

Roar Eilertsen

NÅR SYKEHUS BLIR BUTIKK

**Om etableringen av et
sykehusmarked i Norge**

DE FACTO
KUNNSKAPSSENTER FOR FAGORGANISERTE

September 2003

Forord

Rapporten ”Når sykehus blir butikk – Om etableringen av et sykehusmarked i Norge?” er utarbeidet av De Facto – Kunnskapssenter for fagorganiserte ved undertegnede. Oppdragsgiver har vært Fagforbundet. Rapporten har blitt utarbeidet i løpet av våren og sommeren 2003, og hovedsiktemålet har vært å beskrive og analysere situasjonen for norske sykehus etter at Lov om helseforetak, den såkalte sykehusreformen, ble satt i verk fra 1. januar 2002.

I arbeidet med rapporten har jeg fått råd og hjelp fra svært mange, og jeg skylder dem alle en stor takk. Spesielt vil jeg nevne rådgiver Unni Hagen i Fagforbundet, ”motmeldingslegene” Dag Johansen i Mo i Rana og Mads Gilbert i Tromsø, og økonomene Jan Mønnesland og Torstein Dahle. En særskilt takk til Fagforbundets tillitsvalgte i helseforetakene, samt ledelsen og de tillitsvalgte ved Sykehuset Buskerud HF i Drammen. Rapporten er først og fremst et resultat av at dere har delt tid og kunnskap med meg, og dermed gjort det mulig å belyse alle de innfløkte spørsmål og prosesser som erfaringene med sykehusreformen representerer.

Rapporten dokumenterer at andre land som har prøvd å etablere rene markedsforhold i sykehussektoren har blitt tvunget til retrett. I Norge vil kampen stå mellom de som vil gå videre og rendyrke markedsmodellen og de som vil reversere den. Av materialet fremgår det at dagens foretaksmodell verken har løst de organisatoriske eller økonomiske problemene den var ment å løse.

Jeg håper rapporten kan bidra til at vi får en best mulig debatt om de veivalgene vi står foran innenfor et av velferdsstatens aller viktigste områder.

Oslo, september 2003

Roar Eilertsen

Innholdsfortegnelse

	Side
0. Sammendrag	5
1. Innledning	10
1.1. "En eier- og ansvarsreform"	11
1.2. En helhetlig politikk for en markedsmodell	12
2. Hovedelementene i markedsmodellen	15
2.1 Innsatsstyrt finansiering – ISF	15
2.2 Foretaksreformen	16
2.1.1 Nærmere om foretakene	18
2.3 Pasientrettighetsloven – fritt sykehusvalg	22
2.4 Godkjenning av flere private sykehus	23
2.5 Ny finansieringsmodell – Hagen-utvalgets innstilling	24
2.6 Private helseforsikringer – skattefritak og tilrettelegging	26
3. Sykehusreformen i et større perspektiv	28
3.1. Internasjonale erfaringer	28
3.2. Erfaringer fra England og New Zealand	32
3.2.1. England	33
3.2.2. New Zealand	35
3.2.3. Markedsmodellen reverseres	37
3.3. New Public Management	38
4. Økonomi	41

	Side
4.1. Foretakene skal følge regnskapsloven	41
4.1.1. Avskrivninger	42
4.1.2. Åpningsbalanse for helseforetakene	43
4.2. Årsregnskapene for 2002	44
4.2.1. Pyntede resultater for 2002	44
4.2.2 Investeringstilskudd	45
4.2.3.Oppsummering avskrivninger og investerings tilskudd	46
4.3. Økonomi 2003	47
4.3.1. Revidert styringsdokument 2003	47
4.4. DRG-triksing – en logisk konsekvens?	50
4.4.1. Finansieringen av sykehusene i Norge	51
4.4.2. DRG-systemet	52
5. Strukturendringer og ny oppgavefordeling	58
5.1 Strukturendringer i Helse Nord	61
5.1.1. Fagmiljøene protesterer	64
5.1.2. ”Profesjonelle” styrer	66
5.1.3. Økonomi og planer i Helse Nord	68
5.2 Strukturendringer i Helse Midt-Norge	70
5.2.1 Økonomi og planer i Helse Midt-Norge	71
5.2.2. Helt nytt styre	71
5.3. Strukturendringer i Helse Vest	72
5.3.1 Økonomi og planer i Helse Vest	73
5.4. Strukturendringer i Helse Sør	75
5.4.1 Økonomi og planer i Helse Sør	77
5.5. Strukturendringer i Helse Øst	79
5.5.1 Økonomi og planer i Helse Øst	81
6. Lokalsykehusenes plass i medisin og samfunn	83
6.1. Akuttmedisinsk beredskap	86

	Side
6.2. Sykehusreformen og lokalsykehusene	92
7. Erfaringer fra Sykehuset Buskerud HF	94
7.1. Konkurransen om pasienter og inntekter	95
7.1.1. Hva gjør SB-HF for å vinne konkurransen..?	97
7.2. Konkurransen fra private	98
7.3. Kostnadskontroll og lønnsomhet	101
7.4. De ansattes opplevelser	103
7.4.1. Mindre medarbeiderinnflytelse	105
7.4.2. Bemanningsutviklingen	107
7.5 Sykehuset Buskerud HFs økonomi	108
7.6. Ventetider	109
7.7 Større omlegginger kommer	110
7.8. Krav om lojalitet fra ansatte	111
8. Sykehusreformen - Suksess eller fiasko?	112
8.1. Sykehusreformen på rett vei?	112
8.1.2 Flere behandles i sykehusene, ventetiden går ned og ventelistene blir kortere. Men hvorfor?	113
8.1.3. Brukermedvirkning og åpenhet	120
8.1.4. Effektivisering og økt kostnadskontroll	123
8.2. Nærmere om Hagen-utvalgets innstilling	126
8.3. Anbud og konkurranseregler	128
8.4. Psykiatrien og sykehusreformen	134
9. Litteraturliste	135

0. Sammendrag

1. Sykehusreformen ble forberedt og vedtatt i ekspresstempo, og satt ut i livet fra 1. januar 2002. Sykehusene ble da organisert i statlig eide foretak som i størst mulig grad skal drives etter vanlige, bedriftsøkonomiske prinsipper. Det er innført et skille mellom bestillerenheter (fem regionale helseforetak) og leverandører (sykehusene) som forhandler om priser og oppgaver som skal utføres. Foretaksreformen er, sammen med minst fire andre lovendringer og omlegginger, med på å etablere et nytt marked for spesialisthelsetjenester (herunder sykehus) i Norge.

- Et finansieringssystem med stadig mer vekt på stykkprisbetaling, en pasientrettighetslov med individuelle behandlingsgarantier og som side-stiller offentlige og private sykehus, en offensiv politikk for å godkjenne stadig flere private sykehus, og et opplegg for å stimulere tegning av private helseforsikringer, utgjør til sammen en helhetlig politikk for en markedsbasert spesialisthelsetjeneste.

2. Sykehusreformen føyer seg inn i rekken av tilsvarende omlegginger som har skjedd i de fleste OECD-land i løpet de siste 10-20-årene. Den nyliberale bølgen har ført sykehusene inn i markedsøkonomien, og begrunnelsene har vært at dette skulle øke effektiviteten og skape valgfrihet for borgerne. Rapporten viser til en internasjonal studie, som blant annet oppsummerer erfaringene slik: "I løpet av et tiår har bildet,

særlig innen helsesektoren, vært preget av akselererende kostnader og mindre likhet i tilgangen på tjenester”.

Forsøkene på å kombinere markedsmodellen med velferdspolitiske mål endte med kriser og kaotiske tilstander på 1990-tallet i både England og New Zealand. Her var erfaringene så dårlige at reformene delvis ble reversert.

Den markedsbaserte ”fornyelsen” av offentlig sektor handler også om å kopiere privat sektors prinsipper for organisasjon og ledelse (også kjent som New Public Management). Helseforetakene har hentet inn ledere og styremedlemmer fra private bedrifter, og prøver å skape en bedriftskultur som er mer fokusert på lønnsomhet og økonomiske resultater. Dette kolliderer kraftig med det som har vært de sykehusansattes tradisjonelle oppfatning av sin oppgave i samfunnet; - å ta et faglig ansvar for at pasientene får den nødvendige behandlingen. Resultatene har oftere vært frustrasjoner, suboptimalisering og mer byråkrati, enn effektivitet og kostnadskontroll.

3. Foretaksreformen har ikke ført til at man har fått kontroll med økonomien i sykehus-Norge. Foretakene har lagt fram årsrapporter som viste et samlet ”offisielt” underskudd for 2002 på drøyt 760 millioner kroner. Det virkelige underskuddet, basert på vanlige regler for god regnskapsskikk, var på mer enn 5 milliarder kroner.

Utsiktene for 2003 er enda dårligere. Finansieringssystemet har stimulert til økt aktivitet, men resultatet er at foretakene ligger an til å rapportere underskudd som er minst tre-fire ganger så store som i 2002 (minst 2-3 milliarder).

Stortinget har vedtatt at helseforetakene skal drive i balanse fra 2004. Dette fremstår mer og mer som et umulig mål. Enten må sektoren tilføres flere milliarder i ekstra tilskudd, eller så må flere sykehus legges ned og bemanningen reduseres med mange tusen årsverk.

Det siste årets mange historier om såkalt ”DRG-triksing” (hvor sykehusene prøver å øke sine inntekter ved å kode de behandlingene som utføres så lønnsomt som mulig), må ses som en naturlig konsekvens av

et finansieringssystem og en foretaksmodell som så sterkt fokuserer på økonomisk lønnsomhet.

4. Sykehusreformen har flyttet beslutninger ut av det politiske systemet og inn i ”profesjonelle” styrer. Man håpet åpenbart at det dermed skulle bli lettere å få til de store strukturendringene i sykehus-Norge som mange helsebyråkrater og økonomer har ivret for lenge. På forsommeren 2003 ble det fattet en rekke vedtak om å bygge ned aktiviteten og tilbudet ved flere lokalsykehus. Protestene fra befolkningen i de berørte lokalsamfunnene var massive. Den økonomiske krisen i helseforetakene tilsier at dette bare var begynnelsen. Det vil komme mange flere forslag om nedlegginger av tilbud og ny oppgavefordeling mellom sykehusene. I alle regioner arbeides det med planer for nye nedskjæringer.

5. I kampen om lokalsykehusenes fremtidige plass i medisin og samfunn har byråkratene prøvd å skape splittelse mellom ansvarlige myndigheter og fagfolk på den ene siden, og en uopplyst og forledet befolkning på den andre. Sentraliseringen og nedleggingene gjennomføres angivelig for å skape et bedre, og ikke et dårligere sykehusstilbud til befolkningen.

Materialet i denne rapporten viser at dette er en tvers igjennom falsk motsetning. Det finnes sterke argumenter, både medisinsk-faglige og samfunnsmessige, som støtter en modell som bygger på hovedtrekkene i dagens sykehusstruktur. Lokalsykehusene fyller viktige funksjoner i forhold til akuttberedskap og sykehustjenester nær der folk bor, og de spiller en viktig rolle for sysselsetting og kompetanse i de lokalsamfunnene de ligger.

6. Foretaksreformens fokusering på lønnsomhet og økonomiske resultater setter sitt klare preg på hverdagen i norske sykehus. Ved Sykehuset Buskerud HF i Drammen arbeides det kontinuerlig med planer for hvordan man skal ”vinne” kampen om pasientene (og dermed sikre sykehuset størst mulig inntekter), og redusere kostnadene slik at budsjettene kommer i balanse. Det arbeides med planer for å redusere

bemanningen med flere hundre medarbeidere over de nærmeste årene. Ute i avdelingene handler hverdagen om hvordan aktiviteten kan økes (for å tjene mest mulig penger), og å hindre at kostnader blir belastet "vårt" delregnskap. Konkurransen fra private oppleves som un fair; - de "skummer fløten" og satser bare på det som er enkelt og lønnsomt for dem. Dersom det oppstår problemer, sendes pasientene videre til det offentlige sykehuset.

7. Politikerne prøver intenst å skape et inntrykk av at sykehusreformen har vært vellykket så langt. Det fokuseres særlig på at ventelistene og ventetidene har blitt kortere, at det er etablert systemer for bruker-medvirkning og pasientrettigheter, og at det er iverksatt tiltak for effektivisering og kostnadskontroll.

I denne rapporten påvises det at det er økt poliklinisk aktivitet (langt utover budsjetttrammene) og opprydding i feil i gamle ventelister, som er de viktigste årsakene til at ventelistene har blitt kortere. Dette er grep som har svært lite med sykehusreformen å gjøre.

Etableringen av brukerutvalg og pasientrettigheter kan ikke dekke over at den viktigste effekten av fristillingen av helseforetakene er at politikerne har mistet innflytelse og den demokratiske kontrollen har blitt dårligere. I distrikts-Norge raser lokalpolitikere mot foretaksstyrene, og i OECD-rapporter påvises det at den internasjonale trenden nå har snudd. Politikerne i andre land diskuterer hvordan de igjen skal få kontroll med fristilte offentlige foretak. I Norge fortsetter man i spor som andre har forlatt.

I det såkalte Hagen-utvalgets innstilling (NOU 2003:1), "Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten", foreslår man at stykkprisfinansieringen skal utvides enda mer. Det er en finansieringsmodell som vil tvinge fram et klarere skille mellom bestillere og leverandører, og det vil dermed fullbyrde etableringen av et fritt konkurransemarked blant sykehusene. Resultatet vil kunne bli et todelt sykehusvesen, a la det man har i USA.

Etableringen av konkurranse i sykehusmarkedet vil sannsynligvis skape en "bordet fanger"-situasjon i forhold til internasjonale regler for anbud

og konkurranse. Med EØS- og GATS-avtalene i hånden kan internasjonale sykehusselskaper snart forlange å bli likebehandlet med de offentlige sykehusene i Norge, og de kan tvinge fram en mer uavhengig bestillerenhet enn dagens Regionale Helseforetak. Dersom markedsmodellen ikke reverseres, vil den bli drevet videre av EØS-avtalen og GATS-avtalens regler for fri konkurranse.

1. Innledning

6. juni 2001 vedtok Stortinget Stoltenberg-regjeringens forslag til Lov om helseforetak. Dermed var den såkalte sykehusreformen vedtatt. Loven hadde blitt fremmet og drevet igjennom i ekspressfart. Den ble vedtatt med støtte fra AP, H og FrP, mens Krf, Sp, V og SV stemte i mot.

Fra og med 1. januar 2002 var hele spesialisthelsetjenesten – somatiske sykehus, psykiatri, ambulansetjenesten, rehabilitering, sykehusapotekene, m.m. - over i en helt ny virkelighet.

Fra å ha vært eid av fylkeskommunene eller staten, og blitt drevet som offentlige forvaltningsenheter, ble spesialisthelsetjenesten nå organisert som statlig eide *foretak* som skal drives etter bedriftsøkonomiske prinsipper.

Statlige foretak er en konstruksjon som på vesentlige områder er lik aksjeselskaper. De kjennetegnes ved at de er selvstendige økonomiske og juridiske enheter, og at de drives på grunnlag av regnskapslovens regler. Men de skiller seg fra aksjeselskaper ved at de pr definisjon er hundre prosent statlig eid og ikke kan slås konkurs.

Det finnes derimot ingen forbud mot at foretakene på et senere tidspunkt kan gjøres om til aksjeselskaper, for deretter å bli del- eller helprivatisert. En slik utvikling har vært på gang lenge innenfor andre offentlige forvaltningsområder, som tele, post, jernbane og energi. De startet sin omstilling ved først å bli egne foretak, og er i dag enten blitt, eller på tur til å bli, mer og mindre delprivatiserte aksjeselskaper. Et vedtak om en slik endring må imidlertid vedtas av Stortinget.

1.1. "En eier- og ansvarsreform"

Myndighetene la stor vekt på å presentere sykehusreformen som en eierreform og en ansvarsreform.

I Sosial- og Helsedepartementets rapport "Sykehusreformen – noen eierperspektiver" (september 2001) heter det f.eks. at:

"I sitt formål er dette en reform for å plassere ansvar. Eierskap er å betrakte som et virkemiddel for å ta et helhetlig ansvar.

... Som hovedansvarlig for finansiering av drift og investeringer, har staten i realiteten hatt et hovedansvar. Nå tar staten også det formelle ansvaret, helt og fullt. Dette vil forenkle og klargjøre beslutningsprosesser og gjøre det umulig med ansvarsfraskrivning.

Staten overtar og sykehusene tas ut av forvaltningen. Sykehusene er leverandører av meget kompliserte tjenester og dette er ikke forvaltning. Som mer fristilte organisasjoner gis sykehusene bedre grunnlag for styring og ledelse."

Debatten om sykehusreformen viste at det var stor uenighet om hva som var det viktigste innholdet i disse endringene, og de viktigste konsekvensene av dem.

Kritikerne, blant annet de 10 legene som i forkant av Stortings-behandlingen i 2001 forfattet en "Motmelding til høringsnotat fra Sosial- og Helsedepartementet om "Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og forslag til Lov om helseforetak, m m.", hevdet blant annet at:

"Det dreier seg om at vi skal gjennomføre et fundamentalt systemskifte i norsk helsepolitikk – fra et politisk forvaltningsstyre med pasienten som uegennyttig formål – til et bedriftsøkonomisk markedsstyre med pasienten som et middel for å oppnå økonomisk inntjening" (Motmeldingen, s.4).

Departementet på sin side var opptatt av å imøtegå kritikken om at reformen er en utvikling i retning av marked, privatisering og omfattende "outsourcing". Både i proposisjonen til Stortinget og i andre sammenhenger ble dette benektet. I informasjonsskrivet "Noen spørsmål og svar om sykehusreformen" (se Sosial- og Helsedepartementets nettside), heter det blant annet:

"Reformen innebærer ingen privatisering av sykehusdrift eller sykehustjenester. Det er heller ikke grunnlag for å frykte at reformen innebærer at det innføres "lønnsomhetsvurderinger" av pasienter, slik det har vært hevdet."

Riktignok ble det åpnet for at deler av driften privatiseres, når det i den samme informasjonen presiseres at:

..." Sykehusdrift defineres som kliniske, medisinske og helsefaglige funksjoner. På områder som faller utenfor denne definisjonene av sykehusdrift, har helseforetakene anledning til å samarbeide med private aktører, herunder også deleierskap, hvis det er nødvendig for å fremme foretakets formål."

1.2. En helhetlig politikk for en markedsmodell

Denne rapporten ble laget på et tidspunkt hvor reformen hadde fungert i halvannet år, og det var mulig å observere og evaluere noen sider ved den praksisen som har utviklet seg. Rapporten er resultatet av et prosjekt som *De Facto – Kunnskapssenter for fagorganiserte* har gjennomført for Fagforbundet i løpet av våren og sommeren 2003 for å belyse disse spørsmålene nærmere. Selv om reformen omhandler mye mer enn de somatiske sykehusene, er det disse vi kommer til å konsentrere det meste av oppmerksomheten rundt i denne sammenheng.

Det mest sentrale spørsmålet vi stiller, er om sykehusreformen – i kombinasjon med flere andre lov- og systemendringer – har gjort om spesialisthelsetjenesten i Norge til et markedssystem? Hva kjennetegner i så tilfelle dette systemet, og hvilke konsekvenser har omleggingen hatt?

Spørsmålene er formidable, og kan bare delvis besvares igjennom en begrenset studie som dette. Og det er, som sagt, nødvendig å se innholdet og virkningene av sykehusreformen i sammenheng med alle andre grep og endringer som har skjedd på dette området i løpet av de siste årene.

Etableringen av et helsemarked for sykehustjenester bygger nemlig på en rekke lovendringer og omlegginger. Mange av dem er allerede gjennomført, mens flere fortsatt er under politisk behandling.

De viktigste er disse:

- Innføringen av såkalt Innsatsstyrt Finansiering (ISF) i 1997, hvor deler av sykehusenes inntekter er aktivitetsbaserte, dvs at man får betalt pr behandling som gjennomføres (stykkpris-system).
- Sykehusreformen – hvor sykehusene er blitt foretak og hvor eierne, regionale helseforetak (RHF), også er pålagt et ”sørge for”-ansvar som skal sikre innbyggerne i sin region tilgang på spesialisthelsetjenester. RHF-ene er pålagt å kjøpe tjenesten ”der hvor det er best for pasienten” – enten det er i egne sykehus/foretak, hos andre offentlige foretak, eller hos private i Norge eller i utlandet.
- Den nye loven om pasientrettigheter, som innebærer fritt sykehusvalg blant både offentlige og private sykehus og individuelle tidsfrister for behandling.

- Godkjenningen av flere private sykehus. Gjennom egne ”styringsskriv” har departementet i 2003 pålagt RHF-ene å øke bruken av de private sykehusene.
- Tilrettelegging og skattefritak for private helseforsikringer.
- Forberedelser av et nytt finansieringssystem for spesialisthelse-tjenesten, hvor ordningen med stykkpris, eller ”pengene følge pasienten”-systemet, foreslås kraftig utvidet (Hagen-utvalgets innstilling, NOU 2003:1).

I sum er dette endringer som gjør at den enkelte kan velge hvor hun vil behandles, sykehusene er i innbyrdes konkurranse om pasientene, sykehusene får ansvar for egen økonomi og større frihet til å operere slik det er bedrifts-økonomisk mest lønnsomt, andelen private sykehus er økende, og pasienter med gode forsikringer eller mye penger kan kjøpe seg forbi alle køer. Som vi skal se fra det materiale som legges fram i denne rapporten, er ikke dette først og fremst en beskrivelse av hvordan det kan bli, – men av hvordan det allerede er.

Sterke krefter i det norske samfunnet ser på utviklingen av et sykehusmarked som både riktig og nødvendig. De som hevder at konkurranse blant sykehus vil skape større effektivitet og mer valgfrihet for brukerne, vil sannsynligvis hevde at denne rapporten ”slår inn åpne dører”. Markedsforhold var målet og markedsforhold er resultatet.

De som tror vi kan ta i bruk markedsmodellen uten å få de klassiske problemene med på kjøpet, vil forhåpentligvis få noe mer å tenke på. Rapporten dokumenterer at marked også betyr større ulikheter i tilgangen på helsetjenester, mer fokus på de behandlinger som lønner seg mest, mindre demokratisk kontroll, og enda større utgifter for det offentlige.

2. Hovedelementene i markedsmodellen

I dette kapitlet skal vi se nærmere på de seks elementene som ble nevnt ovenfor, og som til sammen utgjør den markedsmodellen som nå er under utvikling i sykehussektoren. I første omgang er siktemålet å gi en kort oversikt over innholdet i de ulike elementene, mens en analyse av konsekvensene av markedsmodellen vil bli tema i senere kapitler.

2.1. Innsatsstyrt finansiering – ISF

Fra 1. juli 1997 tok man de første skritt i retning et ”pengene følger pasienten”-system. Da fikk Arbeiderpartiet, under daværende helseminister Gudmund Hernes, innført det såkalte ISF-systemet (Innsats Styrt Finansiering). I første omgang fikk sykehusene anslagsvis 30% av sine inntekter knyttet opp til den ”produksjonen” man kunne vise til i løpet av et år, mens 70% fortsatt kom i form av en rammebevilgning. Siden har ISF-andelen blitt økt gradvis, og i 2003 var den kommet opp i 60%.

Innføringen av ISF-systemet forutsatte at det fantes et system for å registrere og prissette den konkrete behandlingen en pasient får i et sykehus. Et slikt system – det såkalte DRG-systemet - var blitt utviklet i USA fra slutten av 1960-tallet, og hadde utover 1990-tallet blitt forsøkt tilpasset norske forhold.

ISF-systemet har vært omstridt helt siden innføringen. Like før sykehusreformen skulle settes ut i livet, uttalte forskningssjef Jon Magnussen ved Sintef Unimed i Trondheim følgende til Aftenposten (04.12.2001):

”Når staten skal finansiere de regionale helseforetakene, bør man slutte med innstasstyrt finansiering (ISF), i den form det har i dag. Det er ingen god modell hvis en ønsker kostnadskontroll.

... ISF som rammefinansieringssystem vil kunne føre til det samme svarteper-spillet vi har sett mellom fylkeskommunene og staten bare kan fortsette med staten og sykehusforetakene som nye aktører, sier Magnussen.

Men politikerne har ikke hørt på dette eller lignende råd. ISF-systemet blir i stedet gradvis utvidet, og fremtidige planer peker i samme retning (se bl.a. punkt 2.5).

2.2. Foretaksreformen

De som fulgte den offentligheten debatten om sykehusreformen i 2001-02 kunne få inntrykk av at det viktigste poenget med den var at staten skulle overta som eier av sykehusene. For mange fremstår dette som et fornuftig grep. Det er staten som har ansvaret, staten har pengene, og staten vil som eiere ha muligheter til en effektiv, nasjonal samordning av sykehusstilbudet. Svarteper-spillet mellom ulike fylker, mellom fylker og stat, og mellom profesjoner og politikere, hvor alle skylder på hverandre når køene vokser og ventelistene legger på seg, skulle det endelig bli slutt på.

Men spørsmålet om eierskap kan selvsagt ikke vurderes isolert. Det viktigste er hva eieren bruker sin makt til i forhold til organisering og drift. I denne sammenheng var innføringen av *foretaksmodellen*, med de virkninger dette har, det langt viktigste.

Som allerede nevnt. Argumenterte Departementet sterkt for at reformen først og fremst har en eier-, styrings- og ansvarsdimensjon, og at eierskap og foretaksorganisering nærmest er gjensidig avhengig av hverandre.

I Ot. prp. nr.66 heter det at (s.19)

”Reformen baseres på to hovedelementer:

...At staten overtar eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten, og overføring av hele ansvaret for spesialisthelsetjenesten til statlig sektor. Det offentlige eierskapet blir dermed samlet på statens hånd.

...At virksomhetene organiseres i foretak. Dette innebærer at de blir organisert i egne rettssubjekter og således ikke er en integrert del av den statlige forvaltning. Overordnede helsepolitiske mål og rammer vil fastsettes av staten og ligge til grunn for styring av vedtakene. Gjennom dette vil staten komme i en helhetlig ansvarsposisjon for spesialisthelsetjenesten. Da samles både sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet på en hånd.”

I Sosial- og Helsedepartementets rapport ”Sykehusreformen – noen eierperspektiver” , heter det i innledningen:

”Reformens hovedintensjon er å kombinere en klar overordnet statlig ansvars- og eierposisjon overfor sykehusene med økt lokal myndighet gjennom foretaksorganisering”.

Kritikerne legger vekt på at foretaksorganiseringen først og fremst bringer inn et sterkere fokus på bedriftsøkonomiske mål, at det legger til rette for konkurranse i et sykehusmarked, og at det flytter viktige beslutninger i sykehussektoren ut av den politiske sfæren og over til eksterne, profesjonelle foretaksstyrer som er mest opptatt av bedriftsøkonomisk lønnsomhet (jfr. blant annet Motmeldingen fra den nevnte legegruppen).

2.2.1 Nærmere om foretakene

I hht lov om helseforetak er det opprettet fem regionale helseforetak (RHF).

Disse er:

Helse Nord RHF – omfatter de tre nordligste fylkene.

Helse Midt RHF – omfatter Trøndelagsfylkene og Møre og Romsdal.

Helse Vest RHF – omfatter Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland.

Helse Sør RHF – omfatter Agder-fylkene, Telemark, Vestfold, Buskerud

Helse Øst RHF – omfatter Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark, Oppland.

De regionale helseforetakene eier alle de offentlige sykehusene i sin region, og de har et såkalt ”sørge for”-ansvar for at befolkningen i regionen får de spesialisthelsetjenester de har krav på i henhold til lover og sentrale myndigheters vedtak og retningslinjer.

RHF-ene er mottakere av størstedelen av statens bevilgninger til spesialisthelsetjenesten, og bestiller og kjøper disse tjenestene - enten fra egne sykehus eller virksomheter, hos andre offentlige foretak, eller fra private leverandører i inn- eller utland.

De offentlige sykehusene er i sin tur samlet i et antall såkalte Helseforetak (HF-er), som er heleide datterforetak av RHF-et i sin region. Hvert enkelt foretak kan omfatte ett eller flere sykehus og mange andre virksomheter innen spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern, rehabilitering og habilitering, ambulansetjeneste, sykehusapotekene, m.m.).

Alt i alt er landets ca 70 sykehus pr. august 2003 organisert i 28 ulike helseforetak – HF-er:

Helse Nord RHF eier bl.a.

Finnmark HF med bl.a. sykehusene i Kirkenes og Hammerfest.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) i Tromsø.

Hålogalandsykehuset HF med bl.a. sykehusene i Harstad, Narvik og Stokmarknes.

Nordlandssykehuset HF med bl.a. sykehusene i Bodø og Lofoten.
Helgelandssykehuset HF med bl.a. sykehusene i Mo i Rana,
Sandnessjøen og Mosjøen.

Helse Midt RHF eier bl.a.

Helse Nord-Trøndelag HF med bl.a. sykehusene i Levanger og Namsos.
St. Olavs Hospital HF med bl.a. Regionsykehuset i Trondheim og
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus.
Nordmøre og Romsdal HF med bl.a. sykehusene i Molde og
Kristiansund.
Helse Sunnmøre HF med bl.a. sykehusene i Ålesund og Volda.

Helse Vest RHF eier bl.a.

Stavanger HF med bl.a. Sentralsykehuset i Rogaland
Fonna HF med bl.a. sykehusene i Haugesund, Odda og Stord.
Bergen HF med bl.a. Haukeland Universitetssjukehus, Voss Sjukehus og
Kysthospitalet i Hagevik.
Førde HF med bl.a. sykehusene i Førde, Nordfjord og Lærdal.

Helse Sør RHF eier bl.a.

