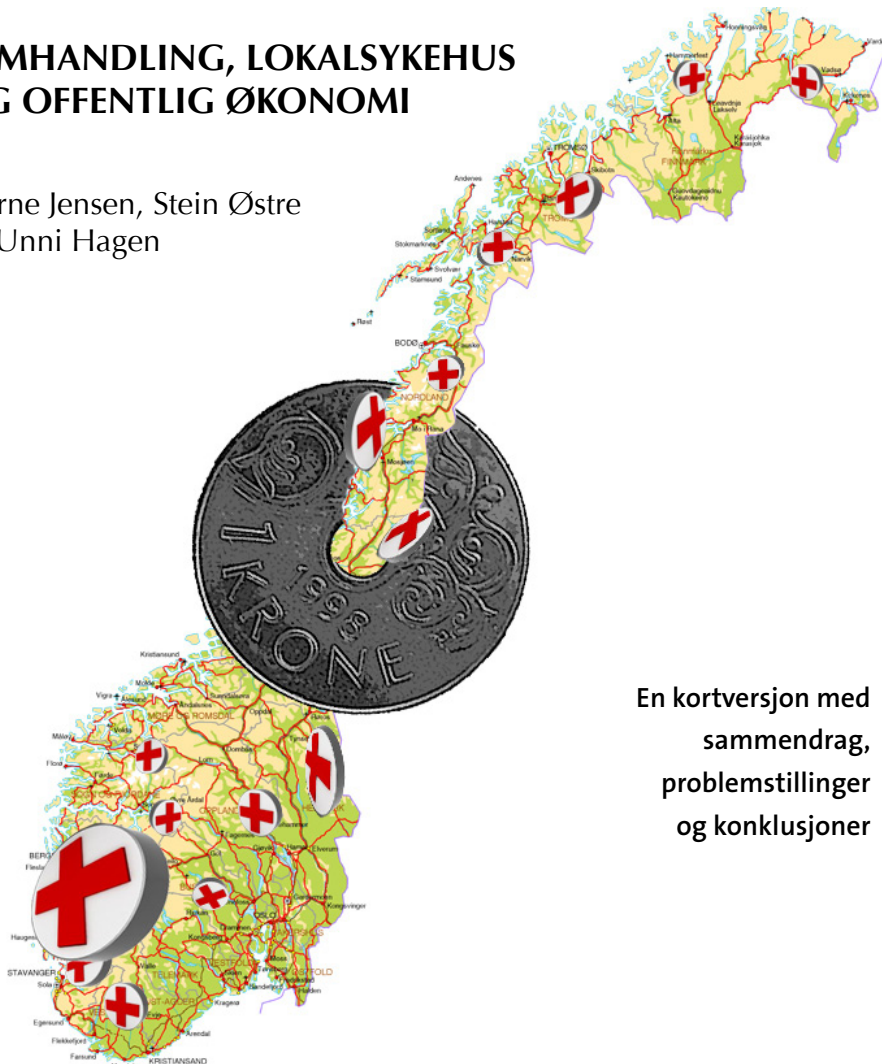


Helsesektorens økonomiske og organisatoriske utfordringer

SAMHANDLING, LOKALSYKEHUS OG OFFENTLIG ØKONOMI

Bjarne Jensen, Stein Østre
og Unni Hagen



En kortversjon med
sammendrag,
problemstillinger
og konklusjoner

EN FORSKNINGSRAPPORT
FRA HØGSKOLEN I HEDMARK 2010

Forord

Initiativet til denne rapporten er tatt av styret i Kommunenes Interesseforening for lokalsykehus (KIL) fordi vi mener det er grunn til å se med kritiske øyne på enkelte sider av Samhandlingsreformen.

KIL støtter intensjonene i samhandlingsreformen om tettere samarbeid og bedre koordinerte helse- og omsorgstjenester, noe KIL tok opp med tidligere helseminister Sylvia Brustad i et møte i departementet i april 2008. Vi er imidlertid noe avventende til om det er nødvendig med en såpass omfattende reform, og som det kan være vanskelig å overskue konsekvensene av ut fra det som kan leses i St. meld. nr 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

KIL mener at meldingen er preget av mye synsing og etterlyser mer forskningsbasert kunnskap og grundige konsekvensanalyser. Det er vanskelig å finne hva som er substansen i reformen ut over de generelle målsettinger som vi alle er enige om.

