

Hagen, T. P. (2026). Helseforetaksmodellen og «sørge for»-ansvaret. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 253–268). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180911>

11

Helseforetaksmodellen og «sørge for»-ansvaret

Terje P. Hagen

Helseforetaksmodellen som ble etablert i 2002, er ofte utsatt for kritikk. Dette gjelder særlig på to områder: manglende politisk styring og manglende åpenhet (Slagstad, 2017). I dette kapitlet gjør vi nærmere rede for hvordan den statlige styringen av de regionale helseforetakene (RHF-ene) formelt sett skjer (11.1). Begrepene oppdragsdokument, lovstyring, bevilgningsstyring og eierstyring er her sentrale. Eierstyringen skjer gjennom foretaksmøtet og RHF-enes styrer.

RHF-ene har et såkalt «sørge for»-ansvar som innebærer at de er ansvarlige for å tilby nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen i sitt opp-taksområde. RHF-ene iverksetter «sørge for»-ansvaret gjennom helseforetakene de eier og gjennom avtaler med private leverandører. I de følgende delkapitlene gjør vi rede for hvordan HF-ene utfører sin styring overfor disse leverandørene av tjenester. Et sentralt element i styringen av helseforetakene er RHF-enes inntektsfordelingsmodeller (11.2). Dette er modeller som har sterke likhetstrekk med statens inntektsfordelingsmodeller overfor RHF-ene, men som er langt mer finmaskede. Logikken er imidlertid den samme – RHF-ene kompenserer helseforetakene for variasjoner i kostnader og behov.

RHF-ene inngår videre avtaler med fire typer private leverandører (11.3): private sykehus med befolkningsansvar, private kommersielle sykehus, avtale-spesialister og private leverandører innen psykisk helsevern og rusbehandling. Et særlig interessant fenomen er bruken av anbudskonkurranser overfor de private kommersielle sykehusene (11.4).

11.1 De regionale helseforetakene

Dagens modell for organisering av spesialisthelsetjenestene ble, som vi har sett, etablert fra og med januar 2002. Staten tok da over eierskapet for sykehusene og andre offentlige institusjoner som drev spesialisthelsetjenester fra fylkeskommunene og organiserte tjenestene underlagt fem, fra 2007 redusert til fire regionale helseforetak (RHF):

- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF

- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF

I 2024 ble det bestemt at RHF-ene skal kalles helseregioner; Helseregion Nord, Helseregion Vest, osv. Det ble videre bestemt at helseforetakene, som er organisasjonene som har det løpende ansvaret for tjenesteproduksjonen, skulle kalles sykehus (Innst. 387 S (2023–2024)). Endringene vil trolig tre i kraft fra 2026 eller 2027. Navneendringene innebærer imidlertid ingen endringer i prinsippene for styring. Vi benytter foreløpig de «gamle» navnene da disse er godt innarbeidet.

Lovstyring, bevilgningsstyring og eierstyring

Hvordan skjer styringen av sykehusene med foretaksmodellen? Stortinget styrer for det første gjennom å vedta reglene i helselovgivningen og andre lover (*lovstyring*). Den mer detaljerte styringen gjennom forskrifter er overlatt til Helsedepartementet, eventuelt Kongen i statsråd, samt gjennom myndighetskrav, herunder veiledere og retningslinjer utarbeidet av blant annet Helsedirektoratet. Eksempler på styring gjennom lov gjelder f.eks. pasientenes rett til nødvendig helsehjelp.

Staten har videre ansvar for å finansiere spesialisthelsetjenesten (*bevilgningsstyring*). Stortinget gjør årlige vedtak om størrelsen på bevilgningene til de fire regionale helseforetakene, herunder andelen aktivitetsbasert finansiering for de somatiske sykehusene. Stortinget kan også stille vilkår til bevilgningene, for eksempel ved å kreve at bestemte sykehus eller funksjoner ved sykehusene skal opprettholdes. Videre vedtar Stortinget lånetilsagn til store investeringer, som nye sykehusbygg. Den helsepolitiske «bestillingen» og tildelingen av midler skjer i hovedsak gjennom de årlige oppdragsdokumentene fra departementet. Her videreføres Stortingets vilkår overfor foretakene, og departementet kan stille ytterligere vilkår, for eksempel ved fastsetting av bestemte mål.