Det norske Radiumhospital HF
Rikshospitalet HF
Blefjell Sykehus HF med bl.a. sykehusene på Kongsberg, Rjukan og
Notodden.
Ringerike Sykehus HF på Hønefoss
Sykehuset Buskerud HF i Drammen
Sykehuset Vestfold HF med bl.a. sykehusene i Tønsberg, Larvik,
Sandefjord og Horten.
Sykehuset Telemark HF med bl.a. Sentralsykehuset i Skien.
Sørlandet Sykehus HF med bl.a. Sentralsykehuset i Kristiansand og
sykehuset Lister i Flekkefjord med lokale
avdelinger i hhv Mandal og Farsund.

Helse Øst eier bl.a.

Aker Universitetssykehus HF, Oslo

Akershus Universitetssykehus HF, Lørenskog

Sykehuset Asker og Bærum HF med bl.a. Bærum Sykehus

Sykehuset Østfold HF med bl.a. sykehusene i Moss, Fredrikstad,

Sarpsborg, Halden og Askim

Sykehuset Innlandet HF med bl.a sykehusene i Kongsvinger, Elverum,

Hamar, Gjøvik, Lillehammer og Tynset.

Sunnaas Sykehus HF, Nesodden

Ullevål Universitetssykehus HF, Oslo

Helsedepartementet legger rammene for driften av de regionale helseforetakene gjennom lover, forskrifter og et årlig *styringsdokument*. Sammen fastlegger disse de mål, rammer og retningslinjer som skal gjelde for spesialisthelsetjenesten i hver region.

I styringsdokumentet redegjøres det for hvilke økonomiske rammer RHF-et får til disposisjon i et år og hvilke oppgaver som de pålegges å utføre innenfor disse rammene. Departementet bruker også styringsdokumentet til å stille ulike krav til økonomiske og organisatoriske forhold, og om forholdet RHF-ene skal ha til private aktører og ulike myndighetsorganer.

I styringsdokumentene fra departementet til RHF-ene for 2003 heter det bl.a.:

”.. styringsbudskapet til de regionale helseforetakene (er) knyttet til tre overordnede styringskrav og styringsutfordringer:

- De regionale helseforetakene må gjennomføre en tilstrekkelig avklaring av innholdet i det regionale ”sørge-for”-ansvaret i sin region og det må sørge for at det må etableres et opplegg for oppfølgingen av dette ansvaret.

- De regionale helseforetakene er ledere av de regionale helseforetaks-gruppene (det regionale helseforetaket, egne helseforetak og eventuelt andre eide selskaper). Det er den regionale helseforetaksgruppen som står for den klart

dominerende andelen av de helsetjenestene som ytes når det regionale "sørge for"-ansvaret skal oppfylles. Det regionale helseforetaket har et overordnet ansvar for at oppgavene som løses av helseforetakene er i samsvar med helsepolitikkenes prioriteringer og skjer med god og riktig kvalitet, service og gjennom effektiv ressursbruk.

- Foretaksmodellens suksess er avhengig av at de regionale helseforetakene på en god måte klarer å kombinere de to ansvarsposisjonene: det regionale "sørge for"-ansvaret og rollen som leder av helseforetaksgruppen som leverer størsteparten av helsetjenestene som inngår i det regionale "sørge for"-ansvaret. Det helt sentrale er at det siste skal brukes for å oppfylle "sørge for"-ansvaret på en god måte. Det er altså i strid med modellen dersom beslutningskompetansen som er knyttet til "sørge for"-ansvaret brukes til å "understøtte eller hjelpe" egne helseforetak – der kjøp av tjenester fra andre leverandører ville vært bedre for pasientene" (Styringsdokumentet for 2003, s. 4).

RHF-ene utarbeider i sin tur egne styringsdokumenter for hvert enkelt datterforetak, hvor tilsvarende krav og retningslinjer er konkretisert for disse. Innenfor gitte økonomiske rammer pålegges de å utføre bestemte oppgaver og å nå bestemte mål.

Fra sitatet ovenfor ser vi at departementet presiserer at RHF-ene er pålagt å sørge for at private leverandører ikke diskrimineres i konkurransen. Dette er en problemstilling som vi skal komme grundigere tilbake til i kap. 8.3.

2.3. Pasientrettighetsloven – fritt sykehusvalg

I april 2003 fremmet regjeringen et forslag om å utvide pasientenes rettigheter til helsehjelp. Prinsippet om fritt sykehusvalg ble innført i den såkalte Pasientrettighetsloven fra 2. juli 1999, og nå er ordningen utvidet slik at valgmulighetene også omfatter private sykehus som har avtale med regionale helseforetak.

I tillegg skal alvorlig syke pasienter ha rett til å få fastsatt en dato for når helsehjelp senest skal være gitt, og dersom de innen denne fristen ikke har fått denne hjelp skal de ha krav på behandling privat eller i utlandet på det offentliges regning.

Pasienter skal også ha rett til behandling i utlandet dersom det ikke finnes et godt medisinsk tilbud i Norge.

Loven ble i 2003 utvidet til på samme måte å gjelde for pasienter innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Status etter dette er at pasientene selv har rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktpsikiatrisk senter de skal få behandling, og de alvorlig syke skal være garantert behandling innen en gitt frist i enten et norsk offentlig eller privat sykehus eller i utlandet.

Isolert sett virker loven til å styrke pasientenes rettigheter i helsevesenet, samtidig som systemet er med på å befeste markedsmekanismene i helsemarkedet. Sykehusene må konkurrere om pasienter, og de må tilpasse seg en situasjon hvor noen velges bort og andre prioriteres.

For å få systemet til å bli brukt mest mulig har departementet opprettet et eget nettsted kalt www.sykehusvalg.net. Her kan man finne ut hvilke sykehus som tilbyr ulike behandlingsformer og hvor lang ventetid det er på disse. Pasientene må henvises til spesialistbehandling av sin fastlege, slik at sykehusvalg må skje i et samråd mellom pasient og fastlege.

2.4 Godkjenning av flere private sykehus

Etablering av flere private sykehus er en viktig del av prosessen med å skape et sykehusmarked med fungerende konkurranse. Myndighetene har både signalisert at man ønsker slike etableringer, og RHF-ene er pålagt å kjøpe tjenester fra dem. I omtalen av styringsskrivet for 2003 (se kap. 2.2.1.) viste vi at Helsedepartementet fant det nødvendig å innskjerpe dette.

Da sykehusreformen ble innført i 2002 var det godkjent 6 private sykehus med til sammen 63 senger. Flere av disse var drevet av ideelle organisasjoner, som Røde Kors m.fl.

Etter sykehusreformen har det kommet fart i etableringen av private, kommersielle sykehus. Helsedepartementet opplyser at det i perioden 01.01.02 til 31.08.03 er godkjent 8 nye private sykehus med til sammen 37 senger.

Pr. dato ligger det til behandling i departementet søknader fra ytterligere 18 private sykehus med til sammen 110 senger.

Den ekspansive veksten i antall private sykehus er selvsagt kontroversiell. Nesten alle RHF-er har uttalt at det går mot overkapasitet på sykehussenger, og mange har signalisert at de ikke har behov for å inngå nye avtaler med private (se bl.a. Dagens Medisin, 22.05.03). Likevel virker det som om regjeringen er innstilt på å fortsette praksisen med å godkjenne enda flere private sykehus.

2.5 Ny finansieringsmodell – Hagen-utvalgets innstilling

I dag finansieres sykehusene gjennom en rammebevilgning som anslås å skulle dekke ca 40% av utgiftene, mens 60% er såkalt ISF-finansiering (dvs. en stykkprisbetaling pr. gjennomførte behandling, se nærmere omtale i kapittel 2.1 og 8.2).

Mot slutten av 2002 avleverte det såkalte Hagen-utvalget sin utredning om et nytt, fremtidig inntektssystem (NOU 2003:1 "Behovsbasert finansiering av spesialist-helsetjenesten"). Utvalget var ledet av professor Terje P. Hagen ved Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo og bestod av et antall sykehusbyråkrater og økonomer.

Utvalget la fram en delt innstilling, hvor flertallet (8 av 11) gikk inn for det de kaller en *aktivitetskravmodell*. I praksis er dette innføring av enda mer stykkprisfinansiering av sykehusene (den kan komme opp i 100%), men med visse mekanismer som skal straffe underproduksjon i forhold til forventet nivå på ulike felter og som premierer (opp til 2%) ekstraproduksjon ut over det man har blitt pålagt.

I en artikkel i tidsskriftet "Økonomisk Form" (nr. 1/2003) omtaler Professor Terje P. Hagen (utvalgslederen) og forsker Oddvar M. Kaarbø hovedelementene i modellen slik:

1. *"Stortinget fastsetter en økonomisk ramme for spesialisthelsetjenesten. Det vil være en fordel for planleggingen i spesialisthelsetjenesten om en slik ramme kunne fastsettes i Stortingets vårsesjon. Dette er imidlertid ikke en forutsetning for modellen.*
2. *Helsedepartementet fordeler den økonomiske rammen på RHF basert på kriterier som beskriver behov for helsetjenester i den enkelte region.*

3. *Det etableres et teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten (TBU). Utvalget har medlemmer fra RHF og Helsedepartementet, samt uavhengige representanter. Beregningsutvalget har som målsetting å dokumentere aktivitets- og kostnadsutvikling på regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten.*
4. *Helsedepartementet og RHF har så, med bakgrunn i overordnede helsepolitiske prioriteringer, en dialog om hvilket nivå på aktiviteten som kan fullfinansieres innenfor den tildelte rammen. Gjennom denne dialogen etablerer stat og RHF en omforenet forståelse av hva aktivitetsnivået skal være innenfor hvert av spesialisthelsetjenestens hovedområder. Hvis aktørene ikke når fram til enighet setter staten aktivitetskravet.*
5. *Aktivitet opp til aktivitetskravet fullfinansieres gjennom en 100% stykkpris for den DRG-baserte aktiviteten. Øvrig aktivitet finansieres gjennom rammebevilgning som i dag.*
6. *Aktivitet inntil 2% ut over aktivitetskravet delfinansieres med 50-60% av gjennomsnittskostnadene (toppfinansiering). En kan eventuelt knytte forutsetninger til utløsning av toppfinansieringen, f. eks. om at mål om aktivitet på områder som ikke er DRG-finansiert (psykiatri og habilitering) er nådd. Dette vil redusere mulighetene for vridning mellom stykkprisfinansierte og rammefinansierte aktiviteter.*
7. *Aktivitet utover 2 prosent finansieres i sin helhet av RHF.”*
(s. 10-11).

Mindretallet ville videreføre dagens blandingsmodell, hvor sykehusene får delvis stykkprisfinansiering og delvis baserer driften på et rammetilskudd. Etter deres syn er det fortsatt nødvendig med innslag av rammefinansiering for at myndighetene skal kunne styre sektoren.

2.6 Private helseforsikringer – skattefritak og tilrettelegging

I statsbudsjettet for 2003 foreslo regjeringen tiltak som skal stimulere tegningen av private helseforsikringer. Ordningen går ut på at bedrifter som kjøper private helseforsikringer til sine ansatte ikke trenger å betale arbeidsgiveravgift eller trekke personlig inntektsskatt av det beløpet som betales.

Regjeringen skriver i statsbudsjettet 2003 at helseforsikringer

*”antas å stimulere private behandlingsalternativer, slik at man får en konstruktiv konkurranse mellom det offentlige og det private helsevesen som på sikt kan styrke det offentlige helsevesen”.*ⁱ

Det anslås at ordningen vil representere en samlet skattelette på ca 100 millioner kroner i første omgang, men at dette er et beløp som kan komme til å øke senere.

Det viktigste innholdet i private helseforsikringer er at man er garantert behandling med en gang eller innen en gitt tidsfrist, - med andre ord at man kan kjøpe seg frem i køen. Dette legger til rette for en klar todeling av helsevesenet. De som har penger eller er i posisjon til å få arbeidsgiver til å betale for seg, kan kjøpe seg forbi de andre.

Ordningen vil også etablere en ny kunde-leverandør-relasjon i helsemarkedet, hvor forsikringselskapene kommer i posisjon til å plassere oppdrag i sykehusene. Sykehusene må på sin side konkurrere om slike oppdrag. Dette vil bidra til å utvikle konkurransen og markedspreget innenfor sykehussektoren.

Et mer kommersialisert helsevesen har i seg et innebygd press i retning overforbruk av helsetjenester, fordi kommersielle aktører har en egeninteresse i å skape behandlingstilbud som det er mulig å tjene penger

på. Ved å spille på folks naturlige bekymring for egen og familiens helse vil folk ha tendens til å overforsikre seg og sykehusene ha tendens til å overbehandle pasientene. Dette kommer vi nærmere tilbake til i forbindelsen med en gjennomgang av internasjonale erfaringer med et kommersielt helsevesen.

3. Sykehusreformen i et større perspektiv

Foretaksmodellen og introduksjonen av markedsforhold i sykehussektoren føyer seg inn i vår tids store, internasjonale bølge av såkalt ”modernisering av offentlig sektor”. Privatisering, konkurranseutsetting, etablering av kvasimarkeder, og New Public Management (hvor drift og ledelse i offentlig sektor skal gjøres på samme måte som i privat sektor), har vært en sentral del av samfunnsutviklingen i nesten alle land de siste 20-25 årene. På 1980- og 1990-tallet har denne tenkningen nådd helsesektoren for fullt, og omleggingen fra forvaltningsbasert offentlig tjenesteproduksjon (utenfor markedssystemet) til privatisering, konkurranse og markedssimulering drives fram over hele verden.

3.1. Internasjonale erfaringer

Det finnes mange analyser av bakgrunn og årsaker til denne bølgen, og i det følgende skal vi gi en sammenfatning av det synet som presenteres i boka ”Restructuring Health Services (Zed Books, 2003). Boka er et av resultatene etter at forskere og helsearbeidere fra mange land møttes i Maastricht i juli 2001 for å evaluere erfaringene med utviklingen av mer markedsbaserte helsetjenester over hele verden. De brakte med seg erfaringer og analyser av endringer som har skjedd i et antall i- og u-land, og de ønsket å sammenligne erfaringene fra land i det sørlige Asia, i Europa og Nord-Amerika.

Prosjektet var støttet av EU-kommisjonen og ble ledet av samfunnsforskeren Kasturi Sen ved Cambridge University. I forordet til boka sier hun blant annet at

”vi ønsket (også) å klarlegge de forklaringsmodellene som hadde fungert som ideologisk rasjonale for de pågående endringene i organisering og finansiering av helsetjenestene”.

Analysene tar utgangspunkt i at nesten alle land satset på oppbygging av offentlige velferdssystemer gjennom de første 20-30 årene etter andre verdenskrig, men at det så skjedde en grunnleggende kursendring fra midten av 1970-tallet. Omleggingen forklares med virkningene av den alvorlige krisa i verdensøkonomien etter oljeprissjokkene tidlig i syttiårene. Krisa førte til at økonomisk aktivitet og handel ble mindre, arbeidsløsheten økte og profitten ble mye lavere, spesielt innenfor tradisjonell industriproduksjon. Internasjonal kapital lette etter veier ut av krisa, og satte etter hvert i gang en offensiv for å åpne nye markeder. Det skjedde dels gjennom en selskapsledet globalisering, med deregulering av handel og fri flyt-regimer for varer, kapital og tjenester som hovedkjennetegn, og dels ved å åpne offentlig sektor for private investeringer og markedsbaserte inntjeningsmuligheter.

Mens IMF og Pengefondet tvang igjennom ”strukturendringsprogrammer” i u-landene, med kutt i offentlige budsjetter, deregulering og liberalisering som hovedingredienser, fikk man til en ideologisk nyorientering i i-landene som gikk ut på at markedssystemet måtte overta der hvor det tidligere var offentlig drift.

”Det erklærte rasjonale bak denne politikken var økonomisk, men det ble også hevdet at markedet ville gi forbrukerne større valgfrihet. Virkeligheten, slik som det vil bli dokumentert i de forskjellige kapitlene i denne boka, har blitt helt annerledes. I løpet av et tiår har bildet, særlig innen helsesektoren, vært preget

av akselererende kostnader og mindre likhet i tilgangen på tjenester”. (s. 2)

Den pågående markedsomleggingen knyttes også til den sterke utviklingen av nye frihandelsregler som vedtas gjennom WTO (Verdens Handelsorganisasjon). Særlig viktig er de endringer som kommer i tilknytning til en revidert og utvidet avtale for handel med tjenester (GATS). I boka omtales dette blant annet slik:

”Utviklingen har ført til at nasjonale regjeringers muligheter til å fatte vedtak om sin økonomi basert på nasjonale interesser er kraftig undergravd, og transnasjonale selskaper spiller nå en stadig viktigere rolle for utviklingen av lover, regler og økonomiske strategier. Europeiske nasjoner hadde for eksempel i mange tiår offentlige velferdstjenester basert på prinsippene om universalitet og solidaritet, dvs at alle har samme rett til helsetjenester og at kostnadene fordeles etter økonomisk evne. Men forutsetningene for å kunne føre en slik politikk var basert på at offentlige tjenester ikke er varer som eksisterer bare fordi det er mulig å tjene penger på dem.

I dag, derimot, kommer det stadig nye regler fra Verdens Handelsorganisasjon (WTO) og i særlig grad fra tjenesteavtalen (General Agreement on Trade in Services, GATS) som betyr, dersom noe annet ikke er spesifisert, at hoveddelen av offentlige tjenester må konkurransesettes, eller de må organiseres sånn at det i minst mulig grad er hindre for fri handel med tjenester.

... I følge Whitfield (2001) og andre (Corner House 2001), utgjør GATS den største trusselen mot offentlig tjenesteproduksjon i vår tid, ikke bare fordi tjenester defineres så vidt i avtalen, men også fordi den kan pålegge konkurranse på alle områder hvor det allerede finnes private innslag”. (s. 5-6, vår oversettelse).

Boka ”Restructuring Health Services” er delt inn i tre deler. I den første delen ser man på de formelle og lovmessige endringer som gjøres nasjonalt

og internasjonalt for å omdanne den offentlige tjenesteytingen til markeder og åpne for private investeringer. I den andre delen ser man på de løpende endringsprosessene og evaluerer resultater av disse, mens den tredje delen består av 12 ulike landstudier som analyserer utviklingen og konsekvensene av å gjøre helsevesenet mer markedsbasert.

Oversikten i ”Restructuring Health Services” viser at det er store likhets-trekk i utviklingen i nesten alle land, og metodene som tas i bruk ligner veldig på hverandre. Gjennomgangen viser at det ikke er mye som er særegent norsk i den norske sykehusreformen. Det er for eksempel ikke vanskelig å plassere den inn i følgende oppsummering, som er en beskrivelse av utviklingen i England:

”...Den konservative regjeringen (1979-1997) introduserte et kvasi-marked i helsesektoren. Det ble opprettet myndighetsorganer som skulle bestille og betale helsetjenester til befolkningen i sitt område fra sykehus, leger, o.a.

I forkant av introduksjonen av dette markedet ble sykehusene gjort om til selskaper. De fikk vedtekter som påla dem selv å ta ansvar for kapital, eiendeler og investeringer, og de fikk pålegg om å drive på samme måte som selskaper i privat sektor. Driften skulle sikte mot økonomisk overskudd, blant annet ved at de fikk et avkastningskrav på 6% på engasjert kapital som skulle betales til regjeringen. Sykehusene ble pålagt å ta betalt for all behandling slik at alle kostnader, inklusive kapitalkostnader, ble dekket. Kryssubsidiering skulle ikke være tillatt. Sykehusenes priser for hver diagnoserelaterte gruppe (DRG) ble sammenlignet, og gjennomsnittet ble brukt som grunnlag for myndighetenes betaling. Gjennomsnittspriser ble med andre ord brukt som middel til å presse ned kostnadene, eller til å få opp produksjonen innenfor samme kostnadsramme.

Den samlede effekten av dette har vært at helsetjenester og sykehusbehandling er gjort om til varer som produseres for profitt, uavhengig av om det er private eller offentlige

produsenter. Det har også gjort det mulig for privat sektor å vurdere om de skal investere i helsesektoren”.(s. 151)

Situasjonen og erfaringene oppsummeres på denne måten::

”Det er etablert et økonomisk regime som går ut på at offentlige virksomheter skal drives på samme måte som private.

... I en situasjon hvor man prøver å redusere bevilgningene til offentlig tjenesteproduksjon kan ledelsen bare oppnå økonomisk balanse gjennom en eller annen kombinasjon av drastiske reduksjoner i bemanningen, svekkede lønns- og arbeidsvilkår for arbeidstakerne, redusert tjenestetilbud eller kvalitet på tjenestene, og høyere brukerbetaling. Det betyr at ledelsen får sterkere kontroll over profesjonene, at arbeidsintensiteten må øke, og at tilgangen til og kvaliteten på helsetjenestene går ned. Det fører til økte konflikter mellom regjeringen og de ansatte i helsevesenet om jobber og arbeidsbetingelser, og mellom regjeringen og folk flest om retten til gode helsetjenester”. (s. 152).

Denne oppsummeringen av internasjonale erfaringer er helt i tråd med de advarsler som kritikerne av den norske reformen kom med i forkant av Stortingets vedtak i juni 2001. Stortings-flertallet delte ikke bekymringene, og syntes ikke det var riktig å ta hensyn til advarslene.

3.2. Erfaringer fra England og New Zealand

England og New Zealand har siden 1980-tallet vært foregangsland innen OECD når det gjelder deregulering av økonomien og tildels ekstreme liberalistiske eksperimenter. Dette har også omfattet sykehusvesenet, og som nevnt foran er det store likhetstrekk mellom det som ble gjennomført i disse landene og den reformen som nå er under utprøving i Norge. Det har

derfor betydelig interesse å oppsummere de erfaringer som er gjort i andre land, og da ikke minst i England og New Zealand.

Det er fra mange hold (se bl.a. Motmeldingen, 2001 og N. Veggeland, 2002) blitt påpekt at slike oppsummeringer nærmest var fraværende i forbindelse med introduksjonen og etableringen av den norske reformen. En grundig gjennomgang av internasjonale erfaringer faller utenfor rammene av denne rapporten, men noen av hovedpoengene fra England og New Zealand kan det være på sin plass å ta med.

3.2.1. England

I England har ikke foretaksmodellen ført til at man har fått kontroll med økonomi og kostnadsutvikling i sykehusene. Den har heller ikke bremsset utviklingen av et todelt helsevesen, og historiene om krisetilstander og sviktende kvalitet i sykehusene fortsetter å dukke opp.

Under Labours valgkamp før makttovertakelsen i 1997 lovt Tony Blair at en ny regjering skulle rydde opp i den til dels kaotiske og uholdbare situasjonen som hadde utviklet seg i NHS (National Health Services, det engelske, offentlige helsevesenet) etter at den konservative regjeringen hadde etablert et såkalt ”indre marked” i sykehussektoren i 1991. I stedet for større effektivitet og mer behandling hadde det indre markedet i NHS ført til en kraftig vekst i både administrative utgifter, ventelister, ventetider og til rekordstore underskudd i foretakene.

De grep som Blair-regjeringen tok har i realiteten gått ut på å plukke vekk de verste utvekstene av markedsmodellen, uten at man egentlig reverserte den i vesentlig grad. Offisielt forlot man ”det indre markedet”, men i praksis nøyde man seg med en noe sterkere sentralisering av bestillerfunksjonen. Den ble delvis overført til grupper av primærleger - Primary Care Groups, i tillegg til de regionale Health Authorities (se bl.a. Ot.prp. 66, s. 18-19).

Disse bestillerne fikk nå et tydeligere ”sørge for”-ansvar, og de fikk noe større muligheter til å pålegge sykehusene å samarbeide. Men fortsatt drives sykehusene som foretak (truster), og bestillerne kjøper sykehustjenester både innenfor og utenfor NHS. Det viktigste Blair-regjeringen gjorde for å skape noenlunde ro i sykehusvesenet, slik at de igjen kunne gjøre jobben sin, var å bevilge mange milliarder ekstra i driftsmidler. Disse ble i stor grad brukt til å øke lønningene til helsearbeiderne i NHS.

Blair-regjeringen har i sin strategi for ”fornyning av offentlig sektor” gjort mange forsøk på å trekke private investorer inn som utbyggere eller partnere på områder som tradisjonelt har vært et offentlig ansvar. Såkalte ”PFI-prosjekter” (PrivateFinanceInitiative) har blitt introdusert også innenfor sykehussektoren.

I 2001 åpnet man et nytt, privatfinansiert sykehus til ca 1 milliard kroner i North Cumbria. Det drives av en trust som eies av NHS og private i fellesskap. I en artikkel i den britiske avisen Guardian (27. februar 2003) omtales en knusende rapport fra en offentlig kontrollkommisjon som hadde besøkt sykehuset. Pasientene hadde blant annet klaget på at de var stuvet sammen som ”sild i tønne”, dusjene ble brukt som lagerrom, og de ble liggende å vente lenge på behandling fordi det manglet bemanning.

Inspektørene avdekket at en rekke ledende stillinger ved sykehuset var besatt med midlertidig ansatte, og at det manglet personale innenfor både administrasjon og behandlingsprofesjonene. Rapporten førte til at direktøren for sykehuset forlot stillingen sin umiddelbart.

Fagforeningene ved sykehuset hadde i forkant lagt fram skrekkrapporter om tilstandene ved sykehuset. Der het det blant annet at pasientene lå så nært hverandre at de kunne ta hverandre i hendene, temperaturen i øverste etasje var så høy på varme sommerdager at pasientene ikke kunne ta i dørhåndtakene uten å brenne seg, det var bøtter til å samle opp vannlekkasjer spredd utover i alle korridorer, dørene hang så vidt på hengslene, og pasientene fikk ikke den pleien de trengte. Fagforeningene mente pasienter hadde dødd som følge av manglende behandling og pleie.

Generalsekretæren i UNISON (søsterorganisasjonen til det norske Fagforbundet), Dave Prentis, uttalte følgende til media da den offentlige rapporten ble kjent (se Unison News, 27.02.03):

”Denne rapporten er en knusende dom over PFI. Øyenvitneskildringene er horribel lesning – hvem kunne tenke seg å være pasient på et slikt sykehus?”.

Rapportene fra North Cumbria er selvsagt ikke representative for den generelle tilstanden i britiske sykehus. Men dette er forholdsvis ferske eksempler, som dokumenterer at markedsmodellen, med konkurranse om penger og oppgaver sykehusene imellom og med private investorer som partnere, slett ikke gir noen garantier for at kvaliteten blir bra.

3.2.2. New Zealand

Utviklingen i New Zealand er av mange fremholdt som et skrekkens eksempel på hva ekstrem markedstenkning i sykehusvesenet kan føre til. Etter noen år med desentralisert ansvar for å bestille sykehustjenester, gjennomførte man i 1993 en mer total markedsomlegging basert på mange av de samme prinsipper som de vi kjenner fra den norske reformen. Hovedgrepene bestod i å skille ut ”sørge for”-ansvaret, produksjonen og finansieringen i tre ulike systemer. ”Sørge for”-enhetene bestemmer hvem som skal få tilgang på hvilke tjenester, og sørger for at disse blir bestilt hos de ”produsenter” (offentlige eller private sykehus) som det er inngått avtale med. Finansieringssystemet fastlegger hvordan sykehustjenester skal betales, - fullt ut av det offentlige, eller i mer eller mindre kombinasjon med egenandeler (brukerbetaling).

I det følgende skal vi gi en oppsummering av de new zealandske erfaringene basert på en rapport utarbeidet for det danske spesialarbeiderforbundet, SID (Jens Asp, 2001).

a. Sørge for"-oppgaven

På begynnelsen av 1980-tallet ble det opprettet 14 regionale råd som fikk ansvar for å planlegge tilbudet av sykehustjenester i hver sin region innenfor en gitt budsjetttramme. Sykehusene fortsatte som offentlige forvaltningsenheter, men de skulle nå forhandle med rådene om levering av tjenester.

Denne sterke oppdelingen på bestiller-siden viste seg å fungere svært dårlig. Rådene brukte store ressurser på forhandlinger og overvåking av kontraktene de inngikk. De ulike rådene var delvis i konkurranse med hverandre, og måtte av kontraktsgrunner holde hemmelig hva de betalte for sykehustjenestene. Det utviklet seg forskjeller i ytelsene, både i forhold til hva befolkningen fikk og i forhold til hva et sykehus ville levere for en gitt sum. Misnøyen og problemene med modellen med mange bestillere ble snart så omfattende at det tvang fram en ny reform i 1993. Men selv om antallet "sørge-for"-råd ble redusert til 4, var hovedinnholdet i 1993-reformen fortsatt gjennomført liberalistisk. Nå gjaldt det å ta et steg videre, å lage et virkelig fungerende sykehusmarked, – fra a til å.

b. Produsentoppgaven

I 1993 vedtok man altså en helt ny organisasjonsmodell for landets 23 sykehus. De ble organisert som statlige aksjeselskaper, og det ble hentet nye direktører fra det private næringslivet til å lede dem. De offentlig eide aksjeselskapene ble pålagt å drive med overskudd, slik at det kunne tas ut avkastning på investert kapital. Målet var å skape konkurranse mellom sykehusene, og legge til rette for en sanering av de minst effektive og en eventuell privatisering av de mest effektive. Men slik gikk det ikke.

Perioden 1993-96 ble i stedet meget turbulent. Sykehusene prøvde blant annet å kutte kostnader ved stadig å endre og forringe arbeidsbetingelsene for de ansatte. Konsekvensen ble en dramatisk økning i bemanningens "turn over". Ansatte søkte seg bort, og det ble svært mye uro – helt til topps. Av de 23 nye toppsjefene som ble ansatt i 1993 var det bare 3 tilbake i 1996.

