

Hagen, T. P. (2026). Sykehusenes organisering. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 207–227). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180909>

9

Sykehusenes organisering

Terje P. Hagen

I kapittel 5 diskuterte vi argumenter for og mot å legge anskaffelsen av primærhelsetjenestene til kommunene. Hovedargumentet *for* en slik løsning var at en kunne oppnå god tilpasning til lokale ønsker om nivået på tjenestene. I tillegg kan en tilnærmet fast økonomisk ramme å prioritere innenfor god kostnadskontroll for staten. Argumentene *mot* å legge disse tjenestene til kommunene var i første rekke at det kunne bli uønskede variasjoner i tjenestetilbudet, og at det var vanskelig å hente ut stordriftsfordeler i en situasjon med små kommuner.

De fleste sykehusene i Norge ble etablert av frivillige organisasjoner eller av kommunene (kapittel 9.1). Etter en kort beskrivelse av denne fasen diskuterer vi hvordan organiseringen av sykehusene har endret seg.

Den første strukturerende fasen kom i 1960-årene, da fylkeskommunene overtok ansvaret for sykehusene fra kommunene, og dels også fra de frivillige organisasjonene. Hovedargumentet var at fylkeskommunene hadde større økonomisk bæreevne enn kommunene. Også fylkeskommunene ble imidlertid for små for de mest spesialiserte tjenestene. I 1974 ble landet delt inn i fem helseregioner, som alle hadde et spesialisert regionsykehus som del av sitt tilbud (9.2).

Fritt sykehusvalg ble et aktuelt tema i løpet av 1980- og 90-årene (9.3). Utviklingen skjedde gradvis: Først ble det mulig å velge innen den enkelte region, deretter i hele landet. I dag finnes det også muligheter for å benytte utenlandske sykehus dersom det ikke finnes behandlingsalternativer i Norge.

Den fylkeskommunale styringsmodellen kom under press i løpet av 1990-årene (9.4). Etter en turbulent periode med store budsjettoverskridelser ble sykehusene bestemt overført til staten fra 2002. Staten beholdt helseregionene som styringsenhet og etablerte fem regionale helseforetak (RHF) som iverksettende organer. Antall RHF-er ble redusert til fire fra 2007. RHF-ene organiserte sykehus og klinikker i helseforetak som i størrelse og geografisk utstrekning nesten sammenfalt med de gamle fylkeskommunene.

9.1 Fylkeskommunene overtar

Det første norske sykehuset var trolig Trondhjems Hospital, som ble etablert på 1200-tallet. På den tiden var imidlertid medisinen virkemidler dårlig utviklet. De moderne sykehusene ble etablert fra tidlig på 1800-tallet, etter at kunnskapen om at smitte ble spredt av bakterier ble kjent. Neste utbyggingsfase kom da anestesimidlene ble oppdaget, og det ble mulig å gjennomføre operasjoner under narkose. Etter hvert vokste de tredelte sykehusene fram, med en indremedisinsk, en kirurgisk og en anesthesiologisk avdeling.

Sykehus

Sykehus er en helseinstitusjon som er godkjent for innleggelse, undersøkelse og behandling av pasienter og fødende kvinner som trenger spesialisert helsetjeneste. Til sykehusene hører sengeavdelinger, poliklinikker og laboratorier. Tradisjonelt har man skjelnet mellom somatiske sykehus, som hovedsakelig behandler kroppens sykdommer, og psykiatriske sykehus, som behandler psykiske lidelser. Dette skillet er av mindre betydning nå i og med at psykiatriske avdelinger ofte inngår som en del av det totale sykehustilbudet.

Kilde: Store norske leksikon (lastet ned 11.7.2024)

Mange norske sykehus ble etablert i tiden 1900–1940. På midten av 1940-tallet var det ca. 400 sykehus i Norge, varierende fra sykestuer med noen få senger til store institusjoner med flere hundre senger (Schiøtz, 2003). Utbyggingen skjedde i regi av by- og fylkeskommuner, humanitære organisasjoner og større private bedrifter. Et interessant fenomen ved sykehusutbyggingen i mellomkrigstiden var at det ved tildeling av vassdrags- og industrikonsesjoner, med hjemmel i konsesjonslovene, ble forutsatt at helsetjenesten på stedet skulle bygges ut. Etableringen av sykehusene i Sauda og Rjukan er eksempler.

I 1950 var hver femte sykehusseng privat eid og drevet. Så sent som i 1963 var hver tredje sykehusseng privat, først og fremst fødehem og sykestuer (Schiøtz, 2003). Tabell 9.1 viser en oversikt over sykehusene i Oslo kommune og enkelte samlede tall for landet i 1965.

