er nesten ikke vurdert, og alternativene er ikke vurdert mot hverandre. Rapporten er derfor primært egnet som utgangspunkt for videre arbeid og utredning av de alternativer som foreligger. Den er ikke egnet som underlag til å beslutte valg av ett eller flere av disse alternativene (Jensen/Bollingmo 2007).

Sykehusaksjonen i Notodden uttalte på en pressekonferanse 29. mai 2008¹³ at grunnlagsdokumentene som konkluderte med en sammenslåing av helseregionene Sør RHF og Øst RHF inneholder vesentlige feil og mangler.

”Det er så store feil og mangler i grunnlagsmaterialet i hovedstadsprosessen til Helse Sør-Øst at prosessen må stoppes umiddelbart” (Sykehusaksjonen Notodden, 2008).

¹³ <http://lokalsykehus.blogspot.no/2008/06/sykehusaksjonen-notodden-pviser-feil-i.html>: Nettsiden til Folkebevegelsen for lokalsykehus

Sykehusaksjonen hevdet å ha avdekket feil ved beregningsgrunnlaget til SINTEF Helse vedrørende framtidige behov, og at grunnlaget konklusjonene bygger på derfor kan slå uheldige ut når det gjelder dekningen av faktisk kapasitetsbehov i pasientbehandlingen. På bakgrunn av pasientframskrivningen i SINTEF-rapportene er det en oppfatning om at sykehusene i Helse Sør-Øst får en overkapasitet i de nærmeste årene. (Myrbostad, Rønningesen, Bergsland, 2007).

Den andre rapporten, *Aktivitets- og kapasitetsanalyse i sykehusområder i helse Sør-Øst RHF* går direkte inn i framtidig sykehusplanlegging beregnet ut fra en sterkere sentralisering av sykehusdriften og reduksjon i antall liggedøgn i sykehusene (Myrbostad, Layvsnes, Bergsland med fler, 2008).

Begge rapportene, som Helse Sør-Øst bygger sine vedtak på, legger forutsetninger om omfattende endringer i helsevesenet i årene som kommer til grunn for konklusjonene om at vi står ovenfor en framtidig overkapasitet.

Forutsetningene er beskrevet i SINTEF-rapport A3249, Vedlegg 1: "Delrapport: Fremskrivning og kapasitetsanalyse for Helse Sør-Øst RHF, somatikk og psykisk helsevern", og sykehusaksjonen i Notodden stiller spørsmålstegn ved hvor de forutsetningene som SINTEF legger til grunn for en framtidig sykehusorganisering er bestemt¹⁴.

I en forespørsel fra Blefjell Sykehus (Thürmer, 2.1.2008) svarer SINTEF Helse at manglende kvalitetssikring av tallgrunnlaget og svakheter i grafiske framstillinger i rapportenes materiale kan skape usikkerhet om de faktiske forhold i vurderinger av rapportens informasjon (Heldaas, 2008)¹⁵.

7.3 Sammenlåing av Oslo-sykehusene

I vedtaket i styresak 68/2007 er det lagt opp til at man i april 2008 skal avklare "*nødvendige endringer i sykehusstrukturen og inndeling i helseforetak i hele regionen*".

¹⁴ Pressekonferanse 29. mai 2008

¹⁵ Kommunikasjonssjef for Hovedstadsprosessen, Jo Heldaas i Helse Sør-Øst, i TA 6. juni 2008

Helse- og omsorgsdepartementet utdypet oppdraget til Helse Sør-Øst RHF i foretaksmøtet 30. mai 2007. Helse Sør-Øst RHF's omstillingsforslag ble som nevnt innledningsvis i dette kapitlet behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF 20. november 2008. Vedtak om sammenslåingen av Oslo-sykehusene ble fattet i samme møte. Foretaksmøtet 27. november 2008 stadfestet Helse Sør-Øst RHF's utarbeidede prinsipper og vedtak for omstillingene i Helse Sør-Øst, i samsvar med helseforetaksloven § 30. Denne bestemmelsen fastslår at det er foretaksmøtet som treffer vedtak i saker av vesentlig betydning (helseforetaksloven).

1. januar 2009 ble de tre tidligere helseforetakene Aker, Ullevål og Rikshospitalet slått sammen til Oslo universitetssykehus (OUS). Dette innebar organisasjonsmessig samling av sykehusene innenfor ett sykehusområde. I grunnlagsdokumentene for sammenslåingen ble det anslått et innsparingspotensial på mellom 600–900 millioner kroner. Situasjonen i 2013 er at OUS må kutte 700-800 millioner kroner for å nå budsjettmålet for 2013 (Årsrapport/styresaker fra OUS).

Siri Hatlen tiltrådte som administrerende direktør for OUS i juni 2009. Hatlen ledet arbeidet med å fusjonere og integrere Aker sykehus, Rikshospitalet og Ullevål sykehus fram til hun sa opp sin stilling under et ekstraordinært styremøte i juni 2011. Hun fant det ikke forsvarlig å legge fram en økonomisk langtidsplan i tråd med eier, Helse Sør-Øst, sine ønsker (Hatlen, 2011).

7.3.1 Riksrevisjonens kritikk av hovedstadsprosessen:

Riksrevisjonens rapporten med gjennomgang av perioden 2009 – 2012

Riksrevisjonens rapporten med gjennomgang av perioden 2009 – 2012 slår fast at situasjonen i hovedstadsområdet er alvorlig og preget av sviktende planlegging og mangelfull resultatstyring i alle ledd – fra departement, til styrene i Helse Sør-Øst (HSØ) og Oslo universitetssykehus. (Dokument 3:2 (2013-2014))

Omstillingen av OUS som ble påbegynt i 2009 og som førte til sammenslåingen av Aker, Rikshospitalet og Ullevål, skulle sikre bedre fag- og forskningsmiljø, bedre utnyttelse av personell og utstyr, bedre pasientsikkerhet og økt produktivitet.

Riksrevisjonen har gjennom en rekke undersøkelser kommet frem til at

«Fra omstillingen av OUS startet i 2009, og fram til utgangen av 2012 er det ingen klare forbedringer i verken pasientbehandlingen eller ressursutnyttelsen i OUS».

Riksrevisjonen påpeker at OUS har hatt krevende rammebetingelser, men konkluderer likevel med at den overordnede styringen på tvers av klinikkene har vært for svak med tanke på å redusere flaskehalsen i behandlingen. Rapporten slår fast at også HSØ har en stor del av ansvaret. De har sviktet totalt i sin kommunikasjon med OUS når det gjelder å klargjøre og viderefremme en tydelig plan for forbedring.

Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt RHF-ene å utvikle systemer for risikostyring. Selv om det er blitt gjort evalueringer av risiko ved OUS er det blitt gjort lite for å forebygge og endre bildet i en positiv retning. Rapporten viser at tiltakene som er gjennomført, ikke har hatt tilstrekkelig virkning og at den overordnede kliniske styringen har vært for dårlig.

Rapporten reiser alvorlige problemstillinger som må besvares. Det er ingen tvil om at Riksrevisjonen deler vår virkelighetsforståelse om de faktiske forholdene ved Oslo-sykehusene (Gjessing, 2013).

Legeforeningen mener at spørsmålene tydeliggjør behovet for en uavhengig granskning av omstillingen for å avdekke nødvendig kunnskap det videre arbeidet kan bygge på (Ibid).

7.3.2 Stortingshøringer om omstillingen ved OUS

Situasjonen i hovedstadsprosessen har vært gjenstand for flere høringer på Stortinget.

29. november 2011 hadde Stortinget sin første høring om hovedstadsprosessen. Bakgrunn for høringen var et Dokument 8-forslag fra fra opposisjonen knyttet til omstillingen ved OUS (Frp, H, KrF og V). Fagmiljøer og tillitsvalgte ved OUS har advart mot mangelfull ivaretagelse av pasientenes sikkerhet som følge av prosessene.

Blant annet blir driftssituasjonen for 2012 beskrevet som "usedvanlig krevende" (Dokument 8:24 S (2011–2012)).

I sitt forslag ber forslagsstillerne om tilslutning fra Stortinget til å be regjeringen om å:

- *Sørge for at det gjøres en ny og helhetlig risikoanalyse av omstillingsprosessen ved OUS, som skal lede til en fornyet gjennomføringsplan.*
- *Pålegge Helse Sør-Øst å styrke den stedlige ledelse ved avdelingene i underliggende helseforetak.*
- *Etablere en statlig finansieringsordning for IKTsatsing i helsetjenesten hvor valg av IKT-løsninger skal styres nasjonalt, og sikre at systemene fungerer på tvers av helseforetakene og mellom forvaltningsnivåene.*

Forslaget ble avvist av stortingsflertallet (Ap, SV og Sp) (Innst. 137 S (2011–2012)).