Gjelden i de statlige aksjeselskapene steg voldsomt i disse årene, og forslagene om å stenge de minst lønnsomme sykehusene ble møtt med sterke protester fra befolkningen - og etter hvert politikerne. I stedet for stengning ble det bevilget store ekstratilskudd for å holde dem i livet.

c. Finansieringsoppgaven

I den nye modellen skulle det skilles klarere mellom hva det offentlige skulle betale av helsetjenester, og hva som skulle finansieres av brukerbetaling (egenandler). I tillegg ønsket man å innføre et skille mellom hvilke typer behandling folk skulle få på de offentlige sykehusene, og hva som skulle overlates til private sykehus. Man lanserte et opplegg med ”medisinske kjernetjenester” som skulle være ansvaret til det offentlige og ”ekstratjenester” som skulle tilbys av private. I praksis viste det seg umulig å håndtere et slikt skille; det var vanskelig å definere hva som skulle være hva, det ble umulig å skape økonomisk grunnlag for private sykehus med et begrenset ansvar, og ordningen ble byråkratisk og ineffektiv.

3.2.3. Markedsmodellen reverseres

I 1996 var problemene blitt så store, og det politiske presset så omfattende, at man ble tvunget til å reversere store deler av markedsmodellen.

- Ordningen med statlige aksjeselskaper, som skulle drive for profitt, ble avvirket. I dag eies sykehusene av Helsedepartementet, og skal fungere som non-profitt virksomheter.
- Bestillerrollen ble sentralisert til ett nasjonalt råd i departementet. Den sterke satsingen på desentralisering skapte flere problemer enn den løste.
- Forsøkene på å introdusere stadig høyere egenandeler ble reversert.
- Ideene om et todelt sykehusvesen (hvor det offentlige bare skulle konsentrere seg om basistjenester, mens private sykehus skulle tilby ekstraytelser) ble også lagt bort.

I dag er man igjen tilbake til et system med sterkere innslag av offentlig styring. Men man har opprettholdt modellen med kjøpere og selgere av sykehustjenester. Den danske rapporten benevner det som ”et halvintegreert kontraktsstyringssystem”.

3.3. New Public Management

Den norske foretaksmodellen er helt klart i tråd med ideene og hovedelementene i det som i internasjonal litteratur ofte omtales som New Public Management (NPM). Kort sagt kan en si at dette er en teori om at offentlige virksomheter skal ledes på samme måte som selskaper i privat sektor. Markedssystemet skal simuleres mest mulig, og man skal bruke de samme metoder for å måle, og belønne, resultater. Det satses sterkt på å rekruttere ledere med erfaring fra private bedrifter. Den såkalte ”blårussen” har tatt over lederstillingene. Denne tankegangen har preget reformarbeidet i offentlig sektor i nesten alle land helt siden 1980-tallet.

Innholdet i NPM, og koplingen mellom denne tankegangen og utformingen av sykehusreformen, er drøftet i Sintef-rapporten ”Sykehusreformen: Et hamskifte i styring av helsetjenestene”, (laget av forsker Per Kristian Vareide for Kommunenes Sentralforbund, desember 2001).

I rapporten beskrives hovedinnholdet i New Public Management slik:

- 1. Eksplisitte standarder og resultatmåling*
- 2. Større vekt på resultater og effekter*
- 3. Disaggregering av offentlig byråkratisk organisering til agenter (selskap/foretak/stiftelser) som baserer inntektene på bruk av tjenestene (større eller mindre grad av stykkprisfinansiering)*
- 4. Større grad av konkurranse gjennom bruk av kvasi-markeder og kontraktsstyring*

5. *Press for bruk av ledelsesprinsipper fra privat sektor*
6. *Press for bruk av resultatbasert avlønning av ledere*
7. *Press for økt disiplin i ressursbruk og kostnadskutt*
8. *Vektlegging av publikum som kunde. (s. 34-35)*

For helsesektoren har introduksjonen av markedstenkning i ledelsen uten tvil bidratt til å flytte fokus fra ”å tjene pasientene” til ”å tjene penger på pasientene”. De nyliberale ideene om at alt må måles i penger, og at det bare er markedsmekanismer som kan få organisasjoner til å fungere og medarbeidere til å yte, bryter sterkt med det som tradisjonelt har vært helsevesenets identitet og legitimitet. I Sintef-rapporten omtales dette slik:

”Sykehus oppfattes verken av samfunnet eller av sykehusets ansatte som en organisasjon som skal gå med overskudd eller som skal tjene penger på sin virksomhet. Sykehusets virksomhet er derfor til en viss grad fristilt fra de mest markedspregede økonomiske forestillinger om hva som er viktig for en organisasjons overlevelsessevne. Det har nødvendigvis sine konsekvenser i styringssammenheng. Det er ikke uvanlig at ledere i sykehus sier at de ikke tar ansvar for budsjettet (økonomien), men at de tar det faglige ansvaret for at pasienter får den nødvendige behandlingen. Dette er en adferd som i de fleste organisasjoner ville vært ensbetydende med at karrieren som leder hadde vært over. I sykehus er dette mulig, og til en viss grad blir slike ledere også interne ”helte”. Dette må forstås ut fra sykehusets institusjonelle særpreg om hva som er legitime handlinger i et sykehus. Det betyr også at reformer som i økende grad hviler på bruk av økonomiske incentiver for bedre styring av helsetjenesten står i en viss fare for ikke å virke etter sin hensikt, fordi en del av denne styringsideologien ikke har legitimitet i forhold til sykehusets innarbeidede verdier” (s. 42).

Sintef er ikke i tvil om at sykehusreformen har et sterkt preg av NPM-tenkningen. Det heter blant annet:

”Forslaget er i stor grad i tråd med hovedelementene i New Public Management:

- *Økt fristilling av tjenesteytelsesleddet, sykehusene*
- *Sentralisering av makten til en prinsipal – staten*
- *Økt bruk av kontrakt som styringsform*
- *”Profesjonelle”, dvs ikke partssammensatte styrever*
- *Større skille mellom helsepolitikk og tjeneste-produksjon*
- *Økt valgfrihet for pasientene.” (s. 43)*

Rapporten oppsummerer også at sykehusreformen knytter an til en utvikling som har foregått over mange år, også i norsk helsevesen. Økt vektlegging på innsatsstyrt finansiering og ordningen med fritt sykehusvalg bygger enda mer opp under den helhetlige strategien for å etablere markedslignende forhold i helsesektoren.

4. Økonomi

I løpet av juni 2003 la de regionale helseforetakene fram årsregnskapene for 2002. Der rapporteres det om årsresultater som ikke er særlig imponerende, til tross for at tallene i realiteten er sterkt pyntet på. Dette skal vi komme nærmere tilbake til. Først er det nødvendig å belyse den store endringen som har skjedd med økonomisystemer og regnskapsførsel for sykehusene.

4.1. Foretakene skal følge regnskapsloven

En viktig side ved foretaksreformen var at sykehusene nå skal føre regnskaper i henhold til bestemmelsene i regnskapsloven. I praksis er dette den samme regnskapsformen som brukes av aksjeselskapene i privat sektor.

Et foretaksregnskap etter regnskapsloven (og regnskapene for aksjeselskaper) består normalt av fem eller seks ulike deler; - alle årsrapporter skal inneholde styrets årsberetning, resultatregnskap, balanse, noter og revisjonsberetning. For store foretak skal det i tillegg være med en kontantstrømoppstilling.

Det nye i forhold til sykehusenes tidligere regnskapsførsel (som i grove trekk var rene driftsregnskaper) er først og fremst at foretakene nå har fått eiendomsrett til sine tomter, bygninger, maskiner og andre driftsmidler, og at regnskapene skal omfatte en *balanse* for disse eiendelene. Balansen viser på den ene siden verdien av alle eiendeler, og på den andre siden måten disse er finansiert på (med andres eller egne penger; - dvs. som gjeld eller

egenkapital). Gjennom resultatregnskapet registreres endringer i verdsettingen av eiendelene gjennom et år (i posten avskrivninger), og virkningene av at gjeld reduseres eller økes.

Et sentralt punkt i forbindelse med introduksjonen av ”normale bedriftsregnskaper” i sykehussektoren var at foretakene måtte få fastsatt en såkalt åpningsbalanse. Her måtte eierne, dvs. staten, bestemme seg for hvor mye sykehusforetakenes eiendeler var verdt ved oppstarten, og hvor mye av denne verdien som skulle være foretakenes egenkapital.

Flere større revisjonsselskaper arbeidet i flere måneder med å kartlegge og beregne verdien av eiendelene innen hvert enkelt foretak, og man endte opp med en samlet verdsetting for alle helseforetakene tilsvarende ca. 75 milliarder kroner. Det var den regnskapstekniske verdien av alle eiendeler i Sykehus-Norge (og den øvrige spesialisthelsetjenesten) ved inngangen til 2002, basert på anskaffelseskost og normale avskrivningsregler.

4.1.1. Avskrivninger

Etter regnskapslovens regler skal den regnskapsmessige verdien av de varige driftsmidlene som har begrenset levetid, reduseres år for år i samsvar med en avskrivningsplan. De årlige reduksjonsbeløpene kalles avskrivninger, og de skal i prinsippet gi et noenlunde realistisk bilde av den verdireduksjonen som driftsmidlet er utsatt for. Avskrivningenes størrelse vil avspeile driftsmidlets forventede levetid. Bygninger avskrives for eksempel ofte over en periode fra 50-100 år, mens maskiner og utstyr ofte avskrives over 3-10 år, biler over 4-6 år, osv.

I driftsregnskapet føres *avskrivninger* som en kostnad, og hensikten er å markere at driftsinntektene også må være i stand til å dekke driftsmidlenes verdifall. Dersom et foretak avskriver mindre enn det som er faktisk verdifall, vil foretaket etter hvert bli ute av stand til å foreta fornyelse av

sine varige driftsmidler. Det vil redusere foretakets verdi og svekke dets soliditet (egenkapitalandel).

Det er gode grunner til å spørre seg om disse regnskapsprinsippene er velegnet for offentlige virksomheter og foretak? I utgangspunktet er ikke deres eksistens begrunnet i at de skal være bedriftsøkonomisk lønnsomme. Når inntektene hentes fra offentlige bevilgninger, og utbygging, standard og tilgjengelighet bestemmes politisk, vil også takt og omfang i forhold til vedlikehold, utvikling og investeringer være politisk bestemt. Tradisjonelt har man derfor løst dette gjennom at eierne løpende bevilger penger til utvikling og investeringer, og man har unnlatt å føre dette inn i driftsregnskapene.

4.1.2. Åpningsbalanse for helseforetakene

I det følgende skal vi se nærmere på hva som skjedde når regnskapslovens regler skulle gjøres gjeldende for helseforetakene, og man ble nødt til å fastsette en såkalt *åpningsbalanse* for dem.

På skjønnsmessig grunnlag bestemte eieravdelingen i Helsedepartementet at helseforetakenes eiendeler (foreløpig) skulle verdsettes til ca 45 milliarder kroner i åpningsbalansene (meddelt i brev av 09.05.03), mens ”riktig” verdi som nevnt var beregnet til ca 75 milliarder kroner. Eiendelene ble med andre ord i gjennomsnitt verdsatt til ca 60% av sin verdi.

Konsekvensene er formidable, og kan illustreres med følgende resonnement:

Dersom vi bruker den avskrivningsprofilen som foretakene har brukt på sine øvrige eiendeler for 2002 (dvs en gjennomsnittlig avskrivningsrate på 6%), skulle helseforetakenes driftsregnskaper vært belastet med avskrivninger på til sammen 4,5 milliarder kr. ($75 \text{ mrd} \times 0,06 = 4,5$).

Når man valgte å verdsette eiendelene til 45 milliarder kroner, ble samlet avskrivning redusert til ca 2,7 mrd. kr.

Departementets skjønnsmessige ”nedskrivning” av verdiene fra 75 til 45 milliarder førte altså til en regnskapsmessig ”resultatforbedring” på 1,8 milliarder kroner.

4.2. Årsregnskapene for 2002

I løpet av forsommeren 2003 presenterte alle de fem RHF-ene sine årsregnskaper for 2002. Regnskapene var som nevnt påvirket av de retningslinjer som ble gitt i forhold til åpningsbalansen, men sett bort fra disse forhold var det stort sett snakk om underskudd i mange hundre millioner klassen over hele linja. I det følgende skal vi se nærmere på begge deler; både de ”offisielle” resultatene og effektene av at de i praksis ble sminket ganske kraftig.

4.2.1. Pyntede resultater for 2002

De regionale helseforetakene la fram årsrapporter som viste følgende resultater for 2002:

Helse Nord RHF (konsern)	- 202 mill. kr.
Helse Midt-Norge RHF (konsern)	- 95 mill. kr.
Helse Vest RHF (konsern)	- 457 mill. kr.
Helse Sør RHF (konsern)	- 255 mill. kr.
Helse Øst RHF (konsern)	+247 mill. kr.

Til sammen viste konsernregnskapene et underskudd på ca 762 mill kr.

Hadde man fulgt normale regler for avskrivninger burde man rapportert ca 2,6 milliarder kroner i minus. Konsekvensen er at det overføres flere milliarder mindre til sykehussektoren enn det som et normalt vedlikehold og fornying av bygninger og utstyr skulle tilsi.

I sitt brev til helseforetakene, hvor departementet redegjorde for hvordan eiendelene skulle verdsettes, varslet man at de verdier som skulle brukes var foreløpige, og at man ville komme tilbake med endelige tall i forbindelse med statsbudsjettet for 2004. Dersom man her velger å legge seg på mer edruelig tall og øke verdiene, vil underskuddene for 2003 bli enda større. I tillegg til større avskrivninger for 2003 må man også utgiftsføre den ”mindre-avskrivningen” som skjedde for 2002. Det vil, mildt sagt, bli meget stygge tall. Mer om dette senere.

4.2.2 Investeringstilskudd

Pyntingen på regnskapene begrenset seg ikke til å foreta bare 60% av normale avskrivninger. Departementet overførte i 2002 ca 2,8 milliarder kroner til investeringer i helseforetakene. En normal, regnskapsmessig håndtering av slike tilskudd ville vært at man inntektsførte dem i samme takt som man avskriver verdien av de aktuelle investeringene, slik at nettovirkningen i regnskapet ble kroner null. Alternativt kunne tilskuddet vært ført som en eiendel i balansen, men da med en motpost på gjeldssiden. Differansen mellom de to skulle tilsvare avskrivningsbeløpet, og når denne delen av tilskuddet inntektsføres ville nettovirkningen igjen blitt null. Helseforetakene gjorde ingen av delene, men *inntektsførte like godt hele tilskuddet i det året man mottok det.*

Hvis vi legger til grunn at avskrivningsprosenten for disse investeringene i gjennomsnitt skal være den samme som den som for øvrig ble benyttet i 2002 (6%), vil det naturlige vært å inntektsføre ca kr. 170 mill dette året (2,8 mrd x 0,06). Man pyntet altså 2002-resultatene med ytterligere ca 2,6 mrd. kr. i forhold til det som standard regnskapsføring skulle tilsi. Ekspert i regnskapsteori og skatteregler, siviløkonom Torstein Dahle ved Høgskolen i Bergen, mener den føringen helseforetakene har benyttet er i strid med reglene for god regnskapsskikk.

4.2.3. Oppsummering avskrivninger og investeringstilskudd

Basert på tidligere regnskapsprinsipper, hvor både investeringstilskudd og avskrivninger ble holdt utenfor driftsregnskapene, gikk helseforetakene med ca 828 mill. kr. i underskudd i 2002. Departementet har meddelt foretakene at dette skal være såkalt "resultat til vurdering".

Etter å ha gjort slike justeringer, la de ulike RHF-ene fram følgende "resultater til vurdering":

Helse Nord RHF	- 120 mill. kr.
Helse Midt-Norge RHF	+ 26 mill. kr.
Helse Vest RHF	- 313 mill. kr.
Helse Sør RHF	- 514 mill. kr.
Helse Øst RHF	+ 92 mill. kr.

Hadde man anvendt normale regnskapsprinsipper, ville helseforetakenes samlede underskudd for 2002 vært slik:

Resultat til vurdering	- 0,8 milliarder kroner
For lite førte avskrivninger	- 1,8 milliarder kroner
For mye førte investeringstilskudd	<u>- 2,6 milliarder kroner</u>
Sum	- 5,2 milliarder kroner.

Departementet har gitt helseforetakene pålegg om å føre avskrivninger og investeringstilskudd på en måte som reduserer de samlede underskuddene fra mer enn 5 milliarder kroner til 760 millioner kroner. Den viktigste effekten av denne øvelsen i "kreativ regnskapsføring" er at staten og helseforetakene skyver problemene foran seg. Og de villeder politikere og opinion.

4.3. Økonomi 2003

En gjennomgang av styredokumenter fra første halvår 2003 viste at de regionale helseforetakene pr utgangen av 1. tertial 2003 styrer mot et samlet underskudd ("resultat til vurdering") på minst ca. 2,3 milliarder kroner i 2003. Da er virkninger av føringen av investeringstilskudd og avskrivninger holdt utenom. For flere av RHF-ene har underskuddsanslagene blitt justert opp etter hver regnskapsmåned som har kommet inn.

- Helse Nord RHF: Opprinnelig opererte man med et budsjett som styrte mot et underskudd på 249 mill. kr.

I juni orienterte administrasjonen styret om at anslaget måtte økes til ca. -330 mill. kr.

- Helse Midt RHF: 2003-budsjettet: - 429 mill. kr.
- Helse Vest RHF: 2003-budsjettet: - 517 mill. kr.
- Helse Sør RHF: 2003-budsjettet: - 660 mill. kr.
- Helse Øst RHF: 2003-budsjettet: - 364 mill. kr.

Oversikten viser at den økonomiske situasjonen slett ikke er under kontroll i sykehus-Norge. Våre kontakter i helseforetakene mener at det er større sjanser for at de endelige resultatene vil bli mye dårligere enn at de vil bli bedre. Blant annet vil departementets håndtering av den ekstraordinært store kostnadsutviklingen, som følge av økt aktivitet i første halvår bli avgjørende, jfr. neste avsnitt.

4.3.1. Revidert styringsdokument 2003

25. juni 2003 sendte departementet ut et revidert styringsdokument til RHF-ene, og i dette ble det gitt klare signaler om at ingen måtte forsøke å bedre resultatene for 2003 gjennom å øke aktiviteten og dermed økte de aktivitetsbaserte tilskuddene (ISF). Bakgrunnen var rapporter som viste at aktiviteten ved sykehusene hadde vært langt høyere enn budsjettet de første

månedene av 2003. Departementet presiserte at foretakene ikke kan forvente høyere kompensasjon enn det som tilsvarer 1% flere DRG-poeng i 2003 enn i 2002. I praksis betyr det at aktiviteten ikke skal økes fra 2002 til 2003. Når aktiviteten hadde vært større enn forutsatt i første halvår, og det kommer et pålegg om å ende på budsjett ved årets utgang, kan dette bare oppnås dersom bremsene settes på og aktiviteten reduseres i andre halvår.

Departementet presiserer også at det hele tiden har vært en forutsetning for ISF-ordningen at endret registrering av samme behandling ikke skal gi økonomisk uttelling for sykehusene.

I statsbudsjettet for 2003 signaliserte staten at man ikke kom til å refundere økte DRG-poeng som hadde sin årsak i ”mer komplett registrering”. Man varslet at den vekst som måtte antas å skyldes endret registreringspraksis ville bli trukket inn igjen ved at prisen pr. DRG-poeng ville bli redusert.

I det reviderte styringsdokumentet varslet departementet også om at en innrapportert vekst på 11% i poliklinisk aktivitet så langt i 2003 ikke kunne forventes refundert. Styringssignalet var at disse utgiftene skulle reduseres med 1,5% i forhold til 2002, og foretakene ble pålagt å redusere aktiviteten utover året for å nå dette målet. Departementet irettesatte de regionale foretakene for at de åpenbart prøver å bedre økonomien gjennom å øke aktiviteten ut over de nivåer sentrale myndigheter og budsjetter har lagt opp til.

I det reviderte styringsdokumentet presiserer departementet:

”Intensjonen i finansieringsordningene er at regionale helseforetak i sum ikke skal kunne redusere underskudd ved å øke aktiviteten. Departementet vil understreke at tilskuddene til ISF og poliklinikk ikke skal fungere som prioriteringssystem. Sykehusenes prioriteringer skal foretas ut i fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter (blant annet prioriteringsforskriften) angir. Prioriteringene skal altså ikke styres ved at ressursene settes inn mot såkalte ”lønnsomme” pasienter.

... Det skal derfor ikke styres mot et høyere aktivitetsnivå enn det som er lagt til grunn i budsjettene”.

Signalene skapte sterk irritasjon i RHF-ene, som svarte med å varsle tiltak for å redusere den aktivitetsøkningen som hadde funnet sted i første halvår 2003, og som hadde vært det avgjørende virkemidlet for å få til reduserte ventelister / ventetider.

Styret i Helse Øst RHF konstaterte i et vedtak 26. juni 2003:

”Dette innebærer at den aktivitet som hittil har vært finansiert kun via ISF-refusjon, og som har vært det virkemiddel man aktivt har kunnet benytte for å redusere ventelistene må reduseres aktivt for å bringe samlet aktivitet ned til samme nivå som i 2002. Den umiddelbare konsekvens av dette vil være at ventelistene vil øke eller stagnere. Dette er begrunnet i samfunnsmessige prioriteringer, og tas til etterretning.

... Styret tar til etterretning at Stortinget anser veksten i den polikliniske virksomheten som uønsket, og at det varsles styringsmessige tiltak fra eier for å redusere denne.

... Styret understreker overfor helseforetakene at tidligere vedtak om budsjett i balanse for 2003 (ekskl. psykiatri) opprettholdes. Dette må oppnås primært via effektivisering og omstilling, og ikke via økt aktivitet finansiert via ISF-refusjon

... Styret ber helseforetakene umiddelbart ta eiers krav om nullvekst fra 2002 til 2003 til etterretning og planlegge iht dette. Administrasjonen bes følge opp dette i forhold til avtaler med private. Poliklinisk aktivitet søkes redusert tilsvarende. Styret er inneforstått med at dette vil bety at pasienttilbudet på noen områder vil måtte bygges ned”.

Men det var ikke bare i RHF-styrene at rundskrivet skapte sterke reaksjoner. Også i Stortinget kom et flertall bestående av AP, FrP og SV på banen og krevde at pålegget om å redusere aktiviteten måtte trekkes tilbake.

Etter noen dagers turbulens og press kom departementet ut med en ”presisering”, hvor man hevdet at rundskrivet ikke skulle oppfattes som et pålegg om umiddelbart å iverksette redusert aktivitet i sykehusene. Nå het det at departementet skulle i dialog med de regionale helseforetakene, og at man ville komme tilbake med nye retningslinjer i løpet av august måned. RHF-ene fikk blant annet i oppdrag å kartlegge konsekvensene av en redusert aktivitet resten av året (se for eksempel vurderingene og reaksjonene fra Helse Nord i avsnitt 5.1).

Selv om denne retretten var nok til å ”stille stormen” der og da, står regjeringen og Stortinget i realiteten fortsatt overfor valget mellom å pålegge foretakene å bruke mindre penger (dvs redusere aktiviteten) eller å bevilge mer penger til driften. Sykehusforetakene ligger pr. august 2003 an til formidable underskudd, og spørsmålet om nedskjæringer eller tilleggsbevilgninger kommer til å bli enda mer akutt. I skrivende stund har man ennå ikke offentliggjort konklusjoner fra den dialog departementet skulle ha med RHF-ene i august 2003. NRK presenterte en oversikt (27.08.03) som konkluderte med at helseforetakene ville få økt sine underskudd med til sammen 1,25 milliarder i 2003 som følge av økt aktivitet. I den forbindelse uttalte Helseministeren at foretakene ville få overført mer penger.

4.4. DRG-triksing - en logisk konsekvens?

I løpet av vinteren og våren 2003 ble det i norsk presse avslørt en rekke eksempler på at sykehus hadde drevet såkalt ”kreativ koding”. Pasientbehandlingen ble innrapportert på en måte som gjorde at de fikk utbetalt ulovlig store inntekter fra den aktivitetsbaserte delen av finansieringssystemet. I Helse Sør ble sykehus pålagt å betale tilbake mange millioner kroner. Forekomsten og håndteringen av denne praksisen sier mye om konsekvensene av å innføre et markedssystem i sykehussektoren.

Før vi går inn på selve saken, er det nødvendig å ta med en noe grundigere redegjørelse for finansieringssystemet for sykehusene.

4.4.1 Finansieringen av sykehusene i Norge

Fram til 1980 ble norske sykehus finansiert gjennom en slags kurpengeordning, hvor staten i ettertid betalte en bestemt sats pr. døgn en pasient hadde ligget på sykehus. Den offisielle oppsummeringen gikk ut på at dette var et kostnadsdrivende system, som stimulerte til å la pasientene bli liggende lengst mulig og som ikke hadde nødvendig fokus på behandling eller resultatene av denne.

Kurpengerefusjonen ble derfor i 1980 erstattet med et system med rammebevilgninger til fylkeskommunene, som da var blitt sykehusenes eiere. Rammene ble fastsatt med utgangspunkt i et sett med demografiske kriterier. Oppgaven ble å holde driften og utgiftene innenfor de rammer man fikk bevilget.

Problemen oppstod når pengene var brukt opp før året var omme, og det regelmessig kom forslag fra administrasjon og politikere om midlertidig å stenge avdelinger eller legge ned behandlingstilbud. Det var innenfor dette systemet man mente det utviklet seg et såkalt svarteper-spill, hvor alle skyldte på alle og ingen tok ansvar for de situasjonene som oppstod.

Det kan helt sikkert sies mye om hvordan systemet med rammefinansiering virket, men de forsøk på analyser og oppsummeringer vi oftest møter er sterkt preget av å være skrevet av dem som mener at løsningen ligger i på innføre markedsøkonomiske prinsipper for drift av sykehusene. Og kvasimarkeder ble da også neste steg i utviklingen.

4.4.2. DRG-systemet

Systemet bygger på at alle sykehusopphold plasseres i en av (p.t.) 383 Diagnose Relaterte Grupper, klassifisert ut fra hoveddiagnose, bidiagnose og alder. Klassifiseringen bygger på en diagnosestandard utviklet av WHO (Verdens Helseorganisasjon), og hver behandling blir i siste instans prissatt til et bestemt kronebeløp. Det skjer ved at behandlinger som er plassert i en bestemt DRG-gruppe kvalifiserer til et visst antall DRG-poeng for sykehuset. Betalingen fremkommer som antall poeng x pris pr. poeng. Både prisen pr. poeng og det antall poeng en bestemt behandling skal kvalifisere for fastsettes av Helsedepartementet. Begge deler blir endret eller justert ved jevne mellomrom.

I en SINTEF-rapport fra juni 2003 ("Er det sammenfall mellom journalopplysninger og innrapporterte data? En studie av 500 pasientopphold ved norske somatiske sykehus i 2001") omtales en del karakteristika med DRG-systemet.

I teorien skal pasienter innenfor en og samme gruppe gjenspeile et ensartet ressursbehov. Inndelingen skal være medisinsk meningsfull, i den forstand at hver gruppe skal inneholde pasienter som klinisk sett er like. Klassifiseringen skal bygge på eksisterende journalopplysninger. Antallet grupper skal være overskuelig og med et tilstrekkelig antall pasienter i hver. Gruppene skal være gjensidig utelukkende (en pasient skal bare kunne havne i en gruppe), og de skal kunne sammenlignes innbyrdes mht ressursforbruk.

Hovedregelen er at en hoveddiagnose medfører en bestemt DRG-plassering, og behandlingen resulterer i et bestemt antall DRG-poeng for sykehuset. Helsedepartementet bestemmer som nevnt fra år til år hva et DRG-poeng utløser i refusjon (pt. kr. 29 350), og dersom en behandling kvalifiserer for 1,4 poeng får sykehuset ca. kr. 40 000 i kompensasjon. Sykehusets inntekter vil øke med antall produserte DRG-poeng.

Det har vist seg at DRG-koding ikke er noen eksakt eller udiskutabel ”vitenskap”. Ved alle sykehus sitter det leger som utelukkende har som oppgave å gå igjennom journaler og kode all behandling som er gitt ved sykehuset. Materialet innrapporteres til et eget, sentralt Avregningsutvalg, som kontrollerer og godkjenner kodingen. Summen av antall oppnådde ”produksjonspoeng” eller DRG-poeng danner grunnlag for fastsetting av sykehusets inntekter fra ISF-ordningen.

Den nevnte SINTEF-studien konkluderte med at norske sykehus i 2001 sannsynligvis ”kodet opp” sine behandlinger slik at de fikk utbetalt mer enn en halv milliard kroner utover det korrekt DRG-koding skulle ha utløst. Det ble påvist at det var avvik mellom journalopplysningene og innrapporterte DRG-data i mer enn 40 prosent av de undersøkte tilfellene.

I mai 2003 kunngjorde Helsedepartementet at de ville holde tilbake 200 millioner kroner i refusjoner til sykehusene, i påvente av en grundigere gjennomgang av den kodepraksisen som hadde vært i 2002. Kontroller viste at sykehusene hadde krevd 630 millioner kroner mer i 2002 enn i 2001, etter at det var korrigert for utgifter som følge av at flere pasienter var blitt behandlet.

SINTEF hadde gjennomført kontrollene, og opplyste til Aftenposten (27.05.03) at de hadde oversendt minst seks ulike former for tvilsom kodepraksis til avregningsutvalget for behandling. Det var særlig to typer koding man hadde registrert gjentatte tilfeller av:

Der hvor pasienter først hadde vært innom et lokalsykehus, og deretter blitt sendt videre til et spesialisert sykehus, hadde begge krevd refusjon for den relevante behandlingen.