Oppdragsdokumentet for Helse Nord (2024)

Her er et lite utdrag fra oppdragsdokumentet til Helse Nord for 2024:

Kvalitative mål:

- Ansatte i spesialisthelsetjenesten skal oppleve det som trygt å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakenes system

og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader.

Indikatorer:

- Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderer pasienter i 2024 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2023, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.
- Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie, samt jordmødre skal økes sammenlignet med 2023.

Oppdrag 2024:

- Helse Nord RHF skal utarbeide oversikt over framtidig behov for legespesialister sett i lys av faglig utvikling, oppgavedeling og avgang i tjenesten, jf. også oppdrag i 2023 om å utarbeide nasjonale oversikter på personellområdet. På dette grunnlaget skal Helse Nord RHF særlig vurdere behovet for å opprette LIS-stillinger i breddespesialiteter som generell kirurgi og indremedisin. Vurderingene av framtidig behov for legespesialister skal oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. oktober 2024.
- De regionale helseforetakene skal kartlegge muligheter for kombinerte stillinger i samarbeid med helseforetak og kommuner, særlig innen svangerskap-, føde- og barselomsorgen og psykisk helse.

Eierstyring utøves gjennom oppnevning av styrer og vedtak i foretaksmøtene i regionale helseforetak. Departementet fører også tilsyn med at virksomheten drives i tråd med vilkår i oppdragsdokumentet og vedtak i foretaksmøter. Eierstyringen kan være ganske detaljert.

Nærmere om eierstyringen

Foretaksmøtet er foretakets øverste styringsorgan, både på regionalt og lokalt nivå. I de regionale helseforetakene utgjør Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråden foretaksmøtet. Statsråden har altså all makt i dette organet.

I helseforetakene er det styret for det regionale helseforetaket som utgjør foretaksmøtet. I praksis vil styrelederen for RHF-et lede foretaksmøtene i helseforetakene. Foretaksmøtet har all myndighet både på regionalt nivå og på helseforetaksnivå, og kan instruere styret i alle saker. Foretaksmøtet kan også omgjøre styrets beslutninger, noe som har skjedd f.eks. i lokaliseringsspørsmål.

Hvert RHF har et eget styre oppnevnt av helse- og omsorgsministeren. Styrene i helseregionene er helse- og omsorgsministerens redskap for

å gjennomføre regjeringens helsepolitikk. På samme måte har helseforetakene egne styrer, som er RHF-ets redskap for å gjennomføre deres politikk. Styrenes ansvar er forvaltning av foretaket i vid forstand og å føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med lover og forskrifter. Styrene har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med den nasjonale helsepolitikken, og for at foretakets samlede ressurser brukes på beste måte for å oppfylle virksomhetens formål.

Styrenes form

Etter helseforetaksreformen i 2002 har to forhold ved styrene vært diskutert.

Det første spørsmålet gjelder om styremedlemmene skal være aktive politikere. Dette kravet ble fjernet av regjeringen Solberg (H, FrP) ved valget av nye styrer i 2014. Begrunnelsen var at den stadig sterkere politiseringen av styrene hadde gått på bekostning av rekrutteringen av personer med bakgrunn og kompetanse som er viktig for å løse de oppgavene og utfordringene de regionale helseforetakene og helseforetakene står overfor. Videre ble det framhevet at størrelsen på styrene i flere sammenhenger hadde vært til hinder for gode prosesser og grundige diskusjoner. Styrene for de regionale helseforetakene ble så redusert til inntil ti medlemmer, hvorav inntil sju medlemmer er oppnevnt av eier.

Det andre spørsmålet gjaldt om styremøtene skulle være åpne. Her har hovedregelen vært at møtene skal være åpne, men at møtene kan lukkes av personvern-hensyn, av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltningen til foretaket og i saker som gjelder offentlige anskaffelser.

Både RHF-ene og helseforetakene skal ha en daglig leder, en administrerende direktør. Daglig leder har ansvar for den daglige driften av virksomheten innenfor rammen av styrets instruksjon. Styret skal fastsette instruks for stilingen og føre tilsyn med daglig leder.

Dette betyr at den demokratiske styringen formelt sett skjer i en rett linje fra Helse- og omsorgsministeren og nedover i systemet. Ved innføringen av helseforetaksmodellen i 2002 ble det forutsatt at eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold. Dette ble blant annet beskrevet slik på side 42 i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001): «En av reformens sentrale intensjoner er å gi de regionale helseforetakene betydelige frihetsgrader i sin daglige drift, samtidig som det skal legges til rette for at sentrale, nasjonale helsepolitiske målsettinger oppfylles.»

