

# Styringsmessige erfaringer med helseforetaksmodellen: Gir de retningslinjer for valg av ny modell?

Terje P. Hagen  
Professor, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi  
Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Innledning for Kvinnsland-utvalget, 2. desember 2015<sup>1</sup>

Takk for invitasjonen!

De nordiske landene har helsetjenestesystemer med om lag de samme målene. Vi legger stor vekt på likhet i tilgangen til tjenester, effektivitet i tjenesteproduksjonen og demokratisk styring. Selve styringsmodellene var i en lang periode også like. Ansvar for spesialisthelsetjenestene som er fokus for dette utvalget, var lagt til et folkevalgt regionalt nivå – fylkeskommunene i Norge, landstingene i Sverige, amtene i Danmark og sykehusdistriktene i Finland. Den finske modellen var litt forskjellig fra modellene vi fant i de skandinaviske landene ved at finansieringen av sykehusdistriktene kom fra kommunene og styringen var basert på indirekte representasjon (kommunene valgte representantene til sykehusdistriktene). I løpet av de 15 siste årene er styringsmodellene i de nordiske landene endret betydelig:

- I Norge tok staten over eierskapet til sykehusene fra 2002. Sykehusene ble organisert som foretak underlagt fem (senere fire) regionale helseforetak. Finansieringen ble endret ved skattefinansieringen bortfalt. Inntektene med unntak for pasientenes egenbetaling, kommer fra staten.
- I Danmark ble det fra 2008 opprette fire regioner med ansvar for sykehusdriften. Regionene hadde ikke egne skatteinntekter, men ble fullt ut finansiert av staten. Regionene er ledet av en folkevalgt forsamling.
- Også i Sverige har det skjedd en regionalisering, men i mindre grad enn i Danmark og Norge. Utviklingen av større regioner er foreløpig begrenset til Stockholm, Østre Götaland (Gøteteborgsregionen) og Skåne.
- Finland er i ferd med å flytte alt ansvar for helse- og omsorgstjenestene fra

---

<sup>1</sup> Jeg har i denne skriftlige versjonen av innledningen, datert 12. april 2016, tilføyet et par argumenter som i ettertid har blitt aktualisert.

kommunene til 16-17 regioner som finansieres av staten og styres gjennom folkevalgte forsamlinger. Begrunnelsen er at dagens finske kommuner er for små til å håndtere de stadig mer spesialiserte helse- og omsorgstjenestene. Selve styringsmodellen har sterke likhetstrekk med den Norge og Danmark hadde tidligere. Begrunnelsen for endringen er nesten identisk med den som i Norge brukes for større kommunale enheter i dag.

At de nordiske landene som har like målsettinger for sine helsetjenestesystemer velger så pass ulike styringsmodeller, kan ha flere årsaker: a) Kunnskapsgrunlaget for valg av styringsmodeller er dårlig utviklet, b) det spiller nokså liten rolle hvilken styringsmodell som velges og/eller c) politikerne herjer rundt med styringsmodellene fordi slike prosesser tar bort oppmerksomheten fra andre problemer for eksempel de rasjoneringsbeslutningene som tas, og må tas, i ethvert skattebasert helsetjenestesystem. Jeg tror det er litt i alle disse forklaringene, men mest i den første og den siste.

Hovedelementene i Kvinnslands- utvalgets mandat er å utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere eierskapet til sykehusene. Utvalget skal også vurdere inndelingen i helseregioner og hvor mange helseforetak det bør være. I fortsettelsen skal jeg derfor gå gjennom noen av de erfaringene vi har med ulike styringsmodeller for spesialisthelsetjenestene og diskutere hvordan denne lærdommen kan brukes når utvalget skal trekke sine konklusjoner. Sykehusreformen av 2002 blir her viktig fordi den gir oss muligheten til bedre å forstå de styringsmessige mekanismene innen sektoren, samt de problemene ulike mekanismer genererer.

