

# Kurpengeordningen før 1980 – den glemte finansieringsordningen

Denne artikkelen gir en historisk gjennomgang av finansieringsordningen for sykehusene før 1980.

Kurpengeordningen var basert på liggedøgnrefusjon, men forutsatte også at fylkeskommunene som eiere betalte sin del av regningen. Refusjons-satsen, refusjonskriteriene og fylkeskommunenes kostnadsansvar endret seg frem mot overgangen til rammefinansiering i 1980.

Artikkelen starter med en problematisering av myten om at effektivisering og bruken av økonomiske incentiver som styringsverktøy er nye temaer i norsk sykehuspolitikk. Deretter gis en beskrivelse av sykehusvesenets fremvekst og kurpengeordningens kjennetegn før 1970. Så diskuteres sykehusloven av 1970 og de senere justeringene av denne loven, som banet vei for rammeregimets inntreden i 1980. Til slutt sammenfattes denne tidlige epoken i norsk sykehusfinansiering med stikkordene læring og politikk.

**Kurpengeordningen er neppe egnet til å møte dagens utfordringer i finansieringen av norske sykehus. Aktører i den helsepolitiske debatten bør likevel ha kjennskap til ordningen.**

Alternative finansieringsordninger har i etterkrigstidens Norge vært benyttet som sentrale virkemidler for realisering av politiske målsettinger i sykehussektoren (1). Dette er en dynamisk prosess der forsinket læring om ordningens iboende svakheter og nye politiske målsettinger viser veien videre.

Kurpengeordningen, benyttet i ulike varianter før 1980, blir svært sjelden diskutert i faglitteraturen og i den sykehuspolitiske debatten. Et unntak er Fridtjof Frank Gundersen, som har gitt en grundig og veldokumentert gjennomgang av dette tidlige finansieringssystemet (2).

Hva var de formelle kjennetegnene ved kurpengeordningen, og hva var de bakenforliggende politiske motivene? Benyttet staten seg bevisst av økonomiske incentiver i finansieringsordningen som et styringsverktøy, og var effektivitet en viktig målsetting for staten? Dette er hovedspørsmålene i denne artikkelen. Kildematerialet er først og fremst offentlige dokumenter fra perioden 1950–79.

---

Solve Mikal Nerland

*s.m.nerland@hadmstud.uio.no*

Senter for helseadministrasjon

Universitetet i Oslo

Rikshospitalet

0027 Oslo

---

## Økonomiske incentiver og målsettingen om effektivitet

Organisasjonsmodeller presenteres ofte som helt nye, selv om de i virkeligheten er gjenvinninger av gamle modeller (3). I den sykehuspolitiske debatten og i faglitteraturen kan man lett få inntrykk av at effektivisering og bruken av økonomiske incentiver som styringsverktøy er nye temaer som først kom på dagsordenen etter høyrebølgens inntog og fremveksten av organisasjonsideologien «new public management» i den økonomiske lavkonjunkturen i 1980-årene. Gjennomgang av offentlige dokumenter viser imidlertid at økonomiske incentiver og effektivisering var sentrale temaer så langt tilbake som i 1950.

Allerede i Ot.prp. nr. 73 1950 heter det «at den som driver sykehuset, bør selv være økonomisk interessert i en rasjonell og billig drift» (4). Ti år senere, i innstilling 2 fra sykehusordningskomiteen 1959, fremholdes det at «det er viktig å søke et system som provoserer rasjonell drift, og som samtidig er et incitament for nødvendig utbygning» (5). I den omfangsrike Ot.prp. nr. 36 1967–68 står det at det bør «tas sikte på ordninger som ikke bare muliggjør, men direkte stimulerer til utbygging av sykehusvesenet» (6). Noen år senere, i Ot.prp. nr. 61 1971–72, poengteres finansieringsordningens incentiver og effektivitetsmålsettingen enda sterkere: «Spørsmålet om finansieringsordningens utforming vil være avgjørende for å fremme en rasjonell drift og videre utvikling» (7). I Norges offentlige utredninger fra 1974 heter det at «En forutsetning for å oppnå effektivitet i sykehusene er at det iverksettes administrative og økonomiske ordninger som er slik at de som har ansvaret for driften av virksomheten, motiveres til effektiv drift. Spesielt synes finansieringsordningen for sykehusene å være av grunnleggende betydning for sykehusenes effektivitet» (8). Instrumentell bruk av finansielle incentiver som styringsverktøy og den politiske målsettingen om effektivitet i sykehussektoren har således lang tradisjon.

