



De tok tilbake sykehusene

Om Skottlands og New Zealands farvel med markedsmodeller i sykehussektoren

Mars 2009

DE FACTO
KUNNSKAPSENTER FOR FAGORGANISERTE

For velferdsstaten 

© For Velferdsstaten

For velferdsstaten
Postboks 7003 St. Olavsplass, 0130 Oslo
Keysersgt. 15
Fax: 23 06 46 06
aksjon@velferdsstaten.no
www.velferdsstaten.no

Layout omslag: Roar Eilertsen, DE FACTO

Trykk: Fagforbundet

Oslo Mars 2009

ISBN 82-7999-011-6

De tok tilbake sykehusene

Om Skottlands og New Zealands farvel med markedsmodeller i sykehussektoren

Roar Eilertsen

DE FACTO, mars 2009

Forord

Rapporten **De tok tilbake sykehusene – Om Skottlands og New Zealands farvel med markedsmodeller i sykehussektoren** er utarbeidet av De Facto – Kunnskapssenter for fagorganiserte på oppdrag fra organisasjonen For velferdsstaten. Intensjonen har vært å få frem dokumentasjon og analyser som viser at det finnes gode alternativer til den markedsorienterte sykehusreformen som ble innført i Norge fra 2002.

Det er særlig to land som har bevist at det er fullt mulig å ta sykehussektoren tilbake til offentlig forvaltning etter i en periode å ha eksperimentert med markedsløsninger.

Mest konsekvent er den omleggingen som har skjedd i Skottland. Landet har sagt et kompromissløst farvel til all markedsinnblanding i helsesektoren, og arbeider nå aktivt med å videreutvikle en demokratisk styrt helsesektor innenfor rammene av offentlig forvaltning. Skottlands erfaringer er av stor interesse for alle som er opptatt av disse spørsmålene. I denne rapporten presenteres en oppdatert oversikt over de viktigste skotske erfaringene.

De mest ytterliggående forsøkene med markedskrefter i helsesektoren skjedde i New Zealand på 1990-tallet. I løpet av de siste 8-10 årene har det også her skjedd en fundamental omlegging av politikken, og i rapporten dokumenterer vi denne historien.

I arbeidet med rapporten har mange kommet med innspill og hjelp til å finne fram relevant informasjon. En spesiell takk til David Price, seniorforsker ved Senter for internasjonal helsepolitikk ved University of Edinburgh og Dave Watson, organisasjonsmedarbeider i den skotske delen av Fagforbundets britiske søsterorganisasjon, Unison. Fra New Zealand har det kommet nyttig informasjon og gode råd fra Laila Harrè, tidligere helseminister og tidligere i det new zealandske sykepleier-forbundet.

Men like viktig som å takke de som har bidratt med informasjon og innspill, er det å understreke at all fremstilling og analyse står for forfatterens egen regning. Ansvar for eventuelle misforståelser eller unøyaktigheter ligger fullt og helt hos meg.

Jeg håper rapporten kan bidra til en opplyst debatt om alternativer til den norske sykehusreformens kontraproduktive markedsløsninger.

Oslo, mars 2009

Roar Eilertsen

Innholdsfortegnelse

	Side
0. Sammendrag	5
1. Utvikling og status for sykehusreformen	11
1.1. New Public Management	13
1.2. Evalueringer som utmattelsesstrategi	16
1.3. Hva sa evalueringene i 2005-07?	17
1.3.1. "Om foretaksmodellens funksjonalitet" Agenda Muusmann, november 2005	17
1.3.2. Noen konklusjoner i forhold til Agenda Muusmann-rapporten	22
1.3.3. "Resultatevaluering av sykehusreformen" Forskningsrådet, februar 2007	23
1.4. Flere evalueringer – eller ny modell?	25
2. Skottland	27
2.1. Markedsløsningene inntar det britiske NHS	27
2.2. New Labour vinner valget i 1997	29
2.3. Skottland har valgt samarbeid og ikke konkurranse	31
2.4. Dagens organisering av NHS Scotland	33
2.5. NHS Scotland driver innenfor tildelte budsjetter	35
2.6. Nærmere om finansieringen av helsesektoren i Skottland	35
2.7. Fordeling av penger mellom helsestyrene	36
2.8. Helsestyrene får tildelt rammebevilgninger hvert år	36
2.9. Demokratisering av helsestyrene	38
2.10. Ikke fokus på fritt sykehusvalg	39
2.11. Men markedstilhengerne hviler ikke	39
2.12. Skottland som eksempel – oppsummering	45
3. New Zealand	47
3.1. Kort om New Zealand	47
3.2. Tiden før reformene	48
3.3. Eksperimentet startet i 1984	49
3.4. Markedeksperimenter i helsevesenet	53
3.5. Privatisering av omsorgen	58
3.6. Finansieringssystemet i new zelandsk helsevesen	60
3.7. New Zealand – Oppsummering	61
4. Litteraturliste	63

0. Sammendrag

Rapporten har tre hoveddeler. I dette sammendraget følger de viktigste konklusjonene i de tre delene.

Del I: Utvikling og status for sykehusreformen

I den første delen drøftes spørsmålet om sykehusreformens markedsorientering fortsatt er intakt, og det gis en oversikt og analyse av de viktigste konklusjonene i to av de tre eksterne evalueringene som ble gjennomført for Helsedepartementet i perioden 2005-07.

I rapporten argumenteres det for at

- Foretaksmodellen er intakt. Den fungerer som et viktig fundament i en bestiller- / utfører-modell. Bestillerfunksjonen ligger på to nivåer; fra Helsedepartementet til (nå) fire regionale helseforetak (Helse Nord RHF, Helse Midt RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF), og fra RHF-ene til hvert av deres datterforetak (HF-er) og private institusjoner. For å dempe inntrykket av markeds-simulering er de tidligere ”bestillingsdokumentene” underveis blitt omdøpt til ”oppdragsdokumenter”. På den andre siden er bestillerrollen i både departement og RHF-er rendyrket ved at den organisatorisk er skilt ut fra de avdelingene som følger opp driften av de offentlige sykehusene.
- Av foretakenes finansiering kommer nå 60 prosent som rammebevilgning og 40 prosent som InnsatsStyrt Finansiering, ISF, (stykkpris). Til tross for at man ikke kunne dokumentere fall i aktivitet og produktivitet da man i 2006 reduserte ISF-andelen fra 60 til 40 prosent, har den rødgrønne regjeringen ikke vist vilje til å fortsette nedtrappingen etter det. Ideen om at markedsmessige incitamenter er viktige i helsesektoren lever fortsatt, og det foregår et systematisk arbeid med å utvide bruken av DRG-koding (hvor alle behandlinger er plassert i en Diagnose Relatert Gruppe med en bestemt pris pr behandling) på stadig nye områder, inkl psykiatrien.
- Foretakenes økonomistyring og –rapportering har siden starten vært basert på Regnskapsloven fra privat sektor. Man prøver å gi inntrykk av at dette kun er et teknisk spørsmål, hvor formålet er å gi bedre oversikt over den totale ressursbruken (inkl. kapitalkostnadene). I realiteten er det en tilrettelegging for konkurranse med private tilbydere, og det har (via håndteringen av verdifastsetting av eiendeler og avskrivningsregler) fungert som et instrument for å drive igjennom konsentrasjon og salg av eiendommer. Store deler av underskuddene i sykehussektoren i årene etter reformen har også sine røtter i anvendelsen av Regnskapsloven.

- Som en følge av den omfattende kritikken av direktørstyre, næringslivsdominans og manglende demokrati i ledelsen av helseforetakene, vedtok den rødgrønne regjeringen å øke andelen politikere i foretaksstyrene fra 2006. På den andre siden har RHF-ledelsene lagt stor vekt på å disiplinere foretaksstyrene. Kravet om lojalitet til overordnede styringssignaler er sterkere enn noen gang, og det er ikke lagt opp til at politikerne skal ha avgjørende makt i styrene.
- Etter valget i 2005 har bruken av private leverandører i spesialisthelsetjenesten blitt trappet ned. Signalet har vært at private nå bare skal brukes der hvor det offentlige selv ikke har kapasitet eller ikke har et apparat som kan tilby tjenestene. Men RHF-ene inngår fortsatt avtaler med en lang rekke private leverandører, og hele strukturen er intakt slik at det bare er snakk om et nytt politisk signal for at bruk av private igjen kan trappes opp.

I denne rapporten presenteres hovedkonklusjonene i de to evalueringsrapportene som et konsulentfirma og ulike forskningsinstitusjoner utarbeidet for Helsedepartementet i 2005-07.

Vi påviser at det i rapportene "Foretaksmodellens funksjonalitet" (Agenda Muusmann, 2005), og "Resultatevaluering av sykehusreformen" (Forskningsrådet, 2007) finnes en rekke kritiske konklusjoner, som i sum kunne gitt grunnlag for dyptgripende endringer av foretaksmodellen. I stedet valgte regjeringen å kommentere rapportene på følgende måte i en pressemelding (21.02.07):

"Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad sier evalueringen viser at sykehusreformen var nødvendig og riktig.

- Det eneste som virkelig teller er om sykehusreformen har ført til en bedre helsetjeneste, med sykehus som gir oss gode og trygge tjenester når vi trenger det. Evalueringen viser at det har reformen i store trekk innfridd".

Evalueringene har med andre ord ikke hatt noen betydning for regjeringens syn på om reformen skal videreføres eller ikke. De har først og fremst karakter av å skulle holde motstanderne i ro, og stadige evalueringer har etter hvert blitt en slags utmattelsesstrategi. Vinteren 2009 svarer både Arbeiderpartiets og LOs ledelse på kritikken mot sykehusreformen med å foreslå at reformen må evalueres nok en gang i perioden 2009-2013.

Del II: Skottland

I rapportens andre del presenteres erfaringene fra Skottland. Gjennomgangen oppsummeres på følgende måte:

På det politiske planet kan det virke som at enigheten om å avvise markedsløsninger og privatisering i det skotske helsevesenet bare har blitt bredere og grundigere i løpet av de siste årene.

For tiden kjennetegnes det skotske helsevesenet av følgende:

- Et bredt politisk flertall har slått fast at det skotske helsevesenet – NHS Scotland – skal baseres på samarbeid og ikke konkurranse.
- NHS skal være et skattefinansiert, offentlig helsevesen, som er gratis for brukerne og hvor tilgangen til tjenestene er basert på menneskenes behov.
- Regjeringens offisielle linje er at offentlige penger ikke skal brukes til å finansiere privat sektors konkurranse med NHS.
- Skottland har et integrert helsevesen, hvor primær- og spesialisthelsetjenesten er underlagt den samme ledelsen; – 14 regionale styrever og 8 styrever for landsdekkende funksjoner.
- Etter åtte års utprøving ble bestiller- / utfører-modellen avvirket i 2000.
- Etter et tiår med markedeksperimentering ble foretaksmodellen avvirket i 2004. Etter at man hadde sagt farvel til markedet mente man at det heller ikke fantes noe grunnlag for å opprettholde foretaksmodellen.
- Stykkpris - eller versjoner av InnsatsStyrt Finansiering (ISF) – er avvist, og all finansiering skjer gjennom årlige rammebevilgninger. 80 prosent av bevilgningene går via de regionale helsestyrene.
- Fra 2010 innføres direkte valg til de regionale helsestyrene (først som en prøveordning i to regioner). Som en del av strategien for å demokratisere helsevesenet vedtok parlamentet i januar 2009 at direktevalgte medlemmer og politisk valgte / oppnevnte medlemmer skal være i flertall i helsestyrene.
- Konkurransetsetting og outsourcing av støttetjenester er under full avvikling. Høsten 2008 sendte regjeringen et direktiv til helsestyrene om at alle ”myke” støttetjenester, som renhold, kantiner, vaskeri, m.v. skal utføres av egne ansatte, og at kontrakter med eksterne leverandører skal avvikes etter hvert som de går ut.

Nylig kunne den skotske regjeringen rapportere at NHS Scotland hadde drevet innenfor tildelte budsjettammer forrige år, og at stadig flere av kvalitets- og styringsmålene blir nådd.

Skottland er i sannhet et eksempel som viser at ”en annen verden er mulig”. Man kan lure på hvorfor ikke myndigheter og helsebyråkrater valfarter til Skottland? Her kan man studere hvordan gode helsetjenester kan frembringes uten bruk av markedsløsninger og konkurranse som virkemidler. Det foregår i

tillegg et omfattende arbeid med å forbedre og videreutvikle den offentlige helsemodellen, med full integrasjon av primær- og spesialisthelsetjeneste, sterkere lokal forankring, samarbeid med sosialtjenestene, et bredt anlagt folkehelsearbeid og med økende vekt på styring og rapportering i forhold til nasjonale og lokale helseplaner.

Den viktigste utfordringen mot den offentlige, skotske modellen kommer nå fra EUs arbeid med et nytt helsedirektiv. Skotske forskere argumenterer for at det foreslåtte direktivet vil tvinge frem markedsløsninger som et klart flertall i Skottland nylig har sagt nei til, og de anbefaler at regjeringen avviser EU-direktivet.

Del III: New Zealand

I rapportens del III presenteres historien om den new zealandske snuoperasjonen. Her følger en punktvis oppsummering av ”det new zealandske eksperimentet” innen helsesektoren:

- New Zealand gikk på 1990-tallet lengre enn noen andre med å introdusere markedsmekanismer i helsesektoren.
- Fra 1993 ble det innført en bestiller-/utfører-modell, hvor fire regionale enheter (RHA-er) fikk ansvar for å kjøpe alle typer helsetjenester fra offentlige og private leverandører.
- I løpet av 1990-tallet ble det en kraftig vekst i antall private sykehus og sykehussenger (+ 45%). Outsourcing og bruk av private leverandører til støttetjenester og enkelte kliniske tjenester økte kraftig.
- De offentlige sykehusene ble gjort om til profittmaksimerende aksjeselskaper, som skulle gå med overskudd og betale avkastning til staten.
- Administrasjon og styrever ble fylt opp med direktører fra det private næringslivet, men resultatene uteble både når det gjaldt tilgjengelighet, kvalitet på tjenestene og økonomiske resultater.
- De ansatte i helsesektoren opplevde angrep på bemanningsnormer og lønns- og arbeidsvilkår. Motstanden mot markedsorienteringen økte både blant ansatte og i befolkningen.
- Politikerne ble tvunget til en første retrett etter valget i 1996. Sykehusene ble omgjort fra aksjeselskaper til foretak, og kravene om overskudd ble gitt opp. Men modellen ble i all hovedsak videreført og problemene fortsatte.
- I 1999 gikk Labour til valg på at de skulle avslutte markedseksperimentene i helsesektoren. De fikk flertall sammen

med et annet parti (Alliance), og fra 2000 ble bestiller-/utfører-modellen og foretaksmodellen avskaffet.