Etter vår oppfatning er en gjennomføring av reformen fra 2012 altfor tidlig, og vi frykter at dette kan bli en ny NAV-reform som ikke er godt nok forankret blant dem som vil bli berørt både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Vi er også skeptiske til noen av de premisser som St. meld. nr. 47 bygger på, og som vi har redegjort for i denne rapporten. Dette gjelder ikke minst påstanden om at Norge har spesielt høye helseutgifter.

For KIL som organisasjon er hensynet til lokalsykehusene av vesentlig interesse. Lokalsykehusenes plass i samhandlingsreformen er svært lite omtalt, til tross for at lokalsykehusene vil være en sentral aktør i et framtidig helsevesen, med de demografiske utfordringer som vil komme.

KIL vil takke professor Bjarne Jensen som har vært prosjektleder og rådgiver i Fagforbundet Unni Hagen og professor Stein Østre som har vært prosjektmedarbeidere.

I arbeidet med rapporten ble det nedsatt en referansegruppe. KIL vil takke referansegruppas medlemmer som har bestått av fastlege og spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis UiO, dr.med. Kjell Maartmann-Moe, Oslo, eldreoverlege, forsker i bistilling ved allmennmedisinsk forskningsenhet ved Universitetet i

Tromsø, dr. med. Terese Folgerø, Tromsø, overlege, spesialist i psykiatri Olaf Bakke, Sørlandet sykehus HF, Arendal, koordinator Bente Øien Hauge, Lærdal og KIL-sekretær Steinar A. Miland og styreleder i KIL, Turid Opedal, Tinn som alle har gitt verdifulle faglige bidrag til rapporten.

Til slutt en takk til de som i tillegg til KIL har bidratt økonomisk til rapporten; Tinn kommune, Vinje kommune, Tinn energi, Rjukan sykehus venner og Fagforbundet i Tinn.

Rjukan, den 2. mars 2010

KOMMUNENES INTERESSEFORENING FOR LOKALSYKEHUS

Turid Opedal
Styreleder

Forfatternes forord

Rapporten bygger på et omfattende kildegrunnlag og forsøker å gi bidrag til en sammenfattende analyse av den norske helsesektors hovedutfordringer, økonomisk og organisatorisk. Vi prøver særlig å se dem i lys av St. meld. nr. 47 Samhandlingsreformen og Helseforetaksreformen i 2002.

De viktigste utgangspunkt for å sammenligne utgifter i norsk helsetjeneste med andre lands utgifter er hentet fra OECDs data i «Health at a Glance 2009». I tillegg har vi brukt informasjon fra mer vitenskapelige analyser om dette i 2008 og 2009.

I tillegg til utredninger og forskningsrapporter har vi forsøkt å skaffe oss oversikt over strukturutviklingen som foregår i norsk spesialisthelsetjeneste. Det foreligger lite offisielt stoff om den samlede utvikling når det gjelder struktur i spesialisthelsetjenesten de siste år. Utviklingen er overlatt til styrene og administrasjonen i de regionale helseforetakene og helseforetakene selv. Regjering og Storting trekkes ikke formelt inn i prosessene, og det kan virke som de heller ikke ønsker å bli trukket inn. Det utarbeides ikke oversikter over samlet og geografisk fordelt struktur i tjenestetilbudet.

Vi har derfor vært avhengig av å skaffe opplysninger ved å orientere oss gjennom andre kilder. Denne informasjonen er samlet i kap 6. Materialet gir inntrykk av at det nå pågår en omfattende avvikling av lokale tjenestetiltak og en sterkere sentralisering og samling av spesialisthelsetjenestene til større sykehusenheter. Lokalsykehus og -funksjoner nedbygges uten en samlet konsekvensutredning og uten at det er behandlet politisk.

Vi takker referansegruppen for nyttige kommentarer og innspill. Det gjelder i særlig grad det medisinskfaglige grunnlag for vurderingene. Bente Øien Hauge og Rolv Rynning Hanssen har bistått i arbeidet med teknisk redigering og figurer. Vi takker KIL for et svært interessant oppdrag. På grunn av den korte tidsfrist har vi i redigeringen ikke hatt tid til å ta ut stoff som er omtalt i flere kapitler, og som kan være overlappende. Unni Hagen har hatt hovedansvaret for kapittel 6. Stein Østre har foretatt en mer prinsipiell analyse av helseeffekter og helsekostnader av samhandlingsreformen i eget vedlegg. De øvrige kapitler har Bjarne Jensen hovedansvaret for.