Høring i Kontroll- og konstitusjonskomiteen om OUS-fusjonen 2012

Kontroll- og konstitusjonskomiteen avholdt høring 2. mars 2012 om OUS-fusjonen.

Komiteen ønsket å få belyst problemstillingene som elektroniske pasientjournaler (EPJ) – klinisk arbeidsflate, pasientsikkerhet og departementets oppfølging og styring av blant annet de økonomiske problemene som har oppstått.

Konklusjon og vedtak fattet i komiteen:

En samlet komité har respekt for at omstillingen er kompleks og krevende, men mener likevel det er viktig å fortsette prosessen. Under behandlingen av saken fremkom det påstander om juks med ventelister ved OUS. Komiteen viser til at en intern revisjonsrapport om ventelistehåndtering m.m. uttrykte at regelverket på sentrale områder er uklart og at rettskildene er fragmentert. Komiteen mener dette er uheldig og imøteser statsrådens gjennomgang av regelverket. Komiteen ber om at statsråden kommer tilbake med et forslag til endret regelverk, som forhindrer en praksis som påvirker pasientenes rettigheter negativt (Innst. 316 S (2011-2012))

Stortinget behandlet innstillingen fra Kontroll- og konstitusjonskomiteen etter komiteens gjennomgang av deler av omstillingene i Oslo universitetssykehus. I Stortinget ble det uttrykt enighet om at det er riktig å fortsette omstillingene ved Oslo universitetssykehus (Innst. 137 S (2011–2012)).

Åpen høring i Stortingets helse- og omsorgskomiteé 2014

I et Dokument 8-forslag ber stortingsrepresentanter fra KrF og Venstre (V) om en ekspertvurdering og en plan for det videre omstillingsarbeidet.

«Stortinget ber regjeringen initiere en ekstern ekspertvurdering av omstillingen i hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst RHF, og legge fram en plan for Stortinget om den videre hovedstadsprosessen.» (Dok. 8:15 S (2013-2014))

Bakgrunnen for forslaget var Riksrevisjonens rapport (Dok. 3:2 (2013-2014)). Forslagsstillerne framholdt her Riksrevisjonens avdekking av den dårlige styringen med omstillingen i hovedstadsprosessen fra både Helse- og omsorgsdepartementet og fra det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst. De mener situasjonen har gått så langt i gal retning at tiden er inne til å vurdere ekstern bistand. Forslagsstillerne imøteser en nasjonal helse- og sykehusplan, samtidig mener de det er behov for en egen plan for den videre prosessen i hovedstadsfusjonen.

Komiteens medlemmer fra KrF, Sp, SV og V fremmet følgende forslag:

”Stortinget ber regjeringen initiere en ekstern ekspertvurdering av hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst RHF, og legge fram en plan for Stortinget om den videre omstillingen i hovedstadsområdet.”

Under behandlingen av saken i helse- og omsorgskomiteen gikk komiteens flertall, medlemmene fra Ap, H og Frp imot det framsatte forslaget (Innst. 158 S (2013-2014)).

7.3.3 Planleggingen av hovedstadsprosessen – en kritikk

I et oppslag fra NTB 16. oktober 2012 uttalte daværende helseminister Jonas Gahr Støre (Ap) at hovedstadsprosessen ikke var godt nok planlagt.

”Det er god grunn til å stille spørsmål ved om denne prosessen var godt nok planlagt og godt nok gjennomført” (NTB, 2012)

Opposisjonen på Stortinget har som det framgår under forrige avsnitt, 7.3.2 ved flere anledninger tatt til orde for å stoppe hele hovedstadsprosessen nettopp fordi det ikke styres etter en klar plan.

7.3.4 Kritikk av manglende forbedringer

Sammenslåingen av Oslo-sykehusene skulle resultere i et mer effektivt og bedre sykehus for pasientene. Resultatet viser seg å gå i motsatte retning ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Det har blitt betydelig færre senger, kortere liggedøgn samtidig med at antallet ansatte har økt. Omfanget av dag- og poliklinisk behandling er også betydelig redusert etter sammenslåingen i 2009 (Andersen, 2012).

- *Norges største innenlandske bedrift ble etablert uten gode analyser, planlegging, medvirkning, strategi, mål eller lokalisasjon (ibid)*

Professor Bjørg Marit Andersen (OUS) har analysert SSB-tallene som viser noe av situasjonen ved OUS før og etter fusjonen. Konklusjonen er at OUS verken har blitt mer effektivt eller mer lønnsomt etter sammenslåing av Oslo-sykehusene. På denne bakgrunn anmodet Andersen om at OUS bør nedlegges snarest mulig (ibid).

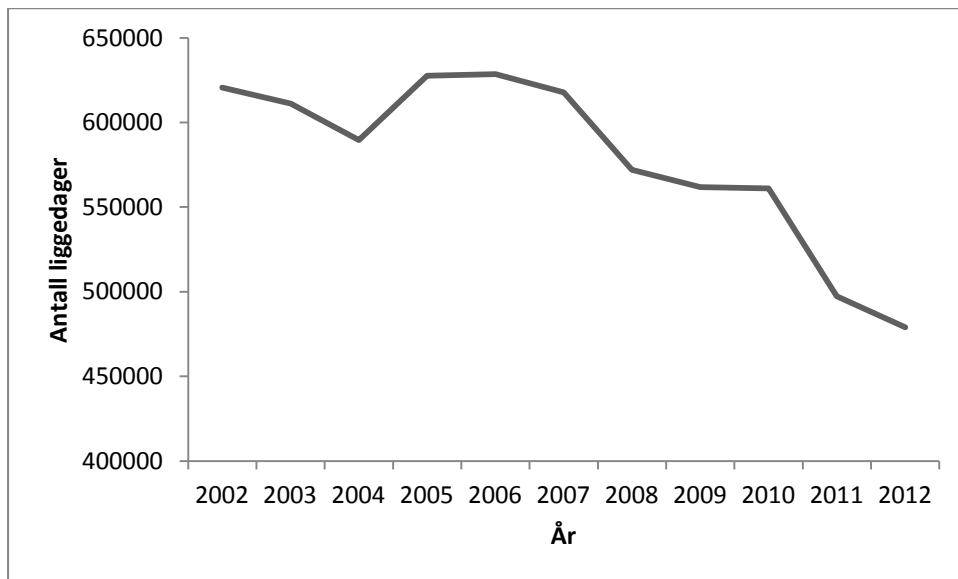
Utviklingen av antall senger ved Oslo sykehusene før og etter hovedstadsprosessen



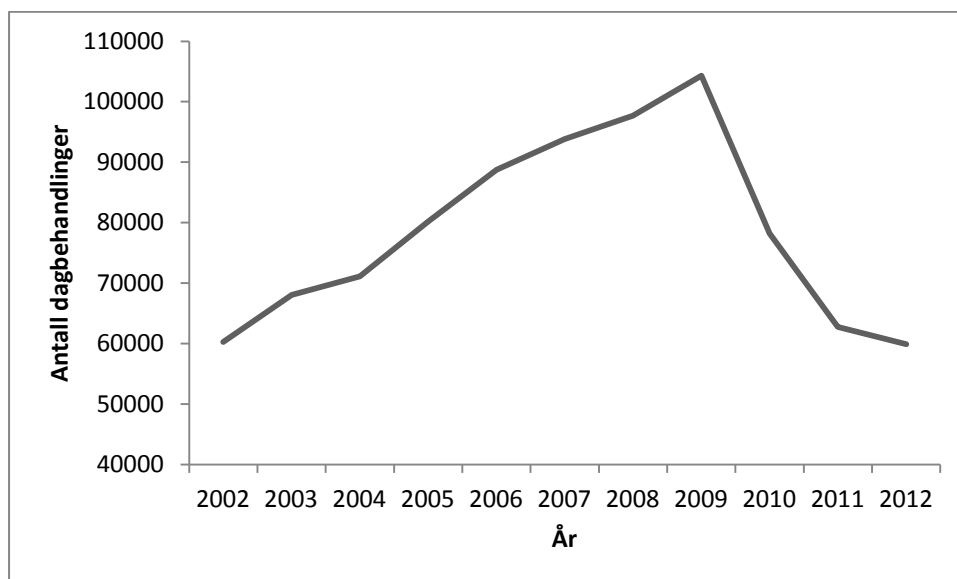
Som det framgår av figuren over viser utviklingen en nedgang i antall sykehussenger ved OUS etter 2009, noe Andersen mener gir et dårligere tilbud til et område med sterk befolkningsvekst. En av tre senger er fjernet siden 2004.

For å kompensere for færre sykehussenger ser vi at antall liggedøgn har blitt færre (figuren under).

