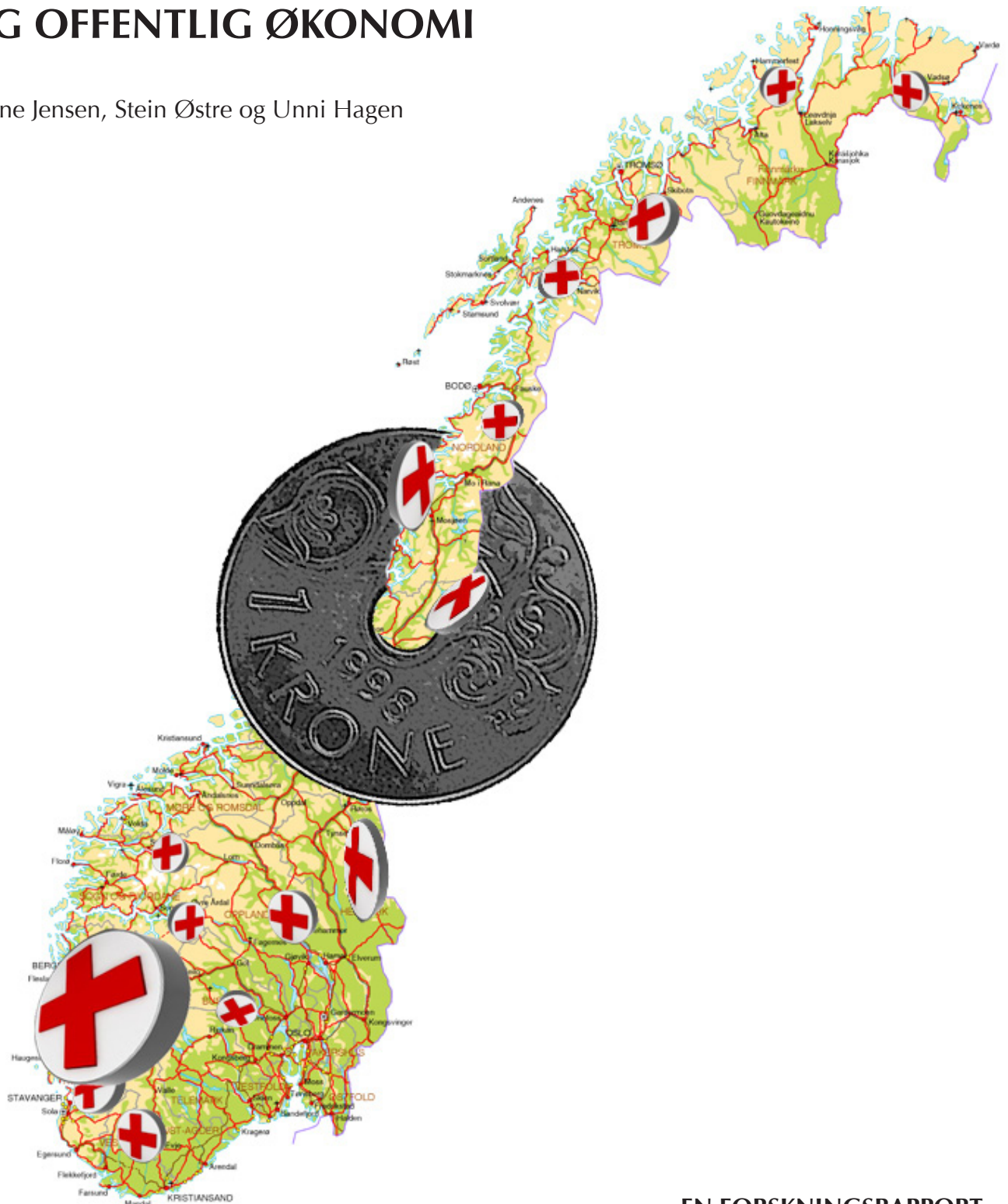


Helsesektorens økonomiske og organisatoriske utfordringer

SAMHANDLING, LOKALSYKEHUS OG OFFENTLIG ØKONOMI

Bjarne Jensen, Stein Østre og Unni Hagen



EN FORSKNINGSRAPPORT
FRA HØGSKOLEN I HEDMARK 2010

Bjarne Jensen, Stein Østre og Unni Hagen

Helsesektorens økonomiske og organisatoriske utfordringer
Samhandling, lokalsykehus og offentlig økonomi

Revidert 15.03.2010

Forord fra KIL

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 sosialtjenester, 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, 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 regionhelseforetak 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

Om forfatterne

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.

INNHOLD

Forord fra KIL	3
Forfatterens forord	5
SAMMENDRAG	10
1. PROBLEMSTILLING OG KONKLUSJONER	10
1.1 Problemstilling og hovedkonklusjoner	10
1.2 Sammendrag	12
1.2.1 Utgiftsnivå helsetjenester og veksten i helseutgiftene	12
1.2.2 Samhandlingsreformen, helseforetak og økonomiske og organisatoriske utfordringer i helsesektoren	12
1.2.3 Hva er de underliggende målene for samhandlingsreformen?	14
1.2.4 Samhandlingsreformens tiltak vil økte utgiftene til helsetjenester	16
1.2.5 Nærmere om lokalsykehusene og samhandlingsreformen	17
2. HAR NORGE SPESIELT HØYE UTGIFTER TIL HELSE- OG OMSORGSTJENESTER?	19
2.1 Problemstilling	19
2.2 Påstander om, og undersøkelser av, nivået på helseutgifter i Norge	19
2.3 OECD – sammenligninger av kostnader og ressursbruk – innhold og begrensninger	23
2.4 Realvekst i helseutgiftene i Norge sammenlignet med de øvrige OECD - land	24
2.5 Helseutgifter per innbygger målt i PPP\$ i OECD - landene	26
2.5.1 Nærmere om datafeil	26
2.6 Helseutgiftene som prosentandel av bruttonasjonalprodukt	30
2.7 OECD – landene rangert både etter helseutgifter per innbygger og etter BNP pr innbygger	31
2.8 Oppsummering av OECD-sammenligningene av helseutgifter per innbygger mellom medlemslandene	32
3. STYRINGSMESSIGE UTFORDRINGER I HELSESEKTOREN	34
3.1 Problemstilling	34
3.2 Utvikling av helsesektoren i Norge	34
3.2.1 Utviklingen før sykehusloven i 1970	34
3.2.2 Folketrygden og sykehusloven	35
3.2.3 Klarere offentlig ansvar for primære helse- og sosialtjenester	36
3.2.4 Finansierungsordningen for helsetjenestene	37
3.2.5 Sykehusreformen i 2002 varslet en ny trend i norsk institusjonshelse tjeneste	39
3.3 Sykehusreformen i 2002 avviklet de viktigste redskapene for overordnet samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	41
3.4 Helsesektorens økonomiske og organisatoriske hovedutfordringer og samhandling	43
3.4.1 Behov for helsetjenester som følge av demografisk utvikling mv. og samordning	43

3.4.2 Hvordan håndtere gapet mellom behov og ønsker om innsats – og ressurser som kan stilles til disposisjon	44
3.4.3 Helsesektorens økonomiske og organisatoriske utfordringer: markedsstyring og forretningsorganisering – eller et felles velferdsgode.....	46
4. ANALYSE AV MÅL OG MIDLER I SAMHANDLINGSREFORMEN.....	49
4.1 Problemstilling	49
4.2 ”Tankesmien Visjon Helse 2015” – samhandlingsreformens inspirasjon?	51
4.2.1 Hvem deltok i Tankesmien?	51
4.2.2 Temaene i Tankesmien	52
4.2.3 Tankesmiens mål, vurderinger og konklusjoner	52
4.3 Mål og virkemidler slik de er formulert i St. meld. nr. 47 Samhandlingsreformen	54
4.3.1 Hva menes med samhandling	54
4.3.2 Samhandlingsreformens konkrete mål.....	56
4.3.3 Nye kommunale oppgaver	57
4.3.4 Spesialisthelsetjenesten.....	57
4.4 Nærmere om Samhandlingsreformens virkemidler eller ”grep”	58
4.5. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse	60
4.6. Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer	60
4.7 Oppsummering av mål-/middelanalysen	61
5. SAMHANDLINGSREFORMEN OG OFFENTLIGE UTGIFTER TIL HELSETJENESTER.....	63
5.1 Problemstilling og oppsummering.....	63
5.2 Hva sparer vi økonomisk på at flere pasienter ivaretas i kommunehelsetjenesten i stedet for i spesialisthelsetjenesten?	64
6. SAMHANDLINGSREFORMEN OG LOKALSYKEHUS	66
6.1 Innledning	66
6.1.1 Utviklingen av lokalsykehusene - eksempler på nedbygging og nedlegging	66
6.2 Lokalsykehusenes plass i samhandlingsreformen	69
6.3 Hva er et lokalsykehus?	69
6.3.1 Definisjon - lokalsykehus	72
6.3.2 Legeforeningens standpunkt til lokalsykehusets innhold	72
6.3.3 Akuttberedskapen som kjernen i sykehusets virksomhet	73
6.3.4 Begrepet ”overlevelses-kjeden” innenfor akuttmedisinen.....	74
6.3.5 Forutsetninger for endringer av ansvar i helsetjenestene.....	75
6.4 Lokalsykehusenes pasientgrunnlag.....	76
6.4.1 Lokalsykehus og kapasitet	76
6.5 Etablering av nye nivå i helsesektoren.....	77
6.6 Hva er problemene med Stortingsmeldingen?	78
6.6.1 En vurdering av helseforetaksreformen ER nødvendig	79
6.6.2 Uten analyser og konsekvensvurderinger	80
6.6.3. Uklare begreper.....	80
6.6.4 Juridiske utfordringer og problemstillinger	83
6.7 Utviklingen av lokalsykehusene etter innføring av statlige helseforetak i 2002 ..	83
6.7.1 Status sykehusstruktur 2002	84
6.7.2 Status sykehusstruktur 2010	84

6.7.3 Forslag om endring av sykehusstruktur i 2010	85
6.8 Lokalsykehusenes rolle i et bredere samfunnsperspektiv	87
6.8.1 Kvalitet – et spørsmål om volum?	88
6.8.2 Avsluttende kommentarer	90
VEDLEGG	91
Professor Stein Østre	91
Betraktninger om helseeffekter og helsekostnader ved tiltak skissert i	
Samhandlingsreformen	91
1. Problemstilling og sammenfatning	91
2 Forebyggende helse- og omsorgsarbeid	91
3 Tidlig diagnose	96
4 Pleiepasienter i sykehus	98
5 Betalingssystem	100

SAMMENDRAG

1. PROBLEMSTILLING OG KONKLUSJONER

1.1 Problemstilling og hovedkonklusjoner

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 reallønns- 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. (kap 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 sammenheng mellom målene for samhandlingsreformen og de såkalte ”grep” den foreskriver? Kommer indirekte virkninger og underliggende mål for helsesektoren klart fram? (kap 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? (kap 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? (kap 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.

1. 2 Sammen drag

1.2.1 UTGIFTSNIVÅ HELSETJENESTER 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 det 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 pst 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.

1.2.2 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 helse-tjenester i Norge som startet med sykehuslovens ikrafttrekken 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 avviklet over natten.

Helseforetaksreformen peker mot en mer forretningsmessig organisering av helse-tjenestene. 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 pst 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 stordriftsulempen 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 disse pasientgrupper får sine tjenester i så stor nærhet til sine bosteder som mulig. Med slike behovstrenger 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 helsesektoren 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. Helseforetaks-reformen 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 avvikles og i stedet ivaretas i et marked for kjøp og salg av helsetjenester. Mønsteret er den samme tankegang som lå til grunn for å avvikle 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.

1.2.3 HVA ER DE UNDERLIGGENDE MÅLENE FOR SAMHANDLINGS-REFORMEN?

Ingen av de 5 grepene som er 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 ”Tanke-smien Visjon Helse 2015”. De grepene 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 ”helse-kommuner” 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 kommunehelsetjenesten vil utløse reduserte utgifter i spesialisthelsetjenesten dvs. sykehusene, som minst vil kunne kompensere de økte utgifter i kommunehelsetjenesten. Derfor er det sentrale økonomiske grep i stortingsmeldingen at kommunene skal få tilført 20 pst av inntektene som i dag går til spesialisthelsetjenesten, mot at de skal betale 20 pst av kostnadene til pasienter fra kommunen som mottar tjenester fra spesialisthelsetjenesten. En hevder at kommunene da får økonomiske insentiver til å sørge for at flere av pasientene får tilbud i kommunehelsetjenesten, og da blir det mindre behov og etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. Derved kan kommunene frigjøre midler til å finansiere de nye tilbud i kommunehelsetjenesten. 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 spesialisthelsetjenesten 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 kommunehelsetjenester. Derfor ville det være nærliggende at kommunen legger slike tjenester til foretak som ikke styres direkte av kommunene. Dette vil åpne for å avvikle den såkalte forvaltningsstyringen av primærhelsetjenesten. 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. Tanke-smien 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 kommunehelsetjenesten skal prioriteres opp. I spesialisthelsetjenesten er det viktigste å utvikle den mest spesialiserte del av spesialisthelsetjenesten. 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 spesialisthelsetjenesten til å få større og mer spesialiserte sykehusenheter og bygge ned og avvikle lokalsykehusene.

1.2.4 SAMHANDLINGSREFORMENS TILTAK VIL ØKTE UTGIFTENE TIL HELSE-TJENESTER

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

- "Utskrivningsklare" pasienter får sine tjenester i kommunehelsetjenesten
- "Unødvendige" sykehusinnleggelser reduseres
- Forebyggende innsats økes
- Sykdommer diagnostiseres tidligere
- Kommunene får ansvar for medfinansiering av spesialisthelsetjenester

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 kommunehelsetjenesten. 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 spesialisthelsetjenesten mot hva de alternative tjenester i kommunehelsetjenesten koster. Det er i liten grad gjort, og når dette 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. pr år, dvs kr 5 000 pr døgn, mens det koster bare 220 millioner å gi de samme pasientene tilbud i kommunehelsetjenesten.

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) enn gjennomsnittskostnadene per pasient, mens pasienter som får

behandling koster mer enn gjennomsnittet. Alternativet i kommunehelsetjenesten vil oftest være enerom i sykehjem. Det er sikkert bedre for "utskrivningsklare pasienter" å få tilbud der, men det er ikke et tilbud som koster mindre enn en "utskrivningsklar" pasient i et flersengsrom på sykehus. Derfor reduseres selvsagt ikke utgiftene til helsetjenester ved at "utskrivningsklare" pasienter får et bedre tilbud i kommunehelsetjenesten 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 kommunehelsetjenesten. Nå er vurderingene blitt mer nøkterne, og departementet presenter 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 pst 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.

1.2.5 NÆRMERE OM LOKALSYKEHUSENE OG SAMHANDLINGSREFORMEN

Et av de viktigste utviklingstrekkene i vår helsetjeneste etter Helseforetaksreformen er presset for å nedlegge lokalsykehusene. I "Tankesmien Visjon Helse 2015" hevdes bl. a. 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 nedlagt. 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 bygge ned 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. Det 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 helsekøene og bedre helsetilstanden til befolkningen.

Det er all grunn til å frykte at nedbygging av lokalsykehusene vil ha ringvirkninger som man ikke har tenkt seg for hele helsetjenesten og for lokalsamfunn. 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 bosettingsmønster 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.

2. HAR NORGE SPESIELT HØYE UTGIFTER TIL HELSE- OG OMSORGSTJENESTER?

2.1 Problemstilling

Det viktigste utgangspunkt for samhandlingsreformen synes å være påstandene om at Norge bruker større ressurser på sine helsetjenester enn sammenlignbare land uten at vi oppnår bedre resultater. Derfor hevdes det at det er et betydelig potensiale for effektivisering som kan utløses om det gjennomføres store strukturendringer. Dette var også det avgjørende utgangspunkt for sykehusreformen i 2002. Den har imidlertid vist seg å bli et problem fordi den nye forretningsbaserte organisasjonsmodell har gitt underskudd i en størrelsesorden som før har vært ukjent i norsk offentlig forvaltning.

I dette kapitlet har vi undersøkt Norges utgifter til helsetjenester sammenlignet med andre land. I de etterfølgende avsnitt skal vi først se på noen av påstandene som stadig settes fram om disse forholdene. Deretter skal vi referere vurderinger fra noen av forsøkene på mer seriøse undersøkelser og avslutte med en gjennomgang av resultatene i OECD-rapporten "Health at a Glance 2009" (OECD 2009).

Hovedkonklusjonen fra denne undersøkelsen er at Norges utgifter er helt normale sammenlignet med andre land når vi tar hensyn til det norske lønns- og kostnadsnivå, og bruker samme definisjon på helseutgifter i de land som sammenlignes. Videre er Norge blant de OECD-land som har hatt aller lavest realvekst i helseutgiftene per innbygger de siste 10 år. Gjennomsnittlig årlig vekst i 10 årsperioden 1997–2007 var 4,1 pst for OECD-landene under ett, mens Norges vekst var 2,1 pst. Alle de andre nordiske landene hadde større vekst enn Norge.

2.2 Påstander om, og undersøkelser av, nivået på helseutgifter i Norge

Sammenligning av utgifter og utgiftsutvikling mellom land er en vanskelig øvelse. På grunn av ulikheter i måten helsesektoren er organisert på, definisjonsforskjeller og avgrensinger av hva som er helsetjenester og forskjeller i lønns- og inntektsnivå, er det vanskelig å lage tall som er sammenlignbare mellom land. De viktigste analysene for sammenligning av helseutgifter mellom land utarbeides av OECD. De bruker fire viktige indikatorer for å belyse ulikhetene. De skal vi komme tilbake til under pkt 2.4 til 2.7.

Likevel kommer norske helsemyndigheter og helseøkonomer med svært bastante konklusjoner med utgangspunkt i en av de indikatorer OECD bruker; helseutgifter pr innb målt i PPP\$. Mange som bruker disse tallene synes ikke engang å vite hva PPP\$ er. Ved lanseringen av samhandlingsreformen var et av helse- og omsorgsministerens sentrale poeng:

"Vi bruker mest – men er ikke best" eller "Vi bruker mest – men er vi best?"
(Hanssen 2008)

Statsråden bygger på vurderinger fra sine faginstanser. I en kronikk fra Helsedirektoratet (Guldvog og Forland februar 2008) uttales:

”Berre USA og Sveits brukar meir pengar på helsetenester enn Noreg.”

En del norske helseøkonomer har jevnlig kommet med lignende uttalelser. Det vises f.eks til Grunds uttalelse i Stat & Styring nr. 1, 2007 (Grund 2007):

”Vi bruker mer penger på helse per innbygger enn alle land i OECD utenom USA. I 2007 vil vi bruke nærmere 40 000 kr pr innbygger. Det er rundt 60 pst mer enn Sverige. Det er derimot vanskelig å dokumentere at vi får rimelig avkastning i form av lavere dødelighet og bedre helse”

Dette synes også å være en vanlig oppfatning blant de private interessenter i norsk helsesektor. Et hovedpremiss fra arbeidet i ”Tankesmien Visjon Helse 2015” er (Osmundsen m. fl. 2006):

”Vi bruker mer penger til helse per innbygger enn alle land utenom USA”

Disse utsagnene synes å bygge på ett enkelttall fra den statistikk som utarbeides av OECD eller private institusjoner som Health Consumer Powerhouse, som Guldvog og Forland fra Helsedirektoratet henviser til. De prøver aldri å forklare hva dette tallet virkelig viser og de begrensninger det har. Det merkverdige er at de samme personer og miljøer nesten aldri nevner den OECD-indikator som f. eks. viser at Norge er blant de land med lavest realvekst i sine helseutgifter de siste 10 år.

Mer som en kuriositet kan nevnes at Health Consumer Powerhouse i sin rapport fra 2009 også har laget en indeks som rangerer europeiske lands helsetjenester etter ressursbruk og resultater. De tre europeiske land som kommer på topp er Albania, Estland og Makedonia, mens Norge havner helt nede på 28. plass, ifølge Euro Health Consumer Index 2009 Report (Bjørnberg m.fl. 2009). For rettferdighetens skyld bør nevnes at Health Consumer Powerhouse selv kommenterer indeksen med at den kun har akademisk interesse. Det riktige er vel å betegne indeksen som en kuriositet.

Det er imidlertid tatt kraftig til motmæle mot disse enkle konklusjoner. For å få et riktig bilde av norsk ressursbruk i forhold til andre land må en være sikker på at:

- helseutgifter defineres og avgrenses på noenlunde samme måte i de land som sammenlignes mao at det er det samme som måles
- at det er korrigert for forskjeller i lønns- og kostnadsnivå mellom landene

Nedenfor gjengis hovedkonklusjoner fra slike sammenligner i senere års studier.

(1) I rapporten Helsereform – utfordringer og løsninger (Jensen og Bollingmo 2007) vises at helseutgiftene pr innb i Norge er normale sammenlignet med andre land når en tar hensyn til inntektsnivået i Norge. Videre vises at veksten i de samlede helseutgifter i Norge i de siste år har vært lav i forhold til vekst i privat forbruk og BNP.

(2) I en egen studie ved Universitetet i Oslo (Melberg 2009) undersøkes bl.a. forskjellene i helseutgiftene per innbygger i Norge og Finland med utgangspunkt i OECD-tallene for 2005. Hovedkonklusjonen er at av forskjellen i helseutgifter pr

innbygger på 47 pst i 2005 kan 38 pst forklares av høyere lønnsnivå i Norge og minst 20 pst datafeil knyttet til registrering av langtidspleie. Den reelle forskjell på 47 pst kan derfor i hvert fall reduseres til 20 pst. Melbergs analyse viser at det er vanskelig å lage nøyaktige sammenligninger og at slike sammenligninger er beheftet med betydelige usikkerheter.

(3) I en studie ved Sintef Helsetjenesteforskning og Frischsenteret (Kittelsen m.fl. 2009) sammenlignes ressursbruk i spesialisthelsetjenesten mellom Finland, Sverige, Danmark og Norge 2005-2007. Denne analysen viser også hvor komplekst det er å gjøre sammenligninger selv mellom så likeartede land som de nordiske. De har tre hovedkonklusjoner mht sammenligning i ressursbruk:

- Realveksten i utgifter for perioden 2005–2007 var høyere i Finland, Sverige og Danmark enn i Norge
- Aktivitetsnivået innen somatisk sykehusvesen synes å være høyere i Norge enn i de andre nordiske landene
- Lønnskostnadene i Norge ligger jevnt godt over de andre nordiske landene

Til tross for det problematiske sammenligningsgrunnlaget og usikkerheten konkluderes likevel relativt presist mht ressursbruk i somatiske sykehus:

- ”I 2007 var nivået i Sverige om lag 94 pst av nivået i Norge”
- ”I 2007 var nivået i Danmark 92 pst av nivået i Norge”
- ”I 2007 var nivået i Finland om lag 65 prosent av nivået i Norge”

I tillegg konkluderes det mht psykisk helsevern at:

- ”Norge benytter betydelig mer ressurser til psykisk helsevern i sykehus enn de andre tre nordiske landene”

Med hensyn til produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste er konklusjonen at produktivitetsnivået er høyere i Finland enn i de andre nordiske land (18 pst høyere enn Norge). Forskjellene mellom Norge, Sverige og Danmark er for små til å være utsagnskraftige. Tallene viser imidlertid at produktiviteten er lavest i Sverige og litt høyere i Danmark enn i Norge. Når det gjelder psykisk helsevern er ikke dataene gode nok til å sammenligne produktivitet.

Denne teknisk grundige analysen viser at påstandene om unormalt høy ressursbruk i Norge ikke holder. Vår vurdering er at selv konklusjonene i denne analysen trekkes alt for langt i forhold til usikkerheten i datagrunnlaget for analysene. Hovedkonklusjonen må være at Finland synes å ha noe lavere utgiftsnivå i sin helsetjeneste enn de andre nordiske land når det korrigeres for lønns- og kostnadsforskjeller. Forskjellene mellom Danmark, Sverige og Norge er for små til å konkludere bastant på grunnlag av foreliggende datamateriale.

(4) I et notat fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Røttingen m.fl. Kunnskapssenteret 2009) analyseres helseutgiftene i Norge basert på OECDs datagrunnlag for 2007. Her er konklusjonen i oppsummeringen:

”Norge har nest høyest helseutgifter per innbygger etter USA. Dersom helseutgiftene beregnes som andel av den totale verdiskapningen (BNP),

plasseres derimot Norge på OECD gjennomsnittet, dvs. 8,9 % av BNP. Norge skiller seg ut med den høyeste andelen ressurser brukt på pleie og omsorg og det høyeste antall pleie- og omsorgspersonell per innbygger i OECD. Med langt høyere ressursbruk på helsetjenester enn de fleste andre land, er det likevel usikkert om vi får tilsvarende mer helse.”

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet. Det er bemerkelsesverdig at de i sine konklusjoner er så unyanserte og kjenner tallgrunnlaget så dårlig. De synes ikke å være kjent med at forskjeller i reallønnsnivå mellom landene ikke er korrigert for i de tallene som OECD legger fram. Videre kan det virke som om de heller ikke er kjent med problemet med at utgifter til langtidspleie ikke er avgrenset på samme måte i OECD-statistikken. En hovedårsak til at Norge har høyere utgifter til langtidspleie enn andre land er at Norge definerer så godt som alle slike utgifter som helseutgifter, mens andre land i hovedsak definerer dem som sosiale utgifter. Tallene for pleiepersonell per innbygger er heller ikke sammenlignbare i OECD-tallene. Det skyldes at det er antall ansatte som registreres og ikke årsverk. Erfaringer fra sammenligninger med andre nordiske land er at Norge har et betydelig lavere nivå når årsverk brukes i sammenligningene. Det kan skyldes både at vi bruker mer deltidsstillinger og at vi registrerer deltidsstillinger på en annen måte.

(5) Econ Pöyry utarbeidet på oppdrag for Legeforeningen en analyse av realveksten fra 2002 til 2008 i utgiftene på Statsbudsjettet til Spesialisthelsetjenesten (Econ Pöyry 2009). Noe av bakgrunnen var at politikere og helsemyndigheter viser til en dobling av bevilgningene til helseforetakene på statsbudsjettet fra 53 milliarder kroner i 2002 til 103 millioner kroner i 2008. Analysens oppgave var å anslå hvor mye av denne økning skyldes nye oppgaver, lønns- og prisstigning, og hva som var ”realveksten”. Hovedkonklusjonen var:

”Dersom vi korrigerer bevilgningene fra 2002 til 2008 for nye oppgaver som helseforetakene er pålagt, oppgang i foretakenes pensjonskostnader og lønns- og prisstigning, har bevilgningene økt med i størrelsesorden 7,5–9,5 milliarder kroner. Økningen i bevilgningen har isolert sett gitt rom for å finansiere en reell aktivitetsvekst på omlag 1,75–2,25 pst i gjennomsnitt per år i perioden, når en kun ser på oppgavene helseforetakene hadde ansvar for i 2002, inkludert psykisk helsevern. Holdes de økte bevilgningene til opptrappingsplanen til psykisk helsevern utenfor, er den reelle ressurstilførselen økt med 6–8 milliarder kroner, noe som isolert sett gir grunnlag for en aktivitetsvekst på i størrelsesorden 1,5–2 pst pr år.”

Denne analysen viser derfor også at den reelle utgiftsvekst til spesialisthelsetjenesten de siste år har vært moderat og f.eks. langt lavere enn i privat konsum eller bruttonasjonalprodukt.

2.3 OECD – sammenligninger av kostnader og ressursbruk – innhold og begrensninger.

OECD bruker i sin rapport "Health at a Glance" (OECD 2009) flere indikatorer for å belyse forskjeller og nivå på helseutgifter i sine medlemsland. Det blir misvisende å belyse slike forhold med et enkelt tall. De fire viktigste tallserier for å sammenligne landenes nivå og utvikling i helseutgifter er:

- Gjennomsnittlig realvekst pr år i helseutgifter pr innb i de siste 10 år
- Helseutgiftenes andel av BNP i pst
- Helseutgiftene pr innbygger målt i PPP\$ (dollar korrigert for kjøpekraft i de enkelte land)
- Både helseutgiftenes andel av BNP og helseutgiftene pr innb målt i PPP\$

Ved å belyse forskjellene med flere indikatorer får en selvsagt et bedre grunnlag for å konkludere. Disse sammenligningene gjennomgås i pkt 3.4 til 3.7 i dette kapitlet.

Det er imidlertid systematiske feilkilder i OECD-tallene. Det er tre hovedproblemer en må være oppmerksom på når tallene brukes:

Problem 1 er at OECD tallene ikke korrigerer for ulikheter i reallønnsnivå mellom landene. OECDs teknikk er å konvertere helseutgiftene pr innb til PPP\$. Dette er en beregnet størrelse basert på den kjøpekraft dollar har i de ulike medlemslandene. Dette er en ganske komplisert teknisk omregning som gjøres for å få fram hva en får kjøpt av varer og tjenester i et land for 1 \$ og som er sammenlignbar mellom landene (OECD Statistics 2009). Det kan virke som om mange av dem som bruker disse tallene tror at PPP\$ også korrigerer for ulikheter i det reelle lønns- og inntektsnivå mellom landene. Men det gjør den ikke.

Jo høyere det reelle inntekts- og lønnsnivå er jo høyere vil helseutgiftene per innbygger bli. En kan for eksempel godt ha et land hvor helseutgiftene øker i PPP\$ uten at det er noen realøkning i helseutgiftene. Reallønnsøkning i PPP\$ for de ansatte i helsesektoren er nok til at helseutgiftene øker.

Skal imidlertid realvekst og realutgiftsnivå måles, så må det korrigeres for reallønnsøkning i PPP\$ og inntektsnivået i PPP\$. Norge har et høyere reallønnsnivå og reallønnsvekst enn de andre nordiske land. Dette må vi korrigere for når utvikling og nivå på helseutgiftene sammenlignes mellom land.

Problem 2 er hvordan helseutgifter defineres. Det er særlig vanskelig å definere presist om utgifter til langtidspleie skal registreres som helseutgifter eller utgifter til sosiale formål. Noen land definerer en stor del av slike utgifter som sosiale utgifter og ikke helseutgifter. Ifølge OECD tallene for 2007 har for eksempel Norge nesten fem ganger høyere utgifter pr innbygger til langtidspleie enn Sverige og tre ganger høyere enn Finland. Enhver med litt innsikt i problematikken vet selvsagt at dette ikke er riktig og at det ikke kan være det samme som måles. Mens Norge synes å oppgi alle utgifter til langtidspleie som helseutgifter så definerer de fleste andre land en betydelig del av disse utgiftene som sosiale utgifter. Siden langtidspleie defineres ulikt, må en så lenge en ikke

kan korrigere for dette på annen måte, holde utgiftene til langtidspleie utenfor når sammenligninger gjøres.

OECD gjør for øvrig oppmerksom på dette problemet i presentasjonen av tallene.

Problem 3 er knyttet til registrering og måling av personell. Her er det to forhold som vanskeliggjør sammenligninger. Hva som f. eks. defineres som sykepleier varierer fra land til land. Slike tall er derfor ikke uten videre sammenlignbare. For det andre måles kvantum av personell ved å telle ansatte og ikke årsverk. Omfanget av deltidsstillinger og hva som registreres av deltidsstillinger kan variere sterkt mellom landene. Skal en ha mulighet for å få sammenlignbare tall er et minimumskrav at det som registreres er årsverk.

Det blir et stort problem når norske helsemyndigheter og flertallet av norske helseøkonomer har brukt OECD-tallene uten å ta hensyn til de tre problemområder. Derved har de skapt et galt bilde av norsk ressursbruk til helsetjenester sammenlignet med andre land. Dette har bidratt til å gi politikerne et uriktig bilde av ressursbruken i norsk helsetjeneste sammenlignet med andre land. Dersom fagmyndighetene er kjent med disse sammenligningsproblemene så representerer de utsagn som er nevnt innledningsvis misbruk av tall. De kan mistenkes for å krisemaksimere for å oppnå et eller annet som folk flest ikke liker, for eksempel nedbygging av gode lokalsykehus. Hvis de ikke kjenner til sammenligningsproblemene er det kanskje enda verre, for da mangler de viktig innsikt.

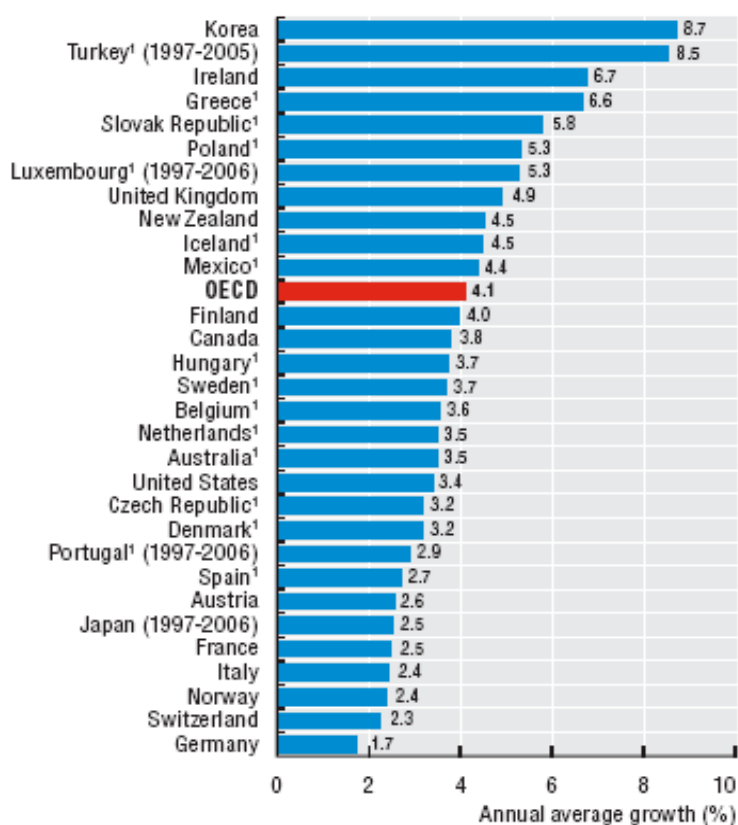
2.4 Realvekst i helseutgiftene i Norge sammenlignet med de øvrige OECD - land

I figur 1 er gjennomsnittlig årlig realvekst i helseutgiftene per innbygger for OECD-landene sammenlignet. I perioden 1997 til 2007 var den gjennomsnittlige realvekst for OECD-landene 4,1 pst. Norge hadde en realvekst på 2,4 pst. Bare Sveits og Tyskland hadde lavere vekst på henholdsvis 2,3 pst og 1,7 pst i gjennomsnitt per år. Mao er Norge blant de land i OECD med aller lavest realvekst i helseutgiftene per innb de siste 10 år.

