

«Profesjonalisme versus amatørisme»

*En studie av den sentralpolitiske styringen
med de regionale helseforetakene i perioden
2002-2012.*

Janne Skumlien Myrland



Masteroppgave
Det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2012

«Profesjonalisme versus amatørisme»

*En studie av den sentralpolitiske styringen
med de regionale helseforetakene i perioden
2002-2012.*

© Janne Skumlien Myrland

2012

«Profesjonalisme versus amatørisme»

En studie av den sentralpolitiske styringen med de regionale helseforetakene i perioden 2002-2012.

Janne Skumlien Myrland

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: CopyCat, Forskningsparken, Oslo

IV

Sammendrag

I 2002 overtok staten eieransvaret for alle sykehus og virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten. De fleste av disse hadde fra 1969 vært i fylkeskommunalt eie, og de hadde vært organisert som forvaltningsorganer. Ved den statlige overtakelsen ble det opprettet en foretaksstruktur med fem regionale helseforetak med tilsvarende organisering av sykehusene innenfor regionen. Staten ble gjennomgående eier av foretakene med fullt økonomisk ansvar, og den ble stående som garantist mot konkurs og salg av eierandeler.

Denne såkalte helseforetaksreformen er den hittil mest omfattende statlige forvaltningsreformen som har funnet sted. Reformen bygger i stor grad på nyliberalistiske tanker om fristillelse og privatisering, og den føyer seg dermed inn rekken av reformer modellert ut fra en forvaltningspolitisk bevegelse kalt New Public Management. I hovedtrekk dreier denne fristillingen seg om å profesjonalisere ledelsen og la markedskreftene bli premissgivende i drifts- og investerings spørsmål. På denne måten blir den statlige styringen begrenset. Staten skal sørge for økonomiske bevilgninger og konsentrere seg om overordnede og strategiske styrings spørsmål.

Forut for den statlige sykehusovertakelsen hadde helsesektoren bak seg en lang historie med økende spesialisering, kostnadsvekst og voksende ventelister. Etter hvert hadde det også blitt registret store forskjeller i både tjenestetilbud og ó kvalitet. Målsetningen om likeverdige og tilgjengelige tjenester var ikke godt nok oppfylt, og det presset seg frem et behov for effektiviseringstiltak i form av større grad av standardisering av tjenestene og funksjonsfordeling mellom sykehusene. For å oppnå dette, ble det viktig å gi autonomi og legitimitet til de regionale helseforetak, slik at de på en best mulig måte kunne realisere de overordnede helsepolitiske målsetningene.

Ut fra de intensjonene som lå til grunn for helseforetaksreformen, var det rimelig å anta at det med tiden ville skje en endring i den statlige rolleutøvelsen og lempolitiske detaljstyringen av helsevesenet. Imidlertid har det vist seg at den sentralpolitiske styringen med de regionale helseforetakene gradvis har tiltatt, og utviklingen avdekker med dette en repolitiseringstrend innenfor den helsepolitiske sektoren.

Parallelt med dette har også målstyringspolitikken befestet sin posisjon i løpet av perioden. Dette siste utviklingstrekket er for så vidt i tråd med intensjonene i reformen. «Mål- og resultatstyring» utgjør en viktig del av reformens arkitektur, og driver styringen i retning av bedriftsøkonomiske prinsipper og ideen om det profesjonaliserte styresettet. Imidlertid har de stadige legpolitiske gjennombruddene bidratt til å forstyrre og forsinke den politiske abdikasjonen og hindret effektiviseringspolitikken som sådan. Dette synliggjør diskrepansen mellom reformens teoretiske modell og den faktiske utviklingen gjennom de siste årene.

Foreløpig er det lite som tyder på at dragkampen og spenningen mellom «profesjonalismen» og «amatørismen» vil avta. Hvordan, og i hvilken grad, dette påvirker de fremtidige mulighetene for å opprettholde tilgjengelighetspolitikken og «gratistjenestene» innen helseområdet, er det imidlertid vanskelig å si noe om.

Forord

Historisk sett representerer statens overtakelse av sykehusene i 2002 den mest omfattende statlige forvaltningsreform fram til nå. For min del representerte reformen en overgang fra fylkeskommunalt ansatt lege på Narvik Sykehus til statlig ansatt lege i Hålogaland helseforetak.

Ved inngangen til reformen var jeg mest opptatt av de «mikroøkonomiske» implikasjonene, gjennom at jeg deltok i forhandlingene om ny hovedavtale og lønnsavtale på vegne av Yngre legers forening (YLF). Etter hvert har jeg som leder (utenfor det offentlige helsevesenet) fattet større interesse for helseforetaksreformen ut fra et makroøkonomisk og politisk perspektiv.

Det har derfor vært et privilegium å få bruke tid på å studere utviklingen av den sentralpolitiske styringen med de regionale helseforetakene gjennom reformens første dekad.

Like mye har det vært et privilegium å få arbeide under Ole Bergs entusiastiske veiledning og oppmuntring. Takk for utbytterike samtaler og diskusjoner!

For meg som vestlending (i hvert fall geografisk sett), har MHA-studiet medført mye fravær fra mine nærmeste. Med to små barn, hadde ikke et slikt «prosjekt» vært realistisk uten betydelige bidrag fra storfamilien. Takk til foreldre og svigerforeldre for barnebarn-omsorg i mitt fravær. Takk til søster og svoger for husvære i Oslo. En stor takk til Frode, mannen min, for all raushet og kjærlighet du har vist meg gjennom dette. Og til Emilie og Trygve: Jeg vet at dere har savnet mamma. Jeg skal sørge for at dere får igjen alle de tapte godnattklemmene før dere blir voksne!

Sandnes, 03.06.12

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	«Tiden er moden».....	1
2	Bakgrunn og problemstilling.....	2
2.1	Historien frem til statlig sykehusovertakelse ó spesialisering, kostnadsutvikling og tilgjengelighetspolitikk.	4
2.1.1	Den midlertidige fylkeskommunale løsning.....	5
2.2	Fra forvaltning til foretak.....	6
2.3	Intensjonene bak reformens «arkitektur» og inspirasjonen fra New Public Management.....	9
2.3.1	New Public Management.....	10
3	Materiale og metode	13
4	Presentasjon og analyser av funn.....	17
4.1	Stortingets rolle og engasjement i helsepolitiske spørsmål	17
4.1.1	Spørretimespørsmål.....	17
4.1.2	Interpellasjoner.....	19
4.1.3	Skriftlige spørsmål	21
4.1.4	Utviklingen i antallet spørsmål på summarisk basis	22
4.1.5	Spørsmålenes innhold og tematikk	24
4.2	Departementets som bestiller og oppdragsgiver for de regionale helseforetakene....	31
4.2.1	Oppdragsdokumentene	31
4.3	Departementets eierstyring	37
4.3.1	Foretaksmøtet som styringsinstrument.....	37
5	Diskusjon.....	43
5.1	Legmanns-politikkens fremmarsj.....	45
5.1.1	Målstyringspolitikk og abdikasjonspolitikk - den initiale tvetydige retorikk.....	45
5.2	Statens mange roller ó en eksersis i hattelek	47
5.3	Lokaldemokrati og distriktspolitikk	48
5.4	Avsluttende perspektiver	50
	Litteraturliste.....	52
	Vedlegg.....	55

Figur 1 Grafisk fremstilling av antall stilte spørsmål i muntlig og ordinær spørretime i Stortinget i periodene 1999-2000 til 2010-2011.	18
Figur 2 Andelen stilte spørsmål med hovedtema «helsevesen» og undertema «sykehus». Andelene er angitt i prosent av totalt stilte spørsmål i spørretimen.	19
Figur 3 Grafisk fremstilling av antall interpellasjoner i Stortinget fra perioden 1999-2000 til og med 2010-2011.	20
Figur 4 Andelen stilte interpellasjoner med hovedtema «helsevesen» og undertema «sykehus». Andelene er angitt i prosent av totalt antall interpellasjoner registrert i de aktuelle periodene. Figuren illustrerer også trendutviklingen, representert ved de to trendlinjene i diagrammet.	20
Figur 5 Grafisk fremstilling av antall skriftlige spørsmål totalt og antall skriftlige spørsmål besvart av Helse- og omsorgsdepartementet.	21
Figur 6 Skriftlige spørsmål besvart av HOD presentert som prosent andel av alle skriftlige spørsmål gjennom perioden. Trendutviklingen er illustrert med linjen i diagrammet. Loddrett akse har tall oppgitt i prosent. Vannrett akse representerer årstallet for stortingssesjonene. ...	22
Figur 7 Grafisk fremstilling av utviklingen i totalt antall stilte spørsmål sammenstilt med summen av spørsmål med hovedtema «helsevesen» og spørsmål besvart av HOD. Fremstillingen følger suksessivt stortingssesjonene gjennom perioden.	23
Figur 8 Grafisk fremstilling av andelen besvarte spørsmål med hovedtema «helsevesen» og spørsmål besvart av HOD. Loddrett akse har tall i prosent.	23
Figur 9 Utviklingen i andel spørretimespørsmål tilhørende hovedkategorien økonomi. Tallene på vertikal akse er oppgitt som prosent.	26
Figur 10 Utviklingen i andel spørretimespørsmål tilhørende hovedkategorien struktur/funksjonsfordeling. Tallene på vertikal akse er oppgitt som prosent.	28
Figur 11 Grafisk fremstilling av hovedkategorier av spørretimespørsmål, inndelt som henholdsvis «økonomi», «struktur/funksjon», «innhold/kapasitet» og «annet». Vertikal akse representerer antall spørsmål i absolutte tall.	29
Figur 12 Grafisk fremstilling av forholdet mellom «detaljerte spørsmål» og «overordnede spørsmål» fra stortingssesjon 2001-2002 til 2010-2011.	30
Figur 13 Grafisk fremstilling av kvantifiserte data fra oppdragsdokumentene til Helse Øst RHF/ Helse Sør-Øst RHF i tiden fra helseforetaksreformens implementering og frem til og med 2012.	36

1 Innledning

1.1 «Tiden er moden»

Under Arbeiderpartiets landsmøte 9.november 2000, gikk daværende helseminister Tore Tønne¹ på talerstolen og oppsummerte viktigheten av statlig overtakelse av sykehusene slik han så det. Tønne hadde overtatt som helseminister etter Dagfinn Høybråten, da Bondeviks første regjering måtte gå av på bakgrunn av den såkalte «gasskraftsaken», i mars samme år. I talen sin presenterte han fire hovedhensyn for statlig overtakelse. Det dreide seg om behovet for én hovedansvarlig eier, hensynet til verdien av likhet i tilbud om og kvaliteten på sykehustjenester, samt målet om å sikre befolkningen del i den medisinsk-teknologiske revolusjonen. I tillegg fremførte han at statlig eierskap, men ikke som forvaltning, ville gi anerkjennelse til sykehusene som komplekse kunnskapsbedrifter, forskningsenheter og tjenesteleverandører.²

«Tiden er moden ó det er utredninger nok ó og det kommer flere», slo Tønne avslutningsvis fast. Han henviste med dette, sannsynligvis, til både Hellandsvik-utvalget³ og Sørensen-utvalget⁴ som i løpet av siste halvdel av 1990-tallet hadde avlagt sine innstillinger vedrørende eierskapsspørsmålet, samt organiserings- og finansieringsforholdene i spesialisthelsetjenesten. 18. januar 2001, bare to måneder etter arbeiderpartiets landsmøte, ble det sendt ut et høringsutkast om ny helsereform og organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Høringsinstansene ble gitt 6 ukers høringsfrist før Sosial- og helsedepartementet 6. april fremmet sin tilråding til Odelstinget.⁵ 29. mai kom innstillingen fra sosialkomiteen med John Alvheim⁶ som leder. Lov om Helseforetak ble behandlet i Odelstinget 6. juni samme år, og allerede en måned senere var landet delt i fem regionale helseforetak med tilhørende foretak og sykehus.

¹ Tore Tønne (1948 – 2002). Han var helseminister i Stoltenbergs første regjering fra 2000-2001.

² «Derfor bør staten eie sykehusene», tale på Arbeiderpartiets landsmøte 9.november 2000, publisert under: Regjeringen Stoltenberg | 10.11.2000. www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv.

³ NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene?

⁴ NOU 1999:15 Hvor nært skal det være?

⁵ Ot.prp. nr.66 (2000-2001)

⁶ Innst. O. nr. 118 (2000-2001) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m

John I Alvheim, (f.1930), representerte Fremskrittspartiet på Stortinget fra 1989 og frem til han døde i 2005. Han var leder av Sosialkomiteen fra 1997-2005.

2 Bakgrunn og problemstilling

Helseforetaksreformen besto av to hovedelementer. Det ene var at staten overtok eieransvaret for alle virksomheter, ikke bare sykehusene, innenfor spesialisthelsetjenesten. De fleste virksomhetene hadde fra 1969 vært i fylkeskommunalt eie, og de hadde vært organisert som forvaltningsorganer. Den statlige overtakelsen avsluttet med dette en 30 år lang fylkeskommunal æra. Det andre hovedelementet var at det ble opprettet en organisatorisk foretaksstruktur basert på modell etter statsforetaksloven.⁷ Staten ble gjennomgående eier av foretakene med fullt økonomisk ansvar. Foretakene ble med dette egne rettssubjekter, men med staten som garantist mot salg av eierandeler og mot konkurs. Slik sett var reformen en ansvarsreform.

I odelstingsproposisjonen som lå til grunn for vedtaket, fremheves det at det var pasientenes behov som både var utgangspunktet og målet for reformarbeidet. Reformen ble betraktet som en nødvendighet, dog ikke som en tilstrekkelig forutsetning, for å oppnå målet om et bedret innhold og kvalitet i helsetjenesten. Tanken var at tjenesteytingen til syvende og sist ville være betinget av helsetjenestens rammebetingelser, både når det gjaldt økonomi og organisering. Derfor ble reformen sett på som en forutsetning for et bedre helsevesen i fremtiden.

Statens overtakelse av sykehusene er den siste i rekken av forvaltningsreformer fra 1980-tallet og frem til tusenårsskiftet. Reformtankene om fristillelse og privatisering hadde først fått gjennomslag i privat sektor. Under Willochs regjeringstid⁸ ble det gjennomført reformer under visjonen om et mer åpent samfunn med mindre offentlig detaljstyring og regulering. Resultatet av dette var blant annet åpningstidsloven som gav mulighet for å holde butikkene åpne til klokken 20. I tillegg kom opphevelsen av NRKs kringkastingsmonopol, da nærradioer ble tillatt etablert. Innenfor helsesektoren ble det åpnet for etablering av private medisinske klinikker. Utover på 1980- og 1990-tallet grep denne trenden om seg, og statlige institusjoner som Posten og Televerket ble omgjort til statlige foretak. De fikk en organisering svarende til

⁷ LOV- 1991-08-30-71 Lov om statsforetak

⁸ Kåre Willoch (f.1928), representerte Høyre og var statsminister fra 1981-1986. Han gikk av som statsminister 9.mai 1986 etter forslag om å øke bensinavgiftene, den såkalte «påskepakken».

aksjeselskaper, men med staten som eier, for Telenor fra 2000 som deleier, for å sikre en viss kontroll.

Denne «fristillingstrenden» står i kontrast til den politiske venstresidens tro på en sterk statlig styring av økonomi og samfunnsliv. Tanken er å slippe til profesjonelle ledere og la markedskreftene bli premissgivende i drifts- og investerings spørsmål. Disse nyliberalistiske ideene er hentet fra en forvaltningspolitisk bevegelse kalt New Public Management, og de fikk særlig gjennomslag i England og USA under henholdsvis Thatchers⁹ og Reagans¹⁰ styre.

I dette politiske og historiske lyset, vil jeg forsøke å plassere helseforetaksreformen fra 2002. Jeg ønsker å gi en kontekstuell beskrivelse av de opprinnelige intensjonene som lå i reformen, for derigjennom å sammenlikne disse med den utviklingen som har funnet sted i etterkant av implementeringen. Jeg vil forsøke å argumentere for at det som i utgangspunktet var å betrakte som en avpolitiseringsreform i helsesektoren, gjennom de første ti årene etter implementering delvis har tatt form av det motsatte. Min tese er at det gradvis har funnet sted en sterkere og tydeligere repolitisering av styringen med helseforetakene, i betydningen en stadig sterkere influens av den legpolitiske styringen. Jeg vil derfor ta for meg utviklingen i forholdet mellom Stortinget og departementet på den ene siden og de regionale helseforetakene representert ved Helse Øst/ Helse Sør-Øst RHF på den andre. Jeg vil løpende kommentere mine funn og observasjoner basert på et kvantitativt materiale. Deretter vil jeg drøfte forhold ved selve reformen og øvrig politisk og samfunnsmessig utvikling som kan forklare, i hvert fall deler av, den observerte utviklingen. Av hensyn til oppgavens begrensede omfang, har jeg valgt å ta utgangspunkt i kun enkelte sentrale teoretiske aspekter og sammenholde disse med kvantitative analyser basert på offentlig tilgjengelig materiale.

⁹ Margaret Thatcher, f 1925, britisk statsminister fra 1979-1990. Hun representerte det britiske konservative partiet, og hun huskes for sin radikale økonomiske liberalisme. Under hennes regjeringstid skjedde det en omfattende privatisering av statseide bedrifter, skattelettelser og nedskjæringer i velferdsstaten.

Kilde: www.wikipedia.org og www.margaretthatcher.org.

¹⁰ Ronald Reagan, 1911-2004, amerikansk republikansk president fra 1981 – 1989. Han advokerte for skatteletter for å stimulere til økonomisk vekst, og han tok også til orde for å redusere de statlige utgiftene.

Kilde: www.wikipedia.org.

2.1 Historien frem til statlig sykehusovertakelse, spesialisering, kostnadsutvikling og tilgjengelighetspolitikk.

Grunnlaget for vårt nåværende «sykehuskart» ble lagt under fremveksten av sykehusene de første tretti årene av 1900-tallet. Sykehusutbyggingen var en viktig forutsetning for å kunne dekke befolkningens behov for helsetjenester, og den utgjorde etter hvert en av hovedpilarene i utviklingen av det norske velferdssamfunnet.

Det tradisjonelle sykehuset fra 30-tallet var bygget rundt en tredelt modell med hovedfunksjonene medisin, kirurgi og radiologi. Men allerede på dette tidspunktet begynte spesialiseringen innen medisinen å vokse frem. Etter krigen kom derfor etableringen av sentralsykehusene, og etter hvert også regionalsykehusene, som skulle dekke behovet for mer avansert og spesialisert behandling når lokalsykehusene kom til kort.¹¹

Denne stadige sterkere graden av spesialisering gjorde seg gjeldende innenfor legespesialitetene, men også innenfor organiseringen av tjenestene i sykehusene. Det måtte opprettes stadig flere stillinger for å dekke døgnkontinuerlig vaktberedskap og drift av sengeposter og avdelinger. I tillegg kom andre yrkesgrupper, som fysikere og teknologer, inn som en naturlig del av sykehusstaben.

Denne spesialiseringen ble drevet frem som et resultat av både medisinsk og teknologisk forskning. Nye behandlingsmetoder og kapitalkrevende utstyr fikk stadig større plass innenfor sykehusene. Sammen med vår generelle velstandsøkning, skapte dette en forventning i befolkningen om at det norske helsevesen til en hver tid skulle tilby tjenester som lå i kunnskapsfronten i verdensammenheng. Samtidig stod den politiske målsetningen om likeverdige og tilgjengelige tjenester urokkelig fast.

Resultatet av denne utviklingen ble en stadig vekst i utgiftene til sykehusene. Med flere ansatte og mer medisinsk utstyr, vokste både lønns- og driftsutgiftene. I 1970 brukte Norge 4 % av BNP på helsetjenester. Allerede i 1980 var dette tallet økt til 6,4 %. Innenfor både

¹¹ Ole Berg, «Sykehusene og den legelige selvstendighet»

somatiske sykehus og psykiatri fortsatte denne utviklingen. Fra 1995 og frem mot 2000 var utgiftsøkningen for henholdsvis somatikk og psykiatri på 4,8 og 4,3 % årlig.

Til tross for et økende aktivitetsnivå i helsetjenesten, oppsto stadig lengre ventetider til både utredning og behandling innen flere områder. I tillegg til dette ble det etter hvert registrert store forskjeller både når det gjaldt tilbud og kvalitet i helsetjenesten. Målsetningen om likeverdige og tilgjengelige tjenester, det vil si gratis tjenester, var ikke godt nok oppfylt. Sammen med en omkostningsutvikling over BNP-nivå, skapte disse erkjennelsene et definitivt behov for effektiviseringstiltak. Og midlene for å nå dette målet var større grad av standardisering av tjenestene og funksjonsfordeling mellom sykehusene.

