

Når reformer skiller lag – en analyse av fritt sykehusvalg og sykehusreformen

Michael 2017; 14: Supplement 19: 106–18.

Det offentlige helsevesenet har etter andre verdenskrig vært i kontinuerlig forandring. Perioden omkring årtusenskiftet står i en særstilling når det gjelder endringsvilje. I årene 1995–2005 opplevde store deler av helsevesenet viktige reformer. To av disse var innføringen av fritt sykehusvalg for elektive, somatiske pasienter. Den trådte i kraft i 2001. Den andre var den statlige overtagelsen av sykehusene i 2002. Begge reformene har vært gjenstand for evalueringer. Denne artikkelen analyserer de to reformene i sammenheng. Har de organisatoriske valgene som ble gjort gjennom sykehusreformen spilt negativt inn på pasientenes geografiske valgmulighet eller mobilitet? Vår analyse viser at pasientmobiliteten mellom de offentlige sykehusene gikk ned fra 2002 til 2006. En viktig årsak var sykehusreformen slik den ble implementert, med store geografiske helseforetak, sentralisering av funksjoner og vertikal integrasjon som styringsform. Sykehusreformen bidro således til å nøytralisere måloppnåelsen for fritt sykehusvalg. Økt bruk av private tilbydere kan ha bidratt til en dynamikk som forsvant fra den offentlige spesialisthelsetjenesten etter 2002. Analysen viser verdien av å studere reformer i sammenheng og ikke bare enkeltvis, som er mest vanlig innenfor forskning om effekter av reformer og tiltak.

Helsepolitikken rundt årtusenskiftet

Det norske helsevesenet, slik vi kjenner det i dag, er en av bærebjellene i velferdsstaten (1). Helsevesenet har etter andre verdenskrig vært i mer eller mindre kontinuerlig endring (2). Perioden omkring årtusenskiftet står i en særstilling når det gjelder reformiver. I årene fra 1995 til 2005 ble det gjennomført store reformer i så godt som alle deler av helsevesenet (3).

Dette var reformer som omfattet ulike deler av helsetjenesten. I primærhelsetjenesten fikk vi fastlegeordningen i 2001. I spesialisthelsetjenesten ble eierskapet til sykehusene overført fra fylkeskommunen til staten i 2002.

Dette kan også ses på som en regionaliseringsreform gjennom opprettelsen av fem nye regionale helseforetak (RHF) med ansvar for de nyopprettede helseforetakene (HF). I tillegg overtok staten noen år senere, i 2004, ansvaret for den spesialiserte rusbehandlingen (TSB). Reformene berørte, om enn i ulik grad, viktige grupper innenfor helsetjenesten – pasienter, behandlere og ledelse. Pasientene fikk sin egen Pasientrettighetslov i 2001¹, en lov som avspeilte flere ulike reformer, herunder fritt sykehusvalg. Pasientene fikk også samme år retten til å velge fastlege. Fastlegereformen innebar også store endringer for fastlegen selv, f.eks. ble de fleste fastlegene selvstendige næringsdrivende. Innenfor sykehusene fikk man i 2001 en ledelsesreform, «enhetlig ledelse», som betydde at sykehusene skulle ha en ansvarlig leder på hvert nivå i organisasjonen, og økonomi, effektivitet og kvalitet ble lederens ansvar.

I løpet av perioden endret man videre en rekke ulike virkemidler, både finansielle, organisatoriske og rettighetsmessige. For den somatiske delen av sykehusene ble finansieringsordningen lagt om i 1997. Frem til da hadde sykehusene i hovedsak vært finansiert gjennom rammebudsjetter. Men fra da av gikk de over til å få en kombinasjon av ramme- og stykkprisfinansiering (innsatsstyrt finansiering). I tillegg ble det gjort endringer i lov- og forskriftsverket som regulerer helsetjenesten. Et eksempel er den allerede nevnte Pasientrettighetsloven, et annet og viktig lovverk er helsepersonelloven fra 1999. I tillegg ble det gjennomført en rekke organisasjonsendringer, blant annet ved sammenslåing av sykehus til HF i forbindelse med statens overtagelse av sykehusene i 2002. Det skjedde også en liberalisering i apotekmarkedet fra 2001.

Hver av reformene hadde en eller flere målsetninger. I tiårene før hadde man på 1970-tallet vært spesielt opptatt av tilgang til og utbygging av tjenestene og å utjevne ulikheter i tilgangen, mens man på 1980-tallet rettet oppmerksomheten mot kostnadskontroll og desentralisering. På 1990-tallet endret bildet seg. Da det ble stadig viktigere å levere helsetjenester på en kostnadseffektiv måte og sikre kvaliteten, blant annet gjennom å styrke styring og ledelse og gjennom å sentralisere høyspesialiserte funksjoner (4). Rundt millenniumskiftet ble dette i tillegg supplert med ambisjonen om å styrke pasientens stilling blant annet med retten til å velge fastlege og sykehus (3).