Den andre hovedgruppen dreide seg om at man i 2002 hadde kodet langt flere bidiagnoser enn tidligere. Resultatet ble at sykehuset oppnådde en urimelig høy refusjon i forhold til det pasienten faktisk var behandlet for.

Til sammen 14 sykehus ble bedt om å gi nærmere forklaringer på tvilsom kodepraksis og på at koder var blitt endret i løpet av året.

Fra SINTEF antyder man at forklaringen på utgiftsveksten fra 2001 til 2002 ”kan ligge i organiseringen i sykehusforetak som ble innført fra 2002, og som har resultert i økt fokus på økonomi og lønnsomhet”.

Avdekkingen av juks og forskjeller i DRG-koding har resultert i omfattende debatter om hva som er systemets svakheter. Grovt kan vi snakke om to hovedskiller i synet på hva som er de virkelige problemene i denne sammenheng.

De som er grunnleggende positive til DRG-systemet, mener man må skille mellom ubevisste feil og bevisst juks. De påpeker at manglende kunnskaper og lite erfaring med systemet gjør at det (særlig i startfasen) oppstår feil, og at disse like gjerne fører til at sykehusene får overført for lite som for mye penger. I de tilfeller det forekommer bevisste forsøk på juks – eller såkalt ”kreativ diagnosekoding”, mener man diskusjonen bør handle om hva som er adekvat straff.

Aftenposten avdekket vinteren 2003 et eksemplet fra Sykehuset Sørlandet, hvor en lege forsøkte å få til en avtale med ledelsen om at han skulle få 10% av de ekstraintektene som en omkoding eventuelt ville føre til (jfr. Aftenposten, april 2003). ”Kreativ koding” hadde allerede innbrakt flere millioner kroner ekstra til sykehuset. Etter manges mening var dette et forsøk på systematisk juks. Vedkommende selv mente ekstraintektene ville komme fra at feilaktig underkoding kunne rettes opp til ”riktig” koding. Sykehuset ble pålagt å betale tilbake penger.

Denne tilnærmingen reduserer problemet med kodejuks til et spørsmål om utdanning, kontroll og moralsk standard hos enkeltindivider. Flere kontroller og mer offentlig oppmerksomhet rundt fenomenet vil avskrekke de ansvarlige fra bevisst feilkoding. I tillegg bør det innføres strengere reaksjoner og straffer for dem som blir tatt som juksere. Den enkelte skal kunne straffeforfølges og sykehuset som uriktig forsøker å berike seg kan for eksempel pålegges å betale tilbake to eller tre ganger så mye som de eventuelt har fått utbetalt for mye (Aftenposten 15.juni 2003).

En mer grunnleggende kritikk av DRG-systemet konkluderer med at kodejukset er en logisk konsekvens av systemet i seg selv. De mener det ikke er mulig å sette en fast pris på enhver sykehusbehandling som er udiskutabel og objektiv. Når sykehusenes inntekter og aktivitet avhenger av hvor mange DRG-poeng de klarer å produsere, vil både aktivitet og valg av behandlingsformer bli påvirket, og grensene mellom misforståelser, feil og juks blir i beste fall diffuse.

Helt siden starten har kritikken av ISF-systemet (DRG) vært omfattende. I den nevnte SINTEF-rapporten er denne kritikken sammenfattet slik (s. 12):

”Det har også blitt reist kritikk mot mulighetene for misbruk av DRG-systemet i en aktivitetsbasert sammenheng. Innvendingene kan deles inn i tre hovedgrupper:

- For det første kan DRG-systemet bidra til at sykehusene prioriterer å behandle de til en hver tid med økonomisk lønnsomme pasientene. Dette fenomenet omtales gjerne som fløteskumming. Som en konsekvens av dette kan terskelen for behandling settes lavere for de populære og mest lønnsomme DRG-ene enn de faglige vurderingene skulle tilsi.*
- En annen form for pervertering av systemet kalles patient-shifting. Dette er en samlebetegnelse på en utviklingstendens der sykehusene går bort fra å behandle pasienter med faktiske kostnader over gjennomsnittet. På denne måten vil pasientene som mottar behandling koste mindre enn den refusjonen som sykehuset mottar for oppholdet.*
- Den tredje måten DRG-systemet kan misbrukes på er det som kalles DRG-kryp. I studien gjennomført av Hsia et al (1988) refereres tre former for slik virksomhet. Først nevnes mis-specification som innebærer at feil diagnose har blitt valgt som hoveddiagnose, eller at diagnosen som har blitt valgt ikke understøttes av journalopplysningene. En annen måte å øke inntektene på uten å øke aktiviteten, er ved miscoding. Ved miscoding fører sykehuset opp*

sykdommer eller prosedyrer som ikke har vært utført under oppholdet, bryter kodeforskriftene eller setter unødvendig vag diagnosekode. Den tredje formen for krypt er resequecing, hvor rekkefølgen på diagnosene endres, for eksempel ved å føre opp en av bidiagnosene som hoveddiagnose, med den effekt at refusjonsstørrelsen øker.”

I en kronikk skrevet av ”motmeldingslegene” Anette Fosse og Steinar Westin, omtales dette slik:

*”En diagnose gir antydning om en sykdoms alvorlighetsgrad, danner grunnlag for behandlingstiltak, og kan noen ganger gi nyttige meldinger til den syke om hvordan det kommer til å gå videre. Men disse betegnelsene var aldri ment å bli enheter i økonomenes regnestykker. Når diagnosene nå opphøyes til håndfaste økonomiske størrelser av opptil sekscifret omfang, da har vi bokstavelig talt skapt et marked for kjøp og salg av strikk.
... Vi har latt oss lede til å behandle sykdom og omsorg som om det dreide seg om varer i et marked.”*

Fra ”Historien om en varslet skandale” (Aftenposten 15. juni 2003).

Når innvendingene er så pass fundamentale, er det åpenbart at problemene ikke kan reduseres til et spørsmål om opplæring og kontroll. Dersom det er riktig at en diagnose bygger på skjønn, og at en behandling som fungerer i ett tilfelle ikke alltid kan kopieres som behandling for alle andre tilfeller innen samme diagnosegruppe, må godtgjøringen i noen tilfeller bli feil. Og dersom det ikke er mulig å unngå at noen behandlinger blir underpriset og andre overpriset, er det heller ikke mulig å unngå forsøk på strategiske tilpasninger hos produsenter som sliter med for svak økonomi.

Et annet ”system-problem” er at alle sykehus står overfor den samme prisen for en bestemt behandling, mens kostnadsstrukturen kan være ulik sykehusene imellom. Det betyr at en behandling som er lønnsom for et sykehus, kan være ulønnsom for et annet. I et marked vil den logiske konsekvensen være at behandlingen av ulike sykdommer blir konsentrert dit

hvor kostnadene er lavest. Slike tilpasninger kan raskt komme i konflikt med sykehusenes evne til å tilby allsidig behandling, og i ytterste konsekvens kan de true et sykehus sin eksistens.

Når konsekvensene av ISF-systemet skal analyseres, vil selvsagt omfanget av ordningen være av stor betydning. Som allerede nevnt, utgjorde ISF-andelen ca 30% av sykehusenes inntekter ved innføringen i 1997, mens den er økt til 60% i 2003.

Jo større andel ISF utgjør, dess mer avgjørende vil konsekvensene av det som skjer på dette området bli. Dette vil bli drøftet nærmere i omtalen av Hagen-utvalgets forslag til fremtidig finansieringsmodell (se. kap. 8.2.).

5. Strukturendringer og ny oppgavefordeling

Det er liten tvil om at foretaksmodellen er valgt for å gjøre det lettere å endre sykehusstrukturen i Norge enn det som var mulig innenfor den tidligere forvaltningsmodellen. Så lenge sektoren var politisk styrt, og det var et forholdsvis desentralisert system med fylkestingene som øverste myndighet, viste det seg vanskelig å få politisk flertall for nedlegginger og sammenslåinger, flytting av ulike funksjoner, osv. Politikerne fant det riktig (eller de ble presset) til å stå sammen med befolkningen som slo ring rundt og kjempet for sine sykehus.

De mange forholdsvis små fylkes- og lokalsykehusene er sårbare i den forstand at det ikke er store nedtrappinger eller endringer som skal til før hele eksistensen er truet. Gjennom å ta beslutningene ut av de politiske organene og flytte dem over i profesjonelle foretaksstyrer, håpet man å skape nye muligheter for å gjennomføre de strukturendringer og nedlegginger som mange helsebyråkrater og økonomer mener er ”nødvendige”. I kapitel 6 i denne rapporten (”Lokalsykehusenes plass i medisin og samfunn”) utfordres de såkalt medisinsk-faglige argumentene for å legge ned lokalsykehus og sentralisere spesialisthelsetjenesten. Forskning kan heller ikke dokumentere at sammenslåinger av sykehus gir høyere effektivitet og lavere kostnader. I en artikkel i Tidsskrift for velferdsforskning (Vol.6, No 1, 2003, s. 3-16) legger forskerne Lars Erik Kjekshus og Terje P. Hagen frem resultatene av en studie som analyserte effektene av norske sykehussammenslåinger i perioden 1992-2000. I innledningen til artikkelen (sammendraget) heter det:

”Resultatene viste at sammenslåingene generelt ga en negativ effekt på kostnadseffektiviteten på 2,5% og ingen signifikante effekter på sykehusenes tekniske effektivitet”.

Men forskningsresultater ser ut til å ha liten innflytelse på helsebyråkratenes måte å tenke på. Den gjennomgangen vi har foretatt av den økonomiske stillingen i helseforetakene, og de prosesser som er satt i gang i løpet av 2003 i alle RHF-er, peker tvert i mot i retning av at vi bare så vidt har kommet i gang med sentraliseringsprosessen. Vi står sannsynligvis foran store strukturendringer i sykehussektoren. Mange sykehus kan bli lagt helt ned, og enda flere kan bli gjort om til avdelinger som skal drive ulike former for elektiv (planlagt) behandling på dagtid.

Man tenker seg at noen skal spesialisere seg på hofteoperasjoner, andre på øyelidelser, osv. Behandlingen skal utføres av spesialister som er ansatt i foretak med både akutt sykehus og flere slike lokale spesialavdelinger. Spesialistene roterer så mellom oppgaver i de ulike delene av foretaket.

Målsettingen om at de regionale helseforetakene skal gå i balanse fra og med 2004 fremstår mer og mer som et ”umulig” mål, - som eventuelt bare kan nås dersom det foretas drastiske grep. Enten må sektoren tilføres flere milliarder kroner i ekstra driftsmidler, eller så må driften reduseres betydelig. De innsparingsmuligheter og programmer som er identifisert og satt i gang så langt er overhodet ikke tilstrekkelig til å nå målsettingen om budsjetter i balanse. Tvert i mot viser oversiktene pr sommeren 2003 at det er behov for tilførsel av ytterligere milliarder allerede i år.

Nedlegginger av hele sykehus, sterkere sentralisering av flere funksjoner, oppsigelser av ansatte og reduksjon i antall senger, er spørsmål som ganske sikkert kommer på dagsordenen i løpet av kort tid, jfr. omtalen av det reviderte styringsdokumentet fra juni 2003 og de reaksjoner det skapte.

Men til tross for ambisjonene om å ”avpolitiserer” spørsmålet om sykehusstruktur, har det vist seg vanskelig å trekke de dramatiske

endringene som ligger foran oss i sykehussektoren ut av den politiske sfæren. Ingen ting ser ut til å engasjere folk mer enn bevaring av lokalsykehusene deres, og planer om nedlegginger og sentralisering har blitt, og vil garantert fortsatt bli, møtt med hard folkelig og lokalpolitisk motstand.

Erfaringene fra de runder som allerede er gjennomført, viste at helseministeren måtte på banen for å forsikre om at han fortsatt hadde det politiske ansvaret og eierkontrollen. Når det stormet som verst måtte han presisere at foretaksstyrene ikke fikk adgang til å legge ned sykehus, eller sentrale funksjoner i disse, uten at spørsmålet ble lagt fram til politisk behandling i departementet. Årsaken var dimensjonen på den omfattende, tverrpolitiske og velformulerte motstanden som vokste fram mange steder i landet.

Ideene om at foretaksmodellen skulle føre beslutningene ut av det politiske systemet har altså bare delvis kunne omsettes i praksis. Selv om man på RHF-nivå arbeider intenst for å befeste foretakenes og styrenes såkalt ”profesjonelle ansvar”, viser det seg at i alle fall noen av dagens styremedlemmer likevel synes å ta politiske hensyn når de skal ta stilling til fremtidig struktur. Det skal vi se nærmere på når vi går inn i det som våren 2003 skjedde i Helse Nord.

I det følgende skal vi gå inn på situasjonen i de fem regionale helseforetakene, og se nærmere på de prosesser som har vært i gang og de planer om strukturendringer som foreligger.

5.1. Strukturendringer i Helse Nord

Sykehusene i Helse Nord er organisert i fem foretak; Finnmark HF, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF, Hålogalandsykehuset HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandsykehuset HF.

På struktursiden har det foreløpig vært lite diskusjoner i forhold til Finnmark, UNN i Tromsø og Nordlandssykehuset i Bodø.

- De to sykehusene i Finnmark HF, Hammerfest og Kirkenes, kan av geografiske årsaker vanskelige samlokaliseres. Konfliktene ligger eventuelt i forhold til hvilke funksjoner som skal opprettholdes ved disse sykehusene og hvilke som eventuelt skal sentraliseres, enten til ett av dem eller til UNN i Tromsø?
- Ved Universitetssykehuset Nord Norge i Tromsø, som er eget foretak og eneste sykehus i dette foretaksområdet, handler det naturlig nok ikke om nedlegginger eller sammenslåinger med andre. Men spørsmålet om funksjoner, - om utvikling og satsing innenfor ulike medisinske spesialiteter ved UNN, kan komme i konflikt med tilsvarende oppgaver i andre sykehus i Nord-Norge (kanskje særlig Nordlandssykehuset Bodø). Foreløpig har det ikke blitt lansert forslag eller planer som har utløst store reaksjoner, men det kan utmerket godt komme.
- Ved Nordlandssykehuset HF, som består av det tidligere Sentralsykehuset i Bodø og lokalsykehuset Lofoten på Gravdal, har det i perioden etter at foretaksmodellen ble introdusert ikke vært noen tilspisset strukturdebatt. Det foreløpig mest kontroversielle grepet ble tatt da man i 1998 la ned fødeavdelingen i Lofoten til fordel for en såkalt ”modifisert fødestue”. Alle som kan forventes å få problemer

under fødselen sendes til Bodø, mens ukompliserte fødsler skal skje i Lofoten. Modellen er selvsagt en belastning for mange som får lang reisevei. Den har imidlertid vist seg å fungere medisinsk fordi man har opprettholdt den kirurgiske akuttberedskapen ved sykehuset i Lofoten, og dermed har en beredskap for akutte keisersnitt (som det viser seg skjer også i forbindelse med antatt ukompliserte fødsler, faktisk så ofte som ca 10-12 ganger pr år utfører kirurgene ved Lofoten sykehus såkalt ”katastrofesnitt” eller nødkeisersnitt). Men nye fremstøt som ytterligere vil svekke sykehuset i Lofoten kan komme.

I Helse Nord har de store konfliktene så langt dreid som om den fremtidige strukturen og funksjonsfordelingen innen Hålogalandsykehuset HF og Helgelandsykehuset HF.

- Hålogalandsykehuset HF består av de tre sykehusene i Harstad, Narvik og Stokmarknes. Ledelsen i Helse Nord hadde i løpet av 2002-03 satt ned arbeidsgrupper som endte opp med å anbefale en avvikling av akuttberedskapen og fødeavdelingene ved lokalsykehusene i Narvik og Stokmarknes.

Forslagene utløste sterke lokale reaksjoner (se bredere omtale nedenfor), og administrasjonen i Helse Nord ble presset til å legge bort forslagene om en så omfattende sentralisering. I stedet la man fram et forslag om å legge ned fødeavdelingen i Narvik, og erstatte den med en ”forsterket fødestue med beredskap for å ivareta nødkeisersnitt”. Man anbefalte også at akuttberedskapen for bløtdelskirurgi skulle legges ned i Narvik, mens tilbudet innen ortopedi skulle opprettholdes. Ved Stokmarknes sykehus skulle det være omvendt; bløtdelskirurgi skulle opprettholdes og ortopedi legges ned. Aktiviteten ved Harstad sykehus skulle videreføres.

Det sterke lokale engasjementet førte til at et flertall i det lokale foretaksstyret gikk i mot forslaget fra administrasjonen og sa nei til å bygge ned tilbudet både ved Narvik og Stokmarknes sykehus. Dette vedtaket ble senere tilsidesatt av det overordnede RHF-styret, som dermed valgte å overkjøre det lokale foretaksstyret (mot stemmene til to av de tre ansatte-representantene).

Men også RHF-styret var under press, og i juni 2003 vedtok de en noe modifisert anbefaling til helseministeren. Her gikk man inn for å redusere tilbudet ved Narvik sykehus i tråd med administrasjonens forslag. Derimot gikk de inn for at tilbudet ved Stokmarknes sykehus skulle opprettholdes.

Helseministeren stadfestet Helse Nord-styrets vedtak kort tid etter. Riktignok kom det til en presisering om at den generelle kirurgiske beredskapen ved Narvik sykehus skulle opprettholdes, men det er uklart hvilken praktisk konsekvens dette vil få. Departementet ga også pålegg om det skulle tas enkelte grep for å styrke tilbudet ved Harstad sykehus.

- Ved Helgelandssykehuset HF var det sykehuset i Mosjøen som ble den store taperen i juni 2003. Etter en tilsvarende prosess som den i Hålogalandssykehuset HF, hvor et flertall i det lokale foretaksstyret hadde gått i mot å legge ned fødeavdelingen og akuttberedskapen i Mosjøen, ble de etterpå overkjørt av styret i Helse Nord. Fødeavdelingen skal gjøres om til en ”jordmorstyrt fødestue”, og det skal bare være kirurgisk beredskap på dagtid. I praksis frykter man at dette vil bety en nedlegging av hele den kirurgiske avdelingen ved sykehuset.

Helseministeren godkjente nedbyggingen av sykehuset i Mosjøen, men enkelte setter sin lit til at saken kan komme til behandling i Stortinget.

5.1.1. Fagmiljøene protesterer

Ledelsen i Helse Nord har, helt siden foretaksmodellen ble etablert, argumentert heftig for at forslagene om å om endre sykehusstrukturen ikke skal gå ut over det faglige tilbudet til befolkningen i regionen. Fødeavdelinger foreslås nedlagt fordi antall fødsler pr år er for lavt til å kunne opprettholde forsvarlig standard, kirurgisk akuttberedskap fordi lave aktivitetstall gir for lite trening for kirurgene, osv. I løpet av 2003 har en slik ”faglige” argumentasjon blitt intensivert, mens de økonomiske argumentene har blitt tonet mer ned (”det er ikke mye å spare på forslagene om å sentralisere enkelte tilbud”, heter det nå).

Denne taktikken kunne brakt oss i en situasjon hvor befolkningen, folkeaksjonene og mange politikere havnet på den ene siden, mens helsebyråkratene og fagfolkene stod samlet på den andre. Innenfor et slikt bilde ”skjønner ikke folk sitt eget beste”. De blir forledet av aktivister til å kjempe for ”sykehus” som ikke er ordentlige sykehus, og befolkningen får ikke en så god spesialisthelsetjeneste som de har behov for og krav på.

Men slik skulle det ikke gå.

Gjennom kampen mot nedlegginger og sentralisering av sykehustilbudet i Helse Nord spilte taktikken med ”opplyste fagfolk” mot ”en forledet befolkning” totalt fallitt. (Tilsvarende skjedde også på Vestlandet og andre steder). Sterke fagmiljøer rykket ut mot sentraliseringsplanene og la fram solid dokumentasjon som viste at de såkalt faglige argumentene slett ikke var objektive. De viste tvert i mot at det finnes sterke faglige argumenter som går i mot blant annet Helse Nord-ledelsens sentraliseringspolitikk.

I tilknytning til planene om å bygge ned to av sykehusene innen Hålogalandssykehuset HF (Narvik og Stokmarknes) kom en rekke fagmiljøer på banen med rapporter og motmeldinger. Det samme skjedde på Helgeland og andre steder.

Legerådet ved Hålogalandsykehuset Stokmarknes kom i februar 2003 med en motmelding kalt ”Lokalsykehus redder liv! Om den kirurgiske beredskap i Helse Nord”. Samtidig kom fagfolkene ved fødeavdelingen på dette sykehuset med motmeldingen ”Lokalsykehus – et godt og nært tilbud til kvinner! Om fødselsomsorgen i Helse Nord.”

Fra Narvik kommune med tilsluttede interesseorganisasjoner og institusjoner kom rapporten ”Sentralisering av akuttkirurgisk beredskap og fødselsomsorg i Helse Nord”.

Fagmiljøer ved sykehusene på Helgeland kom med motmeldinger, og fra UNN i Tromsø og Nordlandssykehuset i Bodø kom det sterkt kritiske høringsuttalelser som polemiserte både mot det utredningsarbeid og de argumenter som ble brukt for å legitimere forslagene om sentralisering og nedlegging av lokalsykehusene.

I motmeldingene og uttalelsene punkteres en rekke av de faglige argumenter som brukes for å bygge ned lokalsykehusene. Legerådet ved Hålogalandsykehuset Stokmarknes tar blant annet opp den påståtte sammenhengen mellom kvantitet og kvalitet ved kirurgiske inngrep som Helse Nord's ekspertgruppe hadde lagt stor vekt på i sin rapport. Her skriver man:

”Rapporten er særlig opptatt av sammenhengen mellom kvantitet og kvalitet ved kirurgiske inngrep. Gruppen antar at kvalitet er knyttet til kvantitet. Gruppen antar at dette er et problem ved lokalsykehusene.

Det er feil når rapporten påstår at kirurger ved lokalsykehus utfører få inngrep (lavvolum). Eksempel: Ved Narvik sykehus deler to gynekologer på samtlige keisersnitt. Ved Harstad sykehus blir et tilsvarende antall keisersnitt fordelt på 4 gynekologer. Hver av gynekologene ved Narvik sykehus har derfor langt høyere operasjonsfrekvens enn hver av de 4 i Harstad.

Ved Stokmarknes sykehus tar en kirurg med bakgrunn i urologi, generell kirurgi og onkologisk kirurgi seg av stort sett all

bløtdelskirurgi. Dette innebærer at han har et kirurgisk oppland på ca 30 000 mennesker for sin virksomhet. Han opererer flere pasienter enn de fleste overleger ved større sykehus, der inngrepene deles på mange, blant annet på leger under utdanning. "Knivtiden" for overlegene ved Stokmarknes sykehus ligger på mer enn 10-12 timer i uken. Ved et sykehus i Oslo-området var "knivtiden" på slutten av 1990-tallet 2-3 timer pr kirurg pr uke.

Ortopeden ved Stokmarknes sykehus opererer 2-4 leddproteser i uka. Dette er operasjonsrater som er på høyde med de mest operasjonsintensive ortopeder i landet. Vi er enige i at dersom det arbeider et stort antall kirurger ved et sykehus som Stokmarknes, vil situasjonen bli en annen. Det er en svakhet ved rapporten at den ikke tar hensyn til at det er den enkelte kirurg og ikke det enkelte sykehus som opererer pasientene". (s. 10-11 i rapporten).

For ytterligere behandling av den faglige debatten om lokalsykehusenes rolle, vises til kapittel 6 (intervjuet med Prof. dr. med Mads Gilbert, UNN).

5.1.2. "Profesjonelle" styrer?

Kampen om fremtiden til sykehusene i Narvik og Mosjøen fikk også et interessant etterspill i forhold til demokrati og prosesser i den nye foretaksmodellen. Det at et flertall i de lokale foretaksstyrene gikk i mot Helse Nord-administrasjonens anbefalinger om å svekke akuttberedskapen og fødetilbudet, utløste en debatt om lojalitet og styrenes rolle.

I et styremøte 1. juli gjorde Helse Nord vedtak (unndratt offentlighet) om nye retningslinjer for oppnevning av styremedlemmer i helseforetakene. Blant annet skal RHF-et nå være representert med et eget medlem med full stemmerett i alle lokale foretaksstyrene, og det er tatt inn formuleringer som skjerper kravene til styremedlemmenes lojalitet.

Både blant ansattes representanter og i det politiske miljøet ble dette møtt med kraftige protester.

Lederen i Nordland AP, Odd Eriksen, uttalte til Helgeland Arbeiderblad den 3. juli 2003:

”Den styringsmodellen Helse Nord legger opp til gikk ut på dato for 100 år siden. Å straffe styremedlemmer som ikke er lydige, er ineffektivt, umoderne og avdekker en utrolig arroganse”.

En av de ansattes representanter i styret for Helse Nord, lege Stig-Arild Stenersen ved Nordlandssykehuset, uttalte samme dag til Avisen Nordland:

”Vi gjør oss selv en bjørnetjeneste ved et slikt vedtak og en slik prosess i forkant. Dette vedtaket bidrar til å helle bensin på et bål av konflikt og manglende tillit til Helse Nord. I stedet for å søke samarbeid, gir vi kritikerne gode argumenter. Vi er ikke tjent med at vi får styrer som bare er sandpåstrøingsorganer. Da kan vi like godt legge ned de lokale styrene”.

Etterspillet etter prosessen mot nedbygging av sykehusene i Narvik og Mosjøen illustrerer en viktig side ved foretaksmodellen. Man prøver på alle måter å svekke styrenes og ledelsens bånd til de politiske miljøer og til folkelige krefter lokalt. Foretakene skal opptre ”profesjonelt”, noe som synes å bety at de skal gi mest mulig blaffen i hva befolkningen mener om den utviklingen de streker opp. De som ikke følger spillereglene, blir byttet ut. Dette ble fulgt opp i praksis i august 2003. Da styret i Helse Nord oppnevnte nye medlemmer til styrene i sine datterforetak, hadde man ”rensket ut” alle som ikke hadde vært lojale under prosessen våren 2003.

5.1.3. Økonomi og planer i Helse Nord

I utgangspunktet arbeider Helse Nord ut i fra et budsjett for 2003 som skulle ende med et underskudd på ca. 250 mill. kroner. Til styremøtet i juni 2003 la administrasjonen fram en tertialrapport som konkluderte med at signalene i revidert nasjonalbudsjett vedrørende fastfrysing av DRG-kompensasjonen (reduerte satser), mv., alene ville medføre at underskuddet ville øke til 325-370 millioner. I tillegg rapporterte Finnmark HF at underskuddet etter 1. tertial lå an til å bli 47 mill .kr. i stedet for 30 mill. kr. på årsbasis.

På toppen av dette kommer eventuelle konsekvenser av at økt aktivitetsnivå i 2003 ikke vil bli refundert (jfr. striden om departementets reviderte styringsdokument fra juni, jfr. avsnitt 4.3.1).

Konklusjonen så langt når det gjelder 2003, er at den økonomiske situasjonen ikke er under kontroll. Underskuddet kommer ganske sikkert til å bli mye større enn 250 mill. kroner, og det er sannsynlig at det vil komme sterke krav om å redusere aktiviteten ut over høsten 2003. De konkrete konsekvensene er det ingen som kjenner ennå, men kutt i bemanningen og stengning av avdelinger er blant de sannsynlige resultatene.

Etter at tumultene om det ”reviderte styringsskrivet” fra Helsedepartementet i slutten av juni endte med et pålegg til RHF-ene om å synliggjøre effektene av aktivitetskutt, har Helse Nord sendt et krast brev til helseministeren. Ifølge et oppslag i avisa Nordland (”Må fjerne hundrevis av helseansatte”) den 18. aug. 2003, heter det at

”kravet om at aktiviteten må ned forverrer situasjonen til det komplett umulige. Hvis Helse Nord skulle løst sine økonomiske problemer med nedbemanning, ville sykehusene i Nord-Norge måtte kutte 1 100 årsverk uten å redusere pasientbehandlingen, noe som ikke er mulig. Men allerede neste år forutsetter helseforetaket at antall årsverk blir redusert med flere hundre”.

For 2004 opererer Helse Nord med et ”tilpasningsproblem” på 510 millioner kroner. Dette kommer i tillegg til at man pr. juni 2003 opererer med at foretakene i andre halvår i 2003 må spare inn 360 mill. kroner.

For å nå disse målene nøyde styret seg med å si: (Sak 62/-2003, protokoll fra styremøtet 01.07.03):

”Den økonomiske utfordringen for Helse Nord må i hovedsak løses gjennom nedbemanning og kostnadsreducerende tiltak. Det skal legges sterk vekt på effektivisering og konkurranseutsetting av stab-/støttefunksjoner, innkjøp m.m.”

I sak 60-2003 protokollerer man at:

”Styret registrerer at bemanningen i helseforetakene fortsatt øker og ber om tilbakemelding på tiltak som skal snu denne tendensen”.

Utfordringene er med andre ord formidable, og det er helt åpenbart at den økonomiske situasjonen ikke er under kontroll.

5.2. Strukturendringer i Helse Midt-Norge

Sykehusene i Helse Midt-Norge er organisert i fire foretak: Nord-Trøndelag HF, St. Olavs HF, Nordmøre og Romsdal HF og Sunnmøre HF. Det har så langt ikke vært de store diskusjoner eller konflikter vedrørende struktur eller nedlegginger i Helse Midt-Norge.

