

Bjarne Jensen og Magnar Bollingmo

Med bidrag fra Fanny Voldnes og Stein Østre

Helsereform

Utfordringer og løsninger

Høgskolen i Hedmark

Rapport nr. 15 – 2007

Fulltekstutgave

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for Høgskolens syn.

I rapportserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres FoU-arbeid og utredninger. Dette omfatter kvalifiseringsarbeid, stoff av lokal og nasjonal interesse, oppdragsvirksomhet, foreløpig publisering før publisering i et vitenskapelig tidsskrift etc.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Hedmark.
(<http://www.hihm.no/>)

Rapport nr. 15 - 2007

© Forfatterne/Høgskolen i Hedmark

ISBN: 978-82-7671-633-7

ISSN: 1501-8563



Høgskolen i Hedmark

Tittel: Helsereform. Utfordringer og løsninger			
Forfattere: Bjarne Jensen og Magnar Bollingmo			
Nummer: 15	Utgivelsesår: 2007	Sider: 124	ISBN: 978-82-7671-633-7 ISSN: 1501-8563
Oppdragsgiver: Fagforbundet			
Emneord: Helsereform, spesialisthelsetjenestereform, sykehusreform, regnskapssystem offentlige helsetjenester, offentlige velferdsgoder, New Public Management, organisering helsesektor, økonomistyring helseforetakene, effektivitet i offentlig virksomhet, forretningsbaserte regnskapssystemer			
Sammendrag: I denne rapporten er reformen for sykehus og andre spesialisthelsetjenester i 2002 sett i sammenheng med rekken av reformer i disse tjenester etter sykehusloven i 1969. En har også søkt å belyse reformens virkninger med utgangspunkt i de evalueringer som er gjennomført. Særlig belyses konsekvenser av at helseforetakene i 2002 gikk bort fra systemer for økonomistyring utviklet for offentlige velferdstjenester til rendyrket forretningsbasert økonomistyring. Vi har også vurdert hvor hensiktsmessig bruk av forretningsbaserte systemer er.			
<p>De forretningsbaserte regnskapsprinsipper med hovedvekt på rapportering av regnskap og liten vekt på budsjettering er ikke egnet til å ivareta økonomistyringen i helseforetakene. De forretningsbaserte regnskapsprinsipper er utviklet for å vise resultater i form økonomisk overskudd og avkastning på kapital. Helseforetakene drives for å yte befolkningen best mulig helsetjenester ut fra de ressursrammer som disponeres og befolkningens behov uavhengig av betalingsevne. Systemer særlig utviklet for å styre økonomien knyttet til fellesfinansierte offentlige velferdstjenester er mer egnet. En av hovedårsakene til store og økende regnskapsmessige underskudd er de forretningsbaserte økonomistyringsprinsippene.</p>			
<p>I rapporten er også vurdert tiltak som kan bidra til at fokuset i reformen flyttes fra overordnet organisering og toppstyrt utvikling og over til grunnplanen i helseforetakene der resultatene skapes i møte mellom helsearbeiderne og pasientene. En har særlig analysert tiltak og prosesser som kan bidra til en vellykket utvikling i det nye sammenslåtte regionhelseforetaket Helse Sør-Øst.</p>			



Høgskolen i Hedmark

Title: Critique of the Hospital reform			
Authors: Bjarne Jensen and Magnar Bollingmo			
Number: 15	Year: 2007	Pages: 124	ISBN: 978-82-7671-633-7 ISSN: 1501-8563
Financed by:			
Keyword:			
<p>Summary: This report deals with the Norwegian Hospital Reform of 2002. It is seen in connection with the previous hospital law of 1969. The system is changed from the traditional democratic/bureaucratic management of 1969 to ordinary business management practices in 2002. The business management system is based on decentralised decisions in according to an overall public hospital strategy. The great question is if this is an appropriate way of managing public hospitals.</p> <p>Business management systems is based on accounting and reporting and are therefore not suited for hospitals who must be based on the ordinary procedures of public budgeting. The basic aim of business management systems is to evaluate profit and yield on invested capital. The public hospitals on the other hand is undoubtedly a cornerstone of the public welfare system who aim at supply the inhabitants with the appropriate health services independent of the inhabitants willingness to pay. The traditional systems for economic management and financing of public welfare services are more appropriate. The main reason for the great and increasing deficits in the public hospital sector is solely due to the business management system.</p> <p>The report discuss an effort to transform the present top-down attitudes and management to a system where main values are based on cooperation and communication between the patients and the persons employed in hospitals. Particular attention is paid to the process and efforts to improve the merger of the public hospital enterprises “Helse Sør” and “Helse Øst”.</p>			

FORORD

Undertegnede har i 2007 hatt to oppdrag for Fagforbundet med å vurdere problemstillinger knyttet til sammenslåing av helse Sør og Helse Øst til ett regionhelseforetak. Med bl.a. bakgrunn i dette arbeidet er utarbeidet denne analysen. Den belyser særlig konsekvenser av at helseforetakene har gått bort fra systemer for økonomistyring utviklet for offentlige velferdstjenester til rendyrket forretningsbasert økonomistyring. Vi har også vurdert hvor hensiktsmessig bruk av forretningsbaserte systemer på offentlige velferdsgoder er. Dessuten er vurdert hvilke type tiltak som kan bringe reformens fokus over fra overordnet organisering og toppstyring til grunnplanet i organisasjonene der pasientene møter helsearbeiderne og resultatene skapes.

Underveis er rapporten drøftet i en faggruppe bestående av Gerd Kristiansen, Mari Sanden, Unni Hagen, Svein Øverland og Fanny Voldnes. Vi takker for faglige innspill og nyttige merknader. Takk til Stein Østre for viktige merknader og May Britt Josten for god og hurtig teknisk redigering og lay-out.

9. november 2007

Bjarne Jensen

Magnar Bollingmo

INNHold

Forord	7
1. Problemstilling og sammendrag	11
2. Hovedtrekk i utviklingen av helsesektoren – Fra Sykehusloven av 1969 til Spesialisthelsetjenesteloven av 2001	17
3. Nærmere om helsereformen i 2002	23
3.1 Hovedelementer i reformen	23
3.2 Problemene reformen skulle løse	24
3.3 Uklare ansvarsforhold og risiko	25
3.4 Verdigrunnlag og mål for reformen	27
4. Helsereformen i 2002 – Forskningsrådets evaluering	31
5. Helsesektorens økonomiske og administrative hovedutfordringer	37
5.1 Generelt om utfordringene	37
5.2 Helsesektorens økonomiske utvikling før og etter reformen	40
5.3 Helseforetakenes regnskapsresultater	49
5.4 Regnskapssystem	54
5.5 Samspill og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes primære helse og sosialtjenester	56
5.6 Ledelse og medarbeiderbasert utvikling	58

6. Offentlig tjenesteproduksjon eller forretningsmessig virksomhet – Alternativer til dagens organisering av helseforetakene	61
6.1 Forskjeller på prinsipper for organisering av forretningsmessig virksomhet og god offentlig tjenesteproduksjon	61
6.2 Løsninger hvor helseforetakene drives etter prinsipper og systemer for god offentlig tjenesteproduksjon	65
6.3 Regional og lokal forankring	67
7. Utfordringer i Osloregionen og Helse Sør-Øst	
– Forslag til tiltak og prosesser	69
7.1 Generelt	69
7.2 Analyser av kapasitet, behov og etterspørsel og kapasitetsutnyttelse for hovedstadsregionens helseinstitusjoner	71
7.3 Er det fornuftig å gjennomføre en så stor fusjon samtidig som foretaket skal foreta innsparinger?	73
7.4 Hvordan bedre samvirke og samarbeid med kommunenes primære helse- og sosialtjenester?	73
7.5 Hvordan få bedre medvirkning fra de ansatte i utviklingen av Helse Sør-Øst	74
7.6 Organisering av fellesløsninger i regionhelseforetaket	76
Referanser	79
Vedlegg 1	81
Vedlegg 2	87
Vedlegg 3	103
Forfatterne	123

1. PROBLEMSTILLING OG SAMMENDRAG

1. Hovedmålsettingen for denne analysen er å belyse hvilke systemer og prinsipper for organisering, styring og ledelse som best fremmer de mål og verdier som ligger til grunn for reformen i sykehus/ spesialisthelsetjenesten i 2002. Spesielt analyseres virkninger av å innføre et forretningsbasert styringssystem i stedet for styring basert på vel etablerte prinsipper og systemer for offentlig tjenesteproduksjon med demokratisk medvirkning.

Vi har tidligere utarbeidet et notat i sammenheng med planene om å slå sammen Helse Øst og Helse Sør (jf vedlegg 1). Sammenslåingen er nå vedtatt og under gjennomføring. Fagforbundet har bedt om en vurdering av innspill og forslag for å få en mest mulig vellykket utvikling av spesialisthelsetjenesten i den nye store helseregionen. Med utgangspunkt i de relativt begrensede utredninger, som er kjent, har vi analysert tiltak og prosesser som kan bringe helsereformen og særlig den svært utfordrende prosessen knyttet til sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst inn i et godt spor.

2. For å ha et utgangspunkt for vurdering av alternative framgangsmåter eller strategier har vi i kap. 2 gitt en kort gjennomgang av bakgrunnen for sykehusloven i 1969 og hovedtrekkene i reformer og utvikling etter dette. I hele perioden har pågått et løpende reformarbeid. Bakgrunn og målene for de ulike reformene synes å ha vært de samme under ulikt politisk sammensatte regjeringer, men virkemidlene har variert.

Stort sett var det kommuner og fylkeskommuner som bygget ut våre sykehus. Ofte skjedde det i samarbeid med lokale ideelle/ interesseorganisasjoner. De aller fleste sykehus har derfor sterk regional og lokal forankring. Helsereformene har i hele perioden vært preget av innføring av klarere offentlig ansvar. Samtidig har det vært en kontinuerlig strid mellom fylkeskommunene og staten om utbygging og forbedring av helseinstitusjonene. Fylkeskommunene og lokale krefter presset på for å bygge ut og bedre standarden, mens staten ut fra ressursfordeling, frykt for kostnadsøkninger og overkapasitet bremset og stoppet utbyggingsplanene.

Fram til helsereformen i 2002 var utviklingen på å gi kommunene og fylkeskommunene ansvaret for helsetjenestene. Nå er trenden at dette skal være et statlig ansvar.

Finansieringsordningene er også endret flere ganger. **Perioden 1970 til 1996 var preget av overgang fra aktivitetsorientert finansiering basert på stykkprisrefusjoner og kurlpenger til systemer for rammefinansiering fra staten. Staten var pådriver for disse endringer. Formålet var å gi staten bedre kontroll med utgiftsutviklingen og å fjerne uheldige vridninger i prioriteringene som den aktivitetsbasert finansiering ga. Etter 1996 ble denne politikken endret og staten gjeninnførte ordninger med større vekt på aktivitetsorientert eller ”innsatsstyrt” finansiering.**

3. Grunnlaget for helsereformen i 2002 og resultatene fra evalueringene av reformen er analysert mer detaljert i kap. 3 og 4. Et sentralt spørsmål er om den del av reformen som bestod i å innføre forretningsbaserte styringsprinsipper i en offentlig styrt og finansiert helsetjeneste er hensiktsmessig og egnet. Det må sees i forhold til målene for reformen. De var

- pasientenes behov og ønsker skulle stå i sentrum
- sikre bedre helhetstenking
- gi større likeverdighet i pasientbehandlingen
- gi sikkerhet og trygghet for befolkningen
- gi mer effektiv frambringelse av helsetjenester

Det kan reises spørsmål ved om mer vekt på bedriftsøkonomisk lønnsomhet fremmer slike mål. Mye tyder på at de mer rendyrkede bedriftsøkonomiske styringsprinsipper kan være en vesentlig årsak til at reformen har blitt så omstridt og lite vellykket på viktige områder slik evalueringsrapportene viser. Det må også reises spørsmål om den økte offentlige ressursbruk som reformen utløste burde ha gitt grunnlag for bedre resultater.

4. Helsesektorens økonomiske hovedutfordringer er drøftet i kap.5. Hovedutfordringen er gapet mellom på den ene side behandlingsmuligheter og ønsker om standard i behandlingen og på den annen side de økonomiske rammer sektoren kan disponere. Siden en ikke ønsker markedsstyring av helsetjenester, men at de skal være tilgjengelige for alle uavhengig av betalingsevne må dette bli en mer eller mindre eksplisitt politisk avveining.

Den økonomiske utviklingen er analysert ved å se nærmere på utviklingen i de samlede offentlige helseutgifter og hvordan helseforetakenes økonomi ville vært vurdert om en hadde brukt de regnskapsmessige prinsipper kommuner og fylkeskommuner bruker. **Hovedkonklusjonen i disse analyser er at helsereformen i 2002 bidro til et ekstraordinær økning i de samlede offentlige helseutgifter. Det siste normalår før helsereformen (2000) var de samlede offentlige utgifter til helsetjenester 95 milliarder kroner. I det første normalår etter reformen (2003) var disse utgiftene økt med 26,9 milliarder kroner til 121,9 milliarder kroner. Dvs. en årlig økning på nesten 9 pst. Som prosentandel av BNP Fastlandsnorge økte de offentlige helseutgiftene fra ca. 8,5 pst i årene før reformen til 9,5 pst etter reformen. Etter 2003 har de offentlige helseutgifter som prosentandel av BNP sunket fra 9,6 pst til 8,9 pst. Helsereformen ga derfor et stort ressursløft til helsesektoren. Økningen i offentlige helseutgifter de siste år har imidlertid vært moderat.**

Vurdert som private bedrifter etter de forretningsbaserte regnskapsprinsipper framstår helseforetakene i dag nærmest som konkursbo. Regnskapene siden reformen ble gjennomført, viser et akkumulert

samlet underskudd på 18 milliarder kroner, synkende egenkapital, økt gjeld og svekket likviditetsgrad. Her er det behov for omfattende strukturrasjonalisering, avvikling av virksomheter, sammenslåinger, personalkutt og lignende om virksomhetene skal overleve. Men står det dårlig til dersom disse ble vurdert som offentlige virksomheter med alle sine inntekter direkte fra det offentlige, og nesten alle lån tatt opp i statskassen?

Dersom offentlige regnskapsprinsipper hadde blitt brukt ville foretakene hvert år med unntak for 2006 hatt positivt nettodriftsresultat. Samtidig er perioden preget av et investeringsløft på 33 milliarder kroner. Tar en hensyn til at helseforetakene ikke skal gi økonomisk overskudd og at målet er å yte befolkningen gode helsetjenester så er ikke den interne økonomien i foretakene så bekymringsfull.

Hovedårsaken til de store underskuddene er at det opereres med avskrivinger på ca 5 milliarder pr år. Dette er ikke en utgift, men en kalkulert størrelse for hva det ”koster” å bruke anleggsmidlene (bygninger og utstyr) i foretakene. Denne kostnaden kan ikke foretakene bære. Derfor blir det regnskapsmessig underskudd når dette sees på som bedrifter som skal gi avkastning på innskutt kapital.

De offentlige regnskapsprinsipper er finansielt basert. Her må de årlige utgifter dekkes. Siden avskrivinger er en ren kalkulatorisk størrelse tas den ikke med. Finansielle kostnader knyttet til lån må dekkes. Derfor må det være planer og systemer for rasjonell håndtering av slike utgifter over tid, og analyser av hvor store lån i forhold til inntektsgrunnlag og driftsutgifter for øvrig foretakene kan bære.

5. I kap.6 drøftes to viktige forhold som kan bidra til at helseforetaksreformen av 2002 kan komme over i et bedre spor. Det første er en omlegging av budsjett- og regnskapsystemet i foretakene fra et system som er basert på forretningsmessig virksomhet til de systemer som er utviklet for offentlig tjenesteproduksjon.

Helseforetakenes organisering framstår i dag som en blanding av prinsipper for forretningsmessig virksomhet og prinsippene for offentlig tjenesteproduksjon. I Norge er spesialisthelsetjenesten offentlig tjenesteproduksjon. Svært mange av problemene som er oppstått er knyttet til de forretningsbaserte eller rene bedriftsøkonomiske styringsprinsipper. Helseforetakene drives ikke for å skape økonomisk overskudd eller avkastning på innskutt kapital. De drives for å gi befolkningen gode og lik tilgang på spesialisthelsetjenester ut fra behov. Derfor er de forretningsmessige styringsprinsipper ikke egnet. De har også bidratt til mye av det vanry reformen har fått.

Det andre forhold er hvordan fokus i utviklingen av helseforetakene kan endres. Hittil har overordnede strukturer og ledelse, toppstyring og frustrasjoner på grunnplanet vært dominerende. Skal reformen gi positive resultater må det skapes forbedringer på grunnplanet i organisasjonen der helsetjenestene ytes og der medarbeiderne som skal yte helsetjenestene møter befolkningen som skal ha tjenester.

Løsningen på dette ligger i å lage utviklingsprosesser hvor dette nivået er utgangspunktet og ikke de overordnede strukturer. Medarbeiderne må involveres i forpliktende prosesser hvor deres ønsker og behov for forbedringer i spesialisthelsetjenestene står i fokus. Slike prosesser må utvikles i samarbeid mellom ledelsen og de ansattes organisasjoner og baseres på forpliktende avtaler mellom dem. F.eks. slik det gjøres i veldrevne kommuner. I kap.6 er drøftet hvordan slike prosesser kan utvikles og gjennomføres.

6. I kap.7 er drøftet hvilke prosesser og tiltak som kan gi positive effekter av den store fusjonen mellom Helse Sør og Helse Øst. **Før å kunne samordne spesialisthelsetjenesten og sykehusene i hovedstadsområdet må en ha oversikt over og en analyse av den kapasitet en har i de ulike funksjoner og institusjoner, behov og etterspørsmål som skal dekkes og oversikt over kapasitetsutnyttelse.** Et hovedproblem er at slike analyser og oversikter ikke foreligger. Det er vanskelig å lage slike oversikter pga. at flere institusjoner også er utdanningsinstitusjoner og driver omfattende forskning.

En slik prosess kan ikke baseres på synsing eller enkeltstående meninger. Derfor må Jobb 1 være å utarbeide slike oversikter. De enkelte institusjoner og avdelinger må levere grunnlagsmaterialet. Avhengig av konklusjonene fra slike analyser kan så utarbeides planer og prosesser for samordning og samarbeid mellom institusjonene i hovedstadsområdet.

Det bør også vurderes hvilke virkninger det vil ha å gjennomføre en fusjonsprosess samtidig som det skal foretas innsparinger i ressursbruken. Bør det arbeides for at innsparingene først kan komme som et resultat av fusjonsprosessen?

Effektivitet i helsesektoren er avhengig av riktig balanse og godt samvirke mellom primære helse og sosialtjenester og spesialisthelsetjenesten. Evalueringene viser at helsereformen fra 2002 ikke har bidratt til et bedre samarbeid eller samvirke mellom disse to nivåer. Derfor bør det utarbeide et opplegg for å få bedre samvirke/samarbeid mellom de enkelte helseinstitusjonene og kommunenes primære helse- og sosialtjenester. Det må skje i samarbeid med kommunene.

Det viktigste for en vellykket utvikling av Helse Sør-Øst er å få i stand gode opplegg/prosesser for å bedre medvirkning fra de ansatte i utviklingen av det nye Regionale helseforetaket. Så langt har utviklingsprosessene vært toppstyrt og mer bidratt til økt byråkrati, mer rapportering og vurdering av sykehusstruktur. Nå er det på tide å sette fokus på grunnplanet i organisasjonen der helsetjenestene ytes. En bør stille grunnplanet spørsmål om hvilke tiltak de ser kan bidra til bedre helsetjenester, og lage prosesser for å gjennomføre slike forbedringstiltak.

Det siste spørsmålet som er drøftet er organisering av funksjoner for fellesløsninger for alle eller grupper institusjoner i et regionhelseforetak. Det er pekt på de alternativer som vanligvis brukes. Konklusjonen er at det bør utredes nærmere hvordan slike funksjoner skal organiseres i foretaket. Siden dette vil berøre arbeidstakernes rettigheter og lokalisering av arbeidsplasser må de ansattes organisasjoner delta i et slikt utredningsarbeid.

2. HOVEDTREKK I UTVIKLINGEN AV HELSESEKTOREN – Fra Sykehusloven av 1969 til Spesialisthelsetjenesteloven av 2001

I Norge har stort sett bykommunene og fylkeskommunene, gjerne i samarbeid med ideelle organisasjoner og pasientorganisasjoner sørget for utbygging av helseinstitusjoner som somatiske og psykiatriske sykehus, rusinstitusjoner, rehabiliteringsinstitusjoner og syke- og aldershjem. Øvrige spesialisthelsetjenester var mer overlatt til personlige initiativ. Virksomhetene ble delvis finansiert med direkte bevilgninger fra kommuner og fylkeskommune, egenbetaling fra brukerne og innsamlede midler/gaver. Størstedelen av inntektene var imidlertid refusjoner fra lokale trygdekasser. Dette var organisert ved at beboerne i kommunen betalt trygdeavgifter til sin lokale trygdekasse. Trygdekassene finansierte så helseinstitusjonene og de øvrige spesialisthelsetjenester ved kurpenger (institusjonsbehandling) og stykkpriser pr behandling (poliklinisk behandling og selvstendige spesialister). Størrelsen på kurpengene ble beregnet ut fra antall liggedøgn og den prisklasse institusjonen ble plassert i. Da sykehusloven ble iverksatt var det i alt 7 prisklasser.

Staten hadde selv stort sett bare tatt initiativ til og bygget ut Rikshospitalet. Rikshospitalet, sammen med noen få spesialinstitusjoner, som dekket hele landet f. eks. Radiumhospitalet og Revmatismesykehuset, fikk direkte bevilgninger på statsbudsjettet. Utbygging og

finansiering av våre helseinstitusjoner skjedde derfor i all hovedsak med lokale initiativ og lokal organisering og finansiering, og dermed også basert på lokalbefolkningens behov. Med unntak for noen få privat-eide institusjoner hadde alle helseinstitusjoner ut over landet lokal og regional tilknytning, forankring og eierskap. De ble aldri oppfattet som statens institusjoner. De var lokal- og regionsamfunnenes egne institusjoner; utviklet, styrt og finansiert av dem.

Staten og den sentrale helseforvaltning har mer hatt rollen som kontrollør og bremset og stoppet lokale og regionale utbyggingsbehov og -ønsker. Statens overtakelse representerte derfor et fundamentalt brudd med de tradisjoner norsk sykehuspolitikk var tuftet på.

Når de statlige helseforetakene, etter å ha overtatt helseinstitusjonene, ser det som nødvendig å legge ned lokalsykehus og frata dem oppgaver burde ingen bli overrasket over de sterke lokale reaksjoner det gir. Særlig tatt i betraktning av at nedlegging/nedbygging av lokalsykehus ikke var på dagsorden som en del av reformen. Verdi-grunnlaget og målene for helsereformen slik det var nedfelt i Ot.prp. nr.66 om Helseforetaksloven indikerte i realiteten det motsatte (jf. s.11/12).

Sykehusloven, som trådte i kraft i 1970, representerte også et tids-skille når det gjaldt sykehusutbygging. Fylkeskommunene fikk da et klart lovmessig ansvar for sykehustjenestene. Den kanskje viktigste nye konsekvens av sykehusloven var at den forutsatte etablering av en nasjonal sykehusplan. Den ble utarbeidet ved at de enkelte fylkeskommuner laget planer for sitt fylke, mens Helsedirektoratet og Sosialdepartementet skulle samordne planen til en felles plan for hele landet. Dette skulle bl.a. bidra til bedre samordning og samarbeid mellom helseinstitusjonene om oppgaver og funksjoner og mer forutsigbar og strukturert utbygging. De skulle sikre bedre helhetstenking og gode og likeverdige tilbud til alle.

Det arbeidet viste seg å bli mer krevende og konfliktfylt enn forventet. Fylkeskommunenes samlede utbyggingsplaner krevde langt større

ressursbruk enn det statlige myndigheter mente det var økonomisk grunnlag for. Dessuten mente de sentrale helsemyndigheter at dette ville gi en samlet helsetjeneste med større kapasitet enn det var behov for og med høyere kvalitet og standard enn det landets økonomi kunne bære. Men det var vanskelig å bli enige om hvilke prosjekter som skulle få ja og hvilke som skulle avvises. Første plan forelå i 1972/73. Helseinstitusjoner, som ble godkjent i denne helseplanen, mottok kurpenger fra den statlige trygdeforvaltningen basert på antall liggedøgn og den prisklasse institusjonen tilhørte.

Den enkelte institusjon fikk så en refusjonsinntekt på 75 pst av et utgiftsbeløp beregnet ut fra kursats og antall kurdøgn. Refusjonsbeløpet skulle trappes opp til 85 pst. I tillegg mottok fylkeskommunene refusjoner for kostnader til renter og avdrag på lån til sykehusbygg. Inntektene til helseinstitusjonene var derfor fullt ut basert på et aktivitetsorientert finansieringssystem.

Planer for nye bygg og investeringer skulle imidlertid godkjennes av Sosialdepartementet og i realiteten også av Finansdepartementet. Staten hadde derfor styring på låneopptak, utgiftene til renter og avdrag og investeringer i nye sykehusbygg. Fylkeskommunenes planer for nye bygg og investeringer var, som nevnt, samlet betydelig høyere enn det Staten mente det var økonomisk grunnlag for. Den betydelige uenighet og strid om utbyggingsplanene fortsatte derfor. Fylkeskommunene presset på for å bygge ut, mens Staten bremsset og utsatte byggeplanene. Det er grunn til å tro at dette har bidratt til de store utfordringer og problemer knyttet til uhensiktsmessig, utilfredsstillende og dårlig vedlikeholdt bygningsmasse.