Problemstillingen i denne artikkelen er å drøfte hvordan sykehusreformen påvirket effekten av fritt sykehusvalg. Mer presist undersøkes det om de

1 Denne loven har senere blitt endret en rekke ganger og heter nå «Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)».

organisatoriske valgene som ble gjort gjennom sykehusreformen, kan ha spilt negativt inn på pasientenes geografiske valgmulighet eller mobilitet.

Fritt sykehusvalg i 2001

Pasienters rettigheter ble et stadig viktigere tema i den norske debatten på slutten av 1970- og begynnelsen av 1980-tallet. Interessant nok var det ikke aktører på helseområdet som startet eller drev debatten de første årene. Derimot var det aktører som forbrukermyndigheter og jurister (5). Helsemyndighetene kom først ordentlig på banen i 1988 (6), og i 1992 ble det lagt frem en offentlig utredning (7). Det første politiske dokumentet om temaet, og det første dokumentet hvor fritt sykehusvalg nevnes, var stortingsmeldingen «Samarbeid og styring» fra 1993 (8). Der nevnes for første gang pasientens rett til å velge behandlingssted. I etterkant av meldingen ble det gjennomført et pilotprosjekt i Helseregion II (som omfattet deler av dagens Helse Sør-Øst RHF) i perioden 1994–1996 (9). Et par år senere, blant annet på bakgrunn av erfaringene fra piloten, foreslo regjeringen Stoltenberg en egen lov om pasientrettigheter (10) hvor fritt sykehusvalg var en viktig del. Stortinget vedtok Pasientrettighetsloven i 1999, og den trådte i kraft 1. januar 2001 (11).

Pasientrettighetsloven regulerer grovt sett 1) retten til å bli pasient, 2) rettigheter som pasient og 3) ulike bestemmelser for å sikre oppfyllelse av de gitte pasientrettighetene (12). I den andre gruppen finner vi pasientens rett til å velge sykehus. Det var formulert flere målsetninger for fritt sykehusvalg. For det første skulle den være med på å styrke pasientens stilling i møtet med helsevesenet. For det andre skulle det bedre tilgangen til elektive sykehustjenester ved at pasienten skulle kunne velge bort lokalsykehus med lange ventetider. For det tredje skulle ordningen gi insitamenter til sykehuse- ne til å yte raskere og bedre tjenester. Det siste mente man ville skje gjennom sykehusenes ønske om ikke å miste pasienter med de gjestepasientutgifter det medførte, og ønsket om å trekke til seg pasienter fra andre sykehus (gjestepasientinntekter) (10). Ordningen ble hjemlet i Pasientrettighetslovens §4-2, hvor det het at:

«Pasienten har rett til å velge på hvilket offentlig sykehus eller distrikt psykiatriske senter behandlingen skal foretas. Dette gjelder ikke behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien. Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå».

Pasientrettighetsloven og bestemmelsen om fritt sykehusvalg har vært endret flere ganger etter dette. Først ble ordningen utvidet til også å omfatte pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien i 2003 og deretter til pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2004. I tillegg fikk pasientene i 2003,

som et svar på at antall behandlingssteder ble mindre som en følge av sykehusreformen, rett til å bestemme ved hvilket sykehus innenfor et helseforetak behandlingen skulle skje. Samme år fikk pasientene også rett til å velge blant de private sykehusene som hadde en kontrakt (avtale) med de regionale helseforetakene (13).

Ordningen med fritt sykehusvalg ble mottatt med stor entusiasme fra pasientene. Rett før reformen ble behandlet i Stortinget, uttrykte mer enn 70 prosent av de spurte i en befolkningsundersøkelse et ønske om selv å kunne velge behandlingssted (14). Hvor stor andel pasienter som har valgt sykehus, ble også undersøkt. I 2011 anslo Riksrevisjonen at omtrent 15 prosent av alle pasienter året før hadde valgt sykehus (15). I tillegg har pasientmobilitet vært målt på et mer overordnet nivå. Dette var tilnærmingen som ble benyttet i evalueringen av pilotprosjektet i perioden 1994 til 1996 i Helseregion II. Der fant man, basert på data fra Norsk Pasientregister (NPR), veldig små endringer i mobilitet på tvers av fylkesgrensene (9).