Tabell 9.1*Sykehus lokalisert i Oslo kommune (1965)*

Sykehus	Offentlig (O) eller privat (P)	Antall sen- ger 31.12	Innlagte pasienter	Kurdøgn
Rikshospitalet	O	1155	20430	306813
Oslo militære sykehus	O	65	701	12036
Ullevål sykehus	O	1912	36988	585241
Aker sykehus	O	633	12130	227209
Vor Frue Hospital	P	145	1973	36055
Røde Kors Klinikk	P	125	2121	38307
Diakonissehuset	P	252	2209	88153
Oslo sanitetsforenings revma. sykehus	P	147	1204	48606
Wergelandsveiens klinikk	P	54	1457	16231
Betanien hospital	P	90	2222	24062
Menighetsøsterhjemmet	P	84	2130	29546
Sophies Minde	P	110	2209	35797
Det norske Diakonhjem	P	132	1507	46376
Det norske Radiumhospital	O	345	5449	119084
Kronprinsesse Märthas institutt*	O	77	1257	27698
Det norske hjem for sukkersyke barn	P	15	141	3297
Tøyen sykehjem	O	141	60	49682
Adamstuen sykehjem	O	140	44	46528
Solvang sykehjem	O	232	120	80017
Oslo totalt		5 845	94 325	1 820 738
Landet totalt		25 013	440 309	8 089 799

Kilde: SSB Sykehusstatistikk, 1965

* Kronprinsesse Märthas institutt var privat inntil 1965

Rikshospitalet og Oslo militære sykehus var statlige sykehus som hadde hele landet som opptaksområde. De øvrige offentlige sykehusene var eid

og drevet av Oslo kommune. Innslaget av private sykehus var betydelig i alle de store byene, Oslo inkludert. Diakonissehuset, Vor Frue hospital og Menighetssøsterhjemmet inngår i dag i Lovisenberg sykehus, som er en privat stiftelse. Vi merker oss videre at sykehus og sykehjem rapporteres på samme måte i statistikken fra 1960-tallet, selv om sykehjemmene også da var institusjoner der pasienter hadde langtidsopphold. Holder vi de statlige sykehusene og sykehjemmene utenfor, utgjør de private sengene om lag 25 % av det totale sengetallet i Oslo dette året.

Antall kurdøgn (liggedøgn) var i perioden fram til 1980 det som utgjorde finansieringsgrunnlaget for sykehusene. Staten refunderte i denne perioden opp mot 70 % av kostnadene ved et kurdøgn. De øvrige inntektene fikk sykehusene fra kommunen eller private donorer.¹

I løpet av 1960-årene ble det klart at fylkeskommunene skulle ha det overordnede ansvaret for sykehusdriften i Norge. Dette ble mulig etter at bykommunene fra 1964 ble innlemmet i fylkeskommunene. Formaliseringen av fylkeskommunenes ansvar skjedde gjennom Sykehusloven av 1969. Endringen var ledd i det Borgan (2012) kaller en «offentlig revolusjon»: «Det offentlige tok gjennom lov om sosial omsorg av 1964 et hovedansvar for å yte omsorg til voksne hjelpetrequende. Denne loven la sammen med folketrygdloven av 1967 og sykehusloven av 1970 et lovmessig grunnlag for en omfattende utbygging og vekst i omsorgssektoren». Sykehusloven ga fylkeskommunene ansvar for å bygge ut og drive både sykehus og sykehjem: «Enhver fylkeskommuneskal sørge for planlegging, utbygging og drift av de institusjoner og tjenester ... slik at behovet for nødvendig ambulansetransport, undersøkelse, behandling og opphold i helseinstitusjon blir dekket for befolkningen innen området».

Den første av disse lovene ble fremmet av regjeringen Gerhardsen (AP), de to neste av regjeringen Borten (H, KrF, SP, V). Det var altså bred politisk enighet om den 'offentlige revolusjon'.

Det ble imidlertid snart klart at det også var behov for å samordne sykehusstilbudet mellom fylkeskommunene, særlig det høyspesialiserte tjenestetilbudet. Stortingsmelding nr. 9 (1974–1975), «Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen», etablerte hovedprinsippene for den organiseringen

1 Ved å dividere antall kurdøgn på antall innlagte pasienter får vi gjennomsnittlig liggetid for innlagte pasienter. For Ullevål sykehus var gjennomsnittlig liggetid i 1965 knapt 16 dager.

av helsesektoren som eksisterte fram til den statlige overtakelsen av sykehusene i 2002. Regjeringen hadde følgende målsettinger: 1) å rette opp den geografisk skjeve fordelingen av sykehus tilbud og spesialister mellom fylkene, og 2) å oppnå at hver pasient kunne behandles på det laveste nivå som effektivt kan ta seg av lidelsen (LEON-prinsippet). For 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 tre nivåer: primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten), fylkeshelsetjenesten og regionhelsetjenesten. Tabell 9.2 gir oversikt over helseregionene som ble etablert fra midten av 1970-tallet. Som vi ser, var Akershus fylke delt mellom Helseregion sør og Helseregion øst. Vestregionen (Asker og Bærum) ble lagt til Helseregion sør, mens kommunene øst og sør for Oslo ble lagt til Helseregion øst.

Meldingen understreket også at man burde satse på å bygge ut de laveste leddene i det regionaliserte helsevesen, for å unngå at pasienter 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-årsplaner 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 (NOU 1996:5).