Land med de laveste utgifter pr innbygger i helseutgifter målt i PPP\$ hadde den sterkeste veksten. Derfor er det skjedd en viss utjevning i helseutgiftene per innbygger mellom OECD-landene i perioden.

Norge var blant de land som hadde størst variasjon i realveksten pr år. Fra 1997 til 1998 var veksten 12,4 pst, mens den fra 2001 til 2002 var 12,3 pst. Den sterke utgiftsøkning i disse årene er åpenbart utløst av ekstraordinære merkostnader knyttet til iverksetting av tunge reformer. 1997/1998 gjaldt overgang fra rammefinansiering til innsatsstyrt finansiering (DRG-finansiering), mens 2001/2002 gjaldt overføring av ansvaret for sykehusene fra fylkeskommunen til helseforetak organisert etter modell fra forretningsstyring og eid direkte av staten. Kanskje indikerer dette at disse reformer har skapt større problemer og gitt større kostnader enn nyttegevinster i styring og utvikling av helsetjenestene våre.

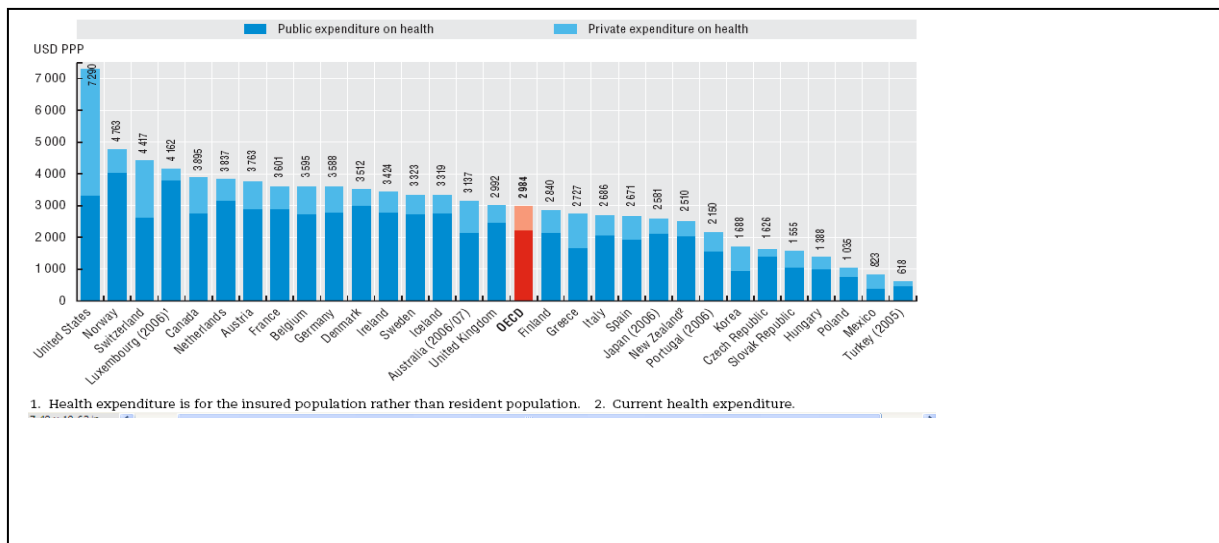
I figur 2 er gjengitt tall fra SSB som viser vekst i offentlige helseutgifter i Norge i faste priser etter 2002. Med unntak fra den voldsomme økning fra 2001 til 2002 – kostnadsøkningen som følge av helseforetaksreformen – så har helseutgiftene vokst langt mindre enn BNP og stort sett bare med halvparten av den vekst vi har hatt i privat forbruk.



Figur 1. Årlig gjennomsnittlig realvekst i helseutgifter 1997-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BNP (Fastland)	1,4	1,3	4,4	4,6	4,8	6,0
Privat konsum	3,1	2,8	5,6	4,0	4,7	6,4
Helseutgifter	8,0	2,7	2,8	2,3	2,1	2,8

Figur 2. Vekst i BNP, privat konsum og offentlige helseutgifter. Kilde SSB



Figur 3. Samlede helseutgifter pr innb målt i PPP\$ 2007

2.5 Helseutgifter per innbygger målt i PPP\$ i OECD - landene

Figur 3 viser de samlede utgifter til helsetjenester pr innbygger for landene målt i PPP\$. Her ligger USA klart høyest. Deretter kommer Norge og Sveits. Lavest ligger Tyrkia og Mexico med under 10 pst av utgiftene i USA og litt over 10 pst av utgiftene i Norge og Sveits. Disse tallene er imidlertid ikke sammenlignbare når forskjeller i ressursbruk mellom landene skal måles. Dersom landene i denne sammenligningen definerer helseutgifter likt vil tallene gjenspeile både ulikheter i reallønns-/realinntektsnivå og ulikheter i ressursbruk mellom landene (jf omtalen av Problem 1). Det vil være en svært omfattende jobb å frambringe dataer om forskjellene i reallønns-/realinntektsnivå mellom landene og derved korrigere for dette. Derfor gjøres det ikke her. Likevel er det i hovedsak slike ukorrigerede tall norske myndigheter og helseøkonomer bruker som sammenligning, uten å nevne feilkildene.

I tillegg er det en systematisk datafeil i tallene knyttet til at utgifter til langtidspleie registreres ulikt i landene. Noen land registrer ikke slike utgifter som helseutgifter, mens andre og særlig da Norge registrer langt høyere utgifter til langtidspleie som helseutgifter enn de andre landene (jf omtalen av Problem 2). Vi skal forsøke å bearbeide tallene for de nordiske land slik at de blir mer sammenlignbare ved først å korrigere for datafeilen og så ta hensyn til forskjellene i reallønns-/inntektsnivå.

2.5.1 NÆRMERE OM DATAFEIL

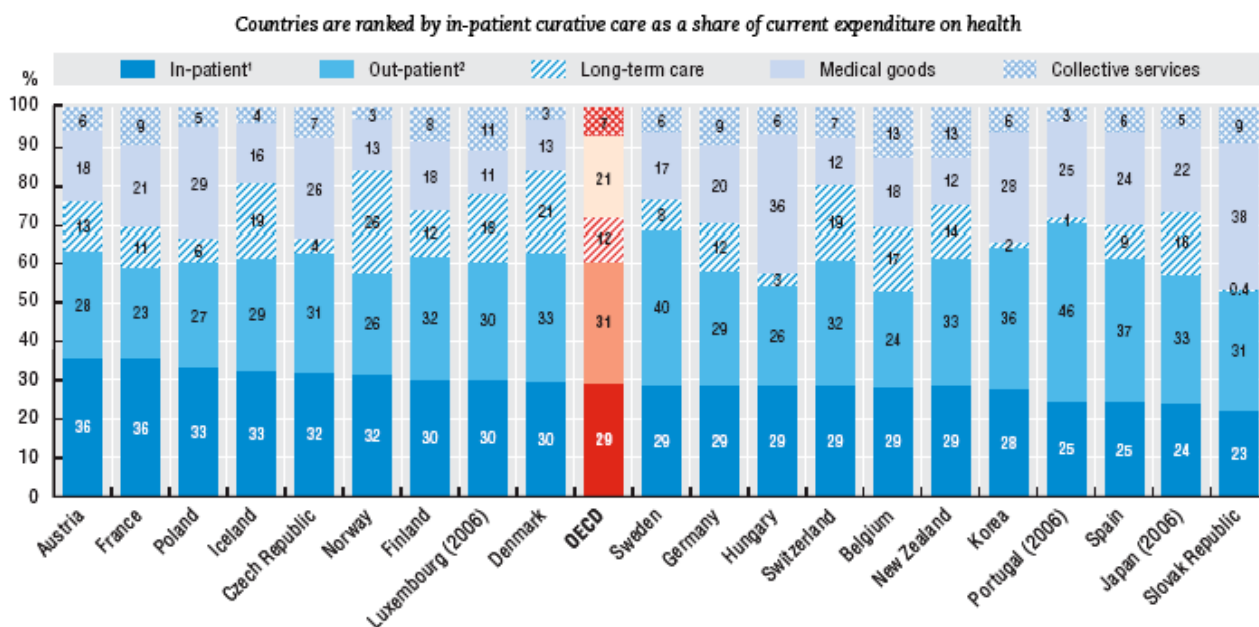
Når en sammenligner helseutgiftene per innbygger mellom land er en selvsagt avhengig av at alle land definerer helseutgifter på samme måte. Selv om OECD søker å ivareta

det i sin innhenting av statistikk vil en ikke fullt ut være sikker på å lykkes med det. Særlig viktig vil det være å avklare om det er vesentlige feilregistreringer. I figur 4 er OECD-landenes helseutgifter fordelt i prosent på hovedaktivitetene: Kurative- og rehabiliteringsaktiviteter i og utenfor institusjon, langtidspleie, medisinske varer og fellestjenester.

Figuren viser store variasjoner i fordelingen mellom landene i utgiftsdataene for 2007. Det gjelder særlig for omfanget av utgifter til langtidspleie, mens variasjonene er minst i utgiftsandelen for kurativ og rehabiliterende behandling. Sannsynligheten for at det er store fundamentale datafeil er derfor sterkest knyttet til utgifter til langtidspleie.

Ifølge figur 4 har noen land ikke utgifter til langtidspleie eller utgiftene er ubetydelige. Det gjelder f. eks Korea, Portugal og Slovakia som alle bruker under 2 pst av helseutgiftene til langtidspleie. Lavest andel til langtidspleie har Slovakia med 0,4 pst av helseutgiftene. Gjennomsnittet i OECD-målingen er at 12 pst av helseutgiftene går til langtidspleie. Vårt naboland Sverige har en utgiftsandel til langtidspleie på bare 8 pst, Finland har 12 pst, Island 19 pst og Danmark 21 pst. Problemet med disse registreringene kunne være at andre land plasserer utgiftene til langtidspleie under andre helseutgiftsfunksjoner enn Norge. OECD opplyser imidlertid selv at problemet skyldes at noen land registrerer mer av disse utgiftene som sosiale utgifter i stedet for helseutgifter. Med andre ord; deler av utgiftene til langtidspleie blir ikke registrert som helseutgifter i OECD-statistikken.

Figur 4. Helseutgifter fordelt på funksjoner. Prosentandeler. 2007



Det gjør også OECD oppmerksom på. I innledningen til presentasjonene av utgifter skriver OECD (OECD 2009):

"Different practices regarding the inclusion of long-term care in health or social expenditure are also a factor affecting data comparability"

I figur 4 har vi tatt utgangspunkt i OECD-tallene for samlede helseutgifter per innbygger målt i PPP\$ og antatt at utgiftene til langtidspleie tilsvarer den andelen som framgår av figuren. I kolonne tre framgår da hva som er registrert som utgifter til langtidspleie i de enkelte nordiske landene. Høyest ligger Norge med 1 238 PPP\$ pr innbygger, mens Sverige ligger lavest med bare 266 PPP\$. Disse variasjonene er selvsagt ikke så store i virkeligheten. Det betyr derfor at disse landene definerer utgifter til langtidspleie ulikt. At Norge skal ha 4–5 ganger høyere utgifter til langtidspleie enn Sverige eller 3–4 ganger høyere utgifter enn Finland er ikke riktig.

Figur 5. Helseutgifter per innbygger i PPP\$ eks langtidspleie.

	Helseutg pr innb i PPP\$	Andel langtidspleie	Utg langtidspleie pr innb	Helseutg pr innb eks langtidspleie
Norge	4 763	26 pst	1 238	3 225
Sverige	3 323	8 pst	266	3 057
Danmark	3 512	21 pst	737	2 775
Finland	2 840	12 pst	341	2 449
Island	3 424	19 pst	651	2 773

Melberg har tatt dette opp i sin rapport (Melberg 2009). Han skriver om utgiftene til langtidspleie (long term care):

“These expenses are typically a mix between medical and social services and this creates problems for reporting.”

I Melbergs analyse av forskjellene i helseutgifter mellom Norge og Finland i 2005 oppsummerer han på følgende måte:

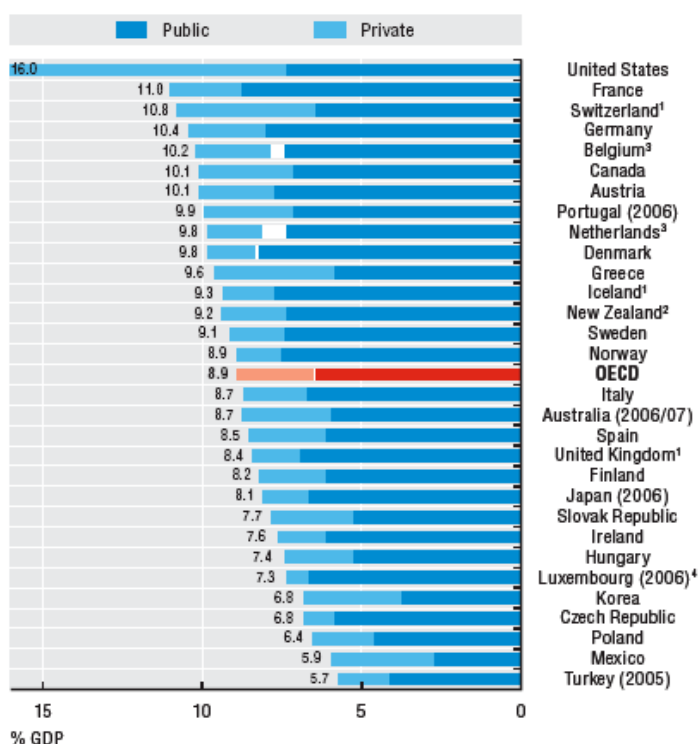
“If, for instance, we assume that the true Finnish numbers are at least half of the Norwegian spending on long term nursing and in-home nursing, then the total health care spending differences is reduced to the extent that it implies more than 20 pct of the previously measured differences can be accounted for by misleading data.”

Vi kjenner ikke sikkert til årsakene til at utgiftene til langtidspleie oppgis så ulikt av de nordiske landene. Den mest nærliggende forklaring er at helsemyndighetene i Norge regner alle, eller en større del, av utgiftene til langtidspleie som helseutgifter, mens de andre landene har definert en større del av slike utgifter som sosiale utgifter. Dersom det er tilfelle, kan vi få mer sammenlignbare tall for helseutgiftene ved å holde utgiftene til langtidspleie utenfor sammenligningen. Dette har vi derfor gjort i kolonne fem i figur 5. Disse tallene gir utgangspunkt for en riktigere sammenligning av helseutgiftene per innbygger mellom de nordiske landene. Når vi korrigerer for utgiftene til langtidspleie har Norge bare 5 pst høyere utgifter pr innbygger enn Sverige, 16 pst høyere enn Danmark og Island og 32 pst høyere utgifter enn Finland.

Med andre ord er 43 pst høyere utgifter i Norge enn i Sverige for samlede helseutgifter redusert til 5 pst dersom utgifter til langtidspleie holdes utenfor. I forhold til Finland er forskjellen redusert fra 68 pst til 32 pst, Danmark fra 35 pst til 16 pst og Island fra 39 pst til 16 pst.

Vi vet at reallønnsnivået målt i PPP\$ er høyest i Norge og lavest i Finland. Det foreligger imidlertid ikke statistikk som viser disse forskjellene i 2007 verken på generell basis eller særskilt for helsesektoren. Vi kan imidlertid være ganske sikker på at reallønns-/realinntektsnivået i Norge er mer enn 5 pst høyere enn i Sverige. Dersom vi korrigerer for disse forskjellene ville Sverige ha høyere helseutgifter pr innbygger enn Norge. Forskjellene i forhold til Danmark, Finland og Island ville også bli redusert så mye at forskjellene i samlede helseutgifter pr innb mellom de nordiske land er små.

For å få helt sikre tall for sammenlignbare helseutgifter pr innbygger mellom de nordiske land kreves en nærmere analyse både av hvordan de ulike landene har definert helseutgifter og forskjellene i reallønns-/realinntektsnivå. Men en hovedkonklusjon basert på OECD-tallene er at ulikhetene i utgiftsnivå mellom de nordiske land er så små at det ikke kan konkluderes sikkert om forskjellene. Analysen indikerer at Sverige har høyest ressursbruk pr innbygger og Finland lavest. Mens Norge har litt høyere ressursbruk per innbygger enn Danmark. Dersom en tar hensyn til den norske geografien og at Norge har opprettholdt en mer spredtbygd befolkning enn de andre nordiske land er det overraskende at Norge ikke har høyere ressursbruk til helsetjenester per innbygger enn det OECD-tallene indikerer.



Figur 6. Samlede helseutgifter som prosentandel av BNP. 2007

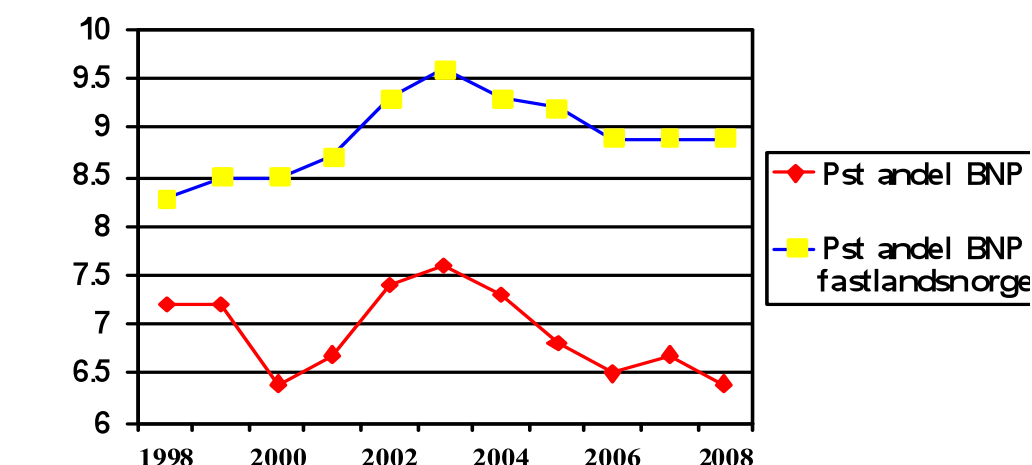
2.6 Helseutgiftene som prosentandel av bruttonasjonalprodukt

I fig 6 er helseutgiftene slik OECD registrerer dem beregnet som prosentandel av BNP. Dette målet skal vise oss hvor stor del av våre samlede inntekter som går til helseutgifter. Her er det store variasjoner mellom OECD landene. Landene med lavest inntektsnivå og verdiskapning bruker bare i størrelsesorden 5–6 pst av BNP til helseutgifter, mens de rikeste landene bruker 10–11 pst. USA som et rikt land med bare privatorganisert helsesektor bruker hele 16 prosent.

Norge, som er ett av de land som har høyest BNP pr innbygger, ligger nøyaktig på gjennomsnittet for OECD-landene. Dette er bemerkelsesverdig lavt og lavere enn de øvrige nordiske land med unntak for Finland. Når vi også vet at omfanget av helseutgifter i Norge er overvurdert pga at vi registrerer en langt større del av utgiftene til langtidspleie som helseutgifter enn andre OECD-land, så er dette oppsiktsvekkende lavt. Dersom vi korrigerer ved å bruke Fastlands-Norges BNP blir vår andel mer normal. Korrigeres imidlertid for den norske ”merregistrering” av utgifter til langtidspleie er vi tilbake til gjennomsnittsnivået selv om vi bruker Fastlands-Norges BNP. Derfor er hovedkonklusjonen at Norge bruker en overraskende lav andel av BNP til helseutgifter sammenlignet med andre land når vi tar i betraktning realinntektsnivået.

I figur 7 er vist utviklingen i offentlige helseutgifter som prosentandel av BNP fra 1998 og utover. I forhold til Fastlands-Norges BNP har utviklingen vært moderat og har de siste år ligget i underkant av 9 pst. av BNP. I forhold til samlet BNP har utgiftsandelen til offentlige helseutgifter vært synkende og utgjorde ca 6,5 pst. Til sammenligning kan nevnes at utgiftsandelen i 1998 var 7,2 pst.

Figur 7. Utvikling i offentlige helseutgifter i Norge. Prosent av BNP



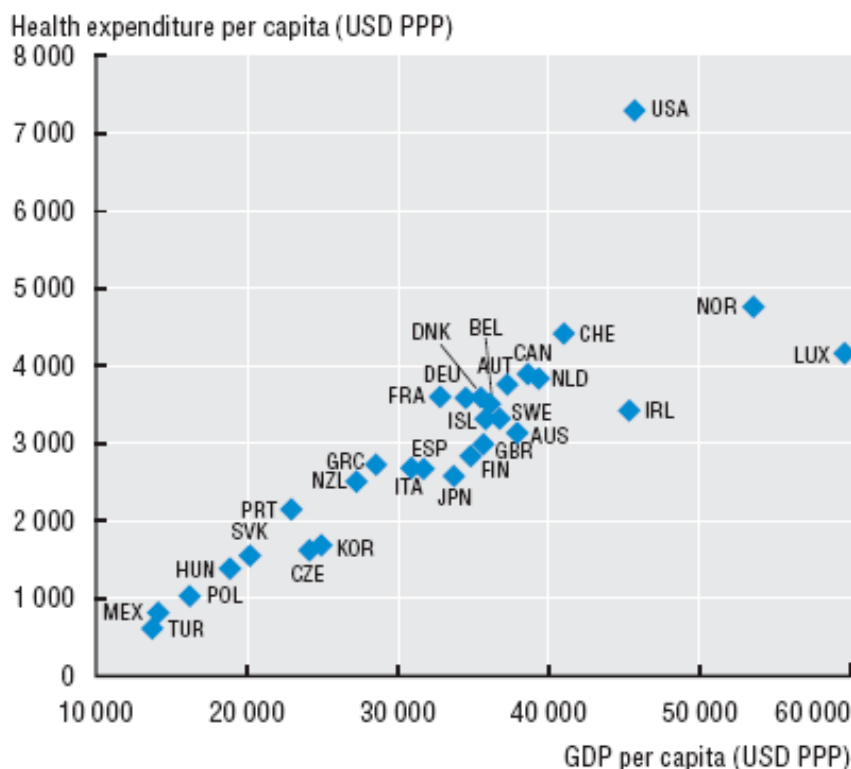
2.7 OECD – landene rangert både etter helseutgifter per innbygger og etter BNP pr innbygger

I figur 8 er landene rangert både etter BNP pr innbygger og helseutgifter per innbygger begge målt i PPP\$. Denne figuren viser at det er klar sammenheng mellom helseutgifter per innbygger og landets inntektsnivå. Land med høyt BNP per innbygger har også høye helseutgifter per innbygger, mens land med lavt BNP per innbygger også har lave helseutgifter per innbygger. Figuren viser at denne sammenhengen er nesten entydig for land med lavere bruttonasjonalprodukt per innbygger mens for land med høyest BNP per innbygger er sammenhengen ikke helt entydig; jf forskjellene mellom ”høyinntektslandene” USA, Norge og Luxembourg, Sveits og Irland.

Den ene helt enkle årsak til denne sammenhengen er at i land med høyt inntektsnivå har de som arbeider i helsesektoren og med leveranser til helsesektoren høyere inntektsnivå. Det koster mer målt PPP\$ å yte samme helsetjenester dess høyere lønns- og inntektsnivået er. For å vise forskjeller i ressursbruken må en derfor korrigere for disse forskjellene. Dette kan betegnes som **kostnadseffekten**.

Den andre hovedårsaken synes å være at dess høyere BNP er per innbygger dess mer har landet råd til å bruke på helsetjenester. Med økte inntekter synes det å være slik at vi ønsker å bruke relativt mere av dem på helsetjenester. Derfor er det en tendens til at land med høyt inntektsnivå bruker mer enn land med lavt inntektsnivå. Dette kan betegnes som **inntektseffekten**.

Figur 8. Samlede helseutgifter per innbygger og BNP per innbygger 2007. PPP\$



I fig 8 er det en rekke andre forhold som ”forstyrrer” en analyse av disse forhold. Et eksempel er datafeilene analysert under pkt. 2.5. Et annet er hvilket inntektsnivå er relevant å bruke. For Norge er det for eksempel spørsmål om BNP, Fastlands-Norges BNP eller noe imellom disse begrepene som skal brukes.

For Norges vedkommende er imidlertid konklusjonen at helseutgiftene per innbygger er normale i forhold til andre OECD-land når landene rangeres etter både helseutgifter pr innbygger og BNP pr innbygger begge målt i PPP\$. Dette er en robust konklusjon også om vi for eksempel korrigerer med Fastlands-Norges BNP og feilkilden knyttet til dataene om utgifter til langtidspleie.

2.8 Oppsummering av OECD-sammenligningene av helseutgifter per innbygger mellom medlemslandene

Når en sammenligner helseutgiftene i Norge med andre land uten å korrigere for inntekts- og kostnadsnivå og hva som registreres som helseutgifter skapes inntrykk av at helsetjenester i Norge er uforholdsmessig kostnadskreven. Utgifter per innbygger målt på denne måte er derfor alene ikke egnet til å sammenligne ressursbruken til helsetjenester mellom land. Landene med høyest inntektsnivå per innbygger målt i PPP\$ vil nesten alltid få høyest utgifter. Derfor må det korrigeres for ulikhetene i lønns-/inntektsnivå i PPP\$ før slike tall kan brukes til bastante utsagn om det relle utgiftsnivået til helsetjenester sammenlignet med andre land.

Dersom en tar utgangspunkt i alle indikatorene OECD bruker for å sammenligne helseutgiftene i sine medlemsland framkommer et mer nyansert bilde av ulikhetene i ressursbruk. I all hovedsak skyldes ulikhetene forskjeller i kostnads- og inntektsnivå mellom landene. Spesielt for land med høyt inntektsnivå er det imidlertid også forskjeller som må ha sammenheng med måten en har valgt å organisere helsetjenestene på.

Blant høyinntektslandene representerer USA det ene ytterpunktet med langt høyere utgifter enn selv de andre høyinntektsland. USA organiserer sine helsetjenester gjennom rendyrkede markedsløsninger. Finansieringen er basert på private forsikringsordninger, private selskaper står for produksjonen av helsetjenestene, og tilgang og fordeling er avhengig av hvilke forsikringer og betalingsevne den enkelte har.

Norge er et annet ytternivå av høyinntektslandene. Helseutgiftene i Norge er på samme nivå som i land med et betydelig lavere inntektsnivå. I Norge har helsetjenestene i hovedsak vært organisert som et felles velferdsgode, finansiert av fellesskapet, med offentlig ansvar for å fordele og frambringe helsetjenestene. Tilgang og fordeling skal baseres på behov og ikke betalingsevne.

I Norge misbrukes OECD-tallene til å framstille ressursbruk og helseutgifter som om Norge har betydelig høyere utgifter enn sammenlignbare land. Det skyldes både at de ikke korrigerer for ulike måter å registrere utgifter til langtidspleie på, og ved at det ikke korrigeres for forskjeller i reallønnsnivå.

Det er overraskende at fagfolk misbruker slike statistikker. Merkelig nok er dette blitt vanlig også på mange andre offentlige virksomhetsområder som skoler, forskning, og kommunale utgifter generelt. Dette brukes til å skape inntrykk av et potensiale for innsparinger ved struktur- og systemomlegginger som er urealistisk. Stadige og store

strukturendringer basert på feilaktige virkelighetsbeskrivelse og urealistiske forventninger kan være et hovedproblem. De krever omfattende bruk av lederressurser. En vet ikke om virkningene er positive eller negative. Diskusjon og uenighet viser at her blir det mer synsing enn vitenskap.

Når tall av denne type presenteres for fagfolk er det vanlig å svare at dette vet de selvsagt. Årsaken til at tallene presenteres feilaktig er at det er viktig å tilpasse nivået til det som er bærekraftig på lang sikt.

Stadig nye og skiftende strukturgrep svekker motivasjon, utløser interne stridigheter mellom interessegrupper og forstyrrer løpende drift. Kanskje ville det vært klokere og mer effektivt å konsentrere seg om å drive helsetjenestene best mulig innenfor den struktur vi har. Strukturendringer bør ivaretas mer gradvis, med medvirkning fra berørte og interessegrupper og basert på en felles virkelighetsforståelse. Da ville det være lettere å skape motivasjon blant ansatte og stimulere til løpende innsats for forbedringer.

3. STYRINGSMESSIGE UTFORDRINGER I HELSESEKTOREN

3.1 Problemstilling

I dette kapitlet skal vi først gi en kortfattet beskrivelse av utviklingen av den norske helsemodellen. Sykehusreformen eller helseforetaksreformen i 2002 representerte en ny trend i styring og organisering av spesialisthelsetjenesten. Modellen for den nye organiseringen er store konsern med forretningsmessige mål for sin virksomhet. Vi skal belyse de nye utfordringer den gir for samhandling i en modell hvor det ideologiske grunnlaget er at helsetjenester skal være et felles velferdsgode for befolkningen og hvor tjenestene tildeles etter behov og finansieres av befolkningen i fellesskap.

Vi skal ta opp tre av den norske helsesektors grunnleggende økonomiske og organisatoriske utfordringer og se dem i lys av samhandlingsreformen:

- Behovsutvikling for helsetjenester som følge av befolkningsutvikling – hvilke tjenesteområder bør prioriteres
- Hvordan håndtere gapet mellom behov og ønsker om innsats i helsesektoren og de ressurser som kan stilles til disposisjon
- Valg av hovedmodell for organisering av helsesektoren:
 - Grunnleggende helsetjenester skal være et felles velferdsgode hvor tjenestene fordeles etter behov og finansieres i fellesskap (norsk modell)
 - Helsetjenester er forretningsvirksomhet og fordeles etter individuell betalingsevne i en vanlig markedsmodell (amerikansk modell)

Avslutningsvis skal vi vurdere hva som bør være hovedprinsippene for en framtidsrettet norsk helsesektor.

3.2 Utvikling av helsesektoren i Norge

3.2.1 UTVIKLINGEN FØR SYKEHUSLOVEN I 1970

Helsetjenestene i Norge har tradisjonelt vært utviklet i et samarbeid mellom offentlige myndigheter, ideelle organisasjoner og privat næringsvirksomhet. Alle de offentlige forvaltningsnivåene hadde viktige roller. Staten var lovgiver, regulerings- og tilsynsmyndighet, og hadde direkte ansvar for utdanning og deler av primærhelsetjenesten samt en del sentralinstitusjoner. Kommunene hadde ansvar for pleiefunksjoner, sosialomsorg og deler av primærhelsetjenestene. Fylkeskommunene var institusjonseier, ofte i samarbeid med kommunene. Kommunene og fylkeskommunene samarbeidet med ideelle organisasjoner og pasientorganisasjoner. Sammen sørget de for utbygging av helseinstitusjoner som somatiske og psykiatriske sykehus, rusinstitusjoner,

rehabiliteringsinstitusjoner og syke- og aldershjem. Øvrige helsetjenester var mer overlatt til private initiativ. Disse virksomhetene ble delvis finansiert med direkte bevilgninger fra kommuner og fylkeskommune, egenbetaling fra brukerne og innsamlede midler/gaver. Størstedelen av inntektene var imidlertid refusjoner fra lokale trygdekasser. De var organisert ved at innbyggere og arbeidstakere i kommunen betalte trygdeavgifter til sin lokale trygdekasse. Trygdekassene finansierte så legetjenester, helseinstitusjoner og de øvrige spesialisthelsetjenester ved kurpenger (institusjonsbehandling) og stykkpriser per behandling.

3.2.2 FOLKETRYGDEN OG SYKEHUSLOVEN

I forbindelse med innføringen av folketrygden i 1967 fikk staten et klarere finansieringsansvar for helsetjenestene. Det ble utarbeidet et trygdebudsjett som ble forelagt Stortinget. Bevilgningene i budsjettet var anslagsbevilgninger (overslagsbevilgninger); dvs det var lover, rettigheter, satser og omfang av tjenesteyting som bestemte utgiftene og ikke bevilgningsrammen. Den var et anslag på hva utgiftene ville bli. Anslaget ble beregnet ut fra vedtatte satser og prognoser for utvikling i tjenestenes omfang eller kvantum. Regnskapene viste jevnlig langt høyere utgifter enn det som var blitt anslått. Det var derfor hvert år store overskridelser av budsjettene. Stortinget måtte dekke dem med tilleggsbevilgninger. Staten hadde i dette systemet fått det direkte finansieringsansvar for trygdeutgiftene, men hadde samtidig dårlig kontroll både over utgifter og utviklingen av tjenestene.