### Erfaringer med statlig eierskap til sykehusene

Reformer initierte av politiske myndigheter har ofte mange målsettinger. Til større reformene er, til flere mål har de gjerne. Også sykehusreformen av 2002 hadde mange mål: «Reformen skal gi helsetjenesten et fornyende innhold. Tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte skal kunne kombineres med en rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar».<sup>2</sup> I tillegg ble det nevnt mål som bedre regional samordning og kortere ventetider. Men det var ikke disse målene som utløste reformen.

---

<sup>2</sup> Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m.

Reformen ble utløst av styringsmessige problemer. Helseminister Tore Tønne uttrykte det slik:<sup>3</sup>

*”En eier som ikke har ansvar for og hånd om finansieringen, er i realiteten en svak eier. Og en finansieringsansvarlig som ikke har et tilhørende beslutningsansvar, blir også en svak aktør. Det eneste som kan gi et normalt eieransvar, er å samle disse funksjonene. I praksis er det bare staten som kan ta en slik rolle.”*

Bakgrunnen for Tønnes forståelse var betydelige styringsmessige problemer etter innføring av Innsatsstyrt finansiering (ISF) fra 1. juli 1997: Aktivitetsveksten ble høyere enn planlagt, siden den aktivitetsbaserte komponenten ikke dekket marginalkostnadene ved den økte aktiviteten ble det generert underskudd i sykehus og fylkeskommuner, fylkeskommunene manglede økonomisk handlefrihet siden de ikke kunne variere skattesatsene, de sendte så regninga til staten og staten ga etter.<sup>4</sup>

Andre begrunnelser for styringsmessige reformer i sykehussektoren har tidligere vært viktige, men var ikke særlige framme i debatten denne gangen: Dublering av kompetanse og avdelinger mellom sykehusene, mange små sykehus har for lavt volum på områder som krever spisskompetanse og manglende utnyttelse av stordriftsfordeler, særlig i Oslo/Akershus-området. I tillegg har det vært diskusjon rundt vektleggingen av lokalt demokrati og likhet som gjerne har vært knyttet til debatten om regional folkevalgt styring versus statlig eierskap.<sup>5</sup>

Ble styringen av sykehussektoren bedre etter den statlige overtakelsen av eierskapet til sykehusene? Figur 1 viser omfanget av tilleggsbevilgninger i perioden før og etter sykehusreformen og figur 2 viser forholdet mellom planlagt og realisert aktivitetsvekst i perioden etter 1999.