- Fra 2000 ble ansvaret for helsetjenestene overført til 21 (delvis) folkevalgte distriktsstyrer (District Health Boards, DHBs). DHB-ene har både ansvar for å drive de offentlige sykehusene og for å inngå kontrakter med private sykehus og andre leverandører av helsetjenester og støttetjenester. Private leverandører og private sykehus har fortsatt en betydelig plass i det new zealandske helsevesenet.
- De offentlige sykehusene finansieres med utgangspunkt i en blanding av rammebevilgninger og stykkpris (DRG-poeng). De siste årene har det skjedd en gradvis overgang til et mer raffinert ”aktivitetsbasert kostnadsdeknings”-(DRG)system.
- I primærhelsetjenesten spiller egenandeler og private forsikringsordninger en sentral rolle. Personer med lav inntekt er de eneste som er fritatt for egenandeler, men grensene er satt slik at det for store grupper (særlig blant urbefolkningen maori) er et bekymringsfullt underforbruk av helsetjenester.

New Zealand var det OECD-landet som på 1990-tallet gikk lengst i å prøve ut markedskrefter innen helsesektoren. Blandingen av manglende og uakseptable resultater (fortsatt lange ventelister, synkende kvalitet og store underskudd i kombinasjon med økende forskjeller i tilgjengelighet) tvang frem en reversering av politikken.

Det er likevel stor forskjell på den modellen New Zealand har vendt tilbake til og den rendyrkingen av et offentlig helsevesen som vi har sett i Skottland de siste årene. Til tross for omleggingen av politikken ligner den new zealandske modellen nå på mange måter dagens norske situasjon. Den viktigste forskjellen er at New Zealand har forlatt foretaksmodellen.

1. Utvikling og status for sykehusreformen

Sykehusreformen av 2002 har vært omstridt helt siden forslaget ble fremmet av Stoltenberg I-regjeringen i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Etter en uvanlig kort høringsrunde ble den kjørt i gjennom i Stortinget i ekspressfart i juni 2001. Et flertall bestående av AP, Høyre og Frp bestemte at den nye foretaksmodellen skulle innføres fra 1. januar 2002. Omlegginga skjedde under tildels store protester og med advarsler fra mange hold, ikke minst fra fagbevegelsen. Motstand mot markedsorientering og et udemokratisk direktørstyre, samt frustrasjon over manglende resultater og rekordstore underskudd, har fulgt reformen i alle årene etter.

Fra regjeringshold har man hele tiden avvist, eller prøvd å tone ned, at sykehusreformen representerer en introduksjon av markedskrefter i helsesektoren. I stedet snakker man om at reformen først og fremst er en "eier- og ansvarsreform". Dette ble nærmere drøftet i De Facto-rapporten "Når sykehus blir butikk" (2003). Der ble de grepene man gjorde i 2002-reformen satt i sammenheng med andre endringer og lovvedtak. I rapporten heter det:

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

De viktigste er disse:

- *Innføringen av såkalt Innsatsstyrt Finansiering (ISF) i 1997, hvor deler av sykehusenes inntekter er aktivitetsbaserte, dvs at man får betalt pr behandling som gjennomføres (stykkepris-system).*
- *Sykehusreformen – hvor sykehusene er blitt foretak og hvor eierne, regionale helseforetak (RHF), også er pålagt et "sørge for"-ansvar som skal sikre innbyggerne i sin region tilgang på spesialisthelsetjenester. RHF-ene er pålagt å kjøpe tjenesten "der hvor det er best for pasienten" – enten det er i egne sykehus/ foretak, hos andre offentlige foretak, eller hos private i Norge eller i utlandet.*
- *Den nye loven om pasientrettigheter, som innebærer fritt sykehusvalg blant både offentlige og private sykehus og individuelle tidsfrister for behandling.*
- *Godkjenningen av flere private sykehus. Gjennom egne "styringskriv" har departementet i 2003 pålagt RHF-ene å øke bruken av de private sykehusene.*
- *Tilrettelegging og skattefritak for private helseforsikringer.*

- *Forberedelser av et nytt finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten, hvor ordningen med stykkpris, eller ”pengene følger pasienten”-systemet, foreslås kraftig utvidet (Hagen-utvalgets innstilling, NOU 2003:1).*

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

...De som tror vi kan ta i bruk markedsmodellen uten å få de klassiske problemene med på kjøpet, vil forhåpentligvis få noe mer å tenke på. Rapporten dokumenterer at marked også betyr større ulikheter i tilgangen på helsetjenester, mer fokus på de behandlinger som lønner seg mest, mindre demokratisk kontroll, og enda større utgifter for det offentlige (s.9-10).

En del ting har endret seg siden dette ble skrevet i 2003. Reformen har blitt justert på noen områder, og motstanden mot markedsorienteringen av sykehussektoren har bremsset og reversert noen av de verste utslagene. Men hovedtrekkene i sykehusreformen er fortsatt de samme:

- Foretaksmodellen er intakt. Den fungerer som et viktig fundament i en bestiller- / utfører-modell. Bestillerfunksjonen ligger på to nivåer; fra Helsedepartementet til (nå) fire regionale helseforetak (Helse Nord RHF, Helse Midt RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF), og fra RHF-ene til hvert av deres datterforetak (HF-er) og private institusjoner. For å dempe inntrykket av markeds-simulering er de tidligere ”bestillingsdokumentene” underveis blitt omdøpt til ”oppdragsdokumenter”. På den andre siden er bestillerrollen i både departement og RHF-er rendyrket ved at den organisatorisk er skilt ut fra de avdelingene som følger opp driften av de offentlige sykehusene.
- Av foretakenes finansiering kommer nå 60 prosent som rammebevilgning og 40 prosent som Innsats Styrte Finansiering, ISF, (stykkpris). Til tross for at man ikke kunne dokumentere fall i aktivitet og produktivitet da man i 2006 reduserte ISF-andelen fra 60 til 40 prosent, har den rødgrønne regjeringen ikke vist vilje til å fortsette nedtrappingen etter det. Ideen om at markedsmessige incitament er viktige i helsesektoren lever fortsatt, og det foregår et systematisk arbeid med å utvide bruken av DRG-koding (hvor alle behandlinger er plassert i en Diagnose Relatert Gruppe med en bestemt pris) på stadig nye områder, inkl psykiatrien.

- Foretakenes økonomistyring og –rapportering har siden starten vært basert på Regnskapsloven fra privat sektor. Man prøver å gi inntrykk av at dette kun er et teknisk spørsmål, hvor formålet er å gi bedre oversikt over den totale ressursbruken (inkl. kapital-kostnadene). I realiteten er det en tilrettelegging for konkurranse med private tilbydere, og det har (via håndteringen av verdifastsetting av eiendeler og avskrivningsregler) fungert som et instrument for å drive igjennom konsentrasjon og salg av eiendommer. Store deler av underskuddene i sykehussektoren i årene etter reformen har også sine røtter i anvendelsen av Regnskapsloven.
- Som en følge av den omfattende kritikken av direktørstyre, næringslivsdominans og manglende demokrati i ledelsen av helseforetakene, vedtok den rødgrønne regjeringen å øke andelen politikere i foretaksstyrene fra 2006. På den andre siden har RHF-ledelsene lagt stor vekt på å disiplinere foretaksstyrene. Kravet om lojalitet til overordnede styringssignaler er sterkere enn noen gang, og det er ikke lagt opp til at politikerne skal ha avgjørende makt i styrene.
- Etter valget i 2005 har bruken av private leverandører i spesialisthelsetjenesten blitt trappet ned. Signalet har vært at private nå bare skal brukes der hvor det offentlige selv ikke har kapasitet eller ikke har et apparat som kan tilby tjenestene. Men RHF-ene inngår fortsatt avtaler med en lang rekke private leverandører, og hele strukturen er intakt slik at det bare er snakk om et nytt politisk signal for at bruk av private igjen kan trappes opp.

Selv om det er foretatt enkelte justeringer underveis, er de grunnleggende trekkene ved sykehusreformen fortsatt de samme. Man holder fast på koblingene til markedsincentiver og konkurranseideologi, slik vi kjenner dem fra den New Public Management-tankegangen (NPM) som har dominert de fleste OECD-land i et par tiår nå. Før vi i dette kapitlet ser grundigere på erfaringene med den norske sykehusreformen skal vi derfor presentere noen hovedtrekk ved NPM-ideologien.

1.1. New Public Management

I De Facto-rapporten ”Berget som fødte ei mus – om regionreformen” (2008) blir New Public Management-tenkningens bakgrunn og praksis beskrevet slik:

”New Public Management er en retning innen forskning, politikk og administrasjon som hevder at offentlig sektor bør kopiere strategier og organisasjonsmodeller fra privat sektor. De siste 20 årene er det gjennomført en rekke slike endringer / reformer / beslutninger når det gjelder offentlig sektors omfang og virkemåte. Det har konsekvenser både for det politiske systemet, for velferdsstaten og for

arbeidsmarkedet / lønns- og arbeidsforholdene. Tilhengerne kaller gjerne reformene "modernisering", og Bondevik II- regjering omdøpte Administrasjonsdepartementet til Moderniseringsdepartementet for å understreke at reformene er framtidsrettede og progressive. De rødgrønne endret igjen navnet til Fornyingsdepartementet, et navn som på mange måter understreker det samme: Reformen er per definisjon framskritt.

Professor i statsvitenskap, Kjell Arne Røvik, har hevdet¹ at "modernisering er de politiske og andre meningsdannende elites reformspråk". Han påpeker at retorikken er ytterst upresis og at den omfatter en rekke ulike reformprosesser. Den eventuelle kjernen synes å være "den raskest mulige tilpasning av offentlige tilbud og organisasjonsformer til det som oppfattes å være en uavvendelig hovedkurs i samfunnsutviklingen, en kurs som for øvrig antas ikke å kunne kontrolleres av politiske myndigheter".

Røvik hevder at begrepsbruken er

- *forførende*

Ettersom begrepet modernisering knytter an til en rekke positive verdier, framstår "moderniserings"reformer som selvinnslysende riktige, og de trenger derfor ingen begrunnelse

- *utmattende*

Det blir svært belastende og i det lange løp utmattende å måtte argumentere mot det som defineres som "selve utviklingen" og de "historiske nødvendigheter"

- *sterkt forenklende*

Motstand mot "modernisering" blir ofte tolket som gjenstridighet basert på irrasjonell nostalgi og kunnskapsløshet

Røviks forslag er derfor at man kaller spader for spader (altså for eksempel "innsparing" eller "nedleggelse").

Forskningen har vanligvis gitt denne "moderniseringen" navnet *New Public Management (NPM)*. Blant de sentrale premissgiverne for denne politikken er internasjonale arbeidsgiversammenslutninger, organisasjoner som EØS, WTO, OECD og Verdensbanken, samt tunge politiker- og forskningsmiljøer. NPM-reformer er gjennomført i alle vestlige OECD-land i større eller mindre grad i løpet av de siste 20 årene.

NPM er ingen sammenhengende og teoretisk fundert reformbevegelse. Det er vanligere å karakterisere *New Public Management* som en samling reformtiltak med visse felles trekk. NPM henger nøye sammen med den liberaliseringsbølgen som har preget de vestlige land, men

¹ Kjell Arne Røvik: *Moderniseringen som reformretorikk*. Kronikk i Aftenposten 12.9.00

selve liberaliseringen er en mer omfattende prosess som også innebærer andre reformer, som for eksempel oppheving av valutakontroll, endring av pengepolitikken, reformer på arbeidsmarkedet og endringer i velferdsstaten osv. NPM dreier seg først og fremst om endringer i offentlig sektors omfang og virkemåte.

Statsviterne Tom Christensen og Per Læg Reid² har i et bidrag til Maktutredningen listet opp følgende hovedtrekk:

- *Oppsplitting av forvaltningsorganisasjoner, herunder fristilling og endring i tilknytningsformer*
- *Vekt på profesjonell "management"-orientert ledelse i offentlige organisasjoner med mer selvstendighet for lederne til å velge virkemidler og bestemme over bruken av ressurser lokalt*
- *Overgang fra regelstyring til mål- og resultatstyring med resultatmål, rapportering av resultat og belønnings- og straffesystemer.*
- *Endring av personalpolitikken med vekt på kontrakter, prestasjonslønn og lønnsulikhet og mer midlertidighet i ansettelser*
- *Økt konkurranse og konkurranseutsetting av offentlige tjenester. Skille mellom den som bestiller og den som produserer tjenester*
- *Økt vekt på serviceorientering, servicekvalitet, brukerstyring og tjenesteyting.*
- *Kostnadskutt og budsjett disiplin*

Eller i kort stikkordsform. New Public Management er altså:

- *Fristilling*
- *Effektivisering*
- *Konkurranse*
- *Brukervalg*

NPM-reformene har flere konsekvenser som i betydelig grad endrer både demokratiets og fagorganisasjonenes stilling. Kombinasjonen av disse trekkene fører nemlig til at den demokratiske kontrollen over offentlig sektor (og samfunnet) blir svekket. Flere avgjørelser flyttes til markeder og til ledere og styrer i fristilte foretak. Dermed reduseres både de folkevalgtes makt og fagorganisasjonenes muligheter for å nå fram gjennom den såkalte korporative kanal. De politiske myndighetene kan i mindre grad binde ledelsene i de fristilte virksomhetene når makten flyttes "nedover".

I primærkommunene ser vi dette tydelig i utviklingen av "resultatenheter" (skoler, sykehjem) osv som "fristilles", dvs. unntas fra demokratisk, folkevalgt kontroll. Både befolkningens og fagforeningenes makt svekkes.

