

En helsereform uten helseøkonomisk motiv?

De fleste land arbeider med helsereformer, oftest motivert ut fra økonomiske betraktninger. Økende etterspørsel, dyrere medisiner, teknisk utstyr og stigende priser på arbeidskraften gjør at helsebudsjettene ikke tilfredsstiller krav og forventninger i befolkningen.

Svaret på denne utfordringen har vært å henvise til effektiviteten i private bedrifter, med håp at om introduksjon av markedskrefter vil gi tilsvarende effekt i helsevesenet. Motivet bak den statlige overtakelsen av sykehusene som nylig ble vedtatt i Stortinget, er det langt vanskeligere å få øye på.

For de fleste regjeringer er hovedmålene i helsepolitikken rettferdig fordeling (equity) og effektivitet (efficiency). I tillegg kommer andre politiske ambisjoner som å få gjennomført politiske prioriteringer, sikre brukermedvirkning og uavhengig kontroll av helsetjenesten (1). Ofte har det vært liberalt ideologisk tankegods som har styrt reformprosessene mer enn empirisk kunnskap om markedskreftenes fortreffelighet (2).

Eierskap

Eierskap er en lite interessant dimensjon innen helseøkonomi og -politikk. I de fleste land har staten et overordnet ansvar for helsetjenesten. Det forandres ikke av om det finnes andre eiere som fylker, private eller forsikringselskaper.

De viktigste skillene i helsepolitikken går på det offentlige rolle som enten kan begrenses til å regulere (USA og en rekke land i Asia og Sør-Amerika), regulere og finansiere (Canada, Tyskland, Nederland) eller regulere, finansiere og drive (Skandinavia, England) (3). Hva som er best diskuteres knapt i Norge.

Strukturendring/sentralisering?

Et av hovedargumentene for statlig overtakelse av sykehusene har vært behovet for strukturendringer i sykehussektoren. Disse endringene er på vei i form av sammenslåing av sykehus (Hedmark, Vestfold, Vest-Agder) eller ved å legge alle sykehus i et fylke under en felles ledelse (Østfold, Oppland). Spørsmålet blir om den statlige overtakelse innebærer en ytterligere sentralisering av helsetjenesteforvaltningen i Norge.

Svært få land har innført sentraliserende helsereformer de siste ti årene. Et av de klare målene for nye reformer innenfor helsevesenet som så vel WHO som Verdensbanken står bak, har vært økende desentralisering fordi det gir større effektivitet og mer rett-

ferdig fordeling (4). England, New Zealand, Australia, Spania og Sverige er kommet lengst i arbeidet med å legge mer ansvar for etterspørsel og tilbud om helsetjenester til regioner og distrikter med betydelige fullmakter gitt på desentralisert nivå. I utviklingsland er tendensen den samme (5). Fortsatt er det et åpent spørsmål hvorvidt departementet vil desentralisere den budsjettmessige kontrollen til de enkelte sykehusene. En god modell er de engelske «trustene» som må skaffe sine inntekter selv og ikke får noe hjelp når budsjettet sprekker, og som i tillegg må gå med et 6 % overskudd for å tilbakebetale overdragelsen av kapital til staten. I Norge er det fare for at sykehusene med de største overskridelsene fortsatt vil bli premiert som i dag. Ved å splitte tilbyder- og bestillerrollene i England i 1990-årene oppnådde de en økt bevissthet om behovet for helsetjenester hos bestiller og om kostnadene forbundet med drift av helsevesenet hos tilbyder (6). I Norge vil de regionale foretakene stå for planleggingen og derved sitte med nøkkelen til å bestille.

Effekt av reformen

Kostnadskontroll. Land med størst andel private helsetjenester bruker også mest på helse målt i BNP. Der hvor fordelingen av helsetjenester har vært sentralisert, slik som i England og Canada, har presset på bevilgende myndigheter vært stort, og det har vært vanskelig for politikere å stå imot påtrykket (7).