- De to sykehusene i Helse Nord-Trøndelag HF; Namsos og Levanger, er begge lokalsykehus med fullverdig akuttberedskap og fødeavdeling. Det har ikke blitt lagt fram konkrete forslag om å redusere tilbudet ved noen av dem.
- St. Olavs Hospital HF omfatter det tidligere RiT i Trondheim, og vil i løpet av 2003 fusjonere inn i seg lokalsykehuset Orkdal Sanitetsforenings sjukehus og HF-et for psykisk helsevern i Trøndelag. Hovedfokus er rettet mot den pågående byggingen av nytt sykehus i Trondheim, et topp moderne universitetssykehus med alle spesialiteter. Som storebror og gjøkunge i regionen vil St. Olavs Hospital være en konstant trussel mot ulike spesialiteter ved de andre lokalsykehusene i regionen. Utviklingen av funksjonsfordeling innad i regionen må ventes å utløse konflikter av samme type som det vi har sett i Helse Nord i 2003.
- Sykehusene i Kristiansund og Molde utgjør sykehusdelen av Helse Nordmøre og Romsdal HF. Her ble det våren 2003 lagt fram en utredning fra det private konsulentfirmaet Medivi som konkluderer med at det økonomisk vil være mest hensiktsmessig med bare ett sykehus i dette området. Det varsler om at vi står foran nok en opprivende strukturstrid i dette HF-et.

- I Helse Sunnmøre HF er det også to sykehus; Ålesund og Volda. Som lillebror er det sykehuset i Volda som må ventes å komme under sterkest press i tida framover, selv om det foreløpig ikke er lagt fram forslag om å trappe ned på aktiviteten her.

5.2.1 Økonomi og planer i Helse Midt-Norge

Heller ikke i Helse Midt-Norge RHF er økonomien under kontroll. I budsjettet for 2003 opererte man med et anslått underskudd på ca 429 mill. kr., men etter 1. tertial er dette oppjustert til minus 467 mill. kr.

I tertialrapporten heter det at "Arbeidet med å oppnå balanse i 2004 vil bli intensivert i andre halvår 2003". De underliggende HF-ene har fått pålegg om å utarbeide budsjetter for 2004 som går i 0, men foreløpig har verken de lokale eller det regionale HF lagt fram 2004-budsjettene. Det er vanskelig å se for seg at slike budsjetter ikke vil måtte omfatte betydelige bemanningsreduksjoner og planer for redusert aktivitet.

5.2.2 Helt nytt styre

På foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF den 19. juni 2003 ble de 6 eieroppnevnte styrerepresentantene skiftet ut av helseministeren. Interne samarbeidsproblemer mellom den tidligere styrelederen og store deler av det øvrige styret lå bak. Grepet med å skifte ut hele styret skapte til dels sterke reaksjoner lokalt, og fra flere hold ble det uttrykt frykt for at utskiftningene ville skade behovet for tilstrekkelig kontinuitet i styret.

5.3 Strukturendringer i Helse Vest

Sykehusene i Helse Vest RHF er organisert i fire foretak; Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF og Helse Stavanger HF.

I løpet av første halvår 2003 var det like opprivende strid rundt struktur og oppgavefordeling innen Helse Vest som det vi opplevde i Helse Nord. Konfliktene var særlig sterke i Helse Førde, men nedleggings- og sentraliseringsforslag skapte høye bølger også i området til Helse Fonna.

- Helse Førde HF omfatter Sentralsykehuset i Førde (med sin lokalsykehusavdeling i Florø), samt lokalsykehusene i Nordfjordeid og Lærdal. Til tross for brede protester og omfattende lokal mobilisering vedtok styret i Helse Vest RHF i juni 2003 at lokalsykehuset i Florø skal legges ned i sin nåværende form, og at fødeavdelingen ved Lærdal sykehus skal gjøres om til såkalt ”forsterket” jordmorstyrt fødestue. Sykehuset i Florø skal gjøres om til et ”offentlig nærsykehus” (hvor bare blodbank, røntgen og hudpoliklinikk opprettholdes), men de kirurgiske og indremedisinske tjenestene skal flyttes til de andre sykehusene i foretaket. Vedtakene ble stadfestet av helseministeren i et foretaksmøte den 18. juni 2003.
- Helse Bergen HF omfatter Haukeland Universitetssykehus og Voss lokalsjukehus. I tillegg er Kysthospitalet Hagevik en egen avdeling under Haukeland, som utfører elektiv ortopedisk kirurgi. Skjebnen til Voss lokalsjukehus var lenge usikker, men her man fant en foreløpig(?) redning i en modell hvor ansvaret for de medisinske administrative og –bemanningmessige forholdene ved sykehuset i realiteten legges inn under Haukeland

Universitetssykehus. Diskusjoner om framtida til Voss lokalsykehus vil helt sikkert komme opp igjen, selv om styrene i lokalt og regionalt foretak så langt ikke har fremmet forslag om å redusere aktiviteten eller tilbudet her.

- Helse Fonna HF omfatter de somatiske sykehusene i Haugesund, på Stord og i Odda. Arbeidsgruppene som gikk igjennom framtidig struktur i dette området tilrådte at Odda sjukehus og at fødeavdelingen ved Stord sjukehus skulle legges ned. Verken styret i Helse Fonna HF eller i Helse Vest RHF valgte å fremme disse forslagene i denne omgang, og rettetten ble oppfattet som en seier for lokale interesser og en sterk politisk mobilisering for lokalsykehusene.
- Helse Stavanger HF sin somatiske del er i samlet i et antall klinikker ved Sentralsykehuset i Rogaland i Stavanger. De viktigste strukturendringene her ble gjennomført før sykehusreformen, og medførte blant annet at lokalsykehusene i Sandnes og Eigersund fikk reduserte roller og oppgaver a la sykehuset i Florø. Med alt samlet på ett sted er det ikke snakk om ytterligere sentralisering, og innenfor dette foretaket har det foreløpig ikke vært fremmet forslag om funksjonsendringer som har skapt strid eller uro.

5.3.1. Økonomi og planer i Helse Vest

I det opprinnelige budsjettet for 2003 opererte man med et antatt underskudd på 367 mill. kroner på årsbasis. Etter 1. tertial er dette erstattet av en ny prognose som ender med minus 516 millioner kroner. Samtidig arbeides det med et budsjett for 2004 som skal gå i balanse. Heller ikke for Helse Vest er

det lett å se hvordan det skal bli mulig uten at det legges opp til omfattende bemanningsreduksjoner og ytterligere nedlegginger av avdelinger og tilbud på lokalsykehusene.

Det er bare en kraftig økning i bevilgningene som kan gjøre det mulig å unngå dette.

5.4 Strukturendringer i Helse Sør

De somatiske sykehusene i Helse Sør er organisert i åtte foretak; Radiumhospitalet HF, Rikshospitalet HF, Sykehuset Ringerrike HF, Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset Blefjell HF, Sykehuset Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF og Sørlandet Sykehus HF.

Selv om det i første halvdel av 2003 var en slags ”stille før stormen” i Helse Sør, er det grunn til å tro at strukturdebatten vil komme for fullt i tiden framover. Både dagens foretaksorganisering (som både synes noe tilfeldig og full av politiske konsesjoner), og den alvorlige økonomiske situasjonen i foretaket, peker i mot en opprivende reorganisering og slanking av RHF-et. Nedenfor tillater vi oss å gi en vurdering av utsiktene framover, men presiserer at mye av dette ikke er konkrete planer som er lagt fram av foretakets ledelse.

- Rikshospitalet og Radiumhospitalet står i en særstilling, med sine nasjonale oppgaver og roller, og vil først og fremst være koplet mot andre deler av RHF-et (og resten av sykehus-Norge) gjennom ulike diskusjoner om funksjonsfordeling. Foreløpig har det ikke vært store stridigheter rundt dette, men en kan ikke utelukke at de kommer noe senere. I Helse Sørs strateginotat Resept 2006 opererer man med et alternativ hvor de to slås sammen i et felles foretak (”HF Spesialsykehusene”), og det vil i så fall skjerpe diskusjonene om endret funksjonsfordeling mellom dem.
- Det er sannsynlig at de største endringene vil komme innen og mellom de tre foretakene i Buskerud og indre Telemark; Ringerrike, Buskerud og Blefjell helseforetak. Helsebyråkratene ser nok helst at disse på noe sikt blir slått sammen til ett foretak. (Dette er også et av

alternativene i Resept 2006, kalt "Helse Nord HF"). Det viktigste med ny foretaksorganisering er større muligheter for endret funksjonsfordeling. En forholdsvis drastisk modell kan være at foretaket bygges opp rundt sykehuset i Drammen som det store "fullskala-sykehuset", med ansvar for all akuttberedskap i området. Sykehusene i Hønefoss og Kongsberg gjøres om til "underavdelinger" som spesialiserer seg på ulike områder innen elektiv kirurgi og behandling, hvor den medisinske behandlingen foregår på dagtid og hvor spesialistene roterer mellom akuttpraksis i Drammen og "samlebånds-produksjon" på Kongsberg eller Hønefoss. Notodden sykehus gjøres om til en tilsvarende "underavdeling" og overføres til Sykehuset Telemark HF i Skien, mens sykehuset på Rjukan legges ned. Vi presiserer at ingen ting av dette er vedtatt. Modellen er, så vidt vi vet, heller ikke utredet konkret innad i Helse Sør. Men basert på dagens rådende tenkning i helsebyråkratiet kan scenariet være sannsynlig (selv om det sikkert vil bli innført gradvis og med noen avvik fra det som er nevnt her). Et utvalg foreslo for eksempel før sommeren 2003 at akuttberedskapen ved sykehuset i Kongsberg bør flyttes over til Drammen.

- Ved Sykehuset Telemark HF er somatikken i dag konsentrert til sentralsykehuset i Skien. Beliggenhet og befolkningsunderlag gjør at "fullskala-karakteren" av dette sykehuset ikke er truet, men forslag om strukturendringer kan komme fra to kanter. Spørsmålet om endret funksjonsfordeling mellom sykehuset i Skien og Sykehuset Vestfold (eller andre) kan føre til at noen tilbud blir trappet opp og andre ned i hhv Skien og Tønsberg. I tillegg vil en eventuell "overtagelse" av Notodden sykehus (se forrige punkt), basert på en

driftsform med dagbasert, elektiv kirurgi eller lignende, føre til at noe av aktiviteten flyttes til Notodden.

- Den særegne organiseringen av Sykehuset Vestfold HF, med ”hovedsykehus” i Tønsberg og underavdelinger i både Sandefjord, Larvik og Horten, må ventes å komme under økt press. Etter hvert som sykehuset i Tønsberg bygges ut, vil tilbudene ved de andre tre sykehusene kunne bli redusert ytterligere. Videreføring av driften i alle de tre andre byene vil sannsynligvis bli et spørsmål om det er delt eller samlet drift som er billigst. Spørsmålet om endret oppgavefordeling mellom hovedsykehusene i Vestfold og Telemark kan bli ytterligere aktualisert dersom de to slås sammen i et felles foretak (jfr. det ene alternativet i Resept 2006).
- Sørlandet Sykehus HF, som ble opprettet i 2003 etter at man slo sammen tre foretak (Aust-Agder sykehus HF, Arendal, Vest-Agder sykehus HF, Kristiansand, og Lister sykehus HF, Flekkefjord), står også over smertefulle strukturendringer. Særlig er det lokalsykehusene i Mandal og Farsund (avdelinger under hhv Kristiansand og Flekkefjord) som trues. Begge har levd med vedvarende trusler om nedlegging i mange år, og med de dramatiske behovene for innsparinger som nå bygger seg opp, er spørsmålet igjen aktualisert. En sterkere samarbeid og endret funksjonsfordeling mellom sykehusene i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord, kan også bli mer aktuelt.

5.4.1 Økonomi og planer i Helse Sør

Økonomien i Helse Sør RHF er ikke under kontroll. Innenfor de rammer som myndighetene har signalisert for de nærmeste årene, synes det umulig å

skape balanse i budsjettene fra 2004 uten at det gjennomføres betydelige nedbemanninger, driftsinnskrenkninger, omorganiseringer, og nedlegging av flere sykehus.

Helse Sør styrer pr. juli 03 mot et underskudd på 660 millioner kroner i 2003, og det antydes at innstrammingsbehovet for 2004 kan komme opp i nærmere 1 milliard kroner. Et drøyt halvår tidligere (budsjett 2003) var anslaget på det halve, ca. 500 mill. kr.

Ingen av dagens foretak har laget planer som viser at deres andel av dette er mulig uten drastiske nedskjæringer og nedlegginger.

Ved Sørlandet sykehus HF har man så langt blitt pålagt å lage planer for å spare inn 200 millioner kroner i 2004. Arbeidsgruppene har, innenfor nåværende struktur og med dagens bemanning, ikke maktet å komme opp med tiltak som kan bringe dem halvveis til målet.

Ved Helse Blefjell kan innsparingsbehovet komme opp i 100 mil. kroner, eller ca. 20% av dagens budsjett. Det sier seg selv at det ikke er mulig innenfor dagens struktur og med dagens bemanning / aktivitet.

Situasjonen er ikke mye bedre i de andre foretakene, og selv om det er utarbeidet forslag om en omfattende samordning og rasjonalisering av innkjøp, ikke-medisinske støttetjenester, medisinske service-funksjoner, m.m. (som til sammen vil føre til mye sentralisering og betydelige bemanningsreduksjoner dersom de blir gjennomført), er man ikke i nærheten av budsjetter som er i balanse.

I Helse Sør er alternativene ganske åpenbare; enten må Stortinget tilføre betydelig mer midler eller så må sykehus legges ned, bemanningen reduseres og tilbudet til pasientene innskrenkes.

5.5. Strukturendringer i Helse Øst

De somatiske sykehusene i Helse Øst er organisert i syv foretak; Ullevål Universitetssykehus HF, Akershus Universitetssykehus HF, Aker Universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Asker og Bærum HF og Sunnaas Sykehus HF.

Diskusjonene om strukturendringer i Helse Øst er i full gang. Det ligger an til at de største konsekvensene vil komme i områdene til Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Innlandet HF. I tillegg kan det etter hvert komme forslag om å legge ned Aker sykehus i Oslo. I det følgende kommer en gjennomgang som tar utgangspunkt i at en dramatisk dårlig økonomi i Helse Øst kan bli brukt til å tvinge fram omfattende strukturendringer og nedlegginger.

- Ullevål Universitetssykehus HF synes ikke å ha store utfordringer på struktursiden. Endringer i funksjonsfordeling og konkurranse med andre kan føre til at enkelte tilbud utvides eller trappes ned, men sykehuset kommer fortsatt til å ha et hovedansvar for spesialisthelsetjenester til Oslos befolkning.
- Ved Akershus Universitetssykehus HF i Lørenskog pågår det omfattende utbygginger, og et mer og mindre nytt sykehus skal etter planen tas i bruk i 2007. Så vidt vites foreligger det ingen planer som svekker dette sykehusets stilling i årene som kommer.
- Aker Universitetssykehus HF i Oslo står derimot i en annen stilling. Pågående og planlagte utbygginger i hhv Akershus, Østfold og på Ullevål kan på sikt true hele dette sykehusets eksistens. På forsommeren 2003 vedtok styret i Helse Øst å avvikle fødselstilbudet på Aker, og

overføre dette til flere omkringliggende sykehus. Mange frykter at dette er første steg i en gradvis avvikling av hele sykehuset. Forslaget skapte så sterke reaksjoner at Helseministeren måtte be om å få saken på "sitt bord". Det ble varslet et eget foretaksmøte om dette, men møtet ble utsatt fra august til oktober (til etter valget?), og det er liten grunn til å vente annet enn at nedleggingen blir stadfestet.

- Den somatiske delen av Sykehuset Asker og Bærum HF er Bærum sykehus. Dersom det blir bygd et nytt storsykehus i Drammen (det planlegges og ønskes ferdig i 2010), og Ullevål sykehus bygges ut videre, kan sykehuset i Bærum bli truet som døgnåpent akuttisykehus. Foreløpig har ikke Helse Øst luftet planer om en slik utvikling offentlig, men det er ikke usannsynlig. Bærum sykehus kan bli et sykehus for dagbasert, elektiv behandling.
- Sunnaas Sykehus HF står i en særstilling som rehabiliteringssykehus. Det spesielle er at dette er organisert som eget foretak, og en organisasjonsmessig endring er ikke usannsynlig. Dersom Sunnaas blir lagt inn under et av de andre foretakene, kan forslag om endret funksjonsfordeling bli ytterligere aktualisert. Hvilke konsekvenser dette kan komme til å få er det for tidlig å si noe om.
- Sykehuset Østfold HF la i juni 2003 fram et forslag til strategisk utviklingsplan. I dag består HF-et av fem sykehus (klinikker) i hhv Fredrikstad, Moss, Sarpsborg, Halden og Askim. I planen foreslås det å legge ned sykehusene i Askim og Halden, og å gjøre Sarpsborg om til et såkalt Spesialistsenter. Man ønsker å få bygd et nytt

”fullskala” akuttisykehus i Fredrikstad, og man ønsker også å opprettholde Moss sykehus som akuttisykehus. Et flertall i styret i Helse Øst vedtok i slutten av juni å slutte seg til planen. Ikke minst nedleggingen av sykehuset i Halden utløste meget sterke reaksjoner lokalt.

- Sykehuset Innlandet HF dekker de to innlandsfylkene Hedmark og Oppland, og omfatter de somatiske sykehusene i hhv Kongsvinger, Elverum-Hamar, Lillehammer, Gjøvik og Tynset. Også her foregår det store strukturdebatter. Det foreligger forslag om å konsentrere et fullverdig fødetilbud til bare to sykehus, ett i hvert fylke. Både på Kongsvinger, Lillehammer og Tynset frykter man at forslaget vil føre til nedlegging hos dem, og at dette kan være starten på en større nedbygging av disse sykehusenes akuttberedskap. Styrene for både det lokale og regionale foretaket har sluttet seg til en strategiplan som tar utgangspunkt i en mer rendyrket funksjonsfordeling mellom sykehusene, og konsekvensene vil bli at ulike tilbud blir sterkere sentralisert. Flere av lokalsykehusene vil sannsynligvis ende opp med spesialisert ansvar for elektiv kirurgi og behandling på dagtid.

5.5.1. Økonomi og planer i Helse Øst

Økonomien i Helse Øst har utviklet seg svært dårlig i løpet av 2003. I utgangspunktet opererte man med et budsjett som skulle gi ca 100 mill. kr. i minus på årsbasis, men etter 1. tertial var dette oppjustert til ca 365 mill. kr. i minus. Allerede etter mai 2003 var det akkumulerte underskuddet kommet opp i 213 mill. kr. (– 109 mill. kr. pr. 30. april), og i økonomirapporten til styremøtet i juni (26.06.03) unnlot man å komme med justert anslag for året.

Det var særlig Ullevål sykehus som opparbeidet seg et stort underskudd i løpet av de fem første månedene i 2003 (- 123,2 mill. kr.), og det ventes forslag om store innskrenkninger i drift og kostnader utover høsten.

Også i de andre foretakene var utviklingen dårligere enn budsjettet de første fem månedene, og overalt diskuteres det tiltak for å komme i balanse innen utgangen av 2003. Den svake økonomien vil ganske sikkert tvinge fram planer om strukturendringer, med sentralisering av funksjoner og nedlegging av tilbud, også i Helse Øst.

6. Lokalsykehusenes plass i medisin og samfunn

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.

I dette kapitlet skal vi se nærmere på denne siden ved kampen for lokalsykehusene, og særlig skal vi gå inn i de faglige argumentene og analysene som det strides om. Er det sånn at lokalsykehusene var svaret på fortidas utfordringer, mens avansert medisinsk teknologi, større faglig spesialisering, bedre samfunnsmessig infrastruktur, og hensynet til effektiv ressursutnyttelse, tilsier at vi i dag bør sentralisere sykehus tilbudet langt sterkere?

- Nei, ikke nødvendigvis, sier avdelingsleder på Akuttmedisinsk avdeling, professor dr. med. Mads Gilbert ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) i en samtale med oss. Gilbert har gjennom en årrekke engasjert seg sterkt i kampen for lokalsykehusenes framtid, og han mener det finnes mange gode argumenter - både medisinske og samfunnsmessige – for å videreutvikle lokalsykehusene slik at de fortsetter som en viktig del av spesialisthelsetjenestens tilbud til befolkningen også i framtida.

I det følgende intervjuet med Mads Gilbert prøver vi å belyse de ulike argumentene som brukes i debatten om lokalsykehusene. Det vil forhåpentligvis illustrere at det i høyeste grad finnes ulike syn på hva som er en faglig forsvarlig – og ønskelig – utvikling.

- La oss ta det samfunnsmessige først, sier Gilbert. 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 for å ta opp kampen mot nedtrapping og nedlegging. I motsetning til ledelsen i Helse Nord, som anklager helsepersonell som deltar i kampen for lokalsykehusene for å være ”politikere i hvitt”, mener jeg at vi helsearbeidere har en plikt til å engasjere oss. Vi har en konstant debatt og kamp om lokalisering av andre offentlige arbeidsplasser, og det finnes ingen grunn til at arbeidsplassene i helsesektoren skal holdes utenfor denne debatten. I distrikts-Norge griper kampen om lokalsykehusenes framtid direkte inn i den helhetlige distriktpolitikken; skal storsamfunnet satse på videreutvikling eller avfolkning av de lokalsamfunnene som er berørt. De tradisjonene som brytes når lokalsykehus legges ned, oppfattes av folk, med rette, som et sterkt signal om at storsamfunnet ønsker å trekke seg ut.

I tillegg finnes det samfunnsmessige og humane argumenter som vi vet også har stor helsemessig betydning. Det er opplagt en påkjenning for folk, dersom de må reise eller fraktes i timevis for å komme til sykehus. Både det at du kjenner mange av dem som arbeider på lokalsykehuset ditt, og ikke minst at du har familie og et nettverk som kan nå deg når du ligger der, 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.

- Men er ikke det medisinsk-faglige tilbudet i lokalsykehusene for dårlig i dag?

- I de fleste tilfeller nei, og i noen tilfeller ja. I den grad vi har latt det faglige nivået i lokalsykehusene forvitre, er det et resultat av dårlig ledelse og dårlig helsepolitikk, og ikke av at lokalsykehusene er for små. 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, nedtrapping 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.

Det er nok av ting som kan og bør forbedres. Men dette handler ikke om kvantitet. I moderne medisin finner vi 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 høyvolumsykehus 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 ledelsen i Helse Nord ikke har forstått, 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.

6.1. Akuttmedisinsk beredskap

For å illustrere poengene kan vi bruke den såkalte ”overlevelses-kjeden” innenfor akuttmedisinen, sier Mads Gilbert videre. Den viser hva som må til for å takle alvorlige ulykker eller akutt, livstruende sykdom: Vi snakker om seks forskjellige ledd i kjeden, og om ansvarsforhold og samarbeid mellom befolkningen og tre ulike nivåer i helsevesenet (1. linje, 2. linje og sentralsykehusene).

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

I akuttmedisinen snakker vi om ”mulighetenes tidsvindu”, dvs den biologiske toleransen kroppen har for å takle en livstruende påkjenning som alvorlig skade eller livstruende sykdom. Disse ”tidsvindueene” har ulik størrelse: Er du bevisstløs med ufrie luftveger, 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 vi om ”the golden hour”; liv kan ofte reddes dersom kirurgene kan stoppe livstruende indre blødninger innen 30-60 minutter. Ved akutt hjerteinfarkt bør genåpningen av tette kransårer i hjertet skje innen 60-90 minutter. Dersom vi skal kunne tilby god, moderne akuttbehandling innen disse tidsvindueene – i en landsdel med så spredt bosetting som i Region Nord, eller i distrikts-Norge generelt for den saks skyld, trenger vi en befolkning som kan førstehjelp og kjenner nødnumrene, et nøye planlagt handlingsmønster i nettverk av fagfolk i lokalsamfunnene (leger, sykepleiere, ambulanspersonell), på lokalsykehusene, sentral- og universitetssykehusene og den landsdekkende statlige luftambulansetjenesten. Dette krever nøye planlegging, opplæring og trening, tempo, kunnskaper og drilling i alle ledd av kjeden, og det som skjer ute i felten er avgjørende for resultatene av den endelige behandlingen på (sentral)sykehuset.

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 tidsvinduene. 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 viss 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.

- Helse Nords ekspertutvalg hevder at ambulansepersonell og kommunelege kan overta oppgavene med livreddende stabilisering, og at de - i kombinasjon med et godt transportsystem – kan sikre at pasientene når de store sykehusene innenfor rimelig tid?

- En ting er i alle fall helt sikkert; denne kompetansen finnes ikke i førstelinjen i dag. I UNNs høringsuttalelse til Helse Nords ekspertutvalg (det såkalte Søreide-utvalget) omtaler vi dette slik:

”Den kompetanse lokal kirurgisk beredskap representerer kan ikke uten videre overtas av 1. linjens aktører. Dette gjelder både relativ enkle, livsviktige prosedyrer (luftvegskontroll, intubasjon, blødningskontroll, venekanylering) og livreddende kirurgiske inngrep. Norske primærleger kan ikke trepanere eller legge opp en lapp over et

akutt epiduralt hematoma, de færreste kan stille indikasjonen og legge inn et thoraxdren (selv om de kan læres opp til det), og ingen vil noensinne i den norske felten kunne utføre "damage control surgery" i buken eller sette ei bekkenramme. Strekk / immobilisering av en femurfraktur får de muligens til dersom de har utstyr og trening. Et oppegående lokalsykehus, særlig med BEST-standard, gjør dette og skal kunne gjøre det. Disse kirurgiske nødprosedyrene kan ikke utsettes. Utvalget ser bort fra at en traumepasient etter slik stabiliserende kirurgi på et lokalsykehus nettopp blir (innen visse grenser) tidsuavhengig og kan tåle å vente litt (for eksempel pga værproblemer) på overflytting til et sentralsykehus for endelig kirurgi i stabil fase".

Hovedpoengene i dette er som følger: Lokalsykehusene har i dag tilstrekkelig kompetanse til å stoppe blødninger og sikre frie luftveier i forbindelse med alvorlige ulykker. De kan stoppe ytre blødninger, midlertidig stoppe indre blødninger, åpne bukhulen, legge inn avlastende drenasjon (såkalt thorax-dren) i bukhulen, og åpne et hull i skallen for å avlaste eventuelle blødninger i hodet.

Det er mulig å lære opp primærleger og ambulanspersonell til å utføre det meste av dette. Vi har i årevis lært opp barfotleger og sykepleiere til å drive livreddende stabilisering i fattige, krigsherjede land som Afghanistan, Palestina, Kambodsja, Angola, osv, Men det er en krevende oppgave og en metode som bør forbeholdes situasjoner hvor det ikke finnes alternativer.

I distrikts-Norge bør vi definitivt arbeide bedre med å styrke den akuttmedisinske kompetansen i helsevesenets førstelinje. Men før vi i det hele tatt kan tenke på å legge ned akuttberedskapen ved lokalsykehusene, må vi i det minste spørre oss: 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? Og finnes det et opplegg som over tid kan vedlikeholde den nødvendige akuttmedisinske kompetansen hos primærleger og ambulanspersonell?

Heldigvis er ikke alvorlige ulykker en dagligdags hendelse ute i ethvert legedistrikt. Det betyr at vi eventuelt må bruke tid og ressurser på regelmessig å oppdatere og trene de menneskene som skal få ansvar for beredskapen.

På lokalsykehusene driver kirurgene med elektive (planlagte) operasjoner hver eneste dag. Det sikrer dem 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 modellen både kostnadseffektiv og faglig forsvarlig.

- Men sykehusdrift med døgnkontinuerlig beredskap er dyrt. Er det ikke nettopp for å spare penger at man foreslår å legge ned lokalsykehus?

- All beredskap er dyr og bedriftsøkonomisk ”ulønnsom”. Og dess færre ulykker og akutttilfeller som skjer, jo dyrere fremstår den. Men av det kan vi verken slutte at det er ønskelig med flere ulykker eller at det ikke er behov for beredskap. Ingen stiller spørsmålstegn ved at vi har døgnkontinuerlig brannvernberedskap, eller at vi bruker 23 milliarder kroner pr år til forsvaret. Heldigvis går de fleste døgn uten at det brenner, og fiender har ikke angrepet Norge siden i 1940. Men hvis alarmen skulle gå, kan vi ikke svare at de får ringe tilbake i kontortiden!

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, og det med god grunn, 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.

- Den sterke spesialiseringen innen medisinen brukes som et argument mot lokalsykehusene. Alle sykehus kan åpenbart ikke ha alle grenspesialiteter, og derfor må vel spesialisthelsetjenesten sentraliseres stadig mer?

- Det er ikke snakk om et enten eller, men om både store og små sykehus. Mange behandlinger er det hensiktsmessig å konsentrere til de største sykehusene, mens andre kan gis like godt på mindre sykehus. Men 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 vi skal 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.

- Men kan det ikke skje noen endringer? Må ikke tenkningen rundt sykehusenes oppgaver og organisering endre seg i takt med de store endringene i samfunnet rundt dem?

- Det finnes mange gode grunner - både faglige og politiske - til å tenke nytt rundt organiseringen og driften av både lokalsykehusene og andre deler av helsevesenet. Men for at endringsprosesser skal få legitimitet, må de ta utgangspunkt i hva som er folks behov i dag, – og ikke bare i hva som må til for å spare penger. All erfaring viser at gode endringer i helsevesenet må bygge på et solid faglig grunnlag, det må ha vært tid til prøveprosjekter og evalueringer i forkant, det må være stor grad av konsensus rundt de forbedringer man ønsker å oppnå, og det må gis tid til en god omstillingsprosess. Vi har brukt tiår på tidligere helsereformer med forprosjekter, detaljstudier, omfattende demokratiske høringer og velbegrunna politiske vedtak. Tønnes tempo var vanvittig – og sykehusreformen er et av de mest udemokratiske tvangstiltak den moderne norske velferdsstaten har vært utsatt for. Dokumentasjon for påståtte samfunnsmessige effekter, økonomiske konsekvenser og faglige forbedringer mangler totalt i departementets forarbeid og i innstillingene. Viktige erfaringer fra tilsvarende reformforsøk f.eks i New Zealand ble fullstendig oversett og tiet i hjel. Det hviler et tungt politisk ansvar på AP og de som stemte gjennom denne hastverksreformen i Stortinget – for mange mot bedre vitende.