Tabell 9.2

Helseregioner og regionsykehus (1976–2001)

Helseregion	Geografisk område	Regionsykehus
I	Oslo, Hedmark, Oppland	Ullevål sykehus
II	Østfold, Akershus, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder	Rikshospitalet
III	Rogaland, Hordaland, Sogn- og Fjordane	Haukeland sykehus
IV	Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag	Regionsykehuset i Trondheim (RiT)
V	Nordland, Troms, Finnmark	Regionsykehuset i Tromsø (RiTø)

Rammefinansieringssystemet ble foreslått innført i stedet for kurpengesystemet (se nærmere beskrivelse i kapittel 10). Hovedbegrunnelsene for innføring av rammefinansieringssystemet var bedre fordeling og bedre kostnadskontroll. Systemet ble iverksatt fra 1980. Ambisjonene om store plansystemer ble imidlertid aldri realisert. Departementet avgrenset sin styringsiver til å godkjenne det som ble kalt større endringer i fylkeskommunenes helseplaner.

Den neste systematiske utredningen 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. I perioden fra 1980 til 1986 var veksten i kommunehelsetjenesten høyere enn i fylkeshelsetjenesten, slik målsettingen hadde vært. Innenfor fylkeshelsetjenesten hadde de somatiske sykehustjenestene lavest vekst i perioden, samtidig som det var en markert økning i utgiftene til psykisk helsevern. Fordelingen av utgifter mellom fylkeskommunene viste utjevning.

Utvalget diskuterte videre plasseringen av eier- og driftsansvaret for sykehusene. Følgende modeller ble diskutert: fylkeskommunene, staten og kommunene i fellesskap. Utvalgets flertall 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 fremtiden 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.

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, men Sosial- og helsedepartementet fikk utvidede fullmakter i styringen av lands- og regionfunksjoner.

Eilertsenutvalget framhevdde 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 kostnadseffektivisering 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. Et forsøk med delvis stykkprisfinansiering av fire sykehus i Hordaland og Nordland ble gjennomført i perioden 1991–1993.

Gjennom Eilertsenutvalgets innstilling ble to av de store spørsmålene om organisering og finansiering løftet fram i den offentlige diskusjonen: 1) Skal fylkeskommunene eller staten eie sykehusene, og 2) skal sykehusene fortsatt rammefinansieres, eller skal Norge innføre aktivitetsbasert finansiering.

9.2 Regionalisering og selskapsorganisering

Det første spørsmålet ble på nytt diskutert i en offentlig utredning – NOU 1995: 5 Hvem skal eie sykehusene? (Hellandsvikutvalget). I mandatet ble utvalget bedt om «å utrede følgende to alternativer til dagens finansieringsordning for regionsykehusene:

- En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene
- En ordning med full statlig overtakelse av drifts- og eieransvar»

Det var i utvalget bred enighet om at bedre samordning mellom fylkeskommunene innenfor hver helseregion var nødvendig. Dette hadde blant annet sammenheng med de store kapitalbehovene ved regionsykehusene. Utvalget var også enig om at statlig overtakelse av kapitalkostnadene ikke var en attraktiv løsning, da dette ville frata fylkeskommunene motivasjonen til å interessere seg for disse kostnadenes størrelse, samt for vedlikehold av bygninger og utstyr. Det ble også påpekt at regionsykehusene har regionfunksjoner, samtidig som de er sentral- og lokalsykehus. Det vil neppe 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 samordningen av tjenestene.

Utvalget avviste også en ordning der staten overtok regionsykehusene. At regionsykehusene har regionfunksjoner samtidig som de er sentral- og lokalsykehus, samt at det er en betydelig gråsoner i funksjonsfordelingen, var også på dette punktet vesentlig for utvalgets vurderinger.

Konklusjonene var altså at verken en statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader eller en full statlig 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 var grunnlaget for at utvalget gikk videre og vurderte alternative eierskap for et regionalisert sykehusvesen basert på tre alternative modeller:

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

Modellen med et løst formalisert samarbeid mellom fylkeskommunene kan i prinsippet baseres på to tilnærminger 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.

Formell organisering av interfylkeskommunale sykehusselskaper innebærer at 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.

Modellen med statlig overtakelse innebar ifølge utredningen etablering av et forvaltningsorgan med spesielle fullmakter, kalt Statens sykehusforvaltning. Statens sykehusforvaltning bygges opp med en relativt beskjeden sentral ledelse, og fem regionkontorer lokalisert i tilknytning til regionsykehusene. Stortinget vedtar de økonomiske rammene for virksomheten, og legger overordnede føringer for Statens sykehusforvaltnings beslutninger i spørsmål som angår struktur og organisering.

Hellandsvikutvalget diskuterte de tre alternativene i detalj, men kom ikke til enighet. Utvalget delte seg i tre like store fraksjoner. Også det såkalte Oppgavefordelingsutvalget (NOU 2000: 22) diskuterte spørsmålet om eierskapet til sykehusene, men uten å komme til enighet.

Tre typer somatiske sykehus

I 1980- og 90 -årene delte en gjerne de somatiske sykehusene inn i tre grupper:

Lokalsykehusene betjener spesifikke lokalsamfunn og kommuner, utgjør det laveste nivået av spesialisering og gir spesialisthelsetjenester for mindre alvorlige tilstander. De har gjerne akuttberedskap på tre avdelinger – en indremedisinsk, en kirurgisk og en fødeavdeling. Lokalsykehusene utfører også radiologiske tjenester og laboratorietjenester.