Den løpende driften ble i all hovedsak styrt av kurpengesatser og liggedøgn. Det var også en kontinuerlig strid om størrelsen på kurpengesatsene. Helseinstitusjonene mente at staten satte satsene lavere enn de reelle kostnader. På midten av 1970-tallet dekket de for eksempel bare 65 prosent av de reelle kostnader og ikke 75 pst slik loven forutsatte. Fra statens side ble det derfor arbeidet aktivt for å komme bort fra det aktivitetsorientert finansieringssystemet. De

mest omfattende endringene i de påfølgende år skjedde i tilknytning til følgende:

- 1977 – Refusjonssatsen av kursatsene ble redusert fra 75 pst til 50 pst i stedet for opptrapping til 85 pst som var planen. Inntektsandelen ved direkte bevilgninger over fylkeskommunens budsjett ble økt. Begrunnelsen var særlig at den aktivitetsbaserte finansiering ga for sterke stimulanser til utbygging og offentlig utgiftsøkning.
- 1986 – Full overgang fra kurlpenger til statlig rammefinansiering til helsetjenestene i den enkelte fylkeskommune. Dvs. en forlater aktivitetsorientert eller innsatsstyrt finansiering basert på kurlpenger til den enkelte institusjon. Dette systemet hadde gitt lengre gjennomsnittlig liggetid enn nødvendig – ”sengene skulle holdes varme”. Det ga for sterk utgiftsøkning og for liten statlig styring av inntektene. Institusjonenes inntekter ble nå i hovedsak bevilget over fylkeskommunenes budsjetter basert på fylkeskommunenes egne inntekter og statlige rammetilskudd til helsetjenestene i fylkeskommunene. Dette skulle også gi bedre prioriteringer og stimulanser til mer effektive løsninger.
- 1994 – Rammefinansiering til de fylkeskommunale helsetjenester avvikles og erstattes av generell rammefinansiering til fylkeskommunenes virksomhet. Direkte statlig finansiering til fylkeskommunenes helsetjenester var dermed avviklet med unntak for stykkprisrefusjoner fra folketrygden til polikliniske tjenester og spesialisthelsetjenester utenfor institusjon.
- 1997 – Gjeninnføring av aktivitetsbasert finansiering til fylkeskommunene ved at de fikk refusjoner basert på aktivitet beregnet ut fra DRG systemet. Fylkeskommunene utviklet så på eget grunnlag systemer med stykkprisrefusjoner til sine institusjoner, I 2000 hadde alle fylkeskommuner utviklet slike systemer for å styre sine institusjoner økonomisk.

I tillegg til disse forhold representerte det såkalte gjestepasientoppgjøret (systemet for betaling for pasienter fra andre fylker i vedkommende fylkes institusjoner) løpende diskusjoner og endringer. Striden stod mellom fylker som var nettomottagere og fylker som var netto bidragsyttere.

Parallelt med endringene i finansieringsordningene ble det gjennomført en rekke tiltak knyttet til ansvarsfordelingen når det gjaldt helsetjenestene mellom kommunene og fylkeskommunene. De mest omfattende var:

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

Både når det gjelder finansieringsordninger og overordnet ansvar for helsetjenester har det pågått omfattende endringer og utvikling etter innføringen av sykehusloven i 1970. Når det gjelder ansvar har trenden vært en stadig bevegelse mot et klarere offentlig ansvar for tjenestene. Tjenestene ble også mer sett på som rettigheter for befolkningen. Ansvaret skulle ivaretas gjennom kommunene og fylkeskommunenes virksomhet. Etter 2002 ble denne trenden endret til at statlige myndigheter skulle overta ansvaret.

Finansieringsordningene har vekslet mellom ordninger basert på aktivitetsorientert finansiering og ordninger basert på rammefinansiering. Staten har sittet i førersetet og vært pådriver for disse endringene. I hele perioden har det vært spørsmål om å lage ordninger hvor staten på en bedre måte kunne styre og kontrollere utgiftsutviklingen.

I hele perioden har fylkeskommunene og de lokale krefter vært pådrivere for å bygge ut og øke kvaliteten i tilbud og tjenester. Statens oppgave bestod i å rasjonere ut byggeprosjekter, rasjonere spesialiststillinger og begrense utgiftsveksten.

Drøftingene og presset mellom regionale og statlige myndigheter om utbygging og utbyggingsbehov var en krevende prosess. Da staten selv overtok ansvaret i 2002 kan det hevdes at det viktigste reelle argumentet var at staten ville ha slutt på disse kivingene mellom statlige og regionale myndigheter. ”Nok var nok. Nå måtte skjeen tas i en annen hånd for å få orden på sakene”. For reformen ble gjennomført i all hast, uten særlige utredninger. Løsningen gikk på tvers av konklusjonene i foreliggende utredninger. Det ble fremmet helt nye ideer og forslag til organisering av sykehusene og spesialisthelsetjenestene basert på ideene fra New Public Management. Staten skulle selv overta ansvaret for disse tjenestene. Det skulle skje ved at staten etablerte 5 regionale helseforetak. Disse skulle styres etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Reformen ble gjennomført i raskt tempo. Det ble begrenset tid til å uttale seg. Motforestillinger rakk ikke fram. Motstanderne fikk ikke tid til å organisere seg. Begrunnelsen for tempoet var at dette måtte skje fort for ikke å forstyrre det viktige arbeidet spesialisthelsetjenesten og sykehusene ivaretok. Løsningene ble derfor trødd nedover hodet på de berørte. Hele reformen hadde preg av å være en ”cowboyreform – skyt først og spør etterpå”.

3. NÆRMERE OM HELSEREFORMEN I 2002

3.1 Hovedelementer i reformen

Fra og med 2002 ble sykehus og spesialisthelsetjenester, som nevnt, kraftig omorganisert i Norge. Reformen (jf Ot.prp. nr 66, 2000-2001 Helseforetaksloven) bestod av tre hovedelementer:

- (1) Eierskapet og ansvaret for spesialisthelsetjenestene og sykehus ble overført fra fylkeskommunene til staten.
- (2) Sykehus og tjenestene ble organisert i 5 regionale helseforetak. De er selvstendige rettssubjekter organisert etter lignende prinsipper som aksjeselskap med noen vesentlige unntak:
 - Foretakene og selskapene skal kun kunne eies av staten.
 - De kan ikke gå konkurs og har for øvrig i motsetning til statsforetak på andre områder statlig garanti.
 - Langsiktig lånefinansiering skulle bare skje ved at staten innvilget helseforetakene lån fra statskassen.
 - Offentlighetslov og forvaltningsloven gjelder for selskapene.
- (3) I tillegg og kanskje like viktig for reformens resultater var at ledelse og styring ble lagt vesentlig om i retning av ønsker om å bruke bedriftsøkonomisk styring bl.a. preget av økonomiske lønnsomhetsberegninger, økonomiske incentivordninger og marked og konkurranse. Det økonomiske styringssystem ble lagt om, og foretakene skulle føre sine regnskaper etter samme

system som forretningsvirksomhet. Krav om budsjetter ble tatt bort. Politikerne, dvs. regjeringen og helse og omsorgsministeren, skulle kun forholde seg til såkalte profesjonelle styrer og ikke styrer sammensatt av folkevalgte representanter. Sammensetningen av styrene er senere noe modifisert ved at fylkeskommunale organer også medvirker i oppnevningen av dem.

I systemet med fylkeskommunalt eierskap og ansvar var det allerede en form for regionalisering av spesialisthelsetjenesten med definerte funksjoner på regionsykehusene. I tillegg ivaretok Rikshospitalet, Radiumhospitalet og noen andre sykehus felles funksjoner for hele landet. Ved siden av endret eierskap var derfor ordningen med helseforetak organisert etter prinsippene for forretningsvirksomhet den største endringen. Konsekvensene av å gå bort fra systemene for styring utviklet for offentlig tjenesteproduksjon til systemer for forretningsvirksomhet var i svært liten grad omtalt eller drøftet i helseforetaksproposisjonen.

Det viktigste spørsmålet er om de mer rendyrkede bedriftsøkonomiske prinsippene, som ble innført som en del av reformen, kan fungere godt i forhold til de ideer som var lansert som verdigrunnlag og mål for reformen og det verdigrunnlag helsearbeiderne er opplært til å utøve sin gjerning etter (jf pkt 3.4).

3.2 Problemene reformen skulle løse

Bakgrunn for reformen var misnøye fra deler av statsforvaltningen og sentrale politikere med de resultater som ble oppnådd i den fylkeskommunale helsetjenesten både mht. økonomi og pasientbehandling (jf Ot. prp.66 kap.2). Særlig ble trukket fram en sterk realvekst i utgiftene til den fylkeskommunale helsetjenesten og sterk aktivitetsutvikling. Likevel var det lange ventelister til enkelte behandlingsformer, stort innslag av ”korridorpasienter” i sykehusene og store forskjeller i pasientbehandling og pasienttilbud mellom fylkene. Enkelte år gikk fylkeskommunene med store underskudd selv om

staten ga tilleggsbevilgninger til fylkeshelsetjenestene. Dessuten ble det hevdet at det var tendenser til at sykehus, som manglet kapasitet i pasientbehandlingen, ikke overførte pasientene til sykehus med ledig kapasitet. I proposisjonen uttales at:

”De organisatoriske endringer som foreslås skal gi grunnlag for mer helhetlige strategier for å møte slike problemer”.

Følgelig må det forstås slik at pådriverne for reformen mente at statlig ansvar, organisering etter malen for aksjeselskaper og innføring av rendyrket styring etter forretningsmessige- og økonomiske lønnsomhetsprinsipper skulle gi mer helhetlige strategier for spesialisthelsetjenesten og sykehusene.

Det ble også henvist til at innføring av ”fritt” sykehusvalg og større pasientrettigheter ville skape større risiko knyttet til driften av sykehusene. Denne risikoen var staten bedre egnet til å bære enn fylkeskommunene.

3.3 Uklare ansvarsforhold og risiko

Et prinsipielt argument for reformen var at det tidligere systemet ga uklare ansvarsforhold, Staten hadde det finansielle ansvar for fylkeshelsetjenestene gjennom ordningene med generelle statlige rammetilskudd til fylkeskommunene, ordningen med innsatsstyrt finansiering og poliklinikkrefusjoner, mens fylkeskommunene utøvet eierstyring og styring av drift og personale i sykehusene. I proposisjonen s. 11 omtales det på følgende måte:

”Denne oppsplittingen i eier- og finansieringsansvar skaper uklare ansvarsforhold, både internt i sektoren enda mer utad. Vi har i hovedtrekk et system hvor fylkeskommunene som eiere kan bestemme og styre, mens regningen forutsettes dekket av staten. Staten har også det overordnede ansvar for helsesektoren.”

Dette er imidlertid et problem knyttet til måten vi mer generelt har

valgt å utforme finansieringssystemet for offentlig sektor (kommuner, fylkeskommuner og staten) i Norge. Systemet i dag går i hovedsak ut på at staten har hånd om alle viktige skatteinntekter og avgifter. Kommunene og fylkeskommunenes virksomhet finansieres så av statlige rammetilskudd, andre former for statstilskudd og skatteinntekter. Staten eller Stortinget fastsetter hvert år regler og satser for skatteinntektene eller vedtar konkrete bevilgninger direkte over statsbudsjettet til den enkelte fylkeskommune. Skattesatsene varieres for eksempel fra år til år ut fra hvor store skatteinntektene er antatt å bli. Til sammen gir dette staten en direkte styring av kommunenes og fylkeskommunenes inntekter. På de sentrale velferdsordninger, som tar storparten av kommunenes og fylkeskommunenes inntekter (helse- og sosialomsorg, undervisning og oppvekst), bestemmer staten krav til omfang og kvalitet på tjenestene gjennom lover og regelverk basert på lovene. På andre områder ønsker staten nettopp å ha dette systemet og det er staten som har utformet systemet på denne måten.

Sett fra fylkeskommunene og kommunenes side kan et slikt system like gjerne karakteriseres som et system der staten pålegger disse instanser å løse oppgaver på bestemte måter uten å sørge for tilstrekkelig finansiering. Da vil det oppstå underskudd eller mangelfull oppgaveløsning i forhold til de mål, normer og standarder statlige myndigheter forventer. Løsningen kan naturligvis være at staten påtar seg et direkte ansvar for alle slike oppgaver selv. Fremskrittspartiet har utarbeidet forslag til slik organisering. Omfattende statsbyråkratiske løsningsmodeller er det imidlertid sterke motforestillinger til. Særlig betyr det stor avstand mellom de folkevalgte og dem som skal nyte godt av de offentlige tilbud, økt byråkrati og mindre medvirkning i styringen for dem som skal ha tilbudene.

Endringer i finansieringssystem er enklere og mindre kostnadskrevenne enn store organisatoriske endringer slik helsereformen var. Det ville vært enklere å løse problemet knyttet til finansieringssystem med utgangspunkt i hvordan utvikle bedre tilpassede finansieringsordninger.

3.4 Verdigrunnlag og mål for reformen

Det viktigste mål for reformen er plassert under overskriften ”Pasienten først”. I proposisjonen s. 6 er det bl.a. formulert på følgende måte:

”Pasientens behov er både utgangspunktet og målet for reformarbeidet. Den helsepolitiske målsetting om pasientens/brukerens og pårørendes reelle medvirkning og innflytelse er grunnleggende for den statlige organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Reformens overordnede målsetting er at helsetjenestens innhold skal bli bedre sett fra pasientens ståsted.”

I et eget underpunkt 2.3.2 Verdigrunnlaget (s. 7) trekkes også verdigrunnlaget for reformen fram. Det er:

- Velferdsstatens grunnleggende verdier om likeverd, rettferdighet og solidaritet.
- Sikre alle tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomi og bosted.
- Helsesektoren skal være underlagt politisk styring for å sikre nasjonale helsepolitiske mål. Reformen skal gi sterkere statlig styring.
- Helsevesenet skal skape trygghet i samfunnet.
- Et velfungerende helsevesen er basert på forståelse og respekt for enkeltindividet, og at pasienten gis informasjon om rett til medvirkning i henhold til pasientrettighetsloven.

Det synes å være bred enighet om målsettinger og verdigrunnlag for helsereformen, slik de er formulert ovenfor. Ikke minst har Fagforbundet lagt avgjørende vekt på det i sine uttalelser og vurderinger.

Hovedessensen i reformen var overgang fra styring av helsetjenestene gjennom folkevalgte styringsorganer til styringsorganer basert på forretningsmessige prinsipper – mao. et ønske om å komme bort

fra overordnet styring basert på bredere demokratisk medvirkning. Begrunnelsen er hentet fra Ot. prp nr 25 1999-2000. Om lov om fylkeskommunale sykehusselskaper m.v. Det var i denne loven det ble fremmet forslag om å lage en mellomform mellom fylkeskommunale foretak og aksjeselskaper. Den skulle kun anvendes på offentlig eide helseinstitusjoner. Selskapsformen skulle gi større avstand fra institusjonene til de politiske organer, mindre rolleblending, mer overordnet politisk styring og mindre innblanding i detaljer.

Den nye typen helseforetak skulle også gå over fra veletablerte økonomiske styringsprinsipper for offentlig virksomhet basert på kommunenes og fylkeskommunenes prinsipper for budsjett og regnskap. De skulle erstattes av regnskapslovens bestemmelser; dvs. regnskapsprinsippene for forretningsvirksomhet. Hovedformålet med disse prinsipper er å vise virksomhetenes økonomiske resultater og deres økonomiske lønnsomhet. Prinsipper for budsjettering foreligger ikke i dette systemet. Dette virkelig ”nye” verdigrunnlaget for reformen er ikke drøftet særlig mye i stortingsproposisjonen som er grunnlaget for reformen.

Dette verdigrunnlaget er igjen basert på bruk av markedet, konkurranse og bedriftsøkonomiske styringsprinsipper på offentlige velferdsgoder. Dette er hentet fra ideene om modernisering av offentlig virksomhet i Storbritannia, New Zealand og Australia. **Det helt sentrale spørsmål er, som nevnt, om mer forretningsbasert organisering vil understøtte bedre de grunnleggende målene for reformen:**

- Gi mer fokus på pasientenes behov?
- Åpne for mer respekt og medvirkning fra pasienter og pårørende?
- Ivareta bedre velferdsstatens grunnleggende verdier – likeverd, rettferdighet og solidaritet?
- Bedre politisk styring og sikring av nasjonale mål?
- Større trygghet i samfunnet?

Eller skaper den nye styringsformen problemer for disse grunnlegg-

ende målene. I artiklene ”Sykehusreformen – fem år etter” (Johansen, Dag og Lindset) og ”Hvis helseforetak er svaret, hva er spørsmålet?” (Hauge, Bente Øien) er dette drøftet grundig. Konklusjonen er at denne del av reformen har gitt en rekke utilsiktede virkninger i forhold til de grunnleggende målene. Dette er godt dokumentert i disse analysene. Årsaken til at reformen har blitt så omdiskutert kan særlig være at en gikk bort fra systemer utviklet for god styring av offentlig tjenesteproduksjon til styringsprinsipper for forretningsmessig virksomhet.

4. HELSEREFORMEN I 2002

– Forskningsrådets evaluering

Det er etter hvert kommet flere rapporter som evaluerer helsereformen i 2002. Agenda Muusmann fra 2005 ”Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet” har særlig vurdert virkninger av helseforetaksmodellen, bestiller-utførelsen og internasjonale erfaringer med lignende modeller. Evalueringen avdekker en rekke problemer med denne modellen og er særlig negativ til bestiller-utførermodellen.

Viktig er også vurderingen av ordningen med innsatsstyrt finansiering fra Sosial- og helsedirektoratet, ”Høye underskudd og høy produktivitet” – SNF – Rapport nr 7/07 og årsrapportene fra beregningsutvalget for spesialist helsetjenesten.

Den siste og kanskje viktigste rapporten er ”Resultatevaluering av sykehusreformen” fra Forskningsrådet.

Den konkluderer på følgende måte:

”- Aktivitetsutviklingen har økt sterkere enn tidligere, og dermed er trolig tilgjengeligheten generelt bedret. Det er kun små endringer i grad av sentralisering eller desentralisering av tjenestetilbudet. Dette gjelder også tilbud hvor dette hadde vært faglig sett ønskelig (sentralisering) eller ønskelig ut fra en vurdering av tilgjengelighet (desentralisering).

- Det er altså få vesentlige endringer i funksjonsfordeling.*
- *Endringer i grad av likeverdige (geografi og sosiale grupper) tjenestetilbud er ikke evaluert.*
 - *Ventetider er redusert, og andelen som venter lenger enn anbefalt er redusert.*
 - *Prioriteringspraksis er generelt ikke bedret. Den er mer ensartet innad i regionene, men ikke mellom regionene. Forskjellen i ventetider mellom høyt prioriterte grupper og lavt prioriterte burde ha økt, men er redusert. Tilsiktede lavt prioriterte grupper ser ut til å bli prioritert for høyt relativt sett. Psykisk helsevern er prioritert i tråd med føringer.*
 - *Effektiviteten (produktiviteten) har økt mer (3-4 prosentpoeng) enn i andre nordiske land.*
 - *Endringer i kvaliteten på tjenestetilbudet er ikke evaluert. Forskningsaktivitet er ikke vurdert, men offentlige publikasjonstall tilsier økt forskningsproduksjon.*
 - *Arbeidsmiljøet ser ut til å være godt, men varierer lokalt. Medarbeiderne opplever lav grad av medbestemmelse. Medarbeidernes vurdering av endringer i fag- og kompetanseutvikling er ikke evaluert.*
 - *Brukermedvirkning er formalisert på overordnet nivå gjennom brukerutvalg. Dette er implementert bedre på det regionale nivå enn på det lokale nivå. Grad av brukermedvirkning og -innflytelse på det kliniske nivå er ikke evaluert.*
 - *Konkrete virkemidler for å styrke samhandlingen ser ikke ut til å være tatt i bruk i større grad etter reformen enn før. Samhandlingsvirkemidler reduserer liggetid i sykehusene og er dermed viktig.*

Disse endringene har skjedd etter sykehusreformen, men det er i praksis ikke mulig å konkludere sikkert med om endringene er et resultat av reformen eller om de også ville ha skjedd om fylkeskommunene fortsatt hadde vært eiere. Forskergruppen har likevel med ulike metodiske tilnærminger forsøkt å analysere hva som er sannsynlige genuine reformeffekter ”.

De oppsummer så sine konklusjoner på følgende måte:

”Vi ser at på flere områder har sykehusreformen oppnådd resultater i tråd med intensjonene (aktivitet, tilgjengelighet, effektivitet), og andre områder er på god vei (brukermedvirkning). På atter andre områder er det små eller ingen endringer (funksjonsfordeling, prioriteringspraksis, samhandling). Samtidig har det ikke vært mulig å evaluere noen sentrale og viktige områder (likeverdighet, kvalitet og faglig innhold) som teoretisk sett kan være i konflikt med noen av de andre målene (særlig aktivitet og effektivitet).”

Sykehusreformen har imidlertid også en kostnads eller utgiftsside. Gjennomføringen av reformen har krevd store uttelling i konsulentbistand, ekstraordinære kostnader i fylkeskommuner og statsforvaltning knyttet til omorganisering, førtidspensjoner og lignende. Det er nokså symptomatisk at oversikter av disse kostnader ikke foreligger verken i de proposisjoner som utredet reformen eller i etterfølgende evalueringsrapporter.

Våre samlede kostnader til offentlige helsetjenester økte imidlertid fra 2000 (siste normale år med fylkeskommunale spesialisthelsetjenester) fra 95 milliarder kroner til 121,9 milliarder kroner i 2003 (første normalår etter reformen). Som pst. andel av Fastlandsnorges BNP (Bruttonasjonalprodukt) økte de offentlige helseutgifter fra 8,5 pst til 9,6 pst. I perioden 1998 til 2001 utgjorde de offentlige helseutgifter i gjennomsnitt ca. 8.5 pst av Fastlandsnorges BNP. I de fire første årene etter reformen lå det samme gjennomsnittet på 9,4 pst.

Det kan derfor virke som om reformen har bidratt til et vesentlig høyere nivå på de offentlige helseutgifter. Det burde selvsagt tilsi at også aktiviteten i helsesektoren sett under ett kunne øke betydelig. Et viktig spørsmål i en evaluering er om den betydelig ressursøkningen kunne gitt bedre resultater ved å satse på en mer strukturert utvikling av og innsats i de systemer en allerede hadde. At en så betydelig vekst i ressursbruken ikke skulle gi resultater i form av økt aktivitet og produksjon, reduserte ventelister og også effektivisering virker helt

urimelig. **Spørsmålet er om resultatene er gode nok i forhold til om tilsvarende ressursøking ble satt inn i det system vi allerede hadde og eventuelt hvilke forhold av organisasjonsmessig og finansiell art som bør justeres for å få bedre resultater.** I forhold til den økte ressursinnsats virker resultatene magre.

Resultatevalueringen fra Forskningsrådet skjemmes i noen grad av uheldig begrepsbruk. Det hevdes for eksempel at spesialisthelsetjenesten er blitt mer effektiv. For å kunne måle effektivitet må en også ha mål for kvalitative resultatforbedringer. Samtidig uttales at kvaliteten i tjenestetilbudet ikke er evaluert (jf opplistingen foran). Det som er vurdert er forholdet mellom produksjonsvolum og ressursinnsats. Det man da har forsøkt å måle er produktivitet. En virksomhet kan godt være meget produktiv og samtidig lite effektiv. Effektivitet er avhengig av virkningene den økte produksjonen har på befolkningens helsetilstand og velferd. Dette er meget vanskelig å måle. I resultatevalueringen fra Forskningsrådet uttales eksplisitt at de ikke har vurdert dette. Det er meget betenkelig at Forskningsrådet, som øverste organ for forskning i Norge, ikke opererer med et skille mellom så sentrale begreper som effektivitet og produktivitet. I økonomisk teori er denne forskjellen elementær.

I en av rapportene drøftes og analyseres de nye styringssystemer (Hvordan håndtere konflikterende styringssystem?). Disse analysene er mer basert på postuler enn reelle analyser av styringsmetodikk. F. eks uttaler forskerne:

"Det tradisjonelle forvaltningsstyret vektlegger den legale siden av styringen, mens spørsmålet om oppfyllelsen av politiske målsettinger har blitt overlatt til institusjonen selv. Atferdsendringen ble skapt gjennom nye lover og regler og var på den måten toppstyrt. Den bedriftsøkonomiske styring derimot bygger på et vel gjennomtenkt insentivsystem som skal sikre at aktørene i bedriften agerer på den måten som gir best lønnsomhet for bedriften. Styring og atferd skapes i dette tilfelle gjennom at aktørene ute i organisasjonen antas å agere ut fra sin egeninteresse, dvs. i tråd med insentivene

(hvis de er riktig utformet). En konsekvens av innføringen av en mer bedriftsøkonomisk tenkning er derfor at det oppstår to konflikterende styringssystem innen samme sektor, forvaltningsstyring og bedriftsøkonomisk styring.”

En hovedkonklusjon disse forskerne trekker synes å være at bedriftsøkonomisk styringsprinsipper er å foretrekke. De konkluderer bl.a. med følgende:

”Samtidig så ser vi det som positivt at det finnes en streben etter at (å) skape en bedre intern styring gjennom å bruke bedriftsøkonomiske insentiv system.”

Antakeligvis gir disse forskerne en relativ presis betegnelse av hvordan den bedriftsøkonomiske styring virker i helseforetakene. At dette kommer i konflikt med tradisjonelle styringssystemer i det offentlige er også hevet over tvil. Det som er problemet er at forskerne og muligens også de som er intervjuet mangler innsikt i hvordan styrings- og ledelsessystemene for god offentlig tjenesteproduksjon er. De har åpenbart mangelfull innsikt i hvordan det norske offentlige budsjett- og regnskapssystemer fungerer og er bygget opp. De skriver for eksempel:

”Sykehusreformen medførte at man gikk fra kontantprinsippet til å bruke private regnskap eller ”lønnsomhetsregnskap” i henhold til regnskapsloven.”

Sykehusenes regnskap og budsjett ble tidligere ført etter fylkeskommunenes regnskapsprinsipper. Det er ikke kontantprinsippet, men anordningsprinsippet kombinert med egne investeringsregnskap og -budsjetter. Dette er derfor direkte feil. Samme feile påstand står også i helsereformproposisjonen. Hele denne analysen, som postulerer at privat lønnsomhetsprinsipper og regnskaper egner seg bedre til å styre og utvikle sykehussektoren enn de offentlige regnskapsprinsippene, synes å være gjennomført av forskere som ikke en gang kjenner de offentlige budsjett- og regnskapsprinsipper. De gir inntrykk av at forvaltningsstyring dreier seg om å styre kun med utgangspunkt i lover og regler, og synes å mangle innsikt i den betydning budsjetter, virk-

somhetsplaner og resultatevaluering har i styring av norsk offentlig tjenesteproduksjon.

