

Omfattende helsereform i Storbritannia

En omfattende reform av det offentlige helsevesenet i Storbritannia står for døren. Ved å fjerne to administrative nivåer og overføre ansvar og midler til lokalt nivå skal mer enn 25 000 stillinger kuttes. En samlet helsesektor er imot reformen og mener den i stor grad vil føre til privatisering av det offentlige helsevesenet. Kritikere hevder at reformen vil gi dårligere kvalitet og slett ikke føre til et billigere helsevesen.

Før den annen verdenskrig var helsetjenestene i Storbritannia private eller drevet av veldedige organisasjoner. Under krigen ble Emergency Medical Service opprettet som en overordnet statlig organisasjon som administrerte helsepersonell for å behandle sårede (1). Etter krigen kunne de færreste av disse sykehusene overleve uten statlig støtte, og National Health Service (NHS) ble opprettet i 1948 (2).

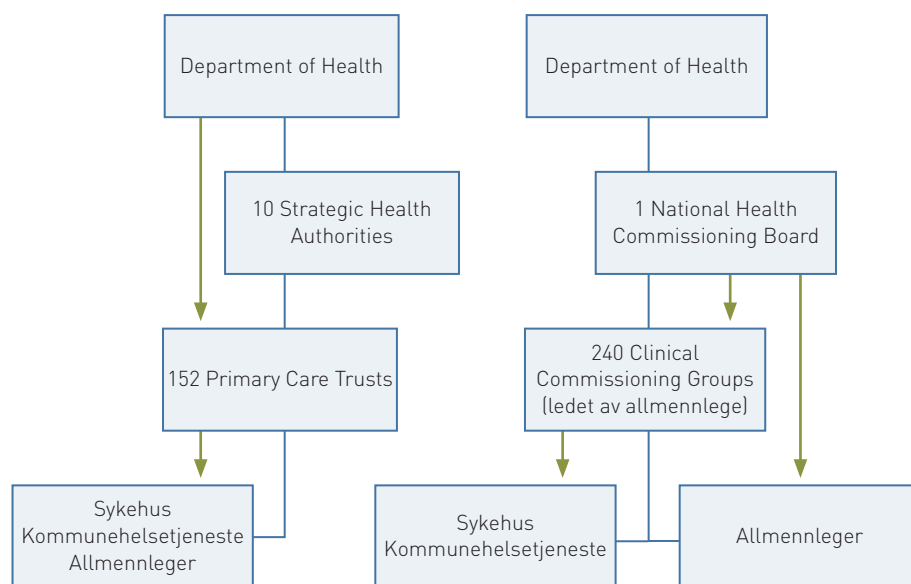
Siden opprettelsen har National Health Service vært det sosiale arvesølv i det britiske samfunnet og har sikret alle britiske innbyggere gratis helsehjelp. I dag er det ca. 1,4 millioner ansatte, noe som gjør det til verdens fjerde største arbeidsgiver (3). I motsetning til mange andre offentlige instanser har de unngått en massiv privatisering. For eksempel utføres fremdeles bare rundt 4 % av den elektive kirurgien ved private sykehus (4), og det har vært ansett som politisk umulig å bygge ned det offentlige helsevesenet.

I løpet av de siste fire tiårene har National Health Service likevel vært igjennom en rekke ulike reformer, alle med mål om å innføre bedre pasientrettigheter, mindre byråkrati og bedre kvalitet på helsetjenestene (2). Helsevesenet har hele tiden ligget på etterskudd i forhold til forventninger, muligheter og befolkningens behov (5), noe som delvis kan forklare hvorfor mange regjeringer har ønsket å forbedre helsevesenet.

Dagens helsesystem

National Health Service er i dag delt inn i ti geografiske enheter (Strategic Health Authorities) som har som oppgave å implementere regjeringens helsepolitikk i sine respektive regioner (6). Disse organene tilsvarende de regionale helseforetakene i Norge og er igjen delt inn i 152 lokale «Primary Care Trusts» som finansierer og fordeler helsetjenester både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (fig 1). Disse lokale administrative organene er de sentrale aktørene i helsevesenet. De har egne budsjett og gjør selvstendige prioriteringer innenfor de generelle politiske retningslinjene. Totalt forbruker de ca. 80 % av National Health Services budsjett, som i år er på 105 milliarder pund (7).