Samtidig var det sterke politiske ønsker om å skape et klarere offentlig ansvar for helsetjenestene til befolkningen, og skape bedre samhandling og samordning mellom de ulike deler av tjenestene. Dette utløste et omfattende arbeid med helse- og sosiallovgiving, avklaring av ansvarsforhold mellom forvaltningsnivåene (kommuner, fylkeskommuner og staten) for tjenestene, planer for utbygging av tjenestene og finansieringen av dem.

For institusjonshelsetjenesten representerte sykehusloven, som trådte i kraft i 1970, et tidsskille når det gjaldt offentlig ansvar for sykehus og de andre helseinstitusjonene. Fylkeskommunene fikk et klart lovmessig ansvar for dem. Forutsetningen for at det offentlige skulle finansiere en helseinstitusjon var at den inngikk i fylkeskommunens helseplan. Det offentlige, ved fylkeskommunen, fikk dermed et virkemiddel til å styre utvikling av sykehus og andre institusjonshelsetjenester og skape bedre samhandling mellom dem.

En viktig konsekvens av sykehusloven var etablering av en nasjonal sykehusplan. Den skulle utarbeides ved at de enkelte fylkeskommuner laget planer for sitt fylke, mens Helsedirektoratet og Sosialdepartementet skulle samordne planen til en plan for hele landet. Dette skulle bl.a. bidra til bedre samordning og samarbeid mellom helseinstitusjonene om oppgaver og funksjoner, mer forutsigbar og strukturert utbygging, og sikring av helhetstenking og gode og likeverdige tilbud til alle. I denne planen var det viktig å bygge en god landsdekkende sykehusstruktur bestående av lokalsykehus, sentralsykehus, regionsykehus og en del spesialsykehus som ivaretok landsdekkende funksjoner. Den sykehusstruktur vi hadde fram til helseforetaksreformen i 2002 var basert på en relativt systematisk planlagt struktur. Folkevalgte i fylkes-

kommunene og regjeringen og stortinget hadde siste ord mht hvordan denne strukturen skulle være.

Dette planleggingsarbeidet var krevende og konfliktfylt både i fylkeskommunene og på statlig nivå. Struktur, utbygging og drift skulle tilpasses økonomiske rammer både i den enkelte fylkeskommune og for landet under ett. En skulle i minst mulig grad ha overlappende tilbud. Samtidig skulle befolkningens sikkerhet for helsetjenester være tilfredsstillende. Et hovedproblem var at fylkeskommunenes samlede utbyggingsplaner krevde større ressursbruk enn det statlige myndigheter mente det var økonomisk grunnlag for. Dessuten mente sentrale helsemyndigheter at dette ville gi en samlet helsetjeneste med større kapasitet enn det var behov for, og med høyere kvalitet og standard enn det landets økonomi kunne bære. I styrings- og planprosessene ble de ulike hensyn avveiet mot hverandre. Strukturer og utbygginger ble endelig avgjort i folkevalgte organer som stod ansvarlig overfor den befolkning de representerte.

3.2.3 KLARERE OFFENTLIG ANSVAR FOR PRIMÆRE HELSE- OG SOSIALTJENESTER

Etter sykehusloven ble det iverksatt et løpende utviklingsarbeid for å sikre befolkningens rettigheter til helse- og sosialtjenester, og et klarere offentlig ansvar for andre deler av helse- og sosialsektoren. Det gjaldt særlig de primære helse- og sosialtjenester, forebyggende helsetjenester og spesialområder som rehabilitering, rusomsorg og psykiatri. De mest omfattende reformene var:

- 1984 Kommunene fikk et klart ansvar for de primære helsetjenester, og Fylkeskommunene for spesialisthelsetjenester utenfor institusjon
- 1986 Ansvar for sykehjemmene tilbakeføres til kommunene fordi sammenhengen til de primære helse- og sosialtjenester og kommunale botilbud til eldre ansees viktigere enn sammenhengen til sykehusene
- 1992 De fylkeskommunale HVPU - institusjoner avvikles og ansvaret for omsorgen overføres til kommunene
- 2001 Pasientrettighetsloven og overgang til fastlegesystem i primærhelsetjenesten
- 2002 Ansvar for spesialisthelsetjenestene overføres til statlige helseforetak
- 2004 Ansvar for rusinstitusjoner og oppgaver i rusomsorgen overføres til de statlige helseforetakene. Ansvar for det fylkeskommunale barnevernet overføres til et statlig direktorat for barnevern.

De nye helse- og sosiallover fra 1984 var like skjelsettende for de primære helse- og sosialtjenester som sykehusloven hadde vært for helseinstitusjonene i 1970. Disse lovene ble utarbeidet gjennom et omfattende utredningsarbeid, forsøksordninger og med bred deltagelse fra alle aktører. De nye lovene ga kommunene et klart ansvar for de primære helse- og sosialtjenester og befolkningen klarere rettigheter til slike tjenester. Primærlegetjenestene og fysioterapi ble fortsatt ivaretatt av leger og fysioterapeuter med

privat praksis, men nå basert på avtaler med kommunene. De øvrige tjenester og tilbud ivaretok kommunene selv.

3.2.4 FINANSIERINGSORDNINGEN FOR HELSETJENESTENE

Finansieringsordningene for helseinstitusjonene

Finansieringsordningene for helsetjenestene har også gjennomgått betydelige endringer. Det gjelder særlig finansieringen av sykehus og andre helseinstitusjoner. Finansieringen av dem var opprinnelig basert på kurerpenger fra folketrygden. Helseinstitusjoner, som inngikk i fylkeskommunenes godkjente helseplaner, mottok refusjoner. Den enkelte institusjon fikk en inntekt på 75 pst av et utgiftsbeløp beregnet ut fra kursatser og antall kurdøgn. Refusjonsbeløpet skulle trappes opp til 85 pst. I tillegg mottok fylkeskommunene refusjoner for kostnader til renter og avdrag på lån til sykehusbygg. Inntektene til helseinstitusjonene var derfor fullt ut basert på et aktivitetsorientert finansieringssystem.

Fra statens side ble det fram til midten av 1990-tallet arbeidet aktivt for å komme bort fra det aktivitetsorienterte finansieringssystemet. De mest omfattende endringene i de påfølgende år skjedde i tilknytning til følgende:

- 1977 Refusjonssatsen av kursatsene ble redusert fra 75 pst til 50 pst i stedet for opptrapping til 85 pst som var planen. Inntektsandelen ved direkte bevilgninger over fylkeskommunens budsjett ble økt. Den avgjørende begrunnelse var at den aktivitetsbaserte finansieringen ga for sterke stimulanser til utbygging og offentlig utgiftsøkning.
- 1986 Full overgang fra kurerpenger til statlig rammefinansiering til helsetjenestene i den enkelte fylkeskommune. Dvs en forlater aktivitetsorientert eller innsatsstyrt finansiering basert på kurerpenger til den enkelte institusjon. Dette systemet hadde gitt lengre gjennomsnittlig liggetid enn nødvendig ” – Sengene skulle holdes varme”. Det ga for sterk utgiftsøkning og for liten statlig styring av inntektene. Institusjonenes inntekter ble nå i hovedsak bevilget over fylkeskommunenes budsjetter basert på fylkeskommunenes egne inntekter og statlige rammetilskudd til helsetjenestene i fylkeskommunene. Dette skulle også gi bedre prioriteringer og stimulanser til mer effektive løsninger.
- 1994 Rammefinansiering til de fylkeskommunale helsetjenester avvikles og erstattes av generell rammefinansiering til fylkeskommunenes virksomhet. Direkte statlig finansiering til fylkeskommunenes helsetjenester var dermed avviklet med unntak av stykkprisrefusjoner fra folketrygden til polikliniske tjenester og spesialisthelsetjenester utenfor institusjon.
- 1997/98 Gjeninnføring av aktivitetsbasert finansiering til fylkeskommunene ved at de fikk refusjoner basert på aktivitet beregnet ut fra DRG-systemet. 60 pst av inntektene bestod av aktivitetsbasert finansiering, mens basisfinansieringen utgjorde 40 pst. Fylkeskommunene utviklet så på eget grunnlag systemer med

stykkprisrefusjoner til sine institusjoner. I år 2000 hadde alle fylkeskommuner utviklet slike systemer for å styre sine institusjoner økonomisk.

- 2005 Fordelingen mellom aktivitetsbasert finansiering og basisfinansiering ble endret. Basisfinansieringen ble økt til 60 pst, mens den aktivitetsbaserte ble redusert til 40 pst.

I forbindelse med Stortingsmelding nr. 47, samhandlingsreformen foreslås det en omlegging av finansieringen slik at 20 pst av inntektene skal overføres til kommunene mot at de skal betale ca 20 pst av kostnadene ved å ha pasienter fra kommunen i spesialisthelsetjenesten. Samtidig reduseres basisfinansieringens andel til 50 pst og DRG-finansieringen til 30 pst. Dette innebærer imidlertid at den samlede aktivitetsbaserte finansiering øker fra 40 til 50 pst; 30 pst DRG fra staten og foreslått 20 pst aktivitetsbasert fra kommunene. (Hvis den kommunale medfinansiering ikke er aktivitetsbasert vil den ikke kunne ha noen såkalt insentiveffekt.)

I tillegg til disse forhold representerte det såkalte gjestepasientoppgjøret (systemet for betaling for pasienter fra andre fylker i vedkommende fylkes institusjoner) løpende diskusjoner og endringer. Striden stod mellom fylker som var nettomottakere, og fylker som var netto bidragsytere. I denne striden var det de landsdekkende sykehus med Rikshospitalet i spissen og regionsykehusene som var mest misfornøyd. De ivaretok de mer høyspesialiserte sykehusstilbud. De så seg tjent med å komme tilbake til aktivitetsbasert finansiering. For lokalsykehusene som i større grad hadde et totalansvar for pasientens problemer, og som ikke hadde det samme spesialiseringsnivå, ville et aktivitetsbasert finansieringssystem basert på DRG være mer problematisk. Kanskje var innføringen av aktivitetsbasert finansiering basert på DRG i 1998 en seier for de store og spesialiserte sykehusene på bekostning av lokalsykehusene.

Finansieringsordningene i kommunehelsetjenesten

Parallelt med endringer av finansieringen av sykehus og andre helseinstitusjoner skjedde også endringer i finansieringssystemet for kommunehelsetjenesten. Sykehjemmene hadde samme refusjonssystem som sykehusene; dvs kurpenger. Så lenge sykehjemmene var et fylkeskommunalt ansvar fulgte finansieringen av dem utviklingen i den øvrige del av fylkeskommunenes institusjonshelsetjeneste. I forbindelse med finansierungs- og ansvarsreformen i 1986 ble kurpengene erstattet med full rammefinansiering av helseinstitusjoner. Kommunene fikk samtidig ansvaret for sykehjemmene.

Bl.a. for å sikre likeverdig finansiering av pleie- og omsorgstjenester hos hjemmeboende og institusjonsboende var det innført statstilskudd til de kommunale ordninger for hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Kommunene mottok 75 pst refusjon for utgifter til sykepleie og 50 pst for utgiftene til hjemmehjelp. Disse ordninger gikk i 1986 også inn i ordningen for rammetilskudd til kommunenes helse- og sosialtjenester på linje med det som skjedde i fylkeshelsetjenesten.

Et av problemene i systemet før 1986 var ulikheten i finansiering mellom aldershjem, sykehjem og hjemmehjelp/hjemmesykepleie. Aldershjemmene fikk ikke statstilskudd slik alle andre ordninger hadde fått. Derfor ble slike institusjoner nedlagt og ikke bygd ut. Sannsynligvis var de heller ikke tilpasset krav og behov fra kommende eldre generasjoner. Derfor var dette en hensiktsmessig utvikling.

Aldershjemmene er i dag erstattet av nye boformer for personer som har særskilte pleie- og omsorgsbehov. Disse betegnes i dag som omsorgsboliger, eldreboliger el. Kommunene står vanligvis bak byggingen av dem og eier disse boligene. De finansieres imidlertid ved at beboerne betaler husleie, holder kosten selv, betaler for medisin og helsetjenester og mottar kommunale tjenester, særlig hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Samtidig nyter de godt av statlige tilskudd og refusjoner som bostøtte, medisin på blåresept og folketrygdens tilskudd til legetjenester, fysioterapi og lignende.

Sykehjem og aldershjem finansieres fullt ut over kommunenes budsjetter. Det gjelder for slike institusjoner en betalingsforskrift som fastsetter beboernes betaling for opphold i slike institusjoner. Den betales i forhold til beboernes inntekter. Har beboerne tilstrekkelig inntekt skal de i prinsippet dekke alle institusjonens kostnader. Har de ikke inntekter betaler kommunen for oppholdet og de tjenestene beboeren mottar. Dette betyr at beboere i alders- og sykehjem helt og holdent er avhengig av aldershjemmets og sykehjemmets tilbud og budsjett når de mottar legetjenester, medisin, fysioterapi.

Er du omsorgsmottaker og bor i egen bolig eller omsorgsbolig, mottar du automatisk refusjon fra folketrygden for disse tjenester på samme måte som den øvrige befolkning. Brukerne er mao ikke avhengig av kommunal finansiering av slike tjenester. Det betyr at det er mindre kostnadskrevende for kommunen å tilby omsorgstrengende tjenester i eget hjem eller omsorgsbolig enn i institusjoner som syke - og aldershjem. Det skaper ikke problematiske vridningseffekter. Det betyr i realiteten at disse pleie- og omsorgstrengende har samme rettigheter som den øvrige befolkning.

I forhold til beboere i sykehjem kan det imidlertid fortone seg annerledes. Deres bruk av primærlegetjenester, fysioterapi og medisin er avhengig av hvor god kommunenes økonomiske situasjon er. Ved å bli institusjonsbeboer mister de sine rettigheter i folketrygden til medisin og helsetjenester, og er i stedet avhengig av at de mottar det samme over kommunens budsjett.

I 1994 ble ramrefinansieringen til kommunenes helse- og sosialtjeneste lagt inn i det generelle rammetilskuddet til kommunene. Dermed var systemet med direkte statstilskudd til kommunehelsetjenesten avviklet. Primærleger og fysioterapeuter med avtale med kommune fikk imidlertid fortsatt dekket størstedelen av sine inntekter gjennom et system av stykkpristilskudd fra staten og brukerbetaling.

3.2.5 SYKEHUSREFORMEN I 2002 VARSLET EN NY TREND I NORSK INSTITUSJONSHELSETJENESTE

Etter innføringen av sykehusloven i 1970 har det pågått omfattende endringer og utvikling både når det gjelder overordnet ansvar for helsetjenester og finansieringen av dem. Når det gjelder ansvar var trenden fram til 2002 en bevegelse mot et klarere offentlig ansvar for tjenestene. Tjenestene ble også mer sett på som rettigheter for befolkningen. Ansaret ble ivaretatt ved at kommunene og fylkeskommunenes ivaretok tjenestene overfor befolkningen. Lege og fysioterapi ble videreført gjennom egne sentre eller praksiser i direkte regi av kommunen eller basert på driftsavtale med kommunen.

Sykehusreformen, eller spesialisthelsetjenestereformen i 2002 betydde et helt avgjørende brudd på denne utviklingstrenden. Den ble vedtatt uten at konsekvensene av reformen var utredet. Reformen ble lansert som om hovedinnholdet i den var at staten

skulle overta ansvaret for sykehus og andre helseinstitusjoner fra fylkeskommunene. Et slikt statlig ansvar skulle blant annet gi større sikkerhet for befolkningens felles helsetjenester. De tidligere fylkeskommunale helsetjenester ville i større grad kunne bli vurdert på tvers av fylkesgrensene. Region - og landsdekkende funksjoner kunne bli langt bedre samordnet. Dette skulle derfor gi mer effektive helsetjenester og bedre styring av økonomien i dem.

Reformen ble gjennomført i all hast. Løsningen gikk på tvers av konklusjonene i tidligere utredninger. Det ble fremmet helt nye ideer og forslag for organisering av sykehusene og spesialisthelsetjenestene basert på ideene fra New Public Management. De hadde sine røtter i omorganisering og privatisering av offentlig virksomhet fra Thatcher og Reagans styringsperioder i Storbritannia og USA. Resultatvurderinger fra Skottland og New Zealand har vist at dette ikke har vært vellykket. Skottland og New Zealand har reversert prosessene. (Eilertsen, 2009 og LO Stat 2004).

I ettertid er det lettere å se at reformen ble markedsført under falskt flagg. Det sentrale i reformen var ikke at staten overtok ansvaret. Primært var det en reform i metodene staten brukte for å styre og organisere sykehus. Den bestod av tre hovedtiltak:

- Fylkeskommunene ble fratatt ansvaret for å drive sykehus og andre spesialisthelsetjenester.
- Ansvaret ble overført til fem (senere fire) regionale helseforetak. De regionale helseforetakene er morselskap for de utøvende helseforetak (sykehus eller grupper av sykehus) som er datterselskaper. Mønsteret er aksjeselskaper organisert som konsern. Foretakene er selvstendige rettssubjekter. Styrene representerer eier av foretakene og ikke befolkningen som helsetjenestene skal ytes til.
- Økonomistyringen ble endret fra å bruke systemer utviklet for offentlige velferdstjenester til regnskap utviklet for lønnsomhetsstyring i forretningsvirksomhet.

Statens styring av sykehusene var minst like sterk da fylkeskommunene drev dem. Det var allerede en regionalisering med regionsykehus og noen spesialiserte funksjoner for hele landet. Staten bevilget inntektene til fylkeskommunene og vedtok de særskilte finansieringsordninger herunder innsatsstyrt finansiering. Store bygningsmessige investeringer ble godkjent av departementet. Fordeling av legehjemler ble jevnlig regulert av staten. Da som nå styrte staten helselovgivning, fastsatte forskrifter og kontrollerte gjennomføringen av helsetiltakene.

Det primære i reformen i 2002 var å avvikle regional folkevalgt styring og erstatte den med styring etter mønster fra næringslivet. Den styring representanter for befolkningen ivaretok ble overført til en slags forretningsmessig elite. Reformen kan derfor betraktes som mistillit til folkevalgtes styring av velferdstjenester og tro på styre etter mønster fra forretningsvirksomhet. Kombinasjonen med lønnsomhetsregnskap forsterker inntrykket av at det grunnleggende for reformen var en unyansert tro på bedre velferdstjenester ved å omgjøre dem til forretning.

3.3 Sykehusreformen i 2002 avvirket de viktigste redskapene for overordnet samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Da forretningsmodellen og lønnsomhetsregnskap ble innført skjedde flere viktige endringer. Viktigst for samordning og samhandling i helsetjenesten var:

- System for budsjett og langtidsbudsjett/økonomiplan forsvant.
- Systemet med fylkesvise helseplaner ble borte og ble ikke erstattet av tilsvarende planer for regionhelseforetakene.
- Samordning og samspill mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i kommunenes og fylkeskommunenes helseplaner og øvrig lokalt og regionalt planarbeid ble også borte.

De to viktigste redskapene for samhandling og samarbeid på overordnet nivå – systemet for aktivitetsfordeling mellom de ulike grener av helsetjenestene og utbyggingsaktivitetene – ble i realiteten så godt som avvirket over natten. Arbeidet med helse- og sosialplaner var viktige samhandlingsarenaer ved at politisk og administrativ ledelse både på fagnivå, administrativt ledernivå og politisk nivå både fra kommunen og fylkeskommunene måtte delta. I disse fora og prosesser ble synspunkter på mål og konkrete tiltak og utbygging brynt mod hverandre. (I disse prosesser måtte utarbeides konsekvensberegninger av forslag både mht virkninger for helsetilbud og økonomi.) Det er lett å undervurdere betydningen av slike arenaer, og effektene av at de er borte kommer fram først langt senere.

Det kan virke som om arkitektene bak sykehusreformen ikke en gang kjente til styrings-systemer som var knyttet til budsjettering og planlegging, og som foregikk på lokalt og regionalt nivå. De var utviklet for å styre og samordne felles velferdstjenester basert på folkevalgt styring.

Systemendringen betydde at beslutningsmyndighet ble overført fra ansvarlige folkevalgte organer som måtte vurdere helsetjenestene ut fra befolkningens behov og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. I stedet overtok upolitiske foretaksstyrer, (såkalte profesjonelle styrer) som ble pålagt å vurdere spesialisthelsetjenesten basert på bedriftsøkonomisk styring ut fra det enkelte foretaks interesser og en del overordnede mål og krav fra helse- og omsorgsministeren. Befolkningens behov for helsetjenester kommer i bakgrunnen i forhold til foretakenes egne interesser på en helt annen måte enn i det tidligere system. En av de viktige hovedtanker bak foretaksstyring er nettopp at den skal fremme de interesser foretaket har og ikke felleskapets interesser.

Kombinasjonen lønnsomhetsregnskap, foretaksorganisering med styrer etter modell for aksjeselskaper og stykkprisfinansiering har fire viktige konsekvenser:

- svekker overordnet politisk styring
- stimulerer til at økonomisk lønnsomhet for det enkelte foretak blir vektlagt
- stimulerer til konkurranse mellom institusjonene i stedet for samarbeid
- gir mangelfull økonomistyring for fellesbetalt offentlig virksomhet

Interessant i så måte er en undersøkelse gjennomført av SINTEF og Universitetet i Oslo (Aasland m flere 2007). Den viser at av sykehusleger er det bare 18 pst som mener at

effektene av reformen er positiv, mens 49 pst mener at effektene har vært negative. Det er også en bred oppfatning blant sykehusleger at reformen oppmuntrer til å prioritere lønnsomme pasientgrupper (62 pst) og også at det blir gjort (45 pst).

Det er særlig uheldig at det ikke er et felles system for bevilgningsbudsjett i helseforetakene. Dermed blir det ikke utarbeidet budsjettforslag som viser hva det samlet koster å drive sykehusene våre ut fra den struktur og de standardkrav som helseministeren stiller. Det foreligger heller ingen beregninger av konsekvenser bevilgningene vil ha for restrukturering og nedbygging av tilbud. Stortinget får seg forelagt samlede rammebevilgning til de regionale helseforetakene, stykkprisrefusjoner og egenandeler. Spesielt er det vanskelig å forstå at en så omfattende og komplisert offentlig virksomhet kan klare seg uten økonomiske langtidsplaner som belyser konsekvenser av store investeringer og utbyggingstiltak.

En skulle tro at nasjonal helseplan, som behandles i Stortinget, inneholder et økonomisk investeringsprogram og vurderinger av om planer, mål og ønsker som der legges fram er realiserbare innenfor de gjeldene inntektsrammer. Planen er ”kjemisk fri” for slike økonomiske oversikter og analyser. Det har også vist seg at det mangler oversikt over konsekvenser store nye investeringer har for annen virksomhet og framtidige drifts-, rente- og avdragsutgifter.

I offentlig virksomhet hvor inntekter og utgifter ikke er basert på budsjetter vil det være en tendens til å sette inntektene lavere enn det som kreves for å opprettholde eksisterende virksomhet og dekke planlagte nye tiltak. Det legger et sterkt press på foretaksstyrer og administrasjon om å effektivisere og/eller legge ned virksomheter og tjenester for å komme i økonomisk balanse. Et visst effektiviseringspress kan sikkert være hensiktsmessig. Men dersom gapet mellom inntekter og utgiftsbehov blir for stort kan dette utløse en voldsom strukturrasjonalisering uten politiske prioriteringer.

Kanskje er det nettopp en omfattende strukturrasjonalisering, med nedlegging av lokalsykehus, satsing på større enheter og sentralisering av tjenestene, som er det virkelige målet. Det kan nok den valgte forretningsmodell utløse. Men det er usikkert om slike prosesser gir god styring.

Et eksempel på mangelfull samordning og konsekvensberegning av investeringer etter den nye modellen, var utbyggingen av nye A-hus i Helse Øst RHF. Prosessen knyttet til planlegging og utbyggingen av det nye sykehuset synes å ha vært vellykket.

Kapasiteten, som utbyggingen var basert på, var imidlertid langt større enn sykehusets pasientgrunnlag. Etter utbyggingen ble det derfor nødvendig å flytte pasienter fra velfungerende og kostnadseffektive lokalsykehus til det nybygde sykehuset med høyere kostnadsnivå. Hittil har det ført til at ett sykehus er nedlagt, ett er vedtatt nedlagt mens ett er betydelig bygget ned. Sløsing pga den mangelfulle overordnede planlegging blir ekstra påtagelig når lokalsykehus løpende har foretatt store investeringer for å utvikle nye tilbud for så, som i tilfellet med Aker sykehus, å oppleve at hele sykehuset blir vedtatt nedlagt bare dager etter åpningen av en ny og påkostet avdeling.

Kloke sykehusdirektører og helseforetaksstyrer forstod at en vellykket spesialisthelsetjeneste var avhengig av godt samarbeid med kommunehelsetjenesten. Derfor er det mange steder etablert nettverk som bidro til at et samarbeidet med kommunehelsetjenesten ble videreført etter lignende opplegg som en hadde da fylkeskommunene var ansvarlig for spesialisthelsetjenestene.

3.4 Helsesektorens økonomiske og organisatoriske hovedutfordringer og samhandling

3.4.1 BEHOV FOR HELSETJENESTER SOM FØLGE AV DEMOGRAFISK UTVIKLING MV. OG SAMORDNING

Samhandlingsreformen legger stor vekt på at helsetjenestene våre må utbygges i forhold til forventede framtidige behov for helsetjenester som følge av den befolkningsutviklingen. I meldingen vises til at behovet for helsetjenester særlig vil øke fordi antall eldre øker. Dessuten er en opptatt av å skaffe bedre tilbud til kronikere og pasientgrupper som særlig er avhengig av sammensatte tilbud som rusmisbrukere og deler av psykiatrien. De eldre har også mer sammensatte lidelser og den medisinske behandling av dem virker inn på hverandre.

Med den betydelige vekt som legges på utviklingen i behovsfaktorene er det overraskende at stortingsmeldingen ikke inneholder analyser av hvilke spesialisthelsetjenester som best kan ivareta befolkningens framtidige behov ut fra det såkalte BEON-prinsippet.

Den mest spesialiserte del av spesialisthelsetjenesten ivaretar for det første pasienter med sjeldne lidelser. Det gjelder imidlertid bare anslagsvis 3 pst av pasientene. De store og mest spesialiserte sykehusene er mer komplisert i sin spesialisering ved at de har langt flere spesialiteter enn lokalsykehusene, og grensene mellom spesialitetene har en tendens til å bli større. Samtidig har de store sykehusene med mange spesialiseringer muligheter til å gi kvalitativt bedre tjenester til pasienter som trenger flere spesialiseringer enn lokalsykehusene kan ha. Det er også en rekke alvorlige diagnoser og inngrep som krever større pasientunderlag enn et lokalsykehus har, for å opparbeide den kompetanse og innsikt som er nødvendig for å kunne gi kvalitativt gode tjenester. Avveiingen av pasientfordeling og ressursfordeling mellom ”høyspesialiserte” spesialisthelsetjenester og lokalsykehusene er derfor også viktig.

I spesialisthelsetjenesten er det imidlertid lokalsykehusene som har 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 pst 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 mao kostnadmessige stordriftsulemper.

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. Vi vet også at blant slike pasienter er det stor grad av reinnleggelser. Lignende forhold gjelder også for pasienter med kroniske lidelser. 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 slikt samarbeid. Derfor er det i en slik reform logisk også å prioritere lokalsykehusenes tilbud.

Utviklingen i behovet for helsetjenester burde følgelig tilsi at kommunehelsetjenesten og lokalsykehusstilbudene ble prioritert høyest. Reformen legger opp til at kommunehelsetjenesten skal prioriteres opp. Målsetting for spesialisthelsetjenesten er at den skal satse på sine mest spesialiserte funksjoner og utvikle dem videre. Det betyr indirekte at lokalsykehusene og andre lokale helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten skal prioriteres ned (jf fig 9, Kap 4), til tross for at det er den del av spesialisthelsetjenesten som er best tilpasset de behov for helsetjenester som utviklingen må antas å kreve og som oppfyller BEON.

Lokalsykehusene og deres betydning for samhandling er ikke analysert i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Det kan virke som om en ikke har vært opptatt av lokalalsykehusene rolle i samhandlingen mellom helsetjenestene. Nedbygging av lokalsykehus er for øvrig en prosess som pågår med full styrke i helseforetakene (jf kap 6). I Helse- og omsorgsdepartementets vokabular synes begrepet lokalsykehus å være fjernet. På departementets nettsider er grunnstrukturene i norsk helsetjeneste presentert (Helse- og omsorgsdepartementet 2010). Der er nye institusjonsbetegnelser som distriktsmedisinske senter kommet inn, mens lokalsykehus er ute (jf kap 6.2). Tanken synes å være at de rene lokalsykehusene skal bort. Noen skal utvikles til mer spesialiserte sykehus, mens andre skal inngå i distriktsmedisinske sentre. Dette er den såkalte ”skammelfunksjon”. Før slike nye opplegg iverksettes bør de konsekvensberegnes og legges ut til vurdering. I stedet er den i ferd med å iverksettes uten konsekvensberegninger, herunder vurdering av hvilke virkninger dette vil ha for kvaliteten på de norske helsetjenester.

Ute i distrikts-Norge og kommune-Norge synes det å være en grunnleggende støtte til lokalsykehusene. Tilsvarende støtte synes de ikke å ha på sentralt hold. Der prioriteres den mest spesialiserte del av spesialisthelsetjenesten. Det kan stilles spørsmål ved om de sentrale helsemyndigheter og sentrale politiske miljøer har god nok kontakt med lokalsykehusene og deres fagmiljøer. Videre kan det reises spørsmål om selve helseforetaksmodellen forhindrer kontakt mellom fagmiljøer og lokale institusjoner på den ene siden, og sentrale helsemyndigheter og -politikere på den andre siden. Det er f.eks åpenbart skapt en kultur i foretakene der fagpersoner og ledere ikke har adgang til å ytre seg utad mot vedtak eller politikk fra toppledelsen i regionhelseforetakene.

3.4.2 HVORDAN HÅNDTERE GAPET MELLOM BEHOV OG ØNSKER OM INNSATS – OG RESSURSER SOM KAN STILLES TIL DISPOSISJON

Det vil alltid være gap mellom behov og ønsker om innsats i helsesektoren og de ressurser fellesskapet kan stille til disposisjon. Derfor vil økonomien i helsesektoren alltid være en stor utfordring og derfor vil konflikter og problemer knyttet til styringen aldri kunne unngås. Derfor er det også viktig med gjennomtenkt og god organisering og gode styringssystemer.

Helsereformen i 2002 ble gjennomført uten særlige utredninger, i stort tempo og basert på ren ideologi om at styring og organisering etter mønster for forretningsvirksomhet

ville gi ordnede økonomiske forhold og mer effektive sykehus. En fjernet, som nevnt foran, de viktigste redskapene for å styre og fordele ressurstildeling til disse offentlige tjenester; fylkeskommunens budsjettssystem og fylkeskommunens system for langtidsplaner og helseplaner. De ble ikke erstattet med nye systemer. Det ble verken utredet eller lagt vekt på den mangel på system, informasjon og oversikt dette ville måtte skape i spesialisthelsetjenesten. I årene etter 2002 har denne helsereformen generert regnskapsunderskudd i forhold til Stortingets vedtatte bevilgningsrammer i en størrelsesorden som til da var ukjent i norsk offentlig forvaltning. Bedre økonomistyring har den i hvert fall ikke gitt.

Dette betyr selvsagt ikke at styring og løsninger var uten problemer i det gamle systemet. Foretaksreformen var et stort nederlag for fylkeskommunen og folkevalgt styring. Men som trøst trakk en del av fylkeskommunenes ledere et lettelsens sukk. De kunne trøste seg med en mindre konfliktfylt hverdag.

Det finnes selvsagt ingen lettvint løsning på utfordringen gapet mellom ønsker og behov for innsats og mulig ressurstildeling representerer. 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 helsesektoren 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.

Metodene som er utviklet for å styre økonomien i offentlige velferdsgoder består av:

- Budsjett – og regnskapssystemer
- Plansystemer
- Organisering
- Ledelsessystemer og – kultur
- Utdanning, rekruttering og personalutvikling
- Bedriftskultur

Det er gjennom en systematisk og langsiktig politikk for å utvikle og forbedre disse forholdene en skaper styrings- og organisasjonskulturer som håndterer 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.

3.4.3 HELSESEKTORENS ØKONOMISKE OG ORGANISATORISKE UTFORDRINGER: MARKEDSSTYRING OG FORRETNINGSORGANISERING – ELLER ET FELLES VELFERDSGODE

Det som i dag særpreger den norske modellen for helsetjenester er:

- Finansieringen av helsetjenestene skjer i hovedsak i fellesskap med et visst innslag av egenbetaling fra brukerne. Tannhelsetjenesten er et hovedunntak.
- Det offentlige har gjennom helselovgivningen et forsyningsansvar for de grunnleggende helsetjenestene og de ivaretas av kommunene og staten
- Befolkningen har rettigheter til helsetjenester og de fordeles etter medisinske behov og ikke betalingsevne
- Politiske organer skal ha det overordnede ansvar for prioritering og utvikling av de grunnleggende helsetjenester

Hovedalternativet til denne modellen er å se på helsetjenestene mer som et vanlig individuelt gode og løse produksjon og forsyning og fordelingen gjennom en markedsmodell. Da vil helsetjenestene frambringes basert på konkurranse mellom mange aktører som kan være organisert både av offentlig eide og privat eide foretak. Fordelingen av helsetjenestene kan også bli løst i markedet av den enkeltes betalingsevne. Dette kan betegnes som den amerikanske modellen for helsetjenester.