Gradvis ble altså sykehusene transformert fra kliniske «sykestuer» til høyteknologiske og kunnskapsbaserte institusjoner. I tillegg til en økende omkostningsutvikling, skapte denne utviklingen nye utfordringer også innen logistikk og ledelse. God og effektiv pasientflyt ble stadig mer utfordrende og stilte større krav til ledelse, både faglig og organisatorisk. Det ble avdekket et behov for å bygge mer robuste organisasjoner med økt profesjonalitet i lederrekkene, for å møte de komplekse organisasjonenes fremvekst.

2.1.1 Den midlertidige fylkeskommunale løsning

Spesialiseringen i sykehussektoren fødte etterhvert behovet for et mer strukturert samarbeid innenfor et større geografisk nedslagsfelt. For å realisere dette, ble det pekt på nødvendigheten av et mer enhetlig eierskaps- og ansvarsforhold. Interessant nok lanseres ideen om den fylkeskommunale overtakelsen som et svar de nevnte utfordringene.

Frem til 1969 var norske sykehus i hovedsak kommunalt eide institusjoner. Utover dette fantes også sykehus som var drevet av private organisasjoner og bedrifter, samt en minoritet som var i fylkeskommunens eller statens eie. Med sykehusloven av 1969, samles de fleste sykehus i et fylkeskommunalt eierskap og endrer dermed det som har blitt karakterisert som en «mosaikk av eierskapsforhold».¹²

¹² Haldor Byrkjeflot og Tore Grønlie, «Det regionale helseforetaket- mellom velferdslokalisme og sentral statlig styring», Helse-Norge i Støpeskjeen, s. 198- 218.

Denne strukturendringen ble dog aldri en definitiv suksess. Det gikk ikke mange år før det ble uttrykt misnøye også med den fylkeskommunale eierskapsstrukturen. I 1975 kom stortingsmeldingen¹³ som la til grunn det såkalte LEON-prinsippet (behandling på Lavest Effektive OmsorgsNivå). Konsekvensene av et slikt prinsipp var at man i langt større grad måtte utnytte spesialistkapasitet på tvers innen større regionale sammenslutninger.

Totalt sett ble altså verken styringen eller organiseringen av helsetjenesten oppfattet som tilfredsstillende. Tanken om å homogenisere sykehuslandskapet og legge grunnlaget for en bedre ressursutnyttelse var god. Men i realiteten vedvarte både den negative kostnadsutviklingen og mangelen på effektiv funksjonsfordeling mellom sykehusene og regionene. I tillegg til dette vokste det frem et uholdbart forhold mellom fylkeskommunen som eier på den ene siden, og staten som finansieringskilde på den andre. Parallelt med dette utviklet det seg en gjensidig frustrasjon mellom fylkeskommunen og de enkelte sykehus. Fylkeskommunen styrte sine sykehus med varierende grad av langsiktighet og profesjonalitet, og med liten kjennskap til den medisinske tankegangen. De ansatte i sykehusene, og i særlig grad legene, ønsket på sin side autonomi til å drive utelukkende på bakgrunn av faglige hensyn. Denne dragkampen skapte heller ingen god forutsetning for kostandskontroll eller effektivisering. Resultatet ble årvisse underskudd i sykehusbudsjettene. Dette gav grobunn for det etter hvert uløselige svarteperspillet mellom fylkeskommunen og staten. Debatten dreide seg om hvorvidt fylkeskommunene var uegnet til å styre sykehus, eller om staten i realiteten underfinansierte fylkeskommunene. Dette bidro til gjentatte stortingsproposisjoner om tilleggsbevilgninger til sykehusene, uten at det på noen måte ble funnet løsninger som bedret budsjettkontrollen eller klargjorde ansvarsforholdene.

2.2 Fra forvaltning til foretak

I sum drev etter hvert utviklingen i retning av et definitivt behov for langt mer dyptgripende endringer i sykehussektoren. utfordringene i sykehusene hadde ikke funnet sin løsning gjennom det fylkeskommunale eierskapet. Tvert i mot fremsto de samme utfordringene enda tydeligere tretti år etter den fylkeskommunale sykehusovertakelsen. På toppen av det hele kom utfordringene knyttet til utviklingen i sykdomspanoramaet og den voksende andelen av eldre (og syke?) i befolkningen. Det ble pekt på et behov for økt samarbeid mellom første- og

¹³ St.meld. nr. 9 (1974-1975) Sykehusutbygging m.v i et regionalisert helsevesen.

andrelinjetjenesten for å sikre kontinuitet og effektivitet i behandlingsskjeden, - for å overføre kompetanse og for å forebygge utvikling av sykdom i befolkningen generelt.

I løpet av den fylkeskommunale eierskapsperioden ble det presentert flere utredninger og meldinger som pekte på behovet for endringer i helseforvaltningen. Som nevnt hadde både Hellandsvik-utvalget og Sørensen-utvalget drøftet spørsmålet om sykehusenes eieralternativer, tilknytningsform og organisering. Hellandsvik-utvalget presenterte sin tredelte innstilling allerede i 1996, hvor statlig eierskap med regional organisering var en av tre mulige løsninger. Sørensen-utvalget presenterte i 1999 sin innstilling, men dog under premisset om fortsatt fylkeskommunalt eierskap. I lys av det som siden ble vedtatt, er det interessant av dette utvalget konkluderte med at både forvaltningstilknytning og foretakstilknytning kunne være aktuelle alternativer.

For helseminister Tore Tønne ble det fort (2000) åpenbart at hovedproblemet innen sykehussektoren var at statens finansielle ansvar var separert fra en reell beslutningsmyndighet. En slik todeling bidro til å opprettholde spillet mellom forvaltningsnivåene. Den eneste åpenbare løsningen på dette forholdet var å samle alt ansvaret, enten på fylkeskommunale eller statlige hender. Dette ble hans utgangspunkt for arbeidet med reformen. Videre la regjeringen ytterligere fire premisser til grunn for sitt utredningsarbeid. Disse oppsummerer i realiteten prinsippene og grunnlaget for en videreføring av tilgjengelighetspolitikken og de venstreorienterte tankene om velferdsstaten:

- Reformen skulle sikre tilgangen til helsetjenester til alle, uavhengig av bosted og økonomi.
- Helsesektoren skulle være underlagt politisk styring for å sikre nasjonale og velferdspolitiske mål.
- Reformen skulle ivareta helsevesenet som trygghetsskapende element i samfunnet.
- Pasientene skulle sikres informasjon og retten til medvirkning.

Det er likevel tilknytningsspørsmålet som fremstår som nøkkelen i reformen. Regjeringen valgte til slutt å presentere et reformforslag som innebar en ren statlig eierskapslinje og en gjennomgående foretakstilknytning. Alle mulige mellomløsninger, eller frivillighet i tilknytningsspørsmålet, slik Sørensen-utvalget hadde foreslått, ble forkastet. Likevel

gjenfinnes det flere av de tankene som var blitt presentert i konklusjonen til dette utvalget. I særdeleshet er argumentene for nødvendigheten og betydningen av autonomi og fleksibilitet for sykehusledelsen videreført i reformutredningen. Bakgrunnen for disse betraktningene er anerkjennelsen av sykehusenes strukturelle særtrekk og kompleksitet, samtidig som det understrekes at:

«Sykehusene er til for pasientene og befolkningen generelt, og sykehustjenestene hører til blant velferdsstatens kjerneytelser.»

og

«Sykehustjenester er et område av stor betydning for samfunnet. Det medfører politisk ansvar og behov for politisk styring.»

Nettopp fordi sentral, men ikke nødvendigvis politisk, styring ble oppfattet som grunnleggende for å oppnå de helsepolitiske målsetningene, ble dette forholdet fremhevet som hovedpremiss for valget av tilknytningsform. Det ble presisert at et siktemål med foretaksorganiseringen var å gi sykehuslederne større fullmakter og ansvar for å få til en mer helhetlig organisering og løpende drift. Eierstyringen skulle således begrenses til overordnede forhold. Men med staten som eier, var det nærliggende å anta at det ville bli en klarere sammenheng mellom helsepolitiske vedtak og rammebevilgningene til sykehussektoren. Samtidig påpekte departementet at:

«Tilknytningsformen må legge til rette for en avklaring mellom statens rolle som myndighetsorgan, oppdragsgiver og eier, og på den andre siden sykehusenes rolle som tjenesteprodusenter.»¹⁴

Departementet avdekket med dette to hovedutfordringer med valget av foretaksmodellen. Det første gjaldt det faktum at staten skulle fungere både som myndighetsutøver (her i betydningen av å være lovgivende og bevilgende), eier og kontrollør. Den andre utfordringen var å finne balansen mellom statlig styring og regional frihet og autonomi.

For å løse den første utfordringen, valgte departementet å opprette et nytt Sosial- og helsedirektorat som bedre skulle være i stand til å ivareta koordineringen av myndighetstiltak

¹⁴ Ot.prp. nr. 66 (2000.2001), kap. 2

som vedrørte spesialisthelsetjenesten. I tillegg ble det valgt å opprette en egen eierskapsavdeling i departementet for bedre å kunne skille mellom departementet som eier og som bestiller.

Den andre utfordringen skulle løses gjennom den interne organiseringen av de regionale foretakene og gjennom ordningen med foretaksmøter. Til det siste først: Foretaksmøtet skulle tjene som det eneste organet hvor eier (staten) kunne utøve sin eierstyring. Utover dette skulle foretakene ha et styre, utpekt av eier, og en daglig leder som løpende skulle rapportere til styret om forhold som vedrørte bl.a. økonomi og driftsspørsmål. Foretakene skulle ha fullt arbeidsgiveransvar for sine ansatte og fullt ansvar for egen økonomi, kapitalbruk og budsjettstyring. Sykehusenes hovedoppgaver ble definert til å gjelde pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. På samme måte som departementet fikk en «eier- og bestiller-relasjon» til de regionale helseforetakene, fikk de regionale helseforetakene den samme «departementale» funksjonen overfor sine underliggende helseforetak og sykehus. Sykehusene fikk sine tilsvarende styrever og daglige ledere, med tilhørende ansvar og rapporteringsplikt til det regionale nivået.

2.3 Intensjonene bak reformens «arkitektur» og inspirasjonen fra New Public Management¹⁵

Da Stoltenberg tiltrådte som regjeringssjef i mars 2000, avslørte han ganske tidlig at han ønsket å modernisere offentlig sektor. På sett og vis var denne prosessen allerede godt i gang. Statsforetaksloven ble vedtatt i 1991, og både post- og televerk hadde i løpet av et par tiår trådt inn i ny organisasjonsform og delvis blitt privatisert (Telenor). Likevel var det flere nasjonale «institusjoner» som fortsatt var organisert etter den tradisjonelle forvaltningsmodellen. Sykehusene var en av dem. I sin studie «Veien frem til sykehusreformen»¹⁶, hevder Sturla Herfindal at nettopp sykehussektoren ble betraktet som en nøkkelfaktor i Stoltenbergs moderniseringsprogram. Slik sett, antyder han, var det av betydning at Tore Tønne ble hentet til Sosial- og helsedepartementet. Tore Tønne hadde

¹⁵ Med forbehold om at mine påstander om andres intensjoner, må ses i lys av et forsøk på å kontekstualisere.

¹⁶ Sturla Herfindal, «Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak». Utgått fra Rokkansenteret (Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnsstudier) og Polis (Politikk, Organisasjon og Ledelse i Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner) – 2008.

tidligere departementserfaring samt erfaring fra Statoil og Statens nærings- og distriktsutviklingsfond (SND). Hans omstillingsverk i fylkeskommunene hadde ikke gått upåaktet hen, og ble fremhevet som en begrunnelse for hans utnevnelse som helseminister.¹⁷

Som jeg tidligere har redegjort for, var det mange utfordringer og spenningsmotsetninger som skulle finne sin løsning gjennom reformen. I reformforslaget definerte departementet ikke mindre enn 17 utvalgte satsningsområder for helsesektoren. Disse områdene representerte forhold av både innholdsmessig, kvalitetsmessig, organisatorisk og strukturell art.

Tønne hadde som intensjon å gi sykehusene en friere stilling til å løse disse utfordringene. Han så det også som den eneste muligheten, og forutsetning, for å kunne møte også de kommende utfordringene i helsesektoren. Selv hadde Tønne erfaring som leder fra både offentlig og privat sektor. I et lederverv ligger ansvaret for både drift og resultat. Disse forholdene kan ikke løsrives fra de overordnede styringsinstruksene som eiere og styre vedtar for virksomheten. Samtidig vil det være helt uholdbart for en leder dersom ikke vedkommende får frihet til å «løse oppgaven» på sin måte innenfor de fastsatte rammer. Eierne skal således ikke legge seg opp i detaljer om drift og prioriteringer, nettopp for å gi rom og mulighet for å oppnå de overordnede målene. Sannsynligvis var det viktig for helseministeren å reflektere disse forholdene i utformingen av eierskapsstruktur og ansvarsforhold i spesialisthelsetjenesten. Slik sett la han til grunn tanken om en mer profesjonell ledelsesfilosofi med mer autonomi for ledere til å velge virkemidler og disponere lokale ressurser.

2.3.1 New Public Management

Ideen om den profesjonelle og autonome leder inngår som ett av de viktigste elementene i det som har blitt kalt New Public Management (NPM). NPM er en fellesbetegnelse på en reformbølge som kom til å prege både angloamerikanske og skandinaviske land gjennom de siste 20 årene før tusenårsskiftet. Den ble fremholdt som den universelle løsningen på de fleste økonomiske og organisatoriske utfordringer i offentlig sektor. Basishypotesen er at en organisering etter prinsippene i NPM vil medføre en langt større kostnadseffektivitet for staten. Og nettopp vektleggingen av kostnadseffektivitet er det bærende hovedelementet i

¹⁷ Tore Tønne hadde lagt ned alle fylkeskommunale næringskontorer i sin tid i Olje- og Energidepartementet. Ref. Aftenposten 21.03.00.

reformens innhold. En nøkkel i denne sammenhengen er mål- og resultatstyring som bygger på formuleringer av klare og konkrete mål, rapportering av oppnådde resultater og resultatoppfølging.¹⁸ I tillegg omfatter NPM-tankegangen at det skal være et skille mellom produsent og bestiller av tjenester, og at tjenesteytelsen skal være brukerstyrt og legge til rette for valgfrihet. I bunnen av denne tankegangen ligger derfor rettighetslovgivningen og økonomiske systemer som skal sikre at pengene følger brukerne.

Christensen og medarbeidere (2002) understreker at NPM ikke er noen enhetlig reformbevegelse fordi reformelementene peker i ulike retninger og fordi det er spenninger mellom noen av dem. Summen er «*en hybrid som prøver å oppnå både mer kontroll og mer autonomi*»¹⁹. Det utvikler seg derfor to retninger innenfor NPM, og jeg skal kort redegjøre for disse.

Grovt sett skilles det mellom en venstreorientert og en høyreorientert NPM-retning.

Den venstreorienterte retningen har en planøkonomisk tilnærming. I et slikt system blir de økonomiske midlene tildelt «ovenfra», dvs. fra staten. Videre tar den utgangspunkt i at det så å si er mulig å antesipere det meste. På den måten legges grunnlaget for detaljerte planer og sømløs koordinering.

Tilhengerne av den mer høyreorienterte retningen, mener at det ikke er mulig å programmere og koordinere alle «produksjonslinjer». I stedet må det foretas en løpende tilpasning av produksjon og disponeringer. I denne sammenheng brukes markedet som justeringsmekanisme.

Felles for disse retningene er dog, at de begge tar til orde for en fristilling fra politisk detaljert intervensjon. Ledelsen av organisasjonene overlates til de «profesjonelle», og de øvrige rollene som eier, bestiller og tjenesteprodusent profesjonaliseres. Dette står i motsetning til politisk kontroll i betydningen av legmannskontroll gjennom den parlamentariske styringskjeden.

¹⁸ Christensen, Egeberg m.fl. «*Forvaltning og politikk*», kap. 6, s. 97 – 117.

¹⁹ Kap. 6 s. 99

I Norge hadde de tidligere reformene i offentlig sektor fulgt sporet av den høyreorienterte NPM-retningen. Selv om staten, ved overgangen til de nye statsforetakene, hadde sikret seg en mulighet for å styre og gi politiske direktiver, var disse fristillelsene i praksis en total frikobling fra legpolitisk influens. Og i det de tidligere statlige selskapene gikk på børs, fikk markedskreftene i prinsippet fritt spillerom. Staten ble ikke levnet andre muligheter enn å styre utfra et rent økonomisk motivert avkastningsperspektiv.

For sykehussektoren fikk de første, mer eller mindre substansielle, reformelementene gjennomslag på slutten av 1990-tallet. I 1997 ble det innført såkalt innsatsstyrt finansiering (ISF).²⁰ Sykehusenes tilførsel av kapital skulle komme på bakgrunn av en 70 /30-delning²¹ mellom basistilskudd og aktivitetsbasert tilskudd. Retorikken bak denne ordningen var helt i tråd med NPM-ideen om at «pengene skal følge pasientene». To år senere ble pasientrettighetsloven innført²² og ordningen med fritt sykehusvalg kom dermed på plass.²³ Både innføringen av ISF-ordningen og pasientrettighetsloven underbygger dreiningen mot en større vektlegging av kostnadseffektivisering i helsesektoren. Likevel er det først når forvaltningsmodellen viker til fordel for en foretaksorganisering at helheten og sammenhengen trer frem som en tydelig NPM-inspirert reform. Likevel var det en utfordring å finne balansen mellom tilstrekkelig fristillelse og en sikring av tilgjengelighetspolitikken, eller mer presist: prinsippet om gratis helsetjenester. «Mer helse for hver krone» ble i denne sammenhengen stående som et seiglivet mantra. Men all den tid ISF-ordningen kun representerte en markedsimiterende tilpasning, fremstår arkitekturen i helseforetaksreformen som relativt venstreorientert.

²⁰ Ordningen innføres under Gudmund Hernes, f.1941, som sittende helseminister i Jaglands regjering.

²¹ Denne fordelingsnøkkelen har variert gjennom årene. Frem til 2003 steg andelen av den aktivitetsbaserte finansieringsdelen gradvis opp til 60 %. I 2004 og 2005 var andelen henholdsvis 40 % og 60 %, mens den siden 2006 har vært stabil med en 40 % andel. ISF-andelen tildeles på bakgrunn av DRG-poeng (DiagnoseRelaterte Grupper)

²² Lov 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter.

²³ Ref. pasientrettighetsloven § 2-4.

3 Materiale og metode

Statens eierstyring i statlige foretak kommer til uttrykk på flere måter, og den kan være av både direkte og indirekte karakter. For å belyse utviklingen i, og karakteren av, den statlige styringen av de regionale helseforetakene, har jeg valgt å se nærmere tre politiske «utløpskanaler». Disse er:

1. **Stortinget:** den lovgivende og bevilgende myndighet.
2. **Helse- og omsorgsdepartementet, spesialisthelsetjenesteavdelingen:** bestiller og ansvarlig for helsetjenestetilbudet til befolkningen.
3. **Helse- og omsorgsdepartementet, eieravdelingen:** eieeier og økonomisk garantist.

Stortingets rolle i denne sammenhengen er å vedta de overordnede målsetningene i helsepolitikken gjennom lovvedtak og de årlige budsjettvedtak²⁴. Det er lovvedtak som utgjør hoveddrammene rundt statens eierforvaltning. Samtidig er Stortinget også en arena for debatt. På denne «scenen» skal regjeringen og statsrådene utfordres og kontrolleres, og stortingsrepresentantene får også anledning til å markere seg overfor den delen av befolkningen de representerer. I denne sammenhengen er spørsmålene et viktig virkemiddel. Det finnes tre hovedtyper av spørsmål²⁵:

- Spørretimespørsmål
- Skriftlige spørsmål
- Interpellasjoner

Spørretimespørsmål omfatter både de muntlige og skriftlige spørsmålene som representantene stiller i spørretimen. De kan omhandle både konkrete og dagsaktuelle saker, men også saker av mer overordnet art. Statsråden blir utfordret på sitt syn og eventuelt på hva vedkommende har tenkt å gjøre med sakene.

Skriftlige spørsmål er korte spørsmål som rettes til Statsråden. Statsråden skal gi et skriftlig svar tilbake til representanten som stilte spørsmålet innen seks virkedager.

²⁴ Prop. 1 S

²⁵ Kilde: www.stortinget.no

Interpellasjoner er spørsmål til regjeringen som danner utgangspunkt for debatt i Stortinget. Spørsmålet skal besvares snarest mulig, og senest innen en måned, i form av en interpellasjonsdebatt i Stortinget.

