
Eierskap og styringsformer for norske sykehus

REDAKSJONELT

PAUL HELLANDSVIK

Paul Hellandsvik (f. 1948) er lege og forskningsdirektør i SINTEF Unimed. Han var leder av utvalget Hvem skal eie sykehusene? og er nå leder av Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet.
SINTEF Unimed
7030 Trondheim

Ved innføring av sykehusloven i 1970 fikk fylkene (senere fylkeskommunene) ansvaret for institusjonshelsetjenesten her i landet. I senere utredninger ble det ikke stilt spørsmål ved berettigelsen av dette eierskapet før et mindretall i Eilertsen-utvalget i 1987 gikk inn for en statlig overtakelse av sykehusene (1). Mindretallet nådde ikke frem med sine synspunkter ved Stortingets senere behandling av utredningen.

I forbindelse med Stortingets behandling av den såkalte Helsemeldingen (2) ble regjeringen bedt om å vurdere statlig eierskap på nytt. Utvalget som ble oppnevnt for å utrede spørsmålet la frem sin innstilling i mars 1996 (3). Utvalget fremmet en enstemmig innstilling på alle punkter de ble satt til å utrede, unntatt i synet på eierskap av sykehus. Et mindretall gikk inn for statlig overtakelse av landets sykehus, kombinert med økt fristilling og overordnet statlig styring. Forslaget synes i hovedtrekk å være identisk med det som nå fremmes fra regjeringen Stoltenberg.

Reformbehovet kan begrunnes både med en vurdering av sentrale utviklingstrekk i og rundt medisinsk virksomhet fra 1970 til i dag og hvordan den finansieres, men i særlig grad i de fremtidige utfordringer.

I det lovforberedende arbeidet som lå til grunn for innføring av sykehusloven, ble særlig to hensyn fremhevet. For det første behovet for politisk styring eller demokratiseringsønsket. For det andre ønsket om en samordnet styring av all institusjonshelsetjeneste. Spesielt ble det lagt vekt på en samordning av behovet for sykehus- og sykehjemsplasser. Fylkene var på den tiden en naturlig forvaltningsenhet for å ivareta disse to hovedhensynene.

For dem av oss som i økende grad ser staten som en naturlig eier av landets sykehusvesen, kan det være fristende å gå tilbake til disse to hovedpremissene.

Først demokratiseringsønsket. Den meget raske utviklingen i og spesialiseringen av medisinsk virksomhet som har foregått etter 1970, og den derpå følgende kompleksiteten i drift av sykehus, gjør sykehusene lite egnet til nærstyring ved politisk deltakelse i sykehusenes styrer, utvalg og råd. Ved mange sykehus har man tatt konsekvensen av dette og har lagt ned sine styrer. Statens betydning som finansieringskilde har også et slikt omfang at fylkespolitikkerne i økende grad føler avmakt i forhold til muligheten til å påvirke sykehusenes økonomi og prioriteringer.

For det andre fremstår fylkeskommunene i dag ikke lenger som den naturlige samordningsenhet for den samlede institusjonshelsetjeneste.

Kommunehelsereformen av 1984, sykehjemsreformen av 1988 og ansvarsreformen for de psykisk utviklingshemmede av 1991 har alle flyttet oppgaver fra fylkene til kommunene. I tillegg har den økende spesialisering i medisinen økt behovet for større befolkningsenheter enn det som utgjøres av de fleste norske fylker for å kunne gi de spesialiserte enhetene både faglig og økonomisk forsvarlighet. Satt på spissen kan man hevde at fylkeskommunene i denne sammenheng lekker i begge ender – nedover til primærhelsetjenesten og oppover til et økende behov for regionalisering.

Demokratisk styring og samordning av helsetilbudene er fortsatt sentrale premisser for valg av styring og eierskapsmodell. Fylkeskommunene fremstår imidlertid ikke lenger som det forvaltningsnivå som naturlig kan ivareta disse oppgavene – ikke på grunn av erfart inkompetanse, men på grunn av de utviklingstrekk som er nevnt ovenfor.

Som leder av utvalget som fremla den offentlige utredningen i 1996 (3) og som en av dem i mindretallet som foreslo statlig eierskap, overrasker det vel ingen at jeg fortsatt gjør meg til talsmann for en statlig modell. Enda sterkere enn i 1996 ser jeg imidlertid behovet for at valg av eierskap og driftsmodell søker sin forklaring mer i fremtidens utfordringer enn i fortidens erfaringer. Det er grunn til å presisere at den statlige modellen som mindretallet foreslo hadde tre elementer:

- – Statlig eierskap
- – Fristilling av sykehusene
- – Overordnet statlig styring

En stadig mer bevisst og kravstor pasientgruppe, fritt valg av sykehus og innsatsstyrt finansiering har langt på vei gjort pasientene til reelle kunder. Større frihet for sykehusene til å tilpasse sine tjenester for å møte disse utfordringene er en nødvendig utvikling. Like nødvendig er det at staten gjennom sin overordnede styring ivaretar sentrale verdier i vår helsetjeneste, som likhet og rettferdighet i tilbudet, uavhengig av den enkeltes inntekt, bosted og sosiale status.

En stadig økt grad av standardisering av medisinske prosedyrer og elektronisk registrering og rapportering av all medisinsk virksomhet kan, for å sitere Ole Berg & Charlotte Haug (4), ”gjøre klinikken om fra et lønnkammer til en

teaterscene. Det kan gi uttrykket medisinsk monitorering en ny betydning”. Fra politisk nærstyring gjennom politisk tilstedeværelse i den fylkeskommunale modellen har denne utviklingen gitt staten reelle muligheter til å skaffe seg innsikt i de fleste sider ved medisinsk virksomhet. På denne måten blir det mulig for en i utgangspunktet perifer statlig eier å kunne foreta en innsiktsfull overordnet styring. Det mest sentrale spørsmålet for den offentlige helseforvaltning fremover er nettopp hvordan man skal organisere det statlige nivået for å ivareta ønsket om en mer markedsbasert helsetjeneste på den ene side og behovet for fortsatt politisk kontroll med virksomheten på den annen. Et statlig eierskap bør fokusere mer på mulighetene eierskapet gir enn på eierskapet som sådan. En stadig raskere bevegelse på kunnskapsfronten, ikke bare i medisinen, men også i de andre helsefagene, en bevisst og kravstor pasientgruppe og ressurser som alltid vil være begrenset nødvendiggjør et aktivt statlig eierskap. Statlig overtakelse av landets sykehus bør derfor ikke bare innbefatte eierskapet, men realisere høyst tiltrengte overordnede grep for å reformere både styringsformer, ledelse, nasjonale systemer for etter- og videreutdanning, prioriteringer og sykehusstruktur.

Stadig mer bevisste og utålmodige pasientgrupper vil ikke lenger akseptere krangel mellom stat og fylke om hvem som har ansvar for sykehusene. I et land med bare 4,5 millioner mennesker bør de nye mulighetene for en overordnet innsiktsfull statlig styring gjøre det til en hastesak å få en statlig ubyråkratisk styringsmodell på plass. Utredningen fra 1996 (3) skisserer hovedtrekkene i en slik modell.

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Sykehustjenesten i Norge. Organisering og finansiering. NOU 1987: 25. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1987.
2. Stortingsmelding nr. 50 (1993 – 1994)),
3. Norges offentlige utredninger. Hvem skal eie sykehusene? NOU 1996: 5. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1996.
4. Berg O, Haug C. Dialogene som forvitrer. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1163 – 8.

Publisert: 20. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 20. desember 2025.