Storbritannia har siden 2010 iverksatt en omfattende innspareningspolitikk som følge av den økonomiske krisen. Behovet for å få enda mer helse for hvert pund har ført til at



Figur 1 Organisasjonskart over dagens National Health Service til venstre og etter reformen til høyre. De grønne pilene anslår finansieringslinjene i modellene

den nåværende koalisjonsregjeringen ønsker å gjennomføre den største helsereformen siden National Health Service ble stiftet. Den nye helseloven (8) med retningslinjene for reformen var kontroversiell fra første stund. Det tok 14 måneder og over tusen endringer før den ble vedtatt av parlamentet (9).

Hva går reformen ut på?

Reformen går kort ut på å overføre ansvaret for distribusjonen av helsetjenester til allmennlegene, mens både offentlige og private aktører kan stå for selve helsetjenestene. De to største administrative nivåene (Strategic Health Authorities og Primary Care Trusts) skal fjernes helt (10). I stedet er det blitt opprettet 240 lokale «Clinical Commissions Groups» som ledes av en lokal allmennlege. Disse enhetene vil få overført 60–80 milliarder pund fra de nedlagte organene og få ansvar for å bestille og finansiere både elektiv og akutt medisinsk behandling for befolkningen i sitt område (10). Også i dag kan et utvalg helsetjenester kjøpes fra private aktører, men med den nye reformen kan helsetjenestene kjøpes fra «any willing provider», noe som vil åpne flere deler av helsevesenet for privat sektor.

Selv om nær sagt alle andre deler av offentlig sektor rammes av innspareningspoli-

tikken, skal det totale helsebudsjettet ikke reduseres. Hvert pund spart som følge av reformen skal derfor i utgangspunktet sluses tilbake til helsevesenet. For å dekke utgifter til økt etterspørsel etter helsetjenester er National Health Service pålagt å spare 20 milliarder pund innen 2015 gjennom effektiviseringstiltak (11). Reformen fører til at mer enn 25 000 ansatte må omplasseres eller slutte, noe som ifølge regjeringen alene vil spare inn 5 milliarder pund innen 2015 (11). Regjeringen mener at reformen vil føre til et billigere helsevesen på grunn av økt konkurranse mellom helseleverandører og mindre byråkrati.

Reaksjoner på reformen

Kritikerne omfatter stort sett alle involverte parter på helsesiden, dvs. British Medical Association, Royal College of Nursing og Royal College of General Practitioners (12, 13). Disse mener at regjeringen er i ferd med å privatisere National Health Service, slik man tidligere har gjort med strøm, gass og tog. De frykter at man går fra «a duty to provide» til «a duty to promote». Innledningsvis kan et åpent marked utkonkurrere de eksisterende institusjonene, samtidig som prisene etter hvert øker når private aktører får grep om markedet.

Det er interessant at allmennlegefore-

ningen i Storbritannia også er kritisk til reformen, ettersom de vil få en nøkkelposisjon i den nye modellen. De er imidlertid ikke begeistret for å bli påtvunget en slik administrativ rolle. De færreste føler seg kompetent til å forvalte millioner av pund. De har verken ressurser eller kompetanse til å fungere som helseøkonomer, og følgelig må de ansette personer til å gjøre denne jobben for seg (14). De sentrale administ-

«Det eneste alle synes å enes om er at endringene er enorme og at det er vanskelig å spå konsekvensene»

rative lagene som fjernes kan derfor bli erstattet av en rekke eksterne konsulenter og lokale rådgivere, slik at reformen tvert om vil føre til mer – ikke mindre – byråkrati.

Dersom private helseinstitusjoner fokuserer på «easy fix»-helseproblemer, som dagkirurgiske inngrep og poliklinikker, risikerer kronikere, eldre og uføre som i mindre grad er «god butikk», å få et dårligere helse-tilbud. De små lokale forholdene kan føre til at noen få pasienter med spesielt stort (dyrt) behov for helsehjelp vil sprengte budsjettene, noe som vil gå ut over de øvrige pasientene i området. Det er stor uenighet om hva innføringen av reformen vil koste og hva som er mulige innsparinger. Mens regjeringen mener det vil koste 1,5 milliarder pund å gjennomføre reformen, estimerer Labour (opposisjonen) kostnadene til 3,4 milliarder pund (15). Varierende helseøkonomisk kompetanse blant allmennlegene kan føre til større sosiale forskjeller enn når National Health Service på et høyere nivå står ved roret. Opposisjonen har på denne bakgrunn

sagt at det første de vil gjøre hvis de kommer i regjering er å reversere reformen – «to put the N back in NHS» (16).