² Tom Christensen og Per Læg Reid: *New Public Management i norsk statsforvaltning* i Tranøy og Østerud: den fragmenterte staten, Oslo 2001

Vekten på kundeorientering og målstyring fører også til at tradisjonell forvaltning og formell likebehandling erstattes av individuell kundebehandling og kundenes frie valg. Når sykehus, skoler og hjemmetjenester skal konkurrere med hverandre om pasienter, elever og brukere vil dessuten den enkelte sykehusdirektør, rektor eller virksomhetsleder kreve å få langt mer styring med sin "bedrift" og "sine ansatte" enn det som tradisjonelt har vært vanlig i offentlig sektor der forvaltning og likebehandling har stått sentralt. Ledelsen i de selvstendige selskapene gis derfor betydelige fullmakter for å kunne "gjøre jobben" de er satt til.

NPM legger også mer vekt på økonomisk effektivitet enn på faglighet som styringsredskap. Profesjonenes og fagfolks makt blir dermed svekket til fordel for ledere med bedriftsøkonomisk og/eller organisasjonsteoretisk bakgrunn. Det skaper ny kultur i offentlig sektor."

Selv om statsminister Stoltenberg sier at han "ikke vet hva NPM er" (på LO Stats kartellkonferanse på Gol høsten 2008) og fornyingsminister Grande Røys forsikrer om at "denne regjeringen ikke driver med NPM" (i møte med NTL-tillitsvalgte i 2007), er det neppe mange som er i tvil om at beskrivelsene over er en ganske presis karakteristikkk av tenking og praksis i dagens offentlige sektor. Og det gjelder ikke minst innen sykehus-sektoren.

1.2. Evalueringer som utmattelsesstrategi

Under Soria Moria-forhandlingene i 2005 fikk Arbeiderpartiet gjennomslag for at sykehusreformen skulle fredes i denne perioden. Konesjonen til motstanderne var at det skulle gjennomføres evalueringer av reformen.

I Arbeiderpartiets forslag til program for neste periode (2009-2013) er konesjonen til motstanderne nok en gang at det skal "gjennomføres en evaluering av reformen". LO-ledelsens forslag til Handlingsprogram, som skal opp på kongressen våren 2009, har tilsvarende formuleringer (Klassekampen 16.02.09).

Det er åpenbart at de gjentatte evalueringene er et kompromiss som skal sikre at foretaksmodellen blir videreført til tross for den omfattende motstanden. Ikke minst erfaringene med den første runden evalueringer viser det.

Evalueringer i perioden 2005-07 resulterte i rapporter fra tre ulike konsulent- og forskningsmiljøer. Den første var (grovt sagt) en spørreundersøkelse blant direktører og styremedlemmer i helseforetakene, hvor de ble spurt om hvordan reformen etter deres syn virket. Som man roper i skogen får man svar. De fleste var fornøyde, men klagde på at lederne og styrene ikke fikk opptre uavhengig nok i forhold til politikere og departement.

1.3. Hva sa evalueringene i 2005-07?

I det følgende skal vi gi en grundigere analyse av de to andre evalueringene; Agenda Muusmann-rapporten ”Om foretaksmodellens funksjonalitet” (november 2005) og et 10-delt forskningsprosjekt om ulike resultater av reformen (”Resultatevaluering av sykehusreformen”, Forskningsrådet, februar 2007).

Fremstillingen her er i hovedsak hentet fra / basert på to notater som De Facto utarbeidet for Fagforbundet etter at rapportene forelå i 2005 og 2007.

Som vi skal se, er det i rapportene fra de to evalueringene en rekke kritiske konklusjoner, som i sum kunne gitt grunnlag for dyptgripende endringer av foretaksmodellen. I stedet valgte regjeringen (den gang ved helseminister Sylvia Brustad) å konkludere med at ”alt er såre vel”.

Evalueringene har med andre ord ikke hatt noen betydning for synet på om reformen skal videreføres eller ikke. De synes først og fremst å ha karakter av å skulle holde motstanderne i ro.

1.3.1. ”Om foretaksmodellens funksjonalitet” Agenda Muusmann, november 2005

Bestiller- / utfører-modellen ble foreslått avvirket

Evalueringen fra konsulentfirmaet Agenda Muusmann la til grunn at ”bestiller - utfører tenkning” var en del av sykehusreformens verdigrunnlag. Delingen i en uavhengig bestiller-/innkjøpsfunksjon og en konkurranseutsatt produsentarena er et hovedelement i strategien for markedsomlegging av spesialisthelsetjenesten, og forutsetter at departementet og de regionale helseforetakene innfører organisatoriske skiller mellom disse rollene. Myndighetene må som en konsekvens av bestiller- /utfører-modellen også skille mellom bl.a. eierstyring og innholdsstyring av helseforetakene.

Evalueringen påpeker at dette i praksis både har vist seg vanskelig og uhensiktsmessig. Selv om det etter hvert hadde blitt arbeidet mye både i departementet og i de regionale helseforetakene med denne rolleadskillelsen, hadde det etter evalueringens syn ikke ført til at konkurranse på pris og kvalitet i særlig grad har blitt styrende for valg av produsent.

Evalueringen konkluderte forsiktig med at

”Arbeidet med å etablere strukturer for å skille roller m.v. forekommer å ha krevd både arbeid og energi som ikke synes å stå i forhold til de resultater som er oppnådd” (s. 244).

I det innledende resymèet het det at

”bestiller-utfører” tankegangen synes ikke reelt sett å ha slått igjennom på noen avgjørende måte i styringen av den norske spesialisthelsetjenesten.

... De regionale helseforetakene har reelt gjort styring gjennom ”bestiller- utfører” modellen både urealistisk og unødvendig” (s. 11).

Evalueringen endte opp med å anbefale at hele ”bestiller- / utfører”-modellen avvikles, og konklusjonen ble støttet opp av rapportens gjennomgang av et utvalg internasjonale erfaringer med måter å organisere spesialisthelsetjenesten på. I denne gjennomgangen er forsøkene med markeds mekanismer og ”bestiller- / utfører”-modeller i blant annet Sverige, Danmark, Irland og England oppsummert. Rapporten konkluderte slik:

”Den internasjonale gjennomgangen i kapittel 6 indikerer at selv land som i høyere grad enn for eksempel Norge har vært klare til å prøve rendyrkede markedsorienterte og konkurransepregede prinsipper, og klarere definerte former for bestiller-utfører og autonomi for helseforetakene, synes å ha hatt problemer på grunn av spesialisthelsetjenestens spesielle karakter” (s. 245).

Det er i seg selv påfallende at erfaringene fra Skottland, som i 2004 avviklet helseforetaksmodellen, ikke fikk større plass i evalueringen. Men selv om Skottland ikke er med blant landene som ble viet spesiell oppmerksomhet, omtales erfaringene derfra i oppsummeringskapitlets konklusjoner vedrørende bestiller- / utfører-modellen. På s. 245 heter det:

”Et land som Skottland, hvor spesialisthelsetjenesten i en periode var inspirert av NHS-strategien i England (bestiller-utfører og Trusts), har så sent som i 2004 forlatt en rekke av disse strukturer og styringsformer til fordel for et langt mer konsolidert, samlet system og en langt større vektlegging på integrert styring. Heller ikke Irland har latt bestiller-utfører utgjøre et vesentlig element i den meget omfattende reformen av bl.a. spesialisthelsetjenesten som ble forberedt og gjennomført i 2003”

Den vesentligste grunnen som anføres for at bestiller- / utfører-modeller ikke fungerer, er at eierstyring og innholdsstyring ikke kan skilles i et offentlig helsesystem. Når politikerne har bestemt at alle skal få gratis behandling på sykehusene, - når de har bestemt hvor mange sykehus det skal være og hvor de skal ligge, og når de bestemmer de økonomiske rammene som sektoren skal operere innenfor, må de også gi føringer med hensyn til aktivitetsnivå og oppgaver for det enkelte sykehuset. Det blir meningsløst dersom staten som sykehuseier først skal finansiere investeringer og utbygging av en viss kapasitet i et sykehus, for deretter å la det stå uten oppgaver fordi et konkurrerende foretak har vunnet en runde i en anbudskonkurranse.

Agenda Mussmann-evalueringen er befriende klar på at bestiller- / utfører-modellen har spilt fallitt som styrende prinsipp for en offentlig finansiert og styrt spesialisthelsetjeneste. Men dersom konkurransemodellen avvikles, er det heller ingen grunn til at private aktører skal være konkurrenter til de offentlige

sykehusene. Det eneste argumentet for å bruke private må være at de innehar en kapasitet og kompetanse som de offentlige sykehusene på et gitt tidspunkt mangler, og at det er samfunnsøkonomisk fornuftig å utnytte dette innenfor en helhetlig helseplan. Dette var situasjonen den gang de private aktørene var ideelle, non-profit baserte virksomheter.

Agenda Muusmann-evalueringen var utydelig og inkonsekvent i sin analyse av de kommersielle aktørenes fremtidige plass innenfor spesialisthelsetjenesten. Riktignok påviste man at de regionale foretakene i økende grad hadde inngått avtaler med private aktører fordi de var pålagt å gjøre det av departementet, ikke fordi det var mangel på kapasitet i egne foretak eller fordi de private kunne gjøre oppgavene billigere. I rapporten heter det at

”... involveringen av private produsenter i stor grad synes å foregå utelukkende ut fra kriterier om at sykehusreformen la vekt på en slik privat involvering. Dette realiseres derfor i en viss, men begrenset, utstrekning av de regionale helseforetakene. Dette skjer tilsynelatende uten å skjule til om et offentlig helseforetak har kapasitet til å utføre det samme for marginale ekstrabevilgninger. Det synes heller ikke å være en orientering mot systematiske former for konkurranse eller sammenligninger av ”performance” mellom private og offentlige produsenter. Overdragelse av produksjon til private leverandører synes derfor heller ikke å foregå ut fra premisser om at de er billigere eller mer effektive enn de offentlige helseforetakene.

Generelt synes det fortsatt å være så store potensialer for kapasitetsforbedringer i den norske spesialisthelsetjenesten at en begrunnelse om privat involvering ut fra kapasitetsmessige betraktninger ikke synes å være relevant” (s. 22).

Til tross for disse ”knusende” konklusjonene, torde ikke evalueringen å trekke den eneste logiske konsekvensen; å foreslå at bruken av kommersielle aktører avvikles. I stedet presenterte man følgende forsiktige anbefaling:

”Det synes å være grunnlag for en fornyet og systematisk vurdering av hva det er man vil med en privat del av spesialisthelsetjenestens produsentsystem – og i forlengelsen av dette sikre at formelle og normative vurderinger også slår igjennom i praksis” (s. 255).

Problemet med kommersielle aktører innenfor rammene av en offentlig finansiert og styrt spesialisthelsetjeneste er at disse aktørene nødvendigvis vil ha sin egen agenda. Deres mål er å tjene penger og å vokse, og de vil derfor bruke enhver anledning til å klage på ”urettferdige” konkurransevilkår og uforutsigbare rammebetingelser. Sett fra deres ståsted vil verden se slik ut, og de kan vanskelig klandres for at de prøver å ivareta egne interesser – ofte knyttet både til betydelige investeringer og et stort personalpolitisk ansvar.

I realiteten forutsetter fortsatt bruk at kommersielle aktører at det eksisterer en form for konkurranse om oppdragene. Det var dette sykehusreformen la opp til. Dersom man ut fra helhetlige vurderinger kommer til at

spesialisthelsetjenesten fungerer best gjennom integrert eier- og innholdsstyring, og dermed sier farvel til konkurransemodellen, er det ikke plass for kommersielle aktører. Agenda Muusmann-evalueringen unnlot å trekke denne innlysende konklusjonen. Man sa A, men torde ikke si B.

Evalueringen unnlot også å gå grundig inn i de faglige og politiske konsekvensene av at Regnskapsloven ble gjort gjeldende for helseforetakene. Anbefalingene på dette området var svært diffuse. Riktignok refererte man til de problemene som eksisterer. I rapporten heter det for eksempel:

”Et av grepene med sykehusreformen var at helseforetakene skulle omfattes av regnskapsloven – bl.a. som en del av endringen av den juridiske status for sykehusene. Av noen trekkes dette frem som en del av en mer bevisst strategi for å få mer markedsøkonomi innen spesialisthelsetjenesten, mens andre fokuserer på behovet for å sikre større grad av sammenheng mellom driftsøkonomisk og investeringsøkonomisk styring og disponering” (s. 250).

I oppsummeringskapitlet heter det:

”Det bør kanskje erkjennes at det ganske enkelt ikke er eller kan etableres et egentlig marked for spesialisthelsetjenestens ytelser – og at helseforetak dermed heller ikke på noen måte kan isoleres eller ha full autonomi” (s. 253).

Likevel unnlot man å anbefale at Regnskapsloven bør forlates. En skulle kanskje tro at det da ble argumentert aktivt for at Regnskapsloven er nødvendig for at foretakene skal ta ansvar for egne investeringer og anvendelsen av kapital som innsatsfaktor. Det skjer ikke. Tvert i mot, refereres det til internasjonale erfaringer som viser:

”at siktemålet om å ansvarliggjøre sykehusene i forhold til samtlige innsatsfaktorer og balansen mellom innsatsfaktorene, - og hvor hensynet til kostnadskontroll, kan ivaretas gjennom flere andre mekanismer..” (s. 252).

I rapporten heter det:

”Forbedret kostnadskontroll var en vesentlig premis ved sykehusreformen. På tross av denne premis har det vært en fortsatt utgiftsstigning også etter at helseforetaksmodellen trådte i kraft. Selv om aktiviteten generelt er økt, synes det å sikre en klarere synliggjøring av hva eksakt innbyggerne får for pengene å være stadig mer vesentlig” (s. 292-93).

Dette var kanskje det lengste evalueringen gikk i å innrømme at foretaksmodellen ikke har resultert i den kontrollen med kostnadsutviklingen som reformen hevdet å skulle gi. Med et samlet underskudd (iht til de revisorgodkjente regnskapene) på om lag 13 milliarder kroner i løpet av de

fire første årene, skulle det godt gjøres å hevde noe annet. Av materialet i rapporten fremgår det også at den aktivitetsveksten som skjedde i årene 2000-2005 var tilnærmet lineær. Den var altså like stor i årene før sykehusreformen som i årene etter. Rapporten prøver heller ikke å gjøre et poeng av at ventelistene er redusert som følge av foretaksmodellen, slik sentrale politikere har prøvd seg på ved flere anledninger. Det vises til at ventelistene ble redusert i årene like før sykehusreformen, og det fremgår at utviklingen med reduserte ventetider stoppet opp i 2004 innen somatikken og at de har økt innen psykiatrien.

