



NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER

NOU 1996:5

Hvem skal eie sykehusene?

Utredning fra et utvalg oppnevnt av
Sosial- og helsedepartementet 1. september 1995.

Avgitt 13. mars 1996.

STATENS FORVALTNINGSTJENESTE
STATENS TRYKNING

OSLO 1996

Til Sosial- og helsedepartementet

Utvalg for utredning av statlig overtakelse av regionsykehusene ble oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet i brev av 1.9.1995.

Utvalget legger med dette fram sin innstilling. Utvalgets innstilling er enstemmig på de fleste punkter. Der det er uenighet, vises det til særuttalelser.

Oslo, den 13. mars 1996

Paul Hellandsvik leder

Kolbjørn Almlid

Greta Billing

Jan Grund

Magnar Hakestad

Ellen Gjerpe Hansen

Helga Fosse Hegrenæs

Kari Kjenndalen

Vivi Lassen

Ole D. Mjøs

Petter Skarheim

Gerd Vandeskog

Tor Iversen

Terje P. Hagen

Harald Noddeland

Synnøve Roald

KAPITTEL 1

Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid**1.1 OPPNEVNING OG MANDAT**

I forbindelse med behandlingen av Stortingsmelding nr. 50 (1993-94), «Samarbeid og styring - mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste», vedtok Stortinget å be «..Regjeringen om å utrede konsekvensene av en statlig overtakelse av kapitalkostnadene for regionsykehusene og en statlig overtakelse av hele drifts- og eieransvaret for disse sykehusene. En slik vurdering må ses i lys av Stortingets ønske om en nasjonal og helhetlig helsepolitikk».

Som en oppfølging av vedtaket oppnevnte Sosial- og helsedepartementet et utvalg med følgende medlemmer i brev av 01.09.95:

Direktør Paul Hellandsvik, SINTEF-UNIMED, leder
Helseplanlegger Helga Fosse Hegrenæs, Regionsykehuset i Trondheim
Professor Jan Grund, Handelshøyskolen BI
Rektor Ole D. Mjøs, Universitetet i Tromsø (Region V)
Fylkesordfører Kolbjørn Almlid, (Region IV)
Magnar Hakestad, leder av styret ved Haukeland sykehus (Region III)
Fylkesordfører Ellen Gjerpe Hansen (Region II)
Byråd Vivi Lassen (Region I)
Avd.direktør Greta Billing, Kommunal- og arbeidsdepartementet
Avd.direktør Petter Skarheim, Finansdepartementet
Avd.direktør Kari Kjenndalen, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet
Avd.direktør Gerd Vandeskog, Sosial- og helsedepartementet

Medlemmet Ole D. Mjøs var sykmeldt da utvalget ble oppnevnt. Han har deltatt fra og med utvalgets tredje møte (16.11.95). Professor Knut Rasmussen vikarierte for Mjøs på utvalgets to første møter.

Utvalgets sekretariat har bestått av:

Førsteamanuensis Tor Iversen (leder), Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo (halvtid),
Forsker Terje P. Hagen, Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) (timebasis)
Overlege Harald Noddeland, Rikshospitalet (halvtid)
Førstekonsulent Synnøve Roald, Sosial- og helsedepartementet (heltid til 25.1.1996)

Utvalget ble gitt følgende mandat:

«Utvalget skal utrede følgende to alternativer til dagens finansieringsordning for regionsykehusene:

1. En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene
2. En ordning med full statlig overtakelse av drifts- og eieransvar.

Utvalget kan vurdere ulike modeller i lys av Stortingets ønske om en nasjonal og helhetlig helsepolitikk.

Det bør legges særlig vekt på å klargjøre forholdet mellom regionfunksjoner for hele regionene i forhold til sentral- og lokalsykehusoppgaver for den enkelte fylkeskommune. I den forbindelse forutsettes utvalget å vurdere konsekvensene for pasientbehandling, undervisning, veiledning og forskning.

Utvalget skal redegjøre for de økonomiske og administrative konsekvensene, bl.a. relevante styringsformer og herunder belyse forholdet mellom fylkeskommunene innen den enkelte helseregion og mellom det fylkeskommunale nivå og staten.

På grunnlag av gjennomgang om fordeler og ulemper ved de alternativer som utredes, skal utvalget gi sin tilråding med hensyn til valg av en eventuell ny ordning.

Utvalgets forslag må holdes innenfor gjeldende budsjetterammer.»

1.2 UTVALGETS TOLKNING AV MANDATET

Mandatet er avgrenset til å omfatte en vurdering av en ordning med statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader, og en ordning med full statlig overtakelse av drifts- og eieransvar for regionsykehusene. Det ble tidlig i utvalgets arbeid klart at en statlig overtakelse bare av regionsykehusenes kapitalkostnader eller eventuelt hele drifts- og eieransvar ikke er hensiktsmessige løsninger (jfr. diskusjonene i "*En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene*" i kapittel 9 og "*Statlig overtakelse av drifts- og eieransvar bare for regionsykehusene*" i 10). På denne bakgrunn har Sosial- og helsedepartementet utvidet mandatet til å omfatte en utredning av eierskap, organisering og finansiering av alle sykehus.

Utvidelsen av mandatet har gjort utvalgsarbeidet langt mer arbeidskrevende enn forutsatt og innstillingen har fått en noe annen oppbygging enn planlagt. Tross et betydelig merarbeid på grunn av utvidelsen av mandatet, har utvalget valgt å holde seg til den opprinnelige tidsplanen. Å gjennomføre et utredningsoppdrag av denne karakter i løpet av fem måneder har imidlertid gjort at det ikke har vært mulig å dokumentere alle forhold like inngående. Utvalget har også måttet avgrense seg til prinsipielle diskusjoner av ulike modeller. En nærmere presisering av hva de ulike modeller medfører av endringer i lover og forskrifter har utvalget ikke foretatt. En har antatt at dette kan utsettes til etter at de politiske valg av organisasjonsmodell er gjort.

1.3 UTVALGETS ARBEID

Utvalget hadde sitt første møte 20.09.95 og sitt siste møte 05.03.96. Utvalget har i alt hatt 7 møter.

Utvalgets tredje møte ble lagt til Tromsø. I denne forbindelse møtte utvalget blant andre representanter for Regionsykehuset i Tromsø, Troms fylkeskommune og Universitetet i Tromsø. Dette var et besøk utvalget hadde stort utbytte av. Direktør Jan-Erik Spek fra Kommunförbundet i Vest-Sverige orienterte på et av utvalgets møter om det regionale samarbeid innenfor sykehussektoren i Vest-Sverige. Utvalget har for øvrig på flere av sine møter invitert berørte parter til å redegjøre for sine synspunkter. Gjennom dette har utvalget fått verdifulle innspill til utredningen.

Utvalgets leder og sekretariat har hatt møte med leder og sekretariat i Hovedstadsutvalget. Representanter for utvalget og dets sekretariat var til stede ved dekanmøte for de medisinske fakulteter 7. desember 1995.

Utvalgets sekretariat har fått utført flere utredninger til hjelp i sitt arbeid. Øystein Solheim Lien har skrevet en utredning om statlige tilknytningsformer med spesiell tanke på anvendelse i helsesektoren. SINTEF- NIS har laget en tallmessig beskrivelse av utviklingen i sykehussektoren 1990-1994, og Sosial- og helsedepartementets DRG-utviklingsgruppe har laget anslag på lands-, regions-, sentral- og lokalsykehusfunksjoner ved regionsykehusene. Professor Jon Vislie ved Sosialøkonomisk institutt, Universitetet i Oslo har laget en utredning om hva nyere økonomisk reguleringsteori kan bidra med i styring av sykehusene. Utredningsinstituttet for forskning og høyere utdanning har levert materiale om forskningsaktiviteten ved regionsykehusene. Sekretariatet har hatt stor nytte av disse utredningene, som er utrykte vedlegg til utvalgets utredning. Sekretariatet har i sitt arbeid med utredningen også hatt nær kontakt med flere departementer, i første rekke Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og arbeidsdepartementet.

KAPITTEL 2

Sammendrag

Utvalgets mandat har vært å utrede følgende to alternativer til dagens finansieringsordning for regionsykehusene: 1) En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene, og 2) en ordning med full statlig overtakelse av drifts- og eieransvar. Det ble tidlig i utvalgets arbeid klart at en statlig overtakelse bare av regionsykehusenes kapitalkostnader eller eventuelt hele drifts- og eieransvaret for bare regionsykehusene ikke var hensiktsmessige løsninger. På denne bakgrunn har Sosial- og helsedepartementet utvidet mandatet til å omfatte en utredning av eierskap, organisering og finansiering av alle sykehus.

2.1 TREKK VED UTVIKLINGEN AV HELSESEKTOREN, 1970-1995

I *"Trekk ved utviklingen i helsesektoren, 1970-1995"* i kapittel 3 gir utvalget en oversikt over trekk ved utviklingen av helsesektoren i perioden 1970-1995, med særlig vekt på de forhold som er av betydning for eierformer, organisering og finansiering av sykehusene. Utvalget har valgt å dele inn tidsperioden i tre kortere faser.

Den første fasen, fram til midten av 1970-årene, var preget av en sterk utbygging og kostnadsvekst innen sykehussektoren. I tillegg var perioden preget av noe manglende styring av utbyggingen av helsetjenestene både hva angår helheten i helsetilbudet og den geografiske fordelingen. Stortingsmelding nr. 9 (1974-75) la med bakgrunn i denne situasjonen fundamentet for dagens organisering og finansiering av helsesektoren. Målene dengang kan oppsummeres som å bygge ut primærhelsetjenestene, dempe veksten i sykehustjenesten og skape en bedre geografisk fordeling av helsetjenestene.

Etter den neste fasen (fra St. melding nr. 9 (1974-75) til Eilertsenutvalgets utredning i 1987) kunne man oppsummere at oppbyggingen av primærhelsetjenesten var kommet godt i gang og at kostnadsveksten i sykehusene var redusert. På dette tidspunktet ville man ikke endre organisering og finansiering av institusjonshelsetjenesten. Utfordringen sykehussektoren ble stilt overfor, var å øke effektiviteten uten å øke kostnadene. Man reduserte omfanget av planstyringen, og åpnet for forsøk med stykkprisfinansiering av sykehusene.

I den siste fasen, perioden fra 1987 til i dag, kan man oppsummere at det har skjedd økning i sykehusenes effektivitet uten en dramatisk økning i utgiftene. I den siste Helsemeldingen (St. meld. nr. 50 (1993-1994)) ble det heller ikke lagt opp til vesentlige endringer i organisering og finansiering. Det ble signalisert sterkere statlig styring gjennom satsing på sykehussamarbeid i helseregionene. Man ser i denne perioden en øket bruk av øremerkede statlige finansieringsordninger, noe som videreføres ved en statlig satsing på omstilling i sykehusstrukturen og på å innfri ventetidsgarantiordningen. Under behandlingen av Helsemeldningen, fattet Stortinget vedtak om å få utredet konsekvensene av en statlig overtakelse av regionsykehusene. Vedtaket er grunnlaget for dette utvalgets mandat.

2.2 DAGENS REGIONSYKEHUS

I *"Dagens regionsykehus"* i kapittel 4 gir utvalget en beskrivelse av hva et regionsykehus er, samt ressursbruk og produksjon. Regionsykehusene skiller seg fra andre sykehus ved å ha formelle koplinger til universitetene, ved høy, døgnkontinuerlig beredskap også ved mange spesialavdelinger, og ved at subspecialiserte faggrupper

kan arbeide med den samme pasienten samtidig. Regionsykehusene har også forskningsaktivitet, og undervisnings- og kompetanseutviklingsoppgaver.

Regionsykehusenes samlede inntekter har i perioden 1990-1994 hatt en årlig vekst som er noe høyere enn for de andre sykehusgruppene. Dette gjelder ikke for Rikshospitalet som har hatt en liten nedgang i sine totale inntekter. De fylkeskommunale regionsykehusene fikk i perioden 1990-1994 en stadig fallende andel av sine inntekter fra regionsykehuseier. Fylkeskommunenes (eiernes) andel av regionsykehusenes inntekter var 56 prosent i 1990 og 50 prosent i 1994. Det er betydelige variasjoner mellom ulike regionsykehus. Rikshospitalet kjennetegnes i tillegg av at over 50 prosent av inntektene (1994) kommer fra gjestepasienter.

Av de omlag 600 000 sykehusopphold som gjennomføres i Norge, utføres omlag 1/4-del ved regionsykehusene. Regionsykehusene har også de tyngste og mest kompliserte pasientene. Det er variasjoner mellom regionsykehusene når det gjelder omfanget av lokal- og sentralsykehuspasienter. Det er kun Rikshospitalet som har hoveddelen av sine pasienter knyttet til regionfunksjonene. For de øvrige sykehusene dominerer innslaget av sentralsykehus- og lokalsykehuspasienter.

2.3 KRITIKKEN MOT DAGENS ORDNINGER

I forhold til mange andre land er tilgjengelighet til helsetjenester i Norge nokså jevnt fordelt i befolkningen. Man har også en relativt godt utbygd primærhelsetjeneste, og det er grunn til å tro at kostnadskontroll og kostnadseffektivitet er relativt god i internasjonal sammenheng. Dette forhindrer ikke at dagens ordninger er utsatt for mye kritikk. I "*Kritikken mot dagens ordninger*" i kapittel 5 beskriver utvalget viktige deler av kritikken som retter seg mot dagens ordninger. Kritikken er gruppert etter ulike perspektiver: pasientens perspektiv, universitetenes og universitetsklinikkenes perspektiv og et bredere helsepolitisk perspektiv.

Fra pasientens perspektiv refererer utvalget den kritikken som dreier seg om manglende tilgjengelighet og behandlingskvalitet i sykehusvesenet. En kan imidlertid ikke se at regionsykehusene oppnår dårligere resultater enn de øvrige sykehusene på de indikatorer en benytter seg av for å belyse problemene.

Fagmiljøene ved universitetenes medisinske fakulteter og ved regionsykehusene har i særlig grad pekt på at økonomien og den interne ressursprioritering ved regionsykehusene fører til at de i mindre grad blir i stand til å ivareta de funksjoner som dreier seg om langsiktig kompetanseutvikling, undervisning, veiledning og forskning. De samme miljøer anser det som uheldig at en stadig større andel av sykehusenes totale finansiering dekkes av det statlige funksjonstilskuddet, uten at staten samtidig har tilstrekkelig styring med hvordan midlene som blir gitt brukes. Etablering av bedre systemer for mål- og resultatstyring har derfor vært etterlyst. Fagmiljøene anser det også som lite hensiktsmessig at det ikke er samsvar mellom universitetenes ansvar for å ivareta faglige funksjoner og de midler som disponeres av universitetene til dette formålet.

Fra et helsepolitisk perspektiv omtaler utvalget påstanden om geografisk skjevhet i bruken av sykehustjenester. I forhold til utvalgets mandat er det særlig spørsmålet om lik tilgjengelighet til regiontjenester som er aktuelt. Det har vært hevdet at tilgjengeligheten til regiontjenester er bedre for pasienter i regionsykehusets vertsfylke enn for pasienter fra de andre fylkene i en helseregion. En grunn kan være at de andre fylkene i regionen heller vil bruke ressurser til egne sykehus enn til å sende gjestepasienter til regionsykehuset. Utvalget kan ikke dokumentere at dette skjer. Oppdelingen i vertsfylker og kjøperfylker medfører samtidig *insitamenter* til at tilgangen til regiontjenestene blir bedre for befolkningen i vertsfylkene enn i de

andre fylkene i en region. Men hvor kvantitativt viktig selve gjestepasientordningen er for eventuell fylkesvis variasjon i tilgangen til regiontjenestene, vet en ikke.

Mange fylkeskommuner opplever at sviktende rekruttering av helsepersonell er et grunnleggende problem for utvikling av helsevesenet. De viktigste rekrutteringsproblemene ved sykehusene er knyttet til personellgruppene leger og sykepleiere, og spesielt spesialsykepleiere mange steder. Data, som utvalget har hatt tilgang til, viser at det både har vært en økning i antall legeårsverk og i antall ubesatte spesialistlegestillinger ved norske somatiske sykehus i perioden 1988-1994. I gjennomsnitt var seks prosent av spesialiststillingshjemlene ved de somatiske sykehusene helt ubesatte i 1994. Det er betydelige geografiske variasjoner både i antall legeårsverk og i antall ubesatte stillinger. En nærmere analyse av tallene viser en relativt sterk positiv sammenheng mellom antall legeårsverk per innbygger i en fylkeskommune og andel ubesatte stillinger.

Det rettes kritikk mot manglende statlig styring av helsevesenet. Denne kritikken kan tolkes på flere måter, som ikke trenger å utelukke hverandre:

- Staten har ikke god nok kunnskap om sammenhengene mellom mål og midler.
- Staten ønsker ikke å bruke de virkemidlene man har til disposisjon.
- Staten har ikke nok virkemidler til å sørge for at målene i helsepolitikken kan bli oppfylt.

Utvalget trekker fram eksempler som kan belyse hver av tolkningene.

Dagens system med en fylkeskommune i hver helseregion som eier regionsykehus og de andre fylkeskommunene som kjøper regionsykehustjenester, skaper planleggingsproblemer både for vertsfylket og kjøperfylkene. For fylkeskommunen som eier regionsykehuset, vil det være uforutsigbarhet med hensyn til nivået på gjestepasientinntekter. For kjøperfylkeskommunene vil det være problematisk å forutse hvor store gjestepasientutgiftene blir når fylkesbudsjettet settes opp. Flere regionsykehuseiere prøver å redusere variasjonen i gjestepasientinntektene ved å inngå mer forpliktende kontrakter med kjøperfylkene.

Den største delen av sykehusenes inntekter kommer fra fylkeskommunene. Det er samtidig en økende andel av inntektene som kommer direkte fra staten gjennom tilskudd til poliklinisk undersøkelse og behandling og andre mer midlertidige tilskudd. Denne sammensatte finansieringsmåten bidrar til at partene kommer i mer eller mindre kompliserte spillsituasjoner i forhold til hverandre. Spillsituasjoner av denne type har en rekke uheldige konsekvenser. For staten kan det gi uønsket disponering av ressursene. For regionsykehuset gir det ustabile rammebetingelser. For fylkeskommunene kan det over tid gi sterkere statlig styring fordi staten vil forhindre framtidig strategisk tilpasning.

Nyere undersøkelser viser at spesielt de øremerkede rammetilskuddene har svake og kanskje til og med utilsiktede effekter. Når staten innfører eller øker øremerkede rammetilskudd, vil fylkeskommunene redusere sin innsats. Effekten på samlet ressursinnsats på det aktuelle område blir dermed svakere enn mange forventer.

Det er grunn til å stille spørsmål ved struktureringen av det samlede helsetilbudet innenfor den enkelteregion. Fylkespolitikere vil også ha lokalpolitiske hensyn å ivareta. De må veie disse hensynene mot en effektiv sykehusstruktur ut fra nasjonale målsettinger. Ofte leder dette til beslutninger som gir lav effektivitet på grunn av dublering av behandlingsskapasitet og for stor spredning av akuttberedskap.

Bakgrunnen for de problemene som har blitt beskrevet, er utvilsomt meget sammensatt. Faktorer som nivået på ressursinnsats, befolkningens forventninger, organisasjon, finansieringsmåte og eierstruktur vil alle spille en rolle. Samtidig er vår

kunnskap mangelfull; både om de enkelte faktorenes betydning og om samspillet mellom faktorene.

Av problemer i dagens helsetjeneste som er av særlig relevans for eierstruktur, organisasjon og finansieringsmåte, vil utvalget med utgangspunkt i *"Kritikken mot dagens ordninger"* i kapittel 5, oppsummere følgende:

- Gjestepasientsystemet kan medvirke til at tilgangen til regionsykehustjenester varierer mellom fylkeskommunene. Av flere årsaker er det imidlertid vanskelig å dokumentere slik ulikhet.
- Gjestepasientsystemet skaper planleggingsproblemer både for fylkeskommuner som er eiere og fylkeskommuner som ikke er eiere av regionsykehus, fordi nivået på gjestepasientstrømmene varierer.
- Det er betydelige problemer med å samordne sykehusenes aktiviteter innen enkelte fylkeskommuner, og mellom fylkeskommunene innen den enkelte helseregion. En må anta at dette gir seg utslag i høyere kostnader enn nødvendig. Det kan også være en medvirkende årsak til mangel på personell ved enkeltavdelinger ved mindre sykehus.
- Forholdet mellom universitetene og regionsykehusene er konfliktfylt. Det hevdes at forskning og utdanning prioriteres for lavt i forhold til pasientbehandlingen.
- Statens finansieringssystem overfor fylkeskommunene og sykehusene er lite målrettet. En rekke ad-hoc pregede øremerkede tilskudd har gitt uoversiktlige og utilsiktede effekter.

2.4 FAKTORER SOM MED STOR SANNSYNLIGHET VIL PREGE UTVIKLINGEN INNEN NORSK MEDISIN DET NESTE TIÅRET

I *"Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret."* i kapittel 6 går utvalget gjennom endringer innenfor medisinsk teknologi og medisins utvikling. Flere av de forhold som er nevnt viser ikke entydige utviklingstrekk. På noen felter vil imidlertid utvalget påpeke at det er mulig å trekke slutninger, om enn usikre, i forhold til utvalgets mandat. Av forhold som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret, synes å være:

- Kapitalkrevende teknologi og høyspesialiserte prosedyrer vil innenfor mange subspecialiteter trekke pasienter med visse behov til regionsykehusene. Endringene i kommunikasjonsmidler gjør også at et stadig større geografisk område er innen rekkevidde på kort tid. Dette stiller økende krav til lagspill innen en sykehusregion
- Høy spesialisering og høye kostnader vil imidlertid lede til at oppholdet ved regionsykehusene søkes begrenset til de dager regionfunksjonene utøves. Forberedelse og påfølgende pleie skjer ved sentral- eller lokalsykehus der dette er mulig.
- Dette krever tettere integrering av behandlingsleddene. Grenseoppgangen mellom hva som er primær-, lokal-, sentral- og regionfunksjoner blir mer utydelig. En slik utvikling kan bli påskyndet av utviklingen innenfor telemedisin.
- Velorganisert etterutdanning vil være en nøkkelfaktor for å sette alle som arbeider i helsevesenet i stand til å skape morgendagens helsetjenester.

2.5 REFORMBEHOV OG KRITERIER FOR EVALUERING

På bakgrunn av problembeskrivelsen og diskusjonen av framtidige utfordringer, konkluderer utvalget i *"Reformbehov og kriterier for evaluering"* i kapittel 7 med at det er behov for økt regional samordning.

Økt regionalt samarbeid kan oppnås både gjennom nettverkssamarbeid i form av frivillige samarbeidsordninger mellom de enkelte fylkeskommuner og sykehus, formelle kontrakter mellom sykehus og fylkeskommuner som regulerer samarbeidet, statlige pålegg om samarbeid mellom sykehus og fylkeskommuner på områder hvor regional samordning blir ansett som viktig, og full integrasjon av sykehusene i en region ved hjelp av f.eks. et interfylkeskommunalt selskap eller ved at staten overtar eierskapet til alle sykehusene. Argumentene for økt samarbeid eller integrasjon er i første rekke at arbeidsdeling kan bidra til stordriftsfordeler, positive læringseffekter og internalisering av opplæringskostnader, bedre koordinering av behandlingsforløp der flere sykehus er involvert, og bedre utnytting av store investeringer. Økt integrasjon har også kostnader. Disse er knyttet til planleggingsproblemer, informasjonsproblemer og fremmedgjøring.

At det er knyttet både gevinster og kostnader til alternative former for organisering, skaper behov for et bredere spekter av kriterier organisasjonene må vurderes opp mot. Utvalget har avledet kriterier for evaluering fra mål om god pasientbehandling og mål om god styring. Utvalget evaluerer alternative modeller opp mot følgende kriterier:

- Lik tilgjengelighet til sykehustjenester.
- Muligheter for regional samordning.
- Høy faglig standard på pasientbehandlingen.
- Høy faglig standard på klinisk forskning, utdanning og kunnskapsformidling.
- Fornyelses- og omstillingsevne.
- Integrering med primærhelsetjenesten.
- Kostnadskontroll.
- Institusjonell stabilitet.
- Lokal politisk styring.
- Legitimitet.
- Kostnadseffektivitet.

2.6 ALTERNATIVE EIEFORMER OG FINANSIERINGSMÅTER

I "*Alternative eieformer og finansieringsmåter*" i kapittel 8 redegjør utvalget for alternative tilknytningsformer for statlig og fylkeskommunalt eie av sykehusene, samt mulige finansieringskilder og kontraktformer med relevans for sykehussektoren.

En skiller mellom tre alternative hovedtilknytningsformer for statlig virksomhet: Forvaltningsorgan, statseid selskap og stiftelse. Sentrale kjennetegn ved forvaltningsorganer er at de er en del av staten som juridisk person og at staten styrer ved instruksjon. Det er dermed mulighet for overordnet styring med alle sider av den løpende driften. Forvaltningsorganene er bevilgningsfinansiert; dvs de får sine finansielle ressurser fra Stortinget. Forvaltningsorganformen er delt i tre underformer: Ordinære forvaltningsorganer, forvaltningsbedrifter og forvaltningsorganer med særskilte fullmakter. Forvaltningsbedriftene skiller seg fra de ordinære forvaltningsorganer ved at driftsutgiftene nettobudsjetteres og at investeringene aktiveres, rentebelastes og avskrives over driften. Statsykehusene er organisert som ordinære forvaltningsorganer.

Fellestrekk ved statseide selskaper er at de er et selvstendig rettssubjekt med egne styringsorganer og ansvar for egen økonomi. Det er et eierforhold mellom statsmyndighetene og selskap som staten eier. Statsmyndighetene styrer selskapet fra eierposisjon (generalforsamling/foretaksmøte) overfor selskapets øvrige formelle organer (og ikke gjennom instruksjonsmyndigheten).

De fylkeskommunale sykehusene har en tilknytningsform til fylkeskommunene som i prinsippet er lik den statlige forvaltningsorgansformen, men begrepet forvaltningsorgan benyttes ikke i kommunal sammenheng. I Kommune-loven benevnes sykehusene som institusjoner. Når det gjelder former for interfylkeskommunalt samarbeid, som utvalget har valgt å konsentrere seg om i dette kapitlet, kan dette skje på flere måter. Mest aktuelt er interfylkeskommunale samarbeidsordninger etter Kommune-loven og interfylkeskommunale selskap (jfr. Kommuneselskapsutvalgets innstilling, NOU 1995:17).

Utvalget gir også i "*Alternative eieformer og finansieringsmåter*" i kapittel 8 en prinsipiell redegjørelse for ulike finansieringskilder og kontraktstyper. Her har utvalget skilt mellom rene rammekontrakter som innebærer at offentlige myndigheter tildeler sykehuset en økonomisk rammebevilgning og forventer behandlede pasienter i bytte, rammekontrakter med produksjons- og eventuelt kvalitetskrav og stykkpriskontrakter der det offentlige betaler sykehuset per utført tjeneste. Utvalget anbefaler at egenskaper ved ulike kontraktstyper og deres mulige anvendelser i sykehussektoren blir nærmere utredet.

Avslutningsvis gir utvalget en oversikt over de alternative modeller som mer konkret vil bli diskutert videre i utredningen.

2.7 EN ORDNING MED STATLIG OVERTAKELSE AV KAPITALKOSTNADENE

Utvalget behandler i "*En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene*" i kapittel 9 en statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader, slik det er formulert i utvalgets mandat. En beskriver dagens ordninger for refusjon av kapitalkostnader, gir en tolkning av utvalgets mandat i forhold til statlig overtakelse av kapitalkostnadene og drøfter mulige virkninger av en slik overtakelse.

Utvalget finner at en statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader ville frata fylkeskommunene motivasjonen til å interessere seg for disse kostnadenes størrelse, samt for vedlikehold av bygninger og utstyr. I et slikt system er det lite trolig at alle investeringsønsker kan realiseres. En måtte derfor bygge opp et statlig apparat for å rasjonere fylkeskommunenes investeringsønsker. I helsesektoren hvor prosjektenes mål ofte er uklare og vanskelig å tallfeste, er det rom for mer skjønn enn i mange andre sektorer. Generelt vil søkerne ha bedre informasjon om prosjektene enn myndighetene som skal behandle søknadene. Det er derfor grunn til å anta at en må bygge opp et betydelig apparat for at beslutningsgrunnlaget skal bli godt nok. Det vil være vanskelig å unngå vilkårlige rasjoneringsbeslutninger.

Regionsykehusene har regionfunksjoner samtidig som de er sentralsykehus og lokalsykehus. Det har vært sentralt i utvalgets vurderinger at det neppe vil være praktisk mulig å skille kapitalkostnadene ved de ulike funksjonene fra hverandre. At staten overtar regionsykehusenes kapitalkostnader, vil derfor måtte innebære en subsidiering av de fylkene som har regionsykehus i forhold til de andre fylkene i regionen. Dette vil være en hindring for å få til den regionale samordning av tjenestene som utvalget ønsker.

Utvalget konkluderer med at en ikke vil anbefale en statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader.

2.8 EN STATLIG OVERTAKELSE AV DRIFTS- OG EIERANSVAR BARE FOR REGIONSYKEHUSENE

Utvalget behandler i kapittel 10 en statlig overtakelse av drifts- og eieransvaret for regionsykehusene, slik det er formulert i utvalgets mandat. Dette innebærer at de øvrige sykehusene fortsatt antas å være fylkekommunalt eid og drevet.

En drøfter først mulighetene til å skille ut regionfunksjonene fra regionsykehuset, la staten eie og drive regionfunksjonene, mens fylkeskommunen fortsatt eier og driver sentralsykehus- og lokalsykehusfunksjonene. Med de flytende overganger som vil være mellom de ulike funksjonene, er det grunn til å tro at mye ressurser vil bli brukt på å avklare ansvarsforhold mellom stat og fylkeskommune. Modellen vil dermed ikke være egnet til å ivareta behovet for regional samordning av sykehus-tjenestene. Det er tvilsomt om denne modellen i det hele tatt vil være mulig å gjennomføre i praksis. Utvalget slutter derfor at dersom staten skal overta eier- og driftsansvar for regionsykehusene, må staten eie og være ansvarlig for drift av alle regionsykehusenes funksjoner.

Utvalget vurderer deretter de sannsynlige konsekvensene for den faktiske funksjonsfordeling i en region av at staten overtar drift- og eieransvar for regionsykehusene. Denne drøftingen skjer med utgangspunkt i alternative finansieringsmåter. Felles for alle de aktuelle finansieringsordningene er at funksjonsfordelingen; det vil si hvordan det samlede antall behandlinger fordeler seg på region-, sentralsykehus- og lokalsykehusbehandlinger, påvirker hvordan utgiftene til sykehusbehandling blir fordelt mellom staten og fylkeskommunene. Det er grunn til å tro at denne funksjonsfordelingen vil være lite stabil over tid og at gråsonen vil vokse i årene framover. Å la finansieringsordningen avhenge av funksjonsfordelingen vil derfor åpne for at andre hensyn enn pasientens beste i betydelig grad vil påvirke behandlingskjedenes forløp. En vil dermed ikke kunne ivareta det behov for samordning av regionens sykehustjenester som utvalget legger til grunn for sine vurderinger. I tillegg vil finansieringsordningene være ressurskrevende å administrere, siden mye ressurser vil bli brukt i strategiske spill mellom forvaltningsnivåene. Utvalget vil derfor ikke anbefale at staten overtar drifts- og eieransvar for regionsykehusene alene. Dersom staten overtar drifts- og eieransvar for regionsykehusene, bør staten overta drifts- og eieransvar for alle sykehus.

Med konklusjonene i *"En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene"* i kapittel 9 og i *"Statlig overtakelse av drifts- og eieransvar bare for regionsykehusene"* i kapittel 10 har utvalget svart på mandatet, hvis man tolker det snevert. Samtidig har disse konklusjonene gitt utvalget en åpning for å gå videre og vurdere ulike organisasjonsmåter for et regionalisert sykehusvesen som ivaretar samordningsbehovene bedre enn dagens organisasjonsmåte. Utvalget gikk videre i denne retning etter å ha avklart mandatet med Sosial- og helsedepartementet.

2.9 REGIONALISERT SYKEHUSVESEN MED STATEN SOM EIER

Utvalget skisserer i kapittel 11 hvordan et regionalisert sykehusvesen med staten som eier kan organiseres. Egenskaper ved to alternative modeller blir nærmere undersøkt. Modellene skiller seg ved tilknytningsform og finansieringsmåte. I den første modellen beskrives et forvaltningsorgan med spesialtilpassede fullmakter - her kalt Statens sykehusforvaltning - og inntekter bevilget fra Stortinget. I den andre modellen beskrives en statlig selskapsorganisering med finansiering fra fylkeskommunene.

Siden utvalget konkluderer med at helseregionene er hensiktsmessige enheter for sykehussamarbeid, bør Statens sykehusforvaltning bygges opp med en relativt avgrenset sentral administrasjon og med avdelingskontorer som har hver sin helse-

region som ansvarsområde. Sentraladministrasjonen i Statens sykehusforvaltning vil i en slik modell i første rekke ha oppgaver som å fordele ressurser mellom regionkontorene, drive nasjonale sammenligninger av produksjon og effektivitet, inngå avtaler med hovedsammenslutningene i arbeidslivet, og å utvikle visse felles retningslinjer for personalforvaltning, f.eks. når det gjelder legefordeling. Det må antas at Stortinget og regjeringen vil legge føringer på den regionale fordelingen av budsjettet på samme måte som det i dag eksisterer ordninger for å få til en bestemt regional fordeling gjennom overføringer til lokal- og fylkeskommunal forvaltning. Fordeling av ressurser til regionene bør foretas etter faste kriterier som regionkontorene ikke kan påvirke. Regionkontorene vil ha som ansvar å finansiere det enkelte sykehus, samordne ventelister og pasientbehandling i regionen og å sikre kompetanseutvikling og videreutdanning av helsepersonell.

Den ordinære forvaltningsorganformen brukes for statlig virksomhet som stiller særlig store krav til politisk og konstitusjonell kontroll og ansvar. For statlig sykehusdrift organisert som forvaltningsorganer vil det være aktuelt å gjøre unntak fra flere av punktene som kjennetegner ordinære forvaltningsorganer. I kapittel 11 diskuteres spesielt budsjettfullmakter, herunder finansierings- eller kontraktsformer, fullmakter innenfor lønns- og personalområdet og fullmakter til interne omorganiseringer. Utvalget har ansett det som utenfor mandatet å utforme i detalj hvordan de aktuelle fullmakter best kan utformes.

En fordel med statlig eierskap og finansiering er at det forvaltningsnivået som fastsetter standarder for kvalitet og tilgjengelighet av sykehustjenester, også får det direkte ansvaret for å tilføre sykehusene de nødvendige ressurser for å oppfylle disse standardene. Ansvarsforholdene blir dermed klarere enn i dagens system. Dette kan gi bedre muligheter for å få til regional samordning av sykehussektoren med de positive effekter dette kan forventes å ha for tilgjengelighet og kvalitet av pasientbehandling, forskning og undervisning. Men det klarere ansvarsforholdet inneholder også mulige ulemper med hensyn til kostnadskontroll og fornyelses- og omstillingsevne. Statsråd og Stortinget vil bli utsatt for større press med hensyn til å gripe inn i løpende driftsbeslutninger og å tilføre ressurser for å løse akutte problemer. For Statens sykehusforvaltning kan det bli mer fristende å søke om tilleggsbevilgninger enn å tilpasse organisasjonen til endringer i den medisinske utvikling og befolkningens behov. Dersom staten overtar eieransvar for sykehusene, blir det en utfordring å prøve å få til en organisasjon og et finansieringssystem som både skjærmer statsråd og Storting fra de løpende driftsspørsmål og oppmuntrer sykehusvesenet til løpende fornyelse og omstilling.

Utvalget har også vurdert en modell med statlig eierskap og drift av sykehusene og med fylkeskommunal finansiering. En har kommet til at denne modellen neppe vil være hensiktsmessig fordi fylkeskommunene vil ha liten mulighet for å påvirke pasientstrømmene. Fylkeskommunene står dermed i fare for å bli en passiv forsikringsordning. Dette kan medføre at de vil forsøke å velte ansvaret for kostnadsoverskridelser over på staten. En modell hvor man åpner for fylkeskommunal finansiering av elektive behandlinger og konkurrerende regionale sykehusselskaper, er antakelig heller ikke hensiktsmessig på grunn av en todelt finansiering med en betydelig gråsoner og antakelig en økning i administrasjonskostnadene som blir større enn forbedringene i kostnadseffektivitet.

Utvalget har dermed konkludert med at dersom staten overtar eierskap og driftsansvar for sykehusene, bør staten også overta det direkte ansvaret for å tilføre sykehusene inntekter. En modell med fylkeskommunal finansiering ville hatt større muligheter til å lykkes dersom fylkeskommunene også var ansvarlige for at befolkningen fikk nødvendige primærhelsetjenester og omsorgstjenester. Fylkeskommunene ville i så fall kunne fungere som en styringsenhet (jfr. det amerikanske begre-

pet 'managed care'), og høste mulige samordningsgevinster mellom primærhelsetjenesten og sykehustjenesten. Utvalget anser dette som en interessant modell, men finner at det er utenfor mandatet å utdype denne muligheten nærmere.

2.10 REGIONALISERT SYKEHUSVESEN MED FYLKESKOMMUNENE SOM EIERE

I kapittel 12 har utvalget vurdert tre forskjellige modeller for økt regional samordning som alle er basert på fylkeskommunalt eierskap til sykehusene: 1) et løst formalisert regionalt samarbeid der en videreutvikler det regionale helseplanarbeidet, 2) et formalisert regionalt samarbeid der sykehusene overføres til et interfylkeskommunalt sykehusselskap, og 3) et regionalisert helsevesen der sykehusene eies av fylkeskommuner som i geografisk utstrekning tilsvarer dagens helseregioner.

Det utvalget kaller «løst formalisert regionalt samarbeid» tar utgangspunkt i det regionale helsearbeidet som idag utføres i helseregionene. Modellen baserer seg på at de regionale helseutvalgene er det organ som idag og i framtiden driver et slikt arbeid. I utgangspunktet baseres modellen på konsensus mellom de samarbeidende fylkeskommunene. Utvalget har imidlertid skissert flere ordninger som kan håndtere saker der det er konflikter mellom partene. Disse er at staten går inn med ekstra økonomiske midler for å stimulere utvikling og iverksetting av regionale samarbeidstiltak, etablering av interfylkeskommunale samarbeidsordninger etter Kommuneloven og at staten benytter mulighetene som ligger i Sykehusloven til å løse tvister mellom fylkeskommunene. Utvalget har påpekt at modellens svakheter i første rekke er svakere muligheter for å få til regional samordning, men at dette problemet i prinsippet kan reduseres ved de ordninger for konflikthåndtering som er nevnt. Manglende regional samordning vil redusere mulighetene for å høyne standarden på pasientbehandling og på forskning, utdanning og kunnskapsformidling, og for å få til fornyelse og omstilling. Modellens styrke er god kostnadskontroll, lokal politisk styring og varierende, men rimelig høy kostnadseffektivitet i produksjonen.

Det interfylkeskommunale samarbeidet kan formaliseres ved at sykehusene overføres til et interfylkeskommunalt sykehusselskap. Fylkeskommunene vil da styre selskapet gjennom eierposisjon i et representantskap. Representantskapet vil fatte overordnede beslutninger som angår f.eks. regional samordning av sykehustjenestene og priser på pasientbehandlingen. Fylkeskommunene vil fortsatt bestemme volumet på pasientbehandlingen. En kan dermed utvikle et klarere skille mellom tilbydere og etterspørrere av sykehustjenester. Utvalget har påpekt at modellen gir bedre muligheter for å få til regional samordning enn det uformelle samarbeidet gir, men at mulighetene kanskje ikke blir fullt så gode som i en modell med statlig eierskap. Økt regional samordning vil bedre mulighetene for å høyne standarden på pasientbehandling og på forskning, utdanning og kunnskapsformidling, og for å få til fornyelse og omstilling. Modellen antas å gi god kostnadskontroll.

Både videreutvikling av et løst formalisert regionalt samarbeid, og en formalisering av samarbeidet gjennom opprettelsen av et interfylkeskommunalt selskap, er modeller som utvalget mener er av interesse og som drøftes videre i kapittel 14, der utvalgets innstilling presenteres. Når det gjelder forslaget om å opprette regionfylkeskommuner med en størrelse tilsvarende dagens helseregioner, er utvalget redd slike institusjoner vil mangle den folkelige oppslutningen eller legitimitet som er nødvendig for et slikt organ. Løsningen kan derfor være ustabil over tid. Modellen anbefales ikke.

2.11 UNDERVISNING OG FORSKNING I ET REGIONALISERT HELSE-VESEN

I kapittel 13 drøfter utvalget undervisning og forskning i et regionalisert helsevesen. Etter utvalgets syn har sykehusene i dag både dårlige muligheter for å finansiere og svake muligheter for å styre sin egen kompetanseutvikling. En sterkere regional samordning slik utvalget har foreslått, vil i seg selv styrke mulighetene for kompetanseutvikling ved at det blir mulig å følge pasientforløp gjennom flere ledd i behandlingsskjeden. Utvalget reiser i tillegg flere forslag for videre utredning. Enkelte nevnes her:

- Utvalget foreslår at universitetene i større grad selv har kontroll over ressursene som går med til veiledning av studentene. Dette kan gjøres ved at deler av funksjonstilskuddet som idag gis til regionsykehusene, i stedet gis til universitetene. Dette vil gjøre det mulig å inngå klarere avtaler mellom sykehus og universitet, og gi universitetene mulighet til å frikjøpe personale.
- Utvalget mener at det må utredes om universitetene skal få ansvaret for godkjenning av spesialister og oppfølging av spesialistkandidatens veiledning. Disse oppgavene er idag delegert fra departementet til legeföreningen.
- Utvalget foreslår at det vurderes opprettet utviklingsavdelinger knyttet til regionsykehusene. Kompetanseutvikling i sykehus er tett integrert i sykehusenes primære oppgaver: diagnostikk og behandling av pasienter. Utviklingsavdelingene kan bl.a. ta seg av følgende oppgaver: koordinering av etterutdanning av sykehuspersonale i regionen, koordinering av klinisk forskning, koordinering av kvalitetsutvikling og oppfølging av avtaler med universitetene.

Sammen med de andre forslagene i kapitlet, innebærer disse forslagene at universitetenes rolle klargjøres og styrkes. Samtidig styrkes sykehusenes muligheter til å være profesjonelle partnere i de mange samarbeidsrelasjonene både med universitetene og andre.

2.12 UTVALGETS INNSTILLING

Utvalget presenterer sin innstilling i "*Utvalgets innstilling*" i kapittel 14. Utvalget er enstemmig i sin innstilling på følgende punkter:

- Ønsket om en bedre samordning mellom fylkene i hver helseregion er det sentrale premiss for utvalgets forslag. Utvalget har ansett det som utenfor mandatet å vurdere eventuelle endringer i regioninndelingen i denne sammenheng. En viser her blant annet til det arbeid som foregår i det regjeringsoppnevnte hovedstadsutvalget.
- En statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader ville frata fylkeskommunene motivasjonen til å interessere seg for disse kostnadenes størrelse, samt for vedlikehold av bygninger og utstyr. En slik overtakelse ville videre innebære en subsidiering av de fylkene som har regionsykehus i forhold til de andre fylkeskommunene i regionen. Dette vil være en hindring for å få til den regionale samordning av sykehus-tjenestene som utvalget ønsker. Utvalget vil derfor ikke gå inn for en statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader.
- Ved statlig overtakelse bare av regionsykehusene synes det vanskelig å finne finansieringsordninger som støtter opp under det behov for regional samordning som utvalget har lagt til grunn for sin innstilling. Utvalget vil derfor ikke anbefale at staten overtar drifts- og eieransvar bare for regionsykehusene. Der- som staten overtar drifts- og eieransvar for regionsykehusene, bør staten overta drifts- og eieransvar for alle sykehus.

- Utvalget tilrår en styrking av universitetsfunksjonene som et viktig bidrag til å opprettholde kvalitet og kompetanse i helsetjenesten. Utvalget tilrår at detaljene i dette utredes særskilt etter at organisasjons- og eierforholdene er klarlagt.
- Utvalget tror ikke at en oppløsning av fylkeskommunene og etablering av større regionfylkeskommuner vil være en egnet modell. Dette begrunner en både med at fylkeskommunene også har oppgaver der behovet for regional samordning er mindre, og at regionfylkeskommuner sannsynligvis vil oppnå liten politisk legitimitet.
- Utvalget tilrår at alle sykehus bør tilhøre det samme forvaltningsnivået. Hvilken følge dette får for Rikshospitalet, vil avhenge av hvilket eierskap en generelt foreslår for sykehusene.
- Utvalget mener at dagens «frivillige regionsamarbeid» ikke har vært tilstrekkelig for en effektiv regional utnyttelse av sykehusressursene.

Selv om utvalget er enige om behovet for en sterkere regional samordning, er det ulikt syn på hvordan dette best kan skje samtidig som en også ivaretar andre hensyn. Utvalget har vurdert ulike modeller for eierskap og finansiering. En har festet seg ved tre modeller, som en har valgt å utrede nærmere. Hver av utvalgets tre fraksjoner gir en nærmere begrunnelse for sine forslag i kapittel 14:

- Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunen som eier - løst formalisert regionalt samarbeid (utvalgsmedlemmene Kolbjørn Almlid, Greta Billing, Magnar Hakestad og Petter Skarheim)
- Formalisert interfylkeskommunalt samarbeid - interfylkeskommunalt selskap (utvalgsmedlemmene Helga Fosse Hegrenæs, Ellen Gjerpe Hansen, Vivi Lassen og Gerd Vandeskog)
- Regionalisert sykehusvesen med staten som eier (utvalgsmedlemmene Jan Grund, Paul Hellandsvik (utvalgsleder), Kari Kjenndalen og Ole D. Mjøs)

KAPITTEL 3

Trekk ved utviklingen i helsesektoren, 1970-1995

I dette kapitlet gjøres det rede for endringer i organisering og finansiering av sykehussektoren fra begynnelsen av 1970-årene og fram til i dag. Det legges vekt på å skissere prinsipielle forhold, samt å identifisere viktige premisser for de reformer som er diskutert eller gjennomført. Utvalget gir ikke en detaljert framstilling av endringer i ressursbruk og produksjon i perioden da dette finnes i nyere, lett tilgjengelig litteratur (f.eks. St.meld. nr. 50 (1993-94) og i «Helseboka 1995»¹). Når det gjelder data om produksjon og ressursbruk i sykehussektoren for de siste årene, viser utvalget til "*Dagens regionsykehus*" i kapittel 4.

Tidsperioden 1970-1995 deles i tre kortere perioder. Den første perioden går fram til St.meld. nr.9 (1974-75), og tas med for å vise utgangspunktet for dagens organisering av helsesektoren og sykehusene ("*Perioden fram til St. meld. nr. 9 (1974-75)*" i kap.3.1). Neste periode strekker seg fra 1975 til 1987, og ble avsluttet med at Eilertsenutvalget la fram sin innstilling (NOU 1987: 25) ("*Perioden fra St.meld. nr. 9 (1974-75) til 1987: Eilertsenutvalgets innstilling*" i kap.3.2). Den siste perioden strekker seg fra 1987 og fram til 1995 ("*Fra 1987 til idag (St.meld. nr. 50 (1993-94))*" i kap.3.3).

3.1 PERIODEN FRAM TIL ST. MELD. NR. 9 (1974-75)

Stortingsmelding nr. 9 (1974-75), «Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen», la grunnlaget for hovedprinsippene i den organiseringen av helsesektoren som eksisterer i dag. Både positive og negative utviklingstendenser lå til grunn for tiltakene som ble foreslått i St.meld. nr. 9. Av positive utviklingstrekk ble nevnt:

- Sengekapasiteten i forhold til folketallet hadde økt ved de somatiske institusjonene, særlig i sykehjemmene.
- Kapasiteten innen psykiatrien og i omsorgen for psykisk utviklingshemmede var styrket.
- Standarden ved sykehusene, målt i personell i forhold til sengetallet, var sterkt forbedret etter 1969.

Av negative utviklingstrekk ble følgende trukket fram:

- Det var et sterkt økende forbruk av ressurser, med en gjennomsnittlig økning i trygderefusjonene på over 20 % pr. år etter 1970².
- Det var en mangelfull geografisk balanse i utbyggingen i helsevesenet.
- Styringen av helsesektoren var mangelfull. Styringsoppgavene var uheldig fordelt mellom sentrale og lokale organer, der sentrale organer utøvte detaljstyring både innen økonomiske og bygningsmessige forhold, selv overfor mindre institusjoner.

På bakgrunn av problembeskrivelsen stilte regjeringen i St. meld. nr. 9 (1974-75) opp flere målsettinger. De viktigste var: 1) å rette opp den geografisk skjeve fordelingen av sykehusstilbud og spesialister, og 2) å oppnå at hver pasient kunne behandles på det laveste nivå som effektivt kan ta seg av lidelsen (LEON-prinsippet). For

1. Øverås, Siv. 1995. «Helseboka 1995. Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge». Oslo: Statistisk sentralbyrå.
2. I følge nasjonalregnskapsdata fra et senere tidspunkt var det omlag en fordobling av utgifter (i faste priser) til helseformål fra 1970 til 1980.

å nå målene ble to nyordninger foreslått: økt regionalt samarbeid og rammefinansiering av helseinstitusjoner. Samtidig ble det lagt planer for utbygging av primærhelsetjenesten.

Bedre regional samordning skulle blant annet realiseres ved inndeling av landet i fem helseregioner. Innen regionene skulle helsetjenesten deles i de tre nivåene: primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten), fylkeshelsetjenesten og regionhelsetjenesten. Meldingen understreket at man burde satse på å bygge ut de laveste leddene i det regionaliserte helsevesen for å unngå at pasienter ikke unødig måtte henvises til høyere nivå grunnet manglende kapasitet i lavere ledd. For å sikre samordning mellom nivåene, foreslo man å innføre et omfattende planleggings- og godkjenningssystem. Man innførte 1- og 4-års planer for utvikling av fylkeskommunenes helsestell, samt «perspektivskisser» som et underlag for regjeringens helsepolitiske målsettinger. For å sikre sentral styring og geografisk utjevning (særlig av medisinske spesialiteter) skulle fylkeshelseplanene godkjennes av departementet. For å gjennomføre det regionale planarbeidet ble det opprettet regionale helseutvalg.

Rammefinansieringssystemet ble foreslått innført i stedet for kurpengesystemet. Gjennom kurpengesystemet ble fylkeskommunenes faktiske utgifter til institusjonshelsetjenesten delvis refundert av staten. Hovedbegrunnelsene for innføring av rammefinansieringssystemet var bedre fordeling og bedre kostnadskontroll. Rammefinansiering av fylkeshelsetjenesten ble iverksatt fra 1980.

Hovedtrekkene i denne organiseringen og finansieringen av sykehusvesenet er blitt beholdt til i dag. En viktig endring er imidlertid at ambisjonene om omfattende plansystemer er blitt sterkt redusert. Blant annet godkjenner departementet ikke lenger fylkeskommunenes helseplaner i detalj, men kun for større endringer.

3.2 PERIODEN FRA ST.MELD. NR. 9 (1974-75) TIL 1987: EILERTSEN-UTVALGETS INNSTILLING

Den neste systematiske gjennomgangen av sykehustjenestene etter St. meld. nr. 9 (1974-75) ble gjort i NOU 1987: 25, «Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering» (Eilertsenutvalget).

Eilertsenutvalget påpeker at de offentlige utgiftene til helseformål utgjorde en stigende andel av bruttonasjonalproduktet gjennom 1970-årene, mens det i 1980-årene skjedde en utflating eller reduksjon. Tabell 3.1 viser utviklingen i utgiftene til de offentlige helsetjenestene sett i forhold til bruttonasjonalproduktet for perioden 1980-1993.

Tabell 3.1: Offentlige utgifter til helseformål (mill. kr. og som andel av bruttonasjonalproduktet og offentlige utgifter). Faste priser (1992=100)

	1980	1985	1990	1993
Offentlige helseutgifter	39 678	45 326	50 028	55 537
Offentlige helseutgifter i prosent av BNP	6,5	6,2	7,1	7,6
Offentlige helseutgifter i prosent av offentlige utgifter i alt	13,3	13,5	12,8	13,0

Kilde: Statistisk Sentralbyrå: Helseboka 1995, tabell 7.1.

Som tabellen viser, var det en økning i reelle utgifter til helsesektoren i perioden 1980 - 1985 og videre fram til 1993. For perioden 1980-1985 er den reelle økningen på vel 5,6 mrd. kr., noe som tilsvarer en økning på ca. 14 prosent. Som andel av brutonasjonalproduktet har også offentlige helseutgifter økt, mens offentlige helseutgifter som andel av totale offentlige utgifter er stabil.

Brytes tallene ned på ulike forvaltningsnivåer, vil en finne at veksten i kommunehelsetjenesten var høyere enn i fylkeshelsetjenesten i perioden fra 1980 til 1986. Dette var i samsvar med målene om å bygge ut de kommunale helsetjenestene for å kunne behandle etter LEON-prinsippet. Lov om kommunehelsetjenesten som ble iverksatt i 1984, reflekterer det samme målet.

Innenfor fylkeshelsetjenesten hadde de somatiske sykehustjenestene lavest vekst i perioden, samtidig som det var en markert økning i utgiftene til psykiatri og til psykisk helsevern. Fordelingen av utgifter mellom fylkeskommunene viste utjevning. Eilertsenutvalget konkluderte med at det hadde skjedd regional omfordeling, men at den hadde gått saktere enn man hadde håpet (s. 38).

Eilertsenutvalget gjorde følgende oppsummering på bakgrunn av deres tilgjengelige data:

- Helsesektoren utviklet seg i ønsket retning, med større vekt på de tjenester det hadde vært bred politisk enighet om å styrke - primærhelsetjenesten, psykiatrien og HVPU.
- Det hadde skjedd en effektivisering innenfor de somatiske sykehusene.
- Det hadde skjedd en omfordeling av de statlige overføringene til fylkeskommunene som følge av den nye ordningen med rammetilskudd. Imidlertid var det ikke skjedd en tilsvarende geografisk utjamning av utgiftene til helsesektoren. Årsaken til dette mente man var varierende prioritering av helsesektoren og variasjon i fylkeskommunenes totale inntekter.

I mandatet for Eilertsenutvalget var ett av målene å bedre det totale helsetilbudet til befolkningen med de ressursene som sto til rådighet. Konkret betydde dette å finne organisatoriske og økonomiske ordninger som kunne effektivisere sykehusdriften uten å øke kostnadene. I utvalgets mandat heter det at utvalget skal komme fram til «tiltak som kan gi bedre organisering og mer effektiv ressursutnyttelse». Utvalget foreslo to typer av tiltak, forvaltningsmessige tiltak og tiltak innen finansiering.

Forvaltningsmessige tiltak.

Man vurderte å plassere eieransvar og driftsansvar for sykehus på alternative forvaltningsnivåer; fylkeskommunene, staten og kommuner i fellesskap. Utvalget gjennomgikk fordeler og ulemper ved de forskjellige modellene. Utvalgets flertallet vektla følgende forhold:

- Driftsansvaret for alle sykehus bør primært ligge på ett og samme forvaltningsnivå.
- Fylkeskommunen var et resultat av et omfattende reformarbeid med desentralisering, demokratisering og effektivisering som mål. Man mente det var uaktuelt å gjennomføre forvaltningsmessige endringer som på dette tidspunktet ville bryte med desentraliseringspolitikken.
- Man kunne vanskelig tenke seg at fylkeskommunen ville bli opprettholdt som selvstendig forvaltningsnivå dersom denne skulle bli fratatt ansvaret for institusjonshelsetjenesten.
- Statlig overtakelse ville svekke den folkevalgte kontrollen med institusjonshelsetjenesten ved at avstanden mellom den politiske styringen og selve virksomheten ville øke.

På denne bakgrunnen konkluderte flertallet med at fylkeskommunen bør være det forvaltningsnivået som har eieransvar og driftsansvar for sykehusene, og at de statlige sykehusene burde integreres sterkere i det fylkeskommunale forvaltningsapparatet. Man ønsket ikke i framtiden et statlig eid Rikshospital.

Utvalgets mindretall ønsket at staten skulle ha ansvaret for sykehusdriften. Premissene for dette synet var likhet i tjenestetilbudet uavhengig av bosted, en mer effektiv ressursutnyttelse nasjonalt sett, og at man ville lette prioriteringer og samordning, blant annet i forholdet mellom universitetene og sykehusene.

Andre organisatoriske tiltak som utvalget foreslo, var å forbedre statlige styringssystemer, blant annet planarbeidet. Mange tiltak ble foreslått, blant annet følgende:

- Å klargjøre planleggingens funksjon i et desentralisert forvaltningssystem, samt å forenkle planleggingen for å redusere den administrative belastningen.
- Å fastsette prinsipper for sentral beslutningsmyndighet på viktige områder som berørte hele helsetjenesten. Dette gjaldt særlig sentral fordeling av spissfunksjoner i somatiske sykehus og godkjenning av ny medisinsk teknologi.
- Utvalget understreket sterkt behovet for å utarbeide en nasjonal helseplan som en rammeplan for organisering og fordeling av helsetjenester og for iverksetting av helsepolitiske beslutninger.

Regjeringen fremmet i St.meld. nr.41 (1987-88) forslag om at Rikshospitalet skulle overtas av en eller eventuelt flere fylkeskommuner i et sameie. Det ble imidlertid ingen endring av eierstruktur etter Stortingets behandling av meldingen. Imidlertid ble det vedtatt endringer i sykehusloven (§ 9a), som gir Sosial- og helsedepartementet avgjørelsesmyndighet i styring av lands- og regionfunksjoner.

Tiltak innen finansiering.

Eilertsenutvalget framhevet at rammefinansieringssystemet var en relativt enhetlig og enkel ordning. Systemet ga mulighet for en rimelig geografisk fordeling av ressursene, og gjorde det mulig å kontrollere de totale kostnadene. På den negative siden ble det framhevet at systemet ikke ga insentiver til produksjon- og kostnads-effektivisering i sykehusene. Utvalgsflertallets konklusjon og tilråding var derfor:

- Å opprettholde rammefinansieringen av fylkeskommunene.
- For å øke effektiviteten ved sykehusene ble det foreslått å prøve ut stykkprisordninger. Forsøksordninger burde omfatte alle sykehus i minst to fylker, og strekke seg over noen år. Staten skulle betale stykkprisandelen på ca. 20 % av totalbudsjettet.
- Egenandeler ved sykehusopphold burde vurderes som en mulig komponent i finansieringen av sykehustjenester.

Et forsøk med delvis stykkprisfinansiering av fire sykehus i Hordaland og Nordland ble gjennomført i perioden 1991-1993.

3.3 FRA 1987 TIL IDAG (ST.MELD. NR. 50 (1993-94))

I denne perioden steg også de kommunale helseutgiftene sterkere enn de fylkeskommunale, og utgiftene til omsorgstjenestene (rettet mot eldre og funksjonshemmede) har økt mer enn øvrige utgifter til helsetjenesten.

Følgende oppsummering av endringer ble gjort i Helsemeldingen (St. meld. nr. 50 (1993-94)):

- Veksten i helsetjenesten har vært størst i kommunehelsetjenesten, der det har vært en betydelig økning i antall årsverk for å dekke pleie- og omsorgsbehovet

for den økende andel eldre, og til å gjennomføre HVPU-reformen. Utbyggingen av primærhelsetjenesten sikrer brukerne helhet, trygghet og nærhet til tilbudene, samt prioritering i samsvar med LEON-prinsippet.

- Det norske helsevesenet er desentralisert, underlagt lokal folkevalgt kontroll, og har god kostnadskontroll.
- Det blir behandlet flere pasienter ved norske sykehus enn noen gang.
- Det er gjennomført betydelige omstillinger ved sykehusene som har bidratt til at disse er blitt mer kostnadseffektive. Sett i forhold til målet skissert i Eilertsenutvalgets mandat om å øke sykehusenes effektivitet innenfor en gitt ressursramme, må man kunne si at man har oppnådd en utvikling i denne retningen.
- Det ble pekt på at sykehusstrukturen er forskjellig fylkene imellom, og at det er skilnader i behandlings- og innleggelsesrutiner. Dette avdekker behov for å utvikle en mer hensiktsmessig sykehusstruktur, utvikle faglige rutiner som sikrer god kvalitet, tilgjengelighet og øket kapasitet.

I Helsemeldingen (St. meld. nr. 50 (1993-94)) ble det i tillegg påpekt at den raske medisinske utviklingen gir nye behandlingsmuligheter. Dette øker presset på tjenestene og krever økte ressurser. Det ble også påpekt at sykdomsbildet i befolkningen endres i retning av flere pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. I tillegg får vi stadig flere eldre med større behov for helse- og omsorgstilbud.

Tiltakene som Helsemeldingen (St. meld. nr. 50 (1993-94)) skisserte for organisering og finansiering var i hovedsak:

- Fylkeskommunene skal fortsatt eie og drive sykehusene, men statens rolle skal klargjøres.
- Helseregionene skal ha en sterkere rolle i planleggingen av sykehusvirksomheten. Sykehusene i regionen bør ses under ett, og funksjonsfordeling og nettverksamarbeide mellom sykehusene bør utvikles for å styrke kvaliteten og øke kapasiteten ved at de samlede ressursene utnyttes mer effektivt.
- Rammefinansieringssystemet ble videreført som den sentrale finansieringsformen.
- Det ble foreslått å opprette et tilskudd for omstilling av sykehusene og for å stimulere til utbygging av behandlingsskapasiteten på områder med liten eller framtidig forventet liten kapasitet.
- Det ble foreslått et tilskudd for å innfri ventetidsgarantien.

Hovedlinjene i meldingen fikk tilslutning ved Stortingets behandling, men regjeringen ble i tillegg bedt om å utrede og iverksette visse tiltak (jfr. Innst. S. nr. 165 (1994-95)). Blant disse var forslaget om å utrede konsekvensene av en statlig overtakelse av kapitalkostnadene for regionsykehusene og en statlig overtakelse av hele drifts- og eieransvaret for disse sykehusene. Dette vedtaket ligger til grunn for mandatet for dette utvalgets arbeid. Av andre sentrale vedtak var at regjeringen ble bedt om å legge fram forslag om å nedkorte den maksimale ventetiden for pasienter med ventetidsgaranti fra 6 til 3 måneder, og å utrede nærmere bruk av stykkprisfinansiering på enkelte typer behandling ved sykehus.

3.4 OPPSUMMERING

Den første fasen, fram til midten av 1970-årene, var preget av en sterk utbygging og kostnadsvekst innen sykehussektoren. I tillegg var perioden preget av noe manglende styring av utbyggingen av helsetjenestene både hva angår helheten i helsetilbudet og den geografiske fordelingen. Stortingsmelding nr. 9 (1974-75) la med bakgrunn i denne situasjonen fundamentet for dagens grunnorganisering og finan-

siering av helsesektoren. Målene dengang kan oppsummeres som å bygge ut primærhelsetjenesten, dempe veksten i sykehustjenesten og skape en bedre geografisk fordeling av helsetjenestene.

Etter den neste fasen, fra St. melding nr. 9 (1974-75) til Eilertsenutvalgets utredning i 1987, kunne man oppsummere med at oppbyggingen av primærhelsetjenesten var kommet godt i gang og at kostnadsveksten i sykehusene var redusert. På dette tidspunktet ville man ikke endre organsiering og finansiering av institusjons-helsetjenestene. Utfordringen sykehussektoren ble stilt overfor, var imidlertid å øke effektiviteten uten å øke kostnadene. Man reduserte omfanget av planstyringen, og åpnet for forsøk med stykkprisfinansiering av sykehusene.