Statlig overtagelse av sykehusene i 2002

Initiativet til reformen hadde utspring i Arbeiderpartiet (16). Valgprogrammet i 1997 viser at partiet var opptatt av sykehusene, men uten at man der ser konturene av reformen slik den ble. Heller ikke regjeringen Stoltenbergs tiltredelseserklæring 22. mars 2000 var konkret, men den ville fornye offentlig sektor ved å revurdere arbeidsdelingen mellom forvaltningsnivåene og ved å fristille statlige virksomheter. Valget av Tore Tønne til helseminister ble av mange sett på som et signal om endringer. Han var uten tidligere politisk erfaring, men hadde ledet store omstillinger. Reformplanene ble gradvis klarere våren og sommeren 2000 særlig gjennom taler av Tønne. 18. januar 2001 ble et reformforslag sendt på høring med seks ukers svarfrist. 6. april ble et lovforslag lagt frem. 13. juni 2001 ble reformen vedtatt i Odelstinget. Den skulle iverksettes 1. januar 2002 (17). Selv om initiativet og utformingen av reformen kom fra Arbeiderpartiet, har den i seg elementer av noen av anbefalingene fra tre offentlige utredninger i årene før².

Lovforslaget la vekt på at de helsepolitiske målene om tilgjengelighet, kvalitet og kostnadseffektivitet stod fast, men at virkemiddelbruken skulle endres. Tre utfordringer ble sirklet inn. Den ene var ønsket om bedre *kostnadskontroll*. Utgiftene hadde vokst raskere enn i andre sektorer, bl.a. som følge av tilleggssbevilgninger i budsjettåret. En annen utfordring var *geogra-*

2 Hellandsvikutvalget om eierskap for sykehusene i 1996 etterfulgt av stortingsmelding om tilgjengelighet og faglighet i spesialisthelsetjenesten i 1997, Sørensenutvalget om tilknytningsformer for offentlige sykehus i mars 1999, og Wilhelmsenutvalget om oppgavefordeling mellom stat, region og kommune i juli 2000 etterfulgt av stortingsmelding i mars 2001, en uke før lovforslaget om sykehusreformen.

fiske forskjeller i tilgangen på tjenester, målt i ventetider, tilgang på helsepersonell, mangelfull utnyttelse av ledig kapasitet på tvers av sykehus- og fylkesgrenser og geografiske variasjoner i medisinsk praksis og kvalitet. En tredje utfordring var geografiske variasjoner i økonomistyringen.

Vedtaket innebar tre endringer i virkemiddelbruken (18). For det første *sentralisering av ansvar* fra fylkeskommunene til staten. Statens styring var før begrenset til valg av finansieringsordninger, bevilgninger, lovgivning og godkjenning av regional helseplan. Etter reformen overtok staten eierskapet og det overordnede driftsansvaret og hele finansieringsansvaret. For det andre la vedtaket opp til *fristilling* ved at «sørge-for»-ansvaret og driftsspørsmål skulle overføres fra fylkeskommune til HF-ene (19). Før hadde fylkespolitikerne en sentral rolle gjennom fylkesting og fylkesutvalg. Etter reformen var ikke lokalpolitikerne tiltenkt noen formell rolle. Regjeringens eierstyring skulle begrenses til styringsdokumenter og foretaksmøter om saker av vesentlig betydning (20), mens Stortinget skulle behandle lover, bevilgninger og spørsmålet om privatisering. For det tredje gikk man over fra kontantprinsipp til *Regnskapslovens regler for avskrivning*. Det skulle motivere til å se verdien i investeringer og vedlikehold.

I lovforslagets kapittel 2.10.5 het det at «det er opp til det enkelte regionale helseforetak å velge hvordan RHF-et og underliggende virksomheter organiseres». På tross av handlefriheten valgte alle fem RHF en svært lik organisering (21). Ulike typer virksomheter ble slått sammen til store geografiske helseforetak, og vertikal integrasjon ble valgt framfor fristilling og konkurranseutsetting. Dette valget kan i ettertid virke overraskende. I forarbeidet til loven var det lagt vekt på at HF skulle fristilles og styres gjennom kontrakter og konkurranse om pasienter. Det ville også vært i tråd med reorganiseringsbølgen «New Public Management» som var fremtredende i Norge og andre land i tiåret før (22). Årene etter at reformen ble gjennomført, har integrasjonsmodellen blitt forsterket ved flere sammenslåinger³.