Vurderingene er derfor mildt sagt lite vitenskapelige og meget subjektive. Alle vil være enige om at det skal strebes både etter bedre intern styring i institusjonene og bedre overordnet styring og koordinering. Det gjelder ikke minst det store flertallet av ansatte i virksomhetene. Problemet kan være at bedriftsøkonomisk lønnsomhetsstyring ikke er egnet til å styre helseinstitusjonene med det verdigrunnlag og de mål vi har for våre helsetjenester. Dette verdigrunnlaget er nedfelt i politiske prinsipper, lovgrunnlag og helseprofesjonenes utdanning og etikk. Det er kanskje her de største problemene for en vellykket helse-reformen er skapt. Denne tanke synes ikke å ha streifet forskerne som har stått for evalueringen eller de nye lederne i helseforetakene som er intervjuet.

Det er slått eksplisitt fast at det ikke er økonomisk lønnsomhet som skal avgjøre prioriteringer og aktivitet. Tvert i mot er det pasientenes behov og resultater i forhold til å bedre deres helsetilstand som skal legges til grunn. Å lage økonomiske incentiver som understøtter helseprofesjonenes vurderinger av behov er uhyre vanskelig.

5. HELSESEKTORENS ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE HOVEDUTFORDRINGER

5.1 Generelt om utfordringene

Helsesektoren og ikke minst spesialisthelsetjenestens økonomiske hovedutfordring synes å være at det oppstår et stadig større gap mellom på den ene side de medisinske behandlingsmuligheter og på den annen side de økonomiske ressurser som kan brukes til helsetjenester. Dvs. vi har ikke råd til å ta i bruk alle de nye og bedre behandlingsmuligheter, alle teknologiske nyvinninger og alle nye og bedre medisiner. Dette synes det å være bred faglig og politisk enighet om. Derfor vil den store og altoverskyggende problemstilling være hvordan vi skal styre prioriteringene av ressursbruken i helsesektoren. Denne utfordring har ingen enkel løsning, og det er liten grunn til å tro at mer bedriftsøkonomisk styring kan løse den. I hvert fall ikke slik det norske systemet for helsetjenester er bygget opp.

Det grunnleggende økonomiske problem ved sykehussektoren er det man kan kalle ”tredjepartsfinansiering”. Den ene part er pasienten, som i prinsippet skal motta den nødvendige behandling uavhengig av egne betalingsmuligheter. Den annen er de medisinske fagkyndige som er enerådende for fastleggelse av diagnose og behandling. Den tredje er de folkevalgte som på vegne av befolkningen skal dekke kostnadene. Hertil kommer for det første utviklingen, så vel medisinsk

som teknisk, som gir mulighet for bedre behandling av eksisterende pasientgrupper samtidig som det utvikles tilbud til nye grupper. For det annet øker antall pasienter, dels som følge av bedre behandling og dermed lengre levetid, men også som en følge av et mer kompliserte og sentralisert samfunn.

Det er litt naivt å tro at fundamentale samfunnsproblemer av denne størrelse kan løses ved å velge ”den optimale organisasjonsform” inspirert fra næringslivet kombinert med næringslivsinspirerte finansieringsordninger. Hovedårsaken er at næringslivsvirksomhet er basert på kjøpernes (pasientenes) betalingsevne og betalingsvillighet. Poenget med et offentlig sykehusvesen er at man ikke ønsker å benytte seg av denne type styringssignaler. Dermed må de folkevalgte overta denne rolle. Det er ikke behov for et regulært bedriftsøkonomisk system. Det er utdypet i vedlegg 3.

Erfaringer fra ledelse i næringslivet – særlig i den senere tid – synes å være at de er opptatt av at drivkreftene fortrinnsvis skal være egne økonomiske interesser. Ved næringsvirksomhet kan det være hensiktsmessig at målet er å maksimere eiernes økonomiske interesser på lengre sikt. Dette er bare et avledet mål som kan være hensiktsmessig i konkurransemarkeder. I en rekke sammenhenger passer ikke et slikt avledet mål. Poenget med sykehus er pasientenes ve og vel. For sykehussektoren finnes det neppe noen ”superløsning” verken organisasjonsmessig eller når det gjelder finansieringsystem. Derfor kreves politiske avveininger og løsninger.

Avpolitisering eller næringslivsorientering av sykehussektoren ligger an til å bety ytterligere sentralisering. Folkevalgte bør da vite at en slik sentralisering i store sykehusforetak (enda større enn de man har i dag) er den samme som å si ja til ytterligere nedbygging av lokal-sykehus og andre mindre sykehus. De økonomiske underskuddsproblemer i sykehussektoren synes også å representere et mindre samfunnsproblem den gang sykehusene var et fylkeskommunalt ansvar. Dersom målet for sykehusreformen er å sanere dagens sykehusstruk-

tur med stort innslag av lokalsykehus, og etablere større institusjoner og mer sentraliserte spesialisthelsetjenester så vil avpolitisering og overgang til helseforetak styrt etter forretningsmessige prinsipper være et godt virkemiddel for å få det til.

Prioriteringsproblematikken i helsesektoren har vært drøftet i to meget sentrale utvalg både på 80-tallet og 90-tallet. Begge disse utvalgene ble ledet av stortingsrepr. Inge Lønning og heter på folke-munne Lønningutvalgene. Arbeidet i disse utvalgene og utvalgenes konklusjoner har hatt liten gjennomslagskraft for å bedre prioriteringen på helsefeltet. Legeforeningen hevder blant annet at sentrale dimen-sjoner ved prioriteringsbegrepet har havnet i blindsoner.

Begrepet prioritering er ikke entydig. Prioritering kan innebære en **fordeling** av ressurser mellom pasienter eller pasientgrupper. Priori-tering kan videre være å **skaffe likevekt i fordeling** av ressurser mellom ulike sektorer og nivåer. Endelig er det også slik at det er gap mellom etterspørsel og tilbud slik at tjenestetilbudet må **rasjoneres**. Dette kan være både i forhold til mengde og kvalitet.

Første møte med primærhelsetjenesten vil langt på vei være av meget stor betydning for den videre prioritering. Pasientene mottar også en rekke andre deltjenester fra flere ulike sektorer som automatisk vil påvirke prioriteringen. For kvaliteten på tjenesten er det av stor betydning at disse blir tilbudt eller gjennomført i riktig rekkefølge.

Det tas beslutninger i alle ledd i helsetjenesten om prioriteringer. Det skjer bl.a. i forbindelse med:

- Budsjettarbeid
- Oppgavedeling
- Bemanning
- Investering

På mange måter er dette de mest selvfølgelige prioriteringshandlinger ved at det skjer en aktiv horisontal fordeling av ressursene. Den prioritering som skjer på klinisk nivå og mellom nivåene på det faglige

plan er i mindre grad drøftet. Her rår helseprofesjonene grunnen.

Tankegods fra New public management om fristilling og målstyring er fremtredende. Det er i liten grad etablert institusjoner/modeller som skal og kan ta vare på prioritering på politisk/administrativt nivå eller systemer som kan avklare og avdekke faktisk prioritering. Overordnede beslutninger som for eksempel nedbemanning, generelle innsparingskrav og investeringer i bygg og utstyr vil i stor grad påvirke kvaliteten på tjenestetilbudet. Det vil være ønskelig å sette prioriteringer ut fra faglig nivå i de ulike områdene sammen med prioriteringene i styringslinjen dersom det var mulig.

I Lønning II-utvalget ble det pekt på en modell hvor kliniske anbefalinger om prioritering skulle harmoniseres mellom de ulike fagområdene og at det måtte etableres en prosess for at disse anbefalingene ble slust inn i det politiske systemet. Et slikt system er aldri blitt etablert selv om det ganske åpenbart er et stort behov for større sammenheng mellom legenes og andre helsearbeideres agering og vurdering av god pasientbehandling, og det grunnlag helsetjenesten blir styrt ut fra.

Prioriteringsarbeidet må sees ut fra hele *behandlingskjeden* og hele *styringslinjen* på alle *forvaltningsnivåer*. I dette ligger et klart potensial for mer faglig orientert politiske og administrative beslutninger og større legitimitet for styring på de ulike nivåene. **Her er det viktig å påse at medarbeiderstyrt utvikling og myndiggjorte medarbeidere blir et sentralt innhold.**

5.2 Helsesektorens økonomiske utvikling før og etter reformen

Et hovedproblem for helsesektoren er, som nevnt, misforholdet mellom på den ene siden behandlingsmuligheter og ønsker og krav om standard og kvalitet i tjenestene og på den annen side de økonomiske og finansielle muligheter. Håndteringen av denne ressursklemmen har vært hoveddrivkraften bak de fleste helsereformer som

staten har initiert. Det gjelder ikke minst helsereformen i 2002. Dette dreier seg om hvor store offentlige bevilgninger vi kan og ønsker å bruke i helsesektoren. Derfor skal vi se nærmere på den offentlige ressursbruken til helsesektoren.

Det synes å være bred politisk enighet om at tilbudet av helsetjenester skal være det offentliges ansvar i Norge. Det er noen diskusjoner om finansieringssystemet skal være forsikringsbasert eller om det skal finansieres over de offentlige budsjetter. Det er imidlertid et stort politisk flertall som går inn for det systemet vi har i dag og som innebærer at de offentlige helseutgifter skal dekkes over de offentlige budsjetter. Derfor vil størrelsen på de samlede offentlige ressursbruk være avgjørende for hvor mye helsesektoren kan disponere. I tab 1 og fig 1, 2 og 3 er vist en oversikt over hvordan offentlig konsum har utviklet seg i Norge de siste år.

Tab.1

**Off.konsum pst.
andel BNP**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Offentlig Konsum BNP	20,6	22,1	22,5	21,4	20,1	19,5
Offentlig Konsum Fastlands-Norge	27,1	27,7	28,8	27,6	27	26,8
<i>Herav</i>						
Kommunalt konsum BNP	12,6	10,4	10,7	10,1	9,5	9,3
Kommunalt konsum Fastlands-Norge	16,4	13	13,4	13	12,7	12,8
Statlig konsum BNP	8	11,7	11,8	11,3	10,6	10,2
Statlig konsum Fastlands-Norge	10,5	14,7	15,4	14,6	14,3	14

Kilde SSB Nasjonalregnskapsstatistikk

(Når vi skal sammenligne offentlig ressursbruk i Norge med andre

land så representer de særskilte inntektsøkningene fra petroleumsvirksomheten et problem. Bruk av fastlandsnorges BNP i stedet for BNP er uegnet når vi sammenligner Norge med andre land. Nesten alle land har særskilte inntekter som det av en eller annen grunn kan/bør sees bort fra. Forholdene er imidlertid spesielle i Norge. En mangler derfor et BNP begrep som gjør det enkelt å foreta sammenligninger f. eks. mellom Norge og de andre OECD-land.

Selv om sammenligning med fastlandsnorges BNP ikke kan brukes ved sammenligninger med andre land gir det et bedre utgangspunkt for å sammenligne utviklingen over tid i Norge pga. ustabiliteten i olje og gassinntektene.)

I forhold til samlet BNP er offentlig konsum redusert fra 22,5 pst i 2002 til 19,5 pst i 2006. Dette er meget lavt både i forhold til tidligere år før 2002 og også i forhold til våre naboland.

I Norge måler vi vanligvis dette i forhold til BNP fastlandsnorge; dvs. vi holder inntektene fra skipsfart og petroleumsvirksomheten utenfor. Denne andelen er redusert fra 28,8 pst i 2003 til 26,8 pst i 2006. Dette er en meget sterk reduksjon. Til tross for at den rød/grønne regjering ønsker å prioritere fellesskapsløsninger er likevel en synkende andel av BNP brukt til fellesskapsløsninger. Dette gjør det naturligvis også vanskeligere å prioritere nok ressurser til helsesektoren.

I tabell 2 og fig 7 er gjengitt tall for samlede offentlige utgifter. De viser samme utvikling

Tab.2

**Off. utgifter pst. Andel BNP/
BNP Fastlands-Norge**

	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>	<u>2001</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>
Pst. BNP	45,6	44,2	39,3	41	44	45,5	42,6	39,5	38,3
Pst. BNP Fastlands- Norge	53,4	52,5	52,3	53,4	55	56,9	54,8	53,1	52,7

Kilde SSB Nasjonalregnskap og offentlige finanser.

Tab 3

**Sysselsatte årsverk.
Andel av total
sysselsetting**

	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>	<u>2001</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>
Offentlig forvaltning total	27,9	28,1	28,1	28,3	28,3	28,5	28,4	28,2	28,0
Kommunal forvaltning	20,3	20,5	20,6	21	16,9	17,1	16,8	16,7	16,6

Kilde SSB Sysselsettingsstatistikk.

Tab 4

Offentlige utgifter til helseformål

	<u>1996</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>	<u>2001</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>
Totalt off. utgifter mrd. kr. NOK	66,8	72,6	82,2	89	95	103,1	113,3	121,9	126,7	132,7	139,6
Prosentvis økning	5,6	5,8	10	6,8	6	8	10,3	8,6	4,8	6	6,8
Pst.andel BNP			7,2	7,2	6,4	6,7	7,4	7,6	7,3	6,8	6,5
Pst.andel BNP fastlandsnorge			8,3	8,5	8,5	8,7	9,3	9,6	9,3	9,2	8,9

Kilde SSB Nasjonalregnskap og offentlige finanser.

I tabell 3 er lignende tall utarbeidet for sysselsetting i offentlig sektor. De viser samme utvikling. I tabell 4 og fig 6 er vist utviklingen i de offentlige utgifter til helseformål. Utgifter som brukerne selv betaler er ikke med i dette tallet. I nasjonalregnskapssammenheng betraktes det som privat konsum. Dersom vi ser på tallene for utgiftene viser de en særskilt sterk økning fra 1997 til 1998. Dette har sannsynligvis sammenheng med gjeninnføring av aktivitetsorientert finansiering eller såkalt innsatsstyrt finansiering i 1997 som ga fylkeskommunene muligheter til å øke sine inntekter ved økt aktivitet i helseinstitusjonene. Deretter er det en kraftig økning fra 2000 til 2003 som i hovedsak har hatt sammenheng med helsereformen i 2002. Fra å utgjøre 8,5 pst av BNP fastlandsnorge før helsereformen er de økt til 9,6 pst etter reformen. Etter 2003 har andelen igjen sunket.

Ut fra en analyse av disse tall er en viktig konklusjon at helsere-

formene i 2002 synes å ha vært en meget kostnadskrevende reform. De synes å ha bidratt til et ekstraordinært løft i de offentlige helseutgifter. Fra 2000 (siste ordinære driftsår før helsereformen) til 2003 (første ordinære driftsår etter helsereformen) økte de offentlige helseutgifter med 26,9 milliarder kroner eller med over 28 pst., dvs med 8,8 pst pr år. Etter 2003 har utgiftsveksten vært mer normal. I treårsperioden 2003 til 2006 er økningen halvert til 14,5 pst, dvs. 4,6pst. pr. år. Dette er lavere enn økningen i BNP. Derfor har de offentlige helseutgifter sunket vesentlig som prosentandel av BNP de siste tre år.

FIG 1

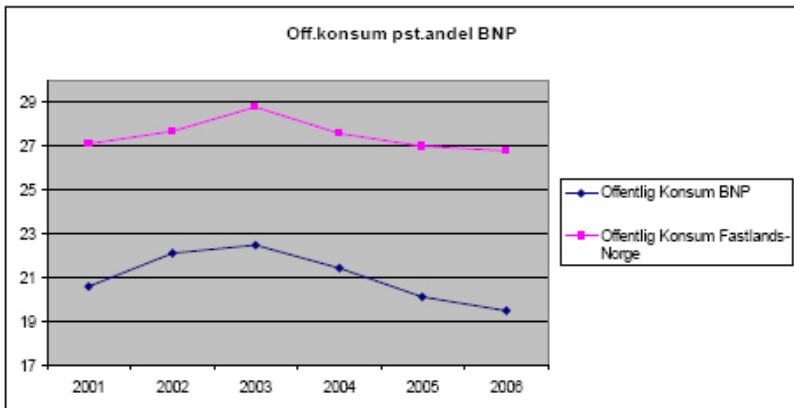


FIG 2

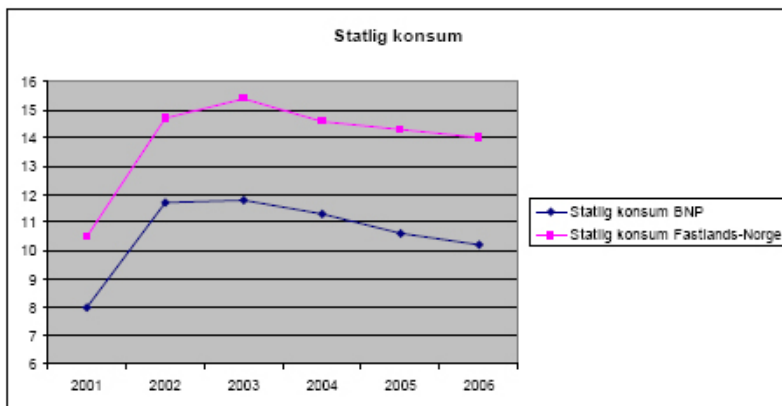


FIG 3

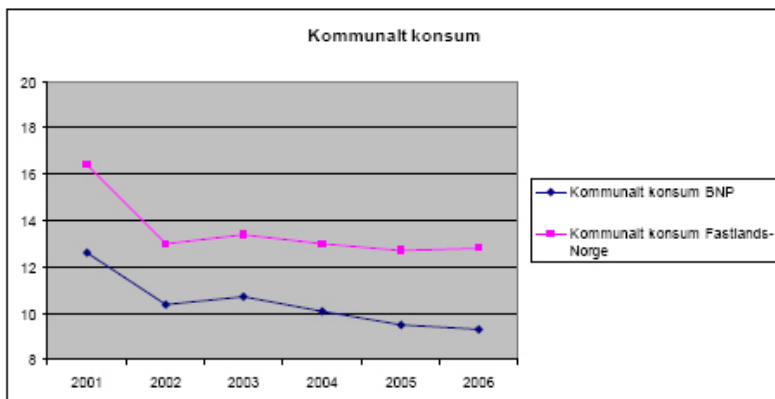


FIG 4

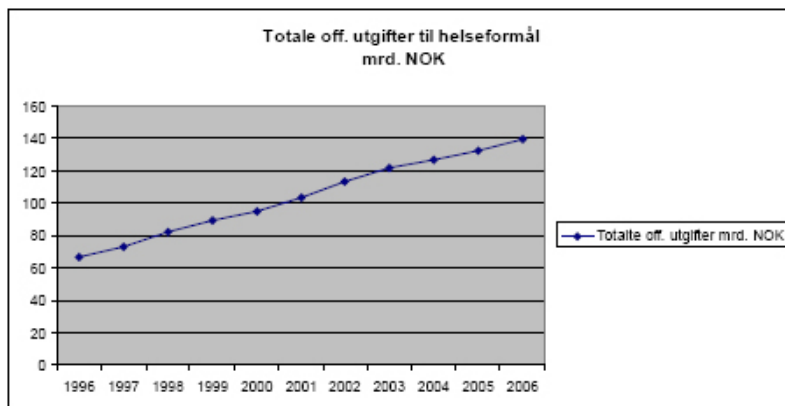


FIG 5

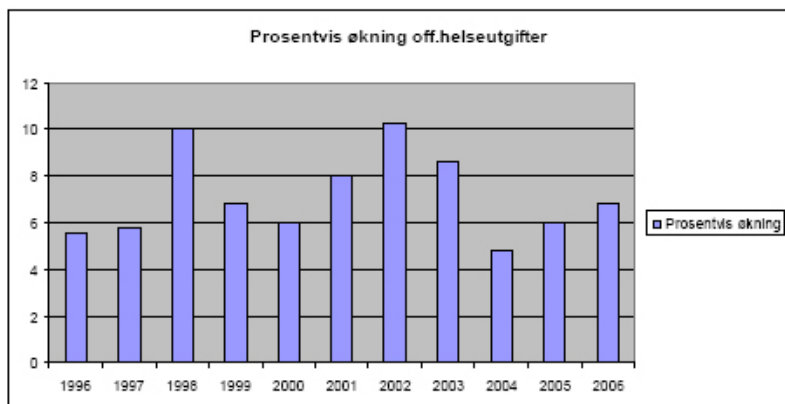


FIG 6

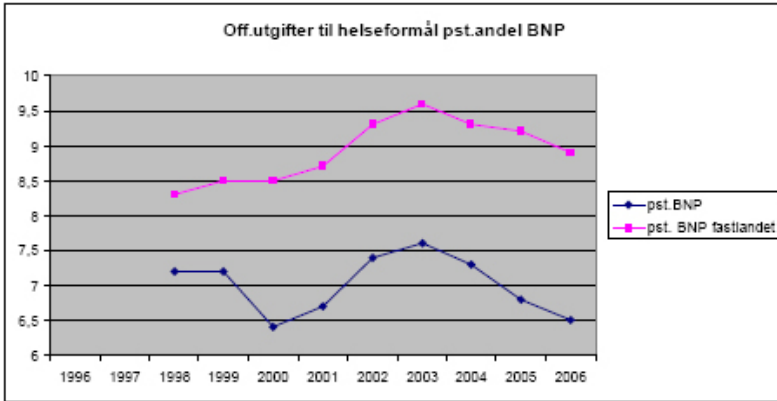
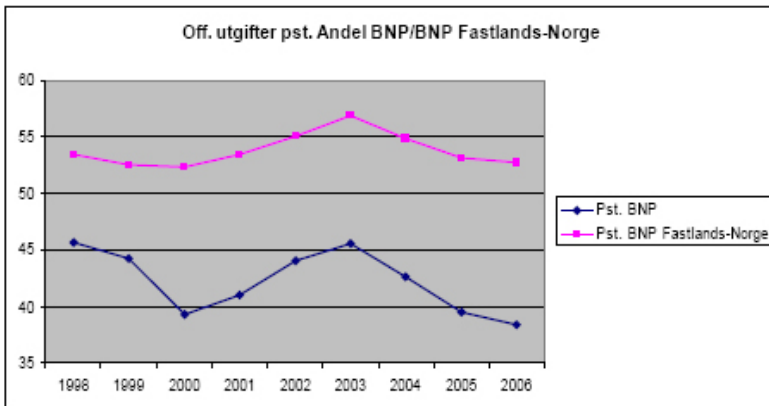


FIG 7



Denne enkle makroøkonomiske analysen av de offentlige helseutgifter indikerer at de norske helseutgiftene ikke representerer et spesielt stort problem for den offentlige økonomien. Det er en vanlig påstand å hevde at de norske offentlige utgifter til helsetjenester er uforholdsmessig store sammenlignet med andre OECD-land. Dette

dokumenteres blant annet ved å påpeke at bare USA, Luxemburg og Sveits bruker mer enn Norge til helsetjenester. Disse landene sammen med Norge er de OECD-land som har høyest inntekter pr. innbygger. Det er faktisk et vanlige mønster at nettopp land med høye inntekter pr innbygger er de som bruker mest til helsetjenester. Det er derfor kanskje mer overraskende at Norge bruker mindre enn disse land på sine helsetjenester enn at Norge bruker mer enn land med langt lavere inntektsnivå enn Norge.

5.3 Helseforetakenes regnskapsresultater

Spesialisthelsetjenestens økonomi analyseres årlig i ”**Årsrapporten fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten**”. I rapporten for 2006 oppsummerer utvalget sin konklusjon om helseforetakenes økonomi på følgende måte:

”Utvalget finner at alle disse fire forhold (underskudd, investeringsnivå, langsiktig gjeld, egenkapital) synes å ha blitt ytterligere bekymringsfulle. Underskuddene målt i forhold til det resultat en styrer etter, er 36 pst større i 2006 enn i 2005, investeringene er 19 pst. større, den langsiktige gjelden er 13 pst større og egenkapitalen 9 % mindre. Det er i 2006 diskrepans mellom regnskapsført resultat som eier styrer etter (pensjonskostnader).”

Det akkumulert regnskapsmessige underskudd i perioden 2002 til 2006 er nesten 18 milliarder kroner. Det siste året, 2006, har det største regnskapsmessige underskuddet på 4,4 milliarder kroner. Under analysen av likviditet vises utviklingen i helseforetakenes likviditetsgrad (forholdet mellom omløpsmidler og kortsiktig gjeld). For helseforetakene sett under ett har den utviklet seg fra 0,83 pst i 2002 til 0,37 pst i 2006. M.a.o. resultatene etter alle økonomiske mål er begredelige. Hadde analysen gjelddt private bedrifter ville konklusjon vært at de beveget seg mot konkurs. Her trengs kraftig lut og omstruktureringer om foretakene skal overleve.

Siste store avisoppslag om dette kom i Aftenposten den 18. august under overskriften ”Syk sykehusøkonomi” og helseøkonomen (Professor Hagen) som uttalte seg var dystre. Nåværende organisering ville ikke løse de økonomiske problemer. Løsningen var nye reformer; enten alt underlagt et stort direktorat som skulle styre direkte alle helseforetakene i landet eller en ny regionalisering med 10 mer selvstendige sykehusregioner med egen beskatningsrett. Det er faktisk ganske spesielt at de fleste eksperter som pekte på løsningene med bedriftsøkonomisk styrte statlige helseforetak er de samme som først tok avstand fra helsereformen.

Mesteparten av gjelden i helseforetakene er kortsiktige lån fra statskassen (19,3 milliarder kroner eller ca. 2/3 deler av samlet gjeld). Foretakene har imidlertid nå fått anledning til å ta opp driftskreditter i private banker. Dette er selvsagt langt dyrere enn driftskreditter eller langsiktige lån fra statskassen og bidrar til en unødvendig kostnadsøkning i helseforetakene. Den må staten senere selv betale. Dersom helseforetakenes gjeld hadde vært dekket med lån i private banker vil renteutgiftene vært ca. 0,5 pst. høyere. Det ville gitt en utgiftsøkning på ca. 150 mill. kr med dagens gjeld.

