

---

## Statlig overtakelse av sykehusene: Nytt innhold eller ny innpakning?

---

Fra om med 1. januar 2002 ble eierskapet av norske sykehus og annen spesialist-helsetjeneste samlet og lagt til staten. Denne siste reformen har av initiativtakeren selv, tidligere helseminister Tore Tønne, blitt omtalt som den største reformen siden Harald Hårfagre.

I Ot.prp. 66 (2000-2001; s. 10) beskrives reformen innledningsvis slik:

*”Endringene har til hensikt å utgjøre en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform med vekt på å skape klarere ansvars- og rollefordeling, og at det på denne måten skal legges bedre til rette for både for politisk styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester.”*

I sin redegjørelse for reformens formål og virkemidler pekes det særlig på utfordringen å møte både kravet om en overordnet nasjonal helsepolitikk og samtidig myndiggjøre de som står ansvarlig for selve helsetjenesteproduksjonen:

*”Med et helsepolitisk mål om likeverdig tilgang til viktige helsetjenester vil det fremdeles være et sterkt behov for nasjonal styring av helsetjenesten. Utfordringen ligger i å finne former for slik styring som også tar hensyn til at virksomhetene skal være myndiggjort og at de vil virke i en situasjon med mye sterkere innslag av brukerstyring (jf. fritt sykehusvalg og utvidede pasientrettigheter).*

*Reformen svarer på denne utfordringen gjennom kombinasjonen av nasjonal politikkutforming, statlig eierskap, et klarere og mer helhetlig statlig sektoransvar og myndiggjøring av sykehusene gjennom foretaksorganisering.”* (Ot.prp. nr 66 (2000-2001); s. 11)

Reformens hovedtrekk innebærer altså ”å samle” eierskapet på en hånd – statens, men organisere dette eierskapet gjennom egne rettssubjekter. I realiteten er ”det samlede” eierskap fordelt mellom fem regionale helseforetak, i stor grad samsvarende til de tidligere helseregionene.

Målene for reformen er ambisiøse nok. De grunnleggende målene for helsetjenesten står ved lag; likhet og tilgjengelighet. Imidlertid er målet også å tilby ”mer helse per krone” samt redusere, og aller helst avvike, de såkalte helsekøene. Det er imidlertid ikke vanskelig å si seg enige med de overordnede målsettingene med reformen. Å sikre en helsetjeneste med likeverdig tilgang for alle, en bedre ressursutnyttelse, reduserte ventelister og avvikling av korridorpatienter, er alle mål som det er generell enighet om. Spørsmålet er om reformen er et egnet virkemiddel, og eventuelt hva som det må arbeides videre med? Innebærer reformen en dyptgripende og total endring av helsetjenesten, eller er det en overfladisk reform der retorikk overgår realitetene? Vil reformen gi styring og eierskap av sykehusene ett nytt innhold, eller blir det bare stort sett som før, men i ny innpakning?

### **Reformer i helsetjenesten – et særnorsk fenomen?**

Den siste reformen – statlig overtakelse av sykehusene, har føyet seg inn i rekken av etterhvert mange store og små reformer i helsetjenesten. Det har i løpet av den siste tid blitt forventet at hver ny statsråd også skulle medføre en ny reform for å løse ”sykehuskrisen”. Den siste statsråden som forsøkte å beskrive helsetjenesten og sykehusene som stort sett velfungerende og gode, og der finjustering mer enn radikale grep var virkemiddel, var Werner Christie med stortingsmelding nr 50 (1993-94). Han ble senere avløst av den meget reform-ivrige Gudmund Hernes.

Bare de seneste fem årene er finansieringssystemet lagt om, det er vedtatt fire nye helselover, kreftplanen og opptrappingsplanen for psykiatri er vedtatt. I helselovene ligger en rekke nye bestemmelser som skal iverksettes, og egen pasientrettighetslov er av nyere dato.

Imidlertid er ikke reformer i helsetjenesten et særnorsk fenomen. Det er heller regelen i de fleste vestlige og industrialiserte land. I disse landene er velferdstilbudet utbygd og vel etablert, med såvel god generell dekning av helsetilbud og høyspesialiserte tjenester. Fellestrekket er imidlertid at etterspørselen etter helsetjenester konstant overstiger tilbudet, og flere land har enten hatt problemer med å kontrollere de totale kostnadene til helsetjenesten eller veksten har oversteget veksten i brutto nasjonalprodukt. Ved siden av dette har også offentlige tjenesteytere i mange land blitt kritisert for manglende kundeorientering og liten fleksibilitet.