Tok til ordet for styrket demokrati, men forslagene var puslete

Evalueringen var påfallende defensiv i vurderingen av de demokrati-problemene som har kjennetegnet sykehusreformen. Den åpenbare mangelen på lokal- og regionalpolitisk innflytelse, som har kjennetegnet situasjonen de siste årene, blir forsøkt nøytralisert av påstander om at

”Pasient/innbyggerssystemet har i Norge, som i andre land, fått vesentlig større innflytelse på og innsikt i spesialisthelsetjenesten. Den norske spesialisthelsetjenesten synes å være helt i front i forhold til de fleste andre land på dette området” (s.16)

Dette nyliberale, såkalt ”utvidete” synet på demokrati, prøver å erstatte innflytelsen fra det representative, politiske systemet med individuelle rettigheter og valgfrihet. Ordningen med såkalte samfunnspaneler, hvor helseforetakene er i kontakt med pasientforeninger og interessegrupper m.fl., ble anbefalt utvidet. Men slike ”paneler” kan aldri få større rolle enn som arenaer for kommunikasjon og informasjon, og vil ikke få avgjørende innflytelse på strategiske beslutninger i helseforetakene.

Rapporten foreslår likevel (åpenbart i tråd med hva som på det tidspunktet ble ansett som ”politisk korrekt”) å utvide den politiske representasjonen i foretaksstyrene. Men man argumenterte mer og mindre direkte med at dette var nødvendig for å disiplinere de lokal- og regionalpolitiske nivåene og presse dem til å ta et helhetsansvar for spesialisthelsetjenesten. Riktignok fryktet man at dette vil kunne svekke de regionale foretakenes ”gjennomføringskapasitet”, men

”I avveiningen mellom hensynet til umiddelbar formell gjennomslagskraft uten å ta hensyn til for mange lokalpolitiske og regionalpolitiske involveringer og til gjennomslagskraft gjennom økt lokalpolitisk og regionalpolitisk legitimering, kan det være grunn til igjen å overveie om det kan være fornuftig med noe økt politisk involvering og innflytelse i forhold til de regionale helseforetakene, og kanskje også helseforetakene” (s. 260).

I rapporten advarte man mot at flere styremedlemmer fra det politiske systemet blir oppnevnt av kommuner eller fylkeskommuner(!), og mot at nye medlemmer kommer inn på bekostning av dagens ”profesjonelle” representanter med erfaringer fra næringslivet. Rapporten slutter seg til

anbefalingen om at departementet bør oppnevne styremedlemmer etter nomineringer fra kommuner og fylker, og ville heller utvide antall styrerepresentanter enn å redusere antallet ”profesjonelle” representanter.

De viktigste forslagene til å bedre den demokratiske legitimiteten i reformen og styrke den nasjonale styringen med utviklingen av spesialist-helsetjenesten var anbefalingene om at det bør lages et system med 4-årige nasjonale helseplaner, og at det årlig avholdes en såkalt ”nasjonal dialogkonferanse” hvor politikere, foretaksrepresentanter og interesse-foreninger kan møtes for å diskutere status og utvikling i spesialisthelsetjenesten. Rapporten reiser ikke problemstillingen om sykehusenes plass i forhold til et fremtidig regionalt forvaltningsnivå.

1.3.2. Noen konklusjoner i forhold til Agenda Muusmann-rapporten

- Evalueringen prøvde å skape en plattform hvor foretaksmodellen skulle vurderes uavhengig av spørsmålet om markedsretting og privatisering av spesialisthelsetjenesten. En troverdig analyse av dette glimret med sitt fravær. Dette var påfallende all den tid rapporten påviste at modeller med foretak eller stiftelser bare har oppstått i land som har hatt som uttalt mål å innføre mer marked i sykehussektoren (England), mens de har blitt avvirket der hvor denne strategien er forlatt (Skottland). Uviljen mot å gå inn i alle sider ved forsøkene på markedsøkonomiske strategier og eksperimentering fører til at evalueringens anbefalinger ble sprikende og til dels motstridende.
- Evalueringens viktigste og dristigste konklusjon var anbefalingen om å utvikle bestiller- / utfører-modellen. I praksis er det et farvel til ideen om at markedsprinsipper er løsningen for den norske spesialisthelsetjenesten. Det fremstår derfor både som uforståelig og unnvikende at en ikke også tok et oppgjør med bruken av kommersielle aktører i sektoren. Det er naivt å tro at kommersielle aktører kan eksistere som nøytrale avlastere for de offentlige sykehusene, som kan brukes eller ikke brukes alt etter hva som er kapasitetssituasjonen i disse.
- Evalueringen ga ingen systematisk analyse av de faglige og politiske konsekvensene av å anvende regnskapsloven som styringsredskap i helseforetakene. Anbefalingen om å øke avskrivningene (slik at 4/5 av eiendelene kan gjenanskaffes i stedet for 2/3) vil redusere de offisielle underskuddene, men løser ikke de politiske utfordringene.
- Gjennom hele perioden etter innføringen av sykehusreformen i 2002 har mangelen på lokal- og regionalpolitisk forankring og demokrati preget situasjonen i sykehussektoren. Evalueringen var svært defensiv i sine anbefalinger for å rette opp denne situasjonen.

Når foretaksmodellen ble anbefalt videreført uten at den skal være en nødvendig del av et konkurransesystem, kan man mistenke at det nettopp er dens egenskaper som buffer mot demokratisk styring av sektoren som verdsettes.

1.3.3 ”Resultatevaluering av sykehusreformen” Forskningsrådet, februar 2007

I februar 2007 offentliggjorde Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) den tredje og siste forskningsrapporten som inngikk i denne runden av evalueringen av sykehusreformen. I regi av Forskningsrådet hadde flere fagmiljøer gjennomført til sammen 10 delprosjekter som sammenlignet de målene som ble satt i forkant av reformen med de resultatene som er oppnådd.

I forordet til rapporten ”Resultatevaluering av sykehusreformen” heter det:

”I denne evalueringen er det fokus på sykehusreformen som innholdsreform. Mest sentralt er helseforetakenes oppgaver i forbindelse med pasientbehandling, dvs. tilgjengelighet, kvalitet, pasientopplæring og effektivitet. Evalueringen skal søke å gi svar på om og i hvilken grad observerte endringer skyldes reformen” (s. 3).

Det opplyses at evalueringen var delt i to hoveddeler. Den ene fokuserte på tilgjengelighet, prioritering og effektivitet og den andre på erfaringene med brukerråd, arbeidsmiljø og ansattes medvirkning i organisatoriske prosesser.

Generelle kommentarer

Det hadde åpenbart ikke vært enkelt for forskerne å avgjøre om bestemte utviklingstrekk innen spesialisthelsetjenesten de siste årene kan sies å være en direkte konsekvens av sykehusreformen eller ikke. Styringsgruppen for de 10 delprosjektene i evalueringen sier i forbindelse med sine konklusjoner:

”Det å evaluere effektene av en såpass omfattende reform som sykehusreformen er utfordrende. For det første fordi at det parallelt med sykehusreformen også har skjedd andre endringer i helsesektoren som kan tenkes å påvirke tilgjengelighet, prioritering, effektivitetsutvikling, brukermedvirkning og arbeidsmiljø.

... For å identifisere effektene av sykehusreformen stilles spørsmål om hvordan tilgjengelighet, prioriteringspraksis, effektivitetsutvikling, brukermedvirkning og arbeidsmiljø hadde vært i helsesektoren dersom alle endringene i rammebetingelsene hadde funnet sted, men under fylkeskommunalt eierskap. Siden en slik utvikling ikke kan observeres (fordi den er kontrafaktisk) brukes andre metoder for å identifisere effektene av sykehusreformen” (s. 141).

I flere av prosjektrapportene pekte forskerne på at det er betydelige metodiske problemer, og noen steder presiserte man at konklusjonene må tolkes med varsomhet.

Som det vil fremgå av gjennomgangen nedenfor, er hovedinntrykket at konklusjonene på ingen måte er entydige.

- I et fåtall av prosjektene konkluderte man med at sykehus-reformen har hatt klare, positive effekter (aktivitetsvekst og effektivitetsutvikling)
- I mange prosjekter konkluderte man med at det var små eller ingen effekter (prioriteringspraksis og ventetider, sentralisering / desentralisering av kirurgi, finansiering av psykiatri versus somatikk, privatisering av laboratorie- og røntgentjenester).
- I noen prosjekter mente man at det kan spores noen positive, men også manglende effekter av sykehusreformen (samarbeid mellom sykehus og kommuner, brukarmedvirkning, arbeidsmiljø).

I utgangspunktet var det en målsetting for prosjektet at man skulle evaluere sykehusreformens effekt på kvalitet og faglig innhold i spesialisthelsetjenesten. I styringsgruppens konklusjoner het det:

”En viktig ambisjon for resultatevalueringen var å vurdere sykehusreformens effekt på kvaliteten i behandlingstilbudet – både den faglige, men også slik den vurderes av pasientene. Dessverre viste det seg vanskelig å få frem prosjekter som kunne vurdere dette. Hovedgrunnen til dette er i stor grad mangel på datagrunnlag i Norge på disse viktige områdene. Evalueringen har dermed ikke kunnet svare på denne delen av mandatet.

... Det mangler analyser av reformens konsekvenser både med hensyn til behandlingsprosesser/-praksis, medisinsk resultat og grad av involvering av og innflytelse fra pasientene i behandlingsforløpet” (s. 144).

Til tross for forskernes mange forbehold, at konklusjonene spriker og at det mangler analyser på viktige områder, klarte Helse- og omsorgs-departementet (HOD) likevel å presentere rapporten som en sterk dokumentasjon av at sykehusreformen både var nødvendig og vellykket.

I en pressemelding fra HOD, publisert 21.02.07, innledes omtalen av resultatevalueringen med følgende hovedkonklusjon:

”Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad sier evalueringen viser at sykehusreformen var nødvendig og riktig.

- Det eneste som virkelig teller er om sykehusreformen har ført til en bedre helsetjeneste, med sykehus som gir oss gode og trygge tjenester når vi trenger det. Evalueringen viser at det har reformen i store trekk innfridd”.

Problemet er at det knapt finnes grunnlag i rapporten for å trekke en slik konklusjon. Men det er helt i tråd med det som skjedde etter presentasjonen av Agenda-Muusmann-rapporten.

1.4. Flere evalueringar – eller ny modell?

Vi har sett at bildet etter evalueringene i 2005-07 var sammensatt, og at det kom flere kritiske kommentarer til ulike sider ved sykehusreformen. Selv om noen av anbefalingene har blitt fulgt opp, har regjeringen insistert på at hovedtrekkene i den modellen som ble innført i 2002 skal videreføres.

Foran valget i 2009 har både SV og Sp varslet at kravet om avvikling av sykehusreformen vil bli kjørt hardere i forhandlinger om en eventuell ny regjeringserklæring for de rødgrønne.

Innad i AP og LO foregår det en strid om hva som skal være politikken fremover på dette området. Både Fagforbundet og NTL har fremmet forslag om at foretaksmodellen må avvikles og at sykehussektoren igjen må tas inn i den offentlige forvaltningen. Som nevnt har LO-ledelsen kommet med et forslag til handlingsprogram, hvor de foreslår en tilsvarende formulering som den Arbeiderpartiets programkomite har kommet med; ”det skal gjennomføres en evaluering av reformen”. Når dette skrives gjenstår det å se om Arbeiderpartiets landsmøte og LO-kongressen slutter seg til disse forslagene våren 2009.

Alternativet til nye evalueringer er selvsagt en total avvikling av bestiller / utfører- og foretaksmodellen. Som vi skal se fra gjennomgangen i de to neste kapitlene viser erfaringene fra Skottland og New Zealand at det er fullt mulig.

2. Skottland

Det skotske helsevesenet, National Health Service (NHS) Scotland, feiret i 2008 sitt 60 års jubileum. I de offisielle hylningstalene ble det lagt vekt på at de tre grunnprinsippene for det skotske helsevesenet fortsatt er intakte; - helsetjenestene er tilgjengelige for alle, de er gratis, og de fordeles med utgangspunkt i folks behov.

Men heller ikke NHS Scotland har vært forskånet for liberalistenes forsøk på bringe markedskrefter inn i de offentlige helsetjenestene. De siste 20 årene har veien gått fra et integrert offentlig helsevesen, til eksperimentering med NPM og markedssimulering, og tilbake igjen. Skottland er historien om landet som ble ledet ut på NPM-veien, men som viste markedsmodellen ryggen og som har reetablert helsevesenet som en fullverdig del av offentlig sektor.

I denne rapporten vil vi presentere denne historien nærmere. Men for å forstå utviklingen i Skottland, er det nødvendig å se på forholdet mellom engelsk og skotsk helsepolitikk.

NHS Scotland er fortsatt en blanding av skotsk selvstyre og integrering og tilpasning til vedtak i London; i det britiske helsedepartementet og det britiske NHS. Men graden av selvstyre ble vesentlig utvidet i 1999. Da ble ansvaret for (blant annet) helsepolitikken overført fra London til Edinburgh, som en del av Blair-regjeringens program for "devolution". Før valget i 1997 hadde man lovt økt indre selvstyre som en strategi mot den økende nasjonalismen i Skottland. Tilsvarende ble gjort i forhold til Wales og Nord-Irland.

Frem til 1999 ble hovedlinjene for organiseringen av NHS Scotland bestemt fra Helsedepartementet i London. Det betyr at den markedsorienteringen og NPM-utviklingen innen helsesektoren som ble satt i gang av Thatcher-regjeringen fra begynnelsen av 1990-tallet også omfattet Skottland. Vi skal først se litt nærmere på hva dette innebar i praksis.

