

ÅGE DANIELSEN

*Administrerende direktør ved Rikshospitalet Universitetsklinikk*

TERJE P. HAGEN

*Professor ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi,  
Universitetet i Oslo*

RUNE J. SØRENSEN

*Professor ved Handelshøyskolen BI*

## Den norske sykehusreformen: Hva som er galt, og hvordan den kan forbedres?

Gjennom sykehusreformen er det etablert en statlig konsernmodell der styrene i de regionale helseforetakene både har ansvar for løpende eierstyring og ansvar for å bestille spesialisthelsetjenester. Formålet var å gi sykehusene større ansvar og mer myndighet ved etablere kontrakter med helseforetakene. I realiteten har sykehusreformen utviklet seg til en form for pervertert etatsstyring. Dagens styringssystem gir stor vilkårlighet i sykehusenes økonomiske rammer, delvis som følge av politiske initiativ og dels som følge av mangelfulle styringsdata. Hvis det er politisk vilje til reell delegasjon til regionale helseforetak og videre til sykehusene bør styringen understøttes av målestokkonkurranse med basis i nasjonale styringsdata. Dette kan sees som et skritt på veien mot et institusjonelt skille mellom bestiller og tjenesteproducent, men også som en reform av dagens konsernmodell.

### INNLEDNING

For 20-30 år siden var pasienter og pårørende takknemlige for den hjelp og de offentlige tjenester de fikk. Folk ble imponert over hva medisinen kunne utrette, de hadde respekt for leger og andre autoriteter, og pasienter og pårørende var vant til køer og venting. I dag er situasjonen en annen: en sekularisert, helsebevisst og velutdannet middelklasse krever rett til offentlige helsetjenester og behandling, og har ofte kunnskap nok til å kreve det nyeste og beste innenfor avansert medisin. Pasienter og pårørende vil ha et individuelt tilpasset tilbud, og pasientene er ikke fornøyd med å stå i kø – de vil ha umiddelbar tilgang til diagnose, behandling og rehabilitering, samt pleie og omsorg. En rekke av de reformer vi har sett i moderne velferdsstater er innrettet mot å møte disse kravene, slik som

rett til å velge allmennlege og sykehus (på «samme nivå»), rett til å få en alternativ vurdering av egen diagnose, innsyn i egen journal, og mer eller mindre forpliktende rett til behandling innenfor en viss tidsfrist.

Økt pasientinnflytelse, større valgfrihet og bedre informasjon lar seg håndtere uten store kostnader. Mer aktivistiske pasienter og deres organisasjoner krever også tilgang til den beste diagnostikk og sykdomsbehandling. Samtidig kan moderne medisin svare på stadig flere av pasientenes behov, med det resultat at vi kan behandle og lindre sykdommer som før var tilnærmet uhelbredelige. Befolkningens krav blir ikke mindre av at regningen oftest sendes til en upersonlig tredjepart, til statskassen. Alle offentlige tjenester krever vanskelige prioriteringsbeslut-

ninger, men i helsevesenet synes avveiningen mellom kostnadskontroll og tilgjengelighet/kvalitet å være særdeles «smertefull» – slik vi også ser i konflikter om helsepolitiske reformer i Tyskland og Frankrike.

Norge kunne valgt å svare på disse utfordringene ved en reform på regionalt nivå. Svaret kunne vært større folkevalgte regioner som organiserte valgfriheten og som gjennom friere beskatningsrett hadde muligheter for å håndtere etterspørsel og den medisinsk-teknologiske utvikling. Norge valgte en annen modell. Ved å etablere et nasjonalt «helsekonsern» skulle staten – med helseministeren, regjeringen og Stortinget på toppen – etableres som et strategisk styringsnivå. Staten skulle legge rammer for virksomheten samtidig som ansvaret for å løse oppgavene ble delegert til de regionale helseforetakene (RHF).

Det er for tidlig å foreta en full evaluering av reformen.<sup>1</sup> Vi vil likevel spørre: Ser vi tendenser til at den planlagte konsernstyringen har blitt pervertert etatsstyring? Vi mener det! Neste spørsmål er da: Hvilke reformer bør en gjennomføre for å forbedre styringen av helseforetakene? Vi diskuterer to mulige reformer: At den tenkte konsernmodellen erstattes av en kontraktsmodell med et klart skille mellom bestiller og utfører, eller at konsernmodellen erstattes av en kontraktsmodell basert på målestokk-konkurranse mellom foretakene. I begge tilfellene forutsettes det et betydelig bedre datagrunnlag for helseforetakenes beslutninger enn de har i dag.