Spørsmålet som må reises er imidlertid om forretningsbasert lønnsomhetsregnskaper er en relevant måte å analysere økonomien i spesialisthelsetjenestene på. Selv om helseforetakene er selvstendige juridiske rettssubjekter så er de heleid av staten. De kan ikke gå konkurs. All langsiktig gjeld er tatt opp hos staten. Det samme gjelder storparten av den kortsiktige gjeld. De sorterer direkte under Helse- og omsorgsdepartementet, og styrene mottar sine styringsinstrukser fra statsråden.

Inntektene til helseforetakene kommer i all hovedsak gjennom overføringer fra stats- og trygdebudsjettet. Det er også noen inntekter i form av egenandeler betalt av brukerne og andre inntekter foretakene kan ha. De statlige overføringene bevilges enten direkte som rammetilskudd til hvert foretak eller som stykkprisrefusjoner basert på systemet for innsattsstyrt finansiering. Helseforetakene kan derfor til

en viss grad påvirke sine egne inntekter. Men i all hovedsak styres dette av staten.

Helseforetakene er lovhjemlet. De skal sørge for å dekke befolkningens behov for helsetjenester. Disse tjenester er basert på rettigheter. Dvs. foretakene skal yte de helsetjenester det er behov for innenfor de budsjetter og inntekter som disponeres. Hva slags tjenester som skal ytes er avhengig av de profesjonelle vurderinger fagpersonalet i helsetjenestene anser som mest egnet. Helseforetakene kan derfor i all vesentlighet operere på samme måten som de opererte på da de var en del av det fylkeskommunale tjenestetilbudet. Det framgår også tydelig av målene og verdigrunnlaget for helsereformen (jf side 10/11).

Den viktigste forskjellen er at deltakerne i de overordnede styrene, som er mellomleddet mellom den politisk ansvarlige statsråd, ikke er folkevalgte representanter fra den befolkning som skal ha helse-tjenestene, men representanter for statsråden og staten. Dessuten er regnskapsføring endret. Hovedformålet med regnskapene er å vise foretakenes lønnsomhet. Men drives helseforetakene for å skape økonomiske overskudd og økonomisk utbytte til eieren staten? Er ikke formålet å gi innbyggerne best mulig helsetjenester innenfor de ressursrammer som bevilges?

Et viktig spørsmål er hvordan de økonomiske resultatene i Helseforetakene ville blitt om en i stedet for private lønnsomhetsregnskaper hadde benyttet de velkjente og godt tilpassede regnskaps- og budsjettprinsipper som nettopp er utviklet for å styre offentlige tjenester. Nedenfor er det litt røft vist hvordan Helseforetakene økonomi samlet ville framstå om forskriftene for kommunal og fylkeskommunal regnskap og budsjettering også ble brukt for dem. Anslagene er utarbeidet på basis av tallene i årsrapporten fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten. Beregningene er foreløpige og basert på anslag for avdragsutgiftene. Forutsetningen er at avdragsutgiftene er basert på 40 års nedbetaling og at investeringene kan lånefinansieres fullt ut i statskassen. Foretakene ville da ha et driftsbudsjett/regnskap (Løpende utgifter og inntekter) og investeringsbudsjett/regnskap og

kapitalregnskap. I tillegg vil de selvsagt ha en balanse med oversikt over aktiva og passiva.

I driftsregnskapet brukes begrepene bruttodriftsresultat, nettodriftsresultat før renter og avdrag og nettodriftsresultat. I brutto driftsresultat er tatt med en kalkulatorisk størrelse for avskrivninger. Siden dette ikke er en utgift, men bare en kalkulatorisk beregning for å belyse samlede kostnader tas den tilbake som en ”inntekt” når nettodriftsresultat skal beregnes. I stedet tas med renter og avdrag som er reelle utbetalinger.

Driftsregnskapet ville se omtrent slik ut:

Mill. kr.	2002	2003	2004 =	2005	2006
Driftsres. før renter og avdrag	2015	954	1271	2149	1125
- Renter og avdrag	523	529	754	1041	1312
= Nettodriftsresultat	1492	425	517	1108	- 187

I stedet for et akkumulert regnskapsmessig underskudd på nesten 18 milliarder kroner for perioden 2002 til 2006 ville foretakene ha et akkumulert driftsresultat på 7,5 milliarder kroner før renter og avdrag og et netto driftsresultat etter at renter og avdrag er dekket på 3,3 milliarder kroner (avhengig av tempoet i gjeldsnedbetalingen). Det er ikke noe dårlig resultat for en offentlig virksomhet.

Hovedårsaken til denne forskjellen er at helseforetakene etter forretningsbaserte regnskapsprinsipper også opererer med en kalkulert kostnad; avskrivninger. Dette er ikke noe som betales. Det er imidlertid tatt med for å indikere hva bruken av foretakenes realkapital skal koste. Og derved få fram et mer reelt tall for hvor økonomisk lønnsomme selskapene er. Spørsmålet er hvor relevant dette er. Virksomheten drives jo ikke for å skape økonomiske overskudd som skal deles ut til eieren.

Investeringsregnskapet ville vist følgende:

År	2002	2003	2004	2005	2006
Mill.kr.					
Investeringer	3191	5735	7164	7852	9315
Finansiert ved:					
Fra driften	1492	425	517	1108	0
Langsiktige lån:	1699	5310	6647	6744	9315

M.a.o det er i perioden 2002 til 2006 investert hele 33 milliarder kroner i utbyggingen av bygninger, medisinsk/teknisk utstyr og andre anleggsmidler. Dette er i all hovedsak finansiert fra statskassen eller av skattebetalerne. Det som framgår av helseforetakenes regnskaper er imidlertid at dette nærmest er en katastrofe. Det fører til en kraftig gjeldsøkning. Egenkapitalen reduseres. Siden mesteparten av gjelden er kortsiktig virker det som om foretakene har store likviditetsproblemer. Det hele framstår som et konkursbo. Men dette er i virkeligheten litt tøvete. Det hele skyldes at en bruker lønnsomhetsregnskaper på virksomheter som ikke opererer i et konkurransemarkedet, men som er en sentral del av den offentlige forvaltning.

I dette perspektivet har ikke helseforetakene store økonomiske problemer. Det økonomiske problemet er hvor store ressurser vi har mulighet til å bruke i helsesektoren i forhold til vår samlede verdiskapning, og når vi også tar i betraktning de øvrige offentlige oppgaver som skal løses. Hovedproblemet er at ønsker om standard på disse tilbud overstiger disse økonomiske rammene. Befolkningen, som velger politikerne, synes ikke å akseptere de nedskjæringer som fagøkonomener anser nødvendig.

Tanken bak innføringen av avskrivninger synes å være at dette er en form for inntekt eller avsetninger som skal gi grunnlag for at helseforetakene selvstendig skal optimalisere fordeling av sitt samlede inntektsgrunnlag mellom investeringer og driftsutgifter. Det blir derfor

mer opp til det enkelte foretaksstyre å avgjøre størrelsen på investeringer og fordeling av investeringer på de ulike helseinstitusjoner og investeringsformål. Bakgrunnen for avskrivninger i forretningsregnskaper er imidlertid at investeringskostnadene må framkomme i det økonomiske resultat for å få et riktig bilde av den økonomiske avkastningen eller utbytte virksomheten gir.

Ved å bruke offentlige budsjett- og regnskapsprinsipper vil det framkomme direkte hvor store bevilgninger som er avsatt til driften av helsetjenestene og til investeringer. Hvor langt en så skulle gå i retning av å fordele dem mellom formål, institusjoner og enkelttiltak vil det være opp til budsjettmyndighetene å avgjøre. Da ville en ha oversikt over slike forhold, og kan etterprøve og kontrollere hvordan gjennomføringen har vært. Ved de forretningsmessige prinsippene er dette ikke så klart. Da er det mer opp til institusjonenes styrer og administrasjoner selv å avgjøre dette. Størrelsen på driftsutgifter, avskrivninger, salg av eiendommer lånemuligheter, renteutgifter osv. vil så avgjøre hvor store f. eks. investeringene kan bli. Dette systemet blir derfor langt mer skjønnsmessig basert og uklart. Ingen bør være overrasket over at dette systemet bidrar til regnskapsmessige underskudd.

5.4 Regnskapssystem

Virkninger av overgang til forretningsbaserte regnskapsprinsipper er særlig begrunnet med at en skal få bedre oversikt over alle kostnader, ikke minst kostnader knyttet til bruk av realkapital. Da bringes kalkulatoriske størrelser, som ikke er utgifter eller bevilgninger inn i regnskapene. I bedriftsøkonomiske regnskap er det nødvendig for å vise virksomhetenes lønnsomhet og økonomiske avkastning. En driver ikke offentlig virksomhet for å skape økonomiske overskudd i virksomhetene, men for å løse fellesoppgaver og fellestjenester for befolkningen. Målene er knyttet til de tjenester befolkningen mottar og den betydning de har for befolkningens velferd. De drives ikke for å oppnå bedriftsøkonomisk overskudd. Fokus på slike økonomiske resultater gir et misvisende uttrykk for målene for den offentlig

virksomhet. Det kan gi utilsiktede resultater. I vedlegg 1 har Fanny Voldnes gitt en mer detaljert analyse av virkninger av å bruke bedriftsøkonomiske regnskapsprinsipper på offentlige fellestjenester. Hennes konklusjon i oppsummeringen er:

”Bruk av forretningsmessige prinsipper er uegnet som styringsverktøy for helsetjenester og løser ikke de reelle problemene som helsesektoren står overfor. Ved bruk av forretningsmessige prinsipper er det overordnede økonomiske vurderinger som i stor grad styrer hva slags helsetjenester befolkningen får. Det betyr at risikoen er stor for at det skjer på bekostning av medisinskfaglige vurderinger og politisk styring. Reformens økonomistyringssystem inviterer til juks og fjerner oppmerksomheten fra formålet for selve tjenesten, som er befolkningens behov for hjelp ved sykdom. Et godt helsetjenestetilbud må ta utgangspunkt i befolkningens behov og ikke hva som er mest lønnsomt for det enkelte sykehus eller helseforetak. Tiden er overmoden for at myndighetene tar innover seg at dette økonomistyringssystemet faktisk er uegnet og en velferdsstat lite verdig. Det trengs modige politikere som kan sikre gode helsetjenester til hele befolkningen i framtida.”

Etter de offentlige regnskapsprinsipper vil det være ressursinnsatsen som belyses. Hvor store utgifter går hvert år til helsesektoren, hvor store utgifter har vi hatt til investeringer i helsesektoren og hvor store utgifter har vi hatt til renter og avdrag. Disse størrelser, og fordelingen av dem på formål og oppgaver vil ha hovedfokus i bevilgningsbudsjettene. Dessuten belyses hvordan det hele er finansiert, løpende inntekter (statstilskudd, egenbetaling og andre inntekter), lån og salg av kapitalobjekter. Dette settes så sammen til de resultatstørrelser som er nevnt i kap.5.2, og som sammen gir et bilde av de finansielle resultater.

5.5 Samspill og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes primære helse og sosialtjenester

Som anført tidligere i denne rapporten er det ingen selvfølge eller automatikk i at godt samarbeid og samhandling innen de ulike nivåene fører til et godt samarbeid mellom nivåene.

Primærlegetjenesten er en sentral aktør og premissleverandør innen primærhelsetjenesten og for samarbeid og samhandling med spesialisthelsetjenesten. I kommunene er det flere måter å organisere primærlegetjenesten. Et gjennomgående trekk er at alle primærlegene blir mer og mer selvstendige i forhold til helse- og sosialtjenesten i kommunene. Legene er i mindre grad tilsatt i kommunene, men har samarbeid med kommunehelsetjenesten som privat næringsdrivende. Innføring av fastlegetjenesten hvor alle innbyggerne står tilknyttet en spesiell lege kan også ha forsterket dette. Mange kommuner sliter med å få besatt kommunelegetillinger som skal ivareta de spesielle kommunelegetjenestene som er nedfelt i lovverket. Dimensjoneringen av, kvalitet og tilgjengelighet til legetjenesten i sykehjemmene og omsorgsboliger er en viktig faktor for samarbeid internt i helsetjenesten i den enkelte kommune, og for samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både innen somatikk og psykiatri.

Det kan være grunn til å stille spørsmål om primærlegenes sentrale rolle som premissleverandør og nøkkelfigur i prioriteringen er mindre i fokus enn tidligere, og om denne rolle er undervurdert. Den vurdering primærlegen gjør i sitt første møte med pasienten og oppfølgingen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, har stor betydning for ressursbruken innen de fleste områder og nivå. Det samme vil gjelde for sykehuslegene på de ulike nivåene der. Legen er selvfølgelig ikke den eneste fagperson innen systemet som foretar vurderinger og prioriteringer som har betydning for den enkelte pasient, for prioriteringer innad i systemet og som sammen påvirker kostnadsbilde og økonomi.

Det er derfor nødvendig at ikke minst legene og de andre fagaktørene innen sektoren gis en naturlig plass når det gjelder å utvikle prioriteringer som henger sammen både faglig og politisk. Det er viktig at styringssignalene som gis med utgangspunkt i dette er sammenfallende og ikke står i strid med hverandre. Dette bør gjelde på alle nivå i systemet.

Etter at sykehusloven av 1969 og lover som regulerer primærlege- og helsetjeneste mer detaljert kom, har det ikke vært entydige signaler verken faglig eller politisk om organisering og dimensjonering av sykehjem. Enkelte mener det er viktigst at de eldre får mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig.

Ulike finansieringstilskudd til bygging av sykehjem og omsorgsboliger og øremerkede midler til deler av helsetjenesten, spesielt for de eldre og delvis innen psykiatrien, har gitt resultater. Disse resultatene har det ikke vært full faglig enighet om. Det har i stor grad vært enighet om både faglige og politiske mål, men større strid om virkemidlene for å nå disse. Det har også hersket uenighet om de faktiske resultatene og konsekvensene. Det foreligger i dag heller ikke noen systematisk og spesifikk dokumentasjon på sammenhengen mellom insentiver og resultater.

Som innspill i siste kommunevalgkamp er det kommet løfter om tiltak som i stor grad vil øke antall sykehjemsplasser. Antall sengeplasser i helseforetakene og den økte satsingen på poliklinisk virksomhet og dagkirurgi, har ført til at tilgjengelige sykehjemssenger er for få. Et annet forhold er at mange sykehjem ikke er i stand til å ta imot pasienter fra helseforetakene. Utskrivningspraksisen fra helseforetakene har medført at det i dag er pasienter, som av helseforetakene defineres for friske til å få en seng i helseforetaket (vurderes som utskrivningsklar), men som primærhelsetjenesten ikke ser seg i stand til å overta. Dette begrunnes med uhensiktmessig bygningsmasse, manglende fasiliteter, mangel på faglig kompetanse, for kostnadskreven i forhold til rammefinansieringen osv.

Det kan derfor i dag være behov for et ekstra nivå eller tilbud mellom dagens kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Både innen somatikk og psykiatri bør det utredes hvilke konsekvenser dette har for dimensjoneringen for tjenesten på de ulike nivå. Holdes denne tjenesten utenfor dimensjoneringsgrunnlaget for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil tjenesten samlet sett bli underdimensjonert. Dette vil spesielt kunne gjelde dimensjoneringen av helsetjenesten i hovedstadsregionen hvor forholdene er mest uoversiktlig.

Finansieringsordningene har stor betydning for hvordan de ulike tilbud av helsetjenester bygges ut. Dersom vi går tilbake til kurpenge-systemet så var det fordelaktige at alle helsetilbud og tjenester hadde relativt likeartet finansiering. Alle institusjonsopphold mottok en refusjonssats på 75 pst av kursatsene fra folketrygden. Dette gjaldt for sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie. Psykiatri og somatikk hadde samme system. Poliklinikkjenester og legetjenester fikk stykkprisrefusjoner. Resten ble dekket ved andre budsjettbevilgninger og egenbetaling. Mao. alle tjenestene hadde samme refusjonsordning. Et hovedproblem med dagens system er at de tjenester som får innsattstyrt finansiering og stykkprisrefusjoner (poliklinikk og primærlegetjenester) sannsynligvis har en gunstigere finansiering enn de øvrige tjenester. Det er psykiatri, rus, rehabilitering og ikke minst kommunale tjenester, særlig sykehjem. Utvikling av et mer balansert finansieringssystem er derfor en viktig, men samtidig komplisert oppgave. Et riktig balansert finansieringssystem kan være avgjørende for å få til riktig samvirke og samarbeid både mellom psykiatri, rehabilitering og somatikk i helseforetakenes tjenester, og mellom helseforetakenes og kommunenes tjenester.

5.6 Ledelse og medarbeiderbasert utvikling

Fram til 1970 var sykehusledelse et lite kontroversielt tema. De fleste sykehus var som kjent eid av fylkeskommunen. Overlegen definerte mål og prioriteringer og administrasjonene var gjennomgående små. Sykehusloven medførte at det ble en politisk styring i fylkeskommunal

regi. De administrative funksjonene ble rustet opp. Sykehusledelse ble en egen profesjon. Dette lot seg vanskelig kombinere med medisinsk ledelse av en avdeling. Krav om budsjett disiplin og bedre styring ga næring til mer profesjonell ledelse og et klarere ansvar på avdelingsnivå. I 1981 foreslo Øyeutvalget en avdelingsledelse bestående av sykepleier og overlege med overlegen som koordinerende faglig leder (Dette ble beskrevet som enhetlig todelt ledelse). Ved pasientavdelingene skulle det utpekes en hovedansvarlig leder (normalt overlegen), men ved spesielt store avdelinger også en administrativ leder. Senere kom drøftingene i forbindelse med Kennings hypoteser om at ledelse var et helt selvstendig fag/funksjon og at man måtte beherske dette. En trengte ikke å ha basiskunnskap om den virksomheten man skulle lede.

I NOU1997:2 Pasienten først. defineres ledelse på følgende måte:

”Ledelse handler om å sette mål for virksomheten, samt å identifisere og beslutte de viktigste strategiene for å få gjennomført målene”.

I dag er det blitt en sammensmelting mellom ledelse og administrasjon. I et notat fra legeföreningen om arbeid med ledelse i sykehus i legeföreningens tidsskrift beskrives ledelse som en funksjon og administrasjonen som ideelt sett skal være det strukturelle grunnlaget for god ledelse. En god leder beskrives som den som får andre med seg på et felles oppdrag basert på en visjon som er gitt av lederen og som medarbeiderne har akseptert. En leder vil fungere bedre hvis han har nødvendig kunnskap om den virksomheten som skal ledes. Men jo større organisasjon dess mer kan man slakke på kravet om uttømmende faglig kunnskap.

Det kom fire nye helselover i 2001 som forutsetter at krav om ledelse fastsettes av eier og arbeidsgiver, med to krav; Krav til forsvarlighet og krav om enhetlig ledelse. Utviklingen fram til i dag innen fagfeltet ledelse og da spesielt innen sykehussektoren har gitt nye vinklinger, teorier og systembeskrivelser.

Det sentrale i dag, som det alltid har vært, er at i primær og spesialisthelsetjensten vil fagpersonalet ha avgjørende innflytelse på det som skjer. Oppbygging av store miljøer hvor økonomi- og kontroll er hovedinnholdet, vil ikke kunne nå igjennom uten at det er utarbeidet strategier som er kjent og delvis akseptert innen fagmiljøene.

Mange av de ”kuttforslagene” som utarbeides er i utgangspunktet definert som en økonomisk ramme. Virkningen av disse kuttforslagene er at det utarbeides forslag til reduksjon av den faglige virksomheten, men konsekvensen av forslagene er så omfattende at det stort sett er helsearbeiderne som ser dette tidlig nok. Når kuttene skal realiseres og de reelle konsekvensene også blir forstått av andre enn helsepersonellet blir de ikke gjennomført, eller bare delvis gjennomført, og dette kan ofte gjøre vondt verre for virksomheten.

Man har høstet ganske mye erfaringer i mange sektorer med medarbeiderorientert omstilling og myndiggjorte medarbeidere. Der lar man i større grad fagpersonell på alle nivå delta både i problemidentifisering og problemløsning. Dette samspillet medfører at de løsninger man kommer fram til vil være aksepterte og gjennomførbare. Den store utfordringen vil være sammensmeltingen mellom styringssignalene ovenfra og aksepten av konsekvenser på nivåene under. Det må derfor utvikles prosesser som tar inn i seg økonomiske rammer og faglige konsekvenser som defineres sammen med aktørene før reelle kuttforslag formuleres.

Fagforbundet har i omstillingsprosesser i kommunal sektor dokumentert svært gode resultater ved en slik arbeidsmodell. Myndiggjorte medarbeidere på alle nivå er ikke medarbeidere som blir delegert et ansvar eller en myndighet, men er medarbeidere som søker og ønsker mer ansvar og medinnflytelse i disse vanskelige beslutningene.

6. OFFENTLIG TJENESTEPRODUKSJON ELLER FORRETNINGSMESSIG VIRKSOMHET – Alternativer til dagens organisering av helseforetakene

6.1 Forskjeller på prinsipper for organisering av forretningsmessig virksomhet og god offentlig tjenesteproduksjon

Dagens helseforetak er organisert etter en blanding av prinsippene for offentlig tjenesteproduksjon og forretningsvirksomhet. Helseforetakene er skilt ut som selvstendige rettssubjekter. De fører sine regnskaper etter de samme prinsipper som forretningsvirksomhet. Helse- og omsorgsministeren er en slags generalforsamling for foretakene og oppnevner styrene. Styrene har ansvaret for virksomheten og ansetter daglig leder. På denne måten ligner de på organiseringen av forretningsmessig virksomhet.

Formålet for virksomheten er å dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Alle skal ha lik tilgang på tjenestene uavhengig av betalingssevne. Tjenestene er å betrakte som en rettighet befolkningen har. Virksomheten finansieres i all hovedsak gjennom bevilgninger over statsbudsjettet; dvs. av skatteinntektene. Bevilgningene består av statlige rammebevilgninger og stykkprisrefusjoner (systemet

for innsatsstyrt finansiering og poliklinikkrefusjoner). Det er litt innslag av brukerbetaling. Departementet gir også virksomhetene styringssignaler i et særskilt bestillerdokument og på foretaksmøte hvor statsråden møter regionhelseforetaket. Det griper også ofte inn i om diskuterte beslutninger styrene gjør. Offentlighetsloven og forvaltningsloven gjelder for virksomhetene og de kan ikke gå konkurs. På denne måten ligner helseforetakene på offentlig virksomhet.

Offentlige virksomhet skiller seg fra privat forretningsvirksomhet ved at den ikke drives for å skape økonomisk overskudd i form av fortjeneste som skal tilfalle eierne eller gi avkastning på innskutt kapital. Formålet med virksomheten er å dekke innbyggernes/befolkningens behov for disse tjenester og produkter. Resultatet av virksomheten er den behovsdekning eller velferdsvirkning som oppnås.

Tradisjonelt ble offentlig virksomhet delt i offentlig forvaltningsvirksomhet og offentlig forretningsvirksomhet. Skillet mellom forvaltningsvirksomhet og forretningsvirksomhet går i hovedsak på om brukerne betaler for tjenester og produkter (forretningsvirksomhet) eller om tjenester og produkter er fellesbetalte gjennom skattesystemet (forvaltningsvirksomhet).

En annen vanlig måte å dele den offentlige virksomhet på er:

- styring og planlegging
- myndighetsutøvelse
- produksjon av offentlige tjenester og produkter

Det første av dette er styring, ledelse og administrering av den offentlige virksomheten gjennom det politiske og administrative system som er utviklet til dette formålet. Den andre delen er utøvelse av myndighet stort sett basert på vårt system for lover og regler. Herunder kommer rettsystem og politi, forsvar og annen myndighetsutøvelse. Den tredje biten er den mer rene produksjon av produkter og tjenester.

Virksomhet knyttet til styring og planlegging og myndighetsut-

øvelse vil i hovedsak være det som identifiseres med begrepet forvaltningsvirksomhet. Tidligere var dette også en mer dominerende bit av offentlig virksomhet. Her er regelstyring basert på lover, administrasjon og styring hovedelementene. Storparten av den offentlige ressursbruken i et moderne velferdssamfunn er imidlertid knyttet til produksjon av tjenester. Selv om denne også er basert på lover og regler er hovedelementene i styring, drift og utvikling forhold som budsjettbevilgninger, virksomhetsplaner av forskjellig karakter, personalutvikling og utdanning, ledelsessystemer og lignende.

I staten er fortsatt forvaltningsvirksomhet dominerende. Det er i kommunene og fylkeskommunene systemene for god offentlig tjenesteproduksjon er utviklet. Det er derfor først og fremst i statsforvaltningen offentlig tjenesteproduksjon defineres som forvaltningsvirksomhet og det er her en feilaktig tror at den primært er regelstyrt.

Forvaltningsvirksomhet gir assosiasjoner om at styringen i hovedsak skjer med utgangspunkt i lover og regler, styring ovenifra og byråkrati. Derfor gir forvaltningsvirksomhet et misvisende inntrykk av offentlig produksjon av produkter og tjenester. Folk som mangler kunnskap om dette tror imidlertid ofte at styringsmetodene for offentlig tjenesteproduksjon, som forgår under betegnelsen forvaltningsvirksomhet, stort sett er basert på lover og regler. Det vises bl.a. til omtalen i Forskningsrådets resultatevaluering av sykehusreformen på s.24 hvor en får inntrykk av at de ikke kjenner hvordan systemene for offentlig tjenesteproduksjon er utformet og utviklet.

Når en kompetent virksomhet som Forskningsrådet har denne uynanserte oppfatningen av hovedinnholdet i måten offentlig tjenesteproduksjon drives på kan det være behov for å skille mellom begrepet forvaltningsstyring og styringen av offentlig tjenesteproduksjon. Det er vel få av dem som arbeider i sykehus, undervisningsinstitusjoner, kulturinstitusjoner eller vannforsyning som vil si at de driver med offentlig forvaltning. Derfor kan det være mer hensiktsmessig å betegne denne delen av forvaltningsvirksomheten som offentlig pro-

duksjon av produkter og tjenester.

