

Fra plan til marked – noen perspektiver på sykehusreformen



Kommentar og debatt

Stortinget har vedtatt statlig overtakelse av alle sykehusene. Internasjonale data og litteratur viser at det er liten sammenheng mellom sykehusenes eierform og resultat av sykehusenes virksomhet på landsbasis. Den mest tydelige effekten av eierskapsreformen er at staten får en ubrutt myndighetslinje i forhold til de enkelte regionale sykehusforetak. Det er imidlertid ingen automatikk i at statlig eierskap og ny sykehusstruktur gir de bedringene i norsk helsevesen slik som forutsatt i reformforslaget.

Staten skal overta alle sykehusene, og helsemyndighetenes begrunnelse er at dagens styringsstruktur gir uklare ansvarsforhold (1). Helseministeren har hatt tre hovedbudskap i sine argumenter: større likhet og bedre kvalitet på helsetjenestene og bedre organisering av sykehusene. Kort sagt, statlig eierskap skal sikre en positiv videreutvikling av sykehussektoren, som tilhører de mest kompliserte og krevende delene av samfunnet vårt (2).

I denne artikkelen diskuteres bakgrunnen for reformen, og det blir satt spørsmålsteget ved antakelsene om at det er entydige koblinger mellom statlig eierskap, ny sykehusstruktur og bedre løsninger på utfordringene i norske sykehus.

Hvorfor denne sykehusreformen?

Den sterkeste begrunnelsen for eierskapsreformen er ønsket om klare ansvarslinjer mellom sykehuseier (stat) og sykehusene. De politiske ambisjonene er å strømlinjeforme styringen i sektoren ved å gå fra 19 fylkeskommunale eiere til en sentral eier. Nå er det ikke statens sterkere eierrolle som utgjør den største endringen i lovforslaget. Den største nyordningen er at sykehusene skal organiseres som regionale helseforetak.

I så måte er lovforslaget (1) i samsvar med det gjeldende synet på politikkenes rolle generelt i offentlig sektor. Trenden er at politiske beslutninger nå blir erstattet av kvasimarkeder, som er en mellomting mellom det frie marked og et offentlig regulert tjenestetilbud. Her skal ressursallokeringen skje i en tilbyder-etterspørsel-logikk utenfor den politiske arena. Dermed står vi overfor en strukturell utfordring: Sykehusenes nåværende forvaltningsorganisasjon blir sett på som gammeldags.

Inger Johanne Pettersen

inger.johanne.pettersen@hibo.no

Siviløkonomutdanningen i Bodø

8049 Bodø

og

Program for helseøkonomi i Bergen (HEB)

Universitetet i Bergen/ Norges

handelshøyskole

☞ Se også side 2139

Gjennom grader av markedsløsninger og bruk av økonomiske incentiver (motivasjon) tar man sikte på å øke produktivitet og fleksibilitet i sykehussektoren. Disse effektene skal oppnås gjennom introduksjon av markedstenkning. Denne styringsideologi henter språk og argumentasjon fra en internasjonal reformtrend som blir kalt «the new public management» med privat sektor som referanseramme.

Ideologiske strømninger

Tenkemåten tar utgangspunkt i en rasjonell beslutningsmodell. Men den reformerte sykehussektoren som organiseres ut fra denne rasjonelle markedstenkningen, møter også to andre sterke forankringer i synet på verdier og resultat: Brukerne (pasientene) setter søkelyset på kvalitet og tilgjengelighet. I Norge er helsetjenester langt på vei rettighetsgoder (jf. ventelistegaranti og pasientrettighetsloven) og ikke markedsgoder, og profesjonenes tilpasning grunnlegges på kliniske normer og verdier. Effekten av reformen (bedriftsorganisering og markedslogikk) vil derfor være vanskelige å forutsi, fordi den økonomiske rasjonalitet som ligger bak reformen, ikke gjenspeiles i brukernes interesser og profesjonenes verdier.