Betyr dette at helseministeren «abdiserer»? Graden av politisk styring vil i høy grad være betinget av den parlamentariske situasjonen. Generelt gjelder

det at styringen fra statsråden blir sterkere i perioder med mindretallsregjeringer enn i perioder med flertallsregjeringer. Samtidig er det slik at en del viktige saker ikke kan avgjøres av styret for de regionale helseforetakene. Disse sakene undergis politisk behandling og avgjøres derfor av departementet (statsråden) i foretaksmøtet. Dette gjelder saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet, og som kan ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Følgende eksempler er gitt i helseforetaksloven § 30: vedtak om nedleggelse av sykehus, omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen, omfattende endringer i tjenestetilbudet, vedtak om endringer i antallet helseforetak i helseregionen og vedtak om endringer i opptaksområdet for helseforetak.

En gjennomgang av protokoller fra foretaksmøter i regionale helseforetak viser at det i noen tilfeller fattes vedtak som kan henføres til helseforetaksloven § 30 (se NOU 2016:25). Som eksempler nevnes omorganisering av fødselsomsorgen i flere regioner, avvikling av sengeposten ved Sørlandet sykehus avdeling Farsund, omstilling i Helse Sør-Øst RHF («hovedstadsprosessen»), bruk av Aker sykehus som samhandlingsarena, funksjons- og oppgavefordeling mellom lokalsykehus i Helse Førde HF, sammenslåing av helseforetakene i Møre og Romsdal, anmodning om at utviklingsplan for sykehusene i Møre og Romsdal bør drøfte alternativer med både ett og to sykehus for Romsdal og Nordmøre, og avvikling av akuttfunksjoner i Kragerø og på Rjukan. Dette er i hovedsak spørsmål som angår funksjonsfordelingen mellom sykehusene.

De regionale helseforetakenes funksjon og oppgaver

Det regionale helseforetaket har ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd ansvaret for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste, inklusive rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp. Dette omtales ofte som «sørge-for»-ansvaret og er parallelt med det som gjelder for kommunene. Sørg-for-ansvaret kan oppfylles ved at det regionale helseforetaket selv tilbyr tjenestene gjennom sine egne helseforetak/sykehus, eller ved at en kjøper tjenester fra private tjenesteytere, institusjoner og privatpraktiserende spesialister.

I praksis delegerer de regionale helseforetakene selve tjenesteproduksjonen til helseforetakene (sørg-for-ansvaret kan ikke delegeres). RHF-enes styring av helseforetakene skjer i prinsippet på samme måten som departementet styrer RHF-ene. Unntaket er at RHF-ene ikke styrer ved å gi lover

eller forskrifter. Styringen skjer som bevilgningsstyring og/eller eierstyring. Særlig er bevilgningsstyringen av helseforetakene vesentlig mer detaljert enn bevilgningsstyringen mellom departementet og RHF-ene. I det følgende går vi gjennom det største regionale helseforetakets (Helse sør-øst) inntektsfordelingsmodell.

11.2 Regionale inntektsfordelingsmodeller

Inntektene til de regionale helseforetakene, som igjen fordeles ut til helseforetak og sykehus internt i regionene, kan overordnet inndeles i en basisramme og aktivitetsbaserte inntekter. Med regionale inntektsfordelingsmodeller menes økonomiske modeller som fordeler basisrammen i de regionale helseforetakene til helseforetak og sykehus med definerte opptaksområder.

I den regionale inntektsfordelingsmodellen i Helse sør-øst RHF (HSØ), som vi skal se nærmere på her, fordeles ressursene først til fire ulike modellementer – somatikk, psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), prehospitale tjenester og forskning. Den relative fordelingen av inntekter mellom tjenesteområdene i inntektsmodellen gjenspeiler hvordan kostnadene historisk har fordelt seg. Både i dagens nasjonale inntektsmodell og inntektsmodellen i HSØ består hvert modelement i hovedsak av tre komponenter:

- en kostnadskomponent som kompenserer opptaksområdene for ufor skylde merkostnader i pasientbehandlingen,
- en behovskomponent som fordeler inntekter ut fra befolkningens behov, og
- en mobilitetskomponent som gir økonomisk kompensasjon for behandling utført for pasienter tilhørende andre opptaksområder.