Utviklingen av antall liggedøgn for pasientene før og etter hovedstadsprosessen

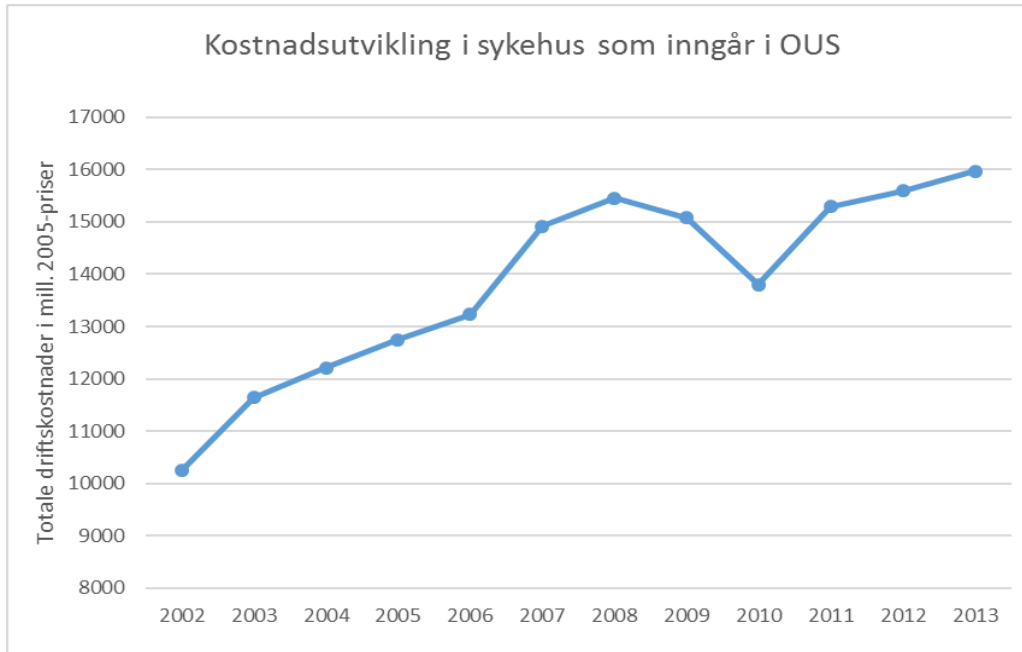


Utviklingstrekk i antall dagbehandlinger før og etter hovedstadsprosessen



I figuren over ser vi en nedgang i antall dagbehandlinger etter sammenslåingen av Oslo-sykehusene i 2009 (Kilde SSB).

Figuren under viser utviklingstrekkene i kostnadene ved Oslo Universitetssykehus. I perioden fra 2002 og fram til sammenslåingen av Oslo sykehusene ser vi at utviklingen i kostnader fikk en topp i 2008, en nedgang fram til 2010 med økning i kostnadene fra 2010 og fram til 2013 (Kilde SSB).



7.5 Status Oslo Universitetssykehus 2015

I desember 2012 fikk styret i Oslo Universitetssykehus (OUS) mandat til å se på framtidige sykehusløsninger i Oslo (henvisning). Til nå er det brukt 30 millioner på å utrede tre alternativer på Blindern, Ullevål og Gaustad (henvisning). På et møte arrangert av Aker sykehus venner (13. oktober 2014) argumenterte OUS-direktør Bjørn Erikstein for å samle hele OUS på Gaustad. Prosjekt Campus Oslo som ledelsen i OUS ønsker å realisere ble lagt fram i styremøte 26. juni 2014. Flere utredninger er allerede gjennomført, og forprosjektene har så langt kostet 30 millioner kroner. Hele prosjektet er stipulert til å koste omlag 40 milliarder kroner, blant annet fordi det krever at ringveien legges i tunnel (Fossheim, 2014).

– *Vi har mange bygg som er i svært dårlig stand. Det er åpenbart at noe må gjøres. Det fine med Campus er at prosjektet kan bygges i tre eller fire etapper, noe som gjør at vi kan komme i gang med første byggetrinn i 2023. Da kan vi erstatte de dårligste byggene våre (Ibid).*

Han påpeker at en utredning fra Multiconsult konkluderer med at omtrent halvparten av bygningsmassen på Ullevål er i kritisk dårlig stand. Bygningsmassen på Rikshospitalet holder fortsatt brukbart nivå, mens det vil koste om lag en milliard kroner å få Aker sykehus i god stand (Støre-Valen, Larssen og Bjørberg, 2014).

Prosjekt Campus møter motstand fra politikere

Prosjektet Campus møter massiv motstand. Lederen av Stortingets helse- og omsorgskomiteé, Kari Kjønaas Kjos (Frp), sier at hun ikke tror på prosjektet.

– *Jeg undres over hvor langt Oslo Universitetssykehus bør gå i en prosess som det neppe blir noe av av (Fossheim, 2014).*

Aps Jan Bøhler, som også sitter på Stortinget, er kritisk til Campus Oslo.

– *Vi er nødt til å løse problemene vi har i dag, om fem år og om ti år før vi kan tenke på et eventyr-prosjekt som kanskje står ferdig i 2040. Vi kan ikke lukke øynene og tro at Campus skal løse all problemene.*

– *Da Siri Hatlen var OUS-direktør ville hun samle store deler av OUS på Ullevål. Det skulle koste 17 milliarder og de utredet i to år, men fikk ikke gjennosmlag. Jeg tror ikke at OUS tåler nok et havari. Det er urealistisk å snakke om Campus før dagens problemer er under kontroll. (ibid).*

Jan Bøhler uttrykte seg kritisk til at OUS har brukt 30 millioner på utredninger:

– *Jeg kjenner ingen politiker på Stortinget som vil gå med på å selge Ullevål og Aker sykehus for å finansiere Campus. Det vil utløse store protester i befolkningen. Uten politisk forankring er det ingen gode argumenter for å fortsette utredningene (ibid).*

8. Analyse og drøftinger

Tema og problemstilling

Tema i min avhandling er sykehussektoren og sykehusreformens endringer. Helseforetaksreformen i 2002 endret spesialisthelsetjenesten fra forvaltningsstyrte virksomheter eid av fylkeskommunen til fristilte rettssubjekter eid av staten. Hvilken betydning fikk denne endringen for måten sykehusene siden har vært styrt på? Gjennom å studere endringene fra forvaltningsstyring til forretningsstyring ville jeg finne ut om de kjente konsekvensene gir kritikerne rett i at nytt styringssystem har svekker demokratiet og politikernes styringsmulighet.

Er forretningsmodellen en hindring for politisk styring? Kan politisk styring over offentlig forvaltningsområder ivaretas når de områdene som skal forvaltes og styres frikobles fra forvaltningen? Min hypotese er at ved å frikoble sykehussektoren fra offentlig forvaltning og innføre bedriftsøkonomiske styringsmål og metoder framfor samfunnsøkonomiske svekkes den demokratiske styringen. Dette rokker ved verdigrunnet i den norske demokratiske samfunnsmodellen.

For å finne svar på hypotesen har jeg undersøkt hva som skjedde med politikernes mulighet til å planlegge og styre etter at sykehusreformen ble iverksatt i 2002, og deres medvirkning i planlegging og styring. Jeg har valgt å bruke sammenslåingen av Oslo sykehusene som case-studium.

"Har staten som sykehuseier gjort en god jobb? Har reformen lagt til rette for en mer helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten? Er modellen med statlig eierskap og foretaksmodell til pasientens beste?",

spør Ståle Opedal og Inger Marie Stigen i boka *"Helse-Norge i støpeskjeen - søkelys på sykehusreformen"*. Boka, som var en del av prosessevalueringen, den første av den tredelte evalueringen av sykehusreformen, kom i mars 2005, og på det tidspunkt mente forskerne at det var for tidlig å felle noen endelig dom over sykehusreformen. I 2015, ti år etter evalueringen er erfaringsgrunnet solid, og nok til "å felle en endelig dom" som forskerne uttrykte det i 2005.

Politikere fra flere partier både lokalt, regionalt og sentralt har tatt til ordet for at styringen av sykehus og den øvrige spesialisthelsetjeneste må tilbake til en modell hvor politikerne har en sterkere medvirkning.

Teoretisk bakgrunn

Vår tid preges av stor tilgang på ideer om hvordan organisasjoner bør utformes, styres og ledes. Disse nye ideene utløser mange tunge omstillingsprosesser. Effektene er imidlertid ofte både uklare og tvetydige. Forskningsmiljøer som er kritiske til å omdanne offentlig forvaltning til forretningsmessige virksomheter hevder dette handler om ideologi. De mener endringene er et ideologisk infisert sett av liberalistiske ideer som innføres i offentlig sektor, og at disse ideer og reformer ikke tar høyde for kompleksiteten og annerledesheten offentlig sektor representerer (Røvik, 2007).

