

# Bør den norske struktur danne forbillede for Danmark?

Det norske sundhedsvæsen har de seneste 17 år været igennem nogle omfattende reformer, der blandt andet har ændret markant på strukturen, så det i dag er statsligt. Intet tyder dog på, at man i Norge har fundet et columbusæg. Regeringens forslag til en ny dansk struktur ligner på centrale områder den norske model.

Norge gennemførte i 2002 Helseforetakreformen, som udsprang af nogle af de samme udfordringer, som den danske regering vil forsøge at løse med en sundhedsreform; manglende entydigt ansvar og for store geografiske forskelle i udredning og behandling. Men resultaterne er udeblevet og reformen har i stedet medført øget bureaukrati med for mange niveauer, et massivt embedsmandsstyre og detaljstyring fra departementet.

Et ekspertudvalg, nedsat af den norske regering, har i 2016 fremhævet tre budskaber i kritikken af helseforetakmodellen: Modellen er for markedsstyret, for udemokratisk og skaber et unødvendigt bureaukrati<sup>1</sup>.

## Manglende demokratisk legitimitet

Den norske sundhedsmodel kritiseres for at mangle demokratisk legitimitet, politisk engagement og lokalpolitisk forankring. Der henvises til, at manglen på et direkte folkeligt mandat i de regionale helseforetakbestyrelser svækker den demokratiske kontrol. Det har man forsøgt at imødekomme ved at give kommunerne adgang til at indstille til Helse- og Omsorgsdepartementet, hvilke bestyrelsesmedlemmer der skal udpeges<sup>2</sup>. Kritikere påpeger, at bestyrelserne uden et folkeligt mandat mister evnen til at foretage tilpasninger til de lokale behov, fordi de kun har begrænset eller intet lokalt kendskab. Der findes flere eksempler på, at lokal utilfredshed og enkeltsager er nået Stortinget, fordi de regionale helseforetaksbestyrelser ikke har haft legitimitet til at håndtere sagerne.

## Helseforetakreformen

Med Helseforetakreformen fra 2002 blev ansvaret for sygehuse, psykiatri og rehabilitering og akutberedskabet flyttet fra de norske fylkesting (regioner) over i statens regionale helseforetak.

Reformen blev gennemført på baggrund af et ønske om et sundhedsvæsen med mere ensartede sundhedstilbud på tværs af landet samt mere specialisering og bedre samarbejde.

Med Helseforetakreformen overtog Stortinget og regeringen ansvaret for økonomi, kvalitetsudvikling og organisering. Styringen af sundhedsvæsenet foregår med armslængde til driften, som de regionale helseforetak har ansvaret for. De nu fire regionale helseforetak har hver sin professionelle bestyrelse bestående af erhvervsdrivende og fagfolk fra sundhedsvæsenet, udpeget af helse- og omsorgsdepartementet.

Under hvert regionalt helseforetak blev der yderligere oprettet en række mindre helseforetak, som står for sygehusdriften (i dag 27 stk.). De drives som offentligt ejede virksomheder med hver sin bestyrelse.

Hvertårudsenderhelse-ogomsorgsdepartementet såkaldte opdragsdokumenter til helseforetakene<sup>3</sup>. Opdragsdokumenterne beskriver de styringskrav, som helseforetakene skal leve op til, og det budget, de kan disponere over.

<sup>1</sup> NOU Norges offentlige utredninger 2016:25. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?