Jeg har valgt å bruke utviklingen i antall stilte spørsmål fra stortingsrepresentantene som utgangspunkt for å «måle» stortingets engasjement og innflytelse på styringen av de regionale helseforetakene. Jeg har tatt utgangspunkt i sesjonene fra og med 1999-2000 til og med 2010-2011. Begrunnelsen for å ta med sesjonene tilbake til 1999-2000, er å få etablert et sammenlikningsgrunnlag og overgangsperiode frem til implementeringen av helseforetaksreformen. Et annet argument er at regjeringen startet arbeidet med Samhandlingsreformen²⁶ i 2008. Dette kan ha påvirket stortingsaktiviteten innenfor «helsevesen»-området mot slutten av helseforetaksreformens første dekad. Det er derfor interessant å betrakte begge «oppkjøringsperiodene» til de to reformene innenfor helsesektoren samlet sett.

I min gjennomgang har jeg sett på antall besvarte spørsmål som er kategorisert under hovedtema «helsevesen» og antall spørsmål som er kategorisert under undertema «sykehus». Disse tallene har jeg igjen sammenliknet med antall totalt besvarte spørsmål (alle tema) i tilsvarende perioder. Når det gjelder skriftlige spørsmål har jeg tatt utgangspunkt i de spørsmål som er besvart av helseministeren. Disse spørsmålene er ikke kategorisert under temaer. Jeg har brukt søkemotoren som ligger på Stortinget sine nettsider, www.stortinget.no/no/saker-og-publikasjoner/sporsmal.

Rasjonalet bak dette er at antallet stilte spørsmål kan gi en refleksjon av Stortingets engasjement og «aktivitetsnivå» gjennom sesjonene. Av dette følger graden av påvirkning og «styring» mot de regionale helseforetakene.

Videre har jeg sett nærmere på hvilke temaer som går igjen i representantenes spørsmål (dette gjelder kun spørretimespørsmål). Ut fra tematikken har jeg gruppert spørsmålene i 4 hovedkategorier og deretter sortert hovedkategoriene i «detaljerte spørsmål» eller «overordnede spørsmål» Hovedkategoriene skiller mellom spørsmål av økonomisk karakter, strukturelle/funksjonelle forhold, innhold/kapasitet og annet. Det henvises til resultatdelen for utdyping av disse kategoriene.

²⁶ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Ref. Prop.91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Helse og omsorgsdepartementet har en dobbeltrolle når det gjelder forholdet til de regionale helseforetakene. Departementet, ved sittende minister, opptrer både som oppdragsgiver eller «bestiller» og som eier av de tjenesteytende organisasjonene (helseforetak). Departementets styring er regulert gjennom lover, forskrifter og vedtekter, men kommer til sitt konkrete uttrykk gjennom oppdragsdokumenter og foretaksmøter. I tillegg utøves departementets styring indirekte gjennom at sittende statsråd utpeker styrene til de regionale helseforetakene.

Fra og med 2005 ble styringslinjen overfor de regionale helseforetakene formelt sett delt i to: Departementets bestillerfunksjon ble samlet i spesialisthelsetjenesteavdelingen, mens eierskapsavdelingen skulle forvalte eierskapsrollen. Departementets bestillerfunksjon formidles gjennom oppdragsdokumentene. I foretaksmøtet stiller departementet krav i kraft av å være eier.

Jeg har valgt å legge til grunn oppdragsdokumentene som Helse- og omsorgsdepartementet har sendt til Helse Øst RHF/ Helse Sør ó Øst RHF²⁷ i perioden fra og med 2002 til og med 2012, for å belyse departementets styring gjennom sin funksjon som «bestiller». Jeg har sett på utviklingen i oppdragsdokumentenes form og innhold, herunder begrepsbruk og detaljgrad. Dokumentene er ikke skrevet gjennomgående over den samme lesten. Dette gjør det vanskelig å gjøre direkte sammenlikninger av dokumentene. Likevel har jeg forsøkt å kvantifisere noen av hovedelementene i dokumentene under den delen som omhandler sykehusenes fire hovedoppgaver: pasientbehandling, forskning, undervisning og opplæring av pasienter og pårørende. Jeg har i denne sammenheng sett nærmere på:

- Særskilt prioriterte områder/satsningsområder
- Forhold under særskilt styringsmessig fokus
- Særskilte tiltak/styringsbudskap
- Styringsparametere/indikatorer/variabler/(faglig rammeverk)
- Definerte mål

Når det gjelder departementets styring som eier, skjer dette altså direkte gjennom foretaksmøtet og indirekte gjennom utnevning av styrerepresentanter. Jeg har derfor under

²⁷ Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble slått sammen til Helse Sør-Øst RHF 01.06.07. Hanne Harlem ble valgt til styreleder, og Bente Mikkelsen ble tilsatt som administrerende direktør.

denne delen lagt foretaksmøteprotokollene til grunn for mine analyser. Jeg har også her brukt protokollene som gjelder møtene mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Øst RHF/ Helse Sør ó Øst RHF. Som for oppdragsdokumentene har jeg sett på omfanget av, og innholdet i, disse. I tillegg har jeg foretatt en optelling av antall foretaksmøter samt antall behandlede saker gjennom tiårsperioden fra 2003 til 2012.²⁸ Tanken er at både møtehyppigheten, «eierbudskapene» og vedtakene som protokolleres, kan gi en indikasjon på hvordan departementet styrer og forvalter sitt eierskap. Sammen med disse protokollene er også vedtektene for det regionale helseforetaket, samt endringene i disse, lagt til grunn for å underbygge utviklingen.

Det er tatt høyde for at valget om å avgrense underlagsdokumentene til å gjelde kun Helse Øst RHF/ Helse Sør ó Øst RHF kan svekke representativiteten. Likevel mener jeg at resultatene har nasjonal relevans. Begrunnelsen for dette er todelt. 1) De store, kontroversielle temaene i tiårsperioden, som f.eks. striden rundt funksjonsfordeling og lokalsykehusenes skjebne, har også gjort seg gjeldende i denne regionen. 2) Helse Sør-Øst RHF representerer om lag halvparten av «helse-Norge» hva ressursgrunnlag angår.²⁹

For å sammenholde den faktiske utviklingen med de opprinnelige tankene og intensjonene bak helseforetaksreformen, har jeg i særlig grad brukt Ot.prp. nr. 66 (2000 ó 2001) Om lov om helseforetak m.m samt sosialkomiteens innstilling til den samme loven (Innst. O. nr. 118).

²⁸ Det har ikke lyktes med å fremskaffe protokoller fra foretaksmøtene i 2002. Disse ligger ikke ute på departementets sine nettsider, og er altså ikke elektronisk arkivert. Hendelen 22.juli 2011 har gjort det særlig vanskelig å finne frem til disse da arkivet til departementet ble rammet. Det har heller ikke lyktes meg å få tak i de «savnede dokumentene» fra Helse Sør-Øst. Det er imidlertid bekreftet fra tidligere styreleder i Helse Øst RHF, Siri B Hatlen, og nåværende direktør for styre- og eieroppfølging i Helse Sør-øst RHF, Tore Robertsen, at det ble avholdt foretaksmøter i 2002. Antall møter og saker som ble behandlet dette året, kan dog ikke erindres.

²⁹ Budsjett-tall for 2012: Basisbevilgning: Nasjonalt: ca.81 mrd., hvorav Helse Sør- Øst RHF's andel utgjør 44,3 mrd. Ref. Oppdragsdokument 2012 Helse Sør- Øst RHF/Helse Midt-Norge RHF 2012/Helse Vest RHF 2012/Helse Nord RHF 2012.

4 Presentasjon og analyser av funn

4.1 Stortingets rolle og engasjement i helsepolitiske spørsmål

Stortinget er landets nasjonalforsamling og utgjør vårt øverste konstitusjonelle organ. Stortinget er den lovgivende og bevilgende myndighet. I vårt parlamentariske system utgår regjeringen fra Stortinget, og regjeringen skal til en hver tid stå til ansvar overfor dette. Regjeringen kan bare sitte så lenge den har tillit og støtte i Stortinget. Dette medfører at autoritetsutøvelsen i praksis finner sted her.

Stortinget kontrollerer regjeringen blant annet gjennom spørsmål. Spørsmål er først og fremst opposisjonens virkemiddel for å få klarlagt regjeringens holdning vedrørende politiske problemstillinger. Spørsmålene som stilles i Stortinget er enten av skriftlig eller muntlig karakter og deles inn i spørretimespørsmål (muntlig og ordinær), interpellasjoner og skriftlige spørsmål.³⁰

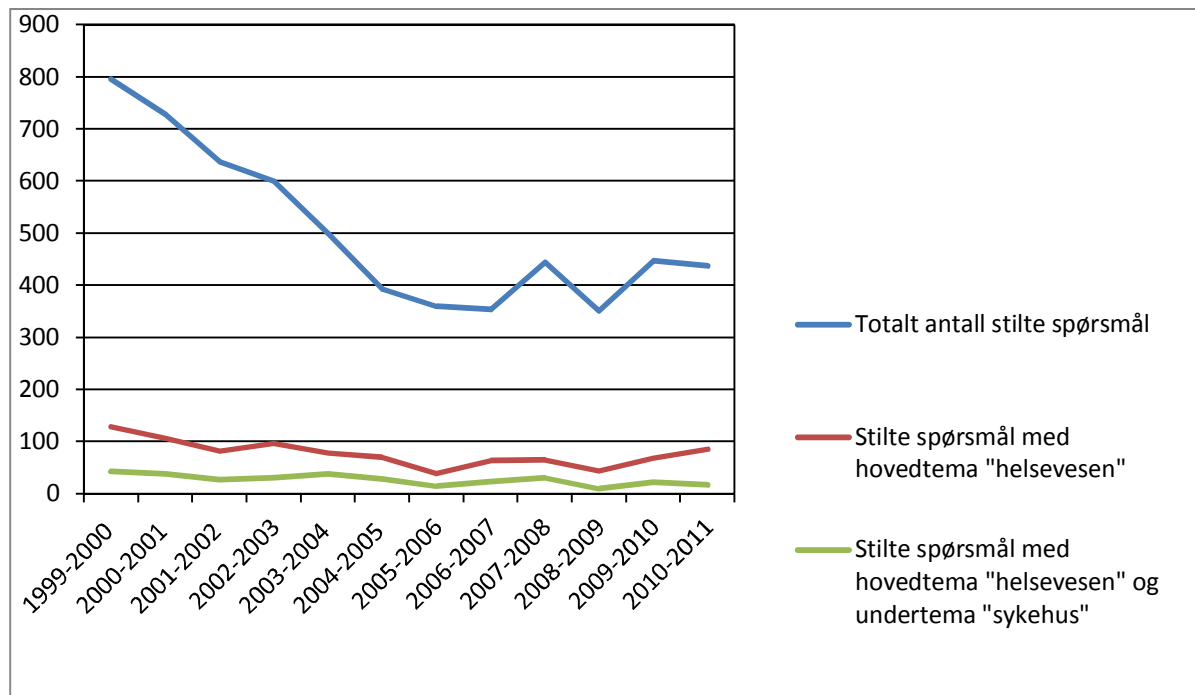
4.1.1 Spørretimespørsmål

Utviklingen i antall stilte spørsmål i spørretimen i Stortinget, viser en tydelig nedadgående trend i perioden fra sesjonen 1999-2000 og frem til og med sesjonen 2010-2011. Antall stilte spørsmål er høyest i begynnelsen av perioden, med 796 besvarte spørsmål i sesjonen 1999-2000. Færrest stilte spørsmål forekommer i sesjon 2006-2007 med totalt 353 besvarte spørsmål i spørretimen. Til sammenlikning varierer antall spørsmål med hovedtema «helsevesen» mellom 128 (sesjon 1999-2000) og 39 (sesjon 2005-2006) i det samme tidsintervallet. Hvis man kun tar utgangspunktet i de ti siste sesjonene er maksimaltallet 97, representert i sesjonen 2002-2003.

Ved å sortere på undertema «sykehus» fremkommer den samme trenden med flest stilte spørsmål i sesjonen 1999-2000 (43 spørsmål) og færrest stilte spørsmål i sesjonen 2008-2009

³⁰ Kilde: www.stortinget.no

(9). Ved å legge til grunn de ti siste sesjonene, var det flest stilte spørsmål i sesjon 2003-2004. Antallet da var 38. Nedenfor er tallene presentert grafisk.

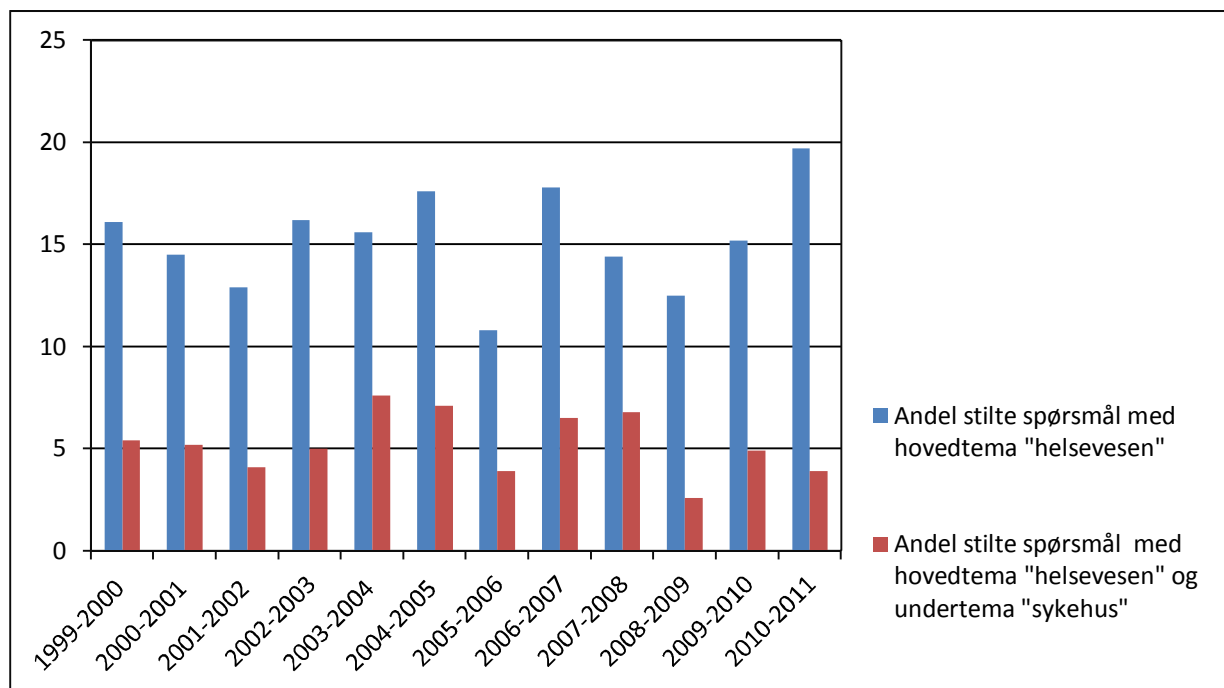


Figur 1 Grafisk fremstilling av antall stilte spørsmål i muntlig og ordinær spørretime i Stortinget i periodene 1999-2000 til 2010-2011.

Oppsummert viser fremstillingen at antall totalt stilte spørsmål i Stortinget fra 1999-2000 og frem til i dag har blitt færre. Spørsmål som berører helsevesenet generelt og sykehus spesielt, ser også ut til å falle relativt jevnt utover i perioden. Ut fra disse kurvene er det ikke helt åpenbart om helse- og sykehusrelaterte spørsmål har «erobret» en større andel av stortingspolitikernes engasjement. Hvis vi derimot ser på helserelaterte spørsmål med hovedtema «helsevesen» som andel av totalt stilte spørsmål, så stiger denne fra 16,1 % til 19,7 % fra første til siste sesjon i perioden. Tilsvarende tall for spørsmål sortert på undertema «sykehus», er henholdsvis 5,4 % og 3,9 %.

Ut fra tallene er det ikke åpenbart at stortingets engasjement i helsepolitiske spørsmål har økt. Riktignok utgjør spørsmål som sorterer under hovedtema «helsevesen» en større andel spørretimespørsmålene i siste periode sammenliknet med den første perioden. Samtidig kan det se ut som om spesifikke sykehus tema som sådan tar mindre plass enn tidligere. Imidlertid er variasjonene mellom periodene ganske store. Dette gjelder både andelen «helsevesen»-spørsmål og andelen «sykehus»-spørsmål. Det avtegner seg derfor en mindre tydelig trend

dersom vi betrakter hele perioden under ett, og det blir vanskelig å hevde at Stortinget har lagt for dagen et signifikant økt engasjement i helsepolitiske saker. Det vises til figur 2.

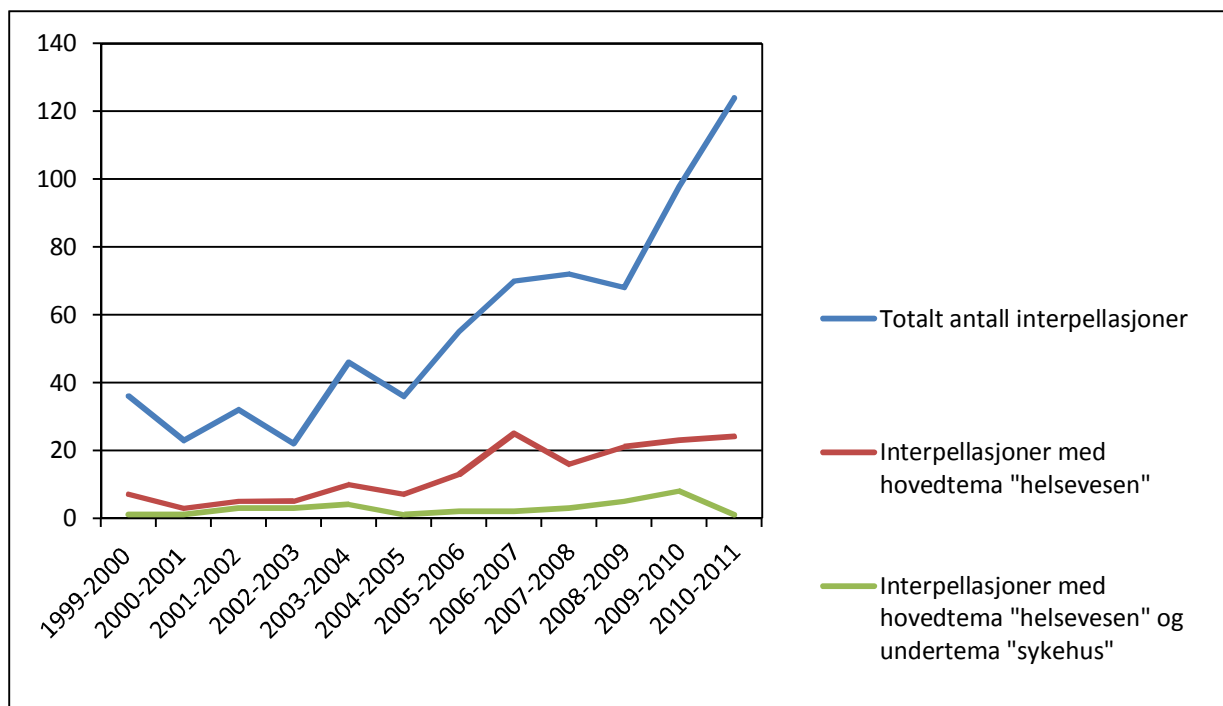


Figur 2 Andelen stilte spørsmål med hovedtema «helsevesen» og undertema «sykehus». Andelen er angitt i prosent av totalt stilte spørsmål i spørretimen.