I den siste fasen, perioden fra 1987 til i dag, kan man oppsummere at det har skjedd økning i sykehusenes effektivitet uten en dramatisk økning i utgiftene. I den siste Helsemeldingen (St. meld. nr. 50 (1993-1994)) ble det heller ikke lagt opp til vesentlige endringer i organisering og finansiering. Det ble signalisert sterkere statlig styring gjennom satsing på sykehussamarbeid i helseregionene. Man ser i denne perioden en øket bruk av øremerkede statlige finansieringsordninger, noe som videreføres ved en statlig satsing på omstilling i sykehusstrukturen og på å innfri ventetidsgarantiordningen.

Under behandlingen av Helsemeldingen, fattet Stortinget vedtak om å få utredet konsekvensene av en statlig overtakelse av regionsykehusene. Vedtaket er grunnlaget for dette utvalgets mandat.

KAPITTEL 4

Dagens regionsykehus

Kapitlet har som siktemål å gi en oversikt over kjennetegn ved regionsykehusene i Norge, i første rekke over hva et regionsykehus er ("*Hva er et regionsykehus idag?*" i kap.4.1), deres ressursbruk ("*Styring og finansiering*" i kap.4.2) og produksjon ("*Omfang av pasientbehandling, undervisning og forskning o.a.*" i kap.4.3). Det er lagt vekt på å få frem likheter og forskjeller regionsykehusene imellom, og mellom regionsykehus og andre sykehus, siden dette er momenter som kan ha relevans for valg av forvaltningsnivå og tilknytningsform.

4.1 HVA ER ET REGIONSYKEHUS IDAG?

I "*Hva er et regionsykehus idag?*" i kapittel 4.1 klargjøres først noen begreper som er sentrale i innstillingen, deretter gis en oversikt over virksomheter knyttet til regionsykehusene i forbindelse med forskning, undervisnings og kompetanseutvikling, til slutt gis en kort oversikt over trekk ved de enkelte helseregioner.

4.1.1 Funksjonsfordelingen i sykehusvesenet

Det er viktig å være klar over den begrepsmessige forskjellen mellom regionfunksjoner og regionsykehus. En nærmere forståelse av funksjonsfordeling og dermed funksjonsbegrepet gir et bidrag til å klargjøre forskjellen.

Den medisinske utviklingen har ført til en omfattende spesialisering og subspecialisering, og dermed et behov for en fordeling av arbeidsoppgavene. En funksjon er i denne sammenheng en arbeidsoppgave som er tildelt en institusjon. Det er en rekke faktorer som har betydning for hvordan funksjonene er delt mellom de ulike sykehusene:

- Antall nye tilfeller av en sykdom i en befolkningsgruppe i en bestemt periode (insidens).
- Hvor mange mennesker i en befolkningsgruppe som har sykdommen samtidig (prevalens).
- Behovet for spesialiserte ferdigheter eller erfaringer for å kunne ta seg av en bestemt problemstilling.
- Behovet for spesialiserte lokaler og utstyr.
- Behovet for tverrfaglig samarbeid mellom flere spesialiteter.
- Hvor mye det haster å få iverksatt undersøkelse eller behandling.
- Strategiske satsinger.

Funksjonsfordelingen vurderes separat for hver enkelt problemstilling eller pasientgruppe. Denne fordelingen godkjennes av Sosial- og helsedepartementet etter faglig utredning og tilråding av Statens Helsetilsyn og råd fra departementets Rådgivende utvalg for styring av sykehusvirksomheten (se vedlegg 1). Fordelingen av funksjoner oppdateres jevnlig i tråd med den medisinske utviklingen. Funksjonsbegrepene er definert slik: *Landsfunksjon*: En landsfunksjon er en høyt spesialisert medisinsk virksomhet som ut fra en samlet vurdering av behandlingsbehovets størrelse, vanskelighetsgrad og kostnadene ved slik behandling bare kan bygges ut ved ett, evt. noen få steder i landet. En landsfunksjon kjennetegnes ved:

- sjeldne lidelser som trenger ekspertise bare ett sted i landet
- kostbare investeringer og/eller særlig personellkrevende behandlingsopplegg
- behov for å ha et samlet miljø for å kunne ha et faglig høyt nivå.

Regionfunksjon: Regionale funksjoner omfatter funksjoner som på det nåværende tidspunkt bør ivaretas av regionsykehus og ikke spres til sentralsykehus evt. lokalsykehus. *Flerregional funksjon:* Virksomhet som finner sted ved maksimalt tre regionsykehus. Dette betyr at et regionsykehus dekker en gitt regionfunksjon for mer enn egen region. *Kompetansesenter:* Dette begrepet brukes om en tverrfaglig organisasjon som har et særlig ansvar for å drive forskning, videreutvikling av feltet, veiledning og undervisning av fagfolk og eventuelt pasienter og deres pårørende. Et sykehus kan drive pasientrettet arbeid på det felt en har kompetansesenterfunksjon, men dette er ikke en forutsetning. Det er med andre ord en forskjell mellom en landsfunksjon og en kompetansesenterfunksjon: En landsfunksjon skal ikke utføres ved andre sykehus enn det som har fått oppgaven tildelt, og pasientene behandles ved dette sykehuset. Selv om ett sykehus er kompetansesenter for en oppgave, kan flere sykehus delta i pasientbehandlingen. *Sentralsykehus- og lokalsykehusfunksjoner:* Disse begrepene er ikke formelt definert, men kan forstås slik at en gitt oppgave fortrinnsvis bør løses ved henholdsvis et sentralsykehus eller et lokalsykehus.

En oversikt over gjeldende fordeling av lands- og regionfunksjoner er gitt i vedlegg 1. Den gjelder bare somatiske tjenester. En tilsvarende funksjonsfordeling har til nå ikke vært formalisert for psykiatri, men dette er nylig utredet og foreslått (Statens Helsetilsyns utredningsserie 4-95: «Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne»).

Flere avgrensingsproblemer er knyttet til funksjonsfordelingen, f.eks.:

- Den medisinske praksis endres raskt, mens formelle godkjenningsprosedyrer tar tid. Det kan derfor være tilfeller der det ikke er full overenstemmelse mellom hva som er tildelte funksjoner, og den arbeidsdeling som faktisk finner sted.
- I noen tilfeller har et regionsykehus ønsket å flytte en av sine regionfunksjoner til ett annet sykehus i samme region. Skal det da fortsatt kalles regionfunksjon? I helseregion 4 er dette avgrensingsproblemet håndtert ved at man bruker begrepet «regionsykehusfunksjon» når en regionfunksjon er plassert på regionsykehuset.

Det sentrale poenget her er imidlertid skillet mellom regionsykehus og regionfunksjon. Slik regionsykehusene er oppbygd i Norge vil de ha flere funksjoner. De vil ha landsfunksjoner og regionfunksjoner, men også sentralsykehus- og lokalsykehusfunksjoner.

4.1.2 Forholdet mellom regionsykehus og andre sykehus

At regionsykehusene også har sentralsykehus- og lokalsykehusfunksjoner gjør at en vil finne mange likhetpunkter med andre sykehus, i første rekke sentralsykehusene. Generelt vil det være slik at jo større et sentralsykehus er, jo flere spesialfunksjoner finnes med tilhørende avdelinger og vaktberedskap. For en del spesialiteter er opplæring ved store sentralsykehus likestilt med opplæring ved regionsykehus (gruppe I tjeneste). Denne likheten forsterkes også ved at fire av fem regionsykehus har hovedvekten av sine arbeidsoppgaver innenfor lokal- og sentralsykehusfunksjoner (se "*Pasientbehandling*" i punkt 4.3.1). Likevel er det noen viktige forskjeller mellom region- og sentralsykehus. Regionsykehusene kjennetegnes ved:

- Formell tilknytning til et universitet, og vitenskapelige stillinger ved de fleste avdelinger.
- Høy beredskap døgnet rundt, også for mange spesialavdelinger.
- Mange subspesialiserte faggrupper kan arbeide med den samme pasienten samtidig.
- Omfattende hjelpeapparat for diagnostikk, spesiallaboratorier o.l.

- Vekt på den mest komplekse del av behandlingsforløpet
- Mindre vekt på langtidspleie og oppfølging av pasienter fra andre fylker. Disse flyttes ofte tilbake til sentralsykehuset i eget fylke.
- Vekt på opplæring, undervisning og forskning

4.1.3 Oversikt over virksomheter knyttet til regionsykehusene i forbindelse med forskning, undervisning og kompetanseutvikling

En sentral oppgave for regionsykehusene er forskning, undervisning og kompetanseutvikling. Disse oppgavene løses i et tett samspill med flere ulike bidragsytere. Disse er nevnt summarisk nedenfor:

a) Universitetene

Primært mål: Universitetenes formål er å gi høyere utdanning, drive forskning og utbre kunnskap i samfunnet om vitenskapelige metoder og resultater. *Oppgaver:* Tyngdepunktet i universitetenes medisinske innsats ligger på studentundervisning, forskerveiledning og forskning knyttet til prekliniske og parakliniske fag. Universitetene bidrar også til etterutdanning av ansatte ved sykehusene, og i noen grad mer direkte til utvikling av regionsykehusenes tilbud til pasientene. *Ressurser:* Universitetene har egne statlige budsjetter. I tillegg disponeres ressurser fra forskningsråd og andre eksterne oppdragsgivere. *Begrensninger:* Mange av universitetenes stillinger i kliniske fag er kombinasjonstillinger med avdelingsoverlegefunksjoner. Dette gir gunstige koordineringsgevinster, men det er samtidig vanskelig å sikre at stillingene blir brukt som forutsatt. Mange hevder at en svært stor del av tiden i disse universitetstillingene går med til administrative oppgaver for sykehuset. Det kan også være vanskelig for universitetene å omdisponere stillingsressurser til fagområder i vekst som har behov for støtte til kompetanseutvikling.

b) Høgskolene

Primært mål: Grunnutdanning av helsepersonell; sykepleiere, fysioterapeuter, bioingeniører, radiografer, osv. I økende grad overføres også spesialutdanning fra institusjonsbaserte utdanningsopplegg til høgskolene. Sykehusene er da praksisplasser. *Oppgaver:* Nyutdannet personell tilfører sykehusene oppdatert teoretisk kunnskap. Studentene bidrar også til kompetanseutvikling ved skriving av spesialoppgaver o.l. *Ressurser:* Egne offentlige budsjetter. *Begrensninger:* Høgskolenes undervisningspersonell har liten tid avsatt til å delta i kompetanseutvikling på sykehusene.

c) Spesialsykehusene

Primært mål: Diagnostikk og behandling av spesielle pasientgrupper. (Eksempler: Det norske Radiumhospital, Feiringklinikken, Statens senter for epilepsi) *Oppgaver:* Disse sykehusene yter betydelige bidrag til perfektionering av behandlingsmetodene og kompetanseutvikling på sine områder. *Ressurser:* Noen av spesialsykehusene har god tilgang til ressurser for kompetanseutvikling bl.a. fra fond og foreninger som arbeider for spesielt for samme pasientgruppe som spesialsykehuset. *Begrensninger:* Spesialsykehusene har mange likhetspunkter med regionsykehusenes regionfunksjoner, men har generelt mindre undervisningsforpliktelser.

d) Helseprofesjonenes fagorganisasjoner

Primært mål: Å arbeide for medlemmenes interesser. *Oppgaver:* I tillegg til primæroppgavene har flere av de store fagorganisasjonene som Den norske lægeforening, Sykepleierforbundet og Norsk bioingeniørforbund lagt ned omfattende arbeid i kvalitetsutviklingsprogrammer og fagutvikling. Legeforeningen har videre fått delegert ansvar og myndighet for offentlig godkjenning av spesialister. *Ressurser:* Medlemskontingenter og fond bygget opp av offentlige midler. *Begrensninger:* Støtter i første rekke egne medlemmer.

e) Næringslivet

Primært mål: Å arbeide for sine eieres interesser. *Oppgaver:* Næringslivet bidrar til sykehusenes kompetanseutvikling på flere måter:

- a) ved å tilby moderne produkter og samarbeide om å ta disse i bruk. Dette gjelder både farmasøytiske produkter, medisinske tekniske produkter, konsulenttjenester og informasjonsteknologi.
- b) Ved å bidra til sykehusansattes kurs, etterutdanning, kongresser og studiereiser.
- c) Ved å opprette egne forskningsfond der sykehusansatte kan søke støtte til egne prosjekter.
- d) Ved å kjøpe forsknings- og utprøvnings tjenester fra sykehusene.

Ressurser: Legemiddelindustrien i Norge investerer årlig ca. 300 millioner kroner i klinisk legemiddelforskning. Dette skjer i samarbeid med forskningsinstitusjoner, sykehus og almenpraktiserende leger. Totalt sett ble det i 1993 brukt ca. 1,1 milliarder kroner på legemiddelforskning- og utvikling i Norge.

I tillegg kommer tallene fra utenlandsk farmasøytisk industri, norske og utenlandske utstyrsleverandører og konsulenttjenester. *Begrensninger:* Samspillet mellom næringslivet og sykehusene byr på en rekke utfordringer knyttet til etikk, habilitet, lojalitet og verdisyn. Noen begrensninger kan også ligge i sykehusenes organisering som forvaltningsorganer.

f) Frivillige organisasjoner

Primært mål: Å arbeide for «sin sak» *Oppgaver:* Flere av de store frivillige organisasjonene støtter kompetanseutvikling på sykehusene både med utstyrsinnkjøp og prosjektstøtte til sykehusansatte. Eksempler: Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Den Norske Kreftforening, Norske kvinners sanitetsforening m.fl. De frivillige organisasjonene er også viktige medspillere i kvalitetsikring av sykehustjenestene. *Ressurser:* Kan være betydelige, men er avhengige av innsamlinger, lotterier, donasjoner og avkastning på fondsmidler. *Begrensninger:* Innsatsen fra de frivillige organisasjonene kan gi helsepolitiske dilemmaer, ettersom oppmerksomhet og ressursbruk vris mer mot enkelte sykdomsgrupper enn andre.

g) Frittstående forsknings- og kompetanseutviklingsorganisasjoner

Primært mål: Avhenger av vedtektene. *Oppgaver:* Gis av oppdragsgiver. Eksempler på slike organisasjoner er Norsk undervannsteknologisk senter a.s. (NUTEC), Kompetansesenter for informasjonsteknologi i helsesektoren (KITH) og SINTEF-UNIMED. *Ressurser:* Disse organisasjonene har verdifull kompetanse, og bidrar til sykehusenes kompetanseutvikling i den grad sykehusene har midler til å betale for slik støtte. I tillegg føres noe ressurser inntjent fra andre oppdragsgivere over i sykehusene. *Begrensninger:* Det kan være problemer forbundet med kompetanseoverføring fra andre bransjer over i sykehusene.

h) Norges forskningsråd

Primært mål: Fremme norsk forskning og langsiktig kompetanseutvikling *Oppgaver:* Forskningsrådet arbeider ved å etablere brede programmer og satsingsområder. Forskningsrådet retter sin innsats spesielt mot svake felter som har stor samfunnsmessig betydning f.eks. rusmiddelforskning og psykiatri. Videre gis det støtte til klinisk forskning og til grunnforskning slik at universitetenes innsats suppleres. Forskningsrådet koordinerer også den norske kontakten med EUs forskningsprogrammer. *Ressurser:* Rundsum-bevilgninger over statsbudsjettet. *Begrensninger:* Bevilgningen dekker bare en liten del av det årlige søknadsbeløpet.

i) Medinnova

Primært mål: Bidra til bedre utnyttelse av Rikshospitalets kompetanse og ressurser. *Oppgaver:* Selskapet (statsforetak) bidrar til økt utnyttelse av Rikshospitalets kapasitet innen forskning og utredning ved å skaffe oppdrag og forskningsmid-

ler til Rikshospitalet. Fortjenesten skal i sin helhet gå til Rikshospitalet. *Ressurser:* Samlede inntekter 1994 var 53 millioner kroner. Overskudd 2,6 millioner kr.

Begrensninger: Virksomheten er bare knyttet til ett sykehus.

Gjennomgangen ovenfor av de mange ulike bidragsyterne gir et grunnlag for diskusjon av de store utfordringene regionsykehusene har med hensyn på en helhetlig og profesjonell organisering av sin kompetanseutvikling. Utvalget vil her særlig vise til diskusjonene i kapittel 13.

4.1.4 Kort om helseregionene i Norge

Regionsykehusene er toppen av sykehushierarkiet innen den enkelte helseregion, og har som nevnt, i tillegg landsfunksjoner. Oversikt over Norges fem helseregioner er gitt i tabell 4.1. Her vises hvilke fylker som omfattes av de enkelte helseregioner, samt fylkenes folketall og areal.

Tabell 4.1: Folketall og areal i norske fylker og helseregioner per. 1.1.1995

Helseregion	Fylke	Folketall	Areal (km ²)
	Oslo*	483 409	454
	Hedmark	186 596	27 388
	Oppland	183 306	25 260
Helseregion 1		853 311	53 102
	Østfold	239 385	4 183
	Akershus	434 455	4 917
	Buskerud	228 498	14 927
	Vestfold	203 241	2 216
	Telemark	163 144	15 315
	Aust-Agder	99 617	9 212
	Vest-Agder	149 502	7 280
Helseregion 2		1 517 842	58 050
	Hordaland*	422 563	15 634
	Rogaland	354 452	9 141
	Sogn og Fjordane	107 612	18 634
Helseregion 3		884 627	43 409
	Sør-Trøndelag*	256 310	18 831
	Møre og Romsdal	240 148	15 104
	Nord-Trøndelag	127 543	22 463
Helseregion 4		624 001	56 398
	Troms*	150 639	25 954
	Nordland	241 428	38 327
	Finnmark	76 629	48 637
Svalbard og Jan Mayen	-	63 080	
Helseregion 5		468 696	175 998
Hele landet		4 348 476	386 958

* Vertsfylke for regionsykehus

Det er ett definert regionsykehus i hver helseregion: Ullevål sykehus (helseregion 1), Rikshospitalet (helseregion 2), Haukeland sykehus (helseregion 3), Regionsykehuset i Trondheim (RiT) (helseregion 4) og Regionsykehuset i Tromsø (RiTø) (helseregion 5). Mens helseregion 1, 3, 4 og 5 består av tre fylker, er det hele syv fylker i helseregion 2. Spesielt for helseregion 2 er det også at ingen av fylkene selv er vertskap for regionsykehuset (Rikshospitalet). Rikshospitalet er eid av staten og lokalisert i Oslo.

Med hensyn til folketall er helseregion 2 vesentlig større enn de øvrige regionene. I helseregion 1 har Oslo alene større folketall enn Hedmark og Oppland tilsammen. I helseregion 3 er det samlede folketallet i Rogaland og Sogn og Fjordane litt større enn i Hordaland. I helseregion 4 er summen av folketallet i Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal klart større enn i Sør-Trøndelag, mens i helseregion 5 er det flere innbyggere i Nordland alene enn i Troms og Finnmark tilsammen. Disse forholdene har betydning for tolkningene av gjestepasientregnskapene.

Også med hensyn på befolkningstetthet er det store forskjeller mellom helseregionene. Befolkningen bor tettest i helseregion 1 og 2, som også kjennetegnes av et tett veinett og korte avstander. Helseregion 3 og 4 har mange geografiske likheter. Helseregion 5 skiller seg klart ut ved at de nordlige områdene har lave folketall spredt over store arealer. Dette gir helseregion 5 spesielle utfordringer for syke-transport-tjenestene.

4.2 STYRING OG FINANSIERING

I "*Styring og finansiering*" i kapittel 4.2 gis først en beskrivelse av formelle styringsrelasjoner mellom overordnede myndigheter og sykehusene, deretter en nærmere beskrivelse av finansieringen av pasientbehandling, undervisning og forskning, og til slutt en kort beskrivelse av kontrakter mellom regionsykehuseiere og andre fylkeskommuner innen den enkelte helseregion.

4.2.1 Organisasjon og styring

Sykehusloven som trådte i kraft 1.1.1970, gir de overordnede retningslinjer for styring og planlegging av spesialisthelsetjenestene. Kommuneloven som trådte i kraft 1.1.1993, gir overordnede retningslinjer for organisering og styring av den fylkeskommunale institusjonshelsetjenesten, inklusive regionsykehusene. Kommuneloven gir kommuner og fylkeskommuner betydelig frihet til å variere og lokaltilpasse organisasjonsformene. Dette har ført til visse variasjoner i organiseringen av de formelle styringsrelasjonene mellom fylkeskommunene og sykehusene. Styringen av Rikshospitalet reguleres gjennom «Retningslinjer for overordnet styring av Sosial- og helsedepartementets underliggende virksomheter» (datert mai 1994). I det følgende gis oversikt over organisasjon og styring for fylkeskommunale sykehus og Rikshospitalet.

Fylkeskommunale sykehus

Fylkestingene som er fylkeskommunenes øverste politiske organer, har med unntak for Sør-Trøndelag og Oslo organisert sykehusene under en fylkeshelseadministrasjon med en fylkeshelsesjef som leder. Fylkeshelsesjefen har ansvar for både faglig og administrativ styring av sykehuset. Faglig styring består i å føre aktivt tilsyn med at overordnede faglige retningslinjer formulert i lover og forskrifter, o.a. blir realisert. Administrativ styring omfatter budsjettmessig styring og resultatoppfølging. I Sør-Trøndelag styres sykehusene direkte fra fylkesrådmannskontoret. I Oslo er fyl-

keshelsesjefen underlagt kommunaldirektøren for helse- og eldre. I og med at Oslo har et parlamentarisk styringssystem ligger det parlamentariske ansvar for sykehusene hos byrådet. Byrådet rapporterer til bystyret som også har bevilgende myndighet.

Sykehusloven stiller krav om styrer for sykehusene. Bestemmelsen gir imidlertid muligheter for ulike tolkninger, og fylkeskommunene har valgt ulike tilpasninger. Dette betyr at styrene for sykehusene varierer både når det gjelder ansvarsområde og styresammensetning. Tabell 4.2 gir oversikt over visse trekk ved organiseringen av sykehusstyrene i de enkelte fylkeskommunene.

Tabell 4.2: Oversikt over trekk ved organiseringen av styrene for somatiske sykehus per 1.1.1996

Fylkeskommune	Nærmest overordnede politiske styre	Eventuelle andre styre/råd ved det enkelte sykehus
Østfold	Helse og sosialkomiteen	Administrasjonsråd (sykehusledelse og tillitsvalgte)
Akershus	Styre for somatisk sektor (felles for alle som. sykehuspolitikere og 2 ansatterrepr.)	
Oslo	Styre for det enkelte sykehus (såkalt profesjonelle styrer, ansatte er representert) Universitetet er observatør	
Hedmark	Hovedutvalget for helse- og sosialformål	Driftsstyre (sykehusledelse og ansatte)
Oppland	Hovedutvalget for helse- og sosialformål	Driftsråd (sykehusledelse og ansatte)
Buskerud	Hovedutvalget for helse- og sosialformål	Driftsstyre (sykehusledelse og tillitsvalgte, samt observatør fra fylkeskommunen)
Vestfold	Hovedutvalget for helse- og sosialformål	Partssammensatte virksomhetsutvalg (sykehusledelse og tillitsvalgte)
Telemark	Hovedutvalg for helse- og sosialformål	Driftsstyre (ledelse og tillitsvalgte)
Aust-Agder	Fylkesutvalget	Administrativt styre (fem repr. oppnevnt av fylkeskommunen, to fra ansatte)
Vest-Agder	Hovedutvalg for helse- og sosialformål	Driftsråd (sykehusledelsen og tillitsvalgte)
Rogaland	Komite for helse- og sosialformål	Rådgivende organer (sykehusledelsen og ansatte)
Hordaland	Fylkesutvalget*	Administrativt råd (institusjonsledelse og tillitsvalgte)
Sogn og Fjordane	Hovedutvalget for helse- og sosialformål**	
Møre og Romsdal	Fellesstyre for somatisk delsektor (politikere og tillitsvalgte)	
Sør-Trøndelag	Hovedutvalget for helse- og sosialformål	Administrativt råd (klinikkledelse og tillitsvalgte)
Nord-Trøndelag	Fellesstyre for somatiske sykehus (politikere og tillitsvalgte)	
Nordland	Fylkesutvalget	Administrativt råd (institusjonsledelse og tillitsvalgte)
Troms	Styre for det enkelte sykehus (Politikere og ansatte)***	
Finnmark	Helse- og sosialstyret	Administrasjonsråd (ledelsen og ansatte)

* I Hordaland fylkeskommune var fylkesutvalget styre for Haukeland sykehus ved årsskiftet 1995-96. Det er på nyåret 1996 fattet vedtak som må innebære at Haukeland ligger direkte under fylkestinget.

** I Sogn og Fjordane eksisterer det i tillegg til hovedutvalget, et politisk-administrativt fellesstyre for helse- og sosialsektoren bestående av politikere og tillitsvalgte.

*** Finnmark fylkeskommune, Nordland fylkeskommune og Universitetet i Tromsø har en representant hver i styret for RiTø.

Det er kun Oslo og Troms som har egne styrever med ekstern representasjon for det enkelte sykehus. I de andre fylkeskommunene er to eller flere sykehus lagt under det samme styre, ofte under Hovedutvalget for helse- og sosialformål. Det er verdt å merke seg at Haukeland sykehus ved årsskiftet 1995/1996 hadde Fylkesutvalget som nærmeste overordnede politiske organ.

Rikshospitalet

Rikshospitalet er organisert som forvaltningsorgan under Sosial- og helsedepartementet (SHD). I SHD er den faglige styringen av Rikshospitalet lagt til Sykehusavdelingen, mens den administrative styringen er lagt til Administrasjons- og budsjettavdelingen.

Det er opprettet et eget styre for Rikshospitalet. At det eksisterer et styre for statlige (ordinære) forvaltningsorganer, begrunnes i dette tilfellet med at det her er snakk om et tjenesteytende organ. Fra 1994 (jfr. kgl.res. nr. 36 av 7. januar 1994) er styret et fellesstyre for Nytt Rikshospital (Rikshospitalet, Statens senter for ortopedi og Oslo sanitetsforenings revmatismesykehus). Styret oppnevnes i Statsråd og har ti medlemmer, 6 oppnevnt av departementet, 3 oppnevnt av de ansattes organisasjoner og 1 oppnevnt fra Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Styret for Nytt Rikshospital har ansvar både for daglig drift av de tre institusjonene som ligger under styret, og for etableringen av det nye Rikshospitalet.

4.2.2 Finansiering av pasientbehandling, undervisning og forskning

Her gis oversikt over sykehusenes inntektsside (merk at investeringer og kapitalkostnader behandles samlet i *"En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene"* i kapittel 9). Det gis først en oversikt over finansieringen av pasientbehandlingen, deretter finansiering av undervisning og forskning. Statssykehusene utenom Rikshospitalet er holdt utenfor oppstillingene. For 1994 omfatter tallene for Rikshospitalet bare det «gamle» Rikshospitalet, dvs. at Statens senter for ortopedi og Oslo sanitetsforenings revmatismesykehus er holdt utenfor oppstillingene. Alle tall er regnskapstall.

Finansiering av pasientbehandlingen

Sykehusenes behandlingsaktiviteter finansieres ved inntekter gitt i form av tilskudd fra fylkeskommunene som er sykehuseiere (fylkeskommunenes nettodriftsutgifter til somatiske sykehus), poliklinikkrefusjoner og andre øremerkede tilskudd fra staten, gjestepasientinntekter fra andre fylkeskommuner og pasientenes egenbetaling. Staten yter et eget tilskudd til fylkeskommuner med regionsykehus. Dette tilskuddet (regionsykehustilskuddet) har to komponenter, et basistilskudd og et funksjonstilskudd. Beskrivelsen av regionsykehustilskuddet er i avsnittet om finansiering av undervisning og forskning.

Hovedinntektskilden til fylkeskommunale sykehus er rammetilskudd fra fylkeskommuner som er sykehuseiere. Fra 1980 ble finansieringsordningen for institusjonshelsetjenesten lagt om fra et system basert på statlige refusjoner av deler av fylkeskommunenes faktiske utgifter til et system der staten fordelte en ramme eller et sektortilskudd til fylkeskommunenes helse- og sosialtjenester. Intensjonen bak omleggingen var dels å bedre fordelingen av helseressursene mellom fylkeskom-

munene ved at overføringene ble gjort avhengig av demografiske faktorer, dels å ansvarliggjøre fylkeskommunene økonomisk ved at de nå skulle bære de fulle kostnader ved eksisterende og nye tiltak. Etter innføringen av «Inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene» fra 1986 gis størstedelen av statens overføringer til fylkeskommunene i form av rammebevilgninger (St.meld.nr. 26 (1983-84), Ot.prp.nr. 48 (1984-85)). Ett inntektsutjevnnende tilskudd skal kompensere for lave skatteinntekter. Tre utgiftsutjevnnende tilskudd (ett for videregående opplæring, ett for fylkeshelsetjenesten og ett for samferdselsformål) skal kompensere for kostnader ved å gi et likt tilbud av tjenester over hele landet. Fra 1994 ble de tre utgiftsutjevnnende tilskuddene slått sammen til ett utgiftsutjevnnende tilskudd (St.meld.nr. 23 (1992-93)).

Fylkeskommunene fordeler inntekter gitt gjennom skatt og de økonomiske rammeoverføringene («frie inntekter») videre til sykehus, andre helseinstitusjoner og øvrige fylkeskommunale ansvarsområder etter beslutninger basert på lokale preferanser og under restriksjoner gitt av statlige lover og retningslinjer. Tabell 4.3 viser utviklingen i eiernes *netto driftsutgifter* til sykehusene i perioden 1990-1994. For Rikshospitalet viser

Tabell 4.3: Sykehuseiers netto driftsutgifter til regionsykehusene og sykehusgruppene i perioden 1990-1994. Faste priser (1994=100)

Sykehus/sykehustype	Sykehuseiers netto driftsutgifter (mill. kroner)					Gj.snitt. årlig vekst
	1990	1991	1992	1993	1994	
RiT	679	658	632	684	666	-0,48
RiTø	306	333	337	312	325	1,55
Rikshospitalet	389	445	386	404	347	-2,70
Ullevål sykehus	787	668	748	754	768	-0,60
Haukeland sykehus	724	781	734	759	798	2,56
Andre somatiske sykehus	8802	9186	8973	8948	8777	-0,07
Totalt	11687	12071	11810	11861	11681	-0,01

Kilde: SINTEF/NIS (bearbeidet)

tallene statens netto driftsutgifter, inkl. tilskudd som for andre sykehus klassifiseres som funksjonstilskudd³.

Sykehuseiers netto driftsutgifter til somatiske sykehus i perioden 1990-1994 har hatt en gjennomsnittlig realnedgang på 0,01 % per år. Holder vi Rikshospitalet utenfor beregningene, er den gjennomsnittlige økningen på 0,1 prosent per år. Økningen i fylkeskommunenes utgifter til regionsykehusene ligger over gjennomsnittet for sykehusene i to av tilfellene. For eksempel er økningen i Troms fylkes-

3. Tallene framkommer som differansen mellom det som i SINTEF/NIS-publikasjoner omtales som korrigerte brutto driftsutgifter og korrigerte brutto driftsinntekter. I tillegg er basistilskuddet, øremerkede statlige tilskudd og gjestepasienter trukket ut. En nærmere beskrivelse av tallmaterialet presentert i "*Styring og finansiering*" i kapittel 4.2 er gitt av Rønningen, L, S.Ø.Petersen og O. Kindseth. 1995. «Tallmessig beskrivelse av sykehussektoren, 1990-1994». Rapport. Trondheim: SINTEF/NIS. Rapporten er utarbeidet for utvalget. Utvalget har justert tallene ved hjelp av SSBs indeks for prisendringer i kommunalt konsum.

kommunes utgifter til RiTø i gjennomsnitt på 1,6 prosent per år og økningen i Hordaland fylkeskommunes utgifter til Haukeland på 2,6 prosent per år i perioden. Ullevål hadde sterk reduksjon i sine inntekter i perioden 1988-1991, men har senere hatt realvekst. Rikshospitalet har i perioden hatt en realnedgang i bevilgningene fra staten. Som vi skal komme tilbake til, har Rikshospitalets inntektsside en noe annen sammensetning enn de øvrige sykehusene.

En betydelig andel av regionsykehusenes pasienter er *gjestepasienter*, de fleste fra fylkeskommuner i regionsykehusenes egne regioner. Normerte priser for kjøp av kurdøgn ved de fylkeskommunale og statlige regionsykehus fastsettes årlig av Sosial- og helsedepartementet. De normerte prisene er delt i tre grupper som reflekterer ulike typer behandlinger (jfr. St.prp.nr.1 (1995-96)). Tabell 4.4 viser gruppeinndelingen.

Tabell 4.4: Gjestepasientsystemets gruppering av sykehusbehandling

Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
Gynekologi	Kirurgi	Barneavdelinger
Føde	Plastisk kirurgi	Nevrokirurgi
Hud		
Lunge		
Nevrologi		
Medisin		
Øre-nese-hals		
Øye		
Urologi		

For 1996 er de normerte prisene for gruppe I kr. 2655 per kurdøgn, for gruppe II kr. 3505 per kurdøgn, og for gruppe III kr. 3975 per kurdøgn. Det er i tillegg til de tre basisgruppene egne priser for hjertekirurgi og transplantasjoner. Ved Haukeland sykehus er det en egen pris for brannskadebehandling som fastsettes av Hordaland fylkeskommune.

Nærmere beskrivelse av sykehusenes gjestepasientinntekter er gitt i tabell 4.5.

Tabellen viser at sykehusenes gjestepasientinntekter er ustabile og svakt nedadgående i perioden. I gjennomsnitt reduseres gjestepasientinntektene med 0,6 prosent per år i perioden 1990-1994. Reduksjonen skjer i første rekke blant sykehus som ikke er regionsykehus. Blant regionsykehusene har Rikshospitalet og spesielt Haukeland reduksjon i sine gjestepasientinntekter, mens RiTø har en sterk vekst.

Det har i perioden etter innføring av inntektssystemet eksistert en *rekke øremerkede statlige tilskudd* til

Tabell 4.5: Gjestepasientinntekter for regionsykehusene og sykehusgruppene i perioden 1990-1994. Faste priser (1994=100)

Sykehus/ sykehus- type	Gjestepasientinntekter (mill. kroner)					Gj.snitt. årlig vekst
	1990	1991	1992	1993	1994	
RiT	176	196	194	180	195	2,70
RiTø	110	93	121	140	143	7,50
Riks- hospitalet	620	565	603	576	595	-1,01
Ullevål sykehus	115	183	130	133	126	2,39
Haukeland sykehus	145	137	144	127	113	-5,52
Andre somatiske sykehus	414	328	378	375	369	-2,72
	1580	1502	1570	1531	1541	-0,62

Kilde: SINTEF-NIS (bearbeidede tall)

pasientbehandling. Øremerkede tilskudd deles i prinsippet i prisvridende og ikke-prisvridende tilskudd⁴.

Tilskudd til refusjon for *poliklinisk virksomhet* er et prisvridende tilskudd som har som målsetting å stimulere til overføring av pasienter fra inneliggende til poliklinisk behandling. Tilskuddet utbetales det enkelte sykehus. I perioden 1988-1990 ble det gjennomført en omlegging av takstsystemet for polikliniske aktiviteter med bl.a. en betydelig heving av refusjonssatsene. Det antas at omleggingen av takstsystemet har medført en relativ vridning av sykehusenes aktiviteter over mot poliklinisk virksomhet og dagkirurgi. I 1995 ble det over statsbudsjettet bevilget 2,5 milliarder kroner til poliklinisk behandling. Sykehusenes polikliniske aktiviteter genererer i tillegg inntekter fra pasientene og fra fylkeskommunen. En nærmere beskrivelse av sykehusenes poliklinikkinntekter er gitt i tabell 4.6.

Det har vært en betydelig økning i poliklinikkrefusjonene i perioden 1990-1994 (5,7 prosent per år i gjennomsnitt). Økningen er sterkest for regionsykehusene, der Rikshospitalet og Ullevål utmerker seg spesielt.

Av ikke-prisvridende tilskudd har det vært flere. Det viktigste (i 1996) er *Tilskudd til drift av somatiske sykehus* (jf. kap 760, Sosial- og helsedepartementets budsjett). Tilskuddet har som formål å øke behandlingskapasiteten for dermed å oppfylle ventetidsgarantien. Tilskuddet fordeles i hovedsak etter demografiske kriterier og utbetales fylkeskommunene. Bevilgningen i statsbudsjettet for 1996 er på 1 600 mill. kroner.

4. NOU 1996: 1 «Et enklere og mer rettferdig inntektssystem» gir en prinsipiell diskusjon av effekter av av ulike typer øremerkede tilskudd, samt en oversikt over tilskuddene.

Tabell 4.6: Polikliniske inntekter totalt for regionsykehusene og sykehusgruppene i perioden 1990-1994. Faste priser (1994=100)

Sykehus/sykehustype	Poliklinikkinnntekter totalt (mill. kroner)					Gj.snitt. årlig vekst
	1990	1991	1992	1993	1994	
RiT	134	140	143	150	153	3,54
RiTø	70	73	83	94	94	8,57
Rikshospitalet	56	60	80	75	86	13,39
Ullevål sykehus	73	141	146	153	148	25,68
Haukeland sykehus	122	121	134	153	154	6,56
Sentralsykehus	546	580	647	660	662	5,31
Fylkessykehus m/SSH-avdelinger	273	269	288	302	305	2,93
Lokalsykehus	184	181	196	202	212	3,80
FSH m/reduisert LSH-tilbud	93	89	95	96	93	0,00
	1551	1654	1812	1885	1907	5,74

Kilde: SINTEF-NIS (bearbeidede tall)

Tabell 4.7 gir oversikt over statlige øremerkede tilskudd utenom poliklinikkrefusjoner, basis- og funksjonstilskuddet. For perioden før 1992 var disse tilskuddene ubetydelige.

Tabell 4.7: Tabell 4.7 «Andre statlige tilskudd» for regionsykehusene og sykehusgruppene i perioden 1990-1994. Faste priser (1994=100)

Sykehus/ sykehustype	Andre statlige tilskudd (mill. kroner)					Gj.snitt årlig vekst
	1990	1991	1992	1993	1994	
RiT	-	-	32	48	53	-
RiTø	-	-	7	20	27	-
Ullevål sykehus	-	-	24	28	52	-
Haukeland sykehus	-	-	36	52	27	-
Andre somatiske sykehus	-	-	278	449	582	-
	-	-	377	597	741	-

Kilde: SINTEF-NIS (bearbeidede tall)

Utvalget gir en nærmere vurdering av de effekter bruken av øremerkede tilskudd til pasientbehandlingen har på fylkeskommunenes tilpasning i *"Helsepolitisk perspektiv"* i kapittel 5.3.

Finansiering av undervisning og forskning

Fra 1970-tallet var undervisning og forskning finansiert gjennom egne universitetsavtaler inngått mellom staten og universitetssykehusenes eierfylker. Prinsipielle ret-

ningslinjer for statens medvirkning til anlegg og drift av universitetsklinikker ble fastsatt i en egen stortingsmelding (St. meld. nr. 49 (1969-70)), som igjen var basert på sykehusloven av 1969. Avtalene var samfinansierte av staten ved at utgifter til undervisning av medisinske studenter og universitetsforskning skulle dekkes over Utdannings- og forskningsdepartementets budsjett. I tillegg ble det gitt dekning for «heft» av sykehuspersonalet i forbindelse med universitetsfunksjonene. Sosialdepartementet skulle dekke midler til drift av universitetsklinikkene. Avtalene ble inngått på forskjellige tidspunkt, og var ulike for de respektive universitetsklinikkene. Avtalene var relativt kompliserte, blant annet med satser for refusjoner for ulike universitetsfunksjoner. Etterhvert ble det også etablert flere mindre tilskuddsordninger for å ivareta spesielle funksjoner, f. eks. til brannskadeavsnittet ved Haukeland og Senter for forsterdiagnostikk i Trondheim.

I 1990 oppsummerte man at finansieringsordningen for regionsykehusene og spesielt universitetsklinikkssystemet var «uoversiktlig, lite dynamisk og dårlig egnet som virkemiddel i utvikling av viktige landsfunksjoner, forskning og undervisning.» Særlig var dette systemet dårlig egnet for å ivareta en styrket statlig styring med regionfunksjonene, som var bebudet i St.meld. nr. 41 (1987-88), Nasjonal helseplan.

Det ble derfor foreslått et nytt system, iverksatt i 1991. Her ble det besluttet å si opp avtalene om universitetstilskuddene for den delen av avtalene som ikke berørte det direkte samarbeidet mellom regionsykehuseier og universitetsklinikk. Den nye ordningen skulle inneholde to elementer:

- Man opprettholdt en egen tilskuddsordning for regionsykehusenes universitetsfunksjon, nå kalt *funksjonstilskudd*. Dette skulle reguleres uavhengig av fylkeskommunenes rammetilskudd. Spesielle tilskuddsordninger (til brannskadeavsnittet ved Haukeland, m.v.) skulle integreres i det nye tilskuddet.
- Det ble innført et eget tilskudd for subsidiering av gjestepasienter, kalt *basistilskuddet*.

Funksjonstilskuddet og basistilskuddet utgjør tilsammen *regionsykehustilskuddet* og fastsettes i Stortinget i den årlige budsjettbehandlingen. Formålet med regionsykehustilskuddet er å:

- ivareta kostbare og høyt spesialiserte tjenester som det er faglig og økonomisk rasjonelt å bygge opp for større områder enn et enkelt fylke.
- stimulere til oppbygging av nye avanserte og kostbare spesialist-tjenester som kan eller bør forankres på region- eller landsfunksjonsnivå.
- ivareta universitetsklinikkfunksjoner, forskning og undervisning, herunder bidra til utbygging av grunnlaget for en fullverdig undervisning.
- stimulere til utveksling av pasienter (gjestepasienter).

I det følgende gis en nærmere beskrivelse av funksjonstilskuddet, basistilskuddet og de tilskudd til undervisning som eksisterer over Kirke-, utdannings-, og forskningsdepartementets budsjett.

Nærmere om funksjonstilskuddet

Det meste av funksjonstilskuddet går til å finansiere eksisterende tiltak. Økninger i funksjonstilskuddet tildeles sykehuseier etter søknad. Departementet signaliserer eventuelle prioriteringer, som f. eks. kreftbehandling i 1995, i brev til fylkeskommunene der disse inviteres til å søke på årets midler. Helsetilsynet lager deretter en innstilling med prioritering av de innkomne søknader. Innstillingen behandles der-

etter av Statens sykehusråd (Heløe-utvalget) før beslutning om tildelingen gjøres i Sosial- og helsedepartementet.

I Helsetilsynet vurderes søknadene i henhold til vedtak som er fattet i Fagrådet for høyspesialiserte tjenester (Rasmussen-utvalget) om oppretting av landsfunksjoner og regionale funksjoner. I tillegg legges det vekt på at oppgavene er forskningspregede og ikke gjelder funksjoner av mer etablert karakter. Utover dette synes søknadene vurdert etter skjønn. De ovenfor nevnte eksplisitte kriteriene, samt de tilsynelatende underliggende kriteriene kan oppsummeres som:

- hvorvidt et område er prioritert for oppbygging som flerregional funksjon eller landsfunksjon,
- hvorvidt et område er helsepolitisk spesielt prioritert,
- hvorvidt det er tilstrekkelig eller for lav kapasitet på et område, og
- hvorvidt et felt er i rask utvikling, og hvor man vil forvente større faglige og eller organisatoriske endringer som følge av dette.

Gjennom funksjonstilskuddet gis staten i prinsippet muligheter for å styre utviklingen av funksjoner ved det enkelte regionsykehus. Dersom det er ønskelig å styrke, videreutvikle eller opprette nye funksjoner gjøres dette ved å øke tilskuddet. Motsatt kan sykehus fratas funksjoner ved å redusere funksjonstilskuddet.

Tabell 4.8 gir oversikt over funksjonstilskuddenes størrelse for perioden 1990-1994. For 1990 er tallene basert på data om universitetstilskuddet.

Tabell 4.8: Funksjonstilskudd til regionsykehusene og sykehusgruppene i perioden 1990-1994. Faste priser (1994=100)

Sykehus/ sykehustype	Funksjonstilskudd (mill. kroner)					Gj.snitt. årlig vekst
	1990	1991	1992	1993	1994	
RiT	138	137	148	147	147	1,63
RiTø	125	133	144	147	150	5,00
Riks- hospitalet*	-	-	-	-	-	-
Ullevål sykehus	79	74	78	85	83	1,27
Haukeland sykehus	161	160	165	166	176	2,33
Sentral- sykehus	0	0	0	0	0	0,00
Fylkes- sykehus m/SSH-av- delinger	33	36	33	34	34	0,76
Lokal- sykehus	0	0	0	0	0	0,00
FSH m/ redusert LSH-tilbud	0	0	0	0	0	0,00
	536	540	568	579	590	2,52

* Tilskudd til Rikshospitalet tilsvarende funksjonstilskuddet inngår i tabell 4.3 (sykehuseiers netto driftsutgifter til regionsykehusene)

Kilde: SINTEF/NIS (bearbeidede tall)

Det har skjedd en betydelig opptrapping av funksjonstilskuddet i perioden som analyseres. Spesielt ved RiTø og Haukeland er den gjennomsnittlige årlige veksten i funksjonstilskuddet sterk.

Det aller meste av funksjonstilskuddet går som nevnt, til drift av alt igangsatte tiltak. Det skulle sammen med funksjonstilskuddet innføres et tilbakemeldingssystem for å evaluere bruken av tilskuddet. Et system ble iverksatt og fungerte i to år, men ble avviklet fordi det var for rigorøst. Det er ikke etter dette blitt etablert noe eget, nytt system for evaluering. Det betyr at det idag ikke eksisterer rapportering av bruken av tilskuddet. Det skjer heller ingen annen evaluering av overføringer som går til alt opprettede funksjoner. Av disse grunner er det vanskelig å identifisere presist hvilke aktiviteter tilskuddet går til. *Utvalget* ser de problemer evaluering av aktiviteter som er samfinansierte ved et statlig øremerket tilskudd og fylkeskommunenes «frie inntekter» skaper. Det er vanskelig å skille bruken av tilskuddet fra andre inntekter. *Utvalget* har imidlertid fått foretatt en analyse av hvilke effekter regionsykehusstilskuddet har på fylkeskommunenes tilpasning. Denne presenteres i "*Helsepolitisk perspektiv*" i kapittel 5.3.

Den følgende listen gir eksempler på nye tiltak finansiert over funksjonstilskuddet i 1995: Regionsykehuset i Tromsø:

- Midler til oppretting av landsfunksjon innen trombocytimmunologi (ca. 1,3 mill. kr.).
- Midler til landsfunksjon for telemedisin, blant annet til oppretting av nye stillinger ved Telemedisinsk avdeling (2,5 mill. kr.).
- Tilskudd til nevromuskulært kompetansesenter (ca. 4 mill. kr.)

Regionsykehuset i Trondheim:

- Midler til etablering og drift av avdeling for medisinsk genetikk (ca. 2,7 mill. kr.).
- Finansiering av høydose cytostatikabehandling med autolog stamcellestøtte (ca. 2,3 mill. kr.)
- Midler til kompetanse for 3-dimensjonal ultralyd og avansert laparoskopisk kirurgi (ca. 11 mill. kr.).

Haukeland sykehus:

- Finansiering av høydose cytostatikabehandling med autolog stamcellestøtte (ca. 4,2 mill. kr.)
- Finansiering av drift av leddproteseregister og nyrebiopsiregister (0,3 mill. kr.).
- Midler til investering og drift av eximer-laser (4,1 mill. kr.).
- Midler til etablering av spinalenhet, forutsatt fylkeskommunal medfinansiering.

Ullevål sykehus:

- Finansiering av høydose cytostatikabehandling med autolog stamcellestøtte (ca. 3 mill. kr.)

Rikshospitalet:

- Midler til etablering og drift av senter for klinisk epidemiologi og kvalitetsovervåkning (ca. 0,7 mill. kr.).
- Midler til oppretting av seksjon for medisinsk genetikk (ca. 0,4 mill. kr.).

Nærmere om basistilskuddet

Basistilskuddet fordeles etter en kostnadsnøkkel basert på demografiske kriterier. Kriteriene er basert på to elementer (jfr. St.prp.nr. 1 (1991-92)):

- For hver av helseregionene er nøkkelen for tildeling av tilskuddet det tidligere sektorskuddet i Inntektssystemet summert for fylkeskommunene som inngår i de respektive helseregioner. Dette elementet utgjør en andel tilsvarende 0,8 av basistilskuddet.

- For å korrigere for ulikt omfang og ulike kostnader ved lands- og flerregionale funksjoner er en faktor betinget av pasienter innlagt fra andre regioner gitt en vekt på 0,2 i fordelingen av basistilskuddet.

Tabell 4.9 gir oversikt over basistilskuddet for perioden 1990-1994. For 1990 omfatter tabellen andre typer av gjestepasientsubidier enn basistilskuddet.

Det er som vi ser, en betydelig vekst i perioden. Veksten er imidlertid sterkest ved innføringen av basistilskuddet i 1991. I perioden 1991-1994 har tilskuddet hatt en gjennomsnittlig årlig realvekst på 3,8 prosent.

Tabell 4.9: Basistilskudd til regionsykehusene i perioden 1990-1994. Faste priser (1994=100)

Sykehus/ sykehustype	Basistilskudd (mill. kroner)					Gj.snitt. årlig vekst
	1990	1991	1992	1993	1994	
RiT	31	38	39	43	43	9,68
RiTø	24	28	31	30	31	7,29
Ullevål sykehus	21	33	34	40	38	20,24
Haukeland sykehus	27	47	53	54	53	24,07
	103	146	157	167	165	15,05

Kilde: SINTEF/NIS (bearbejdede tall)

Tilskudd gitt over Kirke- utdannings- og forskningsdepartementets budsjett.

Ressurser til forskning og undervisning kanaliseres i det alt vesentlige over Sosial- og helsedepartementets budsjett (funksjonstilskuddet). En mindre del bevilges over budsjettkapitlene til universitetene via Kirke,- utdannings- og forskningsdepartementet (KUF). Tilskuddet over Kirke,-utdannings- og forskningsdepartementets budsjett fordeles etter universitetsklinikkavtalene. Dette skal i hovedsak dekke direkte utgifter til undervisning av medisinske studenter. I tillegg til lønn og driftsutgifter, skal tilskuddet kompensere for andre utgifter ved sykehuset som ikke dekkes ved kjøp av tjenester. Dette betegnes vanligvis som «heft». De forskjellige avtalene spesifiserer hvilke elementer som dekkes, samt beregningsgrunnlaget for refusjon av utgifter. Nærmere oversikt over fordelingen av tilskuddet gis i tabell 4.10.

Tabell 4.10: Oversikt over tilskudd etter universitetsklinikkavtalene (refusjon for bruk av sykehus). Faste priser (1994=100)

Universitet	1990	1991	1992	1993	1994	1995
UiO*	113	108	4	4	18	39
UiB	3	3	3	3	3	3
NTNU	9	8	8	8	8	8
UiTø	2	2	2	2	2	2
Totalt	127	120	17	17	31	52

*I tilskuddene for UiO i 1990 og 1991 ligger også universitetsklinikktilskuddet. Dette ble fra og med 1992 overflyttet Sosial- og helsedepartementets budsjett. På grunn av at avtaleforholdet med Oslo

kommune ikke var i orden i 1992 og 1993, ble midlene for disse årene etterbetalt gjennom en ekstra-bevilgning på 26 mill kroner først i 1995.

Kilde: KUF (bearbeidede tall)

Sykehusenes samlede ressursbruk

Summen av inntektene fra fylkeskommuner som er sykehuseier, gjestepasientinntektene, overføringer fra staten (basistilskuddet, funksjonstilskuddet, øremerkede bevilgninger og poliklinikkrefusjonene), pasientenes egenbetaling, samt salgs- og leieinntekter og overføringer utgjør sykehusenes samlede inntekter. Tabell 4.11 viser sykehusenes samlede driftsinntekter for perioden 1990-1994.

Sykehusenes samlede driftsinntekter hadde i perioden 1990-1994 en gjennomsnittlig årlig vekst på 2,3 prosent. De fylkeskommunale regionsykehusene har med unntak for Regionsykehuset i Trondheim, hatt en årlig gjennomsnittlig veksttakt i sine inntekter som ligger over gjennomsnittet for de øvrige fylkeskommunale sykehusene. Rikshospitalet har hatt en mindre realnedgang i sine inntekter.

Tabell 4.11: Samlede driftsinntekter* for regionsykehusene og sykehusgruppene i perioden 1990-1994. Faste priser (1994=100)

Sykehus/ykehustype	Samlede inntekter (mill. kroner)					Gj.snittlig årlig vekst strate
	1990	1991	1992	1993	1994	
RiT	1 271	1 275	1 298	1 367	1 366	1,87
RiTø	710	750	815	856	867	5,53
Rikshospitalet	1 153	1 156	1 167	1 175	1 147	- 0,13
Ullevål sykehus	1 233	1 204	1 316	1 373	1 431	4,01
Haukeland sykehus	1 281	1 355	1 378	1 416	1 449	3,28
Andre somatiske sykehus	11 208	11 596	11 858	12 136	12 120	2,03
Totalt	16 856	17 336	17 832	18 323	18 380	2,26

*. Samlede driftsinntekter er lik korigerte brutto driftsutgifter slik dette er definert i Samdatapublikasjonene

Kilde: SINTEF/NIS (bearbeidede tall)

Ser vi på sykehuseiernes utgifter til regionsykehusene (unntatt Rikshospitalet) som andel av regionsykehusenes samlede inntekter, så er denne redusert fra 56 prosent i 1990 til 50 prosent i 1994. En nærmere fordeling av regionsykehusenes viktigste inntekter etter art er gitt i tabell 4.12. Andelene summerer seg ikke til 1 fordi enkelte mindre inntektsposter er utelatt (bl.a. salgs- og leieinntekter).

Tabell 4.12: Andeler av regionsykehusenes samlede driftsinntekter fra ulike inntektskilder. 1994

Sykehus	Samlede inntekter	Net.utg. eier	Funk. tilskudd	Basis- tilskudd	Poli.- inntekter	Gjestep. inntekter	Statlige øremerk
RiT	1366	0,49	0,11	0,03	0,11	0,14	0,04
RiTø	867	0,37	0,17	0,04	0,11	0,16	0,03

Tabell 4.12: Andeler av regionsykehusenes samlede driftsinntekter fra ulike inntektskilder. 1994

Rikshospitalet	1147	0,30	0,00	0,00	0,08	0,52	0,00
Ullevål sykehus	1431	0,54	0,06	0,03	0,10	0,09	0,04
Haukeland sykehus	1449	0,55	0,12	0,04	0,11	0,08	0,02

Som det går fram av tabellen, er Rikshospitalets inntektsside forskjellig fra de andre sykehusenes, ved at over 50 prosent av Rikshospitalets inntekter kommer fra gjestepasienter. Forøvrig ser vi at sykehuseiers netto driftsutgifter som andel av totale inntekter for sykehuset er lavere for RiTø enn for de andre sykehusene. RiTø har også en noe høyere gjestepasientandel enn de andre regionsykehusene (med unntak for Rikshospitalet). Disse forholdene må bl.a. forklares med at Nordland fylke har et folketall som er større enn Troms som eier sykehuset. Befolkningssammensetningen innenfor helseregionen er med andre ord med på å bestemme sammensetningen av regionsykehusenes inntekter.

4.2.3 Bruk av kontrakter mellom fylkeskommuner og somatiske sykehus

Flere av de ovennevnte inntektene anses av regionsykehusene eller regionsykehuseiere som ustabile. Dette gjelder spesielt gjestepasientinntektene der det har vært store svingninger fra år til år. I slike situasjoner kan det være rasjonelt for flere parter å forsøke å stabilisere inntekter og produksjon. For fylkeskommunene som er kjøpere av regionsykehustjenester gjennom gjestepasientordningen er større stabilitet ønskelig for å kontrollere utgiftene. For regionsykehus og regionsykehuseier er større stabilitet ønskelig for å skape kontroll med produksjons- og utgiftsnivå. Større stabilitet kan oppnås gjennom kontrakter mellom partene. En nærmere begrunnelse for bruk av kontrakter gis i "*Alternative eieformer og finansieringsmåter*" i kapittel 8.

Kontrakter mellom fylkeskommuner og regionsykehuseier

Det er i første rekke mellom fylkeskommuner som ikke er eiere av regionsykehus og regionsykehuseierne direkte det eksisterer driftsavtaler eller kontrakter. I det følgende gis en enkel oversikt over noen slike kontraktrelasjoner.

Helseregion 1:

I Helseregion 1 var det i 1995 ingen eksisterende avtaler eller kontrakter mellom fylkeskommunene som ikke er regionsykehuseiere (Hedmark, Oppland) og Oslo kommune. Men det er i ferd med å bli utviklet kontrakter mellom Hedmark fylkeskommune og Oslo kommune og mellom Oppland fylkeskommune og Oslo kommune om omfang av gjestepasienter ved Ullevål sykehus. Kontraktene vil tidligst tre i kraft i 1996.

Helseregion 2:

I Helseregion 2 eksisterer det avtale mellom Akershus fylkeskommune og staten om bruken av Rikshospitalet (og andre statssykehus, i første rekke Radiumhospitalet). Avtalen er basert på en kostnad-volum-kontrakt og er spesifisert på avdelingsnivå. Avtalt pris ligger stort sett under statens satser for gjestepasientoppgjør. Avtalens volumside justeres løpende gjennom avtaleåret. Regnskapsmessig avregning skjer hver måned.

Mellom de øvrige fylkeskommunene i Helseregion 2 og staten eksisterer ingen avtaler om bruk av Rikshospitalet.

Akershus fylkeskommune har også en mindre omfattende avtale med Oslo kommune (i helseregion 1) om bruk av sykehusene Aker, Ullevål og Sunnås. Avtalen har som målsetting å sikre Akershusbeboere akuttbehandling og at planlagte operasjoner kan skje når henvisning skjer fra et av Akershus fylkeskommunes egne sykehus. Avtalen har ingen elementer som regulerer volum. Prisen er gitt ved statens satser for gjestepasientbehandling.

Helseregion 3:

I Helseregion 3 eksisterer det avtaler mellom Rogaland fylkeskommune og Hordaland fylkeskommune og mellom Sogn og Fjordane fylkeskommune og Hordaland fylkeskommune om kjøp av pasientbehandling ved Haukeland sykehus. Dette er svært omfattende avtaler.

Helseregion 4:

Her er det utviklet avtaler mellom Sør-Trøndelag og de to nabofylkene Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag. Avtalene regulerer pris og pasientstrømmer. Prisen på behandling ved RiT er satt noe lavere enn statens normerte satser, i første rekke på grunn av at en del av pasientene ikke er regionsykehuspasienter, men pasienter på lokal- og sentralsykehusnivå. Pasientstrømmene reguleres ved at pasientene må ha garantier fra henvisende sykehus om at pasienten omfattes av avtalesystemet.

Helseregion 5:

I Helseregion 5 eksisterer det kostnads-volum-kontrakter mellom Nordland fylkeskommune og Troms fylkeskommune og mellom Finnmark fylkeskommune og Troms fylkeskommune om pasientbehandling ved Regionsykehuset i Tromsø. Kontraktene er nærmest identiske og gir rammer for antall kurdøgn som planlegges kjøpt ved RiTø, gjennomsnittspris per kurdøgn, samt regler for henvisning av pasienter fra de to fylkeskommunene til RiTø. Prisen er i begge kontraktene satt lavere enn de statlig normerte gjestepasientprisene.

Begge kontraktene har en egen paragraf der det fastsettes veiledende rammer for hjerteroperasjoner og hjerterutredninger.

4.3 OMFANG AV PASIENTBEHANDLING, UNDERVISNING OG FORSKNING O.A.

I dette underkapitlet gis et overblikk over regionsykehusenes produksjon. I hovedsak vises tall fra 1994, men i noen tilfeller suppleres disse med opplysninger om utviklingstrekk

4.3.1 Pasientbehandling

Et enkelt mål for produksjon er antall sykehusopphold. Dette er en opptelling av antall innleggelser pr. år. Dvs. en pasient som legges inn på sykehus to ganger i løpet av et år, teller med to opphold.

Tabell 4.13 viser at av de ca. 600.000 sykehusopphold pr. år i Norge, skjer ca en fjerdedel ved regionsykehusene. Tabellen viser også at antall opphold ved regionsykehusene varierer fra ca. 21.000 til ca. 45.000 pr. år.

Antall opphold sier ingenting om hvor krevende hver enkelt pasient er. Dette uttrykkes indirekte gjennom en DRG-indeks, som er det gjennomsnittlige antall DRG-poeng pr. opphold.

Tabell 4.13: Antall sykehusopphold etter sykehustype og sykehus (regionsykehusene). 1994

Sykehustype/Sykehusnavn	I alt	Eget område	Fylket	Regionen	Annet
Regionsykehus	156 555	106 012	16 573	25 038	8 932
Sentralsykehus	201 366	138 563	55 412	2 193	5 198
Fylkessykehus med sentralsykehusavdelinger	106 000	93 356	7 531	2 567	2 546
Lokalsykehus	89 235	79 736	5 250	1 404	2 845
Fylkessykehus med redusert lokalsykehus-tilbud	42 821	34 669	6 085	1 284	783
Ullevål sykehus	31 602	27 263	0	3 061	1 278
Haukeland sykehus	44 757	36 184	4 228	2 371	1 974
Regionsykehuset i Trondheim	36 127	27 398	2 504	4 822	1 403
Regionsykehuset i Tromsø	21 396	13 350	1 681	6 066	299
Rikshospitalet	22 673	1 817	8 160	8 718	3 978
Alle sykehus unntatt spesialsykehus	595 977	452 336	90 851	32 486	20 304

Kilde: SINTEF-NISB

Tabell 4.14: DRG-indeks etter sykehustype og sykehus (regionsykehusene). 1994

Sykehustype/Sykehusnavn	I alt	Eget område	Fylket	Regionen	Annet
Regionsykehus	1,25	1,14	1,28	1,63	1,43
Sentralsykehus	1,05	1,04	1,09	0,99	0,95
Fylkessykehus med sentralsykehus-avdelinger	1,06	1,07	1,01	0,97	0,88
Lokalsykehus	1,05	1,05	1,14	0,99	0,89
Fylkessykehus med redusert lokal-syke- hustilbud	1,14	1,15	1,14	0,93	0,99
Ullevål sykehus	1,27	1,23	0,00	1,67	1,23
Haukeland sykehus	1,13	1,08	1,27	1,45	1,40
Regionsykehuset i Trondheim	1,22	1,14	1,30	1,67	0,99
Regionsykehuset i Tromsø	1,18	1,09	1,22	1,38	1,03
Rikshospitalet	1,57	1,39	1,30	1,81	1,69
Alle sykehus unntatt spesialsykehus	1,11	1,08	1,12	1,48	1,14

Kilde: SINTEF-NIS

Som vist i tabell 4.14 ligger DRG-indeks generelt høyere på regionsykehusene enn på de øvrige sykehusene. Høyest er DRG-indeks ved Rikshospitalet. Generelt

har regionpasientene høyere DRG-indeks enn pasientene fra eget område ved alle fem regionsykehusene. Tabellen bekrefter dermed at det er de tyngste og mest kompliserte pasientene som sendes fra sentralsykehusene til regionsykehusene.