Visst skal vi drive rasjonelt og effektivt, og det kan tenkes at enkelte lokalsykehus etter hvert får andre funksjoner enn tidligere. Men i beredskapssammenheng er stikkordene heller mer desentralisering av kunnskap og utstyr enn sentralisering, og vi må fokusere sterkere på samspillet mellom de ulike delene framfor på innadvendte prosesser hvor alle er opptatt av egen situasjon og utvikling.

Vi må utvikle godt fungerende tverrfaglige team og nettverk som skaper bedre og mer effektive samhandlingskjeder mellom førstelinjen, lokalsykehusene og sentralsykehusene. Med dagens teknologi kan den akutt kirurgi som begynner på lokalsykehuset videooverføres til sentralsykehuset, slik at spesialistene på begge steder kan samarbeide om behandlingen helt fra starten. Ulykker og skader påfører samfunnet årlig flere tapte leveår enn kreft og hjerte-/karsykdommer til sammen. Det kommer av at så unge mennesker ofte er involvert i ulykker.

Også innen andre deler av akuttmedisinen bør vi tenke desentralisering. I nord har vi de siste fire åra drevet et såkalt "trombolyse-prosjekt" for pasienter med akutt hjerteinfarkt, hvor ambulanspersonell får utstyr og opplæring til å åpne tette årer i hjertet med en gang de når fram til pasienten. Det vil redusere dødeligheten ved akutt hjerteinfarkt. Sånn som dette bør vi tenke på mange områder.

6.2 Sykehusreformen og lokalsykehusene

- Hvordan har sykehusreformen påvirket kampen om lokalsykehusenes fremtid?

- Hvis vi tar utgangspunkt i den prosessen som var i Helse Nord frem mot styremøtet i juni 2003, er det noen ting som utmerker seg veldig klart:

Foretaksmodellen og de såkalt "profesjonelle styrene" har sørget for at alt går mye raskere, det har blitt mye mer udemokratisk, og man driver igjennom endringer som ikke er seriøst faglig funderte, men som bare har utgangspunkt i økonomiske kalkyler og ønsker om innsparinger. Foretaksstyrene er fylt opp med direktører fra privat sektor som muligens

har kompetanse når det gjelder å drive igjennom økonomiske nedskjæringer, men som ikke har spesielle forutsetninger for å lede utviklingen av helsevesenet. Det virker som om administrasjonen i Helse Nord ikke en gang er interessert i å opptre demokratisk og komme i dialog med den befolkningene de skal tjene. Styremøtene har vært lukket, de har ikke etablert arenaer for dialog og påvirkning fra politikere og interesseorganisasjoner, og det virker som om de synes folkets engasjement er et problem som de vil skjerme seg fra. I noen sammenhenger stemples intern motstand fra fagfolk og styremedlemmer som illojalitet, og man har prøvd å presse dem til taushet.

Sykehusreformen hadde åpenbart som et viktig mål at styrene skulle koples løs fra det folkelige engasjementet, de alliansene og det politiske systemet som preget den tidligere forvaltningsmodellen. Dette var det vi fryktet og dessverre er det vi ser. Men heldigvis har de bare delvis lyktes. Det engasjementet og den innsatsen befolkningen gjorde før styremøtene i Helse Nord i juni, hadde stor betydning for resultatet, avslutter Mads Gilbert.

7. Erfaringer fra Sykehuset Buskerud HF

Det tidligere Buskerud Sentralsykehus i Drammen ble i forbindelse med sykehusreformen gjort om til et eget helseforetak innen Helse Sør RHF. Foretaket fikk navnet Sykehuset Buskerud HF (SB-HF).

I dette kapitlet skal vi se nærmere på noen av de erfaringer som man har gjort ved dette sykehuset.

SB-HF er et middels stort, norsk sykehus. Det har et driftsbudsjett på drøye 1,5 milliarder kroner, 2 515 årsverk fordelt på ca 3 400 ansatte (2002), og er et differensiert akuttsykehus som kan tilby behandling innenfor de fleste spesialiteter og grenspesialiteter innen somatikk og psykiatri. I tillegg drives det både forskning og utdanning ved sykehuset.

I arbeidet med dette prosjektet har vi gjennomført en rekke besøk og hatt diskusjoner med ledelse, administrasjon og tillitsvalgte ved sykehuset. Formålet har vært å kartlegge best mulig hvordan den praktiske hverdagen i et sykehus påvirkes av den nye organisasjonsmodellen, og hvilke konsekvenser det har å skulle operere i dagens marked for spesialisthelsetjenester.

Naturlig nok er det vanskelig å være presis i forhold til om en gitt praksis er et direkte resultat av den nye foretaksreformen eller ikke. I dette avsnittet av rapporten vil vi spesielt se på forhold som kan sies å være preget av den nye konkurransesituasjonen i helsemarkedet.

Sykehuset i Drammen ble omdannet til et fylkeskommunalt foretak i mars 2000, og hadde dermed stiftet bekjentskap med foretaksmodellen før

sykehusreformen ble innført fra 2002. Dette, i kombinasjon med ISF-ordningen (innført fra 1997) og den endrete oppfatningen av hvordan offentlige virksomheter skal drives (NPM, se avsnitt 3.3), gjorde at dette sykehuset hadde levd med en markedssimulert driftssituasjon lenger enn mange andre. Overgangen fra 2001 til 2002 ble da kanskje heller ikke så stor her som hos andre. På den andre siden vil erfaringer fra Sykehuset Buskerud HF kunne si mye om hvilken innvirkning de nye rammevilkårene har for driften av et sykehus.

7.1 Konkurransen om pasienter og inntekter

En av de viktigste konsekvensene av den nye situasjonen i sykehussektoren er at foretakene nå i større grad selv er ansvarlig for å skaffe seg inntekter. I 2003 er 60% av inntektene såkalt "aktivitetsbaserte" (ISF-inntekter), mens 40% kommer som rammetilskudd fra det regionale foretaket. Så lenge det er pasientkøer å hente fra, vil mulighetene for økte inntekter dermed i noen grad ligge i sykehusets egen evne til å øke aktiviteten og lønnsomheten. To sentrale spørsmål kommer i fokus: 1. Hvordan kan aktiviteten økes? og 2. Hvilken aktivitetsøkning lønner seg mest?

Ved SB-HF, som ved mange andre sykehus, har aktivitetsøkningen både blitt oppnådd gjennom å erstatte innleggelser med økt poliklinisk behandling og dagbehandling, og ved å øke antallet behandlede og utskrevne pasienter. Ifølge årsmeldingen for 2002 økte antall ferdigbehandlede pasienter med 9% fra 2001 til 2002.

For å få til disse økningene har man tatt i bruk flere ulike virkemidler. Viktigst har vært at man har satt i gang ekstra behandlingstilbud, delvis på nye steder og delvis på tider hvor lokaler og utstyr likevel er tilgjengelig. Man har økt den dagkirurgiske kapasiteten ved å stenge en sengepost og ruste opp operasjonsstuene noe, og det gjennomføres ekstra behandlinger i helger og på kvelder.

Det har blitt inngått egne avtaler med ansatte om vilkårene for slikt ekstraarbeid. Leger, pleiere og merkantilt ansatte får til sammen ca 80% av den ekstraintekten som aktivitetene bringer inn. De siste 20% går til å dekke sykehusets "overhead". På denne måten kan de ansatte tjene opp ekstra lønn, mens pasienter får behandling raskere og køene blir redusert. Det ble understreket at det var frivillig for de ansatte om de ville stille opp på dette ekstraarbeidet, og alle parter oppsummerte dette som et "vinn-vinn-tiltak".

Utnyttelsen av den ekstra behandlingsskapasiteten en klarer å etablere blir hovedsakelig bestemt ut i fra en analyse av hva som lønner seg mest for sykehuset. Med gitt kompetanse og gitte ressurser er noen former for behandling godt betalt (høyt priset i DRG-systemet), mens andre ikke er det. Generelt kan en si at mange former for ortopedisk kirurgi og gynekologi er lønnsomme, mens bløtdelskirurgi og behandling av barn og kronikere er lavere priset.

Tidligere har mange pasienter fra SB-HFs nærområde blitt operert for plager i hofter, knær, skuldre, osv. ved sykehuset på Hønefoss (Ringerrike HF), eller hos private. Det samme har vært tilfelle for behandlingen av ulike gynekologiske lidelser.

"Dette har vi ikke råd til lengre, og nå har vi fått på plass et eget tilbud som gjør at vi kan utføre dette her hos oss og dermed sikre at inntektene kommer hit", sier administrerende direktør ved SB-HF, Erik K. Normann.

Denne måten å tilpasse seg på fungerer godt så lenge det er køer av pasienter. Problemene oppstår den dagen det blir knapphet på, og konkurranse om pasientene. Dette har man allerede erfart i Buskerud. Innenfor ortopedi, andre former for dagkirurgi og polikliniske konsultasjoner er konkurransesituasjonen et faktum. Den økte aktiviteten ved SB-HF gjør at det blir mindre å gjøre for sykehusene på Hønefoss og

Kongsberg. I følge opplysninger fra ledelsen ved SB-HF vurderer Ringerricke å redusere sin kapasitet, mens bare ca 30% av den dagkirurgiske kapasiteten ved Kongsberg sykehus er utnyttet.

Konkurransesituasjonen fører til minst to nye utfordringer: 1. Sykehusene begynner å utvikle strategier og praksis for å vinne i kampen om pasienter, og 2. Det er konkurranseevne og sykehusenes styrke i markedet, og ikke helsefaglige vurderinger, som tvinger igjennom strukturendringer og nye former for funksjonsfordeling.

7.1.1. Hva gjør SB-HF for å vinne kampen om pasientene?

Ved sykehuset oppfatter man i dag at det er tre kriterier som betyr mye når pasientene skal fordeles mellom sykehusene:

1. Sykehus med korte ventetider blir foretrukket
2. Andre "helseaktørers" og almenhetens oppfatning av kvaliteten på tilbudet, eller snarere; sykehusets generelle omdømme i offentligheten, betyr mye
3. Primærlegenes holdninger og henvisningspraksis

Kortere ventetider kan oppnås på to måter: Den ene er å øke behandlingsskapasiteten og den andre er å redusere antallet som skal få komme på venteliste; dvs strengere kriterier for å få spesialisthenvisning. SB-HF vurderer å opprette et system for å etterprøve om sykehusbehandling er nødvendig i hvert enkelt tilfelle som blir henvist dit. Det er også grunn til å tro at en slik praksis, i kombinasjon med lønnsomhetsanalyser (marginalkost og behandlingsprisen i DRG-systemet), kommer til å påvirke kø-situasjonen. Seleksjonen vil kunne bli strengere i forhold til behandlinger med lav lønnsomhet enn mot dem med god. Lønnsomhetstenkning kan også føre til "overbehandling" av enkelte lønnsomme diagnoser med lave ventetider.

Almenhetens oppfatning av ”kvalitet” kan være en ganske diffus sak. Det gjelder blant annet å sikre seg god og positiv omtale i mediene, og å hindre dårlig omtale og fokus på negative hendelser. Behovet for å dokumentere og kommunisere gode resultater blir også større. Ulike former for kvalitetsindikatorer er under utvikling. Ved SB-HF arbeides det med å etablere en elektronisk versjon av resultatene fra de pasienttilfredshetsundersøkelsene som løpende gjennomføres. Disse skal så gjøres tilgjengelig på Internett. I tillegg arbeider man med nødvendige (?) kultur- og holdningsendringer blant de ansatte, slik at pasientene behandles som kunder som man både kan vinne og miste.

I dag må alle som skal få behandling av spesialister i helsevesenet (herunder sykehusbehandling), og som ikke kommer inn som øyeblikkelig hjelp, være henvist dit fra sin fastlege. I konkurransen om pasientene vil primærlegene derfor få en helt sentral rolle. I prinsippet står de fritt til å henvise pasientene til hvilket som helst sykehus – offentlig eller privat – i hele landet. Da gjelder det for alle å få dem til å henvise til ”vårt” sykehus. For å styrke sin stilling i denne konkurransen har SB-HF satt i gang flere tiltak. Sentralt i disse står to hovedsaker; å knytte primærlegene opp elektronisk til sykehuset, og å bygge ut et faglig samarbeid med dem. Man prøver nå ut et system hvor primærlegene kan gå inn i sykehusets plan for øyeoperasjoner og booke time for sin pasient direkte. De skal også få direkte elektronisk tilgang til behandlede pasienters epikriser, og de skal få resultatene av laboratorieprøver rett opp på skjermen på legekantoret. For å utvikle en bedre faglig plattform for samarbeidet prøver man å holde ulike samlinger og seminarer. Målet er å bygge faglige allianser med primærlegene, og å utvikle lojalitet mellom dem og sykehuset.

7.2. Konkurransen fra private

Som de fleste andre har SB-HF merket konkurransen fra private spesialister og sykehus. Som tidligere nevnt er de regionale foretakene pålagt å inngå

avtaler også med private sykehus. Ledelsen ved sykehuset mener dette er en konkurranse som i dag foregår på svært ulike vilkår. De private er inne og ”skummer fløten”. De konkurrerer bare om forholdsvis enkle behandlinger som er godt betalte (som en del ortopediske operasjoner), og de er avhengige av å kunne sende komplikasjoner og problemtilfeller over til de offentlige sykehusene. Når de private spesialiserer seg på bestemte former for behandling, trenger de ikke å ta hensyn til kostnadene med å opprettholde et allsidig og fullverdig tilbud på alle andre områder. De har heller ikke det samme ansvaret for forskning og undervisning som det et større sykehus har. Konsekvensene er at private innenfor sine spesialiteter ofte kan operere med lavere priser enn de offentlige sykehusene.

Men er ikke dette bare en fordel? Samfunnet får noen billigere sykehustjenester hos private, mens de offentlige sykehusene kan konsentrere seg om andre og vanskeligere oppgaver? Totalt burde det i tillegg gi bedre behandlingsskapasitet og kortere ventetider for pasientene.

Ved SB-HF er man ikke uten videre enige i en slik beskrivelse. Et sykehus kan ikke ribbes for enkeltoppgaver som andre gjør billigere, uten at dette får konsekvenser for det samlede medisinske tilbudet, blir det påpekt. Og med dagens finansieringssystem vil de private fremstå som effektive og lønnsomme, mens de offentlige sykehusene sitter igjen med problemer og dårlig økonomi. I neste runde kan de offentlige sykehusene bli tvunget til å redusere sitt tilbud for å få ned kostnadene og få balanse i regnskapene. Stilt overfor slike utsikter velger man i stedet å ta opp konkurransen med de private, og leter etter måter å organisere tilbud på som har lavere marginalkostnad enn det de private trenger.

En slik strategi utløser med en gang motstand fra private sykehus, som nå mener at det er de som rammes av at konkurransen ikke foregår på like vilkår. Når de offentlige sykehusene får dekket 40% av sine kostnader gjennom rammeoverføringer, vil de kunne bruke av disse midlene til å dekke felleskostnader og investeringer, infrastruktur og annet. Resultatet blir

at man står igjen med marginalkostnader for bestemte behandlinger som de private ikke kan konkurrere med.

Fra et samfunnsståsted kunne man kanskje fristes til å tro at dette er en konkurranse som er til alles beste. Konkurransen bedrer produktiviteten og presser kostnadene nedover. Problemet er at fokus rettes mot det som er mest lønnsomt, og at kampen for å vinne i konkurransen i seg sjøl krever betydelige ressurser. Ved SB-HF mener man at arbeidet med å styrke posisjonen sin i helsemarkedet så langt ikke har kostet mye i kroner og øre. Det er ansatt en egen markeds konsulent, og det er gjort en del med datasystemer og elektronisk samband mot primærlegene. Markeds konsulenten jobber også for å få primærlegene til i større grad å bruke sykehusets laboratorier i stedet for å benytte private laboratorier. På dette området har man betydelig ledig kapasitet, og en større markedsandel vil styrke sykehusets økonomi.

Det at man foreløpig har hatt relativt lave kostnader til markedsføringsarbeid, må nok ses i sammenheng med at det på de fleste områder har vært ventelister. Når situasjonen endrer seg, slik at det samlet sett er større tilbud enn etterspørsel, vil konkurrentene også måtte trappe opp sin markedsføring. Da kan kostnadene snart bli langt større.

En sterkere konkurranse i sykehusmarkedet vil også skjerpe konfliktene rundt funksjonsfordeling mellom sykehusene. Ved SB-HF ønsker man seg et tettere samarbeid med ett av de mindre sykehusene i nærområdet, fortrinnsvis Kongsberg. En modell som ikke er fremmed for ledelsen ved SB-HF, er at Blefjell HF (med sykehusene i Kongsberg, Notodden og Rjukan) slås sammen med SB-HF, at Rjukan og Notodden legges ned, slik at vi står igjen med to sykehus i stedet for dagens fem – ett i Drammen og ett i Kongsberg. Av disse to skal så SB-HF ha ansvar for alle akuttfunksjoner i området, mens Kongsberg blir en integrert ”underavdeling” som utelukkende jobber med elektive (planlagte) operasjoner og behandlinger. I kombinasjon med et godt utbygd nett av ambulanser og helikoptre mener

man dette skal gi et tilfredsstillende spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen.

Kirurgene skal være ansatt i ett foretak som dekker begge sykehus, og de skal delvis arbeide ved akuttavdelinger i Drammen og delvis med elektiv kirurgi i Kongsberg. Det skal både gi tilstrekkelige faglige utfordringer og en modell som økonomisk sett er konkurransedyktig med alle andre.

Det er denne typen strategitenkning som er det mest direkte resultatet av den nye konkurransesituasjonen innenfor spesialisthelsetjenesten. Igjen ser vi at tanker om sykehusstruktur formes av strategier for å overleve og være lønnsom i et hardere konkurransemarked.

7.3. Kostnadskontroll og lønnsomhet

Den viktigste konsekvensen av foretaksmodellen så langt, er den økte fokuseringen på økonomi og lønnsomhet i sykehusene. På den ene siden handler lønnsomhet om å maksimere inntekter (se avsnittet foran), og på den andre siden om å redusere og ha kontroll med kostnader. I arbeidet med økt kostnadskontroll, og drift innenfor gitte økonomiske rammer, står desentralisering og delegering som de sentrale begrepene i SB-HFs strategi.

Sykehuset er delt inn i åtte klinikker, som hver i sær opererer som egne resultatenheter med en ansvarlig klinikksjef på toppen. Den sentrale ledelsen inngår hvert år en kontrakt med disse sjefene, hvor klinikkens aktivitets- og kvalitetsmål, etc. for kommende års virksomhet er satt opp i mot en avtalt ressursramme. Oppgaven er så å løse produksjonsoppgavene innenfor disse rammene. Det føres løpende regnskaper for driften på hvert enkelt kostnadssted og for hver klinikk. Dersom det ligger an til at rammene brytes, dvs. at kostnadene er større enn tildelt ramme, er det klinikkens oppgave å sette inn tiltak som bringer budsjettet i balanse innen årets utgang. Ledere som ikke makter dette, risikerer å bli fratatt ansvaret og omplassert.

I klinikkene brytes disse avtalene ned på avdelingsnivå, og i neste omgang ofte helt ned på postnivå. Intensjonen er å få opprettet tilsvarende avtaler om produksjon og ressursrammer med avdelingssjefene som de man i dag har med klinikksjefene.

I sykehuset mener man at slik utstrakt desentralisering av økonomisk ansvar ikke kan fungere uten at man lokalt også får tilsvarende mye makt og myndighet. Med unntak av lønnsforhandlinger og en pålagt lojalitet til sentralt inngåtte innkjøpsavtaler, er derfor ansvaret for de aller fleste oppgaver lagt ut til klinikkene. For eksempel er det ledelsen på klinikkene som bestemmer hvor mange ansatte og årsverk det skal være på ulike funksjoner, om det skal opprettes nye stillinger og eventuelt å tilsette nye medarbeidere. Den lokale ledelsen har også ansvar for hvordan driften organiseres og personalet brukes, hva som skal kjøpes inn av forbruksvarer, og hva det ellers skal brukes penger på.

Klinikkene kan ikke bruke tildelte investeringsmidler til å finansiere driften, men de kan bruke eventuelle innsparinger fra driftsbudsjettet til ekstra investeringer.

Den utstrakte desentraliseringen av personalansvaret representerer store utfordringer for ledere som tradisjonelt bare er vant til å tenke medisin og fag. De tillitsvalgte mener det oppstår mange eksempler på uprofesjonell ledelse, og at saker som tidligere var inne i klare rutiner for saksbehandling og medvirkning, nå bare blir banket igjennom.

I den sentrale ledelsen legger man vekt på at det kontinuerlig drives opplæring i personalansvar og ledelse, blant annet med månedlige møter for å skolere og informere lederne om lover og avtaler, nye retningslinjer, osv.

I tillegg til ordinær drift innenfor avtalte rammer pågår det kontinuerlig ulike prosjekter for å få til effektiviseringer og forbedringer av driften. Som ellers i offentlig sektor drives produktivitetsutviklingen stort sett igjennom ved å kutte i budsjettene, og gjennom lansering av stadig nye påbud om innsparinger og effektiviseringer.

Ved SB-HF skal det i løpet av 2003 spares inn 60 millioner kroner. Innsparingsplanen er organisert som et prosjekt hvor hver enkelt klinikk har fått tildelt en bit av målsettingen. På klinikknivå er dette brutt videre ned på avdelings- og postnivå, og til slutt er det omgjort til en liste konkrete tiltak som skal gjennomføres innen gitte frister, og som skal ende med at man er i mål ved årets utløp.

Ved hjelp av et eget økonomistyringsprogram blir iverksetting og effekt av tiltakene løpende registrert, og hos den sentrale ledelsen kan man fra dag til dag følge med i hvordan det utvikler seg i forhold til planer og budsjetter i de enkelte klinikker, avdelinger og poster. De som ikke "leverer" må forklare seg og komme opp med forslag til tiltak som kan bringe dem på riktig spor igjen.

7.4. De ansattes opplevelser

Den sterke fokuseringen på økonomi og budsjettbalanse setter sitt klare preg på hverdagen i sykehuset. "I dag er alle mest opptatt av om vi tjener nok penger på det vi gjør eller ikke". De tillitsvalgte sier at presset oppleves helt ned på avdelingssykepleiernivå. Og det skjerpede personal- og økonomiansvaret har kommet uten at de lokale lederne har tilstrekkelig kompetanse eller fått nødvendig opplæring.

De tillitsvalgte rapporterer også om en rekke eksempler på suboptimalisering (dvs., det som er til beste for en enkelt avdeling, trenger ikke å være til beste for helheten). Alle avdelinger og resultatenheter blir mest opptatt av hva som tjener deres lille bit av helheten.

Driftsansvaret for kjøkkenet er satt ut til forpleiningsselskapet Eurest. Deres overordnede mål er selvsagt å tjene penger på kjøkkendriften, og det gjør de ved å selge mat til sykehusets ulike avdelinger. Eurest har funnet ut at de tjener mest ved å selge pålegg, smør, etc. "i stort". En avdeling som trenger et brett mat til en av sine pasienter, får ikke dette levert med en liten porsjonseske leverpostei, syltetøy, ost, el., slik de ønsker. Eurest har bestemt

at de bare leverer store flerporsjonspakninger. Resultatet er ifølge de tillitsvalgte at det stadig blir kastet unødvendig mye matrester, og at kostnadene for avdelingene blir unødvendig høye. Lokalt kommer det naturlig nok opp forslag om at man burde hatt frihet til å kjøpe inn maten hos andre enn Eurest, dersom de ikke kan levere det som man ønsker. Foreløpige setter sykehusets avtale med Eurest bom for slike løsninger.

De tillitsvalgte nevner også et annet eksempel; - fra driften av sykehusets laboratorium. Også dette er en egen resultatenhet som har pålegg om å drive i balanse. Man har følgelig satt en bestemt pris på alle prøver som laben analyserer, og denne kostnaden faktureres den rekvirerende avdeling. Prøver som er merket ”øyeblikkelig hjelp” (ØH) gis selvsagt prioritet, men er av denne grunn også priset høyest. I helgene er det dyrere å få analysert prøver. Da er det bare de som er kodet ØH som blir analysert, mens de uten slik kode blir tatt over helgen.

Dersom en sykepleier glemmer å merke en prøve ØH i helgen, er datasystemet på laben programmert til ikke å vise at det foreligger en forespørsel om analyse før mandag morgen. Det finnes eksempler på at behandlingen på en avdeling har stoppet opp unødige fordi man går og venter på prøveresultater som ikke kommer. Når resultatene etterlyses, kjenner ikke laben til at det finnes noen prøve. Systemet er laget slik for at de ansatte på laben ikke skal bli fristet til gjøre en analyse som de får ”for lite” betalt for, bare for ”å være greie”.

Disse formene for suboptimalisering er svært typiske for bedrifter eller organisasjoner som innfører systemer med internfakturerings mellom ”uavhengige” resultatenheter. Systemet genererer i seg selv et visst byråkrati, og det utvikler seg raskt kulturer hvor alle er interessert i ”å karre til seg” mest mulig inntekter og å skyve mest mulig kostnader over på andre. Oppgaven med å få det som lønner seg for enkeltdelene også å bli til helhetens beste, er så pass krevende at mange har gått bort fra hele modellen. Den driver også fram krav om at de ulike avdelinger skal få større ”frihet” til å kjøpe inn fra andre enn egen organisasjon, og at de skal få lov til å utvikle et eksternt marked utenom egen organisasjon.

I sykehussammenheng er det grunn til å tro at hovedtrykket fra kostnadssiden kommer til å komme innenfor alle former for støttetjenester, først og fremst de såkalt ikke-medisinske støttetjenestene, men også innenfor de medisinske som laboratorium, røntgen, mikrobiologi, etc.

De ansatte ute på avdelinger og poster merker særlig godt effektene når de ikke-medisinske støttetjenestene skal spare penger. Det gjøres i stor grad gjennom at de reduserer omfanget av sin tjenesteyting; dårligere service og mindre tid i forbindelse med mat, servering, renhold, rydding, lagerhold, transport, osv. I mange tilfeller er dette oppgaver som likevel må gjøres, og resultatet er at de ofte overføres til pleiepersonalet ute på postene. De rapporterer om nye oppgaver og hardere arbeidspress. Salderingsposten blir ofte tiden til pleie og omsorg for pasientene; dvs. dårligere kvalitet og service overfor dem som sykehuset er til for.

Man frykter at denne utviklingen vil forsterke seg dersom konkurranseutsetting og sentralisering av støttetjenester skaper flere interessekonflikter og større avstand mellom de som har ansvar for oppgavene og de som er ute på den enkelte post. Den nærheten og personlige kontakten som fellesorganiseringen i dag gir, vil lett kunne forsvinne.

7.4.1. Mindre medarbeiderinnflytelse

De tillitsvalgte mener foretaksmodellen og den utstrakte desentraliseringen av ansvar og myndighet til klinikknivå har svekket organisasjonenes rolle og innflytelse i sykehuset.

Foretaksmodellen har ført til at sykehusene er flyttet fra det (fylkes) kommunale avtaleområdet til NAVO-området. En av virkningene er at de tillitsvalgte nå er mer eller mindre ute av ansettelsesprosessen. Der hvor man tidligere var representert i ansettelsesråd, og hvor det fantes ankemuligheter dersom man mente det var begått feil, er man nå avspist med en rett til i ettertid å bli informert om hvem klinikkledelsen har ansatt.

Tidligere rett til drøftinger i forbindelse med de fleste personalsaker er avskaffet til fordel for informasjon og fattede vedtak. ”Ofte får vi ikke sakspapirer eller tid til å forberede oss på forhånd, og vi føler at det meste nå koker ned til at vi skal bli informert. Vi har mindre innflytelse enn før”, sier de tillitsvalgte. De forteller om en hel avdeling som ble lagt ned uten at de tillitsvalgte ble tatt med på drøftinger om saken.

Lønnsdannelsen er også flyttet over til NAVO-systemet (arbeidsgiverforeningen for offentlige eide selskaper og foretak), men den lokale delen foregår fortsatt mellom organisasjonene og den sentrale sykehusledelsen. Der forhandles det stort sett om hvordan den sentralt bestemte lønnsrammen skal fordeles mellom ulike grupper og kategorier arbeidstakere. Foreløpig har det bare vært forhandlet på gruppenivå, og fra sykepleiernivå og nedover i organisasjonene har man ikke merket press i retning mer individuell lønnsdannelse eller forsøk på fastsette lønn gjennom direkte forhandlinger mellom ledere og arbeidstakere.

Ledelsen ved sykehuset legger på sin side vekt på at tillitsvalgtrollen nå er endret. I dag trekkes de tillitsvalgte i større grad med i alle prosjekter og prosjektgrupper som arbeider med forbedringer og effektivisering av driften. Om dette er snakk om innflytelse eller nødvendig samarbeid for i det hele tatt å få til gode omstillingsprosesser, er et annet spørsmål.

Innenfor rammene av marked og konkurranse om midler og pasienter, bygges det også om en egen bedriftslojalitet mellom ansatte og ledelse i de ulike sykehus. Man diskuterer hva som må til for å vinne i konkurransen mot andre offentlige eller private sykehus, og man deltar i forsøk som skal øke produksjonen og bedre konkurranseevnen. Om en slik konkurranse og innsats som er til beste for vårt sykehus også er til beste for samfunnet, er det ingen som diskuterer.