Sentralsykehusene er større institusjoner som gjerne har et fylke som opptaksområde. Disse sykehusene tilbyr mer spesialisert behandling enn lokalsykehusene og kan ha akuttberedskap også innen grenspesialiteter.

Region- eller universitetssykehusene er høytspesialiserte sykehus som har en hel helseregion som opptaksområde. De har både lokal- og sentralsykehusfunksjoner i tillegg til høyt spesialiserte funksjoner (tredjelinjetjeneste), f.eks.: hjertekirurgi, nevrokirurgi og større traumefunksjoner. Sykehusene samarbeider med universitetene om utdanning av medisinstudenter og har omfattende forskningsaktiviteter.

Alternativet med eierskap gjennom selskaper fikk en nærmere diskusjon gjennom NOU 1999: 15 «Hvor nært skal det være?» (Sørensen-utvalget). Gjennom denne NOU-en fikk vi en nærmere beskrivelse av sykehusenes tilknytningsformer til fylkeskommunen, og av hvordan styringen under ulike tilknytningsformer kan utformes. Hovedskillet går mellom styring av sykehus som forvaltningsorganer og styring av sykehus som selskaper (egne rettssubjekter), jf. diskusjonen i kapittel 1.

De politisk-demokratiske styringsmulighetene er ulike i disse to modellene og betegnes henholdsvis som etatsstyring (forvaltningsmodellen) og eierstyring (selskapsmodellen), se NOU 1999:15, kapittel 4. Etatsstyring gir mulighet til å styre alle sider ved en virksomhet, også den løpende driften. I praksis kan det også innenfor forvaltningsorganmodellen legges rammer for hvilke sider av sykehuset som skal underlegges politisk-demokratisk styring. Etatsstyring kan for eksempel utformes i et målstyringsperspektiv. Da utøver fylkeskommunen/staten den strategiske styringen av virksomheten ved å klargjøre og tydeliggjøre overordnede mål, bestemme hvilke rammer virksomheten skal virke innenfor, vedta hovedprioriteringer og stille resultatkrav. Innenfor rammen av disse beslutningene får virksomhetsledelsen et helhetlig ansvar for hvordan driften gjennomføres. Samtidig vil det ikke være noen garanti for at overordnet myndighet ikke likevel utøver løpende styring av virksomheten. Dette følger særlig av det helhetlige politiske og juridiske ansvaret overordnet myndighet har for virksomheten.

Dersom en virksomhet er organisert som selskap, må styringen utøves gjennom eierposisjonen. Muligheten for å styre alle sider av virksomheten vil da reduseres som følge av de formelle kravene som stilles i utøvelsen av styringen. I praksis betyr dette at den politisk-demokratiske styringen skjer gjennom formelle styringskrav, ofte formulert i oppdragsdokumenter, og gjennom formelle vedtak i selskapenes styre.

I tillegg til styringsmulighetene som ligger i etatsstyring og eierstyring, kan kontraktstyring nyttes. Ved kontraktstyring fokuseres det på at det aktuelle offentlige organet (fylkeskommunen/stat) disponerer de økonomiske ressursene som det offentlige har avsatt til helsetjenester. Med basis i disse midlene inngås det så kontrakter med sykehusene.

Et bredt flertall i utvalget som utredet sykehusenes tilknytningsformer, gikk inn for å stille fylkeskommunene fritt i valget mellom forvaltningsorganmodellen og selskapsmodellen. Dette ble fulgt opp av Bondevik I-regjeringen

(Ot.prp. nr. 25 (1999–2000)) og fikk gjennomslag i Stortinget. To av fylkeskommunene, Buskerud og Møre og Romsdal, innførte selskapsmodeller på slutten av 1990-tallet.

Som vi har sett så langt i dette kapittelet, skjedde en regionalisering av sykehustjenestene fra midten av 1970-tallet. Dette må tolkes som at fylkeskommunene den gang var for små til å tilby et komplett tilbud av spesialisthelsetjenester til befolkningen. Behovet for regional samordning økte i løpet av 1990-årene, som følge av store kapitalbehov i regionsykehusene. I løpet av 1990-årene ble det også gjentatte diskusjoner om sykehusenes tilknytningsformer, og det ble argumentert for større grad av fristilling gjennom selskapsdannelser. Både regionalisering og selskapsorganisering var sentrale elementer i styringsmodellen som ble etablert da staten overtok sykehusene fra fylkeskommunene.

Det var imidlertid ikke disse forholdene ved organiseringen som var den utløsende årsaken til sykehusreformen av 2002, men styringsmessige problemer som oppstod i etterkant av innføringen av innsatsstyrt finansiering. Før vi går inn på de forholdene, skal vi introdusere et annet element som var et viktig debatttema i 1990-årene – fritt sykehusvalg.