La oss poengtere innledningsvis at vi ikke er helt sikre på at systemet lar seg reformere. Det kan være at mediepress rundt enkeltsaker er en så sterk drivkraft bak sentrale politiske organers aktiviteter at den statlige styringsmodellen vil gi helseforetakene mindre og mindre handlefrihet – i alle fall i perioder med mindretallsregjeringer. Siden vi går videre til diskusjonen av alternativer innenfor dagens hovedstruktur, tror vi imidlertid ikke at dagens modell er uten muligheter.

#### HAR SYKEHUSREFORMEN BLITT PERVERTERT ETATSSTYRING?

Det er ikke i seg selv noe problem at en stor del av verdiskapningen i samfunnet skjer gjennom helsesektoren. Mye tyder på at helsetjenester er høyt prioritert i befolkningen, og hvis tjenestene produseres effektivt er ikke

høye utgifter til helse- og sosialformål noe «sykdomstegn». Sykehusreformens sentrale mål var «mer helse for pengene». Oppfatningen var at myndighetene hadde styrt for mye i driftsspørsmål og «... for lite på overordnede spørsmål knyttet til prioriteringer og struktur» (se kapittel 2 Ot.prp 66 (2000-2001)).<sup>2</sup> Resonnementet er det samme som vi kjenner fra andre offentlige sektorer de seneste 20-30 år: Overgang fra tradisjonell forvaltning med kontroll over bruken av innsatsfaktorene til mål- og resultatstyring med fokus på resultatoppnåelse. Tenkningen er at myndighetene skal spesifisere omfang og type helsetjenester de ønsker levert, og så skal det være opp til produsentene å finne frem til den beste måten å gjøre dette på. Dette er altså en modell som betoner de folkevalgtes rolle som *bestiller* av helsetjenester på befolkningens vegne. Men bygger modellen på en realistisk forståelse av velgernes krav, mediebildet på helsesektoren og de folkevalgtes respons på dette? Er styringsmodellen gjennomførbar i et land der mange mener at statskassen renner over av oljeinntekter, mindretallsregjeringer er hovedregelen og Stortinget er splittet i mange, konkurrerende politiske partier?

Nye finansieringsordninger har på mange måter vært nøkkelen til de nye styringsmodellene. En hovedidé har vært innføring av fastpriskontrakter der en styrer etter resultater/produksjon heller enn virksomhetenes bruk av innsatsfaktorer (detaljerte budsjettammer for drift og investering, stillingshjemler, m.v.). Både finansiering basert på tilskudd til produksjon og per capita tilskudd kan klassifiseres som fastpriskontrakter – finansieringsordninger der myndighetene spesifiserer produksjons- eller resultatmål, og stiller en gitt økonomisk stykkpris eller ramme til disposisjon for å nå disse. Med et per capita tilskudd gis helseorganisasjonen ansvaret for å tilby et sett av helsetjenester til en avgrenset befolkningsgruppe, og dette finansieres gjennom et fast tilskudd per bruker. Hvis helseorganisasjonen (eksempelvis RHF) administrativt tildeles en befolkningsgruppe er finansieringen lukket – det er en form for rammefinansiering. Hvis helseorganisasjonene konkurrerer om brukere (f.eks. forsikringstakere) er finansieringsordningen åpen – den varierer med antall kunder. Med produksjonstilskudd bestemmes sykehusets inntekter av omfanget av tjenesteproduksjonen. I sykehussektoren måles produksjonen gjennom klassifikasjonssystemet DRG, som er grunnlaget for prise-

<sup>1</sup> Hagen og Kaarbøe (2004) presenterer vurderinger og statistisk materiale om utviklingen i spesialisthelsetjenesten før og etter reformen.

<sup>2</sup> I høringsnotatet «Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten», se [http://odin.dep.no/hd/norsk/aktuelt/hoeringssaker/under\\_behandling/030071-080008/dok-bn.html](http://odin.dep.no/hd/norsk/aktuelt/hoeringssaker/under_behandling/030071-080008/dok-bn.html) heter det: «Utgangspunktet i dag er at det styres for mye på driftsspørsmål og for lite på struktur. Denne reformens intensjon er derfor å legge grunnlag for å øke styringen i forhold til strukturen på helsetjenesten, for eksempel gjennom funksjonsfordeling. Samtidig skal de enkelte virksomhetene få større ansvar og frihet innenfor den strukturen som bestemmes.»

ne og dagens «innsatsstyrte finansiering» (ISF). Dersom kontrakten ikke setter et tak på antall DRG-poeng har vi en åpen ordning, en aktivitetsbasert kontrakt. Dersom oppdragsgiver spesifiserer at et visst antall DRG-poeng skal produseres innenfor en viss periode er ordningen lukket – en står overfor en rammebasert fastpriskontrakt.