7.4.2. Bemanningsutviklingen

De tillitsvalgte gleder seg over at sykehusledelsen i noen sammenhenger har hatt en politikk for å insource tjenester til sykehuset, og foreløpig ikke så mye outsourcing. SB-HF har for eksempel tatt over ansvaret for hele ambulansetjenesten i Buskerud, man har tatt over IT-driften fra fylkeskommunen, og man vurderer å insource vaskeritjenesten. Slike eksempler vil likevel ikke kunne rukke ved at hovedtrenden i årene fremover sannsynligvis vil bli betydelige bemanningsreduksjoner. Og det er først og fremst de ikke-medisinske støttetjenestene som kommer til å rammes.

I 2003 er det, som nevnt, drøye 2 500 årsverk ved SB-HF. Av disse er det ca 240 legeårsverk, ca 780 sykepleierårsverk, ca 320 hjelpepleierårsverk, ca 380 årsverk til sammen av andre helsefaglige grupper, og ca 800 årsverk innen ikke-medisinske støttetjenester.

I løpet av 2003 foregår det et omfattende arbeid i regi av Helse Sør RHF for å kartlegge hvordan alle støttetjenester kan samordnes og effektiviseres. Målsettingen er å redusere kostnadene med rundt 300 millioner kroner pr. år. Det er både snakk om større grad av samkjøring og sentralisering av tjenestene innenfor Helse Sør der det er mulig, og eventuelt å sette ut tjenester til andre dersom det er billigere.

Ledelsen ved SB-HF antyder at det bare for deres del kan bli snakk om å redusere antallet årsverk innenfor de ikke-medisinske støttetjenestene fra dagens 800 til 5-600. Ved dagens innkjøpspraksis foretas det ca 2 500 innkjøp pr. årsverk, mens det teknologisk er fullt mulig å øke dette til 11 000. Med dagens manuelle registreringer i forbindelse med lønn, håndteres det 13-1500 avlønninger pr. årsverk. Med såkalt ”elektronisk datafangst” kan dette økes til ca 8-10 000 kjøring pr. årsverk. Gjennom sterkere samordning med de andre foretakene i Helse Sør regner man med å kunne ta ut store rasjonaliseringsgevinster.

De ansatte opplever naturlig nok dette som en trussel mot arbeidsplassene. På den andre siden er det knapt mulig å kjempe mot slike effektiviseringer, og resultatet blir at den enkelte blir mest opptatt av om de selv fortsatt har en jobb. ”Sykehusene er ikke lenger trygge arbeidsplasser, der vanlige arbeidstakere får fortsette så lenge de ønsker”, oppsummerer de tillitsvalgte.

7.5. Sykehuset Buskerud HF's økonomi

Sykehuset Buskerud HF la fram et årsresultat for 2002 som viste et overskudd på 2,2 millioner kroner. Som for de andre helseforetakene er dette et tall som knapt forteller noe som helst. Den skjønsmessige verdsettingen av eiendeler som departementet påla helseforetakene å benytte, og som for Helse Sørs vedkommende var ca 60% av reell verdi, var videreført etter noenlunde samme nøkkel til foretakene i regionen. Ved SB-HF mener man at regnskapsført verdi er ca 56% av ”riktig” verdi. Det betyr at den verdien av eiendelene som er oppgitt i SB-HFs regnskap (ca. 978 mill. kr. pr. 01.01.02), egentlig skulle vært ca 1 746 mill. kroner.

Avskrivningene ville i så fall vært tilsvarende høyere, - 118 mill. kr. i stedet for 72 mill. kr. Hvis vi også trekker ut et den delen av investeringstilskuddet (på ca. 59 mill. kr.) som ikke føres mot en tilsvarende avskrivning for 2002, kommer vi til at det hadde vært mer dekkende å rapportere et resultat på ca. - 115 mill. kr.

For 2003 arbeider man ut i fra et budsjett med innsparing av 60-70 mill. kr., mens det skal spares ytterligere 100 mill. kr. i 2004. Dette mener man skal føre driften ved sykehuset i balanse. Det er Helsedepartementets fastsetting av regler for avskrivninger og føring av investeringstilskudd som kommer til å avgjøre hva de offisielle årsresultater kommer til å bli.

I helseforetakene sukker man over at alle forsøk på å oppnå akseptable økonomiske resultater blir nøytralisert av overraskende vedtak fra departementets side, ofte midt i budsjettåret. Det kan enten være reglene for

regnskapsføring, eller betalingen pr. produserte DRG-poeng. I mai 2003 ga man for eksempel beskjed om at opptjente inntekter i 2002 ikke ville bli utbetalt fullt ut (jfr. avsnittet om DRG-trikset), og at prisen pr. DRG-poeng i 2003 vil bli redusert med 1000 kr.

Spareprogrammet for 2003 innebærer ingen dramatiske omlegginger eller nedlegging av aktiviteter. Hovedgrepene, som skal gjennomføres i alle deler av sykehuset, kan deles i noen hovedkategorier: Man skal få ned personalkostnadene noe ved å holde ubesatte stillinger vakante og ved å leie inn færre vikarer, man skal bli mer kostnadsbevisste i forbindelse med innkjøp, foreta en del nyinvesteringer som skal føre til reduserte kostnader, og øke DRG-inntektene som følge av større produksjon og ”mer riktig” koding.

(Som det fremgår fra andre deler av denne rapporten, kan myndighetene lett nøytralisere effekten av slike strategier ved når som helst ”å endre spille-reglene”).

Som nevnt tidligere satser man på å få opp DRG-inntektene ved å redusere antall innleggelser og øke omfanget av dagkirurgi og polikliniske konsultasjoner.

7.6. Ventetider

SB-HF er også svært opptatt av å markere seg sterkt i forhold til ventetid som suksesskriterium. Hele sykehus-Norge har (særlig siden høsten 2002) rapportert om til dels formidable kutt i ventetidene, og dette brukes for alt det er verdt av dem som vil vise hvor vellykket foretaksreformen har vært. ”Produksjonen har gått opp og ventetidene har gått ned”, er hovedbudskapet.

Ved SB-HF har ventetidene gått ned fra 127 dager i gjennomsnitt i 2001 til 85 dager i 2002. Administrerende direktør Erik Normann opplyser til oss at

nesten hele denne forbedringen kommer som et resultat av at man har ryddet opp i ventelistene. For eksempel viste det seg at ingen av de 100 som ifølge listene hadde ventet på behandling i mer enn fire år, var reelle.

”En skikkelig gjennomgang og opprydding i ventelistene var et av flere klare formål med sykehusreformen. Sånn sett kan en si at forbedringen er et resultat av reformen. Men i det daglige gjør vi ikke så mye annerledes nå i forhold til tidligere”, sier Normann.

7.7. Større omlegginger kommer

Vi nevnte at det foregår mange diskusjoner om endringer i fremtidig funksjonsfordelinger mellom sykehusene i Buskerud. Det gir et forvarsel om at det vil komme mange store saker om sykehusnedleggelse og sentralisering i de nærmeste årene. Men dersom planene om balanse i sykehusbudsjettene innen utgangen av 2004 skal ha noen som helst sjanse til å lykkes, må det komme langt mer dramatiske forslag til innsparinger for 2004 enn 2003. Handlingsrommet for østehøvelprinsippet er mer enn oppbrukt.

En annen måte å bedre effektiviteten på, er å redusere liggetidene ytterligere. Offentlig statistikk viser at liggetidene har vært på tur ned i årevis, og nå planlegges det for å redusere dem enda mer.

Ved SB-HF diskuterer man med kommunene å integrere sykehjemstjenesten i foretakene. Som et forsøk har man inngått avtale med Drammen kommune om å ta over driften av ett av deres sykehjem fra 1. januar 2004.

Tanken er å etablere noe man kaller ”1 _-linjetjeneste” – et sted i mellom førstelinjetjenesten i kommunene og andrelinjetjenesten i sykehus, mv. Det blir et sykehjem med mer medisinsk ekspertise enn det som er vanlig i dag, men uten sykehusets fullskala medisinske behandlingstilbud. Slik ønsker man å bidra til å løse problemet med pasienter som egentlig er ferdig-

behandlet på sykehuset, men som ennå ikke er sterke nok til å takle en situasjon i hjemmet, eller det tilbudet hjemkommunen har, ennå. På denne måten skal man redusere antall liggedøgn på sykehuset og spare penger

Dette er et forsøk på å ta et konkret skritt videre innenfor et prosjekt som har vært omtalt og diskutert i helsevesenet over forholdsvis lang tid – såkalt ”sømløs helsetjeneste”, opplyser ledelsen ved sykehuset. Med å ta sykehjemmet inn i foretaket mener man å legge til rette for et samarbeid som kan åpne for en mer planmessig desentralisering av kompetanse. I dag oppfattes det som mye mer interessant for medisinsk fagpersonale å jobbe i sykehus framfor i sykehjem. Med ansettelse i foretak med begge deler i samme organisasjon kan riktig personale løpende bli dirigert til riktig sted.

7.8. Krav om lojalitet fra ansatte

Den nye konkurransesituasjonen i helsemarkedet gjorde at alle regionale helseforetak vedtok nye regler for medarbeidernes arbeid for andre arbeidsgivere i løpet av våren 2003. Det gjaldt også Helse Sør RHF, og dermed SB-HF. Konsekvensene ble at leger og andre sykehusansatte nå har begrenset adgang til å arbeide i konkurrerende virksomheter. Leger kan ikke eie aksjer i konkurrerende foretak, og de kan bare arbeide der dersom ledelsen hos hovedarbeidsgiver har godkjent det.

Tidligere fikk legene ved sykehuset låne lokaler og utstyr for å drive privat praksis utenfor egen arbeidstid. Dette er det nå mer eller mindre slutt på. Dersom det finnes et marked for ytterligere tjenester som lett kan løses, prøver sykehuset å utvide egen aktivitet og sikre seg disse inntektene selv.

8. Sykehusreformen - suksess eller fiasko?

8.1. Helsereformen på rett vei?

På en konferanse for helsepersonell i Helse Midt-Norge i mars 2003 svarte helseminister Dagfinn Høybråten følgende på spørsmålet om ”reformen er på rett vei?”:

”Ja, vi er på rett vei, og vi nådde i all hovedsak de målene som var satt for det første året i reformen. Dette vil jeg kort begrunne i de følgende fire hovedpunkter (her er bare overskriftene tatt med, vår anmerkning):

- 1. For det første: Ventelister og ventetider er redusert*
- 2. Dernest: Overbelegg og korridorpasienter er redusert*
- 3. For det tredje: Brukermedvirkning, åpenhet og pasientrettigheter er mer systematisert og fokusert*
- 4. Det siste og fjerde hovedpoenget er: Vi har iverksatt tiltak for effektivisering og bedret kostnadskontroll.”*

(Fra Helsedepartementets hjemmeside, ”Helse-Norge – status og veien videre”).

Dette er den offisielle oppsummeringen, som myndighetene og ledelsen i helseforetakene legger stor vekt på å formidle til offentligheten.

Som det framgår av denne rapporten, finnes det sterke grunner til å stille kritiske spørsmålstegn ved mange sider av denne oppsummeringen.

Men diskusjonen bør egentlig skilles i to ulike deler:

En ting er om reformen har vært vellykket så langt – vurdert på sine egne premisser? Helseministeren mener ja, mens denne rapporten dokumenterer at bildet er langt mer sammensatt.

Et viktigere spørsmål er om reformens bidrag til å gjøre om sykehusdrift fra forvaltning til marked har vært et samfunnstjenlig grep? Regjeringen, og flertallet på Stortinget, mener at svaret også på dette spørsmålet er ja. Vi mener allerede å kunne dokumentere at en rekke av de negative konsekvensene som markedsmodeller på helseområdet har medført i andre land hvor det har vært forsøkt, nå også er synlige i Norge.

I det følgende skal vi se nærmere både på punktene i helseministerens oppsummering, samt fokusere på de problemer markedsmodellen allerede har ført oss opp i.

8.1.2. Flere behandles i sykehusene, ventetiden går ned og ventelistene blir kortere. Men hvorfor?

Mens konsekvensene av markedsomleggingen og de pågående strukturendringene i sykehussektoren konsekvent underkommuniseres og bagatelliseres, benytter altså både regjeringen og deler av opposisjonen (AP og Frp) enhver anledning til å fremstille sykehusreformen som en suksess. Suksesskriteriene er at det nå behandles flere pasienter i norske sykehus enn noen gang, og at ventetider og ventelister har blitt kortere. Her gjelder det åpenbart å satse på at ”det er resultatene som teller for folk flest”, og at all systemkritikk kan nøytraliseres under henvisning til den kjente Deng Xiao Ping-tesen om at ”det spiller ingen rolle om katten er grå eller svart, bare den fanger mus”.

I dette kapitlet skal vi se litt nærmere på utviklingen i behandlingsskapitet og ventelister. I skrivende stund foreligger ikke den såkalte Samdata-rapporten for 2002 fra Sintef/Unimed, hvor blant annet produktivitets-

utviklingen i sykehussektoren analyseres. Det betyr at vi må basere våre konklusjoner på et ufullstendig tallmateriale, og at det derfor er knyttet usikkerhet til dem.

I tillegg har vi det tilbakevendende problemet med å skille ut hvilken del av utviklingen som kan skyldes sykehusreformen og hva som eventuelt skyldes andre forhold.

a. Flere pasienter behandles

Norsk Pasientregister (NPR) publiserer jevnlig tall for aktivitetsutviklingen i de somatiske sykehusene. I juli 2003 la man ut tall for perioden 1. tertial 2002 til 1. tertial 2003 (jfr. pressemelding fra NPR av 11. juni 2003, www.npr.no).

De viste at antall opphold i norske sykehus var 8,2% høyere de fire første månedene i 2003 enn for tilsvarende periode i 2002. Delvis skyldtes denne økningen en sterk vekst i antall opphold ved private institusjoner. Når man korrigerer for veksten hos private, ble det behandlet 6,7% flere i de offentlige sykehusene i 1. tertial 2003 enn i 1. tertial 2002.

Denne veksten skiller seg ikke mye fra veksten fra 2000 til 2001, og fra 2001 til 2002. Ifølge den samme pressemeldingen var samlet vekst i 2001 på 6,1% og i 2002 på 4,9%.

Vi ser at veksten i antall sykehusopphold de to siste årene før sykehusreformen bare lå marginalt under veksten fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2003. Når tallene splittes opp i de to kategoriene ”heldøgnsopphold” og ”dagbehandlinger”, viser det seg at mesteparten av veksten har skjedd i kategorien ”dagbehandlinger” i alle de tre siste årene. (”Dagbehandlinger” er summen av ”dagopphold innlagte” og ”dagbehandling poliklinikk”).

Antall heldøgnsopphold økte med hhv 4,4% i 2001, 2,3% i 2002 og 3,7% det siste året fram til mai 2003. Korrigerer man for at antall heldøgnsopphold i private sykehus ble nesten doblet det siste året (92%), var veksten i heldøgnsopphold i offentlige sykehus mellom 2,5-3% fra 1. tertial 2002 til 1. tertial 2003.

Den tilsvarende økningen i dagbehandlinger (i offentlige og private sykehus) var hhv 10,3%, 10,6% og 17-18% de tre årene. (Ut i fra pressemeldingen er det ikke mulig å fastslå eksakt hvor står andel av totalen dagbehandlinger hos private utgjør, men de økte klart mest).

Spørsmålet er så om veksten i antall behandlinger i 2002 og hittil i 2003 kan tilskrives effekter av sykehusreformen? Det er i seg selv et svært komplisert spørsmål. Men et sentralt element i en slik analyse må bli om reformen har ført til endringer i drift og organisering som har økt behandlingsskapasiteten innenfor gitte budsjetttrammer. Alternativt kan jo vekst i antall behandlinger skyldes at man har fått mer penger til å finansiere økt aktivitet.

For året 2001 viser Samdata-tall (jfr. pressemelding av 18. desember 2002, [www. Sintef.no](http://www.Sintef.no)) at økningen i antall behandlinger stort sett ble motsvart av en tilsvarende økning i bevilgningene til sykehussektoren. Det hadde med andre ord ikke funnet sted noen produktivitetsvekst i sykehusene dette året. Tallene for 2000 viste derimot en viss produktivitetsvekst.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (se SSB-pressemelding av 27. mai 2003) viste at kostnadene i de somatiske sykehusene steg med 8% i 2002 i forhold til året før. Lønnskostnadene (som utgjør 70% av driftskostnadene ved sykehusene) økte med 5% i 2002, men det skyldtes delvis at antall årsverk økte med 3,3% (fra 59 406 til 61 400).

Aktivitetsveksten i 2002 skyldes med andre ord også denne gangen at kapasiteten er bygd ut og pengebruken er økt. Når tallene fra Samdata 2002 blir offentliggjort i september 2003, vil man kunne se om det i tillegg skjedde en viss produktivitetsvekst dette året. Det neste spørsmålet blir om en slik vekst eventuelt kan skyldes effekter av sykehusreformen?

Som gjennomgangen her viser, har den sterkeste veksten i antall sykehusopphold de siste årene skjedd innenfor kategorien ”dagbehandlinger”. Det er rimelig å tro at denne utviklingen både skyldes utviklingen av ny, medisinsk

teknologi og virkningen av gjeldende finansieringsmodell. Finansieringen av poliklinisk behandling er i sin helhet aktivitetsbasert. Det betyr at jo mer som kan utføres poliklinisk, dess mer vil sykehuset kunne øke sine inntekter ut over tildelte budsjettammer.

Den aktuelle debatten sommeren 2003, i kjølvannet av at Helsedepartementet hadde sendt ut sitt ”reviderte styringsdokument” og pålagt sykehusene å redusere aktiviteten resten av året, viser til fulle at aktivitetsnivået først og fremst handler om bevilgninger. Det er fullt mulig for sykehusene å øke antall behandlinger dersom bevilgningene økes og kapasiteten bygges ut. Og med mer penger vil finansieringsmodellen til en viss grad styre hvor veksten kommer.

Sykehusreformen presser sykehusene til å ha sterkere fokus på lønnsomhet. Med dagens finansieringsmodell vil sykehusøkonomien styrkes blant annet ved å utføre flere behandlinger poliklinisk. Det er derfor rimelig å anta at reformen har forsterket den kraftige veksten i andelen poliklinisk dagbehandling.

Men siden finansieringsmodellen (som blant annet bestemmer hvor stor del av inntektene som er aktivitetsbaserte og hvilke behandlinger dette omfatter) ikke er direkte koplet til foretaksmodellen, opplevde man en sterk vekst i andelen dagbehandlinger også før sykehusreformen trådte i kraft. Utviklingen i medisinsk teknologi spiller også inn.

Hovedkonklusjonen blir at den økningen vi har sett i antall behandlinger (opphold) ved de somatiske sykehusene de siste årene, i all hovedsak skyldes at man har brukt mer penger og (delvis) brukt dette til å utvide kapasiteten (blant annet øke antall ansatte).

Foretaksmodellen har sannsynligvis forsterket den store satsingen på polikliniske behandlinger (som stykkprisfinansieres), men her er nok finansieringsmodell og teknologi like viktige drivkrefter.

Alt i alt er det derfor knapt nok saklige grunner til å ta aktivitetsveksten i de somatiske sykehusene til inntekt for sykehusreformen, slik mange politikere ser ut til å gjøre.

b. Kortere ventelister

I løpet av det siste året har vi med jevne mellomrom blitt servert nærmest triumfpregede rapporter fra sykehusbyråkrater og politikere om den positive utviklingen med kortere ventelister og ventetider. Dette er kanskje den mest fokuserte suksessfaktoren som man prøver å lime på sykehusreformen.

Ved nærmere ettersyn viser det seg at også dette er en sterkt oppskrytt ”fortjeneste”, som knapt nok har noe med sykehusreformen å gjøre. Når gjennomgangen foran viste at en forholdsvis jevn, men ikke altfor sterk vekst i antall behandlinger først og fremst skyldes større bevilgninger og økt kapasitet, kan ikke sykehusene plutselig ha gjort store innhogg i ventelistene og i tillegg ha tatt unna det løpende behovet for sykehustjenester. I så fall måtte produksjonstallene ha vist et mye sterkere hopp fra 2002 og framover.

Det er riktig at antallet personer som står på venteliste for sykehusbehandling har blitt færre. Det fremgår blant annet av figuren nedenfor, hentet fra hjemmesiden til Helse Midt-Norge.

Vi ser at det skjedde en kraftig reduksjon i antallet på ventelister i 2002 (først og fremst i Helse Midt, -Sør og -Øst), men denne utviklingen var også i godt i gang i 2001.

Hva skjedde så i 2002? *Jo, først og fremst en stor opprydding og kvalitetssikring i gamle lister, som viste seg å være fulle av feil!*

Styret for Helse Midt-Norge omtaler dette forholdet i sin årsberetning for 2002. Der vises det til en gjennomgang som forskere ved Norsk Pasientregister (NPR) gjennomførte i 2002, som viste at listene var fulle av personer som enten hadde fått behandling uten at dette var registrert, som var blitt friske eller som ikke lenger ønsket behandling, eller som var døde. I tillegg var mange ført opp på ventelister ved flere sykehus samtidig, slik at de ble telt flere ganger.

Nå kan det selvsagt hevdes at denne oppryddingen ble fremskyndet og drevet fram av sykehusreformen. Men det skal godt gjøres å hevde at noe

tilsvarende ikke kunne ha skjedd under den tidligere forvaltningsmodellen. Forklaringen kan nok heller ligge i at sykehusene tidligere ”trengte” lange ventelister i kampen om større bevilgninger, mens man under dagens modell ”trenger” reduserte ventelister for å ha en passende suksess å vise til. Helseministeren formulerte det slik i sitt foredrag til Helse Midt-Norge:

”.. ledere rundt om i helseforetakene begynner å innse at det ikke nytter å vise til lange ventetider for å få ressurser. Tvert om, det er de som er i stand til å levere og som gjør det, som skal merke det, også gjennom ressurstilgang”.

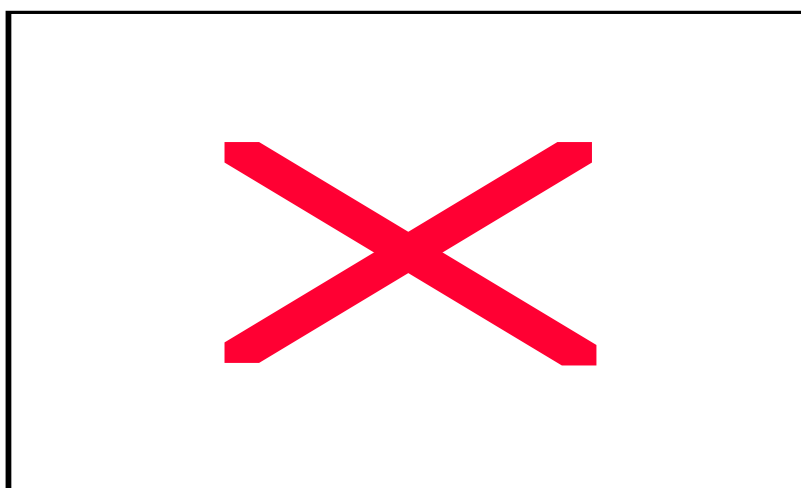
Som det fremgår av figuren under, var reduksjonen i antallet på ventelister noenlunde den samme i 2001 som i første del av 2003. (Sannsynligvis har ventelistene i Helse Nord og –Vest hatt bedre kvalitet, siden det sterke fallet i 2002 ikke registreres her).

Det ekstraordinære fallet i 2002 (i tre regioner) må i derfor hovedsak tilskrives oppryddingen i listene.

For øvrig er det et mønster i utviklingen (se figuren) som indikerer at det er den gradvise økningen i produksjonen i sykehusene (+ 6,1% i 2001, + 4,9% i 2002 og + 6,7% pr. 1.tertial 2003) som mest bidrar til reduserte ventelister. Den såkalte ”utenlandsmilliarden”, som har gjort det mulig å kjøpe helsetjenester utenlands, har sannsynligvis også bidratt.

Men som figuren også viser; på landsbasis er det fortsatt ca 200 000 personer som pr. 1. mai 2003 står på venteliste for behandling i sykehus.

Figur 1:



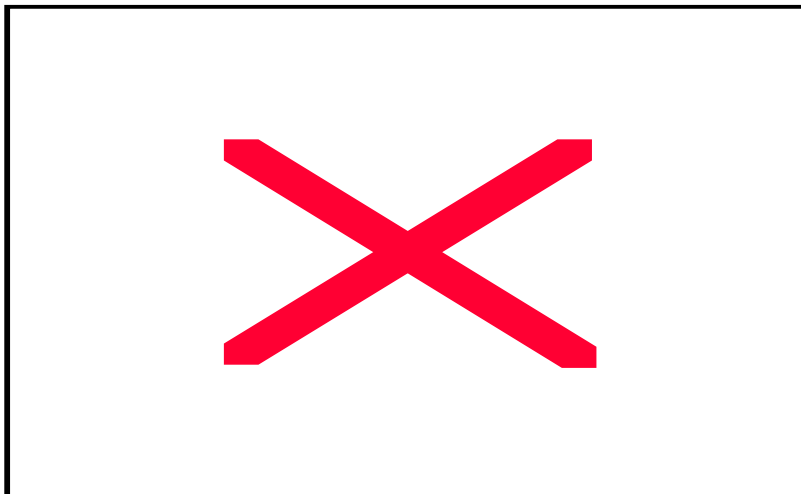
a. Kortere ventetider

Den sterke nedgangen i gjennomsnittlige ventetider (se figur 2) er også en direkte følge av oppryddingen i listene. Så snart man fikk luket ut de som ikke skulle være der, og særlig siden mange av de som stod oppført med ventetid over 4 år viste seg å være feil (i HF Buskerud var at alle i denne kategorien var feil), ble resultatet at gjennomsnittet falt betydelig.

I tillegg har nok den sterke fokuseringen på å få ned ventetiden ført til at de som har ventet lenge har blitt prioritert og fått tilbud om behandling hos private.

Gjennomsnittlig ventetid ligger nå mellom 100 og 200 dager i de fem helseregionene. Det er en nedgang fra mellom 180 og 320 dager i 2001. Ventetiden er lengst i Helse Nord og Helse Midt-Norge, mens den er kortest i Helse Øst og Helse Sør.

Figur 2:



8.1.3 Brukermedvirkning og åpenhet

I tilknytning til de regionale helseforetakene har det blitt opprettet kontaktutvalg med brukerorganisasjoner og pasientinteresser. Fra mange hold har dette blitt hilst velkommen, og man mener at tiltaket har representert en klar forbedring i forhold til de forholdene som var i helsevesenet tidligere. Det er bra. Men er dette nok til å kunne slå fast at ”brukermedvirkning, åpenhet og pasientrettigheter har blitt mer systematisert og fokusert”, slik helseministeren oppsummerte det? Selvsagt er bildet mer sammensatt, og det er slett ikke sikkert at det er grunnlag for å oppsummere art hovedtrenden har vært positiv. Brukere og ulike interesseorganisasjoner har for eksempel hatt minimal innflytelse i forbindelse med de avgjørende diskusjonene om fremtidig sykehusstruktur. Hele reformen preges av at viktige beslutninger er tatt ut av den politiske sfæren og over i såkalt ”profesjonelle” foretaksstyrer.

I august 2003 offentliggjorde Departementet at man nå pålegger de regionale helseforetakene å gjennomføre åpne styremøter. Som vist i andre deler av denne rapporten, har flere styrer lenge prøvd å skjerme seg fra befolkningens engasjement i forbindelse med strukturendringer og nedlegging av sykehus. Nå skal man tvinges til større åpenhet. Det gjenstår å se om dette vil medføre reelle endringer i forhold til befolkningens innsikt og innflytelse i de prosesser som pågår. De konkrete retningslinjene vil bli avgjørende for hvilke saker som skal styrebehandles i åpenhet, og disse er det opp til RHF-ene selv å utforme. Faren er også tilstede for at den reelle saksbehandlingen blir tatt ut av styrerommene og inn i lukkede fora hvor alt blir bestemt på forhånd. Den offentlige delen av styremøtene reduseres til dårlig teater.

Alle helseforetak har opprettet egne informasjonsavdelinger for å håndtere ekstern og intern informasjon. Erfaringene fra arbeidet med denne rapporten viser at det er langt igjen før foretakene oppfyller normale krav til åpenhet og service overfor eksterne interessenter. Det har for eksempel vist seg svært vanskelig å få ut informasjon om regnskaper og beregninger i forhold

til økonomi og planer i de regionale foretakene. Enten har henvendelsene ikke blitt besvart i det hele tatt, eller det har kommet ”god dag – mann - økseksaft”-svar etter noen uker.

Men hovedpoenget med sykehusreformen er ikke at den skaper mer demokrati i helsevesenet. Heller tvert i mot. En rapport fra OECD (Distributed Public Governance: Agencies, authorities and other government bodies, 2002) fokuserer på en del av alvorlige demokratiproblemer som politikken med fristilling og foretaksorganisering har skapt, og oppsummerer at man nå kan se tendenser i flere land til at denne utviklingen er i ferd med å bli reversert. Det blir tydeligere og tydeligere at omgjøring av offentlige etater til bedrifter blant annet skaper betydelige demokratiske problemer. Modellen gjør det kort og godt vanskeligere for politikerne å styre, og de må se på at utviklingen i stor grad blir overlatt til profesjoner og til markedet.

Professor Noralv Veggeland ved Høgskolen på Lillehammer omtaler OECD-rapporten i en artikkel i Aftenposten 29. juli 2003. Han oversetter konklusjonen i rapporten på denne måten:

”Regjeringene har oppdaget at å styre de uavhengige institusjonene på avstand og i en svak politisk situasjon, har skapt en rekke spesielle problemer, knyttet til folks tillit, demokrati og politisk kontroll. Politiske prosesser er derfor satt i gang for å forbedre innsynet i de offentlige tjenesteforetakene, og for å oppnå bedre kontroll og koordinering.”