Lik tilgang på helsetjenester. Det er ikke graden av sentralisering som avgjør tilgjengelighet. Den største forskjellen i tilgang på helsetjenester finnes mellom områder med stor grad av private innslag og områder der det offentlige både finansierer og utfører tjenestene (1).

Et surrogatmål for tilgjengelighet er ressursinnsats. Innføring av innsatsstyrt finansiering i 1997 har ikke ført til økende skjevheter. Den siste Samdata-rapporten viser at forskjellene i ressursinnsats har vært stabil mellom sykehus og fylker de siste ti årene (8).

Regulering og tilsyn. Med en statlig overtakelse av sykehusene vil staten få en vanskelig rolle som tilsynsfører og regulator av sin egen helsetjeneste om den ikke gir sykehusene en betydelig grad av fristilling. Dette kan bli vanskelige dobbeltroller hvor staten i stor grad vil få krav om økte bevilgninger ved påviste mangler eller nye reguleringer.

En halvhjertet reform?

I utgangspunktet la reformen opp til en betydelig autonomi for sykehusene med muligheter for å eksperimentere med konkurranseutsetting og ulike tilknytningsformer. Det-

te er blitt tonet betydelig ned etter kritikk fra fagorganisasjoner og deler av den politiske opposisjonen. Det betyr at det sannsynligvis blir små muligheter for å teste ut en blanding av privat og offentlig virksomhet, som har vært vellykket i flere land.

Et poeng med reformen er at sykehusene skal bli egne rettssubjekter med mulighet for å styre på selvstendig grunnlag uten innblanding fra politisk nivå og fylkesadministrasjon. Også denne siden ved reformen synes å bli svekket. Regjeringens modell for helseforetak er å samle alle sykehus i ett fylke under én ledelse. Siden staten har ansvaret for å finne arbeid også for ansatte i fylkeshelseadministrasjonen er det nærliggende å tro at denne fortsatt vil «lede» spesialisthelsetjenesten som i dag. Finansieringsformene blir foreløpig ikke endret ved overgangen til statlig eierskap. Det viktigste incentivet for endring er nettopp finansiering. Større innslag av produksjonsrelatert finansiering gir bedre teknisk effektivitet. Med uendret finansiering etter 2002 er det liten grunn til å tro at norsk helsevesen vil endre seg vesentlig.

Et annet viktig incentiv er konkurranse i et helsemarked. Med fritt sykehusvalg har regjeringen bidratt til bedre ressursutnyttelse i helsevesenet. I utgangspunktet har det vært 19 fylker som har kjempet om pasientene. Med statlig overtakelse vil det være fem helseregioner som konkurrerer. Det vil virke stabiliserende og ikke utviklende på helsetjenesten.

Lars Lien

lars.lien@sanderud-sykehus.no
Sanderud sykehus, Postboks 68
2312 Ottestad

Litteratur

1. Donaldson C, Gerard K. Economics of health care financing. The visible hand. London: Macmillan, 1993.
2. Walsh K. Public services and market mechanisms. Competition, contracting and the new public management. London: Macmillan, 1995.
3. Kumaranayake L. The role of regulation: Influencing private sector activity within health sector reform. Journal of International Development 1997; 9: 641–9.
4. World Bank. Bureaucrats in business. The economics and politics of government ownership. Washington DC: World Bank, 1995.
5. Bennet S. Reforming state capacity: the demands of health sector reform in developing countries. I: Mills A, red. Reforming health sectors. London: Kegan Paul, 2001.
6. Le Grand J, Mays N, Dixon J. The reforms: success or failure or neither? I: Le Grand J, Mays N, Mulligan J-A, red. Learning from the internal market. London: King's Fund, 1998: 143–67.
7. Barr N. Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation. Journal of Economic Literature 1992; 30: 741–803.
8. Samdata sykehus. Rapport. 1/1999. Sammenligningstall. Trondheim: NIS/SINTEF, 2000. ○

☞ Se også side 2139