For å styre, drive og utvikle denne typen offentlig virksomhet på mest mulig effektiv måte er det i virkeligheten utviklet omfattende systemer knyttet til områder som:

- budsjett- og regnskapssystemer
- plansystemer
- ledelsessystemer, organisering og personalutvikling
- utdanning

Disse systemer har naturligvis fellestrekk med lignende systemer utviklet for forretningsvirksomhet. Men det er også vesentlige forskjeller spesielt knyttet til at formålet for disse to hovedtyper virksomhet er helt forskjellig.

Idegrunnet for Helseforetakene er hentet fra såkalt New Public Management. Det er en samling metoder knyttet til organisering, ledelse og styring som skal bidra til å effektivisere offentlig virksomhet. Det som særpreger disse metodene er at hovedvekt legges på å bruke marked, konkurranse og bedriftsøkonomiske styrings- og ledelsesprinsipper på offentlig virksomhet. Disse metodene er i dag meget omdiskutert (jf Jensen 2007).

Kjernen i forretningsbasert virksomhet er at resultatet det arbeides og styres mot er å gi virksomheten størst mulig økonomisk overskudd. Dette resultatmålet skal det styres mot uten å ta hensyn til eventuelle virkninger forretningsvirksomheten har for andre samfunnsmessige forhold. En må naturligvis sørge for å holde virksomheten innenfor gjeldende lov og regelverk og de avtaler virksomheten har inngått med andre.

Dette står i motsetning til offentlig virksomhet hvor målsettingen er å realisere velferdspolitiske og samfunnsmessige mål innenfor de inntektsrammer som virksomheten disponerer. Spørsmål om å skape et forretningsmessig resultat i form av et økonomisk overskudd er irrelevant og vil som styringsmål være meningsløst. Det kunne for

eksempel oppnås ved å la være å disponere inntektene i forhold til det som var grunnlaget for at inntektene ble bevilget til formålet.

6.2 Løsninger hvor helseforetakene drives etter prinsipper og systemer for god offentlig tjenesteproduksjon

Etter hvert som tjenesteproduksjon er blitt den mest dominerende del av den offentlige virksomhet har styrings og ledelsessystemene for offentlig tjenesteproduksjon blitt stadig utviklet. Dette har i særlig grad skjedd knyttet til kommunene og fylkeskommunene som har hatt ansvaret for de største områdene – sosialomsorg, helsetjenester, undervisning og oppvekst (jf pkt 5.6 side 45 og utover). Den ene styringslinjen er utvikling av budsjett-, regnskaps- og plansystemer. Den andre går på organisering, ledelse- og personalutvikling, motivasjon og samvirke – og samarbeid mellom personalgrupper og ledelse.

Budsjett og regnskapssystemer

Svært mange av de kritiske merknadene til helseforetakene er knyttet til innføring av forretningsorienterte regnskapsprinsipper for helseforetakene. De rendyrkede bedriftsøkonomiske prinsipper er til dels på kollisjonskurs med målene for reformen og ikke minst den ideologi profesjonen har når det gjelder pasientbehandling. De fører til fokus på et bedriftsøkonomisk resultat. Det er også vanskelig å få reell oversikt over hva som er bevilget til drift og investeringer i spesialisthelsetjenesten.

Det nye systemet har heller ikke gitt bedre budsjettstyring eller økonomikontroll. Tvert i mot har helseforetakene samlet hvert år etter at systemet ble innført levert økonomisk underskudd som pr. 31.12.06 er akkumulert til nesten 18 milliarder kroner. Så store underskudd savner vel sidestykke i offentlig tjenesteproduksjon.

Det bør derfor vurderes å gå over til de prinsipper som er utviklet for

god offentlig tjenesteproduksjon. Kommunenes og fylkeskommunenes budsjett og regnskapssystem kan tilpasses og brukes også for helseforetakene. Det ville også gi et mer likt system for budsjett- og regnskap for offentlig tjenester i hele offentlig sektor.

Personal, ledelse og organisasjonsutvikling

Den strukturelle organisering gjennom regionhelseforetakene og de enkelte helseforetak er relativ ny. Derfor bør en være varsom med å iverksette nye store strukturelle endringer. Slike prosesser har en tendens til at fokus i utviklingen blir rettet på de overordnede og politiske elementene i systemet. Det en trenger er fokus på de nivåer i organisasjonene som yter helsetjenestene og der brukerne av tjenestene møter tjenesteyterne. Det er her resultatene skapes og det er her det kan utvikles forbedringer som kommer brukerne til gode.

Stort sett dreier det seg om å legge forholdene til rette slik at medarbeidernes kompetanse og kunnskaper kan utnyttes best mulig til å skape gode helsetjenester til brukerne. Det må skje i samsvar med målene og verdigrunnlaget for reformen. Det er bred enighet om både på politisk nivå, blant medarbeiderne og fagorganisasjoner. Nå er det på tide å slippe grunnplanen til slik at de kan utvikle forbedringer ut fra sin kompetanse og slik de ser problemer og muligheter.

Slike prosesser må for det første ha klare mål kombinert med resultatoppfølging. Målene må gå på:

- hva som skal oppnås av pasientbehandling og forskning og utdanning der det er aktuelt
- ressursbruk og økonomi
- personalutvikling og arbeidsmiljø

En slik prosess må forankres i ledelsen og gjennom forpliktende avtaler mellom de ansattes organisasjoner og ledelsen. Viktige elementer er:

- Reell medbestemmelse
- Tidlig og god informasjon er en forutsetning for deltakelse.
- Prosessene må involvere alle som blir berørt
- Lederstil må tilpasses utvikling i partnerskap med ansatte og

deres organisasjoner. Den må være visjonær, inspirerende, støttende og utviklende

- Opplæring i nødvendig endringskompetanse
- Jobbtrygghet
- Beslutninger må basere seg på helhetlige vurderinger (arb. miljø, faglighet, kvalitet, ressursbruk, omdømme, kompetanse, jobbtrygghet, god ressursbruk m.m.) f.eks i form av balansert målstyring
- Noe av gevinsten må pløyes tilbake
- Satsing på delegasjon av myndighet og team som får nødvendig opplæring, veiledning
- Delegering av myndighet- og ansvarliggjøring av medarbeiderne

6.3 Regional og lokal forankring

Det er uheldig å ha en organisasjonsform hvor den lokale forankring av sykehusene kan bli borte. Viktig er spørsmål om eierforhold til helseforetakene, hvordan deres styrer skal oppnevnes, hvem skal vedta budsjetter og investeringer og hvem skal vedta store strukturomlegginger som for eksempel nedleggelse av sykehus. Det er vanskelig å forstå at det kan være i pakt med våre demokratiske tradisjoner at representanter fra den befolkning, som tjenestene er utviklet for og finansieres av, ikke skal delta i slike styringsorganer. Det er et gufs fra enevoldstiden når dette kun avgjøres av sentralmyndighetene og deres representanter. Det burde derfor belyses og utredes nærmere hvilke alternativer som er mulige og aktuelle. Her kan nevnes:

- En har allerede forslagene om å tilbakeføre dem til den nye regionalforvaltningen.
- De kan også organiseres etter prinsipper for samarbeid mellom fylkeskommuner eller samarbeidsorganer mellom staten og fylkeskommuner. Til det er selskapsformen interkommunale selskaper utviklet. I slike selskaper kan for eksempel både fylkeskommunene og staten delta. Hovedprinsippet for slike selskapsformer er at fylkestinget og/eller staten oppnevner et representantskap. Det betyr at organisasjonsformen baseres på

indirekte valg. Representantskapet velger styre, ansetter daglig leder, vedtar budsjetter og foretar avgjørelser i andre spørsmål som etter vedtektene tilligger representantskapet.

- Omgjøring av foretakene til ren statlig virksomhet er også lansert.

Dette burde derfor gjøres til gjenstand for en mer omfattende utredning på et senere tidspunkt.

7. UTFORDRINGER I OSLOREGIONEN OG HELSE SØR-ØST – Forslag til tiltak og prosesser

7.1 Generelt

Årsaken til at regionforetakene Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen var et ønske om bedre samordning og ressursutnytting mellom sykehusene i Osloregionen. Da de nye helseforetakene ble etablert i 2002 ble to av sykehusene; Rikshospitalet og Radiumhospitalet lagt til Helse Sør med hovedbase i Skien, mens de øvrige ble lagt til Helse Øst med hovedbase på Hamar. Det har gitt for dårlig samordning av sykehusvirksomheten i hovedstaden. Hovedproblem som hevdes å ha oppstått er at fellesressurser for alle sykehusene i Osloregionene ikke utnyttes godt nok, og uenighet om fordelingen av pasientgrunnlaget for Oslosykehusene mellom de to regionforetakene. En viktig del av pasientgrunnlaget for Rikshospitalet og Radiumhospitalet kommer fra Helse Øst.

Helsedepartementet satte i 2004 ned en prosjektgruppe bestående av toppledelsen i Helsedepartementet og de to regionhelseforetakene for å foreslå tiltak. Gruppens mandat var:

”- Det skal framlegges rapport som kartlegger og analyserer behovet for samordning av oppgaver og ressursbruk for sykehus i hovedstadsområdet. Det skal tas utgangspunkt i Det norske radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål universitets-

sykehus, men andre sykehus kan trekkes inn i vurderingene dersom det anses nødvendig eller hensiktsmessig for å finne fram til gode løsninger.

- Med bakgrunn i kartleggingen og analysen av samordningsbehov skal det gis tilråding om strategi og tiltak som kan ivareta det avdekkede behovet. Rapporten forutsettes å inneholde en gjennomgang av alle tiltakstyper, med gjennomgang av alle alternativenes sterke og svake sider.

- Basert på de tilrådingene som gis i rapporten skal det også legges fram forslag til hvordan tilrådingene skal gjennomføres.”

Rapporten utgjør 4,5 sider inklusiv beskrivelse av mandatet, sammensetning og bakgrunn for arbeidet. Hovedgrunnlaget for konklusjonene synes å være en Powerpoint presentasjon på 102 sider fra McKinsey (jf vedlegg 1).

Den noe selvsagte konklusjon er at det er fornuftig med bedre samordning og at det kan gi bedre helsetjenester, bedre ressursutnyttelse, bedre forskning og frigi ressurser som kan brukes til innsats på andre viktige helseområder som psykiatri, kreft, eldre og pasienter med kroniske sykdommer.

Prosjektgruppen peker så på 5 løsningsalternativer varierende fra det minst ytterliggående som er mer samarbeid og samarbeidsavtaler mellom sykehusene til det mest ytterliggående som er sammen slåing av det to regionhelseforetakene. Gruppen synes ikke å ha vært enig om å anbefale **ett** alternativ.

Det mest ytterliggående alternativ ble valgt. Spørsmålet blir da hvordan gjennomføre det som i realiteten er en fusjon mellom to relativt ferske regionhelseforetak mest mulig i pakt med målene for det nye foretaket og innenfor de rammebetingelser Helse og omsorgsdepartementet har satt. I det etterfølgende er fem forhold som kan bidra til bedre utvikling drøftet nærmere.

7.2 Analyser av kapasitet, behov og etterspørsel og kapasitetsutnyttelse for hovedstadsregionens helseinstitusjoner

En hovedutfordring for det videre arbeidet med fusjonen er at mer konkret **materiale som skulle kartlegge og analysere behovet for samordning av oppgaver og ressursbruk i liten grad er utarbeidet. Et slikt analysearbeid bør derfor være første steg i prosessen.** En fusjon av så stor betydning kan ikke baseres på løs synsing.

Det er behov for:

- Oversikt over hva slags kapasitet de ulike sykehusene og institusjonene i hovedstadsområdet har til sine oppgaver og funksjoner.
- Vurdering av den etterspørsel og de behov den enkelte institusjon møter og dekker. Institusjonene ivaretar ikke bare regionale behov, men har viktige landsdekkende funksjoner og helt avgjørende betydning for forskning og utdanning av medisinskfaglige profesjoner. Dette er derfor en vanskelig oppgave
- Analyser som gir grunnlag for å vurdere om det virkelig er overkapasitet eller ledig kapasitet som kan utnyttes bedre og om funksjoner og fellestjenester bør slås sammen eller samordnes bedre.
- Dette må derfor i første omgang vurderes av den enkelte institusjon. Det mest nærliggende er at de enkelte institusjoner utarbeider slike oversikter, som så samordnes til en felles oversikt for hele hovedstadsområdet.

Avhengig av konklusjonene fra en slik analyse vil neste steg i prosessen være å utforme bedre løsninger. Da kreves prosesser som innebærer at institusjoner, avdelinger og medarbeidere som berøres involveres i de nødvendige utviklingsprosesser.

Et viktig spørsmål er hvor omfattende kapasitets/behovsanalysen bør være. Skal den avgrenses til hovedstadens institusjoner eller skal hele regionen (Helse Sør-Øst) omfattes. Skal de privateide institusjoner

være med? Hvordan skal hovedstadsregionen avgrenses? Bakgrunnen for fusjonen er overlappende funksjoner og pasientgrunnlag i hovedstadsområdet. I første omgang bør dette begrenses til hovedstadsområdet som i all hovedsak bør bestå av Oslo og Akershus. Det er imidlertid nødvendig at alle institusjoner, både de institusjoner regionhelseforetaket eier og de privateide tas med.

I Aftenposten 22. september uttaler lederen for det nye regionhelseforetaket: *"Vi kan ikke bruke mye tid på utredninger nå. Vi må høste av det vi allerede vet basert på tidligere utredninger i de to foretakene"* og *"Vi finner ikke nye problemstillinger eller nye løsninger. Vi må gjennomføre det vi ikke har fått til før"*. Det skulle indikere at det foreligger mer omfattende utredninger om kapasitet, kapasitetsutnyttelse og samordningsmuligheter som verken departementets arbeidsgruppe eller McKinseyrapporten henviser til. Eller at slike utredninger ikke ønskes i de prosessene en står framfor. Det siste vil for øvrig stå i god stil til hvordan helsereformen av 2002 ble iverksatt.

Medisinerutdanning

Samordning av medisinerutdanningen i det nye regionale helseforetaket vil ha stor innflytelse på ressursbruk på alle nivå. Vi er ikke helt sikre på hvordan dette er løst i dag. Det gjelder ikke bare for legeutdanningen, men **også i stor grad for utdanning i helsefagene generelt**. Vi har heller ikke sett at dette er tatt med i de ulike analysene.

Det har vært ganske stor konkurranse mellom Radiumhospitalet, Ullevål, A-hus og de øvrige større sykehusene i Helse Sør-Øst. Det er fakultetene som styrer ressurstilgang osv. men det bør reises spørsmål om dette. **Vil en nedbygging av den påståtte overkapasiteten få konsekvenser for medisinerutdanningen og utdanning av de øvrige helseprofesjonene**. Det vil være direkte oppsiktsvekkende om det ikke er vurdert og analysert, men vi kjenner ikke til noen slik dokumentasjon

Laboratorievirksomheten

Det er spesielt her det påstås at det er stor overkapasitet og at en samordning innen dette området er viktig. Hva vil dette kunne bety for forskningen, Og utdanningen? Er det her stilt de riktige spørsmålene eller er det mer tradisjonell tenkning som ligger bak. Hva er det egentlig laboratoriene i Osloområdet gjør av prøver, vurderinger og analyser?

7.3 Er det fornuftig å gjennomføre en så stor fusjon samtidig som foretaket skal foreta innsparinger?

En stor utfordring er at samtidig som fusjonen gjennomføres skal det foretas store besparelser. For å oppnå det såkalte balansekravet må Helse Sør-Øst spare 880 millioner kroner i driftsutgifter, eventuelt skaffe økte driftsinntekter. En må påregne at fusjonsprosessen i seg selv er kostnadskrevende og den vil kreve ledernes og de ansattes oppmerksomhet. Er det da fornuftig å kjøre en parallell spareprosess og hva vil det innebære. Står en her overfor krav som det ikke er fornuftig å tilfredsstille samtidig?

7.4 Hvordan bedre samvirke og samarbeid med kommunenes primære helse- og sosialtjenester?

Det synes å være bred enighet om at forholdet til og samarbeidet med kommunenes helsetjenester er avgjørende for effektiviteten både i psykiatriske og somatiske sykehus og andre spesialisthelsetjenester. Dette understrekes i McKinsey-analysen særlig ved sammenligningen med svenske sykehus. I resultatevalueringen fra Forskningsrådet framkommer at samarbeidet med kommunehelsetjenesten ikke er blitt bedre i forbindelse med reformen i spesialisthelsetjenesten. Det bør derfor lages et program for hvordan de enkelte helseinstitusjoner i Helse Sør-Øst skal bedre samarbeide/samvirket med kommunene.

Et slikt program bør utvikles i samarbeid med kommunene/representanter for kommunene.

Pasientene som ikke hører hjemme på et spesifikt nivå – ”halv-annetnivåpasientene”.

Enkelte pasienter, klienter eller brukere defineres å være for friske til å være inneliggende på sykehus, mens de er for syke til å bli tatt hånd om i kommunehelsetjenesten. Dette gjelder innen somatikk, psykiatri og hvor det er kombinerte diagnoser med islett av både rus og rehabilitering. Er denne gruppen medtatt i behovstallene som er utarbeidet og hvordan er denne problemstillingen ivaretatt.

Samarbeid med primærhelsetjenestene.

Det er ikke bare viktig, men en absolutt forutsetning at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten blir optimalisert. Dette krever at det er god kunnskap om behovene både i primær- og sekundærledet. Det er derfor viktig at man kjenner til hverandres behov, muligheter og begrensninger. Kommunikasjon er et nøkkelord. Det er også nødvendig å gjøre forpliktende avtaler mellom kommunehelsetjenesten og de ulike aktørene i spesialisthelsetjenesten.

Det må opprettes samhandlingsarenaer hvor ikke bare byråkrater og ledere samhandler, men også faginstansene på begge nivå. Dette er muligens godt ivaretatt. For eksempel kan en se på hvordan St.Olavs Hospital samarbeider med primærhelsetjenesten i kommunene.

7.5 Hvordan få bedre medvirkning fra de ansatte i utviklingen av Helse Sør-Øst

I McKinsey rapporten (foil 58) vises til ulike studier som hevder at mellom 83 pst og 57 pst av integrasjoner mislykkes. Det skyldes i hovedsak menneskelige faktorer.

Det er flere forhold som kan gjøre denne fusjonsprosessen spesielt vanskelig. I eget punkt er nevnt at fusjonen skal gjennomføres parallelt med en spareprosess. I tillegg tror mange at det ikke vil ta lang tid før neste strukturreform kommer. Jmfør for eksempel professor Hagens uttalelser i Aftenposten 18. august om at løsningen enten ligger i et mer sentralisert opplegg hvor alle helseforetakene samles under et direktorat eller at de oppløses i 10 nye helseforetak. Sterke krefter arbeider for begge disse løsninger. Særlig synes mange eksperter og noen organisasjoner å tro at det vil ende med en sentralisert løsning. Den største utfordring for å få medvirkning fra de ansatte, ansattes organisasjoner og de enkelte institusjoner er at de tror dette vil være en god organisatorisk løsning som har varig karakter.

De reformprosesser som har vært gjennomført i forbindelse med helsereformen har vært toppstyrte. Det har stort sett dreid seg om å lage nye fellesadministrasjoner for helseforetakene, innføring av nye overordnede styringsorganer, nye regnskapssystemer o.l. Toppledningene har kommet og gått. Konflikter mellom enkeltinstitusjoner, lokalsamfunn og toppledelsen i regionhelseforetakene synes å ha stått i kø om en skal tro presseoppslagene. De ansatte og de ansattes organisasjoner har i varierende grad blitt tatt med i prosessene. Det reises spørsmål om organisasjonsendringene overhodet har hatt virkninger for de enkelte avdelinger som yter helsetjenestene. Det er der resultatene skapes. **Spørsmålet er derfor om det kan utvikles metoder som kan bidra til at grunnplanet i organisasjonen og den kompetanse som er der kan trekkes inn på en bedre måte.**

For kommunesektoren har Fagforbundet tatt initiativ til det som går under betegnelsen modellkommuner. Hovedpoenget med disse metoder er at utviklingsprosessene tar utgangspunkt i problemene slik grunnplanet i organisasjonen oppfatter dem. En slik prosess starter med at ansatte og avdelinger vurderer hvilke endringer som kan gi høyere effektivitet, bedre løsninger og innsparingsmuligheter og kommer med sine forslag til forbedringer. Så må det sørges for prosesser som gir avdelingene fullmakter og anledning til selv å gjennomføre forbedringer i sine avdelinger. Erfaringene med slike prosesser har

vært svært gode. Utvikling av slike prosesser er en løsning som burde prøves i forbindelse med utviklingen av Helse Sør-Øst. Under pkt 6.2 er skissert nærmer opplegg for denne type prosess.

7.6 Organisering av fellesløsninger i regionhelseforetaket

Et viktig spørsmål er hvordan samarbeid om fellesløsninger i det store nye regionhelseforetaket skal organiseres. På flere områder kan det være aktuelt å trekke ut funksjoner fra de enkelte helseforetak for så å samordne dem i fellesløsninger for alle eller grupper av helseforetakene. Det kan gjelde laboratorier, IKT-funksjoner, regnskap og lønn, innfordring. Slike prosesser er allerede i gang.

Dette er spørsmål for eksempel kommunene lenge har arbeidet med å utvikle. Slike forhold kan organiseres på ulike måter. Det kan opprettes enheter direkte underlagt regionhelseforetakene som ivaretar slike funksjoner på vegne av alle enhetene. Dette er vanlig å gjøre i kommunene. Problemet med denne modellen i forhold til helseforetakene er at de er geografisk spredde og en samling av dem som i dag arbeider i funksjonene er vanskelig å gjennomføre.

En mer drastisk omorganisering vil være å samle slike funksjoner i egne selskaper som må "selge" sine tjenester gjennom bestillerutfører modeller. Problemet med denne modellen er at den lett blir byråkratiserende og at eventuelle gevinster lett spises opp av økt administrasjon. Slike modeller har også en tendens til å ende med "outsourcing" av virksomheten jf det som har skjedd i mange store private konserner.

I kommunene har det etter hvert også blitt valgt løsninger hvor fellesfunksjoner for flere kommuner samles i en av kommunene. Det er gjort på områder som lønn, regnskap, skatteinnfordring og IKT. Forutsetningen for slike løsninger er at de kan bli bedre, mer funksjonelle og mer kostnadseffektive ved å samles i større enheter.

For helseforetakene vil det for eksempel innebære at lønnsfunksjoner, IKT-funksjoner for flere foretak samles hos ett av dem.

På ”tyngre” områder hvor det er store gevinster med større enheter har kommunene samlet funksjonene i egne selskaper. Da bruker kommunene stort sett organisasjonsformen interkommunalt selskap. Disse styres av et representantskap satt sammen av representanter for de enkelte kommunene. Det velger styre, ansetter daglig leder og vedtar budsjett. Det interkommunale selskapet ivaretar så funksjon for alle deltakerkommunene. Denne organisasjonsformen brukes for å ivareta funksjoner som vann, avløp, renovasjon, utdanning, helsetjenester og også mindre ressurskrevende områder.

Slike løsninger kan godt iverksettes uten at et formelt selskap etableres. På de områder som er nevnt her kan styrings og ledelsesfunksjonen ivaretas på enklere måter. F. eks. kan en godt tenke seg mellomformer mellom IKS-løsninger (interkommunale selskaper) og løsninger hvor en kommune/et helseforetak ivaretar løsninger for flere kommuner/helseforetak. Det kan løses med et felles styrings/samarbeidsorgan for avdelingen hvor alle foretakene som får tjenester er representert.

Dersom det er aktuelt å arbeide med slike problemstillinger i det nye regionhelseforetaket burde en starte med å utrede de alternative organisasjonsformer og lage retningslinjer for hvordan slike tiltak skal organiseres for å få det beste samarbeidet om slike fellesløsninger. I slike utredninger må arbeidstagerorganisasjonene delta siden de kan få stor betydning for arbeidstakernes rettigheter, plassering og lokalisering.

REFERANSER

- Ot.prp. nr. 25 (1999-2000). Om lov om fylkeskommunale sykehusselskaper.
- Or.prp. nr. 66 (2000-2001). Om lov om helseforetak m.m (helseforetaksloven).
- Bedre samordning av sykehusene i hovedstadsområdet. Rapport fra prosjektgruppe nedsatt av Helsedepartementet. 08.10.2004
- Prosjekt sykehus i hovedstadsområdet – arbeidsdokument. Materiale utarbeidet i forbindelse med en utredning ledet fra Helse- og omsorgsdepartementet med støtte fra McKinsey & Company. Oktober 2004.
- Agenda Muusmann ”Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet”. 2005.
- Alternativ evaluering av helseforetaksreformen. Marstein Egil, Voldnes Fanny, Hagen Unni med flere. 2007
- Forskningsrådet . Resultatevaluering av sykehusreformen. 2007.
- Askildsen, Jan Erik og Kjell Haug (red): Helse, økonomi og politikk – utfordringer for det norske helsevesen. Cappelen Akademiske forlag.
- Bjørnerak, Nylund og Kaarbø: Høye underskudd og høy produktivitet er det mulig.
- Grund, Jan: Sykehusledelse og helsepolitikk – Dilemmaenes tyranni. Universitetsforlaget. 2006.
- Jensen, Bjarne: Offentlige velferdsgoder – Økonomistyring og New Public Management. Høgskolen i Hedmark 2007.
- Johannesen, Jon-Arild og Johan Olaissen: Styring av helseforetak – Hvorfor sykehus er så vanskelig å styre. 2007.
- Årsrapport Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten. 2007.

VEDLEGG 1

Bedre samordning av sykehusene i hovedstadsområde rapport 08.10.04/Mckinsey-rapporten oktober 2004, merknader og kommentarer

1. Innledning

Det er mange måter å gå inn i disse drøftingene ut fra det materiale som foreligger. En kan gå inn i selve notatet slik det er utformet av konsulenten. En annen måte er å konsentrere seg om hovedkonklusjonene fra prosjektgruppen som bl.a støtter seg på konsulentens rapport. Endelig kan man drøfte oppdraget som er formulert i mandatet og ha synspunkter på dette. Vi vil komme inn på alle disse forholdene, men først ta en prinsipiell gjennomgang av spørsmål knyttet til omstrukturering og omstillingsarbeid generelt.