9.3 Fritt sykehusvalg/rett til valg av behandlingssted

Spørsmålet om fritt valg av behandlingssted/fritt sykehusvalg ble først reist av forbrukermyndighetene midt på 1980-tallet. De var opptatt av pasientenes valgfrihet, og trakk fram helsesektoren som ett av flere områder der valgfriheten burde økes. Etter en periode med økende politisk interesse for temaet ble det satt ned et offentlig utredningsutvalg som gikk gjennom pasientrettighetene, blant annet mulighetene for å velge sykehus (NOU 1992:8). Utredningen ble fulgt opp av stortingsmeldingen «Samarbeid og styring» og et pilotprosjekt med fritt sykehusvalg for somatiske helsetjenester i Helseregion II i perioden 1994–1996. Helseregion II omfattet Agder-fylkene, Telemark, Vestfold, Buskerud og deler av Akershus. Et par år senere, blant annet på bakgrunn av erfaringene fra pilotprosjektet, foreslo Bondevik I-regjeringen

(KrF, Sp, V) en egen lov om pasientrettigheter, hvor fritt sykehusvalg var en viktig del. Pasientrettighetsloven trådte i kraft 1. januar 2001.

Etter at ordningen i første omgang kun omfattet somatiske pasienter, ble fritt sykehusvalg av BondevikII-regjeringen (H, KrF, V) utvidet til også å omfatte pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien fra 2003 og pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2004. Samme år fikk pasientene også en formell rett til å velge behandling hos private institusjoner som hadde en kontrakt (avtale) med de regionale helseforetakene. I praksis hadde imidlertid privat sykehusbehandling vært omfattet av ordningen også tidligere, dersom disse sykehusene hadde avtale med fylkeskommunene eller (fra 2002) med de regionale helseforetakene. Det var et krav i denne fasen at vurderingen av pasientene skulle skje ved offentlige sykehus, mens selve behandlingen også kunne skje ved et privat sykehus.

Ordningen ga altså pasienter rett til å velge mellom behandlingssteder som eies av eller har avtale med et regionalt helseforetak. Ordningen gjaldt i hele landet og for alle typer tjenester som tilbys av den offentlige helsetjenesten. Formålet med ordningen var å sikre valgfrihet og medbestemmelse for pasienten, å bidra til lik tilgang på helsetjenester og å bidra til bedre utnyttelse av ressurser og kapasitet i spesialisthelsetjenesten.

Retten til valg av behandlingssted er nært forbundet med tre andre ordninger og prosesser i spesialisthelsetjenesten:

- Anbudsprosessen der de regionale helseforetakene inngår kontrakter med de private sykehusene og godkjenner disse institusjonene (se kapittel 11).
- Ordningen der pasientene henter informasjon om variasjoner i ventetider mellom sykehusene (ventetider for utredning og behandling på Helsenorge).
- Prosessen og kriteriene for innvilgelse av rett til behandling og tilhørende behandlingsfrister.

Retten til valg av behandlingssted er regulert gjennom pasient- og brukerrettighetsloven. Loven gir pasienten rett til å velge behandlingssted på to stadier i behandlingsforløpet. For det første har pasienten rett til å velge hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen fra fastlegen skal sendes til og vurderes ved. Valgretten omfatter bare virksomheter som har rett til å tildele

pasient- og brukerrettigheter. Det vil si virksomheter som er godkjent av det offentlige (som regel et regionalt helseforetak) for å kunne vurdere henvisningen og gi pasienten en formell rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og en individuell juridisk frist for når behandlingen skal skje.

For det andre: Dersom pasienten får innvilget rett til helsehjelp, har pasienten også rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelpen skal ytes. Om pasienten får rett til helsehjelp, bestemmes av pasientens behov, om pasienten har nytte av helsehjelpen, og om kostnaden står i rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen. Valg av behandlingssted omfatter alle offentlige virksomheter og private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak.

Retten til valg av behandlingssted gjelder for pasienter som skal ha planlagt behandling. Ved akutte behandlinger bestemmes behandlingsstedet av avstanden til nærmeste akutt sykehus og om akutt sykehuset har de nødvendige tjenestene. Eksempelvis vil en pasient med et enkelt brudd i en arm som regel behandles ved et lokalsykehus, mens pasienten blir sendt til et regionsykehus ved for eksempel hjerteinfarkt, slag eller større skader.

Det er to unntak fra regelen om fritt valg av behandlingssted. For det første gjelder retten ikke ved tvangsinnleggelser i psykisk helsevern og rusbehandling. For det andre kan sykehusene avvise pasienter fra andre bostedsregioner som benytter retten til fritt sykehusvalg når de av kapasitetsmangel må prioritere pasienter fra egen bostedsregion.

Fra 2015 utvidet Solberg-regjeringen (FrP, H) ordningen med fritt sykehusvalg til det som ble kalt fritt behandlingsvalg. Fritt behandlingsvalg innebar at pasientens valgrett ble utvidet til også å omfatte private institusjoner som var godkjent for å levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Disse kom dermed i tillegg til offentlige institusjoner og private institusjoner som var eid av eller hadde inngått avtale med et regionalt helseforetak etter anbudsprosesser. Selve godkjenningen av disse institusjonene ble lagt til Helfo. Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg ble avviklet av Støre-regjeringen (AP, SP) fra 1. januar 2023. Samtidig ble navnet på fritt sykehusvalgsordningen endret til «valg av behandlingssted» for å synliggjøre at pasientens rett til å velge knytter seg til hvor behandlingen skal skje, ikke hvilken behandling pasienten skal tilbys.