Oslo, 9. mars 2010

Bjarne Jensen

Sammendrag

Problemstilling og konklusjoner

Samhandlingsreformen har flere målsettinger. De viktigste er ønskene om bedre samhandling og samarbeid mellom de ulike deler av helsetjenestene og å styrke kommunehelsetjenesten. Dette skal bidra til bedre helsetjenester, at tjenesten blir bedre tilpasset befolkningens behov og lavere økning i utgiftene til helsetjenester. Et sentralt utgangspunkt for reformforslagene er at helseutgiftene i Norge er uforholdsmessig høye både i forhold til andre sammenlignbare land og de resultatene helsetjenesten oppnår.

I denne rapporten har vi analysert:

1) Har Norge høyere utgifter til helsetjenester enn sammenlignbare land og hvordan har veksten vært i forhold til andre land? (kap 2)

Konklusjon:

Dette er ikke riktig. Norge har moderate utgifter til helsetjenester når utgiftsnivået korrigeres for forskjeller i relønns- og inntektsnivå og helseutgiftene defineres på samme måte i landene som sammenlignes. Norge har de siste ti år langt lavere vekst i sine helseutgifter enn OECD landene sett under ett og sammenlignet med de andre nordiske land.

2) Styringsmessige utfordringer i helsesektoren i lys av den organisering vi har valgt for våre helsetjenester, behovsutviklingen for helsetjenester og alternative modeller for organisering og styring av helsesektoren. (Kapittel 3)

Konklusjon:

Hovedorganisering for helsetjenestene står mellom to hovedalternativer. Modell 1 er den «norske hovedmodellen» basert på et offentlig ansvar både for pasienter, forsyning og fordeling av helsetjenestene i regi av kommuner og staten (tidligere fylkeskommunene). Modell 2 er basert på at forsyningsansvaret skal ivaretas gjennom konkurranse mellom private og offentlige foretak i et marked særlig for spesialisthelsetjenester. Tankegangen synes å være at kommunene/helsekommuner skal få bestilleransvaret. Lokalsykehusene, som har lokalt/regionalt monopol for førstelinje av spesialisthelsetjenester, hindrer denne konkurransemodellen. Derfor er det viktig å fjerne dem.

Helseforetaksorganiseringen var første steg mot bestiller-utførermodellen.

Samhandlingsreformen kan bli andre steget. Modell 2 ligner mer på den engelske og amerikanske modell for helsetjenester. Modellen har mye til felles med den måten vi omorganiserte strømforsyning, post og teletjenester på.

3) Er det god sammenhengen mellom målene for samhandlingsreformen og de såkalte «grep» den foreskriver? Kommer indirekte virkninger og underliggende mål for helsesektoren klart fram? (Kapittel 4)

Konklusjon:

Mål og virkemidler i samhandlingsreformen er svært uklare. De konkrete tiltak som foreslås angis som eksempler på oppgaver og tiltak som kan overføres til kommunehelsetjenesten. Ressurstildeling og prioritering er avhengig av forslag i framtidige budsjetter. Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene er ikke utredet. Dette framkommer eksplisitt i stortingsmeldingens knappe 1 siders kapittel om økonomiske og administrative konsekvenser. Helt generelt er forslagene og grepene i samhandlingsreformen ikke konsekvensberegnet. Derfor oppfyller ikke stortingsmeldingen om samhandlingsreformen de krav regjeringens utredningsinstruks stiller til innhold og substans i forslag og utredninger som fremmes for Stortinget.

4) Vil de tiltak som foreslås i samhandlingsreformen gi lavere utgifter til helsetjenester? (Kapittel 5)

Konklusjon:

De tiltak som foreslås vil på kort sikt øke behovet for utgifter til helsetjenester. Virkningene på lang sikt er vanskeligere å forutsi. Enkle analyser gir imidlertid ikke indikasjoner på at utgiftene på lang sikt vil bli lavere som følge av de foreslåtte tiltak eller grep som er betegnelsen i stortingsmeldingen.