2. Toppstyrte initiativ og prosesser

Utgangspunktet for alle endringsprosesser og omstilling i offentlige virksomheter bør ha sitt ideologiske utgangspunkt i ”Den myndiggjorte medarbeider”. Det betyr på godt norsk at slike prosesser bør ha som utgangspunkt og mål å utnytte den innsikt og kompetanse alle medarbeiderne i organisasjonen har og skape engasjement blant medarbeiderne i alle ledd for å bidra til forbedringer.

En viktig forutsetning for at medarbeidermobilisert utvikling skal lykkes er at alle er kjent med målsettingen for endringene, at de er aksepterte og anses for fornuftige og nødvendige. Samtidig er ho-

vedpoenget å utnytte den innsikt og kompetanse medarbeiderne i organisasjonen har om hvordan virksomheten kan forbedres. Dette oppnås ved at de får anledning til å legge fram sine vurderinger om forbedringsmuligheter og delta aktivt i premissdrøftingen. I tillegg må de få riktig og god nok informasjon, og prosesser må ikke forseres unødig. Toppstyrte prosesser alene lykkes sjelden. Skal toppstyrte prosesser lykkes må også grasrota være med.

Det er umiddelbart klart at ikke alle ansatte kan være med i slike utredninger og beslutningsprosesser. Derfor er det viktig at de blir representert på en god og vettug måte ut i fra sin ”sertifiserte kunnskap” og sin tilknytning til ulike arbeidstagerorganisasjoner.

I de forberedende og utredende prosesser om sykehusløsninger i Oslo-området har arbeidstakerorganisasjonene ikke fått anledning til å delta. Prosjektgruppen er for eksempel sammensatt kun med representanter fra departementets ledelse (Departementsråd og ekspedisjonssjefer) og ledelsen i helseforetakene (Styreleder og administrativ toppledelse).

Dette står også i motsetning til prosjektgruppens mandat hvor det heter:

”Det skal tilstrebes kontakt med berørte interessegrupper:

- Brukerne. Dette forutsettes primært å skje gjennom de etablerte brukerutvalgene. Det skal i arbeidet vurderes om det bør være supplerende kontakt med pasient/brukerorganisasjoner.

-Fagforeningene. Det bør finnes fram til hensiktsmessig dialog og informasjon med berørte fagforeninger.”

I Mckinsey-rapporten er for eksempel listet opp 35 personer som har vært premissleverandører. Blant disse er det **en** representant fra arbeidstakerorganisasjonene på grunnplanet og ingen brukerrepresentanter. Alle øvrige premissleverandører kommer fra ledelse og profesjonsinteresser. I Fagforbundets uttalelse datert 29.11.04 er dette utdypet nærmere.

3. Vurdering av arbeidsdokument fra Mckinsey datert okt. 2004 og prosjektgruppens rapport

Prosjektgruppens rapport (08.10.04) er på knappe 5 sider og har ingen klar konklusjon. Den peker kun på de 5 alternativer som er drøftet i Mckinsey-rapporten.

Mckinsey-rapporten er en slags ”punktpresentasjon” fordelt på 103 sider. Punktene består dels av konkrete fakta som er mer eller mindre relevante for problemstillingen. Referanser som gjør det mulig å etterprøve opplysningene er stort sett fraværende. Dels består punktene av postulater som det til dels kan være uenighet om.

Det er generelt vanskelig å forholde seg til og vurdere en slik punktprosedyre. Det trekkes fram mange enkeltpunkter som drøftes separat og med konklusjoner som ikke er verifisert. Disse konklusjonene settes så sammen til en form for helhet som gir et resultat som det er vanskelig å ha noen klar mening om er fornuftige eller riktige. Det analytiske nivå i Mckinsey-rapporten holder derfor ikke den standard som er vanlig i norske utredninger om offentlig virksomhet, og som burde forventes i en så omfattende og viktig sak som denne drøftingen gjelder. Det er ikke å overdrive å si at konklusjonene er like mye preget av synsing som analyse.

Dette framgår også i noen grad av rapporten. Hovedformålet med rapporten synes å være å frambringe hovedalternativer for videre arbeid med å bedre samordning av sykehustjenestene i hovedstadsområdet. Det er for eksempel ikke konkludert med at noen av alternativene anbefales framfor de andre. Analysen av de fem hovedalternativer for å bedre samordning av virksomheten i sykehusene i hovedstadsområdet er en slags pro et contra drøfting av de enkelte alternativene uten at ett alternativ anbefales.

Arbeidsgruppens vurderinger ender også i en konklusjon hvor fem hovedalternativer for å bedre samordning av sykehusene i hovedstadsområdet listes opp uten at de vurderes mot hverandre.

På side 46 i McKinsey-rapporten er en opptatt av risikoen i for toppstyrte prosesser:

”Erfaring viser imidlertid at det generelt er store utfordringer relatert til realisering av toppstyrte samordningsgevinster og at disse er enda større innen sykehussektoren. Det er her viktig å merke seg at det finnes ingen basis for at ”større er bedre” generelt i sykehussektoren, verken i Norge eller utlandet. Med andre ord: store fusjoner skaper ofte ikke verdi innen sykehussektoren, ofte fordi gjennomføringen er dårlig. Men, det er også viktig å merke seg at det på enkeltområder typisk er store gevinster å finne ved vellykket samordning, både når det gjelder pasientbehandling, forskning og ressursutnyttelse.”

Dette er en konklusjon vi deler fullt ut. Men dette er i liten grad tatt hensyn til i forbindelse med konklusjonene om videre prosess.

Prosjektrapporten inneholder en rekke påstander og ”funn”. En er påpasselig med å peke på de svakhetene som underlagsmaterialet inneholder.

De tar også opp på prinsipielt grunnlag at selve den arbeidsform som er valgt på mange måter vanskeliggjør å realisere de gevinstene som det også sås noen tvil om egentlig er funnet eller identifisert.

4. Utgangspunkt for prosjektet

Det kan være betimelig å stille enkelte spørsmål før vi går videre i vår vurdering. Sykehusreformen skal evalueres og gjennomgås om ikke alt for lenge. Det er tidligere antydnet at en slik evaluering kan komme allerede i mars måned. Hvorfor venter man ikke med videreføringen av dette prosjektet og ser det i sammenheng med denne evalueringen?

Det er akseptert at det er en skjev ressurstilgang til de enkelte helseregioner i kongeriket. Etter mye strid innen fagmiljøer og politiske partier er det mer eller mindre akseptert at det foreligger en underfinansiering av helseregion Vest, Midt og delvis Nord. Det er

delvis tatt konsekvenser av dette i statsbudsjettet for 2007, men det hevdes med styrke at dette på ingen måte er nok eller tilfredsstillende. I sammenheng med dette og spørsmålene i rapporten omkring overkapasitet kan man omformulere problemstillingen til følgende: Har den skjeve tildelingen av ressurser til de enkelte helseregioner ført til en overetablering av tilbud i hovedstadsregionen?

5. Laboratorievirksomhet og forskning

Det er brukt mye tid plass til dette i rapporten. Det er også meget viktige deler av virksomheten. Disse områdene kan og bør samordnes uten at man nødvendigvis trenger å bruke de ulike tiltakene eller organisasjonsalternativene som er nevnt. Laboratorieproduksjon henger nøye sammen med øvrig virksomhet, men det er andre mer produktionsorienterte resonnementer som kan brukes. Vi velger derfor ikke å gå inn i denne problemstillingen her.

6. Sammenligning av kapasitet med bl.a Sverige og Stokholmsregionen

De analysene som det blir brukt mye plass på er interessante og det sammenstilles mange data i ulike sammenhenger. Men hva så? Det anføres at sammensettingen av data kan være mangelfull på grunn av ulik metodologisk utgangspunkt osv., osv. Kort og godt kan det være intetsigende funn og uinteressante konklusjoner. Det kreves betydelig mer inngående analyse av disse dataene om de skulle brukes som grunnlag for konklusjoner.

7. Oppsummering

Mckinsey-rapporten er preget av uklar sammenheng mellom delområdene som trekkes fram og arbeidsoppdraget ut fra et helhetsperspektiv. Den er primært en kartlegging av hovedalternativer eller tiltak og organisasjonsmessige løsninger som kan være aktuell for å få en bedre samordning av sykehusvirksomheten i hovedstadsområdet. Hva som vil oppnås med de enkelte alternativer er svært løselig vurdert. De konsekvenser alternativene kan få for sykehusløsninger i resten av landet er nesten ikke vurdert, og alternativene er ikke vurdert mot hverandre. Rapporten er derfor primært egnet som utgangspunkt

for videre arbeid og utredning av de alternativer som foreligger. Den er ikke egnet som underlag til å beslutte valg av ett eller flere av disse alternativene.

VEDLEGG 2

Helseforetakene – forretningsmessig drevne foretak i en større reform

Registrert revisor og cand.philol Fanny Voldnes, avdelingsleder Næringspolitisk avdeling i LO

Hva innebærer det at helseforetakene er underlagt forretningsmessige prinsipper og spesielt regnskapsregler fra privat sektor? Det kan høres uskyldig ut og at det bare dreier seg om tekniske formaliteter uten politiske konsekvenser. Så er definitivt ikke tilfelle. Helseforetaksreformen inngår i en internasjonal økonomistyringsreform av offentlig sektor som det viser seg er særpreget av at offentlige tjenester utføres av private aktører. Konkurransen og kommersialisering er ingredienser i reformen og regnskapsregler fra privat sektor et påkrevet verktøy i denne sammenheng. Helseforetaksreformen har alle disse ingrediensene i seg. For lokalsykehusene handler dette om at det er en sammenheng mellom forslag om nedlegging og de regionale helseforetakenes (morselskapenes) krav om å gå ”i balanse”. Hvis helsetjenester som velferdsgode skal bestå må dette forretningsmessig baserte systemet avvikles og man må søke andre løsninger for utfordringene i helsesektoren.

Én reform – mange tiltak

Den internasjonale økonomistyringsreformen hvor anvendelse av regnskapsregler fra privat sektor inngår, kalles ofte New Public Management (NPM) og framstilles som fornying eller modernisering av offentlig sektor. Reformen promoteres av OECD, Verdens-

banken, IMF, EU og Den internasjonale revisorforeningen, og begrunnes med behov for bedre styring med økte offentlige utgifter gjennom å gjøre offentlig sektor mer effektiv og få bedre oversikt over statens eiendeler.

Reformen består av ulike tiltak som delt bestiller og utføreransvar, delegert beslutningsmyndighet med resultatansvar, mål og resultatstyring, ulike insentiver som resultatlønn, nye finansieringsordninger og nye regnskapsregler. Dette er tiltak som er inngående behandlet av klassikeren for liberalistisk økonomisk teori, den amerikanske økonomen E.S.Savas.¹

For å kunne analysere konsekvensene av reformen er det helt sentral å forstå at tiltakene virker sammen i en dynamisk prosess. Dynamikken er utførlig beskrevet av den newzealandske revisoren Susan Newberry, som er en viktig internasjonal kritiker av reformen.² Kritikerne hevder at prosessen fremmer privatisering av offentlige tjenester.³

Når konsekvensene av reformen så langt har vært vanskelige å overskue i Norge er en årsak at det enkelte tiltak ofte er blitt evaluert isolert og ikke sammen med andre tiltak i reformen. Et slikt eksempel var da Riksrevisjonen avdekket svakheter i finansieringssystemet for sykehusene, de såkalte vridningseffektene⁴ hvor diagnoser ble gitt feil koder med en annen refusjon og dermed annen inntekt til sykehuset. Svakhhetene ble ikke sett i sammenheng med hvilke meka-

1 E.S.Savas *Privatization. The Key to Better Government*, Chatham House Publishers 1987, hvor tiltakene er listet opp i kapittel 8. How to privatize ss.233-272. og E.S. Savas; *Privatizing the Public Sector. How to Shrink Government*, Chatham House Publishers 1982. Savas var rådgiver for President Reagan 1981-1983.

2 Susan M. Newberry; "New Zealand's Public Sector Financial Management System: Financial Resource Erosion in Government Department", University og Canterbury 2002.

3 Sheila Ellwood and Susan Newberry; *Public sector accrual accounting: institutionalising neo-liberal principles?* Accounting, Auditing & Accountability Journal Vol. 20 No.4 2007

4 Dok.nr.3:7 (2005-2006)

nismer som rår fordi det enkelte sykehus har et selvstendig økonomisk resultatansvar, som er et annet tiltak i reformen. Et slikt resultatansvar innebærer et inntjeningsfokus som inviterer til bevisste ”vridningseffekter” fordi det er ledelsens oppgave å sørge for å oppnå de resultatmålene de er pålagt. Et annet eksempel er alle erfaringene med at pasienter sendes for tidlig hjem fra sykehus. Dette kan forklares med lønnsomhetsvurderinger som sykehuset har gjort. Ved å redusere antallet liggedøgn blir sykehusets kostnad lavere og nøkkeltallene som rapporteres bedre. Det er mekanismer som er beskrevet her som blir rådende når helsesektoren er styrt av forretningsmessige prinsipper og ikke medisinske faglige vurderinger med utgangspunkt i politiske beslutninger.

For å forstå hvordan tiltakene virker og henger sammen kan det være nyttig å skille mellom administrative og finansielle tiltak. Flere internasjonale forskere bruker begrepet New Public Financial Management (NPFM) om tiltakene som er knyttet til finansiell rapportering, og New Public Management (NPM) om administrative rutiner.⁵ NPM-tiltakene er nært knyttet sammen med NPFM-tiltakene.

5 Susan Newberry; *New Zealand's Public Sector Financial Management System: Financial Resource Erosion in Government Departments*, University of Canterbury 2002, ss. 55, 74-75

New Public Management-tiltak	New Public Financial Management-tiltak
Utskilling, oppsplitting av forvaltningen i AS mfl. resultatenheter	Underlagt forretningsbaserte prinsipper som aksjelov, regnskapslov, statlige regnskapsstandarder
Delegert beslutningsmyndighet	AS eller hver enhet får resultatansvar
Delt bestiller/utfører funksjon og internfakturering	Krav om selvkost (betyr alle kostnader inkl. felleskostnader)
Mål & resultatstyring	Nøkkeltall + resultatansvar Nytt finansieringssystem og intensivordninger (resultatlønn)
Virksomhetsstyring	Integrert datasystem basert på ovenstående. Budsjett og årsregnskap ut fra regnskapsregler fra privat sektor. Statsbudsjett/Statsregnskaper avlegges ut fra ”private” regnskapsregler (for Norge AS)

Utvalgte NPM og NPFM-tiltak

Isolert sett fører ikke det enkelte tiltak til privatisering, men det er enighet om at flere av tiltakene er en forutsetning for at offentlige tjenester skal kunne settes ut til private leverandører.⁶

⁶ Bekreftet av Marianne Andreassen, dir. i Statens senter for økonomistyring (SSØ) på seminar 11. april 2007 om prøveprosjektet med utprøving av nye regnskapsregler.

At reformen har politiske konsekvenser bør ikke overraske noen siden den har et liberalistisk opphav og i stor grad forfekter markedsorienterte løsninger for offentlige tjenester.⁷ Det faktum at tiltakene faktisk inngår i én reform med et slikt ideologisk opphav har imidlertid vært lite diskutert i Norge fram til nå. Det til tross for at internasjonal forskning dokumenterer at reformen, som Norge har kommet langt i å innføre, faktisk tilrettelegger for redusert politisk styring og privatisering.⁸ I liberalistisk økonomisk teori er selve formålet en liten offentlig sektor.⁹ Det står i kontrast til den norske velferdsstaten som forutsetter en stor offentlig sektor. Det er et paradoks at ingen land så langt har greid å vise at implementeringen av liberalistisk økonomisk teori i offentlig sektor faktisk medfører noen besparelse for skattebetalerne, selv om det var den viktigste begrunnelsen for den.¹⁰

Reformens status i Norge

I Norge har den liberalistiske reformen pågått siden rundt 1990. Deler av offentlig sektor er skilt ut og etablert som selvstendige rettssubjekter både i kommunal og statlig sektor. Kraftbransjen var først ute, så fulgte Televerket, Posten og NSB m.fl. Det typiske var at man først etablerte ulike statlige foretak, for seinere å omdanne dem til statlige AS. Noen selskaper ble så oppdelt i flere mindre selskaper, slik som Telenor, NSB og kraftverkene. Andre selskaper ble igjen delprivatisert og eies nå bare delvis av staten, slik som Statoil og

7 Mange av de markedsorienterte løsningene framgår bl.a. av Fafo-rapport 530 "Den nye staten. Omfang og effekter av omstillingene i staten 1990-2004", 2006

8 Susan Newberry and June Pallot; *New Zealand Public Sector Management and Accounting reforms. The hidden agenda*, International Public Management Reform, Progress, contradictions and challenges, Guthrie, Humphrey, Jones, Olson, Information Age Publishing, Connecticut 2005 og Susan Newberry; *Kostnads-sammenligninger og konstitusjonell kontroll*, Stat og Styring 04/2006

9 E.S.Savas *Privatization. The Key to Better Government*, Chatham House Publishers 1987, s.3.

10 Gert Paulsson; *Accrual Accounting in the Public Sector: Experiences from the Central Government in Sweden*, Financial Accountability & Management 22 (1) February 2006, s.60

Telenor. Eksempler på senere etableringer er omdanningen av Luftfartsverket til Avinor, etableringen av det interkommunale aksjeselskapet Nedre Romerrike Vannverk og i 2002 etableringen av de regionale Helseforetakene. Felles for alle disse utskilte selskapene er at de er underlagt regnskapsregler fra privat sektor.

Etter dette har reformen fortsatt, men nå i selve forvaltningen. Delegert beslutningsmyndighet og resultatansvar ble innført med nytt bevilgningsreglementet og nytt reglementet for økonomistyring i forvaltningen. Disse endringene i regelverket tilrettelegger for konkurranse med private tilbydere. Av dette følger med nødvendighet beregning av avskrivninger og kapitalkostnader, eller med andre ord det vi kaller kapitalisering av offentlige tjenester.¹¹

Bruken av regnskapsregler fra privat sektor ble introdusert av Regjeringen Bondevik som et virkemiddel for å liberalisere økonomien.¹² Da Regjeringen Stoltenberg overtok høsten 2005 var et pilotprosjektet med utprøving av slike regler i slutfasen. Prosjektet ble evaluert av Statskonsult første halvdel av juni 2006 og ble videreført og utvidet i Statsbudsjettet for 2007 uten relevant begrunnelse. Det ble opplyst at prosjektet skal evalueres i 2009¹³

Utprøvingen av nye regnskapsregler i forvaltningen var et resultat av at statsbudsjettutvalget i 2003 foreslo at hele Statsbudsjettet skulle settes opp ut fra nye regnskapsregler.¹⁴ Statsbudsjettutvalgets forslag innebærer en helt ny form for finansiell budsjettering og rapportering for staten (og kommunene). For Norge ville det innebærer et finansielt

11 Sheila Ellwood and Susan Newberry; *Public sector accrual accounting: institutionalising neo-liberal principles?* Accounting, Auditing & Accountability Journal Vol.20 No.4 2007, s. 550

12 St.m.nr. 1 (2004-2005) pkt. 5.4 og St.prp. 1 (2004-2005)pkt. 10.1.1. fra 1.oktober 2004

13 St.prp.1 (2006-2007) s.99

14 NOU 2003:6 Hva koster det? Bedre budsjettering og regnskapsføring i staten, s. 15

årsbudsjett og årsregnskap for *konsernet Norge AS* etter modell fra årsregnskapet til private bedrifter. Dette var et dramatisk forslag som bryter med hele etterkrigstidens oppfatning av at det er forskjell på privat og offentlig sektor og at formålet med offentlig sektor krever andre regler enn privat forretningsdrift. Saken fikk ingen offentlig oppmerksomhet og ble nok av mange oppfattet som bare en teknisk endring. Imidlertid ble Statsbudsjettutvalgets innstilling ikke vedtatt av Stortinget. I stedet ble det omtalte prøveprosjektet igangsatt.¹⁵

Samtidig ble det i 2004 etablert et nytt statlig organ under Finansdepartementet, Senter for statlig økonomistyring (SSØ). Lederen av statsbudsjettutvalget ble ansatt som direktør og i dag arbeider rundt 300 ansatte i SSØ. Direktøren i SSØ har opplyst at senteret ikke bare driver prøvevirksomhet, men faktisk arbeider for å få hele forvaltningen til å regnskapsføre etter de nye reglene, selv om det vil kreve ny stortingsbehandling.¹⁶ Det viser seg at også alle høyskoler og universiteter skal bruke de nye regnskapsreglene fra 1.1.2007.¹⁷ Om dette gjelder flere forvaltningsenheter er ikke kjent, men SSØ oppfordrer interesserte enheter til å ta i bruk de nye regnskapsreglene. Det kan de gjøre fordi dagens regelverk gir ledelsen av forvaltningsenhetene myndighet til i stor grad å avgjøre denne typen spørsmål, med henvisning til at økonomistyringsreglementet som nå har innført delegert beslutningsmyndighet med tilhørende resultatansvar til den enkelte enhetsledelse.¹⁸

15 De 10 forvaltningsenhetene: Fiskeridirektoratet, Forsvarsbygg, Husbanken, Jernbaneverket, Kystverket, Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Norges Geologiske undersøkelser, Norsk utenrikspolitisk institutt, Universitetet i Stavanger, Universitetet i Bergen.

16 I følge direktør Marianne Andreassen på seminar om prøveprosjektet i 10 statlige forvaltningsenheter, 11.april 2007.

17 Brev fra KD til Riksrevisjonen datert 20.10.2006

18 Reglement for økonomistyring i staten. Bestemmelser om økonomistyring i staten, 14.11.2006, §§ 1 og 2.

Nytt økonomistyringssystem – formelle endringer i Norge

- 1990: utskilling fra forvaltningen og etablering av selvstendige statlige foretak som Telenor, Statoil, NSB, Posten, Avinor og Helseforetakene
- 2003: NOU:2003:6 ”Hva koster det? Bedre budsjettering og regnskapsføring i staten” (statsbudsjettutvalget)
- 2000-2004: Flere endringer i Kommuneloven. bl.a. Kommunale og interkommunale aksjeselskaper, kommune stiftelser, legater kan revideres av privat revisor.
- 2003: Revisorutdanningen endres. Offentlig regnskap og revisjon marginaliseres
- 2004: Ny lov og instruks for Riksrevisjonen
- 2004: Opprettelse av Statens senter for økonomistyring (SSØ)
- 2004-2005: Revidert reglement for økonomistyring og nytt bevilgningsreglement, det siste i kraft fra 1.1.2006
- 2005: Pilotprosjekt i 10 statlige virksomheter med utprøving av regnskapsregler fra privat sektor. Statsbudsjettet 2007; Videreføres og utvides
- 2005: Arbeidsgruppe vurderer regnskapsregler for kommuner, etter innspill fra revisorforeningen, NHO og KS om at kommuner bør bruke regnskapsregler fra privat sektor. KRD har så langt avvist prøveprosjekt
- 2006: 9 Statlige RegnskapsStandarder (SRS) basert på regnskapsregler fra privat sektor

Også andre endringer i offentlig sektor er introdusert. Det er innført begrensninger i offentligheten når det gjelder Riksrevisjonen. Nye regler i 2005 innførte unntak for offentlig av Riksrevisjonens korrespondanse fram til saken er levert til Stortinget.¹⁹ Selve utdanningen av revisorer er endret i 2003 slik at fagområdet offentlig regnskap og økonomi er marginalisert, mens det tidligere utgjorde

19 Lov om Riksrevisjonen § 18, 2. ledd

50 % av den offentlige eksamenen.²⁰ Når det gjelder kontroll av regnskapsinformasjon ble det i 2003 åpnet for privat revisjon av kommunale og interkommunale AS, noe som har ført til begrenset innsyn for kommunen og offentligheten.

Det finnes eksempler på at dette har gått galt. Et slikt tilfelle er det interkommunale selskapet Nedre Romerrike Vannverk AS. Her har ledelsen beriket seg på fellesskapets bekostning. Det er et interessant spørsmål å stille om denne skandalen hadde fått et slikt omfang dersom vannverket var en del av kommunens forvaltning, styrt av årlige bevilgninger og revidert av kommunens fast ansatte revisorer.

Offentlige virksomheter har i flere år blitt målt ut fra bestemte resultatmål. Men denne reformen har helt andre resultatmål enn tidligere. Reformen innebærer et økonomistyringsverktøy på virksomhetsnivå, hvor resultatmålene blir beregnet ut fra informasjon som blant annet kommer fram som følge av de nye regnskapsreglene. Internasjonal forskning har vist dette får alvorlige konsekvenser. Informasjon og rapporteringen til politikerne blir mangelfull og misvisende og svekker den parlamentariske kontrollen over skattebetalernes penger.²¹ Ekstra problematisk blir dette når det etableres finansieringsordninger for statlige virksomheter som er knyttet til ”oppnådde resultatmål.” Slike ordninger gjelder blant annet for helseforetakene og universitetene.

De nye regnskapsreglene og aktørene

De nye regnskapsreglene som tas i bruk i offentlig sektor kalles Statlige regnskapsstandarder (SRS).²² De bygger på internasjonale

20 Rammeplan for treårig revisorutdanning fastsatt 25. juni 2003 av Utdannings- og forskningsdepartementet

21 Susan Newberry and June Pallot; *New Zealand Public Sector Management and Accounting reforms. The hidden agenda*, International Public Management Reform, Progress, contradictions and challenges, Guthrie, Humphrey, Jones, Olson, Information Age Publishing, Connecticut 2005 og Susan Newberry; *Kostnadssammenligninger og konstitusjonell kontroll*, Stat og Styling 04/2006

22 Så langt har SSØ utarbeidet 9 Statlige regnskapsstandarder (SRS).

regnskapsregler (IPSAS)²³ som igjen er basert på internasjonale regnskapsregler for privat sektor (IFRS)²⁴. IFRS er utarbeidet for børsnoterte selskaper og har fri flyt av kapital som mål. Reglene er basert på stor grad av subjektive vurderinger og har store manipulasjonsmuligheter og er ikke primært utformet slik at de skal gi informasjon om året som gikk. De skal vise framtidig inntjeningspotensialer for virksomheten hvor vurderinger til markedsverdi er helt sentralt.