9.4 Sykehusreformen av 2002

De lange ventetidene til planlagt behandling var et sentralt politisk tema på slutten av 1980-tallet og i 1990-årene (NOU 1987: 25, St.meld. nr. 50 (1993–1994)). På begynnelsen av 1990-tallet ble det innført en ventetidsgaranti som, sammen med økte budsjetter, skulle redusere problemet. Det sterkeste virkemidlet som ble innført, var imidlertid innsatsstyrt finansiering (ISF) fra 1. juli 1997 (se nærmere beskrivelse i kapittel 10). Innføringen av ISF førte til økning i antall behandlede pasienter. For eksempel var det en gjennomsnittlig årlig økning på 3,2 % i sykehusaktivitet for inneliggende pasienter fra 1997 til 2000, sammenliknet med gjennomsnittlig vekst på rundt 2 % fra 1992 til 1996 (Biørn mfl., 2003). Aktivitetsøkningen hadde sin bakgrunn i flere forhold: økning i teknisk effektivitet på 2 % på grunn av ISF-reformen, økte bevilgninger til sykehussektoren og underskuddsoppbygging i sykehus og fylkeskommuner.

Innføring av ISF fikk imidlertid noen effekter som ble betegnet som dysfunksjonelle for systemet (Hagen & Kaarbøe, 2006). For det første ble fylkeskommunene mer økonomisk avhengige av statlige øremerkede bevilgninger. Andelen av sykehusenes utgifter som kom fra fylkeskommunenes «frie inntekter» falt fra 72 % i 1996 til mindre enn 44 % i 2001. For det andre, siden ISF ikke dekket marginale kostnader (bare 40–50 % av den standard nasjonale kostnaden per DRG-poeng ble faktisk refundert), førte økt produksjon til underskudd og krav om tilleggsbevilgninger fra staten. Tilleggsbevilgninger ble gitt, men styringssystemet ble på denne måten lite transparent. Var det staten gjennom innføring av ISF som hadde ansvaret for de store underskuddene, eller var det fylkeskommunene som ikke klarte å styre aktiviteten som var ansvarlig?

Etter at Stoltenberg I-regjeringen (AP) kom til makten våren 2000, startet arbeidet med den statlige overtakelsen av sykehusene. Den utløsende årsaken var helt klart den ansvarsuklarhet som var skapt av innføringen av innsatsstyrt finansiering, eller som Helseminister Tore Tønne (AP) konkluderte:

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

Statsråd Tore Tønne (AP), 3. april 2001, Politeknisk forening

I tillegg til de styringsmessige problemene skapt av ISF, var behovet for bedre regional samordning et viktig argument for den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenestene.

Det var fire hovedelementer i forslaget til ny sykehuslov (Ot.prp. nr. 66 (2000–2001)):

- For det første skulle staten overta ansvaret for alle offentlige sykehus og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Omtrent 100 000 ansatte eller 60 000 årsverk og 60 % av fylkeskommunenes budsjetter ble følgelig overført fra fylkene til staten. Primærhelsetjenesten ble ikke berørt.
- For det andre ble helseministeren gitt ansvaret for den overordnede generelle ledelsen av spesialisthelsetjenesten. Sykehusene skulle finansieres av generelle skatter, og helseministeren skulle stå som garantist for sykehusene i tilfelle konkurs.
- For det tredje opprettholdt staten de fem helseregionene opprettet i 1974 som den organisatoriske enheten for koordinering og styring. Dette innebar at de nye organisasjonene ville starte med oppdaterte beskrivelser av tilbud og etterspørsel, og med ferdige planer for omstrukturering. Regioninndelingen ble endret fra 2007 da Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen (Figur 9.1).
- Det siste elementet i reformen innebar at både helseregionene og sykehusene ble organisert som helseforetak, dvs. egne rettssubjekter med ansvar for personell og kapital.

Reformen ble vedtatt med stemmene fra AP, Fremskrittspartiet og Høyre.

Et viktig spørsmål de regionale helseforetakene (RHF-ene) tidlig måtte ta stilling til, var organiseringen av forholdet mellom RHF-ene og helseforetakene (Nerland, 2007). Skulle man benytte en bestiller-utfører-modell eller en hierarkisk styringsmodell mellom RHF-ene og helseforetakene? Bestiller-utfører-modellen innebar konkurranse mellom sykehusene om kontrakter med RHF-ene. Sykehusene som ga det beste tilbudet av pris og kvalitet, gikk seirende ut av konkurransen og fikk økt sin andel av det planlagte behandlingsvolumet innen det enkelte RHF. Den hierarkiske modellen innebar at sykehusene ble integrert gjennom store enheter (foretak). Også ved denne modellen hadde man mål om effektivitets- og kvalitetsgevinster, men ved denne organiseringen skulle de hentes ut gjennom spesialisering og stordrift.

De to modellene ble diskutert i alle RHF-ene, og alle valgte den siste modellen (Nerland, 2007). Hierarkisk styring ble dermed valgt foran den markedsbaserte modellen. Man kan forstå valget med utgangspunkt i transaksjonskostnadsanalyse (Williamson, 1985). Kostnadene forbundet med å gjennomføre konkurranseutsetting er høye på grunn av mangel på informasjon om kvalitet og fordelingseffekter. Særlig kvalitetsproblemet er betydelig, og informasjons- og kontrollbehovene kan lett bli så store at kostnadsøkningen ved disse aktivitetene overgår eventuelle kostnadsgevinster hentet ut ved konkurranse.