5) Hvordan har utviklingen vært for lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner etter helseforetaksreformen i 2002, og hvilke virkninger vil tiltakene i samhandlingsreformen få for lokalsykehusene? (Kapittel 6)

Konklusjon:

Siden 2007 er seks lokalsykehus nedlagt/vedtatt nedlagt, og ytterligere seks er under nedlegging. Dette til tross for Soria Moria I og II, som begge forutsetter at lokalsykehus ikke skal legges ned. Helseforetaksreformen i 2002 har bidratt til denne utvikling. Samhandlingsreformen forsterker grunnlaget for å nedlegge lokalsykehus og avvikle betegnelsen lokalsykehus.

Sammendrag

Utgiftsnivå helsestjenester og veksten i helseutgiftene

Utgiftsnivå

Norges utgiftsnivå til helsetjenester er moderat sammenlignet med andre land som har samme inntektsnivå som Norge. De tall som brukes til å påstå at norske helseutgifter er høyere enn sammenlignbare land; herunder de andre nordiske land, er grovt misvisende.

De tallene som er brukt inneholder to feilkilder:

- Hva som defineres som helseutgifter er forskjellig fra land til land. Det gjelder særlig utgiftene til langtidspleie. Mens Norge i all hovedsak registrerer dem som helseutgifter registrerer andre land dem som sosiale utgifter.
- Det korrigeres ikke for forskjeller i reallønnsnivå mellom landene.

Korrigeres for disse to forhold er Norges helseutgifter normale sammenlignet med andre land. Det er mer overraskende at utgiftsnivået ikke er høyere tatt i betraktning at vi er et av landene med aller høyest inntektsnivå. Vår geografi og desentraliserte befolkningsstruktur tilsier at det er mer kostnadskrevende å yte gode helsetjenester i Norge enn f.eks i de andre nordiske land.

Vekst i helseutgifter

Norge er blant de OECD land som har hatt aller lavest vekst i helseutgiftene de siste 10 år. Gjennomsnittet for OECD landene var på 4,1 prosent pr år, mens veksten i Norge var på 2,4 pst. Det er lavest av alle nordiske land og bare to av alle OECD land har hatt lavere vekst enn Norge.

Samhandlingsreformen, helseforetak og økonomiske og organisatoriske utfordringer i helsesektoren

Helseforetaksreformen i 2002 en ny trend

Helseforetaksreformen i 2002 representerte et brudd med en utviklingstrend for helsetjenester i Norge som startet med sykehuslovens ikrafttreden i 1970. De andre viktigste milepæler var helse- og sosiallovene i 1984 og fastlegeordningen i 2001. Gjennom disse systemene fikk kommunene og fylkeskommunene forsynings- og fordelingsansvar for helsetjenestene samtidig som befolkningen fikk klare og like rettigheter til helsetjenester. Fylkeskommunene og kommunene

utviklet sammen planlegging, budsjettering og andre tiltak for å utvikle og styre kommune- og spesialisthelsetjenesten på en samordnet måte. Staten var en aktiv pådriver for denne utvikling. Det ble også tilrettelagt for samarbeide mellom tjenestetyper og personell.

Med helseforetaksreformen og det statlige eierskap til sykehus og annen spesialisthelsetjeneste i 2002, ble slike samhandlingstiltak og -arenaer borte over natten både på politisk og administrativt nivå. Reformen medførte at beslutningsmyndigheten ble overført til foretaksstyrer basert på styring etter bedriftsøkonomiske prinsipper og retningslinjer i bestillingsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet. Styring fra politiske ansvarlige organer, som representerte befolkningen både lokalt og regionalt, og som skulle vurdere helsetjenestene ut fra befolkningens behov og i en samfunnsøkonomisk sammenheng ble avvirket over natten.

Helseforetaksreformen peker mot en mer forretningsmessig organisering av helsetjenestene. Troen var at det skulle gi bedre økonomistyring og større trygghet for befolkningens helsetjenester. Etter reformen har sykehusene våre generert underskudd i forhold til bevilgningsrammer i en størrelsesorden som tidligere var ukjent i norsk offentlig virksomhet.

Utvikling i behovet for helsetjenester – hva bør prioriteres

I spesialisthelsetjenesten har lokalsykehusene de beste forutsetninger for å ivareta behandling av de pasientgrupper samhandlingsreformen er opptatt av. I lokalsykehusene er heller ikke grensene mellom de ulike spesialiteter så skarpe som i de større sykehusene som ivaretar den høyspesialiserte del av spesialisthelsetjenesten. Det er uttalt at ca. 70/80 prosent av sykehusinnleggelsene gjelder diagnoser som lokalsykehusene kan håndtere like godt som de høyspesialiserte sykehusene og med lavere kostnader. Det er en kjensgjerning at store sykehusorganisasjoner har en tendens til å bli mer kostnadskrevende enn mindre lokalsykehus. Det er mange som hevder mer generelt at det er kostnadmessige stordriftsulemp for sykehus over en viss størrelse.