Det er (minst) tre grunner til at forutsetningene for fastprismodellen *ikke* er oppfylt i den norske modellen.

#### *Helsetjenesten styres etter dårlige data*

Når departement og RHF skal tildele oppdrag til sykehus forutsetter det at budsjetttrammene er realistiske i forhold til de mål som er satt. I en situasjon med konkurranse om oppdrag reduseres behovet for styringsdata om enhetskostnader/priser. Men siden den norske reformen ikke la opp til konkurranse er det avgjørende å ha gode styringsdata for å kunne gi sykehusene krevende, men realistiske oppdrag. Fraværet av konkurranse er i seg selv et problem for modellen – og det er slående at dagens norske DRG-priser overhodet ikke er utviklet med sikte på kontraktsinngåelser mellom RHF og sykehus (helseforetak, HF).<sup>3</sup> Reformen har viet alt for lite oppmerksomhet mot gode styringsdata (se også diskusjon nedenfor.) Urealistiske oppdrag svekker sykehusenes og sykehusledelsens evne til å etterleve styringsmodellen, og undergraver deres lojalitet til oppdraget og oppdragsgivere. «Alle» vet at budsjetttrammen er satt urealistisk lav, og at ytterligere bevilgninger vil komme. Dermed blir det håpløst for sykehusdirektøren å anspore sine medarbeidere til innsats for å nå ambisiøse mål om pasientbehandling innenfor knappe økonomiske rammer.

#### *Politikerne griper inn underveis*

Alle kontrakter er ufullstendige – det lar seg ikke fullt ut spesifisere hvordan et oppdrag skal løses. Ideen er at det skal være opp til tjenesteproduzenten/ sykehuset å finne den beste måten å løse oppdraget på. Sykehus er store, komplekse og høyspesialiserte organisasjoner, så argumentet burde ha særlig relevans i spesialisthelsetjenesten. En vil få høyest effektivitet ved å overlate til spesialisthelsetjenesten å finne frem til bruk av ulike typer arbeidskraft, bygninger og medisinsk utstyr, hvordan sykehusets interne organisering bør være, og hva som skal produseres i egen regi og hva som bør kjøpes eksternt. Det bør også gis atskillig frihet til å samarbeide med andre sykehus, for slik å finne frem til en god arbeidsfordeling.

Fordi staten både er oppdragsgiver og eier kan imidlertid departementet gripe inn etter at en kontrakt er inngått (i budsjettåret). Departementet kan for eksempel pålegge opprettholdelse av en fødeavdeling ved et sykehus, eller gi instruks om at en pasientgruppe skal gis enda høyere prioritet. For å gardere seg mot feil og kritikk kan nye retningslinjer og kontrollsystemer introduseres, noe som svekker forutsetningene for reell ledelse av sykehus. Alt dette undergraver autoriteten til sykehusledelsen, og svekker de ansattes lojalitet til den inngåtte avtale og budsjett-ramme. Jo flere slike skranker som legges på sykehusenes frihet til å finne effektive lokale løsninger, desto mindre blir gevinsten med fastpriskontrakter.

#### *Mindretallsregjeringer/ partifragmentering disponerer for enda mykere rammer*

Ufullstendige kontrakter betyr også at det skjer noe uventet som påvirker sykehuset evne til å levere i henhold til den inngåtte kontrakt. Det er vanskelig for våre folkevalgte politikere å gjennomskue hvorvidt høye kostnader skyldes dårlig ledelse og ineffektiv drift, eller om det skyldes kostnadsøkende forhold utenfor sykehusets kontroll. Men hvis politikerne alltid kan vinne popularitet og velgeropp- slutning ved å støtte krav om ytterligere bevilgninger til sykehusene, undergraves forutsetningene for fastpriskon- trakter. At mindretallsregjeringer og partifragmentering svekker muligheten for kostnadskontroll er velkjent. Avtroppende leder i Arbeiderpartiet, Thorbjørn Jagland, formulerte det slik:

*Det er blitt en helt vanlig sport at opposisjonen slår seg sammen og gjør enkeltvedtak gjennom året, og overlater til regjeringen å finne inndekning. Slik blir helhetlig og lang- siktig planlegging umulig*  
(Torbjørn Jaglands tale på Arbeidspartiets landsmøte 8.11 2002).