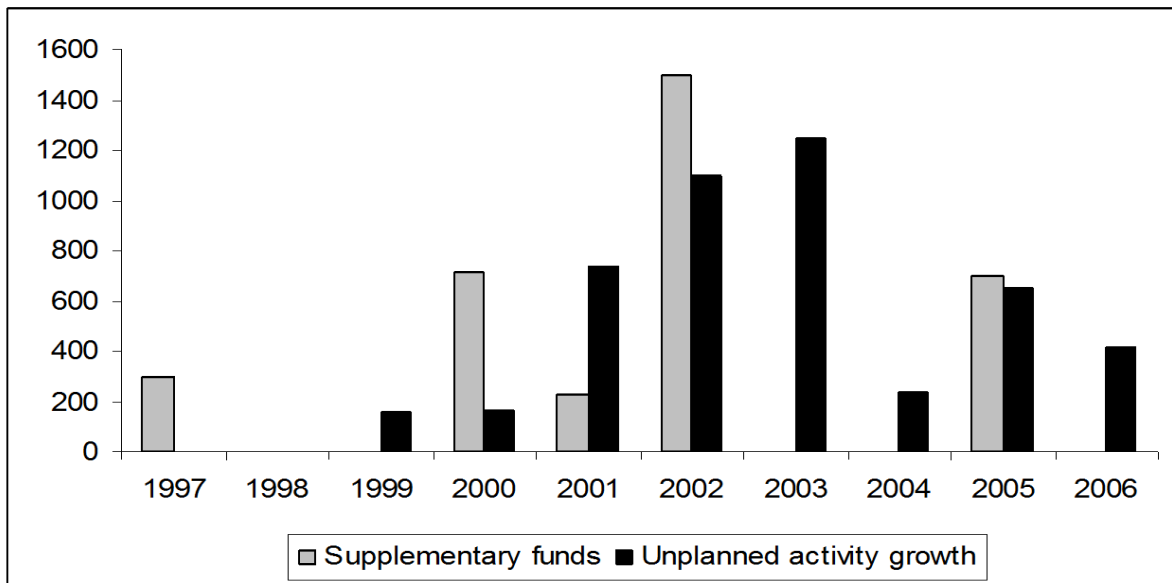
---

<sup>3</sup> Statsråd Tore Tønne, innledning i Polyteknisk Forening, Oslo, 3. april 2001

<sup>4</sup> Hagen, T. P. and O. Kaarbøe (2006). “The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central Government Takes Over Ownership of Public Hospitals.” *Health Policy*, (76): 320-333.

<sup>5</sup> Diskusjoner av dette finnes forholdene finnes i innstillingene fra Hellandsvikutvalget (NOU 1986:5) og Oppgavefordelingsutvalget (NOU 2000: 22).

Figur 1 Tilleggsbevilgninger til sykehusene, 1997-2006



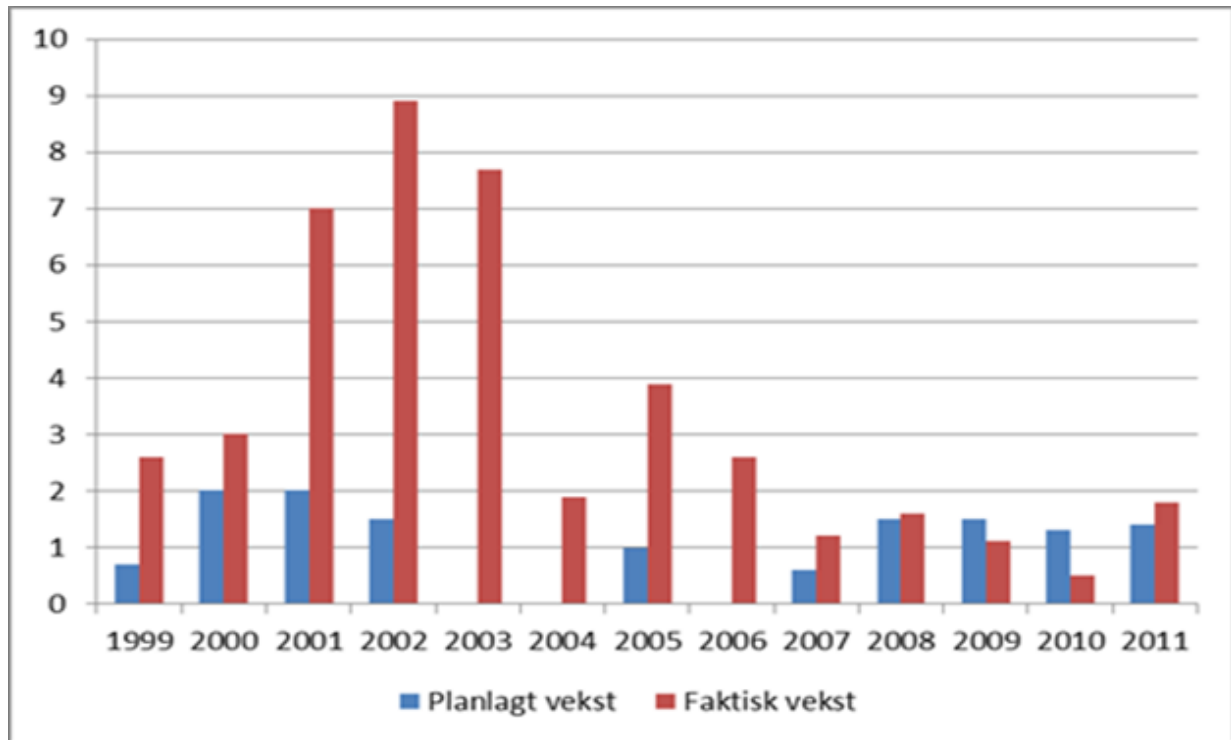
Styringen av aktiviteten ble ikke bedre etter at staten overtok eierskapet til sykehusene og behovet for tilleggsbevilgninger ble ikke mindre, men større. En viktig årsak til de styringsmessige problemene var at vi i hele perioden fram til høsten 2005 hadde relativt svake mindretallsregjeringer som ble overkjørt av flertall i Stortinget. Særlig i årene 1999-2005 ble det dannet allianser i Stortinget som systematisk svekket regjeringens autoritet og skapte inntrykk av at aktiviteten i sykehusene kunne øke nærmest uten begrensninger.<sup>6</sup>