I tillegg til innleggelser utfører regionsykehusene et stort antall polikliniske konsultasjoner. Det er 5-6 ganger så mange polikliniske konsultasjoner som det er opphold. Tabell 4.15 viser antall polikliniske konsultasjoner pr. år.

Hvordan er innsatsen til de fem store sykehusene fordelt på funksjonsområder som lokal-, sentral-, region- og landsfunksjoner?

Dette spørsmålet er nærmere utredet for utvalget av Sosial- og helsedepartementets DRG-utviklingsgruppe⁵. Den første tilnærmingen til problemet var å grup

Tabell 4.15: Antall polikliniske konsultasjoner ved regionsykehusene. 1994

Regionsykehus	Polikliniske konsultasjoner
Ullevål sykehus	211.732
Haukeland sykehus	220.687
Regionsykehuset i Trondheim	230.133
Regionsykehuset i Tromsø	108.561
Rikshospitalet	119.610

Kilde: Sykehusenes årsmeldinger⁶

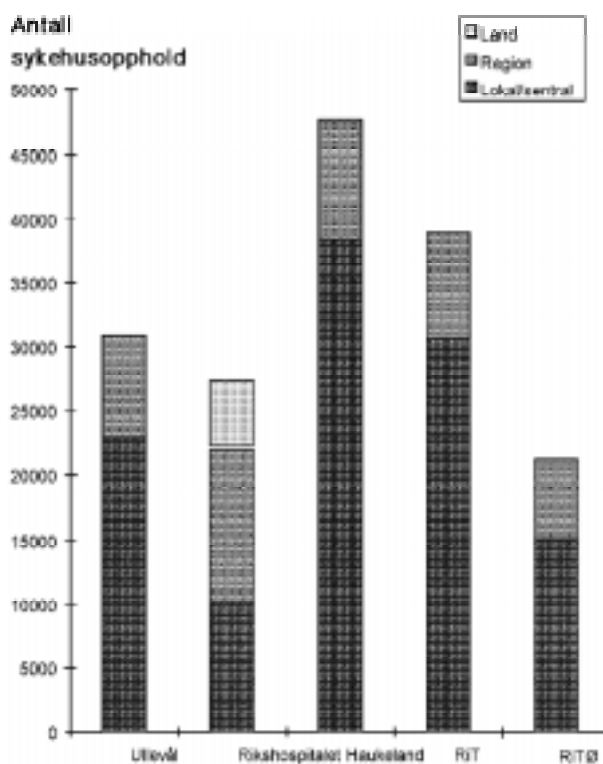
pere sykehusoppholdene etter diagnose ut fra hvilke diagnoser som var definert som region- og landsfunksjoner. Dette ble forsøkt, men Statens Helsetilsyn konkluderte på vegne av Fagrådet for høyspesialiserte tjenester (Rasmussenutvalget) at en analyse basert på registrerte diagnoser og prosedyrer vil bli meget ufullstendig, og derfor upålitelig for å vurdere i hvilken grad definerte regionfunksjoner utføres på regionsykehusene. Det eksisterer derfor heller ingen systematisk informasjon om i hvilken grad regionfunksjoner utføres ved sentralsykehus.

En måtte derfor velge en annen tilnærming: Ved å analysere kombinasjonen av pasientens kommunetilhørighet med hvilken type sykehus pasienten var innlagt ved, ble omfanget av regionfunksjoner og landsfunksjoner belyst. Denne analysen ble basert på at region- og landsfunksjoner gjøres ved de fem regionsykehusene samt Det Norske Radiumhospitalet (DNR) og frittstående hjerteklinikker. Alle regionsykehusene har kombinerte lokal/sentral-og regionfunksjoner. Når aktiviteten ved et enkelt regionsykehus ikke kunne analyseres direkte, ble omfanget av regionoppgaver beregnet ut fra opplysninger om pasientenes fylkestilhørighet. I tillegg har enkelte av regionsykehusene definerte landsfunksjoner. For Rikshospitalet har dette et omfang som undersøkelsen forsøkte å belyse, mens landsfunksjoner ved øvrige regionsykehus antallsmessig har så lite omfang at valgte metode ikke kunne gi opplysninger om dette. (Til sammenligning viser årsmeldingen at det var ialt 71 pasientopphold ved brannskadeavsnittet på Haukeland sykehus i 1994.)

Metoden baseres på at kjøp av tjenester ved regionsykehusene er et viktig uttrykk for fylkeskommunens behov for regionfunksjoner. Et unntak er de fylkeskommuner som har egne avtaler med regionsykehusene (f. eks. Akershus' avtale med Rikshospitalet). Regionsykehusfylket bruker regionsykehuset også som lokal og sentralsykehus. Det ble derfor forutsatt at tilstrømningen til regionsykehuset fra

5. Amlie, E. et al. 1995. Fylkeskommunenes bruk av pasientopphold ved regionsykehusene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet

regionens øvrige fylker var et uttrykk for behovet for regionfunksjoner. Videre ble det forutsatt at tilstrømningen til Rikshospitalet fra fylker utenfor helseregion 2 gav et bilde av Rikshospitalets landsfunksjoner. Spesielle avtaler og historiske bruksmønstre som forstyrret bildet, ble forsøkt korrigert for.



Figur 4.1 Fordeling av sykehusopphold på lands- og regionfunksjon ved de fem regionsykehusene 1994

Tabell 4.16: Fordeling av sykehusopphold på lands- og regionfunksjon ved de fem regionsykehusene 1994

	Totalt antall opphold	Opphold lokal- og sentralshf. (%)	Opphold regionfunksjon	Opphold landsfunksjon
Ullevål	31.150	20.965 (67%)	10.185 (33%)	
Rikshospitalet	26.936	6.369 (24%)	15.413 (57%)	5.154 (19%)
Haukeland	47.698	34.470 (72%)	13.228 (28%)	
RIT	39.179	29.246 (75%)	9.933 (25%)	
RITØ	21.413	15.114 (71%)	6.299 (29%)	
Sum	166.376	106.165 (64%)	55.058 (33%)	5.154 (3%)
Sum opphold ved DNR og hjerteklinikkene: 14.369				

Analysen viser:

- Hovedtyngden av pasienter ved Ullevål, Haukeland, RiT og RiTø er knyttet til sykehusenes oppgaver som sentralsykehus for eget fylke og lokalsykehus i egen by.
- Rikshospitalet har lav andel sentral- og lokalsykehusfunksjoner. Dette stemmer med at alle fylkene i helseregion 2 har sitt eget sentralsykehus.
- Landsfunksjoner er i hovedsak knyttet til Rikshospitalet

Som vist i tabell 4.14 er pasientene som bruker region- og landsfunksjoner mer ressurskrevende enn de som kommer fra eget område. Ved å kombinere opplysningene om DRG-indeks (tabell 4.14) og fordelingen av oppholdene på ulike funksjoner (tabell 4.16) kan en *grovt* beregne hvor stor del av regionsykehusenes innsats og ressursbruk som brukes til henholdsvis lands- og regionfunksjoner.

Tabell 4.17: *ndeks-pasienter (antall sykehusopphold × DRG-indeks) fordelt på funksjoner ved regionsykehusene 1994*

	Ullevål	Riks- hos- pitalet	Haukeland sh.	RiT	RiTø
Antall lokal- og sentralsykehusopphold × DRG-indeks eget område	25 787 60%	8 852 19%	37 227 66%	33 340 67%	16 474 65%
Antall regionfunksjonsopphold × DRG-indeks region	17 009 40%	27 898 61%	19 181 34%	16 588 33%	8 693 35%
Antall landsfunksjonsopphold × DRG-indeks region	-	9 329 20%	-	-	-
Sum	42 796 100%	46 078 100%	56 408 100%	49 928 100%	25 167 100%

Selv om beregningsmåten her er grov, viser tabellen et klart mønster: De fire regionsykehusene i region 1, 3, 4 og 5 bruker ca. 1/3 av sine ressurser på regionfunksjoner og ca. 2/3 på lokal- og sentralsykehusfunksjoner. Rikshospitalet bruker sine ressurser slik: 1/5 på lokal- og sentralsykehusfunksjoner, 3/5 på regionfunksjoner og 1/5 på landsfunksjoner.

4.3.2 Undervisning

Omfanget av undervisning ved regionsykehusene er betydelig. Kort kan det nevnes at følgende grupper får sin praktiske og delvis også den teoretiske undervisningen ved regionsykehusene:

- medisinerstudenter
- spesialistkandidater
- enkelte hovedfagstudenter
- sykepleierstudenter
- spesialsykepleiere
- radiografer
- bioingeniører
- fysioterapeuter
- ergoterapeuter
- etterutdanningskurs for ulike grupper helsepersonell(listen er ikke fullstendig)

4.3.3 Forskning

Omfanget av forskningsinnsatsen er betydelig ved regionsykehusene, men dessverre vanskelig å måle. En parameter som kan gi en pekepinn er antall publiserte artikler. Tabell 4.18 viser resultatet av en bibliometrisk analyse av norske publikasjoner utgått fra regionsykehusene og registrert i den internasjonale databasen SCI. Analysen er utført av Utredningsinstituttet for forskning og høyere utdanning⁶.

Tabell 4.18: Tabell 4.18 Antall SCI publikasjoner for de 5 sykehus fordelt i 4 år

Sykehus	1990	1991	1992	1993	Total
Ullevål	158	176	176	190	700
Haukeland	134	119	161	155	569
Reg. i Trondh.	52	39	50	39	180
Reg i Tromsø	14	24	29	28	95
Rikshospitalet	290	270	310	301	1171

Hvis en korreterer 1993 tallene for antall ansatte leger, får en et uttrykk for antall publikasjoner pr. år pr. ansatt lege:

- Ullevål sykehus 0,45
- Haukeland sykehus 0,42
- Regionsykehuset i Trondheim 0,13
- Regionsykehuset i Tromsø 0,12
- Rikshospitalet 0,90

En annen indikator som gir et grovt mål for forskningsaktivitet ved regionsykehusene, er antall medisinske doktorgrader.

Tabell 4.19: Tabell 4.19 Medisinske doktorgrader i perioden 1992-1994

Utstedende institusjon	Antall i perioden
Universitetet i Oslo (to regionsykehus)	106
Universitetet i Bergen	52
Universitetet i Trondheim	28
Universitetet i Tromsø	25
Totalt	211

4.3.4 Beredskap og rådgivning

Både Ullevål, Haukeland, RiT og RiTø har Akuttmedisinske meldesentraler og betydelig innsats knyttet til ambulansetjenesten. Videre har alle regionsykehusene en viktig rolle i totalforsvaret av Norge. Sykehusene har også omfattende rådgivningsvirksomhet både overfor andre sykehus og overfor helsemyndighetene.

6. Maus, KW 1995. Materiale om personale, doktorgrader, publisering og finansiering av FoU ved universitetsykehusene, Oslo: Utredningsinstituttet for forskning og høyere utdanning

4.4 OPPSUMMERING

I "*Dagens regionsykehus*" i kapittel 4 har utvalget gitt en beskrivelse av hva et regionsykehus er, samt ressursbruk og produksjon. Regionsykehusene skiller seg fra andre sykehus ved å ha formelle koplinger til universitetene, ved høy døgnekontinuerlig beredskap også ved mange spesialavdelinger, og ved at subspesialiserte faggrupper kan arbeide med den samme pasienten samtidig. Regionsykehusene har også en betydelig forskningsaktivitet, og undervisnings- og kompetanseutviklingsoppgaver.

Regionsykehusenes samlede inntekter har i perioden 1990-1994 hatt en årlig vekst som er noe høyere enn for de andre sykehusgruppene. Dette gjelder ikke for Rikshospitalet som har hatt en liten nedgang i sine totale inntekter. De fylkeskommunale regionsykehusene fikk i perioden 1990-1994 en stadig fallende andel av inntektene fra regionsykehuseier. Fylkeskommunenes (eiernes) andel av regionsykehusenes inntekter var 56 prosent i 1990 og 50 prosent i 1994. Det er betydelige variasjoner mellom ulike regionsykehus. Rikshospitalet kjennetegnes i tillegg av at over 50 prosent av inntektene (1994) kommer fra gjestepasienter.

Av de omlag 600 000 sykehusopphold som gjennomføres i Norge, utføres omlag 1/4-del ved regionsykehusene. Regionsykehusene har også de tyngste og mest kompliserte pasientene. Det er variasjoner mellom regionsykehusene når det gjelder omfanget av lokal- og sentralsykehuspasienter. Det er kun Rikshospitalet som har hoveddelen av sine pasienter knyttet til regionfunksjonene. For de øvrige sykehusene dominerer innslaget av sentralsykehus- og lokalsykehuspasienter.

KAPITTEL 5

Kritikken mot dagens ordninger

I forhold til mange andre land er tilgjengelighet til helsetjenester i Norge nok så jevnt fordelt i befolkningen. Man har også en relativt godt utbygd primærhelsetjeneste, og det er grunn til å tro at kostnadskontroll og kostnadseffektivitet er relativt god i internasjonal sammenheng. Dette forhindrer ikke at dagens ordninger er utsatt for mye kritikk.

Formålet med en eventuell endring av eierskap, organisering og finansiering av sykehusene må være å bedre noen av de forholdene som kritikken retter seg mot. Det blir dermed vesentlig å ha kunnskap om hvilke av disse forholdene som faktisk påvirkes av eierskap, organisering og finansiering. I tillegg er det viktig å ha kunnskap om hvilke faktorer som kan forventes å prege utviklingen i behov for helsetjenester og i medisinske tilbud i årene som kommer. Dette siste vil utvalget ta opp i *"Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret."* i kapittel 6 av utredningen.

Bakgrunnen for kritikken som blir beskrevet i dette kapitlet (kapittel 5), er utvilsomt meget sammensatt. Faktorer som nivået på ressursinnsats, befolkningens forventninger, organisasjon, finansieringsmåte og eierstruktur vil alle spille en rolle. Vår kunnskap er imidlertid mangelfull både om de enkelte faktorenes betydning og om samspillet mellom faktorene. Mangelfull dokumentasjon og kunnskap er en viktig forutsetning for den kampen om virkelighetsforståelsen som foregår i helsepolitikken. For utvalget ville det vært en umulig oppgave å gjennomføre noen dyptgående analyse av det samspillet som leder til helsetjenestens resultater i løpet av de fem månedene en har hatt til disposisjon. En har derfor i stor grad måttet postulere hvilke deler av kritikken som påvirkes av eierstruktur, organisasjon og finansieringsmåte.

For dem som ikke vil slutte seg til hele eller deler av kritikken som reises i *"Kritikken mot dagens ordninger"* i kapittel 5, er det likevel mulig å argumentere for et reformbehov med utgangspunkt i *"Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret."* i kapittel 6. Kritikken som det redegjøres for i *"Kritikken mot dagens ordninger"* i kapittel 5, samt utviklingstendensene det blir redegjort for i *"Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret."* i kapittel 6, blir sett i sammenheng i *"Reformbehov og kriterier for evaluering"* i kapittel 7. På bakgrunn av utvalgets sammenstilling av disse elementene konkluderer en med at det eksisterer et reformbehov. Reformbehovet består i å skape et mer forpliktende regionalt samarbeid.

Dette kapitlet vil beskrive viktige deler av den kritikken som retter seg mot dagens ordninger. Kritikken er forsøkt gruppert etter ulike perspektiver: pasientens perspektiv i 5.1, universitetenes og universitetsklinikkenes perspektiv i 5.2 og et helsepolitisk perspektiv i 5.3.

5.1 PASIENTENS PERSPEKTIV**5.1.1 Tilgjengelighet**

Tilgjengelighet i forhold til sykehusbehandling har både å gjøre med om pasienten oppnår undersøkelse og behandling på sykehus og eventuelt hvor lang ventetid det er. Ca. 55 % av pasientene ved norske sykehus legges inn som øyeblikkelig hjelp. Disse pasientene er sykehusene pålagt å ta seg av. De elektive pasientene er derimot vurdert til å kunne vente på behandling. Den kanskje mest høylytte kritikken mot

dagens sykehusvesen dreier seg om de elektive pasientenes ventetid før sykehusbehandling. Vi vet at det er stor variasjon blant sykehus både med hensyn til behandlingsgrenser, hvor reelle ventelistene er og hvilke kriterier som anvendes for å tildele garantistatus. Det er derfor grunn til å ha en kritisk innstilling til de ventelistedata som publiseres rutinemessig.

I 1994 ble ventetidsgarantien brutt for 10 % av pasientene⁷, mens 21 % av dem som ikke hadde fått tildelt garanti, måtte vente mer enn seks måneder før de ble behandlet. Det var ingen tendens til at andelen av pasientene som ventet på innleggelse mer enn seks måneder, var større ved regionsykehusene enn ved de øvrige sykehusene. De aller fleste av dem som ventet mer enn seks måneder, ble behandlet innen ni måneder (71 % av dem med garanti). Det var heller ikke her noen klare forskjeller mellom regionsykehusene og de andre sykehusene.

5.1.2 Kvalitetsproblemer

Det har i de siste årene vært mye oppmerksomhet om kvaliteten på de helsetjenestene som sykehusene leverer. Mye av kritikken har rettet seg mot feilbehandling og for tidlige hjemsendelser som påstås å resultere i reinnleggelser ved sykehusene. Pleiepersonalets mulighet til å gi pleie og omsorg hevdes å være mangefull på grunn av stort arbeidspress.

En indikator på kvalitetsproblemene kan være antallet saker meldt til Norsk Pasientskadeerstatning. Det var vært en stor økning i antallet meldte saker fra ordningen ble etablert og fram til 1992. Deretter ser det ut til at antallet meldte saker per år stabiliserte seg fram til 1994. En kan imidlertid ikke uten videre ta dette som et tegn på at behandlingskvaliteten ved sykehusene nå er dårligere enn før. Økning i meldingshyppigheten kan også skyldes at ordningen etterhvert har blitt bedre kjent og at flere fylker har opprettet pasientombud.

Regionsykehusfylkene ligger gjennomgående høyt både med hensyn til klagerate og medholdsrate for pasientene⁸. Vi kan imidlertid ikke slutte fra dette at behandlingskvaliteten er dårligere her enn i de andre fylkene. For det første vil de behandlingene som gjøres ved regionsykehusene, ofte være kompliserte behandlinger hvor sannsynligheten for at det skal gå galt er større enn for gjennomsnittet av sykehus. For det andre er det variasjoner med hensyn til hvor tilbøyelige sykehusene er til å oppmuntre pasienter til å søke erstatning ved skader.

Kritikk har også blitt rettet mot at liggetidene ved sykehusene har blitt for korte. For alle sykehus under ett har den gjennomsnittlige liggetiden blitt redusert med over en halv dag fra 1990-1994⁹. For regionsykehusene har reduksjonen i liggetid vært mindre i tallverdi enn for gjennomsnittet av alle sykehus. Det er flere faktorer som medvirker til reduksjon i liggetid. En faktor er nye behandlingsmetoder (for eksempel kikkhullskirurgi), som bidrar til at pasienten kommer seg raskere. En annen faktor er kapasiteten i omsorgstjenestene utenfor sykehus. En tredje faktor er sengekapasiteten ved sykehusene. En reduksjon i sengekapasitet som skyldes ressursmangel, bidrar til at pasientene blir tidligere skrevet ut for å skaffe plass til andre. Bare i forbindelse med denne tredje faktoren vil en forvente at redusert liggetid gir dårligere behandlingskvalitet.

En annen indikator som har vært brukt for å dokumentere kvalitetsproblemer, er reinnleggelser. Omfanget av ikke planlagte reinnleggelser kan være en indikator

7. Solstad, K. og Petersen, S. Ø. 1995. SAMDATA sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1994. Rapport 3/95. Trondheim: SINTEF NIS, tabell 8.3

8. Årsmelding fra 1994 fra Norsk Pasientskadeerstatning.

9. Solstad, K. og Petersen, S. Ø. 1995. SAMDATA sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1994. Rapport 3/95. Trondheim: SINTEF NIS; tabellene 4.2.7 4.2.9.

på hvor god behandlingskvaliteten er. I norske pasientadministrative data er den beste tilnærmingen til ikke planlagte reinnleggelser de reinnleggelser som klassifiseres som øyeblikkelig hjelp.

Andelen av reinnleggelser som klassifiseres som øyeblikkelig hjelp, har økt i perioden 1991- 94, men ikke mer i regionsykehus enn i de andre sykehusene¹⁰. Det er i gruppen sentralsykehus andelen har økt mest.

I SAMDATA 1994 finner man for øvrig en klar negativ sammenheng mellom reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp og gjennomsnittlig liggetid. Denne sammenhengen holder seg dersom man tar hensyn til sykehusenes pasientsammensetning og andre variable av interesse. En kan for øvrig forvente at mer poliklinisk behandling vil påvirke reinnleggesraten, siden de som innlegges, får mer sammensatte og uforutsigbare problemer enn tilfellet var tidligere.

5.2 UNIVERSITETENES OG UNIVERSITETSKLINIKKENES PERSPEKTIV

Fagmiljøene ved universitetenes medisinske fakulteter og regionsykehusene har gjennom flere år gitt uttrykk for uro over utviklingen. Flere forhold har vært fremme i debatten:

Økonomien og den interne ressursprioriteringen ved regionsykehusene fører til at de i mindre grad blir i stand til å ivareta de funksjoner som dreier seg om langsiktig kompetanseutvikling, undervisning, veiledning og forskning.

Gjeldende universitetsklinikkavtaler mellom staten og fylkeskommunene varierer fra regionsykehus til regionsykehus. Samtidig som de er til dels svært detaljerte og kompliserte i sin oppbygging, og bygger på ulike elementer, fungerer de ikke som gode styringsredskaper med hensyn til å avklare hvilke funksjoner som skal dekkes eller i hvilket omfang. Mangel på harmoniserte og klare retningslinjer skaper også gnisninger lokalt om hva tilskuddet skal kompensere for. Det rapporteres at unødig tid går med til diskusjon om prioriteringer, ansvar og kostnadsdekning.

Fagmiljøene har pekt på som uheldig at en stadig større andel av sykehusenes totale finansiering dekkes av det statlige funksjonstilskuddet uten at staten samtidig har tilstrekkelig styring på bruk av midlene gitt dagens organisering og eierstruktur. Etter at forsøket fra 1991 på å innføre et tilbakemeldingsystem strandet, eksisterer ikke tilfredstillende rapporteringsordninger om hvilke tjenester som dekkes eller hvilke resultater som oppnås. Etablering av bedre systemer for mål- og resultatstyring har derfor vært etterlyst. Det anses også som lite hensiktsmessig at det ikke er samsvar mellom universitetenes ansvar for å ivareta faglige funksjoner og de midler som disponeres av universitetene.

Konflikt mellom pasientbehandling og langsiktig kompetanseutvikling aktualiseres gjennom økte krav til effektivisering. Dette er et strukturelt problem som i det daglige oppleves som en interessekonflikt mellom behandling og fagutvikling. Hensynet til kvalitetssikring, utvikling av nye metoder og behandlingsformer må vike for akutte tiltak. Universitetenes behov for utvidet liggetid av hensyn til den kliniske undervisningen kommer i konflikt med sykehusets behov for rask utskrivning. Det kan også oppstå konflikter mellom hensynet til administrative grunner for å fordele pasientkategorier mellom ulike sykehus og universitetenes behov for et bredt mulig pasienttilfang på det/de sykehus som har universitetsklinikkfunksjoner. Hvis sykehusenes ansvarsområde snevres inn, får det konsekvenser for organiseringen, innholdet og kvaliteten av medisinerutdanningen. Nye studieplaner for medisin

10. Solstad, K. og Petersen, S. Ø. 1995. SAMDATA sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1994. Rapport 3/95. Trondheim: SINTEF NIS; tabell 6.8

vektlegger sterkere koplingen mellom teori og praksis gjennom større deler av studiet. Dette lar seg vanskelig realisere under de rammebetingelser som i dag eksisterer.

Kravene om økt effektivitet i pasientbehandlingen bidrar til at det blir vanskelig å sette av tilstrekkelig tid til forskning og utviklingsarbeid. Målt gjennom vitenskapelig publisering er det et stort antall tilsatte i faglige stillinger som ikke deltar i forskningsaktiviteter. Redusert mulighet for å utføre egen forskning kan også svekke rekrutteringen til faglige stillinger. Innenfor enkelte spesialiteter er det svært få søkere, noe som på relativt kort sikt kan få konsekvenser for vedlikehold og utvikling av spisskompetansen på feltet.

I 1995 gjennomførte et utvalg nedsatt av Legeforeningen og ledet av professor Kåre Molne en spørreundersøkelse som hadde som mål å kartlegge universitetsklinikkens muligheter for å ivareta sine forpliktelser med hensyn til forskning, undervisning og kompetanseheving. Undersøkelsen omfattet avdelingsoverleger og tilfrittsvalgte leger ved regionsykehusene. Undersøkelsen konkluderte med følgende:

- «Legebemannings størrelse for å drive veiledning av ulike grupper utover det de som er universitetstilknyttet utfører er ikke tilfredstillende, men noe bedre for spesialistkandidater enn for medisinske studenter og andre studenter.
- Universitetsklinikkfunksjoner er dårlig ivaretatt m.h.t. bemanning, arealstørrelse, ressurser for faglig nyutvikling og utenlandsopphold, bedre m.h.t. utstyrstandard.
- 49 % av heltidslegene har deltatt i forskning/publisering siste år - klart best ved Rikshospitalet og dårligst ved Regionsykehuset i Tromsø.
- Spesialistutdanningen er delvis bra, men arbeidsplanene mangler ofte tid til faglig oppdatering/kvalitetsikring, og fordypningstillingene brukes ikke som forutsatt. Om lag halvparten av avdelingene gir ikke tilfredstillende veiledning.
- Ikke alltid mulig å få nødvendig opplæring i nødvendige prosedyrer for spesialistutdanningen innen minimumstiden for gruppe I-tjeneste, ifølge de Ylf-tillitsvalgte.»

Utvalget har møtt de samme synspunkter i møte med ansatte og studenter ved Regionsykehuset i Tromsø og andre sykehus.

I en uttalelse fra dekanene ved de medisinske fakultetene av 7. desember 1995 til utvalget er det bl.a. pekt på følgende problemområder og forslag til løsninger:

«Dekanmøtet i medisin vil sammenfatningsvis peke på følgende problemområder ved dagens universitetsklinikker som vi anser som de viktigste, og som vi venter at Hellandsvikutvalget analyserer og foreslår løsninger til:

- Universitetsklinikkene bør utgjøre en egen, veldefinert sykehusklasse. Betegnelsen «universitetsklinikk» bør innføres for å tydeliggjøre oppgavene og ansvaret.
- Universitetsklinikkene må organiseres på samme forvaltningsnivå.
- Porteføljen av avtaler mellom staten og de stedlige fylkeskommuner om oppgavefordeling, drift, investeringer, m.v. ved universitetsklinikkene må revideres, tydeliggjøres og harmoniseres. Eller: slås sammen til statlig eierskap.
- På det organisatoriske området må alt gjøres som kan nedbygge de lojalitetskonflikter som har utviklet seg, og som tærer på de menneskelige ressurser og beforder tap av dyktige fagfolk fra universitetsklinikkene idag.
- Det må etableres en struktur som muliggjør at de som har medisinsk-

faglig ledelsesansvar på alle nivåer får klare ansvarslinjer å forholde seg til.

- Forholdene må endres slik at undervisning ikke blir notorisk overkjørt i det daglige driftspresset ved universitetsklinikkene med forringet studiekvalitet til følge.
- Universitetsklinikkene må få den utvidete oppgave å spille en sentral rolle både for sitt nærmiljø (by såvel som fylke), sin landsdel, sitt land og samtidig ivareta de internasjonale forpliktelser overfor såvel ressurssterke land som utviklingsland.
- Det er viktig at eventuell endring i eierforholdet opprettholder det regionaliserte helsevesen slik at de fem regionene så langt som mulig bevarer et komplett medisinsk tilbud til regionenes befolkning.»

5.3 HELSEPOLITISK PERSPEKTIV

5.3.1 Lik tilgjengelighet til helsetjenester

Likhet i tilbudet av helsetjenester er en sentral målsetting i norsk helsepolitikk. Det eksisterer imidlertid en viss skjevhet i ressursbruken til sykehustjenester mellom fylkeskommunene. Dette skyldes blant annet variasjoner i fylkeskommunenes totale inntekter og kan indikere ulikhet i tilbudet av sykehustjenester.

I vår sammenheng er det særlig spørsmålet om lik tilgjengelighet til regiontjenester som er aktuell. Det har vært hevdet at tilgjengeligheten til regiontjenester er bedre for pasienter i regionsykehusets vertsfylke enn for pasienter fra de andre fylkene i en helseregion. En grunn til dette kan være den geografiske avstanden. En annen grunn kan være at de andre fylkene i regionen heller vil bruke ressurser til egne sykehus enn til å sende gjestepasienter til regionsykehuset. Det er flere grunner til at det er vanskelig å undersøke om dette faktisk skjer. En viktig grunn er den omfattende gråsonen som eksisterer mellom fylkesbaserte (lokal- og sentraltjenester) tjenester og regiontjenester. Regionsykehusene behandler alle tre kategorier av pasienter. Det er derfor ikke uten videre klart hvordan en skal beregne forbruket av regiontjenester for vertsfylkenes innbyggere. En mulighet er å ta for seg noen få pre-sist definerte regionbehandlinger for deretter å undersøke om det er variasjon i antallet behandlinger avhengig av pasientenes bostedsfylke, når en også korrejerer for fylkesvis forskjeller i sykелighet. Slike undersøkelser ser ikke ut til å gi noe entydig resultat med hensyn til om forbruk av regiontjenester avhenger av bostedsfylket¹¹. Dette forhindrer imidlertid ikke at tilgangen til regiontjenester kan variere med pasientenes bostedsfylke for undersøkelse og behandling som ligger i gråsonen med hensyn til funksjonsfordeling.

En kan i alle fall si at oppdelingen i vertsfylker og kjøperfylker medfører *insitament*er til at tilgangen til regiontjenestene blir bedre for befolkningen i vertsfylkene enn i de andre fylkene. Men hvor kvantitativt viktig selve gjestepasientordningen er for eventuell fylkesvis variasjon i tilgangen til regiontjenestene, vet vi ikke¹².

11. I Jørgensen, S. (red.). 1992. Pasienter, prioriteringer og praksis. Rapport 5/92. Trondheim: SINTEF-NIS, fant man for eksempel ikke at innleggesratene for regionbehandlingen hjerneoperasjoner var avhengig av hvilket lokalsykehusområde pasientene kom fra.

Utvalget har selv undersøkt om hyppighet av åpne hjerteoperasjoner var avhengig av om pasientens hjemstedsfylke hadde regionsykehus, uten å finne noe tegn til det.

12. Størrelsen på gjestepasientinntektene var imidlertid mindre i 1994 enn de var i 1991 for flere av regionsykehusene.

5.3.2 Mangel på helsepersonell

Tabell 5.1 gir oversikt over total årsverkinnsats blant leger i somatiske sykehus i perioden 1988-1994. Årsverkstallene er basert på Samdata-publikasjonene fra SINTEF/NIS, og omfatter summen av fast ansatte, engasjementsansatte, bistillinger, ekstrahjelp og vikarer. Tallene er basert på opplysninger fra alle somatiske sykehus (i 1994 var dette 85 enheter) og er registrert ved utgangen av året. Overtid er ikke innregnet i tallene.

Tabell 5.1: Legeårsverk i somatiske sykehus 1988-1994

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Årsverk	4291	4454	4535	4575	4731	4922	5054

Kilde: SINTEF/NIS

Som vi ser, er det jevn vekst i antall legeårsverk i de somatiske sykehusene i perioden 1988-1994. Økningen i antall legeårsverk i perioden er på 17,8 prosent. Det tilsvarer en vekst per år på i underkant av 3 prosent. Veksten var svakest i perioden 1990-1991. Dette må trolig forklares med lav vekst i fylkeskommunenes økonomi. Fra 1993 til 1994 var veksten i legeårsverk på 2,7 prosent. Dette er nært gjennomsnittet for perioden.

Mange fylkeskommuner opplever at sviktende rekruttering av en del helsepersonell er et grunnleggende problem for utvikling av helsevesenet. De viktigste rekrutteringsproblemene ved sykehusene er knyttet til personellgruppene leger og sykepleiere, og spesielt spesialsykepleiere mange steder.

Ubesatte legestillinger ved alle norske sykehus registreres årlig av sekretariatet for Legefordelingsutvalget (LFU). I utgangspunktet registreres helt ubesatte stillinger, stillinger som etter utlysning og ledighet midlertidig er omgjort til assistentlegestillinger, såkalte «sovende» stillinger (dvs. stillinger som har stått ubesatt i en årrekke), og stillinger som ikke utlyses av økonomiske årsaker. LFUs oversikter over ubesatte stillinger omfatter summen av alle disse kategoriene, dvs. summen av stillinger som er ubesatte og besatt av assistentleger, samt de andre kategoriene. Tall for ubesatte spesialiststillinger etter Legefordelingsutvalgets definisjon og oversikter er gitt i tabell 5.2.

Tabell 5.2: Ubesatte spesialiststillinger ved norske sykehus 1988-1994

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Ubesatte stillinger	184	225	266	369	424	366	450

Kilde: Legefordelingsutvalget (LFU)

Som også LFU oppgir, er det usikkerhet knyttet til tallene. For eksempel påpekes det i LFUs årsmeldinger at sykehusene oppgir stillinger som ubesatte som LFU har avslått å innvilge. Dette forhold tatt i betraktning, må det likevel antas at det er en jevn økning i ubesatte stillinger i perioden. Økningen var sterkest fra 1989 til 1992 da antall ubesatte stillinger økte med 199 eller med nesten 90 %. Fra 1992 til 1994 er utviklingen mindre entydig, men en viss økning i ubesatte stillinger kan

spores. En betydelig andel av de ubesatte stillingene er besatt av assistentleger. I 1994 utgjorde andelen litt over 20 prosent.

Sosial- og helsedepartementet (SHD) gjennomførte en detaljert kartlegging av ubesatte stillinger ved norske sykehus i 1995¹³. SHDs kartlegging omfattet kategoriene godkjente stillingshjemler per 1.1.1994, stillinger besatt av fast ansatte leger med spesialistgodkjenning, stillinger besatt av vikarer med spesialistgodkjenning, stillinger besatt av leger uten spesialistutdanning, og stillinger som var ubesatte. Godkjente stillingshjemler per 1.1.1995 ble også kartlagt. SHD-kartleggingen omfattet de somatiske sykehusene som omfattes av DRG-kartleggingen. Både psykiatriske og somatiske avdelinger inngår i kartleggingen. I gjennomsnitt var 6 prosent av spesialiststillingshjemlene ved de somatiske sykehusene helt ubesatte i 1994. Det er betydelige variasjoner mellom fylkene. Høyest var andelen i Finnmark der hver femte stilling stod ubesatt (22 prosent), deretter følger Hedmark (12 prosent), Troms (11 prosent), Vestfold (11 prosent). Lavest andel ubesatte stillinger hadde vi i Oslo (1 prosent), Vest-Agder (1 prosent) og Aust-Agder (2 prosent). Omlag like mange stillinger som er ubesatte, er besatt av leger uten spesialistkompetanse.

Bryter vi datamaterialet ned på institusjonsnivå, finner vi betydelige problemer med å få besatt spesialiststillinger ved enkeltsykehus. Dette gjelder i første rekke for mindre sykehus i distriktene. Eksempler på enkeltsykehus med betydelige rekrutteringsproblemer er:

- Tynset sykehus: Av 11 spesialisthjemler stod 6 ubesatt (55 prosent ubesatte).
- Vefsn sykehus: Av 16 stillingshjemler stod 6 ubesatt (38 prosent ubesatte).
- Kirkenes sykehus: Av 18 stillingshjemler stod 5 ubesatt (28 prosent ubesatte).
- Harstad sykehus: Av 33 stillingshjemler stod 8,5 ubesatt (26 prosent ubesatte).

Det er i første rekke innenfor kjevekirurgi (16 prosent), hudsykdommer (13 prosent) og urologisk kirurgi (11 prosent) det er ubesatte stillinger. Også i gruppen andre som her for en stor del er psykiatriske avdelinger, er det mange ubesatte stillinger. Innenfor ortopedisk kirurgi, som er av de områdene med lengst pasientkøer, er det imidlertid nesten ikke ubesatte stillinger (2 prosent).

Det har med andre ord både skjedd en økning i antall utførte legeårsverk og i antall ubesatte stillinger de siste årene.

Som det går fram av tabell 5.3, er det betydelige geografiske variasjoner både i antall legeårsverk og i antall ubesatte stillinger.

Tabell 5.3: Årsverk per 1000 innbyggere (korrigert for gjestepasienter og alderssammensetning) og andel ubesatte stillinger i somatiske sykehus, 1994

Fylke	Korr. årsverk per innb.	Andel ubesatte
	1994	1994
Østfold	1,09	0,04
Akershus	1,22	0,08
Oslo	1,36	0,01
Hedmark	1,08	0,12
Oppland	0,99	0,03
Buskerud	1,01	0,02

13. Resultatene er rapportert i Hagen, T.P. 1996, Ingen «legeflukt», NIBR-notat 1996: 108. Oslo: Norsk Institutt for by- og regionforskning.

Tabell 5.3: Årsverk per 1000 innbyggere (korrigert for gjestepasienter og alderssammensetning) og andel ubesatte stillinger i somatiske sykehus, 1994

Vestfold	1,03	0,11
Telemark	1,04	0,07
Aust-Agder	1,09	0,02
Vest-Agder	1,07	0,01
Rogaland	1,04	0,05
Hordaland	1,17	0,02
Sogn og Fjordane	1,30	0,07
Møre og Romsdal	1,03	0,08
Sør-Trøndelag	1,17	0,05
Nord-Trøndelag	1,10	0,08
Nordland	1,23	0,10
Troms	1,58	0,11
Finnmark	1,54	0,22

En nærmere analyse av tallene, viser en relativt sterk positiv sammenheng mellom årsverk per innbygger og andel ubesatte stillinger¹⁴. Med andre ord: Desto flere sykehusleger per innbygger, desto større andel stillinger er også ubesatte. Det er rimelig å anta at dette langt på vei må forklares med variasjoner i fylkeskommunenes inntekter. Fylkeskommuner med høye inntekter har høy legedekning, men kan gjerne tenke seg at den var enda høyere.

5.3.3 Manglende samsvar mellom mål og midler i statlig styring

I Stortingsmelding nr. 50 (1993-94) understreker regjeringen behovet for ytterligere statlig styring av institusjonshelsetjenesten. Man understreker blant annet at en ny lov om spesialisthelsetjenesten må sikre nødvendige hjemler for statlig styring av prioriteringer, organisering, oppgavefordeling mellom sykehusene etc., hvor dette er nødvendig ut fra hensynet til strukturendringer og samarbeidstiltak som drøftes i meldingen.

Staten har mål langs flere dimensjoner i helsepolitikken. Siden det er fylkeskommunene som eier og driver helseinstitusjonene, må staten disponere virkemidler som bidrar til at fylkeskommunene oppfyller statens mål i helsepolitikken. Slike virkemidler kan grupperes i juridiske virkemidler, pedagogiske virkemidler og økonomiske virkemidler.

Det rettes kritikk mot manglende statlig styring av helsevesenet. Denne kritikken kan tolkes på flere måter, som ikke trenger å utelukke hverandre :

- Staten har ikke god nok kunnskap om sammenhengene mellom mål og midler.
- Staten ønsker ikke å bruke de virkemidlene man har til disposisjon.
- Staten har ikke nok virkemidler til å sørge for at målene i helsepolitikken kan bli oppfylt.

Det fins eksempler som kan belyse hver av tolkningene. Staten har lite kunnskap om effekten av de økonomiske virkemidler i helsesektoren. Undersøkelser tyder både på at en betydelig del av de øremerkede overføringer til helsetjenesten i fylkeskommunene lekker ut i form av andre fylkeskommunale tjenester. Dette utdypes i *"For-*

14. Pearsons $r=0,51$ for hele utvalget.

holdet mellom staten og fylkeskommunene" i punkt 5.3.5, og tyder på at staten har hatt en naiv oppfatning av samspillet med kommunesektoren. At kommunesektoren klager over at det er vanskelig å forholde seg til ad-hoc pregede tilskudd, understreker at dette samspillet er komplisert og lett kan få utilsiktede virkninger.

Staten har også manglende kunnskap om effekten av de juridiske virkemidlene. For eksempel er de pasientadministrative data man disponerer, ikke egnet til å kartlegge om lands-, flerregionale- og regionfunksjoner blir utført der det er bestemt at de skal utføres. Man har likeledes manglende kunnskaper om praktiseringen av ventetidsgarantien samsvarer med forskriftens bestemmelser.

Et eksempel på pedagogiske virkemidler er veiledningen for hvilke pasienter som har krav på ventelistegaranti innenfor de aktuelle medisinske spesialiteter. Til tross for denne veiledningen viser nyere undersøkelser at det er betydelig variasjon i legenes oppfatning av hvem som skal omfattes av ventetidsgarantien.

Staten har i flere saker blitt kritisert for ikke å bruke de virkemidler man disponerer gjennom Sykehuslovens § 9a, som gir departementet adgang til å gi bestemmelser om både oppgavefordeling mellom sykehus, anskaffelse og bruk av medisinsk-teknisk utstyr ved sykehus og bruk av metoder for undersøkelse og behandling ved sykehus.

5.3.4 Fylkeskommunal styring

Dagens system med en fylkeskommune i hver helseregion som eier regionsykehus og de andre fylkeskommunene som kjøper regionsykehustjenester, skaper planleggingsproblemer både for vertsfylket og kjøperfylkene. For fylkeskommunen som eier regionsykehuset, vil det være uforutsigbarhet med hensyn til nivået på gjestepasientinntektene. Kjøperfylkeskommunene vil ha valgmuligheter med hensyn til om de vil henvise pasienter til regionsykehuset i egen region, benytte seg av andre tilbud eller behandle pasienter ved egne sykehus. Regionsykehusene kan dermed komme i en situasjon hvor de bygger ut kapasitet som ikke blir etterspurt. Dette kan stille kjøperfylkeskommunene i en sterk forhandlingsposisjon etter at regionsykehuset har bygget ut kapasitet. Det er eksempler på slike situasjoner i forbindelse med hjertekirurgi i helseregionene 3 og 5.

For kjøperfylkeskommunene vil det være problematisk å forutse hvor store gjestepasientutgiftene blir når fylkesbudsjettet settes opp.

Flere regionsykehuseiere prøver å redusere variasjonen i gjestepasientinntektene ved å inngå mer forpliktende kontrakter med kjøperfylkene. Også kjøperfylkene bør være interessert i ordninger som reduserer variasjonen i gjestepasientutgiftene. Utvalget gir en nærmere omtale av slike ordninger i *"Styring og finansiering"* i kapittel 4.2 og i *"Prinsipielt om kontraktstyper"* i kapittel 8.3.

5.3.5 Forholdet mellom staten og fylkeskommunene

Den største andelen av sykehusenes inntekter kommer fra fylkeskommunene. Det er samtidig en økende andel av inntektene som kommer direkte fra staten gjennom tilskudd til poliklinisk undersøkelse og behandling og andre mer midlertidige tilskudd. Denne sammensatte finansieringsmåten bidrar til at partene kommer i mer eller mindre kompliserte spillsituasjoner i forhold til hverandre. I denne sammenhengen oppleves det som kritikkverdig at pasientskjebner inngår i spillsituasjoner mellom stat og fylkeskommune når det gjelder diskusjon av ansvar og myndighet.

Undersøkelser¹⁵ indikerer at iallfall en av fylkeskommunene som er regionsykehuseier, har drevet strategiske disponeringer for å tiltrekke seg ekstra statlige midler. Spillsituasjoner av denne type har en rekke uheldige konsekvenser. For sta-

ten kan det gi uønsket disponering av ressursene. For regionsykehuset gir det ustabile rammebetingelser. For fylkeskommunene kan det over tid gi sterkere statlig styring fordi staten vil forhindre framtidig strategisk tilpasning.

En analyse av effekter av de øremerkede tilskuddene til fylkeskommunene på alle sektorer og til sykehusene direkte, viser at de øremerkede tilskuddene i flere av tilfellene har en negativ effekt på fylkeskommunenes netto driftsutgifter på det område de knyttes til og en positiv effekt på fylkeskommunenes netto driftsutgifter på andre områder¹⁶. Dette gjelder f.eks. for det øremerkede tilskuddet til utdanning, det gjelder toppfinansieringstilskuddet i forhold til sykehusene og det gjelder regionsykehusstilskuddet. Regionsykehusstilskuddet har en svak, negativ effekt på fylkeskommunenes utgifter til sykehus og en svak, positiv effekt på utgiftene til andre sektorer.

Regionsykehusstilskuddene (funksjonstilskuddet og basistilskuddet) ble beskrevet i "*Styring og finansiering*" i kapittel 4.2. Regionsykehusstilskuddene overføres fra staten til de fylkeskommunene som har regionsykehus. Det har blitt hevdet at regionsykehusstilskuddene delvis blir brukt til å subsidiere fylkeskommunenes øvrige aktiviteter. Denne påstanden kan gis to tolkninger som ikke utelukker hverandre:

- Fylkeskommunene anvender ikke midlene slik det er forutsatt. Dette er i prinsippet mulig fordi det ikke rapporteres om bruk av midlene
- Fylkeskommuner med regionsykehus bruker mindre av sine frie midler på sykehustjenester enn de ville ha gjort uten regionsykehusstilskuddet.

Den første tolkningen vet vi ikke om er korrekt. Den andre tolkningen støttes av de undersøkelsene som ble referert over.

Poliklinikkrefusjonene som er et prisvridende tilskudd som går direkte til sykehusene, har positiv effekt på fylkeskommunenes netto driftsutgifter til sykehusene. En rimelig tolkning av dette er for det første at poliklinikkrefusjonene ikke fullt ut er kostnadsdekkende. Desto større omfang av poliklinikkrefusjoner, desto større blir også fylkeskommunens utgifter til sykehusene. Et annet moment er at refusjonsordninger av denne typen har som effekt at ulikheter mellom fylkeskommunene øker. Dette har sin årsak i at fylkeskommunene med de høyeste (frie) inntektene har muligheter til å betale sin andel av flere poliklinikkonsultasjoner enn fylkeskommunene med de laveste inntektene. Fylkeskommunene med de høyeste inntektene får dermed ut større poliklinikkrefusjoner enn fylkeskommuner med de laveste inntektene, alt annet likt.

Det vi kan trekke ut av analysen, er at spesielt de øremerkede rammetilskuddene har svake og kanskje til og med utilsiktede effekter. Når staten innfører eller øker øremerkede rammetilskudd, så vil fylkeskommunene redusere sin innsats. Effekten på samlet ressursinnsats på det aktuelle område blir dermed svakere enn mange forventer.

Som omtalt i "*En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene*" i kapittel 9 mottar fylkeskommunene midler til dekning av kapitalkostnader på grunn av sykehusutbygging både fra SHD og KAD. Skjønntilskuddsmidler fra KAD gis på grunnlag av en samlet vurdering av fylkeskommunens økonomiske situasjon. For staten blir det vanskelig å foreta en likebehandling av fylkeskommuner når midler til kapitalkostnader vurderes i to departementer. For fylkeskommunene er det

15. Carlsen, F. 1995. Hvorfor rammefinansieringssystemet sviktet. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, (11), 2:133149.

16. Hagen, T. P. 1996. Effekter av øremerkede tilskudd til fylkeskommunene. NIBR-notat 1996:112. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

arbeidskrevende å forholde seg til to departementer og det gir grunnlag for spillsituasjoner.

5.3.6 Regional samordning av sykehustjenestene

Det er grunn til å stille spørsmål ved struktureringen av det samlede helsetilbud innenfor den enkelte region. Fylkespolitikere vil også ha lokalpolitiske hensyn å ivareta. De må veie disse hensynene mot en effektiv sykehusstruktur ut fra nasjonale målsettinger. Ofte leder dette til beslutninger som gir lav effektivitet på grunn av dublering av behandlingsskapasitet og for stor spredning av akuttberedskap. Dette er et av hovedtemaene i Stortingsmelding nr. 50 (1993-94). Her finner en overskrifter som «Sykehusstrukturen må forbedres» og «Manglende helhetstenkning». Utvalget vil i dette kapitlet begrense seg til å beskrive noen eksempler på samordningsproblemene. Det er grunn til å understreke at eksemplene ikke blir brukt for å kritisere enkeltfylker, men utelukkende for å illustrere de samordningsproblemene som er involvert. De første tre eksemplene refererer seg til samordningsproblemer internt i de tre fylkene Østfold, Telemark og Vestfold.

Østfold

Fylket har 5 somatiske sykehus: Sentralsykehuset i Fredrikstad, Sarpsborg (avd. av sentralsykehuset) og lokalsykehusene i Moss, Halden og Askim. Det har i flere år vært debatt om sykehusstrukturen. Føde/barsel ble sentralisert på 1980-tallet til Fredrikstad til tross for store protester fra de byene som mistet denne funksjonen. På slutten av 1980-tallet startet fylkeskommunen en utredning om funksjonsdeling av tjenester mellom sykehusene. I innstilling til Fylkestinget ble det fra fylkesrådmannen foreslått at akuttfunksjonen både i indremedisin og kirurgi skulle lokaliseres til sykehusene i Moss og Fredrikstad, mens de andre tre sykehusene skulle konsentrere seg om elektiv virksomhet. I 1993 vedtok Fylkestinget at akuttfunksjonen i kirurgi skulle legges til de to nevnte sykehus, mens alle fem sykehusene fremdeles skulle ha akuttfunksjon i indremedisin.

Det var likevel klart at denne endringen ikke ville løse Østfolds problemer. Fylkeskommunen bruker 7-8 % over landsgjennomsnittet til somatiske sykehus - til tross for fylkets geografi, som mangler både fjell og fjorder.

I 1994 ble en ny utredning startet, men i 1995 ble også denne utredningen lagt på is. Nå er nok en utredning startet opp. Man skal blant annet vurdere å samle akuttfunksjonene ved to eller tre av sykehusene - og vurdere hvilke oppgaver som skal legges til de to eller tre andre sykehusene.

Telemark

Fylket har fire sykehus: Sentralsykehuset i Skien / Porsgrunn, lokalsykehus på Notodden og i Rjukan. Alle sykehusene har i dag fødeavdeling og akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin. De to sykehusene i Øvre Telemark, Notodden og Rjukan er små, med et opptaksområde på henholdsvis 13 500 og 29 000 innbyggere.

Det ble i 1995 laget en utredning for å vurdere hvilke funksjonsendringer som skulle gjøres ved disse sykehusene, som i lang tid har hatt store rekrutteringsproblemer. Tilrådingen til Fylkestinget var at alle fødsler ble lagt til sentralsykehuset, at det ved Notodden ble opprettholdt akuttfunksjoner, mens Rjukan fikk elektive / polikliniske oppgaver. Fylkestinget vedtok imidlertid status quo, i tillegg til å oppruste sykehusene i øvre Telemark med personell man sannsynligvis aldri vil klare å rekruttere.

Vestfold

Fylket har disse sykehusene: Vestfold sentralsykehus (321 senger), lokalsykehus i Horten (50 senger), Larvik (85 senger) og Sandefjord (80 senger). Alle sykehusene har øyeblikkelig hjelp-funksjoner ved kirurgisk og medisinsk avdeling, unntatt Horten som ikke har kirurgisk øyeblikkelig hjelp-funksjon. Vestfold brukte i 1995 5 % mindre på sykehustjenester enn gjennomsnittet på landsbasis. Imidlertid viser tallene en tendens til økning i kostnadsnivået ved sykehusene som er sterkere enn for landsgjennomsnittet.

I 1995 ble det framlagt en omfattende utredning av framtidig arbeidsdeling og sykehusstruktur for fylkets somatiske sykehus. I alt fem modeller ble presentert. Disse omfattet løsningsforslag fra svært store endringer til svært små endringer. Vi refererer hovedpunktene i de mest «ytterliggående» modellene; den mest omfattende modellen for endring, og den med svært små endringer. De andre modellene har ulike løsningsforslag som ligger imellom disse ytterpunktene.

Modell 1: Svært store endringer i arbeidsdeling og struktur.

Alle øyeblikkelig hjelp innleggelser foregår ved Vestfold sentralsykehus.

Akuttberedskap avvikles ved Horten, Sandefjord og Larvik sykehus. Disse blir sykehus med en konsentrasjon av elektiv virksomhet og desentralisering av poliklinisk virksomhet.

Det opprettes felles akuttmottak med observasjonssenger ved Vestfold sentralsykehus.

Det opprettes medisinske akuttsentra med observasjonssenger ved Horten, Sandefjord og Larvik sykehus.

Medisinsk-faglig forsterkede ambulanser integrert i akuttsentraene plasseres ved alle fire sykehusene.

Modell 4: Svært små endringer i arbeidsfordeling og struktur.

Alle kirurgisk øyeblikkelig hjelp-innleggelser foregår ved Vestfold sentralsykehus, Sandefjord sykehus og Larvik sykehus. Medisinsk øyeblikkelig hjelp-innleggelser foregår ved alle sykehusene. (M.a.o. status quo.)

Det blir små muligheter til konsentrasjon av elektiv virksomhet og desentralisering av poliklinisk virksomhet.

Det opprettes felles akuttmottak med observasjonssenger ved alle fire sykehusene.

Medisinsk-faglig forsterkede ambulanser integrert i akuttmottakene plasseres ved alle sykehusene.

Samtlige modeller legger opp til en kvalitetsheving angående vaktberedskap. Likeså er det lagt vekt på nettverksamarbeid mellom sykehusene vedrørende faglige spørsmål og behandlingsopplegg.

Fylkesadministrasjonens innstilling var modell 2A, som i sitt vesentlige innhold innebærer at alle øyeblikkelig hjelp-innleggelser skal foregå ved Vestfold sentralsykehus og Larvik sykehus. Ved de andre sykehusene tenkes øyeblikkelig hjelp-funksjonen avviklet, og sykehusene tenkes å drive med en konsentrasjon av elektiv virksomhet og en desentralisert poliklinisk virksomhet.

Fylkestingets vedtak i desember 1995 var ikke i samsvar med noen konkret modell. Vedtaket sier at alle 4 sykehusene skal opprettholde en øyeblikkelig hjelp-funksjon innen indremedisin. All kirurgisk øyeblikkelig hjelp skal skje ved Vestfold sentralsykehus. Det er ikke tatt stilling til standarden på den medisinske beredskapen i vedtaket. Dette vedtaket kan tolkes som å innebære små endringer i arbeidsdeling og struktur. En annen tolking er at vedtaket er et skritt på veien mot en sentralisering av *alle* øyeblikkelig hjelp innleggelser til Vestfold sentralsykehus.

Disse tre eksemplene belyser problemer med endringer i sykehusstrukturen *innen* et fylke. De understreker dermed at strukturendringer er svært konfliktfylte

selv når alle de involverte sykehusene har samme eier. Strukturendringer tar tid å gjennomføre, og det er ingen automatikk i at en ønsket sykehusstruktur kan realiseres med et enhetlig eierskap.

Det har i den senere tid også vært flere eksempler på problemer med oppgave- delingen mellom fylkeskommunene som utgjør en helseregion.

Utvalget vil også bemerke at selve regioninndelingen, og da særlig for helseregionene 1 og 2, kan skape problemer med å gjennomføre en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom sykehusene. I den sammenheng kan en nevne det store antallet sykehus med akuttberedskap i hovedstadsområdet. En viser her til den utredningen Oslo og Akershus har gjennomført (på tvers av regioninndelingen) for å se på mulighetene for et bedre sykehusstilbud og til det regjeringsoppnevnte hovedstadsutvalgets pågående arbeid.

5.3.7 Profesjonsstyring

Profesjonene i helsevesenet, og spesielt legene, har en betydelig innflytelse på de beslutninger som blir fattet både med hensyn til pasientbehandling, arbeidstidsordninger, utdanningenes omfang og innhold, krav til kompetanse, geografisk fordeling av helsepersonell og mer generelle helsepolitiske spørsmål. En vesentlig del av denne innflytelsen har sammenheng med den medisinske kompetanse de innehar, og er ønsket også fra et bredere helsepolitisk perspektiv. Samtidig kritiseres det at unnfallenhet fra offentlig myndigheter bidrar til at profesjonsstyring og profesjonstridigheter hindrer at viktige strukturelle endringer, både på det enkelte sykehus og i arbeidsdelingen mellom sykehus, blir gjennomført.

5.4 KRITIKKEN I FORHOLD TIL UTVALGETS MANDAT

Bakgrunnen for de problemene som har blitt beskrevet, er utvilsomt meget sammensatt. Faktorer som nivået på ressursinnsats, befolkningens forventninger, organisasjon, finansieringsmåte og eierstruktur vil alle spille en rolle. Samtidig er vår kunnskap mangelfull både om de enkelte faktorenes betydning og om samspillet mellom faktorene.

Av problemer i dagens helsetjeneste som er av særlig relevans for eierstruktur, organisasjon og finansieringsmåte, vil utvalget med utgangspunkt i "[Kritikken mot dagens ordninger](#)" i kapittel 5, oppsummere følgende:

- Gjestepasientsystemet kan medvirke til at tilgangen til regionsykehus tjenester varierer mellom fylkeskommunene. Av flere årsaker er det imidlertid vanskelig å dokumentere slik ulikhet.
- Gjestepasientsystemet skaper planleggingsproblemer både for fylkeskommuner som er eiere og fylkeskommuner som ikke er eiere av regionsykehus, fordi nivået på gjestepasientstrømmene varierer.
- Det er betydelige problemer med å samordne sykehusenes aktiviteter innen enkelte fylkeskommuner, og mellom fylkeskommunene innen den enkelte helseregion. En må anta at dette gir seg utslag i høyere kostnader enn nødvendig. Det kan også være en medvirkende årsak til mangel på personell ved enkeltavdelinger ved mindre sykehus.
- Forholdet mellom universitetene og regionsykehusene er konfliktfylt. Det hevdes at forskning og utdanning prioriteres for lavt i forhold til pasientbehandlingen.
- Statens finansieringssystem overfor fylkeskommunene og sykehusene er lite målrettet. En rekke ad-hoc pregede øremerkede tilskudd har gitt uoversiktlige og utilsiktede effekter.

Utvalget har brukt flere eksempler for å illustrere kritikken. Slike eksempler kan imidlertid ikke uten videre oppfattes som en støtte til dem som går inn for radikale endringer i organisasjonsmåte. Dette har sammenheng med at en ikke kan vite med sikkerhet om en alternativ organisasjonsmåte vil bidra til å løse de problemene som beskrives. Om dette er det ulike oppfatninger i utvalget. Disse oppfatningene vil komme til uttrykk i kapittel 14.

Utvalgets mandat er begrenset til å vurdere endringer i eierstruktur samt eventuelle endringer i organisasjon og finansieringsmåte som kan støtte opp om et eventuelt eierskifte. Mandatet presiserer samtidig at utvalgets forslag må holdes innenfor gjeldende budsjettammer. Utvalgets vurderinger vil dermed være knyttet til om en kan få en bedre utnyttelse av de ressursene sykehussektoren allerede disponerer, ved å endre eierstruktur, organisasjon og finansiering. Utvalget vil imidlertid ikke utelukkende ta utgangspunkt i styrker og svakheter, slik de kan observeres i dag. Det anses som sentralt å ta i betraktning hvilken utvikling man kan forvente i behovet for helsetjenester og i utviklingen av norsk medisin de kommende år. Dette er tema for *"Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret."* i kapittel 6. Deretter vil utvalget i *"Reformbehov og kriterier for evaluering"* i kapittel 7 redegjøre for sin oppfatning av reformbehovet i norsk helsevesen og de evalueringskriterier en vil legge til grunn i vurderingen av ulike modeller for eierstruktur.

KAPITTEL 6

Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret.

Fremstillingen nedenfor er utvalgets vurdering av hvilke utfordringer som vil møte morgendagens sykehus. Det er tatt utgangspunkt i faktorer som oppleves som aktuelle i det daglige arbeidet ved et regionsykehus. Videre analyseres hvilke konsekvenser disse faktorene medfører, og på hvilken måte de utfordrer organiseringen av helsevesenet. Tilslutt problematiseres i hvilken grad trender egner seg som grunnlag for strategiske beslutninger.

6.1 FOLK OG HELSE

Sammensetningen av befolkningen i Norge har endret seg de siste tiårene. Det er grunn til å tro at noen av disse endringene vil fortsette. Det samme kan sies om det panorama av sykdommer befolkningen presenterer for helsevesenet. Hvis vi forutsetter stabil nasjonaløkonomi og fravær av krig, kan vi i stikkords form anta at helsevesenets oppgaver vil måtte ta utgangspunkt i:

- Økt andel eldre i befolkningen.
- Større fokus på at Norge er et flerkulturelt samfunn.
- Miljø- og livstilsrelaterte sykdommer øker; f.eks kreft, luftveisproblemer, rusmiddelbruk og psykosomatiske lidelser.
- Høye forventninger om helsevesenets muligheter til å forbedre det enkelte individs livssituasjon.

6.2 MOLEKYLÆRBIOLOGI

Til nå har sykehusene vært organisert etter hva slags behandling pasienten skal ha (kirurgi, medisin), eller hvilket organ sykdommen ytrer seg i (nefrologi, cardiologi osv.). «Human genome»-prosjektet pågår i USA, og over hele verden foregår forskning med siktemål å kartlegge menneskenes gener og hvordan de reguleres. Det er derfor grunn til å tro at vår kunnskap om menneskets arvemateriale vil øke svært raskt i de kommende årene. I kjølvannet av dette følger ny kunnskap om mekanisme som fører til utvikling av sykdom. «Defekt xx i gen yy på kromosom zz fører til feilfunksjon i protein ww som styrer enzymet rr. Dette medfører igjen at defekte celler av type tt hopper seg opp i organ uu. For pasienten ytrer dette seg med symptomet ss. Anlegget for sykdommen kan påvises fra før fødselen, selv om symptomene først debutterer i qq års alder. Osv.»

Kombinasjonen av slik kunnskap og moderne farmakologi og immunologi åpner for helt nye behandlingsprinsipper av typen «vaksine mot høyt kolesterol eller reumatisme» eller «reparasjon av genetiske defekter med celletransplantasjon». Utviklingen vil stille sykehusene overfor flere utfordringer:

- Store endringer i grenseoppgangen mellom de ulike medisinske spesialitetene og spesialavdelingene.
- Store endringer i repertoaret av diagnostiske, preventive og terapeutiske tiltak et sykehus skal kunne tilby.
- Stor oppgave å skape konsistens i behandlingsskjeden slik at alle aktørene er enige om at en gitt tilstand håndteres på en bestemt måte.

- Stort behov for etterutdanning og oppdatering av medisinske kunnskaper både innenfor sykehusene, blant privatpraktiserende spesialister og i primærhelsetjenesten.
- Gi faglige innspill i en stadig økende medisinsk etisk debatt.

For morgendagens sykehusorganisasjon blir det derfor viktig å ha:

- God evne til å ta beslutninger og til rask omstilling av «produksjonslinjene».
- Klar definisjon av hvem som har ansvar (både faglig og administrativt) for at tiltakene er konsistente, også når behandlingsskjeden omfatter både lokal-, sentral- og regionsykehusfunksjoner.
- God kontakt mot forsknings- og undervisningsmiljøer.

