

*I dag fordeler sykehusene
rasjonerte goder – i fremtiden kan
de måtte konkurrere om pasienter*

Fra ventelister til pasientknapphet?

Dag Bratlids artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (1) reiser spørsmålet om hvorvidt tilstrømningen av pasienter til norske sykehus er i ferd med å avta. Med data fra Regionsykehuset i Trondheim for perioden 1996–2000 viser han at antall nye såkalte omsorgsperioder (innleggelser eller konsultasjoner) *falt* med om lag 15 %. Samtidig var det en *økning* i antall innleggelser (5,7 %) og polikliniske konsultasjoner (15 %). Det ser dermed ut til at hver omsorgsperiode bestod av flere innleggelser og polikliniske kontakter i 2000 enn i 1996. Dette stemmer med at antall kontrollpasienter på poliklinikken økte med 27 % (1). Det var stor variasjon fra avdeling til avdeling.

Som Bratlid selv påpeker, er det forbundet med skjønn å bestemme når en omsorgsperiode begynner og slutter. Dette gjelder spesielt for pasienter med kroniske sykdommer. Når begrepet omsorgsperiode er upresist definert, er det rom for variasjon i registreringspraksis, men det er usikkert om det har skjedd noen systematisk endring i registreringspraksis i perioden.

Det er også usikkert om utviklingen ved Regionsykehuset i Trondheim er representativ for hele landet. Bl.a. fant Bratlid en prosentvis større økning i elektive innleggelser enn i øyeblikkelig hjelp-innleggelser i perioden, mens SAMDATA sykehus for hele landet viste en betydelig større økning i øyeblikkelig hjelp-opphold enn i elektive opphold i perioden 1995–2000 (2). Bratlids resultater kan derfor ikke uten videre generaliseres.

Hvis reduksjonen i antallet omsorgsperioder ved Regionsykehuset i Trondheim er uttrykk for en reduksjon i tilstrømningen av pasienter ved landets sykehus, er dette en oppsiktsvekkende utvikling som har stor helsepolitisk interesse. Et viktig spørsmål er da om dette vil være et forbigående eller et vedvarende utviklingstrekk i årene som kommer.

Mange forhold tilsier at det kan bli pasientknapphet for enkelte sykehus. Bratlid trekker selv frem at bedre helsesituasjon i befolkningen og trekk ved den medisinske teknologiske utviklingen heller i retning av at befolkningen i større grad vil være sine egne helsetjenesteytere. Samtidig vil antall leger øke i årene fremover. Økningen skyldes både utvikling i antall studieplasser i Norge og i antall norske studenter i utlandet.

Det er grunn til å tro at det snart blir konkurranse om ledige legestillinger, også i distriktene. Fastlegeordningen innebærer at en kommune kan øke allmennlegedekningen uten store kostnader, siden det kommunale tilskuddet til allmennlegetjenesten nå er knyttet til kommunens innbyggertall og ikke til antall leger (slik det var før). Vi kan dermed komme til å oppleve at det er kommunene, og ikke legene, som vil presse på for å øke legedekningen. Med mange arbeidsvillige nye kolleger blir det trolig vanskelig for Legeforeningen å stå imot det kommunale presset. Økt legedekning i allmennlegetjenesten vil medføre at fastlegene selv ønsker å utføre tjenester som ligger i gråsonen mellom allmennlegetjenesten og spesialistlegetjenesten, som for eksempel oppfølging av kronikere. Fastlegene kan ikke ta sjansen på at spesialistene og sykehusene skal overta deres pasienter som kontrollpasienter. Dermed vil antall henvisninger og pasienttilgangen til spesialister og sykehus bli mindre enn den ville vært med en dårligere allmennlegedekning. I tillegg vil trolig fastlegene i større grad enn før «shoppe» sykehustjenester på vegne av sine pasienter. Oppmuntringen til dette ligger i konkurransen om listepasientene kombinert med det frie sykehusvalg. Sykehus vil dermed kunne gå fra en situasjon hvor de fordeler et rasjonert gode til å måtte gjøre seg attraktive for fastlegene og pasientene. Det kan blant annet skje ved å legge større vekt på å utvikle og dokumentere behandlingskvalitet for potensielle pasienter og deres fastleger.

Flere trekk innen utvikling av organisasjon og teknologi trekker også i retning av konkurranse om pasienter mellom sykehus. For det første vil organisering i helseforetak gi sykehusene større handlingsrom. For det andre vil det bli større oppmerksomhet rettet mot kvalitetsforskjeller mellom sykehus, og Sosial- og helsedirektoratet har allerede uttalt at det vil prioritere utviklingen av kvalitetsindikatorer. For det tredje muliggjør utviklingen i medisinsk teknologi, for eksempel telemedisin, at en spesialist på sykehus ved hjelp av bildeoverføring kan undersøke en pasient mens pasienten oppholder seg på fastlegens kontor. Når geografisk avstand på denne måten får mindre betydning, blir det flere potensielle tilbydere av helsetjenester. For det fjerde vil de offentlige sykehusene utsettes for konkurranse hvis private syke-

hus også skal kunne nyte godt av den offentlige stykkprisfinansieringen, slik myndighetene har antydnet. Det kan heller ikke utelukkes at avtaler i Verdens handelsorganisasjon (WTO) kan innebære større internasjonal konkurranse i helsetjenestemarkedet.

Om utviklingen mot større konkurranse om pasientene er ønsket eller ikke, kommer an på øynene som ser. For de etablerte tilbyderne av helsetjenester vil konkurranse om pasientene oppmuntre til en organisering der ressursene brukes på en måte som tiltrekker pasienter. For pasientene vil det være ønskelig både å ha en fastlege som stiller opp og at sykehusene kan dokumentere behandlingskvalitet. For det offentlige, som jo finansierer sykehusene, er muligheten for at konkurransen kan redusere kostnadsveksten forlokkende. Men kostnadene vil også avhenge av hvor stort det samlede omfanget av helsesektoren blir. Med flere tilbydere (sykehus, helsesentre, leger og annet helsepersonell) og myke budsjettstramper vil utgiftene fort kunne øke dramatisk. Utfallet er dermed avhengig av hvilke finansieringsordninger og andre reguleringer staten fastsetter for spesialisthelsetjenesten i årene fremover.

Tor Iversen

tor.iversen@samfunnsmed.uio.no
Universitetet i Oslo
Senter for helseadministrasjon
Rikshospitalet
0027 Oslo

Tor Iversen (f. 1952) er samfunnsøkonom og professor i helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Han er faglig leder for Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo (www.hero.uio.no/).

Litteratur

1. Bratlid D. Pasienttilgang og pasientbehandling ved et regionsykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 386–91.
2. Hansen FH, red. Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår. Samdata sykehus rapport 3/01. Trondheim: SINTEF Unimed NIS, 2001.