Svaret for mange land har vært å endre organisering, eierskap og finansiering for offentlige tjenestetilbud. Dette har også omhandlet helsetjenestene. Disse reformene har både likhetstrekk, men inneholder også vesentlige ulikheter og går tildels i ulike retninger. Ulikheter i løsninger og innhold vil kunne forklares i at utgangspunktet ofte er ulikt, reformene er implementert til ulik tid, og ikke minst helt spesifikke nasjonale forskjeller i styringsideologi, politisk klima, økonomiske forhold o.l.

Imidlertid er det en rekke likheter som til dels skaper en *tendens*. Denne tendensen har gått i å erstatte tradisjonelle ”kommando-og-kontroll”-styring med andre styringsformer. Helt spesifikt har det vært en overgang til styringsmekanismer som er bedre kjent fra tradisjonell markedsstyring. Dette inkluderer å skille klarere mellom politisk overordnet styring og selve tjenesteproduksjonen, i større grad anvende pris som koordineringsmekanisme (DRG, ISF o.l.) samt økt selvstendighet og ansvar for den enkelte institusjon. Dette har blant annet stilt større krav til ”profesjonell” ledelse ved den enkelte institusjon. Denne internasjonale tendensen er ikke tilfeldig. Den er i stor grad bygd over økonomiske teorier om styring, og går under betegnelsen ”New Public Management”.

Den norske reformen knyttet til statlig eierskap og foretaksorganisering av sykehusene befinner seg også innenfor denne generelle tendensen som har vært internasjonal. Det kanskje mest særegne i norsk sammenheng, har vært at man har satsset på en sentralisering av politisk styring, mens her har tendensen internasjonalt vært økende grad av desentralisert og lokal styring.

I de fleste land som har gjennomført store reformer, herunder Sverige og England, har det vært vanskelig å dokumentere at reformene har hatt den virkning som ønsket eller

forutsatt. I den grad det har vært endringer eller forbedringer, så er det heller ikke helt enkelt å knytte disse entydig til reformene. Dette skyldes nok mange forhold. Det ene er at reformer er politisk initierte, og med slike politiske reformer følger en sterk retorikk om hvor nødvendig og fornuftig reformen er. Slik sett har reformer en tendens til å bli ”oversolgt”. Det andre er at reformer er utsatt for betydelige endringer fra mange hold, både tilhengere og motstandere, *etter* at de er iverksatt. De vil derfor endres og tilpasses underveis. Det tredje er reformer ofte er basert på ”gårsdagens” problemer, og i for liten grad klarer å antesipere ”morgendagens” problemer og nye krav. Den viktigste forklaringen ligger imidlertid i at den type virksomhet som sykehus og helsetjenesten består i, er sterkt verdiforankret virksomhet som i stor grad også styres nedenfra av det personell og de fagmiljø som helsetjenesten omfatter. Sykehus har derfor et sterkt institusjonelt preg som gjør at de ofte er relativt ”immun” mot reformer. Dette blir tatt opp nærmere nedenfor.

### **Sykehus og styring**

Reformen er innrettet mot å endre rammebetingelsene for styring, ledelse og organisering. Det er derfor viktig å se nærmere på sykehus særtrekk og hva som særpreger styring av sykehus.

### **Sykehusenes særpreg**

Sykehusene er blant de mest komplekse organisasjoner vi har i Norge. Denne kompleksiteten kommer av flere forhold. For det første vil størrelsen i seg selv bidra til kompleksitet. Sykehusene er store sammenlignet med mesteparten av de organisasjoner som finnes i Norge, både målt i antall ansatt og i de økonomiske rammer som forvaltes. Viktigere er det at oppgavene som utføres både krever særlig spesialisert kompetanse, og et stort omfang av ulike spesialiteter. Oppgavene er i seg selv bare i begrenset grad planleggbare, og selv om behandlinger kan følge en velkjent rutine, vil man i det enkelte tilfelle sjeldent kunne forutsi et enkelt behandlingsforløp. Det som bidrar ytterligere til kompleksiteten er at sykehus utfører svært mange ulike oppgaver med ulike formål. Kort oppsummert kan en si at sykehusene bærer preg av å omfatte tre ulike organisasjonstyper på en og samme tid:

- **Forvaltningsorganisasjonen**, som skal sikre prioritering av pasienter, registrering av ventelister og sikring av likverdig helsetjeneste. Forvaltningpreget gir grunnlag for *byråkratiske styringsprinsipper*, som bruk av forskrifter, regler, instruksjoner, fastlagte planer m.m. Håndteringen av ventelister er et tydelig eksempel på dette. Imidlertid omfatter også forvaltningen fordeling av *knappe ressurser* og helsegoder. Dette er oppgaver som med god grunn har vært underlagt en demokratisk kontroll gjennom politisk overordnet styring.
- **Produksjonsorganisasjonen**, som ideelt skal tilpasses den enkelte pasient i møte med sykehuset. Tilpasning til pasientenes behov vil kunne kreve fleksibilitet og individuelle løsninger. Dette gir grunnlag for *brukerorienterte styringsprinsipper*, som impliserer muligheten for individuell tilpasning. I stedet for byråkratiske prinsipper for hvordan tjenestene skal ytes, og i hvilken form, rettes fokuset mer over på *resultatstyring*.
- **Utviklingsorganisasjonen**, som skal stimulere til faglig utvikling, metodeutvikling og utvikling av kompetanse gjennom langsiktig satsing på utdanning og forskning. I stor grad vil både tradisjonelle byråkratiske styringsprinsipper og resultatstyring ha sin begrensning. Som styringsprinsipp er *resultatstyring* langt mer egnet enn mer *byråkratiske styringsprinsipper*. Imidlertid vil ofte slike resultater måtte måles på lengre sikt enn ett år.

Sykehusenes virksomhet er komplekse. De har vært preget av å være relativt stabile og forutsigbare, men dette er også under endring. Utviklingstrekkene går mot mer dynamikk, ikke minst som følge av at utviklingen av teknologi og kunnskap stiller økende tilpasningsevne og adopsjonsevne. Dette vil nødvendigvis også ha konsekvenser for styringsmuligheter og styringsprinsipper for sykehus. Kompleksiteten krever stor grad av *desentralisering* av beslutningsmyndighet, dynamikk krever stor grad av (lokal) *omstillingsevne*.

Sykehusene har gjennomgått en svært omfattende utvikling når det gjelder størrelse, kompleksitet og teknologisk utvikling. Til tross for dette er de organisatoriske endringene i sykehus svært beskjedne. Organisasjonsutvikling skjer som regel gjennom at nye avdelinger blir dannet i takt med spesialiseringen og samtidig med at nye spesialiteter blir dannet. Til tross for at pasientbehandling nå krever en koordinert innsats fra svært mange avdelinger for hver enkelt pasient, er fortsatt sykehusets grunnleggende organisering bygd opp omkring fagområder og utdanningsretninger. Dette skyldes nettopp sykehusets *institusjonelle* karakter, der organisasjonsstruktur og oppgavestrukturer bare er løst koblede systemer.

Det institusjonell preget skapes gjennom en fortolkningsprosess i forhold til sykehusets omgivelser, som innebærer at sykehusets ansatte danner seg en mening om hva sykehuset er, hva det står for og hvilke verdier det forfekter. Dette handler i stor grad om en legitimering av sykehusets funksjoner. Dette er ikke åpne prosesser, men prosesser som hviler tungt på etablerte verdier, normer og historiske utviklingstrekk. Sykehus oppfattes hverken av samfunnet eller av sykehusets ansatte som en organisasjon som skal gå med overskudd eller få fortjeneste av sin virksomhet. Sykehusets virksomhet er derfor til en viss grad fristilt fra de mest markedspregede økonomiske forestillinger om hva som er viktig for en organisasjons overlevelsessevne. Gjentatte budsjettoverskridelser kommer gjerne som en konsekvens av at politiske pålegg om sparing blir ignorert til fordel for hva som er faglig forsvarlig og moralsk riktig. Til en viss grad er disse institusjonelle verdiene også nedfelt og beskyttet i lovverket. Helsepersonell har lovbeskyttet autonomi og er pålagt å opptre *faglig forsvarlig* – altså i henhold til faglige standarder som stort sett settes av fagene selv – og ikke av politiske organer. Til sist kan også den økende *rettighetstenkningen* gjennom lov om pasientrettigheter oppfattes som en institusjonalisering av grunnleggende verdier, formål og rettigheter som skal beskytte den enkelte bruker av helsetjenesten – også mot sykehusenes eier.

Sykehusene har i stor grad sin legitimitet knyttet til institusjonelle verdier og normer, og er derfor ikke enkle å styre gjennom vedtak og pålegg. Dette har konsekvenser i styringssammenheng. Styring som baseres på økonomiske betraktninger, men som er i strid enten med institusjonaliserte verdier eller faglige grunnsyn, kan bli neglisjert ut fra hva som er *legitime* handlinger i et sykehus. Det betyr også at reformer som i økende grad hviler på bruk av økonomiske incentiver for bedre styring av helsetjenesten står i en viss fare for å *ikke* virke etter sin hensikt, fordi en del av denne styringsideologien ikke har legitimitet i forhold til sykehusets innarbeidede verdier. Reformen står derfor i fare for å bli endringer på overflaten, mens det daglige livet i den enkelte institusjon fortsetter som før.