Reformforsøk med å lage markeder for produksjon etter bedriftsøkonomiske kriterier fører til utvikling av kvasimarkeder som ofte virker mot sin hensikt. Er helseforetaksreformen et uttrykk for det eksempelvis Røvik omtaler som ideer som er i ferd med å forme det 21. århundre?

Som jeg er inne på i kapittel to, beskriver institusjonell teori reformer som nye ideer som blir implementert uten at det foretas reelle vurderinger eller konsekvensanalyser av reformens egnethet. Reformene er som det framgår i den teoretiske litteraturen, produkter av et symbolsk ideologisk hegemoni og spres gjennom slagordpreget retorikk (Brunsson & Olsen, 1993). I samme kapittel gir jeg en oversikt regelverket ved gjennomføring av samfunnsøkonomiske analyser for å belyse konsekvenser før alternativer vurderes¹⁶.

*Hvilke samfunnsproblemer skal løses og hvilke alternative tiltak kan løse problemet?
Fordeler og ulemper, og hvorvidt fordelene overstiger ulempene.*

¹⁶ Finansdepartementets veileder for vurdering av samfunnsøkonomiske konsekvenser.

Var hovedstadsprosessen forsvarlig og godt planlagt?

Spørsmålene i Finansdepartementet regelverket om samfunnsøkonomiske konsekvensvurderinger belyses ikke i grunnlagsmaterialet til sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF og hovedstadsprosessen (McKinsey, 2004). Dette er omstillingsprosessen store svakhet.

Dette er i seg selv oppsiktsvekkende og styrker hypotesen og det teoretiske grunnlaget om at endringsstrategien for sammenslåingen først av Helse Sør og Helse Øst, dernest av Oslo-sykehusene, primært handler om ideer fra ideologiske strømninger. Her kunne både helse- og omsorgsdepartementet og Stortinget sørget for et bedre grunnlag før beslutning ble tatt. Det er overraskende at politiske myndigheter verken etterspør konsekvensvurderinger av virkningene spesielt eller samfunnsøkonomiske analyser generelt. Det burde være i både departementets og Stortingets interesse at beslutninger med så vidtgående konsekvenser fattes på et forsvarlig grunnlag.

Forskning på sykehusfusjoner – positive virkninger ikke dokumentert

Hovedstadsprosessen hadde som målsetting å sentralisere sykehus tilbudet i Osloområdet. Sykehusforsker- og ekspert Soki Choi reagerer på historieløse sykehusfusjoner etter at hun i sin doktorgradsavhandling har funn som viser at det å fusjonere er en av de vanskeligste operasjoner som gjøres i en organisasjon. Choi er en av de første i verden som har forsket på sykehussammenslåinger. Hun ble belønnet med pris fra European Health Management Association for doktorgradsavhandlingen ”*Competing logics in hospital merges*”. Studien tar utgangspunkt i sammenslåingen av Stockholm-sykehusene Karolinska og Huddinge i 2004. Choi konkluderer med at få sykehussammenslåinger er basert på forskning (Choi, 2011). Bakgrunnsgrunnlaget for fusjonen av Helse Sør og Helse Øst for deretter å slå sammen Oslo-sykehusene er rapporten som ble utarbeidet i Helse- og omsorgsdepartementet med støtte fra konsultantselskapet McKinsey. Her var sykehusfusjonen Choi har studert et av flere bidrag i vurderingen (McKinsey, 2004).

I en annen studie fra Norges Handelshøgskole (NHH) som professor Kurt R. Brekke har gjort sammen med Luigi Sicilliani og Odd Rune Straume, ser de på effektene av sykehusfusjoner. Blir driften billigere, øker kvaliteten på tjenestene, og kommer pasientene bedre ut av det? Brekke er kritisk til retorikken om at sykehusfusjoner gir oss mer helse for hver krone, og at pasientene får det bedre.

- De påståtte positive virkningene er ikke dokumentert. Det er ikke grunnlag for å hevde at gigantsykehus og store helseforetak er riktig medisin (Brekke, 2011).

Studien «Hospital Mergers with Regulated Prices » viser at sykehus som fusjonerer har svakere incentiv til å tilby kvalitet og drive effektivt.

I tillegg til Brekkes egen forskning viser en masteroppgave som han har vært veileder på, at det ikke er sporbare positive virkninger på kvalitet og kostnad etter at sykehus er fusjonert. Dette var som jeg nevner i kapittel sju viktige målsettinger som lå som forutsetninger i grunnlagsdokumentene (McKinsey, 2004).

En av studentene til Brekke har fått tilgang til data som viser driftskostnader før og etter sykehusfusjoner. Masteroppgaven viser at kostnad per seng øker i takt med størrelsen på sykehusene (Nordhus, 2013). Denne konklusjonen bekrefter Andersens undersøkelser som omtales i kapittel sju.

Endringene i styringen av spesialisthelsetjenesten

Som jeg redegjør for i kapittel fem, innebar omdannelsen av spesialisthelsetjenesten til helseforetak tre avgjørende endringer i måten det offentlige helsevesenet ble organisert, finansiert og styrt på. Den første var at staten overtok eierskapet til sykehusene fra fylkeskommunene. Isolert sett resulterte denne endringen i en sentralisering av den politiske styringen fra fylkesnivå til nasjonalt nivå.

Begrunnelsen for statlig overtakelse var å styrke den politiske styringen ved at staten bedre enn fylkeskommunen kunne bidra til en mer helhetlig styring.

Helseminister Tore Tønne sa i sin tale til Aps landsmøte 9. november 2000 at sykehusene skulle styres med forankring både lokalt og regionalt, og at desentralisert eierskap og styring gir god mulighet for samhandling med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dersom det i denne formuleringen er ment å understreke betydningen av å delegere ansvaret til styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene, ligger det i helseministerens budskap et signal om en avpolitisering til de ”profesjonelle” styrene. Den tidligere folkevalgte styringen gjennom det fylkeskommunale eierskapet ble erstattet med ”profesjonelle” styrer både av de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Politikerne skulle kun forholde seg til såkalte profesjonelle styrer og ikke styrer sammensatt av folkevalgte representanter (Ot. Prp. Nr. 66 (2000-2001)).

Når det på denne måten etableres et bedre grep på den nasjonale politiske styringen, er det mindre betenkelig å gi sykehusene større myndighet til styring av driften. Foretaksorganisering skal være et desentraliseringstiltak (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

De to andre endringene var etablering av helseforetak som ble fristilt fra forvaltningen, og at budsjettstyringen og kontantregnskapet ble erstattet med forretningsregnskap. Som det framgår i første kapittel, var disse to endringene sentrale for Stoltenberg I - regjeringen å gjennomføre (Tønne, 2000). Den politiske og forvaltningsmessige styringen ble avviklet til fordel for en forretningsmessig konsernorganisering.

I lov om helseforetak framgår det at sykehusreformen først og fremst dreier seg om organisatoriske endringer, og at de foreslåtte endringene ikke er ment å rokke ved verdigrunnlaget for helsepolitikken. Omorganiseringen er et ledd i regjeringens mål for moderniseringen av offentlig sektor (Stoltenberg, 2000). Spørsmål som forskningen stiller, og som jeg beskriver i kapittel to, er blant annet om ”moderniseringen” er i ferd med å rokke ved verdigrunnlaget for helsepolitikken.

Spesialisthelsetjenesten er gjennom helseforetaksloven organisert i en konsernstruktur som legger lønnsomhetsvurderinger til grunn for sine beslutninger.

Viktige avgjørelser tas i det regionale helseforetaket (RHF) som er morselskap, og de underliggende foretak og sykehus må innordne seg dette. Den sentrale forskjellen på offentlig virksomhet og forretningsvirksomhet er at den offentlige virksomheten disponerer inntekter for å sikre befolkningen fellesgoder. Målsettingen er å disponere fellesskapets verdier slik at befolkningen får størst mulig velferd. Forretningsmessig virksomhet, derimot, er basert på at det produseres varer og tjenester som selges i et marked for å gi inntekter. Målsettingen med virksomheten er å skape størst mulig overskudd, dvs størst mulig differanse mellom inntekter og utgifter.

Som det framgår i kapittel fem, var innføring av lønnsomhetsregnskap et sentralt element. Siden sykehussektoren er en virksomhet som i utgangspunktet ikke har til hensikt å være lønnsom i en bedriftsøkonomisk målestokk, er det stilt spørsmål ved om disse regnskapsprinsippene egner seg i offentlig sektor. Inntektene kommer fra offentlige bevilgninger, som bestemmes politisk ut fra behov og prioriteringer (Voldnes, 2007). Det er fra flere hold bekreftet at dersom sykehusene hadde fortsatt med å avlegge regnskap etter den kommunale regnskapsmodellen kunne underskuddene vært unngått og styringen av økonomien vært bedre (Jensen, 2006, Helse Vest, 2008).

