

# **FINANSIERINGEN AV NORSKE SOMATISKE SYKEHUS**

**Endringene i sykehusenes finansiering fra ca.1970 til 1997**



**Masteroppgave i historie av Mads Liabø**

**Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap  
Universitetet i Bergen**

**Høst 2008**



# Innhold

<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>Forord</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Tema og problemstilling .....	8
1.2 Avgrensning av oppgaven .....	8
1.2.1 Fra rammefinansiering til ISF .....	8
1.2.2 Andre nærliggende emner .....	10
1.3 Kilder, litteratur og raffinering av problemstillingen .....	11
1.3.1 Om kilder og litteratur .....	11
1.4 Kilder.....	11
1.4.1 Rapporter, offentlige dokumenter og andre kilder i oppgaven .....	11
1.4.2 Vurdering av kildene .....	13
1.5 Litteratur.....	14
1.5.1 Oversikt over litteraturen .....	14
1.5.2 Presentasjon av den sentrale litteraturen .....	15
1.6 Raffinering av problemstilling .....	17
<b>2. De første finansieringssystemene</b> .....	<b>18</b>
2.1 ”Mange år i samme bane” .....	18
2.2 De første finansieringssystemene i Norge.....	19
2.2.1 Liggedøgnsrefusjonenes mange år .....	19
2.2.2 Rammefinansieringen innføres .....	25
2.3 Konklusjon - ”mer statlig styring, mer frihet?” .....	27
<b>3.0 Eilertsen-utvalget 1987 – “bred vurdering av erfaringer”</b> .....	<b>28</b>
3.1 Bedre organisering og mer effektiv ressursutnyttelse .....	28
3.2 Erfaringer med rammefinansieringsordningen.....	30
3.2.1 Et mål om desentralisering .....	30
3.2.2 Premiering av krisemaksimering og ny runde med ”insentivproblemer” .....	34
3.2.3 Alternative finansieringsmodeller .....	37
3.3 DRG-systemet kommer for å bli .....	41
3.3.1 DRG-systemets bakgrunn .....	41
3.3.2 DRG-systemet kommer til Norge .....	43
3.3.4 Eilertsen-utvalget, DRG-systemet og veien videre .....	46

3.5 Konklusjon – ”noe må gjøres, senere” .....	50
<b>4. Sykehusforsøkene 1991-1993 – ”mer ut av hver krone” .....</b>	<b>52</b>
4.1 Kombinasjon av stykkpris- og rammefinansiering .....	52
4.2 Usikkerhet rundt systemet, ikke forsøket.....	54
4.3 Organisering av forsøket .....	57
4.3.1 Aktørene i forsøket.....	57
4.3.2 Målsetting og modeller.....	59
4.3.3 Endringer underveis .....	62
4.4 Evalueringen.....	63
4.5 Toppfinansieringsforsøket.....	66
4.6 Konklusjon – ”vent og se” .....	67
<b>5. Christiefasen: - personen, systemene eller politikken? .....</b>	<b>69</b>
5.1 Werner Christie inn i ministerrekken .....	69
5.2 Sosialdepartementet og Christies syn på finansieringen .....	71
5.2.1 Krav til finansieringssystem.....	71
5.2.2 ”Endelig” en overgang til stykkprisfinansiering? .....	73
5.2.3 Frykt for markedsorienterte løsninger .....	78
5.2.4 DRG-systemet – ”fremdeles like positivt?” .....	79
5.3 Personen, yrket eller partiet?.....	82
5.4 Konklusjon – ”ikke i tråd med tidsånden?” .....	85
<b>6. Hernesfasen – ”skift i finansieringsordning – nærmest over natten” .....</b>	<b>86</b>
6.1 Ny mann, nye muligheter .....	86
6.2 Nytt system eller ”Keiserens nye klær?” .....	87
6.2.1 Ventelistegaranti og finansieringsdiskusjon.....	87
6.2.2 Innsatsstyrt finansiering .....	90
6.2.3 DRG-systemet – ”partner med ISF?” .....	92
6.3 Konklusjon - Et brudd med Arbeiderpartiets helsepolitikk?.....	94
<b>7.0 Avslutning: .....</b>	<b>97</b>
7.1 Hvorfor får vi skift i finansieringen av norske somatiske sykehus? .....	97
<b>8. Litteratur og kilder: .....</b>	<b>101</b>

## **Abstract**

The history of the financial systems of Norwegian somatic hospitals has not only been a journey of debating how the challenges of financing hospitals should be faced. It has also been an important chapter in the story of building the Norwegian state and the establishment of common arrangements for the Norwegian welfare-state.

Three different systems have had their reigns. The first was based on pay per day, which meant that the hospital and its owner, the local county administrations, were given a refund by the government for each day a patient spent in the hospital. This system was in 1980 set aside for a system that based the government's grant to the local county administrations on objective criteria, such as the demographic composition in the county municipals. This system was called "rammefinansiering" or "framework subsidies". After many years of debates, evaluations and thoroughly reports to the Storting, many alternative financial systems were analysed because of reported weaknesses within this system. A change didn't happen before 1997 when a more reform-willing Minister of Health was appointed. The new system was called ISF or pay per performance and was a combination of the previously framework subsidies and a system called pay per piece, that was based on the American DRG-system.

This study sets out to explore why Norway chooses these types of systems. By analysing public documentation, debates and other sources, I will explain why these changes happen. It's also important in this study to find out what has been done for changing the financial scheme and what were the largest weaknesses in the systems that didn't work?

Through a chronological evaluation of this process I will also try to present the history of the Norwegian financial systems. Where the ideas came from and what opinion politicians and others in-concern thought of these.

## **Forord**

Da jeg startet på masterprogrammet i historie ved Universitetet i Bergen var mine forkunnskaper om dette emnet få. Jeg vil derfor først og fremst takke min veileder Tore Grønlie ved Universitetet i Bergen for å ha introdusert meg sykehusfinansiering og helsepolitikk.

Takk for verdifull hjelp og for at du til tider lot meg kjøre mitt eget løp.

Carina, Johnny og Joachim takkes for hjelp, støtte, korrekturlesning, innspill og gode samtaler.

Dedisert til minne om professor Øyvind Bjørnsson som hver morgen frem til hans bortgang fikk meg til å tenke mer på Sportsklubben Brann enn oppgaveskriving.

Bergen 19.11.2008

Mads Liabø

## 1. Innledning

Vi var nesten gått inn i et nytt millennium, datoen var 1. juli 1997, og Gudmund Hernes, som to år tidligere hadde overtatt helseministerrollen etter Werner Christie, fikk innført et nytt finansieringssystem for norske somatiske sykehus. Modellen kalte Hernes for innsatsstyrt Finansiering (ISF), et nytt navn på en omdiskutert blandingsmodell for finansiering av sykehus. Fra en rammefinansieringsmodell ble innført i 1980 frem til Hernes innførte ISF, hadde diskusjonene om hvilken ordning som egnet seg best som finansieringsmodell vært mange og grundige. De ulike regjeringene, sosialministrene, forskningsmiljøene og aktørene i helsevesenet hadde alle bidratt til at denne debatten ble omfangsrik. Brede vurderinger og analyser av de forskjellige modellene ble gjort på 1980- og 1990-tallet uten at noen endring skjedde, før altså Hernes fikk sitt forslag innført i 1997.

Denne utviklingen av finansieringsmåten for norske somatiske sykehus er ikke bare en historie om aktørene i debatten og deres vurderinger, det er også et kapittel i en *”historie om nasjonsbygging og etablering av felles ordninger for en viktig velferdssektor”*.<sup>1</sup> Det er ikke mange områder innen norsk politikk som er like mye debattert som spørsmål om helsevesenets økonomi. Dette er noe som angår hele befolkningen, siden det er en av velferdsstatens grunnprinsipper å ha en rettferdig og god helsesektor.

Innholdet i denne masteroppgaven viser at det i løpet av de 17 årene rammefinansieringen fungerte som hovedfinansieringssystem, skjedde det ikke et skift i finansieringsordningen. Bare få år etter innføringen av systemet meldte problemene seg og selv med et imponerende utredningsarbeid ved Eilertsen-utvalget i 1987 og deretter ved Sosial- og helsedepartementet i 1993-94, som avdekket ulike problemer med det daværende systemet holdt en seg til ordningen. Bare litt over ett år etter at arbeiderpartiregjeringen Brundtland med Werner Christie som sosialminister holdt seg til det kjente og sa nei til andre former for hovedfinansieringssystem, innfører den samme regjeringen, denne gang med Gudmund Hernes som helseminister, en finansieringsmodell som Christie allerede hadde påvist for mange svakheter med. Jeg vil vise hva dette innebar og at den siste overgangen som førte til innføringen av innsatsstyrt finansiering like gjerne kunne hendt på et tidligere tidspunkt. Videre vil jeg undersøke hvem som foreslo mulige alternativer modeller og hvordan de ble vurdert.

For å forstå det som skjedde i de årene som utmerker seg som den viktigste perioden i utviklingen av finansieringssystemer for sykehus foretar jeg en prosessevaluering hvor jeg

---

<sup>1</sup> Hansen (2000) s.62

analyserer de vurderingene og de beslutningene som ble gjort. Helt allment vil jeg prøve å identifisere andre årsaker til hvorfor utviklingen ble som den ble og forklare andre systemer som ble nært knyttet til de aktuelle ordningene.

### **1.1 Tema og problemstilling**

Tema i masteroppgaven er finansieringen av norske somatiske sykehus fra 1970-tallet til 1997. Den overordnede problemstillingen vil være: ”*Hvorfor skifter finansieringsformen av norske somatiske sykehus, hvorfor velger Norge disse modellene for finansiering og hva inneholder de? Hvordan ble finansieringssystemene vurdert og hvem var det som påvirket beslutningene?*” Finansieringssystemene for sykehussektoren er nært knyttet til andre temaer som eierskap, politikk, ulike forvaltningsnivå og spenningen mellom disse. Slike temaer er vanskelig å unngå når en skal drøfte og analysere disse systemene. Dette vil altså hele tiden være til stede i vurderingen av kildene og arbeidet med problemstillingene. Et annet mål med denne oppgaven er å presentere de norske sykehusenes ”finansieringshistorie”.

### **1.2 Avgrensning av oppgaven**

#### **1.2.1 Fra rammefinansiering til ISF**

Det første skiftet i finansieringen av norske sykehus fikk vi offisielt 1. januar 1980 med overgangen fra liggedøgnsrefusjoner til rammefinansiering.<sup>2</sup> Det ville derfor vært en ide å avgrense oppgaven til å gjelde årene fra 1980 til innsatsstyrt finansiering innføres i 1997. Jeg vil likevel begynne noen år tidligere. Begrunnelsen for å ta med 70-årene er at det er viktig å få med hvordan en oppfatter den første finansieringsmodellen, liggedøgnsrefusjonene, før den ble satt til side for en nyere modell. I tillegg omtaler forfatterne 70-årene som spesielt ekspansive<sup>3</sup>, med innføring av sykehusloven, flere diskusjoner om finansieringsformene, utbygging av sykehus, og helsesektoren i sin helhet. Også tiden før 1970 er interessant siden denne perioden, som i litteraturen ofte blir kalt ”*systemet Evang*”<sup>4</sup> (1945-1972), fremstår som meget viktig i norsk sykehushistorie. Den er likevel mindre interessant for finansieringsprosessene som skjer senere og som er denne oppgavens hovedfokus. Siden jeg i denne oppgaven tar sikte på å kunne forklare systemenes innhold og den utviklingen sykehusfinansieringen har tatt mot det systemet vi har i dag, så ser jeg det altså som

---

<sup>2</sup> Hansen (2000) s. 56, NOU 1977:22

<sup>3</sup> Hansen (1979) og (2000), Schiøtz og Skaset (2003) kap. 10

<sup>4</sup> Schiøtz og Skaset (2003) kap. 9. Karl Evang var helsedirektør 1938-1940 og 1945-1972



hensiktsmessig å avgrense oppgaven til å gjelde perioden ca. 1970 til 1997. Oppgaven vil starte med det systemet som rammefinansieringen avløste, liggedøgnsrefusjonene, som altså ble avskaffet i 1980. Dette systemet var det første finansieringssystemet som ble brukt på norske sykehus og det er derfor nødvendig å forklare hvordan det fungerte i årene etter krigen og frem til 1980. Disse årene inkluderes i grove trekk i kapittel 2 for senere å vise at noen av problemene ved de nyere ordningene hadde eksistert før, og altså ikke var nye utfordringer for de involverte. Dette kapittelet skal også vise hva som var gjort tidligere i spørsmål om finansiering av sykehus. En for inngående analyse av det første finansieringssystemet er etter min mening for det første for plasskrevende og for det andre ikke like viktig for mine problemstillinger som de to påfølgende ordningene.

Hovedfokuset i denne oppgaven legges på overgangen fra rammefinansiering til innsatsstyrt finansiering. Etter min mening er det her det beste materiale for å forklare finansieringen av norske somatiske sykehus foreligger. Innføringen av rammefinansieringen i 1980 går forholdsvis tregt og strekker seg over en lengre overgangsperiode, men det er naturlig å starte med innføringen av den og årene før for å få frem hvilke mål systemet var satt til å nå og hvilke forhåpninger de forskjellige aktørene hadde til systemet. Når sluttåret er satt til 1997, er det fordi dette er året innsatsstyrt finansiering blir innført. Etter dette skjer det stadig forandringer innenfor modellen og mye ble annerledes da for eksempel staten tok over som eier av sykehusene i 2002.

De eksakte skiftene innen finansieringen av norske sykehus er enkle å få øye på ettersom innføringene av nye finansieringsmåter har blitt satt i kraft fra bestemte datoer. Arbeidet og debattene med finansieringsordningene foregikk over lengre perioder. Det viktigste i denne oppgaven vil være å gå dypt inn i kildene for å få en framstilling av overgangen fra rammefinansiering til innsatsstyrt finansiering.

Kapittel 3 omhandler Eilertsen-utvalgets utredning om situasjonen rundt finansieringsproblematikken etter innføringen av rammefinansieringen. Den borgerlige regjeringen Willoch nedsatte dette utvalget for å blant annet se om det krevdes grunnleggende endringer i styrings- og finansieringsordningene for å utnytte effektiviseringspotensialet i sykehusene til det fulle. I dette kapittelet vil jeg granske utvalgets rapport og bruke denne til å se på hvordan rammefinansieringsordningens erfaringer ble vurdert. Kapittelet er viktig for resten av oppgaven ettersom det er på utvalgets tid, slutten av 1980-tallet, ideene for fremtiden for første gang ble diskutert. Herunder alternative finansieringsordninger og DRG-systemet. Kapittel 4 omhandler stykkpris- eller sykehusforsøkene som ble gjort ved flere fylkeskommunale sykehus. Dette kapittelet er derfor en naturlig fortsettelse av det forrige.

Forsøkene ble gjennomført på begynnelsen av 1990-tallet og er relativt store forsøk. Konklusjonen og oppsummeringen av erfaringene fra dette forsøket får mye å si for diskusjonen av en mulig overgang til et nytt finansieringssystem som jeg diskuterer i kapittel 5. Werner Christies helsemelding fortsetter Eilertsen-utvalgets arbeid og et mulig skift av finansieringsordning ser ut til å være nært. I det siste hovedkapittelet skjer det som ikke skjedde, selv med store debatter og flere forslag i årene etter 1980 - ett nytt system innføres. Oppgaven er altså bygget opp kronologisk siden målet er å beskrive en utvikling og ulike overganger i finansieringen.

I denne type oppgave hvor offentlige systemer skal granskes, er det vanskelig og ikke se nærmere på, til eksempel partipolitiske problemstillinger. Er systemene farget av hvem som sitter med makten, eller er de et resultat av lengre tids debatt hvor partiene har samarbeidet om å skifte ut noe som tydelig ikke har fungert? Herunder er det viktig å gå nærmere inn på politiske prosesser som forandringer i partienes politiske profil, som til eksempel Arbeiderpartiets mulige nyorientering, som jeg skal komme tilbake til. Personene som er innblandet, helseministrene og aktørene i forskningsmiljøene og i utredningsarbeidene har også bidratt til at disse finansieringsordningene ble valgt for norske somatiske sykehus. Det vil derfor bli knyttet problemstillinger opp mot enkelte aktørers personlige farging av prosessene i de aktuelle kapitlene.

### **1.2.2 Andre nærliggende emner**

Når en skal gå inn i diskusjonen om hvilke finansieringssystemer som anses som best egnet for norske sykehus, kommer en også inn på andre områder som for eksempel finansiering av psykiatriske sykehus og primærhelsetjenesten. I denne oppgaven ser jeg altså på de somatiske sykehusene. Noen steder kan likevel psykiatrien og andre helseinstitusjoner bli nevnt for å forklare hvordan enkelte systemer har fungert i andre sektorer.

Debatter om hvordan forvaltningshierarkiet i Norge utspiller seg og herunder andre debatter som hvem som skal eie sykehusene er tilstede gjennom hele debatten. Ulike spill mellom fylkeskommune og stat når det gjelder til eksempel bevilgninger og lignende vil derfor hele tiden trekkes inn. Spørsmålene rundt eierskap ser jeg på som en alt for stor debatt, noe som kunne vært en masteroppgave i seg selv, og jeg går derfor ikke inn på dette eller andre nærliggende debatter i nevneverdig grad.

## **1.3 Kilder, litteratur og raffinering av problemstillingen**

### **1.3.1 Om kilder og litteratur**

Jeg vil i dette underkapittelet beskrive det kildemateriale jeg har arbeidet med i denne oppgaven, og gjøre greie for ulike kildekritiske problemer jeg har måttet forholde meg til underveis. Hvilke typer kilder har vært nødvendige for å forklare utviklingen av finansieringen av norske sykehus? Hva forteller de meg og hva forteller de ikke?

Jeg vil også presentere den sentrale litteraturen jeg har benyttet i arbeidet med denne oppgaven. Deler av litteraturen gir opplysninger som til eksempel setter utviklingen av finansieringen sammen med andre prosesser og forklaringer i samfunnet i denne perioden. Å kjenne til disse trekkene er nyttig, siden det setter kildene i et annet perspektiv. Kjennskap til den sentrale litteraturen har også vært nyttig for å supplere andre områder rundt finansieringsordningene. Det bør også nevnes at det ikke finnes et verk som tar for seg hele denne utviklingen i samme grad som jeg tar sikte på å gjøre. Innen historiefaget er informasjon om finansieringen av norske sykehus stort sett begrenset. Det har derfor vært nødvendig å gå til andre fagområder og se på hvilke synspunkter de respektive forfatterne har hatt, enten det er brukt samfunnsvitenskapelige eller økonomiske metoder.

Jeg har hovedsakelig brukt litteraturen til å få en oversikt over hvem som har bidratt til de ulike skiftene, hva som har foregått, hvilke problemstillinger som har blitt diskutert og hvilke standpunkt forfatterne har tatt og ikke tatt. Jeg vil også bruke litteraturen til å diskutere ulike påstander som forfatterne har kommet med.

I underkapittelet om litteraturen vil jeg redegjøre for flere av synspunktene forfatterne trekker om finansieringsproblematikken i sykehussektoren, så godt det lar seg gjøre

## **1.4 Kilder**

### **1.4.1 Rapporter, offentlige dokumenter og andre kilder i oppgaven**

I denne oppgaven skal jeg altså blant annet se på debattene og vurderingene av ulike forslag til finansieringssystemer. Jeg har derfor i hovedsak tatt i bruk offentlige dokumenter rapporter og andre offentlige dokumenter for å gå nærmest mulig inn i denne prosessen. Disse offentlige dokumentene gir gode innblikk i saksområdet siden de er primærkilder, og er de eneste dokumentene som nøye beskriver hva som er bra og hva som er mindre bra med de forskjellige ordningene. En sentral kilde for oppgaven har vært NOU: 1987:25

”Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering.” Også kjent som Eilertsen-utvalget. Denne kilden står igjen som et unikt historisk dokument for denne aktuelle periodens finansieringsdebatt. Brede vurderinger av finansieringsmodeller og mulige nye alternativer er presentert i dette dokumentet. I tillegg var Eilertsen-utvalget den første utredningen som diskuterte mulighetene for DRG-finansiering (Diagnose relaterte grupper). Denne måten å prissette sykdom på kommer jeg til å bruke mye plass på i denne oppgaven og Eilertsen-utvalgets rapport kan ses på som starten på et arbeid som fremdeles pågår i dag, nemlig det å sette en pris på ulike sykdommer og skader. Hvordan utvalget stiller seg til dette systemet er interessant videre i kapittelet om sykehusforsøkene. Kilden er med andre ord viktig for store deler av oppgaven.

Tre forskjellige stortingsmeldinger står også sentrale som kilder i denne oppgaven. Den første er St. meld nr.41 1987-88 ”*Nasjonal helseplan*” som ble lagt frem av Regjeringen Brundtland II, med Tove Strand Gerhardsen som sosialminister. Dette er en meget omfattende melding med det formål å ta opp de problemene og de utfordringene som Norge sto overfor i arbeidet med å bedre befolkningens helse.<sup>5</sup> Nasjonal helseplan beskrev blant annet hovedmålene for helsepolitikken og strategien for en bedre helsepolitikk. Herunder store prinsipielle spørsmål som likhet og likeverd, pasientenes rettigheter og sykehusenes prioriteringer. Alt fra personellpolitikk og effektivisering av helsesektoren til hva en burde innlemme i begreper som til eksempel ”omsorg” ble tatt opp.<sup>6</sup> Viktig var også spørsmål om finansiering, organisering og styring i institusjonshelsetjenesten. For første gang siden 1975 ble det lagt fram en fullstendig melding om hele helsepolitikken. Nasjonal helseplan kom i stand på bakgrunn av Verdens Helseorganisasjons (WHO) målsetting ”*Helse for alle innen år 2000*”, som Norge hadde sluttet seg til. Denne meldingen er viktig for å se lengre linjer i utviklingen, men har først og fremst mening i denne oppgaven siden den omtaler stykkprisforsøket som jeg redegjør for i kapittel 4.

En annen sentral kilde er St. meld nr.50 1993-94 ”*Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*.” Denne omtales ofte som Helsemelding 50, eller som ”Christies helsemelding”. Mange av vurderingene av systemene er hentet fra Eilertsen-utvalget, men har også egne vurderinger som er interessante for denne oppgaven. I denne kilden har jeg valgt å se på om det ble stilt andre krav til finansieringssystemene og om synet på de aktuelle ordningene var annerledes enn Eilertsen-utvalgets syn? Hvor forskjellig er de to

---

<sup>5</sup> St. meld. nr. 41 (1987-88) s.7

<sup>6</sup> St. meld. nr. 41 (1987-88) s.9

regjeringenes oppfatning av hva som måtte gjøres med finansieringen av norske somatiske sykehus? Kan denne meldingen ses på som en fortsettelse av Eilerstsen-utvalgets arbeid og i hvilken grad er denne påvirket av politiske meninger og personlige syn?

St. meld. nr. 44 1995-96 ”*Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*”, er Gudmund Hernes sin helsemelding. I motsetning til sin forgjenger går ikke Hernes dypere inn i hva finansieringsmodellene inneholder. Meldingen er bare på 33 sider og det er her forslaget om innsatsstyrt finansiering kommer.

Alle disse kildene er lett tilgjengelige på blant annet Universitetet i Bergens bibliotek. For å få en utvidet forståelse av hvordan aktørene, som for eksempel fylkeskommunene, har oppfattet de vurderingene som ble gjort og de forslagene som var fremmet i disse kildene har jeg hatt et opphold i Helse- og Sosialdepartementets dokumentarkiv i Oslo og sett på svarene fra et representativt utvalg av høringsinstanser tilknyttet de overnevnte stortingsmeldingene og utvalget m. m. Arkivet fungerer slik at en søker om innsyn og opplyser om hva en er interessert i. Etter at behandlingen av søknaden har gitt innsyn vil en ansatt ved dokumentarkivet finne frem det en er ute etter. For mitt tilfelle ble jeg opplyst om at noe var i bruk på huset og at noe var lagt vekk. Det er derfor vanskelig å vite om noen kilder som til eksempel kunne gitt svar på noen av problemstillingene jeg arbeidet med ikke kom meg i hende. Mye av det materiale jeg fikk innsyn i bidro likevel til å løse en rekke uavklarte spørsmål fra kildene, og bidro også til videre tolkning av andre ting samt å oppklare en rekke problemstillinger utenfor selve oppgavetema. Spesielt viktig var høringer fra fylkeskommunene og andre aktører som til eksempel pasientforeninger. Jeg gransket flere høringsuttalelser fra fylkeskommunene Nordland, Hordaland, Rogaland, og Vestfold om henholdsvis sykehusforsøkene (kap. 4), debatten om mulig overgang til stykkprisfinansiering (kap. 3 og 5) for å kunne se enigheter og uenigheter i enkelte av spørsmålene.

#### **1.4.2 Vurdering av kildene**

Det er nødvendig å kjenne til praktiske og teoretiske sider ved kildene som for eksempel saksgangen i Stortinget, når en har med stortingsmeldingene som kilde å gjøre.

I de aller fleste tilfellene vil kildene inneholde opplysninger om områder som jeg har holdt utenfor oppgavens tema. Noen steder kan dette forstyrre oppfatningen av enkelte sider ved finansieringssystemene. For eksempel kan psykiatriske helseinstitusjoners finansiering bli vurdert samtidig med de somatiske, selv om disse finansieres forskjellig.

At de fleste kildene jeg bruker for denne oppgaven er offentlige dokumenter betyr også at de er troverdige kilder. På den andre siden er det viktig å kjenne til prosessene der de

blir til, foranledningen for diskusjonene og for eksempel hvilken parti- eller gruppetilknytting de som opptrer i dokumentene har.

Kildene vurderer jeg som gode til å beskrive den prosessen jeg har valgt som tema for denne oppgaven. Likevel kan det forekomme utsagn eller påstander fra partier eller andre aktører som ikke nødvendigvis er troverdige. Det er noe en alltid må tenke over i arbeid med denne type kilder.

## 1.5 Litteratur

### 1.5.1 Oversikt over litteraturen

Overgangene i finansieringsformene for norske somatiske sykehus er nevnt i flere bøker som tar for seg norsk sykehushistorie i forskjellige perspektiv. De fleste gjerne er skrevet om norsk sykehushistorie, norsk helsepolitikk eller helseøkonomiske trender. Med andre ord er det ingen bøker som kun tar opp det temaet denne oppgaven tar sikte på å forklare.

Alle bøkene skiller seg ut på hver sin måte, men først og fremst siden de er skrevet ut fra forskjellige utgangspunkt. Som nevnt har det vært nødvendig å gå til andre fagområder enn mitt eget, enten det er brukt samfunnsvitenskapelige eller økonomiske metoder, eller begge deler. Noen av disse bøkene har blant annet bidratt til forståelsen av faglige uttrykk som er brukt i kildene jeg presenterte over.

Jeg har også brukt oversiktsverk som Rune Slagstads ”*Nasjonale strateger*” som bakgrunns litteratur for å forstå deler av den politiske utviklingen til Arbeiderpartiet og Gudmund Hernes. I tillegg har jeg benyttet flere artikler der litteraturen har manglet. En artikkel jeg vil trekke frem er Dag Olaf Torjesen og Haldor Byrkjeflotts ”*When Disease is Being Priced. The Translation of the American DRG System to the hospital sectors in Norway and Denmark. A Tentative Study Aimed at a Comparison between Norway and Denmark.*” Denne artikkelen har gitt en rekke tilleggsopplysninger om DRG-systemet. Den har også ført meg videre til rapporter og annen litteratur som har bidratt til å forstå det internasjonale omfanget dette systemet har fått.

Også Tore Grønlie og Astri Andresens artikkel ”*Studying international medico-political transfers: Issues, agents and adaptations*” er interessant. Her stilles det blant annet et spørsmål om hva Arbeiderpartiets nyorientering på 80- og 90-tallet hadde å si for

sykehusfinansieringen. I kapittel 5 og 6 vil jeg drøfte nærmere hva dette hadde å si for overgangen i finansieringen av norske somatiske sykehus.

De fleste av forfatterne har i motsetning til min oppgave større fokus på til eksempel partipolitikk, hvem som skal eie sykehusene, de ansattes roller eller fremstillinger av helsevesenet i sin helhet. Det er få som beskriver prosessene bak valgene av finansieringsordningene og få som har beskrevet hvordan til eksempel DRG-systemet fikk innpass i Norge.

### **1.5.2 Presentasjon av den sentrale litteraturen**

De forfatterne jeg beskriver i det følgende har skrevet bøker som jeg karakteriserer som den mest sentrale litteraturen. Dette fordi de utmerker seg med ulike synspunkter på utviklingen av finansieringsordningene.

Den mest oversiktlige fremstillingen av deler av finansieringsutviklingen finner en i historikeren **Aina Schiøtz** og medisineren og statsviteren **Maren Skasets**, ”*Det offentlige helsevesenet i Norge 1603-2003. Bind 2: Folkets helse – landets styrke 1850- 2003*”. Schiøtz beskriver overgangen fra trygderefusjoner til rammefinansiering, mens Skasets beskriver overgangen fra rammefinansiering til innsatsstyrt finansiering. Verket er interessant med tanke på hvilke områder som ble vektlagt da det for første gang ble diskutert rundt temaet finansieringen av norske sykehus. Viktig er også denne boken for å se de lengre linjene i norsk sykehushistorie og sykehusfinansiering.

**Skasets** har gransket noen av de samme kildene som jeg har gjort i denne oppgaven, men går ikke særlig grundig til verks. Trolig fordi dette er et oversiktsverk som skal rekke over mye. Et eksempel på dette er at Skasets snakker om at rammefinansieringen har stor tiltro blant fylkeskommunepolitikerne, men forteller ikke i noen nærmere grad hvorfor. Jeg vil derfor se på hvordan fylkeskommunene faktisk oppfattet ramme – og stykkprissystemene ved å se nærmere på til eksempel høringsuttalelser fra fylkeskommunene.

**Ole Berg**, professor i helseadministrasjon ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, ser i på den økonomiske politikken i helsevesenet boken ”*Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*”,. Herunder også overgangene i finansieringsmåtene. Fokuset hans er på hvordan ”økonomikk” har tatt over for politikk i helsesektoren, og hvordan venstre- og høyrepolitikk har påvirket utviklingen av norsk helsehistorie. Altså hvordan helsepolitikken har forandret seg med bakgrunn i den politiske ledelsens ståsted. Med venstrepolitikk mener Berg først og fremst omfordelingspolitikken som tidligere var dominerende og offensiv. Når det gjelder

effektiviseringspolitikken har den i følge Berg skiftet mellom å være venstreorientert og høyreorientert. Boken er gitt ut av Den norske lægeforening, og forfatteren prøver ofte å vinkle de ulike problemstillingene inn på hvordan legenes stilling ble påvirket.

Berg har spesielt gjort en god jobb med å finne gode eksempler fra kildene, men han går ikke alltid like grundig til verks når det gjelder overgangene i finansieringsordningene. Han legger også stor vekt på de personlige synspunktene til for eksempel Werner Christie og Gudmund Hernes, noe som vi skal se senere, har noe for seg.

En fremstilling som hovedsakelig viser til tall fra undersøkelser er SINTEF UNIMEDs rapport om ”*sykehusstruktur i endring*”. **Finn Henry Hansen** ser på sykehusstrukturen i et historisk perspektiv. Hansen bruker blant annet antall sengeplasser i ulike tidsrom for å vise veksten i helsesektoren, og hvordan finansieringsmåtene har virket inn på denne utviklingen.

**Jan Grund** er professor i helseledelse ved Handelshøyskolen BI og har skrevet boken ”*Sykehusledelse og helsepolitikk – Dilemmaenes Tyranni*”. Grund tar først og fremst for seg styring og ledelse av helseinstitusjoner, spesielt i nyere tid, og bruker de aktuelle finansieringsformene for å vise hvordan disse har påvirket helsesektorens utvikling. Grund har utmerket seg som forkjemper for stykkprisbetaling og virker som en større skeptiker til rammefinansieringsordningen enn de andre forfatterne. For denne oppgaven er Grund interessant fordi han går nærmere inn på hva de forskjellige systemene hadde å si for til eksempel styre og ledelse i sykehusene. Med andre ord hvordan disse ordningene fungerte og fungerer i praksis. Han beskriver også enkelte motsetninger mellom fylkeskommune, kommune og stat.

Den boken som er mest forklarende når det gjelder det teoretiske innholdet i de seneste finansieringssystemene er ”*Helse i hver krone – en økonomisk styring i helsesektoren*” som er skrevet av **Inger Johanne Pettersen**, professor, dr. oec. ved Handelshøyskolen i Bodø, og **Trond Bjørnenak**, professor, dr. oec. ved Norges Handelshøyskole. Boken skiller seg ut fra resten av litteraturen jeg har sett på siden innholdet er preget av økonomenes språkdrakt. Fokuset er først og fremst på økonomistyring. Denne boken har oppklart flere aspekter ved finansieringsordningene, som til eksempel hvordan resten av økonomien i helsevesenet har blitt påvirket.

Andre litterære kilder har vært forskningsrapporter fra Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS). Spesielt ved granskningen av stykkprisforsøket og DRG-systemets utvikling har rapportene fra NIS vært verdifulle kilder. Flere rapporter er publisert om emnet fra dette forskningsmiljøet. Kjell Solstad og Tone Oppdahl Mo evaluerer blant annet de første årene av sykehusforsøket i ”*Stykkprisbehandling – økonomi eller medisin?*” (1993) og har



vært nødvendig for mitt arbeid med stykkpris- og DRG-forsøkene. Når det gjelder DRG-systemet utførte NIS blant annet arbeid med å utvikle systemet og oversette det fra amerikanske til norske standarder. Dette arbeidet ble delt i 2 delprosjekt der det ene tok sikte på å utvikle et grupperingsprogram, mens det andre utviklet norske kostnadsvekter. Sistnevnte prosjekt er presentert i Hans Olav Slåttebrekks NIS-Rapport 1/90: "*Hva koster pasienten? En beregning av norske kostnadsvekter til DRG.*"(1990) Grupperingsprogrammet ble dokumentert av Harald Inge Monrad Aas i NIS-Rapport 3/89: "*The Making of the Norwegian DRGs*" (1989).

### **1.6 Raffinering av problemstilling**

Litteraturen jeg har benyttet meg av i arbeidet med denne oppgaven prøver stort sett å forklare overgangene i finansieringen av norske sykehus sammen med andre prosesser. Forfatterne prøver enten å forklare de lange linjene i sykehushistorien eller mindre episoder. Ettersom de ser på forskjellige problemer ved finansieringssystemene har ingen av dem skrevet "finansieringssystemenes historie", men heller brukt rammefinansieringen og innsatsstyrt finansiering som elementer i forklaringen av den aktuelle tidsperiodens helsepolitikk eller til eksempel velferdsstatens utvikling. I forhold til den eksisterende litteraturen på området mener jeg at det er mulig kaste nytt lys på flere ting som det ikke er fullstendig redegjort for i den eksisterende forskningen. Spesielt når det gjelder fylkeskommunenes innstilling til en mulig overgang til stykkprisfinansiering og på Werner Christies rolle i denne prosessen, kan denne oppgaven ta et skritt lenger i forståelsen av enkelte aspekter ved finansieringsutviklingen. Sykehusforsøkene, eller stykkprisforsøket, er store omfattende forsøk som stort sett er nevnt i bisetninger i litteraturen. Også DRG-systemets historie i Norge er det skrevet lite om. Jeg har også den oppfatning at kildematerialet som flere av forfatterne har sett nærmere på ikke er utnyttet til det fulle og at denne oppgaven dermed kan gi en større oversikt over området. Jeg vil dokumentere at fylkeskommunene hadde en annen innstilling til forsøk på stykkprisfinansiering og til DRG-systemet enn flere av forfatterne hevder. 1990-tallets mest markante helse- og sosialministres roller når det gjelder dette tema, nevnte Werner Christie, og hans etterfølger Gudmund Hernes skal analyseres nærmere i denne oppgaven.