6.3 NY TEKNOLOGI

Det foregår en rivende medisinsk teknologisk utvikling på en rekke områder. Stikkordsmessig kan nevnes eksempler som:

- Tre-dimensjonal computergrafikk basert på ultralyd, røntgen eller magnetisk resonans.
- Ulike typer avanserte apparater som opereres inni kroppen som pacemakere (regulerer hjerterytmen), defibrillatorer (gir automatisk elektroshokk ved hjerrestans), insulinpumper som reguleres av pasientens blodsukker, eller nervestimulatorer som formidler lydsignaler og dermed kan hjelpe døve å «høre».
- Fiberoptikk i stadig tynnere slanger og rør.
- Fjernstyrte miniatyrkapsler som kan slippes inn i kroppen f.eks i tarmkanalen og hente ut prøver av vev og væsker. Osv.

Disse nye anvendelsene av materialteknologi, mikromekanikk, fiberoptikk og informasjonsteknologi stiller morgendagens sykehusorganisasjoner overfor flere nye utfordringer:

- Regionsykehusene blir mer avhengige av kompetente medisinsk-tekniske avdelinger.
- Det medisinske fagpersonellet blir mer avhengige av tverrfaglig samarbeid med ikke-helseutdannede spesialister f. eks. ingeniører og informatikere i arbeidet med den enkelte pasient. Noen av disse ikke-helseutdannede spesialistene vil være ansatt på sykehuset, andre vil være ansatt hos den aktuelle leverandør.
- Økende behov for økonomistyringskompetanse av utviklingsprosjekter. Eksempelvis kan førstegenerasjon av et behandlingsopplegg være lite lønnsomt, men viktig for kompetanseoppbygging. Tredje generasjon kan være svært kostnadseffektivt, og være tilgjengelig lenge før utstyret til første generasjon er utslitt.
- Stort behov for informasjon og etterutdanning, ikke bare på regionsykehuset. Hvis en pasient f.eks. har fått operert en defibrillator inn under huden, vil det være nødvendig at både primærlegen og sentralsykehuset vet hvordan de skal forholde seg med kontroller, ved feilfunksjoner osv.
- Bygningsmessige utfordringer. Ny teknologi medfører ofte behov for ombygging.

6.4 DESENTRALISERING PÅ GRUNN AV TEKNOLOGISK UTVIKLING

Avansert og billig teknologi som er enkel å bruke, fører til omfattende desentralisering. Tjenester som tidligere bare kunne gjøres på regionsykehus, er nå dagligdags

på sentralsykehus og enkelte lokalsykehus f.eks. CT-undersøkelser og ultralydveiledet punksjon av ulike organer. Forskyvning mot hjemmebaserte tjenester er en del av den samme trenden f.eks. hjemme-respirator, HVPU-reformen, terminal pleie osv.

Utviklingen innen informasjonsteknologi er i ferd med å skape dyptgripende endringer i måten sykehusene arbeider på. En sykehuslege kan f.eks. ta opp pasientens sykehistorie ved å ringe hjem til pasienten og samtidig skrive opplysningene direkte inn i sykehusets database. Noen stikkord:

- Telemedisin.
- Integrerte informasjonsnettverk mellom alle helseinstitusjonene i en region.
- Sammenstilling av pasientdokumentasjon, prosedyrer og internasjonal litteratur på samme skjerm.
- Mulighet for like avansert rådgivning uansett geografisk plassering.
- Systemer for bestilling og planlegging av helsetjenester der f.eks. en primærlege bestiller time til ultralydundersøkelse på sykehuset direkte via datanettverket.

Den skisserte utviklingen har mange implikasjoner:

- Grenseoppgangen mellom primær-, lokal-, sentral- og regionfunksjoner bli utydelig. Hva slags funksjon er det f.eks. når primærlegen har fått kontor i en fløy av lokalsykehuset og gjør en videoendoskopisk øre-nese-hals-undersøkelse med on-line veiledning av en spesialist fra regionsykehusets avdeling, eller når et tverrfaglig team på regionsykehuset gjør en telepsykiatrisk funksjonsundersøkelse ved hjelp av hjemmesykepleier og en mobil billedtelefon?
- Kjøp og salg av tjenester på tvers av regiongrensene (og landegrensene).
- Telemedisin kan gjøre det mer attraktivt for spesialister å arbeide ved perifere sykehus.
- Den *teoretiske* studentundervisningen kan bli lettere å gjennomføre ved hjelp av telemedisin.
- Samtidig kan utviklingen tvinge frem en mer desentralisert *praktisk* tjeneste i studietiden.

For morgendagens sykehusorganisasjon blir det derfor viktig å ha:

- Finansieringsordninger som ikke er avhengig av om et gitt tiltak defineres som en primær-, lokal-, sentral- eller regionsykehusfunksjon.
- Realistisk prising og finansiering av telemedisinske tjenester.
- Rammebetingelser som muliggjør kjøp og salg av telemedisinske tjenester også utenfor egen region.
- God kompetanse på kommunikasjon og samarbeid.

6.5 SENTRALISERING PÅ GRUNN AV TEKNOLOGISK UTVIKLING

Kapitalkrevende høyteknologi og subspesialiserte prosedyrer tenderer til å trekke pasientene inn mot regionsykehusene. Eksempler: nye MR-undersøkelser (bilder av kroppens indre basert på magnetisme istedetfor røntgenstråler), implantasjon av intern defibrillator (operasjon med innleggelse av et apparat som kan gi automatisk elektrosjokk ved hjertestans), embolisering av cerebrale aneurismer (sikring av utposninger på blodårene inne i hjernen for å hindre hjerneslag. Prosedyren gjøres inne i blodårene uten å åpne hodeskallen), PTCA-behandling ved coronarstenoser (blokking av tette områder i hjertets kransårer hos pasienter med hjertekrampe), endoskopisk kirurgi («kikkhullsoperasjoner») osv. Sentraliseringen oppstår dels for

å utnytte kostbare investeringer, og dels fordi spesialutdannet personale er mangelvare.

En annen faktor som muliggjør sentralisering, er den omfattende utbyggingen av kommunikasjonen som har funnet sted de siste 10-20 årene. Både veinettet, ambulansetjenesten, fly- og helikoptertransport og telekommunikasjoner knytter oss tettere sammen, og gjør at et stadig større geografisk område er innen rekkevidde på kort tid.

Tendensen er at oppholdet ved regionsykehuset begrenses til bare de dagene regionfunksjonene utøves. Forberedelse og påfølgende pleie skjer ved et sentral- eller lokalsykehus der dette er mulig. Denne tendensen øker behovet for kvalifisert transporttjeneste for alvorlig syke pasienter mellom sykehusene.

En tredje faktor som bidrar til sentralisering, er at mange nye diagnostiske muligheter og behandlingstiltak *først* tas i bruk ved regionsykehusene. Både pasientene og henvisende leger trekkes dermed mot regionsykehusene.

Den sentraliserende utviklingen har flere implikasjoner:

- Økt avhengighet. Sentralsykehuset er avhengig av at regionsykehuset gjør sin lille, men avgjørende bit i en kjede av tiltak. Mangel på kapasitet på regionsykehusene kan gi opphopning av pasienter på sentralsykehusene.
- Resultatoppfølging kompliseres av at flere sykehus kan være involvert i ett behandlingsopplegg.
- Ytterligere økning av pasienttransporter. Samtidig får flere pårørende for lang avstand til å kunne bo hjemme mens deres familiemedlem er på sykehus.
- Usikre arbeidsplasser og nedleggingstrussel på små og perifere spesialavdelinger.
- Sentralisering av tjenester kan gjøre det vanskeligere å rekruttere spesialister til små sykehus.
- Fare for at sykehusene blir store og upersonlige.

For morgendagens sykehusorganisasjon blir det derfor viktig å ha:

- Gjennomgående planleggings- og logistikksystem langs hele behandlingskjeden, slik at ikke sparing på ett sykehus fører til kø eller mangel på pasienter ved et annet.
- Gjennomgående journalsystem som sikrer riktig beslutningsgrunnlag og muligheter for resultatoppfølging.
- Samme betaler for sykehusbehandling og transportfunksjoner, slik at regnestykkene for hva som er lønnsom sentralisering blir mest mulig samfunnsøkonomiske.
- Styrking av tilbudene til pårørende med hensyn på å oppholde seg på eller i nærheten av sykehuset.
- Bedre samarbeid mellom sentral- og regionsykehus om spesialist- og etterutdanning.

6.6 INDIVIDUALISERING

Begrepet «Pasienten i fokus» rommer mange av tendensene i dagens helsevesen. Alt tyder på at denne utviklingen vil forsterkes ytterligere. Stikkordsmessig kan nevnes:

- Pasienten «eier» sin egen helse, retten til opplysninger om sin helse og retten til å gjøre valg av betydning for sin helse.
- Pasienten ser på helsetjenester på linje med andre tjenester i samfunnet. Hvis tjenesten ikke er god nok, kan pasienten klage f.eks til sykehuset eller til Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

- Økt vektlegging av informasjon.
- Økt vekt på valgfrihet mellom flere leverandører av en tjeneste.
- Økt vektlegging av pasientens egen opplevelse av sykehusbesøket: Pasientene har små muligheter til å bedømme kvaliteten på laboratoriesvar, kirurgisk teknikk, medisinske råd osv. Derimot har pasientene ofte meninger om hvorvidt de fikk god nok smertelindrende behandling, om det var mye og uforståelig venting, om personalet var hyggelige og høflige, om maten var god osv. Ved å legge økt vekt på pasientens mening vil betydningen av de faktorer som pasienten selv kan bedømme, øke.

For morgendagens sykehusorganisasjon blir det viktig å være tydelig på:

- Hvem som har det faglige ansvaret for tjenestene pasienten får.
- Hvem som har ansvar for å produsere tjenestene.
- Hvem som har ansvar for å overvåke kvaliteten på tjenestene.
- Hvem pasienten kan henvende seg til hvis han ikke har fått de tjenestene han mener å ha krav på, eller hvis kvaliteten på tjenestene ikke synes god nok.
- Hvem som er behandlende lege når mange behandlere eller flere sykehus er involvert.

Videre vil kravene øke til:

- Dokumentasjon av kvalitet og kompetanse i organisasjonen, og til individuell informasjon.
- Produktkontroll.
- Større forutsigbarhet og pålitelighet med hensyn på timebestilling, innleggesestidspunkter osv.

6.7 STANDARDISERING

Raskere flyt av kunnskap om hva som er ansett å være den beste behandlingen av en sykdom, øker presset på alle sykehus om å kunne levere det samme produktet. Ønsket om bedre samarbeid, dokumentasjon og evaluering tenderer også til å standardisere behandlings-oppleggene. Dette er en del av en generell utviklingstendens i vår tid: Standardisering gir større muligheter for samarbeid, større markeder, bedre kostnadseffektivitet og større mulighet for å sammenligne kvaliteten på produktene eller tjenestene. Eksempler er CEN-arbeidet i EU, standardisering av maskiner og programmer for å få til datanettverk, standardisering av billettbestilling og betalingsformidling osv.

Morgendagens sykehusorganisasjoner vil derfor:

- måtte legge økt vekt på utvikling av kvalitetsystemer, prosedyrer og resultatovervåkning.
- måtte legge økt vekt på utvikling av regional- og nasjonal faglig samordning.
- ha evne til å ta beslutninger om og gjennomføre standardiseringsprosesser.

6.8 HELHET

Flere ulike tendenser og faktorer kan ses på som uttrykk for et økende ønske om et mer helhetlig syn på begrepet helse, og på fokusering av livskvalitet:

- Mange av pasientene ved regionsykehusene har kroniske sykdomstilstander de må leve med hele livet. Oppholdet ved sykehuset handler ofte ikke om helbredelse, men om hjelp til å mestre en vanskelig livssituasjon.
- Økende kunnskap om genetikk og sykdomsdisposisjon vil stille større krav til kompetanse på forebyggende medisin; både individuelle tiltak og veiledning, og på opplegg for grupper.

- Med økende forståelse for de biologiske og biokjemiske komponentene ved psykiatrisk sykdom, og samtidig økt vektlegging av psykososiale aspekter ved somatisk sykdom, er det grunn til å tro at skillet mellom somatiske og psykiatriske sykehus vil bli mer og mer kunstig.
- Mange av de nye diagnostiske og terapeutiske mulighetene innebærer vanskelige etiske avveininger f.eks. under tidlig svangerskap, eller ved kostbar, plagsom eller risikofylt behandling.
- Økende interesse for alternativ medisin.
- Mange av pasientene ved regionsykehusene har flere sykdommer samtidig. Med stadig større subspesialisering av avdelinger og personell, øker faren for ansvarspulverisering og for at pasienten opplever at ingen behandler «hele meg».

Viktige utfordringer til morgendagens sykehusorganisasjoner vil være:

- Å skape gode og medmenneskelige behandlingsmiljøer.
- Å forbedre samspillet mellom psykiatriske og somatiske sykehustjenester.
- Å bygge opp kompetanse på etiske avveininger og integrere etiske avveininger i beslutningsstrukturen både på fagnivå og ledelsesnivå.
- Å tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid om undersøkelse og behandling av pasientene uten samtidig å tilsløre ansvarsforholdene. Dette gjelder både internt i sykehusene, i samarbeidet mellom sykehusene, i samarbeid med kommunehelsetjenesten og i samarbeid med aktører utenfor helsevesenet.

6.9 SÅRBARHET

Med økt spesialisering, effektivisering og økt kompleksitet øker også sykehusenes sårbarhet. Dette er utviklingstrekk sykehusene har til felles med en rekke andre sektorer i samfunnet. Noen eksempler kan belyse dette:

- Mangel på røntgentjenester kan gjøre det vanskelig å drive kirurgisk virksomhet.
- Utstrakt bruk av engangsutstyr gjør sykehusene avhengig av en rekke leverandører.
- Minimalt lagerhold av medikamenter, væsker og annet forbruksmateriell gjør sykehusene svært avhengige av at transportsektoren fungerer både innenlands og utenlands. Svært få av disse varene produseres i Norge.
- Overføring av stadig mer viktig informasjon til elektroniske medier gjør at driftsforstyrrelser i datanettene får større konsekvenser enn før.

Denne utviklingen stiller morgendagens sykehus overfor flere utfordringer:

- Hvordan gjøre organisasjonen mer robust mot mangel på enkelte spesialister?
- Sårbarhet for leveranseforstyrrelser kan motvirkes ved lagerhold. Dette koster penger. Hvordan skal slike merkostnader finansieres?
- Hvordan opprettholde kompetanse og kapasitet for behandlingsbehovet i krigs- og katastrofesituasjoner i et sykehusvesen som er stadig mer tilpasset fred og velstand?

6.10 OM TRENDER SOM GRUNNLAG FOR STRATEGISKE BESLUTNINGER

I fremstillingen ovenfor er en rekke sannsynlige tendenser og utviklingstrekk ved samfunnet og sykehusene beskrevet. En nærliggende tanke er at jo mer en i sine strategiske beslutninger tar hensyn til slike trender, jo bedre vil resultatet være til-

passet morgendagens behov. Noen forhold taler imidlertid for at en slik logikk må brukes med atskillig forsiktighet:

1. *Motstridende trender.* Flere av de faktorene og tendensene som er beskrevet synes å være i konflikt med hverandre. F.eks. Sentralisering/desentralisering. Individualisering/standardisering. Spesialisering/helhet. Effektivitet/sårbarhet.
2. *Utvikling skjer ofte diskontinuerlig.* Historiebøkene forteller gjentatte ganger om det samme mønsteret: Jevn utvikling en periode, avbrutt av plutselige og uventede hendelser. (Naturkatastrofer, politiske endringer, teknologiske gjennombrudd osv). Trendfremskrivning er bra ved jevn utvikling, men ikke til å forutse raske og uventede brudd i utviklingen.
3. *Trender som kan påvirkes.* Noen trender kan ikke påvirkes med de virkemidler en har til rådighet, f.eks. generell teknologisk utvikling i verden, eller aldersammensetning i befolkningen. Andre trender kan påvirkes eller er allerede påvirket av tidligere beslutninger og tiltak, f.eks. ressursforbruk i helsesektoren, ventelister, eller medias økende styring av medisinske beslutninger.

Trendfremskrivning alene løser ikke spørsmålet om hvilken av de motstridende trendene en vil fremme og hvilke en vil dempe. Et alternativ til trendfremskrivning er å basere beslutningene på erfaringer fra andre. Problemet er bare at historisk evaluering av om strategiske beslutninger var riktige, har lang tidsakse. Med de raske endringer som nå skjer i samfunnet og i sykehusvesenet, har vi få erfaringer å bygge på. En står da tilbake med trender som forsiktige rettesnor, godt supplert av analyse, skjønn, intuisjon og politikk.

6.11 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har utvalget gått gjennom endringer innenfor medisinsk teknologi og medisinsens utvikling. Flere av de forhold som er nevnt, viser ikke entydige utviklingstrekk. På noen felter vil imidlertid utvalget påpeke at det er mulig å trekke slutninger, om enn usikre, i forhold til utvalgets mandat. Av forhold som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret, synes å være:

- Kapitalkrevende teknologi og høyspesialiserte prosedyrer vil innenfor mange subspesialiteter trekke pasienter med visse behov til regionsykehusene. Endringene i kommunikasjonsmidler gjør også at et stadig større geografisk område er innen rekkevidde på kort tid. Dette stiller økende krav til lagspill innen en sykehusregion.
- Høy spesialisering og høye kostnader vil imidlertid lede til at oppholdet ved regionsykehusene søkes begrenset til de dager regionfunksjonene utøves. Forberedelse og påfølgende pleie skjer ved sentral- eller lokalsykehus der dette er mulig.
- Dette krever tettere integrering av behandlingsleddene. Grenseoppgangen mellom hva som er primær-, lokal-, sentral- og regionfunksjoner blir mer utydelig. En slik utvikling kan bli påskyndet av utviklingen innenfor telemedisin.
- Velorganisert etterutdanning vil være en nøkkelfaktor for å sette alle som arbeider i helsevesenet i stand til å skape morgendagens helsetjenester.

KAPITTEL 7

Reformbehov og kriterier for evaluering

I dette kapitlet diskuteres først ("*Reformbehovet: Skape et tettere og mer forpliktende regionalt samarbeid*" i kap 7.1) reformbehovet i sykehusvesenet på bakgrunn av de problemer som er beskrevet i "*Kritikken mot dagens ordninger*" i kapittel 5, de utviklingstrekk som er beskrevet i "*Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret.*" i kapittel 6, og de begrensninger som ligger i mandatet. I andre del av kapitlet ("*Kriterier for evaluering*" i kap 7.2) redegjør utvalget for de kriterier som legges til grunn for evaluering av alternative modeller for eierskap, organisering og finansiering.

7.1 REFORMBEHOVET: SKAPE ET TETTERE OG MER FORPLIKTENDE REGIONALT SAMARBEID

Utvalget har i "*Kritikken mot dagens ordninger*" i kapittel 5 gitt en oversikt over de problemer ulike grupper opplever ved helsetjenesten. Flere av disse problemene har ikke direkte sammenheng med utvalgets mandat, men berører forhold som f.eks. ressursinnsats og befolkningens forventninger. Utvalgets mandat er begrenset til å vurdere endringer i eierstruktur samt eventuelle endringer i organisasjon og finansieringsmåte som kan støtte opp om et eventuelt eierskifte. Utvalgets forslag må holdes innenfor gjeldende budsjettammer.

Av problemer i dagens helsetjeneste som er av særlig relevans for eierstruktur, organisasjon og finansieringsmåte, vil utvalget med utgangspunkt i "*Kritikken mot dagens ordninger*" i kapittel 5, trekke fram følgende:

- Gjestepasientsystemet kan medvirke til at tilgangen til regionsykehustjenester varierer mellom fylkeskommunene. Av flere årsaker er det imidlertid vanskelig å dokumentere slik ulikhet.
- Gjestepasientsystemet skaper planleggingsproblemer både for fylkeskommuner som er eiere og fylkeskommuner som ikke er eiere av regionsykehus, fordi nivået på gjestepasientstrømmene varierer.
- Det er betydelige problemer med å samordne sykehusenes aktiviteter innen enkelte fylkeskommuner, og mellom fylkeskommunene innen den enkelte helseregion. En må anta at dette gir seg utslag i høyere kostnader enn nødvendig. Det kan også være en medvirkende årsak til mangel på personell ved enkeltavdelinger ved mindre sykehus.
- Forholdet mellom universitetene og regionsykehusene er konfliktfylt. Det hevdes at forskning og utdanning prioriteres for lavt i forhold til pasientbehandlingen.
- Statens finansieringssystem overfor fylkeskommunene og sykehusene er lite målrettet. En rekke ad-hoc pregede øremerkede tilskudd har gitt uoversiktlige og utilsiktede effekter.

I "*Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret.*" i kapittel 6 har utvalget diskutert faktorer det er grunn til å tro vil prege utviklingen i norsk medisin det neste ti-året. Av forhold som er særlig relevante for mandatet, vil utvalget trekke fram følgende:

- Kapitalkrevende teknologi og høyspesialiserte prosedyrer vil innenfor mange subspecialiteter trekke pasienten med visse behov til regionsykehusene. Endringene i kommunikasjonsmidler gjør også at et stadig større geografisk område er innen rekkevidde på kort tid.

- Høy spesialisering og høye kostnader vil imidlertid lede til at oppholdet ved regionsykehusene søkes begrenset til de dager regionfunksjonene utøves. Forberedelse og påfølgende pleie skjer ved sentral- eller lokalsykehus der dette er mulig.
- Dette krever tettere integrering av behandlingsleddene. Grenseoppgangen mellom hva som er primærfunksjoner, lokal-, sentral- og regionfunksjoner blir mer utydelig. En slik utvikling kan bli påskyndet av utviklingen innenfor telemedisin.
- Økt spesialisering kan føre til at en større del av praktisk studentundervisning bør skje ved sykehus på ulike nivå i sykehushierarkiet.

Flere av problemene som er diskutert i "*Kritikken mot dagens ordninger*" i kapittel 5, kan finne sin løsning i et tettere og mer forpliktende regionalt samarbeid. Dette gjelder spesielt problemene med uhensiktsmessig sykehusstruktur. Flere av endringstrekkene diskutert i "*Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret.*" i kapittel 6, f.eks. økt spesialisering og økt behov for integrering av behandlingsleddene, peker også i retning av økt vertikal integrering av institusjonshelsetjenesten.

En kan ha grader av vertikal (og horisontal) integrasjon av sykehussektoren i en region:

- Nettverksamarbeid i form av frivillige samarbeidsordninger mellom de enkelte fylkeskommuner og sykehus.
- Formelle kontrakter mellom sykehus og fylkeskommuner som regulerer samarbeidet.
- Statlige pålegg om samarbeid mellom sykehus og fylkeskommuner på områder hvor regional samordning blir ansett som viktig.
- Full integrasjon av sykehusene i en region ved hjelp av et interfylkeskommunalt selskap eller ved at staten overtar eierskapet til alle sykehusene..

I litteraturen kan en blant annet finne disse argumentene for integrasjon:

- Arbeidsdeling kan bidra til stordriftsfordeler. For enkelte undersøkelser og behandlinger kan begrensning av opptaksområdet til et fylke innebære liten kapitetsutnyttelse og dermed høye enhetskostnader. Arbeidsdeling mellom sykehus og fylkeskommuner kan gi bedre kapasitetsutnyttelse og dermed lavere enhetskostnader.
- Arbeidsdeling kan medføre positive læringseffekter. Det hevdes at enkelte undersøkelser og behandlinger i dag blir gjort i et for lite antall til at kvaliteten blir god nok. Arbeidsdeling kan bidra til at de som utfører undersøkelser og behandlinger, kan øke antallet innenfor sin spesialitet.
- En bedrift som påtar seg opplæringskostnader, kan risikere at en arbeidstaker slutter og begynner i en annen bedrift når opplæringen er avsluttet. Bedriften påtar seg dermed kostnader med mulighet for ikke å få del i gevinsten i form av en dyktigere medarbeider. Dette kan medføre at det blir brukt mindre ressurser til opplæring og videreutdanning enn det som er samfunnsøkonomisk optimalt (på grunn av eksterne effekter). Integrasjon medfører at gevinstene ved opplæring og videreutdanning i større grad kommer bedriften til del. Det kan medføre at mer ressurser blir brukt på disse aktivitetene.
- Koordinering av behandlingsforløp hvor flere sykehusnivåer er involvert. Mange slike behandlinger er individuelt tilpasset og lite egnet for formelle kontrakter mellom de enkelte behandlingsnivåene.
- En viktig del av virksomheten ved regionsykehus er å gi råd om pasientbehandling til sentralsykehus og lokalsykehus. Denne virksomheten er ressurskre-

vende, uten at den er inntektsbringende for regionsykehuset. Dette kan medføre at rådgivning får et for lite omfang, og at pasienter blir innlagt på et høyere nivå enn nødvendig. Integrasjon vil medføre at de positive effekter av rådgivning blir internalisert i organisasjonen. Dette oppmuntrer til et større omfang av kollegial rådgivning mellom sykehusene.

- En stor andel av realkapitalen i sykehussektoren er spesialisert og har dermed få alternative anvendelser. En regionsykehuseier som gjør en større investering, vil dermed være avhengig av lojalitet fra de andre fylkeskommunene i regionen. Uten slik lojalitet kan enkelte tilbud enten ikke bli bygd ut eller de kan bli bygd ut i for liten skala på for mange steder. Integrasjon vil medføre mindre risiko forbundet med store investeringer.
- Stedbundethet. En del akuttbehandlinger er avhengig av å skje i nærheten av pasientenes hjemsted. Dette begrenser mulighetene for konkurranse mellom sykehus.

Integrasjon medfører også kostnader. Man har planleggingsproblemer som består i at det er teknisk komplisert å planlegge aktiviteten i store organisasjoner med gjensidig avhengighet mellom de enkelte aktiviteter. Det kan videre oppstå informasjonsproblemer ved at det blir lang avstand fra beslutningstaker til de som skal utføre aktivitetene. Dette har i noen grad å gjøre med de tekniske problemene. Viktigere er antakelig insitamentene til å sile informasjon, slik at lavere enheter bare rapporterer det man selv har fordel av. I mange tilfeller vil ikke overordnede organer ha nok kunnskap til å oppdage slik siling. En kan også ha problemer knyttet til fremmedgjøring i store organisasjoner.

Det er enighet i utvalget om at et tettere og mer forpliktende regionalt samarbeid er en nødvendig forutsetning både for å sikre en til enhver tid hensiktsmessig sykehusstruktur og for å svare på utfordringene innen den medisinske utvikling. Utvalget vil beskrive og evaluere alternative modeller for eierskap, organisering og finansiering som bidrar til et slikt samarbeid. Det er samtidig ulike meninger i utvalget om hvor langt en bør gå i å integrere sykehussektoren i den enkelte helseregion. Dette vil komme fram i utvalgets innstilling i "*Utvalgets innstilling*" i kapittel 14.

7.2 KRITEIRER FOR EVALUERING

I hvilken grad et tettere og mer forpliktende regionalt samarbeid lar seg realisere, vil være ett sentralt kriterium for evaluering av de modeller for eierskap, organisering og finansiering som utvikles. Modellene må også vurderes opp mot kriterier avledet fra helsepolitiske og andre samfunnsmessige mål slik disse f.eks. er nedfelt i offentlige dokumenter.

Flere kriterier som vil være relevante i en *bredere* helsepolitisk diskusjon, er imidlertid utelatt her. For eksempel vurderer utvalget det ikke som relevant å diskutere eierskap i forhold til pasientrettigheter som valgfrihet og rettsikkerhet. Det er utvalgets syn at disse forholdene vil kunne realiseres innenfor alle de diskuterte modeller.

Det vil sjelden være slik at en bestemt modell er den beste for å nå alle relevante mål. Valg av modeller for eierskap o.a. må derfor baseres på avveininger. Til grunn for slike avveininger ligger mer grunnleggende verdier. Utvalgets endelige avveininger gjøres i "*Utvalgets innstilling*" i kapittel 14.

7.2.1 Pasienten i fokus

Utvalget har gjennom sitt arbeid hatt som en grunnleggende premiss at *pasienten er fokus* for helsetjenesten, dvs. at det er pasientens behov som skal styre utviklingen av helsetjenesten. I Norge har det vært bred enighet om at denne målsettingen best ivaretas gjennom en helsetjeneste underlagt politisk styring. Dette har flere årsaker. I første rekke er argumentet for politisk styring at dette gir høyere formålseffektivitet enn en markedsmessig anskaffelse av helsegoder. Et uregulert helsemarked kunne gi mindre tilgang til helsegoder enn ønskelig. Dessuten kunne fordelingen av ressursene mellom ulike deler av helsetjenestene bli slik at helsetjenesten ikke på en best mulig måte bidro til en god folkehelse. Det andre argumentet for politisk styring av helsevesenet er fordelingsmessig. Politisk styring gir gode muligheter for å skape lik fordeling av helsetjenester mellom individer og grupper av folket.

Innbyggernes opplevelse av helsetjenesten vil variere. I enkelte situasjoner møter vi helsetjenesten som pasienter. Pasientens opplevelse av helsetjenesten vil avhenge av om behandlingen er god. Dette betyr etter utvalgets mening at behandlingen er *tilgjengelig* og har tilfredstillende *faglige standard*. Den faglige standarden på pasientbehandlingen vil i sin tur avhenge av standarden på *forskning og utdanning* og helsetjenestens *fornyelses- og omstillingsevne*. Økt *regional samordning* av institusjonshelsetjenesten er etter utvalgets syn et virkemiddel i forhold til tilgjengelighet, standard på pasientbehandling, standard på forskning, utdanning og kunnskapsformidling og fornyelse- og omstillingsevne. I kravet om regional samordning ligger også et ønske om at institusjonshelsetjenesten må kunne *integreres med primærhelsetjenesten*. Bare velutviklede rutiner for samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten kan sikre at pasientene behandles på riktig nivå. Dette vil i sin tur være avgjørende for pasientenes tilgjengelighet til institusjonshelsetjenesten.

I andre tilfeller møter vi helsetjenesten som skattebetalere og samfunnsborgere. I denne situasjonen vil vår opplevelse av helsetjenesten være avhengig av hvordan den integreres i andre deler av samfunnet. Da vil det stilles krav om god styring. Med krav til god styring vil utvalget mene at en modell for eierskap, organisering og finansiering må gi muligheter for *kostnadskontroll*. Den enkelte modell må også være *stabil* over tid. Kostnadskontroll og institusjonell stabilitet vil være påvirket av flere forhold, f.eks. av mulighetene for *lokal politisk deltakelse*, av at modellen har *legitimitet* eller folkelig oppslutning og av at *kostnadseffektiviteten* er høy.

I det følgende gis en nærmere utdypning av evalueringskriteriene. Først diskuteres kriterier avledet av krav om god pasientbehandlingen, deretter kriterier avledet av krav om god styring.

7.2.2 Kriterier avledet av krav om god behandling

Krav om god behandling må etter utvalgets oppfatning bety at flere forhold oppfylles.

Lik tilgjengelighet til sykehustjenester

Dette innebærer at det skal være et likt behandlingstilbud for en bestemt sykdom uavhengig av bosted, sosial status og betalingsevne. Det vil si at det skal foreligge et behandlingstilbud som ved akutte alvorlige lidelser skal være raskt tilgjengelig (i nokså lik avstand tidsmessig) for alle. Ved andre sykdomstilstander skal det være en akseptabel lang ventetid.

I forhold til en eventuell endring av eierskap for regionsykehusene er det særlig relevant å diskutere om f.eks. statlig overtakelse skaper større ulikhet i tilgjengelighet.

heten ved at det blir dårligere integrasjon mellom sykehus på et lavere nivå og regionsykehusene.

Muligheter for regional samordning

Siden midten av 1970 årene (St.meld. nr. 9 (1973-75)) har det vært en grunnleggende premiss for sykehusvirksomheten at den skal baseres på samarbeid og spesialisering innenfor regioner. Som utvalget har gjort rede for ved innledningen til dette kapitlet, er et tettere og mer forpliktende regionalt samarbeid enn dagens nødvendig både for løse problemene med en uhensiktsmessig sykehusstruktur og for å møte framtidige utfordringer.

Høy faglig standard på pasientbehandlingen

Dette innebærer at det skal være tidsmessige behandlingsmetoder som tilbys, og at det bør være en minstandard for den medisinske kvaliteten på tjenesten såvel som for omsorgstilbudet og den helhetlige service som gis. Regionsykehusene må bl.a. ha muligheter for å videreutvikle og etablere nye behandlingsmetoder. Den faglige standarden på pasientbehandlingen vil kunne økes gjennom økt regionalt samarbeid, bl.a. som følge av at dette gir muligheter for bedre å utvikle gjennomgående behandlingsskjeder for pasientene.

Høy faglig standard på klinisk forskning, utdanning og kunnskapsformidling

Noen felter peker seg ut som viktige og grunnleggende for å ivareta helsetilbudet på lang sikt, og som derfor staten særskilt må påse blir ivaretatt. Dette gjelder forskning og utviklingsarbeid og utdanning av helsepersonell. Det hevdes idag med styrke fra de medisinske fakultetene at dagens modell ikke i tilstrekkelig grad ivaretar hensyn til høy standard på forskning, utdanning og kunnskapsformidling. Viktige virkemidler i forhold til å høyne standarden på forskning, utdanning og kunnskapsformidling er utvikling av bedre samarbeid mellom universitene og sykehusene, og utvikling av samarbeid mellom sykehusene i regionen.

Fornyelses- og omstillingsevne

Sykehusenes står som andre virksomheter, overfor betydelig fornyelses- og omstillingskrav. For at fornyelseskravene skal kunne realiseres er utfordringen for sykehusene dobbel. For det første må de bidra med informasjon og kunnskaper som gjør at overordnede myndigheter får det grunnlag som er tilstrekkelig for å fatte beslutninger om overordnede omstillinger. For det andre må de selv være i stand til å utvikle og iverksette egne omstillingsvedtak innenfor de rammer som er gitt. Det er rimelig å anta at økt regional samordning vil øke fornyelses- og omstillingsevnen i sykehusene, bl.a. som følge av spesialisering og integrering.

Integrering med primærhelsetjenesten

I løpet av 1980-årene er primærhelsetjenesten sterkt utbygget. En rettesnor for utbyggingen har vært at behandling og omsorg for pasientene skal skje på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). I forhold til vurdering av eierskapet for sykehusene, må sykehusenes integrering i forhold til primærhelsetjenesten vurderes. Det må klargjøres om ulike modeller for eierskap reduserer mulighetene for vertikal integrasjon mellom sykehusene og primærhelsetjenesten.

7.2.3 Kriterier avledet av mål om god styring

Mål om politisk styring setter strenge krav til at virksomhetene som skal styres, er konstituert på en måte som gjør at styring- og kontrollrelasjoner skal kunne utføres med høy grad av pålitelighet og presisjon. Virksomhetene må være politisk styrbare. Styrbarhet betyr i denne sammenhengen at det skal foreligge styringsmuligheter, ikke primært et krav om maksimal styring. I Norge har både staten og fylkeskommunene tradisjoner i å avgrense sin styring. Kravet om politisk styrbarhet betyr heller ikke at markedsliknende virkemidler ikke kan være relevante å benytte innenfor og mellom offentlige organisasjoner f.eks. for å få høyere kostnadseffektivitet, eller at private elementer ikke kan benyttes i anskaffelsen av helsetjenester. Det utvalget vil avlede av kriterier fra mål om god styring er i første rekke:

Kostnadskontroll

Enhver virksomhet, privat eller offentlig, må ha muligheter for kontroll med de totale kostnadene ved virksomheten. Mens private virksomheter stilles overfor markedets dom, vil kravet om kostnadskontroll i offentlig sektor reflekteres gjennom samsvar mellom overordnede politiske budsjettvedtak og virksomhetens regnskaper. Mangelfull kostnadskontroll kan oppstå både ved at det skjer budsjettoverskridelser, men også ved at kortsiktige krav om tilleggsbevilgninger setter overordnede prioriteringer til side.

Helsetjenesten er et område som de siste ti-årene har vært kjennetegnet av ideologiske konflikter og politisk strid. I et slikt politisk klima det vil være muligheter for alliansedannelser mellom ulike aktører som har som målsettinger å underminere mulighetene for å holde kostnadene under kontroll. Dette stiller strenge krav til de eier- og organisasjonsformer som velges.

Lokal politisk styring

Det har vært en premiss i dagens modell med fylkeskommunalt eierskap til sykehusene at det skal foretas lokale (fylkeskommunale) avveininger om ressursinnsatsen i h.h.v. utdanning, helse, samferdsel og andre fylkeskommunale tjenesteområder. Argumentet for denne organiseringen er todelt. For det første, vil lokal styring øke legitimiteten til de beslutninger som fattes. Dette har sin bakgrunn i at lokal styring forutsetter lokal deltakelse. Deltakelse øker sannsynligheten for at beslutninger aksepteres av innbyggerne, selv om de i utgangspunktet er uenig i vedtaket som er fattet. For det andre, vil lokale beslutninger reflektere lokale preferanser og dermed gi et godt lokaltilpasset tilbud av de ulike tjenestene. I hvilken grad ulike modeller muliggjør lokal politisk styring av tjenestene er et sentralt kriterium for evaluering.

Legitimitet

Enhver organisasjon er avhengig av borgernes (stilltiende) samtykke for å ha gode vilkår. Dette angår organisasjonens legitimitet. Hvilke faktorer som påvirker en organisasjons eller institusjons legitimitet er ikke helt klart. Deltakelse er som nevnt i forrige avsnitt, en mulig faktor som bestemmer organisasjonens legitimitet. En må dessuten anta at faktorer som beslutningsevne, effektivitet, og rettferdighet i beslutningene vil spille inn på folks oppfatning av organisasjonens legitimitet.

Institusjonell stabilitet

Selv om det er et krav at sykehusene klarer å fornye og omstille seg i takt med endringer i teknologi og sykdomsbildet, er det også et moment at selve den eier- og organisasjonsmodell som velges, må være rimelig stabil overfor endringer i omgivelser og i forhold internt i organisasjonen. Med dette menes ikke at eier- og organisasjonsformen er fastlagt en gang for alle, men at den er såpass robust at den vil eksistere uavhengig av forhold som ikke er direkte politisk styrbare. Vil f.eks. ulike modeller for eierskap være sårbare for statsfinansielle problemer? Vil modeller med interfylkeskommunalt eierskap eller eierskap under større fylkeskommuner etter hvert miste sin legitimitet og dermed øke behovet for statlig eierskap?

Kostnadseffektivitet

Med kostnadseffektivitet eller produktivitet forstår en forholdet mellom ressursmengde, f.eks. målt ved samlede kostnader, og den ytelsemengde som en organisasjon frambringer. Det er gjort et betydelig arbeid med å spesifisere kostnader og ytelser ved norske sykehus, blant annet gjennom innføringen og utviklingen av DRG-systemet. Flere forhold som drøftes av utvalget kan påvirke sykehusenes kostnadseffektivitet. For det første, forskjellige modeller for eierskap kan gi ulike forutsetninger for å hente ut stordriftsfordeler i produksjonen. For det andre, ulike finansierings- eller kontraktsformer kan påvirke sykehusenes insentiver for kostnadseffektiv drift. For det tredje, de forskjellige modellene kan gi muligheter for varierende grad av sammenligninger av produksjon og kostnader mellom sykehusene.

7.3 OPPSUMMERING

Utvalget har i "[Reformbehov og kriterier for evaluering](#)" i kapittel 7 konkludert med at det er behov for økt regional samordning for å bøte på problemene som er drøftet i "[Kritikken mot dagens ordninger](#)" i kapittel 5, og for å møte utfordringer diskutert i "[Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret.](#)" i kapittel 6. Av argumenter som særlig taler for økt regional samordning, er en uhensiktsmessig sykehusstruktur, økende spesialisering og økt behov for å integrere ulike behandlingsledd.

Økt regionalt samarbeid kan oppnås både gjennom nettverkssamarbeid i form av frivillige samarbeidsordninger mellom de enkelte fylkeskommuner og sykehus, formelle kontrakter mellom sykehus og fylkeskommuner som regulerer samarbeidet, statlige pålegg om samarbeid mellom sykehus og fylkeskommuner på områder hvor regional samordning blir ansett som viktig, og full integrasjon av sykehusene i en region ved hjelp av f.eks. et interfylkeskommunalt selskap eller ved at staten overtar eierskapet til alle sykehusene. Argumentene for økt samarbeid eller integrasjon, er i første rekke at arbeidsdeling kan bidra til stordriftsfordeler, positive læringseffekter og internalisering av opplæringskostnader, bedre koordinering av behandlingsforløp der flere sykehus er involvert, og muligheter for å gjennomføre store investeringer. Økt integrasjon har også kostnader. Disse er knyttet til planleggingsproblemer, informasjonsproblemer og fremmedgjøring.

At det er knyttet både gevinster og kostnader til alternative former for organisering, skaper behov for et bredere spekter av kriterier organisasjonene må vurderes opp mot. Utvalget har avledet kriterier for evaluering fra mål om god pasientbehandling og mål om god styring. Utvalget evaluerer alternative modeller opp mot følgende kriterier:

- Lik tilgjengelighet til sykehustjenester

- Muligheter for regional samordning
- Høy faglig standard på pasientbehandlingen
- Høy faglig standard på klinisk forskning, utdanning og kunnskapsformidling
- Fornyelses- og omstillingsevne
- Integrering med primærhelsetjenesten
- Kostnadskontroll
- Institusjonell stabilitet
- Lokal politisk styring
- Legitimitet
- Kostnadseffektivitet

Dermed er problemet stilt, reformbehovet definert og kriterier for evalueringer av ulike eier- og organisasjonsløsninger valgt. I "*Alternative eieformer og finansieringsmåter*" i kapittel 8 gir utvalget en oversikt over prinsipielle alternativer for eierskap, organisering og finansiering, før en mer detaljert presentasjon og diskusjon av ulike modeller følger i "*En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene*" i kapitlene 9- "*Undervisning og forskning i et regionalisert helsevesen*" i 13.

KAPITTEL 8

Alternative eieformer og finansieringsmåter

Formålet med dette kapitlet er å redegjøre for alternative tilknytningsformer for statlig og fylkeskommunalt eie av sykehusene ("*Eierskap og tilknytningsformer i offentlig virksomhet*" i kap.8.1), samt mulige finansieringskilder ("*Finansiering*" i kap. 8.2) og kontraktformer ("*Prinsipielt om kontraktstyper*" i kap. 8.3) med relevans for sykehussektoren. De ulike dimensjonene knyttes sammen i "*Kombinasjoner av eierskap og finansieringskilder*" i kapittel 8.4, der utvalget redegjør for de kombinasjoner av eierskap og finansieringskilder en vil konsentrere utredningen om. Beskrivelsene i dette kapitlet er holdt på et nokså generelt plan. De begreper og sammenhenger som presenteres, vil imidlertid bli brukt i beskrivelsen og diskusjonen av egenskaper ved de konkrete modellene som drøftes fra "*Statlig overtakelse av drifts- og eieransvar bare for regionsykehusene*" i kapittel 10 og utover.

8.1 EIERSKAP OG TILKNYTNINGSFORMER I OFFENTLIG VIRKSOMHET

Det er betydelige prinsipielle likheter mellom stat og fylkeskommuner når det gjelder muligheter for variasjon i tilknytningsformer. Her gis først en oversikt over tilknytningsformer ved statlig eierskap, deretter en tilsvarende oversikt over tilknytningsformer ved fylkeskommunalt eierskap. Når det gjelder fylkeskommunale tilknytningsformer har utvalget i hovedsak avgrenset seg til en diskusjon av former for interfylkeskommunale samarbeidsordninger.

8.1.1 Statlig eierskap¹⁷

Det er tre hovedtilknytningsformer for statlig virksomhet i Norge i dag:

- Forvaltningsorgan med underformer ordinære forvaltningsorgan og forvaltningsbedrift
- Statseide selskap med underformer statsaksjeselskaper, statsforetak og særlovselskaper
- Stiftelser, o.l.

Her beskrives viktige kjennetegn ved hver av hovedtilknytningsformene, spesielt med hensyn til styrings- og ansvarsforhold. Tilknytningsformen legger grunnlaget for hvordan en virksomhet kan styres fra overordnet nivå. Den legger også føringer på virksomhetens handlefrihet i forhold til andre virksomheter. Den «ytre» tilknytningsformen har dermed følger for interne forhold i virksomheten.

Sentrale trekk der hovedtilknytningsformene skiller seg ad, er: 1) Rettslig status: hvorvidt virksomheten er del av staten som juridisk person eller et eget rettssubjekt. 2) Plassering av ansvaret for organisering og strategisk styring; om det er hos statsmyndighetene eller hos virksomheten selv. 3) Plassering av ansvaret for økonomi og finansielle ressurser; om ansvaret er plassert hos statsmyndighetene eller hos virksomheten selv. 4) Personalets status, om de er statstjenestemenn eller ikke, hva slags lov- og avtaleverk som gjelder. 5) Muligheter til ivaretagelse av overordnede styringsbehov i forhold til den løpende driften.

17. Gjennomgangen i 8.1.1 bygger på utredningen «Valg og utforming av statlige tilknytningsformer for regionsykehus», som Øystein Solheim Lien har gjort på oppdrag av sekretariatet. Hans utredning er et uttrykt vedlegg til utvalgets utredning.

Det er viktig å understreke at valget av tilknytningsform ikke entydig fastlegger verken den faktiske styringen til overordnede myndigheter/eiere, eller handlefriheten til virksomheten. Innenfor den samme tilknytningsformen er det rom for forskjellige blandingsforhold mellom overordnet styring og virksomhetens handlefrihet. De nærmere definerte styringsformene legger heller ikke entydige føringer på den faktiske atferden og handlingene til overordnede myndigheter eller eiere, styrer og virksomhetens ledere. Innenfor en og samme tilknytningsform og samme styringssystemer kan det utvikle seg mange typer beslutningsatferd og kommunikasjonsformer.

Forvaltningsorganer

Det meste av statens virksomhet, herunder direktoratene og andre sentraladministrative institusjoner med hele landet som virkeområde, er organisert innenfor rammen av staten som juridisk person, det vil si som forvaltningsorganer. Hovedformen statlig forvaltningsorgan gir det politisk ansvarlige nivået fulle muligheter for styring. I forhold til tjenesteproduserende virksomheter innebærer dette muligheter for å styre formål, virkefelt og organisering. Det samme gjelder oppgavespesialisering og innretning av styringssystemet, slik at tjenesteytingen kan skje på en måte som er i samsvar med innholdsmessige mål og standarder, og som ivaretar samordningshensyn. I styring av tjenesteproduserende forvaltningsorganer, er sentrale hensyn både å sørge for overordnet eller strategisk styring og at virksomheten får så vide fullmakter at det gis mulighet for brukertilpasning og kostnadseffektiv drift.

Forvaltningsorganene har følgende grunnleggende trekk:

- de er del av staten som juridisk person,
- de er direkte underlagt Stortingets, regjeringens og vedkommende departementorganiserings- og styringsmyndighet og alminnelige instruksjonsmyndighet,
- det foreligger således muligheter for overordnet styring av alle sider ved den løpende driften,
- de finansieres helt eller delvis gjennom bevilgninger fra Stortinget, og er underlagt vedkommende departements bevilgningsreglement og statens økonomiregelverk,
- de kontrolleres av Riksrevisjonen,
- de omfattes av forvaltningsloven, offentlighetsloven og Sivilombudsmannens kompetanse,
- de ansatte er statstjenestemenn som omfattes av tjenestemannsloven og tjenestetvistloven, samt de tariffavtaler som inngås mellom staten og hovedorganisasjonene.

Det er mulig å gi forvaltningsorganene spesialtilpassede fullmakter, f.eks. gjennom tilpasning av organisasjons- og styringsformer.

Den *ordinære forvaltningsorgan*formen benyttes av virksomheter der det utføres direkte myndighetsutøvelse (f.eks. skatteetaten, tollvesenet og politiet), virksomhet der det stilles krav til samordning mellom virksomhetene (f.eks. universitet og høyskoler), virksomheter som driver fordelings- og tilskuddsadministrasjon (f.eks. Rikstrygdeverket) og virksomhet som anskaffer kollektive goder (f.eks. forsvaret og vegvesenet). Det er verdt å merke seg at statssykehusene idag er organisert som ordinære forvaltningsorganer.

Det er antatt at hovedformen forvaltningsorgan ivaretar forskjellige typer behov for politisk styring på en god måte. Samtidig er det trekk ved denne formen, og da særlig den ordinære forvaltningsorganformen som iallfall i utgangspunktet ikke

framstår som egnet for produksjon av individualiserbare tjenester. Denne spennin- gen i styringsbehovene og rammevilkårene for virksomhetene har ført til at det innenfor hovedformen forvaltningsorgan, i tillegg til den ordinære forvaltningsor- ganformen, er utviklet en form som kalles forvaltningsbedrift.

Forvaltningsbedriftsformen ivaretar idag i første rekke den tjenesteyting som skjer på forretningsmessig grunnlag i et marked, men der myndighetene har behov for å styre sider ved den løpende driften. I de siste åra har en også tatt i bruk forvalt- ningsbedriftsformen for å organisere statlig intern tjenesteyting, f.eks. er Statsbygg omdannet til forvaltningsbedrift.

Forvaltningsbedriftsformen skiller seg fra den ordinære forvaltningsorganfor- men først og fremst ved at det er gjort unntak for enkelte sentrale bestemmelser i bevilgningsreglementet:

- unntak fra fullstendighetsprinsippet ved at driftsutgiftene nettobudsjetteres,
- unntak fra kontantprinsippet ved at investeringene aktiveres, rentebelastes og avskrives over driften.

I tillegg til disse «definitoriske» kjennetegnene, er forvaltningsbedrifter gitt større fullmakter enn de ordinære forvaltningsorganene innen lønns- og personalområdet og bygg- og eiendomsforvaltning.

Omfanget av fullmaktene på disse feltene varierer i praksis ganske mye med bedriftenes størrelse, kompetanse og særskilte behov. Bedrifter med noenlunde balanse over tid mellom driftsutgifter og -inntekter har dessuten anledning til å bygge opp et eget reguleringsfond.

De nevnte fullmaktene har stått sentralt for å tilrettelegge for en formåls- og kostnadseffektiv drift innenfor de konkrete, gitte rammebetingelser - først og fremst mer eller mindre forretningsmessig orientert tjenesteyting koplet med politiske sty- ringsmuligheter. At denne balansen mellom politisk styrbarhet og virksomhetens handlefrihet og markedsmessige tilpasning ikke alltid er uproblematisk, viser debat- ten i 90-åra om de store samferdselsbedriftenes tilknytningsform. Det har i det hele vært ganske mange omdanninger de siste årene, både fra og til forvaltningsbedrifts- formen.

Statseide selskap

Fellestrekk ved statseide selskaper er at de er et selvstendig rettssubjekt med egne styringsorganer og ansvar for egen økonomi. Det er et eierforhold mellom statsmyn- dighetene og selskap som staten eier. Statsmyndighetene styrer selskapet fra eierpo- sisjon (generalforsamling/foretaksmåte) overfor selskapets øvrige formelle organer (og ikke gjennom instruksjonsmyndigheten).

De sentrale trekkene ved statseide selskaper er:

- de er egne, selvstendig rettssubjekt med egne styringsorganer og ansvar for egen økonomi,
- statsmyndighetene styrer fra eierposisjon (generalforsamling/foretaksmøte) overfor selskapenes øvrige formelle organer (og ikke gjennom instruksjons- myndigheten),
- det er begrensninger i styringsmulighetene ved at statens styring og kontroll med den enkelte virksomhet fastlegges nærmere av reglene som lovgivningen har fastsatt for forholdet mellom en bestemt type selskap og dets eiere. Stikkord kan være overordnet ansvar og styring med strategiske forhold, men ikke med den løpende driften, noe som er selskapets ansvar,
- når det gjelder finansiering av virksomheten må selskapet normalt skaffe sine inntekter i markedet, men statlige bevilgninger/statlige «kjøp» av tjenester eller

- produkter som ikke kan realiseres i markedet, kan forekomme,
- revisjon og kontroll: revisor velges av det høyeste selskapsorganet. Riksrevisjonens myndighet er begrenset til å føre kontroll med at vedkommende statsråd utøver sin eierfunksjon på en korrekt og betryggende måte, og å kontrollere at eventuelle bevilgninger brukes i samsvar med Stortingets forutsetninger,
- selskapets handlefrihet i den løpende drift innebærer også at forvaltningslov og offentlighetslov ikke gjelder for så vidt selskapet ikke utfører myndighetsoppgaver,
- de ansattes status: de er ikke statstjenestemenn, og omfattes ikke av de statlig inngåtte tariffavtalene, men arbeidsmiljølov, arbeidstvistlov, og andre tariffavtaler gjelder.

Statlig engasjement gjennom statseide selskaper benyttes særlig når staten er engasjert i forretningsmessig orientert næringsvirksomhet og tjenesteyting, som kan ha forskjellig bakgrunn og formål. Det kan dreie seg om formål om å bidra til en bedre næringsmessig utvikling regionalt eller nasjonalt, eller innenfor et bestemt næringsområde. I andre tilfeller inngår det næringsmessige engasjementet mer som et virkemiddel i en bredere (samfunnsmessig) fundert sektorpolitikk på vedkommende område. Statseide selskaper brukes der staten har styringsinteresser knyttet til selskapets eksistens, virkeområde og økonomiske avkastning, samt for en del selskapers vedkommende, også som virkemiddeldisponering som del av sektorpolitikken på vedkommende område.

Blant annet som følge av dette spennet i formål og oppgaver, er heleide statselskaper i dag differensiert i tre former: statsaksjeselskaper, statsforetak og selskaper organisert etter egen lov.

Statens styringsinteresser i forhold til *statsaksjeselskap* vil vanligvis være knyttet til økonomisk avkastning, selskapets virkefelt, konstituering og sammensetning av selskapets organer. I en del tilfeller er statens interesser knyttet til distriktpolitiske og sysselsettingsmessige sider ved virksomheten samt eventuelle tilskudd. Når hovedlinjene for virksomheten er trukket opp, er det styrets og den daglige ledelsens oppgave å stå for den forretningsmessige driften. Et sentralt poeng er statens begrensede ansvar for virksomheten i et aksjeselskap. Det vil blant annet si at staten ikke er rettslig forpliktet til å dekke restgjeld ved nedleggelse. Et statsaksjeselskap skal med andre ord kunne gå konkurs. Så lenge det offentlige har påtatt seg ansvar for å drive sykehus, kan en slik ansvarsbegrensing ikke kunne bli reell. Utvalget vil derfor ikke vurdere selskapsformen statsaksjeselskap nærmere.

Statsforetak og særlovselskap skiller seg fra statsaksjeselskapene ved at de er ansvarlige selskaper. Statsforetaksformen nyttes særlig når et statlig engasjement i forretningsmessig virksomhet også er et virkemiddel for å realisere sektorpolitiske mål. Statens styringsinteresser er dermed mer omfattende enn i statsaksjeselskapene, men mindre enn i forvaltningsbedriftene. De viktigste særtrekkene ved statsforetaksformen er:

- Staten er eiere, og kan ikke eie foretaket sammen med andre interessenter.
- Foretaket er eget rettssubjekt, formue og inntekter er ikke en del av statskassen, og foretaket hefter selv for sin gjeld. Foretaket er ikke underlagt Stortingets finansmyndighet, og vil derfor selv disponere sine inntekter og formue. Innenfor visse, begrensede rammer kan det oppta lån.
- Statsforetaksformen er særlig utformet for virksomhet som er et ledd i en overordnet sektorpolitisk målsetting, der det vanskelig kan tenkes at staten kan fri seg fra ansvaret (politisk og økonomisk) for virksomheten. Derfor er ikke selskapet gjenstand for konkursbehandling på vanlig måte, og staten har et ansvar for å dekke kreditorers fordringer ved avvikling. Det er ulike regler for å hindre

at en slik situasjon oppstår. Dette markerer som nevnt en forskjell fra statsaksjeselskapsformen, der statens ansvarsbegrensning skal være reell.

- Foretaksmøtet er statsforetakets høyeste organ, der departementet utøver eiermyndighet i foretaket. Det svarer langt på vei til generalforsamlingen i et aksjeselskap. Gjennom foretaksmøtet kan departementet vedta, gi retningslinjer og instruere i forhold til alle saker som gjelder foretaket og som er bindende for styret og administrerende direktør. Disse er til stede, uten stemmerett, sammen med revisor og Riksrevisjonen.
- Departementets rolle i foretaket er knyttet til utøvelsen av statens eiermyndighet i foretaksmøtet. Foretakets ledelse, dvs. styret og administrerende direktør, har ansvaret for driften av foretaket og betydelig forretningsmessig og økonomisk handlefrihet, tilnærmet i samme grad som ledelsen i et aksjeselskap. Men i forhold til dette er det modifikasjoner på noen punkter som følge av rollen som sektorpolitisk redskap og statens økonomiske ansvar overfor kreditorene: Saker som har vesentlig betydning for foretakets formål og karakter, skal forelegges departementet før vedtak, og departementets samtykke kreves for deltakelse i selskap eller samarbeidsforhold der foretaket får et ubegrenset ansvar for fellesforpliktelser.
- Statsforetak har bedriftsforsamling, men som følge av statsforetakenes sektorpolitiske målsetting er bedriftsforsamlingens myndighet begrenset i forhold til det som gjelder i aksjeselskap.
- Statsråden har et konstitusjonelt og parlamentarisk ansvar for at statens eierinteresser i et statsforetak blir forvaltet på forsvarlig måte, og innenfor rammene av lovgivningen og Stortingets forutsetninger. Kontrollen i denne sammenheng utføres av Riksrevisjonen etter regler som tilsvarer reglene for statsaksjeselskapene.

I noen få tilfeller (de viktigste er Vinmonopolet, Statens nærings- og distriktsutviklingsfond (SND), Postbanken og Norsk Tipping) har statsmyndighetene valgt å organisere virksomheter etter egen lov (*Særlovselskaper*). I lover knyttet til de utøvende selskapene gir bestemmelser om organisering, styringsforhold og løpende drift for statlig næringsvirksomhet eller annen virksomhet. I tillegg gir lovene bestemmelser om forvaltning, tilsyn og kontroll med virksomheten. Også særlovselskapene er egne rettssubjekter. Særlovselskapene er, med unntak for Postbanken, etablert der virksomheten er i en monopolsituasjon og der den samtidig er et instrument på et område, og/eller de statlige kontrollbehovene med virksomheten er spesielle. Dette kan gjøre det nødvendig å pålegge selskapet å ivareta andre samfunnsmessige hensyn enn de rent forretningsmessige. Både Hermansen-utvalget (NOU 1989:5) og den forvaltningspolitiske meldingen (St. meld. 35 (1991-92)) legger til grunn at det normalt ikke vil være behov for å organisere selskaper i henhold til særlov etter at statsforetaksmodellen er etablert. Dette har likevel ikke forhindret at regjeringen, med Stortingets tilslutning, har valgt en slik variant i to tilfeller i 1990-årene.

8.1.2 Interfylkeskommunalt samarbeid

I "*Organisasjon og styring*" i kapittel 4.2.1 ga utvalget en oversikt over trekk ved dagens organisering og styring av sykehusene. Som det ble gjort rede for, er stats-sykehusene organisert som forvaltningsorganer. De fylkeskommunale sykehusene har en tilknytningsform til fylkeskommunene som i prinsippet er lik den statlige forvaltningsorganformen, men begrepet forvaltningsorgan benyttes ikke i kommunal sammenheng. I Kommuneloven benevnes sykehusene som institusjoner.

Det er i prinsippet mulig også å variere tilknytningsformen mellom fylkeskommunene og sykehusene, f.eks. ved å organisere sykehusene som bedrifter eller aksjeselskaper. Prinsipielle forhold ved disse tilknytningsformene vil ikke være forskjellig fra tilknytningsformene i staten. Slik utvalget har lagt opp sitt arbeid er det imidlertid av særlig interesse å beskrive ordninger for interfylkeskommunalt samarbeid om regionsykehusene, eventuelt alle sykehusene i regionen. I fortsettelsen av dette underkapitlet gis derfor en kort omtale av de aktuelle samarbeidsformer etter gjeldende rett samt samarbeidsformer med utgangspunkt i Kommuneselskapslovutvalgets forslag¹⁸.

Interkommunalt samarbeid etter kommuneloven § 27

Interkommunalt samarbeid etablert med hjemmel i kommuneloven § 27 er den mest vanlige formelle samarbeidsmåten i dag. Kommuneloven fastsetter krav til vedtektenes minsteinnhold og danner den ytre ramme for styrets virksomhet. Bare kommuner og fylkeskommuner kan være deltakere i et slikt samarbeid. Det innebærer blant annet at statlig deltakelse er utelukket i interkommunale samarbeidsordninger som er organisert etter kommuneloven. Kommuneloven § 27 åpner heller ikke adgang til å legge styrekompetansen til én kommune eller fylkeskommune, slik at denne utøver kompetansen på vegne av de øvrige. Dette ville innebære en type fraskrivelse av ansvar og innflytelse som anses uheldig.

De fleste interkommunale samarbeidsordninger etablert med hjemmel i kommuneloven vil være organisert med et øverste representativt organ - representantskap e.l. - hvor alle deltakerne er representert. Den daglige virksomheten ivaretas av et mindre organ - styret - som er valgt av representantskapet. En sammenslutning som er etablert etter kommuneloven § 27 er en ansvarlig sammenslutning, det vil si at deltakerne er fullt ut ansvarlig for virksomhetens forpliktelser. Ansvarer kan være solidarisk - en for alle og alle for en - eller det kan være proratarisk, dvs. at den enkelte deltaker kun er ansvarlig for en forholdsmessig del av forpliktelsene. Kommuneloven stiller ikke opp noen begrensning med hensyn til hvilke oppgaver som kan legges til et interkommunalt styre. Innenfor begrepet «drift og organisering» kan deltakerne overlate den virksomhet de ønsker til det interkommunale styret. En vanlig forståelse av delegasjonsadgangen er imidlertid at denne ikke er omfattende. Hvis det foreligger en særlov på vedkommende saksområde, vil det likevel bero på en fortolkning av denne loven om det er adgang til å overføre myndighet og ansvar på vedkommende område til den interkommunale sammenslutningen.

Den enkelte deltaker i et interkommunalt samarbeid har ingen direkte instruksjonsrett overfor selskapets organer, men vil kunne instruere sin representant i selskapets øverste organ.

Ansvarlige selskaper etter selskapsloven

Selskapsloven forutsetter at det kan avtales at selskapsloven skal gjelde for interkommunale sammenslutninger. Sammenslutningen vil da være omfattet av selskapslovens definisjon av et ansvarlig selskap (en økonomisk virksomhet utøves for to eller flere deltakeres felles regning og risiko, og minst en av deltakerne har et ubegrenset personlig ansvar for virksomhetens samlede forpliktelser). Det er imidlertid en rekke uavklarte spørsmål knyttet til å etablere interkommunalt samarbeid i form av et ansvarlig selskap. Dette har blant sammenheng med de begrensninger kommu-

18. Denne beskrivelsen bygger direkte på et notat som Kommunalavdelingen i Kommunal- og arbeidsdepartementet har skrevet for sekretariatet.

neloven setter for kommunenes disposisjoner og det ansvarlige selskapets status som eget rettssubjekt. Hvis kommunelovens regler ikke gjelder for et ansvarlig selskap kommunen er deltaker i, vil det innebære at en kommune kan unndra seg sentrale regler i kommuneloven ved å danne eget selskap.

