

Norsk løsning på danske sykehusproblemer?

Av Terje P. Hagen og Jørn Rattsø

Norge har nylig gjennomført en omfattende sykehusreform, og ansvaret for sykehusene er flyttet fra fylkeskommunene (amtene) til staten. Har Norge funnet den rette vei? Og bør Danmark følge etter? Frans Clemmesen, tidligere kontorsjef i det danske Sundhetsministeriet, trekker fram det norske eksempel i sin kronikk i Politiken 28. januar 2004. Som norske observatører vil vi advare mot for enkle konklusjoner. Terje P. Hagen er professor i helsepolitikk ved Universitetet i Oslo og Jørn Rattsø er professor i økonomi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim.

Utgangspunktet til Frans Clemmesen er riktig: Norge og Danmark har store fellestrekk på sykehusområdet. Vi har samme politiske målsetting om fri og lik sykehusbehandling. Vi har desentralisert sykehusvesenet til folkevalgte organer på regionalt nivå. Og vi har opplevd lange ventelister, ansvarsfraskrivelser, og spill om penger. Både i Norge og Danmark har politikerne uttrykt behov for reformer. Over lang tid har man flikket på systemet med en rekke statlige initiativ.

Norsk reform

I Norge valgte man å la staten overta sykehusene. Reformvalget må forstås politisk, en sosialdemokratisk regjering hadde behov for å vise fram en reform for modernisering av offentlig sektor. Statlig overtagelse framsto som et kraftfullt initiativ, og uten de politiske problemer innen sosialdemokratiet mer markedsorienterte reformer ville føre til. Statovertagelsen var ikke forankret i faglige utredninger, og de som var gjort hadde konkludert med fortsatt fylkeskommunalt ansvar (NOU 1996:5 og NOU 2000:22). Overtakelsen kom heller ikke etter forslag fra embetsverket. Politikken var her i lederposisjon.

Kjernen i den norske sykehusreformen er statlig eierskap til sykehusene og organisering i statlige regionale helseforetak. Alle offentlige sykehus er lagt under fem regionale foretak, og staten har oppnevnt styrer for disse. Det er bygd opp helt ny administrasjon i de regionale foretak, som igjen styrer de enkelte sykehus. Statens finansiering av sykehusene går i hovedsak gjennom de regionale foretakene. Begrunnelsen for modellen er dels at man samler ansvar og styringsrett til staten og dels at man rasjonelt kan utnytte ressursene i større regioner. Organiseringen gir samtidig nye betingelser for gjennomføring av andre reformer som aktivitetsbasert finansiering (stykkpris) og fritt sykehusvalg.

Evaluering

Det er for tidlig å dra endelige konklusjoner om erfaringene med den nye norske modellen. Det er også vanskelig å evaluere organiseringen fordi andre reformer er gjort samtidig. Klare årsakssammenhenger kan ikke identifiseres. Noen observasjoner og foreløpige erfaringer kan vi imidlertid tilby danske interesserte.

Antallet sykehusbehandlinger har økt og ventetidene til behandling er redusert i Norge de senere årene. Men den sterke økningen i sykehusaktiviteten begynte alt i 1997 med innføring av aktivitetsbasert finansiering av somatiske sykehus. Antall ventende har gått gradvis nedover siden slutten av 1999 (vel to år før staten overtok sykehusene). Ventetidene målt i antall dager for behandlede har gått ned siden 2000. Siden har økt aktivitet fortsatt redusert ventetider og antall ventende. Ved utgangen av 2003 er gjennomsnittlige ventetider for planlagt behandling 79 dager sammenliknet med 94 dager ved utgangen av 2001.

Aktivitetsøkningen har hatt sin pris. Det har vært en kraftig vekst i sykehusutgiftene, dels som følge av høyere aktivitet, men også som følge av en betydelig kostnadsøkning. Lønnsnivået i helsesektoren er økt med 12-16% i de to årene med statlig sykehusansvar, og det er 4-7% over ordinær lønnsutvikling i landet. I dag ligger lønningene for norsk helsepersonale 15-25 % over tilsvarende i Sverige og Danmark. Den sterke utgiftsøkningen i sykehusene har vært en medvirkende årsak til at Norge i 2001 ligger i verdenstoppen i utgifter til helse per innbygger (etter USA og Sveits), nesten 20% over Danmark på 10 plass. Skal vi tippe at Norge i 2003 har passert Sveits?