## 2. De første finansieringssystemene

### 2.1 "Mange år i samme bane"

Utviklingen av finansieringen av somatiske sykehus har i Norge gjennomgått to skift av finansieringssystem. Det første skiftet skjedde så sent som i 1980. Da gikk en vekk fra et system som jeg i denne oppgaven har valgt å kalle liggedøgnrefusjoner, til fordel for rammefinansieringsordningen som ble gjeldene fra 1. januar 1980. Det andre skiftet kom i 1997 da innsatsstyrt finansiering, forkortet ISF, ble innført. Dette systemet var en kombinasjon av stykkprisbetaling og rammefinansiering.

Den norske velferdsstaten har vært i en voldsom utvikling på den andre halvdel av det forrige århundret og behovet for behandlingsinstitusjoner, medisinsk personell, laboratorier og ulike verktøy i helsevesenet har ekspandert. Som jeg skal se nærmere på i denne oppgaven kommer skiftene i finansieringssystemene etter store helsepolitiske debatter. Rammefinansieringen ble innført da utbyggingen av sykehus og ideene om geografisk utjevning og desentralisering var omdiskuterte emner. Innsatsstyrt finansiering på sin side kom etter debattene rundt ventelisteproblematikken. I dette kapitlet tar jeg derfor sikte på å forklare bakgrunnen for de norske finansieringsordningene, flere av debattene og forskjellige ideer som har fulgt denne spesielle prosessen i norsk helsehistorie frem til 1980 da rammefinansieringsordningen ble innført.

Få av forfatterne forteller om hvor ideene rundt de ulike finansieringssystemene kommer fra, eller hvorfor disse pekte seg ut som interessante for den norske helsemodellen. Påvirkningen utenifra er hele tiden til stede, først og fremst fra Vest-Europa. De fleste ideene rundt finansieringssystemene jeg skal se nærmere på er stort sett hentet fra andre land. Problemet, som med DRG-systemet, som jeg går nærmere inn på i neste kapittel, var å omsette konseptene til norske forhold.

Først vil jeg se på systemet som eksisterte frem til 1980, nemlig liggedøgnrefusjonene. Hva var det som gjorde at dette systemet ble gått vekk i fra og hva var så bra med det at det fikk virke så lenge? Hadde det også elementer som vi i senere tid har tatt i bruk igjen? Deretter vil jeg til slutt se på innføringen av rammefinansieringen og se på hvorfor det er akkurat dette systemet som velges? Hvorfor skal dette nye rammefinansieringssystemet takle utfordringene bedre enn det forrige? Dette velger jeg å se nærmere på for å se helheten i den historiske utviklingen av finansieringssystemene for norske somatiske sykehus. Flere av forfatterne jeg presenterte i forrige kapittel har skrevet om disse systemene og det er derfor hensiktsmessig å trekke inn litteraturen i drøftingen av de to første

finansieringssystemene. Fokuset i denne masteroppgaven er som nevnt lagt på overgangen fra rammefinansieringsordningen til innsatsstyrt finansiering. Jeg vil likevel bruke litt tid på det første finansieringssystemet for å vise at for eksempel de dårlige økonomiske incentivene i rammefinansieringen, som jeg tar for meg neste kapittel, ikke er et nytt problem.

## **2.2 De første finansieringssystemene i Norge**

### **2.2.1 Liggedøgnrefusjonenes mange år**

Frem til 1980 var det liggedøgnrefusjonene som var gjeldende system for finansieringen av norske somatiske sykehus. Denne modellen vil jeg hevde var blitt en slags kutyme etter mange år uten en bestemt politikk på feltet. Hva dette systemet faktisk inneholdt, brukes det i litteraturen veldig lite plass på å forklare. Kanskje fordi det i utgangspunktet bare baserer seg på en faktor. Liggedøgnrefusjonene innebar nemlig at sykehusene fikk betalt for antall døgn pasientene var innlagt, ikke ulikt stykkprisfinansiering som i årene etter 1980 stadig ble nevnt som alternativ finansieringsordning, men som vi skal se - uten elementer av effektiviseringshensyn og lignende. I kapittel 4 skal vi se at denne måten å finansiere sykehus på dukker opp igjen som et mulig element i stykkprisfinansiering. Finansieringsformen blir i litteraturen gitt forskjellige navn. Maren Skaset og Finn H. Hansen kaller ofte denne formen for kurpenger, kurpengesystemet eller refusjoner fra folke- eller syketrygden, mens Ole Berg, i tillegg til å kalle den kurpengeordningen, også snakker om refusjoner. Dette systemet hadde sakte utviklet seg i de mange årene det var gjeldende gjennom stadig forandringer i kurpengesatser fra folketrygden og bli mer lovbestemt, spesielt etter innføringen av sykehusloven i 1970. Hvordan fungerte så dette systemet etter andre verdenskrig frem til 1980?

På begynnelsen av forrige århundre var sykehusene i praksis smitteisolater som var finansiert av lokale krefter og til dels av myndighetene. Årene etter andre verdenskrig betydde befolkningsvekst og økt aktivitet. I tillegg kom lønnsøkninger og prisstigning samt større krav til sykehusene. Pasientkostnadene økte gradvis og de faktiske driftsutgiftene ble høyere enn satsene som var satt av for å kurere pasienter, ofte kalt kurpengesatser. Fra 1.7. 1947 delte først Prisdirektoratet landets sykehus inn i tre prisklasser, og på midten av 60-tallet ble direktoratets inndeling videre utvidet til syv refusjonsklasser. På begynnelsen av 50-tallet fikk sykehusene dekket 50 prosent av driftsutgiftene fra folketrygden ut fra godkjente budsjett. I 1959 hadde nærmere 75 prosent vært dekket av folketrygden, mens det i 1965 bare dekket 65

prosent.<sup>7</sup> Disse satsene fortsatte, som vi skal se under, å bli justert opp og ned gjennom årene samtidig som driftsutgiftene bare gikk en vei, og det var oppover. Litteraturen forklarer denne utgiftsøkningen med at denne perioden var tiden da velferdsstaten ekspanderte mest. I følge Ole Berg ble velferdsstaten etablert ved innføringen av folketrygdloven i 1966-1967, og utgiftene ekspanderte kraftig i årene etter innføringen.<sup>8</sup>

Fra 1964 skulle inndelingen være mer basert på blant annet kvalitet, et element som det ikke var tatt særlig hensyn til tidligere. Det var Sosialdepartementet som bestemte hvilken prisklasse de respektive sykehusene skulle plasseres i. Målet var å få sykehusene til å bedre kvaliteten på sine tjenester slik at satsen på liggedøgnrefusjonen økte. På denne tiden ble det spesielt satset på å bygge nye laboratorier og øke kunnskapen blant personell og andre aktører. Denne satsingen skjedde for at ikke sykehusene skulle bli eneste behandlingsinstitusjon og slik at de ikke utvidet antallet sengeplasser ukritisk. Enkelte pasientgrupper kunne derfor holdes utenfor selve sykehusene ved å bli undersøkt ved til eksempel røntgeninstitut eller andre behandlingsinstitusjoner.<sup>9</sup>

Maren Skaset viser til helsedirektør Karl Evangs tanker rundt finansieringen av norske sykehus og fremstiller systemet med liggedøgnrefusjonene som problematisk. I 1962 så Karl Evang på økonomien som det største og viktigste problemet rundt utviklingen av helsesektoren.<sup>10</sup> Det eneste Skaset skriver om disse økonomiske problemene er utgiftsøkningen. For selv med økninger i syketrygdens kurpengesatser, fortsatte sykehusenes utgifter å vokse over det de hadde til rådighet og da spesielt driftskostnadene. Løsningen ble å dekke pasientenes opphold gjennom skattemidlene. På private institusjoner måtte pasienten dekke mellomlegget selv.<sup>11</sup> Siden en tredjedel av sykehussengene var private i 1963, mener Skaset at dette var et system som favoriserte de menneskene som bodde i sentrale strøk og som var best økonomisk stilt, ettersom det var lettere for dem å få behandling.

Finn H. Hansen peker på at når det gjaldt utbygging av flere sengeplasser og for å omgjøre blandede sykehus til tredelte og til en viss grad flerdelte sykehus frem til 1963, virket liggedøgnrefusjonene som et godt insitament, fordi det bidro til utbygging og utvikling.<sup>12</sup> Siden sykehusene kunne holde på pasientene og tjene mer penger ble det lettere å sette av penger til andre oppgaver. På den andre siden mener Hansen, uten å utdype det videre, at dette systemet satte grenser for videre spesialisering ettersom sykehuseierne selv måtte dekke

---

<sup>7</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 122

<sup>8</sup> Berg (2006) s. 28

<sup>9</sup> Nerland (2001) Artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr.25

<sup>10</sup> Schiøtz og Skaset (2003) s. 324

<sup>11</sup> Schiøtz og Skaset (2003) s. 325

<sup>12</sup> Hansen (2000) s. 47

merutgiftene ved økt differensiering. Mens Skaset viste til at det var de i sentrale strøk som ble favorisert i dette systemet, peker Hansen på at det frem til 1963 skjedde en betydelig utjamning av sengetallet mellom fylkene, men at ikke det samme gjaldt for legestillinger. En forklaring på det sistnevnte er at nyutdannete leger ville til de største sykehusene i de største byene. I tillegg til at det medisinske utdannings- og forskningsmiljøet befant seg her.

Ole Berg ser nærmere på legene i denne perioden og påpeker at sykehusfinansieringen var en kilde til uro.<sup>13</sup> I følge Berg dekket ikke trygdefinansieringen driftskostnadene til fulle og ”*skapte derfor et potensielt truende trykk på legene og honoreringen av dem*”.<sup>14</sup> Med dette mener han at det var vanskelig for legene å forhandle om lønsspørsmål siden driftskostnadene ikke var fullt dekket på denne tiden. Ingen av de andre kildene jeg har sett på forteller noe om dette. Det kan selvfølgelig tenkes at legene ikke følte at en kunne få høyere lønn med en vanskelig økonomi i sykehusene, men på den andre siden er det ingenting som tyder på at legene til eksempel ikke fikk utbetalt lønn. Dette ”*potensielle trykket*”, som han kaller det, forsvant i følge Berg ved sykehuslovens ikrafttredelse i 1970, på grunn av de lovbestemte reglene om utbetalinger til sykehusene, noe som gjorde at legene var sikret sin lønn. Senere har legene vært flinke til å forhandle slik at større deler av utgiftene gikk til lønnskostnader.<sup>15</sup>

Da arbeidet med den nye sykehusloven startet med etableringen av Sykehusordningskomiteen i 1957, var det spesielt stor uenighet rundt spørsmålene om finansieringen av sykehusenes driftskostnader.<sup>16</sup> Flertallet i komiteen ville ha en økning av refusjonene fra syketrygden med en bedre fordeling mellom kommune, fylkeskommune og stat, der 85 prosent av driftsutgiftene for sykehusene skulle dekkes. Sykehusloven trådte i kraft i 1970 og her ble det bestemt et mer fast system for finansieringen, dette ble løst ved at staten skulle dekke 75 prosent, med økning til 85 prosent innen de neste fem årene av utgiftene gjennom folketrygden. Av anleggsutgiftene skulle to tredjedeler nedskrives og forrentes og bli innlemmet i driftsutgiftene.<sup>17</sup> En av lovens formål var å stimulere til økt utbygging av sengeplasser. Refusjonen fra folketrygden ble nå fastlagt etter en individuell vurdering av hvert enkelt sykehus. Resten skulle fylkeskommunene finansiere over budsjettene sine.<sup>18</sup> Hansen skriver at det faktisk ikke ble en så stor økning i antall sykehussenger frem mot 1980 som en skulle tro, men at det likevel ble bygget i stor skala.

---

<sup>13</sup> Berg (2006) s. 26

<sup>14</sup> Berg (2006) s.26

<sup>15</sup> Grund (2006) s. 172

<sup>16</sup> Avsnittet bygger på Schiøtz (2003) s. 318-331

<sup>17</sup> Ot.prp. nr. 36 1967 - 68. Om lov om sykehus m.v.

<sup>18</sup> Nerland (2001) Artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr.25

Dette forklarer Skaset med å vise til sosialminister Tor Halvorsen, (A)<sup>19</sup> stortingsmelding fra 21. juni 1974 der Halvorsen peker på at utbygging av sengekapasiteten ved sykehjemmene frigjorde sykehussenger. Dette er Hansen enig i, men viser også til at det like mye skjedde en forskyvning i fordelingen av senger mellom region-, sentral- og lokalsykehus. Uansett viser det seg at denne perioden var ekspansiv i utbyggingen. En klarte å møte det økende behovet fra befolkningen ved blant annet omorganisering. Sykehusene ble større og i tillegg ble andre institusjoner utvidet til å ta over noen av pasientgruppene som ikke måtte behandles på sykehus. Legevakter, røntgeninstitutt, større kapasitet ved til eksempel eldrehjem og omsorgsboliger tok over enkelte pasientgrupper. Det er heller ikke til å komme bort fra at flere nye sykehus ble bygget i denne perioden.

Ole Berg mener at de nye satsene sykehusloven innførte var svært sjenerøse, men han har også her hovedfokus på hvordan dette hadde innvirkning på legenes stilling. Denne ordningen ga spesielt overlegenes praksis et tryggere grunnlag. Skaset legger også vekt på at økonomien utløste en vekst i utbyggingen, ettersom flere av fylkene hadde ventet på loven før byggeprosjekter ble påbegynt. Videre peker hun på at dette utløste en frykt, spesielt blant rikspolitikere, rundt de økonomiske følgene av loven. Berg viser til den samme frykten og skriver at redselen rundt disse mulige følgene førte til at det våren 1972 ble vedtatt at den planlagte opptrappingen av refusjonssatsen til 85 % i løpet av de neste fem årene, ikke skulle følges. Han påstår videre at dette vedtaket var et forvarsel om at hele finansieringsordningen måtte endres.

Hansen snakker ikke om denne ”frykten”, men viser til faktiske tall. Året etter sykehusloven hadde utgiftene til helseinstitusjonene økt med 25 % mer enn det Finansdepartementet hadde regnet med. Årene etter fordoblet disse beløpene seg.<sup>20</sup> I følge Skaset var det største problemet med disse refusjonene den skjeve fordelingen. De fylkene som hadde sterk økonomi fra før fikk tilført de største bevilgningene siden de lettere kunne sette i gang sine utbygginger, mens fylker med dårligere økonomi ble satt til side når det kom til bevilgning av penger til byggeprosjekter. Dette fikk Stortinget til fokusere på den geografiske fordelingen.<sup>21</sup>

Det som skjedde i disse årene var at det lønnet seg for fylkeskommunene å bygge nye sykehus. Det viste seg også at det faktisk lønnet seg å ha pasienter liggende lenge, noe som blant annet forsinket utskrivninger av pasienter. Med andre ord var det innebygget et

---

<sup>19</sup> Tor Halvorsen var sosialminister fra 1974-1976

<sup>20</sup> Hansen (2000) s. 50

<sup>21</sup> Schiøtz (2003) s. 380

økonomisk incentiv i liggedøgnrefusjonene som virket mot sin hensikt siden ordningen oppmuntret til ukritisk utviding av antall sengeplasser og lange behandlingstider. Fylkeskommunene som bygget ut og fikk pasientene til å ligge lenger fikk større skatteinntekter som følge av denne økte institusjonsvirksomheten. Det er altså ikke uten grunn at Berg kaller liggedøgnrefusjonene for ”den ekspansive finansieringsordningen”<sup>22</sup>. Flere sengeplasser betydde med andre ord mer penger, forutsatt at det var ledig arbeidskraft og andre produksjonsressurser i området som kunne imøtekomme den økende pasientgruppen.<sup>23</sup> I 1973 ble også en ordning med oppgjør for under- og overskudd innført. Dette var en ordning som hadde eksistert tidligere, men ble fjernet med den nye sykehusloven. Målet med ordningen var å sikre et tryggere økonomisk grunnlag for fylkeskommunene. Overskudd hos sykehusene skulle etter 1973 tilbakebetales med 100 prosent, mens et underskudd skulle refunderes med 50 prosent.<sup>24</sup> Altså en ordning som ikke ga sykehusene noen fordel ved eventuelle overskudd siden alt måtte tilbakebetales. I tillegg ble refusjonen fra folketrygden delt opp i en fast del på 70 prosent og en variabel del per liggedøgn på 30 prosent. Dette ble gjort for å få bukt med problemene med at sykehusene tjente penger på å ha pasienter liggende lenge. I tillegg skulle det gi fylkeskommunene et sikrere grunnlag for budsjett, motvirke overbudsjettering og øke myndighetenes kostnadskontroll.

Likevel viste det seg at selv om satsene ble justert opp eller ned noen prosentpoeng, så fortsatte utgiftene å vokse utover det sykehusene ble tildelt. I St.meld. nr. 9 1974 - 75. ”Sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen” ble det hevdet at økningen i ressursforbruket i norske sykehus var i ferd med å bli et samfunnsproblem, derfor burde sykehuseierne, altså fylkeskommunene, motiveres sterkere til å velge løsninger som var formålstjenelige ut fra blant annet kostnadmessige hensyn.<sup>25</sup> I en annen lovendring fra 1.1 1977 prøvde en igjen å redusere refusjonsdelen, denne gang til 50 prosent slik at fylkeskommunene ble ansvarlig for en større del av utgiftene, som måtte hentes andre steder enn fra syketrygden.<sup>26</sup> Samtidig ble det åpnet for å gå bort fra ordningen med liggedøgnrefusjonene og i stedet begynne å benytte rammebevilgninger i større grad. Dette hadde vært antydnet før, men en ser av disse offentlige dokumentene at det på slutten av 70-tallet stadig blir debattert om en skulle finne en ny finansieringsform. Selv om ”frykten” blant rikspolitikerne og andre om de økonomiske følgene av sykehusloven hele tiden var til stede,

---

<sup>22</sup> Berg (2006) s. 38

<sup>23</sup> St. meld. nr. 9 1974-75 og NOU 1977:22 s.5

<sup>24</sup> Ot.prp. nr. 61 1971 - 72. s.67

<sup>25</sup> St.meld. nr. 9 1974 - 75. s. 44

<sup>26</sup> Ot.prp. nr. 32 1975 – 76 og Nerland 2001 s. 3

og at det viste seg at det fantes en skjev geografisk tildeling, i tillegg til at utgiftene vokste var det altså ikke før i 1977 at refusjonssatsen ble justert ned til 50 prosent.

Som nevnt var et av formålene med sykehusloven å stimulere til utbygging i sykehussektoren, først og fremst for å møte det økende behovet i befolkningen. Dette målet oppnådde myndighetene, men en kan godt si at utbyggingen gikk for fort. Flere av forfatterne jeg har nevnt i dette kapittelet peker på at staten manglet kostnadskontrollerende virkemidler.<sup>27</sup> Når blant annet Skaset, i ettertid, har påvist at fylkeskommunene ventet med utbygging til etter sykehusloven trådte i kraft, er det ikke særlig oppsiktsvekkende at utbyggingen ”tok av”. Det er nok rimelig å tro at sykehusene i veldig mange tilfeller unødvendig økte behandlingstid og la til grunn lange sykehusopphold for pasienter for å tjene mer penger og også holdt igjen overføringer av pasienter til for eksempel billigere behandlingsinstitusjoner.<sup>28</sup>

Som vi ser fremstiller litteraturen systemet med liggedøgnsrefusjoner som problematisk på flere områder, og spesielt etter at satsene ble oppjustert ved innføringen av den nye sykehusloven. Utenom det nevnte problemet med at systemet i seg selv ikke fungerte effektivt var et annet stort problem den skjeve geografiske tildelingen av midler. I tillegg førte systemet med seg en evigvarende utgiftsvekst. Jan Grund mener at det var selve logikken i systemet som ikke fungerte. Sykehuset fikk bevilget mer penger jo lenger pasienten ble liggende, noe som hindret effektiviteten.<sup>29</sup> Likevel er forfatterne av litteraturen på dette området enig om at systemet også førte til en nødvendig vekst i helsesektoren, og at det er vanskelig å bevise at systemet var så ineffektivt som mange hevder. Petersen og Bjørnenak skriver blant annet at gjennom empiriske analyser er det vanskelig å finne gode undersøkelser som bekreftet at systemet med liggedøgnsrefusjoner virkelig var ineffektivt.<sup>30</sup> Argumentet var i tillegg at uansett hvordan en ser på det, så er liggetid en vesentlig kostnadsdriver ved sykehusene. De nevner ikke poliklinisk behandling, altså at pasienten ikke overnatter ved sykehuset. Problemet var nettopp det at flere sykehus så muligheten til å tjene på å ha pasienter liggende lenger enn det som var hensiktsmessig og en kunne derfor ikke med sikkerhet vite om sykehusene lot pasienter ligge lenger enn nødvendig.

På en måte kan det se ut som om dette systemet tok livet av seg selv. Det var ikke fornuftig å fortsette å finansiere sykehussektoren slik, siden det var dette systemet som hadde ført til ukontrollert vekst. Et nytt system måtte innføres for å få ro og korrekt geografisk

---

<sup>27</sup> Grund (2002), Nerland (2001) og Solstad (1996) m. m

<sup>28</sup> Nerland (2001) Artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforsening nr.25

<sup>29</sup> Grund (2006) s.130

<sup>30</sup> Pettersen og Bjørnenak (2003) s. 198



fordeling i finansieringen av norske somatiske sykehus. Disse problemene som systemet hadde medført kan oppsummeres ved å henvise til høyres sosialpolitiske talsmann, Jo Benkows uttalelse fra en stortingsdebatt i mai 1975 hvor han mener at refusjonsordningen representerte en ”*overstimulans*” og en fristelse for fylkeskommunene til å forsøke å sikre seg en ”*så stor andel av den felles kasse som betaler det meste av regningen*”.<sup>31</sup> Benkow sier her rett ut at en ikke kan stole på at systemet med liggedøgnsrefusjonene ble fulgt slik det burde av sykehuseierne. Staten tok nok også innover seg at 1970-tallet hadde ført med seg en stor utgiftsvekst til sykehusene. Behovet for å styre disse utgiftene meldte seg i denne perioden.

Liggedøgnsrefusjonene hadde eksistert på ulike måter i en årrekke, og uansett hvordan satsene ble justert så viste det seg at ideen om å betale per døgn ikke holdt for å finansiere norske somatiske sykehus. Det var med andre ord på tide med et nytt system, og som antydning over falt beslutningen på rammefinansieringsordningen.

### **2.2.2 Rammefinansieringen innføres**

Liggedøgnsrefusjonenes svake sider ble etter hvert et problem som det måtte gjøres noe med. Alle refusjonsjusteringene og alle de ulike tiltakene som var satt i gang på 70-tallet viste seg å bli svært kostnadskrevende og utbyggingen av sykehusene stagnerte. På bakgrunn av dette begynte myndighetene å diskutere en mulig overgang til et rammefinansieringssystem. Rundt om i Europa, og da spesielt i Storbritannia, ble det på slutten av 1970-tallet viet mer oppmerksomhet til en finansieringsordning for sykehus som la vekt på et kriteriesystem som skulle ha fokus på demografiske og geografiske hensyn. Også i Norge ble det fattet interesse for dette systemet, først og fremst siden problemene med liggedøgnsrefusjonene gjorde at sykehusene tjente penger på den måten som vi har sett over. I tillegg mente mange at ordningen ga en skjev geografisk tildeling. Ole Berg skriver at også blant politikere og økonomer var interessen for denne ordningen stor.<sup>32</sup> Regjeringen satte ned en komité, med bundet mandat, som skulle se nærmere på fornying av finansieringssystemet. Denne gang skulle komiteen kun arbeide med et forslag for en overgang til en rammefinansieringsordning. Komiteen la frem sin innstilling i 1977.<sup>33</sup> Finn H. Hansen mener

---

<sup>31</sup> Gundersen (1989) s.42

<sup>32</sup> Berg (2006) s. 40

<sup>33</sup> NOU 1977:22 Finansiering av helseinstitusjoner.

denne komiteen var tydelig inspirert av de reformene som hadde funnet sted i Storbritannia.<sup>34</sup> Det er i følge Hansen mye som tyder på at arbeidet bygget på forarbeidene til disse britiske reformene.

Rammefinansieringsordningen innebar å tildele fylkeskommunene en ramme til deres ansvarsområder på bakgrunn av objektive kriterier. Disse kriteriene var alderssammensetning, befolkningstetthet og gjennomsnittlig inntekt per innbygger i fylket. Til eksempel kunne et fylke med mange mennesker over pensjonsalder få et større tilskudd siden denne gruppen hadde større statistisk sjanse for å måtte ha behov for sykehusbehandling. Hvordan rammefinansieringssystemet er bygget opp utover dette, forteller ikke forfatterne så mye om. Likevel er det enkelte som går litt nærmere inn på prinsippene, da spesielt i den økonomiske litteraturen. Pettersen og Bjørnenak forklarer dette med at det faste beløpet sykehuset tildeles hvert år er basert på ulike faktorer. De viktigste faktorene for sykehusene var i følge dem det historiske kostnadsnivået, pasientgrunnet og demografiske forhold. Dette mener de var veldig likt det tidligere systemet med liggedøgnrefusjoner siden enkelte fylker fikk mer enn andre pga større befolkningstetthet og lignende. Sykehus i sentrale strøk hadde et større pasientgrunnlag og kunne holde flere pasienter over flere døgn. Harde budsjettrestriksjoner som ikke kunne justeres i løpet av året var grunntanken i rammefinansieringssystemet; det at de gitte rammene skulle representere de totale kostnadene i perioden.

Etter komiteens innstilling i 1977 ble et rammefinansieringssystem for sykehussektoren innført 1. januar 1980 av regjeringen Oddvar Nordli med Arne Nilsen som statsråd i Sosialdepartementet, mens primærhelsetjenesten fikk delvis rammefinansiering i 1984. Staten ønsket altså å oppnå en bedre kostnadskontroll og bremse utbyggingen av sengeplasser. I tillegg skulle staten kunne forsterke styringen av bevilgningsfordelingen mellom fylkeskommunene og mellom primær- og institusjonshelsetjenesten. Geografisk utjevning og desentralisering var også meget viktige mål med rammefinansieringen. Overføringen av rammetilskuddet ga fylkeskommunene en større frihet til å fordele ressursene mellom sine ansvarsområder. Dermed håpet myndighetene at innbespareningene i sykehussektoren ville komme fylkeskommunen til gode ved at mer penger ble frigjort til andre formål.<sup>35</sup> De utgiftene som et ekstra liggedøgn førte med seg kunne ikke lenger veltes over på de statlige myndighetene. Utgiftene måtte i så fall tas fra andre fylkeskommunale budsjettposter som til eksempel videregående skoler. Besparelser i sykehussektoren kunne

---

<sup>34</sup> Hansen (2000) s. 50

<sup>35</sup> Ot.prp. nr. 1 1978 - 79: Endringer i sykehuslov i forbindelse med ny finansieringsordning for helseinstitusjoner.

derfor komme andre formål til gode og vice versa.<sup>36</sup> Slik sett stod altså fylkeskommunene nå friere til å ta sine valg.

De nye bevilgningene skulle dekke 50 prosent av sykehusenes utgifter og tildeles etter kriterier som baserte seg på behov i de respektive fylkene.<sup>37</sup> I følge Maren Skaset fikk sykehusene nå et langt større press på budsjettene og en betydelig lavere utgiftsvekst. Ole Berg beskriver denne overgangen som lite problematisk, siden den hadde støtte fra flere hold. Han peker blant annet på at engasjementet i debatten om overgangen var beskjedent og at det var veldig få motforestillinger. På den andre siden foreslår han at finansieringsproblemene burde vært angrepet på en annen måte, ved å styrke inntektssiden gjennom pasientbetaling, slik det ble gjort i primærhelsetjenesten. Som vi så tidligere i kapitlet favoriserte pasientbetaling, i følge Skaset de med mest midler som bodde i sentrale strøk. Berg nevner ingen negative sider med sitt eget forslag. Han mener faktisk at denne nye finansieringsordningen var hierarkisk preget siden den betydde mer styring fra staten.

Som jeg skal gå nærmere inn på i neste kapittel så viste det seg i løpet av 80-tallet at en rekke svakheter også ved rammefinansieringsordningen kom til overflaten. I 1987 lå Eilertsen-utvalget frem en gjennomgang av rammefinansieringsordningen i sin helhet og diskuterte en mulig overgang til stykkprisfinansiering.

### **2.3 Konklusjon - ”mer statlig styring, mer frihet?”**

Som vi så i dette kapitlet var liggedøgnrefusjonenes store problem det innebygde økonomiske incentivet som gjorde at sykehusene tjente penger på å ha pasienter liggende. I årene etter denne perioden vil det komme nye ideer om effektivisering og debatter om hvordan økonomiske incentiver virker som styringsverktøy i sykehusøkonomien. Det ble hevdet av Ole Berg at et forvarsel om et skift i finansieringen av norske sykehus var i emne da liggedøgnrefusjonene ble kraftig nedjustert i 1974. Som jeg har vist ble det på denne tiden innført en mindre variabel sats som ga rammetilskudd til fylkeskommunene sammen med liggedøgnrefusjonene.

Jeg stilte spørsmålet om hva det var som gjorde at dette systemet ble gått vekk i fra og hva var så bra med det at det fikk virke så lenge? Det synes klart at behovet for å ha større kontroll over utgiftene meldte seg for myndighetene og at noe måtte gjøres. Med den nye ordningen så det ut til at begge parter, staten og fylkeskommunene, kunne oppnå det de ville.

---

<sup>36</sup> Kjerstad og Kristiansen (2002) s. 14

<sup>37</sup> Berg(2006) s.40

Mer statlig styring samtidig som akkurat det ga mer frihet for fylkeskommunene. At liggedøgnrefusjonene fikk fortsette såpass lenge som det gjorde var nok først og fremst mangel på alternativer og stadige forsøk på å justere satsene for liggedøgn. En positiv følge av systemet var at denne ekspansive perioden kan ses på som en periode som ga et godt grunnlag for sykehussektoren i dag ettersom den bidro til å bygge ut og utvikle sykehusene og helsevesenet i Norge. Selv om det hadde vist seg at denne utbyggingen til tider hadde vært ukritisk. På en måte har vi i dag mye å takke dette systemet for, siden vi i denne perioden fikk flere sykehus som kunne møte fremtidens økende behov for behandlingsinstitusjoner.

Hvorfor skulle dette nye rammefinansieringssystemet takle utfordringene bedre enn det forrige? Rammefinansieringen var som nevnt sterkt influert av reformene i Storbritannia og kan sies å være Norges måte å følge internasjonale trender på. Rapportene fra utlandet var også positive. Systemet ble valgt for å skape større geografiske likheter og forsterke styringen av bevilgningsfordelingen mellom fylkeskommunene og mellom primær- og institusjonshelsetjenesten. I tillegg håpet man at systemet skulle gi bedre kontroll over utgiftene og på den måten takle utfordringene i helsevesenet. Viktigst for at vi fikk et skift i finansieringen av norske sykehus er nok det faktum at liggedøgnrefusjonene hindret effektivitet siden det lønnet seg å behandle pasientene saktere. Myndighetene var overbevist om at dette systemet egnest seg best til dette på grunn av at det var et fastere økonomisk system. I neste kapittel skal jeg gå nærmere inn på rammefinansieringen ved å se på Eilertsen-utvalgets brede vurdering av finansieringsordningen. Her kommer det enda en debatt om de økonomiske insentivene.

### **3.0 Eilertsen-utvalget 1987 – “bred vurdering av erfaringer”**

#### **3.1 Bedre organisering og mer effektiv ressursutnyttelse**

Stortingsvalget i 1981 ga de tre borgerlige samarbeidspartiene, Høyre, KrF og Sp flertall i Stortinget og etter Arbeiderpartiets åtte år med regjeringsmakt kunne Kåre Willoch ta over for Gro Harlem Brundtland som statsminister. Den borgerlige regjeringen Willoch<sup>38</sup> med Leif A. Heløe som sosialminister og Astrid Nøklebye Heiberg som statssekretær i Sosialdepartementet, presenterte i Langtidsprogrammet 1986-89 enkelte problemer med

---

<sup>38</sup> Regjeringen Willoch, Høyre-regjering fra 1981-1983, og en koalisjon med H, KrF og SP fra 1983-1986.

datidens organisering og finansiering av institusjonshelsetjenesten. For det første var regjeringen opptatt av at ressursutnyttelsen i sykehusene ikke var effektiv med det daværende rammefinansieringssystemet. Regelverk og systemer for økonomiske overføringer mellom enhetene ga i følge regjeringen ikke nok motivasjon til sykehusene til å utnytte ressursene på best mulig måte. På bakgrunn av dette ble det i 1985 nedsatt et utvalg, ledet av overlege og høyrepolitiker, Eilert Eilertsen, for blant annet å se på muligheten for et skift i finansieringen av norske sykehus. I utvalgets mandat pekes det spesielt på at ansvarsfordelingen mellom de tre ulike forvaltningsnivåene var problematiske.<sup>39</sup> Hovedmålet til utvalget var å se om det krevdes grunnleggende endringer i styrings- og finansieringsordningene for å utnytte effektiviseringspotensialet til det fulle.

Eilertsen-utvalget gikk inn i en serie med ulike utvalg som skulle arbeide parallelt med å legge grunnlaget for en Nasjonal Helseplan som kom i 1988. Et annet sentralt utredningsarbeid ble utført av "Lønning-utvalget" – "*Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*". Dette utvalget skulle blant annet vurdere ulike retningslinjer for prioriteringer innen det norske helsevesenet på bakgrunn av den raske utviklingen som hadde skjedd de siste årene, med tanke på dyrere medisinske behandlingsmetoder og de økonomiske ressursene som var disponible i norsk økonomi.<sup>40</sup> Dette utvalget ble nært knyttet til Eilertsen-utvalgets arbeid og det kan for eksempel nevnes at når fylkeskommunene og andre aktører ble bedt om å gi sine høringsuttalelser, betydde det at de måtte gi uttalelser til begge utvalgene samtidig.

Jeg vil i dette kapittelet se på hvilke erfaringer utvalget mener rammefinansieringen har gitt for å kunne gi et grunnlag for videreutvikling og forbedring. Videre vil jeg undersøke nærmere hvordan de nye alternative finansieringsmodellene blir vurdert, først og fremst stykkprisfinansieringen og den mulige kombinasjonen mellom denne og rammefinansieringen og hvordan de blir foreslått brukt. Hvorfor skjer det ikke et skift i finansieringen av norske sykehus på slutten av 80-tallet ettersom Eilertsen-utvalget ble nedsatt for å se på grunnleggende endringer i finansieringsformene? Som vi skal se er dette en utredning som har lagt ned et stort arbeid med å se på ulike muligheter for å løse finansieringsproblematikken. Eilertsen-utvalget er den første utredningen som ser på mulighetene for å konvertere DRG til bruk som betalingssystem for norske sykehus. Først og fremst er dette en utredning som gir en "bred vurdering" av rammefinansieringsordningen. Utvalget vurderte også målsetningsbegrepene i helsetjenesten, brukerperspektivene på institusjonshelsetjenesten og

---

<sup>39</sup> NOU 1987:25 s.9

<sup>40</sup> NOU 1987:23 s. 5

forvaltningsorganisasjon og styringssystemer. I tillegg legges det altså frem andre alternative modeller for finansiering av helseinstitusjoner. Viktigst i dette tilfellet er forslaget om kombinasjon av rammefinansiering og stykkprisbetaling.