Innenfor hvert tjenesteområde vil først størrelsen og fordelingen av kostnadskomponenten bestemmes, og det resterende vil deretter fordeles i behovskomponenten. Til slutt gjøres det en omfordeling mellom opptaksområdene basert på pasientmobilitet.

Kostnadskomponenten

Kostnadskomponenten skal kompensere for uforskyldte kostnadsulemper mellom helseforetak og sykehus. Variasjonen i kostnadsnivået mellom helseforetakene og sykehusene for somatiske tjenester i HSØ er beskrevet i Tabell 11.1. Det er betydelige forskjeller. De høyeste kostnadene finner en ved OUS og de laveste ved Sykehuset i Vestfold.

Tabell 11.1

Kostnader per DRG-poeng ved helseforetakene og sykehusene i Helse sør-øst RHF (2019)

	Kostnad per DRG-poeng
Akershus universitetssykehus HF	47 532
Sykehuset Innlandet HF	46 187
Oslo universitetssykehus HF	57 317
Diakonhjemmet Sykehus	50 159
Lovisenberg Diakonale Sykehus	47 877
Sørlandet sykehus HF	49 281
Sykehuset i Telemark HF	44 975
Sykehuset i Vestfold HF	43 377
Vestre Viken HF	44 800
Sykehuset Østfold HF	48 595

I prinsippet kan en tenke seg mange variabler som påvirker kostnadsnivået i sykehusproduksjonen. Hvilke variabler som forklarer kostnadsvariasjonen, bestemmes gjennom regresjonsanalyser av nasjonale og regionale data. Variablene diskuteres og fastsettes i dialog med helseforetakene. For somatiske tjenester i HSØ ble det bestemt å kompensere for forskning (målt ved antall vitenskapelige publikasjoner – forskningspoeng), undervisningsaktiviteter (målt ved antall leger i spesialisering – LIS1) og spredtbygdhet (målt ved reiseavstander til nærmeste akuttmottak).

Behovskomponenten

På samme måte som for kostnadskomponenten kan en tenke seg mange variabler som forklarer variasjon i behov. Hvilke variabler som skal inkluderes

i den endelige modellen, bestemmes derfor gjennom regresjonsanalyser av faktisk forbruk av helsetjenester. Variasjon i faktisk forbruk av helsetjenester mellom pasienter og helseforetak forklares ved karakteristika ved pasientene, slik som alder, utdanningsnivå og sosiale og helsemessige forhold. De variablene som gir signifikante effekter, er kandidater for å inngå i kriteriesettet som til slutt benyttes til fordeling av ressurser. Tabell 11.2 viser det forventede behovet for tjenester i de ulike opptaksområdene i HSØ, basert på regionens kriteriesett.

Tabell 11.2

Behovsindekser for opptaksområdene i HSØ (2019)

Helseforetak/sykehus	Indeks
Akershus universitetssykehus	0,985
Sykehuset Innlandet HF	1,107
Oslo universitetssykehus HF	0,982
Diakonhjemmet sykehus	0,885
Lovisenberg diakonale sykehus	0,799
Sørlandet sykehus HF	1,027
Sykehuset Telemark HF	1,091
Sykehuset i Vestfold HF	1,052
Vestre Viken HF	0,983
Sykehuset Østfold HF	1,077

Gjennomsnittet for regionen er satt til 1,000. En indeksverdi på 1,077 (Østfold) betyr at behovene for somatiske helsetjenester per innbygger ligger 7,7 % over gjennomsnittet for regionen. Den høyeste indeksen finner vi i Innlandet. Hovedårsaken er en høy andel av innbyggerne i eldre aldersgrupper. Vi ser også at Lovisenberg opptaksområde har den laveste behovsindeksen. Her er hovedårsaken en relativt ung befolkning. Et interessant moment er for øvrig at Lovisenberg har en betydelig høyere behovsindeks for psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatiske tjenester. I HSØs analyser i 2019 var behovsindeksen for psykisk helsevern for Lovisenberg opptaksområde på om lag 1,30.