2.1. Markedsløsningene inntar det britiske NHS

Britiske Labour liker gjerne å se på NHS som sin store gave til folket i forbindelse med gjenoppbyggingen etter 2. verdenskrig. Et offentlig, skattefinansiert helsevesen, tilgjengelig for alle og gratis ved bruk, var det ambisiøse prosjektets hovedprinsipper. I flere tiår var NHS et eksempel for verden og et bevis på at et helhetlig, offentlig helsevesen kunne ta posisjonen som "det beste i verden". Men på 1980-tallet startet de nyliberale angrepene på offentlig sektor, og fra 1991 satte man i gang for fullt med "moderniseringen" av det britiske helsevesenet.

Som en del av Thatcher-regjeringens reformer etablerte man et såkalt "indre marked" i NHS. Man introduserte en bestiller / utfører-modell som både omfattet primær- og spesialisthelsetjenestene. For spesialisthelsetjenestene skulle primærlegene fungere som bestillere og "kjøpere" (gjennom "General

Practitioner Funds”), og sykehusene (organisert som foretak – ”NHS Trusts”) skulle være utførere / produsenter.

Sykehusene fikk betalt, men måtte tilpasse sin aktivitet slik at foretaket gikk i økonomisk balanse og genererte avkastning på anvendt kapital. I tillegg var det en egen målsetting at en økende andel av spesialisthelsetjenestene skulle kjøpes fra private sykehus.

Målet var å etablere et marked med konkurranse mellom offentlige og private sykehus. Tilsvarende skulle det organiseres et marked av privatpraktiserende leger og lokale helsesentre innenfor primærhelsetjenesten, som skulle konkurrere om oppdrag for helsemyndighetene.

Etableringen av det indre markedet i NHS førte med seg alt det man kunne vente seg når markedskreftene slippes løs i offentlig sektor. Foretakenes (trustenes) styrer og administrasjon ble fylt opp av næringslivsledere med bakgrunn fra alt annet enn helsesektoren og offentlig tjenesteproduksjon.

I boka ”NHS plc – The Privatisation of Our Health Care” beskriver professor Allyson M. Pollock utviklingen slik:

”NHS ble nå splittet i ”bestillere” – helsemyndighetene og noen leger – og ”tilbydere” – sykehusene, lokale helsesentre og legene. Målet var nå at NHS-lederne og doktorene skulle oppføre seg mer som forretningsmenn og –kvinner. Sykehusene og de lokale helsesentrene ble organisert i mer enn 400 uavhengige foretak, som ble pålagt å gå i økonomisk balanse ved å ”selge” tjenester til ”bestillerne” til priser som var fastsatt i kontrakter inngått mellom partene.

Denne reorganiseringen, innført i begynnelsen av 1990-årene, ble ledsaget av to kortvarige økninger i NHS-budsjettene – en på 6 prosent realvekst i budsjettåret 1992-93 og en på 4 prosent realvekst i 1994-95. Men mesteparten av disse pengene gikk med til å dekke kostnadene med det nye bestiller / utfører-systemet – alle kontraktsforhandlingene som måtte gjennomføres, faktureringen, overvåking og oppfølging av kontraktene, osv., dvs til å finansiere det indre markedet i seg selv.

... Men verken økonomi eller tjenester ble bedre. I 1996-97 klarte en tredjedel av sykehusforetakene som verken klarte å nå et eneste av de økonomiske målene som ble satt for dem, eller å redusere ventetidene for ikke-akutt behandling (særlig elektiv kirurgi på smertefulle, men ikke livstruende lidelser.

Oppsplittingen av sykehussektoren i hundrevis av foretak med fokus på økonomiske målsettinger, og med bestiller / utfører-modellen, førte NHS inn på en radikalt ny vei. Med disse grepene startet nedbyggingen av NHS sin evne til å planlegge og fordele helsetjenester på basis av befolkningens behov, og det åpnet veien for den senere utviklingen mot privatisering av helsetjenestene”. (s. 43-44 og 44-45, vår oversettelse).

A. Pollock beskriver også hvordan problemene ble forsterket ved at man i 1991 innførte krav om avkastning på foretakenes kapital / eiendeler (tomter, bygninger, utstyr m.v.). De ulike foretakene ble etablert med svært forskjellige verdier på sine eiendeler, blant annet påvirket av om sykehusene var plassert i sentrale pressområder eller i mer grågrendte strøk. Sykehus i dyre sentrumsområder fikk høye kapitalkostnader, men kunne ikke ta mer betalt for behandling av "sine pasienter". Når de like fullt skulle møte et krav om økonomisk balanse, tvang det frem andre tiltak - som reduksjoner i behandlingstilbudet, nedprioritering av vedlikeholdet av bygninger og utstyr, salg av de mest verdifulle tomter og bygninger, outsourcing av tjenester, osv. Sykehusene begynte også å jakte på nye inntektsmuligheter, og etablering av egne avdelinger med mer eksklusive "helprivate" senger ble en av løsningene i de store byene. Ifølge Pollock var det ca 3 000 private senger i NHS-sykehusene i 2003.

Felles for alle disse tiltakene var at de splittet opp NHS i konkurrerende enheter som ble tvunget til mest å tenke på seg selv og egen økonomi, framfor hva som tjente pasientene og helheten. Markedsmodellen reduserte ikke kostnadene, men banet veien for stadig flere profittbaserte løsninger og innslag.

2.2. New Labour vinner valget i 1997

Foran valget i 1997 var misnøyen med utviklingen i NHS stor i den britiske befolkningen. Labour og Tony Blair gikk til valg på at de ville avskaffe Thatchers indre marked i NHS. I praksis kom endringen til å begrense seg til at bestiller / utfører-modellen ble omdøpt til en "avtale / utfører-modell". Foretakene skulle nå inngå treårige avtaler med helsemyndighetene (i stedet for ettårige avtaler), og kontraktene skulle baseres på mer overordnede målsettinger for tjenesteproduksjonen.

Men det skulle vise seg at New Labour slett ikke hadde noen planer om å avvikle markedsutviklingen av NHS. Tvert i mot. Etter valget ble det gjort et stort poeng av at man ville avvikle legenes rett til å bestille spesialist-helsetjenester for sine pasienter.

I realiteten ble ordningen erstattet av en modell hvor legene ble innlemmet i et "primærhelseforetak" (Primary Care Trusts), og hvor disse foretakene skulle være bestillere. Endringen var et forsøk på å gjøre markedsaktørene mer profesjonelle ved å overlate kontraktsansvaret til administrasjonen i færre og større foretak i stedet for hos de enkelte leger.

Sykehusforetakene fikk anledning (på visse vilkår) til "å bli sminket" og omdøpt til såkalte Foundation Trusts. På den ene siden ble det vedtektsfestet at disse nye foretakene ikke kunne privatiseres, samt at innslaget av politisk oppnevnte styremedlemmer skulle økes. På den andre siden skulle foretakene være uavhengige av NHS, og de fikk større frihet til å inngå samarbeid og partnerskap med private investorer og leverandører. Det har blant annet ført til at innslaget av Public Private Partnerships (PPPs) har økt jevnt og trutt i årene etter. Det innebærer blant annet at private investorer påtar seg oppgaven med

å finansiere og bygge sykehus og annen infrastruktur, mens foretakene forplikter seg til å leie dem tilbake på 30-60 års kontrakter. Flere studier dokumenterer at dette er en ordning som blir dyrere for det offentlige, og at PPP-ene fungerer som et sugerør i statskassa for de private investorene (se A. Pollock, s. 61 og 63).

Fortsatt er et flertall av foretakene NHS Trusts, men målsettingen er å omdanne så mange som mulig til Foundation Trusts.

Foran valget i 2005 presenterte Labour et omfattende program for videre privatisering av NHS. Lederen for strategienheten i Helsedepartementet, Prof. Chris Ham, omtalte dette slik:

”Her har vi lagt fundamentet for en fullstendig endring av systemet for leveranser av helsetjenester. Vi fjerner oss fra et integrert system, hvor NHS i realiteten har hatt ansvar for alle helsetjenester, til et langt mer blandet system hvor privat sektor vil spille en stadig mer sentral rolle – først innenfor sykehus og i diagnostikk, og etter hvert i alt fra behandling av kroniske lidelser til vanlige primærlegepraksiser. Regjeringen har begynt på en vei som vil ende med at NHS blir den som betaler, men hvor tjenestene blir levert av mange forskjellige leverandører og hvor privat sektor vil bli en stor tilbyder” (A. Pollock, s. 238).

På et møte arrangert av den liberalistiske tenketanken ”The Adam Smith Institute” fem dager etter valgseieren i 2005, uttalte de to tidligere næringslivslederne Stephen O’Brien og Ken Anderson, som nå var ansatt som toppbyråkrater i Helsedepartementet, følgende:

”Vi har laget markedsplassen, - nå er det opp til dere. Sammen har vi skapt en ny æra for det å bringe frem helsetjenester, og dette kan bare bli større” (A. Pollock, s. 261).

Den engelske markedsmodellen for helsesektoren skiller seg fra den amerikanske ved at hoveddelen av utgiftene betales av staten, og ikke via private forsikringsordninger. Men liberalistene dyrker nå fram ideene om at de som har råd må kunne få betale ekstra egenandeler (”top up-fees”), eller supplere med private tilleggsforsikringer, for å sikre seg hurtigere og bedre behandling. En måte å gjøre dette på er å ta enkelte behandlinger og medisiner ut av det som NHS tilbyr, men samtidig åpne for at de som har penger kan få betale dette selv.

I det engelske NHS er man også i full sving med overgangen fra forhåndsavtalt finansiering (basert på historikk og tariff) til hundre prosent ”innsatsstyrt finansiering”. Fra 2008-09 skal 90 prosent av sykehusene få sine inntekter fra et såkalt ”pay by result”-system. Fra 2011 skal alle foretakene få alle penger fra NHS som stykkprisfinansiering.

Ved hjelp av DRG-systemet (diagnose relaterte grupper) får alle behandlinger en pris, og inntektene avgjøres av hvor mye som ”produseres” innenfor hver

kategori i løpet av en periode. Det øker foretakenes risiko i forhold til kravene om økonomisk balanse, og kritikerne antar at foretakene vil gjøre alt de kan for å velte denne risikoen videre over på pasientene / brukerne. Det vil skje gjennom strategisk tilpasning av ”produksjonen” (fokus på det som lønner seg), innføring av mer egenandeler, og kutt av kostnader.

Det er også grunn til å tro at pay by result-systemet vil sette i verk en rekke selvforsterkende prosesser. De som gjør det bra (av årsaker som kan ligge langt utenfor det de selv har kontroll over; – historikk, tidligere investeringer, geografi, mv.) vil kunne ”tjene penger”. I neste omgang kan overskuddet brukes til investeringer i nytt utstyr, til å gi betingelser som trekker til seg de beste fagfolkene, osv. Gode resultater og et godt rykte fører til at enda flere søker til sykehuset, det blir nye overskudd og den gode spiralen er i gang. Baksiden av medaljen er dem som av en eller annen grunn går i minus, og som må svare på utfordringene med å kutte i investeringer, redusere vedlikeholdet, og senke kvaliteten og betingelsene for de ansatte. Der settes den negative spiralen i gang. På denne måten vil markedskreftene tvinge frem nedlegginger og sammenslåinger av sykehus.

Så langt har England tatt et grundig farvel med NHS-idealene om et offentlig helsevesen som er gratis for brukerne og som er tilgjengelig for dem som trenger det. Toryene og høyrefløyen i sosialdemokratiet står sammen i ønsket om at markedsmodellen, med konkurranse og private profittinteresser som drivere, skal overta i det engelske NHS.

Da er det inspirerende og oppmuntrende å se at Skottland har valgt en helt annen vei.

2.3. Skottland har valgt samarbeid og ikke konkurranse

Det skotske NHS betjener en befolkning på ca 5,1 millioner innbyggere i et land som på mange måter ligner Norge. Det er noen få større byer (Edinburgh, Glasgow, Aberdeen) og mange grigrendte distrikter (highlands and islands). Helsevesenet er sterkt desentralisert. Av ca 132 000 ansatte er 63 000 sykepleiere, jordmødre og helsesøstre, mens ca 8 500 leger jobber i mer enn 40 (mange) små og (noen få) store sykehus.

I tillegg har om lag 7 000 leger, tannleger, optikere og farmasøyter avtaler med NHS om å levere førstelinje-tjenester til befolkningen

På 1990-tallet ble foretaks- og bestiller / utfører-modellene innført også i det skotske NHS. Man fulgte retningslinjene fra London, og startet eksperimenteringen med markedskrefter i helsevesenet. Strategien for å bygge opp konkurrerende, private leverandører fikk høy prioritet. Næringslivs-direktørene inntok administrasjon og styrer, og kontraktsforhandlinger og -oppfølging stjal mer og mer energi og ressurser. Mest mulig av støttetjenestene i sykehusene skulle ut på anbud, og outsourcingen begynte å gripe om seg.

Misnøyen med utviklingen ble etter hvert massiv, og kravet om at markedsreformene skulle reverseres kom stadig høyere opp på dagsordenen.

Noe av det første det skotske parlamentet gjorde da det fikk ansvar for helsepolitikken i 1999 var å avvikle bestiller / utfører-modellen.

I første omgang ble 47 helseforetak redusert til 28 (tilpasset grensene for lokale myndigheter). Men fra 2004 ble hele foretaksmodellen avviklet. Begrunnelsen var at foretakene bare hadde sin berettigelse i tilknytning til en markedsbasert bestiller / utfører-modell. Uten konkurranse og markeds-simulering hadde foretakene utspilt sin rolle.

I løpet av 2000-tallet har viljen til å avvise markedsmodellen styrket seg i det skotske samfunnet. Ved valget i 2007 ble det skotske nasjonalistpartiet (SNP) størst, med 47 mandater i parlamentet. Labour fikk 46, mens både toryene og liberaldemokratene fikk 16 hver. I tillegg har de Grønne 2 representanter, og det ble valgt inn en uavhengig. Av disse er det bare høyrepartiet (toryene) som i dag er tilhengere av å bringe markedsmodellen og private profittinteresser inn i helsesektoren igjen.