Til slutt i kapitlet vil jeg gå nærmere inn på DRG-systemet og se på hvor dette kom fra, hvordan det ble presentert for politikerne og hvordan det skulle omsettes til norske forhold. Dette systemet ble sterkt knyttet til stykkprisfinansieringen og jeg vil derfor prøve å forklare dette spesielle systemet. Når det gjelder DRG-systemet er det veldig lite informasjon å hente i litteraturen. Noen unntak finnes heldigvis, men det er stort sett fra nyere tid og om hvordan DRG har fungert etter at staten tok over sykehusene i 2002, eller fra utlandet. NIS Sintef Gruppen, med Olav Valen Slåttebrekk som prosjektleder står bak noen rapporter om blant annet omgjøringen av norske kostnadsvekster til DRG. De fleste stortingsmeldingene og NOU-rapportene går ikke dypt inn i dette systemet, og som jeg vil vise i store deler av denne oppgaven blir systemet aldri offentlig kritisert, som til eksempel i stortingsmeldingene jeg har sett på, annet enn at det ikke er godt nok utviklet. DRG-systemet har altså bred støtte fra de fleste sentrale aktørene, men blir ikke tatt fullt i bruk i finansieringen av norske sykehus før i 1997.

## **3.2 Erfaringer med rammefinansieringsordningen.**

### **3.2.1 Et mål om desentralisering**

En av hovedintensjonene med rammefinansieringsordningen var at den skulle legge til rette for en desentralisering og en geografisk utjevning av helsetjenestetilbudene. I følge Eilertsen-utvalget viste dette seg å være til en viss grad mislykket, først og fremst fordi veksten i rammene ikke ble så stor som forventet på 80-tallet. I tillegg førte overgangsordningen til en forsinket økonomisk omfordeling. Likevel hevdet Eilertsen-utvalget at selv om rammefinansieringen ikke bidro til vesentlig utjevning mellom fylkene når det gjaldt total ressursinnsats, så var den bedre enn den tidligere korpungeordningen som hadde eksistert frem til 1980 og derfor var målene om geografisk utjevning på vei til å bli nådd.<sup>41</sup> Når det gjaldt de statlige overføringene til fylkeskommunene hadde det derimot skjedd en utjevning, likevel var det fremdeles stor forskjell mellom fylkene. Det kan se ut som at utvalget her prøver, til en viss grad, å avproblematisere kritikken mot rammefinansieringsordningen ved å

---

<sup>41</sup> NOU 1987:25 s.86

vise at det ikke er ordningen i seg selv som ikke har fungert, men uforutsette forhold som til eksempel lavere vekst enn forventet i rammene.

Utvalget peker også på at sykehusenes produktivitet ikke blir fremmet med rammefinansiering som eneste betalingsordning, siden de ulike tjenestene er finansiert allerede før de er produsert eller har nådd frem til mottaker. I rammefinansieringssystemet var det i følge Pettersen og Bjørnenaks, og også Skasets meninger, ingen økonomiske insitamenter som førte til økt produktivitet.<sup>42</sup> Det som ordningen, i følge utvalget, var best egnet til er mulighetene for omfordeling og fordeling av ressurser. Det vil si at ansvaret for ressursbruken blir plassert der hvor virksomheten utøves og ressursene utløses. Det hevdes også fra utvalget at det er en ”enkel” og ”enhetlig” ordning.<sup>43</sup> Med dette mener de at den ikke er for komplisert og ikke inneholder til eksempel et flertall av forskjellige fordelingsnøkler eller forskjellige tolkninger av hvordan systemet skulle fungere i praksis.

Utvalgets største innvending mot å endre på rammefinansieringen var den brede politiske støtten den hadde i fylkeskommunene.<sup>44</sup> Da Eilertsen-utvalget ble nedsatt for å se på problemene med finansieringen av institusjonshelsetjenesten var det stille fra aktørene på lokalt nivå. Hvorfor var hverken fylkeskommunene eller Norske Kommuners Sentralforbund motstandere av rammefinansieringssystemet når ordningen, i følge utredningen, ikke hadde bidratt til forventet geografisk omfordeling? Eilertsen-utvalget hadde egne kontaktmøter med landets sykehussjefer, da spesielt med Vestfold fylkeskommune. Her ble det i følge utvalget ikke fremmet noe interesse for å avvikle eller revurdere ordningen. Det fylkeskommunene var mer skeptisk til var noe helt annet. Gjestepasientsystemet, et system som åpnet for at en pasient kan behandles i en offentlig helseinstitusjon som ikke hører inn under den fylkeskommunen hvor pasienten bor. Fokuset fra fylkeskommunene i høringsuttalelsene går ofte bort fra selve finansieringsordningen og heller over på gjestepasientsystemet. Sykehussjefen i Vestfold presiserte i et notat til utvalget at gjestepasientsystemet var et dårlig system av to grunner. For det første fordi prisene ved statlige sykehus steg raskere enn all annen prisstigning, slik at fylkeskommunene ble påført merutgifter som ikke ble kompensert av staten i rammetilskuddene.<sup>45</sup> Enkelte fylkeskommuner hadde statlige sykehus som regionsykehus. At staten var ansvarlig for fordelingen av tilskudd til fylkeskommunene samtidig som en hadde ansvaret for store regionsykehus, var noe som i følge sykehussjefen i Vestfold førte til komplikasjoner. For det andre tok ikke staten tak i problemet rundt den

---

<sup>42</sup> Pettersen og Bjørnenak (2004) s. 200

<sup>43</sup> NOU 1987:25 s.88

<sup>44</sup> Skaset (2000) s. 507

<sup>45</sup> Notat fra Sykehussjefen i Vestfold 09.11.1986 sak HS 223/87A

manglende etterspørselen etter regionhelsetjenester som førte til overkapasitet. En overkapasitet som ingen fylkeskommune var interessert i å kjøpe. På den andre siden uttaler sykehussjefen i Vestfold at gjestepasientsystemet var et effektivt virkemiddel for regionalisering av sykehustilbud, noe det var politisk enighet om. Det var også viktig å ha et system som sikret fylkeskommunal styring med bruk av alle sykehustjenester. Sykehussjefen i Vestfold mener videre at den eneste måten ledig kapasitet i regionsykehusene kunne fjernes på var å sette fylkeskommunen i økonomisk stand til å fylle, eller utnytte den ledige kapasiteten.

Som vi ser er det ingen interesse for å endre rammefinansieringsordningen fra Vestfold fylkeskommune og Eilertsen-utvalget synes denne uttalelsen var representativ for fylkeskommunenes generelle holdning og kommenterer den med at rammefinansieringsordningen og gjestepasientsystemet bør beholdes, men samtidig videreutvikles. Først og fremst ved at ordningene ble samordnet med effektiviseringstiltak og organisatoriske reformer. I tillegg åpnet de for et klarere skille, muligens, mellom fylkeskommunene som produsenter og som forvaltningsorgan for institusjonshelsetjenester.<sup>46</sup> En gjennomgang av høringsuttalelsene fra 4 fylkeskommuner bekrefter deler av dette. Likevel støttet fylkeskommunene forslaget om å forsøke stykkprisbetaling for sykehustjenester selv om de har de samme betenkelighetene ved systemet som innstillingen hadde.<sup>47</sup> Hvis en skulle gå inn for å skifte til stykkprisfinansiering peker blant annet Fylkestinget i Nordland på at *”stykkprisordninger på landsbasis må utformes slik at de ikke undergraver regionaliseringsprinsippet.”*<sup>48</sup> I følge utvalget er grunnen til at ikke fylkeskommunene eller Norske Kommuners Sentralforbund ville avvikle eller revurdere selve rammefinansieringsordningen håpet om at det bidro til en geografisk utjevning. Men i notatet fra Nordland fylkeskommune er det ikke motstand mot stykkpris, så lenge regionaliseringsprinsippet blir fulgt. Selv om utredningen ikke er overbevist om at den geografiske utjevningen hadde skjedd slik som ønsket så viste Finn H. Hansen at målene var på vei til å bli nådd, men da først og fremst på områder som å få dekket legestillingene rundt om i landet.<sup>49</sup> I tillegg var nok det faktum at det var få betingelser knyttet til rammetilskuddene en klar fordel for fylkeskommunene. Likevel er altså ikke fylkeskommunene i følge høringsuttalelsene helt fremmed med tanken om å skifte til stykkprisfinansiering, så lenge fordelene ved rammefinansieringen ikke forsvant. Som vi har

---

<sup>46</sup> NOU 1987:25 s.86-87

<sup>47</sup> Høringsuttalelser fra Vestfold, Nordland, Rogaland og Hordaland fylkeskommuner vedr. NOU 1987:25

<sup>48</sup> Høringsuttalelse til NOU 1987:25 og NOU 1987:23 fra Nordland fylkeskommune 25.11.1987

<sup>49</sup> Hansen (2000) s. 50



sett er fylkeskommunene klar for å fortsette med rammefinansieringssystemet, men ingen av høringsuttalelsene viser noen stor motstand mot å videreutvikle eller sette i gang med prøveordninger for nye system. Vestfold fylkeskommune benytter heller muligheten til å få diskutert problemene rundt gjestepasientsystemet. Flere av fylkeskommunene stiller seg faktisk til disposisjon for utprøving av stykkprissystemet.

En annen gruppe som hadde sitt å si i denne debatten var pasientene og fra deres side var det også veldig lite som tydet på et behov for å drøfte finansieringsordningen. Eilertsen-utvalget hadde holdt en særskilt høringskonferanse med pasientforeninger og andre brukere, for å undersøke hvordan pasientene erfarte systemet. Det viste seg at pasientene var mye mer opptatt av kvalitative sider ved helsetjenestetilbudene som for eksempel ventetid og service. Det viste seg også at pasientene ikke hadde særlig kontakt eller forståelse for finansieringsordningene og ville heller benytte muligheten til å få utvalget til å se på andre områder som for eksempel de kvalitative sidene ved tilbudene. Fra denne kanten er det også størst skepsis til gjestepasientsystemet og ikke selve rammefinansieringsordningen. Spesielt fra pasientgrupper med et mer kronisk behandlingsbehov ble tilbudene oppfattet som geografisk skjevfordelte, men det var gjestepasientsystemet som ble oppfattet som roten til dette. På den andre siden hevder utvalget at gjestepasientsystemet motiverte sykehus til å ta i mot flere pasienter. Fra enkelte pasientforeninger var kritikken stor mot dette systemet, men i følge utvalget var det vanskelig å påvise systematiske skjevheter som følge av det. Grunnen til at det var vanskelig å påvise slike skjevheter var fordi datagrunnlaget var for dårlig, noe Rasjonaliseringsdirektoratet hadde undersøkt i 1984.<sup>50</sup> I tillegg kunne en ikke trekke sikre konklusjoner av den informasjonen som forelå. Gjennomsnittlig liggetid hadde gått ned etter innføringen av rammefinansieringen, noe utvalget mener var en indikasjon på at flere hadde fått tilbud ved regionsykehus. Taler ikke dette for at rammefinansieringen fungerer? Nok en gang viser deg seg at en ikke hadde tilstrekkelig informasjon. At liggetiden hadde gått ned og at det ble behandlet flere pasienter kan forklares med at flere pasienter enn tidligere ble utskrevet for så å bli tatt inn igjen. Opplysninger om til eksempel reinleggelser fantes med andre ord ikke. Også når det gjaldt ventelister var det stor usikkerhet knyttet til datamaterialet. Et generelt spørsmål til finansieringssituasjonen er om en skal velge et system som bidrar til desentralisering fordi det er bred enighet om at dette er viktig for et land som Norge, der en skal ha like tilbud uavhengig av hvor en bor, eller skal en prøve å få til behandling av flere pasienter på kortere tid for å tjene mer penger? Dette var to sider av saken som måtte avklares

---

<sup>50</sup> "Rammefinansieringssystemet og gjestepasientsystemet" Undersøkelse gjort av Rasjonaliseringsdir. 1984

og tas med i vurderingen av hvilket system som skulle velges og innstillingen og høringsuttalelsene viser at det fantes et håp blant aktørene om å kunne løse problemstillingene.

Det var i utgangspunktet ikke mye som tydet på at rammefinansieringsordningen hadde bidratt til geografisk omfordeling eller utjevning mellom fylkene slik hovedintensjonen med ordningen hadde vært. En utjevning hadde skjedd når det gjaldt å fordele statlige overføringer, men forskjellene mellom fylkene var fremdeles stor. Likevel konkluderer utvalget med at *”det skal gode grunner til å endre et finansieringssystem som har høy legitimitet og som så klart bidrar til å oppnå mål om desentralisering”*<sup>51</sup> At utvalget bruker ordene *”så klart”* er kanskje ikke det mest treffende ordvalget. Det eneste som egentlig kommer frem fra denne gjennomgangen er at systemet var bedre enn det forrige. Målene var enda ikke blitt nådd slik det skulle, hevdet utvalget i innledningen, på den andre siden hadde ikke forutsetningene for best mulig gjennomføring av ordningen vært til stede, hovedsakelig på grunn av at overgangen til rammefinansieringen hadde tatt lenger tid og ikke fungert som den skulle. Finn Hansen pekte på at de på denne tiden faktisk var på vei til å bli nådd, men sier ikke at det var kommet så langt som det burde. Dette håpet om desentralisering talte for en fortsettelse av rammefinansieringsordningen, men det var fremdeles andre problemer ved systemet.

### **3.2.2 Premiering av krisemaksimering og ny runde med ”insentivproblemer”**

Noe av det første Eilertsen-utvalget valgte å presisere var at Norge hadde en god helsetjeneste som i internasjonal målestokk var fullt på høyde. På den andre siden var det flere ting som kunne gjøres bedre, som for eksempel at en burde satse på en bedre utnyttelse av ressursene.<sup>52</sup> Kritikken mot rammefinansieringsordningen hadde som nevnt økt etter innføringen i 1980. Om ikke det hadde vært store konflikter rundt overgangen til rammefinansiering, så vokste skepsisen etter hvert som planen ble omsatt i praksis. Litteraturen, spesielt Skaset, påpekte at konfliktnivået vokste i tiden etter 1980. Politisk ble ventelistene et hett tema. Selve ventelistene var ikke noe nytt problem, men i datidens politiske klima ble de sett på som uakseptable. Den nye rammefinansieringsordningen gikk ikke sammen med de nye liberalistiske ideene, for uansett hva sykehusene gjorde så fikk de

---

<sup>51</sup> NOU 1987:25 S.89

<sup>52</sup> NOU 1987:25 s.27

betaling for det, og underskuddet ble alltid dekket gjennom revidert statsbudsjett.<sup>53</sup> Skaset skrev at; ”*de økonomiske insentivene var feil*”.<sup>54</sup> At underskudd ble dekket i revidert statsbudsjett, gjorde at dårlig økonomistyring faktisk kunne lønne seg. Kostnadskontrollen var god innenfor rammefinansieringen, men det hjalp ikke når effektiviteten uteble i sykehussektoren. Dette understrekes også i Eilertsen-utvalgets mandat: ”*Hovedpunktet synes imidlertid å være at motivasjonssystemene, regelverket og systemene for overføringer mellom enheter ikke gir tilstrekkelig incentiv til mest mulig effektiv ressursutnyttelse*”.<sup>55</sup>

I følge Eilertsen-utvalget var altså den største ulempen med rammefinansieringen at det ikke inneholdt nok økonomiske insentiver for å høyne produksjon og effektivitet. Et sykehus fikk med andre ord ingen fordeler av å behandle flere pasienter, eller behandle dem bedre. I tillegg var det ingen forskjell på effektive og ikke-effektive sykehus.<sup>56</sup> Rammefinansieringen belønnet ikke de sykehusene som nådde sine mål. Hvorfor var det slik at rammefinansieringen gjorde det fornuftig å drive sykehusene økonomisk dårlig? På dette spørsmålet fant Eilertsen-utvalget ut at det var de institusjonene eller avdelingene som rapporterte om krisetilstander som kom best ut. Disse fikk dekket sitt underskudd med overskudd fra andre institusjoner eller avdelinger. Og hvis en institusjon eller avdeling virkelig gikk inn for å kutte kostnader ble dette overskuddet dratt over til andre, noe som selvfølgelig var ugunstig for produksjonen: ”*Ved å trekke inn overskudd og dekke underskuddet gjør sykehuseieren det motsatte av hva en burde gjøre dersom en gjennom finansieringsordningen ønsket å stimulere til økt produksjon*.”<sup>57</sup> Ble en avdeling ved et sykehus drevet godt ett år fikk ikke denne avdelingen ”lønn for strevet” neste år. Dette skapte nok heller ingen motivasjon for de ansatte til å tenke lønnsomt.

I motsetning til flere av forfatterne av litteraturen, som Skaset, Berg og Pettersen og Bjørnenak, som konsentrerte seg om å kritisere selve rammefinansieringen, så understreker Eilertsen-utvalget at kritikken ikke nødvendigvis går på selve systemet, men mer på budsjettssystemene mellom fylkeskommunen og den enkelte helseinstitusjon. Dette kan tyde på at litteraturen enten ikke har gransket kilden godt nok, eller at de ser på budsjettssystemene som nært tilknyttet rammefinansieringssystemet og derfor også en følge av systemet. For i følge utvalget var ikke problemene med over- og underskudd knyttet til systemet i seg selv. Rammefinansieringssystemet lå nemlig ikke noen føringer på hvordan midlene skulle føres

---

<sup>53</sup> Schiøtz (2003) s. 508

<sup>54</sup> Schiøtz (2003) s. 509

<sup>55</sup> NOU 1987:25 s.9

<sup>56</sup> NOU 1987:25 s.98

<sup>57</sup> NOU 1987:25 s.32

videre fra fylkeskommunen til den enkelte helseinstitusjon.<sup>58</sup> Det la heller ingen hindringer for at et budsjettoverskudd i helseinstitusjonene fra ett år kunne overføres til et annet. Det som hindret eventuelle overførsler av budsjettoverskudd var at disse overførslene var regulert gjennom blant annet budsjett- og regnskapsforskrifter. I følge utvalget var det disse forskriftene som lagde problemene uten å helt forklare hva det innebar. Utvalget debatterer ikke muligheten for at det burde vært tatt høyde for dette innen rammefinansieringen.

På den andre siden hevder Pettersen og Bjørnenak at harde budsjettrestriksjoner som ikke kunne justeres i løpet av kalenderåret var selve grunntanken i rammefinansieringssystemet; altså at de gitte rammene skulle representere de totale kostnadene i perioden. Pettersen og Bjørnenak hevder altså at sykehusene brøt med hovedtankene i rammefinansieringssystemet siden sykehusbudsjettene hele tiden ble overskredet.<sup>59</sup> Dette så vi også i forrige kapittel der sykehusene utnyttet liggedøgnsrefusjonene til å tjene mer penger ved å ha pasienter liggende lenger enn nødvendig for å tjene mer penger. Sykehusbudsjettene ble ofte satt lavere enn året før, mens man samtidig la opp til en høyere aktivitet som følge av at befolkningen brukte sykehusene mer og at enkelte sykehus ville overskride budsjettene. Pettersen og Bjørnenak mener også at denne kombinasjonen av myke budsjettrestriksjoner og rammebudsjettering kan virke som lite gjennomtenkt, siden man la opp til et lavere budsjett med høyere aktivitetsnivå og dermed gikk inn for underskudd.<sup>60</sup> På den andre siden mener de at når det gjaldt kostnadsutviklingen var systemet positivt. Gjennomsnittskostnadene per behandlet pasient ble redusert. Årsaken til dette hevder de er at selv om kostnadene økte, så økte volumet enda mer, så systemet kan i følge forfatterne ikke ses på som et fast rammesystem, men mer som en metode der budsjettet ble justert etter aktivitetsnivået. Selv om volumet økte så betydde ikke dette at effektiviteten økte, det betydde heller at sykehusene fikk flere pasienter, noe som igjen førte til lengre ventelister. I følge innstillingen fra Eilertsen-utvalget var i prinsippet virksomheten og de ulike tjenestene fullfinansiert før de var produsert og dette ga ikke noen økt motivasjon for produktivitet og effektivisering eller for å gjøre en bedre jobb.<sup>61</sup>

Denne motivasjonen for effektivitet bruker utvalget stor plass på å vurdere og kommer også opp med en slags modell for en annen type motivasjon enn den som burde være innebygd i et finansieringssystem: Dersom man bevilget midler til helseinstitusjonene ut fra de oppgavene de var satt til å gjøre ville de mest effektive institusjonene gi en god

---

<sup>58</sup> NOU 1987:25 s.99

<sup>59</sup> Pettersen og Bjørnenak (2003) s. 104

<sup>60</sup> Pettersen og Bjørnenak (2003) s. 200

<sup>61</sup> NOU 1987:25 s.88

behovsdekning for sin befolkning. De minst effektive kunne derimot få problemer med å dekke behovene på en god nok måte. Utvalget mente at i datidens situasjon var det de minst effektive som fikk mest penger av den enkle grunn at de ble presset til mer effektivitet. I verste fall kunne det igjen føre til ineffektivitet. Med mindre effektiviteten var faretruende lav ville myndighetene nøye seg med at de minst effektive institusjonene ble presset av pasienter, ansatte eller publikum til å bedre effektiviteten. Over tid ville en forhåpentligvis se en økning i effektivitet på grunn av press fra disse. Hvis ikke dette virket kunne mer drastiske tiltak overveies, som å frata institusjonen oppgaver og ressurser og belønne de effektive ved å tildele dem nye og alternative oppgaver med ekstra betaling. Det er altså her også snakk om straff som motivasjon. Det drøftes derimot ikke hvordan pasienter eller publikum ville oppfattet det hvis en oppgave som institusjonen var satt til å gjøre ble tatt bort, selv etter at disse gruppene hadde utøvd press for å effektivisere dem.

Rammefinansieringsordningen hadde, i følge utvalgets mening, bred politisk støtte i fylkeskommunene og det skulle etter utvalgets syn gode grunner til for at en skulle forandre på et system som hadde høy legitimitet og som også var på vei til å nå noen av sine mål. Likevel måtte effektiviseringen bli bedre og en måtte også ta sikte på at en ikke bare gjorde tingene på en tilfredsstillende måte, men også slik at de rette tingene ble gjort. Utvalget presiserer derfor at *”før en vurderer nye finansieringsformer bør en nøye overveie om en bedre utnyttelse og eventuelt en videreutvikling av rammefinansieringssystemet kan være tilstrekkelig for å løse de problemene som institusjonshelsetjenesten står overfor”*.<sup>62</sup>

I neste underkapittel skal vi se nærmere på hvordan fylkeskommunene stilte seg til alternative finansieringsmodeller. Var støtten så bred som det synes?

### **3.2.3 Alternative finansieringsmodeller**

En av oppgavene til Eilertsen-utvalget var å se på alternative modeller til finansiering av helseinstitusjoner, i tillegg til å gi en bred vurdering av det daværende systemet. Den ene muligheten var å innføre et rent stykkprissystem der staten refunderte en viss prosent av sykehusenes utgifter etter en fast pris enten pr. pasient eller pr. tjeneste, noe som ikke var helt ulikt systemet med refusjon pr. liggedøgn, som ble brukt frem til rammefinansiering ble innført i 1980. Liggedøgnrefusjonene premierte høyt forbruk av sykehustjenester, mens stykkprissystemets siktemål var å gi bedre utnyttelse av midler som allerede var kanalisert til

---

<sup>62</sup> NOU 1987:25 s.98

helsevesenet.<sup>63</sup> Hovedpoenget var å betale for det som ble gjort i motsetning til rammefinansieringen der tjenestene i prinsippet var fullfinansiert før de ble produsert. Den andre mulige modellen var å kombinere stykkprissystemet med rammefinansieringen. Som vi skal se senere i denne oppgaven så får denne kombinasjonen av finansieringssystemene sitt gjennombrudd på slutten av 1990-tallet. Denne alternative modellen var altså et todelt finansieringsgrunnlag, der den ene delen skulle gjøres avhengig av sykehusenes aktivitet som skulle belønne sykehusene etter hvor mye og hvor godt arbeidet ble utført. Den andre delen skulle være som før med faste rammebevilgninger.

I rammefinansieringssystemets syv første år var totalkostnadene under kontroll og i følge Eilertsen-utvalget ville det trolig vært vanskeligere å holde kontroll med utgiftene på samme måte i et finansieringssystem basert på stykkprisbetaling som et supplement til rammefinansieringen.<sup>64</sup> Et rent stykkprisbetalingssystem ville i følge utvalget gjøre det vanskelig å holde kontroll med utgiftene, noe en allerede hadde oppnådd med rammefinansieringens kontroll på totalkostnadene. Stykkprisbetaling måtte styres gjennom prisfastsettelse, som betyr at takstene for de enkelte tjenester hele tiden måtte reguleres. Et av de største problemene Eilertsen-utvalget så ved et stykkprissystem var at takstene kunne senkes slik at enkelte behandlinger kunne bli ulønnsomme og derfor bli prioritert vekk. Hovedmålet med å presentere alternative modeller for finansiering var å få til et system som ga mest mulig effektiv utnyttelse av helsevesenets midler, i dette tilfellet mener Eilertsen-utvalget at hovedutfordringen fortsatt var problemene med kontroll av kostnadsveksten.<sup>65</sup>

På mange måter er Eilertsen-utvalgets utredning en god forklaring på hvorfor vi ikke får et skifte i finansieringen av norske sykehus i denne perioden. Det var alt for mange spørsmål som måtte diskuteres før et nytt system kunne innføres og selv om de går inn for bestemte løsninger på enkelte problemer var det knyttet en viss usikkerhet til flere av dem. I tillegg sitter en igjen med følelsen av at det fremdeles var tro på at rammefinansieringen skulle nå sine mål. Det var hovedsakelig fire spørsmål som det var knyttet usikkerhet til. For det første hvem som skulle betale stykkprisdelen? Staten, kommunene eller fylkeskommunen? For det andre hvem skulle motta stykkprisbetalingen? Direkte til institusjonen hvor arbeidet er utført, til avdelingen eller til sykehuset sentralt? For det tredje hvor stor skulle stykkprisen være og til slutt hvordan skulle en beregne stykkprisen? For de to første spørsmålene kom utvalgets flertall til den konklusjon at det var minst usikkerhet rundt en ordning hvor

---

<sup>63</sup> NOU 1987:25 s.99

<sup>64</sup> NOU 1987:25 s.99

<sup>65</sup> NOU 1987:25 s.99

stykkprisbetalingen belastet folketrygden og som deretter ble utbetalt direkte til sykehusene fra trygdekontorene. Sykehusledelsen kunne så fordele pengene til de ulike avdelingene. Hovedvekten ble lagt på at staten tålte den budsjettmessige usikkerheten rundt stykkprisbetalingen enn fylkeskommunene og kommunene. I tillegg fantes allerede et administrativt apparat i trygdeetaten som kunne ta seg av utbetalingene. Konklusjonen bygger altså på at det minst usikkerhet knyttet til staten som betaler. Hvis kommunene skulle betale stykkprisen kunne dette bidra til en bedre geografisk fordeling, på den andre siden kunne det føre til økt risiko for de minste kommunene. Hvis fylkeskommunene skulle betale stykkprisene selv måtte det i følge innstillingen bygges opp et nytt administrativt apparat siden fylkeskommunene ikke hadde erfaring med betalingsordninger fra før.<sup>66</sup>

Fylkeskommunene hadde derimot en annen oppfatning av hvordan den skulle betales. I en høringsuttalelse fra Vestfold fylkeskommune peker fylkesrådmannen på at stykkprisbetalingen for sykehustjenester burde utbetales fra fylkeskommunene innenfor rammefinansieringssystemet. Bare på den måten kunne en oppnå målsettingene om geografisk utjevning, lokalt selvstyre og styring av samlede offentlige utgifter. De mener også at stykkprisbetaling fra folketrygden blir ukontrollerbar siden fylkeskommunene ikke fikk oversikt over utbetalingene, noe som kunne resultere i en ikke-styrt utgiftsvekst.<sup>67</sup> At ikke fylkeskommunene hadde de administrative erfaringene med betaling blir her tilbakevist ved at betaling allerede skjedde gjennom rammefinansieringssystemet, noe fylkeskommunen mente kunne fortsette. For øvrig ytrer fylkeskommunen at stykkprisbetalingen bør kunne ha en positiv effekt på ressursutnyttelsen i sykehusene og at en prøveordning med stykkprisbetaling burde innføres.

Når det gjaldt vurderingen av størrelsen på stykkprisandelen hadde Eilertsen-utvalget to hovedargumenter å forholde seg til. På den ene siden ville en høy stykkprisandel med lavrammefinansieringsdel gi en sterk motivasjonsvirkning. På den andre siden kunne en slik høy stykkprisandel føre til større usikkerhet både for staten og for fylkeskommunene. Eilertsen-utvalget la størst vekt på motargumentet og konkluderte med at stykkprisandelen burde være relativ lav, i hvert fall i starten, for så å senere ha muligheten til å høyne den hvis det var behov for det. For øvrig kan det nevnes at en slik justering burde i følge utvalget bli tatt av de sentrale myndighetene. Eksempelet de legger frem er at stykkprisandelen burde være på 20 prosent, med en rammefinansieringsdel på 80 prosent, noe som i utgangspunktet

---

<sup>66</sup> NOU 1987:25 s.103

<sup>67</sup> Høringsuttalelse fra Vestfold fylkeskommune sak FU 364/87A (ikke datert, men utformet før, eller rett etter 1.12.1987 ettersom dette var siste frist for høringsinstansene jfr. brev fra Sosialdepartementet 08.09.1987)

var et åpent spørsmål; ville stykkprisdelen være høy nok til å stimulere sykehusene til økt aktivitet? Dette var det ikke mulig å svare på og det var trolig bare erfaring som kunne vise hvordan prisene skulle settes.<sup>68</sup> Dette talte for å sette i gang forsøksvirksomhet. I en høringsuttalelse fra Rogaland fylkeskommune drister fylkeshelsesjefen seg til å svare på dette åpne spørsmålet. ”En stykkprisandel på 20 prosent er neppe høyt nok til at motivasjonseffekten blir så stor som en kunne ønske.”<sup>69</sup> Fylkeskommunen har likevel forståelse for at en høyere stykkprisandel kan føre til for stor usikkerhet, spesielt med tanke på kostnadsnivået. Også de mener at dette må forsøkes for å skaffe et erfaringsgrunnlag.

Sist, men ikke minst ble også spørsmålet om hvordan stykkprisbetalingen skulle beregnes diskutert. Skulle den beregnes etter det gamle systemet liggedøgnrefusjoner, etter de faktiske utgiftene, pr. tjeneste eller pr. pasient? Til det siste spørsmålet konkluderer Eilertsen-utvalget med at den beste muligheten var å beregne pr. pasient, under den forutsetningen at pasientene kan klassifiseres i grupper.<sup>70</sup> Et alternativ var refusjon pr. *kurdøgn*, men det lignet for mye på liggedøgnrefusjonene og stod i klar motsetning til målsettingen om å redusere den gjennomsnittlige liggetiden. Et annet alternativ var faste priser pr. *tjeneste*, som operasjoner, prøver, røntgen, pleie etc. men kunne i følge utvalget føre til overforbruk av sykehustjenester. At sykehusene fikk betalt pr. *pasient* var derfor den siste muligheten og i følge utvalget også den beste, men det forutsatte som nevnt at pasientene kunne klassifiseres i forskjellige grupper. For å gjøre dette måtte en i tillegg til å innføre nytt finansieringssystem også innføre klassifiseringssystemet diagnoserelaterte grupper (DRG), som plasserer pasientene i medisinsk meningsfulle grupper og ressursmessig homogene kategorier. Altså at pasienter i samme DRG gjennomsnittlig skal ligge like lenge og forbruke like mye ressurser. For at stykkprissystemet skulle fungere, måtte også DRG-systemet fungere.

Statlig arbeid med et å skaffe et bedre informasjonsgrunnlag som DRG-systemet og Samdata oversikter som basis for fylkeskommunenes budsjettarbeid ble intensivert i slutten av 1980 årene.<sup>71</sup> Mye av grunnen til Eilertsen-utvalget ikke går inn for en overgang til stykkprisfinansiering og heller foreslår at det skal settes i gang utprøving av systemet er at de ser på DRG-systemet som nødvendig for å kunne sette prisene for stykkprisen. Dette arbeidet var i Norge ikke kommet langt nok og etter utvalgets mening var det nødvendig å ha et godt

---

<sup>68</sup> NOU 1987:25 s.101

<sup>69</sup> Høringsuttalelse fra Rogaland Fylkeskommune v/ Fylkeshelsesjefen 7.12.1987

<sup>70</sup> NOU 1987:25 s.109

<sup>71</sup> St. meld nr.50 1993-94 s. 126



utviklet DRG-system for at stykkprissystemet skulle fungere.<sup>72</sup> Hva var så dette systemet og hvor kom det fra?

### 3.3 DRG-systemet kommer for å bli

#### 3.3.1 DRG-systemets bakgrunn

DRG-systemet eller ”diagnose relaterte grupper” dukket først opp i det amerikanske Medicare-programmet, som er en offentlig helseforsikringsordning for hovedsakelig funksjonshemmete og eldre i USA.<sup>73</sup> Programmet ble innført i 1965 av president Lyndon B. Johnson og allerede to år etter, i 1967, ble det som senere ble hetende DRG-systemet tatt i bruk internt på et sykehus av to amerikanske leger. Disse legene tok i bruk effektivitets- og produktivitetsfremmende modeller kjent fra næringslivet. Dette var et mindre prosjekt uten noe nevneverdig oppfølging eller større ressurser. Robert B. Fetter, som regnes som DRG-systemets far, videreførte noen av disse ideene i et separat forskningsprosjekt ved Yale University. Fetter var utdannet ingeniør og sammen med sykepleieren John Thomson tok de utgangspunkt i systemer som var brukt i industrien til å måle kostnader og effektivitet. Prosjektet kartla først alle de forskjellige aktivitetene som ble utført på diverse sykehus før de så på hvorfor pasientene var innlagt. Med andre ord utarbeidet de en oversikt over alle skader og sykdommer som etter hvert ble kategorisert inn i et system. Verktøyet som her ble brukt var kartlagte diagnoser fra Verdens Helseorganisasjons ”*International Classification of Diseases*” (ICD).<sup>74</sup> På norsk; ”*Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*”. Med andre ord en oversikt over hvilke skader og sykdommer som eksisterte.