## Sykehus styres både ovenfra og nedenfra

Sykehus styres ovenfra gjennom lover, regler, budsjetter og andre vedtak som sykehuseier eller myndigheter fatter. Nedenfra styres sykehus av faglig kunnskap og organisasjonskulturelle faktorer. Den faglige kunnskapen er også i stor grad formidler og iverksetter av de endringer som utvikling i medisinsk teknologi og vitenskap bringer med seg. Det institusjonaliserte særpreget som er beskrevet ovenfor er sentral for styrken i den styring som skjer nedenfra.

Styringen nedenfra må ikke undervurderes. Kanskje er endringer i medisinsk vitenskap og teknologi den sterkeste drivkraften innen det moderne helsevesenet. Imidlertid er det også motsetninger mellom styring nedenfra og styring ovenfra. Styring nedenfra preges i stor grad av vekst, eller ønske om vekst, ikke minst gjennom at nye tilbud stadig etableres – imidlertid sjeldent på bekostning av eksisterende tilbud. Styring ovenfra handler svært ofte om å kontrollere kostnadsvekst og om å fordele ressurser etter der de anses å være mest påkrevd. Fordi det ikke er økonomiske ressurser til alle ønskelige tilbud innen helsetjenesten oppstår det et sentralt behov for å *rasjonere* og å *prioritere* tilbudet av helsetjenester.

Det synes å være enighet om at det er et forbedringspotensiale når det gjelder styring av sykehus. Da tenkes det ofte utelukkende på at den styring som skjer ovenfra ikke skjer med nok kraft og konsekvens. Imidlertid kan styringsproblemene i sykehus kanskje aller mest knyttes til at styring ovenfra og styring nedenfra i for liten grad kobles. I stedet forblir dette et "løst koblet system". Budsjettprosesser i sykehus er et godt eksempel på dette. Ideelt sett skulle budsjettet uttrykke en handlingsplan eller *strategi*, men i økonomiske termer. Budsjettet skulle så være danne grunnlag for *handlinger*, som igjen kunne registres i et *regnskap*, som dernest kunne anvendes som utgangspunkt for en fornyet handlingsplan eller strategi. Slik kan budsjettet bidra til et rasjonelt handlingsmønster. Imidlertid er det mye som tyder på at strategiutforming, budsjettutforming, handlinger og regnskap eksisterer som fire relativt løst koblede og til dels lukkede systemer. Med andre ord; budsjettet utarbeides gjerne med utgangspunkt i tidligere budsjett. Handlinger (f.eks. pasientbehandling) utføres med utgangspunkt i tidligere praksis, regnskap utarbeides og sammenstilles ut fra tidligere regnskap, og strategier utarbeides etter mal av tidligere strategier. Strategiprosessen og budsjettprosessen er i stor grad aktiviteter som inngår i styringen ovenfra, mens de konkrete handlingene og sykehusenes praksis i stor grad inngår som styring nedenfra. Og det som anses som riktig praksis trenger i liten grad å være basert på budsjetter eller andre vedtatte planer. Hvis en erkjenner at den styring som skjer ovenfra og nedenfra er forankret i ulike verdisyn og tildels ulik logikk, står det også klart at det er i *møtet mellom styring nedenfra og styring ovenfra at styringsproblematikken finnes*.

## Reformen og styring av sykehusene

En endring av eierskap og overgang til foretaksorganisering vil i første rekke berøre og endre den styringen som skjer "ovenfra". Det er endringer i eierskapet og ikke minst hvordan eierskap kan anvendes for styring av helsetjenesteproduksjonen som i første rekke endres av reformen. I lovframlegget til den nye foretaksloven sies det direkte at det er *vel så mye en ansvarsreform som en eierskapsreform*. Ansvar blir knyttet til to forhold; for det første at alle sykehus samles under en felles eier – staten. Dernest at etableringen av foretak skal tydeliggjøre den enkeltes institusjon, og særlig dennes ledelse, ansvar for produksjonen av helsetjenester.

Statens direkte styringsmuligheter vil primært skje gjennom *foretaksmøtet*, som tilsvarer generalforsamling i andre typer selskaper. Dette gjør at foretakets vedtekter og styresammensetning i stor grad er de statlige styringsredskaper *ut over* de tradisjonelle; budsjett (finansiering), lover og forskrifter, samt uformell styring gjennom samtaler, møter og ”politiske signaler”. Det regionale helseforetak har i prinsippet de samme styringsmidler over det enkelte sykehusforetak, som staten har ovenfor det regionale helseforetaket. En viktig forskjell er at staten er underlagt politisk styring fra Stortinget, mens det regionale helseforetak og det enkelte helseforetak (sykehus) ikke lenger har et *politisk* overordnet organ å forholde seg til. Spørsmålet er da om politisk styring har ført til ineffektivitet internt i det enkelte sykehus? Det er det svært vanskelig å dokumentere, men reformen bygger på antagelsen om at større autonomi og ansvar for sykehusledelsen vil føre til bedre intern styring og effektivisering. Det sentrale vil i så fall være om dette vil skape et bedre grunnlag for å koble den styring som skjer ovenfra og den styring som skjer nedenfra.