Et eksempel fra Universitetet i Bergen (UiB) illustrerer dette poenget godt. UiB er med i prøveprosjektet med bruk av nye regnskapsregler. I den forbindelse skulle det lages en åpningsbalanse som viser hva UiB eier og hvordan det er finansiert. I den forbindelse bestemte styret at noen av eiendommene som universitetet eier, ikke skal avskrives. Begrunnelsen var at eiendomsmarkedet i Bergen var så bra.²⁵ Det betyr at regnskapet til universitetet ikke viste noen kostnad for slitasje og bruk av disse eiendommene. SSØ hevder at de nye reglene skal gi bedre oversikt over alle kostnadene som er knyttet til en offentlig tjeneste, inklusive felleskostnader og avskrivning. Det er imidlertid ikke avskrivning for bruk og slitasje, men en kapitalkostnad ut fra prinsippet om *forrentning* av kapitalen som skal beregnes.

En slik beregning kan være hensiktsmessig i en samfunnsøkonomisk analyse, men ikke som årlig rapportering fra den enkelte statlige virksomhet. Et slikt inntjeningsfokus vil tvinge Universitetet i Bergen, som har fått delegert beslutningsmyndighet med tilhørende resultatansvar, til å bare ivareta det som gagnar universitetets økonomi best, noe som ikke nødvendigvis er studentenes og fellesskapets beste. Det er grunn til å frykte at konsekvensen i dette tilfellet kan føre til salg av fellesskapets eiendom uten at dette er politisk behandlet.

23 International Public Sector Accounting Standards (IPSAS) utarbeides av private revisorer og finansieres av Verdenbanken, IMF, Den internasjonale revisorforeningen og to amerikanske banker iflg. Public Sector Conference Oslo 14 March 2005. *International Federation of Accountants (IFAC). International Public Sector Accounting Standards Board (IPSASB)* s.1

24 International Financial Reporting Standard (IFRS)

25 Styrepapirer fra Universitetet i Bergen, styresak 7, 16.2.2006, sidene 8, 16 og 25.

Her kan det også nevnes at Helse Sørs årsregnskap for 2003 ble utarbeidet ut fra de internasjonale regnskapsreglene IPSAS.²⁶

Det er altså god grunn til å spørre hvilken informasjonsverdi et regnskap etter de nye reglene vil ha for politiske beslutningstakere. Regnskapet til universitetet viser altså ikke noen kostnad for bruk og slitasje. At slik informasjon *ikke* foreligger er ukjent for politikerne. Det framkommer nemlig bare i styrepapirene og ikke i noen rapporter. Hvis universitetsstyret har valgt å ikke avskrive fordi eiendommene skal selges, er også *det* ukjent for politikerne. Eksemplet samsvarer med internasjonal forskning som konkluderer med at informasjon og rapportering til politikerne ut fra dette økonomistyringssystemet erfaringsmessig er mangelfull og misvisende.²⁷

Tidligere har det offentlige selv hatt ansvar for å utarbeide prinsippene som skal gjelde for det offentlige. Når det gjelder denne reformen har private konsulenter og spesielt private revisorer, som har store egeninteresser i saken, spilt en sentral rolle i arbeidet med utformingen av økonomistyringssystemet både nasjonalt og internasjonalt. Dette er svært betenkelig.

Helseforetakene

Utfordringene med samordning og prioriteringer i helsesektoren er reelle og kompliserte. Det er også en utfordring at befolkningen bor så spredt som i Norge. Imidlertid er ingenting av dette noe nytt. Det nye med helseforetaksreformen fra 2002 er at helsetjenester er underlagt forretningsmessige prinsipper og at Helseforetakene er underlagt regnskapslovens bestemmelser. Bruken av regnskapsregler fra

26 Årsregnskapet for Helse Sør HF 2003 i note Regnskapsprinsipper s.15 samt bekræftelse av revisor Tom Henry Olsen på seminaret Public Sector Conference Oslo, 14.3.2005

27 Bl.a. Susan Newberry and June Pallot; *New Zealand Public Sector Management and Accounting reforms. The hidden agenda*, International Public Management Reform, Progress, contradictions and challenges, Guthrie, Humphrey, Jones, Olson, Information Age Publishing, Connecticut 2005 og Susan Newberry; *Kostnadssammenligninger og konstitusjonell kontroll*, Stat og Styring 04/2006

privat sektor er ikke bare en teknisk endring eller et tilfeldig valgt styringsverktøy. Det er et styringsverktøy med store politiske konsekvenser. Det er gjennomført flere devalueringer av reformen, men ingen av disse har analysert om bruken av forretningsmessige prinsipper og regnskapslovens regler spesielt er til hjelp for å løse utfordringene i helsesektoren.

Evalueringen av Helseforetakene høsten 2005 gikk ikke langt nok i analysen av nettopp effekten av bruken av regnskapsregler fra privat sektor. Da åpningsbalansen ble etablert for Helse Sør i 2002, ble gamle regnskapsregler (historisk kost) brukt ved verdifastsettelsen av eiendelene.²⁸ Men i regnskapet for 2003 ble balansen vurdert på nytt i henhold til de nye reglene.²⁹ Revurderingen førte til en økning på 25 % av eiendelene til Helse Sør, store avskrivninger og et stort underskudd. Dette skyldes altså bare at de samme eiendelene ble vurdert etter nye regler.

De store underskuddene førte til at Helse og Omsorgsdepartementet (HOD) grep inn. HOD fremmet en Odelstingsproposisjon med forslag om at regnskapslovens regler skulle kunne fravikes, men forslaget ble avvist at Stortinget.³⁰ Måten problemet ble løst på var at det ble opprettet et ”strukturfond” som del av egenkapitalen. For Helse Sørs del utgjorde strukturfondet 25 % av innskutt egenkapital. Men strukturfondet er bare forskjellen på verdien av eiendelene målt etter gamle og nye vurderingsregler og er ingen pengesekk. På denne måten oppnådde man med et grep i 2003 å redusere avskrivningene og underskuddene.

Med denne manøveren var problemet løst i forhold til regnskapsloven. En konsekvens av dette var at helseforetakene la fram to ulike

28 Årsregnskap for Helse Sør 2002, side 13.

29 IPSAS, International Public Sector Accounting Standards

30 Ot.prp. nr.56 (2004-2005) Om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak og Innst.O.nr.- 93 (2004-2005) Innstillingen fra sosialkomiteen om lov om endring i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak med mer.

resultater; ett i henhold til regnskapsloven som den eksterne revisor avga sin revisjonsberetning ut fra, og et annet i henhold til krav fra HOD.³¹ Hvilket resultat politiske beslutningstakere forholdt seg til er ikke godt å vite. Det er forståelig at både media og politikere var forvirret.

I tillegg er det verdt å merke seg en ting til. Ett av argumentene for å bruke dette systemet er at det gir oversikt over hva staten eier. Helse Sør *hadde* imidlertid oversikt over hvilke eiendeler, bygninger, maskiner og utstyr de eide i utgangspunktet i 2002. Argumentet om at man trenger bedre oversikt over statlige eiendeler er dermed uten verdi når det gjelder Helse Sør. Oversikten var god nok. Dette dreier seg ikke om å skaffe oversikt, *men om å vurdere statlige eiendeler til markedsverdi.*

I 2006 måtte HOD på ny omgå reglene som Helseforetakene er underlagt for å hindre store underskudd. Foretakene var pålagt å gå i balanse innen utløpet av 2006, men lå an til nye, store underskudd. Denne gangen løste Statsråden problemet ved at pensjonskostnadene på 1 milliard ikke skulle være med i vurderingen av hvorvidt balansekravet var oppnådd. Alternativene for Helseforetakene ville være dramatiske kostnadskutt som ville gå ut over pasienter og ansatte. Til tross for at kostnaden for pensjonene ble kuttet var det bare Helse Øst som greide å innfri balansekravet. I den sammenheng er det verdt å merke seg at styreleder Siri Hatlen har uttalt at dette førte til et stort etterslep i vedlikeholdet av materiell og utstyr i foretaket.

Fra 2007 skal regnskapslovens bestemmelser gjelde fullt ut for helseforetakene.³² Det betyr at det foretakene fra nå av bare skal måles ut fra regnskapsmessig årsresultat, uten korreksjoner for høye avskrivninger og pensjonskostnader. Tilleggene i basisbevillingen som ble gitt til hvert enkelt regionalt helseforetak i februar 2007 har sann-

31 Årsregnskap for Helse Sør 2004, note 15 side 28.

32 St.prp.nr.1 (2006-2007) s.135

synligvis direkte sammenheng med dette.³³

I den samme proposisjonen ble det foreslått å slå sammen de to regionale helseforetakene Helse Sør og Helse Øst med virkning fra 1.6.2007. Med sammenslåing menes ikke organisatorisk samordning av helsetilbudet, men en regnskapsmessig og selskapsrettslig fusjon. Dette er helt i tråd med det som er gjort tidligere for å forsøke og redde helseforetakenes økonomi. En fusjon vil nemlig kunne frigjøre kapital fordi det innebærer nye verddivurderinger av balansen som igjen fører til en oppløsning av det problematiske strukturfondet og økning av egenkapitalen. På denne måten vil et gigantisk helseforetak framstå som bedre rustet (kapitalisert) til å møte konkurranse, kanskje til og med fra utenlandske helseforetak.

Hvordan sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst vil påvirke lokalsykehusene er uklart. Men fordi helseforetakene fortsatt skal drives etter forretningsmessige prinsipper kan det fastslås at de økonomiske problemene vil fortsette. For lokalsykehusene handler dette om at deres økonomiske situasjon fortsatt vil være styrt av de regionale helseforetakenes (morselskapenes) strategiske, forretningsmessige beslutninger, akkurat som et ordinært datterselskap i et privat konsern. Ved fortsatt bruk av regnskapsloven er den eneste måten helseforetakene kan løse framtidige underskudd på, å kutte kostnader eller selge eiendeler, deler av virksomheten eller legge ned (deler av) lokalsykehus.

Oppsummering

Bruk av forretningsmessige prinsipper er uegnet som styringsverktøy for helsetjenester og løser ikke de reelle problemene som helsesektoren står ovenfor. Ved bruk av forretningsmessige prinsipper er det overordnede økonomiske vurderinger som i stor grad styrer hva slags helsetjenester befolkningen får. Det betyr at risikoen er stor for at det skjer på bekostning av medisinskfaglige vurderinger og politisk styring. Reformens økonomistyringssystem inviterer til juks og fjerner oppmerksomheten fra formålet med selve tjenesten, som

³³ St.prp.nr.44 (2006-2007)

er befolkningens behov for hjelp ved sykdom. Et godt helsetjenestetilbud må ta utgangspunkt i befolkningens behov og ikke hva som er mest lønnsomt for det enkelte sykehus eller helseforetak. Tiden er overmoden for at myndighetene tar inn over seg at dette økonomistyringssystemet faktisk er uegnet og en velferdsstat lite verdig. Det trengs modige politikere som kan sikre gode helsetjenester til hele befolkningen i framtida.

Litteraturliste

- Jan Erik Askildsen og Kjell Haug, redaktører (2001): *Helse, økonomi og politikk - Utfordringer for det norske helsevesenet*, Cappelen Akademisk Forlag ISBN 82-02-21247-2
- James Guthrie, Christopher Humphrey, J.R.Jones, Olov Olson; *International Public Financial Management Reform. Progress, contradictions and challenges*, IAP 2005
- Sheila Ellwood and Susan Newberry; *Public sector accrual accounting: institutionalising neo-liberal principles?* Accounting, Auditing & Accountability Journal Vol. 20 No.4 2007
- Susan M. Newberry; *New Zealand's Public Sector Financial Management System: Financial Resource Erosion in Government Department*, University of Canterbury 2002.
- Susan Newberry and June Pallot; *New Zealand Public Sector Management and Accounting reforms. The Hidden agenda*, *International Public Financial Management Reform, Progress, contradictions and challenges*, Guthrie, Humphrey, Jones, Olson, Information Age Publishing, Connecticut 2005
- Susan Newberry, *Kostnadssammenligninger og konstitusjonell kontroll*, Stat & Styling 04/2006
- Gert Paulsson: *Accrual Accounting in the Public Sector: Experiences from the Central Government in Sweden*, Financial Accountability & Management 22 (1) February 2006
- E.S. Savas; *Privatizing the Public Sector. How to Shrink Government*, Chatham House Publishers 1982

E.S.Savas; *Privatization. The Key to Better Government*, Chatham House Publishers 1987

Tor Selstad, Reidun Grefsrud og Svein Erik Hagen (2005): *Sykehuset og samfunnet - regionale virkninger av omstrukturering i Sykehuset Innlandet* HF, Forskningsrapport nr 124/2005 fra Høyskolen i Lillehammer,

Statskonsult; *Oppsummering og vurdering av erfaringer med periodiseringsprosjektet*, juni 2006

The Legacy of June Pallot. Ed Susan Newberry, 2006

Sissel Trygstad, Thomas Lorentsen, Espen Løken, Leif Moland og Nina Skalle; *Den nye staten. Omfang og effekter av omstillingene i staten 1990-2004*, Fafo 2006

VEDLEGG 3

Stein Østre – Helseøkonomi

Innholdsfortegnelse:

1 Hva er helseøkonomi?	103
2 Finansieringsproblemer	104
2.1 Finansiering av befolkningens helsekostnader	104
2.2 Finansiering av helseenheter	107
3 Efterspørsel og velferdseffekter	111
3.1 ”Tredjepartsproblemet”	111
3.2 Kvantifisering av velferdseffektene	113
4 Produksjon og effektivitet	115
4.1 Behovene for økonomiske analyser	115
4.2 Nytttekostnadsanalyse	116
4.3 Kostnadseffektivitetsanalyse	118
4.4 Cost-utility analysis (CUA) og QALY	119
Litteraturliste	121

1 Hva er helseøkonomi?

Helseøkonomi betegner anvendelse av økonomisk teori og metode på problemstillinger innen helsesektoren. Økonomi er vitenskapen om anvendelse av knappe ressurser for tilfredsstillelse av menneskers behov. Kostnad betegner ressursforbruk uttrykt i pengeenheter (kroner). Dette betyr at **alle former for helsetiltak som medfører ressursforbruk/kostnader kommer inn under det helseøkonomiske arbeidsområde.**

Tradisjonelt har det i denne forbindelse vært samfunnsøkonomi man har tenkt på. Det er stadig min oppfatning at det er den relevante betraktning. I de senere år – særlig under inntrykk fra engelsksproglige land som New Zealand, Australia og Storbritannia¹ – er det en del som ønsker å innføre bedriftsøkonomiske ledelses- og økonomistyringsprinsipper i offentlig sektor og da ikke minst innen det offentlig finansierte helsevesen. Reformen av denne type omtales gjerne som New Public Management (NPM). Slike reformer er til dels også innført i Norge. Jan Grund (2006) gir i hovedsak en sterkt positiv omtale av reformen, mens eksempelvis hos Bjarne Jensen og Magnar Bollingmo (2007) gir en mer kritisk.

I denne sammenheng har jeg valgt å uttype hva helseøkonomi ved å inndele det helseøkonomiske arbeidsområde slik:

- (i) Finansiering av helsevesenet
- (ii) Efterspørselen etter helsetjenester
- (iii) Produksjon og tilbud av helsetjenester

Disse områder behandles i tur og orden og med stigende økonomisk vanskelighetsgrad.

2 Finansieringsproblemer

Finansieringsproblemerne gjelder henholdsvis

- (1) finansiering av befolkningens helsekostnader, og
- (2) finansiering av helseenheter, dvs enkelte enheter i helsevesenet (legekontor, sykehus osv).

2.1 Finansiering av befolkningens helsekostnader

Samfunnets helsekostnader er knyttet til forekomsten av sykdommer og ulykker. Her går det et viktig skille mellom forebyggende virksomhet (profylakse) og avbøtende virksomhet når sykdom/ulykke har inntruffet.

Mye av den forebyggende virksomhet gjelder virksomhet som faller

¹ Land som USA har som grunnprinsipp et privat finansiert (forsikringsbasert) helsevesen og som er mindre relevant eller interessant i denne forbindelse.

utenfor det som normalt regnes som helsevesenets oppgaver. Et felt er holdninger til rusmidler, mosjon, idrett osv. Et annet felt er forskrifter og tiltak som gjelder sikkerhet innen kommunikasjoner (veitrafikk, flytrafikk osv). Videre har man brannvern, barnevern osv. Dette er forhold som særlig gjelder somatiske sykdommer, tar man også med psykiske sykdommer er det ”ingen grenser” for hva som kan ha forebyggende effekt. Slik virksomhet utenfor helsevesenet har et betydelig og viktig omfang, men behandles ikke nærmere her.

Når det gjelder forebyggelse innenfor helsevesenet, så er det særlig beredskap og arbeidet mot spredning av epidemiske sykdommer man tenker på. Heller ikke det behandles nærmere her.

Det synes å være slik at helseøkonomi i praksis i hovedsak er knyttet til de avbøtende tiltak og sider av slike tiltak behandles i det etterfølgende.

Finansieringsproblemet for avbøtende tiltak kan illustreres ved et enkelt eksempel med branner.

Erfaringsmessig skjer det ca 0,72 branner per 1000 innbygger i Norge. Med 5 millioner innbyggere gir det 3 600 branner per år. Norges Brannvernforening har beregnet at kostnadene ved disse branner beløper seg til 3,4 milliarder per år. Det betyr at en brann i gjennomsnitt vil koste 1 million kroner. Regnet per innbygger er det opp mot kr 700.

I tabell 1 er det gitt en oversikt over hovedtyper av inndekningsformer for samfunnets helsekostnader. Kolonne 4 gjelder også andre uforutsette hendelser i Norge.

I den skandinaviske velferdstankegang har man basert seg på variantene IV og V, slik at innbetalingen kan betraktes som en slags forsikringspremie og/eller som en del av de generelle skatte- og avgiftsinnbetalingene. Arbeidsgiveravgift og trygdeavgift, som gir et proveny på 196 milliarder er eksempelvis ”øremerket” for Folke-

trygden.² Arbeidsgiveravgift og trygdeavgift synes å bli begrunnet med et forsikrings synspunkt den gang de ble innført, men denne tolkning synes lite omtalt eller forlatt i våre dager. Men Folketrygden har et utgiftsbehov på 258 milliarder. Underskuddet på ca 62 milliarder dekkes over statsbudsjettet.

Tabell 1

System			Norsk eksempel	Land (helse)
I	Frivillig	Ingen forsikring, individet må selv bære kostnadene	Brannforsikring, bilforsikring	USA (16 % av befolkningen uten forsikring) ³
II		Privat forsikring, dekning i henhold til avtale	Brannforsikring, bilforsikring	USA, Australia, Singapore
III	Tvungen	Forsikringsplikt i selvstendig stiftelse eller privat selskap	Trafikkforsikring	Nederland, Tyskland, Japan
IV		Forsikring i offentlig regi	Trygde-systemet betaler	Norge, Sverige, Danmark
V		Skattefinansiert		

² Tallene er hentet fra forslag til statsbudsjett for 2008 St prp nr 1 (2007-08) Gul bok.

I de senere år synes befolkningen i Norge og mange andre utviklede land å være av den oppfatning at ytterligere økning i det generelle skattenivået ikke er akseptabelt. Det synes videre å bety at politiske partier som går til valg for å finansiere nye oppgaver med økte skatter vil gå på valgnederlag.

Dette betyr at det er tendenser til at behovet for offentlige tjenester blir dårligere dekket enn tjenester befolkningen selv kjøper privat. Samtidig ønsker folkevalgte selv å markere seg med nye bevilgninger. Viktige eksisterende oppgaver kan derfor bli underfinansiert. Av viktige samfunnsoppgaver dette kan gjelde er politi, forsvar og ikke minst sykehussektoren.

Dette kan indikere at det kan være en fordel i større grad å gå over til ”øremerkede skatter”. Øremerkede skatter betyr at inntektene (provenyet) av en bestemt skatt skal gå til et bestemt utgiftsformål. Det betyr at en eller flere ”helseskatte” bare kan brukes til helseformål. Hvis inntektene er større enn utgiftene må overskuddet spares. Hvis inntektene er mindre enn utgiftene, må disse skatter økes. Det synes å være erfaring for at folks skattebetalingsvillighet øker når de er garantert at provenyet går til ”et godt formål”.

2.2 Finansiering av helseenheter⁴

Ved produksjon av offentlige velferdstjenester er det et grunnleggende prinsipp at tjenestene skal fordeles til tjenestemottagerne (pasientene i helsevesenet) etter behov og uavhengig av betalingsevne og betalingsvillighet. Man kan derfor tale om offentlig betalte velferdstjenester (OBVT). Derfor må slik virksomhet i hovedsak finansieres ved bevilgninger over offentlige budsjetter.

3 USA har visse offentlig betalte ordninger Medicare og Medicaid, som dekker fattige og gamle. I USA dekkes ca 47 prosent av helseutgiftene over offentlige budsjetter, mens andelen i nordiske land er ca 90 prosent.

4 Betegnelsen helseenheter kan virke noe fremmed, men jeg har her valgt den fremfor det noe tyngre helsetjenesteenheter. Dette er en fellesbetegnelse for store enheter som sykehus og de mindre enheter som helsestasjon og legekantor. Betegnelsen kan også brukes om en-persons-enheter som en lege eller en helsesøster.

Finansiering av de enkelte enheter i helsevesenet, dvs legekantor, sykehus osv, kan skje på flere måter. I Bjarne Jensen og Magnar Bollingmo (2007) finner man godt oversikt over utviklingen og endringene i systemet for finansiering av norske sykehus. Jeg nøyer meg her med en forenklet oversikt. Et hovedskille går mellom:

- (I) Bemannings- og oppgavebasert finansiering,
- (II) Produksjonsbasert finansiering

(I) Bemannings- og/oppgavebasert finansiering er den tradisjonelle metode for finansiering av offentlig enheter. Folkevalgte fastlegger først arbeidsoppgavene til en helseenhet (legekantor/sykehus) og derefter enten antall stillinger direkte eller indirekte via bevilgnings størrelse. Folkevalgtes styring av omfanget en tjenesteenhet har tradisjonelt skjedd ved å tildele stillingshjempler. Kvalitetsaspektet ved produksjonen har folkevalgte styrt indirekte ved å stille profesjonskrav til de som ansettes i førende stillinger.

Denne styringsmåte er basert på den erkjennelse at folkevalgte generelt sett ikke selv har den kompetanse som er nødvendig for styre hverken den indre organisering og den daglige virksomhet i en tjenesteenhet. Det skjer således en delegasjon av makt og myndighet til ansatte med de nødvendige profesjonskunnskaper. Dette er en del av ”tredjepartproblemet” som omtales i det efterfølgende.

Man har derved hatt et system som er basert på **tillit til at et kompetent personale har en arbeidsmoral** som bidrar til at de samfunnsmessige mål for tjenesteproduksjonen blir oppfylt. Dette er et system som stort sett har fungert rimelig tilfredsstillende. Det er imidlertid avløst av ”nye tanker” introdusert i løpet av 1990-årene (New Public Management).

(II) Produksjonsbasert finansiering omtales gjerne med andre betegnelser. Innen sykehusvesenet er den offisielle betegnelse innstasstyrt finansiering (ISF), men den populære betegnelse synes å være

”stykkprisfinansiering”.⁵

Utgangspunktet er at tjenesteenheten skal finansieres eller tildeles inntekter som øker proporsjonalt med mengden av tjenester som utføres. Utgangspunktet er en sammenligning mellom enheter der enheter som utfører flest tjenester per bevilget krone er de mest effektive. Anvendelse av denne tankegang innen helsevesenet betyr at man håper at man derved kan oppnå en større produksjon av helsetjenester uten å øke bevilgningsnivået til helsesektoren. Virkningen av overgangen til innsatsstyrt finansiering av norske sykehus er det ikke lett å vurdere empirisk, da det samtidig skjedde en dramatisk omorganisering av sykehusene både organisasjonsmessig og bokføringsmessig ved omdannelse av sykehusene fra fylkeskommunale forvaltningsenheter til statseide helseforetak. Det er ikke mulig å drøfte denne reform nærmere her, – kfr imidlertid Bjarne Jensen og Magnar Bollingmo (2007) og Egil Marstein et al (2007).

Produksjonsbasert finansiering reiser en rekke problemer som det er forholdsvis enkelt å si noe om. Her begrenser jeg meg til helsetjenester ved somatiske sykehus. Systemet er slik at pasientene fordeles på DRG-grupper (diagnoserelaterte grupper).⁶ DRG-systemet er beskrevet blant annet av Opstad (2000), side 148, og Pettersen og Bjørnenak (1997), side 94. Hver DRG-gruppe har en pris per diagnose (”behandlingspris”). Et sykehus får betalt en pris per diagnose for hver enkelt DRG-gruppe. Det er ca 500 forskjellige diagnoser i alt. I det følgende gis det en oversikt over noen problemer ved å fastlegge og anvende bestemte priser for DRG-tjenester.

(i) Den enkelte pasient er et særegent tilfelle som krever individuell

5 Det kan skilles mellom direkte produksjonsbasert finansiering (diagnosebasert tildeling) og indirekte finansiering basert på antall pasientdøgn i sykehus (kurpengesystemet). Kurpengesystemet innbød til misbruk ved at man unnlot å skrive ut ferdigbehandlede pasienter før man fikk inn nye til å ta over sengene.

6 Når DRG betyr diagnoserelaterte grupper betyr det å tale om DRG-grupper det samme som å si ”diagnoserealtete grupper grupper”. Jeg velger likevel å tale om DRG-grupper da det klinger bedre. taler man om DR-grupper gir det feil eller misvisende inntrykk.

behandling. Behandling av en og samme diagnose vil kunne være avhengig av pasientens alder, helsetilstand for øvrig osv. Det betyr at en blindtarmoperasjon på et ungt og ellers friskt menneske er noe helt annet enn en operasjon av en eldre person med hjertelidelse, som allergisk overfor en rekke medikamenter.