3 I Nord ble Hålogalandssykehuset delt i 2006–2007 ved at Stokmarknes gikk inn i Nordlandssykehuset, og Harstad og Narvik i Universitetssykehuset Nord-Norge. I Midt gikk Orkdal og Psykisk helsevern Sør-Trøndelag inn i St. Olavs i 2004, og Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal ble slått sammen til nytt HF Møre og Romsdal i 2011. Vest etablerte Helse Vest IKT AS i 2005 da IKT-avdelingene ble slått sammen, og Helse Vest innkjøp HF i 2015. Sør og Øst ble slått sammen i 2007. Her ble nytt HF Oslo Universitetssykehus etablert i 2008 ut i fra Ullevål, Aker, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Psykiatrien i Vestfold gikk inn i Sykehuset Vestfold i 2012. Nytt HF Vestre Viken ble etablert i 2009 med Ringerike, Blefjell, Buskerud og Asker og Bærum. Sykehuspartner HF ble etablert i 2003 som felles leverandør innenfor IKT og innkjøp i Sør (senere Sør-øst).

Teori og metode

Denne artikkelen tar utgangspunkt i en antakelse om at de organisatoriske valgene som ble gjort gjennom sykehusreformen, nøytraliserte måloppnåelsen for reformen fritt sykehusvalg målt ved pasientenes grad av mobilitet. Valg av organisasjonsmodell i RHF-ene antas å ha en direkte effekt på pasientmobiliteten, men det er særlig samspillseffekten vi vil undersøke nærmere, altså hvordan effekten av reformen fritt sykehusvalg på pasientmobiliteten var avhengig av hvilken organisering RHF valgte.

Hvilke organisasjonsmodeller var aktuelle for RHF-ene ved implementeringen av sykehusreformen? Særlig tre dimensjoner var aktuelle (21). Den første var *grad av vertikal integrasjon*. RHF-ene stod ovenfor et valg mellom en konsernmodell med stram styring av HF-ene, og en bestiller-utfører modell der HF-ene ble fristilt og styrt gjennom konkurranseprosesser. Den andre var HF-enes *størrelse*. Et alternativ var i stor grad å videreføre de mange mindre institusjonene, mens det andre alternativet var sammenslåing til større institusjoner. Mindre institusjoner enn før reformen var lite aktuelt. Den tredje var *hvilke klientgrupper* HF-ene skulle betjene (23). Et geografiprinsipp ville bety at alle typer institusjoner og pasientgrupper innenfor et geografisk område ble organisert sammen, mens et klientprinsipp ville innebære ulike HF for psykiatriske, somatiske og rusavhengige pasienter. Man kunne også skilt ut elektive pasienter fra akuttpatientene i egne HF, men det var lite aktuelt.

Konkurransemodellen (alternativ 1) legger til rette for styring gjennom konkurranseprosesser. Det er prosesser som forutsetter fristilling og flere

Tabell 1. Alternative organisasjonsmodeller for de norske regionale helseforetakene. Ved å kombinere de tre dimensjonene fremkommer det åtte mulige organiseringsmåter.

Størrelse på helseforetakene		Små HF		Store HF		
		Klientbasert	Geografisk	Klientbasert	Geografisk	
Aggregeringsprinsipp	Grad av vertikal integrasjon RHF – HF	Lav grad	1	3	5	7
		Høy grad	2	4	6	8

Konkurransemodellen

Integrasjonsmodellen

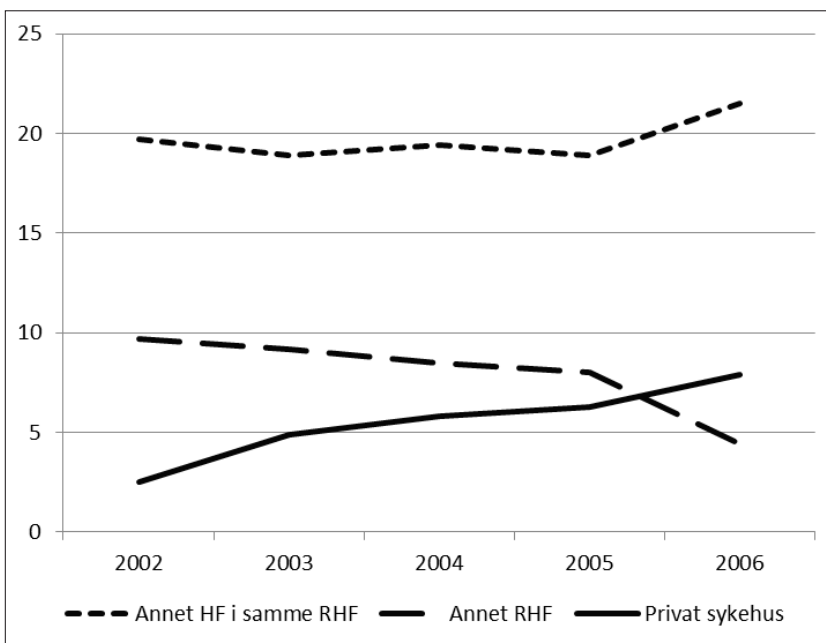
relativt geografisk nærliggende tilbydere, samt at pasientene har rett til å velge sykehus selv eller at en bestillerenhet foretar valget for dem. Dette taler i sin tur mot større sykehussammenslåinger. I en konkurransemodell kan man tenke seg at klientbasert organisering ville gjøre det lettere å sammenlikne kostnader og kvalitet, fordi kryss-subsidiering mellom somatikk, psykiatri og rus da ikke ville være mulig. Integrasjonsmodellen (alternativ 8) er det andre ytterpunktet. Den legger til rette for konsernstyring og stordriftsgevinster gjennom sammenslåinger av avdelinger og sykehus. Ved sammenslåing av sykehus kan man tenke seg at det blir lettere å få til spesialisering og funksjonsfordeling, fordi flere sykehus får én felles ledelse og blir samme juridiske subjekt. At en samler institusjoner i store HF med ansvar for ulike klientgrupper, kan i tillegg gjøre det mulig å hente ut gevinster av administrativ samorganisering.