Dette fellesressursproblemet eller «common pool» proble- met har vært gjenstand for en rekke empiriske studier på vestlige land og i Norge. Faglitteraturen har sett på brede politiske partier og partidisiplin som det viktigste middel til å koordinere utgiftskrav fra velgere i ulike valgdistrikter og fra ulike typer av interessegrupper. Studier tyder på at det er en positiv sammenheng mellom mål på regjeringers «styrke» og offentlig utgiftsvekst/ budsjettunderskudd. Det er vanskelig å holde på «harde budsjettkrav» med

<sup>3</sup> Nå kan det innvendes at dette ikke er et særegent problem for helsesektoren – men hvorfor fungerer tilsynelatende mål- og resultatstyring på andre områder? En forklaring er nok at produksjonsmål er så løst formulert at offentlige etater og deres oppdragsgivere nesten alltid kan argumentere for at målene er oppnådd. Det spesielle med helsesektoren er at lav tjenesteproduksjon fører til lengre ventetid med sterk politisk appell.

mange konkurrerende politiske partier, og det er lett å etablere koalisjoner for ytterligere bevilgninger eller krav til tjenesteytingen.

#### Konklusjon 1: Sykehusreformen har blitt pervertert etatsstyring

Den norske sykehusreformen ga oss i prinsippet en desentralisert organisering der sykehusene skal levere i henhold til gitte oppdrag fra folkevalgte myndigheter. I realiteten er det en modell preget av myke budsjettammer og mange styringsmessige inngrep i driftsbeslutninger. Og videre, når den moderne «journalismen» solidariserer seg med enkeltpasienter, pasientorganisasjoner, eller med ansatte i helsetjenesten, blir det nesten umulig å argumentere for overordnede helsepolitiske prioriteringer (Bay og Saglie, 2003). Styringssystemet blir lett offer for tilfeldige inngrep, budsjettammene blir lett offer for brukeres og ansattes aksjonspolitikk, og de blir derfor ikke troverdige. Ledelse av sykehusene blir svært vanskelig som følge av urealistiske og/eller kortsiktige styringsmessige pålegg.

Den tradisjonelle forvaltningsmodellen var jo designet nettopp for å ivareta folkevalgt kontroll. Er det som utføres tradisjonell etatsstyring? Vi tror dessverre ikke det. Modellen kan best karakteriseres som pervertert etatsstyring fordi den både gir politikerne mulighetene til å gripe inn og anledningen til å frasi seg ansvar. De folkevalgte kan si at ansvaret er hos helseforetakene når noe går galt eller kritiseres, og de (særlig opposisjonspolitikere) kan ta æren for «å gripe inn» når det er oppportunt.

Hva er så alternativene?

#### KONTRAKTSMODELL HELLER ENN KONSERNMODELL

Vi kan skille mellom tre idealtyper for organisering av helsetjenesten: Den tradisjonelle forvaltningsmodellen, konsernmodellen som innebærer at sykehusene skilles ut som egne foretak, og kontraktsmodellen som forutsetter et institusjonelt skille mellom sykehusene som tilbydere og offentlige myndigheter som etterspørere av helsetjenester.<sup>4</sup> Felles for disse modellene er at de bygger på en offentlig finansiert helsetjeneste.

Forslaget om en kontraktsmodell er drøftet i NOU 2003:1. Utvalget understreket at primær oppgaven til RHF

er bestilleransvaret. Det uttrykte også bekymring for at private tilbydere av helsetjenester ikke fikk mulighet til å konkurrere med de statlige tilbyderne. Utvalget foreslo at private tilbydere ble gitt en større mulighet til å yte tjenester ved mer langsiktige kontrakter, at avtaler ble inngått med RHF, og ikke med de enkelte helseforetak, samt adgang for primærhelsetjenesten til å henvise pasienter direkte til private sykehus og spesialister som RHF har avtale med.