DRG-systemet består altså av flere grupper som pasientene blir delt inn i. Inndelingen i DRG baserer seg på en rekke opplysninger om pasienten. Viktigst er hoveddiagnosen som blir stilt. Deretter baserer inndelingen seg på kirurgisk prosedyre, kjønn og alder ved innleggelse. I tillegg kommer mulige komplikasjoner og spesielle bidiagnoser pasienten kan ha hatt eller kan få. Klassifikasjonen av pasienten tar kun utgangspunkt i allerede registrerte opplysninger om pasienten. Ingen ekstraopplysninger er nødvendig. Når en pasient blir behandlet på sykehuset blir vedkommende på grunnlag av hoveddiagnosen plassert i en av

---

<sup>72</sup> NOU 1987:25 s. 110

<sup>73</sup> Byrkjeflot og Torjesen (2006) s.26

<sup>74</sup> NOU 2003:1 s.90

hoveddiagnosekategoriene. Innen hver hoveddiagnosekategori blir så sykdommen eller skaden delt videre inn på grunnlag av de overnevnte opplysningene.<sup>75</sup>

Fra 1960 til 1975 økte utgiftene til amerikanske sykehus enormt. Da DRG-systemet ble innlemmet i Medicare i 1984, noe som angikk over 30 millioner mennesker var det ikke noen store motargumenter mot systemet. Til eksempel peker Byrkjeflot og Torjesen i deres artikkel på at da det amerikanske senatet skulle godkjenne DRG-systemets inntreden i Medicare ble lovforslaget bare debattert i 40 minutter. I følge den kjente amerikanske økonomen Eli Ginzberg<sup>76</sup> var dette et tegn på desperasjon for hvordan det stod til i det amerikanske helsevesenet, og at loven ble innført for å vise at Reagan-administrasjonen visste hvordan de skulle handle på spørsmål om økte utgifter i helsesektoren.<sup>77</sup> Ingen av kildene nevner om systemet ble satt i kraft så fort at ingen fikk tid til å sitte seg inn, eller i mot det, men Eilertsen-utvalget peker på at kritikerne av systemet reagerer mest på at det oppmuntres til å skrive ut pasienter så raskt så mulig slik at det går ut over kvaliteten i behandlingen.<sup>78</sup> Altså en helt motsatt problemstilling enn liggedøgnsrefusjonene hadde stått ovenfor.

Nesten alle de europeiske landene tok i bruk DRG-systemet på 80- og 90-tallet. I følge Byrkjeflot og Torjesen har de fleste forfatterne og forskerne de har gransket i forbindelse med artikkelen funnet to forskjellige grunner til den europeiske vennligheten mot DRG-systemet. De grunnene er to forskjellige marked; ett ”politisk marked” og ett ”forvaltningsmarked” som står sammen og mot hverandre på samme tid.<sup>79</sup> Styrken og forholdet mellom disse to markedene mener de varierer. I utgangspunktet er det mulig for sykehusledelsen, altså representantene i ”forvaltningsmarkedet”, ved de respektive sykehusene å bruke DRG-systemet på sin måte, uavhengig av representantene fra det ”politiske markedets” ønsker, altså myndighetene - men aldri omvendt. De hevder at med mer autonome sykehus er ledelsen mer avhengig av forholdet til politikerne, og med sterkere bånd mellom politikk og sykehus blir det lettere for politikerne å gå inn for å ta i bruk DRG-systemet. At et land velger å ta i bruk DRG er likevel mest fordi DRG utviklet seg til å bli en internasjonal trend som de fleste vestlige land interesserte seg i. Først og fremst fordi det var et meget gjennomarbeidet system som alltid kunne utvikles videre, men også siden den internasjonale trenden på 80-tallet fokuserte på målsettinger, produksjonseffektivitet og en prestasjonsledelse som skulle konsentrere seg om å nå strategiske mål.

---

<sup>75</sup> Slåttebrekk (1990) s. 3

<sup>76</sup> Eli Ginzberg (1909-2002) økonom ved Columbia University

<sup>77</sup> Byrkjeflot og Torjesen (2006) s.26 og Aas 1985:3

<sup>78</sup> NOU 1987:25 s. 109

<sup>79</sup> Byrkjeflot og Torjesen (2006) s.3

Byrkjeflot og Torjesen mener også at DRG-systemet i seg selv har spilt en stor rolle i utviklingen av sykehussektoren i store deler av den vestlige verden. På 80-tallet ble helsevesenet ”business”, spesielt i USA og en tenkte mer i retning av å skape ”markeder” innen helsesektoren for å tjene penger. DRG-systemet bidro helt klart til dette siden det viste seg at noen DRG-koder var mer lønnsomme enn andre, noe som ofte førte til feilprioritering for å tjene mest mulig penger. Nettopp dette har vært et av hovedargumentene mot systemet. I USA har Patricia Geist og Monica Hardesty i ”*Negotiating the Crisis: DRGs and the Transformation of Hospitals*” hevdet at sykehusene gjennomgikk en legitimitetskrise etter innføringen av DRG-systemet, siden systemets målsetting om lavere utgifter presset sykehusledelsene til å være kostnadseffektive. Den nye sykehusstrukturen motarbeidet med andre ord ideen om at sykehusene var der for å tjene folket, ikke for å tjene penger på dem.<sup>80</sup>

En rekke land bruker DRG som både pris- og klassifiseringssystem. I tillegg bruker land som Storbritannia, Australia og i den senere tid også Frankrike og Tyskland egne kodingssystemer for pasienter som bygger på – og har klare likhetstrekk med det DRG-systemet som ble utviklet av forskningsmiljøet ved Yale University.<sup>81</sup>

### 3.3.2 DRG-systemet kommer til Norge

Som med rammefinansiering og stykkprisfinansiering var DRG-systemet noe som kom utenifra. Robert Fetters arbeid med DRG-systemet ble også lagt merke til i Norge, og som andre internasjonale økonomiske trender ble fanget opp av ulike departement, ble denne trenden fanget opp av interesserte i helsevesenet. Hvem var det som introduserte dette systemet i Norge? Som vi så over var Byrkjeflot og Torjesen inne på at det i resten av den vestlige verden ikke bare var en gruppe som gikk inn for å utprøve systemet i de respektive land, men flere. Var dette også tilfelle i Norge?

I 1984 startet Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS) å studere DRG-systemet. Dette prosjektet ble i starten finansiert av instituttets egne midler, men fikk ganske snart støtte fra Sosialdepartementets effektiviseringsutvalg og la frem resultatene i NIS-Rapport 3/85 ”*DRG: Diagnose Relaterte Grupper. En litteraturoversikt*”.<sup>82</sup> Samme år begynner debatten rundt DRG-systemet å dukke opp også i norske medier. Tove Hafnor som den gang var underdirektør ved Radiumhospitalet og den svenske ingeniøren Jan Lundell som den gang arbeidet for et dansk konsulentbyrå holdt et foredrag om styring og finansiering av

---

<sup>80</sup> Geist og Hardesty (1992) s. 19

<sup>81</sup> [www.shdir.no](http://www.shdir.no) - DRG historien i Norge fra slutten av 70-tallet til i dag

<sup>82</sup> Aas (1985)

institusjonshelsetjenesten i februar 1985. Helsetjenestens administrasjonsforbund arrangerte seminaret og begge foredragsholderne argumenterte for å åpne opp for større konkurranse i helsevesenet. Lundell la frem hvordan DRG-systemet var bygget opp, hvordan det var tatt i bruk i USA og hvorfor en rekke europeiske land hadde startet forsøk med systemet. Han mente at systemet burde være interessant i Norge, siden det ga en bedre oversikt over omkostningene ved forskjellige behandlingsformer og dermed også et bedre grunnlag for å sammenligne sykehus og avdelinger. Med dette kunne et mer nøyaktig og rettferdig overføringssystem utvikles slik en effektivisering av sykehussektoren kunne skje.<sup>83</sup> To måneder etter dette seminaret gikk overlege og tidligere statssekretær Per Nyhus<sup>84</sup> ut i en kronikk i Aftenposten og advarte mot DRG-systemet, med bakgrunn i hvordan det hadde blitt innført i USA. Han mente i sitt innlegg at betalerne kunne få overtaket og at det inneholdt en risiko for underforbruk. Med andre ord fryktet Nyhus for pasientene siden de fort kunne bli undersøkt for ”fortjenestens skyld”. Hvis Norge valgte å ta i bruk DRG-systemet mente han at veien mot et industrialisert og kommersialisert helsevesen var kort. Han stiller til slutt spørsmålet: ”*hvordan det vil gå med pasienten med en ukurant sykdom som ikke passer inn i noe diagnosenummer i den moderne helsekonfeksjonsindustrien, kan bare fremtiden vise. Vil de fleste av oss finne noe som passer, slik vi gjør det i klesveien?*”<sup>85</sup>

Den første skepsisen kommer altså fra Nyhus, som en her kan si representerte de ansatte i sykehussektoren. Når det gjelder forskningsmiljøene og politikerne fortsetter de å ha store forventninger til systemet. I denne perioden satt Høyre og Kåre Willoch med regjeringmakten. Helse- og sosialminister fra 1981 til 1986 var Leif A. Heløe. På slutten av 1985 begynte arbeidet med å konvertere DRG-kodingen til norske standarder. NIS fikk ansvaret for implementeringen av systemet, men også Planavdelingen ved Haukeland Sykehus ville være en del av det sentrale fagmiljøet for DRG i Norge og startet et lignende prosjekt. Våren 1986 så det ut til at Sosialdepartementet måtte forholde seg til to prosjekter, men sykehuset trakk seg raskt ut og overlot arbeidet til NIS. Haukeland sykehus ble på den andre siden senere plukket ut til å være med på et forsøk på stykkprisfinansiering på bakgrunn av DRG, som jeg har sett nærmere på i kapittel 5. Den norske versjonen av DRG ble utviklet over fire år fra 1986 til 1990.<sup>86</sup> Samtidig i 1986 fikk NIS et oppdrag fra myndighetene om å beskrive DRG-systemet og diskutere hvordan det kunne anvendes i den norske

---

<sup>83</sup> Aftenposten Morgen 26.02.1985

<sup>84</sup> Per Nyhus (1927-1989) overlege og statssekretær, kjent for ”Nyhus-utvalget” ( NOU 1979: 28)

<sup>85</sup> Aftenposten Morgen 12.04.1985

<sup>86</sup> [www.shdir.no](http://www.shdir.no) - DRG historien i Norge fra slutten av 70-tallet til i dag

sykehussektoren. Denne rapporten vurderte DRG som informasjonssystem og som verktøy for budsjettering og finansiering.<sup>87</sup>

Det fireårige prosjektet som ble satt i gang for å overføre DRG til norske forhold besto av to store delprosjekter. Først måtte det utvikles et norsk grupperingsprogram, deretter måtte kostnadsvektene beregnes. Aas sto for prosjektet med å utvikle grupperingsprogrammet, mens Olav Slåttebrekk ledet dokumentasjonen av kostnadsvektene. Slåttebrekk var ansatt i NIS, men arbeidet ved Haukeland sykehus. Dette arbeidet er lagt frem i ”*NIS-Rapport 1/90: ”Hva koster pasienten? En beregning av norske kostnadsvekter til DRG.”* Et av problemene som Slåttebrekk nevner i rapporten er at de måtte starte på bar bakke i arbeidet med å finne DRG-kostnadene. Tidligere undersøkelser var gjerne gjort av ”*medisinere og med varierende kvalitet*”.<sup>88</sup> Det Slåttebrekk fremhever som ønskelig for fremtidig arbeid med DRG-systemet var at datagrunnlaget burde bli bedre, slik at feilkilder kunne bli luket vekk.<sup>89</sup>

Grupperingsprogrammet ble dokumentert i ”*NIS-Rapport 3/89: ”The Making of the Norwegian DRGs*”. Her var blant annet DRG-systemets far, Robert B. Fetter medforfatter. At Fetter her dukker opp i denne rapporten som medforfatter er interessant med tanke på spørsmålet om hvem som sto bak DRG-introduksjonen til Norge. Allerede i 1984 var Fetter på besøk hos NIS. Om han var invitert, eller om han kom selv for å introdusere systemet sier ikke kildene noe om, men begge parter hadde nok like interesser. For Fetter var besøket hos NIS et stopp på en Europaturne for å danne et internasjonalt forskningsnettverk for utvikling av DRG-systemet, selvfølgelig med Feters avdeling ved Yale som senter i dette nettverket.<sup>90</sup> Rapporten til Aas og Fetter var, ikke overraskende, veldig positiv til DRG. Her beskrives introduksjonen av systemet i USA som vellykket og at de fleste vestlige land så på systemet som revolusjonerende - i positiv forstand.<sup>91</sup> Som vi ser er det NIS som først tar initiativet til å se nærmere på DRG, men med et nært samarbeid utenifra med skaperne av systemet. Veldig kort tid etter kommer politikerne på banen og vil kartlegge systemet. Byrkjeflot og Torjesen mener at det var spesielt i Norge at myndighetene kom tidlig med i utviklingen. I andre vestlige land var det stort sett forskningsmiljøene som etter mye arbeid presenterte DRG-systemet for politikerne. Grunnen til at myndighetene kom så tidlig med i Norge hadde nok med at forskningsmiljøene var relativt små. Dessuten er det ikke tvil om at samarbeidet mellom NIS og Sosialdepartementet var godt, ettersom sistnevnte var deres største ”kunde”.

---

<sup>87</sup> NIS-Rapport 6/86 DRG-systemet: Anvendelser og konsekvenser

<sup>88</sup> Slåttebrekk (1990) s. 3

<sup>89</sup> Slåttebrekk (1990) s. 64

<sup>90</sup> Byrkjeflot og Torjesen (2006) s.9

<sup>91</sup> Aas (1989) s. 3

Ideer fra NIS ble derfor ofte presentert for departementet, og omvendt, tidlig i prosessene. Sosialdepartementet hadde selv små muligheter til å forske like godt på nye ideer for helsesektoren som blant annet NIS hadde.<sup>92</sup>

### 3.3.4 Eilertsen-utvalget, DRG-systemet og veien videre

DRG-prosjektet ble det største prosjektet NIS noen gang hadde utført. På slutten drev forskningsmiljøet også formidling og informasjonsvirksomhet om DRG til sykehus og fylkeskommuner. I 1988 skjedde den første DRG-grupperingen av norske sykehusdata. Omtrent 20 sykehus ble plukket ut på bakgrunn av god fremvist datakvalitet. 200.000 opphold ved sykehusene dannet et datagrunnlag som ble brukt som referansedata for det norske systemet.<sup>93</sup> Dette referansenivået ble også sentralt i stykkprisforsøket som ble startet i 1991 og som jeg analyserer i kapittel 5. Den aller første DRG-versjonen i Norge var basert på den amerikanske HCFA versjon- 3<sup>94</sup>, som var den som ble brukt i det amerikanske Medicare i 1986. Senere gikk en over til nyere oppdateringer av systemet.<sup>95</sup> Arbeidet med utviklingen av den første DRG-versjon ble gjort på oppdrag fra Effektiviseringsutvalget i Sosialdepartementet, men i starten ble det kun benyttet som et informasjonssystem i SAMDATA og andre prosjekter. Statens institutt for folkehelse tok over deler av utviklingsarbeidet med de tekniske oppdateringene av systemet.<sup>96</sup> Samtidig i denne perioden ble Robert Fetter invitert av Sosialdepartementet til å besøke norske sykehus, først og fremst Haukeland, for å instruere og undervise om modellen.

Dette arbeidet fra NIS og ”turneene” til DRG-systemets far, Robert Fetter, gjorde at interessen for systemet økte. Eilertsen-utvalget var det første offentlige dokumentet som virkelig analyserte dette systemet. At utvalget ser nærmere på dette viser nok en gang hvor bredt og gjennomarbeidet utvalgets utredning er. Utgangspunktet deres var at systemet ikke kunne brukes som et finansieringssystem i seg selv, men hjelpe stykkprisfinansieringen til å for eksempel beregne selve stykkprisbetalingen. Ressursforbruket for pasienter med samme diagnose kunne variere og en trengte derfor et system som ikke klassifiserte pasientene etter kun den respektive diagnose. Det systemet som kunne løse dette var DRG-systemet, siden det

---

<sup>92</sup> Byrkjeflot og Torjesen (2006) s.9

<sup>93</sup> Solstad(1993) s.7

<sup>94</sup> ”Health Care Financing Administration”

<sup>95</sup> Solstad (1993) s.5

<sup>96</sup> [www.shdir.no](http://www.shdir.no) - DRG historien i Norge fra slutten av 70-tallet til i dag

klassifiserte pasientene i ”*medisinsk meningsfulle og ressursmessig homogene grupper.*”<sup>97</sup> Pasienter innen samme DRG-gruppe ville forhåpentligvis ikke ha store variasjoner i antall liggedøgn og ha det samme ressursforbruket. DRG-systemet blir altså her fremstilt som et instrument for stykkprisfinansieringen og de to systemene ville være avhengig av hverandre. For øvrig mente NIS at DRG-systemet var det eneste reelle grunnlaget for stykkprisfinansiering. For uten muligheten til å klassifisere pasientgruppene ville ikke stykkprisbetaling ha noen mening.<sup>98</sup> Et stykkprissystem kunne med andre ord ikke innføres så lenge ikke DRG-systemet var ferdig utviklet.

Utvalget forklarer også nærmere hva som menes med kostnadsvektene; hvis DRG-systemet skulle brukes som betalingssystem for sykehussektoren, kunne prisen pr. pasient bli knyttet til en kostnadsvekt. Til hver av de diagnoserelaterte gruppene, som i 1987 var på 467 grupper, var det beregnet en kostnadsfaktor, eller kostnadsvekt som viste hvor store ressurser som måtte brukes for å behandle en pasient innen denne gruppen. Hvis myndighetene for eksempel ville stimulere til økt aktivitet på et felt eller begrense aktiviteten på et annet åpnet systemet opp for at prisen pr. pasient kunne settes høyere eller lavere. Selv om arbeidet med systemet det på den tiden ikke var kommet langt nok til å kunne oversette systemet fra amerikanske til norske standarder, så peker utvalget på at det i USA hadde skjedd en betydelig nedgang i gjennomsnittlig liggetid i sykehusene. De mente at problemet var at i USA hadde systemet blitt innført for å få kontroll over kostnadsstigningen, noe vi i Norge allerede hadde gjennom rammefinansieringen. Hvorfor skal en da innføre DRG-systemet? Grunnen til denne positive holdningen til DRG har nok med oppgaven utvalget var satt til å gjøre. Eilertsen-utvalget var som nevnt nedsatt for å se på hvordan en kunne effektivisere institusjonshelsetjenesten, først og fremst gjennom mulige reformer i finansieringssystemet. Effektivisering er derfor et viktig nøkkelord når det kommer til det faktum at DRG-systemet blir sett på som noe en bør utvikle videre. Hvis en lå inn elementer i det mulige finansieringssystemet som gjorde sykehusenes inntekter mer avhengig av ytelsene kunne det i følge utvalget føre til effektivisering. Et sykehus som blir mer avhengig av å yte blir med andre ord mer effektiv. På dette område var prinsippene i DRG-systemet hensiktsmessige for å nå mål om effektivisering siden det hadde faste priser for ulike pasientgrupper.<sup>99</sup>

Hvis det skulle skje et skift i finansieringen av norske sykehus og hvis det skulle skje slik at det ble betalt for utførte tjenester i tiden etter utvalgets utredning, så var det i følge

---

<sup>97</sup> NOU 1987:25 s. 109

<sup>98</sup> Høringsuttalelse fra NIS vedr. NOU 1987:25 30.11.1987

<sup>99</sup> NOU 1987:25 s.109

utvalget best å innføre betaling pr. pasient. DRG-systemet skulle stå for prissettingen av pasientgruppene. Selv om det generelt var en positiv holdning til systemet så var det likevel en del sider ved DRG-systemet som utvalget ikke helt så fornuft i, men hovedprinsippene ville de beholde. Ett av problemene var at systemet inneholdt for mange grupper, der noen var veldig sjeldne, mens noen få grupper var veldig vanlige og dermed stod for mesteparten av ressursbruken. Utvalget viser her til USA hvor 30 av de 467 gruppene stod for 50 prosent av ressursbruken. Det viste seg også at 30 prosent av gruppene stod for 90 prosent av den samlede ressursbruken.<sup>100</sup> For å tilpasse dette til Norge mente de at noen grupper måtte utelates i den norske modellen. Altså akkurat det Nyhus hadde advart mot. En mulig avgrensing hevdet de kunne være å knytte stykkprisbetaling til de vanligste DRG-gruppene, mens en annen finansieringsordning ble knyttet til resten. Dette er et forslag som de lar henge igjen og viser til at samarbeidet mellom NIS og Haukeland sykehus burde granske dette nærmere.

Som vi ser er det en aktør som mangler i debatten om DRG-systemet og det er fylkeskommunene. I følge eilertsen-utvalget var de trofaste til rammefinansieringen på grunn av systemets positive sider som geografisk utjevning og kostnadskontroll. I mitt forarbeid til denne oppgaven så jeg gjennom en rekke høringsuttalelser fra noen utvalgte fylkeskommuner og her stilles det ingen spørsmål til DRG-systemet. Nordland, Vestfold, Hordaland og Rogaland fylkeskommuner stiller seg altså positiv til stykkprisforsøket og 3 fylkeskommuner melder seg som forsøksfylker. Det kan tenkes at de så på DRG-systemet som en del av stykkprisforsøket og derfor stiller spørsmål ved selve stykkprissystemet i stedet for DRG-systemet.<sup>101</sup>

Var overføringen av systemet fra amerikanske til norske forhold det eneste problemet? I følge utvalget var de meget fornøyd med hvordan NIS hadde dokumentert det potensialet som systemet hadde som styringsverktøy i helsesektoren, men det var som nevnt ikke ferdig utviklet. Det fantes på denne tiden en skepsis til om systemet faktisk ville ha en effekt for kvaliteten ved tjenestene sykehusene utførte. Hvis det var om å få behandlet pasientene fortest mulig for å ta etter for presset og for å tjene mer penger kunne legene bli presset til å skrive ut pasienter for tidlig. Noe som igjen kunne gå ut over kvaliteten. Et annet problem var at datagrunnlaget for å registrere gruppene ikke var godt nok. Dette skulle NIS arbeide videre med, men sykehusene hadde ikke noe system for å se hvilke og hvor mange tjenester pasientene mottok. I arbeidet med DRG ved Haukeland sykehus hadde sykehusets

---

<sup>100</sup> NOU 1987:25 s.109

<sup>101</sup> Høringsuttalelser fra Vestfold, Nordland, Rogaland og Hordaland fylkeskommuner vedr. NOU 1987:25



felleskostnader blitt fordelt til hver enkelt avdeling. Disse kostnadene hadde så blitt videreført til ut til pasientgruppene, men siden en ikke hadde en oversikt over f. eks hvilke tjenester hver enkelt pasient mottok ble fordelingen basert på kjønn. Datamaterialet var med andre ord for lite.<sup>102</sup> Andre land som Sverige, Irland, England og Portugal hadde også startet samme kostnadsprosjekter som Norge for å se hvor mye pasientene kostet. Danmark derimot ville ikke påbegynne et slikt prosjekt, nettopp fordi de mente at datagrunnlaget var for dårlig til å få en god nok oversikt.<sup>103</sup>

Som vi ser var det problemer også ved DRG-systemet, men det skyldes stort sett at det ikke var ferdig utviklet, eller oversatt fra amerikansk. NIS talte hele tiden for dette systemet og forklarte at enkelte problemer som med mangel på datagrunnlag og med skapelsen av egne norske DRG-koder ville bli løst de neste årene. At stykkprisbetaling ikke innføres slik at vi ikke får et skift i finansieringen av norske sykehus kan knyttes sterkt sammen til at utviklingen av DRG-systemet enda ikke var kommet langt nok. Eilertsen-utvalget så nemlig på DRG-systemet som nødvendig for at stykkprisfinansieringen skulle virke etter sin hensikt.<sup>104</sup> Veien videre for DRG-systemet ble lang, men som vi skal se fikk det stor oppslutning i periodene som kom. Systemet var med andre ord kommet for å bli.

Det kan virke som om en ventet at DRG-systemet skulle være løsningen på alle problemer når det var ferdig utviklet. Dette kommer spesielt til syne i en høringsuttalelse fra NIS vedrørende Eilertsen-utvalgets utredning. NIS slår her fast at hovedproblemet med den daværende finansieringsordningen var at den ikke skjedde ut fra noen kjent sammenheng mellom aktivitet og ressursbehov. Dette førte i følge NIS til at styringen fra fylkeskommunen ble konsentrert rundt opprettholdelse av den rammen de ble gitt i hver budsjettpost og ikke mot det som var viktig, nemlig produktiviteten.<sup>105</sup> I tillegg mente de at sykehusene ikke hadde muligheten til økt effektivisering fordi innsparte midler ofte gikk tilbake til fylkeskommunen i stedet for at sykehusene fikk benytte dem selv. Hvordan dette skulle løses har NIS, med stor tro på eget arbeid, en kommentar til; *”Når DRG-systemet foreligger ferdig tilpasset vil dette problemet kunne reduseres betraktelig.”*<sup>106</sup> Her mener de at DRG-systemet åpnet for muligheten til enten på forhånd fastsette budsjetttrammene ut fra den aktiviteten sykehuset ønsket eller i ettertid evaluere driften ut i fra informasjon om sammenheng mellom aktivitet og ressursbehov.

---

<sup>102</sup> NOU 1987:25 s.131

<sup>103</sup> Byrkjeflot og Torjesen (2006) s. 14

<sup>104</sup> NOU 1987:25 s.132

<sup>105</sup> Høringsuttalelse fra NIS vedr. NOU 1987:25 30.11.1987

<sup>106</sup> Høringsuttalelse fra NIS vedr. NOU 1987:25 30.11.1987

Som vi skal se i kapittel 6 i denne oppgaven ble det fra og med 1996 tatt i bruk en egen norsk versjon av DRG-systemet. 1. juli 1997 kom DRG-finansieringen inn for fullt med innføringen av Gudmund Hernes nye ordning; Innsatsstyrt finansiering. I den senere tid har vi i Norge innført NordDRG som oppdateres hvert år, og som er et samarbeid mellom de nordiske landene. Sosial- og helsedirektoratet er i dag det nasjonale fagmiljøet rundt DRG-systemets programvare og kostnadsvekter.

### **3.5 Konklusjon – ”noe må gjøres, senere”**

Eilertsen-utvalget var, som vi har sett, en omfattende utredning og er imponerende i sin gjennomgang av rammefinansieringens sterke og svake sider. Det står igjen som et unikt historisk dokument som gir et innblikk i tema som finansieringsproblematikken i helsesektoren på 1980-tallet. Utvalgets samarbeid med for eksempel forskningsinstitusjoner som NIS er også eksemplarisk for utviklingen av systemer for finansieringen.

Grunnen til at vi ikke får et skift i finansieringen av norske sykehus i denne perioden, ser ut til å være mangel på andre alternativer og at det fremdeles fantes et håp om at rammefinansieringen kunne fungere slik det var ment. Det beste alternativet var stykkprisfinansiering, men er for utvalget ikke alt for overbevisende. De foreslår derfor at det settes i gang utprøving av stykkprisbetaling for sykehustjenester så snart som det er praktisk mulig for å se hvordan det fungerer i de utvalgte forsøkssykehusene. En tilstedeværelse av store forhåpninger til stykkprissystemet er det helt klart i utvalgets utredning, spesielt med tanke på å kunne oppnå en høyere effektivitet i sykehusenes behandling. Her kunne stykkprissystemet i følge utvalget være med å bidra. Alt i alt var det likevel for mange spørsmål som måtte drøftes nærmere rundt beregningen av kostnader ved systemet og for eksempel hvem som skulle motta og betale stykkprisen. I tillegg var det et åpent spørsmål om hvordan størrelsen på stykkprisandelen kunne føre til økt motivasjon for effektivisering i sykehusene. Alle disse spørsmålene måtte besvares bedre og en kunne derfor ikke gå inn for ordningen på det daværende tidspunkt. Usikkerheten knyttet til systemet håpet en å få avklart ved forsøksordninger, noe også fylkeskommunene støttet seg til. Stykkprissystemet ble av utvalget knyttet til DRG-systemet der DRG kunne fungere som et instrument for informasjonsgrunnlag og fastsetting av priser for sykehusenes tjenester. Det er i høyeste grad enighet om at dette systemet ikke var tilstrekkelig utviklet og dermed ikke kunne settes i kraft etter Nasjonal helseplans innstilling. Når DRG-systemet ikke var ferdig så en heller ikke poenget med å innføre stykkprisfinansiering som gjeldende system for norske somatiske sykehus, men det burde utprøves.

Eilertsen-utvalget argumenterer med at rammefinansieringen hadde for stor støtte i fylkeskommunene. Dette hevder også Maren Skaset. Som jeg har vist må en nok tone ned størrelsen av denne støtten. Flere fylkeskommuner er klar for å forsøke stykkpris og DRG-systemet. De ser også en rekke fordeler så lenge stykkprisen blir tildelt forsvarlig. Som vi har sett peker fylkesrådmannen i Vestfold fylkeskommune på at stykkprisbetalingen for sykehustjenester burde utbetales fra fylkeskommunene innenfor rammefinansieringssystemet. Her er det altså snakk om å videreutvikle rammefinansieringen med elementer av stykkpris. Bare på den måten kunne en i følge fylkesrådmannen oppnå målsettingene om geografisk utjevning, lokalt selvstyre og styring av samlede offentlige utgifter.

DRG-systemet ble NIS sitt største prosjekt noensinne. Kompleksiteten av dette systemet forklarer hvorfor det tok så lang tid å omsette det til norske forhold. Det som forundrer mest er den store enigheten blant de fleste aktørene om at dette var et system som det burde satses på. Som vi så var overlege Per Nyhus kritisk til DRG-systemet, og han peker seg ut som en av få motstandere av ideologien bak systemet. På den andre siden var han først og fremst redd for et alt for industrialisert helsevesen, ikke DRG-systemet i seg selv. DRG-prosjektet overlever regjeringsskifter og en lang rekke helse- og sosialministre. En gjennomgang av kronikker og avisartikler fra denne tiden viser også for det meste en positiv holdning til systemet.<sup>107</sup>

Samarbeidet mellom politikerne og forskningsmiljøene i Norge ser også ut til å ha vært et meget nært samarbeid. NIS fanget opp den internasjonale trenden rundt DRG-systemet på et tidlig tidspunkt og bare måneder etterpå viste Heløe interesse. Forskerne presenterer med andre ord systemet for politikerne. Fylkeskommunene og sykehusene får sagt sitt i høringsuttalelsene til for eksempel Eilertsen-utvalget, men når det gjaldt DRG-utviklingen ville Planavdelingen ved Haukeland sykehus starte sitt eget prosjekt, men trakk seg fort ut og overlot det til NIS. DRG blir derfor et system som kommer fra myndighetene ved hjelp av forskningsmiljøene og blir pådyttet de andre aktørene. Men først skulle dette systemet utprøves.

---

<sup>107</sup> [www.atekst.no](http://www.atekst.no) – søkeord ”drg”

## 4. Sykehusforsøkene 1991-1993 – ”mer ut av hver krone”

### 4.1 Kombinasjon av stykkpris- og rammefinansiering

Eilertsen-utvalget hadde gått inn i en serie med ulike utvalg som skulle arbeide parallelt med å legge grunnlaget for en Nasjonal Helseplan. Gro Harlem Brundtlands andre regjering<sup>108</sup>, med Tove Strand Gerhardsen som sosialminister, la i mars 1988 fram denne nasjonale helseplanen i ”*Stortingsmelding om helsepolitikken mot år 2000*”. Den hadde som formål å ta opp de problemene og de utfordringene som Norge sto overfor i arbeidet med å bedre befolkningens helse.<sup>109</sup> Nasjonal helseplan ble en stor og omfattende stortingsmelding som blant annet tok for seg hovedmål for helsepolitikken og strategien for en bedre helsepolitikk. Herunder store prinsipielle spørsmål som likhet og likeverd, pasientenes rettigheter og sykehusenes prioriteringer. Alt fra personellpolitikk og effektivisering av helsesektoren til hva en burde ligge i begreper som ”omsorg” ble tatt opp. Viktig var også spørsmål om finansiering, organisering og styring i institusjonshelsetjenesten. For første gang siden 1975 ble det lagt fram en fullstendig melding om hele helsepolitikken. Nasjonal helseplan kom i stand på bakgrunn av Verdens Helseorganisasjons (WHO) målsetting ”*Helse for alle innen år 2000*”, som Norge hadde sluttet seg til.

I forrige kapittel så vi hvordan Eilertsen-utvalget utredet en mulig finansieringsordning med delvis stykkprisbetaling, altså delvis betaling for utførte sykehustjenester. Utvalget åpnet opp for en stykkprisandel av totalbudsjettet på 20 prosent.<sup>110</sup> En høyere stykkpris ville i følge utredningen føre til en for stor usikkerhet i budsjettet for betaleren. På den andre siden var Eilertsen-utvalget opptatt av at en ikke kunne vite med sikkerhet hvordan en lav eller en høy stykkprisandel ville fungere i praksis. Om en stykkprisandel på 20 prosent ville være høy nok til å stimulere sykehusene til økt aktivitet ble stående som et åpent spørsmål. Denne usikkerheten rundt effekten av stykkprisandelens størrelse var et av hovedargumentene for ikke å innføre stykkprisordningen som finansieringsmodell for norske somatiske sykehus på det daværende tidspunkt. Trolig var det bare reell erfaring som kunne vise hvordan prisene skulle settes for å bidra til et økt tjenestetilbud.<sup>111</sup>

---

<sup>108</sup> Ren Ap-regjering fra 9. mai 1986 til 16. oktober 1989

<sup>109</sup> St. meld. nr. 41 (1987-88) s.7

<sup>110</sup> NOU 1987:25 s.100

<sup>111</sup> NOU 1987:25 s.101

Eilertsen-utvalget hevdet på bakgrunn av dette at forsøksvirksomhet avgrenset til alle sykehusene i minst to fylker ville gjøre det mulig å eksperimentere med størrelsen på stykkprisandelen, og de enkelte stykkprisene. Slik kunne en skaffe et sikrere grunnlag for fastsettelsen av stykkprisandelen ”..dersom en seinere vil foreta en generell endring i finansieringssystemet for helseinstitusjoner”.<sup>112</sup> Utvalget gikk derfor inn for at det skulle settes i gang forsøksvirksomhet med stykkprisbetaling for sykehustjenester ”så snart som praktisk mulig”.<sup>113</sup> Før en slik prøveordning kunne settes i gang, var det en hel del spørsmål som måtte avklares, som til eksempel hvem som skulle motta stykkprisbetalingen, hvem som skulle betale stykkprisdelen, konsekvenser ved systemet og hvordan en skulle beregne stykkprisbetalingen.

Sosialdepartementet sluttet seg til utvalgets vurdering og la til at det var et klart behov for å utprøve finansieringssystemer for sykehusene som kunne belønne høy produktivitet og motivere til ekstra innsats.<sup>114</sup> Både Eilertsen-utvalget og Sosialdepartementet så på prøveprosjektet som nødvendig, men mye var altså usikkert rundt ideen om en kombinasjon av stykkprisbetaling og rammefinansiering.

Selve hovedmålet med å kombinere rammefinansiering og stykkprisbetaling var i følge Eilertsen-utvalget å lage et slags ”supersystem”, der en tok vekk de dårlige sidene og forente de beste sidene ved hvert av de ulike finansieringsprinsippene. Stykkprisen skulle sørge for økt produktivitet i tjenestene i helsesektoren, mens rammefinansieringen skulle fortsette å holde totalkostnadene under kontroll.<sup>115</sup>

I dette kapitlet skal jeg se nærmere på hvordan dette såkalte ”stykkprisforsøket” ble gjennomført, hvilken effekt det hadde på sykehusenes produksjon og hvordan kombinasjonen av stykkpris og rammefinansiering ble oppfattet som finansieringsordning for sykehus. Flere steder blir dette forsøket fremstilt som et lite forsøk, som til eksempel i stortingsmelding nr. 50 1993-94 ”samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste”, der forsøket blir kalt ”for lite til at en kan trekke generelle slutninger”.<sup>116</sup> Som vi skal se i dette kapitlet så dreier de seg tvert i mot om store forsøk hos noen av landets største sykehus.