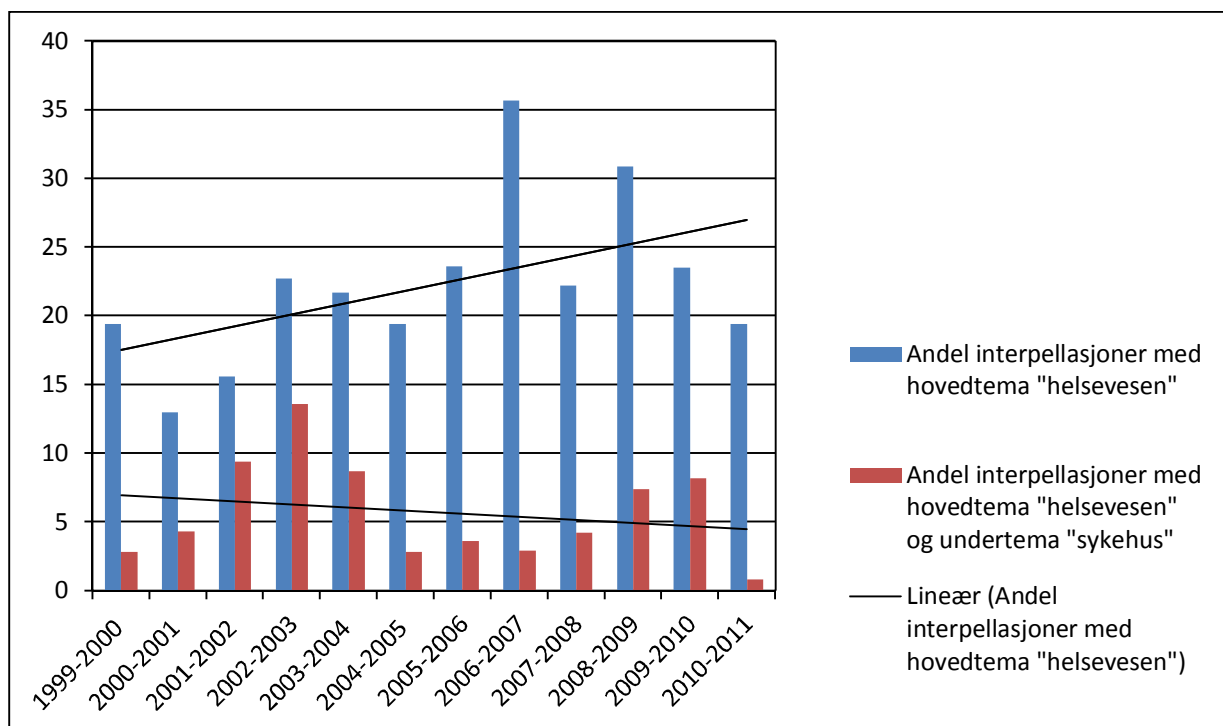
4.1.2 Interpellasjoner

I motsetning til spørretimespørsmål, viser de registrerte data at det totale antallet interpellasjoner har hatt en definitiv økning i perioden fra 1999-2000 til 2010-2011. Økningen gjør seg for alvor gjeldende fra sesjonen 2005- 2006. Antall interpellasjoner som sorterer under hovedtema «helsevesen» følger i grove trekk den samme utviklingen. Derimot er det i den samme perioden ingen økning i antallet interpellasjoner med undertema «sykehus». Det henvises til figur 3.

Når det gjelder andelen «helsevesen»-interpellasjoner, kan det se ut som om denne med tiden har stabilisert seg på et jevnt over høyere nivå enn før. Andelen «sykehus»-interpellasjoner har imidlertid hatt en negativ trendutvikling i samme periode. Funnene er presentert i figur 4.



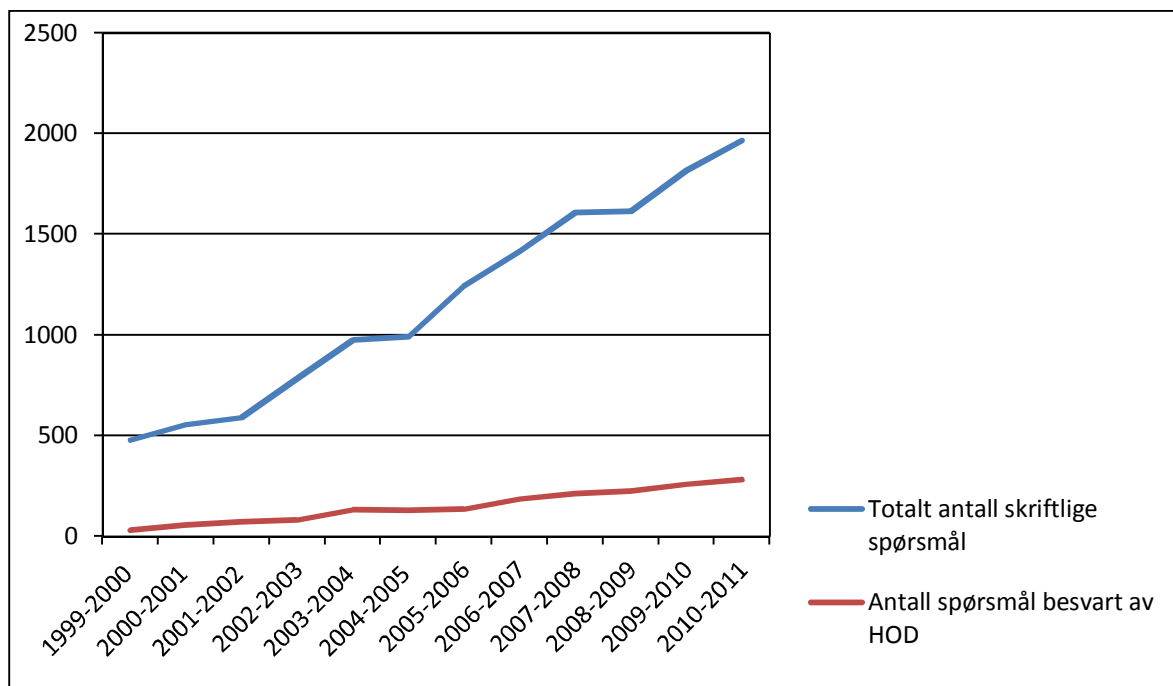
Figur 3 Grafisk fremstilling av antall interpellasjoner i Stortinget fra perioden 1999-2000 til og med 2010-2011.



Figur 4 Andelen stilte interpellasjoner med hovedtema «helsevesen» og undertema «sykehus». Andelen er angitt i prosent av totalt antall interpellasjoner registrert i de aktuelle periodene. Figuren illustrerer også trendutviklingen, representert ved de to trendlinjene i diagrammet.

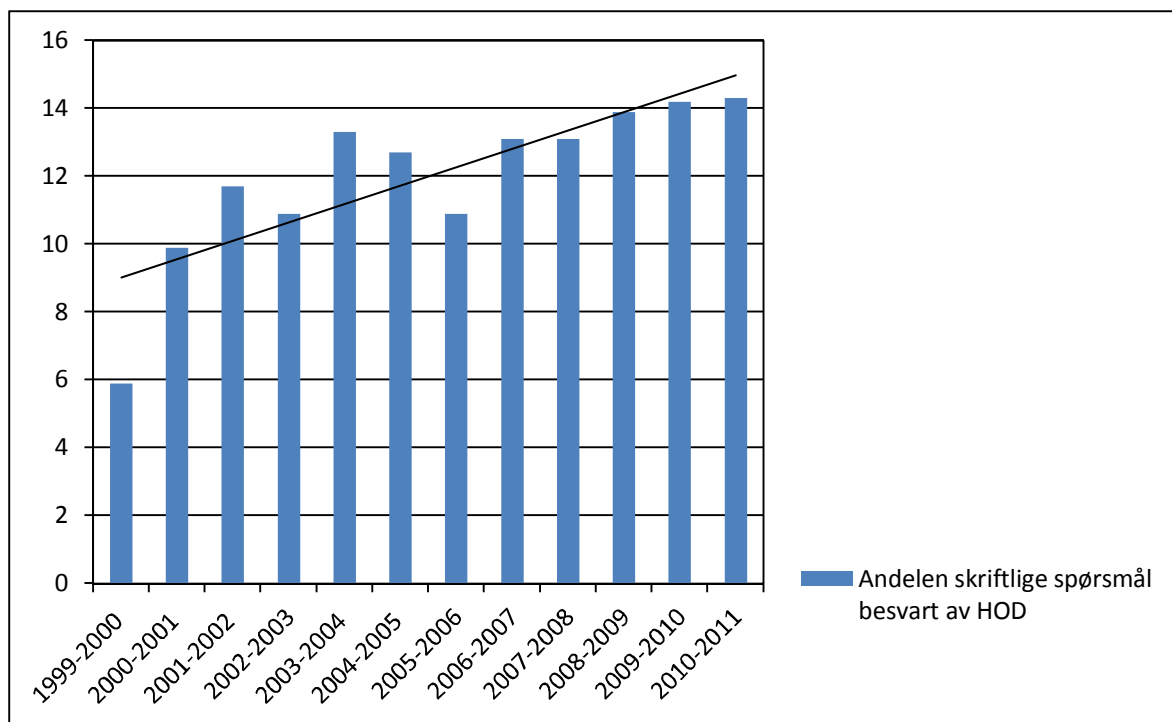
4.1.3 Skriftlige spørsmål

I likhet med utviklingen i antallet interpellasjoner pr stortings sesjon, har også de skriftlige spørsmålene etter hvert blitt flere. Denne utviklingen gjør seg gjeldende relativt parallelt med trenden for interpellasjonene. Også for denne spørsmålskategorien, følger antallet spørsmål som er besvart av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) en positiv utvikling i samme periode (se figur 5). Med andre ord stiger totalt antall skriftlige spørsmål, og samtidig er det også flere spørsmål som rettes til Helse- og omsorgsdepartementet.



Figur 5 Grafisk fremstilling av antall skriftlige spørsmål totalt og antall skriftlige spørsmål besvart av Helse- og omsorgsdepartementet.

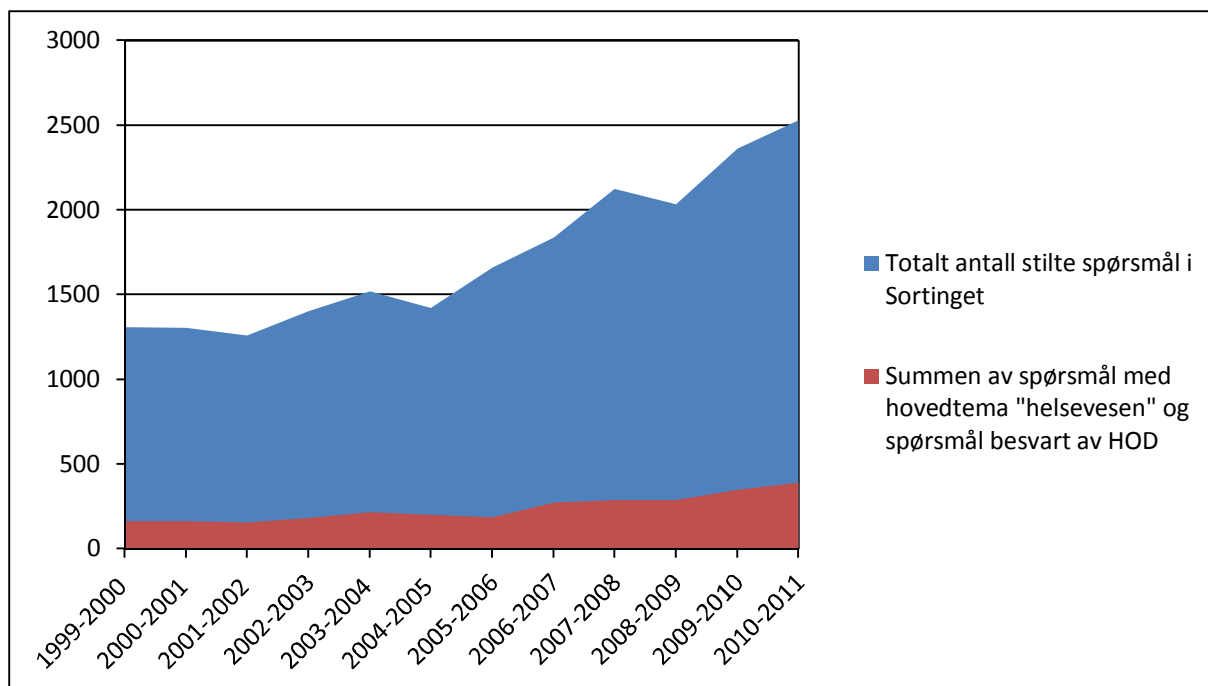
Det som imidlertid skal understrekes, er at spørsmålene som er blitt besvart av HOD ikke er gruppert i undertema. Derfor er det ikke mulig å si noe spesifikt om hvordan oppmerksomheten rundt sykehusspørsmål som sådan har endret seg over tid. Resultatene må derfor ses i lys av dette. Men når det er sagt, så kan det se ut som om andelen spørsmål som rettes til HOD har plassert seg på et stabilt høyere nivå hvis vi sammenlikner første og siste sesjon i den aktuelle perioden. For sesjonen 1999-2000 var andelen på 5,9 %. Ved innføringen av helsereformen var andelen steget til 11,7 %, og ved siste sesjon i perioden nådde andelen 14,3 %. Hvis vi legger de to siste tallene til grunn, betyr dette en absolutt økning på 2,6 %, og en relativ økning på 22 %. Trendutviklingen er presentert i figur 6.



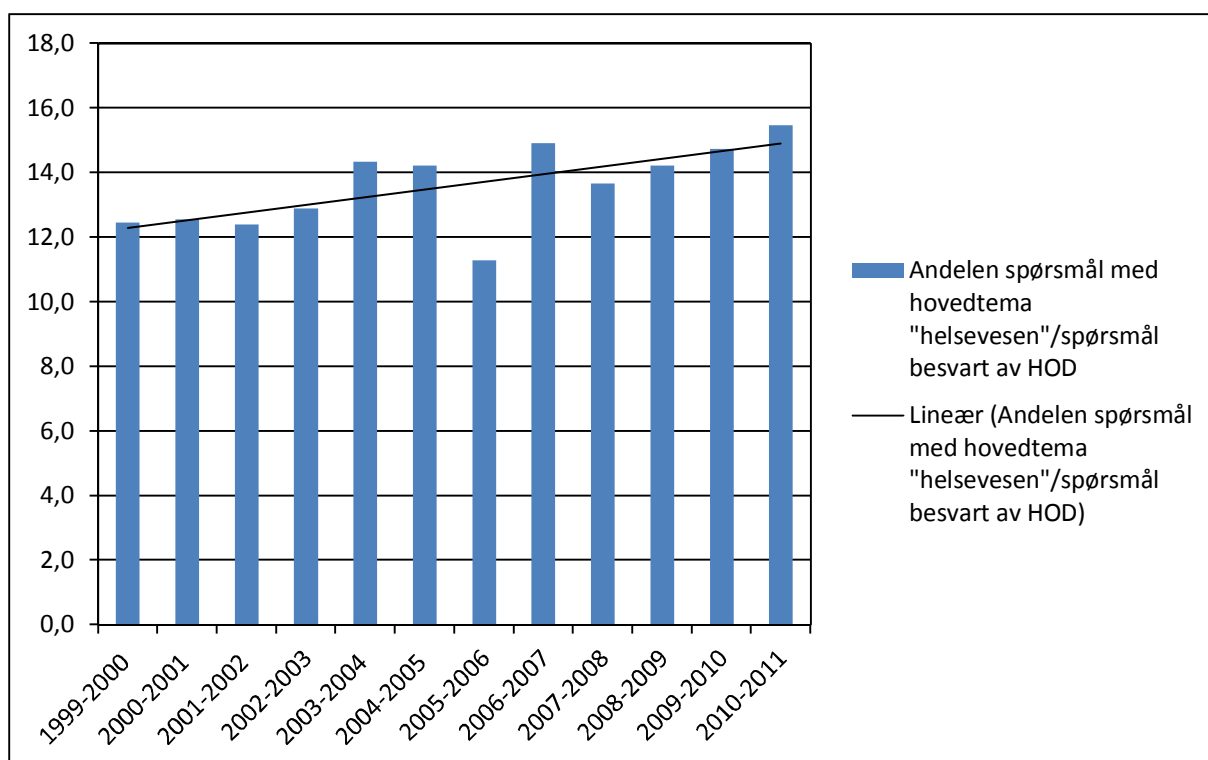
Figur 6 Skriftlige spørsmål besvart av HOD presentert som prosent andel av alle skriftlige spørsmål gjennom perioden. Trendutviklingen er illustrert med linjen i diagrammet. Loddrett akse har tall oppgitt i prosent. Vannrett akse representerer årstallet for stortingsssesjonene.

4.1.4 Utviklingen i antallet spørsmål på summarisk basis

Ved å betrakte alle typer spørsmål samlet sett, avslører tallene at det stilles langt flere spørsmål til regjeringen nå enn det som ble gjort tidligere. Det blå feltet i figur 7 illustrerer denne utviklingen. Av dette er det ikke uventet at også antall helserelaterte spørsmål øker parallelt (se det røde feltet i fig. 7). Det som er langt mer usikkert er hvordan utviklingen samlet sett skal tolkes. Hvis vi ser kun på spørretimespørsmål og interpellasjoner, kan det se ut som spørsmål med hovedtema «helsevesen» utgjør en noe større andel nå sammenliknet med tidligere. Det samme kan ikke sies om spørretimespørsmål og interpellasjoner med undertema «sykehus». I og med at de skriftlige spørsmålene utgjør en relativt stor andel av totalt antall spørsmål, og i og med at disse ikke er sortert i undertema, er det vanskelig å bedømme signifikansen av et tilsynelatende økt helsepolitisk stortingsengasjement på summarisk basis. Det kan se ut som om helserelaterte tema utgjør en større andel av spørsmålene nå sammenliknet med tidligere (jf. figur 8). Fra sesjonen 1999-2000 til sesjonen 2010-2011 stiger denne andelen fra henholdsvis 12,5 % til 15,5 %. Men det kan ikke konkluderes med at sykehustematikken spesielt har hatt en liknende utvikling.



Figur 7 Grafisk fremstilling av utviklingen i totalt antall stilte spørsmål sammenstilt med summen av spørsmål med hovedtema «helsevesen» og spørsmål besvart av HOD. Fremstillingen følger suksessivt stortingsesjonene gjennom perioden.



Figur 8 Grafisk fremstilling av andelen besvarte spørsmål med hovedtema «helsevesen» og spørsmål besvart av HOD. Loddrett akse har tall i prosent.

4.1.5 Spørsmålenes innhold og tematikk

Som en foreløpig oppsummering kan det slås fast, at stortingsrepresentantene fremdeles lar seg engasjere av problemstillinger som berører både helsevesenet generelt og sykehussektoren spesielt. Selv om jeg ikke kan dokumentere en overbevisende økning i andelen spørsmål av helsepolitisk karakter, står funnene allikevel i kontrast til forventningene om et tilbaketrukket og strategisk Storting slik helseforetaksreformen la opp til. For nærmere å belyse denne kontrasten, har jeg tatt for meg spørsmålenes innhold og tematikk. Med utgangspunkt i spørsmål fra muntlig og ordinær spørretime, har jeg foretatt en inndeling i 4 hovedkategorier. Disse er:

- Økonomi
- Struktur
- Innhold
- Annet

Spørsmålene som er gruppert under «Økonomi» handler om generelle økonomiske forhold der statsråden har blitt bedt om å redegjøre for sykehusenes generelle økonomiske betingelser og utvikling. Kategorien inneholder også spørsmål om de økonomiske forholdene for private sykehus, og de implikasjoner som gjør seg gjeldende ved spørsmål om bruk av private tjenesteytere for å redusere ventelister. I denne kategorien ligger også spørsmål som vedrører byggesaker innenfor sykehussektoren.

Hovedkategorien «Struktur» inneholder spørsmål som i hovedsak dreier seg om funksjonsfordeling mellom sykehusene og spørsmål knyttet til lokalsykehusenes funksjon og eksistens. Spørsmål som har berørt den såkalte «hovedstadsprosessen»³¹ er også stort sett gruppert i denne kategorien.

«Innhold» referer til det som gjelder tjenestetilbud til enkeltpasienter og grupper, herunder også tilbudet til ruspasienter og innen psykiatri. Under denne kategorien ligger også spørsmål om behandlingsskapasitet, ventetider og fristbrudd.

³¹ Med «hovedstadsprosessen» refereres det til sammenslåingen av sykehusene i Oslo til Oslo Universitetssykehus (2010).

Under «Annet» ligger spørsmål som naturlig ikke har latt seg kategorisere under de øvrige temaene. På det overordnede planet gjelder det her blant annet spørsmål om lovverk, lovverksendringer og forholdet til førstelinjetjenesten. På detaljplanet gjenfinnes spørsmål om prisnivået på telefontakster for pårørende ved et bestemt sykehus, antall korridorpasienter ved navngitte avdelinger og fredningsvedtak for sykehusbygg i Halden.

Spørsmålene innenfor hver hovedkategori er enten rubrisert som spørsmål av overordnet karakter eller som spørsmål med detaljert innhold. Fordelingen er foretatt for hver enkelt stortings sesjon fra 2001-2002 til og med 2010-2011.