Utviklingen i sykehussektoren følger altså trenden i det norske samfunnet for øvrig i offentlig sektor. Her ser vi at styringsperspektivet er blitt etterspørselsbasert og grunnlagt på markedets ideologi og språkdrakt. Bedriftsorienteringen er tydelig i de organisasjonsformer vi nå finner i våre sykehus gjennom bruk av begrep som divisjoner, senterstruktur og enhetlig ledelse. Sykehusene endres etter hvert fra tradisjonelle forvaltningsorganer til statseide selskaper (3–5).

Denne utviklingen er sammenfallende med styringsmodeller som generelt vektlegger målstyringskonseptet, konkrete resultat-

krav og ny «management»-orientert lederstil med vekt på resultatorientering, administrativ profesjonalisme og mindre politikerinnflytelse. Innføring av resultatenheter følges av en tendens til å definere brukere som konsumenter og vektlegge det frie valg. Vi finner denne utviklingen igjen i de nye pasientrettighetslovene, hvor retten til fritt sykehusvalg er en ny og viktig premiss. Følgelig er det innført en tilbyder-etterspørsel-logikk som styringsfilosofi i det norske sykehusvesenet. Pasientenes etterspørsel og ikke den politiske debatt skal heretter bestemme budsjetttilgangen. Pasienttilstrømningen skal regulere ressursene, og etterspørselsbasert styring er stikkord. Her vil det bli antall pasienter som driver fordelingsprosessen.

Utviklingen av fremtidens sykehus vil skje i spenningsfeltet mellom overordnet helseplanlegging og tilpasning til individuelle og lokale interesser. I en etterspørselsbasert styringsfilosofi vil statens overordnede myndighet få en mindre legitim rolle enn i dagens forvaltningssystem.

Norsk sykehusvesen i forhold til andre land

Et interessant spørsmål er hvilke problemer denne sykehusreformen vil løse på en bedre måte enn dagens sykehusorganisering makter å gjøre. Her kan det være nyttig å sammenlikne norsk helsevesen med forhold i andre land.

Egentlig står det ikke så ille til i norsk helsevesen når man leser data fra WHO-rapporter (6). Her er Norge rangert på 3. plass når det gjelder summen av ulike kriterier for måloppnåelse i helsesektoren (inkludert alle sider ved helseytelser som kan – i ulike grader – tallfestes). I begrepet måloppnåelse ligger også graden av likefordeling i tilbud av helsetjenester. Når det gjelder utgiftsnivå, ligger vi en del lavere i verdensmålestokk: Her er vi på 3.–15. plass alt etter hvordan man regner utgifter til helse per capita i 1998 (OECD- og WHO-tall). Selvsagt skal slike tall brukes med varsomhet, men trenden er klar: Vi er i verdenstoppen når det gjelder helsetjenester på resultatsiden, og vi viser noe mer måtehold på utgiftssiden, selv om kostnadsøkningen har vært større i Norge enn i andre nordiske land de siste årene. Spørsmålet om sykehusenes eierskap er her underordnet, fordi de landene vi sammenlikner oss med, ikke har systematiske forskjeller når det gjelder eierform. Eierformen vil altså i seg selv verken løse problemer eller skape positive endringer.

USA har verdens dyreste helsevesen, bruker mest på helse per capita, men skårer lavere enn oss når det gjelder måloppnåelse. Så er da heller ikke full markedsorientering blitt presentert som den beste medisinen for våre sykehus. England er det landet som har en styringsmodell mest lik den som nå foreslås. Her finner vi en sterk statlig sentralstyring, ved at det ikke er noe valgt demokratiske ledd mellom statens bevilgninger og de

lokale helsetilbyderne. I Finland finner vi heller ingen fylkeskommunal overbygning, men de finske sykehusene drives som kommunale fellesorganisasjoner med kommunene som bestillere. I Sverige har man en annen variant, hvor landstingene har en noe friere rolle i forhold til staten enn norske fylkeskommuner. Danmark er den av våre naboer som har en forvaltningsstruktur mest sammenfallende med vår.