Det offentlige har en rekke virkemidler for å regulere slike markeder gjennom autorisasjonsordninger og andre krav til markedsdeltagerne. Fordelingen i slike markeder kan også reguleres på ulike måter. Det kan være offentlig finansieringsansvar for noen grunnleggende tjenester. Det offentlige kan regulere betalingen i forhold til inntektsnivå. Det individuelle betalingsansvar kan ivaretas gjennom forsikringsordninger. En kan også tenke seg obligatoriske forsikringsordninger som alle er deltagere i, og som står for bestilling av helsetjenester på vegne av dem som deltar i forsikringsordningen. Mellom hovedalternativene kan det derfor være mange kompromisser. I virkelighetens helsetjenester, enten vi snakker om Norge eller USA, vil det også være mange kompromisser.

OECD lager statistikk for sine medlemsland om helseutgiftene (jf kap 3). Selv om det ikke er så lett å sammenligne, framkommer to hovedforskjeller mellom USA-modellen og Norge-modellen for helsetjenester:

- Til tross for at Norge har et høyere inntektsnivå per innbygger så har USA betydelig høyere helseutgifter enn Norge både målt i utgifter per innbygger og i andel av BNP. I Norge har så godt som alle relativ lik tilgang på helsetjenester, mens i USA er det store grupper som ikke har god nok betalingsevne til å delta i de private løsningene for helseforsikring.
- I Norge har myndighetene store bekymringer om utgiftene til helsetjenester. I USA er bekymring for utgiftene mindre til tross for at de er betydelig høyere enn hos oss.

Dette paradokset kan forklares ved at i USA ser politikere og økonomer på helseutgiftene som private utgifter. De gjenspeiler folks individuelle prioriteringer og valg. Derfor er utgiftsbruken uproblematisk. Helsetjenestene sees på som vanlig forretningsvirksomhet. De er en del av nasjonens verdiskapning og ikke utgiftsbruk. I dette systemet er, som Tankesmien Helse Visjon 2015 skriver, ”pasientene en verdi og

ikke et problem”. Bivirkningen er imidlertid langt høyere utgifts- og ressursbruk og en fordeling av helsetjenester som flertallet i Norge oppfatter som meget urettferdig.

Årsaken til dette paradokset har sammenheng med synet på offentlig virksomhet. Når vi i Norge har valgt å ivareta produksjon og fordeling av grunnleggende helsetjenester som offentlig virksomhet er det fordi det har vært oppfattet som en bedre måte å gjøre det på enn å la markedet ivareta det. Det gir oss mer desentraliserte tjenester, bedre fordeling av tjenestene og mer effektiv produksjon av tjenestene. Tallene fra OECD er også en klar indikasjon på at denne konklusjonen er riktig.

Men dersom synet på offentlig virksomhet er at det først og fremst dreier seg om å fordele utgifter fra skattebetalerne på forskjellige virksomhetsområder blir vurderingen annerledes. Da blir den offentlig virksomhet finansiert av private virksomhet. Den er ikke verdiskapning med utgiftsbruk.

Et interessant forhold i denne sammenheng kan for eksempel hentes fra Finansdepartementets forskrift for beregning av samfunnsøkonomiske virkninger av offentlige tiltak (Finansdepartementet 2005). I en samfunnsøkonomisk analyse av offentlige tiltak skal de samlede nyttevirkninger vurderes mot de samlede kostnader. Finansdepartementet påbyr at i de samlede kostnader til tiltaket skal gjøres et ekstra påslag på 20 pst. Begrunnelsen for det er at når innbyggerne ikke bruker inntektene sine direkte selv oppstår et nyttefall som sammen med kostnadene ved å inndrive skattene må tas hensyn til ved all offentlig utgiftsbruk. I teoretiske betraktninger fra rendyrkede markedsliberalister opereres med et langt større nyttefall ved offentlig virksomhet enn det Finansdepartementets økonomer og politikere har foreskrevet for Norge. Men også i Norge må offentlig virksomhet være 20 pst mer effektiv enn privat virksomhet for å være samfunnsøkonomisk lønnsom i følge Finansdepartementets krav i retningslinjene for slike analyser.

I mål/middelanalysen (jf kap 4) er vist at samhandlingsreformen er opptatt av at det offentlige ansvar skal rettes mot pasienten og prioritering av pasienter (jf Grep 1 – klarere pasientrolle). I Tankesmiens konklusjoner er de opptatt av det samme. De har imidlertid i tillegg helt klare konklusjoner om at en må få et organ for å ivareta pasientene og som kan bestille tjenester for pasienten. Videre er et av hovedproblemene at politikerne blander seg for mye opp i den konkrete organisering og utvikling av selve produksjonen av helsetjenester. Det var en lignende tankegang som lå bak valget om å organisere spesialisthelsetjenestene som foretak. Derfor kan både helseforetaksreformen i 2002 og samhandlingsreformen slik den er presentert i St. meld. nr. 47 sees som viktige skritt i retning av en mer ”amerikansk” modell for helsetjenester. En ønsker nok en felles ”forsikringsordning” for helsetjenestene, mens produksjonen av tjenesten skal ut av det de kaller forvaltningen (styres politisk) og over i foretak og forretningsvirksomhet.

Norske politiske helsemyndigheter har reist til USA for å studere helsemodeller som fungerer der. Interessen synes å knytte seg til Kaiser Permanente modellen. Det er en stiftelse – eller samvirkelagliggende organisering. Det er en non-profit organisasjon bygget opp for å ivareta medlemmenes totalbehov for grunnleggende helsetjenester. Organisasjonen har egne ansatte til å ivareta primærhelsetjenestene og driver sykehus og andre helseinstitusjoner for å dekke medlemmenes behov for spesialisthelsetjenester. Medlemmene finansierer dem gjennom forsikringslignende ordning. Av mange ansees dette som den mest vellykkede organisering av tilbud om og fordeling av helsetjenester i USA.

Denne modellen er for deltagerne ganske lik den norske modellen. Oppbyggingen av vår helsesektor har bestått i å la kommuner og fylkeskommuner (fra 2002 statlige foretak) ivareta tilbudet av helsetjenester for befolkningen. Befolkningen har rettigheter til tjenestene og de fordeles ut fra behov og finansieres av skatter som befolkningen betaler. Forskjellen er imidlertid at i Norge er alle deltakere i modellen, og vi har hatt valgte representanter for befolkningen til å styre den. I en slik modell er imidlertid foretaksmodellen for sykehus og andre spesialisthelsetjenester et fremmed element. Samhandlingsreformen burde sørge for at dette fremmedelementet ble fjernet.

4. ANALYSE AV MÅL OG MIDLER I SAMHANDLINGS-REFORMEN

4.1 PROBLEMSTILLING

I St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen er det ikke lett å finne presise formuleringer om målene i reformen. Det samme gjelder virkemidlene som skal brukes for å realisere målene. Hva slags reform det legges opp til framstår derfor uklart. Dette gjenspeiles også i begrepsbruken hvor moteord som *fokus*, *grep*, *perspektiver* dominerer, mens begrep som *mål* og *virkemidler* glimrer med sitt fravær. I dette kapittel skal vi drøfte nærmere sammenhengen mellom mål og virkemidler slik de er presentert i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Vi skal særlig analysere hvilke mål virkemidlene eller de såkalte ”grepene” i samhandlingsreformen er egnet til å nå.

Forløper og inspirator for den offentlige utredning om Samhandlingsreformen er arbeidet i ”Tankesmien Visjon helse 2015” (Osmundsen og Normann 2006). Deltakerne i Tankesmien var de største private aktørene som arbeider med tjenester til helse-sektoren, Rikshospitalet, Østfold HF og arbeidsgiverorganisasjoner som NAVO og KS. Arbeidet ble ledet av Terje Osmundsen i Mandag Morgen og Erik Normann, leder av Norsk sykehus- og helsetjenesteforening/adm. dir. ved Akershus Universitetssykehus. Arbeidet i denne Tankesmien ble gjennomført ved fem temamøter med de samme problemstillinger og i stor grad de samme konklusjoner som Samhandlingsreformen har. Men Tankesmiens utredning har i tillegg en del overordnede mål som ikke er tatt med i stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen.

Vi vil derfor analysere hvilke konsekvenser ”grepene” i samhandlingsreformen kan ha for de overordnede målene som Tankesmien har lansert.

Hovedkonklusjonen fra denne drøfting er:

Det sentrale offentlige og politiske funksjon er å ha et helhetsansvar for pasientenes helsebehov og finansieringen av det. Pasientene selv og deres organisasjoner skal sikres bedre medansvar for helsebehovene. Det er i Stortingsmeldingen lagt opp til at kommunene skal få et mer helhetlig ansvar for pasienter og finansiering av pasientenes behov for helstjenester.

Det er ikke regnet med økt ressurstilgang til den samlede helse- og sosialtjeneste. Det er kun regnet med at kommunene som helhet skal motta deler av de inntektene (20 pst) som i dag går direkte fra staten til spesialisthelsetjenesten som såkalte ”frie” inntekter og at kommunene skal få et tilsvarende finansieringsansvar for pasienter fra kommunen som bruker spesialisthelsetjenestene.

Det er ikke konkludert med at oppgaver som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten skal overføres til kommunehelsetjenesten. Hovedidéen er at den såkalte insentiveffekt av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil:

- stimulere kommunene til å ivareta pasientene i kommunehelsetjenesten,
- bruke mer ressurser på å forebygge helseproblemer for å unngå framtidige utgifter til helsetjenester
- satse mer på å oppdage helseproblemer tidligere og på den måten redusere behovet for sykehusinnleggelser og andre tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

- Reformen kan være et viktig skritt på veien mot å innføre en bestiller - utførermodell for helsetjenester. Det offentliges ansvar blir å ha et helhetlig ansvar for pasienter og å finansiere helsetjenestene, mens foretak og andre aktører ivaretar tjenestene gjennom konkurranse i et marked for helsetjenester.
- Politiske organer skal ikke bestemme og prioritere hvordan helsetjenestene skal utvikles. Det skal ivaretas av ”profesjonelle aktører” i helsetjenestebransjen. Politikerne skal i stedet prioritere pasienter og deres behov.
- Vil skape større usikkerhet og svingninger for økonomien særlig i mindre kommuner. Kommunene vil ha liten innvirkning på utgiftene de må betale for befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester.
- Kan undergrave grunnlaget for lokalsykehus (jf figur 9):
 - Behovsmessig ved at kommunene stimuleres økonomisk til å bygge ut alternative tilbud til det lokalsykehus dekker i dag
 - Økonomisk ved at deler av finansieringsgrunnlaget for lokalsykehus overføres til kommunene
 - Prioriteringsmessig ved at tiltak i kommunehelsetjenesten skal prioriteres opp og i spesialisthelsetjenesten skal de mest spesialiserte deler styrkes. Siden den samlede veksten i helsesektoren ikke skal økes vil den gjenstående del av helsesektoren – lokalsykehus og andre mindre helseinstitusjoner - som en konsekvens av dette bli prioritert ned.

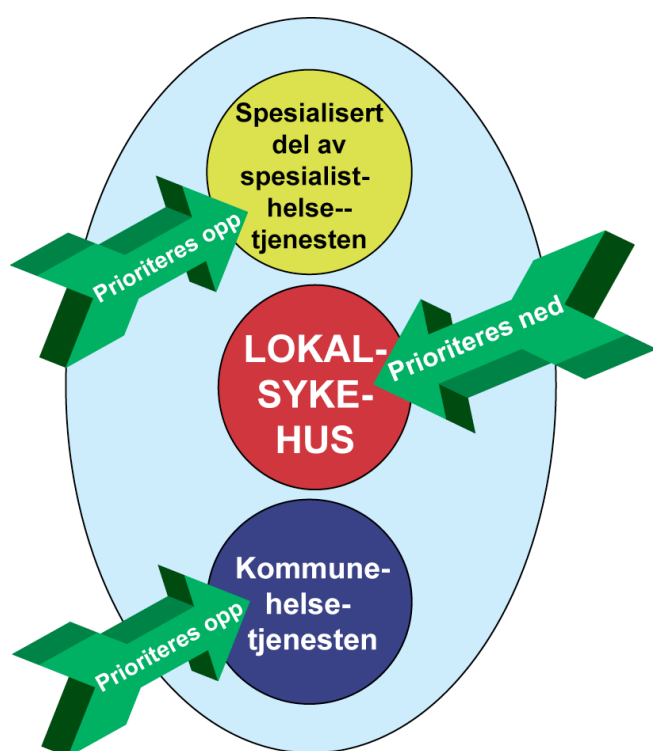


Fig 9. Konsekvenser av samhandlingsreformens overordnede prioriteringer. Reformen forutsetter oppprioritering av kommunehelsetjenesten og den spesialiserte del av spesialisthelsetjenesten. Ved uendret total ressurstildeling betyr det nedprioritering av lokalsykehus og andre lokale institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

4.2 "Tankesmien Visjon Helse 2015" – samhandlingsreformens inspirasjon?

4.2.1 HVEM DELTOK I TANKESMIEN?

"Tankesmien Visjon Helse 2015" gjennomførte i 2006 et arbeidsopplegg med innhold og forslag som har mye til felles med arbeidet med Samhandlingsreformen.

Medlemmene av Tankesmien bestod av:

Private leverandører av helsetjenester

Legemiddelindustri-foreningen,

Leverandørforeningen for helsesektoren

Capio

Aleros Helse

Pfizer

GlaxoSmithkline

Feiringklinikken

IBM Norge

Siemens Medical Solutions

Skandia Forsikring

Offentlige aktører

Rikshospitalet

Sykehuset Østfold HF

Bioingeniørfaglig Institutt

Arbeidsgiver-/arbeidstakerorganisasjoner

KS

NAVO

Norsk Sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)

Norsk Sykepleierforbund

4.2.2 TEMAENE I TANKESMIEN

Et av de mest brukte ord i rapporten fra denne Tankesmien er samhandling. Prosessen som ble brukt for å utarbeide rapporten "Visjon helse 2015" minner også svært mye om prosessen som departementet senere brukte for å forberede Samhandlingsreformen. Den bestod av fem temamøter hvor medlemmene i Tankesmien deltok og drøftet ulike problemstillinger basert på grunnlagsmateriale fra Mandag Morgen og Norsk sykehus og helsetjenesteforening (NSH). Temaene på de fem møtene var:

- Den nye pasienten
- Neste generasjons helsearbeider og organisasjon
- Forebyggende helsearbeid i framtiden
- Hvordan utnytter vi ressursene i helsetjenesten best mulig
- Prioriteringer i helsetjenesten

4.2.3 TANKESMIENS MÅL, VURDERINGER OG KONKLUSJONER

Tankesmiens utgangspunkt er slik de formulerer det i oppsummeringen:

"Vi bruker mer penger til helse pr innb. enn alle land utenom USA"

I kap 3 har vi dokumentert at dette ikke er riktig. Helseutgiftene per innbygger er, når vi korrigerer for reallønnsnivået i Norge og definerer helseutgifter på samme måte, relativt likt i de nordiske land. Når Norge sammenlignes med andre høyinntektsland i OECD-området er vårt utgiftsnivå moderat.

Tankesmien formulerer målet for helsetjenesten slik:

"Målet må være å videreutvikle helsetjenesten slik at den hele tiden er i stand til å levere kvalitet og effektivitet med pasienten i sentrum. Tankesmien Visjon helse 2015 peker på en rekke systemfeil og svakheter som motvirker og hemmer innovasjon og utvikling i helsesektoren"

Hovedutfordringen eller systemfeilene og svakhetene er formulert på følgende måte:

"Hovedutfordringen for norsk helsetjeneste er den kortsiktige politikken som undergraver langsiktighet og forutsigbarhet, og som premierer kortsiktige og ofte opportunistisk opptreden fra foretak, kommuner, fagorganer og private leverandører"

Viktig premiss synes å være:

"I EU øker pasientmobiliteten og det vokser fram et "indre marked" for pasienter, samtidig som internasjonal helseturisme fremmer transparens om priser, kvalitet og sammenligning av behandlingstilbud. Pasientene har fått utvidete rettigheter og "brukermedvirkning" er et honnørord, uten at

helsetjenesten og profesjonene helt har tatt inn over seg hva dette betyr i praksis. Det er fare for at det kan utvikles et enda større klasseskille mellom de som klarer å orientere seg og de som ikke gjør det. Spørsmålet er også hvordan helsetjenesten klarer å gjøre pasienten til viktige ressurser og ikke problem.”

Her peker Tankesmien på at det åpner seg et marked for kjøp og salg av behandlingstilbud. I et slikt system vil pasienten som kjøper av helsetjenester bli en viktig ressurs for behandlerne. Da vil det være naturlig å organisere helsetjenestetilbudene i et marked. Pasientene og det offentlige eller forsikringsordninger er de som bestiller og betaler for helsetjenestene, mens behandlingstilbudene blir ivaretatt som forretningsvirksomhet i form av offentlige eller private foretak.

Tankesmien hevder videre at:

”Regjeringen og Stortinget synes å mangle en helhetlig politisk visjon for hvordan helsetjenesten skal utvikles i årene fremover og hvordan vi kan fremme en fremtidsrobust helsetjeneste i Norge”

Synet på dagens styringsmodellen er formulert på følgende måte:

”Sykehusreformen der sykehusene ble organisert som foretak og fikk enhetlig eierskap, var en halv ansvarsreform. Reformen er siden blitt utvannet slik at intensjonene ikke er blitt realisert, og sektoren preges fremdeles av forvaltningsstyring. Resultatet er en uklar hybridmodell. En stor del av helsetjenesten, primærhelsetjenesten, er fortsatt forvaltningsstyrt.”

Gjennomgående er holdningen at styringen av helsesektoren må få et klarere forretningspreg – pasienten må bli en ressurs og ikke et problem – styring etter prinsippene for offentlige velferdsgoder med overordnet politisk styring (Forvaltningsstyring) må avvikles og erstattes av en ansvarsreform, forretningsstyring og innføring av bestiller - utførermodeller.

I henhold til rapporten har Tankesmien særlig vært opptatt av:

- Bedre ”samhandling” mellom nivåer og virksomheter i helsesektoren. Tankesmien bruker systematisk betegnelsen samhandling i stedet for samarbeid og samordning som tidligere var mer vanlig.
- En såkalt ansvars- og finansieringsreform må innføres – en offentlig enhet må ha ansvar for å finansiere og bestille helsetjenester for befolkningen
- Å få innført en bestiller - utførermodell med kommunene som bestiller av helsetjenester, mens andre offentlige og private leverandører/foretak konkurrerer om bestillingene kan være en løsning. Problemet er imidlertid at de norske kommuner er for små til å ivareta en slik oppgave.
- At sykehusreformen bare er halvt gjennomført - foretakene er fortsatt preget av såkalt forvaltningsstyring. Det samme gjelder primærhelsetjenestene. Et hovedproblem er at politikerne blander seg for mye inn i prioriteringene i helseforetakene. De er kortsiktige og populistiske i sine vurderinger og blander seg for mye inn i driften av foretakene.

- Lokalsykehusene blir ikke lagt ned raskt nok. Et sentralt medlem i Tankesmien uttalte f. eks på spørsmålet om hva den største svakheten ved helsetjenesten i Norge var: *”Den politiske beslutning om å ikke nedlegge noen lokalsykehus”*.
- Kommunesammenslutninger til større enheter - Mandag Morgen lanserte slike ideer med følgende ingress: *”Gulroten for kommunesammenslutninger kunne være å gi kommunene et totalansvar for innbyggernes helse slik de har fått i Danmark.”*

Tankesmiens visjoner peker mot en helt annen organisering av helsetjenestene våre enn den vi har i dag. Fra vi fikk den nye sykehusloven i 1970, via de nye helse- og sosiallovene i 1984 og videre framover har utviklingen vært et klarere offentlig ansvar for helsetjenester gjennom kommunale, fylkeskommunale (fram til 2002) og statlige tjenester (fra 2002). Parallelt med dette er befolkningens rettigheter til helsetjenester blitt sterkere. Det offentlige har hele tiden hatt hovedansvaret for finansieringen av tjenestene.

Tankesmien peker mot en ny modell. 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 avvikles og i stedet ivaretas ivaretas i et marked for kjøp og salg av helsetjenester. Mønsteret er den samme tankegang som lå til grunn for å avvikle 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. Kan det være en årsak til motviljen fra flere sentrale 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.

4.3 Mål og virkemidler slik de er formulert i St. meld. nr. 47 Samhandlingsreformen

4.3.1 HVA MENES MED SAMHANDLING

Samhandling defineres på følgende måte (St.meld. nr 47):

”Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå felles omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert måte.”

Dette er ikke en særlig operativ definisjon. Stortingsmeldingen har imidlertid også en undertittel: ”Rett behandling – på rett sted – til rett tid”.

Med dette som utgangspunkt er målet for reformen formulert på følgende måte:

”Siktemålet er mer koordinerte helse- og omsorgstjenester og en større innsats for å forebygge og begrense sykdom ... reformen skal bidra til at pasientene får bedre behandling der de bor og slik at et helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).”

(BEON brukes i meldingen som en bedre betegnelse på det tidligere formulerte LEON-prinsippet – laveste effektive omsorgsnivå.)

Det generelle mål om å bedre samhandling, samarbeid og koordinering mellom aktørene i helse og sosialtjenesten for å få bedre helse- og sosialtjenester skal skje både ut fra et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Dette er en målformulering som det på generelt grunnlag ikke er noen uenighet om. Når det gjelder valg av virkemidler eller metoder for å få bedre samhandling kan det være større uenighet. I utgangspunktet synes det å være to hovedmåter å arbeide på:

- Hovedmetode 1 vil være å satse på å utvikle helsetjenestene som et felles velferdsgode styrt av politiske organer med offentlig forsyningsansvar for helsetjenestene. Dette var den hovedmetode Norge brukte fram til sykehusreformen i 2001/2002. Samhandlingstiltakene måtte da konsentrere seg om å få forvaltningsnivåer, tjeneste- og virksomhetsområder og enkeltpersoner til å samhandle og samarbeide bedre om pasienter og helse- og sosialtjenester.

Sentralt i samhandlingsarbeidet vil da være å avklare ansvaret for helsetjenestene og pasientene, lage gode helseplaner for å dimensjonere og utbygge helsetjenestene, budsjettering og finansieringsordninger for å fordele ressursene og konkrete tiltak for å sørge for godt samarbeid mellom tjenestetilbyderene om enkeltpasienter og pasientgrupper (jf NOU 1986:4 Samordning i helse og sosialtjenesten).

- Hovedmetode 2 er å utvikle et felles ansvar for å finansiere pasientenes behov for helsetjenester, men overlate til foretak og bedrifter å frambringe helsetjenestene. Det offentlige skal da finansiere helsetjenestene og på vegne av pasienten bestille de tjenester som best ivaretar pasientens behov. Gjennom en bestiller - utførermodell eller ved å skape et marked for kjøp og salg av helsetjenester vil samhandlingen bli løst slik markedet gjør det for andre varer og tjenester.

Drøfting og forslag om konkrete virkemidler for å sikre samhandling i en helse-tjeneste hvor det er et offentlig forsyningsansvar for helsetjenester er nesten fraværende i stortingsmeldingen. Derfor er det nærliggende å tro at det er en modell etter hovedtype 2 denne melding peker mot. Tankesmien Visjon Helse 2015 peker mer åpent mot en markedsmodell.

4.3.2 SAMHANDLINGSREFORMENS KONKRETE MÅL

Reformen har imidlertid også mere konkrete målsettinger som at det skal satses på utbygging av kommunehelsetjenesten særlig i form av:

- mere innsats til forebyggende helsearbeid
- almenlegetjenesten skal styrkes
- pasientene skal få mer behandling der de bor
- innsatsen til rehabilitering skal styrkes

Ut fra disse formuleringene er det konkrete målet for samhandlingsreformen å satse mer på primærhelsetjenesten og kommunenes tiltak i helse- og sosialektoren herunder forebyggende behandling. Virkemidlene for å gjennomføre dette vil i så fall måtte være:

- Å lage planer og oversikter over hva som ønskes bygget ut /etablert og hva som kreves av økonomiske og personellmessige ressurser
- Å sikre tilgang på kvalifisert personell gjennom utdanning, lærlingeplasser, andre rekrutteringsmuligheter
- Å sikre kommunene økonomiske midler til å bygge ut de ønskede helsetjenester/- tilbud

Nødvendig utbygging, organisering og rekruttering av personell må så gjennomføres av kommunene. Ingen av disse virkemidlene er drøftet, analysert eller omtalt særlig utførlig og konkret i stortingsmeldingen.

I hvilken grad kommunene kan gjennomføre dette vil være avhengig av at kommunene gis økonomiske ressurser slik at de evner å finansiere utbygging. Kommunene i Norge finansieres i dag av staten. Derfor er det staten eller Regjering og Storting som avgjør kommunenes utbyggingsmuligheter. I stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen er det imidlertid ikke konkretisert noe om økte bevilgninger. Det sies bare at:

”Hvilken vekst som samlet vil komme til helse - og omsorgssektoren forutsettes avklart i de ordinære plan- og budsjettprosesser. Meldingen er basert på at det skal legges til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter kommer i form av frie inntekter til kommunene.”

Med andre ord; den framtidige veksten i de økonomiske rammer for kommunesektoren vil avgjøre om slik satsing kan gjennomføres. De foreløpige signaler fra regjering og Finansminister om veksten i offentlige utgifter er tilstramminger for å komme tilbake til ”handlingsregelen”. Veksten i kommunesektorens inntekter for å finansiere økt innsats kommunehelsetjenesten skal i henhold til stortingsmeldingen komme som såkalte ”frie” inntekter. Samtidig skal den samme staten redusere veksten i kommunesektorens ”frie” inntekter for å komme i takt med handlingsregelen. Dette virker inkonsistent og ganske selvmotsigende.

4.3.3 NYE KOMMUNALE OPPGAVER

I kap 6 i St.meld. nr. 47 er styrking av kommunale oppgaver og oppgaveoverføring drøftet nærmere. Regjeringen gir selv uttrykk for at dette ikke er utredet på en tilfredsstillende måte. Derfor er det ikke konkludert med hva som skal overføres av oppgaver og hva som skal bygges ut. Slike konklusjoner vil en komme tilbake til senere. Forbeholdene er bl. a. formulert på følgende måte:

”Oppgavebeskrivelsen gis på et overordnet nivå i denne meldingen og dette er eksempler på oppgaver som Regjeringen kan vurdere å legge til kommunene. Regjeringen vil i sin vurdering legge vekt på i hvilken grad de aktuelle oppgavene kan løses mest effektivt på kommunalt nivå. Det er foreløpig ikke gjennomført samfunnsøkonomiske analyser av de aktuelle oppgaveendringene. Det er en forutsetning for at Regjeringen vil gå videre med forslagene at tiltakene viser seg kostnadseffektive.”

Det konkluderes så på følgende måte:

”Det presiseres at dette er oppgaver som regjeringen vil vurdere å legge til kommunene. Hvilke oppgaver, omfanget av disse og tidspunktet for iverksettelse vil regjeringen ta stilling til etter at stortingsmeldingen er behandlet av Stortinget.”

Hva samhandlingsreformen vil representere mer konkret når det gjelder oppbygging av kommunehelsetjenesten er følgelig et spørsmål som overlates til framtidige analyser og budsjetter. Dette er vel også bakgrunnen for at slike virkemidler for å styrke kommunenes evne til å gjennomføre målene i samhandlingsreformen ikke er vurdert. En mangler det nødvendige analyse- og beslutningsunderlag for å gjøre det.

Dersom målet virkelig er å bygge ut kommunehelsetjenesten burde det settes i verk utredninger, analyser og forsøk med hvordan dette kan gjøres på en mest mulig kostnadseffektiv måte.

4.3.4 SPESIALISTHELSETJENESTEN

Samhandlingsreformens intensjoner og stimulanser går i retning av å styrke kommunehelsetjenesten. Videre er det forutsatt at også spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles. Det er formulert på følgende måte:

”Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning ... En situasjon der sykehusene i større grad enn i dag rendyrker oppgaver av spesialisert karakter, gir nye muligheter for strategisk utvikling ... Dette gir sykehusene forbedrede muligheter til å prioritere og videreutvikle sine faglige og organisatoriske fortrinn – som er å levere spesialiserte helsetjenester av høy internasjonal kvalitet” (St.meld. 47)

Dette peker i retning av at det er de region- og universitetssykehusene som skal styrkes og utvikles i spesialisthelsetjenesten.

4.4 Nærmere om Samhandlingsreformens virkemidler eller ”grep”

Regjeringens ”fem hovedgrep” eller virkemidler i samhandlingsreformen er formulert på følgende måte:

1. utvikle en klarere pasientrolle
2. utvikle en ny framtidig kommunerolle
3. økonomiske incentiver som understøtter (...) ønsket oppgaveløsning (...) gir grunnlag for gode pasienttilbud (...) kostnadseffektive løsninger
4. utvikle spesialisthelsetjenestens rolle, slik at de i større grad enn i dag kan bruke sin spesialiserte kompetanse
5. tydeligere prioriteringer (jf Vedlegg 1)

Disse hovedgrep baseres i liten grad på empiri og forskning. Det gjelder ikke minst de vesentlige endringene i finansieringsordningene som er antydnet. Men det er også uklart hva en ny framtidig kommunerolle skal bestå i? Hvordan er den forskjellig fra dagens kommunerolle og hva kan vi tape på denne endring? Hva betyr det at spesialisthelsetjenestens rolle skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse? Betyr det at vi bare skal ha spesialiserte sykehus? Driver lokalsykehus med spesialiserte tjenester? Skal dagens lokalsykehus bygges ned eller fjernes og hva taper vi i så fall på det? Vil ikke en ytterligere sentralisering av spesialisthelsetjenesten fjerne seg fra intensjonen om bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, mellom fastlege og lokalsykehus? Hvilke prioriteringer skal bli tydeligere, og av hvem og hvordan skal prioriteringer gjøres?

Disse grepene reiser i realiteten flere spørsmål enn de gir svar. De inneholder ikke virkemidler knyttet til konkrete utbyggingsplaner, men dreier seg mer om filosofi eller ideer om hvordan helsesektoren og helsetjenester skal styres.

I det etterfølgende er forsøkt gjengitt hva som konkret er lagt inn i ”grepene” i stortingsmeldingen.

1. Klarere pasientrolle

I all hovedsak dreier det seg om to forhold:

- (1) For det første opplegg som skal gi bedre medvirkning for pasientene og deres organisasjoner både i oppbygging av tjenester og i egen medvirkning i å løse helseproblemet.
- (2) For det andre skal pasienter med behov for koordinerte tjenester ha en kontaktperson å forholde seg til.

Intet av dette er vel noe særlig nytt. Vi vil anta at slike spørsmål er en del av den løpende utvikling i helsesektoren vår.

2. Ny framtidig kommunerolle

Dette synes å bestå i følgende forhold:

- (1) *"Kommunen skal sørge for helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå."*
- (2) *"Forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid."*

Hva pkt. 1 representerer av ansvar for pasienter og behandling av pasienter vil avhenge av hvordan dette skal tolkes. I hvert fall er det ganske komplisert å finne ut hva dette vil bety mer konkret. Derfor burde en først utrede hva som må til for at en kommune skal kunne sørge for *"helhetlig tenkning med forebygging, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp blir ivaretatt innenfor beste effektive omsorgsnivå"*. Når en har dette svaret blir neste steg å vurdere om det er mulig og fornuftig å gi kommunene denne rollen. I stortingsmeldingen har en konkludert med at kommunene skal ha dette ansvaret uten å vite hva slags konsekvenser det vil ha for pasientene, helsetjenestene og kommunene. Hva krever dette av ressurser, omorganiseringer/-omstruktureringer og lovendringer for å nevne de viktigste forholdene. Det avgjørende spørsmål blir så om det er fornuftig og rasjonelt å gi kommunen denne rollen. Det virker som om det her er lagt opp til å konkludere om et svært avgjørende spørsmål for hele den norske befolkning uten å vite hvordan det skal gjennomføres og hvilke konsekvenser avgjørelsen vil ha. En slik håndteringsmåte virker ikke ansvarlig.

Pkt 2, et forpliktende avtalesystem, arbeides det allerede med og er vel bare en del av løpende utvikling i samarbeidet for å få til bedre samhandling mellom kommunene og helseforetakene.

3. Etablering av økonomiske insentiver

Dette består av to hovedforhold:

- (1) *"Kommunal medfinansiering og kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidler på dette området. Kjernen i begrunnelsen er at kommunen også gjennom de økonomiske ordningene kan stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom annen bruk av ressursene, herunder bruk av sykehusene."*
- (2) *"satsen for aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten reduseres fra 40 til 30 pst."*

Forslaget synes å være at 20 pst av statlige midler til spesialisthelsetjenesten i stedet overføres til kommunene gjennom generelle rammetilskudd samtidig som kommunene skal betale 20 prosent av kostnadene knyttet til pasienter fra kommunen som mottar tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Både de statlige spesialisthelsetjenester og kommunene finansieres i all hovedsak av staten. Er det da logisk at staten i stedet overfører 20 pst av statens midler som "frie" inntekter til kommunene for at kommunene skal bruke disse midlene til å finansiere de statlige spesialisthelsetjenester. Hva slags betalingsbyråkrati vil det medføre? Hva betyr det for kommunene å få disse inntektene

som ”frie” inntekter samtidig som de får helt nye betalingsforpliktelser som de i liten grad kan påvirke?