<sup>2</sup> Agenda og Muusmann 2005

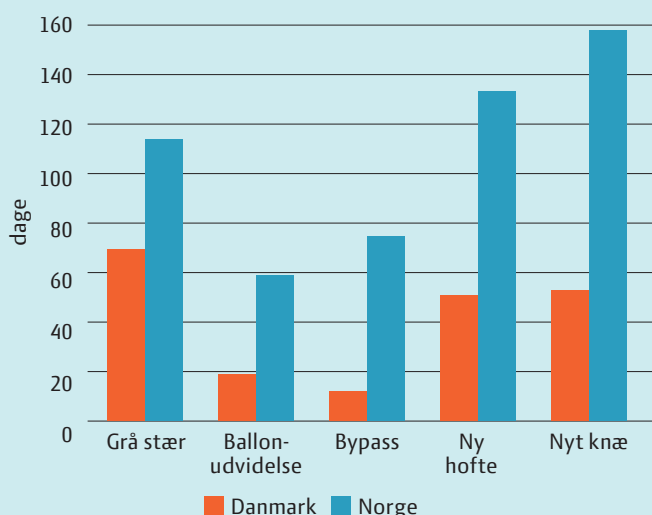
<sup>3</sup> Regjeringen.no

## Resultater af den norske model

- Den norske rigsrevision fremhæver, at statens styring af helseforetakenes bestyrelser via opdragsdokumenterne ikke er ukompliceret. I en spørgeskemaundersøgelse, foretaget i 2009, angiver et flertal af helseforetakene, at de mener, at de statslige krav og forventninger til helseforetakene er for mange og for svære at håndtere og opnå, hvorfor de egenrådigt vælger at prioritere blandt målene<sup>1</sup>. Den norske stat understreger i samme undersøgelse, at det er hensigten, at alle krav skal opfyldes.
- Implement Consulting Group har i en analyse fra 2015 sammenlignet sundhedsvæsenene i Danmark, Skotland, Sverige og Norge. Analysen viser, at variationen mellem regionerne i Danmark og regionerne i Norge ikke er signifikant forskellig. De professionelle bestyrelser i Norge har altså ikke formået at reducere de regionale forskelle til et lavere niveau, der er lavere end det danske.
- I en rapport fra 2016 fra NOU<sup>2</sup> (Norges Offentlige Utredninger) følger man op på den massive kritik af særligt helseforetaksreformen ved at komme med alternative modeller for strukturen. I samme rapport konstateres det, at det trods alt går godt i det norske sundhedsvæsen. Her fremhæves fx et fald i ventetider. Tal fra OECD viser stor variation i ventetider mellem Danmark og Norge.

## Norske patienter venter længere end de danske

Gennemsnitlige ventetider (2016)



Kilde: OECD Health Data

Note: Gennemsnitlig ventetid angivet i antal dage fra udredning til operation.

<sup>1</sup> Riksrevisjonen (2009), Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene

<sup>2</sup> [www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/](http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/)

## Økonomiske problemer i årene efter reformen

- I 2002, hvor helseforetaksreformen blev indfaset, og frem til 2008 havde de fire administrative regionale helseforetak et akkumuleret regnskabsmæssigt underskud på 25 mia. no.kr. De overskred dermed statens rammebudget i alle årene<sup>1</sup>.
- Den norske stat forudså, at det ville blive dyrt at centralisere sundhedsvæsenet og lægge driften over til administrative helseforetak, som samtidig også fik en række nye opgaver. Man havde derfor påregnet en vækst i omkostningerne på op til 10 mia.no.kr. Men de massive budgetoverskridelser betød, at staten ad flere omgange og over flere år efter reformen måtte afsætte store ekstrabevillinger (fx gav man i 2007 en ekstrabevilling på 500 mio.no.kr. – men budgetrammen blev alligevel overskredet med ca. 700 mio. no.kr)<sup>1</sup>.
- Den norske rigsrevision konkluderede i 2009, at forventninger om fortsatte ekstrabevillinger medvirkede til, at budgetstyringen ikke blev taget alvorligt af helseforetakene, og at de økonomiske rammer ikke blev opfattet som endelige<sup>1</sup>.
- Samlet har det betydet, at de offentlige sundhedsudgifter ifølge OECD (2016) er på ca. 5.000 dollars pr. person i Norge, hvilket er væsentligt højere end i Danmark (ca. 3.900 dollars pr. person). Hertil kommer, at de norske udgifter til langtidspleje er knap 500 dollars dyrere pr. person end de danske.
- Helseforetakreformen havde desuden langvarige konsekvenser i form af usikkerhed hos medarbejderne og et omfattende videnstab i de øverste ledelser på hospitalerne og i de udpegede bestyrelser. Fx blev 15 ud af 19 økonomidirektører på de store sygehuse udskiftet i perioden efter reformen, mens over halvdelen af de administrerende direktører blev udskiftet over en 2-årig periode.

Note: I Danmark havde man også økonomiske vanskeligheder med H:S-modellen, der gik forud for regionerne. H:S medførte store underskud og præsterede ikke bedre på aktivitet og produktivitet end de daværende amter. Desuden blev modellen kritiseret for at mangle politisk legitimitet, idet bestyrelsen ikke var direkte valgt. Men efter man i Danmark etablerede regioner med politisk styring, har man siden 2011 overholdt rammen.

<sup>1</sup>Riksrevisjonen (2009), Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene

Find flere fakta på [regioner.dks](http://regioner.dks) temasite:  
Hvad er op og ned i debatten om regionerne

Mere information:  
Kontakt Danske Regioner på 2893 1447  
eller [pressekontakt@regioner.dk](mailto:pressekontakt@regioner.dk)