Bondevik-regjeringen gikk i sin tiltredelseserklæring inn for et klarere skille mellom myndighetenes roller som bestillere og utførere av helsetjenester (kontraktsstyring), men har senere fått «kalde føtter». I stortingsmeldingen som etterfulgte NOU 2003:1 (St.meld. nr 5: 2003-2004), ble det lagt mye vekt på at en bestiller-utfører organisering forutsetter at tjenestetilbudet kan eksponeres for reell konkurranse, og at det bare i meget beskjeden grad er mulig. Videre påpekes det at en bestiller-utfører modell vil kreve høyere forvaltningsmessig kompetanse, og lett vil medføre økte administrative kostnader. Meldingen viser til at erfaringene med en slik organisering i Sverige, Storbritannia og New Zealand ikke gir grunnlag for stor optimisme med hensyn til mulighetene for økt produktivitet, høyere kvalitet eller forbedret kostnadskontroll.

Stortingsmeldingen skiller imidlertid ikke klart mellom to ulike tolkninger av erfaringsmaterialet fra ulike land. En mulig tolkning er at kontraktsorganisering ikke kan ha effektivitets- eller kvalitetsfremmende effekter på grunn av særtrekk ved helsetjenesten. Ett argument er påstanden om at det er vanskelig å etablere en reell konkurranse mellom sykehus. Pasientene kan ofte ikke velge selv (psykiatri, øyeblikkelig hjelp), eller velger kun et nærliggende sykehus (særlig eldre pasienter med kroniske sykdommer). Deler av helsetjenesten er også høyspesialisert, noe som forutsetter svært langsiktige avtaler, som igjen gjør det vanskelig å få til effektiv konkurranse om oppdrag med bestillerorganisasjoner (relasjonsspesifikke investeringer). Selv om argumentasjonen har noe for seg, kan den ikke sies å gi en balansert fremstilling av internasjonal forskning på feltet (se f.eks. Grytten og Sørensen, 2002; Sunnevåg og Bjorvatn, 2003).

En ganske annen tolkning er at kontraktsorganisering ikke har gitt tilsiktede effekter fordi modellen ikke er implementert etter sine forutsetninger (se f.eks. Le Grand, 2003:

<sup>4</sup> Vi diskuterer ikke konkurranse om pasienter gjennom et system der pasientene fritt kan velge sykehus og sykehusene finansieres ved et system med stykkpriser (basert på DRG-klassifisering).

kapittel 7). Hvis utførerorganisasjonene ikke gis tilstrekkelig handlefrihet i driftsspørsmål (f.eks. gjennom svært detaljerte kontrakter/«tilsagnsbrev» som angir bruk av innsatsfaktorer/organisering), hvis overordnede myndigheter griper inn i de løpende operasjoner, eller hvis bestillerorganisasjonene ikke gis anledning til å velge det mest effektive sykehus, kan en heller ikke forvente store effekter. Igjen er altså spørsmålet om de politiske forutsetningene for kontraktsmodellen/fastpriskontrakter er oppfylt. Hvis folkevalgte myndigheter ikke ønsker desentraliserte beslutninger, er det heller ikke mulig å innføre modellen.

Det er ikke i strid med kontraktsmodellen om en åpner for folkevalgt representasjon i de regionale/lokale bestillerorganisasjonene. Særlig hvis disse kan delfinansiere virksomheten med lokal beskatning eller avgifter, er det rimelig med lokalpolitisk representasjon. Men det vil bryte med kontrakts- og fastprismodellens rasjonale om styrene i de utøvende virksomhetene – i de offentlige eide sykehusene – får folkevalgte representanter.

#### *Konklusjon 2: Kontraktsmodell bør velges fremfor konsernmodellen*

Våre grunnleggende poenger er disse: Hvis man *ikke* er villig til å gi fra seg adgangen til eierstyring/etatsstyring er det vanskelig å se at styringen blir noe annet enn nettopp etatsstyring. Konsernmodellen blir lett en forkledd etatsmodell, og finansieringen får preg av «myke» refusjonsordninger heller enn «harde» fastpriskontrakter.

En måte å «binde seg til masten på» vil være å innføre et institusjonelt skille mellom bestiller og utfører. Politikerne vil gjennom vedtaket om institusjonell struktur fjerne seg fra beslutninger av driftsmessig karakter. Det grunnleggende informasjons- og konkurranseproblemet beskrevet over har ingen enkel løsning. Vil bestillerenheten ha informasjon nok til å formulere bestillingen, og vil det være mulig å skape konkurranse blant tilbyderne? I tillegg kommer at fritt sykehusvalg («på samme nivå») kan skape problemer hvis bestillerenheten inngår kontrakter ut fra laveste pris, og mange pasienter likevel velger de ineffektive sykehusene (Kaarbøe og Østergren, 2001). Dette kan tilsis en viss forsiktighet hvis en vil etablere en kontraktsmodellen ved bestiller-utfører organisering.