Det forutsettes i reformen at sykehusene i langt større grad kan organiseres og styres etter ordinære resultatkrav. Det anses ikke som nødvendig å la *selve tjenesteproduksjonen* være underlagt politisk styring og kontroll. Forvaltningspreget skal vekk. Det er imidlertid en sentral prosess som det er vanskelig å fjerne fra forvaltningen, og det er *prioriteringsprosessen*. Dette handler om at det ikke er ressurser nok til alle ønskelige helsetjenestetilbud. Det innebærer at en vil være nødt til å foreta valg mellom slike tilbud. Dette er ikke en prosess som kan reduseres til budsjettvedtak eller helseøkonomiske sammenligninger. Prosessen innebærer såvel et klart islett av medisinsk faglige vurderinger og *politiske* vurderinger, blant annet om hva som er prioriterte oppgaver for helsetjenesten. Noe av dette kan gjøres sentralisert, og dermed underlagt nasjonal politisk styring. Men mye av denne prioriteringsprosessen vil gjøres i det enkelte helseforetak (sykehus). Å skape et skille mellom helsepolitikk som en prosess som skjer utelukkende på nasjonalt nivå, mens det enkelte helseforetak er å betrakte som en (hvilken som helst) produsent av tjenester, er sannsynligvis forenklet og feilaktig. Sykehusenes organisatoriske særpreg som gjør at de både er en forvaltningsorganisasjon, produksjonsorganisasjon og en utviklingsorganisasjon stammer i hovedsak fra de *oppgaver* sykehusene utfører, ikke hvem som er eier. Å endre styringen i retningen av resultatstyringen er å forholde seg til sykehusene mer som produksjonsorganisasjon. Spørsmålet som gjenstår er hvordan de forvaltningspregede oppgavene skal styres?

En sentral begrunnelse for reformen er at helsetjenesten i for liten grad innehar de organisatoriske betingelsene for å kunne tilpasse seg endringer og økende endringstakt, som følger av endret finansiering, økt valgfrihet fra pasienter og utviklingen i medisinsk teknologi og vitenskap. Sykehusene har i for stor grad et forvaltningspreg og mangler de virkemidler en ledelse trenger for å kunne iverksette endringer og utnytte ressursene, herunder personalet, bedre. Det er sjeldent uttrykt eksplisitt og konkret hva som ligger i bildet av sykehusene og helsetjenesten som forvaltningspreget, annet enn at driften også er underlagt politisk styring og kontroll. Selve begrepet forvaltning betyr å administrere eller styre, og da gjerne i betydningen å administrere og ta hånd om betrodde midler. Det er viktig å erkjenne at i en slik betydning, vil helsetjenesten og sykehusene alltid ha et forvaltningspreg. Ikke bare forvalter sykehusene som tjenesteprodusenter fellesskapets økonomiske ressurser, men i stor grad er det tjenesteprodusentene som er garantister for likebehandling av pasienter – altså forvalter de *velferdsgodet* helsetjenestene innebærer.

### **Er staten en bedre sykehuseier enn fylkeskommunen?**

Diskusjonen om statlig eierskap av sykehus er ikke av nyere dato. Problemstillingen og ønsket har kommet med jevne mellomrom, og blitt bæret med egne utredninger. Statlig overtakelse av sykehusene, som tidligere ikke var i nærheten av å samle bred politisk støtte, ble vedtatt med et klart flertall i Stortinget 6. juni 2001. Avgjørende for dette var naturligvis at Arbeiderpartiet endret standpunkt etter at partiledelsen tidligere hadde signalisert et standpunkt for statlig overtakelse av sykehusene.

En forklaring er derfor de politiske konstellasjoner i Stortinget. Men har det skjedd noe i helsetjenesten og i styringen av sykehusene som kunne forklare at tiden ble mer ”moden” for statlig overtakelse? Staten kan neppe vise til at den har vært en bedre sykehuseier enn fylkeskommunen. Hvis kostnadskontroll er en indikasjon på styringsevne, kan det heller se ut som om staten har mindre styringsevne enn fylkeskommunene. Årsaken til at staten etterhvert syntes å være en mer aktuell eier enn fylkeskommunen ligger derfor i andre forhold:

1. Mer og mer av planfunksjonen ble overtatt av et regionalt nivå. Dette var ikke et eget forvaltningsnivå, men var forankret i et forpliktende samarbeid mellom fylkeskommunene.
2. Sykehusene gikk i retning av større fristilling – dvs i økende grad skjermet mot direkte styring fra politisk nivå i fylkeskommunene.
3. Endringer i finansieringssystemet med overgang til innsatsstyrt finansiering reduserte klart fylkeskommunens muligheter for politiske prioriteringer gjennom budsjettvedtak. Og kanskje enda viktigere – den totalkostnadskontrollen som hadde eksistert under fylkeskommunalt eierskap i kombinasjon med rammefinansiering, var opphørt. Kostnadene steg, tilsynelatende mer enn aktivitetsnivået.
4. Politisk styring av sykehusene hadde aldri klart å opparbeide stor legitimitet i befolkningen. Med rollen som ansvarlig for trange budsjettammer (totalkostnadskontroll) ble fylkespolitikkerne lett sittende med ”svarteper” i spillet om mer penger.

Samlet sett førte dette til at argumentene for fylkeskommunalt eierskap av sykehusene eroderte. Rammebetingelsene som kunne understøtte fylkeskommunalt eierskap og driftsansvar var etterhvert ikke lenger til stede.

Det er derfor ikke relevant hvorvidt staten er en bedre sykehuseier enn fylkeskommunen eller ikke. Hovedpoenget er at *grunnlaget* for fylkeskommunalt *ansvar* har erodert, blant annet som følge av statlige tiltak i en årrekke. Et hovedpoeng med en statlig overtakelse av sykehusene, er imidlertid at staten må framstå på en ny måte som sykehuseier hvis det skal bli troverdig at de ambisiøse målene med reformen blir realisert.

### **Statlig overtakelse av sykehus er svaret – hva var spørsmålet?**

Staten vil eie sykehusene, men det framstår ikke like tydelig hva staten vil med eierskapet. Målene om et mer effektivt helsevesen som gir mer helse per krone og kortere ventelister er tydelig kommunisert. Det er imidlertid ikke like enkelt å se hvordan staten gjennom sitt *eierskap* skal klare å oppnå disse målsettingene. Til en viss grad må det nesten bli slik. Hvis hovedgrepet er å etablere forutsetninger for ledelse, må det være opp til disse lederne å finne egnede virkemidler, og unngå et statlig diktat. Det betyr at staten må være tilbaketrukket – i det minste inntil Stortinget blir aktive.

Ansvar og lederskap står fram som viktige stikkord for statlig overtakelse av sykehusene. Ansvaret må samles og tydeliggjøres gjennom statlig eierskap, og sykehusene må få rammebetingelser som gjør ledelse mulig. I forhold til at det fylkeskommunale eierskapet har erodert, og at staten gjennom andre reformtiltak styrte stadig mer av sykehusdriften, er nok statlig overtakelse svaret på enkelte spørsmål – spørsmål som reises i kjølvannet av andre endringer i overordnet styring av sykehusene (regional planlegging, finansiering og fristilling av sykehus).

Men helsetjenesten står ovenfor mange utfordringer. Og en rekke av disse er ikke statlig overtakelse nødvendigvis svaret. Noen slike sentrale utfordringer presenteres nedenfor.

### **Behovet for en sammenhengende tiltakskjede**

Den kanskje største utfordringen i en helsetjeneste som er preget av stadig kortere liggetid, økende preg av akutte enkeltepisoder og samtidig med økende antall pasienter med kroniske sykdommer, er å få til en tiltakskjede som for *pasienten* oppleves som en sammenhengende hele. I utgangspunktet er reformen med statlig overtakelse av sykehus ikke direkte relatert til utfordringen. Men det ligger et potensiale for at fokuset på spesialisthelsetjenesten og sykehusene kan bli enda sterkere i framtiden. Sykehusene kommer under statlig eierskap, og med en statlig finansiell ryggrad. Staten formulerer imidlertid også krav og rammebetingelser for øvrig helsetjeneste som stort sett kommer til å være kommunalt drevet. Det er en fare for at maktbalansen forrykkes i favør av sykehusene. Et eksempel er pasienter som legges inn akutt på sykehus, men i stor grad blir liggende fordi de har et behov for relativt intensiv pleie. Dette er pasienter mange sykehus vil definere som pleiepasienter, og ikke sykehuspasienter. Problemet er imidlertid at pleietjenesten i kommunene ikke har de tilbud som kan gi denne pasientgruppen et faglig tilbud innen *pleie* som de trenger. Denne typen problemstillinger er det mange av, og de løses ikke av reformen.