Som nevnt i kapittel fire, ble høringsforslaget kritisert for manglende analyser av forslagene til nye styringsprinsipper som er ment å løse de svakhetene som er definert i grunnlaget (Høringsnotatet, 2001). Innføring av bedriftsøkonomiske prinsipper er et sentralt virkemiddel som ble foreslått valgt for å styrke styring med sektoren, og rette opp de svakheter som eksplisitt er nevnt (Ot prp. 66 (2000-2001)).

Som jeg viser til i kapittel fem, belyser forskning svakheter ved å innføre bedriftsøkonomiske virkemidler i offentlig sektor. Det dokumenteres her at bruk av styringssystem som er ment for privat sektor i offentlig sektor verken har gitt bedre kvalitet, bedre økonomisk styring eller mer lik fordeling (Lapsey I. 2001). Ved innføringen av forretnings- og konsernstyring i 2002 var begrunnelsen at dette ville gi bedre kvalitet, mer likhet og bedre styring.

Bedriftsøkonomiske virkemidler dreier seg om å gi mest mulig økonomisk avkastning på bedriftens kapital. Effektene, dersom vi vurderer erfaringene i hovedstadsprosessen, viser et annet bildet enn hva som faktisk var hensikten med å endre styringssystemet slik det ble gjort i 2002 (Waalder, 2001).

Andre lands erfaringer

Andre lands erfaringer som jeg omtaler i kapittel to bekrefter antagelsen den kritiske forskningen påpeker, om at økt markedsstyring har forsterket heller enn forbedret de problemene som var ment å skulle løse. Foretaksorganiseringen i det norske helsevesenet er i prinsippet lik det ”indre marked” som ble innført i det britiske sykehusvesenet i 1991, og sykehusmarkedet som ble innført i New Zealand i 1993. Disse prosjektene er i dag stoppet fordi de ikke innfridde som forventet, og motstanden mot reformene resulterte i at begge lands regjeringer gikk av (Kalseth/Magnussen/Anthun med flere, 2010, Eilertsen, 2009).

Utviklingen i Skottland er på mange måter sammenlignbar med det vi har erfart i Norge. I Skottland konkluderte man etter et tiår med markedseksprementeringen at konkurransemodellen skulle forlates og foretakene avvikles. De skotske erfaringene gir et kvalifisert utgangspunkt for å drøfte sammenhengen mellom forretningsorganiseringen i foretaksmodellen og utviklingstrekkene siden 2002 også i Norge.

Reverseringen av markedssystemene i Skottland og New Zealand styrker det empiriske grunnlaget jeg bygger avhandlingen på for å besvare problemstillingen og hypotesen.

I lovforslaget om å overføre eierskapet til sykehusene til staten var heller ingen kritikk av fylkeskommunen som sykehuseier. Ot.prp. nr 66 slår fast at

”Norsk helsevesen har en rekke kvaliteter som er utviklet med fylkeskommunene som eiere. Undersøkelser av pasientenes tilfredshet viser at de aller fleste pasientene er fornøyd med sykehusenes tjenester. Men det er også svakheter ved dagens system, som blant annet kommer til uttrykk gjennom lange ventetider, korridorpasienter, mangelfull samordning, store ulikheter og dårlig ressursutnyttelse.”

”Det er først og fremst en systemvurdering som ligger til grunn for reformen. Denne vurderingen tilsier at det vil være lettere å gjøre noe med svakhetene dersom de grunnleggende ansvarsforholdene er klare og enkle.”

Ifølge departementet var et problem med de fylkeskommunale sykehusene at det styres for mye på driftsspørsmål og for lite på overordnede spørsmål, som prioriteringer og struktur. Dette fører til at både den politiske styringen og driftsstyringen blir dårlig (Ot.prp. nr 66 (2000-2001)).

Som jeg nevner i kapittel sju, kommer Riksrevisjonen med kritikk både av Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF for svak styring i forbindelse med omstillingen ved OUS. Til tross for gjentatte meldinger om at omstillingsprosessen OUS ikke kunne gjennomføres som forutsatt, satte ikke Helse Sør-Øst RHF eller Helse- og omsorgsdepartementet i verk tiltak som stod i forhold til det rapporterte risikobildet (Dok. 3:2 (2013-2014)).

Erfaringene så langt gjør at man med rette kan spørre seg om sykehusenes overgang til helseforetakssystemet har vært en god ide. Videre, om en forretningsmessig tilnærming på et område som har som målsetting å yte gode tjenester av høy kvalitet til befolkningen er et egnet virkemiddel for å videreutvikle et offentlig solidarisk system.

Foretakssystemet som ble etablert i 2002, kan klassifiseres som en modell hvor strukturspørsmål av vidtgående regionalpolitisk betydning blir tatt ut av den direkte folkevalgte styringen. Gjennom vide fullmakter gis helseministeren (embetsverket) sammen med forretningsstyrer i oppdrag å beslutte og gjennomføre endringer i for eksempel strukturen på sykehusenes akuttberedskap, funksjons- og oppgavefordelingen osv. Hvilke konsekvenser dette får for lokaldemokratiet og den framtidige regionalpolitiske utviklingen ble ikke drøftet i forarbeidene til reformen (Høringsnotatet, 2001).

Et sentralt spørsmål, som heller ikke ble avklart, var hvilken regionalpolitisk innflytelse som skal utøves overfor regional helseplan og hvordan fylkeskommunens samordning av statlig, fylkeskommunal og kommunal virksomhet i fylket, skulle ivaretas i det nye styrings-systemet. Dette ble som jeg redegjør for i kapittel fire avvirket da helseforetaksloven ble vedtatt (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)).

Etablering av helseforetak i en regional konsernorganisering bryter med forvaltnings-tradisjonen i offentlig sektor. Denne fristillingen av sykehusene fra forvaltningen er en trend som etter hvert har fått stor utbredelse. Politiske beslutninger erstattes av ”likssommarkeder”

hvor grensen mellom et fritt marked og et offentlig demokratisk og regulert område utviskes. Ressursallokeringen foregår utenfor den politiske sfære og det demokratiske system, og kvasimarkedet utvikles gjennom et bestiller-utførersystem som dermed legger mye av premissene.

Bekrefter organisatoriske forhold eller institusjonelle trekk at NPM som styringskonsept er et fremmedelement i norsk forvaltningskultur, og derfor ikke kan gi svar på sykehussektorens utfordringer?

I proposisjonen uttales det at:

”De organisatoriske endringer som foreslås skal gi grunnlag for mer helhetlige strategier...”

Følgelig må det forstås slik at pådriverne til reformen mente at statlig ansvar, organisering etter malen for aksjeselskaper og innføring av mer rendyrket styring etter forretningsmessige og økonomiske lønnsomhetsprinsipper skulle gi mer helhetlige strategier for spesialisthelsetjenestene og sykehusene. I denne avhandlingen blir dette tilbakebevist.

9. Konklusjoner

Store deler av den offentlige forvaltningen har, som jeg har vært inne på, gjennomgått betydelige endringer i måten den styres, organiseres og finansieres på de siste 25 år. Det som teorien bekrefter, er at denne reformbølgen er inspirert av en nyliberal tankegang som har satt sitt preg på offentlig sektor.

Sykehusreformen var omstridt, både da forslaget så dagens lys på Aps landsmøte i november 2000, men også hele veien fram til vedtak og gjennomføring, og fortsatt er endringene omstridt. Situasjonen kjennetegnes av et stort gap i virkelighetsoppfatningen av hvor godt eller dårlig reformene som er innført, virker. De som står nærmest helsetjenesten, og som skal utføre behandlingen av pasientene, uttrykker stor uro og usikkerhet. Forskeren fra Ahus som siteres i første kapittel, kan være et speilbilde og talerør for de som vet hva det nye systemet kan innebære for brukerne. De som er satt til å lede og administrere reformer, og de politisk ansvarlige, forsvarer utviklingen og de endringene som er iverksatt og som planlegges iverksatt. Som analysen viser, er intensjonen når det gjelder å opprettholde et godt planleggingssystem, forbedre styringen, kvaliteten og økonomien, ikke blitt innfridd.

Tross dette utfordrer konflikten om sykehusstruktur og lokalsykehusenes innhold offentlig styringsproblematikk, og et sentralt spørsmål som er reist, er om helseforetaksreformen vil overleve. Men fortsatt er det ingen konkrete planer om mer grunnleggende endringer.

Svaret på spørsmålet om det er mulig å ivareta politisk styring over offentlige forvaltningsområder når de områdene som skal forvaltes og styres frikobles fra forvaltningen, kan besvares på flere måter. Det vil sannsynligvis blant annet avhenge av ideologisk tilhørighet. I sykehusreformen har de ideologiske skillelinjene i noen grad blitt mindre synbare. Hvem som velger å fokusere på en kritikkverdig utvikling når forslag er stilt av stortingsrepresentanter, har vært avhengig av hvem som til enhver tid har vært i opposisjon og i posisjon. Dette er synliggjort i gjennomgangen av Stortingets høringer om hovedstadsprosessen, og flere av Dokument 8-forslagene som er tatt opp fra tid til annen og som gjennomgås i kapittel sju.