Mobilitetskomponenten

Mobilitetskomponenten i HSØ består av flere delelementer. De viktigste er finansiering av ordinær pasientmobilitet med 80 prosent av DRG-pris (90 prosent i Oslo-området) og et abonnement for høyspesialisert behandling.

Bakgrunnen for det siste delelementet er at Oslo universitetssykehus HF har funksjoner som utføres for hele regionen, samt nasjonale funksjoner. Bakgrunnen for en egen ordning for høyspesialisert behandling er at DRG-systemet kompenserer for kostnader for gjennomsnittspasienten i en DRG. Det er ikke egne DRG-er for all høyspesialisert behandling. Det er rimelig å anta at kostnader ved høyspesialisert behandling er høyere enn snittet i en DRG. Det skal ikke være en kostnadsulempe å ha en regional eller nasjonal funksjon. Derfor må det etableres en ordning som kompenserer for disse merkostnadene.

11.3 Avtaler med private leverandører

Avtalene de regionale helseforetakene har med de private tilbyderne, kan deles i fire grupper:

- Avtaler med private sykehus med befolkningsansvar. Disse avtalene omfatter Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus i Oslo. Dette er sykehus som i prinsippet har de samme oppgavene og funksjonene som helseforetakene, og de finansieres på samme måte som helseforetakene (altså innenfor inntektsfordelingsmodellen som er beskrevet i 11.2).
- Avtaler som er inngått med private leverandører etter anbudskonkurranser. Dette gjelder blant annet avtaler med private kommersielle sykehus om leveranser av bestemte tjenester, f.eks. dagkirurgiske inngrep (se kapittel 11.4).
- Avtaler med avtalespesialistene. Denne gruppen består av selvstendig næringsdrivende leger og psykologer som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak.

- Avtaler med private leverandører etter forhandlinger. Dette gjelder avtaler med leverandører av tjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling der anbudskonkurranser ikke er benyttet.

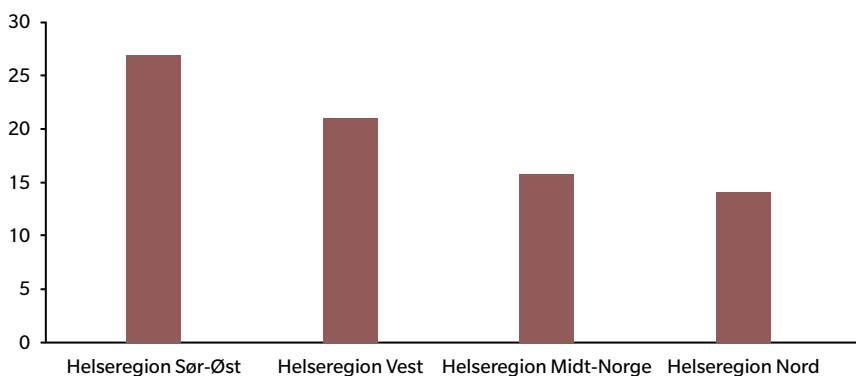
Avtalespesialistene

Avtalespesialistene er praktiserende spesialister, som regel leger eller psykologer, som har driftsavtale og får driftstilskudd fra RHF-ene. Avtalespesialister vurderer og behandler tilstander som ikke krever innleggelse, tilsvarende sykehusenes poliklinikker. De spesialistene som har avtale med RHF-ene, får refusjoner fra Helfo, noe som gjør at pasientenes egenandeler er tilsvarende som i sykehusenes poliklinikker. Avtalespesialistene kan tilby vurdering og behandling ved henvisning fra fastlegen eller annet helsepersonell med henvisningsrett. Uten henvisning gjelder ikke spesialistens driftsavtale, og pasientene må selv dekke alle kostnader ved behandlingen. Det finnes også enkelte spesialister som ikke har avtale med RHF-ene. Disse er fullt ut finansiert av pasientenes egenbetaling.

Det er en viss geografisk skjevfordeling av avtalespesialistene, som vist i figur 11.1. De fleste private avtalespesialistene har sin praksis i tettbygde strøk, hvor pasientgrunnlaget er størst.

Figur 11.1

Antall årsverk avtalespesialister per 100 000 innbyggere (2018)



Den samlede aktiviteten hos avtalespesialistene er relativt stor. I 2018 ble det gjennomført nesten 11,8 millioner polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. En fjerdedel av konsultasjonene var hos private avtalespesialister.