Aksjeselskaper

Kommuner og fylkeskommuner har hjemmel til å danne aksjeselskaper, og de gjør det i stor utstrekning. Ingen av kommunelovens regler gjelder for interkommunale A/S. Kommunens/fylkeskommunens mulighet til å styre og føre kontroll med et aksjeselskap vil avhenge av hvor stor andel av aksjene kommunen eller fylkeskommunen eier. Aksjelovens ledelsesstruktur kan komme i konflikt med kommunale styringsbehov som tilsier en nærmere kontroll fra kommunens side enn den rollefordeling mellom eier og ledelse som aksjeloven legger opp til. Det kan også stilles spørsmål ved hvor reelt det begrensede ansvaret kan bli for virksomheter som er kommunalt finansiert, hvis det også er enighet om at de skal drives av det offentlige. Virksomheten må da opprettholdes som kommunalt ansvar uansett resultat.

Andelslag

Den andre selskapformen med begrenset ansvar er andelslag. Etter tolkningspraksis faller andelslagene utenfor enhver lovregulering. Den enkelte kommunes mulighet til å styre selskapet vil derfor måtte bestemmes gjennom selskapets vedtekter/selskapsavtale.

Selskaper med ubegrenset ansvar

Kommuneloven § 27 er en mangelfull lovbestemmelse fra et selskapsrettslig synspunkt. Kommuneselskapslovutvalget (NOU 1995:17) foreslår derfor en helt ny lov om interkommunale ansvarlige selskaper - lov om interkommunale selskaper. Samtidig oppheves adgangen til å bruke selskapsloven av 1985. Etter forslaget vil den nye loven om interkommunale selskaper bli den obligatoriske formen for interkommunalt samarbeid, når man ser bort fra A/S.

Etter utkastet vil et interkommunalt selskap være et eget rettssubjekt. Selskapet vil således rettslig og økonomisk være skilt ut fra deltakerkommunene og selv disponere sin inntekt og formue innenfor lovens og selskapsavtalens rammer.

Etter utkastet vil den enkelte deltaker i et fylkeskommunalt selskap hefte ubegrenset for en prosent- eller brøkdel av selskapets forpliktelser. Lovutkastet har nærmere regler om utreden, utelukkelse og oppløsning av interkommunalt selskap. Departementet gis hjemmel til å overprøve deltakernes eller selskapets beslutning om å tre ut av selskapet, utelukke en deltaker eller oppløse selskapet. Departementet kan i denne forbindelse blant annet bestemme at deltakerforholdet skal fortsette, eller nekte å godkjenne et vedtak om å oppløse selskapet.

Kommuneselskapslovutvalget har ikke tatt stilling til om organisasjonsformen inter(fylkes)kommunalt selskap bare skal brukes for bestemte typer virksomheter. I utgangspunktet kan derfor selskapsformen benyttes for enhver virksomhet, med mindre kommuneloven eller særlovgivningen krever en annen organiseringsform. Reglene er imidlertid ikke utformet med sikte på virksomheter der det er et framtreddende innslag av offentlig myndighetsutøvelse. Organisasjonsformen er særlig utformet med sikte på virksomhet som har egne inntekter og hvor det er element av næringsvirksomhet. Kommunene og fylkeskommunene må imidlertid selv avgjøre hvilke virksomheter denne organisasjonsformen er hensiktsmessig for.

8.2 FINANSIERING

Utvalget redegjør i vedlegg 12 for en klassifikasjon av helsetjenestesystemer etter finansieringsmåte. En beskriver sju ulike modeller for finansiering av produksjon av helsetjenester. Modellene skiller seg fra hverandre etter hvorvidt det eksisterer forsikringsordninger, hvorvidt innbetaling til en forsikringsordning er frivillig eller obligatorisk (for eksempel skattebaserte systemer) og etter hvordan forholdet er organisert mellom forsikringsordningen og de som yter helsetjenester. Her skiller en mellom systemer som baserer seg på fritt valg av lege og sykehus (den tradisjonelle USA-modellen), systemer der forsikringsordningen inngår kontrakter med et utvalg av leger og sykehus (kontraktsmodellen) og modeller der forsikringsordningen har ansatte leger og annet helsepersonell og selv eier bygninger og utstyr (den integrerte modellen). Disse modellene vil selvfølgelig ikke ta vare på alle detaljene en kan finne i faktiske helsetjenestesystemer, men det kan være en måte å organisere tankegangen på.



Figur 8.1 Tjenestestrømmer, regulering og pengestrømmer i dagens system

Helsetjenestesystemet i Norge er en kombinasjon av kontraktsmodellen (modell 5) og den integrerte modellen (modell 7) i helsetjenesten utenfor institusjon, mens den integrerte modellen er den dominerende i institusjonshelsetjenesten. Regionhelsetjenestene utgjør imidlertid et viktig unntak. Her vil de fylkene som ikke har egne regionsykehus, kjøpe disse tjenestene fra andre fylker etter en eller annen form for kontrakt. Dette er det redegjort for i detalj i utredningens ["Styring"](#)

og finansiering" i kapittel 4.2. Figur 8.1 forsøker å beskrive tjenestestrømmer og pengestrømmer i det norske systemet.

8.3 PRINSIPIELT OM KONTRAKTSTYPER

Kontrakter er en formell avtale som regulerer forholdet mellom to eller flere parter. I dette tilfellet er en særlig opptatt av forholdet mellom sykehus som produksjonsenhet og det (offentlige) organ som finansierer sykehusets virksomhet¹⁹. Kontrakter er et interessant tema for offentlige myndigheter fordi alternative utforminger kan bidra til å oppfylle målsettinger i ulik grad. Vi kan skille mellom flere kontraktstyper:

- Rene rammekontrakter. Med dette menes at den offentlige myndighet tildeler sykehuset en økonomisk rammebevilgning og forventer behandlede pasienter i bytte. Tilpasning av kvalitet og omfang av tjenesteproduksjonen skjer i sykehuset uten innblanding fra overordnede myndigheter.
- Rammekontrakter med produksjons- og eventuelt kvalitetskrav. Ved kontrakter av denne typen defineres volum og eventuelt kvalitet i tjenesteproduksjonen av det offentlige i tilknytning til rammebevilgningen.
- Stykkpriskontrakter. Ved denne kontraktstypen betaler det offentlige per utført tjeneste eller eventuelt per behandling gitt en bestemt kvalitet. Prisen bestemmes ved inngangen til hvert budsjettår.

Det vil være flytende overganger mellom de tre typene. For eksempel vil en stykkpris kontrakt med øvre grenser for antall behandlinger som blir honorert, ha mange likheter med en rammekontrakt med produksjonskrav. Dagens sykehusfinansiering innebærer at inneliggende pasienter finansieres gjennom rammebevilgninger fra fylkeskommunene, mens polikliniske konsultasjoner finansieres delvis ved hjelp av stykkprisrefusjoner fra staten. Dette har utvalget redegjort nærmere for i "*Dagens regionsykehus*" i kapittel 4. En annen kombinasjon ble gjennomført i forbindelse med «stykkprisfinansieringsforsøket» i perioden 1991-1993 i utvalgte sykehus i Hordaland og Nordland. Her kom sykehusenes inntekter i form av en rammebevilgning tilsvarende 60 % av tidligere års inntekter og stykkprisinntekter basert på 40 % av nasjonale DRG-priser. En tredje mulighet består av såkalte ikke-lineære kontrakter. Refusjonen for den enkelte behandling vil da variere med produksjonsvolumet. Et eksempel på en slik kontrakt er avlønningen av privat praktiserende leger i Tyskland. Her avhenger pengebeløpet en takst utløser, av den samlede bruk av takster blant de privat praktiserende leger. Jo mer bruk av takster, jo mindre penger utløser den enkelte takst.

Man kan hevde at kontrakter mellom fylkeskommuner og sykehus i Norge er rammekontrakter med produksjonskrav, siden sykehuseier er opptatt av antall DRG-poeng og sammensetningen av de behandlingene som ytes. Materiale utvalget har hatt tilgang til²⁰, tyder imidlertid på at sanksjonene fra fylkeskommunene er langt mer håndfaste ved økonomisk underskudd enn de er dersom produksjonen er mindre enn forventet. Utvalget har for øvrig merket seg at det foregår utvikling av rammekontrakter med produksjons- og kvalitetskrav i flere amtskommuner i Danmark.

19. Det betyr at en anvender begrepet kontrakter i en vid betydning, i den forstand at et offentlig eid sykehus formelt er underordnet det organ som eier sykehuset og sørger for størstedelen av sykehusets inntekter. Driftsavtale er kanskje et bedre ord enn kontrakt i dette tilfelle.

20. Riktor, R., 1995, Om bruk av kontrakter mellom kjøper av helsetjenester og helsetjenesteproducent. Et studie av samspillet mellom somatiske sykehus og fylkeskommuner i Norge. Hovedoppgave i sosialøkonomi (Sosialøkonomisk institutt, Universitetet i Oslo).

- Myndighetene vil blant annet ha mål med hensyn til
- kostnadseffektivitet - at de tjenestene sykehuset produserer, blir produsert med et minimum av kostnader
- prioriteringseffektivitet - at de prioriteringer sykehuset gjør med hensyn til behandling av pasienter, samsvarer med myndighetenes mål for prioriteringer.

Hva slags kontrakter som egner seg, avhenger av om det er samsvar mellom myndighetenes og sykehusets mål, og hvor mye informasjon myndighetene har om sykehusets kostnader og andre egenskaper ved sykehusets produksjon. Dersom sykehusets ledelse og ansatte har samme mål som de bevilgende myndigheter, er de rene rammekontrakter tilstrekkelig gode kontrakter. De bevilgende myndigheter vil da i forbindelse med budsjettildelingen avveie ressursinnsatsen i sykehussektoren mot andre sektorer. Sykehusene vil deretter bruke ressursene slik at myndighetenes mål oppfylles i størst mulig grad.

Hvis ikke sykehusets ledelse har samme mål som myndighetene, vil de rene rammekontraktene medføre dårligere kostnadseffektivitet og prioriteringseffektivitet enn det er mulig å oppnå ved alternative kontraktsutforminger. Dette har sammenheng med at de sykehusansatte vil ha preferanser for aktiviteter som myndighetene ikke har preferanser for. Sett fra myndighetenes side vil ressursbruk i forbindelse med disse aktivitetene utelukkende øke kostnadene uten at myndighetenes måloppnåelse øker. I dette tilfellet vil derfor en rammekontrakt med produksjons- og eventuelt kvalitetskrav være å foretrekke. De bevilgende myndigheter kan ved hjelp av en slik kontrakt vri ressursbruken i ønsket retning.

Til nå er det antatt at myndighetene har like god informasjon om sykehusets kostnadsstruktur og pasientsammensetning som sykehusets ledelse og ansatte har. Dette vil oftest ikke være tilfellet. Sykehusets ledelse og ansatte vil typisk ha bedre informasjon både med hensyn til mulighetene for kostnadsreduksjoner (for eksempel muligheter for at andre organisasjonsmåter kan medføre bedre ressursbruk) og med hensyn til prioriteringsbeslutninger som tas. En rammekontrakt med produksjonskrav kan da oppmuntre sykehuset til å overdrive «naturgitte» forhold som tyngden av pasientgruppen og gammeldagse og tungdrevne bygninger, for derigjennom å oppnå romsligere budsjetter.

Slike problemer tas opp i nyere økonomisk reguleringsteori, der oppmerksomheten knyttes til informasjonsskjjevheter i vid forstand mellom den regulerende instans og den eller de aktører som skal reguleres²¹. Utgangspunktet er at sykehusets ledelse og ansatte vet mer om sykehusets muligheter for kostnadsreduksjoner enn de bevilgende myndigheter. Bevilgende myndigheter vil være interessert i å få de ansatte til å opplyse om potensialet for kostnadsreduksjoner. Utfordringen er da å lage kontrakter som er slik at sykehusets ledelse og ansatte oppmuntres til å gi korrekt informasjon. Det kan vises at man i teorien kan oppnå dette ved å tilby sykehuset å velge mellom to kontrakter: En kontrakt som medfører liten produksjon hvis de oppgir store enhetskostnader og en annen kontrakt med større produksjon hvis de oppgir små enhetskostnader. Det vil da være mer å hente for de effektive sykehusene ved å oppgi at de er effektive og handle deretter, enn ved å late som om de ikke er effektive.

Generelt er det slik at hvilke kontraktsformer det lønner seg for myndighetene å tilby, vil avhenge av hvor mye de vet om produksjon og kostnader i bedriftene som skal reguleres. Det er for øvrig interessant å merke seg at man ikke anbefaler rene

21. Professor Jon Vislie ved Sosialøkonomisk institutt, Universitetet i Oslo, har laget et notat, «Om eie- og driftsorganisering av regionsykehusene. Hva kan nyere reguleringsteori bidra med?», på oppdrag av utvalgets sekretariat. Notatet er et uttrykt vedlegg til denne utredningen.

stykkprisordninger, fordi slike ordninger oppmuntrer til et større produksjonsvolum enn det som er samfunnsøkonomisk optimalt.

Bevilgende myndighetene vil kunne oppnå ytterligere gevinster dersom de har muligheter til å sammenligne resultatene som de forskjellige sykehusene oppnår. Slike sammenligninger (målestokk-konkurranse) kan gi nyttig informasjon dersom ytre begivenheter (for eksempel endringer i aldersfordeling) påvirker alle sykehus på samme måte og man klarer å forhindre at sykehusene samarbeider for å unngå kostnadsreduksjoner. En kan da for eksempel knytte størrelsen på budsjettet til mål for observerte kostnader per DRG-poeng i forhold til gjennomsnittet for den aktuelle gruppe av sykehus. Sykehusene vil da bli oppmuntret til å anstrenge seg for å oppnå kostnadsreduksjoner, siden egne kostnadsreduksjoner i liten grad vil medføre budsjettreduksjoner følgende år.

Etterspørsel etter og produksjon av sykehustjenester vil være usikre størrelser. Åpne hjerteoperasjoner kan brukes som et eksempel. Slike operasjoner utføres ved regionsykehusene i tillegg til Hjertesenteret på Rikshospitalet og Feiringklinikken. En fylkeskommune vil ikke presist kjenne behovet for åpne hjerteoperasjoner det kommende år. Det vil være variasjoner fra et år til det neste. Det vil også være visse valgmuligheter med hensyn til hvilket sykehus en fylkeskommune ønsker å sende pasientene til. Her vil noen fylkeskommuner være mer lojale overfor sine regionsykehus enn andre. For et regionsykehus vil det være usikkerhet både med hensyn til hvor stor produksjonskapasiteten blir (hvor stor blir mangelen på operasjons- og anestesisykepleier?), og det vil være usikkerhet med hensyn til hvor mange operasjoner det enkelte fylke i regionen vil etterspørre.

Bruk av kontrakter med karakter av abonnementsordninger vil i dette tilfelle kunne redusere usikkerheten for begge parter. Regionsykehuset får større sikkerhet for at det blir etterspørsel etter den operasjonskapasiteten som bygges opp, og fylkeskommunene får sikkerhet for at akuttberedskapen er tilstede når man har behov for den. En mulighet vil være å kombinere slike abonnementsordninger med bruk av andre tilbud, som Hjertesenteret og Feiringklinikken, som buffere ved uventet stor etterspørsel.

Beskrivelsene i "*Dagens regionsykehus*" i kapittel 4 viste at det fremdeles er de rene rammekontrakter som er mest anvendt i forholdet mellom en sykehuseier og et sykehus. Utvalget har ovenfor pekt på at en slik type kontrakter bare vil være optimal for sykehuseier hvis sykehusets ledelse og ansatte har identiske mål med sykehuseieren.

I forholdet mellom regionsykehus og kjøperfylker er det kurdøgnpriser og eventuelt andre stykkprisordninger som er mest anvendt. Utvalget har antydnet de gevinster som kan realiseres for begge parter dersom gjestepasientordningene i større grad får karakter av langsiktige kontrakter, for eksempel i form av abonnementsordninger.

Det er en omfattende litteratur om regulering ved hjelp av kontrakter. Det er grunn til å tro at en tilpasning av resultater fra denne litteraturen kan bidra til kontraktordninger som vil oppfylle helsepolitiske mål i større grad enn de kontraktstypene man anvender i dag. Dette gjelder uavhengig av de løsninger en måtte foretrekke med hensyn til eierskap til sykehusene. *Utvalget* vil derfor anbefale at ulike kontraktstyper og deres mulige anvendelser i sykehussektoren blir nærmere utredet.

8.4 KOMBINASJONER AV EIERSKAP OG FINANSIERINGSKILDER

Utvalget vil holde fast ved en offentlig organisert forsikringsordning. Valgene en står overfor vil dermed dreie seg om hvordan forholdet mellom de offentlige forvaltningsnivåer og sykehusene - og mellom sykehus på samme eller ulike nivåer

skal organiseres. Alternativene her vil særlig avhenge av hvordan en tolker statlig overtakelse av drifts- og eieransvar. En kan prøve å organisere tankegangen langs to dimensjoner: For det første, hvilket forvaltningsnivå som har eieransvar, og for det andre, hvilket forvaltningsnivå som har ansvaret for å tilføre et sykehus inntekter. Vi kan da stille opp følgende tabell (tabell 8.1):

Tabell 8.1: Kombinasjoner av eierskap og finansieringskilder*

Eier	Viktigste inntektskilde			
	Staten	Region	Fylke	Kom-mune
Staten eier regionfunksjonene	2			
Staten eier regionsykehusene	3		5	
Staten eier alle sykehus	4		6	10
Regionalt eieransvar for alle sykehus		7		
Formalisert inter-fylkeskommunalt samarbeid			8	
Fylkeskommunalt eieransvar - løst formalisert regionalt samarbeid			9	

*. Alternativ 1 er at staten overtar regionsykehusenes kapitalkostnader. Dette alternativet, som behandles i "[En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene](#)" i kapittel 9, passer ikke inn i klassifiseringen i tabell 8.1.

Utvalget har valgt å konsentrere utredningen om disse kombinasjonen av eierskap og finansiering (tallene refererer til tilsvarende tall i tabell 8.1):

2 Statlig eie, driftsansvar og finansiering av regionfunksjonene i regionsykehusene

En tenker seg her at de fylkeskommunene som nå eier regionsykehusene, fortsatt skal eie og ha driftsansvar og finansiere sentralsykehus- og lokalsykehusfunksjonene. Dette alternativet blir drøftet nærmere i "[Statlig eie, driftsansvar og finansiering av regionfunksjonene i regionsykehusene](#)" i kapittel 10.1

3 Statlig eie, driftsansvar og finansiering av regionsykehusene

Staten vil nå både være eier og viktigste inntektsskilde for regionsykehusene. Det vil innebære at de fylkeskommunene som har regionsykehus, vil få betydelig reduserte oppgaver i sykehustjenesten. Utredning av forholdet mellom regionsykehuset og de andre sykehusene i vedkommende fylker blir sentral. En drøfting av denne modellen foregår i underkapitlene "[Beskrivelse av alternative finansieringsordninger](#)" i 10.2 - "[Konklusjon](#)" i 10.4

4 Statlig eie, driftsansvar og finansiering av alle sykehus

En tenker seg her at staten overtar eierskap og driftsansvar også for sentralsykehusene og eventuelt lokalsykehusene. Dette alternativet utredes nærmere i "[Regionalisert sykehusvesen med staten som eier](#)" i kapittel 11.

5 Statlig eie og driftsansvar for regionsykehusene, men fortsatt fylkeskommunal finansiering

Her vil de fylkeskommunene som i dag eier regionsykehus, kjøpe både regiontjenester, sentralsykehus- og lokalsykehustjenester av staten som eier av regionsy-

kehuset. Også dette alternativet utredes i underkapitlene "*Beskrivelse av alternative finansieringsordninger*" i 10.2 - "*Konklusjon*" i 10.4.

6 Statlig eie og driftsansvar for alle sykehusene, men fortsatt fylkeskommunal finansiering

I modell 6 tenker en seg at staten overtar både regionsykehusene, sentralsykehusene og lokalsykehusene, mens fylkeskommunene fremdeles vil være (delvis) ansvarlige for å finansiere sykehusenes virksomhet. Denne modellen blir utredet nærmere i underkapittel "*Statseid selskap med (delvis) fylkeskommunal finansiering*" i 11.2.

7 Regionalt eierskap for alle sykehus og regional finansiering

Alle sykehus blir regionale, dvs. fem regionsfylkeskommuner med en geografisk utstrekning tilsvarende dagens helseregioner, har eieransvaret for alle sykehus innenfor sin region. Denne modellen blir utredet nærmere i underkapittel "*Regionalisert helsevesen - større fylkeskommuner*" i 12.3

8 Interfylkeskommunalt eieransvar med fylkeskommunal finansiering

Her tenker en seg at sykehusene organiseres som interfylkeskommunale selskaper og at fylkeskommunene i regionen finansierer driften etter nærmere avtaler. Dette alternativet blir utredet nærmere i "*Formaliserte interfylkeskommunale samarbeidsformer*" i kapittel 12.2

9 Fylkeskommunalt eieransvar med løst formalisert regionalt samarbeid

Denne modellen er ment å være en videreføring av det samarbeidet som nå foregår i forbindelse med utviklingen av de regionale helseplanene og utredes nærmere i underkapittel "*Løst formalisert regionalt samarbeid*" i 12.1.

10 Statlig eie og driftsansvar for sykehusene og kommunal finansiering

Utvalget vil kort omtale kommunal (del)finansiering i forbindelse med utredningen av statlig eierskap i "*Regionalisert sykehusvesen med staten som eier*" i kapittel 11.

Innenfor hvert av de alternativene utvalget utreder, vil valg av tilknytningsform og valg av kontraktsform bli tatt opp.

8.5 OPPSUMMERING

I "*Alternative eieformer og finansieringsmåter*" i kapittel 8 har utvalget beskrevet alternative eieformer og finansieringsmåter. Innenfor statlig virksomhet skilles det mellom de tre hovedtilknytningsformene forvaltningsorganer, selskap og stiftelser. Når det gjelder former for interfylkeskommunalt samarbeid som utvalget har valgt å konsentrere seg om i dette kapitlet, kan dette skje på flere måter. Mest aktuelt er interfylkeskommunale samarbeidsordninger etter Kommuneloven og interfylkeskommunale selskap (jfr. Kommuneselskapslovutvalgets innstilling, NOU 1995:17).

Utvalget har også gitt en prinsipiell diskusjon av ulike kontraktstyper. Her har utvalget skilt mellom rene rammekontrakter som innebærer at offentlige myndigheter tildeler sykehuset en økonomisk rammebevilgning og forventer behandlede pasienter i bytte, rammekontrakter med produksjons- og eventuelt kvalitetskrav og stykkpriskontrakter der det offentlige betaler sykehuset per utført tjeneste. Utvalget anbefaler at egenskaper ved ulike kontraktstyper og deres mulige anvendelser i sykehussektoren blir nærmere utredet.

Avslutningsvis har utvalget gitt en oversikt over de alternative modeller som mer konkret vil bli diskutert videre i utredningen.

KAPITTEL 9

En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene

Utvalget vil i dette kapitlet gi en drøfting av en statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader, slik det er formulert i utvalgets mandat. I 9.1 gis en beskrivelse av dagens ordninger for refusjon av kapitalkostnader. Utvalgets mandat i forhold til statlig overtakelse av kapitalkostnadene tolkes i 9.2. I 9.3 drøfter en mulige virkninger av statlig overtakelse av kapitalkostnadene. Utvalget konkluderer i 9.4 med at en ikke vil anbefale en statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader. En viktig begrunnelse er at en slik overtakelse vil gjøre det vanskeligere å få til den regionale samordning av sykehus tjenestene som utvalget ønsker.

9.1 BESKRIVELSE AV DAGENS ORDNINGER

Det eksisterer to statlige tilskuddsordninger til delvis dekning av fylkeskommunenes kapitalkostnader ved sykehusutbygginger. Det beløpsmessig største tilskuddet bevilges over Sosial- og helsedepartementets (SHD) budsjett. I tillegg gir Kommunal- og arbeidsdepartementet (KAD) skjønnsstilskudd til fylkeskommuner som foretar store sykehusutbygginger.

Tilskuddet fra Sosial- og helsedepartementet

Før 1.1 1985 omfattet den statlige refusjonsordningen for kapitalutgifter alle helseinstitusjonsbygg innen den fylkeskommunale sektor. Fra 1. januar 1985 falt ordningen bort for somatiske sykehjem, institusjoner innen HVPU, psykisk helsevern m.v. Kapitalutgiftene for disse ble lagt inn i rammetilskuddet til fylkene. Bakgrunnen for endringen var et ønske om forenkling. Det viste seg også at fordelingen av disse kapitalutgiftene stort sett fulgte rammetilskuddets fordeling mellom fylkene.

Ved bygging (inkludert tilbygg og ombygging, men ikke vedlikehold) av somatiske sykehus sender fylkeskommunene sine planer til Helsetilsynet, som vurderer planenes tekniske sider, samt den økonomiske rammen for bygg og inventar. Helsetilsynet behandler og godkjenner byggeplanene med kostnadsoverslag. Dette kostnadsoverslaget legges til grunn for tilsynets anbefaling overfor Sosial- og helsedepartementet, som godkjenner bygget inkludert anleggskostnadenes størrelse. Anleggskostnadene omfatter alle kostnader inklusive utstyrs-kostnader og kostnader til prosjektstyring, men eksklusive tomtekostnader og kostnader til kunstnerisk utsmykning. Utstyrs-kostnadene defineres som den del av anleggskostnadene som omfatter innkjøp av løst utstyr og inventar. Det naglefaste utstyret derimot tilhører bygget og utgiftsføres som en del av byggekostnadene.

Subsidiering av regionsykehusfylkenes kapitalkostnader skjer i dag gjennom avtaler i forbindelse med utbygging av universitetsklinikker og gjennom den ordinære ordning for refusjon av godkjente kapitalutgifter.

For regionsykehus/universitetsklinikker er det etter avtale i hvert enkelt tilfelle gitt særskilt tilskudd (universitetsklinikktilskudd) til anleggskostnader (bygg og inventar). Begrunnelsen for dette er den merbelastning som studenter og forskning innebærer. Tilskuddsprosenten har variert. Ved siste store utbygging ved regionsykehuset i Tromsø var dette tilskuddet på 22 prosent av anleggsutgiftene. Oslo kommune har hittil ikke mottatt slike tilskudd i forbindelse med byggeprosjekter.

De godkjente anleggskostnader, med fradrag av universitetsklinikktilskudd, er grunnlaget for beregning av den ordinære refusjonsdelen. Reglene er her at staten refunderer 50 prosent av utgifter for tre firedeler av godkjente kostnader til nybygg

(altså 37,5 prosent av godkjente byggekostnader) og 50 prosent av godkjente kostnader for utstyr til nybygg. For bygg går tilskuddet over 40 år og renten er i 1996 6,25 prosent p.a.. For utstyr fordeles tilskuddet over 10 år og det beregnes ingen rente. Refusjonen utbetales i form av annuiteter, som altså blir separat beregnet for bygg og utstyr.

De totale refusjoner for 1995 var 294,5 millioner kroner for bygg og 49,6 millioner kroner for utstyr, samlet 344,1 millioner kroner. I statsbudsjettet for 1996 er utgiftene til refusjonsordningen redusert med ca. 31 millioner kroner til 313 millioner kroner. Refusjonene til de fylkeskommunene som har regionsykehus, var i 1995 slik:

Tabell 9.1: Refusjon for godkjente kapitalutgifter til regionsykehusfylkene i 1995 i millioner kroner

	Bygg	Utstyr	Sum	Andel av tilskudd til hele landet
Oslo kommune	19,4	2,0	21,4	6,2 %
Hordaland	36,0	0,1	36,1	10,5 %
Sør-Trøndelag	14,8	3,7	18,5	5,4 %
Troms	38,1	18,6	56,7	16,5 %
Sum region- sykehusfylkene	108,3	24,4	132,7	38,6 %

Vi ser at tilskuddet til refusjon av kapitalutgifter til regionsykehusfylkene i 1995 utgjorde i underkant av 40 prosent av de samlede refusjonene av kapitalutgifter til alle landets fylkeskommuner. Vi kan også undersøke hvor mye refusjonen av kapitalutgifter til selve regionsykehusene utgjør som andel av de samlede refusjonene av kapitalutgifter til regionsykehusfylkene.

Tabell 9.2: Refusjon for godkjente kapitalutgifter til regionsykehusene i 1995 i millioner kroner

	Bygg	Utstyr	Sum	Andel av fylkeskommunens samlede refusjon av kapitalutgifter
Ullevål sykehus	9,2	0,7	9,9	46,2 %
Haukeland sykehus	32,8	0	32,8	90,9 %
Regionsykehuset i Trondheim	12,0	2,9	14,9	80,5 %
Regionsykehuset i Tromsø	34,1	18,5	52,6	92,8 %
Regionsykehusene samlet	88,1	22,1	110,2	83,1 %

Vi ser at det er en viss variasjon med hensyn til hvor stor andel regionsykehusenes andel utgjør av regionsykehusfylkenes samlede refusjoner av kapitalutgifter til sykehusbygg. I kroner er refusjonene minst for Ullevål sykehus og størst for Regionsykehuset i Tromsø.

Skjønnsmidler fra KAD

KAD har gitt skjønnstilskudd til fylkeskommuner som foretar store sykehusutbygginger. Bakgrunnen for dette var at SHDs tilskudd ikke ble ansett som tilstrekkelig. F.eks. ville en sykehusutbygging på 1 mrd. kroner med et annuitetslån over 40 år og en rente på 10 % (noe som ikke var uvanlig for noen år tilbake) innebære et utlegg for fylkeskommunen på 102 mill. kroner årlig. Selv om staten dekket halvparten,

ville fylkeskommunen likevel få over 50 mill. kroner i årlige økte utbetalinger. Dette har blitt ansett som betydelig, og ville fått konsekvenser for annen tjenesteyting. Bakgrunnen for at KAD har gått inn med skjønnsmidler, har derfor hatt sammenheng med at en har villet begrense virkningene av sykehusutbygginger på andre tjenesteområder.

Det er vanskelig å angi nøyaktige hvor mye som er tildelt fra KAD i forbindelse med sykehusutbygginger for de enkelte år. Det totale skjønnstilskuddet til de enkelte fylkeskommunene er et resultat av flere skjønnsmessige vurderinger, og det har ikke blitt spesifisert hvilken betydning de ulike hensynene har hatt. Akkumulert over de årene en har hatt skjønnstilskudd siden innføring av inntektssystemet fra 1986, er det rimelig å anslå at hittil tildelt beløp er rundt 1/2 milliard kroner.

Ved utbyggingen av Haukeland sykehus i Hordaland ble det ikke gitt skjønnsmidler, men Stortinget ga en større engangsbevilgning. Troms og Vest-Agder har fått til dels betydelige midler gjennom skjønnnet på grunn av utbygging av henholdsvis nytt regionsykehus i Tromsø og sentralsykehus på Eeg. Også andre fylkeskommuner har fått noe skjønnsmidler som følge av sykehusutbygging. Fortsatt blir Troms og Vest-Agder årlig tildelt betydelige skjønnsmidler som følge av de nevnte sykehusutbyggingene.

9.2 MULIGE PRESISERINGER AV MANDATET

«En statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader», slik det er formulert i utvalgets mandat, rommer flere tolkingsmuligheter. Her skal vi nevne noen alternativer, som ikke trenger å utelukke hverandre.

- a) Staten øker refusjonsprosenten til 100 for regionsykehusenes godkjente kapitalkostnader for prosjekter som allerede er gjennomført.
- b) Staten overtar fylkeskommunenes gjeld i forbindelse med regionsykehusenes bygningsmasse.
- c) Staten dekker fra nå av 100 prosent av anleggskostnadene til nybygg og ombygninger av regionsykehus.
- d) Staten dekker regionsykehusenes utstyrs-kostnader også når utstyret ikke anskaffes i forbindelse med nybygg.

Samtidig som regionsykehusene har regionoppgaver, er de også sentralsykehus og lokalsykehus. Et sentralt spørsmål er om en eventuell statlig overtakelse av kapitalkostnadene skal omfatte alle kapitalkostnader eller bare kapitalkostnader som er knyttet til regiontjenestene. Utvalget tror ikke det i praksis er mulig å skille bruk av bygningsmasse med utstyr fra hverandre på denne måten. En har derfor lagt til grunn at statlige tilskudd må omfatte hele regionsykehusets bygningsmasse med utstyr.

9.3 MULIGE VIRKNINGER AV STATLIG OVERTAKELSE AV KAPITALKOSTNADENE

Det kan være ulike motiver for å foreslå at staten bør overta regionsykehusenes kapitalkostnader. En mulighet er at man er bekymret for at fylkeskommunene som eier regionsykehus, ikke har midler nok til å foreta større utbygginger og anskaffe medisinsk utstyr av god nok kvalitet. I så fall kan omfanget og kvaliteten av regionsykehustjenestene bli dårligere enn ønsket. En annen mulighet er at man er bekymret for utgiftsfordelingen mellom regionsykehusfylkene og de andre fylkene. Siden gjestepasientprisene ikke er ment å dekke kapitalkostnadene, kan en hevde at regionsykehusfylkene subsidierer de andre fylkene. Det kan bidra til at regionsykehus-

fylkenes disponible inntekter til andre formål blir mindre enn de ellers ville vært²². I de følgende avsnittene skal vi drøfte virkninger av tiltakene A-D med hensyn på inntektsfordeling mellom fylkene, tilbudet av regionsykehustjenester og etterspørselen etter regionsykehustjenester.

Tiltakene A og B vil ha samme virkning som en inntektsoverføring til regionsykehusfylkene. Tabell 9,3 viser størrelsen på de statlige refusjonene for godkjente kapitalutgifter knyttet til regionsykehusene hvis det skulle ha blitt gitt 100 prosent refusjon i 1995. Dette tilsvarer alternativ A.

Tabell 9.3: Beregning av refusjon for godkjente kapitalutgifter til regionsykehusene i 1995 i millioner kroner med 100 prosent refusjon

	Bygg	Utstyr	Sum
Ullevål sykehus	24,5	1,4	25,9
Haukeland sykehus	87,5	0	87,5
Regionsykehuset i Trondheim	32,0	5,8	37,8
Regionsykehuset i Tromsø	90,9	37	127,9
Regionsykehusene samlet	234,9	44,2	279,1

Vi ser fra tabellene 9.2 og 9.3 at de statlige refusjonene i dette tilfellet (alternativ A) ville ha blitt 168,9 millioner større enn de faktisk var.

Statens samlede utgifter til kommunesektoren skal ikke påvirkes, i følge utvalgets mandat. Regionsykehusfylkenes økte inntekter må derfor motsvares av en tilsvarende reduksjon i de andre fylkenes inntekter. Inntektsinndragningen forutsettes å skje gjennom en reduksjon i rammetilskuddene til fylkeskommunene. En vil få dermed få en umiddelbar inntektsfordelingsvirkning.

For regionsykehusfylkene vil inntektseffekten trekke i retning av at regionsykehusenes tilbud av og regionsykehusfylkenes etterspørsel etter regionsykehustjenester vil øke, men neppe med tilsvarende beløp som inntektsoverføringen. For de andre fylkeskommunene derimot vil inntektseffekten trekke i retning av mindre etterspørsel etter regionsykehustjenester (dersom det ikke samtidig blir gjort noe med gjestepasientprisene). Det er derfor rimelig å tro at en eventuell forbedring i kvaliteten av regionsykehustjenestene i særlig grad vil komme vertsfylkets innbyggere til gode. Om det samlede omfanget av regionsykehustjenester vil øke, vil avhenge av nettovirkningen av økning av etterspørselen i vertsfylkene og reduksjon av etterspørselen i de andre fylkene.

Tiltak C vil foruten inntektseffekten til fordel for regionsykehusfylkene også ha en prisvridningseffekt ved at nye regionsykehusbygg med utstyr nå framstår som gratis for fylkeskommunene som har regionsykehus. Det er grunn til å tro at interessen for nye sykehusbygg vil øke kraftig i regionsykehusfylkene. Dersom fylkeskommunenes ønsker skulle imøtekommes fullt ut, er det grunn til å vente dårlig utnyttelse av bygningsmassen og liten interesse for å vedlikeholde eksisterende bygg. En må derfor forvente at staten vil sette et tak for de årlige investeringer i sykehusbygg og medfølgende utstyr. Det er da grunn til å tro at søknadene om nye byggeprosjekter vil være langt større enn det som blir innvilget. Staten må følgelig bygge opp et administrativt apparat som er i stand til å saksforberede og innstille med hensyn til hvilke prosjekter som skal få tomme opp og hvilke som skal få tomme ned. Dette vil generelt være problematiske beslutninger fordi søkerne vil

22. De statlige regionsykehustilskuddene, som er beskrevet i "[Dagens regionsykehus](#)" i kapittel 4, vil imidlertid være en motvirkende faktor.

ha bedre informasjon om prosjektene enn saksbehandlerne. Spesielt vil det være problematisk i helsesektoren hvor også prosjektenes mål ofte er uklare og vanskelig å tallfeste. Det er derfor grunn til å tro at rasjoneringsbeslutningene vil kunne bli nokså vilkårlige. Som for tiltakene A og B vil inntektseffekten være til fordel for regionsykehusfylkene og til ulempe for de andre fylkene. Det er derfor grunn til å tro at regionsykehusenes tilbud samt regionsykehusfylkenes etterspørsel etter sykehustjenester vil øke, mens de andre fylkenes etterspørsel etter regionsykehustjenester vil bli redusert.

Tiltak D vil virke på samme måte som tiltak C, med den forskjell at det er grunn til å tro at antallet søknader blir større.

9.4 UTVALGETS KONKLUSJON

Det kan være grunn til å reise spørsmålsteget ved om skjønnstilskuddsordningen fra KAD er et egnet virkemiddel i tilknytning til sykehusutbygginger. Det kan også stilles spørsmål ved om den samlede statlige innsatsen har gitt en gjennomtenkt behandling av fylkeskommunene. Bevilgningsrammen for skjønnsmidlene har blitt vesentlig redusert de senere år. Det kan være grunn til å vente at denne utviklingen vil fortsette²³, og i alle fall er det liten grunn til å tro at skjønnrammen vil variere i takt med behovene for investeringer i sykehus. Innenfor dagens skjønnrammeordning er det også vanskelig å ivareta en likebehandling av fylkeskommunene. For fylkeskommunene er det tidkrevende å forholde seg til to departementer, og det gir grunnlag for spillsituasjoner. For staten er det også vanskelig å holde oversikten over hvor mye fylkeskommunene totalt får til sykehusene, når flere departementer er inne i bildet. Det synes derfor mest hensiktsmessig at SHD står for den samlede oppfølging og finansiering av sykehus.

En statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader ville frata fylkeskommunene motivasjonen til å interessere seg for disse kostnadenes størrelse samt vedlikehold av bygninger og utstyr. I et slikt system er det lite trolig at alle investeringsønsker kan realiseres. En måtte derfor bygge opp et statlig apparat for å rasjonere fylkenes investeringsønsker. Dette åpner for strategiske spill mellom forvaltningsnivåene blant annet i utveksling av informasjon.

Regionsykehusene har regionfunksjoner samtidig som de er sentralsykehus og lokalsykehus. Det har vært sentralt i utvalgets vurderinger at det neppe vil være praktisk mulig å skille kapitalkostnadene ved de ulike funksjonene fra hverandre. At staten overtar regionsykehusenes kapitalkostnader, vil derfor måtte innebære en subsidiering av de fylkeskommunene som har regionsykehus i forhold til de andre fylkeskommunene i regionen. Dette vil være en hindring for å få til den regionale samordning av tjenestene som utvalget ønsker. Utvalget vil derfor ikke gå inn for en statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader.

Utvalget ser på selve eksistensen av tilskuddsordningen fra SHD til sykehusbygg og utstyr som utenfor sitt mandat. Man vil derfor ikke gå nærmere inn på en vurdering av denne.

23. Jfr. forslag fra Inntektssystemutvalget (NOU 1996: 1) om henimot en halvering av skjønnrammer på lengre sikt.

KAPITTEL 10

Statlig overtakelse av drifts- og eieransvar bare for regionsykehusene

Utvalget vil i dette kapitlet drøfte konsekvenser av at staten overtar eierskap og drift bare for regionsykehusene. I 10.1 drøfter en mulighetene for at staten utelukkende overtar eie, drift og finansiering av regionfunksjonene. I "[Beskrivelse av alternative finansieringsordninger](#)" i 10.2 beskrives ulike finansieringsmåter dersom staten overtar eie og drift av alle regionsykehusets funksjoner. Sannsynlige effekter på den faktiske funksjonsfordeling i regionen diskuteres i "[Noen mulige virkninger på den faktiske funksjonsfordeling i regionen](#)" i 10.3. Utvalget konkluderer i "[Konklusjon](#)" i 10.4.

10.1 STATLIG EIE, DRIFTSANSVAR OG FINANSIERING AV REGIONFUNKSJONENE I REGIONSYKEHUSENE

En tenker seg i dette alternativet at fylkeskommunene som nå eier regionsykehusene, fortsatt skal eie, ha driftsansvar og finansiere sentralsykehus- og lokalsykehusfunksjonene. Samtidig skal staten eie, ha driftsansvar og finansiere regionfunksjonene. De ulike funksjonene skal fortsatt i hovedsak være samlokalisert i regionssykehuset. En må i dette tilfellet lage en detaljert oversikt over hva som er regionfunksjoner og hva som er sentralsykehus- og lokalsykehusfunksjoner. I følge opplysninger utvalget har innhentet, vil det blir svært ressurskrevende (om mulig) å gjennomføre en slik oppdeling på en måte som har stor oppslutning blant de berørte. Utvalget har fått inntrykk av at det både er en stor gråsoner i funksjonsfordelingen mellom sykehus og at inndelingen er lite stabil over tid. Mange pasienter vil oppleve både å være lokalsykehus-, sentralsykehus- og regionpasient i løpet av sykehusoppholdet på regionsykehuset. Det er grunn til å tro at kriteriene for når man går over fra det ene til det andre vil bli så skjønnsmessige at klassifiseringen ikke vil bli særlig meningsfylt.

At et regionsykehus har to eiere, vil medføre at de ansatte kan ha to arbeidsgivere. Men hvem skal være ansatte i fylkeskommunen og hvem skal være statsansatte? En ansatt ved et regionsykehus, vil utføre både regionoppgaver og andre oppgaver. Det er dermed ingen klare kriterier for hvem som skal ha arbeidsgiveransvar. På samme måte vil alle funksjoner foregå i de samme bygningene og i stor grad med det samme utstyret. Det blir dermed heller ingen klare kriterier for hvem som bør eie bygningene og medisinsk og annet utstyr.

Med de flytende overganger som vil være mellom de ulike funksjonene er det grunn til å tro at mye ressurser vil bli brukt på å avklare ansvarsforholdet mellom staten og fylkeskommunene. Modellen vil dermed ikke være egnet til å ivareta behovet for regional samordning av sykehustjenestene. Det er tvilsomt om denne modellen i det hele tatt vil være mulig å gjennomføre i praksis. Utvalget vil derfor heretter anta at dersom staten skal overta eie og drift av regionsykehusene, vil staten eie og være ansvarlig for drift av alle regionsykehusets funksjoner.

10.2 BESKRIVELSE AV ALTERNATIVE FINANSIERINGSORDNINGER

Som utvalget har beskrevet i "[Alternative eieformer og finansieringsmåter](#)" i kapittel 8, kan en tenke seg alternative tilknytningsformer dersom staten overtar regionsykehusene. Dette emnet vil utvalget gi en nærmere behandling i "[Regionalisert](#)

sykehusvesen med staten som eier" i kapittel 11. I dette kapitlet vil en konsentrere drøftingen om de oppmuntringer som vil ligge i finansieringsordningene, dersom staten bare overtar regionsykehusene. Utvalgets konklusjoner vil her være nokså uavhengig av hvilken tilknytningsform en måtte velge.

Vi skal se på tre alternativer for finansiering av de statlige regionsykehusene (alternativenes nummerering refererer til de modellene utvalget antydte i "*Kombinasjoner av eierskap og finansieringskilder*" i kapittel 8.4): Staten finansierer all pasientbehandling ved regionsykehusene (modell 3a), staten finansierer regionfunksjonene ved regionsykehusene (modell 3b), eller at fylkeskommunene betaler for all undersøkelse og behandling ved regionsykehusene (modell 5). I modellene 3a og 3b vil gjestepasientordningen for regionpasienter falle bort. I modell 3b skal imidlertid de tidligere eierfylkeskommunene betale staten for sentralsykehus- og lokalsykehuspasienter som blir behandlet ved regionsykehusene. Det blir dermed et «gjestepasientmarked» i regionsykehusfylkene for sentralsykehus- og lokalsykehuspasienter. I alle de tre modellene vil fylkeskommunene fortsatt eie og ha driftsansvar for sentral- og lokalfunksjoner ved egne sykehus.

10.3 NOEN MULIGE VIRKNINGER PÅ DEN FAKTISKE FUNKSJONS- FORDELING I REGIONEN

Vi skal først beskrive de konsekvenser alternativ 3 vil ha for rammetilskuddet fra staten til fylkeskommunene. Noen fylkeskommuner vil fortsatt ha sentralsykehus og lokalsykehus, mens de fylkeskommunene hvor regionsykehusene er lokalisert, ikke lenger vil ha egne sentralsykehus og vil dessuten produsere lokalsykehustjenester i et mindre omfang enn tidligere. En kan da tenke seg en ordning hvor det tidligere vertsfylket kjøper sentralsykehus- og lokalsykehustjenester fra det stats-eide regionsykehuset (modell 3b). En må i så fall lage en detaljert liste over hvilke innleggelser, dagbehandling og polikliniske behandlinger som er på lokal- og sentralsykehusnivå og hvilke som er på regionnivå. Siden utvalget ikke har klart å få noen til å lage en slik liste, er det tvilsomt om dette rent praktisk vil la seg gjøre. Hvis det likevel skulle la seg gjøre, vil en slik liste måtte revideres fortløpende etter som oppgaver skifter mellom de ulike nivåene. Et annet alternativ (modell 3a) vil være at regionsykehusene får alle sine inntekter (inkludert inntekter som skal dekke sentral- og lokalfunksjoner) fra staten. I så fall må de fire tidligere vertsfylkene få en større reduksjon i rammeoverføringer fra staten enn hva de andre fylkeskommunene får. Dette fradraget kan baseres på hva man antar det koster å produsere lokal- og sentralsykehustjenester til den aktuelle befolkningen. En kan for eksempel ta utgangspunkt i tilsvarende tall fra andre fylker. Det vil ikke være ukontroversielt hvordan dette skal gjøres i praksis.

Det sentrale problemet med statlig overtakelse bare av regionsykehusene er imidlertid de sannsynlige konsekvensene for funksjonsfordeling og regional samordning. Disse konsekvensene følger av de insitamentene regionsykehusfylkene får, med hensyn til utbygging og drift av egne tilbud.



Figur 10.1 Pengestrømmer og pasientstrømmer i regionsykehusfylket når staten finansierer all behandling ved regionsykehuset (modell 3a)

Hvis staten i tillegg til regionpasienter også betaler for regionsykehusenes sentral- og lokalsykehuspasienter(modell 3a), vil dette være et insitament for de aktuelle fylkeskommuner til å benytte regionsykehuset mest mulig. Det vil være en økonomisk oppmuntring til å definere mest mulig som sentral- og regionfunksjoner og minst mulig som lokalsykehusfunksjoner. Pengestrømmer og pasientstrømmer i dette tilfellet blir beskrevet i figur 10.1.

I figur 10.1 er pengestrømmene i modell 3a tegnet med stiplede linjer, mens effekten på pasientstrømmer i forhold til dagens ordning er tegnet med fete piler. Det vil i dette tilfellet være et økonomisk insitament til å øke presset på regionsykehusets virksomhet.

Hvis staten bare betaler for regionfunksjoner (modell 3b), må de tidligere vertsfylkene betale staten for sentral- og lokalsykehustjenester som ytes på regionsykehuset. Man lager dermed «gjestepasientmarkeder» inne i de tidligere vertsfylkene. Fylkeskommunene, som tidligere eide regionsykehusene, vil imidlertid fremdeles eie lokalsykehusene. Hvis fylkeskommunenes politikere og ansatte har ambisjoner om å bygge opp disse lokalsykehusene til noe mer enn lokalsykehus, kan man ekspandere virksomheten ved sine gjenværende lokalsykehus ved å utvide definisjonen av lokalsykehustjenester. Man 'tar hjem gjestepasienter',



Figur 10.2 Pengestrømmer og pasientstrømmer i regionsykehusfylket når staten finansierer regionfunksjonen ved regionsykehuset (modell 3b)

som det heter, og fylkeskommunen sparer dermed gjestepasientutgifter. Det vil i så fall trekke i retning av at regionsykehusene mister en del av de pasientene som i dag klassifiseres som sentralsykehuspasienter. På den annen side vil det tidligere vertsfylket være interessert i at flest mulig av regionsykehusets pasienter blir klassifisert som regionpasienter. For de fylkene som ikke har regionsykehus, vil det at gjestepasientordningen for regionpasienter oppheves, medføre et press i retning av flere henvisninger til regionsykehuset. Samlet sett vil finansieringsmåten i modell 3b oppmuntre til en bevegelse i retning av modell 2 med regionsykehus som utelukkende består av regionfunksjoner. Men klassifiseringen av regionfunksjoner kan i praksis vise seg å bli atskillig videre enn i dag. Pengestrømmer og effekt på pasientstrømmer i regionsykehusfylket er illustrert i figur 10.2.

Dersom fylkeskommunene selv må finansiere både lokalsykehus-, sentralsykehus- og regiontjenester (modell 5), kan det bli en tendens til at de tidligere vertsfylkene også vil trekke regionpasientene ut av regionsykehuset, og selv bygge opp lokale tilbud. Dette kan begrunnes på tre måter. For det første vil ambisiøse lokalpolitikere og fagfolk foretrekke å behandle pasienter på egne sykehus. For det andre er det lettere for fylkeskommunen å kontrollere størrelse og variasjon i utgifter til egne sykehus enn det er å kontrollere gjestepa-



Figur 10.3 Penaestrømmer og pasientstrømmer i regionsykehusfylket når fylkeskommunen finansierer all behandling ved regionsykehuset (modell 5)

sientutgiftene. For det tredje kan man tenkes å trekke pasienter ut av regionsykehuset for å spekulere i at staten vil tilføre midler for å avhjelpe krisen som da vil komme ved regionsykehuset. Effekten på retning av pasientstrømmer er framstilt i figur 10.3.

For de fylkeskommunene som ikke har regionsykehus, vil ikke dette alternativet bety noen forandringer fra hva som er finansieringssystemet i dag. Disse fylkeskommunene vil fortsatt betale gjestepasientpriser for regionpasientene.

Modell 5 kan til en viss grad illustreres med Rikshospitalets forhold til Akershus fylkeskommune i dag. Rikshospitalet har noen lokal- og sentralsykeshusfunksjoner for innbyggere fra Akershus. Rikshospitalet er interessert i disse funksjonene blant annet av undervisningshensyn. Akershus fylkeskommunene er derimot interessert i å ta hånd om disse pasientene i egne sykehus.

Avhengig av hvordan man innretter betalingsordningene, vil det derfor være krefter som enten trekker i retning av en reduksjon eller en økning i regionsykehusenes pasientbehandling i forhold til dagens omfang. Man kan eventuelt forsøke å forhindre dette med statlige reguleringer. Størrelsen på gjestepasientprisen kan umiddelbart synes som et egnet virkemiddel for å få til en ønsket funksjonsfordeling. Men med de uklarheter som eksisterer med hensyn til klassifisering av de ulike funksjonene, kan dette bli et ressurskrevende system både å opprette og vedlikeholde. En må regne med store spenninger mellom fylkeskommunene og staten.

10.4 KONKLUSJON

Utvalget har i dette kapitlet diskutert mulige konsekvenser for den faktiske funksjonsfordeling mellom sykehusene i helseregionene av at staten overtar eierskap og drift bare for regionsykehusene. At regionsykehusene har regionfunksjoner samtidig som de er sentral- og lokalsykehus, samt at det er en betydelig gråsoner i funksjonsfordelingen, har vært vesentlig for utvalgets vurderinger. Det er grunn til å tro at funksjonsfordelingen vil være lite stabil over tid og at gråsonen vil vokse i årene framover. Å la finansieringsordningen avhenge av funksjonsfordelingen, slik man må i dette tilfellet, vil derfor åpne for at andre hensyn enn pasientens beste i betydelig grad vil påvirke behandlingsskjedenes forløp. En vil dermed ikke kunne ivareta det behov for samordning av regionens sykehustjenester som utvalget legger til grunn for sine vurderinger. I tillegg vil finansieringsordningene være ressurskrevende å administrere, siden mye ressurser vil bli brukt i strategiske spill mellom forvaltningsnivåene. Utvalget vil derfor ikke anbefale at staten overtar drifts- og eieransvar bare for regionsykehusene. Dersom staten overtar drifts- og eieransvar for regionsykehusene, bør staten overta drifts- og eieransvar for alle sykehus.

Med konklusjonene i *"En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene"* i kapittel 9 og i *"Statlig overtakelse av drifts- og eieransvar bare for regionsykehusene"* i kapittel 10 har utvalget svart på mandatet, hvis man tolker det snevert. Samtidig har disse konklusjonene gitt utvalget en åpning for å gå videre og vurdere ulike organisasjonsmåter for et regionalisert sykehusvesen som ivaretar samordningsbehovene bedre enn dagens organisasjonsmåte. På denne bakgrunn utvidet Sosial- og helsedepartementet mandatet til å omfatte en utredning av eierskap, organisering og finansiering av alle sykehus. Dette blir temaet i kapitlene som følger. *"Regionalisert sykehusvesen med staten som eier"* i Kapittel 11 omhandler et regionalisert sykehusvesen med staten som eier, mens *"Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunene som eiere"* i kapittel 12 omhandler et regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunene som eiere.

KAPITTEL 11

Regionalisert sykehusvesen med staten som eier

Utvalget skal i dette kapitlet redegjøre nærmere for alternative utforminger av et regionalisert sykehusvesen med staten som eier. Alternativene vil skille seg fra hverandre med hensyn til tilknytningsform og med hensyn til hvor sykehusenes inntekter kommer fra.

I "*Alternative eieformer og finansieringsmåter*" i kapittel 8 redegjorde utvalget for de alternative tilknytningsformer for statlig virksomhet. Det ble skilt mellom de tre hovedtilknytningsformene forvaltningsorgan, statseid selskap og stiftelse. Sentrale kjennetegn ved forvaltningsorganer er at de er en del av staten som juridisk person og at staten styrer ved instruksjon. Det er dermed mulighet for overordnet styring med alle sider av den løpende driften. Forvaltningsorganene er bevilgningsfinansiert; dvs de får sine finansielle ressurser fra Stortinget. Forvaltningsorganformen er delt i tre underformer: Ordinære forvaltningsorganer, forvaltningsbedrifter og forvaltningsorganer med særskilte fullmakter. Forvaltningsbedriftene skiller seg fra de ordinære forvaltningsorganer ved at driftsutgiftene nettobudsjetteres og at investeringene aktiveres, rentebelastes og avskrives over driften. Fellestrekk ved statseide selskaper er at de er et selvstendig rettssubjekt med egne styringsorganer og ansvar for egen økonomi. Det er et eierforhold mellom statsmyndighetene og selskapet som staten eier. Statsmyndighetene styrer selskapet fra eierposisjon (generalforsamling/foretaksmøte) overfor selskapets øvrige formelle organer (og ikke gjennom instruksjonsmyndigheten).

I "*Alternative eieformer og finansieringsmåter*" i kapittel 8 skilte en også mellom det tilfellet at staten finansierer sykehusene over statsbudsjettet (dette tilsvarer alternativ 4 i "*Alternative eieformer og finansieringsmåter*" i kapittel 8), det tilfellet at fylkeskommunene finansierer sykehusenes virksomhet ved å kjøpe tjenester (dette tilsvarer alternativ 6 i "*Alternative eieformer og finansieringsmåter*" i kapittel 8) og en blanding av de to finansieringsordningene.

Ser vi dimensjonene tilknytningsform og finansiering i sammenheng, får vi kombinasjonene som er vist i tabell 11.1

Tabell 11.1: Kombinasjoner av statlig tilknytningsform og finansiering

	Forvaltningsorgan	Selskap
Staten finansierer	11.1	
Fylkeskommunene finansierer		11.2
Blandet finansiering		11.2

De utfylte feltene markerer de alternativene utvalget vil konsentrere sin behandling om.

En vil i underkapittel "*Statens sykehusforvaltning: Et forvaltningsorgan med spesialtilpassede fullmakter*" i 11.1 argumentere for at forvaltningsorgan er den mest aktuell tilknytningsform ved statlig finansiering. Hvis fylkeskommunene (delvis) finansierer sykehusene, kan det være mer aktuelt med selskapsorganisering. Dette tas opp i underkapittel "*Statseid selskap med (delvis) fylkeskommunal finansiering*" i 11.2.

11.1 STATENS SYKEHUSFORVALTNING: ET FORVALTNINGSORGAN MED SPESIALTILPASSEDE FULLMAKTER

Når Stortinget finansierer en statlig eid institusjon fullt ut, er det tradisjon for å velge hovedtilknytningsformen forvaltningsorgan. Etter utvalgets mening er det i prinsippet mulig å benytte begge de to underformene ordinært forvaltningsorgan og forvaltningsbedrift i forhold til sykehusene. Det er videre mulig å gi forvaltningsorganene spesialtilpassede fullmakter f.eks. gjennom tilpasning av organisasjons- og styringsformer²⁴.

I dette underkapitlet gis en beskrivelse av et slikt forvaltningsorgan, blant annet av hvordan den formelle organisasjonsstrukturen i forvaltningsorganet kan bygges opp. Deretter beskrives alternative finansieringsmåter og budsjett- og personalfullmakter, herunder modeller med rammebudsjettering og full eller delvis stykkprisfinansiering. Utvalgets vurdering vil være at et forvaltningsorgan med spesialtilpassede fullmakter ser ut til å være den mest hensiktsmessige tilknytningsformen. Forvaltningsorganet gis navnet Statens sykehusforvaltning. Til sist i underkapitlet foretas en diskusjon av modellen opp mot de kriterier for evaluering utvalget har fastlagt.

11.1.1 Statens sykehusforvaltning

Utvalget har i sine beskrivelser og vurderinger i kapitlene 5, 6 og 7 konkludert med at helseregionene er hensiktsmessige enheter for sykehussamarbeid. Dette trekker i retning av at Statens sykehusforvaltning bygges opp med en relativt avgrenset sentral administrasjon og med avdelingskontorer som har hver sin helseregion som ansvarsområde.

Sentraladministrasjonen i Statens sykehusforvaltning vil i en slik modell i første rekke ha oppgaver som å fordele ressurser mellom regionkontorene, drive nasjonale sammenligninger av produksjon og effektivitet, inngå avtaler med hovedsammenlutningene i arbeidslivet, og å utvikle visse felles retningslinjer for personalforvaltning, f.eks. når det gjelder legefordeling. Det må antas at Stortinget og regjeringen vil legge føringer på den regionale fordelingen av budsjettet på samme måte som det i dag eksisterer ordninger for å få til en bestemt regional fordeling gjennom overføringer til lokal- og fylkeskommunal forvaltning. Fordeling av ressurser til regionene bør foretas etter faste kriterier som regionkontorene ikke kan påvirke. Stortinget må samtidig vurdere om det f.eks. skal gis ekstra tilskudd til enkelte av regionene slik det i dag gis bestemte regionaltilskudd til nord-norske fylkeskommuner.

Regionkontorene vil ha som ansvar å finansiere det enkelte sykehus, samordne ventelister og pasientbehandling i regionen og å sikre kompetanseutvikling og videreutdanning av helsepersonell.

Slik Statens sykehusforvaltning her er skissert, vil det være klare likhetstrekk med organisasjonsmåten i det britiske National Health Service (se boks 11.1), og kanskje spesielt før reformene i 1991.

24. Utvalget velger her å bruke begrepet «spesialtilpassede fullmakter», slik det ble innført i NOU (1989:5). Dette skal ikke forveksles med begrepet «særskilte fullmakter», som innebærer at den løpende virksomheten styres på en måte som understreker uavhengighet og selvstendighet i forhold til de politiske myndigheter. «Særskilte fullmakter» er aktuelt i forhold til institusjoner hvor det er viktig å sørge for institusjonens faglige og verdimeslige selvstendighet. Et eksempel er Norges Forskningsråd.

Boks 11.1 National Health Service

Det britiske National Health Service (NHS) er statlig og ble etablert i 1948. Budsjettet for helsetjenester blir fordelt på 8 regioner, som igjen fordeler midler på ca. 90 distrikter, hovedsaklig etter kriterier regioner og distrikter ikke kan påvirke (demografiske og sosiale faktorer). I motsetning til dagens norske system er regioner og distrikter ikke underlagt lokalpolitisk styring. Før reformene i 1991 var det enkelte distrikt ansvarlig for styring og finansiering av sykehusene i sitt distrikt. Dette skjedde som regel ved hjelp av rammebudsjetter uten spesifiserte produksjons- og kvalitetskrav. Reformen i NHS i 1991 innebar at distriktenes funksjoner som kjøpere og selgere har blitt splittet. Man har forlatt den integrerte modellen, slik denne ble forklart i "[Finansiering](#)" i kapittel 8.2 og i "[Klassifikasjonen av helsetjenestesystemer etter finansieringsmåte](#)" i vedlegg 2. Distriktenes oppgave er nå å representere innbyggerne ved å inngå kontrakter som gir en best mulig helsetjeneste for det budsjettet de har til rådighet. De blir dermed en slags innkjøpskontorer, og står fritt til å inngå kontrakter med sykehus som de tidligere hadde ansvaret for eller andre offentlige eller private sykehus. Sykehus i NHS er fremdeles offentlige, men kan oppnå en mer selvstendig status ved omdanning til en såkalt «trust». Sykehusene skal beregne sine priser slik at de inkluderer kapitalkostnader og det skal ikke være kryssubsidiering mellom tjenester. Disse sykehusene har stor frihet i lønns- og personalspørsmål, og kan ta opp lån innenfor visse grenser. Det andre elementet i den britiske reformen er at sammenslutninger av allmennpraktikere (GPs) kan søke om å få overta budsjettansvaret for visse utgifter som påløper for deres pasienter i forbindelse med prøvetaking, poliklinisk behandling, visse typer av sykehusinnleggelser etc. Disse legene (fundholding practices) vil ofte forhandle fram avtaler med et utvalg av sykehus.

11.1.2 Fullmakter lagt til Statens sykehusforvaltning

Den *ordinære* forvaltningsorganformen brukes for statlig virksomhet som stiller særlig store krav til politisk og konstitusjonell kontroll og ansvar. For statlig sykehusdrift organisert som forvaltningsorganer vil det være aktuelt å gjøre unntak fra flere av punktene som kjennetegner ordinære forvaltningsorganer (jfr. "[Eierskap og tilknytningsformer i offentlig virksomhet](#)" i kapittel 8.1). I det følgende diskuteres spesielt budsjettfullmakter, herunder finansierings- eller kontraktsformer, fullmakter innenfor lønns- og personalområdet og fullmakter til interne omorganiseringer.

Vurdering av budsjettfullmakter

I en modell der sykehusene eies av staten gjennom Statens sykehusforvaltning, fastlegges budsjettene for sykehusforvaltningen av Stortinget. Hvordan det enkelte sykehus oppnår sine inntekter, vil imidlertid kunne variere med de kontraktsformer som utvikles mellom Statens sykehusforvaltning og det enkelte sykehus. I "[Prinsippet om kontraktstyper](#)" i kapittel 8.3 ble det redegjort for ulike hensyn i forbindelse med utforming av slike kontrakter.