Etter valget i 2007 har Skottland hatt en mindretallsregjering fra SNP. På et møte for alle de britiske NHS organisasjonene i London i juni 2007 uttalte den skotske helseministeren Nicola Sturgeon (SNP) følgende:

”Vi tror det er fornuftig å levere helsetjenester med utgangspunkt i samarbeid og samvirke i stedet for oppsplitting og konkurranse. Vi er motstandere av at offentlige penger skal brukes til å hjelpe privat sektor til å konkurrere med NHS.

Like før valget viste en undersøkelse at velgernes viktigste bekymring var knyttet til den snikende privatiseringen av skoler og sykehus. Det skotske folket forventer at offentlig penger brukes på offentlige tjenester og ikke på privat sektor. De mener at offentlige tjenester bør leveres av offentlig ansatte.

Vår motvilje mot å stimulere privat sektors konkurranse med NHS – på skattebetalernes bekostning – er ikke bare basert på opinionsmålinger. Vi avviser hele ideen om at marked innen for helsesektoren er veien til forbedringer.

Vi tror i stedet at forbedringer kommer fra den kollektive energien og ideene til engasjerte medarbeidere, som arbeider sammen med pasientene og de lokalsamfunnene de skal tjene. Det er derfor vi støtter ideen om lokale, fleksible helsetjenester, og derfor ønsker vi å utvikle våre lokale samarbeidskomiteer for helsepolitikk (Community Health Partnerships) – som bygger bro mellom det tradisjonelle skillet mellom første- og andrelinjetjenester og mellom helse- og sosialtjenester.

Jeg vil alltid gjøre det som er best for Skottland. Ikke gjennom konflikt og konkurranse, men gjennom samarbeid og samvirke. Dele ideer og lære av den beste praksis. Det betyr alltid å samarbeide med våre naboer når vi kan, men samtidig ikke gå av veien for å gjøre egne valg

og gå vår egen vei, når det er i vår interesse. Vi er overbevist om at slik uavhengighet i tanke og handling er det som tjener vårt folk best”

(sitert fra pressemeldingen til The Scottish Government; Scotland opposed to private competition in NHS, 21.06.2007).

SNP-regjeringens konsekvente motstand mot å slippe til private interesse i helsesektoren illustreres også med at man i oktober 2008 sendte ut følgende melding til styrene i alle helseregionene:

”OUTSOURCING AV STØTTEFUNKSJONER I NHS

Tilgangen på støttetjenester som renhold- og kantinetjenester er av største betydning for leveransen av kliniske helsetjenester fra NHS Scotland. Den skotske regjeringen mener derfor at NHS Scotland selv bør stå for disse støttetjenestene så langt det er praktisk mulig. Statsråden vil derfor gjøre det klart at alle renhold-, kantine-, og andre ”myke” støttetjenester (soft facilities management services) i våre sykehus og helseinstitusjoner ikke lenger skal settes ut på anbud, enten de er finansiert gjennom Offentlig Private Samarbeidsprosjekter (PPPs) eller ikke.

...NHS styrene skal med umiddelbar virkning sette disse retningslinjene ut i livet.”

(melding fra helsedirektoratet til alle direktørene i NHS-styrene, datert 20.10.2008).

Dette fikk toppledelsen i fagforbundet Unison til å sende ut en pressemelding dagen etter, som uttrykte stor glede over den skotske regjeringens vedtak. Man viste også til at lignende vedtak var gjort i Wales og Nord-Irland, og man oppfordret myndighetene i England om å følge opp (www.unison.org.uk, press release 21.10.08).

2.4. Dagens organisering av NHS Scotland

Etter at foretaksmodellen ble avviklet i 2004 ble det skotske helsevesenet reorganisert som en del av offentlig sektor. Under helseministeren og Helsedepartementet er det for tiden 14 regionale helsestyrene og 8 styrene for ulike landsdekkende funksjoner. De regionale helsestyrene har ansvaret for alle helsetjenester i sin region, både primær- og spesialisthelsetjenestene (leger, tannleger, farmasøyter, helsesentre, m.v. i førstelinjetjenesten og sykehusene, institusjoner, m.v. i andre linje). De regionale helsestyrene følger inndelingen av områdene for lokale myndigheter, og varierer sterkt i størrelse og befolkningsunderlag. Det største området, Greater Glasgow & Clyde, mottar om lag 25 prosent av bevilgningene. Regionen Lothian (med Edinburgh) er nest størst og mottar om lag 15 prosent, mens Shetland og Orknøyene hver mottar mindre enn en halv prosent av de totale bevilgningene til regionale helsestyrene.

Landsdekkende funksjoner / styrer

De 8 landsdekkende helsestyrene mottar til sammen 12-13 prosent av de totale NHS-bevilgningene. Styrene har følgende navn og ansvar for følgende oppgaver:

NHS24	En telefon- og internettjeneste som informerer om tjenestetilbudet i NHS og som hjelper folk til riktig sted og tilbud når primærlegen ikke er tilgjengelig for å gjøre dette.
Nasjonalt Ventetidssenter	Senteret bistår de regionale styrene med ventelisteadministrasjon og organisering for å sikre at ventetider ikke overskrider målene. I tillegg har dette styret ansvaret for driften av et tidligere privat sykehus (Golden Jubilee National Hospital, som staten har kjøpt opp), og et nasjonalt hjerte- og lungesenter.
Statssykehuset	Har ansvar for sikkerhetsavdelinger for psykiatriske pasienter og farlige fanger.
NHS Kvalitets-Forbedring	Har ansvar for kvalitetsforbedringsarbeid i alle deler av NHS Scotland, rettet både mot tjenestene, brukerne og arbeidstakerne.
Ambulanse-Tjenesten	Alle ambulansetjenester i Skottland administreres fra dette senteret (Scottish Ambulance Services).
NHS Helse Scotland	Har ansvar for alt folkehelsearbeid og for strategier og tiltak som skal begrense ulikhetene i helse i befolkningen.
NHS Utdanning	Har ansvar for etter- og videreutdanning for alle grupper arbeidstakere i hele NHS Scotland.
NHS Nasjonalt Tjenestesenter	Leverer en rekke spesialtjenester til alle deler av NHS, - som blodbanker, innkjøpsordninger for medisiner og utstyr, avtaleoppfølging og betaling til primærleger, tannleger, farmasøyter og optikere, screening-kampanjer, osv.

2.5. NHS Scotland driver innenfor tildelte budsjetter

Som et apropos til situasjonen i de norske helseforetakene, er det bemerkelsesverdig å se at det forvaltningsbaserte, skotske helsevesenet nå driver innenfor de budsjетtrammer man får tildelt.

For budsjettåret 2007/2008 hadde helsevesenet tilgjengelige bevilgninger på £ 10,1 mrd. (ca 100 milliarder kroner). Av dette ble £ 9,7 mrd. brukt på drift og £ 0,4 mrd. på investeringer. Samlet stod de regionale helsestyrene for £ 8,3 mrd av utgiftene, de 8 "spesialstyrene" for £ 1,2 mrd., og det sentrale Helsedepartementet for £ 0,6 mrd.

Det er verdt å merke seg at helsesektoren samlet brukte ca £ 26 millioner mindre i løpet av budsjettåret 2007/08 enn det de hadde fått bevilget. Best budsjett disiplin var det i de regionale helsestyrene, som brukte £ 51 millioner mindre enn budsjett. Med et unntak nådde alle styrer sine mål på det økonomiske området.

I en pressemelding fra regjeringen omtales den skotske Riksrevisjonens rapport om økonomien i NHS Scotland for 2007-08 på følgende måte:

"NHS Scotland uten negative anmerkninger til sitt regnskap:

- *NHS styrene og avdelingene har kuttet sitt underliggende underskudd til 16 millioner pund i 2007-08, fra 92 millioner pund året før. Rapporten sier at forbedringen vil fortsette i 2008-09, hvor det underliggende underskuddet vil bli redusert til 3 millioner pund.*
- *Økonomistyringen var god, med bare 0,24 prosent underforbruk i forhold til NHS Scotlands totale budsjett på 10 milliarder pund.*
- *Kapitalutgiftene fortsetter å vokse fra £ 430 millioner i 2007-08 til £ 600 millioner i 2010-11 (sammenlignet med litt over £ 130 millioner i 2003-4.*
- *Skottland fortsetter å bruke mer pr hode på helse enn andre land i UK*
- *NHS Scotland oppnådde produktivetsforbedringer over de tre årene 2005-06 til 2007-08 på rundt £ 610 millioner, og slo sitt eget mål med £ 80 millioner.*
- *Alle NHS-styrer har anslått at de vil gå i balanse i 2008-09, med unntak av Western Isles hvor situasjonen likevel er i sterk bedring*
- *Sykefraværet faller, men er fortsatt over målet på fire prosent".*

2.6. Nærmere om finansieringen av helsesektoren i Skottland

Regjeringen i Skottland får alle sine inntekter bevilget fra sentralregjeringen og Parlamentet i London. For Skottlands del er dette basert på et regelsett ("the Barnett formula") som i hovedsak tar utgangspunkt i befolkningens størrelse i forhold til den totale UK-befolkningen, men som også har med

historiske komponenter og kompenserer noe for sosiale og geografiske særegenheter.

I neste omgang er det parlamentet i Skottland som bestemmer hvordan den totale tilgangen på ressurser skal fordeles mellom ulike formål og områder i det skotske samfunnet. Det er fra denne prosessen vi finner grunnlaget for at ”Skottland bruker mer pr hode på helse enn andre land i UK”. For budsjettåret 2008-09 bevilget man som tidligere nevnt drøyt 10 milliarder pund til NHS Scotland.

2.7. Fordeling av penger mellom helsestyrene

En egen NHS-komite er opprettet for å foreta en mest mulig rettferdig fordeling av midlene mellom de ulike helsestyrene i NHS. Komiteen heter NHS Resource Allocation Committee (NRAC), eller Økonomifordelingskomiteen. Dagens fordelingsnøkkel, kalt the Arbutnott Formula, ble utarbeidet i 1997-98 og tatt i bruk fra 2000.

I 2008 gjennomførte NRAC en oppdatering og revisjon av nøkkelen. Den veide andelen er basert på fire elementer, hvor andelen av befolkningen ligger i bunnen:

Befolkningsandel

- X ”korreksjonsfaktor for forskjeller i alder og kjønn”
- X ”korreksjonsfaktor for forekomst av særlige helseproblemer”
- X ”korreksjonsfaktor for merkostnader fra geografi / avstander”

Korreksjonsfaktorene skal fange opp at overhyppighet eller andre særegenheter innenfor de angitte områdene kan utløse ekstra behov for helsetjenester. Dersom andelen personer under tre år eller over 75 år i en region for eksempel avviker fra gjennomsnittet for landet, vil det medføre justeringer av tildelingen, osv.

(Dette er en fordelingsmodell som ikke er ulik den som norske myndigheter bruker for å fordele rammetilskuddene mellom de fire RHF-ene).

Etter revisjonen og endringene i 2008 fikk 8 av de 14 regionale helsestyrene påplussinger i sine budsjetter som følge av korreksjonsfaktorene, mens 6 helsestyrene fikk mindre enn det den befolkningsmessige andelen isolert skulle tilsi.

2.8. Helsestyrene får tildelt rammebevilgninger hvert år

Skottland har ikke, og har heller ikke hatt, noe innslag av ”innsatsstyrt finansiering”. Alle helsestyrene får tildelt en viss sum penger pr år basert på den nevnte fordelingsnøkkelen, som skal finansiere alle helsetjenester innenfor deres ansvarsområde. Det er opp til helsestyrene å fordele og prioritere

mellom sykehus (somatikk, psykiatri), primærhelsetjeneste, forebyggende arbeid, o.a.

Myndighetene og NHS Scotland styrer gjennom en nasjonal helseplan og med målsettinger for ulike områder. Innenfor helsesektoren er det lansert årlige mål både på nasjonalt og regionalt nivå.

HEAT Targets

For 2008-09 opererer man på nasjonalt nivå med et sett "HEAT Targets", hvor bokstavene står for H = Health Improvement (forbedret helse), E = Efficiency and Governance (effektivitet og styring), A = Access to Services (tilgang til tjenester), T = Treatment (behandling). De nasjonale myndighetene har så satt et antall mål (7-9) for hvert av disse områdene.

For 2008-09 er for eksempel de to viktigste målene for H-området formulert slik:

- H1: Redusert dødelighet fra hjerte- karsykdommer for personer under 75 år i fattige boområder
- H2: 80 prosent av alle barn mellom tre og fem skal være registrert hos en NHS-tannlege.

Tilsvarende er det formulert mål for de andre områdene, og disse er i sin tur brutt ned for de ulike helsestyrenes områder der det er relevant.

I årsmeldingen for 2007-08 rapporterer ledelsen i NHS Scotland om i hvor stor grad målene for dette året ble nådd. I sammendraget heter det:

"NHS Scotland gjorde betydelig fremgang i 2007/08 ved tidlig å oppfylle flere av nøkkelmålene, som bedre tilgang på helsetjenester, forbedret kvaliteten på tjenestene for pasientene, og forbedringer i befolkningens helsetilstand. Det ble oppnådd samtidig som de økonomiske målsettingene ble innfridd, og vi er på et spor hvor vi overoppfyller målsettingene for effektivisering. I tillegg er det tatt viktige skritt for å videreutvikle politikk og strategi, og da særlig ved utgivelsen av planen Better Health, Better Care, som lanserer en handlingsplan for NHS Scotland for de neste fem årene".
(fra NHS Scotland, Annual Report 2007/08).

I årsmeldingen rapporteres det forholdsvis detaljert om oppnådde resultater og utvikling på alt fra "ulikheter i helse", "andelen voksne røykere", "vaksinasjoner av barn", "selvmordsrater", "rater for graviditet blant tenåringer", osv.

Det er selvsagt sånn at verken pengebruk eller forbedringer sier så mye om helsesituasjonen i den skotske befolkningen eller kvaliteten på det skotske

helsevesenet. Et høyt pengeforbruk kan være uttrykk for at man står overfor ekstra store problemer, at systemet er ineffektivt, osv.

Det er ingen tvil om at Skottland har store utfordringer i helsesektoren. I noen sammenhenger omtales skotten som "Europas syke mann". Det er overhyppighet av alvorlige livsstilsrelaterte lidelser som hjerte-kar-sykdommer, leverskader, overvekt, rusmisbruk, m.v.