Først fra 2008, etter vel to år med flertallsregjering, oppnådde staten kostnadskontroll. Dette skjedde som følge av flere tiltak: Staten innførte klarere aktivitetsmål (jf. NOU 2003:1), Helsedepartementet etablerte systematiske oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene og de regionale helseforetakene innførte liknende møter med helseforetakene, sist men ikke mindre viktig – politisk ledelse i helsedepartementet ga klar beskjed om at styringen måtte bedres:

*«Etter redegjørelsen i Stortinget var det en engasjert statsråd som hamret løs på pengebruken i sykehus-Norge. - Ingen har private seddelpresser. Vi vet det blir bråk når vi setter ned foten, men vi har historiens beste budsjett. Vi kan ikke skremme folk med at det er krise, sier Brustad til VG Nett like etter å ha gått av Stortingets talerstol. Også fra talerstolen var Brustad krystallklar: - En årsak til problemene er at man har brukt mer penger enn man har til disposisjon. Det er viktig med orden i økonomien, selv for sykehusene. Slik går det ikke an å holde på! sa Brustad energisk og stilte spørsmålet om hvordan det ville gå dersom andre sektorer også plutselig ville ha*

<sup>6</sup> Tjerbo, T and T. P. Hagen (2009). Deficits, soft budget constraints and bailouts: Budgeting after the Norwegian hospital reform. *Scandinavian Political Studies*, 32 (3): 337-358.

*milliarder ekstra midt i budsjettåret. Hun sier at det nå er slutt på å etterbevilge penger til sykehus som har sprengt budsjettene sine og karakteriserer det som udemokratisk å kreve mer penger enn det et folkevalgt Storting allerede har bevilget.»<sup>7</sup>*



Figur 2 Planlagt og faktisk vekst i DRG-aktivitet, 1999-2011

Den ukontrollerte aktivitetsveksten hadde naturligvis effekter på ventetidene og antall ventende som begge gikk ned. Ventetidene gikk ned fra 1999 og til 2004 da de stabiliserte seg.

### Den teoretiske forståelsen av kostnadskontrollproblemet

Hvorfor er kostnadskontroll så vanskelig i helse- og omsorgssektoren? I analyser av denne type problemer deler en gjerne godene inn i fire grupper slik det er vist i tabell 1. Langs den ene dimensjonen beskriver en om gevinstene ved godet er konsentrert (omfatter en eller noen få) eller spredt (tilfaller mange), langs den andre dimensjonen beskriver en om kostnadene ved godene er konsentrerte eller spredte.