---

<sup>112</sup> NOU 1987:25. S.102

<sup>113</sup> NOU 1987:25 s. 102

<sup>114</sup> St. meld. nr. 41 (1987-88) s.185

<sup>115</sup> NOU 1987:25 s.100

<sup>116</sup> St. meld. nr.50 1993-94 s. 133

## 4.2 Usikkerhet rundt systemet, ikke forsøket

Selv om Eilertsen-utvalget hadde påvist at de fleste aktørene innen helsesektoren ville fortsette med en ren rammefinansiering og at det var stor usikkerhet rundt stykkprisbetalingen, så var begrepet stykkpris i vinden som aldri før på slutten av 1980- og begynnelsen av 1990-tallet. Allerede i 1988 hadde FrP forslag om avvikling av rammefinansieringen og innføring av ren stykkprisfinansiering i sitt prinsippprogram, siden stykkprismodellen så ut til å være en langt mer effektiv finansieringsmodell i partiets øyne. Håpet til partiet var at pasientene skulle bli en inntektskilde i stedet for en utgiftspost.<sup>117</sup> Denne holdningen til stykkprissystemet fortsatte de å ha, som vi skal se i neste kapittel. Også helseøkonomer og andre med ekspertise på området snakket varmt om stykkprissystemet. Jan Grund mente i stykkprisforsøkets første år (1991), i forbindelse med et seminar om finansiering i helsevesenet, at det var på tide å innføre noe nytt innen finansieringen av norske sykehus og at det beste alternativet var stykkpris. Grund mente at stykkprisfinansiering var i tråd med den internasjonale trenden hvor stykkprisfinansiering ble stadig vanligere, *”fordi det er et ønske å få mer helse ut av hver krone”*.<sup>118</sup> Med dette mente han at hvis sykehusene skulle bli mer effektive, så måtte politikerne slutte med detaljstyringen av helsesektoren. *”Slipp opp i smått, men styr sterkt i stort”*.<sup>119</sup> Så selv om rammefinansieringen var på vei mot målet om geografisk utjevning og totalkostnadene var under kontroll var regjeringen klar over at dette systemet ikke kunne fortsette i all fremtid. Premiering av krisemaksimering og mangel på økonomiske insitamenter for å kunne høyne produksjon og effektivitet var store problemer ved systemet, og når en i tillegg ikke fulgte den internasjonale trenden, noe Norge faktisk hadde gjort ved innføringen av rammefinansieringen i 1980 var det på slutten av 80-tallet altså en debatt om å gjøre et skift i finansieringen.

Det er også viktig å nevne at på visse områder innefor helsetjenestene, unntatt de somatiske sykehusene, var rammefinansieringen allerede supplert av ulike stykkprisordninger, eller refusjoner, hovedsakelig gjennom trygd. I kommunehelsetjenesten fikk for eksempel privatpraktiserende leger og fysioterapeuter refusjoner fra folketrygden basert på visse takster for tjenester etter forhandlinger mellom Staten, KS og yrkesorganisasjonene. I tillegg fantes det refusjonsordninger for spesialister utenfor sykehusene og for offentlige laboratorier og røntgeninstitutt.<sup>120</sup> Alle disse hadde også i mange tilfeller et element av stykkprisbetaling gjennom brukerbetaling. Da rammefinansieringen ble innført hadde en hatt stor tro på at dette

---

<sup>117</sup> Fremskrittspartiets prinsippprogram 1988

<sup>118</sup> NTBtekst 15.4.1991

<sup>119</sup> NTBtekst 15.4.1991

<sup>120</sup> St. meld. nr.41 (1987-88)

var det beste systemet og en ville at det skulle gjelde for de fleste helsetjenestene. Regjeringen Harlem Brundtland foreslo derfor i Ot. Prp. Nr. 36 (1980-81) at stykkprisbetalingen til privatpraktiserende leger og fysioterapeuter som var betalt av folketrygden skulle innpasses i rammetilskuddene. De kommunene som ville fortsette å satse på privat praksis kunne fortsette å ha stykkprisavtaler med dem det gjaldt. Dette ble derimot ikke gjennomført. I stedet ble et kommunalt driftstilskudd lagt inn i rammefinansieringsordningen, mens folketrygden ved stykkprisfinansiering også bidro til en del av finansieringen til for eksempel fysioterapeuter.<sup>121</sup> Som vi ser var ikke stykkprisbetaling et nytt og ukjent system, men det var som nent usikkerhet hvordan det kom til å fungere for sykehusfinansiering, altså i en mer omfattende grad. Denne stykkprisbetalingen gjaldt altså for kommunehelsetjenesten, og som et apropos kan det nevnes at denne måten å lønne allmennleger og fysioterapeuter på etter hvert ble dratt inn i et prosjekt om fastlegeordningen som igjen førte til den ordningen vi har fått i den senere tid.<sup>122</sup>

Sosialdepartementet forklarte i Nasjonal Helseplan at det var helt klart et behov for å utprøve finansieringssystem i sykehus som belønnet høyere produktivitet. På den andre siden forelå det ulike syn på om dette faktisk kunne gjøres ved å innføre et element av stykkprisbetaling for sykehustjenester. Høringsuttalelsene gikk i følge Sosialdepartementet i ulik retning. Riktignok støttet et klart flertall forslaget om å gjennomføre forsøk med delvis stykkprisbetaling, men enkelte anså ikke dette som en løsning på til eksempel styrings- og effektiviseringsproblemene som hele tiden var til stede i sykehussektoren.<sup>123</sup> De fleste fylkeskommunene ville selv ta hånd om utbetalingen av stykkpris slik at det kunne bli et element i effektiviseringen av egne fylkeskommunale sykehus. I forrige kapittel så vi på Vestfold fylkeskommunes synspunkter på dette, og for å underbygge at dette var en generell holdning blant fylkeskommunene kan det nevnes at Nordland fylkeskommune også mente at den mest prinsipielle og praktisk riktige måten var at fylkeskommunene selv finansierte stykkprisene. Dette var også mest i tråd med regionaliserings- og ansvarsfordelingsprinsippene.<sup>124</sup> NIS mente at DRG-systemet var det eneste reelle grunnlag for stykkprisbetaling. En ordning med stykkprisbetaling ville i følge NIS bare være meningsfull hvis en hadde mulighet til å se sammenheng mellom pris og aktivitet ved hjelp av DRG-klassifisering. Dette synspunktet støttet Sosialdepartementet fullt ut. På den andre siden var ikke arbeidet med DRG kommet langt nok slik departementet så det, derfor burde en

---

<sup>121</sup> Kommunehelsesloven 1984

<sup>122</sup> St. meld. nr. 50 1993-94 s. 121

<sup>123</sup> St. meld. nr. 50 1993-94 s. 185

<sup>124</sup> Høringsuttalelse fra Nordland fylkeskommune 24.-25. November 1987 dok.nr.: 87313 HDC 0004

vente med å starte stykkprisprosjektet til etter budsjettåret 1990.<sup>125</sup> På bakgrunn av dette ble det lagt fokus på å påskynde utviklingen av DRG-systemet. I 1988 ble 20 norske sykehus, som hadde gode datakvaliteter, valgt ut til å registrere sykehusopphold slik at datagrunnlaget kunne bli brukt som referansedata for det norske DRG-systemet.<sup>126</sup> Det hadde tidligere vært kontakt med Nordland fylkeskommune om deltakelse i prøveprosjektet.<sup>127</sup> I tillegg hadde Hordaland og Rogaland fylkeskommuner meldt sin interesse.

Sosialdepartementet hadde i forbindelse med arbeidet med nasjonal helseplan gjennomgått høringsuttalelser og drøftet det kommende stykkprisforsøket med Norske Kommuners Sentralforbund, Nordland, Hordaland og Rogaland fylkeskommuner, i tillegg til ulike forskningsmiljø som til eksempel NIS. Disse drøftingene hadde vist at det fantes interesse for flere typer forsøk, men det var her andre spørsmål enn de jeg har diskutert over som måtte besvares før en startet forsøket. For det første visste en ikke om gode resultater og økt produktivitet i sykehusene kunne oppnås like godt uten bruk av stykkpris. Hvis det skjedde en økt produktivitet i forsøkets år, kunne en da skylde det på stykkprisen? For det andre, hvordan kunne en organisere et forsvarlig evalueringsprogram som underveis kunne ivareta behovet for god etterprøving og evaluering av resultatene? Alle disse spørsmålene ble drøftet med de overnevnte aktørene. Det viktigste var likevel å vurdere de økonomiske forutsetningene for gjennomføringen av stykkprisforsøket.<sup>128</sup>

Departementet var også opptatt av at totalrammen skulle holdes uendret for at ikke stykkprisbetalingen skulle bidra til en ensidig frampressing av utgiftsvekst i sykehusene. Prinsipielt skulle stykkprisordningen baseres på at de mest effektive sykehusene kunne få en økonomisk stimulans, ikke at totalutgiftene skulle økes. Med disse forutsetningene la Sosialdepartementet frem noen løse retningslinjer for hvordan stykkprisforsøket skulle gjennomføres. Forsøksperioden burde vare i tre år for å få vurdert de økonomiske effektene før endringene eventuelt ble satt ut i livet. I tillegg måtte en *”..være villig til å la en tilstrekkelig del av den realøkonomiske veksten som kommer institusjonshelsetjenesten til del, gå til stykkprisrefusjon i somatiske sykehus”*<sup>129</sup> Staten kunne dermed ikke unngå å påvirke prioriteringene direkte. Hva som menes med dette er det ikke ut fra kilden lett å begripe. En mulig tolkning er at hvis det utbetales større beløp til institusjonshelsetjenesten burde disse gå til stykkprisbetaling. Altså måtte staten være åpen for å kunne betale mer. Videre hevdes det i

---

<sup>125</sup> St. meld. nr. 41 1987-88 s. 185

<sup>126</sup> Sosial og helsedepartementets ”DRG historien i Norge fra slutten av 1970-tallet til i dag”. [www.shdir.no](http://www.shdir.no)

<sup>127</sup> St. prp 1987-88 s. 43

<sup>128</sup> St. meld. Nr. 41 1987-88 s184-185

<sup>129</sup> St. meld. Nr. 41 1987-88 s186



nasjonal helseplan at en måtte unngå at deltakelsen i forsøksprosjektet i seg selv ikke førte til en vridning av tilgangen til ressurser mellom fylkeskommuner. I så fall ser det ut som om en holder fast ved et av hovedmålene til rammefinansieringen, nemlig det stadig tilbakekommende argumentet om geografisk utjevning.

Sosialdepartementet vurderte etter rådføring med NIS å la ett av de fylkene som skulle delta, prøve å oppnå en effektivitetsgevinst og en bedre sykehusdrift uten stykkpris. Dette fylket skulle heller forsøke et plan- og budsjettssystem basert på DRG. Dette ser ut til å bli vurdert ut i fra at et av de største problemene sosialdepartementet så med forsøket var å fortsette med vanlig drift og holde andre betingelser uendret slik at det var effekten av stykkprisen som ble vurdert og ikke andre eventuelle hendelser. I en høringsuttalelse fra NIS i forbindelse med Eilertsen-utvalgets innstilling foreslo også NIS det samme, bare at det ene forsøksfylket skulle prøve et system med stykkprisbetaling, mens det andre skulle rammebudsjetteres med bruk av DRG.<sup>130</sup> Altså ville de i utgangspunktet helst prøve to forskjellige forsøk, ett i hvert fylke. På den måten kunne man ha mulighet for å evaluere to former opp mot hverandre. Dette forslaget blir ikke nevnt igjen i noen av de kildene som tar for seg selve forsøket og en kan derfor gå ut i fra at det ikke ble gjennomført.

Som vi ser er det ikke tvil om at et stykkprisforsøk skal gjennomføres. Da de negative sidene ved stykkprisforsøket ble diskutert, enten i Eilertsen-utvalget eller i nasjonal helseplan, så snakkes det ikke om og ikke gjennomføre prosjektet. Det er mye usikkerhet rundt ordningen, men det er en gjennomgående forståelse for at det skal bli noe av stykkprisforsøket. Alle aktørene er positive til å prøve, selv de som ikke er helt positive til selve systemet. Tre år etter at Nasjonal Helseplan ble fremlagt, den 1. januar 1991, startet Sosialdepartementet forsøk med delvis stykkprisfinansiering av somatiske sykehus, det vi kaller ”stykkprisforsøket”.

## **4.3 Organisering av forsøket**

### **4.3.1 Aktørene i forsøket**

De utvalgte fylkeskommunene ble Nordland og Hordaland. I tillegg hadde som nevnt også Rogaland fylkeskommune vist interesse, men den ble ikke inkludert i forsøket.<sup>131</sup> Naturlig nok ble det gjort noen begrensninger for å gjøre det lettere å gjennomføre forsøket, og det var enighet om at det holdt med to fylker i første omgang. Nordland hadde tidlig vært i dialog

---

<sup>130</sup> Høringsuttalelse fra NIS vedr. NOU 1987:25 10.11.1987

<sup>131</sup> Høringsuttalelse fra Rogaland fylkeskommune om NOU-rapport 1987:25 pkt.1

med Sosialdepartementet og i Hordaland lå Haukeland sykehus, et av landets største sykehus. Haukelands egen planavdeling hadde tidlig hatt ambisjoner om å bli det sentrale fagmiljøet for DRG-systemet i Norge. Haukeland sykehus hadde måttet akseptere at hovedtyngden og prosjektledelsen for DRG-utviklingen ble gitt til NIS, på den andre siden var ikke dette et nederlag siden sykehuset fikk være med på gjennomføringen av selve stykkprisforsøket og dermed erfare DRG-systemet på nært hold. Når det gjaldt målet om økt aktivitet så NIS på stykkprisbetaling som en mulig stimulans. På den andre siden mente de at et stykkprisbetalingssystem kunne føre til at det ikke ble satt tak på aktiviteten, dette kunne i følge NIS føre til at andre områder av helsetjenesten kunne få redusert aktiviteten i situasjoner med knappe ressurser. Etter NIS sin oppfatning kunne et eventuelt behov for aktivitetsøkning bli dekket gjennom vedtak om tilleggsbevilgninger i forhold til de vedtatte rammene. En stykkprisbetaling kunne med dette gi en økning av aktiviteten som ikke var ønsket.<sup>132</sup> Hva NIS mener med dette kommer ikke helt klart frem. En mulig tolkning er at NIS mener at tilleggsbevilgninger ikke burde brukes fordi det forstyrret forsøket ved at aktiviteten ble økt gjennom andre elementer enn stykkprissystemet. En videre tolkning av dette kommer jeg tilbake til under systemets målsettinger.

Stykkprisforsøket ble opprinnelig planlagt å vare i to år, i følge NIS sin evaluering i rapporten ”*Stykkprisbehandling – økonomi eller medisin?*”.<sup>133</sup> Eilertsen-utvalget hadde foreslått at forsøket skulle gjelde alle sykehus to fylker over en toårsperiode. Sosialdepartementet hadde på sin side i utgangspunkt satt tre år som varighet for prosjektet. Valget ble å gjennomføre forsøksprosjekt ved Nordland sentralsykehus og Rana sykehus i Nordland, og Haukeland sykehus og Fylkessjukehuset på Stord i Hordaland i to år. Fra 1. januar 1993 ble forsøket utvidet ved at sykehusene i Hordaland fortsatte forsøket, mens det i Nordland ble utvidet i omfang ved at alle sykehusene i fylket ble innlemmet i forsøket.

Forsøkssykehusene selv og Sosialdepartementet sto for den direkte ledelsen og oppfølgingen av prosjektet, mens tre forskningsmiljøer fikk oppgaven med å evaluere stykkprisforsøket. De tre forskningsmiljøene var Norsk institutt for by- og regionforskning, Statens institutt for Folkehelse og sist, kanskje det viktigste forskningsmiljøet for evalueringen, NIS. I tillegg ble det amerikanske konsulentfirmaet AT Kearney leid inn for å se på mulig effektiviseringsvekst i sykehusene. Statens institutt for folkehelse så stykkprisforsøkets innvirkning på behandlingskvaliteten. Norsk institutt for by- og

---

<sup>132</sup> Høringsuttalelse fra NIS 30/11 1987

<sup>133</sup> Solstad, Kjell og Oppdahl Mo, Tone. Rapport 4/93 SINTEF NIS

regionforskning så først og fremst på kostnadseffektene ved forsøket.<sup>134</sup> NIS sitt evalueringsarbeid var skilt ut som et eget prosjekt. Dette arbeidet bestod av to hoveddeler. Den første gjaldt aktivitets- og kostnadsanalyser fra det første forsøksåret 1991.<sup>135</sup> Den andre delen av evalueringen til NIS ble knyttet til brukersiden, altså de representantene fra kommunehelsetjenesten som brukte sykehusene på vegne av sine pasienter, og beslutningstakerne i staten og de deltakende fylkene.<sup>136</sup> I tillegg ble det opprettet flere faggrupper, både sentralt og lokalt, som skulle ta seg av det praktiske rundt forsøket. Disse gruppene arbeidet med datakvalitet og eventuelle endringer i registreringspraksis og kodingen av pasientdata.

Forsøket ble begrenset til sykehusenes driftsbetingelser i forhold til sykehusenes inntektsmuligheter. Det vil si at forsøket ikke skulle gå inn for å endre strukturen eller lignende organisasjonsendringer for hele helsetjenesten i de aktuelle fylkene. Til eksempel ble ikke primærhelsetjenesten trukket inn for å unngå eventuelle endringer i dens funksjon. Solstads NIS-rapport beskriver prosjektet som et forsøk som var begrenset til tilbudssiden i ”markedet” for sykehustjenester.<sup>137</sup> Hva han mener med dette kan tolkes dit hen at etterspørselsiden ikke ble endret, altså primærhelsetjenesten. Forsøket ble også begrenset til kun den kliniske delen av den somatiske helsetjenesten. Det vil si at psykiatriske avdelinger og poliklinisk aktivitet, altså pasienter som ikke overnatter på sykehuset, ble holdt utenfor.

I følge NIS skiller det norske stykkprisforsøket seg ut fra andre reformer i Europa. Ved for eksempel helsereformene i Sverige og i Storbritannia ble strukturen i den totale helsetjenesten endret, ikke bare finansieringen av sykehusene slik som var tilfelle ved stykkprisforsøket.

#### **4.3.2 Målsetting og modeller**

Overordnet stod altså en målsetting om å undersøke om stykkprisfinansiering av sykehustjenester kunne føre til en bedre effektivisering av tjenesteproduksjonen. NIS definerer effektivisering som ”*kostnadseffektivisering av driften, det vil si at man får mer ut av hver krone brukt til denne produksjonen*”<sup>138</sup>. Det kan virke som om ”*mer ut av hver krone*” var blitt slagordet for stykkprisfinansiering. ”Slagordet” finner vi i Grund, Berg og hos de

---

<sup>134</sup> St.meld. nr.50 1993-94 s.132-133

<sup>135</sup> Solstad (1993) s.3

<sup>136</sup> Solstad (1993) s.3

<sup>137</sup> Solstad (1993) s. 5

<sup>138</sup> Solstad (1993) s. 5

nevnte forskningsmiljøer.<sup>139</sup> Videre var det selvfølgelig også en målsetting at en skulle unngå at finansieringen reduserte kvaliteten på sykehustjenestene, noe som sier seg selv.

NIS peker i sin rapport på at det derimot ikke har vært noen målsetting om å skape bedre samspill mellom tilbud og etterspørsel. Dette fordi forsøket ikke ble organisert slik at det ikke hadde noen direkte effekt på dette samspillet. Forsøket ble som nevnt i forrige underkapittel i stedet knyttet til tilbyderne av sykehustjenester, slik at hvis det skulle skje at sykehusene økte sin aktivitet eller ble mer effektive, så var det ingen garanti for at sykehusene behandlet de ”riktige” pasientene, det vil si de pasientene som trengte det mest. Sykehusene skulle fortsette å administrere inntaket av pasienter, mens legene i primærhelsetjenesten skulle fortsette å henvise pasienter til sykehusene som før. NIS mener derfor at det ville være en *”tilfeldighet om samspillet mellom tilbud og etterspørsel skulle påvirkes av forsøket med stykkprisfinansiering.”*<sup>140</sup> Som jeg var inne på i forrige underkapittel tolket jeg Solstads NIS-rapport slik at primærhelsetjenesten var ”etterspørselsiden”. På denne siden ble ikke betingelsene endret og med sitatet over tolker jeg det som om NIS reserverer seg mot eventuelle endringer i primærhelsetjenesten som følge av stykkprisfinansieringen, det ville i så fall være en ”tilfeldighet”.

Når det gjaldt selve finansieringsmodellen som ble utprøvd var dette altså en kombinasjon av stykkprisbasert og rammebasert finansiering. Basis for prissetting av aktivitet ved sykehusene var DRG-systemet. Da stykkprisforsøket ble startet ble det brukt versjon ”Yale 85, versjon 05/91”. Denne versjonen kunne gruppere pasientene inn i 468 DRG-grupper. Andre versjoner av systemet kunne ha et større eller mindre antall. Pasientene ble gruppert i disse DRG-gruppene basert på diagnosedata, alder, kjønn og operasjonskoder ved utskriving. I tillegg til disse 468-DRG-ene ble det brukt tre DRG-er som pasienter ble gruppert til ved mangler eller feil i registreringen av medisinske data.<sup>141</sup>

Modellen skulle i utgangspunktet være 80 prosent basisfinansiering og 20 prosent stykkprisfinansiering, som ledd i et motiveringssystem for større innsats. Det foreslåtte systemet med 20/80 ville i følge NIS svekke myndighetenes budsjettkontroll ved at de 20 prosentene kunne eksplodere.<sup>142</sup> Eilertsen-utvalget hadde ment at dette kunne kontrolleres ved å redusere neste års stykkpriser, men som vi så i forrige kapittel ble spørsmålet om størrelsen på stykkprisandelen stående åpent.<sup>143</sup> NIS konkluderte i høringsuttalelsen til

---

<sup>139</sup> F.eks Grund (2006) s.56 og Solstad (1993) s.5

<sup>140</sup> Solstad (1993). s.6

<sup>141</sup> [www.shdir.no](http://www.shdir.no) utviklingen av DRG i Norge fra slutten av 70-tallet til i dag

<sup>142</sup> Høringsuttalelse fra NIS 10/11 1987 s.4

<sup>143</sup> NOU 1987:25 s.109

Eilertsen-utvalgets innstilling at utredningen var et imponerende dokument og et glimrende utgangspunkt, men den største svakheten var at utvalget ikke erkjente ”*de muligheter for et kvantesprang i dette arbeid som ligger i erkjennelse og utnyttelse av spillteoretiske tilnæringsmåter*”<sup>144</sup> Med svakhet mener NIS det at utvalget ikke hadde vurdert den mulige konsekvensen av at sykehusene starter et spill om utvidet aktivitet for å få tak i de 20 prosentene med stykkpris. Hvert enkelt sykehus kunne i følge NIS se sine egne interesser tjent med å holde et økt nivå og dermed få større inntekter til fri disposisjon og håpe på at andre sykehus ikke gjorde det samme.<sup>145</sup> At disse prosentene i følge NIS hadde muligheten til å ”eksplodere” er ikke så lett å forstå etter evalueringen jeg foretok i forrige kapittel. Her får en inntrykk av at disse takstene er faste, ikke at de kan eksplodere. Det NIS mener med dette tolker jeg slik at av det samlede beløp som fantes i syketrygden som staten disponerte var det mulig å hente mer så lenge ikke alt ble brukt opp. Det vil i så fall bety at et sykehus kunne øke aktiviteten og dermed presse staten til å utbetale for flere behandlinger enn det som var tilsiktet etter referansenivået. At et sykehus håpet at ikke andre sykehus økte aktiviteten kan bety at det var et tak på hvor mye som kunne utbetales gjennom syketrygden slik at staten kunne stoppe utbetalingene hvis budsjettene deres ble overskredet.

I stedet for 20/80 ble det gått inn for en basismodell på 40/60, slik at DRG-prisene utgjorde 40 prosent av enhetskostnadene for hver DRG. Dette forstår jeg som at for eksempel denne hudtransplantasjonen ble fast taksert med 40 prosent ved DRG mens resten av det en slik transplantasjon ville koste ble rammefinansiert. Fylkene fikk et fradrag i helse- og sosialtilskuddet fra Sosialdepartementet tilsvarende stykkprisinntekter fra et referansenivå for aktivitet for sine sykehus. Dette referansenivået som NIS viser til var et gjennomsnitt av aktiviteten ved sykehusene for årene 1989 og 1990, så dersom et sykehus til eksempel behandlet like mange pasienter som referansen, eller gjennomsnittet, ville sykehusenes inntekter tilnærmet bli lik 100 prosent rammefinansiering for den aktiviteten. Det vil si at det faktiske forholdet mellom stykkpris- og rammefinansiering ikke behøvde å være 40/60. Det er først når sykehusene utvider aktiviteten utover referansenivået fra 1989-1990 at sykehusenes inntekter kunne være lik stykkprisinntektene fra meraktiviteten.<sup>146</sup> Dette kan tolkes slik at ”helse og sosialtilskuddet” som fylkeskommunene fikk et fradrag i, er rammefinansieringen, og at den ble redusert med 40 prosent. Hvis sykehusene behandlet like mange pasienter som til eksempel året før, ble det derfor brukt like mye som rammefinansieringsbeløpet fra dette

---

<sup>144</sup> Høringsuttalelse fra NIS 10/11 1987 s.5

<sup>145</sup> Høringsuttalelse fra NIS 10/11 1987 s.4

<sup>146</sup> Solstad. (1993) s.7

året. Siden et like stort beløp ble brukt på dette sykehuset. Med en gang sykehuset økte aktiviteten ville en da snakke om å tjene penger. Dette er som vi ser komplisert og det brukes veldig lite plass på å forklare det nærmere i rapportene fra NIS. Helsemelding 50 fra 1993-94 underbygger min tolkning om dette, der departementet forklarer at en produksjon utover aktivitetsnivået i 1989-90, altså gjennomsnittet, ville bli behandlet med 40 prosent DRG stykkpris pr. pasient. Opprettholdt en det samme aktivitetsnivået fra årene før ville sykehuset få de samme inntektene som opprinnelig fastlagt av fylkeskommunen.<sup>147</sup>

### **4.3.3 Endringer underveis**

Allerede under forsøkets første år viste det seg at var vanskelig å overholde betingelsene for forsøket. Spesielt viste det seg at forutsetningen om at fylkeskommunale tilleggsbevilgninger ikke skulle gis, ble vanskelig å holde. Underskudd skulle etter planen behandles særskilt. Det som skjedde under forsøkets første år var at budsjettjusteringene ble foretatt av fylkeskommunene uten at aktivitetskravet ble endret. Likevel økte ikke kostnadseffektiviteten siden det viste seg at merproduksjonen kostet mer enn det 40 prosent DRG kostet. 1991 ble derfor et år med økt aktivitet, men også et år med merforbruk og underskudd for forsøkssykehusene.

I det andre forsøksåret ble det lagt inn et produktivitetskrav til sykehusene før de kunne motta stykkprisinntekter av høyere aktivitet. Gjennomsnittlig kostnad pr pasient fra 1989 og 1990 ble satt som produktivitetskrav for 1992. Problemet med å holde faste sykehusbudsjetter gjorde at man i dette andre forsøksåret endret betingelsen om faste budsjetter fra fylkeskommunene til sykehusene. Fylkeskommunene fikk dermed lov til å justere sykehusbudsjettene både i forhold til referansenivået 1989-1990 og gjennom året. Merforbruket og underskuddet fra 1991 førte til at sykehusene ble pålagt å redusere aktiviteten og spare midler i 1992. Bare Nordland sentralsykehus hadde økning i aktiviteten i 1992.<sup>148</sup>

Underveis i det andre året ble det bestemt å fortsette forsøket et år til og samtidig utvide forsøket til å gjelde alle sykehusene i Nordland. For dette året (1993) ble stykkprisene for meraktivitet økt fra 40 til 60 prosent DRG. For enkelte sykehus fikk fylkeskommunene anledning til å justere produksjonskravet, betinget av at produksjonen for hele fylket ikke ble

---

<sup>147</sup> St. meld. nr. 50 1993-94 s.132

<sup>148</sup> St. meld. nr. 50 1993-94 s.132

reduisert. Produksjonskravet skulle godkjennes av fylkestinget i de respektive fylkeskommuner. Den merproduksjonen som gikk over det produksjonskravet fylkeskommunen hadde fordelt på sykehusene i forsøket skulle dekket av staten med 60 prosent DRG priser. Fra 1992 til 1993, altså fra andre til tredje forsøksår, medførte endringene en økning på 6,7 prosent i antall behandlede pasienter ved de fire forsøkssykehusene. For alle sykehusene var det en økning på 6,0 prosent i samme tidsrom.<sup>149</sup>

Dette viser at størrelsen på stykkprisen som fra Eilertsen-utvalgets arbeid hadde stått igjen som et åpent spørsmål fremdeles ikke var avklart. I det hele var det mange konsekvenser av disse størrelsene som var vanskelig å forutse. Det er også vanskelig å forstå hvordan disse størrelsene virket i praksis noe kildematerialet går ut i fra at alle forstår. Stykkprisandelen skulle etter det som forstås ut av materialet være beregnet på økt aktivitet.

#### **4.4 Evalueringen**

I tillegg til sosialdepartementets egne evalueringer av forsøket var det som nevnt flere andre eksterne aktører som bidro til evalueringsarbeidet. Først og fremst var det NIS, som vi har sett i dette kapitlet, som stod for det mest omfattende arbeidet. I Stortingsmelding nr. 50 (1993-94) ”*Samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*”, summerer departementet opp sine egne vurderinger i tillegg til vurderinger fra eksterne forskningsmiljøer.

NIS sine evalueringer av forsøket viser at alle forsøkssykehusene økte aktiviteten fra 1990 til 1992, mens aktiviteten gikk ned i referansesykehusene. Problemet med evalueringsarbeidet var at det i følge NIS var for store forskjeller og variasjoner mellom sykehusene til at det var mulig å trekke noen sikre konklusjoner. Alle sykehusene hadde bedret produktiviteten, målt ved kostnadsutviklingen i perioden forsøket pågikk, men heller ikke her kunne en trekke noen sikre konklusjoner. Når det gjaldt endringer i liggetid for pasientene, prioriteringer eller annet fant ikke NIS noen endringer. Hovedkonklusjonen til NIS var at forsøket bare varte i to år med ett års utvidning til en litt annerledes modell, noe som var et alt for lite tidsrom for en så omfattende finansieringsreform. Den fikk rett og slett ikke tid til å få ”*festet*” seg. I tillegg mente de at endringene i finansieringsmodellen underveis kan ha påvirket forløpet av forsøket.<sup>150</sup> NIS peker også på at evalueringen av forsøket hadde en rekke mangler. Det var for eksempel ikke foretatt noen organisasjonsorienterte studier

---

<sup>149</sup> St. meld. Nr.50 1993-94 s. 132 og Solstad 1993 s. 9

<sup>150</sup> St. meld. Nr.50 1993-94 s. 133 og Solstad 1993 s. 111

internt på sykehusene under forsøksperioden og det var heller ikke tatt hensyn til andre endringer som ble foretatt ved finansieringsmuligheten for sykehus. Når det gjelder det første mener NIS at ved et nærmere blikk på organiseringen av sykehusene kunne en fått innsikt i hvordan aktørene faktisk forholdt seg til finansieringsendringen. Med det andre mener NIS at forsøket kan ha blitt forstyrret av andre prosjekt som pågikk samtidig, som for eksempel sykepengeforsøket og den såkalte toppfinansieringen.

Sykepengeforsøket var satt i gang for å redusere ventetiden for behandling av den enkelte pasient. Undersøkelser gjort av Statens institutt for Folkehelse hadde vist at 5-10 prosent av ventelistepasienter ved Aker sykehus var sykemeldt. Mindre ventetider for eksempel operasjoner kunne bety mindre tapt arbeidsinnsats og mindre sykepengeforbruk blant disse pasientene. En tok altså sikte på å redusere sykepengebetalingene ved å utnytte sykehusene bedre på dagtid og også på ettermiddag og kveld. Evalueringen av dette prosjektet ble gjort hvert år og en kunne se en viss bedring, men forsøket burde etter Sosialdepartementets anbefaling i Helsemelding 50, fortsette i en lenger periode for å utnytte det maksimalt.<sup>151</sup> Et annet forsøk som var satt i gang var forsøk med den såkalte toppfinansieringen i 1993, som jeg kommer tilbake til under. NIS hadde også betenkeligheter med om dette forsøket hadde påvirket resultatene av stykkprisforsøket i 1993.<sup>152</sup>

Den viktigste lærdommen som forskningsmiljøene satt igjen med etter forsøksperioden, var at atferden ved sykehusene ikke endret seg på bakgrunn av innføringen av den type stykkprisfinansiering som ble forsøkt. Det var blant annet blitt gjort intervjuer med representanter for primærhelsetjenesten der det viste seg at det jevnt over ikke var merket noen forskjeller i deres samarbeid med forsøkssykehusene, noe som kan bety at ingen strukturelle endringer mellom nivåene i helsetjenesten fant sted under forsøket.

Norsk institutt for by- og regionforskning viste i sin rapport at de fire forsøkssykehusene var mer kostnadseffektive enn referansesykehusene. Konklusjonen deres var at sykehusene som ble finansiert med stykkpris også hadde, sett over tid, en bedre effektivitetsutvikling enn referansesykehusene. Norsk institutt for by- og regionforskning peker, som NIS også gjør, likevel på at en ikke kan trekke sikre konklusjoner. Resultatene er ikke statistisk signifikante. Videre viser de til at det er flere årsaker som har spilt inn på at en ikke har fått en større effekt i forsøket. Først og fremst kan en mulig årsak være at stykkprisfinansiering ikke fungerer motiverende i norske sykehus, i så fall bør ikke reformen følges videre. Her vises det til to forhold som gjør at dette kanskje var en forhastet løsning.

---

<sup>151</sup> St.meld. nr. 50 1993-94 s. 133

<sup>152</sup> Solstad 1993 s. 111



Fylkeskommunene og staten hadde for det første dekket budsjettunderskudd som hadde oppstått ved enkelte av sykehusene, noe som svekket insentiveffektene av stykkprisfinansieringen. Det andre forholdet kunne være at fire forsøkssykehus er et for lite antall til at det kan trekkes sikre konklusjoner.<sup>153</sup> Norsk institutt for by- og regionforskning viser altså i sin evaluering at forsøket var mislykket. En mulig konklusjon var at stykkprissystemet ikke fungerte i Norge. At forsøket ga det inntrykket var ikke særlig positivt. Likevel er det selve utformingen av forsøket som muligens ikke virket, slik at en ikke fikk et godt nok inntrykk av selve stykkprisfinansieringen som en burde fått.