Veggeland viser videre til at OECD-rapporten kommer med forslag til fem særlige tiltak og konklusjoner for å bedre den demokratiske kontrollen med fristilte foretak:

1 . ”Offentlighetsloven revideres og tilpasses den nye styringsformen. Dette for å oppnå bedre innsyn og åpenhet i

institusjonenes arbeid og funksjoner, og for å skape balanse mellom tillit, demokrati og økonomisk effektivitet.

2. *Styringskapasiteten til folkevalgte organer styrkes på alle nivåer for å motvirke utfoldelse av snevre sektor- og profesjonsinteresser, og som ledd i kampen mot det økende demokratiske underskuddet.*
3. *Institusjonenes organisatoriske struktur som er mangfoldig og med ulike særlovstilknytninger, utformes i større grad mer enhetlig. Prinsippene er mer slik vi kjenner dem fra tradisjonell offentlig forvaltning. Hensikten er å gjøre tilsyns- og kontrollfunksjonene enklere.*
4. *Det tidligere miskjente planverktøyet tas i større grad i bruk igjen på de ulike forvaltningsnivåene. Dette for å motvirke mangelfull koordinering og voksende transaksjonskostnader som følge av mange uavhengige og konkurrerende aktører.*
5. *Organisatorisk fristilling innen offentlig tjenesteyting oppfattes ikke lenger som fornyelsestiltak. Tilbakeføring til tradisjonell forvaltning er blitt en mer aktuell politikk”.*

Noralv Veggeland påpeker at Norge kom senere i gang med fristillingspolitikken enn mange andre europeiske land, men at vi ”så kom med i ekstrem grad”. Og nå akselereres det enda mer på et tidspunkt hvor man i andre land er i ferd med å snu. I artikkelen stiller han derfor følgende spørsmål:

”Det sentrale spørsmålet er derfor om Norge også denne gangen kommer i gang om noen år med den nye OECD-trenden, med forsterkning av demokrati på alle forvaltningsnivåer, offentlig planlegging og mindre konkurranseutsetting av tjenester. Eller kommer regjeringen til å holde fast på en foreldet politikk når den fornyer offentlig sektor som et høyt prioritert politikkområde?”

Veggeland har også drøftet demokratiproblemet i forhold til sykehusreformen spesielt. I en kronikk fra februar 2003 (Aftenposten 10.02.03:

Helsevesenet unndras offentlig innsyn) hevder han at ”mangelfullt offentlig innsyn begrenset lokal innflytelse og favorisering av spesialistveldet kan komme til å prege de nye helseforetak – fordi lover og regelverk tillater det”. Det må sies å være en ganske treffsikker analyse, når vi jamfører med det som har skjedd i blant annet Helse Nord og Helse Vest våren og sommeren 2003.

8.1.4. Effektivisering og bedret kostnadskontroll

Til tross for helseministerens oppsummeringer, synes det vanskelig å verifisere påstanden om at sykehusreformen har ført til bedre effektivitet og kostnadskontroll. Som gjennomgangen av internasjonale erfaringer viste (se kap. 3), er oppsummeringen at forsøkene på å etablere markedsforhold i sykehussektoren ikke har ført til lavere kostnader i andre land. Gjennomgangen av den aktuelle økonomiske situasjonen i norske sykehus (se kap. 4) tyder heller ikke på at dette er tilfelle her, for å si det mildt.

Det gjøres selvsagt mye i foretakene for å styrke kostnadskontrollen, og som materialet fra Sykehuset Buskerud HF viste (se kap. 7), stilles det strenge krav til budsjett disiplin langt nedover i organisasjonen. Men inntrykket er at kostnadene, som for mer enn 70% dreier seg om lønnskostnader, er ekstremt aktivitetsavhengige. Det er vanskelig å øke aktiviteten uten å øke timeverksforbruket, og det er vanskelig å senke kostnadene uten å redusere bemanningen.

På noen områder har man forventninger om at en sterkere samordning skal gi reduserte kostnader. Opplegget for å samordne innkjøpene til alle norske sykehus (en sentral innkjøpssentral er etablert) vil forhåpentligvis gi betydelige besparelser, og er helt klart et fornuftig tiltak.

Den aktuelle situasjonen, hvor ingen ting tyder på at kostnadene er under kontroll i helseforetakene, kan føre til at langt flere tjenester – og da særlig både medisinske og ikke-medisinske støttetjenester - kommer til å bli

konkurransutsatt og eventuelt outsourcet. I første runde virker det som om RHF-ene har lagt seg på ei linje hvor potensialet for interne besparelser skal kartlegges og utnyttes fullt ut før det er aktuelt å sette tjenester bort til andre (jfr. blant annet et prinsippvedtak om dette i Helse Sør). Men etter hvert som presset fra kravet om budsjettbalanse fra 2004 melder seg med full tyngde, er det grunn til å tro at outsourcingsspørsmålet vil komme høyere på dagsordenen.

Men foretaksmodellen har også i seg sider som kan bli direkte kostnadsdrivende. Dersom stykkprisfinansieringen gjør at det lønner seg mest å behandle mange, står en i fare for å akselerere den såkalte ”svingdørsproblematikken”. Pasienter blir skrevet ut for tidlig, eller man unnlater å behandle annet enn det som er spesifisert som hoveddiagnose, fordi det er penger å tjene på en re-innleggelse. Det finnes ikke forskning som underbygger at dette er et stort problem i dag, men det er ingen tvil om at systemet i seg selv inviterer til det.

Det har allerede vært eksempler på at sykehus har begynt å avvertere etter pasienter for å fylle opp ledig kapasitet. I det nevnte foredraget til helseministeren viste han til at Ringerike, Bærum og Gjøvik sykehus vinteren 2003 annonserte etter pasienter for spesifikke tilbud. Fra flere hold (blant annet Senter for Helseadministrasjon, UiO) har det kommet analyser som konkluderer med at det fremover vil bli manko på pasienter innenfor stadig nye behandlingsformer.

Når sykehusene skal svare på denne situasjonen med å bruke stadig mer ressurser til markedsføring og ”sminking” for å gjøre seg attraktive og konkurransedyktige, kan virkningene bli at kostnadene drives opp.

Foretaksmodellen ser heller ikke ut til å ha den forventete effekten i forhold til enklere og mer effektiv administrasjon. I forbindelse med innføringen av sykehusreformen i januar 2002 sendte helseminister Dagfinn Høybråten ut en pressemelding hvor det blant annet het:

”Noen har hevdet at sykehusreformen bare fører til et stort nytt byråkrati. Det er ikke riktig. Det er ingen tvil om at det administrative nivået nå blir slankere enn i fylkeskommunens tid. Fylkeskommunene meldte inn over 1000 arbeidstakere (ca 700 årsverk) som primært arbeidet med å administrere sykehusene og som de nye helseforetakene har overtatt arbeidsgiveransvaret for. De fem regionale helseforetakene, som er det sammenlignbare nivået, vil ha rundt 200 ansatte”.

I arbeidet med denne rapporten har det vist seg svært vanskelig å få fram sammenlignbare tall for antall årsverk i dagens sykehusadministrasjon i forhold til i den tidligere forvaltningsmodellen. Alle skylder på at tallene ikke er sammenlignbare, og man er svært tilbakeholdne med å slippe dem ut. Men vi vet at oppgaver i større grad er flyttet fra fylkeskommunene og ut i de enkelte sykehus-foretakene enn til RHF-ene, og den offentlige statistikken viser at det totalt sett blir stadig flere ansatte innenfor administrasjonen i sykehusene.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser det helt motsatte bildet av det helseministeren hevdet. I et oppslag i Aftenposten 28. mai 2003 (”Stadig flere uten hvit frakk”) het det:

”På fem år har antallet byråkrater ved norske sykehus økt tre ganger så raskt som antall leger og sykepleiere. Bare i fjor, etter at sykehusreformen ble innført, vokste antallet kontoransatte med 10 prosent.

... Resultatet ble 800 flere ansatte registrert som administrasjons- og kontorpersonell ved sykehusene, ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB)”.

Vi vet også at ”direktør-faktoren” i helseforetakene har blitt ganske høy, og at lønnsnivået på toppen er skrudd kraftig opp. Dette er både med på å drive opp årsverkkostnadene og det må forventes at også driver opp størrelsen på den administrative bemanningen. Direktørene skal ha sine staber. I den nevnte Aftenposten-artikkelen kom professor Terje P. Hagen med følgende, forsøksvise forklaring på økningen i administrativt personell:

”De siste årene har sykehusene delegert ansvar for budsjett og personell ned til avdelingsnivå. Det har ført til flere administrativt ansatte på avdelingsnivå. Men dette har ikke ført til færre administratorer på høyt nivå i sykehusene. Heller tvert i mot.

... Ved de store sykehusene er det blitt bygd opp analysekapasitet innenfor økonomi og pasientstatistikk. Dette har også økt antall personer som sitter på kontor og som ikke inngår i pasientbehandlingen.”

Konklusjonen på denne gjennomgangen blir at politikerne i beste fall feilinformerer, når de skal begrunne at sykehusreformen har vært en suksess så langt. Det behandles mer først og fremst fordi det brukes mer ressurser enn forutsatt, - det er økt behandlingsskapasitet og oppryddingen i feilregistreringer som reduserer ventelistene, - til tross for oppretting av brukerutvalg m.v. er det demokratiproblemene som preger dagens foretaksmodell, og verken byråkratiet eller økonomiproblemene har blitt mindre etter at reformen ble innført.

8.2. Nærmere om Hagen-utvalgets finansieringsmodell

Hagen-utvalget (se også kap. 2) hadde som mandat å foreslå en fremtidig finansieringsmodell som ”understøtter styringsmodellen og den etablerte rolle- og ansvarsfordeling i spesialisthelsetjenesten” (NOU 2003:1, s. 13). Det gjorde at utvalget, i tillegg til at de la foretaksmodellen til grunn for sine anbefalinger, også baserte seg på at systemet med fritt sykehusvalg ville bli etablert. En viktig del av denne reformen var som nevnt at pasientene har krav på en individuell behandlingssgaranti.

Utvalget drøfter ikke hvordan deres forslag om et tak på bevilgningene til RHF-ene (som følger av modellens punkt 1 og 2, se kap. 2 , s) lar seg

kombinere med denne behandlingsgarantien. Hva skjer den dagen pengene er brukt opp og det fortsatt finnes pasienter som har juridisk rett til behandling?

Utvalget er inne på de ”vridningsproblemer” som et system med 100% stykkprisfinansiering må antas å medføre. Sykehusene vil tjene mest på å rette ressursene sine inn mot den produksjonen som systemet belønner best, mens områder som psykiatri, habilitering av funksjonshemmede, utdanning og forskning vil kunne bli taperne. Men når dette kommenteres av utvalgsleder Hagen og hans kollega Kaarbøe i en artikkel i tidsskriftet Økonomisk Forum (nr. 1/2003, s. 9), er konklusjonen at ”dette er problemer som kan håndteres”, og at det er viktigere ”å ta vare på de gode elementene i ISF”.

Måten man tenker seg å håndtere problemet på, er å legge inn at sykehusene ikke skal få betalt for lønnsom ”ekstraproduksjon” før målene på eventuelt utsatte områder (som for eksempel psykiatri og habilitering) er nådd. (Jfr. pkt. 6 ovenfor).

Men hva om tildelte ressurser ikke gjør det mulig å nå alle mål? Ved knappe ressurser og såkalt ”harde budsjettsskranker” gjelder det å få gjort mest mulig av det som lønner seg mest. Materialet i denne rapporten viser at vridningsproblemene er høyst reelle allerede ved dagens 60% stykkprisfinansiering

En viktig konsekvens av den foreslåtte finansieringsmodellen er at all økonomisk makt samles i RHF-ene. Hagen-utvalgets flertall foreslår at de skal få hånd om alle penger staten bevilger til sektoren og dermed eneansvar for å sikre tilgangen på spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region. Modellen vi gi RHF-ene så stor makt i forhold til hvilke sykehus og spesialister som skal få avtaler og kontrakter (og dermed bestemmer de hvem av disse som skal overleve), at det høyst sannsynlig blir umulig å videreføre RHF-ene både som eier av de offentlige sykehusene (gjennom heleide datterforetak) og som bestiller av tjenestene.

Det lå utenfor Hagen-utvalgets mandat å foreslå en endring på dette (man skulle lage en modell som understøttet prinsippene i sykehusreformen), men konsekvensene av deres modell vil bli at spørsmålet raskt kommer til å tvinge seg fram.

Hagen-utvalget foreslår med andre ord en finansieringsmodell som ”fullbyrder” etableringen av et konkurransemarked i norsk sykehusvesen. Her har man virkelig fulgt opp mandatets pålegg om at finansieringsordningen skal ”stimulere til utnyttelse av private helsetilbud”.

Dynamikken i denne utviklingen drøftes nærmere i avsnittet ”Anbud og konkurranseregler” (kap.8.3).

Hagen-utvalget foreslår at statens overføringer av midler til RHF-ene skal være såkalt ”prioriteringsnøytrale” De skal bygge på objektive kriterier, som skal være de samme for hele landet. I utredningen antydes det at en slik omlegging kan medføre betydelige omfordelinger mellom regioner og landsdeler i forhold til det som er situasjonen i dag. Basert på de kriterier som foreslås ville for eksempel Helse Sør fått rundt 500 mill. kr. mindre enn etter dagens modell. Også Helse Nord vil få mindre, mens helse Vest og Helse Øst ville fått mer enn i dag.

8.3. Anbud og konkurranseregler

Proessen med å skille ut offentlig tjenesteproduksjon i fristilte virksomheter, hvor blant annet helseforetakene reguleres av selskapslovgivning og særlov, og hvor de produserer tjenester i et marked med flere aktører, har ført til at man nå også må ta hensyn til EUs konkurranseregelverk. Private leverandører krever likebehandling og reell konkurranse, og resultatet blir ofte politisk strid om hvilket regelverk som kommer til anvendelse og hvordan det skal fortolkes.

Det har i flere år foregått en debatt og en drakamp i EU om konkurranse-reglene for ”tjenesteproduksjon av allmenn interesse”. Det dreier seg om foretak som utfører oppgaver av allmenn betydning og som er pålagt spesielle oppgaver av myndighetene. Politikere og fagbevegelse har lenge arbeidet for at det i disse sammenhenger ikke bare skal stilles krav til økonomisk effektivitet, men at det også skal legges vekt på sosiale hensyn og behovet for demokratisk kontroll med tjenestene.

På den andre siden ønsker næringslivet og liberalistene at all tjenesteproduksjon, også den som skjer i offentlige tjenesteforetak, skal foregå i åpne markeder og underlegges de samme konkurransereglene.

Fra begge sider fremmes det stadig nye forslag, men hovedinntrykket er at det er liberalistene som er på offensiven. OECDs anbefalinger trekker konsekvent i retning mer marked og mer konkurranse, og utviklingen i GATS-forhandlingene innebærer at helse vil bli omfattet av regelverket for internasjonal frihandel.

Et viktig prinsipp i GATS-avtalen er at land som åpner for konkurranse i hjemmemarkedet for en eller annen tjenestesektor også er forpliktet til å åpne for fri konkurranse på verdensmarkedet. I tillegg er det en bestemmelse om at gjennomførte liberaliseringer skal anses som irreversible. Det er nok at det finnes ett eksempel på at konkurranse har funnet sted, eller at private selskaper har tatt del i tjenesteproduksjonen innenfor en gitt sektor i et land, for at ethvert selskap innen WTO-området kan kreve likebehandling. Det betyr at det norske sykehusmarkedet i prinsippet allerede er åpnet for internasjonal konkurranse – og at det (innenfor dagens regime) ikke finnes noen vei tilbake. Men regelverket er fortsatt i støpeskjeen, det strides til dels om tolkningen av det, og markedet er lite utviklet. De fulle konsekvensene er det derfor ingen som ennå har den fulle oversikt over.

Den videre utviklingen på dette området vil uansett få stor betydning for den framtidige organiseringen av helsevesenet. Et kjernespørsmål i norsk

sammenheng blir om de regionale helseforetakene skal eller kan fortsette å eie sykehusene?

I dagens modell har de både et ”sørge for”-ansvar og de er eiere av sykehusene i sin region (gjennom heleide datterforetak). De har altså både en bestiller- og en produsentfunksjon. For liberalistene er dette et hinder for den frie konkurransen, og kravene om å skille de to funksjonene har allerede kommet opp.

I sin landrapport for Norge fra juni 2003 anbefaler OECD at det innføres et klart skille mellom staten som bestiller og som leverandør av sykehustjenester (ref. pressemelding nr. 32/2003 fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet).

I en kommentar til Hagen-utvalgets innstilling om fremtidig sykehusfinansiering (Økonomisk Forum nr. 1 / 2003) tar samfunnsøkonomene Egil Kjerstad og Kjell J. Sunnevåg til ordet for det samme. De skriver blant annet:

”Utvalget erkjenner at det er en interessekonflikt mellom bestiller- og konsernlederrollen som regionale helseforetak besitter. Spørsmålet er om utvalget burde anbefalt å rendyrke en bestiller-utfører modell, og supplert dette med tiltak som bidrar til å stimulere et nasjonal marked for visse standardiserte typer behandling. Her kan HF og private legge inn bud på hva de er villige til å utføre en operasjon for. Videre kan RHF ved overskuddsetterspørsel kjøpe kapasitet i dette spotmarkedet. Før de gjør dette, vil de naturligvis sammenligne den etablerte markedsbaserte prisen opp mot hva det koster å tilby denne kapasiteten selv” (s. 15).

Men spørsmålet er om det offentlige står fritt til å bestille en gitt tjeneste i ett av sine egne sykehus, eller om de kan bli nødt til å legge kjøp av tjenestene ut på åpent anbud?

Innenfor dagens modell mener myndighetene at de regionale helseforetakene står fritt til å bestemme om ”produksjonen” skal skje i egne sykehus eller kjøpes hos private. Riktignok pålegges RHF-ene (i styringsskrivet for 2003 fra Helsedepartementet, jfr. omtale i kap. 2.1) å øke bruken av anbud og private leverandører, men pålegget er ikke hjemlet i et regelverk som påbyr slik konkurranse.

I Ot. Prp. 66 (helseforetaksloven) begrunner man RHF-enes ”frie stilling” i forhold til en eventuell anbudspraksis med at

”... reglene om offentlige anskaffelser ikke kommer til anvendelse på det man omtaler som egenregi. Dette er leveranser fra en del av en organisasjon til en annen del av organisasjonen, eller behov som dekkes ved at varene eller tjenestene produseres internt. Slike leveranser vil ikke bli sett som en ”anskaffelse” selv om det organisatorisk er klare skiller mellom produsent og bestiller.

... det vil etter anskaffelsesreglene være opp til oppdragsgiver om tjenestene skal produseres internt eller skaffes fra andre produsenter. Dette gjelder også for regionale helseforetak sin plikt til å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen .

... Regionale helseforetak kan altså velge om de skal produsere tjenestene selv i sine sykehus eller helseinstitusjoner, eller inngå avtale med private tjenesteytere”. (s. 86).

Departementet skriver i den samme proposisjonen at kjøp av helsetjenester hos private omfattes av anskaffelsesreglene som såkalte ”uprioriterte tjenester”. Dette er tjenester som ”er lite egnet for grenseoverskridende handel og som er underlagt særlige reguleringer som gjør konkurranse umulig”, heter det. For denne type anskaffelser er prosedyrereguleringene mindre omfattende, og her kan oppdragsgiver velge om anskaffelsen skal skje gjennom anbudskonkurranse eller ved konkurranse gjennom forhandlinger. I praksis synes det som om RHF-ene i større grad har benyttet seg av konkurranse gjennom forhandlinger, mens Rikstrygdeverket i flere

omganger har benyttet anbudskonkurranse ved kjøp av sykehus tjenester. Da har både offentlige og private sykehus konkurrert om oppdragene.

Det er ikke sikkert at departementets oppfatning av gjeldende rettstilstand, eller den praksis man har fulgt så langt, er særlig robust i forhold til de fremstøt som ganske sikkert vil komme for å presse fram mer konkurranse i helsemarkedet.

Utfordringen ligger på minst to plan.

For det første kan det stilles spørsmål ved om departementets tolkning vil holde i en konfrontasjon med for eksempel ESA (Overvåkingsorganet for EØS-avtalen)? Og uansett utfallet av en slik strid, så vil en eventuell overgang til en modell som skiller bestiller- og leverandørrolle få avgjørende betydning.

Ekspertene på EUs konkurranseretts lov hevder at det går et avgjørende skille i forhold til om de offentlige midler som RHF-ene bruker til å kjøpe sykehus tjenester er *tildelt* dem eller om de er ”*vunnet*” i en anbudsprosess?

Forskningsleder Jan Mønnesland ved Norsk Institutt for By- og regionsforskning (NIBR) hevder for eksempel at så lenge RHF-ene opererer som instrumenter for myndighetenes tilveiebringning av tjenester (dvs. at de har fått tildelt en pott penger som skal brukes til dette), må de benytte anbudsreglementet og sørge for likebehandling av alle tilbydere av de aktuelle tjenestene. Regelverket gjelder i utgangspunktet også for sykehussektoren, og det er bare i krisesituasjoner at det eventuelt kan settes til side. Reglene for egenproduksjon kommer bare til anvendelse dersom man har fått de offentlige midlene etter en anbudsprosess.

Foreløpig har ikke myndighetenes syn (at RHF-enes står fritt til å velge produsent) blitt rettslig utfordret av private konkurrenter. Lederen for det private Omnia-sykehuset, Leif Næss, går i ukeavisen Dagens Medisin (12. juni 2003) til angrep på de regionale helseforetakene og anklager dem for rolleblanding når de uttaler at det ikke er behov for flere private sykehussenger i årene som kommer. Dersom dette er deres holdning, ”må

man vurdere å skille ut bestillerfunksjonen, og lage en sentral bestillerenhet”, sier han til Dagens Medisin.

Det at konfliktene foreløpig ikke har skjerpet seg mer kan like godt skyldes at kapasiteten i det private markedet er tilfredsstillende utnyttet, og at ingen ser seg tjent med konfrontasjoner rundt dette allerede nå, som at alle er enige om hva som er gjeldende rettstilstand. I løpet av det siste tiåret har vi sett mange eksempler på at norske myndigheters oppfatning av EUs konkurranseregler mer har vært diktert av hjemlig, politisk opportunistikk enn av saklig innsikt og kunnskap. Det er nok å nevne skjebnen til Vinmonopolet og den differensierte arbeidsgiveravgiften. Det er derfor sannsynlig at vi på litt sikt kan få nye runder i ESA som skal prøve legitimiteten av den norske praksisen.

Kritikken mot dagens sykehusmodell går altså ut på at sammenblandingen av de to rollene fører til at RHF-ene forfordeler sine egne sykehus, dvs at de først fyller opp kapasiteten hos seg selv og så setter ut oppdrag til andre. Dette må også være oppfatningen i departementet, når de i det nevnte styringsskrivet innskjerper at flere oppdrag nå må settes ut på konkurranse og at de private sykehusene skal benyttes mer.

Kravene om å skille bestiller- og produsentrollen i sykehusvesenet, som i praksis kan bety at RHF-ene (eller en felles, sentral bestillerenhet, bare får ”sørge for”-oppgaven, vil skjerpe de konfliktene som er skissert ovenfor. Dersom RHF-ene bare får rollen som bestillere, vil regelverket for produksjon i egenregi uansett bli irrelevant. En slik modell vil i praksis likestille offentlige og private sykehus, og anbuds og konkurranseregler må trolig følges i de fleste sammenhenger.

Liberalistenes konkurransemodell for helsevesenet vil utløse et hav av konflikter rundt spørsmålet om ”konkurranse på like vilkår”. De offentlige sykehusenes ansvar for utdanning, forskning og beredskap vil gjøre det umulig for dem å konkurrere med en spesialisert samlebåndsproduksjon for bestemte behandlinger i private sykehus. I dag løses dette ved at de

offentlige sykehusene får en rammebevilgning i bunnen (40%) før ordningen med innsatsstyrt finansiering kommer inn. Men dersom den aktivitetsbaserte andelen økes (slik blant andre Hagen-utvalget foreslår), må det enten avtales en egen tilleggskompensasjon for de ekstrakostnader som følger av utdanningsansvar, forskning, beredskap, m.m., eller så må de private sykehusene pålegges et tilsvarende ansvar. Det siste vil bringe deler av utdanning, forskning og beredskap inn i rene kommersielle foretak, og resultatene vil med nødvendighet bli et todelt sykehusvesen a la det som er i USA.

8.4 Psykiatrien i foretaksmodellen

Denne rapporten har konsentrert seg om de konsekvensene som innføringen av foretaksmodellen har hatt for de somatiske sykehusene. Som nevnt innledningsvis, har foretakene ansvar for all spesialisthelsetjeneste – dvs. også for psykiatrien. I fagmiljøene er det sterke uenigheter om foretaksmodellen, med sin sterke kobling til stykkprisfinansiering, er en egnet organisasjonsform for psykiatrien. En nærmere drøfting av disse problemstillingene faller utenfor rammene av denne rapporten. Men det er verdt å merke seg at Helsetilsynet la fram en rapport i begynnelsen av juni 2003, som avdekket svært alvorlige forhold ved mange psykiatriske akuttavdelinger. Rapporten viste i alle fall at sykehusreformen ikke har skapt ansvars- og driftsforhold som har løst problemene i denne sektoren. En leder i Dagbladet (04.06.03) konkluderte slik:

”Mye kan tyde på at den nye sykehusreformen har gitt skeptikerne rett. Reformen har ført til dårligere innsyn i sykehusbudsjettene og, advarer psykiatriens fagfolk, til en bevisst tildeling av psykiatriens midler til somatikken. Resultatet er runddansen i akuttmottakene, der syke pasienter kastes ut for å gi plass til nye pasienter som må legges inn på tvangstiltak for å kvalifisere til ei seng på badet før de igjen kastes ut”.

9. Litteraturliste

Arnesen, Bergsdahl, m.fl. (Motmeldings-legene):

Motmelding 2 til høringsnotat fra Sosial og Helsedepartementet om "Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og forslag til Lov om helseforetak m.m."

April 2001

Finnes bl.a. på Fagforbundets hjemmeside

Asp, Jens:

Det New Zealandske eksperiment
Arbeiderbevegelsen Erhvervsråd,
Juni 2001

Fosse, Anette og Westin, Steinar:

Historien om en varslet skandale.
Aftenposten, kronikk, 15.06.03

Hagen, Terje P. og Kaarbøe, Oddvar M.:

Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten
Økonomisk Forum 1/2003

Hagen, Terje P. og Kjekshus, Lars Erik:

Ga sammenslåing av sykehus høyere effektivitet?

Tidsskrift for Velferdsforskning, Vol 6, No. 1, 2003

Helsedepartementet:

Styringsdokument for Regionale Helseforetak 2003
Revidert styringsdokument 2003
Standardforedrag om sykehusreformen, 2001
Noen svar og spørsmål om sykehusreformen, 2001
Helse-Norge – status og veien videre, 2003

Dokumentene finnes på Helsedepartementets nettside under
"Sykehusreformen"

Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør RHF og
Helse Øst RHF:

Årsrapporter 2002

*Styredokumenter med budsjetter, planer mv.
Presentasjon av foretakene*

Finnes på RHF-enes hjemmesider på nettet

Kjerstad, Egil og Sunnevåg, Kjell J.:

Hagen-utvalgets innstilling – riktig diagnose, feil medisin?

Økonomisk Forum 1/2003

Legerådet, Hålogalandsykehuset Stokmarknes:

Lokalsykehus redder liv!

Om den kirurgiske beredskap i Helse Nord

Februar 2003

LO:

Skattelette for å gå foran i helsekøen?

LO-notat nr. 16/02

Midttun, Linda m. fl.:

Er det sammenfall mellom journalopplysninger og innrapporterte data?

Sintef Unimed, ISBN 14032245, Juni 2003

Narvik kommune m.fl.:

Sentralisering av akuttkirurgisk beredskap og fødselsomsorg i Helse Nord. Høringsuttalelse.

Mars 2003

NOU 2003:1

Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten

OECD:

Landrapport om styrings- og reguleringsformer i Norge

Juni 2003

OECD:

Distributed Public Governance. Agencies. Authorities and other government bodies.

2002.

Ot. Prp. nr. 66 (2000-2001):

Om lov om helseforetak m.m

Ot. Prp. nr. 63 (2002-2003):

Om endringer i lov av 2. juli 1999 nr. 63 om Pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.

Sen, Kasturi, et. al.:

Restructuring Health Services

Zed Books, London 2003

Sosial- og Helsedepartementet:

Sykehusreformen – noen eierperspektiver, rapport

September 2001

Statistisk sentralbyrå:

Spesialisthelsetjenesten. Foreløpige tall 2002.

Pressemeldinger, mai 2003.09.01

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN):

Høringsuttalelse ”Rapport om organisering av framtidig kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord”.

Mars 2003.

Vareide, Per Kristian:

Sykehusreformen: Et hamskifte i styring av helsetjenestene

Sintef Unimed, Desember 2001

Den statlige sykehusreformen – ny innpakning eller nytt innhold?

Sintef Unimed, April 2002

Veggeland, Noralv:

Helsevesenet unndras offentlighet

Aftenposten, kronikk 10.02.03

Tjenester på anbud: Europa betenker seg

Aftenposten, kronikk 29.07.03

ⁱ Sitatet er hentet fra LO-notat nr. 16/02: ”Skattelette for å gå foran i helsekøen”, ref. til sidetall i budsjettet er ikke gitt.