Min konklusjon er at helseforetakssystemet, slik det framkommer i hovedstadsprosessen, ikke er vellykket. Bruk av forretningsprinsipper og ”profesjonelle” til å ivareta fellesskapsløsninger har ført til dårlig demokratisk kontroll, mangelfull planlegging og vist seg mer kostnadskrevende. Dette utfordrer verdigrunnlaget i den norske demokratiske samfunnsmodellen.

9.1 Avsluttende kommentarer for ny forskning

Den norske samfunnsmodellen er en suksess. Alle har vi samme rettigheter gjennom et finmasket velferdssystem som vi alle bidrar til etter evne. Derfor har vi et høyt velferdsnivå med en god sykehusstruktur, høy barnehagedekning, utdanning for alle for å nevne noen av de viktige oppgavene vi står ansvarlig for i fellesskap. De siste årenes ”modernisering” er imidlertid i ferd med å endre det som er bygd opp systematisk og planmessig over mange tiår. Det er ikke gitt at utviklingen opprettholder de prinsippene vi har bygd vår samfunnsmodell på, og dette er noe av bakteppet for min avhandling.

Vi lever i et av verdens rikeste land med de beste forutsetninger for å utvikle velferdsmodellen videre. Derfor er det et paradoks at vi i 2015 velger å stenge sykehusavdelinger for å spare, legge ned sykehjem fordi kommuneøkonomien ikke strekker til eller legge ned lokalsykehus fordi det er mer ”lønnsomt” å sentralisere. Dette er noen av ”moderniseringens” konsekvenser fordi bedriftsøkonomiske modeller i stadig større grad påvirker vår måte å tenke på. I sykehussektoren er forretningsvirkemidlene satt i system.

I denne masteravhandlingen har denne formen for ”modernisering” i offentlig sektor vært tema. Spørsmålet som er stilt er om fristillingen fra forvaltningen svarer til forventningene. Utgangspunktet mitt er at vi har utviklet en demokratisk samfunnsmodell som har vist seg å ivareta samfunnsutviklingen og innbyggerne på en særdeles god måte. Tittelen på avhandlingen: *Sykehusreformen 2002: fra forvaltning til forretning, demokrati på avveie* er et tema og problemstilling som opptar mange, og forskningen på dette området er som jeg viser til i andre kapittel mangelfull.

Som jeg gjennomgår i kapittel seks er det foretatt flere studier av effekter ved helseforetaksreformen. Marstein mener helseforetaksreformen i 2002 markerte et paradigmeskifte:

”Helseforetaksreformen markerte overgangen fra likhetsprinsippet for velferdstjenester til et individualistisk, nyliberalistisk verdigrunnlag inspirert nettopp av den rasjonalitet som råder grunnen i New Public Management” (Marstein, 2007).

Forslag til nytt forskningstema

Utgangspunktet for utdypende forskning i forlengelsen av de problemstillinger jeg har søkt å belyse i denne avhandlingen kan være:

Er helseforetaksreformen et uttrykk for det store kvantespranget ut av det sosialdemokratiske verdigrunnlaget? Står vi overfor et paradigmeskifte i norsk offentlig forvaltning, hvor manglende felles planleggings- og styringssystem utfordrer demokratiet og det politiske systemet? Handler sykehusreformen i sin ytterste konsekvens om et paradigmeskifte fra en demokratisk styrt offentlige helsesektor til økt markedsmakt og nyliberalisme?

Litteraturliste

- Aasland, O. G., Hagen, T. P. & Martinussen, P. (2007). Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 127(17), 2218 – 2221.
- Agenda & Muusman. (2005). *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet: en evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer*. [Oslo]: Agenda.
- Andersen, B. M. (2012, 13. september). Sykehuskatastrofen i Oslo. *Klassekampen*.
- Andersen, B. M. (2012, 31. mai). *Fusjon eller fiasko ved Oslo universitetssykehus?* *Dagbladet kultur*. Lokalisert, på <http://www.dagbladet.no/2012/05/31/kultur/debatt/helse/sykehus/fusjon/21857113/>
- Arnesen et al. (2001). Motmelding 2 til høringsnotat fra Sosial- og Helsedepartementet om "Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og forslag til Lov om helseforetak mm" og Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) "Om lov om helseforetak m.m" Lokalisert på <http://www.velferdsstaten.no/file.php?id=12113>
- Bakke, K. A. (2013, 23 mai). Sykehuskonflikt lå bak etableringen av Helse Sør-Øst. *Dagens medisin*, (10). Lokalisert på <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/--sykehuskonflikt-la-bak-etableringen-av-helse-sor-ost/>
- Baldersheim, H. & Rose, L. E. (2005). *Det Kommunale laboratorium: teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforl.
- Berg, E. (2012). *På helsa løs: økonomifokuset i norske sykehus*. Oslo: Emilia.
- Brekke, K. R., Siciliani, L. & Straume, O. R. (2011). *Hospital Mergers with Regulated Prices*. Bergen: NHH.
- Brunsson, N. & Olsen, J. P. (1993). *The reforming organization*. London: Routledge.
- Busch, T., Vanebo, J. O., Klaudi Klausen, K. & Johnsen, E. (2005). *Modernisering av offentlig sektor: utfordringer, metoder og dilemmaer*. Oslo: Universitetsforl.
- Byrkjeflot, H. & Grønlie, T. (*Det regionale helseforetaket, et overgangsfenomen i en utvikling fra velferdslokalisme til sentralstatlig styring?* Paper presentert ved Den første nasjonale konferanse for ledelse og organisasjon i helsetjenester, Hurdalsjøen. Lokalisert på: www.polis.no/Paper/Byrkjeflotgronlietilhurdal.doc
- Choi, S. (2011). *Competing logics in hospital mergers: the case of the Karolinska University Hospital* (Dissertas). Karolinska institutet, Stockholm.

- Christensen, T. & Læg Reid, P. (2001). *Administrative reform policy: the challenges of turning symbols into practice*. Bergen: LOS senteret.
- Den norske legeforening. (2006, 23.juni). *Høring - Nasjonal helseplan (2007-2010)*. Lokalisert på <http://legeforeningen.no/Legeforeningen-mener/Horingsuttalelser/2006/horing-nasjonal-helseplan-2007-2010/>
- Den norske legeforening. (2010, 20. desember). *Legeforeningens høringsuttalelse om sykehusstruktur* Lokalisert på <http://legeforeningen.no/Legeforeningen-mener/Horingsuttalelser/2010/legeforeningens-horingsuttalelse-om-sykehusstruktur/>
- Direktoratet for økonomistyring. *Ny veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. Lokalisert 24.02.2014, på <http://www.dfo.no/no/Om-DFO/Om-DFO/Aktuelt/Lansering-ny-veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser/>
- Econ. (2009). *Ressursbruk i spesialisthelsetjenesten (Econ-rapport nr. 2009-056)*. Oslo: Econ Pöyry
- Eilertsen, R. (2009). *De tok tilbake sykehusene Om Skottlands og New Zealands farvel med markedsmodeller i sykehussektoren*. Paper presentert ved Velferdskonferansen 2009 - Offentlig velferd under markedsstyring, Oslo.
http://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CFQQFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.velferdsstaten.no%2Ffile.php%3Fid%3D11068&ei=LpDUVLPPCov late-gLAI&usq=AFQjCNGhf5Nwa7ydkBYNoK3xgrOQBPUO_g&bvm=bv.85464276,d.d2s
- Eilertsen, E. (2003). *Når sykehus blir butikk: om etableringen av et sykehusmarked i Norge*. Oslo: De Facto.
- Eilertsen, R. & Bjerke, P. (2009). *Når tall blir politikk: hvordan private regnskapssystemer i offentlig sektor driver fram konkurranseutsetting og privatisering* (For Velferdsstatens skriftserie, nr, 8). Oslo: For velferdsstaten.
- Fagforbundet. (2006, 27. juni). *Nasjonal helseplan (2007 - 2010) Fagforbundets hørings svar*. Lokalisert, på <https://www.regjeringen.no/globalassets/.../285616-fagforbundet.pdf>
- Folkebevegelsen for lokalsykehusene. (2007). *Alternativ evaluering av helseforetaksreformen*. Oslo: Folkebevegelsen.
- Forskningsrådet. (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen; tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Lokalisert, på <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Sykehusreformen%20endelig%20rapport%20evaluering.pdf>
- Fossheim, K. (2014, 15. oktober). *Gigantsykehus uten støtte Groruddalen*. Lokalisert, på http://goruddalen.no/index.php?page=vis_nyhet&NyhetID=13610