Konsulentfirmaet AT Kearney var leid inn for å se på den mulige effektiviseringen av pasientbehandling i sykehusene. I sin rapport mente det å se en bedre utnyttelse av ressursene i løpet av forsøket, men det var ikke oppnådd en langsiktig effektivisering gjennom strukturelle omlegginger. Konsulentfirmaet viser også til at forsøksperioden har vært for kort til at en kan bestemme seg for at det faktisk er modellen som har påvirket effektivitetsutviklingen. Statens institutt for folkehelse hadde på sin side sett på behandlingskvaliteten og kunne ikke påvise noen sammenheng mellom forsøket med stykkprisfinansiering og endringer i effektiviseringen.<sup>154</sup>

Sosialdepartementet mente i sine vurderinger at det var vanskelig å trekke en generell konklusjon om at stykkprisfinansiering ville stimulere til økt kostnadseffektivitet i sykehusene på bakgrunn av stykkprisforsøket. Forsøket varte ikke lenge nok, bare i tre år og i tillegg ble det gjort endringer underveis. Sammen med dette og det at antall sykehus var for lite betydde at en ikke kunne trekke generelle slutninger av stykkprisforsøket. Noe departementet må ta på sin kappe ettersom departementet selv hadde ment at forsøket burde begrenses til minimum to år og ved bare fire sykehus. Som vi ser går kritikken stort sett på at det var et for lite antall sykehus over for kort tid, noe departementet hadde bestemt.

På den andre siden hevder departementet at stykkprisfinansieringen hadde medført at legene fikk et større medansvar for sykehusenes inntekter enn ved ren rammefinansiering; ”*Sammenkoblingen av inntekter, budsjett og pasientbehandling ga både sykehusene og fylkeskommunene en bedre innsikt i hva pengene brukes til enn tidligere*”.<sup>155</sup> Det kan her se ut som om det departementet mener har vært mest positivt med forsøket var at det ga de ansatte i sykehusene og fylkeskommunene et innblikk i hvor vanskelig det var å fordele pengene. På en måte kan dette virke som et spark i siden til de som tidligere hadde klaget på overføringene av

---

<sup>153</sup> St. meld. Nr.50 1993-94 s. 133

<sup>154</sup> St. meld. Nr.50 1993-94 s. 133

<sup>155</sup> St. meld. Nr.50 1993-94 s. 133

midler til fylkeskommune og sykehus og at stykkprisfinansieringen ga de ansatte en opplæring i hva pengene ble brukt til.

På bakgrunn av den informasjonen departementet fikk fra forsøket og andre problemer som fantes med stykkprisfinansieringen ville de ikke gå inn for en mer omfattende stykkprisreform. Når departementet nevner andre problemer med stykkprisfinansieringen mener de visse utfordringer sykehussektoren møtte med målet om bedre samarbeid og funksjonsfordeling. En generell stykkprisordning syntes ikke hensiktsmessig på det daværende tidspunkt siden departementet mente at insitament til samarbeid kunne svekkes. Likevel stiller departementet seg positiv til å videreutvikle DRG-systemet for at en senere kanskje kunne utvide bruken av stykkprisfinansiering av sykehus. Regjeringen ville på sin side avvente evalueringen av reformer med innslag av stykkpris i England og Sverige, slik regjeringen for øvrig hadde forventet før innføringen av rammefinansieringen i 1980. Disse reformene kunne i følge departementet gi viktig informasjon om stykkprisfinansiering.<sup>156</sup>

#### **4.5 Toppfinansieringsforsøket**

Et annet forsøk som var satt i gang var forsøk med den såkalte toppfinansieringen. I dette forsøket ble det lagt vekt på å stimulere fylkeskommunene og sykehusene til aktivt å ta i bruk DRG-systemet som et planleggings- og informasjonssystem. Bakgrunnen for ordningen var den vanskelige økonomiske situasjonen i fylkeskommunene og sykehusene som var tilfelle, samtidig som staten drev et press mot fylkeskommunene om å få ned ventelistene. Dette ble altså tatt i bruk i stykkprisforsøkets tredje år og i følge NIS visste en ikke om for eksempel denne toppfinansieringen hadde påvirket resultatene av stykkprisforsøket i dette året.<sup>157</sup> Fylkeskommunenes aktivitetsnivå i 1991 ble lagt til grunn for aktiviteten som ble gjort i 1993 og staten innførte et øvre tak for tilskuddet slik at en skulle ha kontroll med kostnadene. Staten bevilget 410 millioner i 1993 og 440 millioner kroner i 1994.<sup>158</sup> Grunnen til at staten bevilget mer penger var fordi Haukeland sykehus ble tatt med i forsøket etter at stykkprisforsøket ble avsluttet.<sup>159</sup> Vi ser altså at Haukeland sykehus fremdeles ville være med i utviklingen av DRG-systemet i Norge. Stykkprisandelen ble her satt til 60 prosent av DRG prisene og disse skulle dekke marginalkostnadene ved økt aktivitet.

---

<sup>156</sup> Hansen (2000) s.50

<sup>157</sup> Solstad (1993) s. 111

<sup>158</sup> St. meld. Nr.50 1993-94 s. 130

<sup>159</sup> B.innst.S.nr.5 T1.01 (1993-94)

Erfaringene fra forsøket var blandet. Nesten uten unntak hevdet fylkeskommunene at det ikke var mulig å opprettholde den aktiviteten som skulle til for å få statlig finansiering gjennom denne modellen fordi budsjettene ikke ga nødvendig dekning. Fylkeskommunene mente derfor at det var nødvendig å senke terskelen for tidligere få tak i de statlige midlene. Dette tolker jeg som at systemet på en måte bygget på samme type modell som stykkprisforsøket, men at det her var snakk om andre målsettinger. Å få tak i den statlige finansieringen må bety at bare økt aktivitet ble belønnet. Terskelen for toppfinansiering ble satt ned 1,3 prosent underveis og alle fylkeskommunene var da i stand til å utløse det avsatte beløpet fra staten.<sup>160</sup> Likevel var departementet ikke overbevist, først og fremst siden informasjonsgrunnlaget for produksjonskravene før toppfinansieringsmidlene ble utløst var mangelfull. Med Helsemelding 50 blir dette forsøket avviklet. Begrunnelsen var altså at det var for mange vanskeligheter knyttet til å fastsette kravene til produksjonen.<sup>161</sup>

#### **4.6 Konklusjon – ”vent og se”**

Vi har sett at det første seriøse steget mot et skift i finansieringen av norske sykehus ble tatt ved å prøve en stykkprisfinansieringsmodell av noen utvalgte sykehus. Sosialdepartementet og utvalgene som arbeidet med problemstillingene i helsevesenet så at stykkprisfinansiering på bakgrunn av DRG-systemet var noe som kunne løse enkelte problemer ved den daværende finansieringen. Den rene rammefinansieringsordningen hadde riktignok ikke hatt mange år på å feste seg og enkelte aktører, spesielt på lokalt nivå, var positive til å fortsette med modellen. Først og fremst hadde dette med rammefinansieringens mål om geografisk utjevning. På den andre siden hadde rammefinansieringen allerede vist at selv om den nådde noen av sine mål så var det feil ved selve systemet, som til eksempel ”premiering av krisemaksimering”, jfr. kap. 3. Stykkprisfinansiering ser ut til å være det eneste alternativet som ny finansieringsmodell. Det nevnes ingen andre modeller som kunne settes inn som kunne erstatte eller kombineres med rammefinansiering.

Dommen fra alle forskningsmiljøene var klar. Stykkprisforsøket hadde bare vart i tre år og det var for kort tid til å se om det fungerte. Også antall forsøkssykehus hadde vært for lite samtidig som det skjedde endringer i siste forsøksår. En bør kunne stille spørsmålet om stykkprisforsøket burde vært planlagt bedre? Mye kunne nok vært gjort annerledes, men i utgangspunktet var det ingen som så noen negative sider ved antall år eller sykehus.

---

<sup>160</sup> NOU 2003:1 boks 19.26

<sup>161</sup> St.meld. nr.50 1993-94 s. 132

Motsetningene før forsøket går først og fremst på stykkprisfinansieringen, ikke mot selve forsøket. De fleste aktørene stiller seg bak forsøket og ser positivt på at en slik modell burde prøves. Likevel er det mange som går inn for full stykkprisfinansiering, som FrP og Høyre og ”mer helse ut av hver krone” blir stående igjen som slagordet for stykkprisfinansieringen. For eksempel hadde Jan Grund ment at en måtte slippe opp i smått, men styre sterkt i stort.

DRG-systemet derimot er det ikke mange motsetninger mot. Uansett hvor DRG dukker opp i kildematerialet fra fylkeskommunene, departementet eller forskningsmiljøene så er den eneste svakheten som nevnes med systemet at det ikke var ferdig utviklet eller godt nok oversatt til norske standarder. I Eilertsen-utvalget hadde det vært noen motsetninger mot deler av systemet, men selve hovedprinsippene foreslo de at det burde bygges videre på. Det kan virke som om aktørene i helsevesenet og andre ser på dette som noe som uansett kommer til å bli innført. Alle nevner at systemet må utvikles videre, og at de forventer at det i fremtiden kan benyttes i sykehusfinansiering. Som med innføringen av rammefinansieringen og den mulige innføringen av stykkprisfinansieringen overlates DRG-systemet på venterommet. En må vente og se om systemet utvikles slik at det kan passe i Norge. Ingen sier noe om når dette i så fall skal skje.

I ettertid kan en se at departementets syn på at det å vente og se hvordan andre land erfarer systemet var en forsiktig beslutning. Spesielt med tanke på at departementet stiller seg positiv til innføring av DRG-systemet, men at en ikke kan anvende dette systemet som en egen finansieringsordning. Det kan derfor tenkes at hvis forsøket med stykkpris hadde hatt ett større omfang med flere sykehus over en lengre periode, så kunne nok en mulig overgang i finansieringen av norske sykehus kommet på dette tidspunktet. Men da bare hvis forsøket hadde fått fortsatt uten andre påvirkninger som for eksempel tilleggsbevilgningene fra fylkeskommunene. Likevel er det slik Regjeringen konkluderer debatten om stykkprisfinansiering;

*”Det samlede erfaringsgrunnlaget som stykkprisforsøket har gitt er, etter Regjeringens syn, ikke tilstrekkelig til å gå videre med en omfattende stykkprisreform for somatiske sykehus. En mulig aktuell og mindre radikal løsning der stykkpriselementet settes til for eksempel 20 prosent(som antydnet i NOU 1987:25 Sykehustjenester i Norge), vil kunne redusere mulige uheldige virkninger”.*<sup>162</sup>

---

<sup>162</sup> St. meld. nr. 50 1993-94 s. 134

Regjeringen mener altså at en hadde for lite kunnskap om hvordan dette systemet fungerte i praksis. De mener også at det kan bli vanskelig for fylkeskommunene å gjøre de nødvendige endringene som skal til, i tillegg til frykten for å ikke ha kontroll med kostnadene. Utdraget over er fra stortingsmelding nr. 50 1993-94. Sosialministeren som står bak denne er Werner Christie fra Arbeiderpartiet. Som vi skal se i neste kapittel var ikke dette tilsynelatende mislykkede prøveprosjektet eneste grunn til at det ikke skjedde et skift i finansieringen av norske somatiske sykehus på begynnelsen av 90-tallet.

## **5. Christiefasen: - personen, systemene eller politikken?**

### **5.1 Werner Christie inn i ministerrekken**

En rekke ministre hadde kommet og gått siden innføringen av rammefinansieringen i 1980. Regjeringsskifter og interne skift av helse- og sosialministre hadde satt sine spor i helsepolitikken. Likevel er det spesielt to navn som utmerker seg i forbindelse med debattene rundt finansieringsspørsmålene. Werner Christie og Gudmund Hernes er to politikere som på hvert sitt vis fikk mye å si for utviklingen av finansieringsordningene for norske somatiske sykehus. I de to kommende kapitlene vil jeg ta utgangspunkt i disse to ministrenes betydning for denne prosessen. At Christie peker seg ut kan kanskje først og fremst ha med at han fikk arbeide litt lengre med finansieringsproblematikken enn sine forgjengere, sett bort i fra Leif A. Heløe som satt nesten fem år som helse- og omsorgsminister under Kåre Willochs to regjeringer. Det er ikke få ministre som hadde kontoret i de 12 årene som gikk fra innføringen av rammefinansieringen til Christie tok over.

Ved innføringen av rammefinansieringen satt Ruth Annlaug Ryste<sup>163</sup> og Arne Nilsen<sup>164</sup> hver sin periode som sosialministre for det som da het sosialdepartementet i Oddvar Nordlis Arbeiderpartiregjering. Arne Nilsen var den som hadde ministerposten da modellen ble innført. Da Gro Harlem Brundtland tok over som statsminister 4. februar 1981 var det Kari Gjesteby som var Helse- og omsorgsminister i det ”nye” Helse- og omsorgsdepartementet i de åtte månedene Brundtlands Arbeiderpartiregjering hadde makten. Etter denne regjeringen fulgte som kjent Kåre Willochs to regjeringer<sup>165</sup> som først var en ren Høyre-regjering og deretter en borgerlig regjering med samarbeid mellom Høyre, KrF og

---

<sup>163</sup> Sosialminister fra 15. januar 1976 til 8. oktober 1979

<sup>164</sup> Sosialminister fra 8. oktober 1979 til 4. februar 1981

<sup>165</sup> Høyre-regjering fra 14. oktober 1981 til 8. juni 1983, koalisjon med H, KrF og SP fra 8. juni 1983 til 8. mai 1986

Senterpartiet. Leif A. Heløe satt hele denne perioden som Helse- og omsorgsminister. Etter et kabinettsspørsmål i Stortinget 8.mai 1986 måtte Willoch gå og Gro Harlem Brundtlands andre regjering<sup>166</sup> ble dannet. Tove Strand Gerhardsen satt hele perioden som sosialminister i det som igjen fikk navnet Sosialdepartementet. Jan P. Syse<sup>167</sup> beholdt Sosialdepartementet som navn og utnevnte Wenche Frogn Sellæg til sosialminister 16. oktober 1989. Hun beholdt posten i det året regjeringen holdt ut. Werner Christie ble først statsråd under Gro Harlem Brundtlands tredje regjering<sup>168</sup> etter at Tove Veierød gikk av 3. september 1992. Christie satt til han ble avskjediget 22. desember 1995 som helseminister i Sosial- og helsedepartementet.

Werner Christie, utdannet lege og samfunnsviter, kom fra jobben som fylkeshelsesjef i Hedmark og ble innsatt som helseminister på slutten av stykkprisforsøkets andre forsøksår. Forsøket ble som vi så i forrige kapittel utvidet til å vare i ett år til med en utvidning av antall forsøkssykehus. Dermed fikk Christie følge med på utviklingen i det siste året. Som nevnt tidligere i denne oppgaven mente statsviteren Maren Skaset at motstanden mot stykkpris var stor innad i politiske kretser uten å fortelle hvorfor.<sup>169</sup> Som jeg viste i forrige kapittel fant en mye av denne motstanden på det lokale og regionale nivå. Spesielt fylkeskommunene var fornøyd med rammefinansieringens mål om geografisk utjevning og ville fortsette med den modellen for å se om den festet seg bedre. Stykkprisforsøket var de ikke skeptiske til, men selve modellen var ikke noe disse aktørene ville gå inn for med det første. En av problemstillingene som blir sentrale i dette kapitlet er hvordan Christies bakgrunn fra fylkeskommunen spilte inn på gjennomgangen av stykkpris og rammefinansiering i departementets helsemelding? Tar departementet fylkeskommunenes side i debatten om en overgang i finansieringsordningen?

Jeg vil starte dette kapitlet med å se på hvordan Werner Christie og hans departement så på finansieringsordningene i den somatiske helsetjenesten med utgangspunkt i en stortingsmelding som ofte blir kalt for ”Christies helsemelding”, eller ”Helsemelding 50”. Jeg har valgt å analysere denne kilden sammen med den påfølgende innstillingen fra sosialkomiteen for å forhåpentligvis få svar på mine spørsmål. Videre vil jeg se på hvordan den sentrale litteraturen ser på denne fasen, som jeg har valgt å kalle for ”Christiefasen”.

Som nevnt tok Gudmund Hernes over etter Christie i 1995 og som tidligere antydte var kritikken mot Christie stor på slutten av denne perioden. Dette er noe jeg vil se nærmere på her og også i neste kapittel. Er grunnen til at vi ikke får et skift i finansieringen av norske

---

<sup>166</sup> Ren Ap-regjering fra 9. mai 1986 til 16. oktober 1989

<sup>167</sup> Koalisjonsregjering mellom H, KrF og Sp 16. oktober 1989 til 3. november 1990

<sup>168</sup> Ren Ap-regjering fra 3. november 1990 til 24. oktober 1996

<sup>169</sup> Skaset (2000) s. 507

somatiske sykehus rett og slett det at personen Werner Christie hadde helseministerrollen, eller hadde det mer med partifarge eller ”yrkesbakgrunnen” til Christie å gjøre? Kan det også hende at motstanden mot stykkprissystemet var så stor fra departementets side at problemene med rammefinansieringen som jeg så på i kapittel 4 ble nedtonet?

Til slutt vil jeg se på om denne fasen var et skritt tilbake eller et steg videre i utviklingen av en ny finansieringsordning for norske somatiske sykehus. Alle disse problemstillingene følger altså opp tråden om hvorfor det ikke skjer et skift i finansieringen av norske somatiske sykehus i denne aktuelle perioden.

## **5.2 Sosialdepartementet og Christies syn på finansieringen**

### **5.2.1 Krav til finansieringssystem**

Sosialdepartementet med Werner Christie som helseminister tok for første gang siden nasjonal helseplan, eller ”*Stortingsmelding om helsepolitikken mot år 2000*” fra 1988, en skikkelig gjennomgang av helsetjenestene i St. meld. nr. 50 1993-94 ”*Samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*”. Viktigst i denne meldingen er departementets gjennomgang av finansieringssystemene og hvordan økonomiske ressurser tilføres de utøvende enhetene innenfor helsetjenesten. I motsetning til flere av de andre stortingsmeldingene jeg har sett på i forbindelse med denne prosessen, er Christies stortingsmelding en meget gjennomført melding når det kommer til problemene rundt finansieringsspørsmålene. Over 200 sider beskriver datidens situasjon i helsetjenesten, utfordringer for fremtiden, ulike virkemidler i helsepolitikken, pasientrettigheter og organisering av spesialisthelsetjenesten med mere. Meldingen tar opp igjen mange av trådene fra Eilertsen-utvalget, som også hadde gjennomført brede vurderinger av rammefinansiering og stykkprisbetaling. Akkurat som utvalgets innstilling skulle denne stortingsmeldingen også vurdere en mulig overgang fra ramme- til stykkprisfinansiering. Et forslag som Høyre og Fremskrittspartiet hadde fremmet.

Regjeringen Harlem Brundtland III hadde som alle regjeringer før seg et overordnet mål om å sikre hele befolkningen, uavhengig av til eksempel alder, kjønn, og bosted god tilgang og kvalitet på helse- og omsorgstjenester. I Christies stortingsmelding sies det i starten at spørsmålet om hvorvidt datidens finansieringsordninger er gode må vurderes i forhold til de

overordnede mål for helsetjenesten.<sup>170</sup> Likevel går departementet på neste side inn for at mål for helsetjenesten må spesifiseres nærmere for at finansieringsordninger kan fungere sammen med andre virkemidler slik at til eksempel effektiviteten i sykehusene kan fungere. Det er litt vanskelig å få tak i hva som menes med dette, men etter de forrige kapitlene av denne oppgave vet vi at målet for de statlige myndighetene var å sikre at finansieringsordninger skulle bidra til effektiv tjenesteproduksjon. Derfor er det i følge helsemeldingen viktig å skille mellom et snevert og et videre effektivitetsbegrep. I Eilertsen-utvalget og i Nasjonal Helseplan blir det vide effektivitetsbegrepet betegnet som ytre effektivitet, mens det snevre blir kalt indre effektivitet. Et vidt effektivitetsbegrep vektlegger at de riktige tjenestene med ønsket kvalitet tilbys de riktige pasientene. Det snevre effektivitetsbegrepet vektlegger produksjonsmengde i forhold til ressursinnsats. I noen tilfeller produseres det likevel mye, selv om ressursbruken er lav. Helsemeldingen påpeker også at en angivelig motsetning mellom effektivitet og kvalitet skyldes at effektivitetsbegrepet er for snevert vurdert i forhold til produktiviteten.<sup>171</sup> Det var derfor i følge departementet viktig å gi det begrepet som Eilertsen-utvalget hadde kalt ytre effektivitet et mer spesifikt innhold. Dette understreker at Christies helsemelding noen steder kan være komplisert og ikke alltid like god til å forklare problemene i helsesektoren. Noe som Fremskrittspartiet og Høyre tidlig var ute med å kritisere.<sup>172</sup> Hvordan dette begrepet om ytre effektivitet blir spesifisert får vi nemlig ikke noe godt svar på i meldingen. Det eneste stedet hvor ytre- og indre effektivitet dukker opp er i en bisetning om stykkprisfinansieringens produktivitet, som jeg kommer tilbake til under.

Christie gikk inn for å sette opp en rekke krav til hvordan et finansieringssystem skulle virke. For det første var det viktig at et finansieringssystem skulle stimulere til prioritering av tjenester i samsvar med målsettingen for helsetjenestene. Med andre ord sikre at de riktige tingene ble gjort. For det andre skulle det sikre mulighet for lokal medbestemmelse ved utforming og prioritering av helsetjenester og sikre at behandlingen i helsetjenesten ble sett i sammenheng med forebyggende innsats både i og utenfor helsesektoren. For det tredje skulle et system sikre god kostnadskontroll, stimulere til kostnadseffektiv produksjon og bidra til samarbeid innen de ulike leddene i helsetjenesten, og som vi skal se var det for Christie spesielt viktig at samarbeid mellom fylket og sykehusene fungerte. At det skulle stimulere til kostnadseffektiv produksjon betyr at et system bør ha gode innebygde incentiver. Til slutt

---

<sup>170</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 122

<sup>171</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 123

<sup>172</sup> Innst.S.nr.165 (1994-1995) pkt. 1.8



skulle det også bidra til rasjonell atferd for tjenesteytere utover et kortsiktig perspektiv og støtte opp under faglig og ansvarsbasert motivasjon for innsats til det beste for pasientene.<sup>173</sup>

Alle disse kravene til et finansieringssystem skulle i følge departementet hjelpe til med å velge den beste ordningen. Kravene nevner likevel ikke sikring av at aktuelle ordninger skal baseres på gode informasjons- og datagrunnlag slik som litteraturen og NIS, i forbindelse med stykkprisprosjektet, var opptatt av. Dette blir likevel diskutert i forbindelse med DRG-systemet og tatt opp i sosialkomiteen, men settes ikke opp som krav til finansieringen.

### **5.2.2 ”Endelig” en overgang til stykkprisfinansiering?**

Helsemeldingen til Werner Christie vurderer de svake og sterke sidene ved ulike finansieringsordninger på bakgrunn av de kravene som ble skissert i forrige underkapittel, og på bakgrunn av de grunnleggende mål for helsetjenesten. Meldingen poengterer at de forskjellige finansieringsformene har sine fordeler og ulemper avhengig av hvordan systemene skal benyttes. Et problem en ofte kommer over er i følge meldingen at for alle finansieringssystemer er det vanskeligheter med informasjonsgrunnlaget om blant annet kostnader.<sup>174</sup> Her nevnes altså det grunnlaget som jeg savnet i forbindelse med kravene for finansieringsordningene. Tidligere i meldingen hadde departementet lagt frem arbeidet som blant annet SAMDATA-rapporter hadde gjort med å få en oversikt over kostnads- og produksjonstall.<sup>175</sup> Her ble det avslørt at informasjonstilgangen var mangelfull, noe som i følge departementet la føringer på hva som var mulig å oppnå gjennom finansieringsordninger. Et annet viktig poeng som helsemeldingen tar opp er at finansieringsordningene regulerer forholdet mellom stat og lokal forvaltning, eller mellom forvaltning og sykehusene. Derfor kan noen av de svake og sterke sidene ved ramme- eller stykkprisfinansiering noen steder for eksempel være positiv for en av aktørene, mens den er negativ for en annen.

Tidligere i oppgaven har jeg sett på rammefinansieringens svake og sterke sider som spesielt Eilertsen-utvalget analyserte. Da helsemeldingen ble presentert for Stortinget hadde systemet vært brukt i 14 år, og fremdeles hadde det sine mangler. Meldingen går likevel med en gang ut og taler for at rammefinansieringssystemet er det beste. I følge sosial- og helsedepartementet var den viktigste sterke siden ved rammefinansieringen at den var relativt

---

<sup>173</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 122

<sup>174</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 123

<sup>175</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 65

enkel å administrere. Videre skisseres det mange av de sidene som Eilertsen-utvalget hadde vært inne på, som for eksempel at systemet lå forholdene til rette for et geografisk likeverdig tilbud av fylkeskommunale tjenester. Kontrollen over økonomien i forholdet mellom stat og kommunesektor var også positive sider med rammefinansieringen. Derfor hevdet departementet at systemet hadde gitt et godt grunnlag for kontrollen med ressursbruken i helsesektoren i Norge, i motsetning til andre land, som slet med ukontrollert vekst på denne tiden. Det er altså ikke mye som tyder på at erfaringene med systemet hadde forandret seg siden 1987.

De svake sidene summeres opp i kun to punkter. For det første kunne rammebudsjettering i følge departementet gi få økonomiske incentiver til kostnadseffektivitet og hvis en i fremtiden ønsket en sterkere statlig styring av fordelingen eller prioriteringen av ressursene, var ikke systemet egnet. For det andre kunne geografiske forskjeller oppstå siden de forskjellige fylkene kunne finne på å prioritere ulikt. Her kommer helsemeldingen inn på problemene med incentivene i rammefinansieringen, men de går ikke nærmere inn på hva det innebærer. Hvorfor ikke dette diskuteres nærmere her kan altså tyde på en større positiv holdning til rammefinansiering enn til stykkpris fra departementet. Når en så ser på departementets punkter om de sterke sidene ved stykkprissystemet er det bare nevnt tre, mot hele syv svake. De mener også, til en viss grad, at det er de argumentene som taler for rammefinansiering, taler mot svakheter ved stykkprisfinansiering, og omvendt.<sup>176</sup>

I følge meldingen gir stykkpris sykehusene en inntektsside som er avhengig av produksjonen. Med andre ord innebærer det et økonomisk insitament til en kostnadseffektiv produksjon. Stykkprisfinansiering kan også bidra til bedre prioritering av pasientgrupper som igjen kan bidra til effektivitet. Den siste sterke siden som nevnes er at det blir lettere for sykehusene å kartlegge kostnadsstrukturen. Departementet er her sparsommelige med å ta med for mange positive sider ved systemet. Det viser seg også når det gjelder de svake sidene. Det første punktet som tas med er et angrep på en av de sterke sidene, og det er at pasienter med stort behov for sammensatt behandling kan få problemer med å bli tilstrekkelig prioritert. Dette mener departementet er en svak side ved ordningen, og som vi så over kunne ordningen bidra til ønsket prioritering i forhold til spesielle pasientgrupper. Med andre ord er ikke den ene sterke siden spesielt sterk. En annen kritikk av stykkprisordningen var at den i visse tilfeller kunne medføre at det ble satt lavere terskler for behandling enn de faglige vurderingene ville tilsi, for eksempel der indikasjonene for behandling av spesielle

---

<sup>176</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 124

pasientgrupper var usikre. Med stykkpris var det økonomiske insentiver som styrte og i følge meldingen kunne ikke slike insentiver styre behandlingstilbud og faglige udiskutable forhold. Ingen eksempler på hvilke pasientgrupper dette kunne gjelde blir nevnt. Dette og flere av de svake sidene blir for det meste antydninger.<sup>177</sup>

Videre hevder meldingen at stykkprisordninger kan være vanskelig å holde under kostnadskontroll og at de kan føre til geografisk skjevhet, noe rammefinansieringsordningen på sin side holdt i sjakk. Systemet var også krevende slik at departementet så for seg store transaksjonskostnader ved den økte administrative innsatsen som måtte skje for å få kontroll over systemet. Litt før i Christies helsemelding ble det gjort klart at det fantes et behov for å endre på datidens sykehusstruktur.<sup>178</sup> En annen svak side var at generell stykkprisfinansiering kunne hindre denne omstruktureringen. Midler fra staten gjennom en stykkprisordning som gikk direkte til sykehusene kunne i følge departementet svekke fylkeskommunenes stilling overfor sykehusene. Fylkeskommunenes medvirkning til den ønskede strukturendringen blir her omtalt som viktig, og derfor konkluderer helsemeldingen med at ordningen kunne være til ”(...) hinder for en strukturendring av sykehussektoren med det formål å bedre kvaliteten”.<sup>179</sup> Departementet tar med andre ord fylkeskommunenes side, og politikerne på det regionale nivå sin side, i denne meldingen. Hvorfor de gjør det kan ha med at Christie i utgangspunktet ikke ønsket en mer markedsorientert helsetjeneste, ikke nødvendigvis for å støtte fylkeskommunene. Som nevnt var det størst motstand mot systemet på det lokale og regionale nivå ettersom rammefinansieringen bidro til å utjevne geografiske forskjeller. Et viktig poeng er det faktum at Christie hadde vært fylkeshelsesjef i Hedmark før han gikk inn i Regjeringen, en stilling som han i teorien var permittert fra og som han også gikk tilbake til etter tiden som helseminister. At han ”så saken fra fylkeskommunenes side” er derfor ikke noe en kan se vekk i fra. I årene etter hans tid som helseminister ble han ofte heller omtalt som ”rikshelsesjef” enn som helseminister.<sup>180</sup> Dette enkle faktum forklarer nok mye av denne tilhørigheten og godviljen til fylkeskommunene og sykehusenes samarbeid.

Werner Christie ble utnevnt til helseminister det siste året av stykkprisforsøket, som jeg redegjorde for i forrige kapittel. Det er klart at når et forsøk ikke har fullført sine målsettinger er det nok vanskelig å gå inn for en ordning som ikke har fungert. På den andre siden viste jeg i forrige kapittel at det først og fremst ikke var selve systemet som ikke fungerte, det var heller selve forsøket som hadde hatt for få år og for få sykehus til å kunne gi

---

<sup>177</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 124

<sup>178</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 116

<sup>179</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 124

<sup>180</sup> F. eks: Bergens Tidende 23.12.1995

et tilstrekkelig bilde av systemet. Christie og Regjeringen skylder på dette forsøket når de ikke går inn for en overgang fra ramme- til stykkprisfinansiering: ”*Det samlede erfaringsgrunnlaget som stykkprisforsøket har gitt er, etter Regjeringens syn, ikke tilstrekkelig til å gå videre med en omfattende stykkprisreform for somatiske sykehus*”.<sup>181</sup> Kanskje en ”omfattende” reform var akkurat det som skulle til for at stykkprissystemet skulle feste seg, siden stykkprisforsøket var, som de fleste av forfatterne og kildene mente, et for lite forsøk? På den andre siden var det ikke så lite som mange hevdet. Mange, store sykehus var innblandet i forsøket. Likevel kunne en ikke fortsette med dette forsøket i til eksempel 10 år for å håpe at systemet til slutt kom til å fungere. Når et system som dette viser seg å ikke nå de målene som er satt sier det ofte seg selv at det ikke kan innføres. Likevel er nok kritikken mot stykkpris til en viss grad overdrevet, siden rammefinansieringsordningen hadde vist seg å mangle gode økonomiske incentiver. Men skal en skifte ordning kun for at noe nytt må prøves ut?

Den eneste muligheten for et skift i finansieringen som helsemeldingen foreslår er å sette stykkpriselementet til 20 prosent, altså meget lavt. Christies melding kaller dette for en ”*mindre radikal løsning*”<sup>182</sup> siden det kunne redusere mulige uheldige virkninger. Derimot ville en lav stykkpris også muligens redusere de positive virkningene som igjen ikke motiverer sykehusene til å øke produksjonen. Det ser her ut som om departementet heller ser en mer omfattende innføring av stykkpriselementet enn en mindre. Et mulig skritt å ta for Christie var å innføre det i mindre grad, men de ser ikke noe poeng i å ta små skritt. Hvis en heller tok store skritt og gikk inn for en større stykkprisandel på f. eks 60 prosent mente departementet at det kunne føre til store problemer for staten når det kom til å holde kontroll over budsjettene og derfor uaktuell. Christies helsemelding poengterer hvor viktig departementet mener det er å ha et mål om bedre samarbeid mellom sykehusene. Meldingens konklusjon er at det bare er rammebudsjetter som kan legge til rette for et godt samarbeid med hensyn til utveksling av kompetanse og informasjon mellom sykehusene. Med stykkprisbetaling var det en mulighet for at finansieringen av sykehusene kun ble knyttet til produksjon av tjenester, noe som altså kunne vanskeliggjøre samarbeidet siden det ikke var ”noe til overs” for annen type arbeid. Meldingen utdyper ikke dette, men bruker det som nok en kritikk mot stykkprisen. Stykkprisen vil etter departementets mening også føre til for store svingninger og derfor gjøre det vanskelig for sykehusene å planlegge fremover.

---

<sup>181</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 126

<sup>182</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 126

I denne stortingsmeldingen ”vinner” altså rammefinansieringen over stykkprisfinansieringen. Gjennomgangen av de to ordningene er først og fremst en kritikk av stykkprisordningen. Selv om det allerede i Eilertsen-utvalget og i Nasjonal Helseplan ble slått fast at rammefinansieringens mangler førte til problemer med tanke på områder som effektivisering og produksjon, så fastholder Regjeringen på denne ordningen som den sentrale finansieringsformen for helsetjenesten i årene fremover. Blant annet peker de på at det har vært en gunstig produktivitetsutvikling ved de somatiske sykehusene i årene etter Nasjonal Helseplan kritiserte rammeordningen frem til 1995. De finner med andre ord for mange svake sider ved stykkprisordningen, mens de svake sidene ved rammefinansieringen ofte blir nedtonet og de sterke sidene opphøyet.

En finner også opplysninger i denne meldingen som tyder på at Christie heller vil vente på hvordan det går i andre land. Nasjonale forsøk hadde vist at dette var meget komplisert og internasjonale reformer viste at det var behov for å tenke nøye igjennom en mulig utforming av et styrt helsemarked. Storbritannia og Sverige hadde gjennomført reformer som bygget på markedsmekanismer. Problemet med å skaffe et erfaringsgrunnlag på å evaluere disse reformene var først og fremst at reformene var utformet med sikte på å løse utfordringer og problemer som ikke var identiske med de norske. I Sverige og spesielt i Storbritannia hadde en lagt opp til større konkurranse mellom sykehusene, noe som i Norge kunne være vanskelig å få til på grunn av store avstander, spredt bosetning og mange store og små sykehus med hvert sitt opptaksområde. Som vi så over var et viktig mål for Regjeringen å opprettholde et godt samarbeid mellom sykehusene. Det kan derfor tenkes at økt konkurranse var noe Regjeringen fryktet siden det fort kunne svekke til eksempel det faglige samarbeidet. Dessuten hadde reformen i Storbritannia ført til Regjeringens andre store frykt, nemlig økte administrasjonsutgifter.<sup>183</sup> I 1994 var det enda for tidlig å si om reformene i disse landene hadde noen relevans for Norge ettersom det ikke var kommet noen fullstendige evalueringer av disse, derfor ville Regjeringen heller følge reformene nøye i årene som kom. En annen viktig frykt var å miste kontrollen. Regjeringens syn på at vi i Norge i hovedsak bør ”bygge videre på det finansieringssystemet vi har, der den fremtidige strukturen i helsevesenet skal være underlagt demokratisk styring og kontroll”<sup>184</sup> understreker dette. Spørsmålet om kontroll er altså sentralt. Litt av grunnen til at ikke Regjeringen tør å iverksette en ny finansieringsordning ser ut til å være frykten for å miste kontroll, da spesielt med kostnadene,

---

<sup>183</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 139

<sup>184</sup> St. meld.nr. 50 1993-1994 s. 144

noe som ble diskutert i Eilertsen-utvalget. Dette med kontroll over kostnadene var noe rammefinansieringen allerede hadde klart.