To fundamentale prinsipper, *fullstendighetsprinsippet* og *brutto prinsippet*, er avledet fra paragraf 4 i Stortingets bevilgningsreglement, som lyder:

«Budsjettet skal omfatte samtlige statsutgifter og statsinntekter i budsjett-terminen, så langt de kan forutses når budsjettet blir endelig vedtatt. Med de unntak som følger av paragraf 6, 3. ledd, føres utgifter og inntekter opp med brutto beløp. Kongen kan likevel fastsette regler som tillater nettobudsjettering av utgifter ved utskifting av utstyr.»

Unntaksregelen i paragraf 6 gjelder statens forretningsdrift, og den fastsetter at det bare er netto driftsresultat for hver forretning som blir tatt med ved oppsummeringen av budsjettets utgiftsside (driftsinntekter minus driftsutgifter, avskrivninger, renter og eventuelle fondsavsetninger).

De generelle kravene innebærer altså at statsbudsjettet skal inneholde alle utgifter og inntekter som må vedtas av Stortinget for kommende år, og at Stortinget bevilger utgifter og inntekter hver for seg selv om de refererer seg til samme virksomhet. Hovedregelen er m.a.o. at når en institusjon først er ført inn på statsbudsjettet som statsinstitusjon med standardposter for drift og investering, vil enhver type utgift eller inntekt for virksomheten måtte tas med i budsjett og regnskap. Konsekvensen av bruttoprinsippet er at dersom inntektene blir større enn budsjettert, gir dette som hovedregel ikke adgang til å overskride utgiftsbevilgningen. På den annen side innebærer prinsippet at en utgiftsbevilgning ordinært gir fullmakt til å disponere det angitte beløp fullt ut, uavhengig av om inntektsiden svikter. Statssykehusene har f.eks i flere år hatt en sviktende inntektsside i løpende termin, uten at dette har hatt konsekvenser for utgiftssiden.

Bevilgningsreglementet paragraf 11, 3. ledd fastslår at Finansdepartementet har fullmakt til å bemyndige statsorganer til å overskride driftsutgifter mot tilsvarende merinntekter. Dette er bl.a. gjort for statssykehusenes poliklinikkinntekter. Stortinget kan bestemme at statlig virksomhet organiseres slik at virksomhetens årlige brutto utgifter og inntekter helt eller delvis holdes utenfor statsbudsjettet. I de tilfeller hvor institusjonen er delvis selvfinansiert, blir vanligvis statskassens *nettotilskudd* ført opp på statsbudsjettet. Spesielt blir det ansett som hensiktsmessig å bruke nettobudsjettering overfor institusjoner hvor det er ønskelig å tilstrebe effektivisering, og hvor det er formålstjenelig å begrense den vanlige departementale instruksjonsadgangen overfor virksomheten. Dersom formålet kun er å øke institusjonens inntektsmuligheter, kan det lettest gjøres med en merinntektsfullmakt. Statens sykehusforvaltning antas å få den overveiende delen av sine inntekter bevilget fra Stortinget. Vurdert ut fra dagens situasjon kan derfor ikke utvalget se at det vil være noe å vinne på å nettobudsjettere Statens sykehusforvaltning. Sykehusene vil imidlertid ha egeninntekter, f.eks. slik det i dag skjer ved at sykehusene tar en viss betaling fra pasientene for polikliniske konsultasjoner. Det er derfor aktuelt å benytte merinntektsfullmakter.

I dag delfinansieres sykehusenes polikliniske aktiviteter av staten. Innenfor en modell der sykehusene eies av staten gjennom Statens sykehusforvaltning, eksisterer det flere muligheter for finansiering av poliklinikkene. En første mulighet er at finansieringen av poliklinikkene skjer som i dag. En annen mulighet er at poliklinikkrefusjonene overføres Statens sykehusforvaltning som kan fordele ressursene til sykehusene gjennom ulike typer av kontrakter. Dersom argumentene for dagens finansieringsmodell i første rekke er at fylkeskommunene ikke klarer å bære risikoen ved variasjoner i poliklinikkaktivitetene, vil argumentene for denne modellen falle bort ved statseide sykehus. Statens sykehusforvaltning må antas å kunne bære risikoen ved variasjoner i poliklinikkproduksjonen. Poliklinikkene vil dermed kunne finansieres på samme måte som behandlingen av inneliggende pasienter, over en budsjetttramme overført fra Stortinget til Statens sykehusforvaltning.

I dag inngår privatpraktiserende spesialister driftsavtale med fylkeskommunene, og de får utbetalt et driftstilskudd fra fylkeskommunen (i tillegg til inntekter fra staten og pasientene). Tjenester som ytes av privatpraktiserende spesialister, kan alternativt ytes ved sykehusenes poliklinikker. Dersom staten overtar finansieringen av sykehusene, kan fylkeskommunene tenkes å bli mindre opptatt av inngå driftsavtaler med private spesialister. De kan dermed forsøke å velte noen av kostnadene over på staten. Ved en eventuell statlig overtakelse av sykehusene bør en nok vurdere om ansvaret for organisering og finansiering av private spesialister med driftsavtale også bør overføres fra fylkeskommunene til Statens sykehusforvaltning. Det kan bidra til en mer helhetlig tilrettelegging av legespesialisttilbudet innen hver region.

Statens sykehusforvaltning vil innenfor en budsjetttramme gitt av Stortinget kunne benytte alle kontraktsformene som er nevnt i "[Prinsipielt om kontraktstyper](#)" i kapittel 8.3, samt kombinasjoner av disse, i forhold til sykehusene. Siden utvalget forutsetter at Statens sykehusforvaltning er et organ som er regionalisert, vil det også kunne åpnes for geografisk variasjon i kontraktsutformingen. Hvordan kontraktene utformes må være et spørsmål som overlates til sykehusforvaltningen og sykehusene, men det kan være ønskelig å utforme kontrakter som etablerer et klare skille mellom etterspørre og tilbyder av helsetjenester. Dette vil i noen grad kunne realiseres innenfor den modell som diskuteres her, selv om sykehuseier også står som etterspørre. Innenfor hver region kan en for eksempel introdusere internmarkeder ved en kombinasjon av fritt sykehusvalg og at sykehusenes inntekter avhenger av antallet behandlinger. En annen mulighet kan være å oppmuntre til noe konkurranse om utførelse av elektive behandlinger ved for eksempel å innhente anbud og dermed stimulere til konkurranse mellom statlige og eventuelt private behandlingstilbud²⁵. Innenfor en slik modell vil det dermed være et mål at regionkontorene først og fremst ser det som sin oppgave å bidra til at befolkningen får en best mulig spesialisttjeneste innenfor de ressursene man disponerer.

Også innenfor en modell der Statens sykehusforvaltning står som eier av alle sykehusene kan en tenke seg at finansieringen av sykehusene skjer på andre måter enn gjennom budsjetter til sykehusforvaltningen gitt av Stortinget. Sykehusene eid av Statens sykehusforvaltning vil f.eks. kunne finansieres ved DRG-baserte refusjoner fra Folketrygden. Dette vil være en aktuell finansieringsmåte dersom sykehusbehandling gjøres til en absolutt rettighet. Det er samtidig en rekke problemer knyttet til denne finansieringsmåten. Det første problemet har sammenheng med utformingen av den relative størrelsen på refusjonene ved ulike behandlinger. Hvis ikke de relative refusjonene avspeiler sykehusenes relative kostnader ved å utføre behandlingene, kan det være en fare for at pasienter med lave takster i forhold til sykehusenes behandlingstkostnader vil bli skjøvet oppover i systemet. Dette kan særlig bli problematisk ved rask utvikling i behandlingsmetoder og dermed hyppige endringer i relative kostnader. Det er lite trolig at man kan etablere takstsystemer som er til strekkelige fleksible til å ta hensyn til de raske endringer i relative kostnader en må forvente i årene framover. Denne finansieringsmåten kan derfor være til hinder for at pasienter blir behandlet på laveste effektive omsorgsnivå. Det andre problemet har med kostnadskontroll å gjøre. Det er vel kjent at det er et betydelig skjønn knyttet til å bestemme behandlingsgrenser innenfor medisinen. Ved stykkpriser som minst dekker behandlingstkostnaden vil det være et insitament til å tøye behandlingsgrensene lenger enn tilfelle er i dag. En slik ordning vil redusere myndighetenes muligheter til å kontrollere de samlede utgiftene til sykehusene. Eventu-

25. Slik konkurranse må antas å egne seg best for standardiserte prosedyrer, kanskje særlig innenfor deler av kirurgien.

elt kunne man kombinere stykkprisrefusjonene med et øvre tak på de samlede inntektene for sykehuset. Da svekkes imidlertid rettighetsargumentet i betydelig grad, siden pasienter som har behov for behandling i slutten av budjettåret risikerer å måtte vente til det åpnes for nye utbetalinger.

I ordinære forvaltningsorganer blir investeringer utgiftsført det året de foretas. En kan stille spørsmålet om det er aktuelt med aktivering av investeringer i Statens sykehusforvaltning, dvs. at virksomhetens driftsbudsjett blir belastet med renter og avskrivninger på nedlagt kapital. Ved konkurranse mellom offentlige og private tilbud kan det være aktuelt å la kapitalkostnader inngå for å skape like konkurransevilkår. Så lenge en ikke foreslår slike ordninger, er aktivering av investeringene mindre aktuelt. Samtidig er det behov for ordninger som gjenspeiler de samfunnsøkonomiske kostnader ved bruk av kapital også i det offentlige. Det vil derfor være ønskelig for analyseformål å lage skyggeregnskaper hvor kapitalkostnadene er inkludert. Dette vil både være ønskelig for å beregne hva det koster å opprettholde et bestemt aktivitetsnivå over tid, og for å utarbeide investeringskalkyler. En kan likeledes vurdere å etablere interne kapitalmarkeder i Statens sykehusforvaltning for å realisere lønnsomme prosjekter samtidig som en tar hensyn til behovet for kostnadskontroll. Utvalget ser det som utenfor sitt mandat å utrede detaljer, men dette er åpenbart et område hvor det er viktig å utrede ordninger som både fremmer samfunnsøkonomisk effektivitet i forbindelse med investeringsprosjekter, og som sørger for en effektiv utnyttelse av den eksisterende realkapital.

Fullmakter innenfor lønns- og personalområdet, og i omorganiseringer

For å kunne tilsette personale i statlige virksomheter som får bevilgning over statsbudsjettet, må Stortinget i tilknytning til lønnsbevilgningen under vedkommende kapittel ha opprettet en stilling. Bevilgningsreglementets paragraf 10 slår entydig fast at det er Stortinget som oppretter og inndrar stillinger. Dette kommer til uttrykk i særskilte vedtak i tilknytning til budsjettet.

Stortinget har imidlertid gitt fullmakt til enkelte statsinstitusjoner å opprette og inndra stillinger i gruppe II selv. Statens sykehusforvaltning vil ha over 60 000 ansatte varierende over en lang rekke stillingskategorier. Det er derfor viktig at Statens sykehusforvaltning får fleksibilitet til å styre stillingssiden. Statens sykehusforvaltning bør derfor unntas fra statens gjennomgående systemer for lønns- og personalområdet, herunder stillingshjemmelsystemet. For eksempel bør Statens sykehusforvaltning få fullmakt til å opprette, inndra og omgjøre alle typer stillinger.

Når det gjelder interne omorganiseringer, dvs. omorganiseringer i det enkelte sykehus, bør også Statens sykehusforvaltning gis fullmakter. Derimot må en anta at omorganiseringer som angår forholdene mellom sykehusene og eventuell nedlegging av sykehus berører statens styringsinteresser. Innenfor en modell der sykehusenes styres gjennom et forvaltningsorgan med spesialtilpassede fullmakter vil dette antakelig være spørsmål som må behandles i vedkommende departement, i regjeringen og i Stortinget.

11.1.3 Vurdering i forhold til evalueringskriteriene

En vil nå gi en vurdering av Statens sykehusforvaltning i forhold til utvalgets evalueringskriterier.

Lik tilgjengelighet til sykehustjenester

Det er ingen automatikk i at statlig finansiering medfører en jevnere geografisk fordeling av tjenestene. I denne modellen vil en imidlertid sikre en ønsket regional fordeling gjennom rammeoverføringer til regionkontorene basert på kriterier regionkontorene ikke kan påvirke. Innenfor hver region vil alle elementer i gjestepasientordningen falle bort. Pasienter fra ulike fylker vil dermed i prinsippet bli stilt likt i forhold til tilgjengelighet til sykehustjenestene. I den grad gjestepasientordningen er noen hindring for slik tilgjengelighet i dagens system, vil en forvente en forbedring på dette området. En må forvente at det utarbeides enhetlige kriterier for hvilke pasienter som skal behandles på hvilket nivå innenfor regionen. En slik utarbeiding kan være lettere å få til i et system med enhetlig eierskap (interfylkeskommunalt eller statlig) i regionen.

Muligheter for regional samordning av sykehustjenestene

Sykehusene er i denne modellen underlagt direkte statlig styring. Det forvaltningsnivået som fastsetter mål og retningslinjer for helsetjenestens virksomhet vil dermed i større grad enn i dag ha direkte virkemidler og sanksjonsmuligheter. Skal styringen bli vellykket, må staten imidlertid i større grad enn i dag ha kunnskaper om sammenhenger mellom mål og midler (jfr. "[Manglende samsvar mellom mål og midler i statlig styring](#)" i kapittel 5.3.3).

Statens sykehusforvaltning vil gi bedre muligheter for å samordne investeringer i bygg og utstyr. I den grad dublerende kompetanse er et problem, vil det kunne reduseres. Det er videre grunn til å anta at det blir lettere å integrere behandlingsskjeder mellom sykehus på ulike nivå i sykehushierarkiet. Eksempelene som belyste problemer med samordning av sykehustjenester innen de enkelte fylker i kapittel 5.4.7, tyder imidlertid på at det ikke er noen automatikk i at enhetlig eierskap gjør strukturendringer lite konfliktfylte.

Høy faglig standard på pasientbehandlingen ved sykehusene

Her kan en forvente de forbedringer som måtte følge av regional samordning av sykehustjenestene. Dette vil særlig dreie seg bedre muligheter for å se hele behandlingsforløpet i sammenheng med et enhetlig eierskap for sykehus på de ulike nivåer.

Høy faglig standard på klinisk forskning, utdanning og kunnskapsformidling

Det finnes indikasjoner på at deler av regionsykehusstilskuddene i dag brukes til å subsidiere vertskommunenes pasientbehandling (se "[Forholdet mellom staten og fylkeskommunene](#)" i kap 5.3.5). I en modell der sykehusene eies av staten og forvaltes gjennom Statens sykehusforvaltning, må vi anta at denne type vridningseffekter fjernes. Som det går fram av "[Undervisning og forskning i et regionalisert helsevesen](#)" i kapittel 13, vil standarden på klinisk forskning, utdanning og kunnskapsformidling for øvrig være avhengig av organiseringen av forholdet mellom universitetene og regionsykehusene. Et enhetlig eierskap vil sannsynligvis gi muligheter for bedre koordinering av opplæring og videreutdanning i regionen.

Muligheter for samordning med primærhelsetjenesten

Her forventer en generelt ingen endringer i forhold til dagens ordninger. Oslo kommune vil imidlertid miste samordningseffektene av både å være (region)sykehuseier og kommune. Oslo kommune har et tett samarbeid mellom sine sykehus og byde-

lene for å finne tilbud på riktig omsorgsnivå for utskrivningsklare pasienter. Dette anses som spesielt viktig i forhold til det økende antall eldre.

Kostnadskontroll

Det er grunn til å tro at mulighetene for kontroll med de totale kostnadene i sykehusene vil bli redusert. Dagens organisering med fylkeskommunalt eierskap gir som omtalt i "[Kritikken mot dagens ordninger](#)" i kapittel 5, god kontroll med de totale kostnadene. Dette har sin årsak i at fylkeskommunene tvinges til å prioritere bruken av en utgiftsramme de i liten grad er i stand til å påvirke. To mekanismer gjør at kostnadskontrollen kan bli svakere i en modell der staten eier sykehusene gjennom Statens sykehusforvaltning. For det første, står Stortinget i mindre grad enn fylkeskommunene overfor gitte samlede budsjettammer. Dette skaper mindre behov for streng prioritering av ressursbruken. For det andre, er Stortinget ofte utsatt for pressgrupper. Spesielt på et politikkområde som er høyaktuelt, kan dette skape situasjoner med tilleggsbevilgninger eller forsøk på overbudspolitik. Dette kan på en lite planmessig måte øke de totale kostnadene og samtidig redusere kostnadsbevisstheten i sykehusforvaltningen og i sykehusene.

Lokal politisk styring

Mulighetene for lokalt valgte politiske beslutningsorganer vil ikke være til stede i en slik modell. Dette kan innebære at beslutninger som fattes, i mindre grad vil reflektere lokale preferanser. Muligheter for lokale påvirkninger kan imidlertid tenkes å bli ivarettatt gjennom å oppnevne lokale representanter i sykehusstyrene (jfr. universitetsstyrenes oppnevning), gjennom brukerråd og pasientundersøkelser.

Høy kostnadseffektivitet

Ordningen gir muligheter for å sammenligne produksjon og kostnader mellom sykehusene innenfor regioner og i landet som helhet. Utvalget viser her til omtalen av «målestokk-konkurranse» i "[Prinsipielt om kontraktstyper](#)" i kapittel 8.3. En slik mulighet vil også være til stede i de modellene utvalget omtaler i "[Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunene som eiere](#)" i kapittel 12. Et enhetlig eierskap av alle landets sykehus vil imidlertid gjøre det lettere å knytte ulike typer av belønninger til konkurransen. Dette kan gi større muligheter for å høyne kostnadseffektiviteten.

I samme retning peker de krav som blir pålagt statlige virksomheter i det nye økonomireglementet for staten. Reglementet, som vil være det øverste administrative styringsdokument i staten, gjelder for alle departementer og underliggende statlige virksomheter som får sine bevilgninger fastsatt på statsbudsjettet. En presiserer her at det må legges vekt på å fastsette mål og resultatkrav for virksomheter som skal realiseres innenfor rammen av de vedtatte bevilgninger. I paragraf 3.1 står det: «For å gjennomføre en formålstjenelig rapportering, skal departementet påse at det for hver underliggende virksomhet blir utarbeidet metoder og resultatindikatorer/kriterier som skal brukes som ledd i vurderingen av om virksomheten ved rapporteringsperiodens utløp viser resultater i samsvar med det som er fastsatt.» Resultatbegrepet står meget sentralt i regelverket. Begrepet vil både inneholde en kvantifisering av virksomhetens ytelser, nyttevirkning og effekt for brukere og samfunn, vurdering av forholdet mellom ytelser og ressursforbruk samt vurdering av kvaliteten på ytelsene. For sykehusvesenet vil innføring av slike rapporteringsrutiner måtte innebære et betydelig utviklingsarbeid.

Fornyelse- og omstillingsevne

Det er grunn til å tro at dagens sykehusorganisasjoner er raske til å ta opp nye behandlingsmetoder. Faglig nysgjerrighet og utvikling er viktige suksesskriterier innenfor den medisinske profesjonen. Interessen for organisatorisk fornyelse og omstilling har ingen tilsvarende tradisjon. Det store antallet profesjoner og spesialiteter i sykehusvesenet kan hevdes å virke ansporende i den faglige utvikling, men konserverende i utviklingen av arbeidsdeling og organisasjonsmodeller som fremmer effektiv sykehusdrift.

En kan vel si at erfaringene med statsdrift, og monopolinstitusjoner generelt, ikke er imponerende med hensyn til omstillingsevne og effektive organisasjonsmåter. Dette har blant annet sammenheng med at man i liten grad har noe ytre press i form av konkurranse fra andre. Statens sykehusforvaltning vil i seg selv ikke medføre noen endringer i retning av større press i så måte. Tvert i mot er det en fare for at egeninteresser får større spillerom uten at man samtidig oppfyller samfunnsmessige mål. Det blir en utfordring å utvikle metoder som kan oppmuntre til nytenkning og innovasjon ved å sammenligne prestasjoner mellom sykehus og regioner. Staten bør etablere kompetanse når det gjelder å utvikle slike hjelpemidler.

Legitimitet

Med Statens sykehusforvaltning vil det forvaltningsnivået som fastsetter standarder for kvalitet og tilgjengelighet av sykehustjenester, også få det direkte ansvaret for å tilføre sykehusene de nødvendige ressurser for å oppfylle disse standardene. Klare ansvarsforhold kan forventes å bidra positivt til ordningens legitimitet. På den annen side vil nok de lokale politikere ha mindre lojalitet til Statens sykehusforvaltning enn til dagens sykehusvesen, der de selv i større grad er ansvarlige for beslutninger. Det kan dermed bli lett å mobilisere lokal motstand mot upopulære vedtak i Statens sykehusforvaltning.

Institusjonell stabilitet

Klarere ansvarsforhold enn med dagens ordninger kan vise seg å bli problematisk i forhold til kostnadskontroll, som utvalget har omtalt tidligere i dette underkapitlet. I hvilken grad dette problemet vil true ordningens stabilitet, er vanskelig å forutsi.

11.2 STATSEID SELSKAP MED (DELVIS) FYLKESKOMMUNAL FINANSIERING**11.2.1 Beskrivelse av statlig selskapsorganisering**

Pasientbehandling på sykehus er i Norge (som i de fleste andre land) i hovedsak en form for ikke-forretningsmessig tjenesteyting i den forstand at fortjenesteaspektet ved virksomheten i liten grad er noen drivkraft bak institusjonenes virksomhet. En organisering av sykehusene som statseide selskaper vil ut fra oppgavens art trolig best ivaretas ved selskap etter egen lov. Statsaksjeselskap vil utvalget anse som uaktuelt på grunn av ansvarsbegrensingen som i dette tilfelle ikke kan gjøres reell, og statsforetaksformen er som aksjeselskapsformen utformet for forretningsmessig næringsdrift og tjenesteyting. Et særlovselskap måtte i så fall utformes ut fra blant annet særtrekk ved sykehusenes oppgaver og de foreliggende statlige styringsinteressene.

En viktig egenskap ved selskapsorganisering er at staten styrer fra eierposisjon. Det innebærer som kjent at staten konsentrerer seg om de langsiktige beslutninger

og avstår fra å gripe inn i de løpende driftsbeslutninger i selskapet. Det åpner for den handlefrihet og kreativitet som kan være fordelaktig for organisasjoner som må forholde seg til lite stabile omgivelser. En kan si at staten kan bidra til å høste gevinster på lang sikt ved å holde seg unna den løpende driften. Det helt sentrale spørsmålet blir da om man troverdig kan binde seg til å avstå fra å gripe inn i løpende driftsbeslutninger i helsevesenet innenfor vårt politiske system. Presset mot statsråd og Storting er kanskje størst nettopp i enkeltspørsmål som har med den løpende driften av sykehusene å gjøre. Hvis dette medfører inngrep i form av hyppige selskapsmøter, kan en lett få den perverterte situasjonen at staten som eier ikke får rom til å konsentrere seg om de langsiktige beslutninger, samtidig som den daglige ledelsen for sykehusselskapene ikke får anledning til å treffe driftsbeslutninger på grunn av detaljinngrep fra eier. Omdanning til forvaltningsorganer kan derfor presse seg fram både ovenfra og nedenfra. Vi skal likevel i denne delen prøve ut tankegangen at man velger en selskapsform kombinert med (delvis) fylkeskommunal finansiering. Etter en nærmere beskrivelse av finansieringsmåten skal vi omtale mulige fordeler med ordningen samt de motforestillinger utvalget har med hensyn til om en modell med fylkeskommunal finansiering vil kunne fungere i praksis.

11.2.2 Vurdering av finansieringsmåtenes egnethet

Ved en eventuell selskapsorganisering må en vurdere nærmere om det bør opprettes ett særlovsselskap med fem regionale avdelinger eller fem særlovsselskap på regionnivå. En fylkeskommunal finansiering av sykehustjenestene kan være attraktiv hvis den kan medføre en bedre tilpassing av tjenestene til lokalt definerte behov og hvis den kan medføre en viss konkurranse som utgjør et ytre press som kan anspore til kostnadseffektivitet, fornyelses- og omstillingsevne i sykehusvesenet. Disse momentene har vært en viktig begrunnelse for i større grad å skille mellom kjøper- og tilbyderfunksjonen, slik tendensen har vært i flere europeiske land. I vårt tilfelle ville fylkeskommunene spille noe av den samme rolle som de lokale innkjøpskontorene (districts) i det britiske NHS. Den viktige forskjellen er imidlertid at i Storbritannia er innkjøpskontorene og sykehusene begge på det statlige forvaltningsnivå.

En må avklare graden av fylkeskommunal finansiering. Full finansiering vil innebære at inntektsoverføringene fra staten til fylkeskommunene blir som i dag. Med utgangspunkt i samme inntektsnivå som i dag vil så den enkelt fylkeskommune inngå en kontrakt med det statlige sykehusselskapet om levering av en komplett pakke av (med unntak av tjenester som omfattes av landsfunksjoner) sykehustjenester.

Siden det er praktiserende leger på kommunenivå som i hovedsak henviser pasienter til undersøkelse og behandling ved sykehusene vil fylkeskommunen i liten grad kunne kontrollere strømmen av pasienter inn til sykehuset. Så lenge fylkeskommunene selv eier sykehusene, kan de imidlertid styre pasientstrømmene gjennom den sykehuskapasiteten de oppretter innenfor de ulike spesialiteter. Ved statlig eie vil denne muligheten til å kontrollere pasientstrømmene gjennom å kontrollere sykehuskapasiteten falle bort. En fylkeskommune vil da kunne påvirke pasientbehandling og kostnader gjennom den kontrakten som inngås med det statlige sykehusselskapet. Siden en fylkeskommune må forventes å inngå kontrakt med sykehusselskapet i sin region (på grunn av behovet for akuttbehandling), vil det ikke bli noen konkurranse mellom alternative tilbydere av sykehustjenester. Et sentralt spørsmål blir da i hvilken grad fylkeskommunenes kjøperrolle kan forventes å påvirke innhold og omfang av sykehusbehandling i forhold til hva som ville bli realisert ved statlig finansiering, som beskrevet i 11.1. En slik påvirkning vil nok for-

utsette detaljerte kontrakter som tar hensyn til mulighetene for at mange begivenheter kan inntreffe. Å forhandle og overvåke gjennomføringen av slike kontrakter er ressurskrevende. En kan komme til å oppleve en større økning i administrasjonskostnader enn hva en får igjen i form av billigere og bedre lokalt tilpassede tjenester i forhold til en statlig finansiering av sykehusene. Alternativet kan være at fylkeskommunene kommer i en situasjon hvor de fungerer som passive forsikringsordninger²⁶. Dette kan medføre at fylkeskommunene vil forsøke å velte ansvaret for kostnadsoverskridelser over på staten.

Det er mulig at fylkeskommunene i større grad kan påvirke pasientstrømmene ved elektive undersøkelser og behandlinger. Da vil valgmulighetene med hensyn til behandlingsted kunne være større. I så fall må en tenke seg at fylkeskommunene kan innhente tilbud på behandlinger fra de andre regionale sykehusselskapene, offentlige stiftelser som Hjertesenteret og eventuelt private tilbud. For at dette skal være noen god ide, må konkurransen om kontrakter medføre høyere kostnadseffektivitet i pasientbehandlingen enn man ellers ville fått. Dette vil blant annet forutsette at det ikke er samarbeid om fastsettelse av priser og andre vilkår mellom de regionale sykehusselskapene. Dette trekker i retning av at man bør ha fem regionale og ikke et nasjonalt sykehusselskap.

For at konkurranse om de elektive behandlingene skal skje på like vilkår, må staten finansiere sykehusselskapenes kostnader ved akuttberedskap og undervisning ved hjelp av et rammebudsjett. Vi vil da få en finansieringsmåte der begge forvaltningsnivåer ville finansiere en betydelig del av sykehusene. Samtidig er det grunn til å tro at det vil bli en betydelig gråsoner med hensyn til hva hver av partene forventes å finansiere. Dette har sammenheng med at det ikke er noen skarpe skiller mellom hva som er elektivt og hva som er akutt behandling. Venter man lenge nok, kan det som var elektivt, bli akutt. Siden fylkeskommunene ikke lenger eier sykehusene, er det grunn til å tro at de vil føle mindre ansvar enn tidligere og forsøke å skyve alle kostnadene over på staten. En vil her vise til undersøkelser som ble referert i "*Kritikken mot dagens ordninger*" i kapittel 5, som viste en tendens til at når staten overtar en større del av finansieringen på et område, vil fylkeskommunene redusere sin del. Det er videre grunn til å tro at mye ressurser vil bli brukt på å avklare fordeling av utgiftene. Det er sentralt i dette utvalgets arbeid å komme fram til ordninger der en unngår slikt ressurskrevende spill mellom forvaltningsnivåene. De økte transaksjonskostnadene kan komme til å veie tyngre enn den forbedringen i kostnadseffektivitet som fylkeskommunene i rollen som kjøperorganisasjoner kan medføre.

Dette argumentet er ikke uten videre anvendbart for lignende ordninger i andre land, f.eks. reformene i NHS, som ble referert i boks 11.1. En grunn til dette er at både sykehus og kjøperorganisasjoner er samlet på samme forvaltningsnivå i Storbritannia. Det gjør at mulighetene for kostnadsoverveltning blir mindre. En annen grunn er at større befolkningstetthet gir større muligheter for konkurranse mellom sykehus og dermed større effekt på kostnadseffektivitet enn hva det vil være i et tynnere befolket land med regionale sykehusselskaper. Teknologi som tillater større avstand mellom pasient og behandler, f.eks. telemedisin, kan imidlertid føre til at befolkningstetthet blir mindre viktig for å lage konkurranse i helsesektoren.

Utvalget har også vurdert om (del)finansiering fra primærkommunene kan være hensiktsmessig (modell 10 i "*Kombinasjoner av eierskap og finansieringskilder*" i kap. 8.4). En begrunnelse for dette kunne være at det ville medføre bedre koordinering mellom sykehusene, primærhelsetjenesten og omsorgstjenesten. I noen tilfeller

26. Slike erfaringer er for eksempel bakgrunnen for integrasjon av forsikring og produksjon av helsetjenester i Health Maintenance Organizations (HMOs) i USA.

kan en kommunes alternativ til å kjøpe tjenester være å bygge ut tilsvarende tilbud selv. En annen grunn kan være at kommunene blir oppmuntret til å satse på forebyggende tiltak som kan forhindre sykehusinnleggelser. En tredje grunn kan være at kommunene som kjøperorganisasjoner kan bidra til større kostnadseffektivitet i sykehusvesenet ved å stimulere til konkurranse mellom sykehusene, eventuelt også ved å vurdere å kjøpe tjenester fra private. Et problem er at sykehusenes prioriteringer kan påvirkes i uheldig retning hvis ikke de relative størrelsene på de kommunale bidragene samsvarer med sykehusenes relative kostnader ved å yte behandling. Et annet problem er at små kommuner ikke vil ha tilstrekkelig kjøperkompetanse. Et tredje problem er å avklare om staten eller kommunene er ansvarlige for om pasienter får sykehusbehandling. Hvis staten er ansvarlig, åpner det for kostnadsoverveltning fra kommunen til staten. Et fjerde problem er at mange norske kommuner vil være for små til å kunne bære risikoen ved svingende utgifter til sykehustjenester fullt ut. Dette problemet kunne eventuelt bli mindre hvis kommunene lager en forsikringsordning. En omfattende forsikringsordning vil samtidig innebære at kommunenes betaling for sykehustjenester i mindre grad blir knyttet til deres faktiske bruk av disse tjenestene. Dermed vil oppmuntringene til bedre samordning mellom nivåene i helse- og omsorgstjenestene og stimulansen til bedre kostnadseffektivitet i sykehusene, bli mindre. Med dagens kommunestruktur vil *utvalget* ikke tilrå at kommunene (del)finansierer sykehusene.

11.3 SAMMENFATNING

Utvalget har i dette kapitlet skissert hvordan et regionalisert sykehusvesen med staten som eier kan organiseres. En har kommet fram til at dette best kan skje i form av et forvaltningsorgan med spesialtilpassede fullmakter - her kalt Statens sykehusforvaltning - og inntekter bevilget fra Stortinget. Utvalget har ansett det som utenfor mandatet å utforme i detalj hvordan de aktuelle fullmakter best kan utformes.

Utvalget har videre konkludert med at dersom staten overtar eie og driftsansvar for sykehusene, bør staten også overta det direkte ansvaret for å tilføre sykehusene inntekter. En modell med fylkeskommunal finansiering av sykehusdriften vil neppe være hensiktsmessig fordi fylkeskommunene vil ha liten mulighet for å påvirke pasientstrømmene. Fylkeskommunene står dermed i fare for å spille rollen som en passiv forsikringsordning. Dette kan medføre at de vil forsøke å velte ansvaret for kostnadsoverskridelser over på staten. En modell hvor man åpner for fylkeskommunal finansiering av elektive behandlinger og konkurrerende regionale sykehusselskaper er antakelig heller ikke hensiktsmessig på grunn av en todelt finansiering med en betydelig gråsoner og antakelig en økning i administrasjonskostnadene som blir større enn forbedringene i kostnadseffektivitet.

En modell med fylkeskommunal finansiering ville kunne hatt større muligheter til å lykkes dersom fylkeskommunene også var ansvarlige for at befolkningen fikk nødvendige primærhelsetjenester og omsorgstjenester. Fylkeskommunene ville i så fall kunne fungere som en styringsenhet (jfr. det amerikanske begrepet 'managed care'), og høste mulige samordningsgevinster mellom primærhelsetjenesten og sykehustjenesten. Utvalget anser dette som en interessant modell, men finner at det er utenfor mandatet å utdype denne muligheten nærmere.

En annen mulighet ville være kombinasjonen av fylkeskommunal finansiering og konkurranse mellom statlige og private organisasjoner på tilbudssiden. Private organisasjoner (som enten kunne ha egne sykehus eller avtaler med norske og utenlandske sykehus) ville da i konkurranse med statlige ordninger tilby en fylkeskommune en pakke av tjenester for befolkningen til en fast pris. Disse organisasjonene ville i så fall både tilby forsikring og helsetjenester og dermed ha likhetstrekk med

«Health Maintenance Organizations», som ble nevnt i en fotnote tidligere i dette kapitlet. Utvalget anser det som utenfor sitt mandat å vurdere slike ordninger. En kan imidlertid ikke se bort fra at slike tilbud spontant vil kunne bli aktuelle i overskuelig framtid.

Utvalget har tidligere i dette kapitlet vurdert det som en fordel at det forvaltningsnivået som fastsetter standarder for kvalitet og tilgjengelighet av sykehustjenester, også får det direkte ansvaret for å tilføre sykehusene de nødvendige ressurser for å oppfylle disse standardene. Ansvarsforholdene blir dermed klarere enn i dagens system. Dette kan gi bedre muligheter for å få til regional samordning av sykehussektoren med de positive effekter dette kan forventes å ha for tilgjengelighet og kvalitet av pasientbehandling, forskning og undervisning. Men det klarere ansvarsforholdet inneholder også mulige ulemper med hensyn til kostnadskontroll og fornyelses- og omstillingsevne. Statsråd og Stortinget vil bli utsatt for større press med hensyn til å gripe inn i løpende driftsbeslutninger og å tilføre ressurser for å løse akutte problemer. For Statens sykehusforvaltning kan det bli mer fristende å søke om tilleggsbevilgninger enn å tilpasse organisasjonen til endringer i den medisinske utvikling og befolkningens behov.

I forhold til et forvaltningsorgan ville en selskapsorganisering hatt den fordelen å skape større avstand mellom de løpende driftsbeslutninger og statsråd og Storting, siden staten da styrer fra eierposisjon. Utvalget har imidlertid konkludert med at en selskapsorganisering neppe er realistisk innenfor et regionalisert sykehusvesen med staten som eier. Dersom staten overtar eieransvar for sykehusene, blir det en utfordring å prøve å få til en organisasjon og et finansieringssystem som både skjermer statsråd og Storting fra de løpende driftsspørsmål og oppmuntrer sykehusvesenet til løpende fornyelse og omstilling.

KAPITTEL 12

Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunene som eiere

Utvalget vil i dette kapitlet presentere og drøfte tre modeller der fylkeskommunene direkte eller via interfylkeskommunale selskaper står som eiere. De tre modellene er det utvalget kaller «løst formalisert regionalt samarbeid» og som baseres på en videreutvikling av dagens regionale helseplanarbeid (12.1), formaliserte interfylkeskommunale samarbeidsformer som avgrenses til en diskusjon av interfylkeskommunale sykehusselskap (12.2.), og et regionalisert helsevesen innenfor større fylkeskommuner (12.3).

I perioden etter 1980 er fylkeskommunalt eierskap til sykehusene kombinert med et statlig finansierings- og fordelingssystem som i hovedsak er basert på økonomiske rammeoverføringer. Innenfor denne styringsmodellen er det oppnådd en rekke mål:

- Sykehussektoren har maktet å omstille seg til nye behov.
- Det finnes indikasjoner på kostnadseffektivisering.
- Det behandles flere pasienter nå enn noen gang før i historien.
- Medisinsk teknologi tas relativt raskt i bruk i pasientbehandlingen.
- Norsk medisinsk forskning holder et høyt internasjonalt nivå.
- De totale kostnadene i sykehusene er i rimelig grad under kontroll.

På den andre siden har flere av problemene i sykehussektoren, også sin årsak i dagens organisering. Det kan videre argumenteres for at framtidige endringer innenfor sykehusvesenet, med økt spesialisering og tettere integrering mellom sykehus på ulike nivå, kan bli vanskelig å få til med et fylkeskommunalt eierskap. Som diskutert i *"Kritikken mot dagens ordninger"* i kapittel 5 og *"Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret."* i 6, er særlig tre problemer knyttet til fylkeskommunalt eierskap av sykehusene:

- Gjestepasientsystemet kan medvirke til at tilgangen til regionsykehustjenester varierer mellom fylkeskommunene. Av flere årsaker er det imidlertid vanskelig å dokumentere slik ulikhet.
- Gjestepasientsystemet skaper planleggingsproblemer både for fylkeskommuner som er eier og fylkeskommuner som ikke er eier av regionsykehus, fordi nivået på gjestepasientstrømmene varierer.
- Det er betydelige problemer med å samordne sykehusenes aktiviteter innen enkelte fylkeskommuner, og mellom fylkeskommunene innen den enkelte helseregion. En må anta at dette gir seg utslag i høyere kostnader enn nødvendig. Det kan også være en medvirkende årsak til mangel på personell ved enkeltavdelinger ved mindre sykehus.
- Forholdet mellom universitetene og regionsykehusene er konfliktfylt. Det hevdes at forskning og utdanning prioriteres for lavt i forhold til pasientbehandlingen.
- Statens finansieringssystem overfor fylkeskommunene og sykehusene er lite målrettet. En rekke ad-hoc pregede øremerkede tilskudd har gitt uoversiktlige og utilsiktede effekter.

Det er disse problemene de tre modellene med fylkeskommunalt eierskap tar sikte på å løse. En prinsipiell gjennomgang av fylkeskommunale tilknytningsformer for

tjenesteproduksjonen ble gjort i "*Alternative eieformer og finansieringsmåter*" i kapittel 8.

12.1 LØST FORMALISERT REGIONALT SAMARBEID

Det utvalget kaller «løst formalisert regionalt samarbeid» tar utgangspunkt i det regionale helseplanarbeidet som idag utføres i alle fem helseregioner. Karakteristikkene «løst formalisert» er valgt for å skille denne modellen fra den «formaliserte» modellen, der samarbeidet organiseres gjennom et interfylkeskommunalt selskap (jf. "*Formaliserte interfylkeskommunale samarbeidsformer*" i kap. 12.2). Modellen baserer seg på at de regionale helseutvalgene både idag og i framtiden blir den organisatoriske enheten som driver et slikt samarbeid. Helseutvalgene har idag (1996) ikke egen beslutningsmyndighet, men er saksforberedende instans for fylkeskommunene. Samarbeidmodellen baseres på konsensus mellom de berørte parter. Utvalget diskuterer avslutningsvis i "*Løst formalisert regionalt samarbeid som framtidig modell*" i kap. 12.1.3 hvordan samarbeidet kan videreutvikles innenfor institusjonelle rammer som ikke endres vesentlig fra de som eksisterer i dag. Som det vil gå fram, kan de regionale helseutvalgene tillegges visse former for beslutningsmyndighet og det kan utvikles ordninger for statlig intervensjon ved konflikter mellom fylkeskommunene.

Det gis først en presentasjon av status for det regionale helsesamarbeidet ved utgangen av 1995, deretter skisseres modeller for hvordan samarbeidet kan videreutvikles. Modellen vurderes så i forhold til evalueringskriteriene.

12.1.1 Historikk og retningslinjer for det regionale helsesamarbeidet.

De regionale helseutvalgene ble først opprettet etter forslag i St. meld. nr. 9 (1974-75). Utvalgenes sammensetning har variert mellom helseregionene. I enkelte regioner har de bestått av representanter fra de berørte fylkeskommunenes helseadministrasjoner, i andre har både politikere og forvaltningsansatte deltatt. Utvalgene skulle ha ansvaret for regionalt planarbeid og enkelte andre forhold i det regionale helsesamarbeidet. Det ble understreket at utvalgene ikke hadde egen beslutningsmyndighet, men skulle utarbeide planer som skulle behandles av fylkeskommunenes politiske ledelse og deretter oversendes sentrale myndigheter for godkjenning.

Noe gjennomgripende regionalt samarbeid kom ikke i stand med utgangspunkt i utvalgene. Det regionale samarbeidet ble imidlertid revitalisert tidlig i 1990-årene under helseminister Werner Christie. Nye retningslinjer (Rundskriv I-42/93) vedrørende oppgaver og sammensetning av de regionale helseutvalgene ble sendt ut. Utvalgene skulle:

- Gi råd om samordning, nettverkssamarbeid og funksjonsfordeling for helsetilbudet i regionen. Lokalsykehusene ble anbefalt å endre oppgavene fra å ivareta akuttfunksjoner med døgnberedskap til vektlegging av tjenester som krever kontinuitet og samarbeid med primærhelsetjenesten, f. eks. rehabilitering.
- Gi råd i utbyggingssaker og oppretting av nye funksjoner som berører regionens helsetjeneste.
- Vurdere pasientstrømmer og fylkenes ressursbruk ved bruk av regionhelsetjenester. Det ble tilrådd å samarbeide om å innfri ventetidsgarantien.
- Påse at det ble utviklet et regionalt faglig samarbeid innenfor hvert fagområde.
- Utarbeide planer for regionale utdanningstilbud for helsepersonell.

Utvalgenes sammensetning ble utvidet til å omfatte en folkevalgt fra hver fylkeskommune, sykehussjefen og fylkeslegen fra hver fylkeskommune, samt direktøren

fra regionsykehuset. Sentrale helsemyndigheter har observatørstatus med møte- og talerett. Alle de regionale helseutvalgene er senere pålagt å levere rammeplaner for somatisk sektor til Sosial- og helsedepartementet innen 1.6.1996.

For å stimulere samarbeidet ble det i statsbudsjettet for 1996 opprettet en ny post (Kap. 760, post 66, Sosial- og helsedepartementet) øremerket for å opprette og organisere regionale samarbeidstiltak forankret i regionale planer. Det er forutsatt at driftsmidler til tiltakene må skaffes til veie av de involverte fylkeskommunene.

12.1.2 Arbeidet i helseregionene.

Alle regioner har utarbeidet, eller er igang med å utarbeide regionale helseplaner. De har lagt opp arbeidet relativt forskjellig slik at det varierer hvor langt arbeidet er kommet. Helseutvalgene har gjennomgående etablert fagråd eller faggrupper som skal utarbeide planer for de ulike medisinske fagområdene. Planene omfatter temaer som funksjonsfordeling, sykehussamarbeid og kunnskapsspredning innen de ulike disipliner.

Region I (Oslo, Oppland og Hedmark)

Region I er den som senest har kommet igang med arbeidet. En oppstartkonferanse ble avviklet på forsommeren 1995. Første fase i arbeidet tok sikte på å etablere et samarbeid for å korte ned ventelistene og innfri ventetidsgarantien. Man kartlegger kapasiteten blant annet på områdene «øre-nese-hals» og øyemedisin. Det er også iverksatt tiltak for å korte ned ventetiden for hjerteoperasjoner.

Fase to i arbeidet består i å utarbeide planer innen ulike medisinske disipliner. For å bistå det regionale helseutvalget er det etablert faggrupper for kirurgi, nevrologi, «øre-nese-hals» og øyemedisin. Disse planlegger å ha ferdige innstillinger i slutten av januar 1996. Det er nylig etablert faggrupper også for andre spesialiteter. Det er lagt vekt på at politiske beslutninger knyttes opp til faste milepæler i planprosessen.

Region II (Østfold, Akershus, Buskerud, Telemark, Vestfold, Aust- og Vest-Agder)

Region II består av i alt sju fylkeskommuner. Rikshospitalet som geografisk er lokalisert utenfor regionen (i Oslo), er regionsykehus.

Det er nedsatt i alt 14 fagråd. Disse omfatter de fleste medisinske spesialiteter. Rådene skal utarbeide fire delrapporter. Delrapport 1 omfatter forholdet mellom fylkeshelsetjenesten og regionsykehustjenesten, og ble framlagt i september 1995. Denne gir innspill til dimensjoneringen av tjenestene ved Nytt Rikshospital. Delrapport 2 omfatter forholdet mellom fylkeshelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Delrapport 3 omhandler fylkeshelsetjenestene både innen de enkelte fylkene, og mellom fylkene. Delrapport 4 tar opp spørsmål om utdanning, rekruttering, forskning og infrastruktur. Det er kun den første delrapporten som er ferdig, de andre blir ferdigstilte i løpet av vinteren og våren 1996. Det er planlagt å utarbeide en sammendragsrapport. Det regionale helseutvalget er kontinuerlig informert om arbeidet i fagrådene. Alternative handlingstrategier med utgangspunkt i fagutredningen blir utredet høsten 1996.

Region III (Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane)

Denne regionen har ferdigstilt planarbeidet, og har levert en rammeplan og 5 delplaner. Rammeplanen er det overordnede styringsdokumentet som tar opp målset-

tinger, prinsipper og kjøreregler for samarbeidet i regionen. Her er også skissert framtidige løsninger for styring av det regionale samarbeidet. Delplanene omfatter 1) kreftomsorg, 2) hjertekirurgi, 3) FoU og kvalitetsikring, 4) utdanning og rekruttering og 5) regionhelseplan.

Som eksempel nevner vi spesielt planen for kreftomsorg. Her er det skissert en plan for funksjonsfordeling mellom de ulike sykehusnivåene. Det er anbefalt en økning av kapasiteten på regionsykehusnivå, samt etablering av onkologisk avdeling på sentralsykehusnivå (Rogaland Sentralsykehus), med bl.a. investering i nye stråleterapimaskiner. Videre går man inn for en styrking av onkologisk kompetanse i Sogn og Fjordane (fylkessykehusnivå) fra 1 stilling til 3 stillinger. I tillegg legges det opp til regionalt samarbeid og nettverkbygging med bl.a. utarbeiding og oppdatering av fagplaner, undervisning, lokalisering av behandlingssted på faglig grunnlag, etablering av felles database for oppfølging av behandlingsresultat. Videre gjelder samarbeidet FoU, personellutvikling, utbygging og bruk av telemedisinske tjenester. Planen er blitt godkjent av Sosial- og helsedepartementet, og det er bevilget midler til gjennomføring av planen.

I planen for hjertekirurgi ble det foreslått å etablere en satelittavdeling ved Haukeland sykehus med en kapasitet på 250 - 300 operasjoner årlig. Denne planen ble ikke godkjent i departementet og dets rådgivende organer.

Region IV (Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag)

Denne regionen har også ferdigstilt sitt planarbeid, som inneholder en sammendragsrapport, hovedrapport, fagrådsrapporter og vedlegg. Dokumentene er foreløpig (februar 1996) ikke politisk ferdigbehandlet.

Arbeidet er en omfattende gjennomgang av de fleste sider ved helsetjenestesamarbeid på tvers av og innen nivåene, sett i et regionalt perspektiv. Hovedrapporten er delt i to deler, der den første beskriver plangrunnlaget og rammebetingelser. Den andre delen tar opp sentrale problemstillinger som samarbeid mellom region-sykehus og andre sykehus, framtidig sykehusstruktur i regionen, oppgave- og funksjonsfordeling, organisering av det regionale tjenestetilbudet, m.m.

Den faglig administrative rapporten anbefaler en nettverksmodell for videreutvikling av sykehusstrukturen. Man tenker seg en utviklig over tid der man først etablerer fylkesnettverk, og så går videre med et regionalt samarbeid med felleseie av de regionale tjenestene. Som en del av denne prosessen etableres et felles styre, først for to og to sykehus innen hvert fylke, dernest ett felles styre for alle sykehus i hvert fylke.

I nettverksbyggingen står det faglige samarbeidet i sentrum. Det er utarbeidet en meget grundig fagrådsrapport som redegjør for de ulike spesialitetenes faglige innhold, oppgavefordeling innen spesialiteten, personell, organisering, kvalitet og kvalitetssikring, FoU, forebygging og fagrådets funksjon. Fagrådene har også vurdert utviklingen av det regionale samarbeidet, hvordan utviklingen tenkes å bli og hvordan det regionale samarbeidet best kan utvikle seg med hensyn til oppgave- og funksjonsfordeling, vaksamarbeid, akutt- og elektiv virksomhet, tilpasning til ny teknologi, o.a.

Region V (Omfatter Finnmark, Troms og Nordland)

Det spesielle for denne regionens arbeid er vektleggingen av informasjon, dialog og åpen debatt mellom fagfolk og politikere, og mellom de ulike faggruppene. Gjennom denne prosessen mener man at de ulike aktørene må tydeliggjøre sine preferan-

ser og premisser for veivalg i en offentlig debatt, og at dette igjen er gunstig for valg av løsninger. For å sikre informasjonen til befolkningen blir det gitt ut en husstandsavis, «Dialogen», med informasjon fra de regionale planprosessene.

Totalt er det nedsatt 11 faggrupper innen de fleste medisinske fagdisipliner. Deres innstillinger skal være ferdige innen 1. april 1996, da arbeidet med å sy sammen en felles innstilling påbegynnes. Faggruppene skal koordinere sitt arbeid underveis, med mål om at de skal komme fram til en enstemmig innstilling for endret sykehusstruktur i regionen. Dialogen med de politiske organene i regionen sikres ved møter i de respektive fylkeskommunenes politiske organer, der faggruppene legger fram sitt arbeid, i norsk språkdrakt, og med begrunnelser for løsninger og veivalg. Informasjon til befolkningen er ved siden av avisen, planlagt ivarettatt ved at fagfolk fra faggruppene deltar på møter både ved lokale sykehus og på folkemøter. Det er ikke lagt spesielle planer for en framtidig organisering av de politiske prosessene for et regionalt helsesamarbeid.

12.1.3 Løst formalisert regionalt samarbeid som framtidig modell

Utvalget vil understreke at planarbeidet som gjennomføres av de regionale helseutvalgene, er en nødvendig forutsetning for å få til en bedre regional samordning. Uansett hvilken modell for eierskap og finansiering av sykehusene som velges, er en planmessig gjennomgang av temaer som funksjonsfordeling, personellsituasjonen, sykehussamarbeid og kunnskapspredning, startpunktet for arbeidet med å få til en regional samordning. Det er etter *utvalgets* mening heller ingen annen måte å gjøre denne gjennomgangen på, enn å engasjere faglig personell på bred basis. Hvordan det regionale samarbeidet konkret skal videreføres, er det ulike syn på i *utvalget* (jfr. utvalgets innstilling i "*Utvalgets innstilling*" i kapittel 14). Her drøftes en videreutvikling av et løst formalisert samarbeid.

Dersom et løst formalisert regionalt samarbeid skal være en framtidig modell, kan dette i prinsippet avgrenses til å gjelde regionsykehustjenestene, eller det kan omfatte alle sykehustjenester i regionen. Avgrenser vi oss til det første alternativet, vil naturlige områder for et fylkeskommunalt samarbeid om regionsykehusene være:

- Dimensjonering, oppbygging og evt. prisfastsetting av regionsykehustjenester som hjerte- kar-kirurgi, onkologi, nevrokirurgi.
- Lage tilrådinger om framtidig kapasitet og priser for diagnostikk og behandling av pasienter innen de fleste spesialiteter.
- Oppgaver innenfor videreutdanning og kunnskapspredning med relevans for hele regionen.
- Utvikle ordninger for spesialistservice overfor andre sykehus eller primærhelsetjenesten innen regionen, eksempelvis i form av etablering av telemedisinske tjenester, nettverksamarbeid med regionsykehusene som kunnskapsbase, eller ambulerende av spesialister.

Modellen for styring av regionsykehusene kan utvides til å omfatte alle regionens sykehus. Samarbeidsoppgaver kan da også omfatte:

- Organisering av en helhetlig sykehusstruktur i regionen.
- Funksjonsfordeling og nettverksamarbeid mellom sykehusene.
- Videreutdanning for helsepersonell og kunnskapspredning i hele regionen.

I prinsippet vil ikke beslutningsprosedyrene i forbindelse med disse to modellene for samarbeidets omfang være forskjellige. Tar vi utgangspunkt i at dagens formelle fordeling av ansvar mellom fylkeskommunene videreføres, vil hovedansvaret for

oppbygging, styring og drift av regionsykehuset, med alle dets funksjoner, ligge hos vertsfylket. Tilsvarende ansvar for andre sykehus ligger hos disse sykehusenes eiere. De andre fylkeskommunene i helseregionen har påvirkningsmulighet overfor vertsfylkeskommunen for den enkelte institusjon gjennom det regionale helseutvalget. Vertsfylket vil likevel som eiere av sykehuset ha det formelle ansvar og den endelige beslutningsmyndighet i alle saker som angår sykehuset og som ikke er direkte regulert av staten. Vedtak i det regionale helseutvalget kan formelt sett settes til side av fylkeskommunene

Beslutningsprosedyrer av denne karakter kan lede til tiltak som er ønsket av alle parter i bestemte situasjoner. Dette vil særlig være tilfelle i situasjoner der regionale samarbeidstiltak vil ha lett identifiserbare fordeler for alle parter samtidig. Et eksempel er kanskje kreftomsorgsplanen i Region III. I og med at det her skjer en økning i de statlige ressuroverføringene til alle fylkeskommuner ved samlet iverksettelse av planen, vil alle fylkeskommuner ha fordeler av å delta. Andre områder, som f. eks. forskning, utdanning, sykehussamarbeid om behandlingsopplegg innen enkelte andre fagområder er også eksempler på samarbeidstiltak som alle kan få gevinster av.

Et tenkt eksempel på tiltak som kan lede til konflikter mellom partene i et regionalt helseutvalg, er innføring av endoskopiske behandlingsteknikker. Disse behandlingsteknikkene gir mindre inngrep og kortere rekonvalesenstid for pasienten enn tradisjonelle kirurgiske inngrep. Teknikkene krever til dels store investeringer og et trenet fagmiljø. For å forsvare dette bør denne type tjenester i første omgang sentraliseres. Samtidig vil utbygging av slike tjenestetilbud kunne bli argumenter for å bygge ned tradisjonelle, desentraliserte tjenestetilbud som behandler de samme lidelsene. Selv om en fylkeskommune får framtidige gevinster i form av en bedret pasientbehandling ved å delta i oppbygging og finansiering av denne type tjenestetilbud, kan slike gevinster bli prioritert lavere enn geografisk nærhet til behandlingstilbudet og bevaring av arbeidsplasser. Resultatet kan bli at det nye tilbudet ikke realiseres eller realiseres for mange steder.

Generelt kan de beslutningsprosedyrer som finnes innenfor dagens løst formaliserte samarbeid, lede til flere typer av potensielle beslutningsproblemer:

- Ett problem med modellen er at fylkeskommuner uten regionsykehus vil ha et sterkere insentiv til å bygge ut sine egne sentralsykehus tjenester enn å bygge ut regionsykehuset. Ved å satse på egne tjenester vil disse fylkeskommunene ha en bedre total kontroll med tjenestetilbudet enn om man satser på utbygging av regionsykehuset, siden dette tilbudet vil bli påvirket av behovene hos de andre fylkeskommunene i regionen. Andre argument for konkurrerende utbygging er geografisk nærhet til tjenestetilbudet og arbeidsplasser.
- En kan også tenke seg at fylkeskommuner som ikke står som direkte eiere av regionsykehuset vil være vanskelig å forplikte økonomisk ved opprettelsen eller utbyggingen av dyre regionsykehus tilbud. Dersom det eksisterer et annet offentlig tilbud i landet i ikke urimelig geografisk avstand, eller et privat tilbud, kan det lønne seg for enkelte fylkeskommuner å ikke delta i regionens bestrebelser på å etablere et eget tjenestetilbud. Dette kan lede til gratispassasjerproblemer.

For å redusere problemene med å få til felles beslutninger mellom mange likestilte fylkeskommuner, har enkeltaktører både i helseregion III og helseregion IV foreslått framtidige organisatoriske ordninger som går ut over de retningslinjene som hittil gjelder for det regionale samarbeidet. I Region IV er det foreslått å opprette et regionalt styringsorgan basert på politisk representasjon fra de tre fylkeskommunene og med fylkeshelsesjefen som sekretariat (rullerende ordning). Den politiske

representasjonen er tenkt basert på deltakelse av sentrale politikere, f. eks. leder eller nestleder i Helse- og sosialutvalget. Ordningen forutsetter videre at fylkeskommunene delegerer myndighet til det regionale styringsorganet. Om saker der en ikke når fram til enighet, sies følgende (jfr. Hovedrapport fra Helseregion IV, s. 152):

«I et forpliktende samarbeid mellom tre uavhengige og frittstående fylkeskommuner vil man også måtte ha et system for løsning av saker hvor man ikke når fram til enighet. Modell for slike oppgaver kan være en oppmannsordning. Denne kan organiseres på flere måter, f. eks. ved at staten ivaretar denne funksjonen, oppgaven ivaretas av et utvalg av representanter fra utenfor regionen, eller det oppnevnes et regionsinternt utvalg for dette arbeidet. Arbeidsgruppen foreslår at de tre fylkesutvalg i plenum ivaretar denne oppgaven.»

I Region III har man foreslått lignende løsninger. I en første fase i det regionale samarbeidet foreslås endring i det regionale helseutvalgets sammensetning slik at folkevalgte representanter har stemmerett. I neste fase foreslås det å opprette et regionalt styre for samarbeidsvirksomheter, med hjemmel i Kommune-lovens § 27 (jfr. Rammeplan for helseregion III, s. 40):

«Det regionale styret har ansvar for verksemdar innan regionalt helsetenesesamarbeid der dei tre fylkeskommunane har delegert avgjerdsmynde til styret og gjeve løyve til verksemda. Det vert rådd til at dei tre fylkeskommunane går inn i ein avtale om å opprette eit slikt styre.»

Andre beslutningsprosedyrer som kan øke sannsynligheten for regionale løsninger i fastlåste samarbeidsspørsmål, er sterk statlig styring. Dette ble f.eks. gjort i forbindelse med planene om utbygging av hjertekirurgi i Rogaland. Videre kan man øke posten med øremerkede statlige midler til regionale samarbeidstiltak for på denne måten å øke fylkenes insentiver for å satse på regionale tiltak.

Utvalget konstaterer at det gjennom samarbeidet i helseregionene er gjort et betydelig arbeid, også med å videreutvikle beslutningsprosedyrer for å håndtere saker der det er konflikt mellom fylkeskommunene. Etter *utvalgets* syn er det særlig tre prinsipielt sett ulike, men ikke nødvendigvis utelukkende mekanismer, som er av interesse:

- Staten går inn med ekstra midler for å skape et insentiv for fylkeskommunene til å iverksette regionale samarbeidstiltak.
- Det etableres interfylkeskommunale samarbeidsordninger etter Kommune-lovens § 27.
- Staten benytter mulighetene som ligger i Sykehusloven til å løse tvister mellom flere fylkeskommuner («oppmannsrollen»).

Når det gjelder det første forslaget, er dette en mulighet som eksisterer fra og med 1996 (jfr. omtalen av Sosial- og helsedepartementets budsjett (Kap. 760, post 66) tidligere i dette kapitlet (kap. 12.1.1.)).

Når det gjelder det andre punktet, vil *utvalget* vise til Kommune-lovens § 27, nr.1, som lyder:

«1. To eller flere kommuner, to eller flere fylkeskommuner, eller en eller flere kommuner og en eller flere fylkeskommuner, kan opprette et eget styre for løsning av av felles oppgaver. Til slikt styre kan det gis myndighet til å treffe avgjørelser som angår virksomhetens drift og organisering. Kongen kan gi pålegg om opprettelse av styre som nevnt i første ledd.»

Slik *utvalget* ser det, vil de regionale helseutvalgene med den myndighet de idag (1996) har, ikke nødvendigvis være å betrakte som styrer etter Kommunelovens § 27. Et styre etter Kommunelovens § 27 kan ha som formål selv å forestå løsningen av visse fellesfylkeskommunale oppgaver og kan derfor innebære en viss avgivelse av myndighet fra fylkestingene. Opprettelsen av styrer etter Kommunelovens § 27 kan dermed innebære en sterkere formalisering av det interfylkeskommunale samarbeidet enn dagens ordning. Mulighetene for myndighetsdelegasjonen vil som det går fram av sitatet, imidlertid være relativt begrenset og vil omfatte det som omtales som «virksomhetens drift og organisering». Hva som ligger i dette, vil måtte presiseres i styrets vedtekter.

Interfylkeskommunalt samarbeid etter Kommunelovens § 27 omfatter idag både samarbeidsordninger som ikke er og samarbeidsordninger som er egne rettssubjekt. I følge Kommuneselskapslovsutvalgets innstilling (NOU 1995:17) skal samarbeids tiltak som i framtiden velges utskilt som egne rettssubjekt organiseres som selskaper (jfr. diskusjonen av et interfylkeskommunalt selskap i "[Formaliserte interfylkeskommunale samarbeidsformer](#)" i kapittel 12.2).

Når det gjelder det tredje punktet, kan dette organiseres på flere måter. For det første, kan staten selv ta initiativ til å gå inn som «oppmann» i tvister mellom fylkeskommuner. En slik mulighet må alltid eksistere. *Utvalget* vil imidlertid påpeke at slike ordninger lett kan føre til krav om at staten også går inn med finansielle virkemidler for å løse de problemer som har oppstått. For det andre, kan det innføres ordninger der f.eks. et mindretall i de regionale helseutvalgene har muligheter for å anke beslutninger fattet i utvalget inn for departementet. Muligheter for mindretalls- anke må eventuelt hjemles i Sykehusloven.

12.1.4 Vurdering i forhold til evalueringskriteriene.

Drøftingen over viser noen av problemene og mulighetene ved denne type ordninger. I forhold til evalueringskriteriene vil *utvalget* peke på følgende:

Lik tilgjengelighet til sykehustjenester

Så langt en kjenner til, viser ikke studier av fordelingen av spesifikke regionsykehustjenester mellom pasienter fra ulike fylkeskommuner ulikheter i bruk. Det er imidlertid grunn til å anta en viss variasjon i tilgangen til tjenester som ligger i «gråsonen» mellom sentralsykehustjenester og regionsykehustjenester, bl.a. som følge av at tilgangen til regionsykehustjenester reguleres gjennom gjestepasientsystemet og ved at det samtidig er variasjoner i fylkeskommunenes økonomi og prioriteringer. En videreutvikling av et løst formalisert samarbeid kan redusere eventuelle ulikheter ved at det utvikles klare rutiner for hvilket nivå ulike pasienter skal behandles på. Felles ventelister vil være et slikt system. Det vil imidlertid fortsatt være konflikter mellom fylkeskommunene i spørsmål om hvilke sykehus som skal brukes. Dette forholdet vil være anderledes både under en statlig modell og under en modell med interfylkeskommunale sykehusselskap.