## Sykehusvesenets fremvekst og finansieringen før 1970

Inntil rundt 1900 var sykehusene først og fremst bygd for isolering av smittede. I mindre grad tjente de også som oppholdssted for håpløst syke på dødsleiet. Den kurative behandlingen foregikk mest utenfor sykehusene, som naturlig nok ble betraktet med engstelse og frykt.

Den medisinske og teknologiske utviklingen på begynnelsen av 1900-tallet medførte at sykehusene fikk stadig flere arbeidsoppgaver. I første rekke ble lidelser som krevde rask kirurgisk behandling prioritert. Såkalte blandede sykehus vokste frem, med en kirurg som sjef og kirurgien som eneste spesialitet. I perioden 1920–30 ble i alt 104 slike institusjoner bygd opp (6). Utbyggingen av sykehus i begynnelsen av forrige århundre ble imidlertid sjelden vurdert i en større regional eller nasjonal sammenheng. Det var små enheter som vokste frem, med utspring i lokale behov og initiativ.

Først senere startet byggingen av større sykehus med flere medisinske spesialiteter. I 1934 tok medisinaldirektøren opp spørsmålet om en mer langsiktig landsplan for sykehusutbygging (6). De fem okkupasjonsårene ble imidlertid et tilbakeskritt. Nybygging fant ikke sted, og en rekke eksisterende sykehus ble brukt av okkupasjonsmakten og utsatt for forfall. Krigsårene tvang sykehusene til å effektivisere og rasjonalisere. En konsekvens var faktisk at den gjennomsnittlige liggetiden gikk betydelig ned i krigsårene (6)! Etter krigens slutt forelå det derfor et oppdemmet behov både av kvantitativ art pga. manglende utbygging og befolkningsøkning og av kvalitativ art pga. legevitenenskapens utvikling. Det tok noe tid før utbyggingen kom i gang, men fra slutten av 1940-årene og frem til 1963 ble 20 nye sykehus med 6000 nye sengeplasser bygd (6).

Før 1940 var det den enkelte sykehuseier selv som fastsatte kurpengene, slik at de gav omtrent balanse i driftsregnskapet (4). Kursatsen ble beregnet ut fra det sykehuset selv mente at et liggedøgn faktisk kostet, alle nødvendige innsatsfaktorer inkludert. Denne prisen per liggedøgn ble automatisk refundert til sykehuseieren over trygden.

Fra 1940 ble sykehusene imidlertid omfattet av den alminnelige prislovgivningen (6). Alle sykehus ble underlagt den samme kurdøgnssatsen, og Prisdirektoratet var restriktiv med å forhøye denne. Sykehusenes frihet til å tilpasse kurprisen til driftsutgifte-

ne falt derfor bort. Eierne skulle fra nå av selv betale en større del av regningen.

Årene etter den annen verdenskrig var preget av økt aktivitet, befolkningsvekst, lønnsøkninger, prisstigning, nye arbeidstidsbestemmelser, økende krav til personell, utstyr og legemidler og større kostnadsforskjeller mellom sykehusene. Dette førte til økte kostnader per pasient og en stadig større forskjell mellom kurpengesatsene og de faktiske driftsutgifter. Av disse grunner delte Prisdirektoratet allerede fra 1.7. 1947 landets sykehus inn i tre prisklasser. Fra 1964 ble denne inndelingen utvidet til sju refusjonsklasser, og fra dette året skulle inndelingen være basert på kvalitet (6). Sosialdepartementet avgjorde hvilken prisklasse hvert sykehus skulle plasseres i. Retningslinjen var at sykehusene ved å bedre kvaliteten på sine tjenester skulle få økt kurdøgn-satsen. Den mest anvendte indikatoren på kvalitet var utbygging av laboratorier og andre serviceorganer, spesialisering og vedlikehold. Disse nye kriteriene skulle motvirke ukritisk utvidelse av antall sengeplasser.

Men problemet med økonomiske underskudd vedvarte. Sykehuseierne overtok en stadig større del av driftskostnadene. Stadi-ge forhøyninger av kurdøgn-satsene holdt ikke følge med økningen i driftsutgifter. Mens refusjonen fra trygden i 1959 i gjennomsnitt dekket 75 % av utgiftene per kurdag, dekket den i 1965 bare 65 %, og andelen var synkende (6). Fridtjof Frank Gundersen spissformulerer at «okkupasjonsårenes rasjoneringsordning ble opprettholdt etter krigen gjennom at trygden dekket en stadig mindre del av sykehusenes driftsutgifter, i en periode preget av sterk økonomisk vekst» (2). Den stramme ressurstilførselen bremsset utbyggingstakten. Behovet for senger ble på langt nær dekket (6).