I henhold til BEON-prinsippet, som departementet bruker i stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen, må den store gruppe pasienter antallsmessig være best tjent med å få sine spesialisthelsetjenester fra lokalsykehusene.

Det er også viktig at slike pasientgrupper får sine tjenestene i så stor nærhet til sine bosteder som mulig. Med slike behovstrender er det logisk og framtidsrettet å satse på å prioritere opp kommunehelsetjenestene slik stortingsmeldingen om samhandlingsreformen anbefaler. Kommunehelsetjenestene må imidlertid suppleres av spesialisthelsetjenester og det blir viktig med gjensidig samarbeid

mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten er lokalsykehusene best egnet til å ivareta et slikt samarbeid. Derfor er det i en slik reform logisk også å prioritere lokalsykehusenes tilbud.

Gapet mellom ressursønsker og -behov og mulig ressurstilgang

Gapet mellom ressursønsker og -behov og mulig ressurstilgang vil alltid være en fundamental økonomisk utfordring i et system med fellesbetalte helsetjenester. Det finnes selvsagt ingen lettvinne løsning på denne utfordring. Derfor må en lære seg å leve med at prioriteringene er vanskelige, og en må utforme og innarbeide systemer som bidrar til å gi effektive og gode løsninger. Det dreier seg om å skape gode styringskulturer. Derfor må en være forsiktig med å bryte dem ned og endre dem uten at en har andre og bedre løsninger. Det bør ikke være nok å gjennomføre forslag fordi de tilsynelatende er gode ideer. Når en har valgt å organisere helse-sektoren som et fellesbetalt offentlig velferdsgode må for eksempel systemet respektere at representanter valgt av befolkningen, som skal motta helsetjenestene og finansierer dem, har det avgjørende ord. Kanskje kan det hevdes at helseforetaksreformen i 2002 bare var en fiks ide om at forretningsorganiseringen var en enkel løsning på økonomiutfordringen også for den norske helsesektor.

Det er gjennom en systematisk og langsiktig politikk for å utvikle og forbedre styrings- og organisasjonskulturer en kan håndtere dette godt. Troen på enkle grep for å løse kompliserte samfunnsutfordringer med klare interessekonflikter mellom tjenesteområder, faggrupper og befolkningsgrupper skyldes vanligvis mangelfull innsikt. Helseforetaksreformen i 2002 var en revolusjon som over natten fjernet både de velutviklede og velprøvde styringssystemene og den gamle styringskulturen.

Er bestiller-utførermodell og mer markedsstyring ideal i helseforetaks- og samhandlingsreformen?

«Tankesmien Visjon Helse 2015» og samhandlingsreformen peker mot en ny hovedmodell for organisering av den norske helsesektoren. Fortsatt skal det offentlige ha hovedansvaret for finansieringen av helsetjenestene. Pasientenes behov og rettigheter skal fortsatt stå sterkt. Men det offentlige forsyningsansvar for helsetjenestene og behandlingstilbudene skal utvikles og i stedet ivaretas i et marked for kjøp og salg av helsetjenester. Mønsteret er den samme tankegang som lå til grunn for å utvikle det kommunale forsyningsansvaret for elektrisitet og statens forsyningsansvar for post- og teletjenester.

Lokalsykehusene er hovedredskapet i det offentlig forsyningsansvar for sykehus-

tjenester. Lokalsykehusene er godt desentraliserte og er lokale monopoler. De begrenser mulighetene for å innføre en markedsmodell. Det kan være en årsak til motviljen fra flere på sentralt hold mot lokalsykehusene.

Det er imidlertid en markert forskjell i forhold til strøm, post og teletjenester; hovedtanken synes fortsatt å være at det skal være et felles ansvar for å finansiere helsetjenestene. All erfaring indikerer at dersom en slik forsyningsmodell velges vil utgiftspresset bli enda sterkere. Den eneste måte å møte det på er å øke det individuelle ansvaret for å betale for helsetjenestene.

Hva er de underliggende målene for samhandlingsreformen?