Private leverandører innen psykisk helsevern og avhengighetsbehandling

Psykisk helsevern og TSB omfatter spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. På dette feltet er det noe større innslag av private leverandører enn innen somatiske tjenester. I 2021 var for eksempel 10 % av døgnplassene innen psykisk helsevern i private institusjoner. Den største andelen private er innenfor rusfeltet, der over 30 % av RHF-enes utgifter dekker aktiviteter ved private avtalespesialister og institusjoner.

Til forskjell fra somatiske helsetjenester benyttes det ikke lenger anbuds-konkurranser ved innkjøp av tjenester i psykisk helsevern og TSB. Pris og kvalitet forhandles mellom de private sykehusene og RHF-ene.

11.4 Bruk av anbudskonkurranser

Akershus fylkeskommune startet med forhandlinger om prisene for tjenester kjøpt ved private kommersielle sykehus alt i 1999. Etter at staten og RHF-ene overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten, økte bruken av de private, kommersielle sykehusene som leverandører av offentlig finansierte helsetjenester.

Fra 2002 var tre reformer med på å definere hvordan elektiv dagkirurgisk virksomhet var organisert. For det første: ISF var innført fra 1. juli 1997 og ble utvidet til å omfatte private kommersielle sykehus fra 2001. Den aktivitetsbaserte komponenten i ISF var, som vi har sett, i utgangspunktet 30 %. Den ble senere økt og hadde sin høyeste andel i 2003 og 2005 med 60 %. For det andre: Fra 2002 ble det åpnet opp for at RHF-ene kunne bruke anbudskonkurranser overfor private kommersielle sykehus. Aktiviteten ved private kommersielle sykehus ble samtidig trappet opp som et ledd i strategien for å redusere ventetidene til denne typen behandling. For det tredje: Gjennom

Lov om pasientrettigheter fra 2000 ble pasientene gitt rett til fritt sykehusvalg, rett til vurdering innen 30 dager, rett til fornyet vurdering mv. Fra 2004 ble retten til fritt sykehusvalg utvidet til å omfatte private kommersielle sykehus som hadde kontrakt med de regionale helseforetakene.

Ved valg av finansieringsmodell for de private kommersielle sykehusene hadde RHF-ene i hovedsak tre alternativer: Man kunne benytte standardiserte refusjoner, for eksempel slik de var definert gjennom DRG-prisene; man kunne forhandle prisene; eller man kunne benytte anbudskonkurranser. Det fantes erfaringer fra liknende beslutningssituasjoner i andre land. I England, Danmark, Australia og New Zealand kunne pasientene i denne perioden motta behandling ved private kommersielle sykehus eller klinikker med kontrakt med offentlige forsikringsordninger, der utgiftene ble dekket fullt ut, eventuelt med unntak for en egenandel. Anbudskonkurranse og bruk av selektive kontrakter hadde imidlertid i liten grad vært benyttet. Hovedregelen var standardiserte refusjoner, mens Danmark i samme periode forhandlet prisene mellom regionene og de private sykehusene.

Effekter på prisene som betales

RHF-ene benyttet først forhandlinger, deretter anbudskonkurranse (Hagen mfl., 2018). Innføringen av anbudskonkurranse var en sterkt medvirkende årsak til at prisene som RHF-ene betalte til de private kommersielle sykehusene, ble redusert fram til 2007. Da var prisen i gjennomsnitt 55 % av DRG-pris (Figur 11.2).

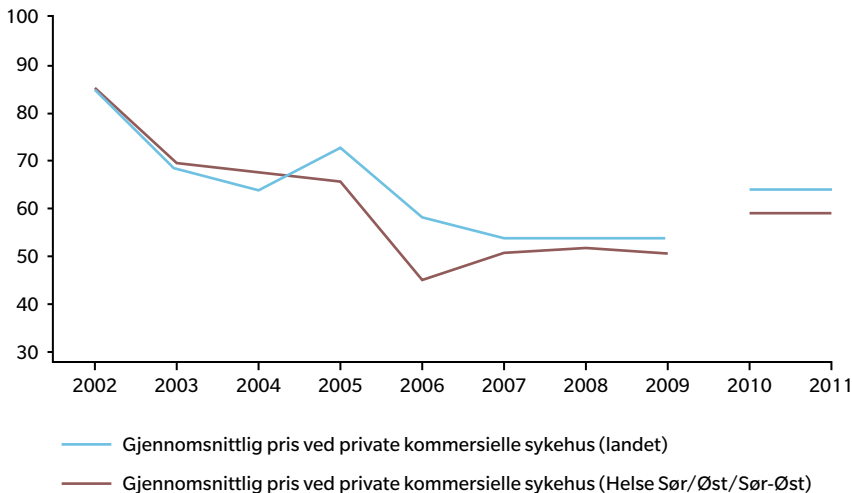
En økning i den gjennomsnittlige prisen fra 2004 til 2005 skyldtes at Helse Midt-Norge i 2005 betalte full DRG-pris (standardiserte takster) for aktiviteten ved private kommersielle sykehus. Helse Sør-Øst var den regionen som betalte de laveste prisene, i gjennomsnitt 52–53 % av DRG-pris før omleggingen av vektene for dagopphold.