Muligheter for regional samordning.

I utgangspunktet vil modellen ikke forbedre mulighetene for å få til regional samordning i form av fordeling av spesialiteter, faglig spesialisering og integrasjon av pasientbehandlingen mellom sykehusene i forhold til dagens situasjon. Dersom det kan utvikles beslutningsprosedyrer som klarere forplikter fylkeskommunene, vil derimot mulighetene for regional samordning bedres. Interfylkeskommunale sam-

arbeidsordninger etter KommuneLoven, økt statlig intervensjon eller økte statlige tilskudd til regionale samarbeidstiltak, vil kunne forbedre den regionale samordningen noe. Skal det skje vesentlige endringer i forhold til dagens situasjon, må fylkeskommunene i den enkelte helseregion også prioritere arbeidet med regional samordning høyere.

Høy faglig standard på pasientbehandlingen

En eventuell kvalitetsheving i pasientbehandlingen som følge av bedre funksjonsfordeling og sentralisering av spesialiserte tjenester er mindre sannsynlig ved denne modellen, siden det vil være vanskelig å få til regional samordning på disse punktene. Derimot bør en kunne utløse en viss faglig standardheving som følge av spredning av kunnskaper, kontakt og samarbeid mellom sykehusene. Dette forutsetter også et sterkere regionalt samarbeid enn det vi har idag.

Høy faglig standard på klinisk forskning, utdanning og kunnskapsformidling.

Det finnes indikasjoner på at dagens regionsykehustilskudd brukes til å subsidiere ertsfylkeskommunenes pasientbehandling. Overføringer av deler av funksjonstilskuddet til universitetene kan delvis redusere dette problemet. Mulighetene for å koordinere opplæring og videreutdanning innenfor regionen bør kunne bedres også innenfor denne modellen.

Fornyelses- og omstillingsevne.

Økning i fornyelses- og omstillingstakten utover dagens nivå vil avhenge av graden av regional samordning. Som nevnt, vil denne modellen ikke endre mulighetene for å få til regional samordning i form av fordeling av spesialiteter, faglig spesialisering og integrasjon av pasientbehandlingen mellom sykehusene vesentlig uten at det utvikles interfylkeskommunale samarbeidsordninger etter KommuneLoven, skjer økt statlig intervensjon eller økte statlige tilskudd til regionale samarbeidstiltak.

Integrering med primærhelsetjenesten

Det er ikke grunn til å tro at det vil skje vesentlige endringer i forhold til dagens situasjon.

Kostnadskontroll

Modellen gir gode muligheter for kostnadskontroll i og med at finansieringen fortsatt kan baseres på rammefinansiering av fylkeskommunene. Dette betyr at fylkeskommunene tvinges til å prioritere innenfor gitte inntekter. Eventuelle statlige, finansielle stimulanter til økt regionalt samarbeid vil neppe i vesentlig grad påvirke kostnadskontrollen.

Institusjonell stabilitet.

Modellen har vist seg stabil, men teknologiske endringer skaper press mot andre organisasjonsformer.

Lokal, politisk styring

Modellen gir gode muligheter både for lokale prioriteringer mellom de ulike sektorene, utdanning, helse, osv., og den gir gode muligheter for lokal politisk deltakelse. Uten endringer i form av interfylkeskommunale samarbeidsordninger eller økt statlig intervensjonsvilje, vil fylkeskommunene enten ha reservasjonsrett eller vetorett i det regionale helsesamarbeidet. Fylkestingene forblir derfor de sentrale politiske organene med ansvar for fylkeshelsetjenesten.

Legitimitet

Modellens legitimitet er knyttet til fylkeskommunens legitimitet i og med at fylkeskommunene her blir de sentrale aktører. Fallende valgdeltakelse og debatter om fylkeskommunens eksistens kan indikere at fylkeskommunen sliter med lav legitimitet. Nyere undersøkelser indikerer imidlertid at i den grad fylkeskommunene sliter med legitimitetsproblem, så er dette ikke problemer som er større her enn i større primærkommuner.²⁷

Kostnadseffektivitet.

Kostnadseffektiviteten i sykehusene vil variere med fylkeskommunenes inntektsnivå, teknologiske endringer, o.a. Eventuelle gevinster av stordriftsfordeler kan være vanskelig å hente ut. Administrasjonskostnadene er lave.

12.2 FORMALISERTE INTERFYLKESKOMMUNALE SAMARBEIDSFORMER

Det regionale samarbeidet som ble beskrevet i 12.1, kjennetegnes i dag (1996) ved at det ikke eksisterer samarbeidsorganer som har fått delegert beslutningsmyndighet fra fylkeskommunene i regionen. Som diskutert i 12.1, gir KommuneLO § 27 visse muligheter for å delegerer beslutningsmyndighet til interfylkeskommunale samarbeidsorganer. I dette underkapitlet beskrives et *formalisert* interfylkeskommunalt samarbeid basert på organisering av et interfylkeskommunalt selskap. I forhold til organer som opprettes etter KommuneLO § 27, vil et interfylkeskommunalt selskap representere en større styringsmessig distanse i forhold til fylkestingene i saker som delegeres til selskapet. Her diskuteres spesielt en modell der saker som angår funksjonsfordeling delegeres til selskapet, mens beslutninger om volumet på pasientbehandlingen fortsatt ligger til fylkeskommunen.

Utvalget har i "*Alternativ eieformer og finansieringsmåter*" i kapittel 8 gått gjennom aktuelle interfylkeskommunale samarbeidsformer: interfylkeskommunalt samarbeid etter KommuneLO § 27, ansvarlige selskaper etter selskapsloven, aksjeselskaper, andelslag og selskaper med ubegrenset ansvar. Utvalget vil i denne sammenheng vise til at Kommuneselskapslovutvalget (NOU 1995:17) i sin innstilling gir uttrykk for at kommuner og fylkeskommuner i hovedsak bør reservere A/S-formen for virksomheter som kan gis en relativt selvstendig stilling i forhold til kommunen, og der ansvarsbegrensingen er ment å være en realitet. Siden et premiss i denne utredningen er offentlig eide sykehus, kan ansvarsbegrensingen ikke sies å være reell. Utvalget vil derfor ikke vurdere A/S-formen nærmere i denne sammenheng. Dette er den samme betraktning som lå til grunn for ikke å vurdere statsaksjeselskapsformen nærmere. Kommuneselskapslovutvalget kunne ikke se at det er

27. Sørensen, R. J. 1996. «The Legitimacy of Norwegian Local Government: The Impact of Central Government Control.» Paper. Sandvika: Norwegian School of Management (BI).

kommunalt behov for å ha en selskapsform med begrenset ansvar utenfor aksjeloven, og foreslår derfor å oppheve adgangen til å danne andelslag. Her spiller det også inn at andelslagene ikke er lovregulert og at vedtektene som ligger til grunn for dem, ofte er uklare og mangelfulle. *Utvalget* vil derfor ikke gå nærmere inn på denne formen i det følgende.

I tillegg til ordninger etter Kommunelovens § 27, står en da igjen med Kommuneselskapslovutvalgets forslag til interkommunale selskaper som et alternativ. *Utvalget* er kjent med at Kommunal- og arbeidsdepartementet arbeider med lovgrunnlaget for interkommunale og interfylkeskommunale selskaper, og at en proposisjon vil bli fremmet for Stortinget ved årsskiftet 1996-1997. *Utvalget* er også kjent med at Oslo kommune har hatt merknader om tilpasningen av selskapslovgivningen til en parlamentarisk styringsform og forutsetter at dette problemet lar seg løse.

12.2.1 Interfylkeskommunale sykehusselskap

Ved selskapsorganisering vil fylkeskommunene innen den enkelte helseregion gå sammen og danne ett sykehusselskap. Dette gir samlet sett fem såkalte regionale sykehusselskap. Det regionale sykehusselskapet overtar eiendomsretten til regionfunksjonene, hele regionsykehuset eller alle fylkeskommunale helseinstitusjoner innen den enkelte helseregion. Et interfylkeskommunalt selskap av denne type vil være et eget rettssubjekt med ubegrenset ansvar for deltakende parter. Selskapet vil være ansvarlig for drift av og investeringer i sykehusene.

Etableringen av selskapet trenger ikke bli ukomplisert. Dette har to årsaker. For det første må en som i en modell med statlig overtakelse av sykehusene, bli enige om en kompensasjon for overtakelsen fra fylkeskommunene. Denne må eventuelt fastsettes av staten. For det andre kan ulike fylkeskommuner ha ulike grunner for å inngå i et slikt selskap, blant annet avhengig av om de i utgangspunktet er region-sykehuseiere eller ikke. Etablering av regionale sykehusselskap kan derfor måtte skje gjennom en nasjonal lovgivning (Sykehusloven). Ved etablering av selskapet må man fastsette de enkelte fylkeskommunenes eierandel og ansvarsandel for selskapets forpliktelser.

Et kjennetegn ved selskapsorganisering er at eierne styrer fra eierposisjon og ikke gjennom instruksjon. Dette innebærer at eierne skal konsentrere seg om langsiktige beslutninger, mens beslutninger som angår daglig drift av selskapet delegeres. Ved selskapsorganisering blir da selskapets øverste myndighet et representantskap bestående av representanter fra den enkelte fylkeskommune. Representantskapet behandler overordnede styringsdokumenter som selskapets budsjett, regnskap og økonomiplan. Representantskapet fastlegger retningslinjer for funksjonsfordeling og samarbeid mellom sykehusene. Et styre valgt av representantskapet skal stå for den daglige oppfølgingen av representantskapets vedtak, herunder tilsyn med den daglige ledelsen av selskapet. Selskapet skal ha en daglig leder (regionselskapsdirektør) som står for daglig ledelse av selskapet. Sykehuset eller sykehusene ligger direkte under regionselskapsdirektøren. Regionselskapsdirektøren har en stab til sin rådighet. Det er rimelig at deler av dagens fylkeshelseadministrasjoner overføres til denne staben.

Finansieringen av selskapet kan i prinsippet skje både ved at staten overfører økonomiske ressurser til selskapet og ved at staten overfører ressurser til fylkeskommunen som i neste omgang anskaffer helsetjenester fra Sykehusselskapet. Flere forhold taler for at selskapet bør finansieres av fylkeskommunene. For det første gir en slik organisering gode muligheter for å holde kontroll med de totale kostnadene til institusjonshelsetjenesten. For det andre vil fylkeskommunene beholde mulighetene til å tilpasse tjenestetilbudet til lokale ønsker. For det tredje gir fylkes-

kommunal finansiering muligheter for å etablere et skille mellom «bestillere» og «utførere» av helsetjenester. Ved fylkeskommunal finansiering vil basisdelen av regionsykehustilskuddet kunne legges inn i rammeoverføringene til fylkeskommunene.

Interfylkeskommunalt selskap som omfatter regionsykehuset

Man kunne tenke seg å begrense selskapet til å omfatte regionfunksjonene, og la sentral- og lokalfunksjonene ved regionsykehuset fortsatt være eid av det tidligere vertsfylket. Utvalget har i forbindelse med statlig overtakelse av sykehusene argumentert for at dette neppe er mulig å gjennomføre i praksis. Utgangspunktet for argumentasjonen var den betydelige gråsonen som eksisterer i funksjonsfordelingen mellom sykehusene. Det er også grunn til å tro at funksjonsfordelingen vil være lite stabil over tid. Å basere en finansieringsordning på funksjonsfordelingen vil derfor måtte innebære at mye ressurser vil bli brukt på å avklare ansvarsforhold mellom det interfylkeskommunale selskapet og det tidligere vertsfylket. På samme måte blir det problematisk å avklare arbeidsgiveransvar og eie- og driftsansvar for bygninger og utstyr. En vil heller ikke ha noe bindende samarbeid om eventuell fordeling av regionfunksjoner til andre sykehus. Siden selskapets representantskap vil bestå av representanter for alle fylkeskommunene i regionen, kan dette medføre liten vilje fra representantskapet til å satse på utvikling av regionsykehuset.

En mer realistisk mulighet vil være å gjøre hele regionsykehuset om til et interfylkeskommunalt selskap, mens de andre sykehusene i regionen fortsatt eies av de respektive fylkene. Det tidligere vertsfylket måtte da kjøpe alle sentralsykehustjenester og noe lokalsykehustjenester fra det nye selskapet. De andre fylkene i regionen vil derimot nøye seg med å kjøpe regiontjenester.

Det er et kompliserende element at det tidligere vertsfylket skal dekke en større andel av sitt behov for sykehustjenester gjennom regionsykehuset enn de andre fylkeskommunene skal. Det kan bli konfliktfylt hva slags kriterier de ulike fylkenes bidrag skal baseres på. Det er grunn til å tro at det tidligere vertsfylket vil ha en sterk forhandlingsposisjon. Dette fylket kan true med å ruste opp sine egne sykehus. Regionsykehuset vil dermed ikke få tilstrekkelig tilgang på sentral- og lokalsykehuspasienter til undervisningsformål.

I "*Statlig overtakelse av drifts- og eieransvar bare for regionsykehusene*" i kapittel 10 ble det konkludert med at statlig overtakelse av bare regionsykehusene ville være en ustabil løsning. Dersom fylkeskommunene fortsatt skulle finansiere regiontjenestene, kunne det tidligere vertsfylket ha interesse av å ruste opp egne tilbud i gråsonen mellom region- og sentraltjenester. Dersom staten finansierte regiontjenestene, ville det være en oppmuntring til fylkene om å øke presset på regionsykehusene. Det tidligere vertsfylket vil forsøke å få klassifisert så mange som mulig av behandlingene ved regionsykehuset som regiontjenester og behandle flest mulig av de andre pasientene ved egne sykehus.

Effektene går i samme retning i dette tilfellet med et interfylkeskommunalt selskap som eier av regionsykehuset, men i mindre sterk grad enn ved statlig eie siden hver fylkeskommune nå svarer for en andel av selskapets forpliktelser. Dette vil ikke være tilfellet ved statlig overtakelse.

Vi kan utdype dette spørsmålet nærmere ved å ta utgangspunkt i noen alternativer, som ikke er ment å være uttømmende, for hvordan fylkeskommunenes bidrag til selskapets drift skal fastsettes:

1. Bidrag avhengig av historiske forbrukstall.
2. Bidrag avhengig av aldersjustert befolkningsstørrelse.
3. Bidrag i forhold til eierandel/ansvarsandel.

4. Bidrag avhengig av faktisk antall behandlinger, f. eks. justert med DRG-vekter.
5. Kontrakter mellom selskapet og hver enkelt fylkeskommune - f. eks. et abonnement avhengig av aldersjustert befolkningsstørrelse og supplert med en stykkpriskomponent.

Her vil bidragsmåtene (1)-(3) være uavhengige av den faktiske bruk, mens (4) og (5) vil være avhengig av faktisk bruk av regionsykehuset. Ved bidragsmåtene (1)-(3) vil den enkelte fylkeskommune bare svare for en andel (lik null) av kostnadene som en behandling medfører for regionsykehuset. Den enkelte fylkeskommune får dermed en økonomisk oppmuntring til å henvise mange pasienter til regionsykehuset. For regionen vurdert under ett kan det bli en tendens til dyrere behandling uten bedre kvalitet (for mye sentralisering).

Ved bidragsmåtene (4)-(5) vil de enkelte fylkeskommunenes bidrag være avhengig av deres faktiske bruk av regionsykehuset. Fylkeskommunene må dermed avveie kostnader og gevinster ved regionsykehusbehandling i forhold til behandling ved egne sykehus. Dette kan oppmuntre det tidligere vertsfylket til å ruste opp egne tilbud. I dette tilfellet er faren for regionen under ett, at det blir dyr behandling med for dårlig kvalitet (for lite sentralisering).

Generelt er det grunn til å tro at pågangen til regionsykehuset vil bli større jo mindre avhengige de enkelte fylkeskommunenes direkte bidrag er av den faktiske bruk.

Det største problemet med denne modellen er at det fortsatt ikke er noe bindende samarbeid om det samlede sykehus tilbudet i regionen, herunder fordeling av regionfunksjonene på regionsykehus og andre sykehus. Personalet ved sykehusene i regionen vil fremdeles ha forskjellige arbeidsgivere med de problemer dette medfører for undervisning og fleksibilitet i anvendelsen av personalet.

Interfylkeskommunalt selskap som omfatter alle sykehus i regionen

I dette tilfellet tenker man seg at alle sykehus i en helseregion eies av et interfylkeskommunalt selskap. Også i dette tilfellet kan man tenke seg at ulike ordninger for finansiering av virksomheten. Felles for alternativene vil være at den enkelte fylkeskommune yter et bidrag til drift av selskapet. Også i dette tilfellet kan ulike finansieringsmåter påvirke presset på sykehusene og fordeling av pasienter på de ulike nivåene. Men effektene kan forventes å bli forskjellige fra det tilfellet hvor det interfylkeskommunale selskapet bare driver regionsykehuset. Bakgrunnen for dette er at den enkelte fylkeskommune nå vil ha mindre kontroll med hvilket nivå en pasient behandles på. Dette vil i stor grad måtte overlates til det interfylkeskommunale selskapet.

Sett at den enkelte fylkeskommunes bidrag fastsettes ut fra befolkningens størrelse og sammensetning. Kostnadene ved en ekstra innleggelse for en fylkeskommune oppleves da som lik null. Det kan oppmuntre til mange innleggelser. Men den enkelte fylkeskommune vil jo nå i liten grad kunne kontrollere antall innleggelser. Det er sykehusselskapet som foretar denne vurderingen. Hvis sykehusselskapet opplever sitt budsjett som bindende, vil de være opptatt av å begrense antall behandlinger og samtidig sørge for at behandlingene ikke blir gitt på et for høyt nivå.

Dersom de enkelte fylkeskommunenes bidrag er avhengig av deres bruk av sykehustjenester, vil sykehusselskapet blir mer liberalt med hensyn til inntaksrutiner, og det nivå en pasient blir behandlet på vil i mindre grad avhenge av behandlingens kostnad. Det er nok derfor grunn til å regne med en økning av behandling-

Boks 12.1 Sykehussamarbeid gjennom et «landstingskommunalt förbund» i Vest-Sverige

Fra 1991 ble det innført fritt sykehusvalg mellom landstingene (fylkeskommunene) i Gøteborgs-området. Reformen førte til økte pasientstrømmer mellom landstingene. Økte pasientstrømmer sammen med svak økonomi i flere av landstingene, skapte behov for en ordning med felles økonomistyring og et organ som kunne bidra til en bedre strukturell tilpasning av sykehus tilbudet.

Området har i flere år hatt en felles «planeringsnämnd». Med denne som utgangspunkt, er det opprettet et landstingskommunalt förbund (interfylkeskommunalt samarbeid) med formål å forbedre samarbeidet mellom landstingene ytterligere. Forbundet skal fatte beslutninger av strukturell karakter (fordeling av spesialiteter og akuttfunksjoner mellom sykehusene) og pris på pasientbehandlingen. Landstingene eier fortsatt sykehusene. Landstingsforbundets øverste organ er en forsamling bestående av representanter fra de enkelte landsting. Denne forsamlingen fastlegger hovedretningslinjene for forbundet og velger et styre som er ansvarlig for tilsyn med den daglige driften.

Forbundet fastlegger landstingenes minimumsbidrag til forbundet i god tid før landstingsbudsjettene vedtas, gjennom å fastlegge pris og basisvolum for pasientbehandlingen. Forbundets vedtak skjer på sin side etter forutgående konsultasjoner med de enkelte landsting. For tiden er landstingenes betaling basert på en kontrakt som kombinerer ramme- og stykkprisfinansiering. Utover dette er finansieringssystemet basert på inntektsnøytralitet, dvs. at sykehusenes inntekter for en pasient ikke varierer med hvor pasienten bor. Konkurransen mellom sykehusene skjer dermed på grunnlag av kvalitet, ventetider og annen service, men altså ikke på grunnlag av pris. Det finnes forøvrig regler for de fleste sider ved et praktisk sykehussamarbeid, f.eks. FOU, kvalitetsutvikling, utdanning, personalplanlegging, osv.

Samarbeidet ble iverksatt 1.1.1996.

enes omfang. Det er interessant å sammenligne denne konklusjonen med det tilfelle hvor selskapet bare driver regionsykehuset. I dette tilfellet fikk vi jo nettopp at bidrag avhengig av bruk kunne medføre at pasienter ble behandlet på for lavt nivå.

Dersom man velger en løsning med et interfylkeskommunalt selskap som driver sykehusene i regionen, blir det dermed viktig å tenke nøye gjennom hva slags prinsipper som bør legges til grunn for kontrakten mellom den enkelte fylkeskommune og sykehusselskapet når det gjelder fastsetting av økonomisk bidrag.

Et spesielt interessant alternativ eksisterer ved sykehussamarbeidet som er utviklet mellom flere landsting i Vest-Sverige. Her inngås det kontrakter der det fastsettes priser for pasientbehandlingen, samt et basisvolum for det antall pasienter landstingene skal kjøpe fra sykehusene. En nærmere beskrivelse er gitt i boks 12.1. Det bør understrekes at lovgrunnlaget for samarbeidet ikke er identisk med selskapsloven. I Sverige finnes en egen lov om interkommunalt samarbeid.

Dersom en velger en finansieringsmodell mellom fylkeskommunene og selskapet som fastsetter en pris og et basisvolum for fylkeskommunens kjøp, vil dette gi muligheter for avgrenset konkurranse innenfor sykehussektoren. Dette vil skje ved at fylkeskommunene vil kunne innhente anbud på det ønskede volum av sykehus tjenester som går utover basisvolumet fra konkurrerende helseprodusenter. Anbud kan hentes inn både fra fylkeskommunens eget selskap, fra andre regionale selskap

og fra private aktører. Størrelsen på basisvolumet vil bestemme hvor stor del av helsetjenestene som utsettes for konkurranse.

Statssykehusene

Statsykehus kan overføres til de regionale sykehusselskapene. Som hovedregel vil dette være relativt lite problematisk, siden statssykehusene er nært knyttet til helse tilbudet i den helseregion de er lokalisert. Når det gjelder Rikshospitalet og Det norske Radiumhospitalet, er dette sykehus som også har mange flerregionale og landsdekkende funksjoner. Det er to muligheter for eierskap til statssykehusene innenfor et regionalt selskap:

- En mulighet er at staten og fylkeskommunene i aktuelle regioner sammen danner et selskap som eier både statssykehusene og de fylkeskommunale sykehusene. Dette krever i så fall at selskapet etableres ved hjelp av en særlov.
- En annen mulighet er at statssykehusene overføres til de regionale sykehusselskapene. Dette kan innebære at staten bør delfinansiere flerregionale og landsdekkende funksjoner ved direkte tilskudd slik det gjøres i dag. Alternativet er at fylkeskommunene betaler for disse tjenestene etter bruk og basert på statlig fastsatte priser. Dersom en velger direkte statlig finansiering, står en overfor et valg mellom at tilskuddet går til selskapet og at tilskuddet går direkte til det aktuelle sykehuset.

Det første alternativet vil ha flere likhetstrekk med Hovedstadens Sygehusfællesskab i Danmark. En nærmere beskrivelse av Hovedstadens Sygehusfællesskab finnes i boks 12.2.

Boks 12.2 Hovedstadens Sygehusfællesskab, Danmark

Lov om Hovedstadens Sygehusfællesskab ble vedtatt av Folketinget 15. desember 1994. Loven omhandler opprettelse og organisering av et samlet universitetssykehusvesen i hovedstaden. Hovedstadens Sygehusfællesskab ledes av en bestyrelse, hvor 7 medlemmer er utpekt av Københavns kommune, 2 medlemmer er utpekt av Frederiksberg kommune og 6 medlemmer utpekt av Sundhetsministeren. Sygehusfællesskabet består av hovedstadens sykehus, inkludert Rigshospitalet. Tanken er at man med felles planlegging og drift av sykehusene kan få til en bedre utnyttelse av den samlede kapasitet og dermed øke effektivitet og kvalitet av behandlingene. Man tenker seg blant annet at dette skal skje ved å samle spesialiserte lands- og landsdelsavdelinger og dermed bedre pasientgrunnlaget for disse avdelingene, opprette separate elektive behandlingssteder og redusere antall avdelinger som har døgnvakt. Ved etableringen overførte staten og de berørte kommuner vederlagsfritt sine sykehus til Hovedstadens Sygehusfællesskab. Staten bidrar årlig med et beløp til særlige oppgaver innenfor pasientbehandling, forskning og utdanning. København og Frederiksberg kommuners bidrag fastsettes etter deres faktiske forbruk av sykehustjenester.

Forholdet mellom sykehusselskapene og universitetene

Universitetene har spesielle interesser i forhold til sykehusene, spesielt regionsykehusene, i samband med undervisning og forskning. En kan i prinsippet tenke seg at universitetene inngår som eiere av de regionale sykehusselskapene sammen med fylkeskommunene. Dette vil i så fall kreve et eget lovgrunnlag. Etter *utvalgets* syn er det mer naturlig at universitetene ved denne modellen får overført deler av dagens funksjonstilskudd og på den måten blir satt i stand til å finansiere kjøp av undervisningstjenester og forskning fra sykehusselskapet. Universitetene vil på denne måten bli i stand til å stille sterkere krav til sykehusselskapet og sykehusene. Dette gir muligheter for å skape en tettere integrasjon mellom universitetene og alle sykehusene innenfor selskapet dersom det er ønskelig. Ved en slik modell er det rimelig at universitetene har representanter i styrene for sykehusselskapene.

12.2.2 Vurdering utfra evalueringskriteriene

I det følgende vurderes modellen opp mot evalueringskriteriene. *Utvalget* vil her påpeke følgende:

Lik tilgjengelighet til sykehustjenester

Siden det ikke lenger blir noe skille mellom vertsfylker og kjøperfylker er det grunn til å tro at tilgjengeligheten til regiontjenester blir mer uavhengig av pasientenes bostedfylker enn ved dagens ordning i den grad det i dag er slike skiller. Alle fylkeskommuner vil ha det samme forhold til sykehusselskapet. Inntektsulikhet og prioriteringsforkjeller mellom fylkeskommunene vil også med en selskapsorganisering kunne gi visse variasjoner i behandlingsvolumet mellom fylkene, men en må anta at dette i første rekke gir seg utslag i noe varierende tilgjengelighet for de lavest prioriterte pasientgruppene.

Mulighet for regional samordning

Det er særlig på dette punktet et regionalt sykehusselskap har muligheter til å oppnå forbedringer sammenlignet med dagens løst formaliserte samarbeid. Dette har sin årsak i at beslutninger som angår fordeling av spesialiteter og samarbeid mellom sykehus vil få sin endelige avklaring i et representantskap sammensatt av utsendinger fra alle fylkeskommunene innen en helseregion. Med en slik beslutningsprosedyre er det grunn til å anta at rene lokalinteresser ikke vil ha muligheter for å skaffe seg flertall.

En skal imidlertid ikke utelukke muligheter for «hestehandling» mellom grupper i representantskapet i enkelte typer lokaliseringsbeslutninger. Men det er verdt å merke seg at denne typer allianser utvikles sjeldnere enn mange tror og at de er lite stabile. Som i enhver demokratisk forsamling, vil utfallet bestemmes av flere faktorer, f.eks. hvordan planprosesser legges opp og i hvilken grad det er skapt oppslutning om ulike løsninger i de deltakende fylkeskommuner, hvordan alternative utfall rangeres av representantene og hvordan avstemmingene legges opp.

Høy faglig standard på pasientbehandlingen

Kvalitetsheving i pasientbehandlingen vil følge av regional samordning med bedre funksjonsfordeling og sentralisering av spesialiserte tjenester.

Høy faglig standard på klinisk forskning, utdanning og kunnskapsformidling.

Overføringer av deler av funksjontilskuddet til universitetene kan redusere problemet med at dagens regionsykehusstilskudd brukes til å subsidiere vertsfylkeskommunenes pasientbehandling. Ved opprettelsen av et interfylkeskommunalt selskap vil gjestepasientsystemet i tillegg falle bort slik at basistilskuddet vil kunne legges inn i statens rammeoverføringer til fylkeskommunene. Samlet sett vil dette bedre mulighetene for staten til å få ønsket prioritering av forskning.

Et regionselskap vil ha arbeidsgiveransvar for alt sykehuspersonale i regionen. Dette vil øke fleksibiliteten i utnyttelsen av personalet. Det er videre grunn til å tro at opplæringsbehovene blir ivaretatt på en mer samordnet måte enn i dag. Det blir også selskapets ansvar å sørge for at de enkelte sykehusene har et høyt nok nivå på spesialisttjenestene.

Fornyelses- og omstillingsevne

Økning i fornyelses- og omstillingstakten vil avhenge av graden av regional samordning. Siden modellen kan bedre mulighetene for å få til regional samordning i form av fordeling av spesialiteter, faglig spesialisering og integrasjon av pasientbehandlingen mellom sykehusene, er det også grunn til å vente forbedret mulighet til fornyelse og omstilling. En må imidlertid være klar over at omstillingsprosesser som tar visse hensyn til de ansatte i en organisasjon, alltid er tidkrevende.

Integrering med primærhelsetjenesten

Det er neppe grunn til å anta at det vil skje vesentlige endringer på dette punktet.

Kostnadskontroll

Mulighetene for kostnadskontroll vil antakelig bli som i dag dersom finansieringen av selskapets aktiviteter skjer via fylkeskommunene. Det er grunn til å tro at mulighetene for kostnadskontroll vil være bedre enn ved statlig overtakelse og finansiering av sykehusene. Grunnen til dette er at fylkeskommunene har mer bindende budsjetterammer enn hva staten har.

Lokal, politisk styring

Fylkeskommunenes styringsmuligheter vil bli endret. Det interfylkeskommunale sykehusselskapet vil ha et representantskap som øverste organ. I dette representantskapet vil alle fylkeskommunene i helseregionen være representert. Fylkespolitikernes innflytelse over deler av sykehusdriften vil dermed bli mer indirekte enn tidligere. Det enkelte fylkesting vil kunne instruere sin representant i representantskapet i bestemte saker, men man er selvfølgelig ikke garantert at deres representant(er) får gjennomslag. På den annen side vil politikerne samlet sett få mere innflytelse over sykehusplanlegging og drift i regionen som helhet, siden det nå er et ansvarlig selskap som har ansvaret for hele regionen. De beslutninger som fattes i representantskapet er bindende for selskapet. Det kan tenkes at dette vil medføre større vekt på langsiktig samarbeid og mindre vekt på kortsiktige politiske gevinster.

En må anta at det enkelte fylkesting hvert år må godkjenne kontrakten mellom sykehusselskapet og den enkelte fylkeskommune. I denne kontrakten fastsettes blant annet fylkeskommunens bidrag og hvilke tjenester sykehusselskapet forutsettes å yte til fylkeskommunen. Her ligger styringsmuligheter for fylkeskommunen, men også mulige problemer. Dersom sykehusselskapet og en fylkeskommune ikke

blir enige om en kontrakt, må en anta at staten vil gripe inn med utgangspunkt i Sykehusloven.

Legitimitet

Oppslutningen om organisasjonsløsningen vil avhenge av flere forhold. For det første kan bedre samordning av sykehusene skape bedre muligheter for å utnytte eksisterende kapasitet. Dette kan bidra til kortere sykehuskøer. På den annen side kan flertallsavgjørelser i representantskapene føre til at fylkespolitikere som ender i mindretallet, føler seg mindre forpliktet til vedtakene. Dette kan særlig være et problem i lokaliseringsspørsmål. Hvordan dette totalt sett vil påvirke organisasjonens legitimitet, er vanskelig å avgjøre på forhånd.

Institusjonell stabilitet

Det virker som om dette er en organisasjonsform som kan opprettholdes over tid.

Kostnadseffektivitet

En vil kunne oppnå stordriftsfordeler som følge av spesialisering i sykehussektoren. I den grad det åpnes for konkurranse mellom sykehusselskapene om pasienter som ikke omfattes av et avtalt basisvolum mellom selskapet og fylkeskommunene, kan det hentes ut ytterligere gevinster.

12.3 REGIONALISERT HELSEVESEN - STØRRE FYLKESKOMMUNER

I dette underkapitlet diskuteres en organisasjonsmodell der sykehusene eies av større fylkeskommuner enn dagens. I prinsippet kan det tenkes forskjellige typer inndelingsendringer på fylkesnivå. Her avgrenses diskusjonen til en inndeling av fylkene som samsvarer med eller ligger nært dagens helseregioner. Dette gir fem fylker. Det er en slik inndeling som i første rekke kan redusere de problemene som er nevnt ved innledningen til kapitlet. Mindre inndelingsendringer der det fortsatt vil være flere fylker innen den enkelte helseregion kan redusere problemene som er nevnt, men ikke fjerne dem fullt ut. Diskusjonen er prinsipiell, og detaljer knyttet til fylkesinndelingen i Østlandsområdet generelt og Hovedstadsområdet diskuteres ikke spesielt.

Diskusjonen avgrenses også til såkalte generalistfylkeskommuner, dvs. at fylkeskommunene er politisk styrte organisasjoner som innenfor et avgrenset geografisk område skal samordne flere deler av offentlig politikk. Motstykket til generalistkommuner er såkalte spesialkommuner. Spesialkommuner er som generalistkommuner styrt av et folkevalgt organ, men har ansvar for kun ett område av offentlig politikk. Eksempelvis hadde vi i Norge tidligere egne kommuner for brannvern. Etablering av spesialkommuner for sykehusdrift med et ansvarsområde tilsvarende dagens sykehusregioner er en prinsipiell mulighet. Det har imidlertid vært et fundamentalt prinsipp for utviklingen av kommuneforvaltningen etter 1945 at kommunene og fylkeskommunene skal være generalistkommuner. Dette prinsipp legges til grunn for hovedpunktene i dette underkapitlet.

12.3.1 Hovedtrekkene i en modell med større fylker

En vurdering av de prinsipielle retningslinjene for kommune- og fylkesinndeling ble foretatt av Gabrielsenutvalget som avga sin innstilling i 1965 og sist av Christiansenutvalget (jfr. NOU 1992:15 Kommune- og fylkesinndelingen i et Norge i for-

andring). Fylkesinndelingen i hovedstadsområdet er i tillegg vurdert av Korenutvalget (jfr. NOU 1972: 27 Kommunaladministrative ordninger for visse oppgaver i Oslo-området) og er idag under vurdering av et eget regjeringsoppnevnt utvalg («Hovedstadsutvalget»). Hverken Gabrielsen- eller Korenutvalget ledet fram til konkrete endringer i fylkesinndelingen. Fylkesinndelingen i Norge har dermed vært stabil i en svært lang periode. Med unntak av sammenslåingen av Bergen og Hordaland i 1972, ble fylkesinndelingen fastlagt i perioden 1660-1866.

Christiansenutvalget vurderer kommune- og fylkesinndelingen i lys av målsettinger knyttet til tjenesteproduksjon, samfunnsutbygging og demokrati. Når det gjelder tjenesteproduksjonen vurderes flere forhold. Utvalget påpeker blant annet at «det ligger effektivitetsgevinster i et samarbeid mellom fylkeskommunene i en helseregion om sykehusdriften og ikke minst i et nært samarbeid mellom regionsykehuset og fylkessykehusene i helseregionen» (s. 204), men sier likevel at det ikke finnes klare indikasjoner på «sammenheng mellom sykehusstruktur, fylkesstørrelse og driftsutgifter» (s. 205). Utvalget drøfter videre gjestepasientstrømmene mellom fylkene, og konstaterer at 75 prosent av gjestepasientstrømmene skjer innenfor den enkelte helseregion, og påpeker at tap av effektivitet og uønskede prioriteringer som følge av gjestepasientordningen, vil kunne reduseres betydelig dersom det dannes fylker som er mer selvforsynte med behandlingskapasitet. Christiansenutvalget konkluderer imidlertid med at det er «helt urealistisk å la helseregioninndelingen bestemme fylkesinndelingen i landet. Utvalget vil likevel peke på at sammenslutning av regionsykehusfylker med mindre tilgrensende fylker og mellom Oslo og Akershus i vesentlig grad vil kunne redusere antall gjestepasienter» (s. 211).

Helseregionene som fylker

En forvaltningsmodell der fylkesinndelingen følger dagens helseregioner tar utgangspunkt i at de større fylkeskommunene, heretter kalt «regionfylkeskommunene», har de samme oppgaver som dagens fylkeskommuner, med hovedvekten på helsevern, videregående opplæring og samferdsel. En slik forutsetning er ikke selvsagt. Det er f.eks. en mulighet å desentralisere de videregående skolene til kommunene.

Regionfylkeskommunene styres som dagens fylkeskommuner, gjennom et representativt demokrati med dagens helseregioner som valgkrets, og det bygges opp en administrasjon i et naturlig regionsentrum. Regionfylkeskommunene vil være eier av alle sykehusene, inkl. regionsykehusene. For helseregion II som har Rikshospitalet som regionsykehus, vil dette innebære at regionsykehuset blir geografisk lokalisert i et annet regionfylke enn den regionfylkeskommunen som har eierskapet.

Dagens inndeling i helseregioner ble fastlagt i 1974 (jfr. St.meld.nr. 9 (1974-75)) og omfatter fra tre til sju fylker. Folketallet i fylkene varierer i 1995 fra 76629 (Finnmark) til 483 409 (Oslo). Etablering av regionfylker som følger dagens helseregiongrenser vil gi enheter med folketall som varierer mellom 468 696 og 1517 842. Tabell 4.1 i "[Dagens regionsykehus](#)" i kapittel 4 gir oversikt over folketall i fylkene og i helseregionene per 1.1.1995. De enkelte regionfylkeskommuner vil som det går fram av tabellen få et betydelig befolkningsgrunnlag. Dette innebærer trolig at behovene for egne regionsykehustilskudd og ordninger for deling av kapitalkostnader mellom fylkeskommunene og staten vil falle bort. En må anta at det fortsatt vil være behov for visse inntekts- og utgiftsutjevnerende tilskudd gjennom Inntektsystemet for kommunene.

Forutsetningen her er at eierskapet til sykehusene ligger hos regionfylkeskommunene. Både eier- og finansieringsformer vil imidlertid kunne varieres. Av eier-

former vil både forvaltningsorganformen og selskapsformer være aktuelle. Finansierings- eller kontraktsformene mellom regionfylkeskommunen og sykehusene vil også kunne varieres. Utvalget finner det imidlertid ikke nødvendig å gå inn i en diskusjon av disse forholdene før det eventuelt er gitt en begrunnelse for at opprettelse av regionfylkeskommuner er en bedre organisasjonsmodell totalt sett, enn de andre modellene som utvalget drøfter.

12.3.2 Evaluering utfra kriteriene

Drøftingen i forhold til kriteriene «lik tilgjengelighet til sykehustjenester», «muligheter for regional samordning», «høy faglig standard på pasientbehandlingen» og «på forskning, utdanning og kunnskapsformidling», «fornyelse- og omstillings-evne», «integrering med primærhelsetjenesten», «kontroll med totale kostnader» og «kostnadseffektivitet», blir ikke vesensforskjellig fra drøftingen i underkapitlet om interfylkeskommunale selskaper. Når det gjelder de gjenværende kriteriene, vil *utvalget* uttale følgende:

Lokal politisk styring

Det er grunn til å tro at en regionfylkeskommune i mindre grad enn dagens fylkeskommuner vil reflektere lokale holdninger og preferanser. Dette har sin årsak i at heterogeniteten i befolkningssammensetningen og befolkningens preferanser øker med økende kommunestørrelse. Det kan i tillegg stilles spørsmål ved om regionfylkeskommuner er det beste nivået å drive andre fylkeskommunale tjenestetyper på.

Legitimitet

Valgdeltakelsen ved fylkestingsvalgene ligger under deltakelsen ved Stortings- og kommunevalg. Som utvalget har drøftet tidligere, kan dette indikere lav legitimitet. Det er imidlertid vanskelig å se at legitimiteten til en regionfylkeskommune på størrelse med dagens helseregioner skal bli høyere enn hos dagens fylkeskommuner. Tvert i mot er det grunn til å frykte at folks opplevelse av tilhørighet til en regionfylkeskommunene vil være betydelig mindre enn tilhørigheten til dagens fylkeskommuner. Det kan stilles spørsmål ved om det blir meningsfullt å avholde egne valg til et organ på dette nivået.

Institusjonell stabilitet

Det er grunn til å frykte at organisasjonsløsningen ikke vil være stabil over tid. Der som borgernes tilhørighet til regionfylkeskommunen er lav og valgdeltakelsen deretter, kan det oppstå krav om at dagens fylkeskommuner gjenoppstår eller at staten overtar de regionfylkeskommunale tjenestene og styrer disse via direktorater eller selskaper.

12.3.3 Utvalgets konklusjon

Utvalget ser helt klart at en ordning med regionfylkeskommuner kan løse en del av de samordningsproblemer som idag er innenfor helseregionene og som er beskrevet i "[Kritikken mot dagens ordninger](#)" i kapittel 5. Det er imidlertid uklart om en regionfylkeskommune er det beste nivået å legge andre deler av dagens fylkeskommunale tjenesteproduksjon og planleggingsaktiviteter på. *Utvalget* er også redd for at en regionfylkeskommune vil mangle den folkelige oppslutning eller legitimitet som

er nødvendig for et slikt organ å ha. Løsningen kan derfor være ustabil over tid. *Utvalget* vil ikke anbefale en slik løsning.

12.4 OPPSUMMERING

Utvalget har i "*Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunene som eiere*" i kapittel 12 vurdert tre forskjellige modeller for økt regional samordning som alle er basert på fylkeskommunalt eierskap til sykehusene: 1) et løst formalisert regionalt samarbeid der en videreutvikler det regionale helseplanarbeidet, 2) et formalisert regionalt samarbeid der sykehusene overføres til et interfylkeskommunalt sykehusselskap, og 3) et regionalisert helsevesen der sykehusenes eies av fylkeskommuner som i geografisk utstrekning tilsvarende dagens helseregioner.

Det utvalget kaller «løst formalisert regionalt samarbeid» tar utgangspunkt i det regionale helsearbeidet som idag utføres i helseregionene. Modellen baserer seg på at de regionale helseutvalgene er det organet som idag og i framtiden driver et slikt arbeid. I utgangspunktet baseres modellen på konsensus mellom de samarbeidende fylkeskommunene. Utvalget har imidlertid skissert flere ordninger som kan håndtere saker der det er konflikter mellom partene i samarbeidet. Disse er at staten går inn med ekstra økonomiske midler for å stimulere utvikling og iverksetting av regionale samarbeidstiltak, etablering av interfylkeskommunale samarbeidsordninger etter Kommuneloven og at staten benytter mulighetene som ligger i Sykehusloven til å løse tvister mellom fylkeskommunene. Utvalget har påpekt at modellens svakheter i første rekke er svakere muligheter for å få til regional samordning, men at dette problemet i prinsippet kan reduseres ved de ordninger for konflikthåndtering som er nevnt. Manglende regional samordning vil redusere mulighetene for å høyne standarden på pasientbehandling og på forskning, utdanning og kunnskapsformidling, og for å få til fornyelse og omstilling. Modellens styrke er god kostnadskontroll, lokal politisk styring og varierende, men rimelig høy kostnadseffektivitet i produksjonen.

Det interfylkeskommunale samarbeidet kan formaliseres ved at sykehusene overføres et interfylkeskommunalt sykehusselskap. Fylkeskommunene vil da styre selskapet gjennom eierposisjon i et representantskap. Representantskapet vil fatte overordnede beslutninger som angår f.eks. regional samordning av sykehustjenestene og priser på pasientbehandling. Fylkeskommunene vil fortsatt bestemme volumet på pasientbehandlingen. En kan dermed utvikle et klarere skille mellom tilbydere og etterspørre av sykehustjenester. Utvalget har påpekt at modellen gir bedre muligheter for å få til en regional samordning enn det uformelle samarbeidet gir, men at mulighetene kanskje ikke blir fullt så gode som i en modell med statlig eierskap. Økt regional samordning vil bedre mulighetene for å høyne standarden på pasientbehandling og på forskning, utdanning og kunnskapsformidling, og for å få til fornyelse og omstilling. Modellen antas å gi god kostnadskontroll.

Både videreutvikling av et løst formalisert regionalt samarbeid og en formalisering av samarbeidet gjennom opprettelsen av et interfylkeskommunalt selskap, er modeller som utvalget mener er av interesse og som vil bli drøftet videre i "*Utvalgets innstilling*" i kapittel 14 der utvalgets innstilling presenteres. Når det gjelder forslaget om å opprette regionfylkeskommuner med en størrelse tilsvarende dagens helseregioner er utvalget redd slike institusjoner vil mangle den folkelige oppslutning eller legitimitet som er nødvendig for et slikt organ. Løsningen kan derfor være ustabil over tid. Modellen anbefales ikke og drøftes derfor heller ikke videre i "*Utvalgets innstilling*" i kapittel 14.

KAPITTEL 13

Undervisning og forskning i et regionalisert helsevesen

Hensikten med dette kapitlet er å drøfte undervisning og forskning i forhold til utvalgets mandat. Videre skisseres endel muligheter som åpner seg ved etablering av en tettere regional organisering av sykehusene, og utvalget fremmer endel forslag som vil være av stor interesse å utrede videre uansett hvilken eierform som velges for sykehusene.

13.1 HVEM SKAL HA ANSVAR FOR Å FORNYE SYKEHUSENES KOMPETANSE?

Begrepet kompetanse brukes her i vid betydning: Sykehusenes kompetanse er summen av deres kunnskaper og ferdigheter.

Kompetansen til et sykehus kommer til uttrykk i de tjenestene som institusjonen yter både til pasienter, pårørende og andre samarbeidende institusjoner. Når vi som pasienter eller pårørende er i kontakt med et sykehus, danner vi oss oppfatninger om hva dette sykehuset gjør for oss; både om de tok godt imot oss, om det var lett å finne fram, om det var mye sløsing med vår tid, om vi fikk forklaring på det vi lurte på, om våre meninger ble respektert, om det gjorde vondt, og om resultatet ble bra. Mange bedrifter har erfart at ved å samle inn og bearbeide opplysninger om hva kundene mener, så har bedriftene blitt i stand til å forbedre sine produkter, tjenester og konkurranseevne i betydelig grad. I sykehussammenheng kan det uttrykkes ved å «sette pasienten i sentrum» eller ved å gjøre sykehusets tjenester mer brukervennlige.

I *"Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret."* i kapittel 6 er det argumentert for at fremtidens sykehus vil bli stilt overfor en medisinsk virkelighet som endrer seg stadig raskere, og en befolkning som etterspør moderne tjenester. Det er et paradoks at mens sykehusene må håndtere stadig mer kompliserte prosesser internt, så skal tjenestene fremstå som enklere for pasienten. Sykehusene er ikke alene om en slik utfordring: f.eks. forventer vi av et seriøst flyselskap både å bli fløyet trygt fra A til B, at flyet er punktlig, og at forholdene er lagt tilrette for en hyggelig opplevelse. Samtidig skal prisen være lavest mulig.

Denne utviklingen med kombinasjonen av høyteknologi og brukerfokusering har flere konsekvenser for fornyelsen av sykehusenes kompetanse:

- økt betydning av etterutdanning.
- grunnutdanning, videreutdanning og spesialutdanning forvitrer raskere.
- økt betydning av ferdigheter i samspill, både mellom ulike grupper spesialisert personell, og mellom sykehuspersonell og pasienter og pårørende.
- økt betydning av at alle ledd i en produksjonskjede fornyer sin kompetanse på en koordinert måte.
- økt betydning av å høste av internasjonale erfaringer.
- økt behov for en gjennomtenkt strategi for sykehusenes kompetanseutvikling.

Prosessene som fører frem til fornyelse av sykehusenes kompetanse, omfatter mange aktiviteter som f. eks. ansettelse, etterutdanning, forskning, produktutvikling, prosedyreutvikling og evaluering. Felles for disse aktivitetene er et langsiktig perspektiv, og at det lett oppstår en interessekonflikt i forhold til kortsiktige krav til produksjonsvolum og kostnadseffektivitet.

Som beskrevet i "*Dagens regionsykehus*" i kapittel 4, er det mange som er med og gir betydelige bidrag til kompetanseheving ved sykehusene; universitetene, høyskolene, fagorganisasjonene, næringslivet, frivillige organisasjoner og enkeltpersoner, og frittstående forskningsinstitutter. Disse aktørene har ulike primære mål og oppgaver, og ulike ressurser og begrensninger. Sett fra sykehusenes synsvinkel trer likevel to hovedinntrykk frem med hensyn til sykehusenes evne til kompetanseutvikling:

- Svak finansiering. Sykehusenes egne ressurser til kompetanseutvikling er svært beskjedne sammenlignet med de øvrige aktørene.
- Svake styringsmekanismer. Med så mange sterke bidragsytere med verdifulle, men tildels motstridende interesser, er det vanskelig for sykehusene å gjennomføre systematisk og langsiktig kompetanseutvikling.

Tilbake til spørsmålet «Hvem skal ha ansvaret for å fornye sykehusenes kompetanse?» Utvalget mener at svaret må være at *sykehusene har selv ansvaret for å fornye egen kompetanse*. Dette prinsippet innebærer at sykehuseier må sørge for:

- Rammebetingelser som gir tilstrekkelig rom for kompetanseutvikling.
- En organisasjon som tilrettelegger for profesjonelle og ryddige avtaler med de mange samarbeidspartnerne som bidrar til sykehusenes kompetanseutvikling.

Spesiell oppmerksomhet må rettes mot grenseområdene mellom sykehusdrift og forskning; utprøvende medisin, brukerundersøkelser, kvalitetsutvikling og evaluering av nye måter å organisere sykehusets tjenester på. Dette er områder som har stor betydning for å skape sykehustjenester med pasienten i fokus, men som lett «faller mellom to stoler»: På den ene siden sykehusene som tvinges til å prioritere en størst mulig produksjon av allerede etablerte helsetjenester, og på den annen side forsknings- og undervisningsorganisasjonene som må prioritere grunnutdanning og langsiktig forskning som frembringer mest mulig ny kunnskap.

13.2 ORGANISERING AV FORSKNING OG UNDERVISNING VED SYKEHUSENE

En sterkere regionalisering av sykehusene slik utvalget har foreslått, vil gi anledning til å se nærmere på hvordan en bedre kan legge tilrette for kompetanseutvikling. En regional organisering av sykehusene vil *i seg selv* styrke mulighetene for kompetanseutvikling, f.eks. ved at det blir færre hindringer for å følge et pasientforløp gjennom flere ledd i en behandlingskjede. Utfordringen blir å utnytte dette til pasientens beste, og følge dette opp med riktige organisatoriske tiltak. Utvalget presenterer her noen skisser med forslag som vil styrke forskning og undervisning, og dermed sykehusenes evne til kompetanseutvikling.

En regional universitetsklinikk

Når sykehusene i regionen knyttes sterkere sammen, når det samtidig finner sted en økende differensiering og spesialisering mellom sykehusene, og når «vanlige sykdommer» i stadig større grad behandles ved sentral- og lokalsykehusene, vil behovet øke for en tilpasning av universitetenes organisasjon i sykehusene. Utvalget forslår derfor at universitetene får mulighet til å plassere medarbeidere (heltid, deltid, engasjement) på flere sykehus i den regionale organisasjonen. På den måten begrenses ikke pasientmaterialet for undervisning til det tradisjonelle regionsykehuset, og praktisk tjeneste for studenter kan om ønskelig spres på flere sykehus som har faglige forutsetninger for det. Dette kan også gjøre det lettere å gjennomføre god kli-

nisk undervisning når antallet studenter økes. Videre gir det mulighet til å styrke veiledning, forskning og utviklingsarbeid i alle deler av behandlingskjeden, inkludert sykehusenes samspill med primærhelsetjenesten. Universitetene bør være representert i sykehusenes styrende og/eller rådgivende organer.

Utvalgsmedlemmene Mjøs og Almlid vil presisere at den samme rettigheten bør gjelde for studentrepresentanter.

Grunnutdanning av leger

Når regionsykehusene utsettes for press om høyere effektivitet, blir det lett mindre tid for sykehusets personale til å ta seg av studentene. Utvalget foreslår at universitetene i større grad selv har kontroll over ressursene som går med til veiledning av studentene. Dette kan gjøres ved at deler av funksjonstilskuddet, som idag gis til regionsykehusene, i stedet gis til universitetene. Dette vil gjøre det mulig å inngå klarere avtaler mellom sykehus og universitet, og gi universitetene mulighet til å frikjøpe personale. Utvalget foreslår at det utredes om universitetene kan ta ansvar for å organisere veiledning og godkjenning i forbindelse med turnustjenesten. Denne tjenesten må ses i nær sammenheng med universitetenes nye studieplaner.

Spesialistutdanning

Kravene til dokumentasjon både av teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter er økende. Utvalget mener at det må utredes om universitetene skal få ansvaret for godkjenning av spesialister og oppfølging av spesialistkandidatenes veiledning. Disse oppgavene er idag delegert fra departementet til legeforeningen.

Utviklingsavdelinger

Selv om universitetenes rolle styrkes og avklares som foreslått ovenfor, vil det gjenstå en rekke områder der sykehusenes organisering av sin kompetanseutvikling trenger å styrkes. Utvalget foreslår derfor at det vurderes opprettet utviklingsavdelinger knyttet til regionsykehusene. Kompetanseutvikling i sykehus er tett integrert i sykehusenes primære oppgaver: diagnostikk og behandling av pasienter. Utviklingsavdelingene kan derfor være en stabsfunksjon på linje med personalavdeling, økonomiavdeling osv. På denne måten kan utviklingsavdelingen spille på sykehusenes ordinære linjeorganisasjon og samtidig ta seg av følgende oppgaver:

- koordinering av etterutdanning av sykehuspersonale i regionen
- koordinering av klinisk forskning
- koordinering av kvalitetsutvikling
- følge opp avtaler med universitetene
- gjennomgå grensene mot de medisinske fakultetene, slik at en unngår unødige «huller» eller «overlappinger»
- følge opp avtaler med andre samarbeidspartnere for kompetanseutvikling, f.eks. frivillige organisasjoner og næringsliv, og sørge for at slike avtaler holder en forvaltningsmessig forsvarlig standard.
- følge opp avtaler som angår næringsutvikling basert på sykehusenes kompetanse.

I sum innebærer disse forslagene at universitetenes rolle klargjøres og styrkes. Samtidig styrkes sykehusenes muligheter til å være profesjonelle partnere i de mange samarbeidsrelasjonene.

Utvalgsmedlemmet Mjøs mener dette forholdet kan tydeliggjøres ytterligere ved at dagens regionsykehus skifter navn til universitetssykehus.

Regionsykehusenes *eget* ansvar for forskning, produktutvikling og kvalitetsovervåkning betones sterkere. Dette er viktig på bakgrunn av forventningen om omfattende endringer i det medisinske tjenestetilbudet i årene som kommer.

13.3 OM KOMPETANSEUTVIKLINGENS ROLLE I ARBEIDSMILJØ OG REKRUTTERING

Allerede idag har sykehusene problemer med rekruttering av kompetent personell i mange deler av landet. Det er grunn til å tro at denne utviklingen lett kan forverres i årene som kommer. Det handler både om å gjøre det attraktivt å søke seg til arbeid ved sykehusene, og å hindre flukt av sykehuspersonell med erfaring.

Tradisjonelt har regionsykehusene ikke vært lønnsledende i helsesektoren. Derimot har faglig frihet, status, respekt og mulighet for faglig «selvrealisering» og fordypning, vært viktige goder som har bidratt til å gjøre arbeidsplassene attraktive. Muligheten til å delta i forskning og utviklingsarbeid, til å «være med der det skjer» og til å gi og få undervisning er på denne måten viktige forutsetninger for sykehusenes rekruttering av høyt kvalifisert personell.

Spesialiserte utdanninger i sykehussektoren tar mange år. Dermed blir det lett sammenfall i tid med de årene der en etablerer familie og «gror fast» der en bor. Mønsteret med to utearbeidende i hver familie bidrar til å forsterke denne effekten. Det er derfor lett å trekke den konklusjonen at det er nær sammenheng mellom mulighetene for kompetanseutvikling på stedet, og mulighetene for å tiltrekke seg stabil og kvalifisert arbeidskraft til sykehusene. Utvalget mener at ved å integrere universitetsfunksjonene i sykehusene i hele regionen, så vil det bli mer attraktivt å arbeide ved små sykehus, og lettere å oppfylle nasjonale mål om lik tilgjengelighet til helsetjenester.

En sterk regional integrering av sykehusene og et økt behov for omstilling og kompetanseutvikling har nødvendigvis konsekvenser for den enkelte ansattes arbeidssituasjon. I mange tilfeller vil dette være spørsmål om kompetanseutvikling av tverrfaglige team som et ledd i en målrettet utvikling av sykehusets aktivitet. Dette innebærer at sykehuseier i større grad enn idag må være villig til å påta seg de nødvendige kostnadene.

Ved å være en regional sykehusorganisasjon, vil den enkelte arbeidstaker være en del av et større faglig nettverk. Dette kan knyttes til rettigheter og muligheter til jobbrotasjon, etterutdanning og tid til deltakelse i forskning. På flere måter kan dette sikre bemanning med nøkkelpersonell på utsatte poster: I noen tilfeller kan ansatte ved store sykehus sammen dekke en funksjon ved et lite sykehus. Andre ganger kan muligheten for faglig oppfølging, samarbeid om prosedyreutvikling, avløsning og ferieavvikling gjøre ellers perifere stillinger tilstrekkelig interessante til at de blir besatt. Alt i alt kan betydningen av offensiv satsing på kompetanseutvikling av de ansatte i sykehusene knapt overvurderes som drivkraft i langsiktig rekruttering.

13.4 OPPSUMMERING

I "*Undervisning og forskning i et regionalisert helsevesen*" i kapittel 13 har utvalget drøftet undervisning og forskning i et regionalisert helsevesen. Etter utvalgets syn har sykehusene i dag både dårlige muligheter for å finansiere, og svake muligheter for å styre sin egen kompetanseutvikling. En sterkere regional samordning slik utvalget har foreslått, vil i seg selv styrke mulighetene for kompetanseutvikling ved at det blir mulig å følge pasientforløp gjennom flere ledd i behandlingskjeden. Utvalget reiser i tillegg flere forslag for videre utredning. Enkelte nevnes her:

- Utvalget foreslår at universitetene i større grad selv har kontroll over ressursene

som går med til veiledning av studentene. Dette kan gjøres ved at deler av funksjonstilskuddet som idag gis til regionsykehusene, i stedet gis til universitetene. Dette vil gjøre det mulig å inngå klarere avtaler mellom sykehus og universitet, og gi universitetene mulighet til å frikjøpe personale.

- Utvalget mener at det må utredes om universitetene skal få ansvaret for godkjenning av spesialister og oppfølging av spesialistkandidatenes veiledning. Disse oppgavene er idag delegert fra departementet til legeforeningen.
- Utvalget foreslår at det vurderes opprettet utviklingsavdelinger knyttet til regionsykehusene. Kompetanseutvikling i sykehus er tett integrert i sykehusenes primære oppgaver: diagnostikk og behandling av pasienter. Utviklingsavdelingene kan bl.a. ta seg av følgende oppgaver: koordinering av etterutdanning av sykehuspersonale i regionen, koordinering av klinisk forskning, koordinering av kvalitetsutvikling og oppfølging av avtaler med universitetene.

Sammen med de andre forslagene i kapitlet, innebærer disse forslagene at universitetenes rolle klargjøres og styrkes. Samtidig styrkes sykehusenes muligheter til å være profesjonelle partnere i de mange samarbeidsrelasjonene både med universitetene og andre.

KAPITTEL 14

Utvalgets innstilling

I mandatet ble utvalget bedt om «å utrede følgende to alternativer til dagens finansieringsordning for regionsykehusene:

1. En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene
2. En ordning med full overtakelse av drifts- og eieransvar»

Utvalgets skal i dette kapitlet presentere sin innstilling. Fra og med punkt 1 til og med punkt 8 er utvalget enstemmig i sin innstilling.

1. I kapitlene "*Kritikken mot dagens ordninger*" i 5, "*Noen faktorer som med stor sannsynlighet vil prege utviklingen i norsk medisin det neste tiåret.*" i 6 og "*Reformbehov og kriterier for evaluering*" i 7 redegjør utvalget for hvorfor det er viktig å få til en bedre regional samordning av sykehustjenesten enn tilfellet er i dag. Dette bygger både på en vurdering av dagens kritikk, og en vurdering av hvilke utfordringer framtidens utvikling i behov og medisinsk teknologi stiller oss overfor. Ønsket om en bedre samordning mellom fylkeskommunene i hver helseregion er det sentrale premiss for utvalgets forslag. Utvalget har ansett det som utenfor mandatet å vurdere eventuelle endringer i regioninndelingen i denne sammenheng. En viser her blant annet til det arbeid som foregår i det regjeringsoppnevnte hovedstadsutvalget.
2. En statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader ville frata fylkeskommunene motivasjonen til å interessere seg for disse kostnadenes størrelse, samt for vedlikehold av bygninger og utstyr. I et slikt system er det lite trolig at alle investeringsønsker kan realiseres. En måtte derfor bygge opp et statlig apparat for å rasjonere fylkeskommunenes investeringsønsker. I helsesektoren hvor prosjektenes mål ofte er uklare og vanskelig å tallfeste, er det rom for mer skjønn enn i mange andre sektorer. Det vil være vanskelig å unngå vilkårlige rasjoneringsbeslutninger.
Regionsykehusene har regionfunksjoner, samtidig som de er sentral- og lokalsykehus. Det har vært sentralt i utvalgets vurderinger at det neppe vil være praktisk mulig å skille kapitalkostnadene ved de ulike funksjonene fra hverandre. At staten overtar regionsykehusenes kapitalkostnader, vil derfor måtte innebære en subsidiering av de fylkene som har regionsykehus i forhold til de andre fylkene i regionen. Dette vil være en hindring for å få til den regionale samordning av tjenestene som utvalget ønsker. Utvalget vil derfor ikke gå inn for en statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader.
3. Utvalget redegjør i "*Statlig overtakelse av drifts- og eieransvar bare for regionsykehusene*" i kapittel 10 for de problemene en statlig overtakelse av drifts- og eieransvar for bare regionsykehusene vil medføre. At regionsykehusene har regionfunksjoner samtidig som de er sentral- og lokalsykehus, samt at det er en betydelig gråsoner i funksjonsfordelingen, har vært vesentlig for utvalgets vurderinger. Det er grunn til å tro at den faktiske funksjonsfordelingen i dette tilfellet blir følsom overfor de finansieringsordninger man velger. Ved statlig overtakelse bare av regionsykehusene, synes det vanskelig å finne finansieringsordninger som støtter opp under det behov for regional samordning som utvalget har lagt til grunn for sin innstilling. Utvalget vil derfor ikke anbefale at staten overtar drifts- og eieransvar bare for regionsykehusene. Dersom staten overtar drifts- og eieransvar for regionsykehusene, bør staten overta drifts- og eieransvar for alle sykehus.