- Gilje, N., Grimen, H. & Andersson, S. (2007). *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalos.
- Gjesdal, I.-L. & Vakhrina, I. (2013). *Lønnsom velferd?: endring av budsjett- og regnskapsmodell i kommunal sektor*. Masteroppgave. Rena: Høgskolen i Hedmark
- Gjessing, H. (2013, 28. november). *Riksrevisjonen slakter Hovedstadsprosessen* Lokalisert, på <http://legeforeningen.no/Nyheter/2013/Riksrevisjonsrapport-slakter-Hovedstadsprosessen/>
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Hafstad, A. & Borud, H. (2000, 2. november). Vil styre sykehusene selv *Aftenposten morgen*, s. 3.
- Hagen, T. P. & Kaarbøe, O. (2004). *The Norwegian Hospital Reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals* (Working paper 2004:1). [Oslo]: Health organization research Norway (HORN).
- Hanssen, B. H. (2004, 25 november). *Ap slakter helse-sammenslåing*. Lokalisert, på <http://www.ba.no/nyheter/irix/article1346983.ece>
- Hasle, A. K. L. (2013, 23. mai). *Sykehuskonflikt lå bak etableringen av Helse Sør-Øst*. Lokalisert, på <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/--sykehuskonflikt-la-bak-etableringen-av-helse-sor-ost/>
- Haugli, Å. (2013, 20. november). Fjerner politikerne fra styrene, *Dagens næringsliv*, s. 20.
- Hedenstad, M., Ropphaugen, A. & Fürst, R. (1995). *Økonomistyring: kommunale økonomisystemer og styringsprinsipper*. [Oslo]: Kommuneforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007, 21.februar). Evaluering av sykehusreformen. Pressemelding nr. 11. Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/evaluering-av-sykehusreformen/id452213/>
- Helse og omsorgsdepatementet. (2005, 17.november). *Folkevalgte inn i sykehusstyrene*. (Pressemelding). Lokalisert, på <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/Folkevalgte-inn-i-sykehusstyrene/id422521/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007, 31. januar). Regjeringen gir 800 millioner til sykehusene og danner Helse Sør-Øst RHF. *Pressemelding nr 6*. Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/regjeringen-gir-800-millioner-til-sykehu/id448757/>
- Helse Sør-Øst, RHF (2012). Årlig melding fra Helse Sør-Øst RHF 2011 vedtatt av styret for Helse Sør-Øst RHF 15. mars 2012. Oslo

- Herfindal, S. (2008). *Veien frem til sykehusreformen : en studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak*. (Rapport 2004:5). Rokkansenteret Lokalisert på http://www.polis.no/Publikasjonsserien/ATM-serie%202-2008_SH.pdf.
- Hermansen, T. (2009, 21. august). Vi bør avvikle helseforetakene, *Klassekampen*, s. 4.
- Herning, L. K. K. (2009). *"Fra etat til konsern": en historisk-komperativ studie av den norske stats engasjement i norsk nettbasert infrastruktur fra 1970 til 2007*. (Masteroppgave). L.K.K. Herning, Oslo.
- Hood, C. (1998). *The art of the state: culture, rhetoric, and public management*. Oxford: Clarendon Press Oxford University Press.
- Jensen, B. (2013). Helsereformene i et NPM perspektiv. I N. Veggeland & O. Berg (Red.), *Reformer i norsk helsevesen: veier videre* (s. 31-64). Trondheim: Akademika forl.
- Jensen, B., Bollingmo, M., Voldnes, F. & Østre, S. (2007). *Helsereform: utfordringer og løsninger* (Høgskolen i Hedmark: Rapport nr. 15-2007). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Jensen, B., Østre, S. & Hagen, U. (2010). *Helsesektorens økonomiske og organisatoriske utfordringer: samhandling, lokalsykehus og offentlig økonomi*. Rena: Høgskolen i Hedmark.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Kalseth, J., Magnussen, J., Anthun, K. S. & Petersen, S. (2010). *Finansiering av spesialisthelsetjenesten i ulike land* (Sintef rapport A16819). Trondheim: Sintef.
- Klarskov, K. (2004, 22. mai). Norsk advarsel om dyr sykehusmodel, *Politiken*. Lokalisert på <http://politiken.dk/indland/ECE86834/norsk-advarsel-om-dyr-sykehusmodel/>
- Lapsey, I. (2001). Accounting, Modernity and Health Care Policy. *Financial Accountability & Management*, 17, 331–350. doi: 10.1111/1468-0408.00137
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Lundquist, L. (1998). *Demokratins väktare: ämbetsmännen och vårt offentliga etos*. Lund: Studentlitteratur.
- Læg Reid, P., Olsen, J. P. & Baldersheim, H. (1993). *Organisering av offentlig sektor: perspektiver, reformer, erfaringer, utfordringer*. [Oslo]: Tano.
- Læg Reid, P., Opedal, S. H. & Stigen, I. M. (2003). *The Norwegian hospital reform: balancing political control and enterprise autonomy*. Bergen: Rokkansenteret

- Madsbu, J. P. (2011). Hvordan etablere vitenskapelig kunnskap om samfunnet. I K. Gabrielsen, M. Pedersen & J. P. Madsbu (Red.), *I verdens rikeste land: samfunnsvitenskapelige innganger til norsk samtid* (s. 13-32). Vallset: Oplandske bokforl.
- Marstein, E. (2007). Om helsepolitikk, reformer og forvaltning. Noen refleksjoner og kritiske vurderinger. I Folkebevegelsen for lokalsykehusene (Red.), *Alternativ evaluering av helseforetaksreformen* (s. 9 - 28). Oslo: Folkebevegelsen.
- McKinsey. (2004). *Bedre samordning av sykehusene i hovedstadsområdet. Rapport fra prosjektgruppe nedsatt av Helsedepartementet*. Lokalisert, på <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/bedre-samordning-av-sykehusene-i-hovedst/id106063/>
- Mydske, P. K., Claes, D. H. & Lie, A. (2007). *Nyliberalisme: ideer og politisk virkelighet*. Oslo: Universitetsforl.
- Myrbostad, A., Rønningsen, S. & Bergsland, K. H. (2007). *Strukturutvikling i Helse Øst 2015 og 2025* (SINTEF rapport A1114). Trondheim: SINTEF.
- Myrbostad, A., Lauvsnes, M., Bergsland, K. H., Petersen, S.Ø. & Rønningsen, S. (2008). *Aktivitets- og kapasitetsanalyse sykehusområder i Helse Sør-Øst RHF*. (SINTEF rapport A6558). Trondheim: SINTEF.
- Nordhus, M. L. (2013). *Fusjoner og kvalitet i sykehussektoren: effekten av fusjoner på kvalitet ved norske sykehus*. (Masteroppgave). Bergen: [M.L. Nordhus].
- Norges forskningsråd. (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen: tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Forskningsrådet.
- NRK. (2000, 1. desember). *Statlige sykehus om ett år*. Lokalisert, på <http://www.nrk.no/norge/statlige-sykehus-om-ett-ar-1.517070>
- NRK Telemark. (2014, 5. juni). *Høie legger ned på Rjukan og i Kragerø*. Lokalisert, på <http://www.nrk.no/telemark/hoie-vil-legge-ned-akutfunksjonene-1.11758235>
- NTB. (2012, 16. oktober). *Støre: Sykehussammenslåing ikke godt nok planlagt*. Lokalisert, på <http://www.tv2.no/a/3900836>
- Olsen, J. P. (1983). *Organized democracy: political institutions in a welfare state : the case of Norway*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Opedal, S. H. & Stigen, I. M. (2005). *Helse-Norge i støpeskjeen: søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforl.