Ingen av de «fem grebene» drøftet i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen innebærer en ressursmessig styrking av kommunenes evne til å levere bedre tjenester lokalt. Unntaket er noen mindre beløp til forebygging og utredning og forsøksvirksomhet. Tvert i mot dreier det seg stort sett om å innføre andre måter å:

- styre og prioritere utviklingen av helsetjenester
- fordele pasienter på helsetjenestene
- finansiere helsetjenestene

Idegrunnlaget for Samhandlingsreformen synes å være hentet fra arbeidet i «Tankesmien Visjon Helse 2015». De grebene som er foreslått der er ikke tatt inn like klart i Stortingsmeldingen, men de representerer en oppstart på noen av de viktige forslagene til tankesmien:

- Kommunalt finansieringsansvar for pasienter også i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunalt bestilleransvar for spesialisthelsetjenester som kan være oppstart til innføring av en bestiller – utførermodell for helsetjenester mer generelt.
- Omlegging av kommunestrukturen ved at det skapes nye og større »helsekommuner» som senere kan få fullt finansierings- og bestilleransvar for alle typer helsetjenester.

Når det gjelder prioriteringene ønsker en å flytte fokuset i de politiske prosesser fra tjenester og tiltak til pasienter. I det må ligge et ønske om at politikerne skal trekke seg ut av den mer konkrete oppbygging og drift av tjenesteapparat, sykehus osv, og overlate det til andre aktører som tilbyr helsetjenester. Dette apparatet skal ikke styres av politikerne, men i et marked hvor ulike leverandører konkurrerer om pasientene. Dette peker mot bestiller-utførermodeller som metode for å styre utviklingen av helsetjenestene. Den politiske funksjon er knyttet til bestillerrollen og finansieringen av helsetjenestene.

Innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten bygger på

en antagelse om at satsingen på kommunehelstjenesten vil utløse reduserte utgifter i spesialisthelstjenesten dvs. sykehusene, som minst vil kunne kompensere de økte utgifter i kommunehelstjenesten. Derfor er det sentrale økonomiske grep i stortingsmeldingen at kommunene skal få tilført 20 prosent av inntektene som i dag går til spesialisthelstjenesten, mot at de skal betale 20 prosent av kostnadene til pasienter fra kommunen som mottar tjenester fra spesialisthelstjenesten. En hevder at kommunene da får økonomiske incentiver til å sørge for at flere av pasientene får tilbud i kommunehelstjenesten og da blir det mindre behov og etterspørsel etter spesialisthelstjenester. Derved kan kommunene frigjøre midler til å finansiere de nye tilbud i kommunehelstjenesten. Dette kunne kanskje være en hypotese som kunne analyseres nærmere i et forsknings-/utredningsprosjekt. Men det er vanskelig å forstå at noen våger å basere konkret helsepolitikk og utbygging av helsetjenester på denne udokumenterte antagelsen.

Flytting av økonomisk ansvar for spesialisthelstjenesten til kommunene kombinert med et kommunalt hovedansvar for at pasientene får et godt tilpasset tjenestetilbud, kan imidlertid gi andre utviklingsmuligheter. For det første gir det et utgangspunkt for å utvikle et helhetlig finansieringsansvar for helsetjenestene lagt til kommunene eller grupper av kommuner. Det vil også gi utgangspunkt for å lage en bestiller-utførermodell der kommunene er bestillerne, mens helseforetak og andre aktører konkurrerer om å levere tjenestene.

Dersom kommunene skulle få et slikt bestilleransvar ville det ikke være heldig at kommunene samtidig selv hadde forsyningsansvar for kommunehelstjenester. Derfor ville det være nærliggende at kommunen legger slike tjenester til foretak som ikke styres direkte av kommunene. Dette vil åpne for å avvike den såkalte forvaltningsstyringen av primærhelstjenesten. Alt dette vil være fullstendig i samsvar med de visjoner «Tankesmien Visjon Helse 2015» har for helsesektoren vår.

Det mest urovekkende, og det som har skapt de sterkeste motforestillinger knyttet til helseforetaksreformen eller sykehusreformen i 2002, er lokalsykehusenes status. Tankesmia mener at politikernes vern av lokalsykehusene og den politiske inngripen mot helseforetakenes ønsker om å legge ned lokalsykehusene er et av norsk helsesektors hovedproblem.