Den metodiske tilnærmingen er dels komparativ gjennom at det gjøres en sammenlikning av mål, virkemidler og måloppnåelse for to reformer som ble gjennomført i omtrent samme tidsrom. Kildene for drøftingen av reformenes mål, virkemidler og implementering, er hentet fra forarbeidene og vedtak om reformene, foretaksdokumenter og tidligere studier.

Den empiriske analysen av utviklingen i pasientmobiliteten er designet som enkel kontrollvariabelmetode hvor vi forsøker å isolere effekten av de to reformene til sammen, grovt sett. For å få dette til er analysen avgrenset til den somatiske, elektive spesialisthelsetjenesten med et skille mellom offentlige og private tilbydere. Slik sikres sammenliknbarhet mellom helseforetak og over tid ved å unngå påvirkning av endringer i fordelingen mellom akutte og *elektive* (mobile) tjenester på den ene siden, mellom *somatikk*, psykiatri og rus (f.eks. rusreformen i 2004) på den andre, og mellom offentlige og private tilbydere. Ved å se på *andel mobilitet* tas det hensyn til endringer i budsjettstørrelse og totalt pasientvolum. Videre avgrenses det til *perioden 2002–2006* hvor vi ikke ser andre reformtiltak av betydning for mobiliteten i den aktuelle pasientgruppen. F.eks. var incentivene i finansieringen relativt stabile. Med en lengre tidshorizont enn dette ville bl.a. sammenslåingen av region Sør og Øst fra 2007 og de etterfølgende sammenslåingene av sykehus fått betydning for analysen av mobilitet.

Resultater

Den statlige overtagelsen av sykehusene fra 2002 innebar, som tidligere nevnt, at alle RHF valgte å etablere store geografiske HF og vertikal integrasjon som styringsform (integrasjonsmodellen). Hva betød så dette valget for pasientene? Flyttet flere pasienter seg på tvers av de nye geografiske

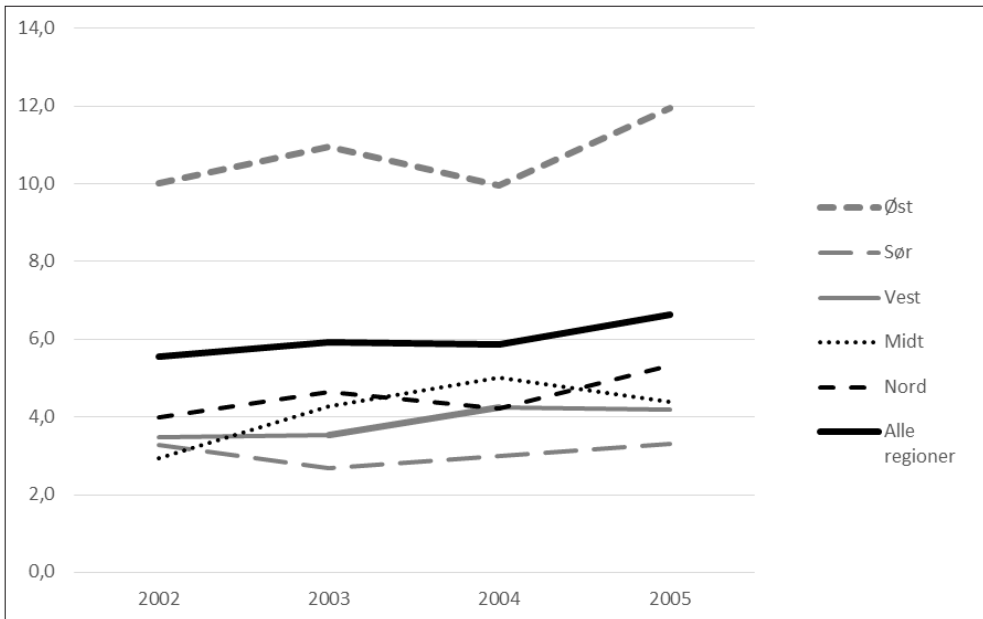


Figur 1. Pasientflyt elektiv somatisk behandling 2002 – 2006. Kilde: Egen sammenstilling av tall fra Samdata Spesialisthelsetjenesten (24)

områdene, eller ble resultatet redusert pasientflyt? Figur 1 viser utviklingen i pasientflyten i perioden 2002–2006.