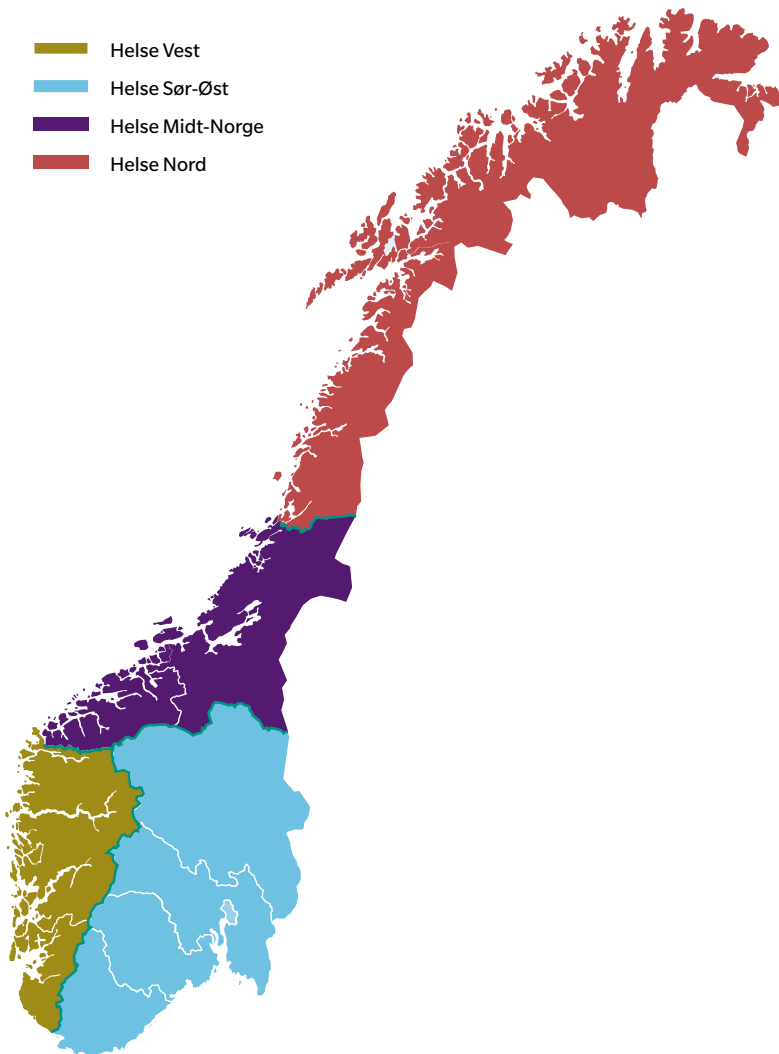
Valgene man gjorde i 2002 og 2003, ser vi konsekvensene av i dag. Sykehusene innen et helseforetak spesialiseres, blant annet ved at akuttberedskap og kostnadskrevende prosedyrer sentraliseres. Modellen har dermed ledet til spesialisering mellom sykehusene. Spesialiseringen gjør at det vanskelig å gå over til en bestiller-utfører-modell i framtiden, fordi det nå er i ferd med å bli etablert lokale monopoler.

De regionale helseforetakene (RHF-ene) er organisert direkte under Helse- og omsorgsdepartementet og blir styrt gjennom styrer oppnevnt av departementet. Helse- og omsorgsdepartementet styrer videre de regionale helseforetakene gjennom lover, vedtekter, foretaksmøter og oppdragsdokumenter:

- Gjennom foretaksmøtet fattes beslutninger som er av vesentlig betydning for RHF-et, for eksempel om låneopptak og større investeringer.
- Gjennom oppdragsdokumentene stiller Helse- og omsorgsdepartementet krav om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende året. Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene gis normalt ut én gang per år, like etter at beslutningen om neste års statsbudsjett foreligger i Stortinget.

Figur 9.1

Regionale helseforetak 2007–



Under RHF-ene er alle offentlige sykehus og klinikker organisert som helseforetak (HF). Sykehuset Innlandet HF har for eksempel eieransvaret for pre-hospitale tjenester, som ambulanse, og for alle somatiske og psykiatriske sykehus og klinikker som er offentlige i Innlandet fylke. RHF-ene har også ansvar for å inngå avtaler med private, ikke-kommersielle sykehus, som for

eksempel Haraldsplass diakonale sykehus (Bergen) og Lovisenberg sykehus (Oslo). I tillegg har de ansvar for å inngå kontrakter med kommersielle sykehus, gjerne etter bruk av anbudskonkurranse (mer om dette i kapittel 10). Tabell gir oversikt over helseforetakene per 31.12.2023.

De fleste helseforetakene organiserer sykehus med behandlingsansvar. Tre av RHF-ene har organisert sykehusapotekene i egne foretak, og tre av RHF-ene har organisert drift og utvikling av IT-systemene som egne helseforetak (Sykehuspartner, Hemit og Helse Nord IKT).