Samhandlingsreformens hovedgrep prioriteringsmessig er at kommunehelstjenesten skal prioriteres opp. I spesialisthelstjenesten er det viktigste å utvikle den mest spesialiserte del av spesialisthelstjenesten. Siden reformen har som mål å redusere økningen i ressursbruken i helsesektoren, må de deler som ikke skal prioriteres opp bli nedprioritert. Det er vanskelig å se at det kan være noe annet enn lokalsykehusene. Derfor kan samhandlingsreformen bli et redskap i arbeidet med å omstrukturere spesialhelstjenesten til å få større og mer spesialiserte sykehusenheter og bygge ned og avvike lokalsykehusene.

Samhandlingsreformens tiltak vil øke utgiftene til helsetjenester

Samhandlingsreformen bygger på at helseutgiftene våre blir lavere dersom kommunehelstjenesten styrkes slik at:

- «Utskrivningsklare» pasienter får sine tjenester i kommunehelstjenesten.
- «Unødvendige» sykehusinnleggelser reduseres.
- Forebyggende innsats økes.
- Sykdommer diagnostiseres tidligere.
- Kommunene får ansvar for medfinansiering av spesialisthelstjenester.

Hvordan slike tiltak virker på helseutgiftene kunne være interessant å analysere. En mangler dokumentasjon på at slike tiltak reduserer helseutgiftene. Enkle analyser viser at det ikke er sannsynlig.

Det er selvsagt ønskelig å forebygge sykdom, diagnostisere og behandle sykdom tidligere og gi «utskrivningsklare» pasienter bedre tilbud i kommunehelstjenesten. Dette vil imidlertid kreve økt ressursbruk i helsesektoren i hvert fall på kort sikt. Virkninger på lang sikt er det vanskeligere å si noe sikkert om. Det kunne kanskje være interessant å forske nærmere på dette. For å vurdere dette må en sammenligne hva det koster å gi tjenester som dekker helsebehovene i spesialisthelstjenesten mot hva de alternative tjenester i kommunehelstjenesten koster. Det er i liten grad gjort, og når det ikke gjøres er analysene mangelfulle.

Det påstås for eksempel i Stortingsmeldingen at vi har 145 000 liggedøgn i våre sykehus av «utskrivningsklare» pasienter. Det hevdes at dette koster 725 mill kr per år, dvs kr 5 000 per døgn, mens det koster bare 220 millioner å gi de samme pasientene tilbud i kommunehelstjenesten.

Beregningen bygger på at pasienter som ligger i sykehuset «utskrivningsklare» koster omtrent det samme som gjennomsnittsutgiftene per pasient. Kostnadene til «utskrivningsklare» pasienter i sykehus er selvsagt vesentlig lavere (kost og medisiner på flersengsrom). Alternativet i kommunehelstjenesten vil oftest være enerom i sykehjem. Det er sikkert bedre for pasienten å få tilbud der, men det er ikke et tilbud som koster mindre. Derfor reduseres selvsagt ikke utgiftene til helse-tjenester ved at «utskrivningsklare» pasienter får et bedre tilbud i kommunehelstjenesten slik det gis uttrykk for.

I forarbeidene til Samhandlingsreformen var den beregnede innsparing ved dette langt høyere. Da regnet en ikke med at det kostet noe å ivareta disse i kommunehelstjenesten. Nå er vurderingene blitt mer nøktern og departementet presenterer beregningene og gevinsten bare som et regnestykke basert på bestemte forutsetninger. Departementet vet nok at beregningen ikke er holdbar.

Det kan også tilføyes at 145 000 pasientdøgn utgjør under 4 prosent av det samlede antall pasientdøgn i somatiske institusjoner.

Mer generelt er hovedpoenget med samhandlingsreformen å bygge ut bedre, mer omfattende og nye tilbud av helsetjenester i kommunene. Dette er selvsagt positivt. Det vil kreve økte utgifter til legetjenester, sykehjem, rehabiliteringstilbud mv. I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen er det ikke gjort forsøk på å beregne hva dette vil koste.

Nærmere om lokalsykehusene og samhandlingsreformen

Ett av de viktigste utviklingstrekkene i vår helsetjeneste etter Helseforetaksreformen er presset for å nedlegge lokalsykehusene. I «Tankesmia Visjon Helse 2015» hevdes blant annet at den største svakheten ved helsetjenesten i Norge er:

«Den politiske beslutningen om ikke å nedlegge noen lokalsykehus».