I noen gravgrendte områder er det sterk overhyppighet av selvmord, mens narko- og alkoholmisbruk er et stort problem i storbyene.

I regjeringens planer knyttes helseproblemene sterkt til store sosiale ulikheter, - med fattigdom, dårlige boforhold, arbeidsledighet og lav utdanning i store deler av befolkningen. Strategier for å bedre den skotske folkehelsen må derfor angripe de grunnleggende samfunnsproblemene og den urettferdige fordelingen av ressurser. Det betyr i sin tur at helsepolitikken tar opp i seg alle de "normale" motsetningene i politikken, med ulike klasseinteresser og motstridende forslag til hvordan problemene skal løses. Til tross for dette har det det siste tiåret vært forbausende bred enighet om ett viktig spørsmål: Markeds- og profittinteressene skal holdes utenfor det skotske helsevesenet.

2.9. Demokratisering av helsestyrene

Det har gjennom mange år pågått en diskusjon i Skottland om en sterkere demokratisering av de regionale helsestyrene. I dag er flertallet (og lederne) i disse styrene oppnevnt av Helsedepartementet. I tillegg er lokale myndigheter, direktørene fra administrasjonen og de ansattes organisasjoner representert. Kritikken har gått ut på at disse styrene, som bestemmer over et av samfunnets viktigste områder, ikke står politisk ansvarlig overfor noen for sine vedtak.

Etter lang tids forberedelser vedtok det skotske parlamentet i januar 2009 at det skal settes i gang et prøveprosjekt med direkte valg til to av de regionale helsestyrene i 2010. Forslaget legger opp til at de direktevalgte medlemmene og de som oppnevnes av lokale myndigheter skal være i flertall, men at lederen fortsatt skal oppnevnes av helseministeren. Dette skal være første steg mot en modell hvor politiske valgte skal være i flertall i alle helsestyrene.

Da helseministeren Nicola Sturgeon fremmet forslaget sommeren 2008, uttalte hun:

"NHS er en organisasjon som befolkningen med rette ser seg som medeiere av. Men vi må sikre at folk er fullt og helt involvert, og ikke at de føler seg utestengt fra beslutningsprosessen, slik det har vært tidligere.

Dette er grunnen til at jeg har fremmet dette lovforslaget om direkte valg til helsestyrene. Folks stemme skal bli hørt og lyttet til helt inn i hjertet av beslutningsprosessen.

Dette skal sikre at vi i fremtiden tar beslutninger om lokale helsetjenester som bedre reflekterer synet til dem som skal bruke - og som gjennom skatten har betalt for - NHS-tjenestene.

Vi vil at denne demokratiseringen skal omfatte så mange som mulig av de som bruker helsetjenestene, og foreslår derfor at alle over 16 år skal ha stemmerett i disse valgene.”

(fra Helsedepartementets pressemelding, 26.06.08).

Dette var en viktig seier for blant annet fagbevegelsen i Skottland, som har presset på for denne reformen i mange år. Selv om det nå var stort flertall for lovforslaget i Parlamentet, blir det gjennomført under sterk motstand fra de sittende ledelsene i helsestyrene og fra den britiske legeföreningen (BMA). Motstanderne frykter at politiseringen vil åpne for kampanjer på enkeltsaker, og at styrene vil bli ofre for populistiske strømninger fremfor en konsistent, langsiktig politikk for helsetjenestene. Demokrati er en risikabel sport...

2.10. Ikke fokus på fritt sykehusvalg

For tiden arbeides det med en ny lov om pasientrettigheter i Skottland. Det er påfallende at det i prosessen med lovforberedelsene ikke fra noe hold fokuseres på prinsippet om fritt sykehusvalg. Siden de regionale helsestyrene har ansvar for alle helsetjenester til befolkningen i sitt område, og sykehusene ikke har incentiver til å konkurrere om pasienter, blir fokus på fritt sykehusvalg mindre relevant. Samtidig er det sånn at pasienter i prinsippet har lik tilgang til alle sykehus, og det har betydning når personer skal orientere seg om ventetider og muligheter for raskest mulig behandling.

2.11. Men markedstilhengerne hviler ikke

Heller ikke i dag er Skottland fritatt for liberalistenes og kapitalkreftenes forsøk på å introdusere markedsløsninger i helsesektoren. I det følgende skal vi se nærmere på de tre viktigste utfordringene mot den skotske, solidariske modellen:

- a. Nye kontrakter innen primærhelsetjenesten
- b. Bruk av OPS-kontrakter (Offentlig Privat Samarbeid)
- c. EUs nye helsedirektiv

a. Nye kontrakter innen primærhelsetjenesten

I 2004 fulgte det skotske parlamentet opp vedtak fra London og det britiske NHS ved å innføre et nytt system for finansiering og organisering av primærhelsetjenesten.

I loven Primary Medical Services (Scotland) Act 2004 introduseres en form for bestiller- / utførermodell mellom myndighetene og primærleger og / eller selskaper med ansatte leger.

Fra 1948 til 1997 inngikk den enkelte primærlege en kontrakt med NHS om det arbeidet som skulle utføres og vilkårene for det. Avtalen bygde på en fast mal som var fremforhandlet på nasjonalt nivå. Den første endringen kom da det i 1997 ble åpnet for lokale forhandlinger om kontraktene, med adgang til individuelle, differensierte vilkår.

I 2003 vedtok parlamentet i London en ny lov som brøt opp legenes monopol på å være kontraktspart. Det ble nå åpnet for at "primærlege-foretak" (Primary Care Trusts), som hadde blitt introdusert fra 2002, kunne inngå avtaler med kommersielle, profittorienterte selskaper om levering av legetjenester. Legene kunne dermed velge å være ansatte i et firma som hadde kontrakt med et foretak (PCT), fremfor å operere som selvstendig kontraktspart..

I Skottland er ikke primærhelsetjenesten organisert i foretak (PCTs), men i 2004-loven ble det åpnet for at de regionale helsestyrene kunne inngå kontrakter med både enkeltleger, selskaper og organisasjoner om levering av primærlegetjenester. Dermed var det åpnet for markedsbaserte, profittorienterte selskaper som kontraktspartnere i deler av det skotske helsevesenet, og det tvang frem oppbygging av en bestillerfunksjon på myndighetssiden.

Lovendringen i 2004 har dermed ført med seg

- kommersielle selskaper kan levere primærhelsetjenester
- legenes monopol som kontraktspart er avskaffet
- kommersielle kontraktsforhandlinger har erstattet interne NHS-avtaler
- lokale forhandlinger og resultater har erstattet nasjonale standarder

Seniorforsker David Price ved Centre for International Public Health Policy ved universitetet i Edinburgh påpeker at dette medfører

- *at skillet mellom næringsinteresser og offentlig helsetjenester nå er visket ut*
- *at det åpner for kommersielle nettverks inntreden i helsesektoren*
- *at det kommer kostnader knyttet til systemet med kontraktsforhandlinger*
- *at det kommer kostnader med kontroll og oppfølging av kontraktene, og*
- *at det er usikkert hvilke konsekvenser dette vil få for kvaliteten på tjenestene.*

Han oppsummerer slik:

- *Kontroll og ansvar er overført til privat sektor.*
- *Konsekvensene er ikke analysert – hvem bærer risikoen?*
- *Kostnadene ved å beskytte pasientenes og offentlighetens interesser er ikke beregnet.*
- *Hvem får regningen?”*

(sitert fra ”Future of Scotlands Health Services”, David Price, CIPHP, 12.03.07).

b. Offentlig Private Samarbeids-prosjekter (Public Private Partnerships, PPPs)

Fra tidlig 1990-tall hadde forekomsten av OPS-prosjekter begynt å skyte fart innenfor helsesektoren i Storbritannia. I den første tiden ble de kalt Private Finance Initiatives, PFIs, men etter at Blair tok over i 1997 ble de omdøpt til Public Private Partnerships, PPPs.

Modellen går ut på at private investorer skal stå for investeringer og bygging av bygninger til bruk i offentlig sektor (sykehus, skoler, o.a.), mens det offentlige skal inngå langsiktige (30-60-årige) avtaler om tilbakeleie. Ideen er at dette skal lette de offentlige budsjettene for investeringskostnader og det gjøre det mulig å realisere bygg som det ellers ikke vil være penger til. Men privat investorer må betale mer for kapitalen (høyere renter), og de skal ha en solid profitt på toppen. I tillegg skal de ofte selv (eller via datterselskaper) tjene penger på å ha ansvaret for drift og vedlikehold av bygningene. Resultatet er selvsagt at dette blir mye dyrere for det offentlige, og prosjektene fungerer som rene sugerør fra private investorer og ned i statskassen.

I sin bok ”Privatising the NHS; – an Overview” skriver Allyson M. Pollock:

”Argumentene mot PFI er at de (a) er dyrere enn ved offentlig finansiering; (b) de låser offentlig sektor – i dette tilfellet, sykehusforetakene – til å betale for bygninger i 30-60 år selv om behovene kan endre seg dramatisk over en så lang periode; (c) de endrer fokus fra planlegging av helsetilbudet til befolkningen til planlegging ut fra behovene til sykehusene og de private investorene; og (d) i NHS sammenheng (...) må kostnadene til bygging og drift av privateide bygninger dekkes over sykehusforetakenes driftsbudsjetter. Det fører blant annet til at bygningene må skrumpes slik at både antall senger og ansatte kan reduseres. Reduksjonene drives frem av finansielle behov, og ikke av analyser av behovet for helsetjenester” (s. 57).

Det finnes et vell av dokumentasjon som viser at PPP-ene øker kostnadene for sykehusene. På første halvdel av 1990-tallet ble det inngått nærmere 40 PPP-avtaler, mens det i de første årene etter regjeringsskiftet i 1997 ble inngått ytterligere om lag 50 nye avtaler.

A. Pollock viser til beregninger offentliggjort i The Guardian i 2005, som konkluderte med at antall senger hadde blitt redusert med 30 prosent og bemanningen med 25 prosent i de sykehusene som var med i den første bølgen av PPP-er på begynnelsen av 1990-tallet (s. 59).

I en artikkel samme avis (20.02.06; The cost of privatisation) viser Pollock til et sykehus i Greenwich utenfor London, som fikk sine årlige kapitalkostnader åttedoblet etter at de flyttet inn i et nytt PPP-sykehus (fra £ 8,6 mill til £ 67 mill). I artikkelen skriver hun:

”Det er vel dokumentert hvordan sykehusforetakene prøver å dekke opp for denne forskjellen i kostnader; - alt fra å selge tomter og bygninger til å redusere tjenestene ved å stenge akuttavdelinger og lokalsykehus, som i Kidderminster og Norfolk. Siden Labour kom til makten i 1997 har mer enn 12 000 NHS-senger blitt borte som følge av denne politikken, og nedbyggingen fortsetter fremdeles”.

I en pressemelding fra den sentrale Unison-ledelsen i London uttaler generalsekretær David Prentis følgende høsten 2008 (02.09.08):

”PFI er en økonomisk katastrofe som skaper mega-profitter til private selskaper på det offentliges bekostning. Det er en mislykket politikk, som bør avskaffes. Skattebetalerne flås for millioner av pund. Finanskostnadene i PFI-ene utgjør om lag £ 480 millioner pr år – det er nok til å bygge tre store sykehus, utstyre sykehusene med den nyeste teknologien og de nyeste medisiner og behandlingsformer”.

Til tross for sin motstand mot marked og private aktører i NHS Scotland, har den skotske regjeringen (relativt til økonomi og folketall) inngått flere PPP-kontrakter enn England.

Det store innslaget av privat kapital på investeringssiden i NHS Scotland er selvsagt svært omstridt. Driftsbudsjettene til mange helsestyrer blir hvert år belastet med flere millioner pund, og er opphav til stadige konflikter rundt nedskjæringer og kutt i tjenester og bemanning.

Fagbevegelsen krever at det ikke skal inngås nye PPP-avtaler, at de skal fases ut der det er mulig, og at NHS Scotland skal ha egne ansatte i alle PPP-sykehus.

c. EUs nye helsedirektiv

Det er bred enighet om at de reformer som er foreslått på europeisk nivå vil få konsekvenser for den skotske, heloffentlige helsemodellen. EU-Kommisjonen har i flere år arbeidet med et direktiv som skal legge til rette for handel med helsetjenester over landegrensene.

På et tidligere tidspunkt prøvde man å inkorporere helsetjenester i det nå vedtatte Tjenstedirektivet, men dette ble avvist av politikerne. Etter det har målsettingen vært å få på plass et eget Helsedirektiv, og dette er fortsatt under

behandling i systemet. EU-landene har i løpet av 2008 avgitt høringsuttalelser, og det er ventet at et endelig forslag til direktiv vil bli fremmet i nær fremtid. Direktivets engelske tittel er "Directive on the Application of Patients' rights in Cross-Border Healthcare" ("Utforming av pasientrettigheter ved grenseoverskridende helsetjenester").

På norsk omtales det oftest som EUs Helsedirektiv, mens engelske forskere omtaler det som "Pasientmobilitetsdirektivet" (se under).

I det følgende skal vi sitere fra den høringsuttalelsen som fire forskere (Allyson Pollock, David Price, Sarah Boesveld og Iain Law) ved Centre for International Public Health Policy ved universitetet i Edinburgh leverte til den skotske regjeringen 08.12.08:

"Det foreslåtte pasientmobilitetsdirektivet vil påvirke maktforholdene i EU med hensyn til offentlig helsepolitikk på en fundamental måte.