### **Sykehusloven av 1970 og veien mot rammefinansiering**

Sykehusloven, som trådte i kraft i 1970, medførte en finansieringsordning der sykehusene fikk refusjon fra folketrygden for 75 % av godkjente driftsutgifter. Refusjonen fra folketrygden ble beregnet på bakgrunn av en sats per liggedøgn, slik som tidligere, men nå fastlagt etter individuell vurdering av hvert enkelt sykehus. Øvrige driftsutgifter (25 %) skulle fylkeskommunen finansiere over sine ordinære budsjetter (6).

Sykehusloven forutsatte opprinnelig at refusjonsdelen gradvis skulle økes fra 75 % til 85 % i løpet av en femårsperiode (6). Det ble imidlertid fra 1973 foretatt endringer i loven som inntil videre innebar en fastfrysing av refusjons-satsen på 75 % (7). Det er tydelig at Finansdepartementet nå var blitt engstelig for hva den raske utbyggingen ville koste (9). Fylkeskommunenes lave egenfinansieringsandel oppmuntret åpenbart ikke til ressurs sparing og behandling av pasienter på laveste effektive omsorgsnivå (10). For det første gav nye skatteinntekter som følge av

både økt institusjonsvirksomhet og synergi-effekter i andre næringer fylkeskommunen direkte økonomisk vinning av utbygging. For det andre hadde kurpengesystemet det innebygde incentiv til det lønnet seg å ha pasienter innlagt, noe som forsinket eventuell utskrivning eller overføring til rimeligere tjenester på lavere nivå. Kurpengeordningen oppmuntret derfor til ukritisk utbygging av sykehussenger. Samtidig ble ikke polikliniske avdelinger og eldreomsorgen utbygd i tilstrekkelig grad, og vedlikehold og oppgradering av eksisterende sykehusenheter ble nedprioritert.

Fra 1973 ble også en ordning med oppgjør for over- og underskudd gjeninnført, etter å ha vært fjernet i årene 1970–72 (7). Systemet forutsatte at eventuelle overskudd skulle tilbakebetales med 100 %, mens underskudd skulle refunderes med 50 %. Tanken bak var å gi fylkeskommunene et tryggere økonomisk grunnlag. Denne oppgjørsformen gav imidlertid ikke sykehusene noe incentiv til å drive med overskudd.

En ytterligere endring fra 1973 var at refusjonen fra folketrygden (fortsatt 75 % av godkjente driftsutgifter) ble splittet i en fast del på ca. 70 % og en variabel del per kurdag på 30 % (7). Nå utgjorde altså den liggedøgnbaserte komponenten om lag 23 % av sykehusenes inntekter (30 % av 75 % = 23 %). Hovedhensikten med denne delingen var at «sykehusene ikke skulle tjene så mye på å holde sengene varme» (11). En annen hensikt var å redusere skjevhetene i den andel trygden dekket av driftskostnadene, som var forårsaket av at fylkene med flest sykehussenger fikk mest penger. Andre ønsker var å gi fylkeskommunene et sikrere budsjettgrunnlag, å øke myndighetenes kostnads kontroll og å motvirke tendensene til overbudsjettering (11).

Men utgiftsveksten var vanskelig å stoppe. «Økningen i ressursforbruket er i ferd med å bli et alvorlig samfunnsproblem» (11). Senere i meldingen fremholdes det at «sykehuseier må bli sterkere motivert til å velge løsninger som er formålstjenlige både ut fra medisinske og kostnadsmessige hensyn» (11). Derfor ble det i Ot.prp. nr. 32 1975–76 vedtatt at refusjonsdelen skulle reduseres til 50 % fra 1.1. 1977 (12). Sykehuseier ble dermed ansvarlig for en større del av utgiftene. Denne lovendringen åpnet samtidig for adgang til å erstatte kurpengeordningen med rammebevilgninger, noe som ble antydnet allerede i St.meld. nr. 9 1974–75: «Kurpengesystemet bør erstattes av en ordning med rammebevilgninger til det enkelte fylke» (11).