Aktivitetsøkningen har ikke vært planlagt. Mangelfull fylkeskommunal styring av aktivitet og økonomi var da også en viktig begrunnelse for statlig overtagelse. Men nå er styringen blitt dårligere. Avvikene mellom planlagt og realisert aktivitet har økt og de akkumulerte underskuddene ved sykehusene er høyere enn noen gang. Statlig overtakelse har så langt ikke vært et virkemiddel til bedre kostnadskontroll. Våren 2004 bidrar akkumulerte underskudd i størrelsesorden 3-3,5 milliarder norske kroner til et betydelig omstillingsbehov. For første gang i etterkrigshistorien planlegges reelle nedbemanninger i sykehusene. Det skjer fra et høyt aktivitetsnivå og utgjør neppe en trussel mot folkehelsen. Men det kommer som et resultat av dårlig planlegging og styring.

Reformen ser ikke ut til å ha hatt gunstige effekter på prioriteringene. For eksempel må opptrappingsplanen for psykisk helse skyves ut i tid som følge av den uplanlagte aktivitets- og utgiftsøkningen. Det er også klare eksempler på inntektsmotivert atferd i de somatiske sykehusene, særlig med sterk glidning i pasientkoding (DRG-creep) og med eksempler på vekst i behandlingen av diagnoser som er antatt lønnsomme. Videre kan det så langt ikke dokumenteres større likhet i tilgangen til helsetjenester mellom helseregionene, snarere større forskjeller.

Et sentralt argument for statlig overtakelse var økte muligheter for å rasjonalisere sykehusstrukturen og få til bedre funksjonsfordeling. Forsøk på endringer i lokalisering av fødeavdelinger og generell akuttmedisinsk beredskap, har skapt sterke folkelige

reaksjoner. Det har vært fakkeltog og underskriftsaksjoner til vern av lokale tilbud og mot foretakenes disposisjoner. Nasjonale politikere har naturlig nok reagert på den folkelige oppstanden og krevd helseministerens inngrep. Dermed er ansvarsforholdene mellom minister og foretak og mellom politikk og produksjon blitt uklare. Det er heller ikke klart at omstillingene går særlig raskere enn under det fylkeskommunale regime, men med et mulig unntak for enkelte småfagene (som øre-nese-hals).

Statens overtagelse skulle gi klarere ansvar, klarere rollefordeling mellom politikk og produksjon, og slutt på pengespillet mellom sykehus og myndigheter. Det har ikke fungert slik. De regionale foretak har overtatt det pengespill fylkeskommunene har drevet i lang tid. Foretakene skryter av sine underskudd og forlanger mere penger, og de leier inn lobbyister for å fremme sin sak overfor staten. Reformen har ikke fått større oppslutning etter offentlige avsløringer av superlønninger og superpensjoner i foretakene.

Utfordringer

Staten har overtatt sykehusene i Norge, men verken organisering, finansiering eller produksjon har funnet en god form. En foreløpig konklusjon er at modellen ikke bidrar til kostnadskontroll, at de upolitiske styrene har en uavklart rolle, og at politikerne ikke har fått en konstruktiv rolle i systemet. Modellen har ikke lagt til rette for nødvendige omstillinger i struktur og funksjonsdeling.

Det finnes ingen enkel sesam-sesam løsning for sykehusorganisering i land med så stort offentlig ansvar og finansiering som i Norge og Danmark. Pengene løper lett løpsk og uten å gi tilsvarende helsetilbud til befolkningen. Valget mellom sentralisert statlig ansvar og desentralisert fylkeskommunalt ansvar er ikke enkelt. Dagens danske modell har som fordel at den har en synlig sammenheng mellom velgernes lommebøker og sykehusenes tilbud, spesielt med amtenes muligheter for å variere skattesatsene. Den norske statlige modellen svekker denne sammenhengen, og det blir særlig problematisk i en oljeøkonomi.

Norge er fortsatt på leting etter en varig løsning. Det er neppe aktuelt å tenke seg at vi skal gå tilbake til sykehus underlagt fylkeskommunene. Men store utfordringer gjenstår. Norge og Danmark bør lære av hverandres erfaringer. Erfaringene i Norge til nå tilsier ikke at statsovertagelse av sykehusene er en enkel vei til å løse alle problemer i denne sektoren i Danmark.

0o0o0o0