<sup>7</sup> Statsråd Sylvia Brustad, VG 26.2.2008

Tabell 1 Fellesressursproblemer og ulike typer av goder

Gevinster	Kostnader	
	Konsentrerte	Spredte
Konsentrerte	1	4
Spredte	2	3

De fire gruppene av goder er:

1. Goder med konsentrerte gevinster og konsentrerte kostnader. Dette er goder vi som regel betaler selv (konsumvarer som bil, båt,...). Den enkelte avveier kostnader mot nytte.
2. Goder med konsentrerte kostnader og spredte gevinster.
3. Goder med spredte kostnader og spredte gevinster. Eksempler er kollektive goder som forsvar og politi. Godene kjennetegnes av ”gratispassasjer”-problemer (vi håper at andre betaler og vil da kunne dra nytte av godet) og må ofte etableres av fellesskapsorganisasjoner.
4. Goder med spredte kostnader og konsentrerte gevinster. Eksempler er private velferdsgoder som helse og utdanning. Brukerne har ingen insentiver til å dempe etterspørselen siden godene framstår som gratis. Dette skaper press mot «fellesressursene», dvs. statlige eller kommunale inntekter. Godene må rasjoneres.

Spørsmålet om hvordan en oppnår kostnadskontroll for goder der kostnadene spres på mange mens gevinsten er konsentrert har vært tema for mye forskning.<sup>8</sup> Særlig de økonomiske problemene i offentlig sektor i Latin-Amerika har vært forstått som et resultat av det som kalles «vertikal fiskal ubalanse»: Kommunene delte ut goder som framstod som gratis siden de ble finansiert av staten. Når statlige bevilgninger ble for små, grep en til lånefinansiering eller underskudd i påvente av statlige tilleggsbevilgninger. Staten klarte ikke å stå imot presset noe som satte statsfinansene over styr.

Løsningen har vært å gi kommunene større muligheter for lokal beskatning. På den måten har de måttet håndtere styringsproblemene lokalt. De økte mulighetene for å kreve inn eiendomsskatt for kommunesektoren i Norge kan forstås som et svar på de samme

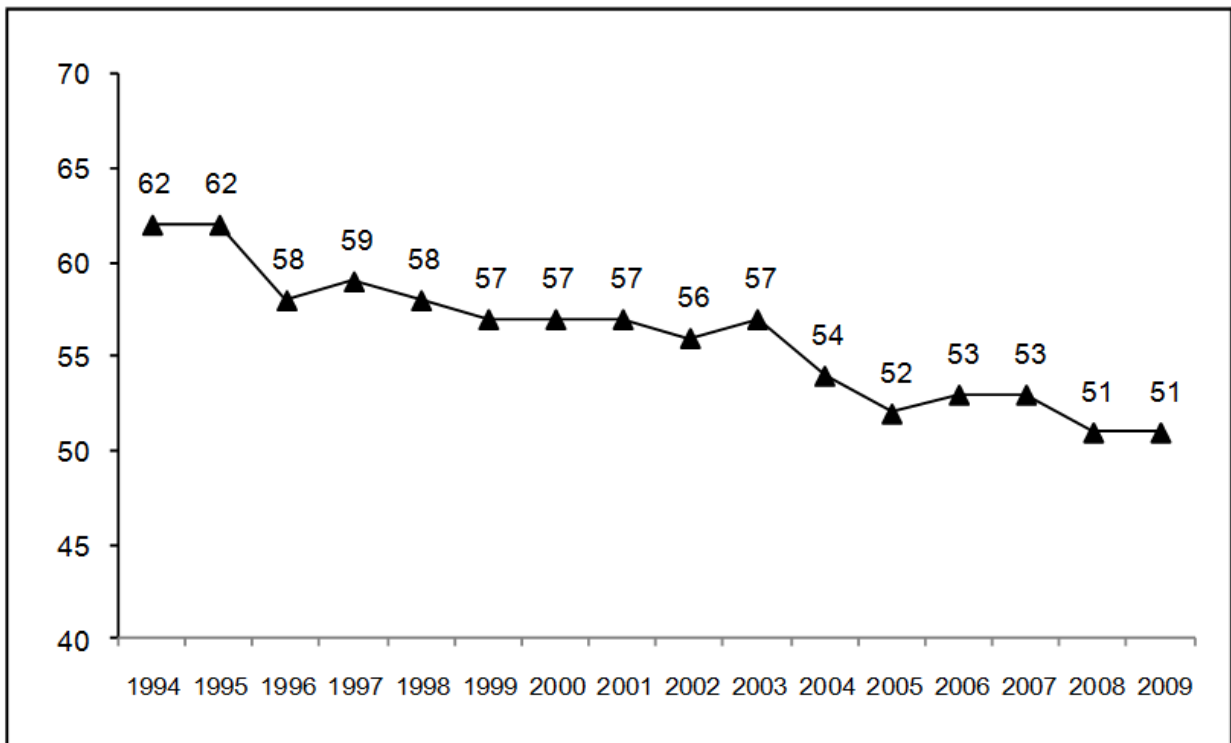
<sup>8</sup> Se for eksempel Jonathan A. Rodden, Gunnar S. Eskeland, and Jennie Litvack (2003). Fiscal Decentralization and the Challenge of Hard Budget Constraint. The MIT Press.