#### MÅLESTOKK-KONKURRANSE – ET SELVSTENDIG ALTERNATIV ELLER ET SKRITT PÅ VEIEN MOT BESTILLER – UTFØRER ORGANISERING

Både den tidligere fylkeskommunale forvaltningsmodellen og den nåværende modellen har to prinsipal-agent relasjoner, stat versus fylkeskommune/RHF, og fylkeskommune/RHF versus sykehus. Den statlige finansieringsoppgaven er i prinsippet enkel – kommune/region bør finansieres med et per capita tilskudd (se NOU 2003:1; Dalen m.fl., 2002). Det årlige tilskuddet til RHF kan fastsettes som forventet tjenesteproduksjon per innbygger (delvis målt ved DRG-poeng per innbygger)<sup>5</sup>, kostnadsforhold (f.eks. kostnad per DRG-poeng) og folketallet i regionen. Ideen er at RHF er regionkontorer i det nasjonale forsikringsselskapet. Velgerne betaler en fastsatt premie – «helseskatten» – som skal dekke et gjennomsnittlig per capita tilskudd til RHF. Innbyggerne vil til gjengjeld ha krav på et sett av spesifiserte helsetjenester. Det bør i tillegg eksistere en ordning for risikodeling mellom stat og RHF for å håndtere uforutsette aktivitetsvingninger.

Relasjonen mellom bestillerorganisasjonen (kommune/region) og sykehus er mer krevende. La oss skille mellom situasjoner der det eksisterer en effektiv konkurranse om oppdrag (en vellykket bruk av bestiller- utfører modellen) og der det ikke er tilfellet. Når konkurranse kan benyttes effektivt er det lite behov for å samle inn administrative styringsdata – priskonkurransen fører til at de mest effektive sykehusene får oppdrag. Og dersom et sykehus ikke kan levere etter kontrakt (kostnadsoverskridelser), eller sykehuset skjærer ned på ikke-kontraktsfestede kvaliteter, kan bestilleren gi oppdraget til et annet sykehus i neste periode. Konkurransen kan altså både fremme effektivitet og kvalitet, og samtidig frembringe styringsinformasjon. Situasjonen er grunnleggende forskjellig hvis bestillerorganisasjonene *ikke* skal eksponere sykehusene for anbuds-konkurranse. Uten å ta stilling til om det er mulig eller ønskelig, la oss anta at konkurranse om oppdrag *ikke* er et vesentlig element i bestillingene fra RHF. Hvordan skal en da sørge for at kontraktene med sykehusene blir realistiske, altså at kostnadsrammen står i et rimelig forhold til produksjonskravene? En mulighet er at sykehuset selv angir hvor store midler som trengs for å nå visse mål. En slik ordning kan bremse effektivitetsutviklingen i sektoren fordi den lett konserverer organisering og arbeidsmetoder.

<sup>5</sup> NOU 2003:1 viser at det er stor forutsigbarhet i pågangen av pasienter. En spørreundersøkelse blant sykehusdirektører i 1999 viste at det var stor stabilitet i listepasienter og akutttinnleggelser fra eget sykehusområde, og forholdsvis stor forutsigbarhet i omfanget av gjestepasienter. Usikkerheten om pasientpågangen er mindre på regionnivået enn på sykehusnivået.

En annen mulighet er at bestilleren fastsetter kravene skjønnsmessig og ensidig, noe som kan føre til urealistiske produksjons- og budsjettmål og dermed «myke budsjettammer».

Et bedre alternativ er såkalt målestokk-konkurranse, noen ganger omtalt som «benchmarking». Tenkningen er her at det samles inn data om enhetskostnadene ved ulike prosedyrer/diagnoser ved forskjellige sykehus. En kan da gradvis legge til grunn enhetsprisene ved de mest effektive sykehusene når en fastsetter kontrakter for alle sykehus. Et slikt opplegg har i lang tid vært benyttet for fastsettelse av (monopol-)priser på overføring av elektrisk kraft for de lokale nettselskapene i Norge. DRG-basert finansiering er en form for målestokk-konkurranse der en priser etter nasjonale gjennomsnittskostnader. En forutsetning for vellykket målestokk-konkurranse er at en i utgangspunktet har korrigert for kostnadsvariasjoner mellom sykehusene som har sitt utspring i ulik belastning når det gjelder undervisning og forskning, samt pasienttyngde som ikke reflekteres i DRG-systemet (f.eks. såkalte langtidsliggere). En kan også tenke seg at en kompensere for ulikheter i behov i sykehusenes opptaksområde, slik dette beskrives ved alderssammensetningen og sosio-økonomiske forhold i befolkningen. På regionalt nivå må også ulikheter i kvalitet mellom sykehusene ivaretas.