Av figur 1 kan vi se tre ulike trender med hensyn til pasientflyt for elektive, somatiske pasienter. For det første er det en stabilitet, med en svakt synkende tendens i den første delen av perioden, i pasientflyten til andre helseforetak innenfor samme RHF (om lag 20 prosent). For det andre er det en klar nedadgående tendens i pasientflyt mellom de regionale helseforetakene, fra ca. 10 prosent i 2002 til ca. 4 prosent i 2006. For det tredje er det en økende tendens til bruk av private sykehus (under kontrakt med ett eller flere RHF). Fra 2,5 prosent i 2002 til nesten 8 prosent i 2006. I perioden, med unntak av året fra 2005 til 2006 ser vi stabilitet, men med en synkende tendens i andelen pasienter behandlet innenfor det HF-et hvor pasienten var hjemmehørende, fra 68 til om lag 60 prosent (restkategorien som ikke er vist i figur 1).

En annen innfallsvinkel er å se på gjestepasientoppgjør. Figur 2 viser utviklingen i de somatiske gjestepasientutgiftene som andel av de totale somatiske driftsutgiftene, etter RHF. Verken teller eller nevner er korrigert



Figur 2. Somatiske gjestepasientutgifter i prosent av totale somatiske driftsutgifter, etter RHF, 2002 – 2005. Kilde: Egen sammenstilling av tall fra Samdata Spesialisthelsetjenesten (24)

for gjestepasientinntekter, dvs. at figuren illustrerer størrelsen på «utstrømmen» fra hvert RHF og summert opp⁴.

Figur 2 viser en nokså stabil andel gjestepasientutgifter i RHF-ene de første årene etter de to reformene. RHF med størst endringer er på under 2 prosentpoeng. For alle RHF totalt, øker andelen fra 5,6 prosent i 2002 til 6,6 prosent i 2005, og det er grunn til å tro at dette i stor grad gjenspeiler økt bruk av private tilbydere som vist i figur 1. Kjøp av behandlinger fra private inngår i gjestepasientutgiftene i RHF-ene. Det er interessant at Helse Øst har et høyere nivå på gjestepasientutgiftene enn de andre RHF-ene, men det faller utenfor problemstillingen her å forklare det nærmere.

Oppsummert viser begge datakildene, i motsetning til hva man kunne forvente av pasientenes mye ønskede og nyvunne frihet til å kunne velge sykehus, stor grad av stabilitet i pasientmobiliteten de første årene på 2000-tallet.

4 Dersom gjestepasientinntekter trekkes i fra, blir bildet likevel svært likt med figur 2.

Når reformer skiller lag

Både sykehusreformen og fritt sykehusvalg passer inn i reorganiseringsbølgen «New Public Management» som var fremtredende i Norge og andre land på 1990-tallet. Ifølge forarbeidene var begge utformet for å skape økt konkurranse om pasientene, på den ene siden ved at pasientene fikk rett til å velge sykehus, på den andre siden ved at fristilling, kontraktstyring og den eksisterende stykkprisfinansieringen, skulle stimulerer til konkurranse mellom sykehusene om å trekke til seg pasienter. Gjennom konkurranse skulle man oppnå bedre utnyttelse av ledig kapasitet, kortere ventetider, likere tilgang uavhengig av bosted, bedre kvalitet, kostnadseffektivitet og kostnadskontroll. Et konkurransepress på sykehusene skulle virke skjerpene.

Men reformene skilte lag i implementeringsfasen ved at RHF-ene valgte en integrasjonsmodell istedenfor en konkurransemodell. Store geografiske HF ble etablert med integrasjon som styringsform mellom RHF og HF, og funksjoner ble sentralisert. Innføringen av fritt sykehusvalg året før, sammen med forarbeidene til sykehusreformen, og vektlegging av et mål om økt tilgjengelighet for pasientene i form av nærhet og valgfrihet, skulle ha medført en annen organisasjonsmodell.