problemene – en presser kommunepolitikerne til å avveie bedre tilbud av tjenester mot økt skatt for innbyggerne gjennom den mest upopulære skattetyper av alle.

### Hvorfor er RHF-ene upopulære?

At RHF-enes eksistens nå diskuteres, skyldes etter mitt syn at det er disse organisasjonene som står ansvarlige for rasjoneringen som skjer i et skattefinansiert styringssystem. Dette skjer på flere måter blant annet ved at RHF-ene porsjonerer ut investeringsmidler, foretar beslutninger om struktur og funksjonsfordeling og fordeler og omfordeler ressurser til drift mellom helseforetakene. Ved at RHF-ene foretar disse beslutningene møter de betydelig motstand for eksempel legene som ikke vil at det skal legges begrensinger på ressursbruken, fra pasientene som er i samme posisjon og fra lokale interesser som gjerne vil ha opprettholdt en bestemt funksjonsfordeling. RHF-ene utsettes med andre ord for den samme type kritikk som tidligere ble tildelt fylkeskommunene. Noen mener disse styringsproblemer blir annerledes hvis beslutningene flyttes enda et nivå opp. Det er en fundamental misforståelse.

Den siste tiden har særlig funksjonsfordelingsspørsmålene vært viktige. Gjennom media har en fått inntrykk av at RHF-ene har lagt opp til en betydelig større endringstakt enn det fylkeskommunene gjorde. Er det riktig? Gjennom Medisinsk fødselsregister har vi full oversikt over ved hvilke enheter det skjer fødsler. I figur 3 har jeg talt opp antall fødeavdelinger i perioden 1994-2009, dvs. 7 år før og 7 år etter sykehusreformen.



Figur 3 Antall enheter der det faktisk skjedde fødsler, 1994-2009.

Som vi ser ble antall fødesteder redusert med 5 enheter, fra 62 til 57, de siste 7 årene før reformen og med 5 enheter, fra 56 til 51 de første 7 årene etter reformen. Endringstakten er lik i de to periodene. Trolig drives strukturendringene av andre forhold enn av hvem som fatter de konkrete beslutningene; primært av teknologi, utviklingen i sentrale retningslinjer om kvalitet og pasientsikkerhet, og befolkningens flyttemønster.

Forestillingen om at de regionale helseforetakene er mer «omstillingsvillige» enn det fylkeskommunene var, er imidlertid utbredt. Trolig har forestillingen sammenheng med at sykehusene nå er organisert som foretak – en organisasjonsform som i utgangspunktet legger opp til at politikerne styrer på «armlengdes avstand». Det er imidlertid viktig å være klar over at foretaksmodellen har fått en annen utforming innen spesialisthelsetjenestene enn den vi kjenner fra andre sektorer som samferdsel og energi. Med unntak for de regnskapstekniske forholdene, så fungerer Helseforetaksmodellen etter mitt syn i dag som en direktoratsmodell.<sup>9</sup> Dette reflekteres både gjennom det antall målsettinger som helseforetakene styres etter, i den tette oppfølgingen departementet har innført når det gjelder aktivitets- og kostnadskontroll og ikke minst gjennom den løpende styringen av lokaliseringsbeslutninger der det både gis signaler ved «nikking» som i saken om lokaliseringen av nytt lokalsykehus for Romsdal og