- (ii) En del pasienter har også flere lidelser og dermed flere diagnoser samtidig. Det betyr at det kan være vanskelig å klassifisere pasienter i DRG-systemet. Helsepersonale må etterhvert bruke mye tid på å finne frem til riktig DRG-gruppe. Det er samtidig fristende å velge DRG-grupper som gir høy betaling. Det har vært avslørt at sykehus systematisk velger å klassifisere sine pasienter ut fra DRG-grupper med høy betaling.
- (iii) Det er Helse- og omsorgsdepartementet som fastlegger av betaling eller pris for de enkelte DRG-grupper. Disse priser er basert på en kostnadskalkulasjon. Det reiser flere problemer. Det ene er spørsmålet om prisen er så nogenlunde korrekt kalkulert. Avisen Dagens Næringsliv avslørte for noen år siden at ”snorkeoperasjoner” ble betalt med ca kr 16.000, mens en overlege hevdet at de reelle kostnader lå under kr 5.000. Dette førte til at noen leger og sykehus spesialiserte seg på ”snorkeoperasjoner” for å skaffe seg store inntekter. Departementet reduserte etter avsløringen prisen til ca kr 7.000. Dette er et av de få kjente tilfeller. Det er urealistisk å tro at det ikke er flere, men kanskje ikke av en slik dramatisk størrelsesorden.
- (iv) Det annet spørsmål knyttet til prisen på en DRG-tjeneste er at man baserer seg på enhetskostnaden (gjennomsnittskostnaden). Det innebærer en forutsetning om at enhetskostnaden er konstant og uavhengig av antall produserte tjenester. Det er en forutsetning som vanligvis ikke er oppfylt. I alle (mikroøkonomiske) lærebøker i økonomi er det et hovedpoeng at foretaket/bedriften/tjenesteenheten skal tilpasse seg ut fra marginalkostnaden. Marginalkostnaden representerer ressursforbruk ved å utføre en tjeneste til. Marginalkostnaden ved en blindtarmoperasjon vil trolig variere ved det enkelte sykehus (kfr pkt (i) ovenfor)

og trolig også variere mellom sykehus. Det betyr at selv om enhetsprisen for en DRG-tjeneste er riktig kalkulert så vil den ikke avspeile det faktiske ressursforbruk ved et sykehus.

Det er ikke mulig å drøfte disse problemer nærmere her. Det dreier seg om et forholdsvis stort problemkompleks der det må skje en avveining mellom det teoretisk korrekte og det praktisk anvendelig med sikte på å oppnå en forholdsvis enkelt operativt system.

3 Efterspørsel og velferdseffekter

3.1 ”Tredjepartsproblemet”

Det politiske utgangspunkt for den skandinaviske eller nordeuropeiske velferdsmodell er at helsetjenester skal tildeles befolkningen etter behov og ikke etter betalingsevne eller betalingsvillighet.

Dette betyr at tjenestemottageren eller pasienten har en mer passiv rolle som mottager av en tjeneste. Her sees bort fra tilfeller med ”selvbestemt abort”, tilfeller der individer ønsker å få utført behandling som ikke ansees å være medisinsk nødvendig (plastisk kirurgi, fettsuging, hårtransplantasjoner med mer) eller behandlinger som ikke har dokumentert effekt (akupunktur, luftterapi osv).

Dermed er vi inne på et av de grunnleggende forhold i helsevesenet. Det er personell med medisinsk kompetanse som må fastlegge diagnose, forordne og gjennomføre en passende behandling. Det gjør at det oppstår et ”agentproblem” i forholdet mellom pasient og medisinsk fagkyndig. Agentproblemet består i dette tilfelle av pasienten som trenger undersøkelse og behandling, men som ikke har kunnskaper om hva som er nødvendig. Det må overlates til agenten som er den medisinsk fagkyndige (legene).

Et annet grunnleggende agentproblem er relasjonen mellom de folkevalgte og de medisinsk fagkyndige. Det er det folkevalgte, som på vegne av befolkningen, skal kjøpe eller bevilge penger/ressurser til medisinsk behandling av befolkningen, men som generelt sett ikke kan

ha kunnskap om hva som kan gjøres og om hva som er nødvendig.

Det betyr at man er i en situasjon med tre grupper av aktører:

- (i) tjenestemottagerne (pasienten) som ikke skal betale,
- (ii) folkevalgte som skal betale, og
- (iii) medisinsk fagkyndige, som har kunnskapene.

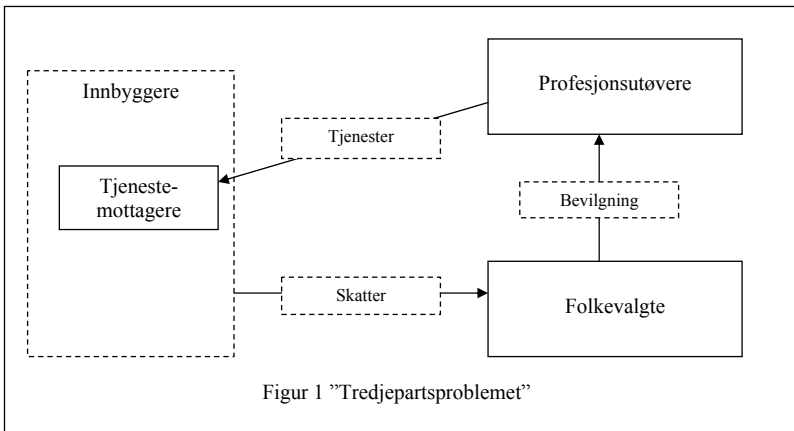
Dette forhold kan kalles tredjepartsproblemet.⁷ I figur 1 er det gitt en illustrasjon av tredjepartsproblemet.

Bemerk at tredjepartsproblemet ikke forsvinner i et system med frivillig, privatfinansiert sykehusvesen. Det betyr bare at de folkevalgte erstattes med forsikringsselskaper i listen med aktører. Forsikringsselskapene har generelt sett ikke bedre kunnskaper om medisinske spørsmål enn folkevalgte. Forskjellen mellom forsikringsselskaper og folkevalgte i denne forbindelse er at forsikringsselskapene finansierer sine sykehusutgifter ved forsikringspremier. Forsikringspremiene representerer øremerkede inntekter, dvs inntekter som i prinsippet bare kan brukes til sykehusformål. En fordel ved dette kan være at de som er sykeforsikret ser en viss sammenheng mellom premieinnbetaling og potensielle ytelser. Erfaringene synes å vise at USA, som har et slikt system, har mindre kontroll over utviklingen i sykehusutgiftene enn land med offentlig helsevesen. Hertil kommer at det kan oppstå diskusjoner om hva forsikringen dekker i de enkelte tilfeller. Det sterkeste argument mot et system med frivillig sykeforsikring er de personer som ikke tegner forsikring.

Ut fra en helhetsbetraktning synes ikke frivillig sykeforsikring å løse noe problem. Spørsmålet om øremerkede skatter og avgifter til helseformål i et offentlig finansiert helsevesen kan likevel være et interessant spørsmål for videre analyse. Poenget er å tvinge

7 Ved vanlig tjenester er det bare to parter: kjøper (tjenestemottager) og selger (tjenesteleverandør). Også i slike tilfeller kan det oppstå et agentproblem. Det er kanskje størst ved tannlegebesøk der pasienten må stole på tannlegens vurderinger. Det er også stort når man leverer bilen på et bilverksted. Det er mindre ved frisørbesøk.

befolkningen til å se sammenheng mellom hva de kan forvente av helsetjenester i forhold til skatte- og avgiftsinnbetalingene.



3.2 Kvantifisering av velferdseffektene

Ved omsetning av tjenester i privat sektor, så er det kjøper gjennom sin betalingsvillighet for en tjeneste som bestemmer kvalitet og mengde på sitt forbruk. Når tjenester skal tildeles ut fra behov og uten betaling blir individets betalingsvillighet for den leverte tjeneste en irrelevant størrelse.

Det er de folkevalgtes betalingsvillighet for helsetjenester som blir avgjørende. Folkevalgtes betalingsvillighet vil i denne sammenheng ikke fremstå direkte, men indirekte som en følge av de beslutninger som fattes. Det kan illustreres ved et eksempel med fiktive tall. Anta at ventelisten for hofteoperasjoner er på 10 000 personer. Anta videre at ventelisten kan reduseres til 5 000 ved å bevilge 150 millioner mer til sykehussektoren (enhetskostnad kr 300 000 per operasjon). Folkevalgte har da to valgmuligheter;

- (a) Det bevilges 150 millioner, som viser at folkevalgte verdsetter 5 000 hofteoperasjoner til minst 150 millioner kroner, dvs betalingsvilligheten er større eller lik kr 300 000 per operasjoner.
- (b) Det bevilges ikke 150 millioner til hofteoperasjoner. Folke-

valgte verdsetter derfor ikke 5000 hofteoperasjoner så høyt, dvs betalingsvilligheten er mindre enn kr 300 000 per operasjon.

Folkevalgtes betalingsvilligheten for helsetjenester kan således i prinsippet beregnes ex post, dvs i etterhånd når beslutning allerede er fattet. Betalingsvilligheten for helsetjenester er noe man i praksis trenger kunnskap om ex ante, dvs før beslutning skal fattes.

Slik indirekte beregning eller avsløring av de folkevalgtes betalingsvillighet fremstår bare i forholdsvis konkrete valgsituasjoner. Hertil kommer at folkevalgte neppe er i stand til å gi en liste over sin betalingsvillighet for ulike typer av lidelser, som krever at hofteoperasjoner må vurderes mot nyretransplantasjon, hjerteoperasjoner, bihulebetennelser osv.

Konklusjonen blir at slike indirekte avsløringer av de folkevalgets betalingsvillighet eller økonomiske verdsettelse av helsetjenester, generelt sett ikke kan benyttes i statens fastleggelse av det samlede ressursforbruk i helsevesenet og fordelingen av ressursen mellom de enkelte helseenheter. Slike indirekte vurdering kan heller ikke brukes internt i de enkelte helseenheter (legekontor, sykehus osv).

Man har i stedet valg å utarbeide verbale retningslinjer for prioriteringer innen sykehus, Lønning-utvalget I, NOU 1987:23 Retningslinjer for prioritering innen norsk helsevesen, og Lønning-utvalget II, NOU 1997:18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norske helsevesen. Det er ikke mulig å gå nærmere inn på dette her, men kort sagt dreier det seg om å prioritere de alvorligste sykdommer.

Det grunnleggende problem ved slike prioriteringsretningslinjer er å få folkevalgte til å uttale seg om de sykdommer/lidelser som ikke skal prioriteres.

I etterkrigstiden er det utviklet en indikator som avslører visse viktige velferdseffekter av helsetjenester. Denne indikator er basert på kva-

litetsjusterte leveår eller QALY (quality adjustet life years). Denne indikator er produktet av antall leveår og en indeks for livskvalitet og behandles nærmere i avsnitt 4.4 som omtaler cost-utility analysis.

4 Produksjon og effektivitet

4.1 Behovene for økonomiske analyser

Økonomiske analyser i forbindelse med helsevirksomhet vil i hovedsak dreie seg om analyser som sikter mot å oppnå en bedre ressursutnyttelse. Ressurser er arbeidskraft og kapital som kan anvendes til produksjon av de ulike typer av helsetjenester. Betegnelsen kostnad betegner ressursforbruk målt i kroner. I praktiske anvendelser kan det være problematisk å avgjøre hva som skal regnes som kostnad. I prinsippet er det slik at kostnaden (alternativkostnaden) vil være avhengig av den beslutning som skal fattes.

Grunnproblemene er imidlertid knyttet til de positive og eventuelt negative virkninger (velferdsvirkninger) for befolkningen av forskjellige helsetiltak. Helsetiltak omfatter diagnose og behandling.

I alle former for økonomisk virksomhet, dvs virksomhet som medfører forbruk av ressurser, vil den vanligvis foreligge et større eller mindre forbedringspotensial. Forbedringene vil kunne dreie seg om

- (i) høyere kvalitet eller større kvantum på produksjonen til uendret ressursforbruk, også benevnt ”produktmaksimering” og/eller
- (ii) lavere ressursforbruk for uendret produksjon (mengde og kvalitet) også benevnt ”kostnadsminimering”.

Det brukes for øvrig en rekke betegnelser på økonomiske effektivitetsanalyser av offentlige tiltak. Det kan virke forvirrende.

Et gjennomgående trekk er at effektivitetsmål gjerne har form av brøker eller forholdstall. Jeg bruker betegnelsen ratio om forholdstall i det følgende. Det er etterhvert et poeng at norsk terminologi ikke skiller seg for sterkt fra den engelsksproglige.

$$(1) \quad \text{Ratio} = \frac{\text{Teller}}{\text{Nevner}}$$

Forskjellen mellom ulike effektivitetsanalyser vil bestå i innholdet eller definisjonen av teller og/eller nevner varierer mellom analysetypene.

4.2 Nyttekostnadsanalyse

Den overordnede analysetype er nyttekostnadsanalyser der man søker å beregne de samlede virkninger av et helsetiltak for hele samfunnet, dvs alle mulige virkninger av en beslutning, som er politisk interessant, skal inkluderes. I den grad en forbedret helsetilstand blant befolkningen i ett land har betydning for helsetilstanden for befolkningen i andre land så skal også det i prinsippet inkluderes.

Nyttekostnadsanalyser (NKA) er etterhvert etablert som en standard norsk betegnelse på denne type av analyser, – kfr NOU 1998:16 Nyttekostnadsanalyser – veiledning i bruk av lønnsomhets-analyser i offentlig sektor. Denne standard synes akseptert av samfunnsøkonomer og Finansdepartementet. Tidligere brukte man i Finansdepartementet betegnelsen **programanalyser**. Andre faggrupper – eksempelvis sivilingeniører – kan bruke betegnelser som **konsekvensanalyser**.

I engelsksproglig litteratur kan to betegnelser brukes: benefit-cost analysis eller cost-benefit analysis (CBA).

Det særpregede ved NKA er:

- (i) Alle positive og negative virkninger skal i en NKA uttrykkes i pengeenheter (kroner). Det er nødvendig for å komme frem til et samlet uttrykk for alle virkningene, som er slik at alle positive og negative virkninger kan sammenlignes. Dette samlede uttrykk kan kalles netto samfunnsmessig gevinst eller bare ”netto gevinst” (net social benefit). Virkninger som gjelde fremtidige år må neddiskonteres med en valgt kalkulasjonsrente for å komme fram til verdien på beslutningstidspunktet.
- (ii) Fastleggelse av pengeverdien av nyttevirksomheter vil vanligvis bli basert på betalingsvilligheten blant publikum eller

folkevalgte. I den mer individualistiske engelsk/amerikanske tradisjon, søkes å beregne publikums betalingsvillighet. I et mer kollektivistisk nordeuropeisk perspektiv vil det være betalingsvilligheten blant folkevalgte som søkes beregnet.

I en del sammenhenger, spesielt når forskjellige tiltak/beslutninger skal sammenlignes så kan det være hensiktsmessig å se på en ratio, N/K-ratio. Blant ulike økonomer er det noe avvikende oppfatninger om hvorledes en nyttekostnadsbrøk skal defineres. Det er min oppfatning at det alltid vil dreie seg om utnyttelse av et begrenset budsjett og det logiske blir da å se netto gevinsten i forhold til forbruket av budsjettmidler, dvs nettogevinst per budsjettkrone.

$$(2) \quad N/K - \text{Ratio} = \frac{\text{Nettogevinst i kroner}}{\text{Budsjettkroner}}$$

En nyttekostnadsanalyse representerer i prinsippet den ideelle form for analyse, da absolutt alle virkninger skal være inkludert. Årsaken til at nyttekostnadsanalyser brukes i liten grad er

- (a) nyttekostnadsanalyser er tids- og ressurskrevende å gjennomføre,
- (b) det vil i praksis ikke være mulig å komme frem til kroneverdier for en del virkninger (for helse gjelder det kroneverdien av fx sorg, smerte og angst blant pasienter og pårørende), og
- (c) det vil vanligvis heller ikke være mulig å få med absolutt alle virkninger (fx fastleggelse av mengdebegrep for smerte og angst for alle berørte), og
- (d) en beslutning vil vanligvis påvirke inntektsfordelingen i samfunnet og man har ikke alment aksepterte metoder for vurdering av endringer i velferds- og/eller inntektsfordelingen i samfunnet.

Dette betyr i praksis at man vil basere seg på andre effektivitetsanalyser som er enklere å anvende i praksis.

4.3 Kostnadseffektivitetsanalyse

Kostnadseffektivitetsanalyser (cost-effectiveness analysis eller CEA) skiller seg fra nyttekostnads-analysene ved at nyttevirkningene ikke uttrykkes i kroner. Det vanlige er å se på forholdstallet mellom kostnader og produktmengde, dvs kostnad per enhet

$$(3A) \quad \text{Ratio} = \frac{\text{Kostnader}}{\text{Antall enheterr}} = \text{kroner per enhet}$$

Produktmengden (nevneren) i helsesammenheng kan være antall diagnoser og behandlinger, eller antall pasienter eller uttrykk for morbiditet og mortalitet i befolkningen. Kostnadene kan være beslutningsenhetsens kostnader ved å treffe og i praksis gjennomføre en beslutning.

I noen situasjoner kan det være mer hensiktsmessig å se på den inverse ratio, som angir antall enheter per krone, dvs

$$(3B) \quad \text{Ratio} = \frac{\text{Antall enheterr}}{\text{Kostnad}} = \text{enheter per krone}$$

Anta for eksempel at et sykehus har fått en beløp 10 millioner for å redusere sin venteliste og det er om å gjøre å redusere sykehuskøen mest mulig uavhengig av sykdomstype. Da vil antall enheter være lik reduksjon i venteliste for en type av sykdommer og nevneren vil være kostnadene ved det. Sykehuset oppnår størst reduksjon i ventelistene ved å fordele de 10 millioner på behandlingssenheter som gir størst reduksjon per krone.

Ratioen (3A) tilsvarer enhetskostnaden (gjennomsnittskostnaden) i økonomiske lærebøker. I mange beslutningssituasjoner er det ikke denne enhetskostnad som har beslutningsmessig interesse. Det relevante er å legge an en **marginal betraktning** eller grensebetraktning, dvs at man ser på endringen i kostnadene i forhold til endringen i antall enheter:

$$(3C) \quad \text{Ratio} = \frac{\text{Kostnadsendring}}{\text{Bedring i antall enheter}} = \text{”marginalkostnader”}$$

Ved marginale eller grensebetraktninger ser man tradisjonelt på virkningene av en endring på en eneste enhet. I praksis vil man gjerne se på større endringer i antall enheter og noen foretrekker derfor å tale om inkrementell endring.

Hovedproblemet ved kostnadseffektivitetsanalyser er at kvaliteten på antall enheter må være den samme. Det sier seg selv at kostnad per enhet kan reduseres ved å redusere kvaliteten på enhetene.

Det kan synes å være en tendens til at økonomer undervurderer dette kvalitetsproblem som vil være avgjørende ved alle sammenligninger.

4.4 Cost-utility analysis (CUA) og QALY

(a) QALY-indeksen

Denne analyseform synes ikke å ha fått noen etablert norsk oversettelse. Metodisk sett er den en variant av en kostnadseffektivitetsanalyse. Forskjellen ligger i nevneren ved at antall enheter erstattes med en konstruert variabel. Denne variabel kan kalles ”**kvalitetsjusterte leveår**”. Det synes imidlertid vanlig å bruk den engelsksproglige betegnelse ”quality adjusted life years”, som forkortes til **QALY**.

QALY er basert på en indeks (health utilities eller ”**helsenytte**”) som i hovedsak går fra 0 til 1, der 0 betegner død, mens 1 betegner den best mulige helsetilstand for en person, – kfr punkt (b) nedenfor. Negative verdier kan også aksepteres når pasienten vurderer sin tilstand som verre enn å være død.

QALY er et produkt av helsetilstand og antall år, dvs

$$(4A) \quad \text{QALY} = (\text{indeksverdi for helsenytte}) \times (\text{antall leveår})$$

Eksempelvis anta at behandling A gir en pasient fire år i helsetilstand 0,75 en QALY på 3, mens behandling B gir pasienten seks år i helse-

tilstand 0,5 som også gir en QALY på 3.

Det finnes flere metoder for å fastlegge pasienters ”helsenytte”. Det er ikke mulig i denne sammenheng å gå nærmere inn på muligheter og ikke minst svakheter ved QALY.

Man kan trolig si det slik at i mangel av noe bedre så bruker man QALY. Ut fra en betraktning av inkrementell art blir effektivitetsforholdet

$$(4B) \quad \text{Ratio} = \frac{\text{Kostnadsending}}{\text{Bedring i QALY}}$$

I tabell 2 er det gitt eksempler på slike ratioberegninger fra Storbritannia.

Tabell 2 Kostnad per QALY
Utdrag fra Ceri Phillips & Guy Thompson
(www.evidense-based-medicin.co.uk)

Behandling	UK Pound per QALY (1990-priser)
Kolesterol testing og terapi	220
Pacemaker implantasjon	1 100
Hofteimplantat	1 180
Nyretransplantasjon	4 710
Hjertetransplantasjon	7 840

Det finnes etterhvert en god del litteratur om kvalitetsjusterte leveår eller QALY. Det er ikke mulig å gå dypere inn i disse fordelene og ulemper ved slike analyser i denne sammenheng.

(b) Indikator for helsenytt (health utilities)

Denne indeks går, som nevnt ovenfor, fra 0 til 1. Et grunnleggende spørsmål er hvilke personer man skal spørre for å få fastlagt disse indeks- eller indikatorverdier for helsenytt. Det er flere muligheter:

- (a) pasienter,
- (b) medisinsk fagpersonale,
- (c) folkevalgte,
- (d) innbyggerne generelt sett.

Erfaringer synes å vise at de forskjellige grupper oppgir forskjellige tall for en og samme lidelse. Det er altså nødvendig med politiske vedtak om hva man skal basere seg på.

Det er også en rekke andre viktige problemer knyttet til helsenytt. Det faller utenfor rammen av denne fremstilling å gå nærmere inn på dette her. En enkel oversikt finner man hos McGregor (2003).

Litteraturliste

- Chalkidou, K., Culyer, A., Naidoo, B., & Littlejohns, P. (2007). *Cost-effective public health guidance; asking questions from the decision-maker's viewpoint*. Health Economics.
- Erlandsen, E., & Iversen, T. (1998). *Helseøkonomi: en innføring i noen helseøkonomiske problemstillinger*. (SNF-arbeidsnotat nr 14/1998) Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.
- Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk: dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforl. (ISBN 978-82-15-00947-6).
- Jensen, B. (2007). *Offentlige velferdsgoder: økonomistyring, regnskapsprinsipper og New Public Management*. (Rapport nr. 12-2007) Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Johannessen, J.-A., & Olaisen, J. (2007). *Styring av helseforetak: hvorfor er sykehus vanskelig å styre?* Bergen: Fagbokforl. (ISBN 978-82-450-0473-1).
- Marstein, E., Voldnes, F., Hagen, U., Johansen, D., Lindset, G., & Hauge, B. Ø. (2007). *Alternativ evaluering av helseforetaksreformen: Folkebevegelsen for lokalsykehusene*. (September 2007)

- McGregor, M. (2003). *Cost Utility analysis: Use QALYs only with great caution*. CMAJ, February 18, 2003, 198(4).
- Nordiske organisasjonsstudier*. (2005). Bergen: Fagbokforl. (nr. 2) (ISSN 1501-8237).
- Olsen, J. A. (2006). *Helseøkonomi: effektivitet og rettferdighet*. Oslo: Cappelen akademisk forl. (ISBN 978-82-02-25404-9).
- Opstad, L. (2000). *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Gyldendal akademisk. (ISBN 82-417-1055-0).
- Petersen, S. Ø. (2004). *Fremskriving av behovet for sykehustjenester i Helse Vest 2003-2020*. (Rapport 15/2-2005) Oslo: SINTEF Helse. (ISBN: 82-14-03523-6).
- Pettersen, I. J., & Bjørnenak, T. (1997). *Fra økonomisk teori til klinisk praksis: om økonomisk styring i helsesektoren*. (Working paper 5-1990) Oslo: Cappelen akademisk. (ISBN 82-456-0168-3).
- Richardson, J. (1990). *What should be measured; utility, value or healthy year equivalents?* Centre for Health Program Evaluation. (ISBN 1-875677-12-7).
- Torvik, H., Nyland, K., & Pettersen, I. (2005). *Sensitivitetsanalyse og kostnadsgrunnlaget i SAMDATA; effekt på kostnadsindeks og totale utgifter*. (STF78 A055003) Oslo: SINTEF Helse. (ISBN 82-14-03680-1).



FORFATTERNE

Bjarne Jensen er professor i forvaltningsøkonomi ved Høgskolen i Hedmark. Han har tidligere vært ansatt i Finansdepartementet og Sosialdepartementet, førsteamanuensis ved Høgskolen i Agder, rådmann i Kristiansand og Bergen, adm.dir i Kommunekreditt og vært leder bl.a. for utredningene Samordning av sosial og helsetjenester (NOU:1986) og Finansiering av pleie- og omsorgstjenester (NOU:1995).

Magnar Bollingmo er seniorkonsulent i Kommunekonsult. Han har tidligere vært rådmann i Malvik kommune, divisjonsdirektør for helse i Sør-Trøndelag (fylkeshelsesjef), sykehusdirektør ved fylkessykehuset i Gjøvik, organisasjonskonsulent ved Regionsykehuset i Trondheim og forsker ved NIS/SINTEF (Norsk institutt for sykehusforskning).

Fanny Voldnes har jobbet 7 år i LO, siste halvår som nestleder av Næringspolitiskavdeling. Bistår forbund og tillitsvalgte ved omstillinger i privat og offentlig sektor, spesielt der det er behov for vurderinger av økonomi og regelverk som hører til. Voldnes er registrert revisor fra BI og cand. philol. fra Universitetet i Oslo, og har tidligere bl.a. jobbet 5 år som revisor i et av de store revisjonsfirmaene. Hun representerte LO i regnskapslovutvalget som evaluerte regnskapsloven i 2003.

Stein Østre er professor i forvaltningsøkonomi ved Høgskolen i Hedmark, Rena, hvor han ble tilsatt i 1991. Han har tidligere vært knyttet til Transportøkonomisk institutt, Agder distriktshøgskole, Finansdepartementet, Rogalandsforskning og Nordland distrikts-

høyskole (Siviløkonomutdanningen i Bodø). Han har vært rådmann i Folldal kommune 1986-91. Han har gitt ut flere bøker om kommunal-økonomiske spørsmål.