Om økonomi og struktur Æ en nærmere analyse

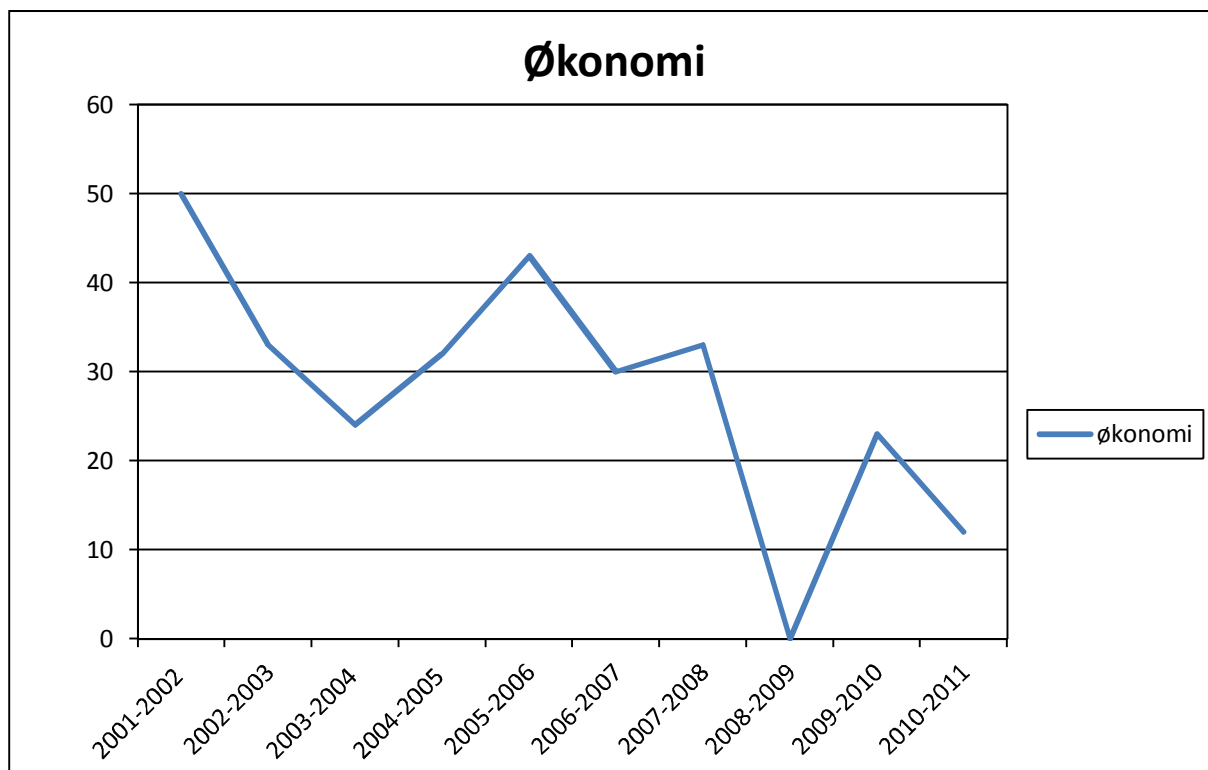
De fleste stilte spørsmål i spørretimen, totalt sett, dreier seg om økonomiske forhold i sykehussektoren. Gjennom tiårsperioden ser vi dog en fallende kurve for denne kategorien. Dette gjelder uavhengig om resultatene fremstilles i absolutte eller relative tall.

Jeg ser to hovedgrunner til dette. Den ene knytter seg til utfordringene knyttet til helseforetakenes åpningsbalanse. Den andre knytter seg til at sykehusenes underskudd ble videreført inn i den nye epoken.

Til det siste først: Ved overgangen fra fylkeskommunalt til statlig eierskap ble sykehusene pålagt å følge alminnelige prinsipper for regnskapsføring. Dette var en naturlig følge av omleggingen fra forvaltningsstruktur til foretaksstruktur, og var således hele grunnlaget for prinsippet om mål- og resultatstyring i helsesektoren. Resultatet av dette var at det for første gang ble nødvendig å verdifastsette sykehusenes bygningsmasser og inventar slik at det kunne skapes en riktig åpningsbalanse. Dette arbeidet strakk seg over flere budsjettår.

Som en konsekvens av dette oppstod mye usikkerhet, og det ble vanskelig for helseforetakene å styre på bakgrunn av budsjettall og å oppnå driftsmessig balanse. I tillegg til dette ble altså de gamle budsjettunderskuddene videreført. Flere tok til orde for å slette denne negative «startkapitalen», men dette ønsket ble ikke tatt til følge. Som en kompensasjon fikk sykehusene utsatt kravet om å drive i budsjettbalanse. Kravet ble formelt ikke gjort gjeldende før i 2005. I tiden etter 2005 har andelen økonomi-spørsmål vært noe fallende dersom man legger til grunn andelen av totalt stilte spørsmål. I tillegg har tematikken endret seg i retning av spørsmål som vedrører bevilgninger til nye sykehusbygg. Særlig nevnes i denne

sammenheng byggingen av sykehotellet ved Radiumhospitalet (2007-2008) og nytt sykehus på Nordmøre og i Buskerud (2009-2010 og 2010-2011).



Figur 9 Utviklingen i andel spørretimespørsmål tilhørende hovedkategorien økonomi. Tallene på vertikal akse er oppgitt som prosent.

Oppsummert kan det hevdes at budsjettdiskusjonen naturlig nok har vært et stadig tilbakevendende tema i Stortingssalen. Dette er for så vidt rimelig all den tid det er Stortinget som bevilger de økonomiske midlene gjennom statsbudsjettet. I tillegg har det vært, og slik kommer det nok også til å forbli, en manglende politisk konsensus om sykehusenes ressurstilgang sammenliknet med de oppgaver og samfunnsoppdrag de er satt til å løse og forvalte.

Struktur og funksjonsfordeling Ë en refleksjon av striden rundt lokalsykehus og fødeavdelinger

«En gjennomgående problemstilling er å finne balansen mellom lokal frihet i de enkelte foretak og nødvendig overordnet statlig styring. Reformens endelige suksess vil avhenge av at denne balansen oppnås.»

Dette sitatet er hentet fra Ot prp. nr. 66.³² Sitatet avslører muligens en intensjon, men kanskje først og fremst en usikkerhet knyttet til de grenseoppganger som uvilkårlig måtte forventes å finne sted i tiden etter reformen. Prøvesteinen i denne grenseoppgangen skulle vise seg å bli spørsmålet om funksjonsfordeling og nedleggelse av lokalsykehus.

Allerede 15. januar 2002, to uker etter at helseforetaksreformen ble satt ut i livet, ba Senterpartiet om en redegjørelse om hvem som har myndighet til å legge ned sykehus.³³ Daværende helseminister, Dagfinn Høybråten, henviste i sitt svar til helseforetakslovens § 28 som hjemler styrets forvaltning av spørsmålet. Men han henviste også til § 30 i den samme loven som referer til at «vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet» eller «som antas å ha prinsipielle sider av betydning» treffes av foretaksmøtet i det regionale helseforetaket. Han utdypet svaret med å referere til Ot.prp. nr. 66 som sier at nedleggelse av lokalsykehus kan være et eksempel på et slikt vedtak.

Denne grenseoppgangen gjorde at lokalsykehus-temaet ble liggende en stund. Men i kjølvannet fulgte flere spørsmål knyttet til funksjonsfordeling generelt og til føde- og akutttilbud spesielt. Gjennom de to første årene av reformen, ble statsråd Høybråten stadig utfordret på temaet. Han understreket at sykehusreformen har til hensikt å gi «(i) helseforetakene (i) en friere stilling enn om de skulle være forvaltningsenheter.»³⁴ Med henvisning til Stortingsproposisjon nr. 59 om spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett³⁵, forsøkte han også å gjøre Stortinget ansvarlig for vedtaket som innebærer krav om betydelige omstillings- og effektiviseringstiltak i de regionale helseforetakene. «*Spørsmålet om arbeidsdeling mellom sykehus og omstrukturering av oppgavefordeling mellom sykehusene, og nærliggende sykehus, vil normalt ikke være av en slik art at det vil kreve foreleggelse for Helsedepartementet.*»³⁶ Forsøkene på å gi legitimitet til styrene i de regionale helseforetakene lyktes ikke helt. Stortinget, med både reformtilhengere og reformmotstandere, utfordrer ministeren så hardt at det ender med at foretaksmøtet i Helse-Øst 6. november 2003 vedtar å omgjøre beslutningen om å nedlegge fødeavdelingen ved Gjøvik sykehus.

³² Ot prp.nr. 66 s 21.

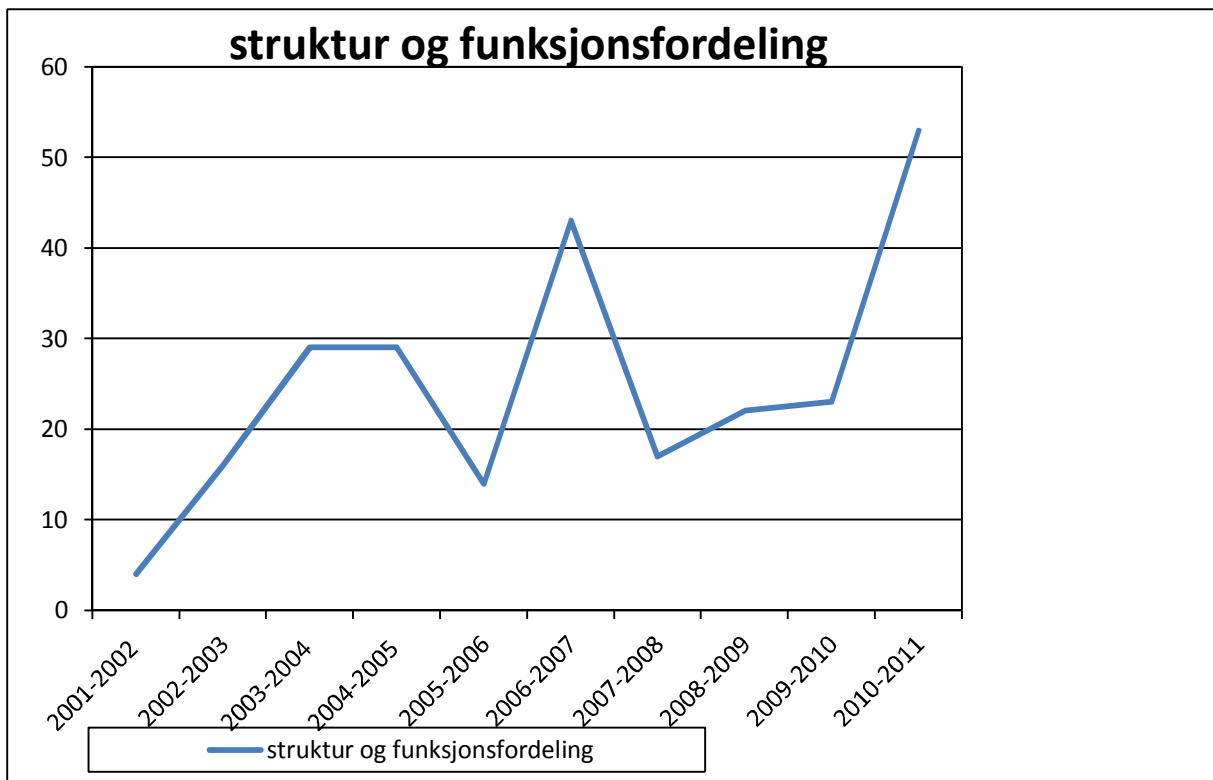
³³ Spørsmål fra stortingsrepresentant Eli Sollied Øveraas i spørretimen 15.01.02.

³⁴ Statsråd Dagfinn Høybråten's svar til Ola D. Grøtvold (Sp) i Stortinget 20.11.02

³⁵ St. prp. nr. 59 (2001-2002) Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett

³⁶ Statsråd Dagfinn Høybråten's svar til Rolf Reikvam (SV) underspørretimedebatten i Stortinget 18.12.02, med henvisning til planene for Stensby sykehus.

Retrospektivt vil jeg hevde at denne hendelsen blir premissgivende for Stortingets og opposisjonens forventning til statsrådets inngripen i kontroversielle sykehussaker. Selv om regjeringen Stoltenberg II nedfeller prinsippet om at ingen lokalsykehus skal legges ned, blir funksjonsfordelingsspørsmål stadig tatt opp i Stortinget. I sesjonen 2010-2011 utgjør denne spørsmålskategorien over 50 % av de sykehusrelaterte temaene i spørretimene.

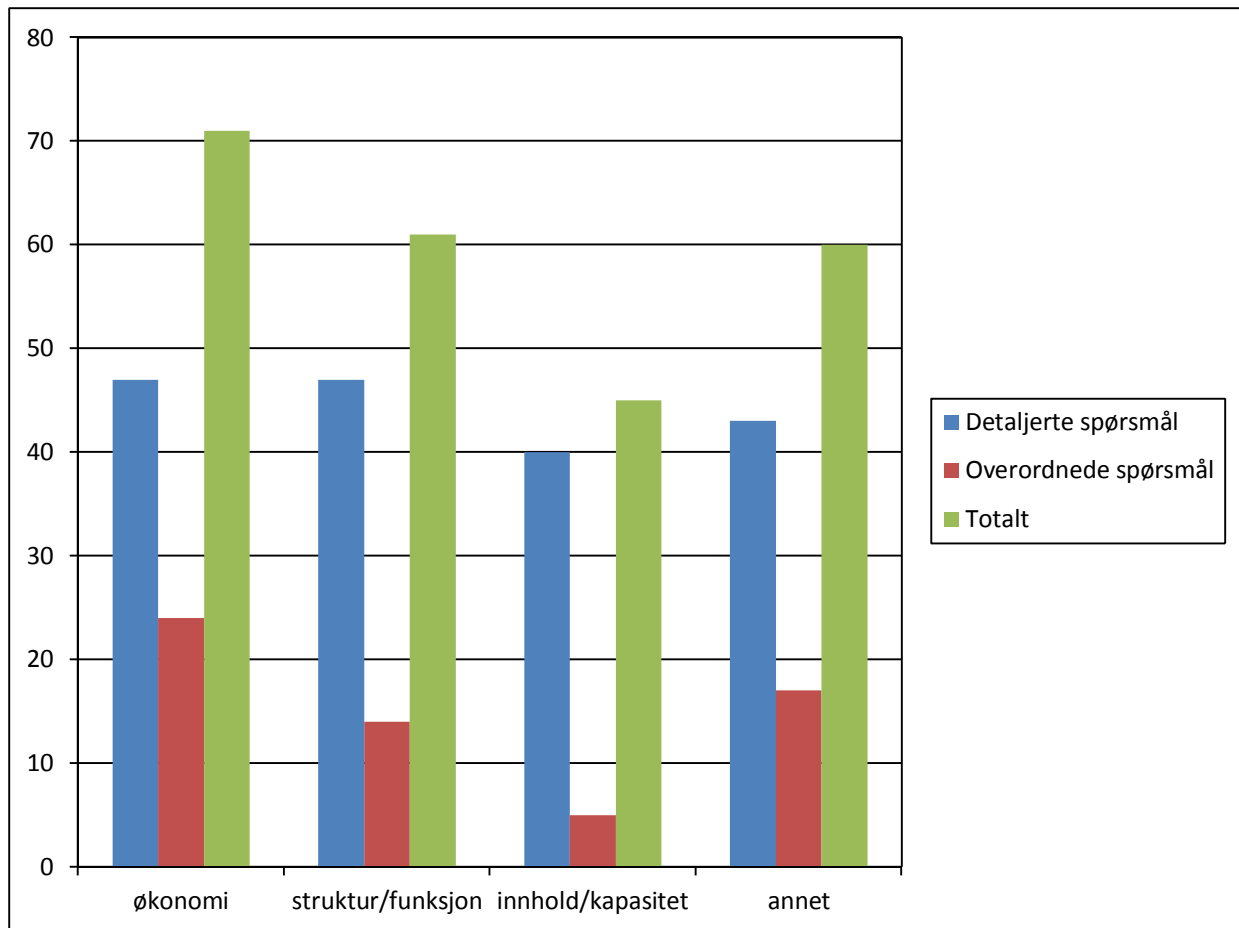


Figur 10 Utviklingen i andel spørretimespørsmål tilhørende hovedkategorien struktur/funksjonsfordeling. Tallene på vertikal akse er oppgitt som prosent.

Strategi versus drift Æ overordnede forhold versus detaljer

Stortingets rolle i forbindelse med helseforetaksreformen ble aldri gjort til gjenstand for debatt under utarbeidelsen av lovforslaget. Proposisjonen inneholder ingen eksplisitte formuleringer som peker i retning av en avpolitisering. Dette kan oppfattes som politisk diskresjon. Hadde proposisjonen inneholdt slike formuleringer kunne det truet den nødvendige oppslutningen om den. Dette beredte grunnen for en fortsatt dragkamp om spørsmålet om forholdet mellom legpolitisk og profesjonell styring. Stortingssalen er legmanns- arenaen. På denne arenaen kan stortingsrepresentantene utfolde seg og til enhver tid utfordre både statsråden og de disponeringer som de regionale helseforetakene i

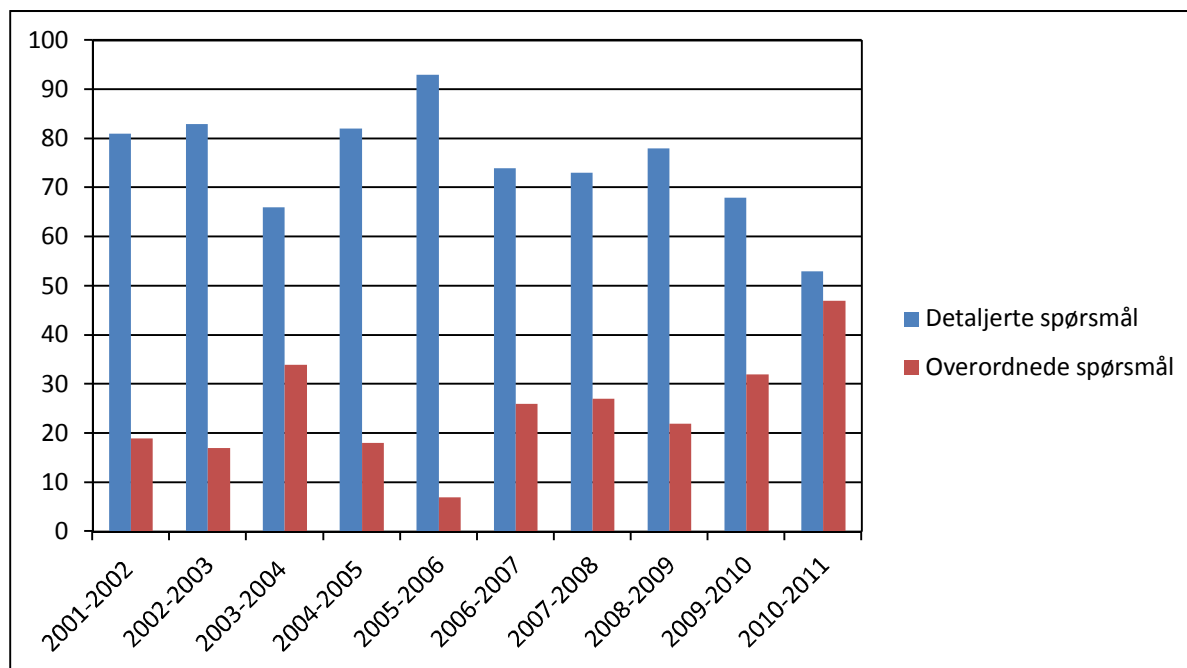
utgangspunktet har mandat til å foreta. Ofte har spørsmålene vært av en slik karakter at det underforstått forventes at statsråden skal gripe inn og diktere de lokale og/eller regionale vedtak eller prosesser. Som jeg har nevnt, har statsråden sågar blitt utfordret til å *omgjøre* allerede fattede vedtak.



Figur 11 Grafisk fremstilling av hovedkategorier av spørretimespørsmål, inndelt som henholdsvis «økonomi», «struktur/funksjon», «innhold/kapasitet» og «annet». Vertikal akse representerer antall spørsmål i absolutte tall.

Figur 11 viser at Stortinget er langt mer detaljorientert enn det er konsentrert om spørsmål av overordnet og prinsipiell karakter. Med bakgrunn i foretatt optelling og kategorisering, har jeg funnet at av 237 stilte spørsmål i perioden, er kun 25 % av hovedspørsmålene av sistnevnte kategori. Med andre ord, så strekker inntil 75 % av spørsmålene seg langt inn i interne og lokale anliggender. Det er verd på merke seg at denne fordelingen har holdt seg relativt uendret fram til 2009. For de to siste registrerte stortings sesjonene er imidlertid styrkeforholdet noe endret. Det kan se ut som om Stortinget i mindre grad enn tidligere er opptatt av enkeltsaker. For sesjonen 2010-2011 er «kun» 53 % av spørsmålene kategorisert

som detaljerte spørsmål. Imidlertid gjenstår det å se om dette er begynnelsen på en kursendring, eller om det er en midlertidig tendens eller tilfeldig variasjon.