En modell hvor bevilgninger og kontrakter fastsettes gjennom målestokk-konkurranse bør med dagens styringsmodell ha både sentraliserte og desentraliserte elementer. Selve målestokkelementet (beregning av DRG-kostnadene) blir mest effektivt som et nasjonalt system, både fordi det er administrative gevinster ved sentralisert drift av enheter som beregner kostnader og fordi det gir sammenlignbare data for hele landet. Deler av medisinen er høyspesialisert, slik at det også kan være behov for internasjonalt samarbeid for å få en tilstrekkelig mengde sammenlignbare data. Kompensasjon for kostnadsvariasjoner og behov kan best gjøres på regionalt nivå der kunnskapen om slike forhold sitter.

*Konklusjon 3: Målestokk-konkurranse gjør det mulig å benytte kontraktsmodellen*

Bestiller- utfører modellen forutsetter at en løser opp de nye helseforetakene og spiller sykehusene (samt private aktører) ut mot hverandre gjennom konkurranse. For visse grupper av pasienter vil sykehusene bli tilnærmet monopolister i sitt opptaksområde, og kan dermed presse kontraktskostnadene opp. Målestokk-konkurranse kan sees

som et skritt på veien mot en kontraktsmodell organisert etter bestiller-utfører prinsippet. Men systemet kan også benyttes til å fastsette budsjettammer selv om en ikke etablerer en rendyrket bestiller-utfører organisering. I begge tilfeller vil denne måten å fastlegge kontraktene på gi forbedret troverdighet, vi introduserer et element av konkurranse mellom foretakene og opplegget gir grunnlag for en skrittvis organisatorisk reform.

#### PÅLITELIGE DATA ER EN FORUTSETNING FOR KONTRAKTSMODELLER

Kontraktsmodeller, særlig modeller basert på målestokk-konkurranse, forutsetter pålitelige data. I dag henger utviklingen av prissystemer innenfor somatiske helsetjenester etter særlig på to områder, høykostnadsmedisin og poliklinikk. At vi ikke har gode priser på høykostnadsmedisinen skaper betydelige problemer for sykehus med landsfunksjoner. Også enkelte regionfunksjoner lider under dette problemet. Et dårlig utviklet prissystem for det som er igjen av Rikstrygdeverkets finansiering av sykehusene, gir insentiver til sykehusene til å kode denne aktiviteten som dagbehandling i DRG-systemet. Vi tviler på at sykehusene taper på akkurat dette. Medisinsk teknologi endres raskt. Det innebærer at behandlinger som tidligere tok mange døgn, nå kan gjøres som dagbehandling. Det er derfor behov for kontinuerlig oppdatering av prisene for å hindre at organisering og prosedyrer stivner i et effektivitetshemmende mønster. Det er videre behov for kontroll og revisjon av sykehusenes datarapportering (DRG-revisjon) basert på stikkprøver. Med bakgrunn i undersøkelser (bl.a. av Riksrevisjonen) kan det stilles spørsmål om sykehusene rapporterer flere tunge diagnoser enn det er faglig grunnlag for. Uansett om dette er riktig eller ikke vil stikkprøvekontroll med høy kvalitet bidra til mer korrekt rapportering.

For at systemet skal få legitimitet i sektoren bør det etableres en egen administrativ enhet med høy medisinsk og økonomisk kompetanse, enheten bør legges til et faglig selvstendig eller uavhengig direktorat (f.eks. egen avdeling i Helsedirektoratet), og enheten bør trolig få et styre med representasjon fra regioner og fra sykehusene (à la de Tekniske Beregningsutvalgene for lønnsoppgjørene og for kommunesektoren). Mye av det praktiske analysearbeidet kan gjerne gjøres i etablerte miljøer. Den administrative enheten skal ha ansvaret for å produsere rapporter om kostnadseffektivitet og tjenesteproduksjon. Disse skal RHF benytte ved utformingen av kontrakter med sine sykehus (eventuelt også private leverandører av helsetje-

nester), og styrene ved sykehusene skal bruke dem som grunnlag for forbedringsarbeidet ved virksomhetene. Departementet skal kunne bruke denne informasjonen som grunnlag for politikktutforming overfor sektoren.