En av de mer interessante erfaringene fra andre land, og kanskje spesielt England, er hvordan primærhelsetjenesten etterhvert har blitt en sterkere premissleverandør for øvrig helsetjeneste. Så langt synes det også å være den effekten av reformene i England som det er allmenn tilfredshet med. Hvis de framtidige regionale helseforetakene utvikles i en retning av byråkratiske styringsorganer for sykehusene, med avstand til primærhelsetjenesten, kan det være at utviklingen ikke går i retning av mer sammenhengende tiltakskjeder i helsetjenesten.

### **Behovet for prioriteringer**

I enhver helsetjeneste må det gjennomføres prioriteringer. Enten eksplisitt eller implisitt. Debatten om ventelister viser dessverre at den politiske bevissthet om at dette er et resultat av en prioriteringsprosess ikke er spesielt godt utviklet. En kan alltid diskutere om de riktige pasientgruppene er prioritert, men å argumentere for at det ikke skal finnes ventelister, er å argumentere for at det ikke er behov for prioritering.

Helsetjenesten er i stor utstrekning styrt nedenfra gjennom medisinsk og teknologisk utvikling. Dette skaper et press for ytterligere ressurser til helsetjenesten. Et overordnet styringssystem må svare på dette presset. Det innebærer til dels svært vanskelige og kontroversielle valg. Det må erkjennes at det ikke er mange land som har et styringssystem som svarer på dette på en måte som sikrer allmenn legitimitet og oppslutning. Imidlertid må det også erkjennes at slike prioriteringsprosesser er *politiske* i sin natur. Det kan ikke overlates til helseøkonomer eller andre planleggere.

Ett av de ubesvarte spørsmålene knyttet til statlig overtakelse av reformen, og etablering av egne regionale helseforetak, er hvordan slike prioriteringsprosesser skal foregå – hvem og hvordan slik prioritering skal skje. Skal dette forankres konstitusjonelt i et politisk system, må Stortinget tungt inn i slike debatter. Det skal betydelig politisk ryggrad til å stå i mot presset når krisene på alle landets statlige sykehus maksimeres. Det er ”god tradisjon” for å legge ned avdelinger som har høy legitimitet i befolkningen, med påfølgende press på politikerne.

### **Behovet for demokratisk styring av helsetjenesten**

Tilsynelatende reduseres den demokratiske styringen av sykehusene gjennom to sentrale tiltak:

- Alle landets sykehus eies av staten. Det er betydelig vanskeligere å få gjennomslag for befolkningens interesser i ett sentralt politisk organ enn i mange lokale desentraliserte folkevalgte organer.
- Loven om helseforetak begrenser den politiske styringen over driften av selve sykehusene.

Det vil være galt å påstå at den demokratiske styringen av sykehusene er *fjernet*. Men den er definitivt *endret*. Det betyr også at det bør finnes nye roller og nye virkemidler for demokratisk styring av helsetjenesten. Dette kan også ses i relasjon til de andre utfordringene; forholdet til brukerne, primærhelsetjenesten og behovet for prioritering.

### ***Ny innpakning eller nytt innhold?***

I dette notatet er det pekt på en rekke forhold som tilsier at oppgaven med å skape klarere ansvars- og rollefordeling, og legge bedre til rette både for politisk styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester, vil være krevende. Så langt må det erkjennes at ”innpakningen” er blitt presentert. ”Innholdet” gjenstår å se. Sett i forhold til reformenes skjebne i andre land, kan det være grunn til å frykte at reformen endrer ”innpakningen”, men ikke ”innholdet” i styringen av helsetjenesten: Eiereren heter staten, og rapporteringen skjer til hovedkontoret i det regionale helseforetaket i stedet for fylkeskommunen, men ellers er det meste som før.

### **En reform i støpeskjeen**

Det synes klart at reformen ikke er ferdig utformet, hverken i innhold eller i struktur. I seg bærer reformen mange valg som ennå ikke er fattet, og som vil fattes som et resultat av valg og handlinger fra mange ulike aktører.

Reformen kan på ett vis innebære en politisk sentralisering av styringen av sykehusene. Fra at sykehusene politisk både ble styrt av Stortinget og fylkestingene, blir den politiske makten i prinsippet lagt til Stortinget alene. Samtidig gir etableringen av *foretaksstrukturen* muligheten for en avpolitisering av helsetjenesten. Det er ikke mulig på forhånd å vite hvor i aksene mellom politisk sentralstyrt og avpolitisering det nye styringsregimet vil bli liggende.