Figur 12 Grafisk fremstilling av forholdet mellom «detaljerte spørsmål» og «overordnede spørsmål» fra stortings sesjon 2001-2002 til 2010-2011.

Oppsummering

Tradisjonelt har helse spørsmål og sykehustematikk vært områder som både har engasjert og mobilisert de folkevalgte. Jeg har argumentert for at helseforetaksreformen i utgangspunktet la opp til at Stortingets rolle i helsepolitiske spørsmål skulle dreie i overordnet, prinsipiell og strategisk retning. Med dette utgangspunktet skulle det forventes at Stortingets aktivitet og engasjement i helsesaker over tid ville avta og til dels også endre karakter. Med et «strategisk» Stortinget ville det forventes at spørsmålene skulle dreie seg om sykehusenes rammebetingelser og overordnede styringsspørsmål heller en telefontakster og parkeringsforhold for pårørende.

Ved å sammenholde de kvantitative og kvalitative data for stortingsaktiviteten, slik de er presentert i oppgaven, kan jeg ikke se at en slik utvikling har funnet sted. Resultatene reflekterer et Storting som har lagt for dagen et minst like stort helsepolitisk engasjement som før innføringen av reformen. Det kan til og med se ut som om stortingsengasjementet i helsepolitiske spørsmål tenderer til å øke noe i perioden etter innføringen av helsereformen. I

tillegg reflekterer innholdet og tematikken i spørsmålene fra spørretimene at langt de færreste spørsmålene er av overordnet og prinsipiell karakter, selv om det kan se ut som om det i den siste stortings sesjonen (2010-2011) avdekkes et endret forhold i denne balansen. Likevel fremstår stortingsaktiviteten som langt mer «intens» og detaljorientert enn forventet. Dette står i motsetning til de intensjoner som lå til grunn for utarbeidelsen og utformingen av helseforetaksreformen og teoriene i New Public Management.

4.2 Departementets som bestiller og oppdragsgiver for de regionale helseforetakene

4.2.1 Oppdragsdokumentene

Helseforetaksloven³⁷ hjemler departementets rett til å sette vilkår for bevilgningene til de regionale helseforetakene.³⁸ Disse vilkårene uttrykkes gjennom de såkalte oppdragsdokumentene. Oppdragsdokumentene utarbeides og oversendes de regionale helseforetakene i desember hvert år, etter at stortinget har vedtatt statsbudsjettet.

Form og innhold

Dokumentene er delt i to prinsipielle hoveddeler som reflekterer formålet med dokumentet. Innledningsvis presenteres de økonomiske midler og det ressursgrunnlag som Stortinget har vedtatt skal ligge til grunn for drift og investeringer. Det er gjennom denne presentasjonen at midlene *formelt* sett stilles til disposisjon. Deretter følger en mer omfattende beskrivelse av styringskravene som er knyttet til tildelingen. Dette er den helsepolitiske bestillingen. I tillegg kan dokumentene inneholde presiseringer og orienteringer som vedrører konsekvenser av nye lover og forskrifter samt forholdet til andre helsemyndigheter, som f.eks. Helsedirektoratet.

De regionale helseforetakene har i hovedsak fire områder de skal arbeide innenfor. De skal for det første sørge for at befolkningen får et helhetlig tilbud innenfor sykdomsbehandling. Dette inkluderer utredning, selve behandlingen, pleie og omsorg i relasjon til behandlingen samt rehabilitering. I tillegg har de regionale helseforetakene et ansvar for å drive forskning, utdanne helsepersonell og sørge for opplæring av pasienter og pårørende.

³⁷ LOV 2001 -06 -15 nr 93: Lov om helseforetak m.m

³⁸ § 16 annet ledd

Oppdragsdokumentene utdyper, mer eller mindre systematisk, hva som skal vektlegges innenfor hvert av disse hovedområdene. Denne utdypningen er en refleksjon av profilen i Helse- og omsorgsdepartementets tilråding for kommende budsjettår.

Utviklingen i oppdragsdokumentene- Fra styringsdokument til oppdragsdokument, - en kvalitativ betraktning

Under de tre første årene etter innføringen av helseforetaksreformen formidlet departementet sitt styrings- og bestillerbudskap gjennom *styringsdokumenter*. Styringsdokumentene var gjennomgående undertegnet av ekspedisjonssjef og enten rådgiver eller direktør i departementet. I 2005 og 2006 ble det samme dokumentet betegnet *bestillerdokument*, men ble fra dette tidspunktet av signert av statsråden selv. Siden 2007 har dokumentene hatt betegnelsen oppdragsdokument. Det er vanskelig å ta dokumentenes navneendring til inntekt for en politisk dreining i løpet av tiden etter helseforetaksreformen. Dette at dokumentene etter hvert undertegnes av statsråden selv, kan dog oppfattes som om departementet ønsker en «strammere linje» og «tettere styring» med bevilgningen til de regionale helseforetakene.

Når det gjelder det øvrige innholdet i dokumentene, gjenfinnes det få presiseringer og liten grad av detaljer de første årene. Formuleringene er relativt runde, og departementet er tydelig på at de regionale helseforetakene selv har mandat til å løse sine oppdrag i tråd med spesialisthelsetjenestens formål og ansvar. Intensjonen reflekteres relativt tydelig i det første styringsdokumentet fra eieravdelingen i Helsedepartementet. I innledningen heter det:

«Innenfor de mål og resultatkrav som eier her fastsetter, skal Helse Øst RHF ha stor selvstendighet i disponeringen av ressursene. Videre skal mål og resultatkrav stilles på en slik måte at Helse Øst RHF gis fleksibilitet til å bestemme hvordan oppdraget best kan løses.»

Når det gjelder konkrete krav og forventninger som departementet stiller til Helse Øst RHF, gjenfinnes det kun sju konkrete oppdrag i styringsdokumentet fra 2002. Samme år ble det vedtatt å gi helseforetakene en tilleggsbevilgning på bakgrunn av usikkerheten knyttet til foretakenes økonomi og budsjett. I revidert styringsdokument for Helse Øst RHF i 2002 heter det: *«Det stilles fortsatt store krav til Helse Øst RHF's selvstendige disponering av ressursene»*. Men på grunn av den vedtatte tilleggsbevilgningen, ble det knyttet noen spesifikke vilkår til denne økonomiske overføringen. Disse presiseres under avsnittet om

donortilgang og donoransvarlig lege, astmaskoler, strategiske utviklingstiltak, fødselsomsorg og nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin. Utover dette er departementet relativt ordknapp.

I 2003 er styringsdokumentet langt mer omfattende. Dette kan tas til inntekt for at departementet allerede på dette tidspunktet dreier mot en mer håndfast styring med de regionale helseforetakene. Imidlertid understreker departementet selv en annen forklaring på hvorfor dokumentet har endret karakter. Denne gjenfinnes allerede i innledningen:

«Styringsdokumentet er lengre enn ønskelig, men departementet har også i styringsdokumentet for 2003 funnet det riktig å omtale forhold relatert til modellen som sådan (í). Styringsdokumentet omfatter således mer enn det som følger direkte av departementets behov for å sette mål og resultatkrav overfor foretakene» (forf. utheving).

Videre i dokumentet heter det:

*«Helsedepartementet har tillit til at det enkelte regionale helseforetak vil lage og gjennomføre strategiske og operative planer som på en god måte realiserer disse målsetningene i samsvar med helsepolitikkenes mål og rammer, (í).»*³⁹

Intensjonen er altså å gi de regionale helseforetakene en stor grad av autonomi. Det stilles derfor heller ikke noen særlige krav til rapporteringsformat, annet enn at de regionale helseforetakene årlig må redegjøre for sine aktiviteter. Ei heller finnes det på dette tidspunktet definerte krav til grad av måloppnåelse relatert til kvantitative eller kvalitative måleparametere.

Dette oppdragsformatet ble betydelig endret i årene som fulgte. Oppdragsdokumentene fikk gjennomgående avsnitt med overskrift som «særskilt prioriterte områder» og «forhold under særlig styringsmessig fokus». Styringsbudskapene ble dermed mer uttalte og mer presise. Departementets språkbruk blir mer eksplisitt. Formuleringene endret seg fra å gjenspeile overordnede målsetninger til å bli detaljerte med hensyn til hvilke spesifikke behandlingstilbud som skal etableres og utvikles. Etter hvert ble de regionale helseforetakene

³⁹ Kapittel 3.2, andre avsnitt.

pålagt større grad av utredningsarbeid, dokumentering, registrering og rapportering. I 2007 ble det innført spesifikke styringsindikatorer. På samme tidspunkt ble det etablert rapporteringsrutiner på både månedlig, kvartalsvis og halvårlig basis.

I de tidligste styringsdokumentene kan det altså se ut som om departementet «nøyet» seg med å bruke formuleringer som inneholdt begreper som: *sørge for, bedre, styrke, ivareta, følge opp, redusere, realisere forutsetninger, sette av ressurser, vurdere, legge vekt på og ruste opp*. Det ble stadig understreket at de regionale helseforetakene hadde frihet og fleksibilitet til selv å disponere ressursene og sørge for best mulig helsetjenester til befolkningen. Det ble også presisert at det enkelte helseforetak kunne foreta hensiktsmessige endringer når det gjaldt regionsoppgaver mellom sykehusene i egen region, og videreføre arbeidet med effektivisering av sykehusstrukturen.⁴⁰ Retrospektivt er dette interessant sett i lys av utviklingen mot langt mer konkrete oppdrag og «instruksjoner». Under avsnittet om Stortingets rolle gikk jeg nærmere inn på hvordan spørsmålet om nedleggelse av lokalsykehus ble gjort til gjenstand for betydelig oppmerksomhet fra Stortingets side. Jeg vil i det følgende bruke dette tema for å illustrere den kvalitative utviklingen i oppdragsdokumentene, og som et uttrykk for departementet og regjeringens politiske detaljstyring.

Lokalsykehusspørsmålet Æ fra frihet til diktat

I det sykehusreformen ble innført, var det ingen tegn som tydet på at lokalsykehusene så til de grader skulle bli et stridstema. I styringsdokumentene for de tre første årene etter reformen⁴¹, er verken lokalsykehusenes funksjon, stilling eller skjebne omtalt. Under Dagfinn Høybråten som minister, ble det gjort et genuint forsøkt på å leve opp til intensjonen om å overlate strukturelle spørsmål og funksjonsfordelingsteamet til de regionale helseforetakene. Likevel ble denne debatten ganske fort bragt inn i stortingssalen. Før valget i 2005 hadde det som kjent vært flere runder der lokalsykehusenes fødetilbud, akutttilbud og eksistens som sådan, hadde blitt utfordret. Helseministeren hadde blitt tvunget til å gripe inn og de «rød-grønne»⁴² gikk til valg med løfte om at ingen lokalsykehus skulle legges ned.⁴³ Dette gjengis i bestillerdokumentet for 2005, hvor departementet vier hele tre fyllestgjørende avsnitt til å utdype den «nye linjen» i lokalsykehusspørsmålet. De regionale helseforetakene får i oppdrag

⁴⁰ Styringsdokument Helse Øst 2002, s. 14 og 15.

⁴¹ 2002-2004

⁴² Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV

⁴³ Dette nedfelles i regjeringserklæringen, den såkalte «Soria Moria- erklæringen»

å utarbeide « (i) helhetlige strategier som skal klargjøre planene for utviklingen framover for de enkelte lokalsykehusene i helseregionen.» Videre presiseres det at «Strategien skal utarbeides i samarbeid med brukerne, og lokale og regionale politiske aktører skal trekkes inn.» I 2006 kommer det ytterligere presiseringer, og det slås fast at ingen lokalsykehus skal legges ned. I oppdragsdokumentene de neste årene blir det enda tydeligere at lokalsykehusene ikke bare skal bestå og inngå i en helhetlig behandlingkjede. De skal også ha akuttfunksjon «(i) med hovedvekt på indremedisinske tilbud, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap.»⁴⁴ Til synelatende kan det se ut som om, lokalsykehusenes skjebne med dette var avgjort under den sittende minister. Likevel dør ikke debatten hen. Den forblir et tilbakevendende tema i Stortinget, selv om tematikken ikke lenger vies særskilt plass i oppdragsdokumentene fra og med 2010.

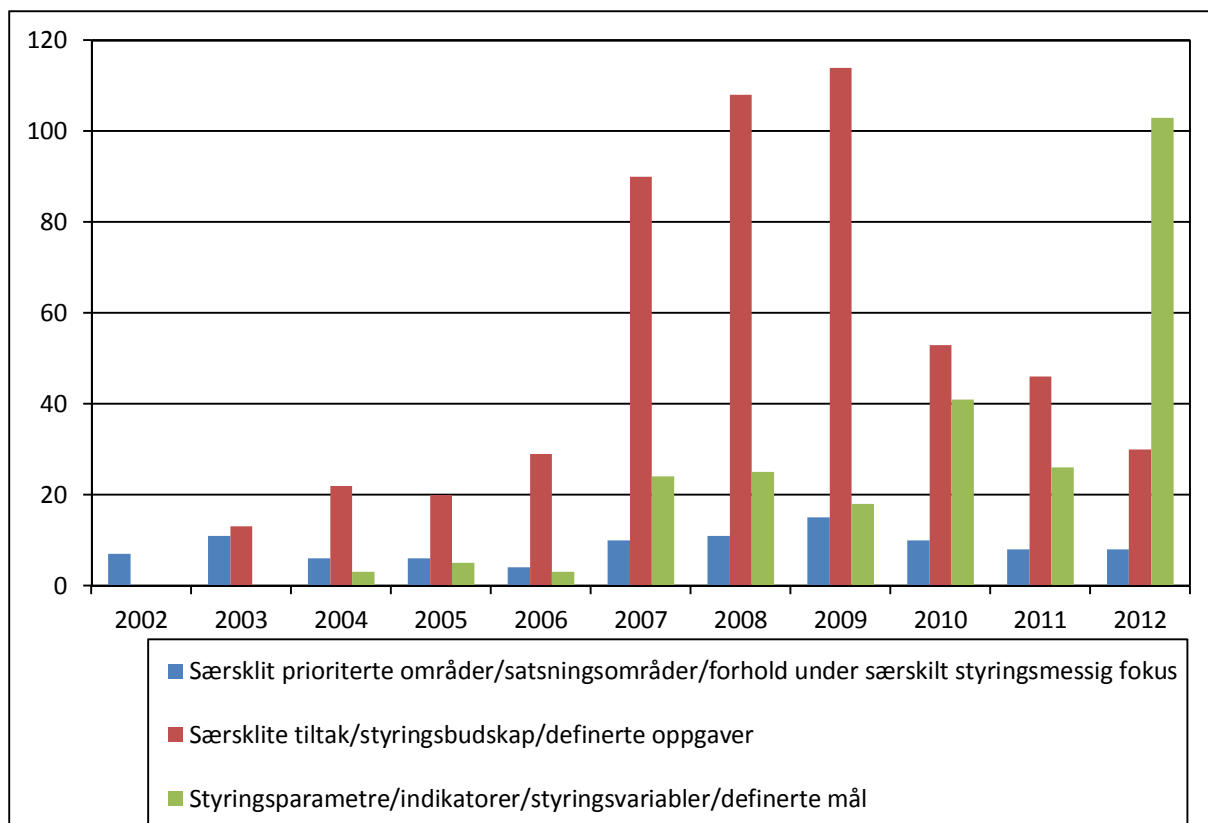
Den kvantitative utviklingen av oppdragsdokumentenes innhold

Formen og oppbygningen av dokumentene har som sagt endret seg en del over de første ti år etter reformen. Det er først i siste halvdel av tiåret etter implementering at dokumentene noenlunde har «satt seg» i form og innhold. I den videre fremstillingen vil jeg forsøke å illustrere denne kvantitative utviklingen av, og endringen i, oppdragsdokumentene. Jeg har tatt for meg omfanget av de styringsbudskap og oppgaver som departementet selv har valgt å sortere under ulike avsnitt i dokumentene. Jeg har gruppert dette på følgende måte:

- Særskilt prioriterte områder/satsningsområder/forhold under særskilt styringsmessig fokus
- Særskilte tiltak/styringsbudskap/ definerte oppgaver
- Styringsparametere/indikatorer/variabler/faglig rammeverk/definerte mål

Det presiseres at de ovennevnte betegnelser og formuleringer er hentet direkte ut fra oppdragsdokumentene, og de er således departementets egne «definisjoner».

⁴⁴ Oppdragsdokument 2009, Helse Sør-Øst RHF



Figur 13 Grafisk fremstilling av kvantifiserte data fra oppdragsdokumentene til Helse Øst RHF/ Helse Sør-Øst RHF i tiden fra helseforetaksreformens implementering og frem til og med 2012.

Opptellingen viser at antallet «særskilt prioriterte områder» og «forhold under særskilt styringsmessig fokus» har ligget relativt stabilt gjennom årene. Det vises til de blå søylene i figur 13. Derimot observeres det en ikke ubetydelig økning i departementets «særskilte tiltak», «styringsbudskap» og «definerte oppgaver». Fra 2007 til 2009 passerte dette antallet mer enn ett hundre budskap og oppgaver som oppdragsgiver skal svare for.

I 2007 ble det innført konkrete, tallmessige styringsindikatorer eller variabler. Dette dreier seg eksempelvis om krav til epikrisetid, maksimal ventetid før operasjon for pasienter med lårhalsbrudd, prosentvis reduksjon i antallet korridorpasienter og redusert antall strykninger av pasienter fra oppsatt operasjonsprogram. Antallet varierer noe fra år til år innenfor spennet 18 til 41. Derfor er det interessant å registrere at dette tallet i oppdragsdokumentet for 2012 har steget til 103, presisert som 30 styringsparametere og 73 mål innenfor 20 områder.

Med bakgrunn i de data jeg har presentert, har oppdragsdokumentene, til tross for endringer i oppbygning og form, hatt en utvikling mot større grad av detaljert styring og eksplisitte krav

til de regionale helseforetakenes måloppnåelse og prioriteringer. Alle dokumentene inneholder beskrivelser av de overordnede helsepolitiske målsetningene, men utover i perioden suppleres disse med langt flere konkrete oppgaver og kvantitative måleparametere. Likevel er det noe tvetydighet i utviklingen. Alle de detaljerte departementsoppdragene kan tas til inntekt for det legpolitiske styret og den partikulære politikk. Mens utgangspunktet for helseforetaksreformen var det motsatte: den profesjonelle, regelstyrte og målorienterte politiske utøvelse. Ut fra den grafiske fremstillingen kan det se ut som om det rundt 2010 skjer en prinsipiell dreining i departementets «bestillerutøvelse». Fra å legge til grunn særskilte tiltak og styringsbudskap, dreier departementet vilkårene knyttet til budsjettbevilgningen mot definerte kvalitetsmål og graden av måloppnåelse. Med andre ord snakker vi her om en dreining mot et større innslag av mål- og resultatstyring. Dette skjer parallelt med at det generelt, og i langt større grad enn tidligere, legges vekt på kvaliteten i tjenestene som helsevesenet leverer. I sum er det kanskje mulig å se en trend som indikerer at departementet endrer sin oppdragsstyring i retning av det som var den politiske intensjonen med helseforetaksreformen, og at departementet kan sies å ha blitt mer profesjonell i sin styringsutøvelse overfor de regionale helseforetakene.

4.3 Departementets eierstyring

4.3.1 Foretaksmøtet som styringsinstrument

Staten eier, helt eller delvis, et bredt spekter av ulike virksomheter som representerer store verdier. Dette eierskapet er regulert av Grunnlovens § 19 hvor det fremgår at det er regjeringen, representert ved departementene, som forvalter statens aksjer og eierskap i de selskap hvor staten har eierinteresser. Dette gjelder da også for de regionale helseforetakene.

Etter innføringen av sykehusreformen, ble det opprettet en egen eieravdeling i Sosial- og helsedepartementet. Dette var et forsøk på å skille departementets to roller som bestiller, eller «sørge for»-ansvarlig, og eier. Riktig nok var det først i overgangen 2004 /2005 at departementet formelt sett opprettet to styringslinjer for tydeligere å markere dette skillet. Styringslinjene ble operasjonalisert gjennom henholdsvis bestillerdokument / oppdragsdokument og foretaksmøtet. Før dette gikk det også ut en del brev fra departementet

til de regionale helseforetakene. Innholdet i disse brevene var utdyping av styringsbudskap knyttet til forhold rundt investeringsprosjekter i de regionale helseforetakene. Uoffisielt har dette blitt betegnet «brevregimet»⁴⁵, og var eiers kommunikasjonskanal utover foretaksmøtet.