Det er formuleringer både i Soria Moria I og II om at lokalsykehus ikke skal nedlegges. Siden 2007 er imidlertid seks lokalsykehus lagt ned/vedtatt lagt ned. Ytterligere seks har mistet såpass sentrale funksjoner at de er sterkt utsatt for å bli nedlagte i nær framtid. Situasjonen for lokalsykehusene mer generelt er imidlertid ganske uklar. De store sykehusene har også lokalsykehusfunksjoner. Det rapporteres om at også disse funksjoner nå bygges ned. I forbindelse med nye retningslinjer og planer, som er til behandling i flere av de regionale helseforetakene, foreslås generelt en kraftig sanering av lokalsykehus.

Selv begrepet lokalsykehus er også i ferd med å fjernes av Helse- og omsorgsdepartementet. I sin egen beskrivelse av grunnstrukturen i helsetjenesten er det allerede fjernet. I stedet omtales i strukturen distriktsmedisinske sentre og offentlige og private sykehus. Her pekes det på at sykehusene er blitt mer spesialiserte, at oppgavene deles mellom sykehusene og at det er flere spesialiserte sykehus man kan henvise til.

Dette er for øvrig også i tråd med den prioritering Samhandlingsreformen legger opp til. Kommunehelsetjenesten og de høyspesialiserte sykehus og sykehusfunksjoner skal prioriteres. Det må bety at det som tidligere ble definert som lokalsykehus skal prioriteres ned. Selv om samhandlingsreformen ikke er behandlet i Stortinget er planlegging av nye såkalte distriktsmedisinske sentre i full gang. Det som tidligere er betegnet som lokalsykehus planlegger flere helseforetak å nedbygge til slike sentre.

Til tross for regjeringserklæringen som slår fast at ingen lokalsykehus skal legges ned, skjer det nå over hele landet.

Stortingsmelding nr. 47 legger opp til å etablere nye nivåer innenfor helse- og omsorgssektoren, som i meldingen antydes vil bli både billigere og nærmere pasienten. Dette er imidlertid ikke dokumentert. Det stilles spørsmål ved hvorfor det er slik hastverk? Mange frykter at regjeringen er i ferd med å lure seg selv inn i altfor høye forventninger til at administrative grep vil få ned helsekostene og bedre helsetilstanden til befolkningen.

Det er all grunn til å frykte at nedbygging av lokalsykehusene vil ha ringvirkninger for hele helsetjenesten og for lokalsamfunn som man ikke har tenkt seg. Dette vil få betydning for kvalitet, stabilitet og rekruttering i helsetjenesten vår. En sentralisering av akuttfunksjoner og andre deler av spesialisthelsetjenesten til de store sykehusene vil også få betydning for distriktsutbygging og bosettingsmønstre i vårt samfunn.

Derfor fraråder fagfolk i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten å sette i gang ytterligere prosesser med formål å bygge ned de tilbud som er bygd opp gjennom mange år, fordi skadevirkningene av slike strukturelle endringer kan bli atskillig større enn man har forutsett.

Bjarne Jensen er professor i forvaltningsøkonomi ved Høgskolen i Hedmark, Avdeling for økonomi, samfunnsfag og informatikk, Rena. Han har tidligere vært adm. dir. i Kommunekreditt, rådmann i Bergen og Kristiansand, førsteamanuensis ved Høgskolen i Agder og ansatt i Sosialdepartementet og Finansdepartementet. Han har også deltatt i og ledet flere offentlige utredninger.

Stein Østre er professor i forvaltningsøkonomi ved Høgskolen i Hedmark, Rena, hvor han ble tilsatt i 1991. Han har tidligere vært knyttet til Transportøkonomisk institutt, Agder distriktshøgskole, Finansdepartementet, Rogalandsforskning og Nordland distriktshøgskole (Siviløkonomutdanningen i Bodø). Han har vært rådmann i Folldal kommune 1986–91. Han har gitt ut flere bøker om kommunaløkonomiske spørsmål.

Unni Hagen er rådgiver i stab i Fagforbundet. Hun har ansvaret for Fagforbundets arbeid med sykehusreformen (fra 2001). Hagen er kommunalkandidat fra Norges kommunal- og sosialhøgskole. Hun har bl a vært verne- og opplæringsleder i Oslo kommune, rådgiver i sentraladministrasjonen i Oslo kommune og senere rådgiver på Stortinget.