Det eksisterer også fem helseforetak som eies i fellesskap av de fire RHF-ene: - Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett, som benyttes av akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK), legevaktsentraler (LVS) og akuttmottak (AM). - Luftambulansetjenesten, som har ansvaret for den flyoperative delen av ambulansetjenesten i Norge. Tjenesten driver egne fly og helikoptre og baser for disse tjenestene, og kjøper i tillegg tjenester fra private leverandører. - Sykehusbygg, som er et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og -bygging. - Sykehusinnkjøp, som har som formål å forvalte felles innkjøpsavtaler for alle helseforetak, for eksempel når det gjelder innkjøp av utstyr og medikamenter. - Pasientreiser, som har ansvaret for pasientreiser som ikke rekvireres av sykehusene, dvs. reiser der pasienten selv tar initiativ til reise (det kan f.eks. være tilfeller der pasienten benyttet mulighetene som ligger i ordningen for valg av behandlingssted).

Tabell 9.3

Helseforetak per 31.12.2023

Region	Helseforetak
Helse Sør-Øst RHF	Akershus universitetssykehus HF
	Oslo universitetssykehus HF
	Sunnaas sykehus HF
	Sykehusapotekene HF
	Sykehuspartner HF
	Sykehuset Innlandet HF
	Sykehuset Telemark HF
	Sykehuset i Vestfold HF
	Sykehuset Østfold HF
	Sørlandet sykehus HF
	Vestre Viken HF

Region	Helseforetak
Helse Vest RHF	Helse Bergen HF Helse Fonna HF Helse Førde HF Helse Stavanger HF Sjuehusapoteka Vest HF
Helse Midt-Norge RHF	Hemit HF Helse Møre og Romsdal HF Helse Nord-Trøndelag HF St. Olavs hospital HF Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
Helse Nord RHF	Helgelandssykehuset HF Finnmarkssykehuset HF Nordlandssykehuset HF Sykehusapotek Nord HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF Helse Nord IKT HF
Felleseide helseforetak	Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF Luftambulansetjenesten HF Sykehusbygg HF Sykehusinnkjøp HF Pasientreiser HF

9.5 Oppsummering

Kapittelet beskriver den omfattende transformasjonen av norsk sykehusorganisering, fra frivillig/kommunal drift til dagens statlige helseforetaksmodell.

De første moderne sykehusene ble etablert på 1800-tallet av kommuner, humanitære organisasjoner og private bedrifter. I 1950 var hver femte sykehus-seng privat eid. Gjennom Sykehusloven av 1969 overtok fylkeskommunene ansvaret for sykehusene som del av den «offentlige revolusjon» på 1960-tallet.

Stortingsmelding nr. 9 (1974–75) foreslo etablering av fem helseregioner med hvert sitt regionsykehus for å rette opp geografiske ulikheter. Samtidig ble det foreslått å innføre rammefinansiering i stedet for kurpengesystemet for bedre kostnadskontroll. Overgangen til rammefinansiering skjedde fra 1980.

Eilertsen-utvalget (1987) og Hellandsvikutvalget (1995) diskuterte eierskap og organisering uten å komme til enighet. Sørensen-utvalget (1999)

beskrev forskjellene mellom forvaltningsorganmodellen og selskapsmodellen, hvor sistnevnte ga større fristilling fra politisk styring.

Pasientene fikk etter hvert rett til å velge behandlingssted. En kan velge mellom offentlige sykehus og private sykehus med avtale med de regionale helseforetakene.

Innføringen av innsatsstyrt finansiering (1997) skapte styringsmessige problemer, med ansvarsuklarhet mellom stat og fylker. Dette bidro til at staten overtok alle sykehus i 2002 og organiserte dem i fem (senere redusert til fire) regionale helseforetak (RHF) som eier underliggende helseforetak (HF). RHF-ene valgte hierarkisk styring fremfor bestiller-utfører-modeller, noe som har ført til spesialisering og utvikling av lokale monopoler.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 9

1. Analyser argumentene for og mot fylkeskommunalt versus statlig eierskap av sykehus som ble diskutert av Eilertsen-utvalget og Hellandsvikutvalget.
2. Sammenlign etatsstyring, eierstyring og kontraktstyring som styringsformer for sykehus. Hvilke fordeler og ulemper har hver modell?
3. Analyser hvordan innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997 skapte styringsmessige problemer som førte til sykehusreformen i 2002. Hva var kjernen i «ansvarsuklarheten»?
4. Diskuter hvorfor alle RHF-ene valgte hierarkisk styring fremfor bestiller-utfører-modeller etter 2002.
5. Vurder konsekvensene av spesialiseringen som har funnet sted innenfor helseforetakene. Hvilke fordeler og ulemper har dette skapt, og hvordan påvirker det fremtidige organisasjonsvalg?
6. Analyser tabell 9.1 som viser sykehusstrukturen i Oslo i 1965. Hva forteller dette om endringene i balansen mellom offentlige og private aktører i norsk sykehussektor?
7. Kritisk vurdering: Har sykehusreformen av 2002 løst de problemene den var ment å adressere? Diskuter både styringsmessige gevinster og eventuelle nye utfordringer som har oppstått.