Hva viser så empirien om utviklingen i pasientmobiliteten de første årene etter de to reformene? Den viser stor grad av stabilitet i pasientmobilitet. Man kan derfor spørre om man kunne forventet en annen utvikling i mobiliteten dersom RHF-ene hadde valgt en mer konkurransebasert organisasjonsmodell? Ville det kunne lagt forholdene bedre til rette for å styrke pasientens stilling i helsevesenet og bidra til effektivisering og kvalitetshevning nedenfra gjennom økt bruk av fritt sykehusvalg?

Vi mener at dersom RHF-ene hadde valgt en organisasjonsmodell med sterkere elementer av konkurranse om pasientene med flere nærliggende og konkurrerende tilbydere (HF) av vanlige behandlingsfunksjoner, ville fritt sykehusvalg gitt betydelig økt pasientmobilitet. Empirien viser altså at mobiliteten er uendret. Vi mener derfor at en viktig forklaring på den manglende måloppnåelsen for reformen fritt sykehusvalg, er den integrasjonsmodellen som RHF-ene valgte. Det er også lansert andre forklaringer på den begrensede bruken av fritt sykehusvalg, f.eks. hvor mye informasjon pasientene fikk om retten til å velge, hvor mye informasjon de fikk å treffe valget på (f.eks. om kvalitetsforskjeller), finansielle barrierer for pasientene og hensyn til avstand for pårørende. Men vi tror at sykehusreformen betydde enda mer for mobiliteten.

En studie av beslutningsprosessene bak det like valget av organisasjonsmodell i RHF-ene (21), tyder på at valgene var rasjonelle for RHF-ene. De opplevde stor handlefrihet i valget og vurderte ulike organisasjonsmodellers

egnet for oppnåelse av de målene som var mest sentrale for RHF-ene. For pasientenes bruk av fritt sykehusvalg og for en målsetting om tilgjengelighet i form av nærhet og valgfrihet derimot var RHF-enes valg av integrasjonsmodellen uheldig.

Ulike offentlige reformer og tiltak kan ha mer eller mindre ulike mål, og virkemiddelbruken i en reform kan påvirke måloppnåelsen for andre tiltak. Ofte er det tale om tilsiktede eller ønskede endringer som f.eks. ved overgangen fra finansiering per liggedøgn til rammefinansiering av sykehusene i 1980, som reflekterte et skifte fra utbygging til kostnadskontroll. Et annet eksempel er innføringen av stykkprisfinansiering i 1997 som reflekterte dels et ønske om å redusere ventetidene gjennom å stimulere sykehusene til å ta inn flere pasienter, og dels et ønske om å få slutt på budsjettspillet gjennom å knytte mer av finansieringen til aktivitet. Når reformer derimot er mer samtidige, kan man stille spørsmål ved hvor tilsiktet og ønsket den samlede effekten av reformene blir. Som denne studien viser, nøytraliserte sykehusreformen fritt sykehusvalg. De to samtidige reformene kom på kollisjonskurs.

Den noe økte bruken av private tilbydere på kontrakt med helseforetakene har bidratt til større pasientmobilitet, noe den offentlige spesialisthelsetjenesten i mindre grad er rigget for (25). For eksempel har fritt sykehusvalg blitt avløst av fritt behandlingsvalg. Kjernen i fritt behandlingsvalg som trådte i kraft høsten 2015, var primært å bringe inn mer dynamikk på tilbydersiden. Denne dynamikken kunne man ikke utelukkende få på plass i de offentlige sykehusene. Derfor har man i større grad enn tidligere åpnet for flere private tilbydere (kvantitet), og man har gitt utvalgte tilbydere en større rolle ved rettighetsvurdering (kvalitativt) (26).

Hva er implikasjonene av denne studien for videre forskning på offentlige reformer og tiltak? Det å studere reformer i sammenheng er et viktig supplement til å studere enkeltreformer i dybden. Særlig i en sektor som helsetjenesten hvor reformviljen fortsatt synes å være stor. Men tilnæringsmåten har også overføringsverdi til andre samfunnssektorer hvor man vurderer å gjøre flere større endringer omtrent samtidig.

Konklusjon

Pasientmobiliteten var nokså uendret i perioden 2002–2006, på tross av reformen fritt sykehusvalg som ble iverksatt i 2001. Denne studien argumenterer for at en viktig årsak var sykehusreformen i 2002, slik den ble implementert gjennom de fem RHF-enes valg av en integrasjonsmodell med store geografiske HF, sentralisering av funksjoner og integrasjon som styringsform mellom RHF og HF. Hvis RHF-ene hadde valgt en mer kon-

kurransbasert organisasjonsmodell, ville det lagt forholdene bedre til rette for fritt sykehusvalg.