Foretaksmøtet utgjør foretakenes øverste organ. Foretaksmøtets myndighet er hjemlet i helseforetaksloven⁴⁶. Det er i foretaksmøtet, og bare her, at eieren utøver den øverste myndighet i foretaket. Det er departementet som utgjør foretaksmøtet i de regionale helseforetakene.⁴⁷ Foretaksmøte ledes av styreleder i det regionale helseforetaket.

Utviklingen i antall avholdte foretaksmøter

Med innføringen av helseforetaksreformen ble det naturlig å avholde to ordinære foretaksmøter gjennom året. Januarmøtet gav mulighet for å oppnevne styrerepresentanter for kommende periode. Junimøtet ble utgangspunktet for behandling av saker knyttet til avslutningen av årsregnskap og beretning. Utover dette ble foretaksmøtet satt ved behov for behandling av andre særskilte saker. Det henvises til tabell 1.

Tabell 1 Oversikt over antall avholdte foretaksmøter gjennom årene fra 2002 - 2012.

Årstall	Antall avholdte foretaksmøter
2002	Ikke bekreftet antall
2003	3
2004	3
2005	3
2006	2
2007	3(Helse Øst) +3 (Helse Sør-Øst)
2008	6
2009	4
2010	6
2011	7

Tabellen viser altså at antall foretaksmøter som avholdes årlig, er mer en doblet dersom vi sammenlikner første og siste halvdel av tiårsperioden. Det kan se ut som om dette er et resultat av den geografiske utvidelsen av det regionale helseforetaket som sådan. Likevel vil jeg hevde at dette ikke er en åpenbar sammenheng. Denne påstanden bygger på min

⁴⁵ Opplysningen om dette er gitt av ekspedisjonssjef i eieravdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet, Frode Myrvold i samtale i mars 2012. «Brevregimet» opphørte etter hvert som informasjonskanal og styringsverktøy, og budskapene ble tatt inn i årets første foretaksmøte som avholdes i januar.

⁴⁶ § 16 første ledd

⁴⁷ I helseforetakene er det styret i de regionale helseforetakene som utgjør foretaksmøtet og fatter dets vedtak.

gjennomgang av foretaksmøtenes agenda og innhold, og jeg vil redegjøre nærmere for dette i de neste avsnittene.

Foretaksmøtenes utvikling i form og innhold

Foretaksmøtets agenda følger i all hovedsak en fast orden av saker. Alle møter åpner med godkjenning av innkalling og dagorden, og møtet konstitueres. I løpet av året, innen utgangen av juni, skal foretaksmøtet behandle og godkjenne årsregnskap, årsberetning, revisors godtgjørelse samt årlig melding. Dette møtet følger således mønsteret for aksjeselskapers generalforsamling eller bedriftsforsamling. Dette har bidratt til at foretaksmøtet i det vesentligste har fulgt et relativt regelmessig mønster gjennom årene. Det gjenfinnes få åpenbare utviklingstrekk i form og innhold med unntak av de «nye» agenda-punktene som ble nedfelt i vedtektene i januar 2005. Fra og med januarmøtet dette året, har eier benyttet anledningen til å oppsummere sine budskap gjennom følgende punkter:

- overordnede styringsbudskap og prestasjonskrav
- organisatoriske krav og rammebetingelser
- økonomiske krav og rammebetingelser

Gjennom denne «øvelsen» presenterer altså eier sine overordnede, men også detaljerte, styringsbudskap, krav og betingelser. De regionale helseforetakene tar orienteringen til etterretning, og de forplikter seg til å følge eiers instruksjoner gjennom det videre arbeid. Utover dette er det verd å merke seg at eier fra og med 2007 gjennomgående har benyttet foretaksmøtet til å fremføre ytterligere presiseringer. I antall dreier det seg om mellom 5 og 11 krav og budskap som statsråden årlig finner nødvendig å overbringe det regionale helseforetaket.

Jeg vil knytte følgende refleksjoner til dette: Innholdet i «redegjørelsen» fra departementet korresponderer ikke overraskende med de styringskrav som presenteres i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Dog gjøres det ikke et tydelig skille mellom departementets vilkår knyttet til «bestilleroppdraget» og departementets krav som eiermyndighet. For de regionale helseforetakene er det rimelig å anta at det dermed ligger en utfordring i å kategorisere oppdragene som svar på enten bestillers eller eiers intensjoner og

krav. Jeg vil hevde at dette synliggjør den krevende utfordringen det er å forvalte de to oppgavene uten at rollene griper over i hverandre. Det kan se ut som om den «tydelige» skillelinjen som ble opprettet i 2004/2005, med to departementsavdelinger, i praksis ikke har bidratt til en mer rendyrking av de departementale oppgavene. Det kan derfor se ut som om det over tid tenderer til å gå mot en re-integrering snarere enn en desintegrering av statens roller.

Nærmere om saker som har blitt behandlet i foretaksmøtene

En god del av de sakene som foretaksmøtet har behandlet i årene fra 2002 til og med 2011, er altså saker som jeg har karakterisert som «faste poster» og som på ordinær basis skal stå på agendaen.

Ved å studere de tilgjengelige foretaksprotokollene i perioden, finner jeg at foretaksmøtet i Helse Øst RHF/Helse Sør-Øst RHF har behandlet til sammen 83 saker som ikke refererer til disse punktene. Kategorisering og fordeling av disse sakene er presentert i tabellen nedenfor:

Tabell 2 Oversikt over saker behandlet i foretaksmøtet i Helse Øst RHF/ Helse Sør-Øst RHF i perioden 2003 ó 2011.

Sakskategori	Antall
Oppnevning av styremedlemmer/fastsettelse av styregodtgjørelse	14
Vedtektsendringer	17
Saker etter § 30 og § 31- definisjonen	15
Øvrige saker	37
Totalt	83

De tre første sakskategoriene er saker som i følge helseforetaksloven rettmessig hører hjemme i et foretaksmøte. Oppnevning av styremedlemmer og fastsettelse av styregodtgjørelse har blitt foretatt etter retningslinjene hvert annet år. Det har også blitt foretatt særskilte oppnevninger når styrelederen har trukket seg før utløpet av valgperiodene. Dette skjedde i 2011 da Hanne Harlem gikk av.⁴⁸ Det er 14 saker knyttet til denne sakskategorien.

Når det gjelder vedtektsendringer, er det i alt vedtatt 17 endringer siden 2002.⁴⁹ Disse har gjennom årene i hovedsak vært knyttet til to forhold. Det ene har vært reguleringer knyttet til

⁴⁸ Hanne Harlem, f.1964, satt som styreleder i Helse Sør- Øst fra etableringen i 2007 frem til 2011. Hun ble etterfulgt av Frode Alhaug.

⁴⁹ De opprinnelige vedtektene ble fastsatt i stiftelsesvedtaket, mens løpende endringer har blitt vedtatt i foretaksmøtet.

det regionale helseforetakets adgang til låneopptak og rammene for dette. Det andre har dreiet seg om endringer i styresammensetning og antall styremedlemmer. Bortsett fra det siste, har øvrige vedtektsendringer ikke medført substansielle endringer. Det kan dog ikke sies om styresammensetningen som har gjennomgått en vesentlig endring ved at lokale politikerrepresentanter har utgjort flertallet i styrene fra 2006.

Mot en friere «eierarena»

På vedtakstidspunktet for helseforetaksloven forelå det ingen tydelige og åpenbare retningslinjer for hva slags øvrige saker som skulle behandles av foretaksmøtet. Ut fra lovteksten skal foretaksmøtet treffe vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller som antas å ha prinsipielle sider av betydning for samfunnet. Disse sakene er hjemlet i § 30. § 31 regulerer beslutninger om salg og pantsettelse av foretakenes eiendom.

I innstillingen fra sosialkomiteen om lov om helseforetak⁵⁰ fremholdes det at

«(i) eiers adgang til å styre i foretaksmøter bare bør brukes i tilfeller hvor det er nødvendig for å ivareta eiers overordnede ansvar og interesser.»

Relatert til min problemstilling, er det derfor interessant å se i hvilken grad foretaksmøtet har fattet beslutninger i saker som ikke spesifikt er definert eller hjemlet i helseforetaksloven. I følge min optelling er det behandlet i alt 15 saker som har blitt kategorisert som enten § 30 eller § 31 saker. § 30- saker har utelukkende dreiet seg om funksjonsfordelingen mellom helseforetakene i helseregionen, og jeg har tidligere i oppgaven tatt for meg denne problemstillingen som ble utløst av den såkalte «fødesaken» på Gjøvik.

Utover dette har foretaksmøtet i alt behandlet 37 saker som sortere under kategorien «øvrige saker». Disse sakene øker i antall, ikke overraskende, parallelt med antall årlige avholdte foretaksmøter. Ved å legge sakslistene til grunn, er flere av foretaksmøtene satt for å behandle kun enkeltsaker. Disse «øvrige sakene» utgjør ingen homogen gruppe. Eksempelvis er det blitt fattet vedtak som vedrører opprettholdelse av base for ambulansfly i Brønnøysund og

⁵⁰ Innst. O. nr. 118 (2000-2001), Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)

det har blitt vedtatt ny instruks om forholdet til universitet og høyskoler. Dette er saker som ikke uventet har blitt oppfattet som relevante for et foretaksmøte. Men sakene omfatter også tema knyttet til oppfølging av tilsynsrapporter, nedleggelse av sykehusbarnehager samt en sak som dreiet seg om mottak og behandling av elektroniske fakturaer.

Det er alltid et skjønnsspørsmål når det gjelder hvilke saker som hører hjemme til behandling i et styre sammenliknet med de som ligger innenfor daglig leders beslutningsmandat.

Samtidig ble det gjort visse presiseringer i lovforarbeidene, nettopp for å hindre at foretaksmøtet skulle bli en «interferenskanal» i driftsspørsmål. Intensjonen var som kjent å profesjonalisere og rendyrke de ulike rollene. På bakgrunn av det jeg har kunnet identifisere gjennom møteprotokoller, kan det se ut som om foretaksmøtet har blitt omdannet til en langt friere «eierarena» enn det både sosialkomiteen og departementet selv så for seg ved inngangen til reformen. Denne arenaen har dermed også fått funksjonen som helseministerens «utstillingsvindu». Det er her vedkommende skal bevise, for i neste omgang å overbevise, overfor Storting og befolkning, sin handlekraft og styringsevne. Da Helse- og omsorgsministeren⁵¹ i januar 2012 byttet ut store deler av de regionale helseforetakenes styremedlemmer og ledere, ble dette oppfattet som nettopp en markering og demonstrasjon av handlekraft og eiermakt. I tillegg valgte ministeren for første gang å lede foretaksmøtet selv. Det er vanskelig å se intensjonen bak en slik enkeltstående handling, men i lys av oppgavens kontekst kan det tolkes som uttrykk for en dreining mot en mer politikerinfluert detaljstyring av de regionale helseforetakene enn det som initialt var forventet.⁵²

⁵¹ Helse- og omsorgsminister Anne Grethe Strøm Eriksen, f. 1949, politiker fra Bergen. Forsvarsminister fra 2005-2009. Helse- og omsorgsminister fra 2009. Begge ministerpostene har vært i Stoltenberg II – regjeringen.

⁵² Det bemerkes at like før oppgaven gikk i trykken, meldte NTB at Helse- og omsorgsministeren har fremmet forslag om endringer i helseforetaksloven. Et av disse forslagene er at statsråden selv skal lede foretaksmøtet, i motsetning til dagens ordning der styreleder i det regionale helseforetaket, etter lovens tekst, er møteleder. NTB 25.05.12

5 Diskusjon

Jeg har pekt på og fremhevet at målet med, og intensjonen i, helseforetaksreformen, var å berede grunnen for et mer effektivt og fristilt helsevesen. Dette skulle bøte på en rekke negative utviklingstrekk som hadde preget spesialisthelsetjenesten i en årrekke. Men først og fremst skulle reformen representere en effektiviseringspolitikk som en forutsetning for å opprettholde den norske tilgjengelighetspolitikken eller «gratistjenestene»: Likeverdige og tilgjengelige tjenester for alle etter behov. Implisitt i dette ligger det at helsetjenestene som tilbys den norske befolkning, alltid skal ligge nær kunnskapsfronten i verdenssammenheng. Logikken er at hvis dette prinsippet fravikes, vil det alltid være muligheter for «noen» til å kjøpe seg tjenester gjennom private aktører i inn- eller utland. Dermed vil hele likhets- og tilgjengelighetspolitikken falle sammen og uthule en viktig pilar i statens velferdspolitik. For spesialisthelsesektoren oppstod det dermed et behov for å innføre større grad av profesjonell ledelse, etablere bedre kostandskontroll og legge til rette for strukturelle endringer i form av funksjonsfordeling og bedre ressursutnyttelse samlet sett.

Suksessfaktorene for å lykkes på disse områdene, ble knyttet til et gjennomgående statlig eierskap og derigjennom et utvetydig ansvarsforhold innenfor spesialisthelsetjenesten. Videre ble foretaksorganiseringen, etter modell fra statsforetaksloven, lagt som en viktig struktur- og rammebetingelse for det hele. I dette inngikk også forutsetningen om å skille og profesjonalisere statens roller som eier, bestiller og kontrollør av norske sykehus og spesialisthelsetjenester, samt å gi de regionale helseforetakene tilstrekkelig autonomi og legitimitet til å forvalte den overordnede statlige helsepolitikken.

Det er liten tvil om at helseforetaksreformen fra 2002 representerer en signifikant endring når det gjelder spesialisthelsetjenestens organisering og eierforhold. Den føyer seg inn i rekken av flere statlige reformer innenfor andre sektorer, og plasserer seg som en planøkonomisk reform etter prinsippene i den venstreorienterte NPM-tradisjonen. Ved inngangen til reformen ble det altså lagt til rette for en separasjon mellom det profesjonelle styresettet og det legpolitiske engasjement og innblanding i enkeltsaker. Vi snakker her om et strukturelt og ideologisk paradigmeskifte innenfor styringen av helsesektoren.

Som jeg har forsøkt å vise gjennom denne oppgaven, så har det allikevel avtegnet seg en trend som avdekker en ikke ubetydelig diskrepans mellom intensjonene i reformen, og den praksis som har utviklet seg gjennom de første ti årene etter 2002. I særdeleshet handler dette om hvordan staten, gjennom både Stortinget og departementet, har bidratt til en gradvis repolitisering av styringen med de regionale helseforetakene. Men samtidig har også målstyringspolitikken, i første rekke uttrykt gjennom oppdragsdokumentene, befestet sin posisjon. Lederne i de regionale helseforetakene får et stadig større rapporteringskrav, både i hyppighet om omfang. Listen over spesifikke styringsparametere og ó variabler har vokst seg lang gjennom perioden, og er ment å reflektere og dokumentere både kvalitative, strukturelle og økonomiske forhold innenfor hvert enkelt helseforetak.

Dette sist omtalte utviklingstrekket er på sett og vis en ønsket utvikling, gitt de opprinnelige intensjonene i reformen. Samtidig skal det legges til at denne politikken for så vidt hadde eksistert i flere år før helseforetaksreformen ble vedtatt. Det er nok å henvise til innføringen av ISF-ordningen i 1997. Men gjennom reformen i 2002 ble mål- og resultatstyring gjort til et langt mer sentralt element innenfor styringen av helsesektoren. Det blir sågar en av de bærende konstruksjonene i hele helseforetaksarkitekturen.

Parallelt med dette, og for så vidt som en konsekvens av denne utviklingen, bærer tiåret også preg av en stadig sterkere grad av standardisering innenfor den kliniske tjenesteytingen. Evidence Based Medicine (EBM) har blitt den «nye» trenden. Helsedirektoratet har gått i bresjen for å utarbeide en rekke kliniske behandlingsveiledere og utvikle felles faglige retningslinjer. Det har vært arbeidet med å standardisere pasientforløp, og det har blitt innført en rekke kvalitetsindikatorer.

Denne utviklingen har ikke bare blitt drevet fram av krefter innad i helsesystemet. Den har også blitt støttet aktivt av de sentrale helsemyndighetene, og etter hvert har standardiseringsutviklingen blitt et krav i seg selv. Dermed har det blitt lagt et grunnlag for å utvikle stadig mer sofistikerte finansieringsmodeller for helsesektoren, noe som igjen driver utviklingen mot en ytterligere effektiviseringspolitikk og ideen om den perfekte strømlinjeformede og «industrialiserte» sykehusdriften.

I sum ser vi altså at utviklingen innenfor den helsepolitiske sektor både bærer preg av en repolitiseringstendens, men også at styringen med spesialisthelsetjenesten er drevet enda

lengre i retning av bedriftsøkonomiens prinsipper og tankene om det profesjonaliserte, konsernimiterende styresettet.

5.1 Legmanns-politikkens fremmarsj

Med utgangspunkt i min hovedtese, vil jeg i det følgende konsentrere meg om å diskutere noen mulige årsaker til det jeg vil karakterisere som legpolitiske «gjennombrudd», eller kanskje heller «avbrudd», i målstyringspolitikken kjølvann. Jeg vil peke på tre forhold som jeg mener kan ha hatt betydning for den utviklingen som har funnet sted etter at helseforetaksreformen ble innført.

5.1.1 Målstyringspolitikk og abdikasjonspolitik - den initiale tvetydige retorikk

Det er gjort mange betraktninger omkring prosessen rundt helseforetaksreformen. Uten å gå i detalj, er det flere som har pekt på at helseforetaksreformens tilblivelse og implementering er av en noe usedvanlig karakter.⁵³ Både styringen med prosessen og den korte tiden fra initiativ til vedtak, gav aldri rom for en gjennomgripende debatt omkring reformens verdigrunnlag eller konsekvenser.⁵⁴ Begrunnelsen som departementet gav for dette, var at:

*«() Det er viktig med en rask gjennomføring av reformen fordi en lang periode med usikkerhet omkring spørsmål som er knyttet til eierskap, ville være uheldig både for brukerne, eierne og de ansatte i spesialisthelsetjenesten».*⁵⁵

Likevel kan det være grunn til å stille spørsmål ved om denne begrunnelsen avdekker hele sannheten. Med bakgrunn i mine tidligere betraktninger, fremstår ikke helseforetaksreformen som et løsrevet «forsøksprosjekt», verken hva teori eller praksis angår. Den er et produkt av både tidsånden og tidligere (arbeiderparti-initierte) forvaltningsreformer innen statlig sektor. I tillegg til dette bærer den tydelige fingermerker av Tore Tønne selv og den bakgrunnen han bragte med seg inn i ministerstolen.

⁵³ S. Herfindal (2008)

⁵⁴ Tore Hansen, «Hvorfor søkelys på sykehusreformen», Helse-Norge i støpeskjeen, s.9-12.

⁵⁵ Ot.prp. nr. 66 (2000-2001), kap.1.

Med grunnlag i odelstingsproposisjonen, vil jeg hevde at det ikke finnes noen eksplisitte formuleringer som peker i retning av at helseforetaksreformen i prinsippet var ment å skulle være en politisk abdikasjonsreform. I dokumentet gjenfinnes derimot formuleringer om at reformen lovfester «*et tydelig statlig ansvar*», at «*helsesektoren også i fremtiden skal være underlagt politisk styring*» og sågar at «*(i)lovforslaget gir grunnlag for en sterkere statlig styring*».

Teoretisk kan disse formuleringene tolkes på to ulike måter:

- 1) Sterkere statlig styring i betydningen av målstyringspolitikk med et tydelig skille mellom overordnet politikk og bedriftsøkonomiske styringsprinsipper. Dette impliserer at organisasjonen styres helt og holdent av «profesjonelle».
- 2) Sterkere statlig styring i form av politisk styring som synonym til ministerstyring/politikerstyring eller demokratisk styring, altså amatører eller legfolk.

Gitt den historiske kontekst er det vanskelig å forsvare at det siste alternativet skulle representere intensjonene i reformen. Men under behandlingen av lovforslaget, både i sosialkomiteen og i odelstinget, ble denne logikken aldri utfordret. Dette til tross for at det skapes en retorisk tvetydighet når begreper som «sterk politisk styring», «operasjonell fristillelse» og «nødvendig ledelsesautoritet innad» brukes om hverandre i det samme dokumentet.