4. I "*Undervisning og forskning i et regionalisert helsevesen*" i kapittel 13 drøfter utvalget kompetanseutvikling (herunder undervisning og forskning) i et regionalisert sykehusvesen. Utvalget tilrår en styrking av universitetsfunksjonene som et viktig bidrag til å opprettholde kvalitet og kompetanse i helsetjenesten. Det er enighet om at universitetene bør få overført deler av dagens funksjonstilskudd, for på den måten å bli i stand til å kjøpe tjenester ved sykehusene. Utvalget tilrår at detaljene i en styrket universitetsfunksjon må utredes særskilt etter at organisasjons- og eierforholdene er klarlagt.
5. Utvalget har i punktene 2 og 3 svart på de spørsmålene som ble stilt i mandatet. Det er sentralt i utvalgets vurderinger at verken en statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader eller en full statlige overtakelse av bare regionsykehusene vil ivareta ønsket om en bedre regional samordning av sykehustjenestene. En slik samordning krever en beslutningsmyndighet som omfatter hele helseregionens tilbud av sykehustjenester. Dette er grunnlaget for at utvalget går videre (etter å ha avklart mandatet med oppdragsgiver) og vurderer alternative eierskap for et regionalisert sykehusvesen.
6. Utvalgets tror ikke at en oppløsning av fylkeskommunene og etablering av større regionfylkeskommuner vil være en egnet modell. Dette begrunner en både med at fylkeskommunene har oppgaver der behovet for regional samordning er mindre, og at regionfylkeskommuner sannsynligvis vil oppnå liten politisk legitimitet.
7. Utvalget tilrår at alle sykehus bør tilhøre det samme forvaltningsnivå. Hvilken følge dette får for Rikshospitalet, vil avhenge av hvilket eierskap en generelt foreslår for sykehusene.
8. Utvalget mener at dagens «frivillige regionsamarbeid» ikke har vært tilstrekkelig for en effektiv regional utnyttelse av sykehusressursene.

Selv om utvalget er enige om behovet for en sterkere regional samordning, er det ulikt syn på hvordan dette best kan skje samtidig som en også ivaretar andre hensyn (jfr. diskusjonen i forhold til evalueringskriterier i "*Regionalisert sykehusvesen med staten som eier*" i kapitlene 11 og "*Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunene som eiere*" i 12). Utvalget har vurdert ulike modeller for eierskap og finansiering. En har festet seg ved tre modeller, som en har valgt å utrede nærmere:

- Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunen som eier - løst formalisert regionalt samarbeid
- Formalisert interfylkeskommunalt samarbeid - interfylkeskommunalt selskap.
- Regionalisert sykehusvesen med staten som eier.

Ingen av de modellene utvalgets fraksjoner foreslår, har fullt ut vært prøvd i praksis under norske forhold. En har derfor få eller ingen empiriske undersøkelser å legge til grunn for evalueringen av modellenes egenskaper i forhold til hverandre. På bakgrunn av den drøfting som utvalget har gjort i kapitlene 11 og 12, vil nå utvalgets fraksjoner gå videre og gi en nærmere begrunnelse for sine forslag.

Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunen som eier - løst formalisert regionalt samarbeidEt mindretall i utvalget, *medlemmene Kolbjørn Almlid, Greta Billing, Magnar Hakestad og Petter Skarheim* står sammen med resten av utvalget i synet på at det er behov for en sterkere regional samordning av spesialisttjenestene. Disse medlemmene mener samtidig at en slik samordning må forankres i et fylkeskommunalt eierskap til sykehusene. Verken interfylkeskommunal selskapsorganisering eller statlig eierskap er veien å gå.

Utvalget er satt ned for å utrede statens forhold til regionsykehusene, og konkluderer enstemmig med at det er vanskelig at staten overtar ansvaret for bare regi-

onsykehusene. For å ta stilling til om staten skal overta ansvaret for hele det norske sykehusvesen er det to grunnleggende forhold som må analyseres:

1. Styrken/svakheten ved eventuell direkte statlig kontroll
2. Svakheten/styrken ved fylkeskommunal/regional kontroll

Problemet med en slik analyse er at vi *har* et system med fylkeskommunalt ansvar, og det er lett å stirre seg blind på negative trekk ved dagens tilstand og miste av syne de positive. På samme tid er det umulig å gi noe fornuftig svar på hvordan norsk sykehusvesen hadde sett ut i dag dersom staten hadde hatt det direkte driftsansvaret de siste 20 år. En kan derfor lett få en idealisert og teoretisk forestilling om at andre modeller medfører optimal organisering, bedre fordeling og mer effektiv ressursbruk. Til de positive sidene ved dagens system hører det faktum:

- at sykehussektoren har maktet en omstilling og effektivisering de siste 10 år som få andre offentlige sektorer kan fremvise
- at det behandles flere pasienter ved norske sykehus nå enn noen gang før i historien
- at medisinsk teknologi tas relativt raskt i bruk i behandlingen
- at norsk medisinsk forskning og norske medisinerere er på høyden internasjonalt.

Dersom staten skulle overta det direkte eieransvaret for sykehusene, ville dette være en meget stor og grunnleggende reform - den største i offentlig sektor på meget lang tid. Reformen vil ha vidtrekkende konsekvenser både for staten, for fylkeskommunene og for norsk helsevesen som sådan. For fylkeskommunene veier sykehusene så tungt i oppgaveporteføljen, at det vil bli spørsmål om fylkeskommunens eksistensberettigelse. *Medlemmene Almlid, Billing, Hakestad og Skarheim* mener derfor at det må stilles meget strenge krav til dokumentasjon for at en slik fundamental eier- og ansvarsreform faktisk vil kunne løse de utfordringene sykehusvesenet står overfor, og at reformen kan løse disse på en bedre måte enn det forbedringer av dagens system kan gjøre.

Disse medlemmene har som utgangspunkt at spørsmål omkring eierskap, organisering, finansiering, befolkningens rettigheter og innflytelse, og geografisk fordeling ikke kan vurderes hver for seg, men sees i sammenheng, også med organiseringen av resten av helsevesenet.

Disse medlemmene legger fritt sykehusvalg for pasientene i regionen til grunn for valg av modell. Dette vil kreve sterkere samordning av de regionale tjenestene. For øvrig vil disse medlemmene stille spørsmål ved hvilke problemer i norsk helsevesen en søker å løse ved skifte av eierskap, og vil fokusere på 3 punkter:

- kostnadseffektiviteten ved de enkelte sykehus
- ressursproblemer (styring/sikring av fylkeskommunenes ressursprioritering).
- den totale (samfunnsøkonomiske) effektiviteten av sykehusvesenet eller helsevesenet

Disse punktene er viktige betingelser for god behandling av pasientene.

Kostnadseffektiviteten ved det enkelte sykehus

Disse medlemmene vil påpeke at utviklingen i ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåer, nasjonalt og internasjonalt, har vært å flytte ansvar så nær brukerne som mulig, samt å knytte budsjettansvar og drifts- og brukeransvar tettere sammen. Det virker nokså opplagt, i praktisk politikk, at en fylkeskommune med nærhet til institusjonen er bedre i stand til å ivareta effektivitetshensyn enn et statlig organ som sitter langt unna problemstillingen. Når det gjelder kostnadseffektivitet, sies

det i flere sammenhenger at rammefinansieringssystemet har fungert tilfredstillende og at mange sykehus har økt sin produksjon med mindre eller uendrede rammer.

Ressursproblemer (styring og sikring av ressursprioriteringen)

Spørsmålet er om den totale ressursinnsatsen eller den geografiske fordelingen av den representerer et problem. Styringen av de totale ressurser vil det uansett være sentrale myndigheter som - på bakgrunn av nasjonaløkonomiske rammer - for en stor del foretar. Personellsituasjonen vil være bestemt av utdanningskapasiteten, som også sentrale myndigheter bestemmer. Når det gjelder god geografisk ressursfordeling, er det vanskelig å finne systemer som bedre ivaretar det hensynet enn rammefordelingssystemet. De helsefinansieringssystemene som ligger utenfor rammefinansieringen har en langt skjevere fordeling.

Den totale effektiviteten av sykehusvesenet eller helsevesenet

Dette hensyn er det eneste som kunne ha forsvart en mer sentralistisk styring av sykehusene.

Det negative som trekkes frem i den helsepolitiske debatten er i første rekke knyttet til produksjonskapasiteten, m.a.o. ventelistesituasjonen. Som forklaring på hvorfor sykehusene ikke klarer å innfri produksjonsforventningene har følgende vært trukket frem:

1. En ventelistegaranti med systemmessige svakheter. Det mangler klare kriterier og enhetlige rutiner for ventelisteføring.
2. Flaskehalsproblemer, i første rekke mangel på helsepersonell, særlig spesialister. Dette kan skyldes en generell knapphet, skjev fordeling eller stor turnover.
3. Manglende finansielle ressurser
4. Utskrivningsproblemer fordi kommunene ikke klarer å ta i mot utskrivningsklare pasienter
5. Effektiviseringspotensiale som ikke er tatt ut
6. Struktur- og organisasjonsproblemer.
7. Svakt regionalt samarbeid

Felles for de punktene 1-3 er at, uavhengig av system, må staten ha hovedansvaret for å løse problemene. Mange fylkeskommuner rapporterer f.eks at mangel på helsepersonell er et nøkkelpproblem. Men det kan bare være staten som kan styre den totale utdanningskapasiteten, opplegg for og omfang av spesialistutdanningen, samt fordelingen av legespesialister. Dette kan ikke overlates til den enkelte fylkeskommune. I dag er spesialistutdanningene for leger og sykepleiere delegert til fagforeningene. Staten har også ansvaret for refusjonssystemene for private spesialister. Mange har pekt på at noe av problemene med rekruttering av legespesialister ligger i at det er mulig å få store inntekter fra spesialistrefusjoner fra folketrygden, slik at det blir et misforhold mellom privat praksis og arbeid på sykehus.

Selv om det er svakheter i den fylkeskommunale organiseringen i dag, er det vanskelig å tenke seg at skifte av eierskap automatisk skulle kunne løse problemet. Med statlig eierskap vil en statlig organisasjon sitte med den direkte operative kontrollen over hele sykehusvesenet. For at direkte kontroll skal bli effektiv må staten derfor ha en enorm mengde detaljert informasjon til disposisjon, både for å kunne avgjøre hva som må gjøres, og for å overvåke at det faktisk blir gjort. En organisasjon, som kvalitativt sett skal være helt anderledes enn den eksisterende sentrale helseadministrasjon, skal bygges opp fra grunnen av. Organisasjonen skal opparbeide seg og vedlikeholde en oversikt og kompetanse som ikke eksisterer på sentralt

nivå i dag. Det skal prioritere midler til investeringer i anlegg og utstyr og til drift mellom 85 sykehus. Styrings- og budsjettprosessen skal være en del av regjeringens og stortingets budsjettprosess. Organisasjonen skal, bedre enn summen av 19 fylkeskommuner, styre en uhyre komplisert medisinsk-faglig, teknologisk og økonomisk virksomhet med et budsjett på vel 20 mrd kroner. Det skal styre et av leddene i en sammenhengende kjede hvor alle ledd er avhengig av hverandre. Resten av helsevesenet skal fremdeles være en del av fylkeskommunenes og kommunenes ansvarsområde.

Disse medlemmene mener at for å løse de problemer som sykehusvesenet står overfor må både staten og fylkeskommunene gjøre en bedre jobb. Dagens system med rammeoverføringer, fylkeskommunal finansiering og organisering av sykehus bør opprettholdes som det bærende element. Fordelene ved dette systemet (geografisk fordeling, behovsstyring, kostnadskontroll, lokalt selvstyre m.v.) er langt større enn det som ofte kommer frem i den helsepolitiske debatt. Systemet bør imidlertid forbedres på en del punkter, og de helsepolitiske myndigheter bør i større grad ta i bruk de mulighetene de faktisk har i dag. Disse medlemmene vil særlig peke på fem områder:

- Fylkeskommunen bør på noen områder få økte styringsmuligheter
- Sterkere forankring av det regionale samarbeid
- Økt statlig styring
- Styring av Rikshospitalet
- Forholdet til universitetene

Fylkeskommunen bør på noen områder få økte styringsmuligheter

Rammefinansiering bør, etter disse utvalgsmedlemmenes mening, fortsatt være hovedsystemet for statlige overføringer til fylkeskommunene. Rammefinansiering bidrar til at en

- oppnår en geografisk fordeling av ressursene i forhold til befolkningens behov
- unngår spillsituasjoner, utilsiktede vridningseffekter og dårlig ressursbruk
- stiller beslutningstakerne overfor et tiltaks totale kostnader
- kan planlegge og kontrollere kostnadene

Disse medlemmene vil understreke at flest mulig av de øremerkede tilskuddene til sykehussektoren bør legges inn i de ordinære rammeoverføringene til fylkeskommunene. Spesielt gjelder dette de mest «ad-hoc» pregede tilskuddene.

Disse medlemmene mener at fylkeskommunene bør få større innflytelse over folketrygdrefusjonene til private spesialister, laboratorier og røntgen og syketransport. Det må settes i verk tiltak som gjør det lettere for fylkeskommunen å se hele spesialisttjenesten under ett. Private spesialister med fylkeskommunal avtale må kunne pålegges arbeidsplikt på sykehusenes poliklinikker. Retten til refusjon for avtaleløse spesialister bør gradvis opphøre i løpet av en treårsperiode. Siden det er fylkeskommunene som genererer transportutgiftene i forbindelse med syketransport, bør et beløp tilsvarende disse utgiftene gå inn i de ordinære rammeoverføringene til fylkeskommunene, samtidig som den direkte statlige finansiering av syketransport opphører.

Sterkere forankring av det regionale samarbeid

Fylkeskommunene i hver region forpliktes til gjennom de regionale helseutvalgene å samarbeide om følgende:

- Fordeling av regionfunksjonene

- Gjestepasientordninger
- Bindende avtaler om bruk av regionsykehusmidler
- Søknader om eventuelle øremerkede tilskudd til regionfunksjoner
- Søknader om godkjenning av spesialisthjemler, landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, og regionfunksjoner.

Vedtak i disse sakene skal ikke kunne overprøves av den enkelte fylkeskommune, men et mindretall i det regionale helseutvalg skal kunne anke saken inn til staten. Oppmannsfunksjonen forankres sentralt i, eller utenfor Sosial- og helsedepartementet. Fylkeskommunene i hver region forpliktes til å utarbeide og rullere regionale helseplaner som skal godkjennes av statlige myndigheter.

I tillegg til den obligatoriske delen av samarbeidet, bør fylkeskommunene gjennom det regionale helseutvalget samarbeide om alle saker som fremmer rasjonell bruk av de samlede ressurser i helseregionen. Eksempler på slike saker er:

- Eventuelle endringer i sykehusstrukturen i regionen
- Funksjonsfordeling mellom alle, eller en del av, sykehusene i regionen
- Kompetanseutvikling
- Informasjonsteknologi, inkl. telemedisin
- Ambulansetjeneste

Vedtak i den frivillige delen av samarbeidet kan overprøves av den enkelte fylkeskommunene, dersom det regionale helseutvalget ikke på forhånd er gitt fullmakt til å gjøre endelig vedtak. I så fall gjelder samme ankemulighet som for den obligatoriske delen.

Økt statlig styring

Disse medlemmene mener at direkte statlig eierskap og styring ikke er løsningen på de utfordringer norsk helsevesen står overfor.

Disse medlemmene mener imidlertid at statlige myndigheter må bli langt mer aktiv i å kreve og benytte resultatinformasjon, og gi eksplisitte og entydige råd om organisering og omstilling. Det bør etableres en egen enhet i eller utenfor Sosial- og helsedepartementet, som til enhver tid bør ha detaljert oversikt over produksjon, planlagt produksjon på enkeltsegmenter, kompetanse, bemanning og kapasitet ved alle landets sykehus. Alle sykehus skal melde inn til denne enheten og sykehus, leger og fylkeskommuner skal kunne ta kontakt for å få vite om muligheter for raske behandling for enkeltpasienter. Denne enheten skal både kunne styre gjennom pålegg, rådgivning og kunnskapsformidling. Aktuelle styringsområder er:

- Sørge for at ventelistegarantien gjøres mer operativ, både ved å utarbeide klare og bedre kriterier og ved at den har samlet oversikt over kapasitet m.v.
- fordeling av legespesialisthjemler. Her må det samlede antall hjemler legges til grunn for den geografiske fordelingen
- regulering av rammevilkår for private klinikker og laboratorier. Finansiering over folketrygden og bruk av offentlig tilsatt helsepersonell bør ikke kunne gi disse institusjonene konkurransefortrinn i forhold til offentlige helsetilbud.
- fastsetting av hva som til enhver tid skal regnes som lands-, flerregionale- og regionfunksjoner, og fordele lands- og flerregionale funksjoner.
- statlig styring når det gjelder utdanning av helsepersonell, særlig legespesialister og spesialsykepleiere
- markerere seg som aktive i styring og overvåking av landets sykehusvesen ved å vektlegge mål og resultatstyring. Dette innebærer at enheten må ta i bruk de målemetodene en faktisk har til rådighet til en aktiv oppfølging og rådgiving.

Det kan etableres Best Practice funksjoner (frontfunksjoner) hvor en lar de beste sykehusene/fylkeskommunene avgjøre hva som er mulig på produksjons-siden. Slike analyser kan danne grunnlaget for råd til fylkeskommunene for hvor de bør sette inn innsatsen, både på det enkelte sykehus og vedrørende sykehusstrukturen.

- skaffe systematisk kunnskap om flaskehalsproblemer m.v., og f.eks sette inn selektive tiltak på legefordelingssiden.
- enheten bør ha økonomisk, juridisk og medisinsk kompetanse til å kunne gi entydige råd om strukturendringer som nedleggelse av sykehus, nisjespesialisering mv.
- går inn med tiltak og retningslinjer der hvor hver enkelt sykehuseier blir for liten, f.eks vedr. kompetanse- og bemanningskrav.

Rikshospitalet

Ideelt sett bør det være et enhetlig drifts- og eieransvar for regionsykehusene. Dette taler for at Akershus fylkeskommune alene eller sammen med andre fylkeskommuner i helseregion 2 overtar Rikshospitalet. I 1998 står et helt nytt sykehusbygg klart, den gamle organisasjonen vil bli nedlagt og en ny opprettet. Dette vil være et ideelt tidspunkt for et eierskifte.

Det kompliserende med Rikshospitalet, i forhold til de andre regionsykehusene, er at sykehuset ligger utenfor regionen, at regionen er stor, at det er et stort antall fylkeskommuner i regionen, og at hospitalet har et stort antall landsfunksjoner.

Dersom det på kort sikt ikke er mulig å komme frem til en løsning basert på fylkeskommunal overtakelse, bør hospitalet på alle andre måter organiseres mer likt de andre regionsykehusene. Dette innebærer bl.a. at institusjonen bør nettobudsjetteres, og at utgifter fratrasket inntekter fra fylkeskommunene, bevilges som et nettobeløp som betraktes som et regionsykehustilskudd.

Forholdet til universitetene

Universitetet bør være representert i regionsykehusets styrende organ. For øvrig vises det til framstillingen i *"Undervisning og forskning i et regionalisert helsevesen"* i kapittel 13 x.

Formalisert interfylkeskommunalt samarbeid - interfylkeskommunalt selskap *Ett annet mindretallet i utvalget, medlemmene Helga Fosse Hegrenæs, Ellen Gjerpe Hansen, Vivi Lassen og Gerd Vandeskog* står sammen med resten av utvalget i synet på at det er behov for en sterkere regional samordning av sykehustjenestene. Etter at utvalget har vurdert flere modeller, står tre stykker igjen som alle kan tenkes å bidra til å realisere en slik målsetting: et løst formalisert fylkeskommunalt samarbeid (jf. *"Løst formalisert regionalt samarbeid"* i kapittel 12.1), statlig eierskap gjennom et forvaltningsorgan med særskilte fullmakter (jf. *"Statens sykehusforvaltning: Et forvaltningsorgan med spesialtilpassede fullmakter"* i kapittel 11.1) og en organisasjonsmodell der fylkeskommunene i den enkelte helseregion sammen eier og driver sykehusene gjennom et interfylkeskommunalt selskap (jf. *"Formaliserte interfylkeskommunale samarbeidsformer"* i kapittel 12.2). Disse medlemmer går inn for at fylkeskommunene i en helseregion sammen skal eie og drive sykehusene i regionen gjennom et interfylkeskommunalt selskap. Fylkeskommunene styrer selskapet gjennom et representantskap.

En selskapsform av denne typen vil skape større styringsmessig distanse mellom fylkeskommunene og sykehusene i spørsmål som angår strukturelle beslutninger. Samtidig vil fylkeskommunene, ved at de blir kjøpere av tjenester fra selskapet,

fortsatt bestemme volumet på pasientbehandlingen innen det enkelte fylke. I tillegg til å legge forutsetninger for bedre regional samordning av sykehustjenestene, vil modellen innebære et klarere skille mellom bestillere og utfører av helsetjenester. Ved å bestemme volum på pasientbehandlingen vil fylkespolitikernes klare kunne gå inn i rollen som «ombud» eller «pasienttalsmenn». Dette kan revitalisere fylkeskommunen som politisk arena.

Modellen innebærer at sykehusene blir liggende på samme forvaltningsnivå som i dag. I tillegg til de generelle argumentene for økt regional samordning, taler følgende argumenter for en slik modell:

- Det blir mulig å løse strukturproblemene på det nivå der de eksisterer.
- Det etableres et skille mellom bestillere og utførere av helsetjenester.
- Lokale muligheter for prioritering mellom ulike tjenestetyper beholdes.
- Modellen gir gode muligheter for kostnadskontroll.
- Modellen legger til rette for fritt sykehusvalg.

Disse medlemmer vil understreke at dagens ordninger for interfylkeskommunalt samarbeid etter Kommuneloven (§ 27), ikke er et tilfredsstillende lovgrunnlag for et slikt samarbeid. Dette har sin årsak i at det tradisjonelle interkommunale og interfylkeskommunale samarbeidet ikke forplikter de deltakende parter sterkt nok i forhold til samarbeidstiltaket. Interfylkeskommunale selskap av den type som her beskrives, forutsetter et nytt lovgrunnlag. *Disse medlemmer* vil i denne sammenheng vise til at utredningen om lov om interkommunale selskaper (NOU 1995:17 «Om organisering av kommunal og fylkeskommunal virksomhet») har vært ute på høring, og at det arbeides i Kommunal- og arbeidsdepartementet med en Odelstingsproposisjon om denne saken. En viser til at Oslo kommune har hatt merknader til tilpasningen til en parlamentarisk styringsform, og forutsetter at dette blir løst. Proposisjonen vil ventelig bli fremmet overfor Stortinget ved årsskiftet 1996-1997.

Disse medlemmer vil i fortsettelsen diskutere nærmere hvordan en selskapsmodell kan organiseres, men vil første knytte noen kommentarer til de to andre alternativene som er aktuelle.

Problemer med «løst formalisert samarbeid» og «statlig overtakelse»

Det er innenfor dagens modell for eierskap, organisering og finansiering oppnådd flere mål som *disse medlemmer* vil framheve som positive: På flere områder har sykehussektoren maktet å omstille seg til nye behov og ta i bruk ny teknologi, det behandles flere pasienter nå enn noen gang tidligere ved sykehusene og norsk medisinsk forskning holder på mange områder et høyt nivå. Det er også slik at flere av problemene som idag eksisterer i sykehussektoren ikke direkte kan relateres til en organisasjonsmodell med fylkeskommunalt eierskap. Dette gjelder f.eks. personellproblemer og problemene med å oppfylle en ventelistegaranti med betydelige uklarheter. Når det gjelder mulighetene for å få til bedre regional samordning, skaper imidlertid dagens modell for eierskap, organisering og finansiering alvorlige problemer slik det er beskrevet flere steder i utvalgets innstilling (se f.eks. "[Kritikken mot dagens ordninger](#)" i kap. 5, 6 og 7).

En videreutvikling av dagens ordning med et *løst formalisert samarbeid* mellom fylkeskommunene, kan i prinsippet skje på to måter som ikke utelukker hverandre, enten ved at de regionale helseutvalgene gis beslutningsmyndighet etter Kommunelovens § 27 eller ved at staten med hjemmel i Sykehusloven går sterkere inn og fastlegger regionale løsninger (jfr. diskusjonen i "[Løst formalisert regionalt samarbeid](#)" i kapittel 12.1). Når det gjelder interkommunale samarbeidsordninger etter Kommuneloven, vil *disse medlemmer* påpeke at erfaringene er best i situasjo-

ner der det er lavt konfliktnivå mellom de deltakende parter. I saker med høyere konfliktnivå, f.eks. i spørsmål som angår funksjonsfordeling, vil det være vanskelig å etablere denne type ordninger. En mulighet er i så fall at staten går inn og fastlegger klare retningslinjer for det regionale samarbeidet. *Disse medlemmer* er imidlertid redd at dette kan skape uklarhet i ansvarsforholdene mellom stat og fylkeskommuner. Bl.a. vil fylkeskommunene i et slikt system ha klare insentiv til å velte deler av kostnadene for ulike løsninger over på staten.

En modell med statlig overtakelse av sykehusene vil ha bedre muligheter for å løse problemer knyttet til funksjonsfordeling enn et løst formalisert fylkeskommunalt samarbeid, men har etter *disse medlemmenes* syn flere svakheter som gjør at modellen ikke bør velges. Et grunnleggende problem med statsdrift av tjenesteproduserende enheter som ikke utsettes for konkurranse, er manglende omstillingsevne og lav kostnadseffektivitet. Det er ikke gitt argumenter eller foreslått mekanismer i denne innstillingen som tilsier at disse problemene ikke vil bli betydelige innenfor en statlig sykehusforvaltning. Et annet problem ved statlig overtakelse er at sykehusene tas ut av den fylkeskommunale og regionale politiske kontekst. Dette kan gi lavere samsvar mellom befolkningens ønsker og sykehusforvaltningens prioriteringer enn tilfellet er idag. Resultatet kan bli en sykehussektor som er mindre følsom overfor pasientenes problem. Et tredje problem ved statlig overtakelse er redusert kontroll med de totale kostnadene. Et fjerde problem er at sykehussektoren kan bli for nært koplet til den daglige, nasjonale politiske debatt. Dette kan føre til at ulike pressgrupper får større gjennomslag på prioriteringene og at grupper som har helseproblemer, men samtidig er svakt representert i offentlige debatter, faller igjennom.

Etter *disse medlemmenes* syn er det behov for å beholde eierskapet til sykehusene på det fylkeskommunale forvaltningsnivå for å sikre godt samsvar mellom lokale ønsker og de prioriteringer som gjøres, og for å sikre omstillingsevne og høy kostnadseffektivitet. Det er samtidig behov for å introdusere organisatoriske mekanismer som øker den styringsmessige distanse mellom fylkestingene og sykehusene i spørsmål som bl.a. angår funksjonsfordelingen. En modell der et interfylkeskommunalt selskap overtar eierskapet til sykehusene, har begge disse egenskapene.

Disse medlemmer vil i det følgende diskutere tre forhold nærmere: 1) Formell organisering av interfylkeskommunale selskaper for sykehusene, herunder forholdet til universitetene, 2) myndighetsfordeling mellom fylkeskommunene og selskapene, og 3) implementering av modellen.

Formell organisering av interfylkeskommunale sykehusselskaper

Fylkeskommunene innen den enkelte helseregion går sammen og danner ett sykehusselskap. Dette gir samlet sett 5 såkalte regionale sykehusselskap, f.eks. kalt Nordnorsk Sykehusselskap, Midtnorsk Sykehusselskap, osv. Det regionale sykehusselskapet overtar eiendomsretten til alle fylkeskommunale somatiske og psykiatriske helseinstitusjoner innen den enkelte helseregion. De enkelte fylkeskommuners eierandel i selskapet kan fastsettes på flere måter, f.eks. på bakgrunn av det enkelte fylkes andel av totalbefolkningen innenfor helseregionen. Det kan i denne sammenheng være et poeng at grensene for helseregionene justeres eller at fylkeskommunenes stemmer vektes slik at ingen fylkeskommuner oppnår simpelt flertall alene i selskapets representantskap.

Disse medlemmer har også diskutert mulighetene for å opprette et rent driftsselskap for sykehusene. Sykehusene vil da være eid av fylkeskommunene og ikke av selskapet. *Disse medlemmer* vil imidlertid ikke anbefale en slik modell da den kan skape uklare ansvarsforhold når det gjelder investeringer og vedlikehold knyttet til sykehusene.

Sykehusselskapets øverste myndighet er et representantskap bestående av representanter fra den enkelte fylkeskommune. Representantskapet behandler overordnede styringsdokumenter som selskapets budsjett, regnskap og økonomiplan. Representantskapet fastlegger retningslinjer for funksjonsfordeling mellom sykehusene. Et styre valgt av representantskapet skal stå for den daglige oppfølgingen av representantskapets vedtak, herunder tilsyn med den daglige ledelsen av selskapet. Selskapet skal ha en daglig leder (regionselskapsdirektør) som står for daglig ledelse av selskapet. Sykehusene ligger direkte under regionselskapsdirektøren. Regionselskapsdirektøren har en stab til sin rådighet. Det er rimelig at deler av dagens fylkeshelseadministrasjoner overføres til denne staben.

Universitetene har som drøftet i i "[Undervisning og forskning i et regionalisert helsevesen](#)" i kapittel 13, spesielle interesser i forhold til sykehusene, spesielt regionsykehusene, i samband med undervisning og forskning. Det er *etter disse medlemmers* oppfatning ikke ønskelig at universitetene inngår som eiere i de regionale sykehusselskapene, bl.a. fordi dette vil bryte med universitetenes grunnleggende formål. Universitetene bør ved denne modellen få overført deler av dagens funksjonstilskudd, og på den måten bli satt i stand til å finansiere kjøp av undervisningstjenester og forskning fra sykehusselskapet. Universitetene vil på denne måten bli i stand til å stille sterkere krav til sykehusselskapet og sykehusene. Dette gir muligheter for å skape en tettere integrasjon mellom universitetene og alle sykehusene innenfor selskapet dersom det er ønskelig (jf. diskusjonen i "[Undervisning og forskning i et regionalisert helsevesen](#)" i kap. 13). Det er på denne bakgrunn rimelig at universitetene har representanter i styrene for sykehusselskapene, eventuelt som observatører.

Dagens statssykehus bør *etter disse medlemmenes* syn overføres til de regionale sykehusselskapene. Som hovedregel vil dette være relativt lite problematisk siden statssykehusene er nært knyttet til helsetilbudet i den helseregion der de er lokalisert. Når det gjelder Rikshospitalet og Det norske Radiumhospitalet, så er dette sykehus som også har mange flerregionale og landsdekkende funksjoner. Det er to muligheter for eierskap til statssykehusene innenfor et regionalt selskap:

- En mulighet er at staten og fylkeskommunene i aktuelle regioner sammen danner et selskap som eier både statssykehusene og de fylkeskommunale sykehusene. Dette krever i så fall at selskapet etableres ved hjelp av en særlov. Når *disse medlemmer* ikke vil anbefale en slik løsning, er det fordi den kan skape uklare ansvarsforhold mellom fylkeskommunene og staten. Spesielt kan det bli et problem at fylkeskommunene ønsker å skyve en større del av finansieringen av selskapet over til staten.
- En annen mulighet er at statssykehusene overføres de regionale sykehusselskapene. Dette kan innebære at staten bør delfinansiere flerregionale og landsdekkende funksjoner ved direkte tilskudd slik det gjøres i dag. Alternativet er at fylkeskommunene betaler for disse tjenestene etter bruk og basert på statlig fastsatte priser. Dersom en velger direkte statlig finansiering, står en overfor valg mellom at tilskuddet går til selskapet og at tilskuddet går direkte til det aktuelle sykehuset. *Disse medlemmer* vil ikke ta stilling til finansieringen av flerregionale og nasjonale funksjoner nå, men overlate dem til videre utredning dersom modellen med regionale sykehusselskaper velges.

De regionale selskapene vil i tillegg til å anskaffe helsetjenester ved egne sykehus, kunne inngå kontrakter med private produsenter av helsetjenester, både private sykehus og enkeltstående, private spesialister. Det kan i denne sammenheng diskuteres om refusjoner som idag utbetales direkte til private spesialister bør kanaliseres gjennom de regionale sykehusselskapene.

Som diskutert i "*Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunene som eiere*" i kapittel 12, kan finansieringen av selskapet i prinsippet både skje ved at staten overfører økonomiske ressurser til selskapet, og ved at staten overfører ressurser til fylkeskommunen, som i neste omgang anskaffer helsetjenester fra Sykehusselskapet. Disse medlemmer mener at selskapet bør finansieres av fylkeskommunene. Dette har tre årsaker. For det første, gir en slik organisering gode muligheter for å holde kontroll med de totale kostnadene til institusjonshelsetjenesten. For det andre, vil fylkeskommunene beholde mulighetene til å tilpasse tjenestetilbudet til lokale ønsker. For det tredje, gir fylkeskommunal finansiering muligheter for å etablere et skille mellom «bestillere» og «utførere» av helsetjenester. Ved fylkeskommunal finansiering vil basisdelen av regionsykehusstilskuddet kunne legges inn i rammeoverføringene til fylkeskommunene.

Disse medlemmer vil også undertreke at staten i framtiden må få en mer aktiv rolle, bla. for å sikre gjennomføringen av en nasjonal helsepolitikk. Staten må som idag legge de overordnede retningslinjene for helsepolitikken, og i tillegg ta et større ansvar for følgende forhold: en klarere definert ventetidsgaranti, fordeling av spesialister, rammevilkår for laboratorier, fastsetting av hva som er lands- og fler-regionale funksjoner, utdanning av spesialister, samt evalueringer og resultatoppfølging av de regionale selskaperes kvalitet, produksjon og produktivitet.

Myndighetsfordelingen mellom fylkeskommunene og selskapet

Disse medlemmene vil vise til "*Formaliserte interfylkeskommunale samarbeidsformer*" i kapittel 12.2, der de rettslige sidene ved interfylkeskommunale selskap er beskrevet, og til NOU 1995:17 for ytterligere diskusjoner. Her går det bl.a. fram at:

- Det interfylkeskommunale selskapet skal være et eget rettssubjekt. Selskapet vil således rettslig og økonomisk være skilt ut fra deltakerkommunene og selv disponere sin inntekt og formue innenfor lovens og selskapsavtalens rammer. Den enkelte deltaker i et fylkeskommunalt selskap vil hefte ubegrenset for en prosent- eller brøkdel av selskapets forpliktelser.

Når det gjelder omfanget av tjenesteproduksjonen, vil dette bestemmes av de kontrakter som inngås mellom selskapet og den enkelte fylkeskommune. Gjennom kontraktene må det ved inngangen til hver avtaleperiode fastsettes et basisvolum for den enkelte fylkeskommunes etterspørsel og en pris for behandlingene, f.eks. basert på DRG-kostnader. Disse medlemmene vil i denne sammenheng understreke at utkastet til ny lov om interkommunale selskap legger opp til 4-årige økonomiplaner.

Dersom det da er variasjoner mellom fylkeskommunene når det gjelder ønsket nivå på pasientbehandlingen, vil dette gi seg utslag i varierende aktivitet ved selskapets sykehus. Variasjonen vil langt på vei følge fylkesgrensene. Dersom fylkeskommunene ønsker flere sykehusbehandlinger enn det de i utgangspunktet har forpliktet seg å kjøpe fra selskapet, kan dette skaffes til veie ved å inngå tilleggskontrakter. Kontraktene kan her være basert på rammer, stykkpris eller en kombinasjon av disse elementene. Når det gjelder etterspørsel utover basisvolumet, vil fylkeskommunene i tillegg til å anskaffe tjenester fra det selskap de selv er deleiere i, kunne kjøpe tjenester fra andre regionale sykehusselskaper eller fra private helseprodusenter. Dette vil kunne utnytte eventuell «rest-kapasitet» i helsesystemet og bidra til effektivitetspress på sykehusselskapene.

Implementering av en modell med interfylkeskommunale selskaper

Disse medlemmer vil påpeke at en modell som er svært lik den som her beskrives, er under utprøving i Vest-Sverige (jfr. *"Formaliserte interfylkeskommunale samarbeidsformer"* i kap 12.2). En selskapsmodell vil imidlertid gå lengre i retning av regional samordning enn den i Vest-Sverige i og med at eierskapet til sykehusene overføres selskapet. Erfaringer fra prosjektet i Vest-Sverige bør følges nøye i tiden framover. Det bør også påpekes at den modellen som her foreslås, i første omgang kan gjennomføres som et forsøksprosjekt i en helseregion. Når bestemmelse om innføringen av modellen i full skala eventuelt fattes, vil det etter disse medlemmenes syn kreve at Sykehusloven pålegger fylkeskommunene å benytte modellen.

Regionalisert sykehusvesen med staten som eierEt tredje mindretall i utvalget; medlemmene Jan Grund, Paul Hellandsvik (utvalgsleder), Kari Kjenndalen og Ole D. Mjøs står sammen med utvalget i synet på at det er behov for en sterkere regional samordning av spesialisthelsetjenestene. Disse medlemmene mener imidlertid at en statlig overtakelse av eierskap og drift til sykehusene gir det beste grunnlag for at en slik regionalisert modell skal fungere i praksis. I de følgende avsnittene oppsummeres de sentrale argumentene for disse medlemmenes syn, fulgt av konkrete innspill til hvordan en slik modell kan realiseres:

Med begrensede økonomiske og faglige ressurser må kapasitet og kompetanse fordeles ut fra et helhetlig perspektiv. I mange år har nå fylkeskommunene spilt en sentral rolle i utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Norge. Likevel ser en idag at fylkeskommunene er i ferd med å bli for små forvaltningsenheter for sykehusene. Dette har i første rekke sin årsak i den omfattende spesialisering og utvikling av tjenestetilbud som har funnet sted, en utvikling som fortsetter å akselerere. Økt spesialisering innebærer at det trengs større nedslagsfelt eller befolkningsunderlag for en gitt tjeneste. Videre har både overføringen av somatiske sykehjem til kommunene fra 1988, og reformen av helsevern for psykisk utviklingshemmede av 1991, medført at helseoppgaver har blitt overført fra fylkeskommunene til kommunene. Fylkeskommunen framstår dermed ikke lenger som en naturlig samordnende forvaltningsenhet for spesialisthelsetjenesten. I noen tilfeller skaper også fylkesgrensene kunstige barrierer mellom befolkningsgrupper; det kan være kortere vei til nærmeste sykehus i nabofylket enn det er til nærmeste sykehus i eget fylke.

For å løse en del av de problemene som oppstår i dagens system og oppnå nasjonale helsepolitiske mål, har Staten i økende grad grepet inn i styringen av sykehusene med ulike økonomiske virkemidler. Dette innebærer at fylkeskommunenes reelle handlingsrom er blitt gradvis redusert, samtidig som finansiering og organisering av sykehusvesenet er blitt uoversiktlig og lite målrettet.

I en sammenligning av de ulike modellene for regional samordning av sykehusene legger disse medlemmene stor vekt på det faktum at modeller basert på fortsatt fylkeskommunalt eierskap ikke løser de fundamentale uklarheter som i dag eksisterer med hensyn på ansvars- og myndighetsforhold. Løst formalisert regionalt samarbeid gir mulighet for fortsatte spillsituasjoner og rivalisering mellom de deltakende fylkene, noe som gir en lite effektiv ressursutnyttelse og et samlet sett dårligere tilbud for pasientene. Et regionalt samarbeid basert på selskapsdannelse vil ivareta behovet for regionalisering bedre enn i dag, men disse medlemmene ser heller ikke at denne modellen i tilstrekkelig grad ivaretar hensynet til omstilling og utvikling. Disse medlemmene stiller seg for øvrig tvilende til realismen i forslaget.

Medlemmene Grund, Hellandsvik, Kjenndalen og Mjøs foreslår at sykehusene blir statlige og styres gjennom et forvaltningsorgan med spesielle fullmakter, kalt Statens sykehusforvaltning (jfr. *"Statseid selskap med (delvis) fylkeskommunal finansiering"* i kapittel 11.2). Statens sykehusforvaltning bygges opp med en relativt beskjedne sentral ledelse, og fem regionkontorer lokalisert i tilknytning til regi-

onsykehusene. Stortinget vedtar de økonomiske rammene for virksomheten, og legger overordnede føringer for Statens sykehusforvaltnings beslutninger i spørsmål som angår struktur og organisering. Bevilgninger til Statens sykehusforvaltning gis i form av økonomiske rammer for hele virksomheten. Polikliniske refusjoner inngår i rammen. Midler til universitetsfunksjonene formidles via universitetene, basert på avtaler om kjøp av tjenester.

Sentraladministrasjonen i Statens sykehusforvaltning tildeler midler til regionkontorene basert på faste kriterier bestemt av Stortinget. Sentraladministrasjonen vil også ha ansvar for å foreta innsamling av data om sykehusenes produksjon og kvalitet, og analysere disse ut fra de mål som gjelder for virksomheten. Den skal videre ha et overordnet ansvar for utvikling av personalpolitiske retningslinjer, reglementer og avtaler i samarbeid med tjenestemannsorganisasjonene.

Regionkontorene vil ha ansvar for å tildele midler til det enkelte sykehus, samordne tjenesteproduksjon og sikre organisering av kompetanseutvikling og etter/videreutdanning av helsepersonell. Regionkontorene forvalter avtalene med universitetene om undervisning, veiledning og forskning. Finansieringen av virksomheten ved det enkelte sykehus kan variere mellom rammekontrakter, spesifikke avtaler om produksjon/kvalitetsmål, stykkpriskontrakter eller kombinasjoner av disse (jf. "[Prinsipielt om kontraktstyper](#)" i kap. 8.3). Det bør åpnes for regional variasjon i utforming av kontrakter mellom regionkontoret og det enkelte sykehus.

Denne modellen bygger på at Stortinget har den overordnede politiske styringen og fastsetter nasjonale mål for drift av sykehusvesenet. Disse medlemmene vil understreke viktigheten av lokal medvirkning i utforming og prioritering av tiltak. Det forutsettes at fylkestingene uttaler seg om regionale årsplaner og budsjetter. Rådgivende utvalg kan være knyttet til det enkelte regionkontor, og det enkelte sykehus kan ha tilknyttet ett eller flere brukerråd. Det understrekes også at den foreslåtte organiseringen bygger på at Statens helsetilsyn må gis mulighet for oppfølging, tilsyn og kontroll av Statens sykehusforvaltning på alle nivåer.

Disse medlemmene legger stor vekt på disse egenskapene ved en regional modell der staten har eier- og driftsansvaret for alle sykehusene:

- Modellen sikrer gjennomføring av en *helhetlig* nasjonal sykehuspolitikk. Det er lettere å realisere målet om størst mulig likeverdighet i tilbudene om det er én eier og ikke 20 eiere. Dessuten er det lettere å unngå unødvendige dubleringer av spesialiserte helsetilbud om alle sykehusene eies av staten. De fleste av dagens fylkeskommuner har store problemer med å foreta nødvendige omlegginger i sykehusstrukturen. Når knappe ressurser koordineres og ses i sammenheng, øker effektiviteten og det blir mulig å behandle flere pasienter.
- Modellen sikrer *overordnet* politisk styring kombinert med stor institusjonell frihet for sykehusforvaltningen. Storting og regjering fastlegger de overordnede retningslinjer og mål. Statens sykehusforvaltning vil ha stor frihet i den daglige drift. Det skal være en moderne desentralisert statlig sykehusforvaltning som eier sykehusene.
- Modellen ivaretar *fremtidens* utfordringer til kvalitet, omstilling og samordning.
- Modellens *statlige* element innebærer at det regionale samarbeidet blir stabilt over tid.
- Modellen gir publikum klare grenser for hvem som har *ansvar*. Ved at staten eier alle sykehus, blir det samsvar mellom publikums oppfatning av overordnet ansvar for helsepolitikken og det faktiske ansvar og myndighet.
- Modellen gir universitets- og sykehusfunksjonen samme eier og finansieringskilde. Det blir dermed langt lettere å *ivareta* sykehusenes *forsknings- og undervisningsoppgaver*. Det blir lettere å samordne den langsiktig kompetanseutvik-

- ling og pasientbehandling.
- Modellen innebærer at Rikshospitalet og Det norske radiumhospital ikke skifter eier.

Vedlegg 1

Oversikt over regionsykehus og vedtatte lands-og region-funksjoner.

Innenfor hver helseregion finnes et regionsykehus som ivaretar region-, flerregion-, eller landsfunksjoner. I tillegg er også en del av virksomheten ved regionsykehusene lokal- og sentralsykehusfunksjoner. Med unntak av Rikshospitalet som eies og drives av staten, er øvrige eiet og drevet av vertsfylket.

Private sykehus og klinikker kan søke om godkjenning til å utføre sykehusoppgaver. F.eks. har Feiring- klinikken godkjennelse til å utføre hjerteutredning og hjertekirurgiske operasjoner, som er regionfunksjoner.

Vedtak om lands- og regionfunksjoner gjøres etter forskrift av 5. april 1991. Hva som til enhver tid skal være lands- og regionfunksjoner godkjennes av Sosial- og helsedepartementet etter faglig utredning og tilråding av Statens helsetilsyn og råd fra Statens sykehusråd. Departementet gir årlig ut et rundskriv med oppdatert liste over vedtak, herunder også kompetansesentra (siste rundskriv: I-16/95). Listen er ikke fullstendig ut fra hvilke funksjoner som i praksis blir utført som regionfunksjoner, men omfatter de funksjoner som pr. i dag er vedtatt av departementet.

Listen gjelder foreløpig kun somatiske funksjoner. Det er ikke etablert et tilsvarende system for sentralisering av funksjoner innen psykiatrien. Imidlertid ble det i forbindelse med nedleggelse av Reitgjerdet sykehus vedtatt etablert sikkerhetsavdelinger for særlig farlige og vanskelige psykotiske pasienter knyttet til Dikemark og Gaustad sykehus (helseregion I og II), Sandviken sykehus (helseregion III) og Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus, avd. Brøset (helseregion IV og V). Statens helsetilsyn har nylig utredet styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne (Statens helsetilsyn, utredningsserie 4-95). Her foreslås etablert funksjoner på region- og landsnivå. Forslagene er ikke endelig vedtatt.

Følgende oversikt gjelder vedtatte regionale-, flerregionale- og landsfunksjoner, gjeldende pr. 1995.

Landsfunksjoner:

Rikshospitalet:

- Transseksualisme
- Organtransplantasjon
- Epilepsikirurgi: i samarbeid med Statens senter for epilepsi (SSE). Selve det operative inngrepet skal utføres på Rikshospitalet, mens det er lagt inn i behandlingsopplegget at den enkelte pasient skal være innlagt ved SSE både før og etter inngrepet.
- Benmargstransplantasjon: allogene og autologe
- Nevrokirurgi: embolibehandling av cerebrovaskulære arteriovenøse malformasjoner
- Elektiv bløderkirurgi. Omfatter også moderat og uttalt von Willibrands sykdom
- Øyefaget:
 - spesiell vitreo-retinal kirurgi
 - retinopati hos premature
 - retinoblastom i samarbeid med DNR
- Nyfødtscreening for Føllings sykdom og hypothyreose. Oppfølging av pasien-

- ter med Føllings sykdom.
- Komplisert replantasjonskirurgi (KMI/SSO/RH) med beredskapsfunksjon ved Regionsykehuset i Tromsø.

Kompetansesenter

- Medfødte stoffskiftesykdommer
- Ortopedisk kirurgi, sjeldne og kompliserte medfødte misdannelser: Nytt Rikshospital (OSR,SSO)

Det Norske Radiumhospital

- Autologe benmargstransplantasjoner (sammen med RH)
- Kreft hos barn: retinoblastom
- Gynekologisk cancer:
 - chorio karcinom
 - eksenterasjonskirurgi-helt spesiell, sjeldne typer ovarialcancer
 - helt spesiell, sjeldne typer ovarialcancer

Kompetansesenter

- Sjeldne sarkomer

Regionsykehuset i Trondheim

- Sædbank
- Ultralyd knyttet til avansert fosterdiagnostikk
- Avansert prenatal diagnostikk og behandling
- Gynekologisk cancer

Regionsykehuset i Tromsø

- Medfødte muskelsykdommer
- Nevromuskulært kompetansesenter
 - *Kompetansesenter*
- Telemedisin

Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus

- Barnerevmatologi

Haukeland sykehus

- Avansert brannskadebehandling
- Hyperbar medisinsk behandling der det kreves stort trykkammer
- Nevrokirurgi: strålekniv
- Øyefaget: keratoprotoser og behandling av spesielle orbitale lidelser

Kompetansesenter

- Hyperbar medisin

Ullevål sykehus

- Spesiell kirurgisk arytmi behandling
- Øyefaget: spesielle rekonstruksjoner i øyeregionen og glaukoma congenitum

Kompetansesenter

- Cystisk fibrose

Regionsykehuset i Tromsø og Rikshospitalet

- Medfødte muskelsykdommer. Fordeling etter nærmere samarbeid.

Oslo Sanitetsforenings Revmatismesykehus

- Barnerevmakirurgi

Flerregionale funksjoner Rikshospitalet og Haukeland sykehus:

- Intersex
- Leppe-kjeve-ganespalte
- Elektiv åpen hjertekirurgi hos barn
- Øyefaget: Ruthenium plaque behandling av melanom

Regionsykehuset i Trondheim og Rikshospitalet

- Neonatalkirurgi

Ullevål og Haukeland

- Avansert arytmi behandling: kateterablasjon for arytmier (unntatt atrieflimmer)

Regionfunksjoner:

- Implanterbar defibrillator
- Laserkirurgi
- Mikrobølgebehandling av prostatahypertrofi
- Intensivbehandling av de mest ressurskrevende premature
- Medfødte stoffskiftesykdommer: klinisk kompetanse
- Sjeldne sarkomer
- Nevrokirurgi
- Barnerevmatologi
- Eximer laser-behandling
- Rehabilitering av hode- og ryggskader (felles for helseregion I og II ved Ullevål og Sunnaas, og for helseregion IV og V ved Regionsykehuset i Trondheim).
- Kreft hos barn: diagnostikk og behandling
- Bløderkirurgi:
 - beredskap for diagnostikk og øyeblikkelig hjelp kirurgi
 - mild von Willebrands sykdom
- Multitraumepasienter: akutt behandling og rehabilitering (felles for helseregion I og II ved Ullevål og Sunnaas)
- Avansert håndkirurgi, mikrovaskulærkirurgi og replantasjon av ekstremiteter (felles for helseregion I og II ved Kronprinsesse Märthas Institutt)
- Stein i urin- og galleveier (avansert, høyteknologisk)
- Hyperbar medisinsk behandling (Ullevål sykehus felles for Oslo-området)

- Nevrourologi
- Gynekologisk cancer
- Stråleterapi
- Hjertekirurgi: by-pass, klaffeoperasjoner, PTCA
- Følgetilstander og senskader etter poliomyelitt
- Prenatal diagnostikk og behandling (med unntak av den mest avanserte behandling som er lagt til Regionsykehuset i Trondheim)
- Ortopedisk kirurgisk service inkludert håndkirurgi
- Gastrointestinal cancerkirurgi
- Ultralyddiagnostikk
- Karkirurgi
- Høydose cytostatikabehandling med autolog stamcellestøtte
- Ryggmargsbrokk

Statens senter for ortopedi og Sunnaas sykehus

Kompetansesenter for Dysmeli

Vedlegg 2

Klassifikasjonen av helsetjenestesystemer etter finansieringsmåte

Den følgende klassifikasjonen av helsetjenestesystemer etter finansieringsmåte er hentet fra OECD¹.

Klassifikasjonen tar utgangspunkt i fem grupper av beslutningstakere:

- i. Befolkningen i dens to roller: som innbetaler til en forsikringsordning og som pasient
- ii. Forsikringsordningen
- iii. Førstelinjetjenesten
- iv. Spesialisthelsetjenesten, inkludert sykehusene
- v. Det offentlige som reguleringsmyndighet.

Den vesentlige forbindelsen mellom gruppene foregår ved hjelp av:

- a) Produksjon av helsetjenester
- b) Henvisning fra førstelinjetjenesten til spesialisthelsetjenesten
- c) Pengestrømmer
 - Innbetaling av forsikringspremie
 - Refusjon av utgifter
 - Egenbetaling
 - Utbetaling fra forsikringsordningen til tjenesteyterne
- d) Offentlige reguleringer



Figur 2.1 Egenbetalingssystem

1. OECD, 1992, The reform of health care: A comparative analysis of seven OECD countries, Health Policy Studies No. 2 (OECD, Paris). OECD, 1994, The reform of health care systems: A review of seventeen OECD countries, Health Policy Studies No. 5 (OECD, Paris).

Vi skal beskrive sju modeller for finansiering av helsetjenester. Modellene vil skille seg fra hverandre etter hvorvidt det eksisterer forsikringsordninger, hvorvidt innbetaling til en forsikringsordning er frivillig eller obligatorisk (for eksempel skattebaserte systemer) og etter hvordan forholdet er organisert mellom forsikringsordningen og de som yter helsetjenester. Disse modellene vil selvfølgelig ikke ta vare på alle detaljene en kan finne i faktiske helsetjenestesystemer, men det kan være en måte å organisere tankegangen på.

1 EGENBETALINGSSYSTEMER

I et egenbetalingssystem betaler befolkningen tjenesteyterne fullt ut som pasienter. Tjenesteyterne konkurrerer om pasientenes gunst. Eventuelt kan man ha henvisningsordninger mellom førstelinje- og spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid uvanlig i slike systemer.

Dette systemet spiller ikke lenger noen dominerende rolle i noe utviklet land. I Norge finner man elementer av det innenfor tannhelsetjenesten og ved kjøp av helsetjenester fra private som ikke har avtaler med det offentlige.

2 FRIVILLIG FORSIKRING MED FRITT VALG AV LEGE OG SYKEHUS

En persons framtidige utgifter til helsetjenester er en usikker størrelse. En forsikringsordning er et middel for å redusere usikkerheten med hensyn til framtidige utbetalinger. I et system med frivillig forsikring kan det være flere forsikringsselskap som konkurrerer om kundene.

Siden det i dette systemet er fritt valg av lege og sykehus, er det ingen forbindelse mellom forsikringsordning og tjenesteyter. Tjenesteyterne sender regning til pasienten. Regningens størrelse vil avhenge av behandlingens omfang, tjenesteyterens kostnader og fortjeneste. Forsikringsordningen refunderer pasientenes utgifter til helsetjenester med fratrekk av eventuell egenbetaling.

Dette systemet har likhetstrekk med det tradisjonelle systemet i USA, samt de private tilleggsforsikringer som er vanlige i noen land i Europa (f. eks. Storbritannia). Også i Danmark har man slike tilleggsforsikringer for dem som foretrekker direkte adgang til spesialisthelsetjenesten.



Figur 2.2 Frivillig forsikring med fritt valg av lege og sykehus



Figur 2.3 Obligatorisk forsikring - fritt valg av lege og sykehus

3 OBLIGATORISK FORSIKRING MED FRITT VALG AV LEGE OG SYKEHUS

Dette systemet skiller seg fra det foregående ved at det er en forsikringsordning som hele befolkningen er pålagt å slutte seg til. For eksempel kan forsikring tas hånd om av det offentlige og innbetalingen fra befolkningen være skattebasert. Men fremdeles har befolkningen fritt valg av lege og sykehus, og forsikringsordningen refunderer deres utgifter til helsetjenester med fradrag for eventuell egenbetaling.

Systemene i Frankrike og Belgia har hatt likhetstrekk med denne modellen. I Norge vil private allmennleger og spesialister uten driftsavtale med kommune eller fylke (men som registrerte seg før oktober 1992) være et eksempel. Her refunderer som kjent Rikstrygdeverket en del av pasientenes utgifter basert på normaltariffen.

4 FRIVILLIG FORSIKRING - BEGRENSET VALG AV LEGE OG SYKEHUS

Forsikringsselskap som konkurrerer om kundene, vil ha et motiv for å lage ordninger som bidrar til lave forsikringspremier. De vil dermed være interessert i å utelukke tjenesteytere som sender store regninger eller yter tjenester av dårlig kvalitet. En mulighet er å inngå kontrakter med et utvalg av tjenesteytere som forsikringsselskapet har tillit til. Kontraktene kan spesifisere nivå for helsetjenestenes omfang og kvalitet, samt hvordan det økonomiske oppgjøret skal finne sted. I



Figur 2.4 Frivillig forsikring - begrenset valg av lege og sykehus

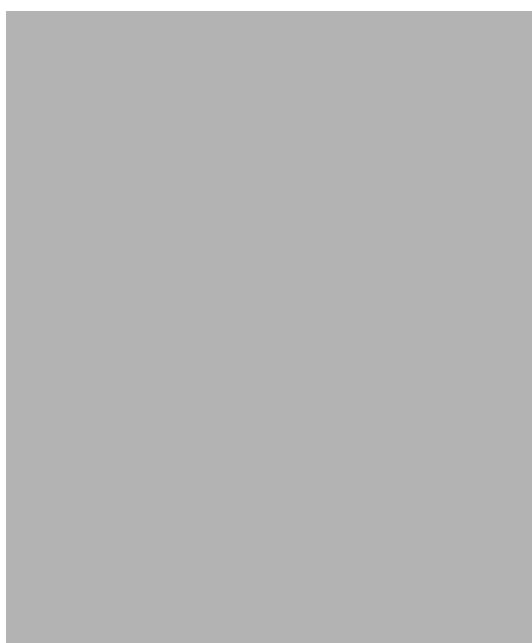
hvilken grad førstelinjetjenesten skal være portvakt til spesialisthelsetjenesten, kan for eksempel fastsettes i en slik kontrakt.

I USA har tendensen i de seinere år gått fra system 2 til system 4 for å begrense veksten i utgiftene til helsetjenester. Forsikringstakeren kan velge mellom de tjenesteyterne forsikringsordningen har kontrakt med. Forsikringstakeren kan tilbys lavere premie mot å gi slipp på noe av valgfriheten. Dersom forsikringstakeren like-

vel skulle oppsøke andre tjenesteytere, må vedkommende betale hele eller deler av regningen selv (Independent Practice Associations, Preferred Provider Association).

5 OBLIGATORISK FORSIKRING - BEGRENSET VALG AV LEGE OG SYKEHUS; KONTRAKTSMODELLEN.

Denne modellen skiller seg fra den foregående ved at det er en obligatorisk forsikringsordning for hele befolkningen. Det er varianter av denne modellen som nå prøves ut i mange europeiske land. Nærliggende eksempler er Storbritannia og Sverige.



Figur 2.5 Obligatorisk forsikring - begrenset valg av lege og sykehus

6 FRIVILLIG FORSIKRING MED INTEGRASJON MELLOM FORSIKRING OG TJENESTEYTER

Denne modellen er kjennetegnet ved at forsikringsselskapet eier (er smeltet sammen med) organisasjonene som yter helsetjenestene. Tjenesteyterne vil typisk være ansatte som mottar lønn i en eller annen form. Befolkningen velger dermed tjenesteyter gjennom valg av forsikringsordning. Et eksempel på denne modellen fra USA er den varianten av Health Maintenance Organisations som kalles Staff Models.



Figur 2.6 Frivilling forsikring med integrasjon mellom forsikring og tjenesteyter



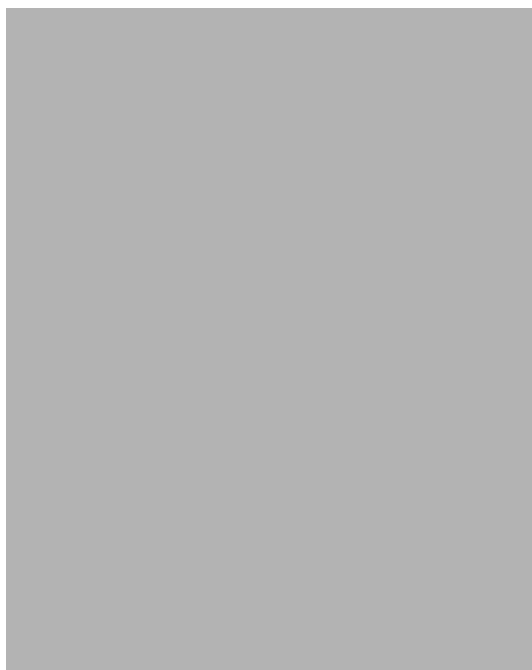
Figur 2.7 Obligatorisk forsikring med integrasjon mellom forsikring og tjenesteyter

7 OBLIGATORISK FORSIKRING MED INTEGRASJON MELLOM FORSIKRING OG TJENESTEYTER; INTEGRERT MODELL

Denne modellen skiller seg fra den foregående ved at det heller ikke er fritt valg av forsikringsordning. Enhver person tilhører en ordning, som ofte vil være organisert som en del av den offentlige sektor. Dette systemet finner vi elementer av i Norge og Danmark - og Sverige og England før reformene.

8 DAGENS NORSKE FINANSIERINGSSYSTEM

Helsetjenestesystemet i Norge er en kombinasjon av kontraktsmodellen (modell 5) og den integrerte modellen (modell 7) i helsetjenesten utenfor institusjon, mens den integrerte modellen er den dominerende i institusjonshelsetjenesten. Regionhelse-tjenestene utgjør imidlertid et viktig unntak. Her vil de fylkene som ikke har egne regionsykehus, kjøpe disse tjenestene fra andre fylker etter en eller annen form for kontrakt. Figur 8 forsøker å beskrive tjenestestrømmer og pengestrømmer i det norske systemet.



Figur 2.8 Tjenestestrømmer, regulering og pengestrømmer i dagens system

Vedlegg 3

Oversikt over utrykte vedlegg

Følgende er en oversikt over utredninger utvalgets sekretariat har fått utført til hjelp i sitt arbeid:

Amlie, E., S. Andresen, T. Grøtting og T. Hogsnes. 1995. Fylkeskommunenes bruk av pasientopphold ved regionsykehusene. Oslo: Sosial- og helsedepartementets DRG-utviklingsgruppe.

Lien, Ø. S. 1995. Valg og utforming av statlige tilknytningsformer for regionsykehus. Notat.

Rønningen, L., S. Ø. Petersen og O. Kindseth. 1995. Tallmessige beskrivelser av sykehussektoren, 1990-1994. Rapport STF81 A95027, Trondheim: SINTEF NIS.

Vislie, J. 1996. Om eie- og driftsorganisering av regionsykehusene. Hva kan nyere reguleringsteori bidra med?. Notat. Oslo: Sosialøkonomisk institutt, Universitetet i Oslo og SNF-Oslo.

Andre utgaver av dokumentet

Hent opp dokumentet i HTML-format

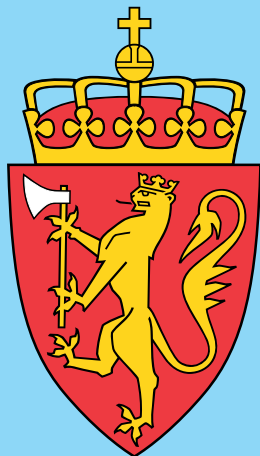
Slik ser det ut med Internett browser mot CD-ROM'en


NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER NOU 1994:4
Kontrollen med «de hemmelige tjenester»
Samstilling fra EOS-kommisjonen, oppnevnt ved Kgl. resolusjon 24. september 1993 Avgitt 7. februar 1994
• Overordningsplan • Innholdsfortegnelse
Utgiver: STATENS FORVALTNINGSTJENESTE SEKSJON STATENS TRYKKNING
Trykt utgave: ISSN: 0333-2306 ISBN: 82-583-0279-5 Trykk: Falch Høsttryk as, Oslo OSLO 1994
Elektronisk utgave: ISSN: 0806-2633 (NOU Computerfile) e-ISSN: 82-583-0279-5 / DOCUMENT NOU 1994: 4/NO HTML-versjon: Falch Inform as, Oslo

Du må ha en Internett browser for å gjøre dette

Hent opp i tekstformat (RTF)


NOU NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER
TITTEL
INNLEDNING
KAPITLER
VEDLEGG



NOU

NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER

1994

1995

1996

ODIN

HVIS DU
HAR INTERNETT

HJELP BRUKERDOKUMENTASJON