- Oslo Universitetssykehus. (2011). Siri Hatlen går av som leder for Oslo universitetssykehus Lokalisert på <http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt /nyheter /Sider/siri-hatlen-gar-av-som-leder-for-oslo-universitetssykehus.aspx>
- Pettersen, I. J. (2001). Fra plan til marked – noen perspektiver på sykehusreformen. *Kronikk. Tidsskrift for den norske legeforening* Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/370503>
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2011). *Public management reform: a comparative analysis : new public management, governance, and the neo-Weberian state*. Oxford: Oxford University Press.
- Reikvam, R., Tranøy, B. S., Ekeland, A. & Rønning, R., Hansen, May, Hagen, Aksel. (2008). Utveier. ”Samhandlingsmodell” som alternativ til New Public Management. Oslo: SV.
- Rønningsen, S., Myrbostad, A. & Bergsland, K. H. (2007). *Framskrivning og kapasitets-analyse for Helse Sør-Øst RHF, somatikk og psykisk helsevern. Sluttrapport.* (INTEF Rapport A3249). Lokalisert på <http://www.sintef.no/Publikasjonsok/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A3249>
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Saastad, A. (2013). *Feil medisin: historien om Norges største sykehuskandale*. Oslo: Kagge.
- Senterpartiet. (13.02.2014). *Sykehusstilbudet må avgjøres i Stortinget. Pressemelding.* Lokalisert, på <http://www.senterpartiet.no/meny-forside/sykehusstilbudet-maa-avgjoeres-i-stortinget-article83207-12919.html>
- Smith, R. (1999). PFI: perfidious financial idiocy: A “free lunch” that could destroy the NHS. *BMJ: British Medical Journal*, 319(7201), 2-3.
- Sosial- og helsedepartementet. (1999). *Om krav til og arbeidet med regionale helseplaner.* (Rundskriv I-19/99). Oslo: Departementet Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/i-1999/id108454/>.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak (Rapport 15-1479)*. Oslo.
- Strand, T. (2001, 09. mars). BT sier nei til sykehusreform *Bergens tidende*.
- Støre-Valen, M., Larssen, A. & Bjørberg, S. (2014). Buildings' impact on effective hospital services--the means of the property management role in Norwegian hospitals. *Journal of health organization and management*, 28(3), 386-404.
- Sykehusaksjonen & Andersen, K. (2008, 30. mai). *Stopp sykehusprosessen*. Lokalisert, på <http://www.telen.no/nyheter/stopp-sykehusprosessen-1.4683575>

- Tønne, T. (2002). *Hva er gjort - hva skal gjøres? Tale av helseminister Tore Tønne, pressekonferanse om helsepolitikk 6. juli 2001*. Lokalisert, på https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/hva_er_gjort_hva_skal_gjores/id264614/?regj_oss=10
- Tønne, T. (2000). *Derfor bør staten eie sykehusene. Helseminister Tore Tønne innledet om sykehusene på Arbeiderpartiets landsmøte 9. november 2000*. Lokalisert, på https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/derfor_bor_staten_eie_sykehusene/id263561/
- Voldnes, F. (2007). Helseforetakene – forretningsmessig drevne foretak i en større reform *Alternativ evaluering av helseforetaksreformen* (s. 29-38): Folkebevegelsen for lokalsykehusene. Lokalisert på http://www.sykehusaksjonkongsberg.net/alternativ_evaluering_sykehusreform_2007.pdf
- Voldnes, F. (2010). *Markedsretting av offentlig sektor – virkemidler og handlingsrom*. Oslo: Fagforbundet.
- Waalder, H. T. (2001, 21. september). Sykehusreformen og samfunnsøkonomisk lønnsomhet. *Tidsskrift for den norske legeförening*. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/388753/>
- WHO. (2000). *The world health report 2000: health systems : improving performance*. Geneva: World Health Organization.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Øgård, M. (2014). Fra new public management til new public government. I H. Baldersheim & L. E. Rose (Red.), *Det Kommunale laboratorium: teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (s. 93-109). Bergen: Fagbokforl.
- Østre, s. (2010). Nyttekostnadsanalyser. Forelesningsnotater i samfunnsøkonomisk prosjektanalyse for offentlig forvaltning. Lokalisert på <http://hdl.handle.net/11250/220593>

Offentlige kilder:

Dokument 3:2 (2004-2005). Riksrevisjonens kontroll av statsrådets (departementets) forvaltning av statens interesser i selskaper, banker mv. for 2003

Dokument 3:2 (2009-2010). Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2008

Dokument 3:2 (2013-2014). *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2012*

Dokument 3:3 (2009–2010). *Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene*

Dokument 3:4 (2013-2014). Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus

Dokument 8:24 S (2011–2012) *Representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Arne Olsen, Bent Høie, Laila Dåvøy og Trine Skei Grande om tiltak for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet under omstillingsprosessen ved Oslo universitetssykehus*. Lokalisert på <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2011-2012/dok8-201112-024/>

Dokument 8:15 S (2013–2014. *Representantforslag fra stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad, Hans Olav Syversen, Ketil Kjenseth og Trine Skei Grande om ekstern ekspertvurdering og fremleggelse av en plan for den videre omstillingen i hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst RHF.).* Lokalisert på <https://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2013-2014/dok8-201314-015/>

Dokument 8:25 S (2013–2014). *Representantforslag frå stortingsrepresentantane Kjersti Toppe, Per Olaf Lundteigen, Ivar Odnes og Geir Pollestad om at sjukehusstruktur og endring av vesentlege oppgåver ved sjukehus skal avgjerast av Stortinget i ein nasjonal helse- og sjukehusplan*. Lokalisert på <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2013-2014/dok8-201314-025/>

Innst. O. nr. 118 (2000-2001). *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m*

Innst. S. nr. 120 (1988-89). *Innstilling fra sosialkomiteen om helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*

Innst. S. Nr.165 (1994-95). *Innstilling fra sosialkomiteen om samarbeid og styring — mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.*

Innst. S. nr. 237 (1996-1997).). *Innstilling fra sosialkomiteen om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*

Innst. S. nr. 167 (2006-2007). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet.*

Innst. 137 S (2011–2012) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Arne Olsen, Bent Høie, Laila Dåvøy og Trine Skei Grande om tiltak for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet under omstillingsprosessen ved Oslo universitetssykehus*

Innst. 158 S (2013–2014). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad, Hans Olav Syversen, Ketil Kjenseth og Trine Skei Grande om ekstern ekspertvurdering og fremleggelse av en plan for den videre omstillingen i hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst RHF*

Innst. 199 S (2013–2014). *Frå helse- og omsorgskomiteen om representantforslag frå stortingsrepresentantane Kjersti Toppe, Per Olaf Lundteigen, Ivar Odnos og Geir Pollestad om at sjukehusstruktur og endring av vesentlege oppgåver ved sjukehus skal avgjerast av Stortinget i ein nasjonal helse- og sjukehusplan*

NOU 1987:25. . *Sykehustjenester i Norge: organisering og finansiering(Eilertsenutvalget)*

NOU 1996:5). *Hvem skal eie sykehusene? (Hellandsvikutvalget)*

NOU 1998: 9. *Hvis det haster-: faglige krav til akuttmedisinsk beredskap.*

NOU 1999: 15. *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus (Sørensensutvalget)*

NOU 2000: 22. *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune.*

(Oppgavefordelingsutvalget)

NOU 2003:1. *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.* (Hagenutvalget)

NOU 2003: 19. *Makt og demokrati : sluttrapport fra Makt- og demokratiutredningen*

(Østerudutvalget)

Ot.prp nr 48 (1997-98). *Om lov om endringer i sykehusloven og i lov om psykisk helsevern:*

(Sterkere nasjonal styring og regionalt samarbeid)

Ot.prp. nr. 25 (1999-2000.). *Om lov om fylkeskommunale sykehusselskaper m.m. Tiltråding fra Sosial- og helsedepartementet av 22. desember 1999, godkjent i statsråd samme dag.*

Ot.prp. nr. 66, (2000-2001. Om lov om helseforetak m.m. : (Helseforetaksloven).

Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten.*

Høringsnotat av 18. januar 2001. Lokalisert, på

<http://www.nettsykehus.no/hoeringsnotat.htm>

St.meld. nr 9 (1974-75. *Sykehusutbygging mv. i et regionalisert helsevesen.*

St.meld. nr. 41 (1987 - 88). *Om helsepolitikken mot år 2000:*

St.meld. nr 50 (1993-94.). *Samarbeid og styring: mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*

St.meld. nr 44 (1995-96). *Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering*

St.meld. nr 24 (1996-97). *Tilgjengelighet og faglighet: om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*

St.meld. nr 37 (1997-98). *Ett sted må grensen gå: om ny inndeling av helseregionene på Sør-Østlandet*

St.prp. nr. 47 (1999-2000). *Om sykehusøkonomi og budsjett 2000*

St.prp. nr. 63 (2003-2004.). *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2004.*

St.prp. nr.1 (2004-2005). [Statsbudsjettet]. For budsjettåret 2005, Hele og sosialdepartementet

St.prp. nr.1 (2006-2007). [Statsbudsjettet]. For budsjettåret 2007, Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 44 (2006-2007). *Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet*

Prop. 1 S (2012–2013. [Statsbudsjettet]. For budsjettåret 2013, Helse- og omsorgsdepartementet

Lover: (Siste årstall viser siste endring)

Sykehusloven, Lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus m.v. med endringer. (1999).

Helseforetaksloven. Lov av 15. juni 2001 nr. 93. om helseforetak m.m. med endringer (2013)

Psykisk helsevernloven. Lov av 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern med endringer (2014)

Regnskapsloven. Lov om årsregnskap m.v av 1998-07-17-56. med endringer (2014)

Pasient- og brukerrettighetsloven .LOV-1999-07-02-63 med endringer. (2015)