Med dette utgangspunktet ble det skapt et ikke ubetydelig rom for tolkninger og tilpasninger. I særdeleshet var Stortingets relasjon til den fremtidige helsepolitiske utforming et udefinert og ubeskrevet område. Og nettopp i dette «vakuemet» ble det gitt åpning for en snarlig gjeninntreden av politikernes amatørskap og affinitet for kortsiktige løsninger, enkeltsaker og medieoppmerksomhet. I sin tur har dette gitt helseministeren en betydelig utfordring med å skape den hårfine balansegangen mellom prinsipper og pragmatisme, profesjonell avstand og handlekraft. Jeg har i denne sammenheng tidligere referert til den såkalte «fødesaken» som gjaldt nedleggelsen av fødeavdelingen på Gjøvik Sykehus, der statsråden for første gang ble tvunget til å omgjøre et vedtak fattet av et regionalt helseforetak (november 2003). Et annet eksempel er Mehmet-saken⁵⁶ fra 2004. I dette tilfellet ble den samme statsråden, av et

⁵⁶ Mehmet-saken referer til Mehmet Yildiz som hadde den arvelige sykdommen beta-thalassemia major. Denne blodsykdommen medfører omfattende og kontinuerlig spesialistbehandling (blant annet hyppige

overivrig pressekorps og et kokende Storting, utsatt for et voldsomt press i retning av å endre den da nylig reviderte bioteknologiloven.⁵⁷ Det ble ingen revisjon av loven, men i kampens hete ble statsråden nærmest personlig holdt ansvarlig for en syk gutts skjebne. Begge disse eksemplene, og mange fler, vitner om et Storting som relativt raskt maktet å gjenvinne status som en demokratisk «ankeinstans» og å reetablere en arena for dagsaktuell og «individrettet» helsepolitikk.

5.2 Statens mange roller Æ en eksersis i hattelek

Høringsinstansenes uttalelser i forbindelse med helseforetaksloven var, med unntak av de fra fylkeskommunene, relativt unisone når det gjaldt det statlige eierskapet og helhetlige ansvarsforholdet. Som kontrast til 20 ulike eiere, og dertil hørende 20 ulike uttrykk for «rett» sykehusdrift, var ideen om den «samlende staten» en besnærende tanke. Men nettopp dette enkle prinsippet ble også det mest utfordrende. I den bedriftsøkonomiske verden er rollene som eier, oppdragsgiver og tjenesteproducent tydelig adskilt. I et statlig eid og finansiert helsevesen er de alt annet enn det. I så henseende gav staten seg selv en formidabel oppgave, nemlig å konstruere interne «vanntette skott», i betydningen av å opptre uavhengig av seg selv gjennom ulike kanaler. Som jeg innledningsvis har redegjort for, så «løste» staten denne utfordringen ved å opprette et nytt Sosial- og helsedirektorat for å koordinere og implementere myndighetstiltak (definert av staten). Departementet fikk en eieravdeling som skulle passe på «forretningene», og i 2005 fikk det samme departementet en spesialisthelsetjenesteavdeling som skulle fungere som bestiller av tjenester (fra sine egne produksjonsbedrifter; de regionale og lokale helseforetak). Formelt sett ble foretaksmøtet etablert som «eierstyringskanal» og oppdragsdokumentene, eller de tidligere bestillerdokumentene, skulle fungere som oppdragsgivers kravspesifikasjon.

Imidlertid kan det synes som om denne «hatteleken» har vært noe utfordrende. Som eksempel henvises det til at foretaksmøtene etter hvert har utviklet seg til en arena der eiers

blodoverføringer), og fører på sikt til for tidlig død. Mehrets eneste håp var å få behandling med stamcelletransplantasjon fra et vevsforlikelig søsken. Foreldrene ønsket derfor å få tillatelse til å benytte preimplantasjonsdiagnostikk for å selekttere et friskt og vevsforlikelig individ som kunne bæres fram for å tjene som donor. Dette er forbudt i Norge. Det endte med at det ble oppnevnt en offentlig nemd som til slutt gav familien tillatelse til å foreta embryoseleksjon i utlandet.

Kilde: Elisabeth Kirkeng Andersen (2004) «Hva er det med Mehmet?» www.forskning.no, 23.03.04.

Lise Lotte Folge, «Mehmet-saken – en seier for pressen?» Tidsskr Nor Lægefören 2006; 126: 876

⁵⁷ Lov – 2003- 12- 05 – 100 Bioteknologiloven – biotl. Humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.

styringsbudskap og økonomiske krav blir en repetisjonsøvelse og gjentakelse av store deler av innholdet i oppdragsdokumentene. Og vise versa reflekterer oppdragsdokumentene eiers overordnede budskap og bevilgningsvilkår. I tillegg brukes også foretaksmøtene til å behandle saker som strengt tatt sorterer under driftsspørsmål og som derfor burde tillegges den regionale helseforetaksledelsens ansvar.

Selv om departementet la opp til en tydelig desintegrasjon av de statlige rollene ved helseforetaksreformens innføring, har det med tiden funnet sted en gradvis reintegrasjon av disse rollene. På sett og vis er ikke dette helt unaturlig siden statens eierskapsutøvelse behøver koordinering av de ulike funksjonene. Men implikasjonene blir uvilkaarlig en underminering av ideen om å fristille helsesektoren etter modell fra øvrige statsforetak og privateide aksjeselskap. Og all den tid staten selv ikke klarer å opptre kategorisk, skal det mye til å motstå «trykket» fra øvrig politisk hold, da spesielt med tanke på den rolleutøvelse som legges for dagen av ivrige stortingsrepresentanter og handlekraftige helseministre. Resultatet av dette igjen, er at det over tid skapes et langt trangere handlingsrom for profesjonalisert styring.

5.3 Lokaldemokrati og distriktspolitikk

«Bedre ressursutnyttelse» er et gjennomgående begrep i de satsningsområdene som Sosial og helsedepartementet definerte i sin tilråding til Odelstinget i 2001. Begrepet gjaldt forhold knyttet til både økonomiske, personellmessige og bygningsmessige faktorer. Indirekte åpnet dette for en langt større grad av funksjonsfordeling både innad i, og på tvers av, de regionale foretakene. I bunn og grunn ble nettopp dette fremhevet som en viktig begrunnelse for å implementere reformen slik den fremsto på tegnebrettet. Til tross for dette har historien vist oss at den praktiske gjennomføringen ble lettere sagt enn gjort. Spørsmål knyttet til føde- og akuttilbud, og til lokalsykehusenes eksistens, har mobilisert utallige til å delta i fakkeltog og protestmarsjer. I lokalpatriotismens navn, har ikke faklene brent for kvaliteten i tjenestetilbudet som sådan, men for opprettholdelsen av funksjonene per se. Som premiss for helseforetaksreformen anerkjenner departementet «det nasjonale helsevesenet som et trygghetsskapende element i samfunnet»⁵⁸. Denne tryggheten er, i følge departementet selv, betinget av lovfestede pasientrettigheter, økonomiske midler og menneskelige ressurser.

⁵⁸ Ot.prp. nr.66 (2000-2001), kap.2, s. 7

Likevel kan det se ut som om befolkningens trygghetsfølelse i langt større grad er knyttet til tjenestetilbudets nærhet enn den er til dets innhold og kvalitet. Paradoksalt nok har også ansatte i sykehusene gitt sin støtte til dette synet, og de har vært fakkeltbærere så ivrige som noen. Så med referanse til sitatet fra proposisjonen, kunne like gjerne ordet «nasjonal» vært byttet ut med «lokal». Applisert på den norske befolkning, ville nok en slik formulering gitt kraftigere resonnans sammenliknet med det som opprinnelige sto i dokumentet.

Argumenter som handler om nasjonal ressursutnyttelse og tjenestekvalitet, taper altså i kampen mot lokalpatriotismen og kanskje også for argumenter om sysselsetting og levedyktige distrikter. Det siste er sannsynligvis heller ikke et helt uvesentlig aspekt, all den tid lokalsykehusenes «fredningsvedtak» kom på plass gjennom Senterpartiets inntreden i regjeringsskorridorene som en del av Stoltenbergs rødgrønne koalisjon.

Hva er så dette egentlig et uttrykk for? Sannsynligvis berører dette kjernen i demokratiets vesen: folkets vilje til innflytelse og mulighet for å bidra til endringer. Kort og godt handler det om at demokratiet tross alt skal handle om «noe» og utgjøre en «forskjell». Spørsmål knyttet til helserelaterte tema ligger de fleste av oss nært. Mange har selv vært pasienter eller pårørende i spesialisthelsetjenesten. I folkeopinionen gir slike førstehåndserfaringer både tyngde og legitimitet til legmannens engasjement i helsepolitiske saker. Derfor blir tankene om et autonomt og profesjonelt styrt helsevesen utfordret og debattert med større intensitet sammenliknet med da tilsvarende styringsmodell ble innført i sektorer som postleveranse, televerk og samferdsel. Derfor oppfattes «lokalpolitikernes inntogsmarsj» i helseforetakenes styrerom i 2006 som en naturlig utvikling. Og derfor blir også spørsmål om Statoils oljesandutvinning i Canada og Telenors mislykkede satsing i India for bagateller å regne sammenliknet med spørsmålet knyttet til plasseringen av nytt sykehus på Nordmøre.

5.4 Avsluttende perspektiver

Helseforetaksreformen fra 2002 representerer den hittil mest omfattende statlige forvaltningsreform. Ambisjonene med reformen var (sannsynligvis) å skape en robust og tydelig foretaksstruktur som kunne stå seg mot legpolitikken og danne grunnlaget for effektiviseringspolitikken. Til tross for dette har de siste ti årene avslørt en «spenning» og en pågående dragkamp om spørsmål knyttet til styringen med de norske sykehusene. Kampene har vært mange, og de har handlet om både ressurstilgang, innhold og struktur.

Når det gjelder de makrostrukturelle forhold, er det i særlig grad funksjonen til de regionale helseforetakene som har vært omstridt. 2. februar 2004,⁵⁹ bare to år etter at reformen ble innført, publiserte Aftenposten et intervju med tidligere statssekretær, og daværende Lovisenberg-direktør, Lars Erik Flatø. Flatø, som hadde vært en av Tore Tønnes nærmeste våpendragere i arbeidet med helseforetaksreformen, hevdet allerede på det tidspunktet at styringsstrukturen i sykehussektoren burde forenkles ved å avvikle de fem regionale helseforetakene. Disse synspunktene har vært støttet av flere. Både politiske partier og enkeltpersoner, med tilknytning til helsevesenet, har tatt til orde for å legge ned de regionale helseforetakene. En av de siste er tidligere direktør for Oslo Universitetssykehus, Siri Hatlen, som uttalte til Dagsavisen i februar i år, at det er på tide å vurdere foretaksmodellens verdi. Hun mener det er for lang vei fra sykehusene til ansvarlig statsråd.⁶⁰

I tillegg til spørsmålet om de regionale helseforetakenes rolle og eksistens, har også selve foretaksorganiseringen blitt utfordret. Før stortingsvalget i 2005, uttalte Åslaug Haga⁶¹ at det ikke kunne bli en rød-grønn regjering uten endringer av sykehusreformen. I dette lå ønsket om å avvikle foretaksorganiseringen og styringen etter markedsøkonomiske prinsipper.⁶² Som kjent fikk ikke dette synet gjennomslag i regjeringsforhandlingene. Men både Sp og SV har programfestet at de ønsker å reversere helseforetaksreformen og bringe tilbake «demokratisk styring av sykehusstilbudet til befolkningen»⁶³.

⁵⁹ Anne Hafstad, Siri Gedde-Dahl, Aftenposten 02.02.04.

⁶⁰ Ingeborg Huse Amundsen, «Mener Helse-Norge sinkes av byråkrati». Dagsavisen 27.02.12

⁶¹ Åslaug Haga, f. 1959, leder av Senterpartiet fra 2003-2008. Etter valget i 2005 var hun med og dannet Stoltenberg II regjeringen, og ble utnevnt til Kommunal- og regionalminister. Fra 2007 – 2008 var hun Olje- og energiminister.

⁶² Kilde: Unni Hagen, «Sykehusene tåler ikke fire nye år med høyrestyre», www.fagforbundet.no/nyhetsbrev, publisert 14.03.05.

⁶³ www.sv.no, «Nei til markedsstyring i sykehusene», publisert 27.03.11.

Ti års erfaring med helseforetaksorganisering har altså ikke vært nok til å overbevise verken opprinnelige reformtilhengere eller reformmotstandere, om at den nåværende organisering og utforming av helsevesenet er den beste. Sannsynligvis er dette ikke bare et uttrykk for politisk spill, men også for at helsesektoren er en meget kompleks organisasjonsenhet i velferdssamfunnet. I dette perspektivet kan vi derfor ikke å forvente at det helsepolitiske engasjementet vil avta fremover, og derfor blir det også vanskelig å tenke seg et avpolitisert helsevesen slik Tore Tønne antakelig gjorde. De legpolitiske gjennombrudd og, i hvert fall midlertidige, seire har bidratt til at industrialiseringen og den politiske abdikasjon har blitt forstyrret og forsinket. Men hvilke varige implikasjoner denne «amatørismen» får, vil imidlertid bare fremtiden avdekke.

Litteraturliste

Andersen, E.K. (2004) «Hva er det med Mehmet?» www.forskning.no.

Berg, O. (2006), «Fra politikk til økonomikk». Tidsskriftets skriftserie, Den norske lægeforening. PDC Tangen AS.

Berg, O. (2010), «Sykehusene og den legelige selvstendighet. Innledende betraktninger om hvordan den faglige suksess førte til politisk nederlag: Historien fra ca. 1900 til ca. 2000». Trykt i Arnstein Finset m.fl. (red.), «Utfordring og mulighet: en helsetjeneste i endring». Oslo. Unipub. (2010; 48-74).

Berg, O. (2011), «Overlegen: En fortelling i tre avsnitt», Overlegen 1, jubileumsnummer (april 2011; 9:20).

Berg, O. (2006), «Helsevesenet- fra venstrepolitikk til høyrepolitikk», Tidsskrift for den norske lægeforening 2006; 126:29.

Christensen, T., Egeberg, M., Larsen, H.O., Lægreid, P., Roness, P.G. (2002), «Forvaltning og politikk». Universitetsforlaget AS.

Folge, L. (2006) «Mehmet-saken ó en seier for pressen?». Tidsskrift for den norske lægeforening 2006; 126: 876.

Gray, G. & Harrison, S. (edit.), (2004), «Governing Medicine. Theory and Practice», Open University Press.

Herfindal, S. (2008), «Veien frem til sykehusreformen ó En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak». Utgått fra Rokkansenteret (Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnsstudier) og Polis (Politikk, Organisasjon og Ledelse i Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner).

Jørgensen, Ø. (2008), «Etableringen av fritt sykehusvalg», ATM ó Skriftserie Nr. 8/2008, utgitt av Rokkansenteret og Polis.

Opedal, S. og Stigen, I.M. (red), (2005), «*Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*». Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Offentlige dokumenter og øvrige kilder

Innst. O. nr. 118 (2000-2001) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m.

LOV- 1991-08-30-71: Lov om statsforetak

LOV-1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter

LOV- 2001-06-15 nr. 93: Lov om helseforetak m.m

LOV-2003-12-05 §100 Bioteknologiloven ó biotl. Humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m

NOU 1996: 5 Hvem skal eie sykehusene?

NOU 1999: 15 Hvor nært skal det være?

NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten

Ot.prp. nr. 36 (1967-1968) Lov om sykehus

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m (helseforetaksloven)

Prop.91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Prop.1 S (2011-2012) Helse- og omsorgsdepartementet

St.meld. nr. 9 (1974-1975) Sykehusutbygging m.v i et regionalisert helsevesen.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

St.prp. nr. 59 (2001-2002) Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett

«Styrearbeid i regionale helseforetak. God rolleforståelse og god rolleutøvelse», utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet, 2011

Styringsdokument Helse Øst RHF 2002

Revidert styringsdokument for Helse Øst RHF 2002

Styringsdokument Helse Øst RHF 2003

Styringsdokument Helse Øst RHF 2004

Bestillerdokument 2005 Helse Øst RHF

Bestillerdokument 2006 Helse Øst RHF
Oppdragsdokument 2007 Helse Øst RHF
Oppdragsdokument 2008 Helse Sør-Øst RHF
Oppdragsdokument 2009 Helse Sør-Øst RHF
Oppdragsdokument 2010 Helse Sør-Øst RHF
Oppdragsdokument 2011 Helse Sør-Øst RHF
Oppdragsdokument 2012 Helse Sør-Øst RHF
Oppdragsdokument 2012 Helse Nord RHF
Oppdragsdokument 2012 Helse Midt-Norge RHF
Oppdragsdokument 2012 Helse Vest RHF

Brev fra helsedepartementet til de regionale helseforetak v/administrerende direktør 31.12.02
og 12.02.04

Protokoller fra foretaksmøter i Helse Øst RHF i perioden 2002- 2007

Protokoller fra foretaksmøter i Helse Sør-Øst RHF i perioden 2007-2012

Vedtakter for Helse Sør-Øst RHF

www.aftenposten.no

www.dagavisen.no

www.fagforbundet.no

www.forskning.no

www.margareththatcher.org

www.helse-sorost.no

www.lovdatabasen.no

www.regjeringen.no

www.stortinget.no

www.sv.no

www.wikipedia.org

Vedlegg

Oversikt over spørretimespørsmål, skriftlige og muntlige, fra sesjonen 1999-2000 til og med sesjon 2010-2011.

Spørretimespørsmål muntlig og skriftlig	totalt - besvarte	h.tema:helsevesen u.tema:alle	% av tot.	h.tema:helsevesen u.tema:sykehus	% av tot.
Sesjon					
1999-2000 SHH	796	128	16,1	43	5,4
2000-2001 SHH	729	106	14,5	38	5,2
2001-2002 SHH/HD	637	82	12,9	26	4,1
2002-2003 helseminister/HD	600	97	16,2	30	5,0
2003-2004 HD/HOD	500	78	15,6	38	7,6
2004-2005 HOD	393	69	17,6	28	7,1
2005-2006	360	39	10,8	14	3,9
2006-2007	353	63	17,8	23	6,5
2007-2008	444	64	14,4	30	6,8
2008-2009	351	44	12,5	9	2,6
2009-2010	447	68	15,2	22	4,9
2010-2011	437	86	19,7	17	3,9
SUM	4522	690		237	

Oversikt over interpellasjoner fra sesjonen 1999-2000 til og med sesjon 2010-2011.

Interpellasjoner	totalt besvart	h.tema:helsevesen u.tema:alle	% av tot.	h.tema:helsevesen u.tema:sykehus	% av tot.
Sesjon					
1999-2000 SHH	36	7	19,4	1	2,8
2000-2001 SHH	23	3	13,0	1	4,3
2001-2002 SHH/HD	32	5	15,6	3	9,4
2002-2003 helseminister/HD	22	5	22,7	3	13,6
2003-2004 HD/HOD	46	10	21,7	4	8,7
2004-2005 HOD	36	7	19,4	1	2,8
2005-2006	55	13	23,6	2	3,6
2006-2007	70	25	35,7	2	2,9
2007-2008	72	16	22,2	3	4,2
2008-2009	68	21	30,9	5	7,4
2009-2010	98	23	23,5	8	8,2
2010-2011	124	24	19,4	1	0,8
SUM	623	149	23,9	32	5,1

Oversikt over skriftlige spørsmål fra sesjonen 1999-2000 til og med sesjon 2010-2011.

Skriftlige spørsmål og svar	totalt besvart	besvarer: HOD	% av tot.
Sesjon			
1999-2000 SHH	476	28	5,9
2000-2001 SHH	554	55	9,9
2001-2002 SHH/HD	590	69	11,7
2002-2003 helseminister/HD	782	79	10,1
2003-2004 HD/HOD	974	130	13,3
2004-2005 HOD	991	126	12,7
2005-2006	1243	135	10,9
2006-2007	1415	186	13,1
2007-2008	1607	210	13,1
2008-2009	1613	224	13,9
2009-2010	1816	257	14,2
2010-2011	1967	281	14,3
SUM	12998	1697	13,1

Oversikt over avholdte foretaksmøter i Helse Øst RHF /Helse Sør-Øst RHF i perioden fra 2002 til og med jan. 2012.

Rad 2 refererer til hvv helseministerens initialer og regjering.

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
DH/BOND II	DH/BOND II	DH/BONDII	AG/STOLT II	SB/STOLT II	SB/STOLT II	SB/STOLT II	BHH/STOLT II	ASE/STOLT II	ASE/STOLT II	ASE/STOLT II
X	3	3	3	2	3+3	6	4	6	7	1 pr jan
	29.jan 11.jun 06.nov	20.feb 22.jun 06.sep	14.jan 10.jun 20.jun	26.jan 29.mai	12.feb 21.mai 26.jun 30.mai 03.des 17.des	24.jan 14.mar 05.jun 27.jun 08.sep 27.nov	26.jan 08.jun 09.sep 09.nov	26.jan 05.apr 08.jun 01.nov 11.nov 06.des	06.jan 31.jan 13.mai 15.jun 23.sep 30.sep 24.nov	31.jan