

Makten flyttes



Redaksjonelt

Bedrifter og økonomer overtar for pasienter, leger og politikere som følge av sykehusreformen

Like før sommeren ble sykehusreformen (1) vedtatt, etter forberedelser i ekspressfart og nesten uten debatt. I dette nummer av Tidsskriftet refereres deler av stortingsbehandlingen (2), samtidig som det i flere artikler uttrykkes betydelig skepsis til reformen (3–5). Både Inger Johanne Pettersen (3) og Lars Lien (4) påpeker at virkemidlene som er valgt, i liten grad henger sammen med intensjonene i reformen. Lien går så langt som å kalle dette «en innholdsløs reform». Petter Øgar (5) er atskillig mer bekymret og frykter et dårligere behandlingstilbud.

For pasienter er ikke gode intensjoner eller hvem som eier sykehuset det avgjørende. Det avgjørende er hvem som tar de endelige beslutningene om behandling og hvilken pleie pasientene får. Her er lovforslaget tindrende klart: «(Reformen) vil ha umiddelbare og langsiktige konsekvenser for ansvar og ansvarsutøvelse, for rollefordeling mellom ulike aktører, og for mulighetene til videre utvikling av en av de viktigste sektorer i samfunnet» (2). Sagt på en annen måte: Reformen flytter makt.

Det viktige i det nye lovforslaget er ikke at staten overtar eierskapet av sykehusene, men at sykehusene skal være foretak og ikke en del av forvaltningen. Begrunnelsen er at «ved foretaksorganisering markeres et klart organisatorisk skille mellom virksomheten og overordnet politisk organ», i motsetning til forvaltningsorganisering, som «legger til rette for en sterk og direkte (politisk) styring» (1, s. 21). Sterk politisk styring ansees som et hinder for effektiv drift. Det er også et problem at «profesjonene har fått for fritt spillerom» (1, s. 30). Reformen legger opp til sterkere, mer enhetlig styring. Det gjør den ved å flytte makt fra politikere, pasienter og helseprofesjoner til de nye foretaksstyrene, altså bedrifter og økonomer. Da blir det viktig hvordan disse tenker og prioriterer.

Beslutninger i helsevesenet er sjelden enkle. De er vanskelige fordi virkningene og bivirkningene av behandling som oftest er usikre. Beslutningene er ytterligere komplekse fordi selv når vi er relativt sikre på hva en behandling koster og hvilken effekt og risiko den har, vil ulike aktører ha ulike preferanser. Pasienten og behandlende lege vil ofte mene noe annet enn samfunnsmedisinen eller en kliniker i en annen spesialisitet. Og ikke minst vil den som skal betale for behandlingen, ofte mene noe annet enn den som har behov for behandlingen. Da blir det avgjørende hvem som har den endelige beslutningsmyndigheten, hvem som har makten.

Ett eksempel blant mange fikk vi omtrent samtidig med at sykehusreformen ble vedtatt. I revidert nasjonalbudsjett skulle det

bl.a. avgjøres om nye medikamenter for leddgiktspasienter, COX-2-hemmere, skulle bli tilgjengelige på blåresept. Som for de fleste nye medikamenter var det ikke full enighet, verken om virkninger eller bivirkninger, men både fagmiljøet, Revmatikerforbundet og Statens legemiddelverk gikk inn for refusjon. Likevel gikk regjeringen imot. De gikk ikke imot fordi det var usikkerhet om virkningen, men fordi, som Tønne forklarte til Aftenposten (6), «...vi lager bare budsjetter for ett år om gangen, og innenfor årets rammer har vi ikke funnet midler. Det er mange formål som vil være samfunnsøkonomisk lønnsomme, men som vi likevel ikke kan få plass til uten å undergrave stramheten i økonomien».

Med andre ord: Når det kom til stykket, spilte det liten rolle hvor godt, kostnadseffektivt, ja endog samfunnsøkonomisk lønnsomt behandlingstilbudet var. Det som spilte en rolle, var hva det kostet i kroner og øre.

Det er lite av det vi gjør i helsevesenet som er «samfunnsøkonomisk lønnsomt». Vi har et helsevesen for å bedre folks livsutsikter og livskvalitet. Det er både samfunnet og enkeltpasienter villige til å betale for. Det vi kan diskutere, er hvordan vi skal bruke midlene mest mulig kostnadseffektivt, hvordan vi får mest mulig helsegevinst for hver krone. Det er ikke snakk om å spare penger, men om å redusere lidelse. Hvis de nye foretaksstyrene, hvor nesten halvparten av representantene er rekruttert fra næringslivet, velger å tenke bedriftsøkonomisk, er det grunn til bekymring. Helsevesenet kan helt klart drives bedre, men god butikk vil det aldri bli.

Charlotte Haug

charlotte.haug@unimed.sintef.no
SINTEF Unimed
Postboks 124 Blindern
0314 Oslo

Charlotte Haug (f. 1959) er lege og MSc i helsetjenesteforskning fra Stanford University. Hun arbeider som seniorforsker ved SINTEF Unimed.

Litteratur

1. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Lov om sykehusforetak m.m.
2. Stortingsdebatten om sykehusreformen – Kleppa vs. Tønne Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2193–4.
3. Pettersen IJ. Fra plan til marked – noen perspektiver på sykehusreformen. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2186–8.
4. Lien L. En helsereform uten helseøkonomisk motiv? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2192.
5. Øgar P. Statlige sykehus – hva så? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2189–91.
6. Henmo O. Sinte revmatikere: – Løftebrudd og svik fra Tønne. Aftenposten (morgenutgave) 10.6.2001.