Sykehuslovens formål var opprinnelig å stimulere til utbygging i sykehussektoren. Mer tjenester skulle tilbys for å møte det økende behovet i befolkningen. Kurdøgnrefusjonen fra folketrygden skulle gi fylkeskommunene et incentiv til å øke utbyggingstakten. Samtidig skulle den selvfinansierte delen av regningen bevare eierens interesse

for kostnadseffektiv drift. Den nye sykehuslovens begrunnelse var altså å stimulere både til nødvendig utbygging og til effektiv drift i sykehussektoren (6).

Myndighetene oppnådde en utbygging i 1970-årene, men utgiftene til sektoren økte samtidig dramatisk. Staten manglet kostnadskontrollerende virkemidler. Liggedøgnrefusjonen oppmuntret antakelig sykehusene til å forlenge liggetiden for å sikre høy beleggsprosent og høyest mulig inntekt (13, 14). Det er også rimelig å anta at ordningen stimulerte til vridning fra poliklinikk til innleggelse. Det kan rett og slett ha vært lønnsomt å la pasienter ligge lengst mulig, fremfor utskrivning eller overføring til billigere institusjoner på lavere nivå. Fylkeskommunen på sin side fikk incentiver til å prioritere investeringer i nye sengeplasser på bekostning av vedlikehold, kvalitetsheving og effektivisering av eksisterende tilbud (1).

På bakgrunn av disse svakhetene ved kurpengeordningen besluttet staten å gå over til et rammefinansieringssystem (15). Fra og med 1980 ble folketrygdens utgifter til driftsformål inkludert i fylkeskommunenes rammetilskudd. Basert på et sett av objektive kriterier, som per capita-inntekt, alderssammensetning og befolkningstetthet, ble hver fylkeskommune tildelt en ramme til de fylkeskommunale ansvarsområdene. Fylkeskommunene fastsatte deretter selv budsjetterammer for sine sykehus.

### **Sykehusfinansieringens historie – læring og politikk**

Sykehusfinansieringens historie i Norge er preget av at myndighetene gjennom økonomiske incentiver forsøker å realisere politiske målsettinger. Frem til midten av 1970-årene var målsettingen å bygge ut tilbudet av sykehus tjenester. Befolkningsveksten og de medisinske fremskrittene medførte et økende behov i befolkningen. Kombinert med økonomisk oppgangstid gav dette grobunn for en politisk vilje og evne til å bygge ut sykehussektoren. Utover i 1970-årene ble man imidlertid stadig mer klar over at utgiftsveksten var i ferd med å bli et alvorlig problem i sykehussektoren. For å snu denne trenden forsøkte staten gjennom stadige lovendringer å øke sykehuseiernes kostnadsansvar.

Med introduksjonen av rammefinansieringen i 1980 ønsket staten å oppnå bedre kostnads kontroll og bremse utbyggingstakten. Dessuten skulle staten gjennom rammeoverføringene bli bedre i stand til å styre fordelingen av bevilgninger mellom fylkeskommunene og mellom primær- og institusjonshelsetjenesten. Samtidig som ramme-regimet skulle bedre den statlige kostnads kontrollen, var desentralisering et viktig stikkord. Rammeoverføringen gav fylkeskommunen større frihet til å fordele ressursene mellom sine ansvarsområder. Besparelser innen sykehussektoren ville dermed komme fylkeskommunen selv til gode, ved

at mer penger ble frigjort til andre ønskede formål.

Utover i 1980- og 90-årene kom imidlertid en rekke svakheter også ved rammeregimet til overflaten. Budsjetttrammene viste seg å være myke, ikke harde, slik intensjonen var (16). Denne ettergivenheten fra statens side, kombinert med desentraliserings-tanken, skapte grobunn for spillsituasjoner mellom forvaltningsnivåene som forplantet seg videre til sykehusene. Mangelen på sammenheng mellom budsjett og aktivitet, samt mangel på nøyaktige kostnads- og aktivitetsdata, var en informasjonsskjevhet både fylkeskommunene og sykehusene utnyttet til sin fordel (16).

Med bakgrunn i svakheter ved rammeregimet og et ønske om produksjonsøkning ble det fra 1.1. 1997 besluttet å introdusere delvis stykkprisfinansiering som et supplement til rammeoverføringen. For hver behandlet pasient dekker staten en andel av kostnadsvekten til den diagnoserelaterte gruppen (DRG) pasienten faller inn under. Avtalene mellom fylkeskommunene og deres sykehus varierer i form. I år 2000 har imidlertid alle fylkeskommunene introdusert stykkprisbetaling, enten i lineære eller ikke-lineære avtaler.