Fra 2010 skiller ISF mellom vektene for innlagte pasienter og pasienter som behandles ved dagopphold. I figuren er sammenlikningen for 2010 og 2011 gjort med utgangspunkt i dagvektene. Gjennomsnittlig pris for landet var da om lag 65 % av DRG-pris, i Helse Sør-Øst om lag 60 %. Det er særlig for de ortopediske inngrepene prisene var lave. For andre typer kirurgi og for polikliniske konsultasjoner var prisene ved de private kommersielle sykehusene ikke alltid lavere enn DRG-prisen. Stikkprøver fra Helse Midt-Norge for 2013

viser at prisene for dagkirurgisk ortopedi var om lag 60 % av DRG-pris, og for andre dagkirurgiske prosedyrer om lag 70 % av DRG-pris.

Figur 11.2

Priser ved private kommersielle sykehus, 2002–2011 (prosent av nasjonale DRG-priser)



Seleksjon og kvalitet

To forhold er særlig interessante ved bruk av anbudskonkurranser og private sykehus. For det første: Skjer det seleksjon av pasienter inn til de private sykehusene? For det andre: Er kvaliteten i de private sykehusene like god som i det offentlige?

En analyse av Holom mfl. (2018) undersøker om det er forskjeller i sosioøkonomisk status og kompleksitet, målt ved komorbiditeter, mellom pasienter som ble behandlet ved offentlige og private kommersielle sykehus. Konklusjonene er at det er noen forskjeller i pasientpopulasjonen mellom de to sykehustypene. Pasienter med lavt utdanningsnivå og lav inntekt har noe lavere sannsynlighet for å bli behandlet ved private enn ved offentlige sykehus, mens det ikke ble funnet klare mønstre med hensyn til alder og kjønn. Videre hadde pasienter med komorbiditet og tidligere sykehusinnleggelse lavere sannsynlighet for behandling ved private sykehus enn ved offentlige.

Kvalitetsvariasjoner mellom private kommersielle og offentlige sykehus ble undersøkt av Holom og Hagen (2017). Kvalitet ble målt ved akutte reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning for pasienter som fikk satt inn hofte- eller kneprotese. De private sykehusene hadde de letteste pasientene (færre komorbiditeter). Justert for dette fant en ingen signifikante kvalitetsforskjeller mellom sykehustypene. En nyere analyse av Slydahl (2025), basert på pasienter som fikk satt inn hofteproteser, konkluderer med noe bedre kvalitet ved de private sykehusene sammenliknet med de offentlige sykehusene. Kvalitetsforskjellene er likevel svært små. En mulig årsak til at det kan være litt bedre kvalitet hos private, er at disse stort sett benytter meget erfarent helsepersonell.

Holom og Hagen (2017) fant også at de fleste akutte reinnleggelser, uavhengig av hvor pasienten initialt ble operert, skjedde ved de offentlige sykehusene.

11.5 Oppsummering

Kapittelet beskriver styringsstrukturen i norsk spesialisthelsetjeneste, der staten styrer fire regionale helseforetak (RHF) som igjen organiserer tjenester gjennom egne helseforetak og private leverandører.

Staten utøver kontroll gjennom tre styringsmekanismer: lovstyring (helselovgivning), bevilgningsstyring (årlige budsjetter og oppdragsdokumenter) og eierstyring (oppnevning av styrer og foretaksmøter). Helseministeren har omfattende makt gjennom foretaksmøtene. Der behandles også viktige strukturelle beslutninger (nedleggelser, store omorganiseringer) politisk etter helseforetaksloven § 30.