En målsetting om tilgjengelighet i form av valgfrihet som forutsetter flere relativt geografisk nærliggende tilbydere, var vektlagt i vedtaket om reformen fritt sykehusvalg. Vedtaket om sykehusreformen pekte også i retning av konkurranse om pasienter og fristilling for å oppnå ikke bare tilgjengelighet, men også kvalitet, kostnadseffektivitet og kostnadskontroll gjennom økt konkurransepress på helseforetakene. RHF-ene vektla i stedet andre helsepolitiske mål enn tilgjengelighet sterkere, som kvalitet, kostnadseffektivitet og kostnadskontroll. For å nå disse målene vurderte RHF-ene at en integrasjonsmodell var et mer egnet virkemiddel enn en konkurransemodell. På den måten nøytraliserte RHF-ene måloppnåelsen for reformen fritt sykehusvalg. Analysen viser verdien av å studere reformer på tvers og ikke bare evaluere reformer enkeltvis som er det mest vanlige innenfor forskning om effekter av reformer og tiltak.

Litteratur

1. Kuhnle S. Velferdsstatens idegrunnlag i perspektiv. I: Hatland A, Kuhnle S, Romøren TI, red. *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2001: 9–31.
2. Berg O. Fra *Politikk til økonomikk*. *Den norske helsepolitikks utvikling i det siste sekel*. Tidsskriftets skriftserie. Oslo: Den norske lægeforening, 2005.
3. Johnsen JR. *Health Systems in Transition – Norway*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy, 2006.
4. Nerland SM. Kurpengeordningen før 1980 – den glemte finansieringsordningen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121(25):2983–5.
5. Forbrukerrådet. *Pasientrettigheter hva nå?»*? Oslo: Universitetsforlaget, 1985.
6. Meld. St. 41 (1987–88). *Nasjonal helseplan*.
7. NOU 1992:8. *Lov om pasientrettigheter*.
8. St. meld. 50 (1993–94). *Samarbeid og styring*.
9. Jørgensen S. *Vanskelige valg? Evaluering av fritt sykehusvalg i Helseregion II 1994–1996*. Trondheim: SINTEF Helse, 1997.
10. Ot. prp. Nr. 12 (1998–99). *Om lov om pasientrettigheter*.
11. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasientrettighetsloven).
12. Molven O. *Helse og jus – innføring for helsepersonell*, 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, 2006.
13. Besl. O. nr. 23 (2003–2004). *Om endringer i lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter mm*.
14. Botten G og Åsland OG. Befolkningens ønsker om helsetjenester. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2000;120(25):2995–9.
15. *Riksrevisjonenes undersøkelse av ordningen med fritt sykehusvalg*. Rapport 3:3, Oslo: Riksrevisjonen, 2011.

16. Nerland SM. Effekter av sykehusreformen. *Fire essay om mål og virkemidler i styringen av spesialisthelsetjenestene*. Ph.d.-avhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2007.
17. Besl. O. nr.123 (2000–2001). *Lov om helseforetak (helseforetaksloven)*.
18. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). *Om lov om helseforetak m.m.*
19. Tønne T. *Derfor bør staten eie sykehusene*. Innledning om sykehus på Arbeiderpartiets landsmøte 9. november 2000.
20. §30 i Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). LOV-2001-06-15-93.
21. Nerland SM. *Konkurransse eller vertikal integrasjon? De regionale helseforetakenes valg av organisasjonsmodeller*. HORN-Skriftserie 2007:2. Health Organization Research, Universitetet i Oslo og SINTEF, 2007.
22. Christensen T, Lægread P. (red.) *New Public Management*. Aldershot: Ashgate, 2001.
23. Gulick L. Notes on the theory of organization, I: Gulick L, og Urwick L. (red.) *Papers on the science of administration*. New York: A.M.Kelley, 1937.
24. Rapporter Samdata Spesialisthelsetjenesten for årene 2002–2005. <http://www.sintef.no/projectweb/startsiden/rapporter/rapporter-samdata-spesialisthelsetjenesten/> (lest 05.10.16).
25. Hagen TP, Holom GH, Amayu G. Outsourcing day surgery to private-for-profit hospitals: price effects of tendering competition. Manuscript. Oslo: Department of Health Management and Health Economics, 2016.
26. Ringard Å, Saunes IS, Sagan A. The 2015 hospital treatment choice reform in Norway – continuity or change? *Health Policy*. 2016;120:350-5.

Solve Mikal Nerland
Forsker II
Møreforskning Molde
Britvegen 4, 6410 Molde
Solve.M.Nerland@himolde.no

Anen Ringard
Seniorrådgiver
Legemiddelindustrien (LMI)
Essendropsgate 3, 0301 Oslo
anen.ringard@lmi.no