### 5.2.3 Frykt for markedsorienterte løsninger

Helsemeldingen går også inn på ulike betingelser for et perfekt marked; det skal ha mange kjøpere og selgere, ha full informasjon om varen og tjenestens pris, kostnader og kvalitet, ha fri etableringsrett, små transaksjonskostnader m. m. Regjeringens syn var at for helsetjenester ville mange av disse betingelsene ikke være realisert, noe som gav store begrensninger i verdien av en finansieringsordning som ble basert på markedsprinsipper.<sup>185</sup> Viktigst, i følge meldingen, var at ved markedet for helsetjenester ville det være tilknyttet et viktig trekk av usikkerhet som kan deles opp i fire former. For det første en usikkerhet for den enkelte med hensyn til fremtidig behov for helsetjenester. For det andre en usikkerhet knyttet til dagens helsetilstand. For det tredje en usikkerhet for pasienten rundt hensyn til god behandling og utfallet av ulike behandlingsprogrammer. Og til sist en usikkerhet for legene med hensyn til diagnose og utfallet av ulike behandlingsprogram.<sup>186</sup> Disse usikkerhetene knytter departementet opp mot behovet for beskyttelse mot store utgifter i sykdomssituasjoner. I markedssituasjoner har dette ført til dannelse av private forsikringsordninger, noe som departementet bruker stor plass på å kritisere og advare mot. Eksempler som bytting av bakeri når brødet ikke er godt nok og helsearbeidernes dobbeltrolle som agent og ”portvakt” for pasientene er virkemidler meldingen tar i bruk for å understreke skepsisen mot en helsetjeneste som bygger på markedsprinsipper. Legenes usikkerhet kan føre til frykt for erstatningssøksmål og med det i tankene gjøre en ”for grundig jobb”, noe som kjennetegnet det amerikanske helsevesenet, og i følge meldingen ikke var gunstig hverken for medisinske, økonomiske eller effektivitetshensyn. Alt i alt konkluderer departementet med at det er mange forhold som taler for at positive effekter ved markedsløsninger som virker innen vanlige markeder ikke vil bli realisert ved bruk av markedsinsentiver innen helsetjenesten.<sup>187</sup> Skepsisen mot markedsbaserte løsninger er som vi ser meget stor, noe som ikke er særlig overraskende. Allerede i meldingens formål og verdigrunnlag går Regjeringen ut og sier at den vil holde fast ved at utviklingen av helsetjenestene fortsatt skal være underlagt offentlig styring. I tillegg ble det, som nevnt, også poengtert at velferdssamfunnet er bygget opp

---

<sup>185</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 135

<sup>186</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 135

<sup>187</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 137

gjennom felles innsats som omfatter hele befolkningen, sikrer rettferdighet siden ingen står utenfor, god kvalitet fordi behovene styrer ressursene noe som igjen sikrer effektivitet "(...) fordi det gir bedre kontroll med kostnadene enn det markedsbaserte løsninger gjør".<sup>188</sup> At vi ikke får et skift i finansieringen av norske sykehus på denne tiden kan ha mye med denne skepsisen mot markedsbaserte løsninger å gjøre. Som vi skal se under er det på dette området Werner Christie får mest kritikk. Mange hevder at denne helsemeldingen ikke er i tråd med tidsånden.

En av de forfatterne som kritiserer Christie mest, Ole Berg, hevder at skepsisen til mer markedsimiterende ordninger er skjerpet i meldingen i forhold til tidligere og siterer Christie fra meldingen; *"En generell stykkprisordning synes ikke nå hensiktsmessig. Det vil imidlertid bli arbeidet med å videreutvikle DRG-systemet. Det er nødvendig for å kunne utvide bruk av stykkprisfinansiering av sykehus og for å bruke det som styringsverktøy for fylkeskommunene og sykehusene"*.<sup>189</sup> Som vi så var skepsisen til markedsorienterte løsninger stor, men Berg har et poeng når han sier at skepsisen er skjerpet. Dette tvetydige sitatet åpner opp for å senere kunne utvide bruken av stykkprisfinansiering og DRG-systemet, selv om Regjeringen generelt er i mot markedsorienterte løsninger i helsetjenestene. Når det gjelder DRG-systemet tar altså Werner Christie og hans departement en annen retning i stortingsmeldingen enn det en kanskje skulle trodd etter å ha sett hvordan stykkprissystemet til tider ble "slaktet".

#### **5.2.4 DRG-systemet – "fremdeles like positivt?"**

DRG-systemet har jeg tidligere i oppgaven kalt for systemet som var kommet for å bli. Også under Werner Christie viste det seg at dette var et system som det var stor tro på. Under kritikken av stykkprisordningen fastholder departementet på rammefinansieringen og går ikke spesielt inn på ordningens manglende økonomiske incentiver bortsett fra at det ikke alltid er like kostnadseffektiv. Likevel åpner de for en videreutvikling av rammefinansieringsordningen ved å for eksempel legge inn styringsinstrumenter som kunne erstatte direkte økonomiske incentiver og bidra til en økning av tjenestetilbudet innenfor rammene. Disse styringsinstrumentene foreslås å baseres på Diagnose Relaterte Grupper. Det statlige arbeidet som var blitt gjort forut for denne stortingsmeldingen med å skaffe et bedre informasjonsgrunnlag som med DRG og i tillegg utviklingen av SAMDATA-oversikter beskrives i meldingen som interessant og godt gjennomarbeidet. Blant annet peker meldingen

---

<sup>188</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 13

<sup>189</sup> Berg (2005) s. 76 fra St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 133

på at arbeidet hadde bidratt til å redusere det ”(...)asymmetriske informasjonsforholdet mellom fylkeskommune og sykehus og har aktivt blitt brukt i effektiviseringsarbeid innen sykehussektoren”.<sup>190</sup> Dette er nok en av grunnene til at DRG-systemet ikke blir sett på med samme blick som stykkprisen ble. Forholdet mellom fylkeskommune og sykehus ble bedre ettersom arbeidet med DRG ga et bedre informasjonsarbeid og dermed bidro til målet om samarbeid, som Regjeringen hadde satt.

NIS hadde redegjort for arbeidet med DRG og det som stortingsmeldingen tar utgangspunkt i er at det ikke er nødvendig å anvende DRG-systemet direkte som finansieringssystem, men at det heller kan inngå i fylkeskommunenes vurderinger av til eksempel ressurstildeling til sykehusene. Christies rolle som permittert fylkeshelsesjef i Hedmark spiller nok også inn her. Nok en gang er det forholdet mellom fylkeskommunene og sykehusene det blir satt fokus på når det gjelder positive sider ved DRG. I kommuneloven var det hjemmel for at staten kunne kreve opplysninger om sider ved fylkeskommunal og kommunal virksomhet, som for eksempel å få tilgang til opplysninger om utviklingen i tjenestetilbudet målt ved DRG-systemet. På den andre siden var det ikke hjemmel til å beordre fylkeskommunene til å ta i bruk DRG som et styringsverktøy. Sosial- og helsedepartementet opplyser i meldingen at de vil vurdere hensiktsmessigheten av rapportering av for eksempel medisinsk og administrativ informasjon om fylkeskommunenes virksomhet slik at DRG-data kunne utarbeides. Likevel anser Regjeringen ”(...) *det som ønskelig at DRG-systemet som grunnlag for informasjon, planlegging og ressursstyring, tas aktivt i bruk i alle fylkeskommuner, men vil på nåværende tidspunkt ikke foreslå dette som en lovfestet plikt for fylkeskommunene.*”<sup>191</sup> At ikke systemet blir foreslått som en lovfestet plikt har med at en fremdeles ikke var overbevist om at DRG-systemet var tilstrekkelig utviklet. Departementet peker på at det først var nødvendig å oppdatere og tilpasse systemet til blant annet den medisinske utviklingen og i tillegg utvikle et bedre system for ressursstyring av poliklinisk virksomhet og dagbehandling, altså uten innleggelse. Stykkprisforsøket hadde også vist at systemet måtte utvikles videre, et arbeid forskningsmiljøene fremdeles drev med.

Ved behandlingen av stortingsmeldingen støttet stortingsflertallet, som var dominert av Arbeiderpartiets stortingsgruppe, seg til forslaget om å utvikle systemet videre: ”*Stortinget ber Regjeringen utrede og tilrettelegge for et kommunikasjons- og informasjonssystem innen helsevesenet slik at registrering/henvisning og bekreftelse kan gjøres bedre og mer*

---

<sup>190</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 126

<sup>191</sup> St.meld. nr. 50 1993-1994 s. 126



effektivt.”<sup>192</sup> Med kommunikasjons- og informasjonssystem menes først og fremst SAMDATA-tjenesters registre, men også DRG-systemet. Alle unntatt Sosialistisk Venstrepartis medlem, Marit Nyhuus, støttet Regjeringens syn. Flertallet ville også i merknadene i innstillingen at DRG-systemet ble utviklet til å inneholde muligheter for et felles målesystem for produksjon og ressursbruk. Dette arbeidet mente de måtte påskyndes. Et slikt målesystem var i følge flertallet avgjørende for å synliggjøre lokale ulikheter med hensyn til behov, effektivitet, produktivitet og kvalitet. I tillegg kunne det være et nødvendig redskap for planlegging og budsjettering ”(...) uansett om helsevesenet vil fortsette å være organisert som i dag, eller om omfattende reformer vil bli gjennomført i fremtiden”.<sup>193</sup> Som vi så var en av svakhetene ved stykkprisfinansieringen som Christie tok for seg at det kunne føre til svingninger i tilskuddene og dermed føre til vanskeligheter med å planlegge fremover. Komiteens medlemmer som hadde foreslått stykkpris, som jeg kommer inn på i neste underkapittel, først og fremst Høyre, ved Ansgar Gabrielsen og Annelise Høegh og Fremskrittspartiet, ved John Alvheim, så nok på DRG som et system som kunne føre til et skift i finansieringsordningen. Dette er derfor et skritt videre for å gjøre stykkprisfinansieringen sterkere hvis den skulle bli innført i fremtiden. Flertallet får også frem at det er nødvendig med kontinuerlig videreutvikling av systemet for å fange opp ulikheter i kostnadsgrunnlaget for DRG-ene og endringer i behandlingsformene som kunne skje over tid. Når det gjaldt kostnadsgrunnlaget var det store forskjeller mellom fylkene. I stortingsmeldingen pekes det til eksempel på at arbeidsgiveravgiften i Finnmark var på 0 prosent, mens satsene i sentrale strøk på det meste var satt til 14,3 prosent. Flertallet i sosialkomiteen mente at slike forskjeller kunne virke ufordelaktig inn på tillitten til DRG-systemet og derfor måtte systemet videreutvikles også med dette i tankene.

Flertallet i komiteen understrekte også den betydningen som de mente DRG-systemet hadde som statistikk- og informasjonssystem for klassifisering av pasienter ved somatiske sykehus. En av de svakeste sidene som nevnes er at arbeidet med DRG-systemet ikke har tatt hensyn til begreper som omsorg og pleie. Dette utdypes ikke, men nevnes som noe sosialkomiteen hadde merket seg. Videre hevder flertallet i innstillingen at systemet har tilpasset seg norske forhold og dermed ga et godt grunnlag for planlegging og budsjettering internt i sykehus og mellom sykehusene. I tillegg til å være et godt grunnlag som veiledningsredskap når det gjaldt overføring av ressurser fra staten til fylkeskommunene. Marit Nyhuus fra Sosialistisk Venstreparti er på sin side forundret over at Arbeiderpartiets

---

<sup>192</sup> Innst.S.nr.165 (1994-1995) Komiteens tilrådning romertall X

<sup>193</sup> Innst.S.nr.165 (1994-1995) pkt. 4.2

stortingsgruppe tilsynelatende åpner opp for et nytt prøveprosjekt. Medlemmet viser til at Sosialistisk Venstreparti har vært skeptisk til en forventet positiv effekt ved DRG-systemet, noe som evalueringen av stykkprisforsøket hadde bekreftet. Partiet var for øvrig glad for at Regjeringen gikk vekk fra tanken om stykkprisfinansiering som finansieringssystem innen helsevesenet.<sup>194</sup>

Som vi ser viser det seg at forskningsmiljøene som tok tak i DRG-utviklingen hadde klart å overbevise politikerne. DRG-systemet var tydelig kommet for å bli, men først måtte det videreutvikles, et arbeid som helst måtte påskyndes.

### 5.3 Personen, yrket eller partiet?

I følge Ole Berg måtte Werner Christie gi seg som helseminister i 1995 på grunn av at han argumenterte mot tidsånden ved å legge vekt på mål om ”*samarbeid og gjensidig koordinering*”.<sup>195</sup> Riktignok ble han avskjediget i nåde og uttalte at han ønsket seg tilbake til jobben som fylkessjef i Hedmark. Berg legger også vekt på Christies bakgrunn og mener at han som politiker var påvirket av radikalismen på 70-tallet, noe som ikke passet med tidsånden i en periode hvor man i Norge og resten av Europa ble mer markedsorienterte. At Christie i studietiden sin hadde blitt inspirert av den tyske sosialfilosofen Jürgen Habermas<sup>196</sup> vektlegger Berg som et viktig poeng, og han hevder at Habermas ideer til tider slår igjennom i den aktuelle stortingsmeldingen og dette passet heller ikke med tidsånden. I stortingsmeldingen fra Christies departement føler en helt klart tilstedeværelsen av gamle arbeiderpartitanker. Det kan heller tenkes at det er dette Berg reagerer mest på. I meldingens innledning fremstilles den norske helsetjenesten som et stort dugnadsarbeid, der helsetjenestens oppgave er å skape trygghet, en trygghet som ”*er selve fundamentet i velferdssamfunnet*”<sup>197</sup>. Det kan heller ikke presiseres nok at velferdssamfunnet er blitt bygget opp gjennom felles innsats. Videre brukes det ord som rettferdighet, frihet og selvstendighet i tillegg til at ingen ”skal stå utenfor”. Dette ansvaret til fellesskapet for de samlede helsetilbudene har i følge stortingsmeldingen med andre ord gitt oss en helsetjeneste som omfatter hele befolkningen. Dette har sikret god kvalitet og effektivitet fordi det gir bedre kontroll med kostnadene enn det markedsbaserte løsninger gir.

---

<sup>194</sup> Innst.S.nr.165 (1994-1995) pkt. 4.2

<sup>195</sup> Berg (2005) s. 76

<sup>196</sup> Jürgen Habermas (1929-) ty. professor i filosofi med spesielle fagområder som sosialfilosofi og historiefilosofi

<sup>197</sup> St. meld nr.50 1993-1994 s. 13

Allerede i innledningen sier departementet ganske klart at helsetjenesten skal være underlagt offentlig styring. På områder med lav prioritet skal det fremdeles suppleres med et begrenset tilbud av kommersielle, private helsetjenester. Regjeringens grunnlag var: ”*Et markedsbasert helsevesen vil ikke kunne sikre alle den samme rett til et likeverdig tilbud*”.<sup>198</sup> Det er nok denne tankegangen Berg og også Jan Grund reagerer på. Sistnevnte forfatter mente allerede i 1991, i forbindelse med et seminar om finansiering i helsevesenet, at det var på tide å innføre noe nytt innen finansieringen av norske sykehus og at det beste alternativet var stykkpris.<sup>199</sup> I et innlegg i Aftenposten 21. juni 1995 peker også redaksjonssjef i tidsskriftet Legekunsten, Anne Beth Moslet, på at Christie ikke følger tidsånden. Hun skriver at når også Christies regjeringskollegaer med ansvar for eksempelvis tele, samferdsel og landbruk orienterte seg sakte og sikkert mot mer markedsøkonomiske løsninger burde også han gjøre det. Videre peker hun på at når statsminister Gro Harlem Brundtland ikke var i mot ideen om at for eksempel NSB skulle bli et aksjeselskap, så burde også statsministeren sørge for å skaffe seg en helseminister som var ”*mer i pakt med dagens virkelighet*”.<sup>200</sup>

At Ole Berg ligger hele skylden på Werner Christie og ”hans radikale tilhørighet” for at stykkprisordningen ikke ble innført kan synes å virke likt søkt etter gjennomgang av den overnevnte stortingsmelding. Riktignok synes det ganske klart at det ikke var i tråd med tidsånden sammenliknet med andre samfunnsfelt, men på den andre siden var dette også en tid hvor Arbeiderpartiet fremdeles ville prøve å holde på noen av sine verdigrunnlag. Det kan derfor tenkes at det var vanskeligere å gå inn for en mer markedsbasert finansieringsordning, enn det var å for eksempel privatisere jernbanene. Helsetjenestene skulle etter Arbeiderpartiets mål være like for alle, altså et verdigrunnlag som det tross alt er vanskeligere å gå vekk fra enn andre, siden områder som helse er noe som opptar de aller fleste. I følge Christie var stykkprisordningen et system som kunne føre til ujevn fordeling og dermed gå vekk fra regjeringens mål om å sikre hele befolkningen god kvalitet i helse- og omsorgssektoren. Men var dette den eneste årsaken til at Christie ikke velger å ta i bruk systemet? Kan det også tenkes at innføringen av systemet måtte bety en retning som nærmet seg andre partiers politikk på feltet?

Motstanden mot stykkpris kan nok også ha noe å gjøre med at det første partiet som virkelig var ute og kjempet for innføring av det nye systemet med stykkpris var Fremskrittspartiet. Til eksempel hadde FrP allerede i 1988 med forslag om avvikling av

---

<sup>198</sup> St. meld nr. 50 1993-1994 s.13

<sup>199</sup> NTBtekst 15.4.1991

<sup>200</sup> Aftenposten Morgen 21.06.1995

rammefinansieringen og innføring av stykkprisfinansiering i sitt prinsippprogram, siden stykkprismodellen så ut til å være en langt mer effektiv finansieringsmodell i partiets øyne. Håpet til partiet var at pasientene skulle bli en inntektskilde i stedet for en utgiftspost.<sup>201</sup> I Fremskrittpartiets og Høyres dokument 8 forslag<sup>202</sup>, som gjengis i nevnte stortingsmelding, foreslår FrP at Stortinget ber Regjeringen om å fremme et forslag om en gradvis overgang til et stykkprisfinansiert helsevesen gjennom å fortsette forsøksordningen, men å utvide med at den skal gjelde for alle norske sykehus slik at det til slutt blir innført 100 prosent stykkpris fra 1999, noe som kanskje var å ta hardt i siden de fleste forskningsmiljøene aldri våget å snakke om en stykkpris på høyere enn 60 prosent (jfr. kap. 4). I tillegg foreslår de allerede her at det overordnede ansvaret for hele helsevesenet skal overdras fra kommunene og fylkene til staten.<sup>203</sup> Regjeringen Brundtland kommenterer disse forslagene med at det trolig vil innebære en sterk økning av skattenivået og at kostnadskontrollen som var blitt befestet med rammefinansieringssystemet ikke vil bli like god. Som så mange ganger før bruker Regjeringen Fremskrittpartiets ”fanesak” om lavere skatter som motargument.

Høyre nevner ikke stykkpris eller rammefinansiering i sitt forslag, men går inn for utprøving av et nytt finansieringssystem. Ordet stykkpris nevnes først i Høyres forslag i sosialkomiteen da de foreslår at ”*rammefinansiering av sykehusene erstattes med en kombinasjon av stykkpris og rammefinansiering*”.<sup>204</sup> Partiet gikk inn for at sykehusene skulle fristilles i ”*hensiktsmessige driftsenheter som baserer seg på å tilby sine tjenester til primærhelsetjenesten*”.<sup>205</sup> I stedet for å bruke ordet stykkpris sier partiet at virksomheten skal inntektsfinansieres. Fordelingsnøkkelen for midler til kommunene, eventuelt til fylkeskommunene, skulle være ut fra befolkningsunderlag, alderssammensetning og helsetilstand i befolkningen. Med andre ord ser Høyres forslag ut som en fortsettelse av rammefinansiering med litt forandring. For Regjeringen synes Høyres forslag noe uklart, og i vurderingen av forslaget forstår ikke Regjeringen om Høyre foreslår ren stykkpris eller en kombinasjon mellom stykkpris og rammefinansiering. Det kan altså se ut som om Regjeringen mener at Høyres forslag inneholder for mange løse tråder. De konkluderer også videre med at det ikke er ”*tilrådelig nå å gå inn for å sette i gang forsøksvirksomhet i regi av statlige myndigheter med en modell som Høyre har skissert*”.<sup>206</sup> Eilertsen-utvalget, nedsatt av Willoch og ledet av høyrepolitiker Eilertsen, hadde som kjent gjort det første arbeidet mot en

---

<sup>201</sup> Fra: Aftenposten Morgen 12.4.1988 (Om fremlegging av FrPs prinsippprogram)

<sup>202</sup> Høyre: Dok 8:40 (1991-92) FrP: Dok 8:54 (1990-91)

<sup>203</sup> St..meld nr. 50 1993-1994 s. 144

<sup>204</sup> Innst.S.nr.165 (1994-1995) forslag 17

<sup>205</sup> St. meld nr. 50 1993-1994 s. 142

<sup>206</sup> St. meld. nr. 50 1993-1994 s. 143

overgang til stykkprisfinansiering. For Høyre sin del var de altså tidlig opptatt av at et skift måtte skje, og når det 16 år etter utvalgets utredning fremdeles ikke hadde skjedd noe skift i finansieringen var nok kombinasjonen av ramme- og stykkprisfinansiering noe de så på som et kompromiss og nødvendig for utviklingen. Likevel overbeviser de ikke Werner Christie.

#### **5.4 Konklusjon – ”ikke i tråd med tidsånden?”**

Selv med alle debattene, utredningene, forsøksordningene og en gjennomgang i Stortinget rundt den mulige innføringen av stykkpris, skjedde det ikke et skift i finansieringen av norske sykehus så lenge Werner Christie satt som helseminister. Forfatterens angrep på Christie, om at han ikke fulgte tidsånden stemmer nok hvis en ser på hvordan mye av den aktuelle stortingsmeldingen er blitt ordlagt. På den andre siden er det bare Fremskrittspartiet som klart går inn for stykkprisfinansiering, Høyre går inn for en uklar ordning, men presiserer senere at de helst ser en kombinasjon av stykkpris- og rammefinansiering.

I stortingsmeldingen blir det riktignok redegjort for at sykehusstrukturen bør endres.<sup>207</sup> Men argumentene til Regjeringen og Christie er også basert på erfaringene som ble gjort med forsøkene ved sykehusene i Nordland og Hordaland, som vi så på i kapittel 5. I evalueringen av dette forsøket, både internt og eksternt, kommer det klart frem at forsøket ikke var tilstrekkelig utført for å få et godt nok inntrykk av hvordan stykkprisfinansieringen fungerte. Blant annet fant Statens institutt for Folkehelse ut at det ikke kunne påvises noen sammenheng mellom stykkprisfinansiering og endringer i behandlingskvaliteten. Å gå inn for et system som enda ikke hadde vist seg fra sin beste side ville vært en vanskelig beslutning å ta hvis det senere skulle vise seg at det var systemet og ikke selve forsøket som ikke fungerte.

Gjennomgangen av de svake og sterke sidene ved rammefinansiering og stykkprisfinansiering gir heller ikke noe klart svar på hvilket system som var best egnet. En annen årsak til at ikke Regjeringen tør å iverksette en ny finansieringsordning ser ut til å være frykten for å miste kontroll, da spesielt med kostnadene. Det viste seg også i min gjennomgang av helsemeldingen at problemene rundt rammefinansieringen ble nedtonet.

Spørsmålet ble altså om en skulle ta steget fullt ut, slik som Fremskrittspartiet ville, eller om en skulle vente og se på erfaringene fra andre land med finansieringsordningen og DRG-systemets betydning. Regjeringen og Werner Christie velger det siste alternativet. Når det også var enighet om at DRG-systemet burde videreutvikles for å senere kunne fungere sammen med en alternativ finansieringsordning kan det virke som at angrepet fra forfatterne

---

<sup>207</sup> St. meld. nr. 50 1993-1994 kap. 6

på Christie ikke holder vann. I neste kapittel skal vi se at Christies etterfølger tar til seg trendene i tiden og gjør det Christie ikke gjorde. Det som skjer etter Christies avgang viser helt klart at om ikke han akkurat fulgte tidsånden, så var politikken på feltet meget forsiktig sammenliknet med det som skjedde senere.

## 6. Hernesfasen – ”skift i finansieringsordning – nærmest over natten”

### 6.1 Ny mann, nye muligheter

Ingen forandringer i finansieringsformene for somatiske sykehus skjedde så lenge Werner Christie satt som statsråd i Sosial- og helsedepartementet. Christie ble utsatt fra press fra flere kanter, men det var først og fremst misnøyen med de lange ventelistene som gjorde at tillitten hans ble svekket. I tillegg hadde blant annet avisen Verdens Gang en serie om krisen i den norske psykiatrien. Her ble Christie kraftig kritisert for ikke å gjøre det som var nødvendig. Samtidig kom utdanningsminister Gudmund Hernes med en rekke reformer innen skoleverket som ble godt mottatt.<sup>208</sup> Christie ble avskjediget i nåde i desember 1995 og kunne gå tilbake til sin jobb som fylkessjef i Hedmark.

Statsminister Gro Harlem Brundtland sa på sin halvårlege pressekonferanse den 22. desember 1995 at; ”Også i tiden fremover vil helsesektoren være et viktig område. Det er et kjerneområde for velferdssamfunnet. Derfor har jeg bedt Gudmund Hernes, som har gjort en glimrende jobb med reformer på et bredt felt, dels som er gjennomført og dels som gjennomføres nå, om å overta.”<sup>209</sup> Allerede her får en inntrykk av at Statsministeren ser for seg at reformer burde settes i gang, også innen helsesektoren, og det var liten tvil om at den reformvillige arbeiderpartipolitikeren Gudmund Hernes ikke ville gå inn for å forandre deler av helsevesenet.

Gudmund Hernes var utdannet sosiolog og hadde sin doktorgrad fra John Hopkins University i USA. I 1971 ble han professor ved Universitetet i Bergen og arbeidet sammen med Stein Rokkan som hadde kalt han hjem fra USA. Fra 1972-1979 var han formann i Maktutredningen. Hernes erfaring fra politikk og samfunnsforskning var stor. I 1980 ble han statssekretær i det mye omtalte Planleggingssekretariatet til Per Kleppe, frem til valget i 1981. To år etter ble han forskningsleder for den samfunnsvitenskapelige forskningsstiftelsen Fafo.

---

<sup>208</sup> VG 2.11.1995

<sup>209</sup> Dagens Næringsliv Morgen 23.12.1995

På 90-tallet kom han tilbake til politikken for fullt da han i 1990 ble Kirke-, utdannings- og forskningsminister, før han som nevnt overtok Helsedepartementet i 1995. Det var først og fremst som utdanningsminister han ble kjent som en reformvillig politiker med en rekke reformer blant annet innen skolevesenet.

Selv om Hernes hadde bred erfaring fra politikk og samfunnsforskning var ikke helsevesenet det området han hadde mest kunnskap om. Han ga derfor seg selv 100 dager til å sette seg inn i helsepolitikken. På denne tiden var problemene med lange ventelister et hett tema og det var noe Hernes ville ta tak i. En av måtene å løse dette på var å se nærmere på finansieringsformene for sykehusene.

I denne delen av oppgaven vil jeg undersøke hva som skjedde med finansieringen av sykehusene etter at Hernes tok over.

## **6.2 Nytt system eller ”Keiserens nye klær?”**

### **6.2.1 Ventelistegaranti og finansieringsdiskusjon**

Etter Hernes sitt 100 dagers lange opphold i tenkeboksen kom han ut med en helsepolitikk han kunne sette sin egen signatur på. Som utdanningsminister hadde Hernes vært opptatt av å blåse nytt liv i gamle tanker om at skolen skulle ha en nasjonsbyggende rolle. I følge Berg hadde nok Hernes liknende tanker for helsevesenet, selv om ikke helsevesenet egnert seg like godt som nasjonsbyggingsprosjekt.<sup>210</sup> Som helseminister måtte Hernes improvisere mer enn han tidligere hadde gjort som utdanningsminister og i følge Bergs mening ble derfor ikke hans helsepolitikk like helstøpt som utdanningspolitikken. Med andre ord ser det etter Bergs mening ut som at de 100 dagene Hernes hadde satt av til å gi seg selv en bedre oversikt over helsepolitikken ble i minste laget.

Som nevnt var problemene med lange ventelister et hett tema på begynnelsen av 90-tallet. Selve ventelisteproblematikken var ikke ny, men i datidens politiske klima ble de sett på som uakseptable.<sup>211</sup> Det norske ventelistesystemet registrerte alle henvisninger til behandling utover de pasientene som trengte øyeblikkelig hjelp. Dette gjaldt for både somatiske og psykiatriske sykehus. Etter Lønning-utvalgets prioritetsnivåer ble behandlingssøknadene rangert. Pr. 31. juni 1994 var det registrert 236 500 slike søknader om behandling ved norske sykehus. Halvparten av innlagte pasienter med garanti for behandling

---

<sup>210</sup> Berg (2005) s. 81

<sup>211</sup> Skaset (2003) s. 508

hadde i 1994 i følge Kommunenes databaseselskap, K-Base, en gjennomsnittlig ventetid på 42 dager. De som ikke hadde garanti hadde et gjennomsnitt på 61 dager. Til sammen var antallet pasienter med garanti dette året på 80 000. To år før, i 1992, var tallet garantipasienter på 60 000. For pasienter uten garanti var tallene enda mer dramatiske. I 1992 var det 90 000 slike pasienter som ventet på behandling og to år senere var dette antallet økt til 160 000. Selv om sykehusene behandlet flere pasienter enn noen gang tidligere fantes det fremdeles store forskjeller i ventetider.

Hernes satte seg som mål å ta et oppgjør med denne problematikken og la frem forslag om ventetidsgaranti og forslag om ny finansieringsordning for somatiske sykehus i St.meld. nr. 44 (1995-96) ”*Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*”. I forhold til de andre stortingsmeldingene og andre offentlige dokumenter jeg har analysert i denne oppgaven skiller Hernes sin melding helt klart ut. Først og fremst i størrelse. Nasjonal Helseplan og Christies helsemelding var tunge dokumenter som inneholdt lengre drøftinger, innspill fra høringsinstansene og debatt. Hernes sin melding er på 33 sider, der de første 26 sidene drøfter ventetidsgarantien som departementet foreslo å innføre. Forslagene besto av vurderingsgaranti på 30 virkedager og behandlingsgaranti med maksimalt 3 måneders ventetid for pasienter med alvorlig sykdom. De siste 7 sidene av meldingen foreslår en overgang til en ny finansieringsordning som Hernes her kaller for innsattsstyrt finansiering (ISF).

Mens Christies helsemelding grundig vurderte svake og sterke sider ved både rammefinansiering, stykkpris og kombinasjonen av de to så skisserer Hernes sin melding bare de mest sentrale punktene for og mot de forskjellige finansieringssystemene. Eilertsen-utvalgets vurdering av systemene ser også her ut til å være utgangspunktet for diskusjonen supplert med erfaringene som var gjort ved de forskjellige forsøkene og den forrige helsemeldingens vurderinger.

Rammefinansieringen sikret i følge departementet kostnadskontroll og la til rette for et likeverdig tilbud i hele landet ved at fylkesvise rammer fastsettes etter objektive kriterier som til eksempel befolkningssammensetting. Når det gjaldt systemets svake sider nevnes det at det ikke ga bonus for større innsats, sikret heller ikke prioritering av helseformål eller lik prioritering i fylkeskommunene. De positive sidene ved en rendyrket stykkpris, altså 100 prosent stykkpris til fylkene, var at det ble enklere å kompensere for de faktiske kostnadene som var knyttet til behandling og ga full betaling for behandlingen til sykehusene.<sup>212</sup> De negative sidene ved ren stykkprisfinansiering går først på at en offentlig finansiert stykkpris

---

<sup>212</sup> St.meld. nr. 44 (1995-96) s.27



ikke sikrer kostnadskontroll og dermed medfører overforbruk, mens en privat finansiert stykkpris gir uakseptable fordelsvirkninger. Disse sidene ble som nevnt vurdert i Christies melding. Da karakteriserte jeg det som ”frykt” for markedsbaserte løsninger, noe som i Hernes melding ikke nevnes. En ren stykkpris kunne også føre til at en vridde driften mot mer lønnsomme diagnoser. Dette var en av hovedmotsetningene mot DRG-systemet, så det kan her antas at Hernes knytter stykkprissystemet sammen med DRG-systemet, selv om det ikke nevnes i argumenteringen. Det samme gjelder meldingens argument om at stykkprisen kunne føre til uforsvarlig korte liggetider.<sup>213</sup>

I tillegg til de to viktigste ordningene som dannet ytterpunktene i diskusjonen om hvilket system som egnet seg best, så nevnes også finansieringsmodeller med ren øremerking av tilskudd til helseformål, eller ”øremerket rammetilskudd” og kontraktstyring.<sup>214</sup> For det sistnevnte var det en fordel at det satt produksjonsmål, men en ulempe at det ikke ga noe mer utover det som var avtalt i kontrakten. Øremerkete rammetilskudd hadde den samme ulempen som rammefinansieringen, men var i følge departementets vurdering uskikket som finansieringsmodell siden det i en kombinasjon med rammefinansiering ikke sikret at fylkeskommunene satset på helse, noe som var en fordel ved den rene øremerkingen av tilskudd til helseformål. Slik disse argumentene for og i mot står oppført i denne meldingen gir det ikke noe inntrykk av hva disse forskjellige systemene faktisk innebærer. Som kilde til å forstå sykehusfinansiering er den ikke særlig god. En må derfor gå til Eilertsen-utvalget og stortingsmeldingen fra Christies tid for å forstå noen av argumentene.

Mens det i årene etter 1980 var gjort store forsøk og flere grundige utredningsarbeid for å finne den beste finansieringsmodellen for norske sykehus, reserverer departementet seg i meldingen og skriver at en perfekt finansieringsmodell for sykehussektoren ikke eksisterer.<sup>215</sup> Løsningen ble da å hente elementer fra de rendyrkede modellene i en balanse tilpasset utfordringene som helsevesenet sto overfor.<sup>216</sup> Løsningen er langt i fra ny, og ble diskutert tidligere. Altså å blande ulike elementer fra hvert system.

På begynnelsen av 1990-tallet var det som sagt ventelistene som var den største utfordringen. Ikke alle pasientene i norske sykehus ville bli omfattet av den nye garantimodellen som departementet la frem. Det var derfor ”(...) nødvendig å supplere forslaget til ny garantiordning med bruk av finansielle virkemidler som i sterkere grad stimulerer til økt behandlingsskapitet i sykehusene. (...) En realisering av økt

---

<sup>213</sup> St.meld. nr. 44 (1995-96) s.28

<sup>214</sup> St.meld. nr. 44 (1995-96) s.27

<sup>215</sup> St.meld. nr. 44 (1995-96) s.27

<sup>216</sup> St.meld. nr. 44 (1995-96) s.28

*behandlingskapasitet fordrer bruk av flere virkemidler, deriblant utformingen av finansieringsystem.*”<sup>217</sup> En overgang til en ny finansieringsordning for sykehusene blir som vi ser sett på som et virkemiddel for blant annet å øke behandlingskapasiteten. Alt i alt er denne en heller middelmådig gjennomgang av ulike finansieringsformer og hvorfor en trenger å diskutere en eventuell overgang i finansieringen. Alt settes på ett kort for å øke behandlingskapasiteten for deretter å kunne kutte ventelistene.