Igjen blir spørsmålet hvordan kan dette gjennomføres, hvilke konsekvenser vil det ha og hva vil et slikt opplegg koste. Det har stortingsmeldingen ikke noe svar på. Vanlig forvaltningspraksis i Norge er at dette skal en ha noenlunde god oversikt over før beslutningen treffes. Når en så har det vurderes om dette er en hensiktsmessig og god løsning. På dette området har en også gått motsatt vei. Regjeringen har valgt en løsning uten å vite konsekvensene av den. En vet ikke engang hvordan løsningen skal gjennomføres.

I henhold til pkt (2) synes det å være et viktig poeng å formidle at aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten skal reduseres fra 40 til 30 pst. Men er det riktig?

Hovedendringen er at kommunene skal betale 20 pst av kostnadene knyttet til pasienter fra den enkelte kommune. Det er vanskelig å se at betalingen fra kommunene, om den skal ha de virkninger som ønskes, kan være noe annet enn aktivitetsbasert finansiering. Dermed vil omleggingen innebære at den samlede aktivitetsbaserte finansiering til spesialisthelsetjenesten vil øke fra 40 til 50 pst. Staten reduserer riktignok sin aktivitetsbaserte finansiering fra 40 til 30 pst av inntektene i spesialisthelsetjenesten, mens kommunene skal innføre 20 pst aktivitetsbasert finansiering. Samlet vil det øke aktivitetsbasert finansiering til 50 pst.

4.5. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

(1) ”For det første vil riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, de spesialiserte helsetjenestene.”

(2) ”legge bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner fram til tjenestestedene som har den aktuelle kompetanse”

Et hovedproblem knyttet til disse formuleringer er at det kan virke noe uklart hva som ligger i begrepet spesialiserte helsetjenester? Driver for eksempel lokalsykehusene med spesialiserte helsetjenester eller er det slik at dette er region- og universitetssykehusenes domene. Disse utsagnene henger i luften, så lenge en ikke definerer bedre hva som menes med spesialiserte helsetjenester.

4.6. Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

(1) ”må det tilstrebes at flere av de framtidige prioriteringsbeslutninger rettes inn mot helheten i de pasientforløp som svarer på de aktuelle behovene. Det må

unngås prioriteringsbeslutningene knyttes til deltjenester av det samlede forløpet, med risiko for at disse er dårlig tilpasset hverandre.”

(2) ”Nasjonal helseplan videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse – og omsorgstjeneste.”

Pkt (1) er en selvfølgelighet som må tilstrebes oppnådd uavhengig av måten vi organiserer helsetjenestene på. Pkt (2) at Nasjonal helseplan utvikles til et operativt redskap for prioriteringer må være en svært god ide, men det representerer ingen helsereform. Det er kun utvikling av et av styringsredskapene for helsesektoren.

4.7 Oppsummering av mål-/middelanalysen

Ingen av de 5 grepene drøftet foran innebærer en ressursmessig styrking av kommunenes evne til å levere bedre tjenester lokalt. 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 grepene 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 prioriteringer av 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 kommunehelsetjenesten vil utløse reduserte utgifter i spesialisthelsetjenesten dvs. sykehusene som minst vil kunne kompensere de økte utgifter i kommunehelsetjenesten. Derfor er det sentrale økonomiske grep i stortingsmeldingen at kommunene skal få tilført 20 pst av inntektene som i dag går til spesialisthelsetjenesten, mot at de skal betale 20 pst av kostnadene til pasienter fra kommunen som mottar tjenester fra spesialisthelsetjenesten. En hevder at kommunene da får

økonomiske insentiver til å sørge for at flere av pasientene får tilbud i kommunehelsetjenesten og da blir det mindre behov og etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. Derved kan kommunene frigjøre midler til å finansiere de nye tilbud i kommunehelsetjenesten. 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 spesialisthelsetjenesten 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 kommunehelsetjenester. Derfor ville det være nærliggende at kommunen legger slike tjenester til foretak som ikke styres direkte av kommunene. Dette vil åpne for å utvikle den såkalte forvaltningsstyringen av primærhelsetjenesten. 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. Tankesmien 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 kommunehelsetjenesten skal prioriteres opp. I spesialisthelsetjenesten er det viktigste å utvikle den mest spesialiserte del av spesialisthelsetjenesten. 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 spesialhelsetjenesten til å få større og mer spesialiserte sykehusenheter og bygge ned og utvikle lokalsykehusene.

5. SAMHANDLINGSREFORMEN OG OFFENTLIGE UTGIFTER TIL HELSETJENESTER

5.1 Problemstilling og oppsummering

I St. meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen er det ikke foretatt noen skikkelig gjennomgang av helseeffekter, dvs helsegevinster for befolkningen, og helsekostnader, som vil følge forslagene om forholdsvis dramatiske endringer i helsetjenesten. I det følgende vurderes hva som vil være virkningen på de samlede helseutgifter av følgende:

- Reduksjon i antall "utskrivningsklare" pasienter som ligger i sykehus
- Reduksjon i antall "unødvendige" sykehusinnleggelser
- Økt forebygging
- Tidligere diagnoser
- Kommunal betaling for pasienter i spesialisthelsetjenesten

I Vedlegg 1 er dette analysert nærmere. Hovedkonklusjonene av analysene er at det er urealistisk å tro at disse tiltakene vil gi lavere helseutgifter.

Det er nok positivt at "utskrivningsklare" pasienter i sykehus får bedre tilbud i kommunehelsetjenesten. Men det er ingen grunn til å anta at alternative og bedre tilbud i kommunehelsetjenesten krever lavere utgifter enn de utgifter et sykehus har til "utskrivningsklare" pasienter. Derfor vil dette kunne være en positiv kvalitetsreform. Den vil kreve økt innsats i kommunehelsetjenesten, mens besparelsene i spesialisthelsetjenesten vil være små.

Selvsagt vil reduksjon i sykehusinnleggelser kunne gi lavere utgifter dersom det innebærer at sykehusstilbud legges ned eller reduseres i omfang. Befolkningen har imidlertid rettigheter til sykehus tjenester og disse rettigheter må dekkes opp. Dersom offentlige sykehus i Norge ikke kan dekke behovene vil det åpne seg et privat marked for slike helsetjenester og ventelig vil de bli dekket av private løsninger i Norge eller utlandet.

Det vil selvsagt være positivt om vi i større grad kunne forebygge helseproblemer og lidelser. Dersom vi lykkes vil det føre til at folk lever lengre. Kanskje vil vi kunne utsette helseutgifter, men at dette vil gi besparelser på lang sikt er ikke sannsynlig. Økt forebyggende innsats vil kreve økte utgifter til forebygging på kort sikt. En kan håpe det gir bedre folkehelse og lengre levealder på lang sikt. Men at det på lang sikt virkelig vil redusere helseutgiftene er tvilsomt.

Tidligere oppdagelse og diagnose av sykdommer må det også være svært positivt å oppnå. Særlig da for lidelser og sykdommer som kan helbredes. Men bedre og tidligere diagnostisering vil kreve økte helseutgifter. Dersom en derved oppdager flere helseproblemer vil det selvsagt øke utgiftene til behandling på kort sikt. Troen og håpet er så at dette vil bety at sykdommene oppdages tidligere og at det på lang sikt gir lavere behandlingsutgifter. Dette vet en lite om.

Innføring av kommunal betaling for pasienter i spesialisthelsetjenesten vil bety at det må bygges opp et byråkrati for å håndtere bestillinger, fakturering og betalingssystem.

Det vil omfatte 430 kommuner, 4 regionale helseforetak og en rekke helseforetak og helsetjenestesteder. Et slikt byråkrati vil utløse kostnader flere steder. Det vil kreve økt bemanning og det vil kreve investeringer i nye IKT systemer. Kostnadene er ikke vurdert i stortingsmeldingen og er selvsagt vanskelig å anslå. Men at de vil være utgifter i mange hundre millionerklassen er hevet over tvil.

5.2 Hva sparer vi økonomisk på at flere pasienter ivaretas i kommunehelsetjenesten i stedet for i spesialisthelsetjenesten?

En av de viktige premissene for samhandlingsreformen er at pasientene skal motta tjenestene på rett sted. I utredningen om reformen trekkes fram som et hovedproblem at det er for mange liggedøgn i spesialisthelsetjenesten knyttet til pasienter som ikke skulle vært i sykehus og pasienter som er ferdigbehandlet.

De utgjør i henhold til opplysninger fra Helse- og omsorgsdepartementet:

- 400 000 liggedøgn for pasienter som ikke skulle vært innlagt
- 145 000 liggedøgn for "utskrivningsklare" pasienter

Her skal vi se på spørsmålet om "utskrivningsklare" pasienter er et økonomisk problem? I alt er det ca 3 900 000 liggedøgn i den somatiske spesialisthelsetjenesten (2008). Det betyr at "utskrivningsklare" pasienter utgjør ca 4 pst av alle liggedøgn, dvs et ganske beskjedent omfang. Blir det mindre offentlige kostnader om "utskrivningsklare" pasienter får sine tjenester i kommunehelsetjenesten?

Når en "utskrivningsklar" pasient ikke blir utskrevet fra sykehuset har det sammenheng med at pasienten trenger tjenester fra kommunen, og at det krever tid for kommunen å frambringe tjenestene. For å komme fram til hva dette koster samfunnet i helseutgifter må en finne ut hva "utskrivningsklare" pasienter koster pr døgn i sykehuset og hva det koster å gi disse pasienter tilbud i kommunehelsetjenesten. Det vil så være differansen mellom disse kostnader og antall utskrivningsklare pasienter som vil avgjøre om dette gir reduksjon i utgiftene til helsetjenester eller økning i utgiftene.

Siden omfanget av "utskrivningsklare" pasienter målt i pasientdøgn i all hovedsak er beskjedent må en kunne anta at dette ikke påvirker sykehusenes behandlingsskapasitet for nye pasienter. Da blir denne analysen relativ enkel. Det vil gi offentlige utgiftsbesparelser dersom det koster mer pr døgn for "utskrivningsklare" pasienter i sykehus enn det alternative tilbud i kommunehelsetjenesten. Alternativet til å bli liggende utskrivningsklar på sykehuset vil være å få tilbud om en kommunal sykehjemsplass, rehabiliteringsinstitusjon eller hjemmehjelp/hjemmesykepleie i egen bolig. På det sistnevnte område har kommunen relativ fleksible muligheter til å etablere sine tilbud. En må derfor kunne anta at alternativet i de fleste tilfeller dreier seg om sykehjem eller rehabiliteringsplass.

Departementet har angitt at kostnadene knyttet til "utskrivningsklare" pasienter i sykehus utgjør 850 mill kr. Det innebærer at en ferdigbehandlet pasient som ikke får behandling antas å koste kr 5 000 pr døgn. Kostnadene til en "utskrivningsklar" pasient

er naturligvis langt lavere enn kostnadene til en pasient med gjennomsnittsbehandling. En pasient som bare får opphold med mat og renhold og medisiner koster sannsynligvis ikke mer enn det koster å ha pasienten i sykehjem. Sykehjem med hovedsakelig enerom koster sannsynligvis mer per døgn enn det en ferdigbehandlet pasient på et flersengsrom koster i sykehus.

Derfor vil en reform hvor "utskrivningsklare" pasienter får et bedre tilbud i sykehjem ikke gi reduserte offentlige utgifter. Det er mer sannsynlig at det vil gi økte offentlige utgifter. Tilsvarende gjelder om det alternative tilbud er rehabilitering. Det er selvsagt positivt at pasientene får bedre tilpassede tilbud i kommunehelsetjenesten. Men det gir ikke reduserte offentlige helseutgifter – kanskje tvert i mot. Derfor er resonnementet om virkningen på offentlige utgifter ved å overføre "utskrivningsklare" pasienter i sykehusene til kommunehelsetjenesten basert på en elementær feilberegning. Helse- og omsorgsdepartementet synes selv å være oppmerksom på dette. De gir uttrykk for at denne beregning i stortingsmeldingen er et regneeksempel basert på bestemte forutsetninger og ikke en reell vurdering.

Disse forhold er også analysert i kapitel 6. Der er også analysert nærmere problematikken omkring "unødvendige" sykehusinnleggelser.

6. SAMHANDLINGSREFORMEN OG LOKALSYKEHUS

6.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi se nærmere på situasjonen for lokalsykehusene, og hva intensjonene i Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) vil bety for lokalsykehusenes utvikling, og for helsetilbudet til befolkningen.

"Det er tilnærmet umulig å være uenig i intensjonen bak stortingsmeldingen om den store samhandlingsreformen" skrev Bergens Tidende på lederplass fredag 19. juni 2009, samme dag som Bjarne Håkon Hanssen presenterte Stortingsmelding nr. 47, Samhandlingsreformen. Reformen skal sørge for at Helse-Norge blir bedre rustet til å møte den store økningen i kroniske lidelser som demens, diabetes, rus og psykiske lidelser, samt ruste oss for eldrebølgen. Noe av hensikten med Samhandlingsreformen er å bremse kostnadsveksten. Og sørge for "rett behandling til rett tid og på rett sted". Får ikke pasientene det allerede i dag gjennom gjeldende etablerte systemer? Og, om det er mangler, slik at pasienter ikke får den behandling og hjelp de skal ha, betyr ikke det at dagens system svikter? Burde man ikke da se nærmere på hva som svikter, og hvorfor?

Siden sykehusreformen ble innført i 2002 har det vært et sammenhengende press om å komme i budsjettmessig balanse i spesialisthelsetjenesten, og flere lokalsykehus er i denne perioden lagt ned eller blitt fratatt aktivitetsområder/funksjoner.

Men striden om lokalsykehusene er ikke av ny dato. Den har pågått gjennom flere tiår, og mange vil hevde at med foretaksorganiseringen som ble etablert i 2002 (Lov om helseforetak m.m) blusset striden for fullt opp igjen. Selv om Regjeringserklæringen fra 2005 (Regjeringserklæringen/Soria Moria I) om ikke å legge ned lokalsykehus ble videreført i Soria Moria II (Regjeringserklæringen/Soria Moria II) etter stortingsvalget i 2009, er seks av landets lokalsykehus likevel lagt ned eller vedtatt nedlagt siden 2007. Disse sykehusene omtales i kap. 6.7.2. Ytterligere fire lokalsykehus har mistet akuttberedskapen helt eller delvis. I tillegg er det nå prosesser i gang i alle fire regionene om funksjonsfordeling og sentralisering av lokalsykehusenes tilbud (Oslo Universitets-sykehus 2009, Helse Nord, november 2009, Helse Førde, mars 2010, Helse Midt-Norge, mars 2010). Akuttberedskapen er som omtalt i kap. 6.3 kjernen i lokalsykehusenes virksomhet, og det er en utbredt oppfatning at nedbygging og nedlegging av akuttberedskapen blir et dilemma, og et stort paradoks.

6.1.1 UTVIKLINGEN AV LOKALSYKEHUSENE - EKSEMPLER PÅ NEDBYGGING OG NEDLEGGING

Fra lokalsykehus til nærsykehus – og til hva?

Florø sykehus i Sogn og Fjordane er ett av de seks lokalsykehus som over tid er lagt ned.

I 1971 vedtok Ap-regjeringen Bratteli, mot flertallet i fylkestinget, at det skulle bygges sentralsykehus i Sogn og Fjordane i stedet for å bygge ut de fire lokalsykehusene i fylket. Planen om nytt sentralsykehus førte til kraftig debatt. Striden toppet seg etter

statsminister Trygve Brattelis besøk i Florø i 1972. Vedtaket resulterte i sterke protester med fakkeltog og masseutmeldinger fra Arbeiderpartiet. Men vedtaket ble stående, og sentralsykehuset på Vie med sine ti etasjer sto ferdig i 1979.

Det var langvarige protester og politiske konflikter i kjølvannet av vedtaket om nytt sentralsykehus, og mange fryktet at lokalsykehusene i Florø, Lærdal, Eid og Høyanger skulle redusere tilbudet eller legges ned. Sykehuset i Høyanger ble lagt ned (1982), de andre tre lokalsykehusene ble modernisert og utvidet. Fylkessykehuset i Florø ble totalt modernisert med nybygd fødeavdeling og røntgenavdeling i 1978. I 1987 ble et nytt påbygg åpnet, med hudpoliklinikk. En ny psykiatrisk poliklinikk ble også tatt i bruk. Fylkessykehuset i Florø var en stor arbeidsplass i Flora kommune. Fram til 1995 var det om lag 260 personer som hadde sin arbeidsplass på sykehuset. I alle år var rekrutteringen til stillinger ved sykehuset god.

Mesteparten av den kirurgiske sengeposten forsvant i 2003. Kirurgisk dagbehandling og kirurgisk poliklinikk gikk fremdeles for fullt fram til 2006. Fra 1. januar 2005 fikk Florø sykehus status som *Nærsykehus*. Dette førte til at en stor del av det indremedisinske sengetilbudet ble opprettholdt. Nærsykehusmodellen var, etter de ansattes mening en god modell som utviklet seg positivt til tross for at Helse Førde ikke ønsket en slik omlegging. I et styrevedtak i Helse Førde i slutten av 2007 ble det slått fast at alle pasientene skulle overføres til Førde. En bitter prosess ble med dette avsluttet. I dag er det 36 personer som har sin arbeidsplass på det som var et lokalsykehus i Florø. Sykehuset har en moderne røntgenavdeling som tidligere, men uten vakt. Videre er det tjeneste innen psykiatri, hudpoliklinikk og medisinsk poliklinikk, samt kirurgisk poliklinikk/dagbehandling to dager i uka. Det er tappestasjon for blodbanken i Førde, skrivetjeneste og døgnbemannet ambulansetjeneste. (Lindvik, 2010) (NRK SFj, fylkesleksikon)

Andre lokalsykehus

Noe av den samme utviklingen som i Sogn og Fjordane og på Florø sykehus gjelder også for de andre lokalsykehusene som er lagt gradvis ned som lokalsykehus. I Vestfold ble Sandefjord sykehus lagt ned i 2009, etter en mangeårig kamp for å bevare sykehuset i lokalbefolkningen. I 2008 ble det besluttet å legge ned akuttfunksjonen i Larvik, og overføre alle akuttinnleggelser til Akuttmottaket i Tønsberg. Dette ble effektivisert 30. juni 2008. Allerede i 2005 ble spørsmålet om nedbygging av akuttberedskapen på Larvik sykehus tatt opp i Stortinget. Stortingsrepresentant Inga Marte Thorkildsen (SV) spurte 29. april 2005 om daværende helseminister Ansgar Gabrielsen (H) kunne gi en garanti for at akuttfunksjonen ved Larvik sykehus vil bestå. (Stortinget 2005) Gabrielsens svar på spørsmålet var at *"det i Regjeringens strategi for lokalsykehusene i St.prp. nr. 1 (2004-2005) slås fast at lokalsykehusene skal være en trygghetsbase for befolkningen, og at disse derfor også skal ha oppgaver i akuttberedskapen. Alle lokalsykehus skal kunne ta hånd om og stabilisere akutte skade- og sykdomstilfeller."* På tross av løftene fra tidligere helseminister Ansgar Gabrielsen, og løftene i Soria Moria-erklæringene I og II er Larvik sykehus i dag uten akuttberedskap.

Fra 1. januar 2010 er flere helseforetak slått sammen i Helse Sør-Øst. Vestre Viken helseforetak ble etablert 1. juli 2009 da Ringerike sykehus, Sykehuset Buskerud, Sykehuset Asker og Bærum og Kongsberg sykehus ble slått sammen. Hva som vil skje med disse lokalsykehusene vil framtiden vise. Erfaringene der flere sykehus har smeltet

sammen til ett helseforetak er at prosesser med funksjonsfordeling og sentralisering settes i gang. Det foreløpige siste nedleggingsvedtaket ble gjort i Helse Sør-Øst. Den 17. februar 2010 ble Aker sykehus i Oslo vedtatt lagt ned som lokalsykehus, etter først å ha blitt en del av Oslo Universitetssykehus. Dette skjedde til tross for at Aker sykehus er et godt fungerende sykehus for innbyggerne i Groruddalen. En avvikling av Aker sykehus ser dermed ut til å komme samtidig med at lokalsykehusene synes å bli viktigere enn noensinne.

- Det er helse- og omsorgsdepartementets vurdering at samhandlingsreformen gir viktige utviklingsmuligheter for lokalsykehusene. Det må i dialog med kommunene, og med utgangspunkt i roller og oppgaver som utvikles for kommunene, finnes samarbeidsformer mellom sykehus og kommuner der lokalsykehusenes faglige og organisatoriske fortrinn videreutvikles. Dette gjelder deres nærhet til befolkningen, spesialistkompetanse og bredde i oppgaveporteføljen. (St.meld. nr. 47)

Med bakgrunn i intensjonen om nærhet til pasientene, i samspillet og samhandlingen mellom fastlegen og lokalsykehuset, mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og tatt i betraktning den demografiske utviklingen, synes vedtaket om nedlegging av Aker sykehus å være uforståelig både for folk flest og lokalpolitikere. (Oslo kommune 2010)

Dette vil uten tvil vanskeliggjøre en realisering av Helse Sør-Øst RHF's definisjon av det de kaller *lokalbaserte tjenester*. Ved at pasientene overflyttes til Akershus universitetssykehus (Ahus) i et annet fylke, vil nærheten til 1. linjetjenesten, og nærheten mellom 1. og 2. linjetjenesten svekkes. Dette oppfattes å stride i mot intensjonen i Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, der nærhet og tilgjengelighet der folk bor står sentralt.

Helse Sørøst RHF har brukt følgende definisjon av det som betegnes som lokalbaserte tjenester innen spesialisthelsetjenesten:

"Det er spesialisthelsetjeneste for vanlige, sammensatte lidelser der det er behov for nærhet og breddekompetanse. "Vanlig" betyr lidelser med stor utbredelse. "Sammensatte" betyr lidelser som kan ha flere symptomer, bestå av flere enkeltdiagnoser, et sammensatt årsaksbilde og/eller gi et komplekst bilde av hvilke funksjonsmessige konsekvenser de får for den de rammer. Med "behov for nærhet" menes at behandlingen bør gis i rimelig tilknytning til der pasienten befinner seg. Det kan gjelde geografisk, men minst like viktig når det gjelder nærhet i forhold til samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og annen helse- og omsorgstjeneste. Med "breddekompetanse" menes at en tilfredsstillende diagnose, behandling og/eller oppfølging av pasienten krever et tverrfaglig team eller i det minste en mulighet til å trekke på en flerfaglighet og flerprofesjonalitet som er samkjørte med utgangspunkt i pasienten." (Oslo Universitetssykehus (OUS), 2009)

6.2 Lokalsykehusenes plass i samhandlingsreformen

Mange trakk et lettelsens sukk da den rødgrønne regjeringen fulgte opp Soria Moria I med å ta inn følgende formulering i Soria Moria-erklæring II om at lokalsykehusene ikke skulle legges ned:

”Regjeringen vil opprettholde et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus, som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen.”

På bakgrunn av at garantien mot nedlegging ble gjentatt i regjeringserklæringen fremstår det som uforståelig at lokalsykehusenes rolle i den nye helsereformen, Samhandlingsreformen nærmest er fraværende i Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009).

Lokalsykehusene og primærhelsetjenesten er gjensidig avhengig av hverandre. Legges lokalsykehusene ned, får primærhelsetjenesten i distriktene problemer. Det er allerede vanskelig å rekruttere primærleger til utkantstrøk. Denne situasjonen vil ytterligere kunne forverres om et større faglig fellesskap svekkes. Tryggheten ved å ha et sykehus i nærheten må ikke undervurderes. I tillegg vil større avstand til sykehuset gi et atskillig større vaktpress i distriktene som igjen vil bety en svekket beredskap. Flere pasienter må ledsages av lege til sykehus, og det vil kunne føre til at lokalsamfunnet blir tomt for leger dersom man ikke har en bakvaktordning.

Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sier at nedlegging av lokalsykehus ikke står på helseministerens dagsorden i kommende regjeringsperiode.

- Men flere av lokalsykehusene bør vurdere muligheten til å bygge om deler eller hele virksomheten slik at de kan fungere som lokalmedisinske sentre for sine nærområde.

Hva dette kan gi av konsekvenser er høyst uklart, og ut fra faglig-medisinske vurderinger som omtalt i kap. 6.5 og 6.8 er omgjøringer av lokalsykehus til distriktsmedisinske sentre svært omstridt. (Aplf 2003)

I kap 6.5 peker vi på hvordan lokalsykehus som institusjon tones kraftig ned i Stortingsmeldingen. Man foreslår nye uklare nivåer som verken er utredet, analysert eller vurdert i forhold til etablerte samhandlingsarenaer, blant annet lovbestemte ordninger. Det er med andre ord systemer i dag mellom 1.- og 2. linjetjenesten som regulerer samhandlingsaspektet i helsesektoren. Eksempelvis ligger det i kommunehelsetjenestelovens § 1 - 4 allerede en plikt til samhandling. Hvorfor håndheves ikke denne?

6.3 Hva er et lokalsykehus?

Det er etterhvert vokst frem ulike definisjoner på lokalsykehus, og som omtalt i kap. 6.5 er det også i ferd med å etableres nye nivåer, eller også en omdefinering av eksisterende

nivåer. Dette kan gi et enda mer uoversiktlig bilde av hvordan helsesektoren best kan løse sine oppgaver.

Alle vanlige sykehus rundt om i landet er spesialisthelsetjeneste. Sykehus gir først og fremst trygghet til befolkningen når sykdom eller skade truer liv og helse. Når alvorlig sykdom foreligger gir de trøst og trygghet, ofte lindring og bedring eller regulær livreddende innsats eller helbredelse. Alle sykehus har lokalsykehusfunksjon for sitt nærområde (helst 100-300 000 innbyggere) Dette betyr undersøkelse og behandling av de vanligste sykdommene i ikke særlig kompliserte tilfeller. Det finnes et mindre antall rene lokalsykehus som bl.a. pga avstander er hensiktsmessige. Den store delen av norske sykehus er det som før ble kalt sentralsykehus (Kristiansand, Arendal, Skien, Bodø, Fredrikstad osv med 1 500–3 000 årsverk). Dette er sykehus med 15-20 ulike spesialiteter som kan håndtere også de kompliserte sykdomstilfellene og det som er noe mer sjeldent. Fortsatt har også disse sykehusene en dominerende lokalsykehusfunksjon. De store universitetssykehusene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø har særlige høyspesialiserte funksjoner i tillegg til sentral- og lokalsykehusfunksjon. Dessuten finnes noen spesialsykehus som vi kan holde utenfor dette og som dessuten er organisatorisk knyttet til nærmeste større sykehus. Det kan virke som vi er utsatt for en situasjon spekket med retorikk og bevisst uklarhet i formuleringene, for eksempel nettopp ved bruken av "lokalsykehus" som nå synes å kunne brukes om alt unntatt universitetssykehusene.

På hjemmesiden til Helse- og omsorgsdepartementet under omtale av "*Grunnstrukturen i helsetjenesten*" er ikke lokalsykehusenes plass i den totale helsetjenesten omtalt.

*For tilstander (både psykiske og somatiske) som krever innleggelse, henvises pasienten til **sykehus**, både offentlige og private. Pasienten kan selv velge hvilket sykehus han/hun foretrekker, se ordningen på www.sykehusvalg.no. Pasientene kan også velge å la seg behandle ved de private sykehusene som har inngått avtale med de regionale helseforetakene. Grunnet den medisinske spesialiseringen blir **sykehusene** ofte mer spesialiserte, og oppgavene deles gjerne mellom sykehusene. Det er således flere spesialiserte sykehus man kan henvise til, og som man kan velge mellom, ved spesielle sykdomstilstander. (Helse- og omsorgsdepartementet 2010)*

I kap. 6.4 omtales lokalsykehusenes pasientgrunnlag. Her framgår at 90 prosent av alle sykehusinnleggelser er de pasienter som gjennom gjeldende lovgivning har 1. prioritet gjennom rett til øyeblikkelig hjelp, og de som har 2. prioritet gjennom retten til nødvendig helsehjelp. (Lov om pasientrettigheter, 1999) Ser vi på fordelingen av pasienter som skal behandles elektivt (planlagt), og pasienter som blir akuttinnlagt på lokalsykehus, så er det et forholdsvis høy prosentandel av lokalsykehuspasientene som kommer inn som akuttpasienter, 75-80 prosent.

Når Stortingsmelding nr 47, samhandlingsreformen peker i retning av å konsentrere fokus mot spesialisthelsetjenesten hvor "*sykehusene i større grad enn i dag rendyrker oppgaver av spesialisert karakter*" (St. meld. 47) er det nødvendig i det videre arbeidet med meldingen med en konkretisering av hva som er ment med en slik formulering. Lokalsykehusene behandler de vanligste sykdommene, de som dominerer i spesialisthelsetjenesten. Det kan derfor skape usikkerhet om lokalsykehusenes rolle og funksjon i spesialisthelsetjenesten spesielt, og i helsesektoren generelt, når lokalsykehusenes framtidige rolle gis en slik uklar definisjon. Dette bidrar til å forsterke dagens usikker-

het både i befolkningen og blant de som utfører lokalsykehusets helsetilbud til befolkningen.

Under punkt 10 "*Spesialisthelsetjenestens organisering og oppgaver*" i meldingen vurderer riktignok Helse- og omsorgsdepartementet "*at samhandlingsreformen gir viktige utviklingsmuligheter for lokalsykehusene*" hvor "*lokalsykehusenes faglige og organisatoriske fortrinn videreutvikles*". Det blir nå avgjørende viktig å tydeliggjøre hva som er lokalsykehusenes faglige og organisatoriske fortrinn i arbeidet med å utvikle fornuftige samhandlingsarenaer mellom 1.- og 2. linjetjenestens oppgaver.

Bildet blir enda mer uklart i uttalelser fra helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen om at hun på den ene siden ikke skal legge ned lokalsykehus, mens hun på den andre siden vil omforme de samme lokalsykehus til noe annet enn sykehus.

Helseministerens uttalelser til Bergens Tidende i november 2009 gir et slikt inntrykk. (Bergens Tidende 2009) Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sier her at nedlegging av lokalsykehus ikke står på helseministerens dagsorden i kommende regjeringsperiode.

-Men flere av lokalsykehusene bør vurdere muligheten til å bygge om deler eller hele virksomheten slik at de kan fungere som lokalmedisinske sentre for sine nærområde. (Bergens Tidende 2009)

Helseminister Strøm-Erichsen legger vekt på at en omlegging av lokalsykehus til distriktsmedisinske sentre kan være aktuell for flere av lokalsykehusene i Hordaland og Sogn og Fjordane. Konkret utdypet helseminister Strøm-Erichsen tenkningen rundt dette:

- Jeg tenker at det i en region som Voss og Indre Hardanger vil det være uhensiktsmessig å bygge ut et stort lokalmedisinsk senter i tillegg til sykehuset som i dag allerede ligger på Voss, sier Strøm-Erichsen.

Ministeren mener at Helse Bergen som eier sykehuset på Voss, og kommunene i lokalsykehusområdet i stedet bør gå sammen og vurdere hvilke tilbud som kan skilles ut i et lokalt senter.

- Det er også meningen at de lokalmedisinske sentrene skal kunne tilby behandling og oppfølging av kronisk syke. Dialysebehandling og cellegiftbehandling er eksempler på oppgaver som det er mulig å la sentrene få ansvaret for, sier Strøm-Erichsen.

Disse uttalelsene om satsing på lokalmedisinske sentre som et alternativ til lokalsykehus må bli problematisk i et Soria Moria -perspektiv hvor "*ingen lokalsykehus skal legges ned*". I kap.6.3.1 og 6.3.2 gis en vurdering av hva som gjør lokalsykehus til et sykehus, og hvilke forutsetninger som må være tilstede for i det hele tatt å snakke om sykehus og lokalsykehus.

På tross av flere utredninger er det fortsatt ikke en avklart offentlig politikk om hva lokalsykehusenes innhold og oppgaver skal være. Dette fremgår også av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsens svar på et spørretimespørsmål fra Harald Nesvik (FrP) i Stortinget i januar 2010 om hvilke tilbud og personell et lokalsykehus skal inneholde:

- Det er ikke noen entydig definisjon på hvilke funksjoner som skal være ved et lokalsykehus. (Stortinget 2010)

6.3.1 DEFINISJON - LOKALSYKEHUS

Utgangspunktet er dagens 3-nivåmodell for organisering av helse- og omsorgstjenestene:

Primærhelsetjenesten i 1. linje er et medisinsk lavterskeltilbud som utreder, behandler og følger opp alminnelige sykdommer.

Spesialisthelsetjenesten i 2.- og 3. linje, hvor lokalsykehus i 2. linjetjeneste yter generell kirurgi, indremedisinsk, psykiatrisk og rehabiliterende spesialisthelsetjeneste (og eventuelt andre fagområder), samt de privatpraktiserende spesialistene i sykehusets nedslagsfelt. Og et høyterskeltilbud i 3. linje med regionale og nasjonale medisinske funksjoner.