Det eneste alle synes å enes om er at endringene er enorme og at det er vanskelig å spå konsekvensene. Da *British Medical Journal* skulle oppsummere reformen på lederplass, ble det sammenliknet med et forsøk på å oppsummere *Krig og fred* i en twittermelding (17). Richard Horton, redaktøren av *The Lancet*, har gått hardt ut mot reformen og sagt at pasienter vil dø som følge av at regjeringen vil fokusere på konkurranse i stedet for kvalitet i helsesektoren (18).

Helsereformen sett fra Norge

Med norske øyne kan desentraliseringen i det britiske helsevesenet ses på som en svært radikal versjon av samhandlingsreformen. Det kan sammenliknes med å legge ned de regionale helseforetakene i Norge og gi statlige tilskudd til kommunehelsetjenesten for å finansiere helsetjenester for sine innbyggere, inkludert sykehustjenester. Samtidig åpnes det altså opp for private aktører i mye større grad enn tidligere. Den britiske regjeringen mener at det nye National Health Service vil sette pasienten i sentrum, redusere byråkrati og administrasjonskostnader, behandle flere pasienter lokalt og dermed dempe presset på sykehus – med andre ord de samme argumentene som er brukt om samhandlingsreformen i Norge. Det er derfor god grunn til å følge utviklingen i Storbritannia fremover.

Per-Henrik Randsborg
pran@ahus.no

Per-Henrik Randsborg (f. 1973) er ph.d. og spesialist i ortopedi. Han er i permisjon fra overlegestillingen ved Ortopedisk avdeling, Akershus universitetssykehus, bor for tiden i London og jobber som postdoktor ved Avdeling for helsetjenesteforskning (HØKH). Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Dunn CL. The emergency medical services. Bd 1: England and Wales. London: His Majesty's Stationary Office, 1952.
2. Rivett G. From cradle to grave. 50 years of NHS. London: King's Fund, 1998.
3. Health and Social Care Information Centre. NHS Workforce: Summary of staff in the NHS: Results from September 2011 Census. <https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/workforce/numbers/nhs-staf-2001-2011-over/nhs-staf-2001-2011-over-rep.pdf> (17.12.2012).
4. Ramesh R. NHS Use of Private Sector Increasing. *The Guardian* 1.11.2012.
5. Hart JT. Expectations of health care: promoted, managed or shared? *Health Expect* 1998; 1: 3–13.
6. National Health Service. NHS Structure. www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx (17.12.2012).
7. National Health Service. About the NHS. www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx (14.1.2013).
8. Health and Social Care Act 2012. www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted/data.htm (14.1.2013).
9. Jowit J. NHS Reform: Health and social care bill passes its final hurdle. *The Guardian* 20.3.2012.
10. Department of Health. Health and Social Care Act Explained. www.dh.gov.uk/health/2012/06/act-explained/ (13.12.2012).
11. Health Committee. Written evidence from the Royal College of Physicians (PE-06). September 2011. www.publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmhealth/1499/1499ww05.htm (14.1.2013).
12. Campbell D. Royal College of Surgeons condemns NHS reform. *The Guardian* 9.3.2012.
13. Kmietowicz Z. Passage of health bill into law is unlikely to help GPs «heaving under the pressure» of NHS changes. *BMJ* 2012; 344: e2043.
14. Mannion R. General practitioner-led commissioning in the NHS: progress, prospects and pitfalls. *Br Med Bull* 2011; 97: 7–15.
15. Huffington Post. Labour claims NHS reform «will cost £3.4 bn». www.huffingtonpost.co.uk/2011/11/28/nhs-reform-34bn-labour_n_1116983.html (14.1.2013).
16. Kmietowicz Z. Government faces «steep climb» to implement health bill amid professional opposition. *BMJ* 2012; 344: e2243.
17. Ham C. What will the Health and Social Care Bill mean for the NHS in England? *BMJ* 2012; 344: e2159.
18. Red Pepper. *Lancet* editor and doctors write: The fight for our NHS goes on. www.redpepper.org.uk/nhs-fight-goes-on/ (1.3.2012).

Mottatt 19.12. 2012, første revisjon innsendt 17.1. 2013, godkjent 28.1. 2013. Medisinsk redaktør Siri Lunde.

Publisert først på nett.