<sup>9</sup> Se også Rattsø, J. og R. J. Sørensen (2011). Statlige selskaper med sektorpolitiske mål: En evaluering av statlig styring. Rapport. Handelshøyskolen BI



Nordmøre og direkte intervensjoner som i saken om fødeavdelingen i Gjøvik.<sup>10</sup> Forklaringen på at styringen glir over i direktoratsstyring tross at målene i utgangspunktet var andre, må søkes både i det forhold at sykehussektoren er ekstremt politisert og i at bevilgningene kommer fra Stortinget og ikke fra markedet slik som på de andre områdene der staten har innført foretaksmodellen.

## Konklusjoner

Den viktigste lærdommen fra perioden før og etter gjennomføringen av Sykehusreformen er at kontrollen med aktivitet og utgifter lett kan glippe. Det var flere årsaker til at kostnadskontrollen ble svekket i denne perioden: Relativt høy aktivitetsbasert andel i ISF (50-60%) som ga signaler om at en ønsket høy aktivitetsvekst, målene for aktivitetsvekst ble ikke fulgt systematisk opp og vi hadde en mindretallsregjering som ble overkjørt av Stortinget. Det er verdt å merke seg at flere av disse forholdene nå igjen er til stede: Den aktivitetsbaserte delen av ISF er hevet til 50%, målene om aktivitetsvekst er fjernet og vi har en mindretallsregjering med et usikkert flertall i Stortinget. Min forståelse av årsaken til at vi nå likevel klarer å beholde kostnadskontrollen er at RHF-ene har klart å etablere et regime som styrer aktiviteten på helseforetaksnivå. Når eventuelle underskuddsproblemer oppstår, klarer en å håndtere dem innenfor regionen.

### *Modell uten RHF*

Jeg er redd at fjerning av RHF-ene og styring av helseforetakene direkte fra departementet vil svekke kostnadskontrollen. Et sannsynlig scenario er at et av universitetssykehusene, for eksempel det største, genererer underskudd. I en modell uten RHF vil ikke underskuddet kunne håndteres innenfor regionen. Det vil være enkelt å be staten om en tilleggsbevilgning. Vil opposisjonen i Stortinget da stå i mot? Neppel! Det vil da ikke ta lang tid før de andre universitetssykehusene følger etter slik vi erfarte i 80- og 90-årene. Jeg sier ikke dette fordi jeg er en sterk tilhenger av dagens helseforetaksmodell. Ved tusenårsskiftet da dette temaet sist ble diskutert i sin fulle bredde, var jeg tilhenger av en styringsmodell for sykehusene basert på 9-11 regioner med folkevalgt styre.<sup>11</sup> Jeg skal komme tilbake til den modellen avslutningsvis.

---

<sup>10</sup> Se Tjerbo, T (2009). The politics of local hospital reform: a case study of hospital reorganization following the 2002 Norwegian hospital reform. BMC Health Serv Res (20) 9, 212. doi: 10.1186/1472-6963-9-212.

<sup>11</sup> Se NOU 2000:22 Oppgavefordelingsutvalget.