I befolkningens bevissthet har det vært en forholdsvis entydig oppfatning av hva som minimum må finnes i et lokalsykehus:

- Kirurgisk avdeling med akuttberedskap
- Indremedisinsk avdeling med akuttberedskap
- Tilbud innen psykiatri
- Nødvendige støttefunksjoner innen anestesi, røntgen- og laboratorietjenester.
- Fødetilbud

6.3.2 LEGEFORENINGENS STANDPUNKT TIL LOKALSYKEHUSETS INNHOLD

Forslag om at lokalsykehusene kan organiseres med begrenset akuttberedskap f.eks. bare i indremedisin er vurdert av legeforeningen, som mener at *"akutfunksjon ved sykehus bør som et minimum inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester"*

Tilgjengelig kirurgisk beredskap er en forutsetning for trygg medisinsk beredskap, og medisinsk beredskap er en forutsetning for en trygg kirurgisk beredskap.

Ved en akutt innleggelse er sykdomsbildet ofte uklart og komplisert å diagnostisere, derfor er samspillet mellom akuttkirurgen og akuttmedisineren meget viktig. En god akuttberedskap handler også om å stabilisere i en akuttsituasjon for videresending til et høyere nivå. Når den kritiske fasen er over kan pasientene sendes tilbake til lokalsykehuset for eventuell etterbehandling/rehabilitering. Dette er en fornuftig og god samhandling mellom de ulike nivåene i spesialisthelsetjenesten, hvor pasientene og de pårørende ivaretas på en verdig og etisk god måte.

Det sterke fokuset på akuttberedskap er knyttet til at lokalsykehusene må være operative 24 timer i døgnet for at man i noen fornuftig mening skal kunne snakke om et sykehus. I

tillegg er et slikt driftsopplegg viktig for å gjøre lokalsykehusene til attraktive arbeidssteder for helsepersonell, og en forutsetning for at de skal kunne fungere som opplæringsinstitusjoner. Det er i dag avgjørende blant annet for rekrutteringen av leger (og andre yrkesgrupper innen pleie og omsorg) til lokalsykehusene.

Vedtak i den Norske legeforening

Etter grundig behandling i organisasjonene fattet landsstyret i Legeforeningen i mai 2006 et viktig prinsippvedtak om lokalsykehusenes fremtidige rolle:

”Den store gruppen eldre pasienter som trenger lokalsykehusfunksjoner blir i dag innlagt ved indremedisinske avdelinger. Legeforeningen har derfor forståelse for at man politisk kan mene at lokalsykehusene derfor bare trenger akuttberedskap i indremedisin. Imidlertid kan en akutt funksjonssvikt hos en eldre pasient bety en meget komplisert diagnostisk utfordring, ofte i samspill mellom akuttkirurgi og akuttindremedisin. Utredning, diagnostikk og valg av behandling er avgjørende for utfallet av en sykdom eller skadetilstand, og vel så viktig for det endelige resultatet som kvaliteten i selve det tekniske behandlingsopplegget. Eldre pasienter har ofte sammensatte lidelser og behov for samspill mellom den indremedisinske og kirurgiske fagkompetanse.

Skal lokalsykehus ha akuttfunksjon må det som et minimum inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester.” (Legeforeningen 2006)

Almennlegeforeningen og lokalsykehusene

Allmennlegenes Forening AF (tidl Allmennpraktiserende legers forening, Aplf) har i et eget helsepolitisk dokument ytret ønske om at lokalsykehusene skal være ryggraden i spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen argumenterer også for at lokalsykehusenes nærhet til fastlegen styrker de faglige argumentene for desentralisering av tjenester, samt at lokalsykehusene har en viktig rolle som knutepunkt for samhandling både mot primærhelsetjenesten og tredjelinjetjenesten. (Aplf 2003)

6.3.3 AKUTTBEREDSKAPEN SOM KJERNEN I SYKEHUSETS VIRKSOMHET

Det gis et inntrykk av at lokalsykehus kan bestå selv om den akutte kirurgiske beredskap opphører. Erfaring viser at slik nedlegging vil føre til trinnvis nedbygging av virksomheten ved de lokalsykehus som rammes. På sikt vil sykehusene ha mistet viktige funksjoner, og mister dermed statusen som sykehus. Mangel på bevilgninger, systematisk reduksjon av pasientgrunnet sammen med mangel på spesialister vil øke faren for nedleggelse.

Et lokalsykehus uten akuttberedskap går ut over sykehuset i sin helhet. Medisinerstudenter får et redusert praksistilbud ved et medisinsk senter uten akuttkirurgisk beredskap. Det kan bli problematisk å rekruttere turnus- og assistentleger fordi det er

mindre attraktivt å jobbe på et slikt medisinsk senter. Man vil ikke kunne tilby fullverdige praksisplasser til omsorgsarbeidere og sykepleierstudenter. Det kan bli vanskeligere å rekruttere fagfolk både til sykehus og kommunehelsetjenesten. Etter hvert vil sykehuset komme i den situasjon at det ikke lenger kan drives, og det legges ned.

Eksempelene i kap. 6.1.1 om prosessen på noen av de nedlagte lokalsykehusene viser at det er det som ofte blir resultatet.

6.3.4 BEGREPET "OVERLEVELSES-KJEDEN" INNENFOR AKUTT MEDISINEN

For å illustrere poengene for hvorfor innholdet i et sykehus har den betydning den har, kan den såkalte "overlevelses-kjeden" innenfor akuttmedisinen brukes. (Gilbert 2006)

Denne kjeden viser hva som må til for å takle alvorlige ulykker eller akutt, livstruende sykdom:

Det snakkes om seks forskjellige ledd i kjeden, og om ansvarsforhold og samarbeid mellom befolkningen og tre ulike nivåer i helsevesenet (1. linje, 2. linje og 3. linje).

Overlevelseskjeden består av leddene "tidlig gjenkjenning", "tidlig varsling", "tidlig førstehjelp", "tidlig avansert førstehjelp", "tidlig livreddende stabilisering" og "tidlig definitiv behandling".

I akuttmedisinen brukes begrepet "mulighetenes tidsvindu", dvs den biologiske toleransen kroppen har for å takle en livstruende påkjenning som alvorlig skade eller livstruende sykdom. Disse "tidsvinduene" har ulik størrelse: Er du bevisstløs med ufrie luftveier, må noen kunne åpne luftveiene dine i løpet av sekunder dersom du ikke skal kveles av surstoffmangel. Har du hjertestans med kammerflimmer må du få støt med en hjertestarter straks, og ikke seinere enn etter 4-6 minutter dersom du skal ha gode overlevelsessjanser. Innen akutt skadekirurgi snakker man om "the golden hour"; liv kan ofte reddes dersom kirurgene kan stoppe livstruende indre blødninger innen 30-60 minutter. Ved akutt hjerteinfarkt bør gjenåpningen av tette kransårer i hjertet skje innen 60-90 minutter.

Dersom fagpersonell skal kunne tilby god, moderne akuttbehandling innen disse tidsvinduene i områder med spredt bosetting i distrikts-Norge, trenger vi en befolkning som kan førstehjelp og kjenner nødnumrene, et nøye planlagt handlingsmønster i nettverk av fagfolk i lokalsamfunnene (leger, sykepleiere, ambulansepersonell), på lokalsykehusene, på sentral- og universitetssykehusene og i den landsdekkende statlige luftambulansetjenesten. Dette krever nøye planlegging, opplæring og trening, tempo, kunnskap og drilling i alle ledd av kjeden. Det som skjer ute i feltet er avgjørende for resultatene av den endelige behandlingen, også om pasienten må fraktes til et sentral- eller universitetssykehus.

Hovedpoenget er at det er en indre dynamikk i denne overlevelseskjeden, alle ledd er avhengige av hverandre og til dels overlapper de hverandre. Befolkningens kunnskaper

og aktsomhet er viktig i forhold til de tre første leddene; gjenkjennelse, varsling og førstehjelp. For at legfolk skal kunne opptre mest mulig korrekt må helsevesenet drive kontinuerlig opplæring av befolkningen. Når ulykker eller akutt sykdom er varslet, er det som oftest førstelinjen (kommuneleger, ambulansepersonell, m.fl.), som er de første på stedet. De yter avansert førstehjelp og setter eventuelt i gang med livreddende stabilisering, slik at pasienten kan overleve til sykehuset og vi kan komme i gang med skadebegrensende, livreddende behandling innenfor de ulike kritiske tidsvinduerne. Noen ganger kan dette skje ved lokalsykehuset, andre ganger utfører lokalsykehuset avansert livreddende stabilisering og sender pasienten videre til et større sykehus.

I denne kjeden er det lett å se lokalsykehusets viktige rolle. Enten vil man der komme i gang med den definitive behandlingen raskere enn det som kan skje dersom en er avhengig av en lang og tidkrevende transport til sentralsykehuset. Eller så vil man her ha større kompetanse til å foreta nødvendig, livreddende stabilisering, slik at pasienten kan overleve transporten til sentralsykehuset.

6.3.5 FORUTSETNINGER FOR ENDRINGER AV ANSVAR I HELSETJENESTENE

I distrikts-Norge bør og kan det definitivt arbeides bedre med å styrke den akuttmedisinske kompetansen i helsevesenets førstelinje. Men før man i det hele tatt kan tenke på å legge ned akuttberedskapen ved lokalsykehusene, må følgende spørsmål besvares:

- Finnes det et system og en plan for nødvendig opplæring av dem som skal overta ansvaret?
- Foreligger det en analyse av hva som skjer med de oppgaver disse gruppene utfører i dag, dersom de også får ansvar for akuttberedskapen i sitt distrikt?
- Finnes det et opplegg som over tid kan vedlikeholde den nødvendige akuttmedisinske kompetansen hos primærleger og ambulansepersonell?

På lokalsykehusene utfører kirurgene elektive (planlagte) operasjoner hver eneste dag. Det sikrer nødvendig trening og kompetanse til også å takle akutttilfellene. Det er blant annet denne kombinasjonen, at lokalsykehusene både kan drive elektiv virksomhet og ivareta akuttberedskapen som gjør lokalsykehusene både kostnadseffektive og faglig forsvarlig.

All beredskap er kostnadskrevende og bedriftsøkonomisk ”ulønnsom”. Jo færre ulykker og akutttilfeller som skjer, jo dyrere fremstår beredskapen. Det er ingen som stiller spørsmålsteget ved at vi har døgnkontinuerlig brannvernberedskap. Prinsippene for beredskapsbildet i spesialisthelsetjenesten må være de samme. I beredskapssammenheng bør stikkordene heller være ”mer desentralisering av kunnskap og utstyr” enn ”sentralisering”. Det må være et sterkere fokus på samspillet mellom de ulike nivåer framfor på innadventde prosesser hvor alle er opptatt av egen situasjon og utvikling. Det må utvikles godt fungerende tverrfaglige team og nettverk som skaper bedre og mer effektive samhandlingskjeder mellom førstelinjen, lokalsykehusene og sentralsykehusene. Med dagens teknologi kan akuttkirurgi videooverføres, blodprøveresultater, røntgenbilder m.m. oversendes fra lokalsykehuset til superspesialister på større sykehus,

slik at personalet på begge steder kan samarbeide om behandlingen helt fra starten. (Eilertsen 2006)

6.4 Lokalsykehusenes pasientgrunnlag

På alle lokalsykehus i landet er det "lokalsykehuspasienter" som dominerer. Altså pasienter med helt vanlige lidelser, men som er såpass dårlige at de trenger et sykehusopphold. 90 prosent av alle sykehusinnleggelser er de pasienter som gjennom gjeldende lovgivning har 1. prioritet gjennom rett til øyeblikkelig hjelp, og de som har 2. prioritet gjennom retten til nødvendig helsehjelp.

Antall akutte innleggelser utgjør rundt 45% av innleggelser i sykehus i Norge. Det er imidlertid stor variasjon mellom sykehus og mellom avdelinger. Sett under ett har det vært en økning i antall akuttinnleggelser i Norge på rundt 3–5% de senere år.

Typiske behandlinger er sykdommer i hjerte/karsystem, luftveier og mage/tarm. Pasienter med kroniske lidelser har også ofte behov for øyeblikkelig hjelp. Eldre pasienter med sammensatte sykdomsbilder er en sterkt voksende gruppe.

Av de omkring 500 000 som blir lagt inn på sykehusene fra primærlegene i løpet av året, går det store volumet til indremedisin og kirurgi (inkludert ortopedi). Det fordeler seg omtrentlig 50/50. Til de kirurgiske avdelingene blir omtrent halvparten henvist som øyeblikkelig hjelp, på de indremedisinske avdelingene er nesten alle innleggelser, i alle fall over 90%, øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

I arbeidet med *"Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingskjede"* fant utvalget ut at 50–70 % av alle pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp-innleggelse, kan ferdigbehandles på lokalsykehus. (Erikstein-utvalget 2007)

6.4.1 LOKALSYKEHUS OG KAPASITET

Norge står foran en eldrebølge, som uansett tiltak vil føre til økt antall innleggelser i sykehus. Det er befolkningen over 67 som står for de fleste og lengste oppholdene, og det er disse det er vanskelig å gjøre om til dagpasienter eller korte ned liggetiden på pga hyppig komorbiditet og kompliserte forløp. Det er i stortingsmeldingen anslått at mange pasienter blir behandlet på feil nivå, dvs. i sykehus, der tilbudet i stedet kunne vært gitt på en bedre og mer kostnadseffektiv måte i kommunen. Dette er ikke konkretisert, og oppfattes mer som synsing enn basert på forskning og empiri. Det er ingen god dokumentasjon for påstander om at pasienter som i dag legges inn i sykehus ikke trenger innleggelse. Det er ikke vanskelig å se at en del oppfølging kan gjøres tidligere utenfor sykehus, men innleggelse til diagnostikk og avklaring for en videre behandling skal og bør fortsatt gjøres i sykehus.

Dette økte kapasitetsbehovet burde heller tas i mot som en mulighet til å gjøre lokalsykehusene mer robuste, og øke aktiviteten. Det vil likevel være en mulighet for å la kommunen overta en del oppgaver etter at pasienten er avklart i sykehus slik at noe av

den fremtidige økte liggetiden vil kunne tas inn igjen der. Dette krever gode prosesser og grundig politisk behandling med basis i forskning og analyser av konsekvenser.

6.5 Etablering av nye nivå i helsesektoren

Stortingsmelding nr. 47 synes å legge opp til å etablere nye nivåer innenfor helse- og omsorgssektoren, som i meldingen antydes vil bli både billigere og nærmere pasienten. Vil de det? Og, hvorfor slik hastverk?

Nye begreper og nye nivåer defineres og foreslås om hverandre i stortingsmelding nr 47. Distriktsmedisinske senter (DMS), helsehus og nærsykehus er noen av de modeller både helsemyndighetene, kommunene og de regionale helseforetakene vurderer og etablerer for desentralisert spesialisthelsetjenestebehandling.

Nye nivå blir foreslått som nye organisatoriske enheter i samarbeidsområdet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Funksjonene skal tilpasses lokale behov, og de kan ha tjenestetilbud som varierer med distrikt og tilgjengelige ressurser. De blir lansert for eksempel som enheter med poliklinikk, dagkirurgi og sengepost for pasienter som trenger innleggelse, kommunal legevaktsentral og legevakt. Enheten kan eventuelt bestå av poliklinikk og legevakt. Distriktsmedisinsk senter er tenkt å fungere som fellesarena for primær- og spesialisthelsetjenesten.

"Nærsykehus" defineres i følge en tidligere rapport fra Helse Nord RHF (Helse Nord, 2003) som små sykehus med akuttmedisinsk tilbud i indremedisin og felles akuttmottak med primærhelsetjenesten. Dette er et konstruert begrep som ikke gir gjenklang hos befolkning og helsepersonell. Det bringer så vidt en kan se ikke noe nytt inn i helse-tjenesten. Det vekker assosiasjoner om nedbygging av lokalsykehus, og kan avspore en konstruktiv debatt om organiseringen av andrelinjens tjenester (lokalsykehus). Som omtalt i kap.6.1.1 ble Florø sykehus i Helse Vest omgjort til et "nærsykehus" i 2003. I 2009 ble sengeposten nedlagt, og i dag er det kun poliklinikker og røntgen i sykehuset.

Almennlegeforeningen, AF (tidligere Almennpraktiserende legers forening, Aplf) frykter at DMS kan bli en billigversjon av desentraliserte andrelinjetjenester og derigjennom representere en reell svekkelse av spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen. De mener videre at DMS kan være et tilbud om spesialisthelsetjeneste der det er svært lange avstander til lokalsykehus. Det må være et tett samarbeid mellom kommuner og helseforetak om faglig innhold og driftsløsninger, mener foreningen.

AF skriver at de ikke kan se at DMS som felles samhandlingsarena gir samlet gevinst eller likeverdige gevinster for involverte parter, dersom resultatet er nedbygging av eksisterende lokalsykehus. Pasientene vil da få dårligere spesialisthelsetjeneste, kommunalt helsepersonell vil få flere og større oppgaver og man risikerer at andrelinjens personell ikke vil søke arbeid i DMS. (Aplf 2004)

Det er befolkningens behov som må veie tyngst. For at andrelinjetjenesten (lokalsykehusene) skal dekke befolkningens behov, må den være desentralisert, men ikke mer enn at den har en grunnstamme av funksjoner: Akuttfunksjon og planlagt dagaktivitet. For lokalsykehusfunksjonen er fagområdene indremedisin, kirurgi, anestesi, psykiatri og gynekologi/fødsel/barsel, samt tilgang på radiologiske- og laboratorietjenester viktigst.

DMS med sterkt redusert akuttberedskap kan ikke erstatte de tapene befolkningen og fastlegene påføres dersom lokalsykehusenes akuttfunksjoner sentraliseres. Små og fragmenterte andrelinje-enheter uten solid forankring i lokalsykehus vil trolig ikke kunne dekke befolkningens behov. Små enheter vil vanskeliggjøre adekvat spesialistutdanning og være uinteressante arbeidsplasser for spesialistene pga manglende fagmiljø. Derfor er det viktig at ved etablering av DMS må disse være en del av lokalsykehuset. Fagfolk hevder at nedbygging av akuttberedskap lokalt også vil gjøre legevaktjenesten vanskeligere. (Aplf 2003)

Lokalsykehusene er hjørnesteiner i utdanning og opplæring av leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, ambulansepersonell og andre yrkesgrupper i spesialisthelsetjenesten. Lokalsykehus uten døgkontinuerlig akuttberedskap vil svekke utdanningsmulighetene, og sette i gang en prosess som vil redusere et slikt lokalsykehus til en sykestue i løpet av kort tid. Lokalsykehusene har sin berettigelse. Her kan det ikke være snakk om enten eller, men både og: Årsaken til opprettelsen av distriktsmedisinske senter var i begynnelsen begrunnet i lange avstander til sykehus i distrikts-Norge. Finnmark er ett av flere eksempler på hvorfor distriktsmedisinsk senter ble etablert som en nødvendig forlengelse av lokalsykehuset. Hallingdal sjukestugu er et eksempel som viser dette perspektivet. De har drevet desentralisert spesialisthelsetjeneste i 30 år, og Hallingdal sjukestugu er sykehusenes forlengede arm i Hallingdal. Sjukestuguen er underlagt Ringerike sykehus på Hønefoss. (Nationen 2010)

6.6 Hva er problemene med Stortingsmeldingen?

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, har som viktigste grep å flytte finansieringsansvar fra staten til kommunene. Kommunene skal overta deler av regningen som staten i dag betaler for spesialisthelsetjenesten, konkret foreslås en overføring av 20 prosent fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten fra 2012.

Dette "medfinansieringsansvaret" tilsvarer rundt 13 milliarder kroner. En slik omdisponering skal motivere kommunene til å begrense bruken av dyre sykehustjenester og satse mer på forebygging, samt overta "utskrivningsklare" pasienter. Regjeringen vil satse mer på den kommunale helsetjenesten som sykehjem, legevaktjenester, skolehelsetjeneste og helsestasjonstjenester, og øke antall fastleger. Og ved å gi kommunene ansvar for forebyggende arbeid og rehabilitering skal det bli mindre behov for sykehustjenester.

- En større satsing på kommunehelsetjenesten betyr ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes, men roller og oppgavene endres. Det blir en forskyvning av tyngdepunktet fra spesialisthelsetjenesten til mer fokus på kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstakere. (St.meld. 47)

Hvilke konsekvenser en slik overføring av midler fra et nivå til et annet får, drøftes ikke i stortingsmeldingen. Når forutsetningen er at den totale bevilgningene ikke øker, er det nærliggende å stille spørsmål ved hvordan spesialisthelsetjenesten skal kunne opprettholde tilbudet med 20 prosent mindre overføringer til å yte helsetjenester. Dersom disse

forsvinner i 2012 må noe av virksomheten reduseres. Mindre i overføringer vil bety færre helsetilbud for å komme i budsjettmessig balanse. Det gis ingen vurdering eller forklaring på hvordan dette er tenkt løst. Tanken om forebygging er i utgangspunktet god. Om økt forebygging vil redusere kostnadene er ikke dokumentert. I hvilken grad et forebyggende arbeid vil sørge for redusert behov for spesialisthelstjenester er på kort sikt høyst usikkert.

- En framtidig situasjon der sykehusene i større grad enn i dag rendyrker oppgaver av spesialisert karakter, gir nye muligheter for strategisk utvikling av spesialisthelstjenesten som må utnyttes på en systematisk måte.

Hva betyr det at spesialisthelstjenestens rolle skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse? Betyr det at vi bare skal ha spesialiserte sykehus? Driver lokalsykehus med spesialiserte tjenester? Skal dagens lokalsykehus bygges ned eller fjernes og hva taper vi i så fall på det? Her sitter vi igjen med flere spørsmål enn svar på hva som ligger i uttalelsen i stortingsmeldingen om at "*samhandlingsreformen gir viktige utviklingsmuligheter for lokalsykehusene*".

Alle som uttaler seg om intensjonen i stortingsmelding nr. 47 Samhandlingreformen er enige i, og positive til, en sterkere satsing på bedre samhandling og samarbeid på tvers av nivåene. Men etterhvert som stortingsmeldingen er gjennomlest og vurdert, er det flere som stiller spørsmålstegn ved grunnlaget for en så omfattende omorganisering som det legges opp til i meldingen. Det mangler faglige vurderinger og analyser av hva som er årsak til samhandlingsproblemet i dag, og økonomiske konsekvenser av eventuell omorganisering er ikke vurdert. Noen av de problematiske forhold som omtales i meldingen finnes det allerede etablerte systemer til å løse. Allerede i 2007 inngikk KS og spesialisthelstjenesten en samarbeidsavtale om å bedre det formaliserte samarbeidet mellom primærhelstjenesten og spesialisthelstjenesten. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007)

Legeforeningens president Torunn Janbu mener, i likhet med andre arbeidstakerorganisasjoner innenfor sektoren at "*det er gode målsettinger, men at virkemidlene krever både diskusjon og utprøving*" (Janbu, 2009)

6.6.1 EN VURDERING AV HELSEFORETAKSREFORMEN ER NØDVENDIG

Det mangler en analyse av konsekvensene av foretaksorganiseringen og den forretningsbaserte styringen av spesialisthelstjenesten. Samhandlingsproblemene synes å ha økt etter innføring av sykehusreformen i 2002, og det vil være klokt å se problemene i lys av denne store reformen før det iverksettes en ny stor helsereform. Sykehusreformen ble evaluert i tre omganger, og i evalueringen av foretaksorganiseringen i november 2005 konkluderte Agenda og Muusmann med å anbefale at hele "bestiller-utfører" modellen burde avvikles. Konklusjonen støttes opp av rapportens gjennomgang av et utvalg internasjonale erfaringer med måter å organisere spesialisthelstjenesten på. I denne gjennomgangen er forsøkene med markedsmekanismer og "bestiller-utfører" modeller i blant annet Sverige, Danmark, Irland og England oppsummert. Rapporten konkluderer slik:

”Den internasjonale gjennomgangen i kapittel 6 indikerer at selv land som i høyere grad enn for eksempel Norge har vært klare til å prøve rendyrkede markedsorienterte og konkurransepregede prinsipper, og klarere definerte former for bestiller - utfører og autonomi for helseforetakene, synes å ha hatt problemer på grunn av spesialisthelsetjenestens spesielle karakter” (Agenda Muusmann 2005)

6.6.2 UTEN ANALYSER OG KONSEKVENSVURDERINGER

En hovedinnvending mot stortingsmelding nr. 47 er at den legger fram uklare forslag om grunnleggende endringer av måten vi organiserer helsetjenestene på, uten analyser av årsaker og virkninger, og er så godt som fri for vurderinger av økonomiske konsekvenser, som omtalt i kapittel 2.

I tillegg mangler en konkretisering av hvordan nye nivåer og tjenester skal bemannes, og en drøfting av hensiktmessigheten av å flytte oppgaver fra et nivå til et annet. Dette kan ha sammenheng med at det ikke finnes tilstrekkelig forskningsmessig grunnlag og empiri for de foreslåtte tiltak, se omtale i kapittel 4.

En annen svakhet ved meldingen er den manglende presisering av sentrale begreper som "utskrivningsklare pasienter", "unødvendige innleggelser" m.fl., som vi skal se nærmere på i det følgende. Terese Folgerø, eldreoverlege, dr. med, Tromsø kommune, har med et kritisk blikk gjennomgått forskningsrapportene som leder frem til konklusjonen om at det legges inn rundt regnet en halv million for mange mennesker på norske sykehus. Forskningsgrunnlaget for tallfestingen er, ifølge Folgerø, heller tynt. «*Er dette godt nok til at vi skal endre struktur og finansiering av helsetjenesten i hele landet?*», spør hun. (Folgerø 2009)

6.6.3. UKLARE BEGREPER

Utskrivningsklare pasienter

Stortingsmeldingen legger stor vekt på at det er mange utskrivningsklare pasienter i norske sykehus. Terese Folgerø m.fl. har pekt på at det ikke er gjort noe forsøk på å forklare begrepet "utskrivningsklar", og at dette begrepet forandrer betydning avhengig av bl.a. av reduksjon av sengetall ved sykehusene (somatiske sykehussenger er redusert fra cirka 21 000 i 1980 til i underkant av 12 000 i dag). I tillegg vil press på den enkelte sykehusavdelings ressurser variere pga sykdom blant personalet, opphopning av innleggelser, ulykker og liknende, og sykehusets behov for å skrive pasienter ut raskt vil kunne variere.

Det er viktig å være klar over at de "utskrivningsklare" pasientene er *syke*. Dette er pasienter som gjennom sykdom har fått endret sitt funksjonsnivå på en slik måte at de ikke uten tilpasninger og innsats fra kommunen, kan vende tilbake til egen bolig. Noen vil ha behov for rehabiliteringsopphold eller sykehjemsplass etter sykehusinnleggelse, og dersom de ble innlagt fra eget hjem, tar det nødvendigvis litt tid å etablere et nytt,

omfattende heldøgns omsorgstilbud til den aktuelle pasienten. Det kan derfor være *nødvendig* at sykehuset til en hver tid har noen utskrivningsklare pasienter liggende.

Begrepet ”utskrivningsklar” er definert i ”Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter”, og det går klart fram at sykehuset skal gjøre rede for en rekke forhold:

§ 3. Når en pasient er utskrivningsklar

... En pasient er utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

- 1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,*
- 2. øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart,*
- 3. dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,*
- 4. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,*
- 5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert,*
- 6. dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.*

§ 4. Avgjørelsesmyndighet

(...) Sykehuset avgjør når pasienten er utskrivningsklar.

§ 6. Varselfrist

...) Betaling kan kreves fra 10 dager etter at kommunen skriftlig er varslet om at pasienten er utskrivningsklar. Kommunen skal samtidig gjøres kjent med sykehusets vurdering etter § 3.

Dersom sykehusene skal kunne definere en pasient som utskrivningsklar, skal altså punktene i § 3 i forskriften være ivaretatt. Dette er opplysninger som normalt skal finnes i legeepikrise/foreløpig epikrise. Epikrise er legens oppsummering av de forhold som er listet opp i § 3, og skal følge etter enhver sykehusinnleggelse.

De færreste kommuner har nok opplevd å få epikrise samtidig som de får skriftlig varsel om utskrivningsklar pasient. Svært ofte blir pasienter overført til kommunale tilbud (enten ivaretatt av hjemmetjenesten, eller i institusjon) uten at epikrise følger med pasienten. Ikke sjelden kommer epikrisen flere uker etter at pasienten er utskrevet fra sykehus. Sykehuset sender dermed ut pasienter som pr. definisjon ikke er utskrivningsklare.

I lys av prinsippet om likeverdighet, er det derfor underlig at kommunene skal betale for pasienter som blir liggende på sykehuset etter at de er definert som utskrivningsklare, mens sykehuset ikke betaler til kommunen for de pasientene de sender ut *før* de faktisk er utskrivningsklare.

Det er usikkert om kravene forskriften stiller til sykehuset for at en pasient skal kalles "utskrivningsklar" er godt nok kjent blant de ansatte på sykehusavdelingene.

Det er holdepunkter for at pasienter karakteriseres som "utskrivningsklare" når sykehusavdelingen er klar til å begynne en utskrivningsprosess. Noen ganger er dette første gangen sykehuset tar kontakt med kommunen. Sykehusene ser ikke ut til å forholde seg til viktigheten av at kommunen får nødvendige opplysninger om pasienten for å kunne gi den enkelte optimal behandling, pleie- og omsorg, og dermed også få en effektiv bruk av kommunale ressurser (bl.a. høy nok turnover i korttidsplasser i sykehjem).

Ingen pasienter tas imot i et sykehus uten henvisning med nødvendige pasientopplysninger (unntatt akutte innleggelser). Disse blir sendt *på forhånd* for at sykehuset kan avgjøre hvilket tilbud de skal gi den syke. Det burde være like selvfølgelig at henvisningene også går den andre veien. En epikrise som sendes så tidlig som mulig, og *senest* samtidig som det varsles om en utskrivningsklar pasient (jfr. § 6 i Forskriften), ville kunne fylle kravene til en slik henvisning til kommunale tjenester. I mange tilfeller burde det være lettere å få til, med tanke på at det ofte er nødvendig med øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus, mens alle overflyttinger til kommunen fra sykehus er planlagte.

Dersom man innfører en betalingsplikt for kommunene fra første dag for "utskrivningsklare" pasienter, fordi man forventer at kommunen skal kunne ta pasienten ut i samme øyeblikk som vedkommende er "stemplet" utskrivningsklar, innfører man i prinsippet en slags "øyeblikkelig hjelp" situasjon med akutt innleggelse i kommunal institusjon. Det er vanskelig å se at dette er faglig godt begrunnet.

I en omlegging av helsetjenesten, med koordinering av tjenester og samhandling mellom forvaltningsnivåene i fokus, ville det være naturlig å avvikle all betaling for såkalte utskrivningsklare pasienter. Dersom man likevel velger å iverksette betaling for utskrivningsklare pasienter, bør betalingsplikten også gjelde for sykehus som sender ut pasienter som ikke fyller vilkårene for å være utskrivningsklare.

Unødvendige innleggelser

Samhandlingsreformen viser også til et doktorgradsarbeid gjort av Bjørn Odvar Eriksen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). (Eriksen 1999) Han konkluderer med at 24 prosent av innleggelsene ved medisinsk avdeling i Tromsø ikke hadde medisinsk nytte av oppholdet. Men av dette kan man ikke utlede at dette var *unødvendige* innleggelser, mener Eriksen. Hans poeng var snarere at man vanskelig kan forutsi hvem som har nytte av sykehusoppholdet. Når man lager politiske handlingsplaner med forenklete resonnementer på grunnlag av slik forskning, står man åpenbart i fare for å unnlate å legge inn mange som vil ha stor nytte av et opphold på sykehuset.

Stortingsmeldingen viser ikke til flere senere artikler av samme forfattere, der de peker på at de "unødvendige" koster mindre enn halvparten av de "nødvendige" innleggelsene. Forfatterne peker også på at man ikke kan forutsi med tilstrekkelig grad av nøyaktighet hvem som vil ha nytte av et sykehusopphold. Ved tidspunktet for innleggelse, kan innleggelsen ha vært velbegrunnet, selv om det i ettertid viste seg at en pasient kunne ha klart seg like godt uten sykehusinnleggelse. Hvis man forsøker å gjennomføre en politikk der antall innleggelser skal kuttes kraftig, vil mange som har nytte av det ikke bli innlagt.

Besparelsene i Stortingsmeldingens regnestykker om "unødvendige innleggelser" er basert på at de "unødvendige" pasientene har samme antall liggedøgn som andre pasienter. Pengene en sparer, står sannsynligvis ikke i noe rimelig forhold til de helsemessige tapene en vil få. For de innleggelsene som i ettertid viste seg å være "unødvendige" for pasientens helse, har lavere kostnader enn gjennomsnittspasienten. Dette skyldes først og fremst at de har kortere sykehusopphold. Det betyr at besparelsen ved å redusere "unødvendige innleggelser" uansett ikke vil stå i forhold til den andelen disse innleggelsene utgjør. (Morgenbladet 2009)

6.6.4 JURIDISKE UTFORDRINGER OG PROBLEMSTILLINGER

Professor dr. juris Asbjørn Kjønstad ved Universitetet i Oslo trekker i en artikkel frem de juridiske problemstillingene som kommer til syne i stortingsmelding 47.