*Konklusjon 4: Pålitelige data er nødvendig for en vellykket bruk av kontraktmodellen*

I det norske systemet er det viet altfor lite oppmerksomhet mot betydningen av troverdige data om kostnader, produksjonsomfang, kvalitet og ventetid/køer/brudd på individuelle tidsfrister for behandling. Dette har undergravet mulighetene for effektiv ledelse av sykehusene, det har svekket kostnadskontrollen i hele spesialisthelsetjenesten, og det har gjort det umulig å spesifisere troverdige oppdrag til RHF. Det er akutt behov for en sentral forvaltningsenhet for innsamling av styringsdata, og kontroll/revisjon av disse. En viktig oppgave må være å understøtte kontraktinngåelse med sykehusene gjennom løpende oppdatering av kostnadsbaserte enhetspriser (DRG-priser).

#### OPPSUMMERING

Organisering og prioritering i helsetjenesten er en hodepine for myndighetene i en lang rekke vestlige land. Man er bekymret for kostnadsveksten i sektoren, for tilgjengelighet og ventetider, og for effektiviteten. I Norge bruker vi 126 milliarder kroner til helseformål (2001) – det aller meste i form av skattefinansierte helsetjenester. Dette betyr at hver innbygger betaler en «helseskatt» på 28 000 kroner. Vi kan anta at halvparten av helsetjenestene benyttes det siste leveåret. Hvis vi ikke diskonterer betyr det at vi bruker knapt 1,2 millioner kroner i helseutgifter siste leveår (forutsatt en levealder på 85 år). For velgere og folkevalgte er det legitimt å vurdere nytten av den marginale velferdsgevinsten som følger av å øke premien til offentlig helseforsikring ytterligere.

Som i andre land er befolkningen i Norge villig til å betale mer for helsetjenester. Ja, kanskje er velgernes betalingsvillighet så høy at folkevalgte alltid vinner oppslutning på å gripe inn i enkeltsaker, at det alltid gir mer popularitet «å gi etter», slik at budsjettammene uvegerlig blir «myke». I en slik politisk situasjon er det lite å tjene på forsøk på fastpriskontrakter og kontraktorganisering. Ingen på golvplanet i sykehusene vil tro på en sykehusledelse som ved årets begynnelse sier at «nå må vi ta oss sammen for å nå krevende målsettinger». I den grad velgere og folkevalgte virkelig ønsker å fremme sykehusre-

formens offisielle mål – mer helse for pengene – kreves det to «reformer av reformen». Konsernmodellen bør utvikles til en modell basert på kontraktorganisering og kontraktorganiseringen må understøttes av et nasjonalt system med styringsdata. Vi tror ikke at noen kan finne den ideelle organisering av den offentlige helsetjeneste. Men under den klare politiske forutsetning vi har beskrevet kan reformene forbedre styringen av spesialisthelsetjenesten.

#### REFERANSER:

Bay, A.-H. og Saglie, J. (2003): «I verdens rikeste land. Pressens dekning av velferdsstaten 1969-99». *NOVA Rapport* 25/03.

Dalen, D. M., Grytten, J. og Sørensen, R. J. (2002): «Mer penger eller mer for pengene? Organisering og finansiering av norske sykehus». *Forskningsrapport* nr. 16. Handelshøyskolen BI.

Grytten, J. og Sørensen, R. J. (2002): Betydningen av eierskap, finansiering og konkurranse i sykehussektoren, *Tidsskrift for velferdsforskning* 5: 133-152.

Hagen, T.P. og Kaarbøe, O.M. (2004): «The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals». *Paper*, Health Organization Research of Norway (HORN).

Kaarbøe, O. og Østergren, K. (2001): «Erfaringer fra ledelses- og organisasjonsreformer i den svenske helsesektoren på 1990-tallet». I J.E. Askildsen og K. Haug (red.): *Helse, økonomi og politikk*. Cappelen Akademisk Forlag.

Le Grand, J. (2003): *Motivation, Agency, and Public Policy. Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*. Oxford University Press.

NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten (Hagen-utvalget).

Ot prp nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

St.meld. nr. 5 (2003-2004): Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.

Sunnevåg, K.J. og Bjorvatn, A. (2003): «Bruk av markedsbaserte finansieringsmekanismer i helsesektoren. Feil medisin eller feil diagnose». *Magma* 6: 76-91

Schick, A. (2002): «Agencies in Search of Principles». I *Distributed Public Governance: Agencies, Authorities and Other Government Bodies*, OECD.