Også den interne styringsstrukturen synes uavklart. På den ene siden gis de regionale helseforetakene stor makt og myndighet. Samtidig er de pålagt å etablere det enkelte sykehusforetak som et ”selvstendig” foretak med eget styre. Dette skaper en annen akse – mellom organisatorisk sentralisering med et regionalt foretak som styrer i detalj og det enkelte sykehusforetakets frihet til å finne egne løsninger og myndighet i interne

spørsmål. Dette vil også vokse fram gjennom en prosess i tiden framover. Det kan også tenkes at det kan bli fem ulike løsninger på dette. Hver region kan finne egne modeller. Så langt har de enkelte regionale foretakene lagt seg på ulike strategier når det gjelder å etablere mange sykehusforetak eller å slå sammen mange sykehus i større administrative foretaksenheter. Det er ganske sikkert også en betydelig sammenheng mellom politisk sentralisering og organisatorisk sentralisering. Hvis det viser seg at den politiske styringen fra Stortinget gjennom Helsedepartementet blir sterk, vil sannsynligvis dette resultere i relativt sentralisert organisatorisk styring i regionene med betydelig maktkonsentrasjon til de regionale foretakene på bekostning av sykehusforetakenes fristilling. Dette vil i så fall motvirke den myndiggjøring av sykehusene som ligger i reformens intensjoner.

I tillegg vil sykehusforetakene og de regionale foretakene måtte forholde seg til uløste spørsmål i kjølvannet av reformen og det vil igjen kunne ha betydning for hva det reelle resultatet av reformen endelig blir.

### **Endrede spilleregler**

Reformen gir et tidsvindu der endringer kan iverksettes og der nye ”spilleregler” kan etableres. Ett av de mest kritiske prosessene vil være budsjettprosessene internt i de regionale foretakene og i forhold til det enkelte helseforetak. I stor grad var de gamle incitamentene å sørge for å maksimere eget budsjett, gjerne ved å bruke litt mer enn budsjettet. ”Alle” visste at å være lojal mot budsjettvedtak kunne straffe seg hvis en var alene om det. Nedskjæringer ble gjerne basert på ”ostehøvel-prinsippet”. For den som i utgangspunktet hadde budsjettet i ”balanse” var dette smertefullt. For den som hadde budsjettet med ”litt ekstra” var det litt enklere.

I framlegget til loven om foretaksorganisering ble det framhevet at en ønsket å få slutt på det uverdige spillet mellom aktørene i helsetjenesten; sykehusene, fylkeskommunene og staten, om hvem som hadde ansvaret for underskuddene. Imidlertid er dette ikke i første rekke avhengig av hvem som er ”spillere”, men i stor grad om spillets regler. Et ”svarteper-spill” forblir et ”svarteper-spill” selv om en av spillerne blir byttet ut (les: staten erstatter fylkeskommunen som eier). Skal en endre spillets karakter, må en endre spillereglene. En kort blick på tilstanden innen helsetjenesten få måneder etter reformens iverksettelse gir et inntrykk av at spillets regler *ikke* er endret. Det er ikke tilført ekstra ressurser, og sykehusene rapporterer at tildelte ressurser ikke står i samsvar med pålagte oppgaver. Er det noen som kjenner seg igjen?

Et helt sentralt moment i å endre spillereglene vil være å koble styring nedenfra med styring ovenfra. En klarer ikke å endre spillets gang ved en marginal endring av den styring som skjer ovenfra alene. Profesjonelle styrer, foretaksmøter og høyere lederlønninger (gjerne kombinert med hyppigere lederskifter) er ikke tilstrekkelige virkemidler. Sentralt i en slik kobling er å sette fokus på oppgaveløsningen ved sykehusene, mer enn på budsjettbalansen. I det ligger også prioritering av ressurser i forhold til faglige kriterier og politiske vurderinger på alle nivå i beslutningskjeden. Hvis en ikke klarer å få til en slik kobling, vil ”tidsvinduet” for å gå inn i den ”nye tid” lukkes. Da blir det høyst sannsynlig med ”innpakningen”, og ”innholdet” vil forbli det samme.

### **Ikke-intenderte konsekvenser**

En siste problemstilling er om sykehusreformen kan få konsekvenser for andre sektorer og områder i offentlig forvaltning og tjenesteyting. Det er det ikke enkelt å svare entydig

på. Ideologien som reformen bygger på (New Public Management) er på ingen måte avgrenset til sykehus og helsetjenester. Særlig innen utdanningssektoren vil det kunne tenkes i samme baner som sykehusreformen, særlig ettersom utdanning mer og mer blir rikspolitik. Det vil derfor være de oppgavene som i dag ligger igjen i fylkeskommunen som det vil kunne settes søkelys på. Samtidig er det en rekke praktiske og pragmatiske hensyn som fortsatt taler for at mange offentlige oppgaver og funksjoner legges til et desentralisert politisk nivå. Det er en risiko for at den eneste reelle konsekvensen av statlig overtakelse av sykehusene på sikt vil være at fylkeskommunen blir lagt ned som forvaltningsnivå i Norge. På vegne av ambisjonene for en bedre helsetjeneste, ville det vært et nedslående resultat.