Innleggelse i sykehus er regulert i lov om pasientrettigheter, og ett av spørsmålene som reises av Kjønstad er om tenkningen rundt de økonomiske incentiver og forslag om økonomisk medansvar for kommunene står i kontrast til et system av juridiske rettigheter og forpliktelser? Et konkret spørsmål Kjønstad stiller er hvorvidt det knytter seg juridiske problemstillinger til at kommunene skal betale for utskrivningsklare pasienter? Et annet spørsmål som stilles i Kjønstads artikkel er om et kommunalt medfinansierungsansvar for kommunene vil svekke pasientenes rettsstilling? (Kjønstad 2009)

6.7 Utviklingen av lokalsykehusene etter innføring av statlige helseforetak i 2002

Det brukes betydelige ressurser på omorganisering av spesialisthelsetjenesten. Sykehus og helseforetak fusjoneres, og flere runder med utredninger og forslag til strukturelle endringer i regionene har satt lokalsykehusenes innhold og funksjoner under press. Gjennom å funksjonsfordele oppgavene på sykehus innenfor helseforetaket har det foregått en omdefinering av lokalsykehusenes innhold. Uten en forankring i nasjonale planer og beslutninger. I 2007 kom den første nasjonale helseplanen i det nye systemet (Helse- og omsorgsdepartementet 2006) men i denne planen er det ingen overordnet sykehusstrukturstrategi. Dette er overlatt til de regionale styrene å vurdere. Dagens omstrukturingsforslag skjer med andre ord uten politisk og demokratisk forankring. Det skjer "stykkevis og delt", ofte uten nødvendige konsekvensanalyser. Og, dette skjer mens vi venter på politisk behandling og konkretisering av Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. De forslag som er til vurdering i de regionale helseforetakenes strukturelle endringer av spesialisthelsetjenestetilbudet kommer i kjølvannet av store økonomiske utfordringer for å realisere kravet om budsjettmessig balanse.

Helt siden ny organisering av spesialisthelsetjenesten med innføring av foretaksorganisering 1. januar 2002 har man sett forsøk på å bygge ned akuttilbudet ved

lokalsykehus over hele landet. Noen av disse forslagene er som beskrevet i kap. 6.7.2 realisert, andre er satt på vent. Det har vært flere runder, både regionalt og nasjonalt, om strukturelle endringer i helseforetak og på sykehusene.

De stadig pågående omorganiseringene i foretakene preges nå av at samhandlingsreformen tas til inntekt for å nå ønskede mål. Det omorganiseres og planlegges ut fra egne tolkninger av hva reformen vil føre til. Bl.a. kan det virke som om dimensjoneringen av nye sykehusbygg allerede er påvirket av stortingsmelding nr. 47, samhandlingsreformen. Hvor man uten tilstrekkelig dokumentasjon eller vurdering av konsekvenser, gir inntrykk av at pasienter som i dag har krav på innleggelse i spesialisthelsetjenesten skal håndteres i kommunen, og ikke på sykehus. Dette vil i hovedsak ramme de eldre pasientene, uten at det er klargjort hvorfor nettopp denne gruppen skal ha svakere rettigheter enn andre pasienter til diagnostikk og behandling. (Folgerø 2009)

6.7.1 STATUS SYKEHUSSTRUKTUR 2002

Med etablering av statlige foretak ble helse-Norge inndelt i 5 helseregioner, og 47 helseforetak ble etablert som "datterselskap" under de regionale helseforetakene Helse Nord, Helse Vest, Helse Midt-Norge, Helse Øst og Helse Sør. Helseregionene Sør og Øst ble senere slått sammen til en helseregion, Helse Sør-Øst (1. juni 2007).

I 2002 hadde 35 av lokalsykehusene akuttfunksjoner (ni i Helse Nord, seks i Helse Midt, seks i helse Vest, ti i Helse Sør og fire i Helse Øst), mens 7 lokalsykehus i perioden 2002 - 2010 bare har drevet med såkalt "elektiv" (planlagt) behandling, polikliniske tilbud eller rehabiliteringsbehandling (Røros sykehus i Helse Midt-Norge, Kragerø sykehus og Sandefjord sykehus, Sarpsborg sykehus, Halden sykehus, Ski sykehus og Stensby sykehus i Helse Sør-Øst).

6.7.2 STATUS SYKEHUSSTRUKTUR 2010

Det sterke presset for å endre sykehusstrukturen i Norge har i særlig grad blitt rettet mot lokalsykehusene. I alle regioner finnes det i dag planer om å avvikle akuttberedskapen og fødselsomsorgen ved et eller flere lokalsykehus, og befolkningen oppfatter dette som begynnelsen på en total nedlegging. Lokalsamfunn etter lokalsamfunn har mobilisert til kamp for sykehuset sitt. Befolkningen og ulike interesseorganisasjoner står mot ledelsene i de nye helseforetakene og mot mange sentrale politikere. For begge sider i denne kampen har det vært viktig å få mest mulig medisinsk fagekspertise på sin side.

Arbeidet med å få en statusoversikt over utviklingen av spesialisthelsetjenesten fra 2002 og fram til 2010 har vært svært vanskelig. Dette kommer blant annet av at det ikke lenger er et overordnet system som bestemmer sykehusstruktur. Dette forsvant med nytt styringssystem. Det er siden 2002 de regionale helseforetakene som er delegert hovedansvaret for utviklingen. Kontinuerlige omorganiseringer gjennom oppsplitting, funksjonsfordeling, sammenslåing av helseforetak og regioner (Sør og Øst i 2007) har

gitt et uoversiktlig bilde av antall sykehus og andre spesialisthelsetjenester, hvilke sykehus som gjør hvilke oppgaver og hvilke sykehus som er slått sammen i de ulike foretak. Ved opprettelsen av foretaksorganisering i 2002 ble det etablert 47 helseforetak. Disse er redusert til 24 helseforetak i 2010. I samme periode har de regionale helseforetakene blitt redusert fra fem til fire.

Stortingsmelding nr. 47 nevner under kapitlet om hovedinnholdet i samhandlingsreformen på side 22 under 3.2.1 at en av faktorene som skaper samhandlingsproblemer er *de mange organisatoriske oppsplittinger både innad i kommunen og innad i helseforetakene*.

Dette problematiseres i liten grad senere i meldingen. Et spørsmål er om denne svakheten kan være en av hovedgrunnene til at det er vanskelig å få til gode samhandlingsarenaer innenfor helse- og omsorgssektoren.

I løpet av årene etter 2002 har nedbyggingen av lokalsykehusene blant annet omfattet disse sykehusene:

- Seks er lagt helt ned /vedtatt nedlagt som lokalsykehus siden sykehusreformen av 2002:
- Helse Vest: Florø sykehus (2009)
- Helse Sør-Øst: Farsund sykehus (2007), Mandal sykehus (2008), Stensby sykehus (2009), Sandefjord sykehus (2009) og Aker sykehus (2010)
- Fire lokalsykehus har mistet den kirurgiske akuttberedskapen helt eller delvis; helt lagt ned ved Lærdal sjukehus og Nordfjord sykehus (Helse Vest), og ved Larvik sykehus (Tidligere Helse Sør), Moss sykehus (Tidligere Helse Øst) Mosjøen sykehus (Helse Nord)), Røros sykehus (Helse Midt-Norge),
- To lokalsykehus (av de som fortsatt har akuttfunksjoner) har fått innskrenket fødetilbudet (fra fødeavdeling til fødestue); Mosjøen sykehus (Helse Nord) og Lærdal sjukehus (Helse Vest). Fødeavdelingen på Aker Universitetsykehus (Tidligere Helse Øst) ble nedlagt i 2003, Lykkeliten fødestue på Rjukan (Helse Sør-Øst) ble nedlagt 2008.

6.7.3 FORSLAG OM ENDRING AV SYKEHUSSTRUKTUR I 2010

Som omtalt i kap.6.1 står igjen utvikling av lokalsykehusfunksjoner og forslag til strategier for lokalsykehusene på dagsorden. Nå foreslås det på regionalt nivå å se på blant annet det akuttmedisinske tilbudet, overordnet institusjonsstruktur, føde- og ortopedi. Løsningene skal være i overensstemmelse med Samhandlingsreformens intensjoner. Det er bl.a. at alle kommuner skal knyttes til et lokalmedisinsk senter. Sentrene blir minisykehus med legevaktjeneste, observasjonsposter og etterbehandlingsposter for pasienter som har vært innlagt på sykehus. Kommunene og staten skal i fellesskap stå ansvarlig for driften. Hva dette i realiteten betyr er foreløpig uklart. Stortingsmeldingen er til behandling i Helse- og omsorgskomiteen, som etter planen avgir innstilling 20. april 2010. Stortinget skal behandle innstillingen 27. april, og en konkretisering av vedtak i Stortinget vil komme som forslag fra Regjeringen i etterkant av stortingsbehandlingen.

For spesialisthelsetjenesten skal de løsninger som velges være i overenstemmelse med krav om budsjettbalanse. Det er dette kravet, sammen med innføring av lønnsomhetsregnskap, som har skapt problemer for helseforetakene og de regionale helseforetakene. Dersom det blir vedtatt å flytte/overføre 20 prosent av spesialisthelsetjenestens bevilgninger til primærhelsetjenesten med virkning fra 2012 vil situasjonen bli ytterligere presset for de regionale helseforetakene.

Eksempler Region Midt Norge

En prosjektgruppe som er oppnevnt for å se nærmere på mulighetene for Røros sykehus la i januar 2010 fram "mulighetsstudie" for sykehuset. Hovedtrekkene er disse: Det legges opp til dagkirurgi ved Røros sykehus. Det betyr at akuttberedskapen svekkes i forhold til i dag. Sykehuset har i dag 14 senger. Dette antallet reduseres fordi det ikke lenger skal drives heldøgns kirurgisk virksomhet. Arbeidsplasser vil gå tapt, men hvor mange er ikke klart. Røros foreslås nå drevet som intermediærpost av kommunene i Rørosområdet, supplert med poliklinikk og dagkirurgi. Dette er ikke endelig vedtatt.

Helse Midt Norge er i gang med en strategiprosess som ser fram mot 2020, som skal kunne ut i vedtak i juni 2010. Høringsrapporten med forslag til sykehusstruktur og lokalsykehusfunksjoner i Midt-Norge ble offentliggjort 4. mars 2010. (Helse Midt-Norge 2010)

Rapporten vurderer akuttfunksjonene i HF-ene, med stort fokus på kostnader med "vaktgående team" på små sykehus. Debatten er allerede godt i gang i Møre og Romsdal. I dag har alle fire lokalsykehusene i Møre og Romsdal akuttfunksjoner. Mye tyder på at strategiprosessen konkluderer med forslag om å redusere tilbudet ved 2 av lokalsykehusene. I den offentlige debatten er det situasjonen rundt vedtak om nytt sykehus som skal erstatte dagens akuttsykehus i Kristiansund og Molde som gis størst oppmerksomhet. Men også framtidsutsiktene for Volda sykehus har skapt en voldsom debatt i lokalsamfunnet.

Eksempler Region Vest

I Helse Vest er også et strukturarbeidet i gang med sikte på endringer av sykehusstrukturen fram mot 2020, tilsvarende Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Dette har skapt aktivitet i befolkningen, bl.a. i Sogn og Fjordane (Helse Førde HF) der det mobiliseres for å stoppe det som innbyggerne oppfatter som "trusler om ytterligere rasering av lokalsykehusene". Helse Førde HF har diskutert å legge ned én eller to av de tre ortopediske avdelingene i Sogn og Fjordane. Det har også vært forslag om å legge ned fødeavdelingen på Nordfjordeid, fødestuen på Lærdal sjukehus og flere tilleggsfunksjoner ved lokalsykehusene har vært truet i forlengelsen av en nedlegging av ortopediske avdelinger. 5. mars 2010 presenterte helseforetaket høringsdokumentet "Strategiprosess Helse Førde 2020", der en presenterer og vurderer tre modeller:

- Ett sentralsykehus i Førde og lokalmedisinske sentre i hhv Nordfjordeid og Indre Sogn (forslag om Sogndal istdf eksisterende sykehus i Lærdal)
- Tre lokalsykehus
- Ett sentralsykehus uten noen lokalsykehus

Etter en høringsrunde skal Helse Førde HF styrebehandle saken 27. mai 2010.

Eksempler Region Nord

Igjen er det forslag om å sentralisere tilbud. I tidligere rapporter har forslagene om å redusere både fødetilbud og akuttfunksjoner møtt stor motbør fra mange hold. På nytt ligger føringer for endringer av sykehusstruktur ytterligere. Forslaget til lokalsykehusstrategi 2010–2020 er utarbeidet av en prosjektgruppe nedsatt av Helse Nord.

Utvalget bak rapporten er enige om at alle sykehus må ha indremedisinsk vaktberedskap. Men når det kommer til kirurgisk akuttberedskap er gruppen delt. Det er stor uenighet om hvilke akuttberedskap lokalsykehusene i Helse Nord skal ha. Foruten sykehuset i Mosjøen har samtlige lokalsykehus i dag akuttberedskap med døgnkontinuerlig vakt i indremedisin, anestesi, generell kirurgi og føde. I tillegg er det døgnkontinuerlig tilgang på radiologi og laboratorietjenester. Men nå er det flere som taler for at det er akseptabelt å ha en redusert beredskap, der kravet til kirurgi om natten faller bort.

Utvalget foreslår videre at ved en sentralisering av akutttilbudet skal både fødetilbud og ortopedi følge samme prinsipper for nedbygging/sentralisering.

Eksempler Region Sør-Øst

31. januar 2010 gikk høringsfristen ut for forslag fra Oslo Universitetssykehus *om utviklingen av lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus*. I denne høringssaken var det Aker sykehus sin skjebne som lokalsykehus som ble hovedsak.

Den øvrige fusjoneringsprosessen etter sammenslåing av Helse Sør og Helse Øst i juni 2007 er iverksatt. 14 helseforetak er fra 1. januar 2010 blitt redusert til 11. Aker sykehus ble vedtatt nedlagt 17. februar 2010.

Et eksempel på hvor vanskelig det er å følge med på endringene i sykehusstrukturen har vi i Ski sykehus, som var et selvstendig sykehus før det ble en del av Aker sykehus, som så ble underlagt Oslo Universitetssykehus (OUS). Ski vil sannsynligvis bli underlagt Akershus Universitetssykehus (Ahus) fra 2011.

6.8 Lokalsykehusenes rolle i et bredere samfunnsperspektiv

Det er all grunn til å frykte at å bygge ned lokalsykehusene vil ha flere ringvirkninger for hele helsetjenesten i lokalsamfunnet. Stikkord er rekruttering, stabilitet og kvalitet. 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 hadde forutsett.

I distrikts-Norge øker bekymringen i befolkningen for lokalsykehusenes framtid nå som de regionale helseforetakenes strategidokumenter er offentliggjort. I disse dokumentene ligger forslag til endringer av sykehusstruktur, med vekt på sentralisering av lokalsykehusfunksjoner. (Helse Midt Norge 2010, Helse Førde 2010 og Helse Nord 2009) De tradisjonene som brytes når lokalsykehus legges ned, oppfattes av folk som et sterkt signal om at storsamfunnet ønsker å trekke seg ut. Spørsmålet som reises er om

storsamfunnet vil satse på videreutvikling eller avfolking av de lokalsamfunnene som er berørt.

Det er opplagt en påkjenning for folk, dersom de må reise eller fraktes i timevis for å komme til sykehus. Både det at pasienten kjenner mange av dem som arbeider på lokalsykehuset sitt, og ikke minst at man har familie og et nettverk rundt seg ved et sykehusopphold har åpenbare helsegevinster. Både pasienter og pårørende oppfatter dette som svært viktig, og helse handler også om hvordan vi føler oss, ikke bare om hvordan vi har det rent fysisk.

6.8.1 KVALITET – ET SPØRSMÅL OM VOLUM?

I diskusjonen om lokalsykehusene hevdes det fra tid til annen at det medisinsk-faglige tilbudet i lokalsykehusene ikke er kvalitativt godt nok, at disse sykehusene gir en "falsk trygghet". I de fleste tilfeller er dette trolig ikke entydig. Dersom det er slik at det faglige nivået på et lokalsykehus forvitrer, kan det like gjerne være et resultat av dårlig ledelse og dårlig helsepolitikk, og ikke av at sykehuset er for lite. I sykehus som fører en konstant kamp mot nedlegging blir det altfor lite energi igjen til å tenke på faglig oppdatering og utvikling. Entusiastiske og ambisiøse spesialister vegrer seg mot å arbeide i sykehus hvor det bare diskuteres innsparinger, omorganiseringer og avvikling.

Et mer gjennomtenkt og mer planmessig samarbeid mellom primærhelsetjenesten og lokalsykehuset, og mellom lokalsykehuset og de større sykehusene i regionen, ville også kunne sikret bedre effektivitet og høyere faglig nivå i alle ledd.

I drøftinger av kvalitetsaspektet forutsettes ofte at volum og kvalitet er gjensidig avhengig av hverandre. Dette er ikke dokumentert for annet enn noen få avanserte og kompliserte operasjoner. I rapporten "Lokalsykehusenes fremtidige rolle", fra 2006 har Den norske legeforening kommet frem til bl.a.:

- *Sykehusenes kvalitet har i for stor grad blitt knyttet til ivaretagelse av spissfunksjonene; de avanserte operasjoner, med høyspesialisert medisinsk teknologi, for de smale pasientgrupper.*
- *Kvalitet i spesialisthelsetjenesten må også vurderes ut fra breddekompetanse: god diagnostikk og behandling for pasienter med sammensatte og uavklarte lidelser krever en breddeinnsats i utredning, diagnostikk og vurdering av behandlingsopplegg.*
- *De største lokalsykehusene er i de største byene, og utfordringene med hensyn til å ivareta lokalsykehusfunksjonen for de store pasientgruppene er minst like stor her.*

I moderne medisin finnes ingen sikker, generell sammenheng mellom kvantitet og kvalitet på sykehusene. Forskning både i Norge og England underbygger dette. Jon Nicholl, professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Sheffield, uttalte i september 2002 til ukeavisen Dagens Medisin:

”- Sentralisering av sykehus etter volum er idiotisk. Det er ingen grunn til å tro at sykehus som får mange pasienter, fungerer bedre. Et høyvolum-sykehus betyr ikke høyt volum pr kliniker. Kirurger, leger og sykepleiere lærer av erfaring, men det gjør ikke sykehus”.

I debatten om sentralisering i Helse Nord påviste kirurgene ved Stokmarknes sykehus at de hadde mye lengre ”knivtid” pr. uke enn kirurger ved større sykehus.

Men viktigst er det at diskusjoner om lokalsykehusenes rolle i dag må ta utgangspunkt i at de er et ledd i en omfattende, dynamisk samhandlings- og behandlingsskjede i helsevesenet. Det blir meningsløst å isolere dette ene leddet, uten å se på hva som skjer før og etter i kjeden, og uten å ha et gjennomtenkt opplegg for å fylle de funksjonene lokalsykehusene i dag har og som blir borte ved en eventuell nedlegging. Det er denne dynamikken de regionale helseforetakene ikke synes å ta hensyn til når de vil legge ned tilbud uten å ha foretatt slike analyser, og uten å ha bygget opp et system og et apparat som på en god måte kan erstatte det som evt. blir tatt bort.

Det er ikke foretatt noen beregninger som viser hva det vil koste å bygge opp og vedlikeholde en like god akuttmedisinsk beredskap som den lokalsykehusene i dag representerer. Befolkningen frykter, at eventuelle innsparinger bare kan komme som følge av at beredskapen og tilbudet blir dårligere.

På den andre siden er det nettopp lokalsykehusenes akuttberedskap som gjør dem til *sykehus*. Poliklinikker og medisinske sentre kan stenge klokka fire om ettermiddagen og åpne igjen neste morgen. Et sykehus kjennetegnes av at det har drift og beredskap døgnet rundt. Det er også kombinasjonen av elektiv virksomhet på dagtid og helkontinuerlig akuttberedskap som gjør at lokalsykehusene kan godkjennes som utdanningsinstitusjoner for legene. Utdanningsansvaret sikrer i sin tur at lokalsykehusene får turnuskandidater, og disse er helt avgjørende for å få nok bemanning til å sette opp turnuser og beredskapsplaner som går rundt natt og dag, hverdag og helg.

Et sykehus med bare akuttberedskap og ingen elektiv virksomhet er en meningsløshet. Vi kan ikke ha en stor organisasjon som bare er i funksjon i forbindelse med ulykker og akutttilfeller, og som ellers ikke utnytter sin kapasitet og kompetanse. Det vil bety både faglig forvitring og økonomisk sløsing.

Ideen om ”sykehus på dagtid”, hvor akuttberedskapen er lagt ned, er egentlig like håpløs, i alle fall når vi snakker om lokalsykehus ute i distriktene. For det første må det baseres på at man kan nå *et annet sykehus* med full beredskap på kvelds- eller nattetid, dersom en krise oppstår. Dette er måten de private klinikkene fungerer på i dag. De sender pasientene sine til de offentlige akuttsykehusene når det oppstår komplikasjoner. For det andre kan det bli vanskelig å rekruttere spesialister til et ”sykehus” som bare driver elektiv virksomhet innenfor enkeltdisipliner, som ikke har utdanningsoppgaver, og som i distrikts-Norge endog kan få problemer med å få nok pasienter innenfor den aktuelle spesialiteten. Befolkningens frykt for at en nedlegging av akuttberedskapen er et første skritt mot full nedlegging av sykehuset er derfor reell nok.

Det er ikke snakk om et enten eller, men om både større og mindre sykehus. Mange behandlinger er det hensiktsmessig å konsentrere til de største sykehusene, mens andre kan gis like godt på mindre sykehus. Det er riktig at en for sterk spesialisering kan true lokalsykehusene. Det er for eksempel viktig at spesialiteten *generell kirurgi* opprettholdes. Det har vært en debatt en tid om dette fagets fremtid, hvor enkelte har tatt til

ordet for å avskaffe det. For at lokalsykehusene skal kunne opprettholde sin funksjon innen den kirurgiske akuttberedskapen, er det viktig med spesialister i generell kirurgi. Dette er det opp til helsemyndighetene å bestemme. Spørsmålet om å opprettholde lokalsykehusene og en desentralisert spesialisthelsetjeneste er et politisk spørsmål. Det finnes ikke en enkelt grunn til å opprettholde eller legge ned lokalsykehus, - verken medisinsk, samfunnsmessig eller økonomisk. Dette er sammensatte spørsmål, og det er summen av mange ulike hensyn og målsettinger som avgjør. I siste instans skal ulike interesser avveies mot hverandre, - det blir et spørsmål om makt i samfunnet.

6.8.2 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Dersom myndighetene virkelig mener at pasienten skal være i fokus, bør man bringe befolkningen inn i debatten om de omlegginger som står for døren, og ikke tillate de regionale helseforetak å fatte viktige beslutninger om strukturelle endringer før vi kjenner konsekvensene av både samhandlingsreformen og hvilken endelig utforming denne vil få, og hva RHFenes sentralisering og omorganiseringer vil bety for helsetilbudet til befolkningen. Omfattende omorganiseringer gjennom strukturendringer er i ferd med å skje uten reelt grunnlag i forskning eller empiri, og med utilstrekkelig oversikt over konsekvenser for økonomi, fagmiljø, pasienter, næringsliv og befolkning.

De lokalsamfunnene som trues av sykehusnedlegging har en soleklar og legitim rett til å sette sykehusenes fortsatte eksistens inn i en større, samfunnsmessig sammenheng. Det er helt riktig at sykehusene betyr mye for sysselsettingen, kompetansen, økonomien og stabiliteten i lokalsamfunnene. Sykehusene er viktige hjørnesteinsbedrifter, og både befolkningen og de ansatte har derfor gode grunner til å ta opp kampen mot nedtrapping og nedlegging.

Det foreligger ikke seriøse utredninger som tilsier at dagens 3-nivådeling i helsesektoren bør avskaffes. Samhandlingsarenaer må ta utgangspunkt i denne ansvars- og oppgavefordelingen.

- Primærhelsetjenesten i 1. linje er et medisinsk lavterskeltilbud som utreder, behandler og følger opp alminnelige sykdommer
- Lokalsykehus i 2.-linjetjeneste yter generell kirurgi, indremedisinsk, psykiatrisk og rehabiliterende spesialisthelsetjeneste (og eventuelt andre fagområder), samt de privatpraktiserende spesialistene i sykehusets nedslagsfelt
- Et høyterskeltilbud i 3.-linje med regionale og nasjonale medisinske funksjoner

En slik tredeling bør ligge fast for å sikre stabile samarbeidsrelasjoner i helsetjenesten. Vi må først og fremst bli gode til å samhandle om pasienter på de nivå vi har. Innføres nye nivå, får vi flere samarbeidsarenaer, økende administrasjon, uklare ansvarsforhold og økte utgifter med usikker effekt på helsetjenestens kvalitet.

VEDLEGG

Professor Stein Østre

Betraktninger om helseeffekter og helsekostnader ved tiltak skissert i Samhandlingsreformen

1. PROBLEMSTILLING OG SAMMENFATNING

I St meld nr 47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen" er det ikke foretatt noen skikkelig gjennomgang av helseeffekter, dvs helsegevinster for befolkningen, og helsekostnader, som vil følge forslagene om forholdsvis dramatiske endringer i helsetjenesten. Kapittel 18 Økonomiske og administrative konsekvenser, som er på én eneste side, kan dessverre i beste fall betraktes som en parodi på hva en slik kapittel skal inneholde.

I det følgende presenterer noe teoretiske betraktninger om hvilke helseeffekter og kostnadseffekter man kan forvente for de fire hovedtyper av tiltak som foreslås:

- Forebyggelse
- Tidlig diagnose
- Pleiepasienter i sykehus
- Betalingssystem

Sammenfatning:

Arbeidet med forebyggelse av sykdom ligger allerede høyt nivå i Norge og det vil trolig være begrenset hva ytterligere innsats vil kunne ha som effekt.

Tidlig diagnose kunne gi befolkningen viktige helsemessige gevinster, men kan gjennomføres uten en samhandlingsreform og vil tilsi økte utgifter til spesialisthelsetjenesten.

Utskrivning av pleiepasienter fra sykehus kan gi helsemessige gevinster, hvis de frigjorte plasser medfører økt behandlingsskapasitet i sykehus (reduerte ventelister), men det krever trolig økt bemanning og vil kreve økte utgifter til spesialisthelsetjenesten.

Endring av betalingssystemet slik at kommunene skal bruke en del av sitt statstilskudd til finansiering av spesialisthelsetjenesten fører til komplisering av de interne overføringer i den offentlige forvaltning, som vanskelig synes å kunne gi noen positive helseeffekter.

2 FOREBYGGENDE HELSE- OG OMSORGSARBEID

(A) Totaleffekten på helse- og omsorgsutgiftene

Mange sykdommer kan forbygges, særlig hos yngre mennesker. Da mennesker ikke lever evig vil forebyggelse kunne utsette sykdommer, som nødvendigvis vil komme med alderen. Vellykket forebyggelse gir lengre gjennomsnittlig levealderer og det betyr derfor at man utsetter behovet og dermed kostnadene ved den medisinske behandling, som ofte er nødvendig i slutfasen av livet.

Det må kunne betraktes som en kjensgjerning at den gjennomsnittlige levealder i en befolkning kan økes ved forbyggende helsearbeid for alle aldergrupper i befolkningen, dvs det gjelder mer enn redusert spedbarndødelighet. Den gjennomsnittlige levealder, eller bare levealderen, er den enkleste kvantitative indikator for effekten av forebyggende helsearbeid. Man synes altså å kunne anta at vellykket forebyggende arbeid fører til en økning i levealderen, dvs

(1) [Vellykket forebygging] $\Rightarrow$ [Økt levealder]

Anta at man betrakter en gruppe land, som er sammenlignbare, spesielt med hensyn på brutto nasjonalprodukt per innbygger. Helse- og omsorgsutgiftene per innbygger, HO-utgiftene, i et land er neppe uavhengig av levealderen. Omsorgskomponenten i HO-utgiftene øker med alderen. Rekonvalesenstiden øker trolig med alderen og dermed også omsorgskomponenten i HO-utgiftene. Det kan derfor være grunn til å tro at økt levealder i en befolkning i seg selv medfører høyere helse- og omsorgsutgifter per innbygger, dvs

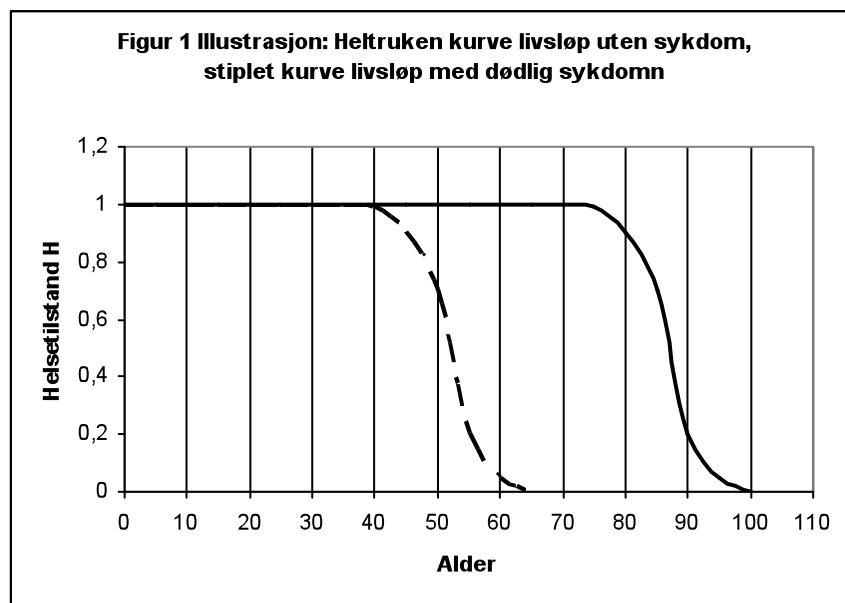
(2) [Økte levealder] $\Rightarrow$ [Økte HO-utgifter]

Hvis årsaksrelasjonene (1) og (2) gjelder så er ikke økt satsing på forebyggelse et virkemiddel for å redusere helse- og omsorgsutgiftene per innbygger i et langsiktig perspektiv. Økt satsing på forebyggende helsearbeid må derfor gis en annen begrunnelse, som det neppe er vanskelig å gi sin tilslutning til.

La forebyggelseeffekten betegne virkningene av forbyggende helsearbeid både i offentlig sektor og ellers. Den enkleste indikator på forebyggelseeffekten er gjennomsnittlig levealder i befolkningen, men man kan også tenke seg indikatorer som er et veid gjennomsnitt av ulike sykdommer.¹ La oss her som et tankeeksempel anta at vi har en indikator slik at forebyggelseeffekten kan oppfattes som en kvantitativ variabel. Denne variabel betegnes med H.

I figur 1 er det gitt en illustrasjon. Virkningen av forebyggelse baseres på en sammenligning. Sammenligningsgrunnlagte er en tenkt person som lever uten sykdom til 75 år. Vedkommende svekkes derefter gradvis av alderen og dør ved en alder av 100 år, - kfr

¹ En slik avansert indikator vil kunne bestå i antall tilfeller av forskjellige sykdommer, som veies sammen ved hjelp av vektorer som viser forventet antall gjenstående leveår eller lignende for de enkelte sykdommer. Slike indikatorer vil det trolig alltid kunne reises relevante innvendinger mot. Dette drøftes ikke nærmere her.



kurven til høyre i figur 1. Anta at en person blir rammet av dødelig sykdom ved fylte 40 år og dør etter 25 år, - kfr kurven til venstre i figuren. Delvis vellykket forebyggelse betyr at kurven til venstre flytter seg mot høyre. Absolutt vellykket forebyggelse fører til at kurven lengst til høyre vil gjelde.

Konklusjon: Økt satsing på forebyggende helsearbeid vil føre til økt livskvalitet for innbyggerne i et land, men vil neppe redusere de samlede helse- og omsorgsutgifter per innbygger. Kostnadmessig vil det trolig primært dreie seg om en utsettelse i tid, som representerer en betydelige positiv velferdsgevinst.

(B) Effekten av økt satsing på forebygging

Forebyggende helsearbeid har mange effekter på sykdomspanoramaet i en befolkning. Uten slikt arbeid synes spedbarndødelighet og barnesykdommer å bety relativt meget, mens et vellykket forebyggende arbeide forskyver panoramaet i retning av aldersrelaterte sykdommer. I de fleste land blant dem som gjerne kalles de industrialiserte land, har man etterhvert drevet forebyggende helsearbeid i mange år. Den offentlige innsats er allerede på et rimelig høyt nivå. I de skandinaviske land har messemedia, herunder ikke minst ukepressen, i mange år vært sterkt opptatt av ulike spørsmål som gjelder forebyggelse av sykdom osv. Forebyggelsesarbeid krever innsats av arbeid og kapital, dvs man har en forebyggelseskostnad eller forebyggelsesutgift. I denne forbindelse kan man skille mellom kostnader/utgifter:²

Utgifter til forebyggende arbeid, som dekkes over offentlige budsjett, dvs i helse- og sosialsektoren og ellers.

² Kostnader omfatter forbruk av arbeidskraft og kapital, som ikke nødvendigvis kan uttrykkes i pengeenheter på noen enkel måte. Utgifter regnes i pengeenheter og er en forpliktelse til å foreta en utbetaling.

Utgifter som dekkes av private, dvs frivillige organisasjoner, massemedias stoffvalg og helseopplysningsarbeid.

Innbyggernes egne oppofrelser ved overgang til sunnere livsførsel og riktigere kosthold. I praksis er det mange innbyggere som er villige til å ha et overforbruk av mat generelt og sukkerholdig mat spesielt, samt av alkohol og nikotinholdige produkter, selv om det kan gi overvekt og ha andre alvorlige konsekvenser. I praksis er det også mange som foretrekker en inaktiv livsstil. Bemerk at massemedias oppslag fortrinnsvis er innrettet nettopp mot disse forhold.