Sammenliknende data viser at Danmark og Norge bruker omtrent likt per capita på helseutgifter. De andre landene i Skandinavia og England bruker mindre (6). Når det gjelder måloppnåelse, er vi ifølge WHO bare «slått» av Sveits og Japan. WHO's indekser for andre ytelser plasserer oss også foran våre nordiske naboer, men vi rangeres etter land som Frankrike, Italia, Spania.

Denne korte oversikten fra andre land viser at sykehusenes eierform blir mindre vesentlig for helsetjenestenes ytelser enn effektene av demografisk utvikling, geografiske, kulturelle og strukturelle forhold, sykehusintern organisering samt medisinsk-teknisk utvikling.

Kostnadskrise?

Det er lite som tyder på at norske sykehus er dyrere enn sykehus i andre land. Når det gjelder produktivitet viser statistikk (7) at våre sykehus (samlet sett) ligger bedre an enn snittet for vestlige europeiske land. De økte utgiftene til sykehussektoren er universell og ikke spesielt for Norge. Utgiftsøkningen har å gjøre med investeringer, medisinske innovasjoner, dyre medisiner og høyere lønninger. Staten som sykehuseier vil bare ha begrensede muligheter for å redusere veksten i de galopperende utgiftene, som i stor grad skyldes forhold utenfor våre landegrens.

Når det gjelder tilgjengelige sykehussenger per 1 000 innbyggere, ligger Norge svært lavt i Europa. Bare Sverige, Finland, Sveits, Tyrkia og Storbritannia har færre senger. Det samme bildet finner vi for antall innleggelser per 1 000 innbyggere (i somatiske sykehus), hvor bare Tyrkia, Spania, Nederland og Sveits har færre innleggelser.

Man kan således anta at selve tilgjengeligheten til sykehus er en viktigere rasjoneringsfaktor hos oss enn i de fleste andre europeiske land. Sammenholdt med de store geografiske avstandene vi har, kan disse strukturforholdene bidra mer til kostnadsregulering enn eierformen som planlegges gjennomført fra neste år.

Beslutnings- og strukturkrise?

Statens andel av direkte finansiering av sykehusene har økt relativt sett i forhold til fylkeskommunenes andel de siste årene. Fylkeskommunens frihetsgrader er redusert, og det er derfor blitt hevdet at fylkespolitikkerne er blitt passive iverksettere av statens beslutninger. Dette er forsterket gjennom finansieringsreformen i 1997, hvor nå ca. 60 % av

sykehusenes utgifter inklusive polikliniske inntekter, finansieres direkte gjennom statlige overføringer.

Dermed ser vi her en form for beslutningskrise, hvor fylkeskommunen som sykehuseier mer opptrer som agenter for staten og ikke som selvstendige eiere. Når staten likevel betaler regningene, kan dette være et argument for at staten også står som eier av virksomheten. Men lite tyder på at det er store effektivitetsgevinster ved en slik eierform. Like gjerne kan man tenke seg at kostnadsøkningen forsterkes fordi fylkeskommunene ikke lenger har en buffereffekt i oppgjøret mellom staten og sykehuseier.

Vi har 84 somatiske sykehus i Norge. Fleire av disse er små sykehus, hvorav mange sliter med å rekruttere spesialister. Den medisinsk-tekniske utviklingen går i retning av mer spesialisering og konsentrasjon av kunnskap. Den demografiske utviklingen og forventningene til ny teknologi tilsier en radikal økning i etterspørsel etter sykehustjenester i årene fremover. Når Norge fra før ligger lavt i Europa når det gjelder tilgjengelighet for sykehusinnleggelser, så er dilemmaet: Skal det satses på de større sykehusene eller bygges ut ved de små?

Her vil et fremtidig statens sykehusverk bestående av selveide foretak kunne være effektive redskaper for en storstilt rasjonalisering av sykehusstrukturen. Når fylkeskommunene avskiltes som sykehuseier, er det fordi politikken krever nye virkemidler. Den mest åpenbare effekten av eierskapsreformen er følgelig at staten får en gjennomgående beslutningsmyndighet direkte overfor sykehusforetakene.