RHF-enes «sørge for»-ansvar innebærer ansvar for å sikre nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen i opptaksområdet, enten gjennom egne helseforetak eller private leverandører. Dette ansvaret kan ikke delegeres, men tjenesteproduksjonen kan overlates til andre.

RHF-ene bruker økonomiske modeller for å fordele midler til helseforetakene basert på tre komponenter: kostnadskomponent (kompenserer for forskjeller i produksjonskostnader, som forskning og spredtbygdhet),

behovskomponent (justerer for demografiske og sosioøkonomiske forskjeller i befolkningens behov) og mobilitetskomponent (kompenserer for pasientstrømmer mellom opptaksområder).

RHF-ene samarbeider med fire typer private aktører: private sykehus med befolkningsansvar (Diakonhjemmet og Lovisenberg), private kommersielle sykehus gjennom anbudskonkurranser, avtalespesialister (selvstendige leger/psykologer med driftsavtaler) og private leverandører innen psykisk helse og rusbehandling gjennom forhandlinger.

Bruken av anbudskonkurranser overfor private kommersielle sykehus fra 2002 førte til betydelige prisreduksjoner – ned til 55 % av DRG-priser i 2007. Studier viser at private sykehus behandler noe enklere pasienter. Etter justering for pasientsammensetningen er kvaliteten ved de private sykehusene litt bedre på noen enklere prosedyrer, men forskjellene er små.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 11

1. Analyser de tre styringsmekanismene staten bruker overfor RHF-ene (lov-, bevilgnings- og eierstyring). Hvordan sikrer denne modellen både politisk kontroll og operasjonell autonomi?
2. Diskuter spenningen mellom desentralisert drift og sentralisert styring i helseforetaksmodellen. Hvilke saker må behandles politisk etter helseforetaksloven § 30, og hvorfor?
3. Forklar hvordan den regionale inntektsfordelingsmodellen i Helse Sør-Øst fungerer. Hvorfor har ulike helseforetak så forskjellige kostnader per DRG-poeng (tabell 11.1)?
4. Analyser behovsindeksene i tabell 11.2. Hvorfor har Lovisenberg lavest indeks for somatikk, men høyest indeks for psykisk helsevern, og hva forteller dette om målgruppene?
5. Sammenlign de fire typene avtaler RHF-ene har med private leverandører. Hvilke fordeler og ulemper har hver avtaleform for RHF-ene og for pasientene?
6. Evaluer bruken av anbudskonkurranser overfor private kommersielle sykehus. Hvordan påvirket dette prisene (figur 11.5), og hvilke effekter hadde det på kvalitet og pasientseleksjon?
7. Diskuter den geografiske skjevfordelingen av avtalespesialister (figur 11.2). Hvilke konsekvenser har dette for likeverdige helsetjenester, og hvordan kan problemet adresseres?
8. Analyser hvorfor anbudskonkurranser ikke lenger brukes innen psykisk helsevern og rusbehandling. Hvilke særtrekk ved disse tjenestene gjør forhandlinger mer hensiktsmessige?
9. Vurder funnene om kvalitetsforskjeller mellom private og offentlige sykehus. Hvorfor er det viktig å justere for pasientsammensetning når man sammenlikner kvalitet?
10. Kritisk analyse: Er helseforetaksmodellen egnet for demokratisk styring av helsetjenester? Diskuter balansen mellom politisk kontroll og faglig autonomi i dagens system.

Del D

Samhandling mellom nivåene

I Norge er helsetjenestene organisert på to ulike politiske nivåer – staten har ansvaret for spesialisthelsetjenestene, og kommunene har ansvar for primærhelsetjenestene, inkludert pleie- og omsorgstjenestene. En slik organisering kan lede til utfordringer med samhandlingen. Det kan for eksempel være rasjonelt for et sykehus å skrive pasienten ut tidlig for på den måten å redusere sine utgifter i rehabiliteringsfasen. Disse utgiftene vil da falle på kommunene. Kommunene kan på sin side ha insentiver til å legge pasienter inn på sykehus uten å benytte lokale alternativer.

I kapittel 12 beskrives og analyseres disse problemene. I kapittel 13 diskuterer vi effektene av noen av forsøkene som er gjennomført for å bote på problemene.