### **6.2.2 Innsatsstyrt finansiering**

Spørsmålet var om den daværende finansieringsmodellen kunne tilpasses for å møte de utfordringene som nevnt over. Hernes mente at det var et behov for et mer fleksibelt finansieringssystem hvor en større del av inntektssiden til sykehusene ble knyttet til behandlingsaktiviteten. Et slikt system ville i følge meldingen gi sterkere styring med ressursene og gi et grunnlag for økt pasientbehandling. Argumentene for å skifte finansieringen er etter Hernes sin tiltredelse blitt annerledes. I tillegg er også fokuset flyttet fra å konsentrere seg om geografisk utjevning og problemene rundt de økonomiske insitamentene til å få ned ventetiden for pasientene.

Et nytt argument som ikke var blitt brukt før i debatten rundt en mulig overgang til et nytt finansieringssystem kommer til syne i stortingsmeldingen; ”*De fleste fylkeskommuner er for små til å kunne håndtere den finansielle usikkerheten som er knyttet til aktivitetsavhengige budsjett*”.<sup>218</sup> Staten må i følge meldingen med andre ord påta seg et finansielt ansvar, knyttet opp til en større vektlegging av aktivitetsbaserte inntekter. At en her plutselig tar i bruk et slikt argument kan virke som et skritt mot at staten skal ha mer innflytelse over sykehusene. I Christies stortingsmelding ble det ikke nevnt at grunnen til at stykkpris ikke ville fungere var fordi noen av fylkeskommunene var for små. Tidligere har jeg også vært inne på at en av Eilertsen-utvalgets største innvendinger mot å endre på rammefinansieringen var den brede politiske støtten den hadde i fylkeskommunene. Noe jeg påviste at ikke var helt tilfelle. Med dette argumentet kritiserer en for første gang selve fylkeskommunen og størrelsen på noen av dem og ikke de diverse reglene som fylkeskommunene måtte følge. Med utgangspunkt i nasjonale mål for helsepolitikken, som ser ut til å være basert på Nasjonal Helseplan, skulle finansieringssystemet innsatsstyrt finansiering oppfylle tre krav. For det første skulle det skape lik tilgjengelighet til en god

---

<sup>217</sup> St.meld. nr. 44 (1995-96) s.29

<sup>218</sup> St. meld. nr. 44 1995-96 s. 28

helsetjeneste. For det andre skulle det stimulere til effektiv ressursutnyttelse og til sist altså gi grunnlag for god kostnadskontroll.<sup>219</sup> Frykten for å miste denne kontrollen, noe som var en av grunnene til at Christie ikke ville innføre stykkpris er her blitt neddramatisert. Ingenting nevnes i meldingen fra Hernes om at kostnadskontrollen kunne svekkes ved et element av stykkpris. Som vi skal se forsvinner begrepet stykkpris gradvis vekk.

Bakgrunnen for departementets forslag om en innsatsstyrt finansiering var spørsmålet om rammefinansieringen kunne tilpasses slik at en igjen kunne stå sterkt i møte med utfordringene rundt økt kapasitet og ventetidsgaranti. Departementet presiserer at de rene rammekontraktene som fylkeskommunene hadde var lite egnet for å stimulere til økt pasientbehandling. Det ser ut som om departementet mener det er et behov for et mer fleksibelt finansieringssystem. I dette nye finansieringssystemet ser departementet også et behov for å knytte en større del av sykehusenes inntekt til den faktiske behandlingsaktiviteten, uten at det blir presisert hvordan det skal gjennomføres i praksis.<sup>220</sup> Innsatsstyrt finansiering blir av departementet beskrevet som en blandingsmodell som tar vare på de positive sidene med rammefinansiering og som samtidig utvider elementet av aktivitetsbasert finansiering. Med dette går en ut i fra at det er stykkpris det er snakk om. Mest sannsynlig er de positive sidene med rammefinansieringen som nevnes her at systemet viste at det ga en god kontroll med totalkostnadene. Det er nok derfor departementet velger å fortsette med tanken om at rammetilskudd til fylkeskommunen vil være det viktigste grunnlaget for finansiering av sykehus.<sup>221</sup>

ISF forutsatte at økonomiske insentiver virket i sykehussektoren. I følge meldingen var det viktig at avstanden mellom beslutninger om produksjon og økonomisk insentiv var kortest mulig. Denne setningen kjennetegner stortingsmeldingen. Kort og presis, i hvert fall presis for dem som har skrevet det. At avstanden mellom beslutninger om produksjon og økonomisk insentiv skulle være kortest mulig knytter jeg til spørsmålet om hvem som skulle motta betalingen. Enten ble fylkeskommunene belønnet direkte gjennom ”stykkprisrefusjonen” eller så ble sykehusene det. Dette var det ikke mulig å avklare på det daværende tidspunkt ettersom det var gode forhold som talte for begge alternativene.

Andre ting som nevnes er at det var viktig å legge til rette for at helsepersonell ble værende i de offentlige sykehusene gjennom fagutvikling og kompetanseoppbygging i sykehusene. Innsatsstyrt finansiering skulle bli ledsaget av en økonomisk satsing på

---

<sup>219</sup> St. meld. nr. 44 1995-96

<sup>220</sup> St. meld. nr. 44 1995-96 s. 28

<sup>221</sup> St. meld. Nr. 44 1995/96 kap. 7.4.5

sykehussektoren og den statlige refusjon ville bli gitt fra første pasient. Derfor måtte rammetilskuddet til fylkeskommunene reduseres for å overføre midler til det tilskuddet som skulle komme fra DRG. Med dette mente departementet at fylkeskommunen det første året ville komme like godt ut som gjennomsnittet året før.

I min gransking av kildene ser en at den største forskjellen fra det som ble diskutert i Christies melding, var at Hernes går mer rett på sak og skifter navn på begrepet stykkpris til fordel for sitt eget begrep innsatsstyrt finansiering. Innholdet i ordningene viser seg å være ganske like. Innsatsstyrt finansiering er altså ikke en ny ide eller et helt nytt finansieringssystem. Det som er nytt er navnet. Hernes "sitt system" er i utgangspunktet det samme som Christie diskuterte året før og som også Eilertsen-utvalget vurderte i 1987. Christie går nøye gjennom sterke og svake sider ved systemet og finner ut at en bør vente og se på hvordan det fungerer i andre land, mens Hernes foreslår systemet innført uten å diskutere det nærmere og oppretter et organ som skal se på de svake sidene underveis. Grunnen til at systemet innføres kan være at en hadde med mer en reformvillig og resultatorientert helseminister.

### **6.2.3 DRG-systemet – "partner med ISF?"**

Det diskuteres i Hernes sin helsemelding at ISF bør bygge på det stortingsflertallet i forrige stortingsmelding hadde sluttet seg til, nemlig at DRG-systemet skulle bli brukt som grunnlag for informasjon, planlegging og ressursstyring i fylkeskommunene. Departementet ser flere ulemper med en slik aktivitetsbasert finansieringsordning, først og fremst den evigvarende frykten for svakere kostnadskontroll og forsterking av geografiske ulikheter. Likevel går en inn for dette systemet, med en aldri så liten og uklar sikkerhetsventil; "*Hele finansieringssystemet må løpende følges opp for å evaluere eventuelle virkninger av de svake sidene*"<sup>222</sup>. En instans for dette ble foreslått i St. meld. nr. 2 (1995/96) og opprettet sammen med innføringen av ISF. Den skulle altså følge ordningen tett.

Den viktigste målsettingen for ISF var altså å få til en økning i behandlingsaktiviteten. Likevel vet ikke departementet hvor stor økning dette kunne stimulere til. Derfor ønsket en å starte med en lav størrelse på refusjonen. I starten så en for seg en størrelsesorden på 20-40 prosent. Litt av grunnen til en forsiktig oppstart ser ut til å være administrative hensyn i tillegg til faren for blant annet geografisk skjevdeling. Ingenting i stortingsmeldingen tyder på at

---

<sup>222</sup> St. meld. Nr. 44 1995-96 s. 30

DRG-systemet måtte utvikles videre slik det hadde blitt bestemt i de foregående dokumentene om DRG. Som vi så tidligere i oppgaven var DRG-arbeidet bedret gjennom NIS sine prosjekter, stykkprisforsøket og toppfinansieringen, så på denne tiden var arbeidet med å oversette systemet til norsk fullført. Det var derfor i følge Hernes på tide å innføre det. Dessuten var dette systemet, som jeg viste tidligere i oppgaven, et system som ble knyttet til stykkpris. Uten et skikkelig DRG-system strandet stykkprissystemet var lærdommen fra Helsemelding 50.

Forslaget om en lav refusjonssats på 20 til 40 prosent ble møtt på midten ved behandlingen av meldingen. Stortinget gikk med på å innføre 30 % ISF fra 1. juli 1997. Etter hvert ble ISF-satsene økt til 45 % i 1998, 50 % i 1999, 55 % i 2002<sup>223</sup> og 60 % i 2003<sup>224</sup>. I praksis betyr dette at et DRG-poeng blir finansiert etter disse satsene. I årene etter har denne satsen blitt justert opp og ned hvert år. Den nye finansieringsformen med ISF kvittet seg altså ikke helt med rammefinansieringen. Fremdeles ble det lagt frem rammebudsjetter, men nå kombinert med aktivitetsbaserte ordninger som DRG-systemet.

Jan Grund ser mange positive sider ved ISF. Med dette systemet knyttes økonomidata til produksjon slik at tjenesteprodusentene får en bedre oversikt over hva de produserer og hvor mye det koster. Videre mener Grund at med ISF blir roller og ansvar mer tydeliggjort. Grund utdyper ikke dette, men viser til et sitat av sykehusdirektør ved Rikshospitalet, Åge Danielsen noen år etter innføringen av ISF: *"Dette (ISF) har vært mye viktigere for produktivitetsøkning og reduksjon av pasientkøer de siste åra enn summen av alle andre helsereformer til sammen, inklusive eierreformen. Til tross for mangler har ISF gitt grunnlag både for å øke kapasiteten og for å bedre styringen i sykehusene"*.<sup>225</sup> Grund kommenterte dette med å se på negative sider ved ISF. Hvis det er et takstsystem som bestemmer i stedet for medisinske og etiske forhold kan det føre til at krevende pasienter som prissettes lavt etter DRG-systemet ikke blir prioritert siden sykehusene kan tape penger på slike tilfeller. Personalet kan føle seg tvunget av rammene til å behandle friskere og mindre krevende pasienter. Hver diagnose har sin stykkpris i finansieringssystemet og noen diagnoser er mer lønnsomme enn andre, alt etter hvor lang tid behandlingen tar, hvor mange ressurser som brukes og hvor komplisert diagnosen er. Dette kan føre til juks i kodingen av diagnosen og høyere stykkpris.<sup>226</sup>

---

<sup>223</sup> Schjøtz (2000) s. 507

<sup>224</sup> Pettersen og Bjørnenak (2003) s. 202

<sup>225</sup> Grund (2006) s. 131 Fra Danielsen (2003)

<sup>226</sup> Grund (2006) s. 133

Alle disse svake sidene var en i følge stortingsmeldingen fra 1995-96 klar over før innføringen av ISF. Likevel velger en å sette i gang med prosjektet. Det tyder på at det var et stort behov for noe nytt innen finansieringen av norske sykehus. Hvorfor en går for akkurat denne type ordning med en blandingsmodell er det vanskelig å gi et konkret svar på, men det meste tyder på at det rett og slett var den ordningen som der og da så ut til å være enklest å håndtere, både på godt og vondt. Det var også den ordningen som så best ut til å innfri målene om aktivitetsøkning og dermed også nedgang i ventetiden ved sykehusene. Ved å beholde rammefinansieringen håpet en også på at det skulle ivareta kostnadskontrollen.

Den norske helsetjenesten er i dag finansiert gjennom ISF som er en blandingsmodell med delvis rammefinansiering og delvis aktivitetsbasert finansiering. Grund oppsummerer hvordan helsetjenesten er finansiert ved å si at i praksis er ”*helsetjenesten finansiert gjennom et svært sammensatt og teknisk komplisert system av statlige rammeoverføringer, innsattsstyrte elementer, regionale og kommunale tilskudd, øremerkede statlige tilskudd til spesielle tjenester, offentlige prisrefusjoner av privat virksomhet og ulike betalinger fra pasienter*”.<sup>227</sup> Etter innføringen av ISF har ventelistene gått ned, men blant andre hevder Grund at det er en prosess som startet før innføringen av det nye systemet. I tillegg har andre faktorer som lettere tilgjengelige sykehustjenester med statsovertakelsen i 2002 blitt tillagt betydning.<sup>228</sup>

### 6.3 Konklusjon - Et brudd med Arbeiderpartiets helsepolitikk?

Flere av forfatterne, som Berg, Grund og Skaset, vektlegger utnevningen av Gudmund Hernes som ny helseminister, som en viktig faktor for overgangen til et nytt finansieringssystem. Som vi har sett i denne prosessen har den påstanden noe for seg. Hernes, som av Skaset blir kalt ”*reformvillig og amerikansk-inspirert*”<sup>229</sup>, gikk i mot det forgjengeren hadde sagt i stortingsmeldingen året før. Den passive holdningen til innføringen av et nytt finansieringssystem som Christie ble kritisert for snudde Hernes i løpet av et år. Det ser med andre ord ut som om Brundtland ville ha reformer også innen helsevesenet som passet mer med tidsånden og derfor ga ministerposten til Hernes. Han var i følge Berg tidlig blitt fanget opp av og preget av rasjonalistiske og liberale ideer, og mener videre at det var naturlig for Hernes som ”*rasjonalist*” å gjøre strukturene tydeligere og samtidig motivere aktørene til et

---

<sup>227</sup> Grund (2006) s. 130

<sup>228</sup> Grund (2006) s. 222

<sup>229</sup> Schiøtz (2000) s. 507

bedre helseutbytte og ressursutnyttelse. I tillegg ble det tatt flere skritt mot en ”bedriftsliggjøring av sykehuspolitikken”.<sup>230</sup>

Sammenlikner vi meldingen om ISF med stortingsmeldingen fra året før, så ser vi at denne ikke er like grundig når det kommer til diskusjonen om finansiering. Derfor går denne meldingen mye mer rett på sak enn den forrige og er på mange måter en mer ”actionorientert” stortingsmelding.

Werner Christie ville vente på resultater fra Sverige og Storbritannia for å se hvordan stykkprisfinansieringen ble mottatt der. I meldingen fra Hernes sitt departement er det ingen gjennomgang av hvordan det har fungert i de landene. Det eneste som blir sett på av internasjonale erfaringer er ventetidsgarantien ved sykehus i Sverige og Danmark. Den forrige helsemeldingen åpnet som nevnt for et skift i finansieringen etter å ha sett hvordan utviklingen gikk andre steder. Hernes har derimot sett bort fra dette og satset heller på å følge opp egne erfaringer underveis.

Christie holdt på gamle arbeiderpartitanker om samarbeid og dugnadsånd innenfor helsevesenet og ville holde seg til det trygge, nemlig rammefinansieringen. Markedsorienterte løsninger hadde ingenting å gjøre i finansieringen av norske sykehus hvis vi skal forstå deler av Christies helsemelding. Likevel stilte en seg positiv til å fortsette utviklingen av det amerikanske DRG-systemet. Gjennom 1980-årene hadde disse markedsorienterte løsningene fått større gjennomkraft i andre deler av samfunnet og holdningene til disse endret seg også på venstresiden av norsk politikk. I forrige kapittel tok jeg et eksempel på at når Brundtland ikke var i mot å gjøre NSB til et aksjeselskap, så var det kanskje bare et spørsmål om tid før de samme holdningene kom frem også innenfor helsepolitikken.

Berg kaller Brundtland for ”en utpreget tredjeveis sosialdemokrat”.<sup>231</sup> Med dette mener han at hun hadde tilpasset seg tidsånden. Noe som må nevnes i denne sammenhengen er Arbeiderpartiets nyorientering på 1980- og 90-tallet og Gudmund Hernes var en av dem som utmerket seg med sitt reformarbeid. Han hadde også vært med i utformingen av Arbeiderpartiets prinsippprogrammer på 1980-tallet.<sup>232</sup> Den ”actionorienterte” politikken med innføring av ISF bare ett år etter at en minister fra samme parti ikke ville gå inn for en liknende ordning viser helt klart at partiets helsepolitikk tok en ny retning, men er det her snakk om et nevneverdig stort brudd med Arbeiderpartiets helsepolitikk? Selv om det her er snakk om markedsorienterte løsninger, så er det for det første viktig å nevne at sykehusene til

---

<sup>230</sup> Berg (2005) s. 81

<sup>231</sup> Berg (2005) s. 81

<sup>232</sup> Tjernshaugen (2006) s. 39 og s.47

eksempel ikke ble privatisert, slik som hadde skjedd på andre statlige områder. Rammetilskuddet fortsatte som gjeldende, mens stykkpriselementet skulle øke behandlingsskapiteten for å få ned ventelistene. Senere tok faktisk staten over som eiere av sykehusene. På den andre siden støttes dette forslaget om ISF av Fremskrittspartiet og for første gang er disse to partiene enige om en finansiell reform innen sykehussektoren.<sup>233</sup> Når en ser på det første kan en ikke påvise et klart brudd med Arbeiderpartiets politikk. De overordnede målene for helsesektoren er fremdeles de samme som til eksempel å sikre en lik helsetjeneste for hele befolkningen. Ser en på at Fremskrittspartiet har prøvd å få innført denne type ordning med stykkprisfinansiering som Arbeiderpartiet ikke har villet innføre tidligere oppfattes dette som et brudd. Men som jeg har vist i det foregående var det størst skepsis til om stykkpriselementene i en alternativ finansieringsordning kunne løse problemene i sykehusøkonomien. Hadde stykkprisfinansieringen overbevist om til eksempel å ha insentiver til å sikre geografisk utjevning kunne nok modellen blitt innført etter nasjonal helseplan og stykkprisforsøkene.

To årsaker til at vi på dette tidspunktet får et skift i finansieringen skiller seg altså ut som viktigst. Det ene er altså at Arbeiderpartiet på denne tiden er mer villige til å velge markedsorienterte løsninger enn tidligere. Dette kan ha med partiets nyorientering på 80-tallet å gjøre og at en trodde at Werner Christie skulle ta helsevesenet samme vei som hans statsrådskollegaer hadde gjort på andre områder. Siden dette ikke skjedde fikk Gudmund Hernes året etter innført det systemet som Christie hadde vurdert for svakt for å være mer i tråd med tidsånden. Det andre er at Christie hadde fått alt for stor kritikk for å ikke gjøre noe med ventelisteproblematikken. Hernes tar derfor steget fullt ut med å reformere finansieringen med en kombinasjon av stykkpris og rammefinansiering som et ledd i kampen mot ventelistene. I stedet for å legge opp til grundige vurderinger, som sine forgjengere hadde gjort, går han heller inn for å evaluere underveis. ISF og DRG-systemet har nå vært finansieringssystemet for norske somatiske sykehus i over 11 år. Det er fremdeles et omdiskutert tema.

---

<sup>233</sup> Byrkjeflot og Torjesen (2006) s. 18



## 7.0 Avslutning:

### 7.1 Hvorfor får vi skift i finansieringen av norske somatiske sykehus?

I denne oppgaven har jeg presentert utviklingen av finansieringen av norske somatiske sykehus fra 1970-tallet til 1997. Finansieringssystemene er i dag fremdeles viktige temaer som hele tiden diskuteres i den offentlige debatt. Mitt overordnede mål som historiestudent har derfor vært å presentere disse systemenes historie i denne masteroppgaven, frem til innføringen av det systemet vi har i dag, siden det ikke finnes et bestemt litterært verk som kun konsentrerer seg om hva disse systemene inneholdt og hvordan de ble oppfattet i forskjellige tidsepoker. Et annet mål har vært å utnytte de offentlige kildene til det fulle for å forstå innholdet i systemene og hvilke forhåpninger en hadde til dem. Daglig hører vi om ISF, DRG og rammetilskudd i media når sykehusfinansiering blir diskutert. I diskusjoner med mine medstudenter og venner har alle en mening om denne problematikken. Derimot er det få som vet hva disse systemene inneholder og hvorfor de er blitt valgt som finansieringsform for norske somatiske sykehus. Jeg mener derfor at denne oppgaven er viktig og aktuell selv om sluttstreken blir satt i 1997.

I innledningen stilte jeg spørsmålene? ”*Hvorfor skifter finansieringsformen av norske somatiske sykehus og hvorfor velger Norge disse modellene for finansiering og hva inneholder de? Hvordan ble finansieringssystemene vurdert og hvem var det som påvirket beslutningene?*” I tillegg åpnet jeg for å diskutere andre problemstillinger tilknyttet hvert enkelt kapittels handlingsområder.

Opgaven har vist at skiftene i finansieringsformene kommer som svar på kritikk av det forrige systemet, eller som en, forhåpentligvis, god løsning på den aktuelle tids problemer i sykehussektoren. Liggedøgnsrefusjonenes store problem var det innebygde økonomiske incentivet som gjorde at sykehusene tjente penger på å ha pasienter liggende lengst mulig. Som vi har sett var et forvarsel om et skift i finansieringen av norske sykehus nært da liggedøgnsrefusjonene ble kraftig nedjustert i 1974. Dette årstallet innledet derfor et helt nytt og større fokus på finansieringsproblematikken rundt sykehussektoren. Det skulle likevel ta 6 år før rammefinansieringsordningen ble innført. Et behov for å ha større kontroll over utgiftene meldte seg for myndighetene og noe måtte derfor gjøres. Som jeg viste i kapittel 2 er det viktig å legge til at denne ekspansive perioden også kan ses på som en periode som ga et godt grunnlag for sykehussektoren i fremtiden. Den bidro nemlig til å bygge ut og utvikle

sykehusene og helsevesenet i Norge, selv om det hadde vist seg at denne utbyggingen til tider hadde vært ukritisk. Vi har i dag mye å takke dette systemet for, siden vi i denne perioden fikk flere sykehus som kunne møte fremtidens økende behov for behandlingstilbud.

Enigheten om at systemet ikke fungerte førte til et skift i finansieringsordning for somatiske sykehus. Det nye systemet skulle legge ting til rette for geografisk utjevning og gi Staten større kontroll over kostnadene samtidig som fylkeskommunene fikk større frihet gjennom muligheten til å overføre midler fra andre områder. Staten tok med andre ord innover seg at utgiftene vokste i sykehussektoren og det var derfor nødvendig å sikre kontroll.

Allerede i 1987 la Eilertsen-utvalget frem en rapport som ga en bred vurdering av det daværende systemet i tillegg til å foreslå alternative finansieringsordninger. Rammefinansieringen får i denne rapporten påvist en rekke svakheter, men ikke noe annet system vurderes som bedre til å løse de aktuelle problemene. En kombinasjon mellom stykkprisfinansiering og rammefinansiering blir her for første gang diskutert. Etter mine analyser av kilden viste det seg at en knyttet DRG-systemet nært sammen med stykkprissystemet. Hvis stykkprisfinansieringen skulle innføres, som hovedsystem eller i kombinasjon med rammetilskuddene, så måtte det foreligge et system som kunne kategorisere pasienter og prisen på sykdommer og skader inn i grupper. Gjennom hele denne prosessen har jeg påvist at DRG-systemet var kommet for å bli. Motstanden argumenterte først og fremst på at kodesystemet ikke var godt nok oversatt til norske standarder og heller ikke godt nok utviklet. Det er ytterst få som kritiserer selve ideen bak det, bortsett fra en skepsis til at systemet åpnet for markedsorienterte løsninger i helsesektoren. Det samme argumentet brukes senere av Werner Christie da hans helsemelding ser på mulighetene for et skift i finansieringen av norske somatiske sykehus. Skepsisen til markedsorienterte løsninger er stor, men DRG-systemet ses på som positivt. Christie så helst at arbeidet med å utvikle systemet fortsatte slik at det kunne bli brukt i en fremtidig finansieringsordning. Arbeidet til nasjonal helseplan og Christies helsemelding førte altså ingen vei på dette bestemte feltet, og en var fremdeles like langt.

Da den andre og siste overgangen til ny finansieringsordning kommer i 1997 kan det virke som det skjer nærmest over natten. Med en reformvillig og nytnevnt helseminister, Gudmund Hernes, får vi en overgang til innsatsstyrt finansiering. Jeg påviste spesielt to årsaker til at vi på dette tidspunktet får et skift i finansieringsordningen. Det ene er at Arbeiderpartiet på denne tiden var mer villige til å velge markedsorienterte løsninger enn tidligere. Dette kan ha med partiets nyorientering på 80-tallet å gjøre og at en trodde at Christie skulle ta helsevesenet samme vei som hans statsrådskolleger hadde gjort på andre

områder. Siden dette ikke skjedde fikk Hernes året etter innført det systemet som Christie hadde vurdert for svakt for å være mer i tråd med tidsånden. Hernes gir også blandingsmodellen ett nytt navn og mener at tiden er moden for å ta i bruk DRG-systemet, selv om det året før fantes en skepsis til om dette systemet var godt nok utviklet. Det andre er at Christie hadde fått alt for stor kritikk for ikke å gjøre noe med ventelisteproblematikken. Hernes reformerer derfor finansieringen som et ledd i kampen mot ventelistene. I stedet for å legge opp til grundig vurderinger, som sine forgjengere hadde gjort, går han heller inn for å evaluere ordningen underveis. Fokuset på økt behandling i sykehusene og mer effektivitet er altså en av grunnene til at ISF innføres.

De ulike finansieringssystemene innføres av Staten etter samarbeid med forskningsmiljøer, de ulike aktørene og ikke minst ”trender i tiden”. Samarbeidet med forskningsmiljøene er spesielt. Her kommer det ideer om systemer utenifra. Til eksempel ble DRG-systemet presentert for politikerne av forskningsmiljøene, i nært samarbeid med systemets far, Robert Fetter. Hovedbildet viser likevel en forsiktig politikk på feltet fra den borgerlige regjeringen og også fra Arbeiderpartiregjeringene. Det eneste partiet som gjennom hele denne prosessen vil ha et skift er Fremskrittspartiet, som allerede i 1988 vil innføre en ren stykkprisordning. Tiden frem til 1997 var preget av nøye drøftinger av de forskjellige ordningene.

Rammefinansieringsordningen var en ordning som var sterkt influert av reformene i Storbritannia og kan sies å være Norges måte å følge den tids internasjonale trender på. I 1980 var myndighetene overbevist om at dette systemet egnest seg best til å ordne opp i sykehusøkonomien på grunn av at det var et fastere økonomisk system. Da Christie diskuterte alternative finansieringsordninger ville departementet vente på erfaringene andre vestlige land fikk ved innføringen av andre systemer. Dette var et av de viktigste argumentene for at ikke departementet gikk inn for et skift på denne tiden. Hernes derimot viser kun kort til Danmark og Sveriges erfaringer med å få ned ventelistene. Med den første overgangen kan en altså se at internasjonale trender blir fulgt. I dette tilfelle sterkt influert av Storbritannia. Den andre overgangen henviser ikke til andre lands erfaringer, men kan likevel anses som en måte å følge med i tiden på. Som jeg viste i kapittel 3 og 4 ble DRG-systemet og liknende systemer tatt i bruk i mange europeiske land før Norge.

Et annet faktum som denne oppgaven har vist er at det før 1997 skulle mye til for å endre på finansieringsordningen. Liggedøgnrefusjonene var blitt en slags kutyme før rammefinansieringen ble innført. Da den første kritikken mot dette systemet kom ble det diskutert å endre finansieringsordning igjen. Men selv med utredninger, store

forsøksprosjekter, grundige stortingsmeldinger og forskjellige påvirkninger utenifra ble det hele tiden besluttet at rammefinansieringen var den eneste ordningen som fungerte, til tross for mange avslørte svakheter. På en måte kan en si at Hernes sin melding konkluderer alt dette arbeidet med å si at en perfekt finansieringsmodell for sykehussektoren ikke eksisterer.<sup>234</sup> I stedet for å vente på erfaringer fra utlandet og et bedre utviklet DRG-system får han innført en ny ordning. Når en har sett hvor mye som skal til for å endre finansieringsordningene for norske somatiske sykehus, skal det bli spennende å følge dette emnet i fremtiden.

---

<sup>234</sup> St.meld. nr. 44 (1995-96) s.27

## 8. Litteratur og kilder:

### Litteratur:

- Aas, Harald Inge Monrad:** NIS-Rapport 3/85 høsten 1985: " *DRG: Diagnose Relaterte Grupper. En litteraturoversikt*". 1985
- Aas, Harald Inge Monrad:** NIS-Rapport 3/89: "*The Making of the Norwegian DRGs*". 1989
- Berg, Ole:** "*Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*", Tidsskriftets skriftserie. 2005
- Byrkjeflot, Haldor og Torjesen, Dag:** "*When Disease is Being Priced. The Translation of the American DRG System to the hospital sectors in Norway and Denmark A Tentative Study Aimed at a Comparison between Norway and Denmark.*" Rokkansenteret 2006
- Carlsen F.** "*Hvorfor rammefinansieringsregimet svikter*". Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift 1995; 11: 133 – 49
- Furuholmen, C og Magnussen, Jon:** "Health Care in Transition Profiles Series". Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000.
- Geist, Patricia og Hardesty, Monica:** "*Negotiating the Crisis: DRGs and the Transformation of Hospitals*" Lawrence Erlbaum Associate. Hillsdale, NJ. 1992
- Grund, Jan:** "*Sykehusledelse og helsepolitikk. Dilemmaenes tyranni*", Universitetsforlaget 2006
- Grund, Jan:** "*Helsepolitikk i 1990-årene. Effektivisering, spill eller utvikling*". Oslo: Tano. 1991
- Grønlie, Tore:** "*Norwegian General Hospitals, 1970-2002: County Ownership – An Interlude between Welfare Localism and State Direction*" i *Medical History*, 2006, 50: s.189-208. 2006
- Grønlie, Tore og Andresen, Astri:** "*Studying international medico-political transfers: Issues, agents and adaptations*". 2007
- Gundersen, Fridjof Frank:** "*Helse og politiske styringsmekanismer*" Oslo: TANO, 1989
- Hagen, Terje P:** Stykkprising av sykehustjenester. NIBR-notat nr. 111. Oslo. 1991
- Hansen, Finn Henry:** "*Sykehusstruktur i historisk perspektiv*", i: Hansen, F.H. m.fl.: SAMDATA sykehus rapport 3/01 2001
- Kjeldstadli, Knut:** "*Fortida er ikke hva den en gang var. En innføring i historiefaget*." Universitetsforlaget, Oslo 1999

**Kjerstad, Egil og Kristiansen, Frode:** SNF-rapport 52/02: *"Innsatsstyrt finansiering og pasientsammensetningen ved norske sykehus"*. 2002

**Lian, Olaug S:** *"Når Helse blir en vare"*. Høyskoleforlaget, Kristiansand 2003

**Magnussen, Jon** NIS-Rapport 6/86 *"DRG-systemet: Anvendelser og konsekvenser"*. 1986

**Pettersen, Inger Johanne og Bjørnenak, Trond:** *"Helse i hver krone – om økonomisk styring i helsesektoren"*, Cappelen Akademisk Forlag Oslo 2003

**Schiøtz, Aina og Skaset, Maren:** *"Folkets helse - landets styrke 1850-2003"*, bind 2 i *"Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003"*, Universitetsforlaget 2003

**Slåttembrekk, Olav V:** Hva koster pasienten? En beregning av norske kostnadsvekter til DRG. NIS rapport 1/90. Trondheim 1990

**Tjernshaugen, Karen R:** *"Hellige kyr på slaktebenken Nyorienteringen i Arbeiderpartiet på 1980-tallet"*. Masteroppgave i historie Universitetet i Bergen 2006

**Solstad, Kjell og Oppdahl Mo, Tone.** Rapport 4/93 SINTEF NIS

**Nerland** Artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr.25 2001

#### **Offentlige utredninger:**

**NOU: 1977:22** *"Finansiering av helseinstitusjoner."* Sosialdepartementet.

**NOU: 1987:23** *"Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste."* Sosialdepartementet.

**NOU: 1987:25** *"Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering."* Sosialdepartementet.

**NOU: 1997:18** *"Prioritering på ny"* Sosialdepartementet.

#### **Stortingsmeldinger:**

**St. meld. nr. 9 1974-75** *"Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen"*

**St. meld nr.41 1987-88** *"Nasjonal helseplan"*

**St. meld nr.50 1993-94** *"Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste."*

**St. meld. nr. 44 1995-96** *"Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering."*

**St.meld. nr.2 1995-96** *"Revidert nasjonalbudsjett"*

#### **Innstillinger til Stortinget:**

**Innst.S.nr.165** (1994-1995) *"Innstilling fra sosialkomiteen om samarbeid og styring - mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste"*

**Inst.S.nr.27** (1996-97) ”Om ventetidsgarantien - kriterier og finansiering”

**Odelstingsproposisjoner:**

**Ot.prp. nr. 36 1967 - 68.** ”Om lov om sykehus m.v.”

**Ot.prp. nr. 32 1975 – 76** ”Om lov om endringer i lov av juni 1969 om sykehus m.v.”

**Ot.prp. nr. 1 1978 - 79:** ”Endringer i sykehuslov i forbindelse med ny finansieringsordning for helseinstitusjoner.”

**Annet:**

Høringsuttaler og annet arkivmateriale fra Helse- og omsorgsdepartementets dokumentarkiv

**Notat** fra Sykehussjefen i Vestfold 09.11.1986 sak HS 223/87A

**Høringsuttalelse** til NOU 1987:25 og NOU 1987:23 fra Nordland fylkeskommune

25.11.1987

**Høringsuttalelse** fra Nordland fylkeskommune 24.-25. November 1987 dok.nr.: 87313 HDC 0004

**Høringsuttalelse** fra NIS vedr. NOU 1987:25 10.11.1987

**Høringsuttalelse** fra NIS vedr. NOU 1987:25 30.11.1987

**Høringsuttalelse** fra Rogaland fylkeskommune om NOU-rapport 1987:25 pkt.1

**Høyre: Dok 8:40** (1991-92)

**FrP: Dok 8:54** (1990-91)

**Undersøkelse gjort av Rasjonaliseringsdirektoratet.** ”Rammefinansieringssystemet og gjestepasientsystemet” Rasjonaliseringsdirektoratet. 1984

[www.shdir.no](http://www.shdir.no) - DRG historien i Norge fra slutten av 70-tallet til i dag

**Avisutklipp:**

NTBtekst 15.4.1991 (fra [www.atekst.no](http://www.atekst.no))

Aftenposten Morgen 26.02.1985

Aftenposten Morgen 12.04.1985

Aftenposten Morgen 12.4.1988 (fra [www.atekst.no](http://www.atekst.no))

NTBtekst 15.4.1991 (fra [www.atekst.no](http://www.atekst.no))

Aftenposten Morgen 21.06.1995

Bergens Tidende 23.12.1995

VG 2.11.1995 (fra [www.atekst.no](http://www.atekst.no))

Dagens Næringsliv Morgen 23.12.1995 (fra [www.atekst.no](http://www.atekst.no))