Vil statlig eierskap og sykehusforetak løse problemene?

Det er ikke opplagt at et eierskifte vil bidra til mer likefordeling av helsetjenester, bedre kvalitet og bedre organisering. Selv om styringsstrukturen blir mer entydig, fremkommer nye utfordringer (8).

Et viktig element i den foreslåtte reformen er endringer i sykehusenes selskapsform, hvor begrepet helseforetak er innført (1). I dette ligger det at balansen mellom eierskap (staten) og sykehusledelsens beslutningsmyndighet endres. Det er her at denne reformen representerer et klart brudd med tidligere forvaltningstradisjoner.

Det foreslås at sykehusene skilles ut fra statsforvaltningen og organiseres i fem regionale helseforetak. Staten blir eneeier, og eierrollen skal utøves gjennom foretaksrådet, dvs. departementet (ikke Stortinget) som helseforetakets høyeste organ. I lovforslaget pekes det på helseforetakenes selvstendighet som bedrift, samtidig som departementet ved statsråden er foretakets høyeste beslutningsmyndighet.

I klassisk forstand ligger det her et vanskelig styringsdilemma uten enkle løsninger. Staten skal fremdeles ha ansvaret for nasjonale fordelingsoppgaver, noe som vil ligge

utenfor helseforetakenes domener: De store og etter hvert sterke sykehusforetakene vil ha fragmenterte ansvarsområder. Disse sykehusforetakene vil gradvis utvikle seg til mektige motparter til statens forhandlere i viktige strategiske spørsmål.

Forventningskrise?

Oh her er vi ved et kjernepunkt: Dersom departementet gjennom foretaksmøtet kan formulere klare og entydige styringssignaler til sykehusforetakene, så vil en regionalisert bedriftsstruktur muligjøre en aktiv, konsekvent og målrettet eierrolle. Det skapes et skille mellom eier (staten) og bedriften (foretaket ved ledelsen). Dermed kan eieren evaluere ledelsens innsats (9). Denne evalueringen betinger imidlertid klare målformuleringer med kvantitative og etterprøvbare målestokker. Det aktive, statlige eierskapet forutsetter sterkere oppfølging for å påse at målsettingene oppfylles av foretakenes ledelse og styrer.

Hvis resultatet avviker fra de klart forutsatte målene, vil eieren kunne iverksette tiltak, slik som å velge ny foretaksledelse og nytt styre. Staten har altså som eier muligheter for å bruke flere former for «gulrot eller pisk» enn det fylkene har gjort som sykehuseiere. Men det vil være nærmest umulig for sykehuseieren å gjennomføre en klart definert kontraktsstyring av helseforetakene. I økonomisk teori har man derfor i visse situasjoner argumentert for bruk av regulering og hierarki og ikke markedsmekanismer i organisering av tjenesteproduksjon. Dette gjelder for eksempel når tjenestene ikke lar seg dele opp og selges, og når det oppstår negative fordelingsvirkninger for den enkelte og for samfunnet ved en markedsløsning. Helsesektoren er et slikt område fordi resultatet er vanskelig å måle entydig, og fordi forbrukerne – pasientene – ikke har full informasjon om egen tilstand og alternative behandlingsmåter. I denne erkjennelsen ligger de største styringsutfordringene.

Et eksempel illustrerer dette: Et problem ved så vel det tidligere rammefinansierings-systemet som ved ordningen med innsatsstyrt finansiering har vært mulighetene for såkalt Svarteper-spill, hvor gevinsten er tilleggsbevilgninger og endrede rammebetingelser. Vil disse problemene forsvinne i den nye eierstrukturen?