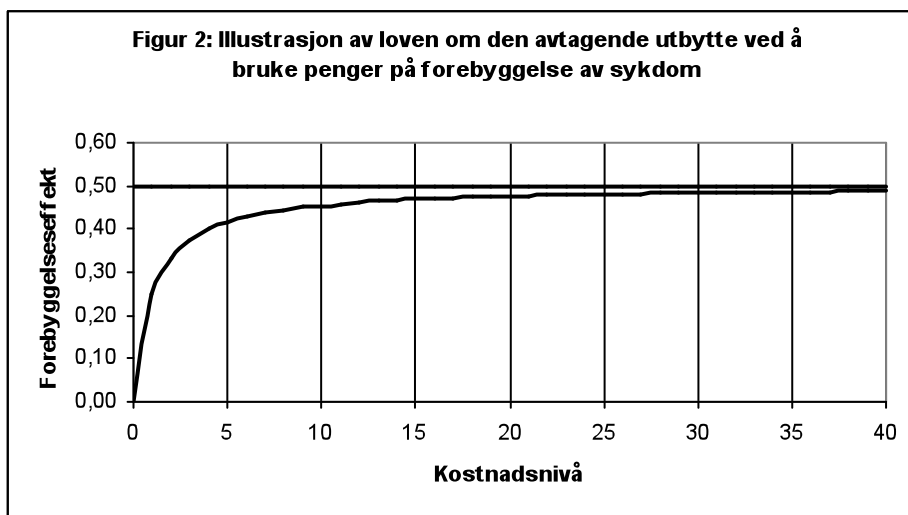
I denne sammenheng er det tiltak under (i) som er av primær interesse. For det etterfølgende poeng spiller det ingen rolle om utgiftene eller kostnadene ved helseforbyggende arbeid omfatter bare (i) eller eventuelt også (ii) og (iii). Anta at man har en kvantitativ variabel som viser de samlede kostnader innsats ved det helseforbyggende arbeid. Denne variabel betegnes med C . Det er åpenbart naturlig å anta at effekten av forebyggende arbeid (forebyggelseeffekten), H^+ , er avhengig av den samlede kostnadsinnsats C , slik at H^+ er en voksende funksjon av C ,

$$(3) \quad H^+ = f(C)$$

(3) er en antagelse som neppe vil reise særlig diskusjon. Det avgjørende spørsmål er hvorledes forebyggelseeffekten øker med forebyggelseskostnaden.

På dette felt må det være grunn til å tro at "loven om det avtagende utbytte" vil gjøre seg gjeldende.³ Det betyr at hvis kostnaden økes fra null til et visst nivå, så vil forebyggelseeffekten være svært stor. Erfaringer fra utviklingsland indikerer vel klart at man med forholdsvis beskjeden helseinnsats for mor og barn kan redusere spedbarndødeligheten sterkt og at vaksinasjon av barn kan ha stor helseeffekt. Hvis kostnadene allerede ligger på et høyt nivå, som i moderne vestlige samfunn i dag, så vil effekten av en kostnadsøkning kunne være forholdsvis liten. Dette forhold er søkt illustrert i figur 2.

³ Loven om det avtagende utbytte innebærer at $H^+ = f(C)$ er slik at $f' > 0$ og $f'' < 0$.



Figuren er basert på den forutsetning at den er en maksimal grense for hvor stor del av sykdommene, som det er mulig å forhindre ved forebyggelsesarbeid. Som en illustrasjon er det her brukt en maksimal grense på 0,5, dvs 50 prosent av alle sykdommer er kurerbare. Det dreier seg om en endring i sykdomspanoramaet i retning av aldersrelaterte sykdommer, - kfr foran. Kostnadsnivået er i figuren indikert ved en indikator, slik at det ikke er spesifisert hva kostnadsnivået representerer i kroner. Figuren viser at en økning i kostnadsindikatoren fra 5 til 15 øker forebyggelseeffekten fra ca 0,4 til 0,47. Det innebærer en klar forbedring av helsesituasjonen. En økning i kostnadsindikatoren fra 25 til 35 vil derimot bare øke forebyggelseeffekten fra 0,481 til 0,486. Bemerk at disse tall bare er en illustrasjon, som bygger på en vilkårlig valgt sammenheng.⁴

Det drives et forholdsvis omfattende forebyggende arbeid i Norge i dag. Hverken effekten eller kostnadene ved dette arbeid er det lett å kvantifisere på noen udiskutabel måte. Det må likevel - ut fra overnevnte argumentasjon - være grunnlag for å hevde at

Effekten ved økt satsing på forebygging, vil være svært kostbart. Det kan være et spørsmål om ikke det som gjenstår er at befolkningen legger om sin livsstil og det er trolig avhengig av mentale prosesser, som det er tidkrevende å endre. En ytterligere økning i omfanget av dette arbeid vil derfor kunne ha liten effekt på kort sikt.

Effekten av vellykket forebygging vil trolig primært endre sykdomspanoramaet i retning av aldersrelaterte sykdommer.

Med andre ord, det synes å være slik at at økt vekt på forebyggelsesarbeid i kommuner eller på annen måte trolig ikke vil kunne gi nevneverdige utgiftsbesparelser i landets samlede helse- og omsorgsutgifter. De samfunnsmessige utgifter til sykehusene må dekkes av den offentlige forvaltning uansett og det spiller – i denne sammenheng - ingen rolle hvorledes disse utgifter er fordelt mellom stat og kommuner.

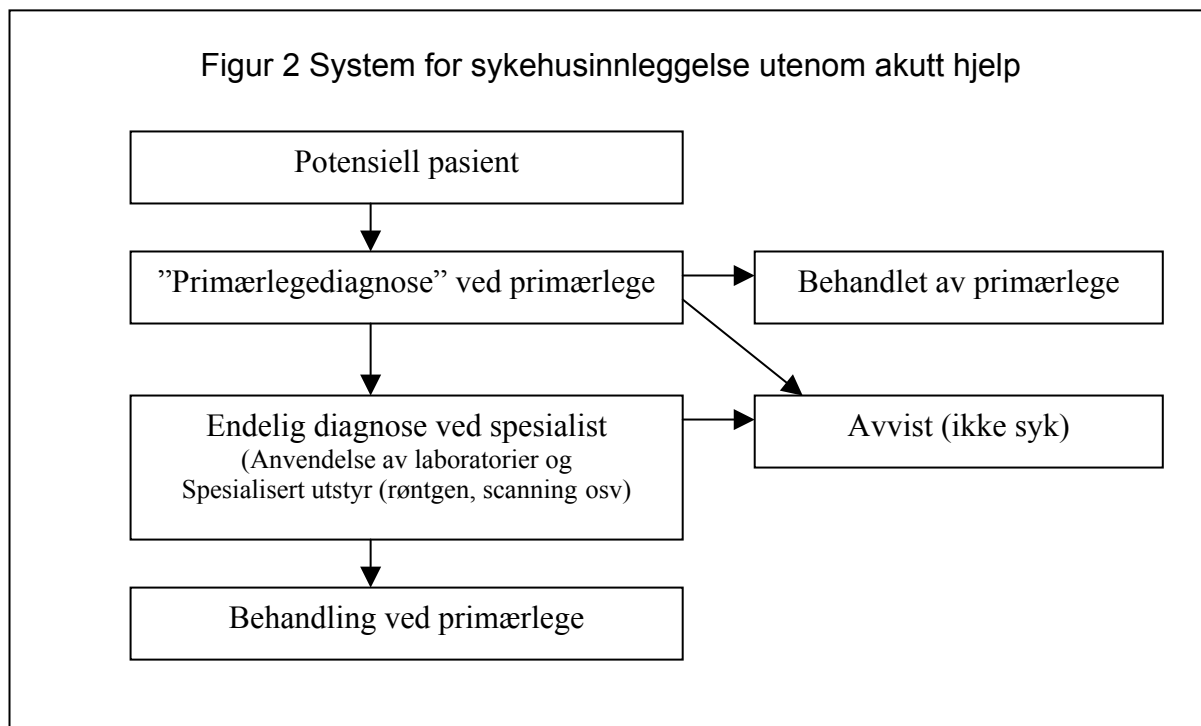
⁴ Jeg har brukt Michaelis-Mentens ligning, som illustrasjon for loven om det avtagende utbytte. Funksjonen er $H+ = (0,5 \cdot C) / (C + 1)$.

Konklusjon: *Det forebyggende arbeid i Norge synes å kunne være av et slikt omfang at ytterligere kostnadsanvendelse kan gi svært begrenset effekt.*

3 TIDLIG DIAGNOSE

Når man ser bort fra tilfellen ved behov for akutt hjelp, synes prosedyren for sykehus behandling å være. Den potensielle pasient henvider seg til kommunal primærleger, som stiller en ”primærlegediagnose”. For noen enklere sykdommer er denne diagnose endelig og kan tilsi behandling eller avvisning. Avvisning betegner her ikke at pasienter avvises uten undersøkelse, men at de ikke trenger behandling og således forhåpentligvis er friske. For andre sykdommer er ”primærlegediagnosen” foreløpig og den potensielle pasient sendes videre til spesialist.

Spesialisten(e) har spesialisert kunnskap og erfaring, samt tilgang til mer avanserte laboratorieprøver, røntgen, scanning utstyr osv, slik at det kan stilles en endelig diagnose. Hvis alle tester gir entydige eller overveiende negative resultat for en kategori sykdom, så blir pasienten videresendt til spesialist på en spesialist med kompetanse på andre sykdommer, som kan ha tilsvarende symptomer, eller utstrevet (avvist). Hvis avgjørende undersøkelser gir positive resultat, blir pasienten behandlet (poliklinisk eller ved innleggelse). Kfr figur 2 nedenfor.



Diagnoser kan inndeles på flere måter. I tabell 1 er det gitt en enkel firefeltstabell, som representerer en grov forenkling.

Loddrett er det skilt mellom lavkostnadsdiagnoser og høykostnadsdiagnoser. Det er et viktig skille mellom enkle og entydige diagnoser og vanskelige diagnoser. En enkel diagnose kan stilles enkelt av en primærlege ved observasjon av og samtale med en potensiell pasient, samt enkle prøver av blod, urin med mer, - kfr rubrikk I i tabell 1. Denne type av diagnose kan karakteriseres som lavkostnadsdiagnose. Noen enklere diagnoser kan tilsi vurdering av spesialist, samt anvendelse av mer avanserte prøver og gjennomlysninger av forskjellig slag (røntgen, scanning med mer).

Vanskeligere diagnoser kan kreve at det gjennomføres flere tester/prøver for å komme frem til en sikker diagnose og/eller at det anvendes svært kostbart utstyr. I slike tilfeller kan man tale om en høykostnadsdiagnose, - kfr rubrikk III i tabellen. Hvis det er slik at vanskelige diagnoser alltid er kostnadskrevende, så er rubrikk II tom, dvs alle vanskelige diagnoser kommer i rubrikk IV.

Tabell 1

	Enkle og entydige diagnoser	Vanskelige diagnoser
Lavkostnadsdiagnose	I Primærnivå	II Sekundærnivå
Høykostnadsdiagnose	III Sekundærnivå	IV Sekundærnivå

Konklusjoner:

Fastleggelse av diagnose på et tidlig tidspunkt for helbredbare sykdommer kan trolig i seg selv medføre betydelige besparelser i pasient ledelser og offentlige utgifter. For uhelbredlige sykdommer kan gevinsten for pasientene være noe uklar.

Fastleggelse av tidlig diagnose – utover det nivå man ligger på i dag - gjelder vanskeligere diagnostiserbare sykdommer.⁵ Det kreves da diagnose fastlegges av spesialist med tilgang til laboratorietjenester, scanning osv. Det vil dreie seg om det som har kalles høykostnadsdiagnoser. Det er også slik at forekomstene i befolkningen av mange av disse sykdommer er begrenset (målt ved antall tilfeller per 1000 innbygger eller lignende).

Fastleggelse av tidlig diagnoser betyr også diagnostisering av potensiell pasienter med svake indikasjoner på sykdom. Det betyr ikke bare at flere personer må undersøkes, men også at mange av dem må undersøkes for flere aktuelle sykdommer.

⁵ Å tenke seg at noe annet skulle være tilfelle blir egentlig grotesk.

Økt innsats for å fastlegge sikre diagnoser i de vanskelige tilfellene kan skje i dag ved at primærlegene kurses om hva de skal se etter. Man vil trolig kunne oppnå at positive diagnoser kan fastlegges tidligere enn før. Dermed vil man kunne spare behandlingskostnader (og pasient lidelser). Dette betyr imidlertid at mange potensielle pasienter får negative diagnoser (dvs er friske eller lider av annen sykdom). Rent utgiftsmessig sett betyr dette at besparelser i behandlingskostnader kan overskygges av økte diagnosekostnader. Det er derfor ikke åpenbart at "tidlig diagnose" vil redusere det samlede utgiftsnivå i helsesektoren. Dette er ikke ment som et argument mot "tidlig diagnose".

Samhandlingsreformen innebærer at arbeidet med "tidlig diagnose" skal søkes flyttet ut av spesialistinstitusjonene og til primærhelsetjenesten. Vi har ca 10 universitetssykehus og ca 430 kommuner. Det vil derfor ikke være nok spesialister innen alle spesialområder til alle kommuner. Selv om man tenker seg enten at antall kommuner reduseres til 100 eller at kommunene samler seg i hundre samarbeidende helsekommuner, så vil en slik desentralisering ødelegge det man har av fagmiljøer innenfor de enkelte spesialiseringsområder. Dette kan vanskelig føre til annet enn dårligere spesialistkompetanse for vanskelig diagnostiserbare sykdommer. Samtidig vil utgiftsnivået trolig måtte økes vesentlig.

4 PLEIEPASIENTER I SYKEHUS

Som en grov forenkling kan man dele innlagte sykehuspasienter i to kategorier: regulære pasienter, som underkastet medisinsk behandling og pleiepasienter, som ikke får slik behandling og som burde overføres til sykehjem.

La C_1 betegne den gjennomsnittlige døgnkostnad per regulær pasient i et sykehus, men C_2 betegner den gjennomsnittlige døgnkostnad per pleiepasient i sykehus. Det er åpenbart at døgnkostnaden for regulære pasienter er høyere enn for pleiepasienter, dvs

$$(1) \quad C_1 > C_2.$$

La P_2 betegne det samlede antall pleiepasienter i sykehus, så kan det gjerne betraktes som en unødvendig kostnad på $P_2 C_2$ for sykehussektoren. Denne betraktningssmåte må kunne sies å være misvisende av flere grunner. Her sees på to alternativer. Alternativ I utskrivning av alle pleiepasienter fra sykehus medfører at sykehuskapasiteten kan reduseres tilsvarende, dvs med P_2 plasser. Alternativ II utskrivning av alle pleiepasienter fra sykehus gjør at de frigjorte plasser kan brukes til nye pasienter. Alternativ III, som kan være en mellomting mellom de to nevnte alternativer, behandles ikke her.

Alternativ I: La C_3 betegne den gjennomsnittlige døgnkostnad per pleiepasient i kommunalt sykehjem, når tjenesten skjer til allment akseptert kvalitet for slike tjenester.

Hvis sykehusene er rasjonelt drevet så skal det ikke være noen signifikant forskjell i døgnkostnad mellom sykehus og sykehjem for pleiepasienter, dvs

$$(2) \quad C_2 \approx C_3.$$

Isolert sett bør det derfor ikke spille noe samfunnsøkonomisk rolle om pleiepasienter befinner seg i sykehus eller sykehjem. Det er samfunnet ved staten som i siste instans skal dekke utgiftene uansett. Dette resonnement gjelder hvis utskrivning av pleiepasienter fra sykehus fører til nedbygging av den samlede sengekapasitet i sykehus.

Alternativ II: Det eventuelle samfunnsøkonomiske problem med pleiepasienter i sykehus er hvis de forhindrer innleggelse av (tar opp plassen for) andre pasienter til diagnose og/eller behandling. Det vil kunne redusere omfanget av arbeidet med blant annet tidlig diagnose. Det er selvsagt samfunnsmessig uheldig. I dette alternativ er det derfor viktig å få pleiepasientene ut fra sykehus. Det betyr at P_2 plasser frigjøres og blir tilgjengelig for diagnose og behandling. Ulempen (som er mindre viktig) er imidlertid at sykehuskostnadene vil øke. Økningen per plass for de P plasser vil være lik differansen mellom døgnkostnaden for en regulær pasient, C_1 , og en pleiepasient C_2 , dvs merkostnaden ΔC blir

$$(3) \quad \Delta C = (C_1 - C_2)P_2.$$

Dette er merkostnader, som samfunnet bør ta på seg, da helsetilstanden eller levekårene i samfunnet bedres.

Det er et empirisk spørsmål om hvilket alternativ, inklusiv mellom alternativet III; som er mest realistisk i samfunnet i dag. Det kan være grunn til å tro at alternativ I kan ha stor betydning ut fra den argumentasjon som føres, nemlig at det skal være så kostbart å ha pleiepasienter i sykehus. Det argumenteres ikke med at flere pasienter kan behandles og at ventelister kan reduseres. Årsaken til det er at det trolig er de bemanningsmessige begrensinger, som gir ventelister osv, og ikke mangel på plasser. Det er også betydelig ventelister for poliklinisk behandling.

Konklusjon:

Det er ikke logisk at det skal være mer kostbart å ha pleiepasienter i sykehus enn i sykehjem. Uansett skal samfunnet betale.

Hvis pleiepasienter tar opp plassen for andre pasienter er det samfunnsmessig uheldig. Man må imidlertid se i øynene at utnyttelse av slik frigjort kapasitet vil øke sykehuskostnadene.

5 BETALINGSSYSTEM

Betalingsystemer kan innføres med to hovedbegrunnelser:

Betalingsprinsippet: Betaling for forbruk som medfører kostnader for samfunnet. Poenget er at den enkelte forbruker og beslutningstager tvinges til å foreta en avveining mellom nytten av forbruket i forhold til kostnaden.

Fordelingsprinsippet: Betaling for å oppnå en riktigere utgiftsfordeling blant de som er de impliserte parter.

(A) Betalingsprinsippet

For offentlig betalte helse- og omsorgstjenester (HO-tjenester) bør man skille mellom tjenestemottager, dvs den pasient/omsorgstrengende som mottar tjenester, tjenesteyter, dvs leger og annet pleiepersonale, som fastlegger hva slags tjenester den enkelte tjenestemottager har behov for, staten som på vegne av velgerne finansierer tjenesteproduksjonen.

Det er allmenn politiske enighet om at HO-tjenester skal tildeles innbyggerne etter fagkyndig vurdert behov og ikke i henhold til den enkeltes betalingsevne og betalingsvilje. Det betyr at den enkelte tjenestemottager eller vedkommendes familie ikke skal betale for tildelte tjenester. Hovedunntagelsen er opphold i offentlige pleieinstitusjoner for individer med en forholdsvis betydelig avkastning av eide formues objekter.

Konklusjon:

Betaling for forbruk er et ikke anvendelig prinsipp for HO-tjenester som ikke kjøpes men tildeles av fagkyndig personale.

Dette betyr at heller ikke en pasients bostedskommune har innflytelse over de HO-tjenester en tjenestemottager trenger. På lavere nivå treffes avgjørelsene av leger og omsorgspersonale helt uavhengig av oppfatninger blant lokale folkevalgte eller innbyggerne i kommunen. Innføring av et betalingsprinsipp på kommunenivå bør derfor ikke ha innflytelse på innbyggernes tilgang til spesialistbehandling eller andre HO-tjenester. Det gjelder enten en kommune er "fattig" og må begrense slike "innkjøp", eller om en kommune er "rik" og kan tilby sine innbyggere et overforbruk av slike tjenester.

Det er spesiallegene som bestemmer anvendelsen av spesialistbehandling. Det synes ikke avklart om det er et større omfang av spesialist behandling enn det som kan ansees helsemessig nødvendig. Hvis det skulle være tilfelle løses neppe slik problemer med å innføre betalingsprinsippet i en eller annen form.

(B) Fordelingsprinsippet

Riktig utgiftsfordeling er her begrenset til tilfeller der organer på forskjellige forvaltningsnivå har innflytelse på hva som skal produseres og dermed på kostnadsnivået. Dette kan karakteriseres som en tradisjonell utgiftsfordelingsproblemstilling i relasjonen mellom stat og kommuner. Det er imidlertid ikke nødvendig å gå inn på dette i sin fulle bredde i denne sammenheng.

Forutsetningen for at utgiftsfordelingssystemer skal ha noe hensikt må være at det dreier seg om et samarbeid, der de impliserte parter (stat og kommuner) har reell beslutningsmyndighet. Ved produksjon av HO-tjenester har folkevalgte og byråkrater hverken stat og kommuner slik beslutningsmyndighet. Beslutningsmyndigheten ligger hos fagpersonalet i HO-sektoren. Antagelig utøves det faglige skjønn rimelig godt i sektoren. I det tilfellet man mener det ikke utøves rimelig godt skjønn, vil ikke endringer av utgiftsdelingen mellom stat og kommuner rette opp situasjonen.

Situasjonen kan illustreres ved å se på noen hovedalternativer.

Alternativ A er dagens alternativ (nullalternativet), der 100 % av utgiftene til spesialist helsetjenesten dekkes over sykehusbudsjettene.

Alternativ B kan være den ene alternativ som forslagsstillerne bak Samhandlings-reformen har tenkt seg. Det betyr bare at 80 % av sykehusutgiftene skal dekkes av sykehusene, mens 20 % blir belastet kommunesektoren.

Alternativ C: Forslagsstillerne kan også ha tenkt seg at ulike tiltak (forebyggelse, tidlig diagnose og ut med pleiepasienten) vil redusere utgiftene til spesialist helsetjenestene. Her antar en besvarelse på 10 % (for å ha et enkelt tall å regne med).

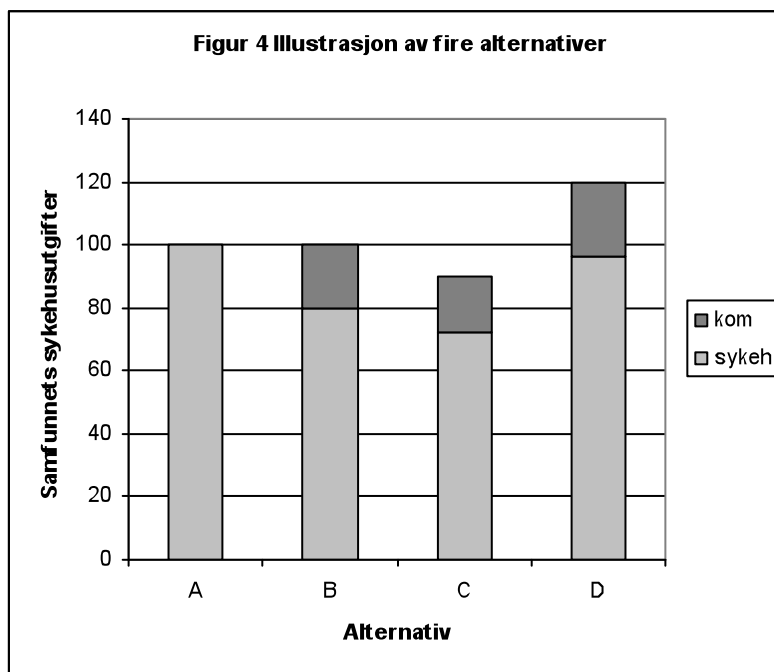
Alternativ D: Som nevnt foran synes det derimot grunn til å tro at nevnte tiltak vil øke de samlede samfunnsmessige utgifter til spesialisthelsetjenesten, særlig fordi arbeidet med spesialistdiagnoser skal spres rundt om i kommunene. Jeg har her regnet med en økning på 20 % i de samlede spesialist helsetjeneste.

Tallene i denne illustrasjon er gitt i tabell 2, mens figur 4 gir en grafisk illustrasjon. Bemerk at tabell og figur bare gjelder de offentlige utgifter til spesialist helsetjenesten. Det er her tenkt at de offentlige utgifter til primærhelsetjenesten er uforandret i alle alternativer. Det behøver ikke være urealistisk.

Det som fremfor alt mangler er en indikator for befolkningens velferd. Det som da er av betydning er virkningen av tidlig diagnose, iallfall for helbredbare sykdommer. Som bemerket foran kan de positive effekter av tidlig diagnose oppnås også med et sentralisert diagnosesystem, slik som i dag.

Tabell 2 Utgifter til spesialist helsetjenesten

	Alternativ			
	A	B	C	D
Sykehus	100	80	72	96
Kommuner	0	20	18	24
Samfunnet	100	100	90	120



Konklusjoner:

Inntektsfordelingssystemet, dvs dagens ”inntektssystem for kommunesektoren”, er uoversiktlig og antagelig unødvendig komplisert. Disse inntekter må økes vesentlig hvis kommunene skal ha ansvaret for å dekke utgifter til spesialist behandling fra pasienter bosatt i egen kommune. Det kan betraktes som en selvstendig argument mot den utgiftsdeling som er foreslått i forbindelse med Samhandlingsreformen.

Utgiftene til HO-sektoren dekkes i dag av staten via statsbudsjettet (som inkluderer folketrygden). En del av stats inntektene fordeles til kommunene til dekning av blant annet de kommunale HO-tjenester. Staten dekker vis sykehusforetakssystemet utgiftene til spesialist helsetjenestene. Samhandling reformens betalingsdel går ut på at staten i stedet skal la en del av utgiftene til spesialist helsetjenesten gå igjennom kommunene. Alternativt kunne man tenke seg at kommunens utgifter til HO-tjenester overtas direkte av staten.

KILDER OG LITTERATUR

Aasland Gjerløw Olav, Hagen Terje P , Martinussen Pål Erling (2007). Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 127 (18), 2218-21.

Agenda Muusmann. Evalueringsrapporten ”Belyse helseforetakmodellens funksjonalitet” november 2005

Amundsen, Oscar, Kongsvik, Trond: Endringskynisme. Gyldendal Akademiske. 2008

ApIf, Alment praktiserende lægers forening (nå Allmennlegeforeningen, AF) Helsepolitisk debattskrift nr 1. Slik ønsker fastlegene samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Lokalsykehusene - en forutsetning for en velfungerende helsetjeneste og sunn samfunnsøkonomi. 2003

Bergens Tidende. Helseministeren freder lokalsykehusene. 6. november 2009

Econ Pöyry: Ressursbruk i spesialisthelsetjenesten. Rapport 2009-056.

Eilertsen, Roar. De Facto - Kunnskapssenter for fagorganiserte. Hva skjer med lokalsykehusene. På oppdrag fra KIL - kommunenes interesseforening for lokalsykehus 2006

Eilertsen, Roar. De tok tilbake sykehusene. Om Skottlands og New Zealands farvel med markedsmodeller i sykehussektoren. De Facto-rapport. 2009

Eilertsen, Roar. Når sykehus blir butikk. De Facto-rapport. 2003

Eriksen, Bjørn Odvar ,Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). The potential for reducing inappropriate hospital admissions. A study of health benefits and costs in a department of internal medicine. Doktorgradsarbeid fra 1999. Omtalt i artikkel i Morgenbladet, 21.8.2009

Erikstein-utvalget. Lokalsykehusenes akuttoppgaver i den samlede behandlingsskjede. Sluttrapport fra arbeidsgruppe til Helse- og omsorgsdepartementet, mars 2007

Finansdepartementet: Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. 2005

Folgerø, Terese: Sitert av journalist Maria Reinertsen i intervju, Morgenbladet 21. august 2009

Folgerø, Terese. Lik rett til diagnostikk og behandling? Artikkel i Dagens Medisin, 20. januar 2010.

Folgerø, Terese. Reformen til besvær. Kronikk i Nordlys, 3. desember 2009.

Fugelli, Per. I Bente Wilmar, Pernille Bruusgaard, Jan C. Frich, Per Fugelli: Penger og verdier i helsetjenesten. Gyldendal Akademiske. 2009

Gilbert Mads. Intervjuet i De Facto-rapporten Når sykehus blir butikk, kap. 6.

Grund, Jan: Styring og ledelsesutfordringer i norske sykehus. Stat og Styring nr 1 2007.

Guldvog, Bjørn og Forland, Frode. Kan helsekronene nyttast betre? Aftenposten 09.02.2008

Hanssen, Bjarne Håkon: Foredragsfoiler Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet 2008.

Health Consumer Powerhouse: Euro Health Consumer Index 2009 report. Brussel 2009

Helse Førde: Strategi 2020. Høringsdokument. Mars 2010

Helse Midt-Norge: Strategi 2020. Høringsdokument. Mars 2010.

Helse Nord: Forslag til lokalsykehusstrategi 2010–2020. Høringsrapport. November 2009

Helse Nord: Rapport om omorganisering av fødselsomsorg og kirurgisk akuttberedskap jfr. Styresak nr. 18/02 Strategidokument, og styresak nr. 78/03, 2003

Helse- og omsorgsdepartementet. Grunnstrukturen i helsetjenesten, 2010 (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/grunnstrukturen-i-helsetjenesten.html>)

Helse- og omsorgsdepartementet. Plan, 06.10.2006. Nasjonal helseplan 2007-2010

Helse- og omsorgsdepartementet. Pressemelding Nr.: 62. Samhandlingen i helsetjenesten styrkes – det inngås avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. 21.06.2007

Helsedirektoratet: «Skapes helse, skapes velferd – helsesystemets rolle i det norske samfunnet» Utviklingstrekk i helsesektoren 2008. (IS-1545)

Janbu, Torunn. Den norske legeforening, Åpen høring i Stortingets helse- og omsorgskomite i sak Bevilgninger på statsbudsjettet for 2010 (Prop. 1 S (2009-2010). 13. november 2009

Jensen, Bjarne; Bollingmo, Magnar: Helsereform. utfordringer og løsninger. Rapport. Høgskolen i Hedmark. 2007

Kittelsen, Sverre A.C. m.fl.: En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007. Sintef Helsetjenesteforskning og Frischsenteret. Juli 2009

Kjønstad Asbjørn. Juridiske synspunkter på samhandlingsreformen, Tidsskrift for velferdsforskning nr. 4 2009

Legeforeningen: Lokalsykehusfunksjonen må styrkes ved alle sykehus. Vedtak, 2006, s 7/8).

Lindvik, Harald. Upublisert notat, januar 2010.

LO Stat. Brosjyre. "New Zealand. Et dyrekjøpt eksperiment med velferdssamfunnet." Utgitt under valgkampen 2004. Senere oppdatert utgave november 2005.

Lov om helseforetak m.m (helseforetaksloven): Ikrafttredelse 01.01.2002

Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63 (pasientrettighetsloven)

Mandag Morgen: KommuneHelse eller helseforsikring. 17.02.2008

Melberg, Hans Olav. Why is there such a gap between health expenditures and outcomes in Norway compared to Finland. Oslo 2009

Morgenbladet, "Jukse-Hanssen", av journalist Maria Reinertsen, 21.8.2009

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land. Notat fra Kunnskapssenteret. Desember 2009.

Nationen, 1. februar 2010

NOU 1986:4 Samordning i helse- og sosialtjenesten. Oslo 1986

NOU 1997:17 Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester. Oslo 1997

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Oslo 2005

NRK Sogn og Fjordane. Fylkesleksikon

OECD: Health at a Glance 2009. OECD 2009

OECD: Purchasing Power Parities. Statistics Directorate

Oslo Bystyre. Sak 16 i møte onsdag 27. januar 2010: 09/02375-6 Utvikling av lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus - Oslo kommunes høringsuttalelse (Byrådssak 15 av 12.01.2010)

Oslo kommune: Sak 16 Utvikling av lokalsykehusfunksjonen i Oslo Universitetssykehus, Bystyrebehandling. 27 januar 2010

Oslo Universitetssykehus (OUS): "Utvikling av lokalsykehusfunksjonen i Oslo Universitetssykehus". Høringsrapport, 2009

Osmundsen, Terje og Normann, Erik. Tankesmien Visjon Helse 2015. Mandag Morgen, 2006

Regjeringserklæringen/Soria Moria I: Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-09 (http://www.regjeringen.no/upload/SMK/Vedlegg/2005/regjeringsplattform_SoriaMoria.pdf)

Regjeringserklæringen/Soria Moria II: Politisk plattform for flertallsregjeringen utgått av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2009 - 2013 (http://www.regjeringen.no/upload/SMK/Vedlegg/2009/Ny_politisk_plattform_2009-2013.pdf)

Røttingen, John-Arne m.fl. Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land Notat fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2009

St.meld. nr.47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet 2009

Stortinget. Dokument nr. 15:737 (2004-2005). Spørsmål fra representanten Inga Marte Thorkildsen (SV) til helseminister Ansgar Gabrielsen (H). 29. april 2005

Stortinget. Spørretimespørsmål fra Harald T. Nesvik (FrP) til helse- og omsorgsministeren Datert: 13.01.2010. Besvart: 20.01.2010 av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Tankesmien Visjon Helse 2015: Visjon Helse 2015 – utfordringer og veivalg for norsk helsetjeneste. Norsk sykehus- og helsetjenesteforening og MandagMorgen. Oslo 2006

Fornyings- og administrasjonsdepartementet. Utredningsinstruksen. Reglement av 24.06.2005.

Voldnes, Fanny. "Helseforetakene - forretningsdrevne foretak i en større reform". I *Alternativ evaluering av helseforetaksreformen* utgitt av Folkebevegelsen for lokalsykehusene, september 2007