### *Modell med færre RHF*

Jeg var heller ikke tilhenger av å slå sammen Helse Sør og Helse Øst. Mitt syn var dels basert på observasjonene av de manglende synergieffektene ved sammenslåingen av Radiumhospitalet og Rikshospital og dels basert på analyser av kostnadseffektiviteten i sykehus etter fusjoner.<sup>12</sup> Jeg mener likevel at det i dag vil være galt å gå tilbake til den gamle organisasjonsmodellen med fem regioner. Dette har i hovedsak to årsaker. For det første er det etablert en inntektsfordelingsmodell som innebærer at de øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst bærer ekstrakostnadene ved de høyspesialiserte funksjonene ved Oslo universitetssykehus (OUS). Modellen er basert på et abonnement og gir en netto overføring utover de ordinære gjestepasientinntektene til OUS på om lag 1,4 milliarder kroner. Jeg er redd at oppdeling av Helse Sør-Øst i to eller flere regionale helseforetak gradvis vil erodere denne ordningen. Det vil generere underskudd i OUS og presset fra OUS mot fellesressursene vil øke. For det andre foreligger det planer for utviklingen av sykehusene i Oslo-regionen som vil kunne bidra til samordning mellom det som i dag er OUS Rikshospitalet og OUS Ullevål. Selv om det er et stykke fram til disse kan realiseres, er det grunn til å tro at de gir muligheter for å hente ut noen gevinster.

En må i tillegg være klar over at dagens regionstruktur med fire RHF bygger på en god arbeidsdeling. Hver enkelt region har et regionsykehus/universitetssykehus som ivaretar hoveddelen av høykostnadsmedisinen. Hoveddelen av pasientstrømmene i hver region går mellom regionsykehuset og de øvrige helseforetakene. Går en bort fra denne tenkingen og etablerer flere enn fire regioner vil en få regioner som ikke er komplette i den forstand at de har et regionsykehus. Det blir store pasientstrømmer på tvers av regiongrenser, og det blir en krevende styringsmessig relasjon mellom regioner med regionsykehus og regioner uten slik jeg har illustrert over. I kjølvannet av etableringen av en ny struktur kan det bli et press i retning av å etablere flere region-/universitetssykehus. Det vil imidlertid ta lang tid før det kan bygges opp flere fullverdige region-/universitetssykehus. Det kan også stilles spørsmål ved om dette er god ressursbruk, og det vil fort føre til en uønsket kamp om knappe fagressurser.

### *Direktoratsmodellen*

En kan tenke seg en modell der de regionale helseforetakene blir omgjort til direktorater, eventuelt at det etableres ett sykehusdirektorat. En slik modell vil etter mitt syn reflektere den faktiske styringsordningen i sykehussektoren på en god måte. Vi har som jeg har vært inne på,

---

<sup>12</sup> Kjekshus, L. E. and T. P. Hagen. 2007. Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *Journal of Health Service Research and Policy*, (12) 4: 230-235.

i dag direktoratsstyring av sektoren. Det en da må tenke gjennom er hvordan en skal håndtere investeringene. Direktoratene har ikke tradisjonelt hatt de investeringsfullmaktene som RHF-ene i dag har.

### *Folkevalgte regioner*

Hva så med min egen favorittmodell fra tusenårsskiftet? Dagens fylkeskommuner er for små til å styre sykehusene. En modell basert på 9-11 regioner kan klare det, men også denne modellen vil ha sterke og svake sider. Styrken vil være direkte folkevalgt styring og mulighetene til å variere skattesatsen slik at eventuelle lokale ønsker om høyere tilbud reflekteres gjennom høyere beskatning. Svakheten vil være at det må etableres overføringsordninger mellom regionene for å finansiere opp universitetssykehusene eller at universitetssykehusene eventuelt må gis særskilte tilskudd fra staten. Ingen av disse modellene er uten problemer slik jeg har diskutert over. Den viktigste årsaken til at min tidligere favorittmodell ikke kan realiseres er imidlertid at den ikke har politisk oppslutning. Både Høyre og Arbeiderpartiet bør stå bak en styringsmodell for spesialisthelsetjenestene for å sikre rimelig grad av styringsmessig stabilitet over tid. Arbeiderpartiet smaker i dag på regionmodellen, men det er viktig å være klar over at de gjennom åtte år i regjering ikke benyttet muligheten til å etablere modellen selv om forutsetningene for å få den gjennomført var til stede. Dagens regjering har fremmet forslag om å etablere ti regioner som erstatning for dagens fylkeskommuner, men vil de fylle regionene med oppgaver?