### Avslutning

Offentlige dokumenter fra perioden 1950–79 avdekker at staten bevisst brukte kurpengeordningen som et styringsverktøy. Målsettingen var for det første å bygge ut sykehussektoren for å imøtekomme den økende etterspørselen i befolkningen. Subsidieringen av liggedøgn skulle motivere en omfattende utbygging av antall sengeplasser, og det er ingen tvil om at sykehussektoren vokste kraftig målt i antall sengeplasser og i utgifter i kurpengeepoken. Denne ekspansjonen kan imidlertid også være forårsaket av andre årsaksfaktorer enn dette finansielle incentivet, slik som økonomiske oppgangstider, befolkningsvekst, medisinske og teknologiske fremskritt og økte forventninger i befolkningen.

For det andre var faktisk også effektivitet en målsetting i kurpengeordningen. Sykehussektoren skulle selv være ansvarlig for en del av regningen. Staten håpet at dette skulle motivere fylkeskommunene til kostnads-kontroll og kostnadseffektivitet. Hvor egnet var dette begrensede kostnadsansvaret til å bremse kostnadsveksten? Hele etterkrigstiden var preget av stadig økende utgifter til sykehusdrift. Denne trenden kan likevel ikke alene brukes som bevis for at dette eierbetalingsincentivet var helt feilslått.

Utvikling av optimale finansieringsordninger for sykehusene er en krevende og dynamisk prosess. For det første er det nødvendig å ha tilgang til teoretisk kunnskap om ulike økonomiske incentivers hensiktsmessighet a priori. For det andre er det viktig å fange opp hvordan incentivene faktisk påvirker det som skjer ved et sykehus. Denne

læringen forutsetter empirisk forskning, som igjen forutsetter at fruktbare data om sykehusenes aktiviteter og kostnader er tilgjengelige. Først i 1990-årene har det empiriske datagrunnlaget fått det nødvendige omfang. For det tredje bør finansieringsordninger vurderes i lys av de bakenforliggende politiske målsettingene, som endrer seg i tråd med både samfunnmessige og ideologiske endringer.

Kurpengeordningen tilhører vår nære fortid. I denne artikkelen har jeg forsøkt å beskrive kjennetegnene ved kurpengeordningens ulike faser og de bakenforliggende politiske motivene. Kurpengeordningen er nok ikke egnet til å møte dagens utfordringer i finansieringen av norske sykehus. Ordningen er likevel et erfaringsrikt kapittel i historien om norsk sykehusfinansiering.

### Litteratur

1. Carlsen F. Sykehus og økonomiske incentiver. Sosialøkonomen 1990, nr. 10: 20–5.
2. Gundersen FF. Helse og politiske styringsmekanismer. Oslo: Tano, 1989.
3. Røvik KA. Moderne organisasjonsbilder. Bergen: Fagbokforlaget, 1998.
4. Ot.prp. nr. 73 1950. Om endringer i lov om syketrygd av 6. juni 1930.
5. Sykehusordningskomiteen. Innstilling 2 om sykehusordningen, 1959.
6. Ot.prp. nr. 36 1967–68. Om lov om sykehus m.v.
7. Ot.prp. nr. 61 1971–72. Om lov om endring i lov av 19. juni 1969 om sykehus.
8. Norges offentlige utredninger. Effektiviseringsvirksomhet i sykehussektoren. NOU 1974: 59. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1974.
9. St.meld. nr. 8 1974–75. Om prinsipper for en gjennomgåelse av statsbudsjettet med sikte på å dempe veksten i utgiftene.
10. Norges offentlige utredninger. Finansiering av helseinstitusjoner. NOU 1977: 22. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1977.
11. St.meld. nr. 9 1974–75. Sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.
12. Ot.prp. nr. 32 1975–76. Om lov om endringer i lov av juni 1969 om sykehus m.v.
13. Nerland SM. Er liggetid betinget av finansieringsordning? En paneldataanalyse av 63 norske somatiske sykehus i årene 1976–1999. Hovedfagsoppgave i statsvitenskap. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for statsvitenskap, 2001.
14. Solstad K. Innsatsstyrt finansiering – en løsning på ventetidsproblemer i norske sykehus. Sosialøkonomen 1996, nr. 9: 2–7.
15. Ot.prp. nr. 1 1978–79: Endringer i sykehuslov i forbindelse med ny finansieringsordning for helseinstitusjoner.
16. Carlsen F. Hvorfor rammefinansieringsregimet sviktet. Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift 1995; 11: 133–49.

## Annonce