Sannsynligvis vil mulighetene for politisk spill fortsatt være en like viktig del av systemforutsetningene. Foretaksledelsen vil være den aktøren som fremdeles har størst lokal kunnskap om produktivitetsevinster i sykehusene. Dersom Stortinget vedtar nye og endrede oppgaver for sykehusene, vil spørsmålet alltid være hvilken kompensasjon som må til for å veie opp for eventuelle kostnadsøkninger som følge av stortingsvedtaket. Behovet for kompensasjon vil blant annet avhenge av foretaksledelsens egen innsats for å innrette driftsøkonomien

etter rammevilkårene. Det politiske spillet vil sannsynligvis ikke avta, men vil endre karakter fordi de store helsebedriftene blir sterke aktører som vil gi staten nye styringsutfordringer.

Et annet viktig element i sykehusreformen er innføring av et nytt regnskapsprinsipp, hvor bruk av kapital (bundet i bygg, anlegg, utstyr) skal fremgå som en utgift for foretakene, og som det derfor må finnes en inntektsside til. I England har dette prinsippet hatt en dokumentert effekt i form av at sykehus reduserer sin bygningsmasse for å spare penger (10). Det totale sengetall i sykehusene er følgelig blitt vesentlig mindre de senere årene. Dette er blant annet beskrevet slik: «One way that trusts can fill the affordability gap is through increasing income generation which mainly means increasing the number of private beds... Private finance initiatives may inevitably lead to an increase in the private sector and user charges, providing one way for the NHS to shrink to a rump service for the poor.» (10).

Oppsummering

Bak eierreformen ligger det forventninger om at regionale sykehusforetak skal utløse produktivitetsevinster i form av standardisering, samkjøring og spesialisering. Dersom de antatte samkjøringsevinstene skal realiseres, vil staten i den nye strukturen være mer uavhengig enn i dag av lokale ledere og politikere for å ta ut disse gevinstene. Men dette forutsetter at de nye sykehusforetakene ikke opptre som egne politiske aktører, og at den lokale sykehusledelsen lojalt følger opp vedtak som betinger strukturendringer. De økonomiske oppgjørskontraktene mellom stat og foretak kan eksempelvis forutsette spesialisering mellom sykehusene i en region. Slike endringer kan i første rekke berøre akuttberedskapen ved lokalsykehus. Dette kan i seg selv potensielt gi grunnlag for politisk spill opp til Stortinget, som har lange tradisjoner for å ha lokale saker som markeringsarenaer.

Det er altså ingen automatikk i at statlig eierskap gir de bedringene som er forutsatt i reformforslaget. Bedriftsøkonomisk forskning har dokumentert at innføring av ulike typer markedsløsninger hvor man overfører kommersiell tenkning fra privat til offentlig sektor, ikke har gitt bedre kvalitet, mer lik fordeling eller bedre økonomisk styring (11). Det kan vises til evalueringer gjort i England, New Zealand og Australia. Her pekes det på negative effekter slik som sentralisering, kostnadsøkning, byråkratisering og økt forskjell i tjenestefordeling.

Litteratur

1. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Lov om sykehusforetak m.m. (Foreløpig utgave).
2. Tønne T. Derfor bør staten eie sykehusene. Foredrag Arbeiderpartiets Landsmøte 9.11.2000. www.odin.dep.no/shd/norsk/aktuelt/taler/statsraad_b/099001-090002/index-dok000-b-n-a.html (2.5.2001).

3. Norges offentlige utredninger. Hvem skal eie sykehusene? NOU 1996: 5. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1996.
4. Norges offentlige utredninger. Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus. NOU 1999: 15. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
5. Norges offentlige utredninger. Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommuner. NOU 2000: 22. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2000.
6. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Genève: WHO, 2000.
7. European Observatory on Health Care Systems. Health care systems in transition. Norway. Genève: WHO Regional Office for Europe, 2000.
8. Torgersen H. Nytt år – nye utfordringer for norske sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 92–3.
9. Kaarbøe O, Kjerstad EO. Statlig eierskap av sykehusvalg av selskapsform. I: Askildsen JE, Haug K, red. Helse, økonomi og politikk. Utfordringer for det norske helsevesenet. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2001: 221–235.
10. Smith R. PFI: perfidious financial idiocy. BMJ 1999; 31: 3.
11. Lapsley I. Accounting, modernity and health care policy. Athen: European Accounting Association, 2001.

○