Det foreslåtte pasientmobilitetsdirektivet

- *vil kreve at Skottland må endre sin holdning til bruk av kommersielle aktører i NHS*
- *medføre utilstrekkelig beskyttelse at et politisk styrt, integrert helsevesen*
- *medfører økt bruk av egenandeler og privat tilleggsbetaling som er i motsetning til de universelle målsettingene for skotsk helsepolitikk*
- *utgjør en direkte trussel mot loven om indre selvstyre i "the Scotland Act, 1998*
- *er unødvendig for å sikre mobilitet for pasientene og representerer et nytt forsøk på å bringe helsetjenestene inn under interne markedregler*
- *har potensial for å øke helsesystemets påvirkning fra den europeiske konkurranselovgevingen og øke markedets rolle innenfor helsesektoren*

- *Vi anbefaler at den skotske regjeringen*

- *motsetter seg godkjenning av det foreslåtte pasientmobilitetsdirektivet*
- *krever at regjeringen i London garanterer Skottlands rett til selv å bestemme hvordan helsesektoren skal organiseres og drives."*

Konklusjonen bygger på en analyse av direktivet, hvor forskerne blant annet legger vekt på følgende:

1. at direktivet vil tvinge Skottland til å endre sin politikk med å utelukke kommersielle leverandører fra NHS

Forslaget til helsedirektiv pålegger landene å likebehandle offentlige og private leverandører i andre land, selv om man har en politikk mot å bruke kommersielle aktører i eget land. Dette tvinger frem oppbygging av et system som skal håndtere fakturering og prissetting av behandlinger utenlands. Man tvinges til å ta i bruk en form for DRG-system, som er en av bærebjelkene i et markedsbasert helsevesen. Forskerne konkluderer slik:

”Det foreslåtte direktivet krever en gjeninnføring av at den kommersielle strukturen i Skottlands sykehussektor som er stikk i strid med den politikken som nå føres. Slike reformer tvinger seg frem uavhengig av hvor mange som benytter seg av retten til helsehjelp utenlands og uavhengig av at kostnadene i ulike lands helsesystemer ikke lar seg sammenligne”.

2. at direktivet er en trussel mot det integrerte, offentlige helsevesenet i Skottland selv om det åpner for å kreve forhåndsgodkjenning av rett til behandling i utlandet

I forslaget til Tjenestedirektivet ble helsetjenester behandlet som alle andre tjenester. Den enkelte skulle fritt kunne velge hvor en ville bli behandlet, og egne lands myndigheter skulle dekke kostnadene. I Helsedirektivet har man rett til å få behandling i utlandet dersom det i eget land ikke kan tilbys tilsvarende behandling (evt. innen bestemte frister), og landene kan (under bestemte vilkår) bestemme at det må søkes på forhånd. Det påpekes at et system med forhåndsgodkjenning må stå seg mot EF-domstolens krav til fri flyt, og at det bare kan brukes dersom omfanget blir så stort at det truer stabiliteten i eget helsevesen.

3. at det foreslåtte systemet for refundering av kostnader vil åpne opp for egenandeler og forsikringsbaserte eller private tilleggsbetalinger som står i motsetning til målene om universelle rettigheter i den skotske modellen

I forslaget til helsedirektivet heter det at man bare kan kreve refundert det en tilsvarende behandling i hjemlandet koster. Det må bety at den enkelt har rett til en dyrere behandling, dersom man (har noen som) vil betale mellomlegget. Dette åpner for introduksjon av egenandeler. Forskerne konkluderer slik:

”Egenandeler står i motsetning til skotsk politikk og er høyst kontroversielle i hele UK fordi de driver frem et todelt helsevesen og ulik behandling. Det foreslåtte direktivet innfører et system som undergraver universelle mål. Det tar heller ikke inn over seg at det er en klar motsetning mellom et system med ulike former for egenbetalinger og universalitet”.

4. at direktivet vil utfordre den retten det skotske parlamentet fikk til selv å bestemme landets helsepolitikk gjennom ”selvstyreløven” av 1998

Forskerne påpeker at det i referatene fra Kommissjonens ekspertgruppe for helsedirektivet ikke er tatt noen forbehold om skotsk autonomi over helsepolitikken. Heller ikke de britiske representantene har vist til at det skotske parlamentet har hatt makten over helsepolitikken siden 1999, og at eventuelle endringer derfor må skje i samarbeid med dem. Et direktiv som liberaliserer handelen med helsetjenester vil snu opp ned på skotsk politikk uten at parlamentet er involvert.

5. at det ikke er nødvendig med et nytt direktiv for helsetjenester basert på EU-Traktatens Artikkel 49 om fri flyt av tjenester.

Det vises til at det helt siden 1971 har eksistert en EU-forordning (Regulation 1408/71) som sikrer EU-borgere rett til akutt helsehjelp også utenfor sitt eget hjemland. Likeledes sikrer den at land kan avtale å dekke elektiv behandling der hvor det er nødvendig. Helsedirektivet er ikke nødvendig av hensyn til menneskers rett til helsehjelp, men har utelukkende som siktemål å inkorporere helsetjenestene i det indre markedets regelverk for kommersiell handel. Til slutt i høringsuttalelsen heter det:

”På grunnlag av denne dokumentasjonen konkluderer vi med at det foreslåtte direktivet er unødvendig i forhold til å sikre pasientmobilitet og at det utgjør et nytt fremstøt for å bringe helsetjenester inn under reglene for det indre markedet. Ved at det inkluderer kommersielle leverandører og stiller krav om et system for prising av alle behandlinger, vil forslaget øke helsesektorens eksponering i forhold til EUs konkurranselovgivning og styrke markedets rolle i organiseringen av helsesektoren. Dette bør avvises”.

(fra ”Response to the Scottish Government’s consultation on the European Commission’s proposals for a directive on the application of patients’ rights in cross-border healthcare”, CIPHP, 03.12.08).

2.12. Skottland som eksempel – oppsummering

På det politiske planet kan det virke som at enigheten om å avvise markedsløsninger og privatisering i det skotske helsevesenet bare har blitt bredere og grundigere i løpet av de siste årene.

For tiden kjennetegnes det skotske helsevesenet av følgende:

- Et bredt politisk flertall har slått fast at det skotske helsevesenet – NHS Scotland – skal baseres på samarbeid og ikke konkurranse.
- NHS skal være et skattefinansiert, offentlig helsevesen, som er gratis for brukerne og hvor tilgangen til tjenestene er basert på menneskenes behov.

- Regjeringens offisielle linje er at offentlige penger ikke skal brukes til å finansiere privat sektors konkurranse med NHS.
- Skottland har et integrert helsevesen, hvor primær- og spesialisthelsetjenesten er underlagt den samme ledelsen; – 14 regionale styrer og 8 styrer for landsdekkende funksjoner.
- Etter åtte års utprøving ble bestiller- / utfører-modellen avviklet i 2002.
- Etter ti år med markedseksperimentering ble foretaksmodellen avviklet i 2004. Etter at man hadde sagt farvel til markedet fantes det ikke noe grunnlag for å opprettholde foretaksmodellen.
- Stykkpris - eller versjoner av InnsatsStyrt Finansiering (ISF) – er avvist, og all finansiering skjer gjennom årlige rammebevilgninger. 80 prosent av bevilgningene går via de regionale helsestyrene.
- Fra 2010 innføres direkte valg til de regionale helsestyrene (først som en prøveordning i to regioner). Som en del av strategien for å demokratisere helsevesenet vedtok parlamentet i januar 2009 at direktevalgte medlemmer og politisk valgte / oppnevnte medlemmer skal være i flertall i helsestyrene.
- Konkurransetsetting og outsourcing av støttetjenester er under full avvikling. Høsten 2008 sendte regjeringen et direktiv til helsestyrene om at alle ”myke” støttetjenester, som renhold, kantiner, vaskeri, m.v. skal utføres av egne ansatte, og at kontrakter med eksterne leverandører skal avvikles etter hvert som de går ut.

Nylig kunne den skotske regjeringen rapportere at NHS Scotland hadde drevet innenfor tildelte budsjettammer forrige år, og at det stadig flere av kvalitets- og styringsmålene som blir nådd.

Skottland er i sannhet et eksempel som viser at ”en annen verden er mulig”. Man kan lure på hvorfor ikke myndigheter og helsebyråkrater valfarter til Skottland? Her kan man studere hvordan gode helsetjenester kan frembringes uten bruk av markedsløsninger og konkurranse som virkemidler. Det foregår i tillegg et omfattende arbeid med å forbedre og videreutvikle den offentlige helsemodellen, med full integrasjon av primær- og spesialisthelsetjeneste, sterkere lokal forankring, samarbeid med sosialtjenestene, og med økende vekt på styring og rapportering i forhold til nasjonale og lokale helseplaner.

Den viktigste utfordringen mot den offentlige, skotske modellen kommer nå fra EUs arbeid med et nytt helsedirektiv. Skotske forskere argumenterer for at det foreslåtte direktivet vil tvinge frem markedsløsninger som et klart flertall i Skottland har sagt nei til, og de anbefaler at regjeringen avviser EU-direktivet.

3. New Zealand

I perioden 1984-1999 gjennomlevde New Zealand det som i mange sammenhenger omtales som ”det new zealandske eksperimentet”. Knappt noen gang har en moderne blandingsøkonomi, med en forholdsvis velutbygd velferdsstat, opplevd en så sjokkartet om omfattende nyliberal revolusjon. Som vi skal se, ble det i stort tempo gjennomført til dels ekstreme liberaliseringer innen de fleste områder av økonomien og samfunnet.

Selv om det er utviklingen i sykehussektoren som er i fokus i denne sammenheng, skal vi i første del av dette kapitlet gi en nærmere presentasjon av innholdet i, og erfaringene med, helheten i ”det new zealandske eksperimentet”. Avsnittene 3.1 – 3.3 er basert på De Facto-rapporten ”UHO og modernisering” (2005). Fremstillingen bygger i hovedsak på to notater; ”Deregulation in New Zealand, Background Paper” av Peter Conway, økonom i New Zealand Council of Trade Unions (2002), og ”Det New Zealandske eksperiment. Konsekvenser og erfaringer av reformerne i New Zealand” av Jens Asp i Arbeiderbevegelsens Erhvervsråd i Danmark (2001).

3.1. Kort om New Zealand

Det bor ca 3,8 millioner mennesker i New Zealand. Mennesker med europeisk avstamning utgjør flertallet (ca 77%), men innslaget av etniske minoriteter er betydelig. Den største gruppen er den new zealandske urbefolkningen, maoriene, som utgjør om lag 14% (ca 530 000). Av andre større grupper utgjør folk fra stillehavsøyene om lag 5% og asiaterne 3-4%.

Det meste av befolkningen er konsentrert på de to hovedøyene i landet, Nordøya og Sørøya. Øyene strekker seg over klimasoner fra tropisk klima i nord til ”norsk” klima i sør. Auckland er landets største by (ca 1,1 million innbyggere), mens hovedstaden Wellington har om lag 420 000 innbyggere.

Næringsgrunnlaget er ikke ulikt det vi finner i de skandinaviske landene, men jordbrukssektoren er noe større og den offentlige sektoren er (etter hvert) betydelig mindre enn i for eksempel Norge (se tabell 1).

Mens New Zealand i 2000 hadde ca 5,7 % av sin sysselsetting i jordbruket, var den tilsvarende andelen i Norge ca 3,2%. Industrien utgjorde 16,2% i New Zealand, mot 13,6% i Norge. Sysselsettingen i offentlig forvaltning utgjorde 15,3% av total sysselsetting i New Zealand mot 31,1% i Norge. Den viktigste forskjellen er med andre ord at mens en stor del av tjenesteytingen i New Zealand skjer i privat sektor, utføres dette i større grad som offentlig tjenesteyting i Norge.

**Tabell 1. Sysselsettingsstruktur i New Zealand og Norge (2000).
I prosent av alle lønnstakere og selvstendige.**

Næring	New Zealand	Norge
Jordbruk	5,7	3,2
Øvrige primærnæringer	2,8	1,2
Primærnæringer	8,5	4,4
Industri	16,2	13,6
Energiproduksjon mv	2,0	0,8
Produksjon av olje og gass	0,0	0,9
Bygg og anlegg	3,9	5,5
Sekundærnæringer	22,1	20,8
Varehandel, hot & rest	15,3	16,6
Transport og kommunikasjon	9,8	8,9
Finans-, forsikring-, forretnings- messig og personl. tjenesteyting	29,0	18,3
Offentlig adm og forsvar	4,1	6,7
Offentlig tjenesteyting	11,2	24,4
Tertiærnæringer	69,4	74,9

I 2000 utgjorde eksporten fra New Zealand om lag 30 % av BNP. I Norge var den til sammenligning ca 40% (hvorav olje og gass utgjorde ca 18% an BNP). I New Zealand utgjør eksport av landbruksprodukter og næringsmidler en vesentlig del av den samlede eksporten.

3.2. Tiden før reformene

New Zealand fikk sin første sosialdemokratiske regjering i 1935, men i hele perioden frem til 1984 hadde vekslende konservative og sosialdemokratiske regjeringer stått sammen om å bygge opp en økonomi preget av et sterkt statlig engasjement i de fleste sektorer, og en offensiv utbygging av offentlig velferd. Staten hadde ikke bare påtatt seg ansvaret for utbygging av samfunnets infrastruktur (veier, jernbane, tele, post, kraftforsyning, osv), slik det skjedde i de fleste vestlige land i de første tiårene etter andre verdenskrig. I tillegg var staten aktiv og dominerende innen for eksempel gruvedrift, olje- og gass, forsikring, bank, hoteller, og det var offentlige eierandeler i selskaper i de fleste andre sektorer.

I perioden 1975-84 gjennomførte en konservativ regjering en stor, offentlig pensjonsreform, subsidieringen av landbruket økte i omfang, en rekke store vannkraftutbygginger ble gjennomført med offentlige midler, og ulike

industriktorer oppnådde stadig større skattelettelser og andre tilskudd fra det offentlige.

Som de fleste andre land som på denne tiden prøvde å kombinere et sterkt statlig engasjement og omfattende reguleringer med en åpen økonomi med stor eksport og import, fikk New Zealand økende problemer både med betalingsbalansen overfor utlandet og den offentlige budsjettbalansen. Når konkurrentlandene, med Reagans USA og Thatchers England i spissen, brukte velkjente markedsliberalistiske grep som hardere konkurranse, stor arbeidsløshet, store skattelettelser og omfattende dereguleringer til å tvinge ned kostnadene på sine produkter, fikk de som vegret seg mot denne resepten problemer. På begynnelsen av 1980-tallet forsøkte New Zealand først å bøte på sviktende konkurranseevne med å subsidiere eksportindustrien og den importkonkurrerende industrien enda mer. Enkelte dereguleringer ble gjennomført, og man prøvde å øke nivået på offentlige investeringer for å dempe arbeidsløsheten, men uten at dette løste problemene. Fra 1982-84 ble det gjennomført lønns- og prisstopp. Før valget i 1984 var tilliten til den konservative regjeringen på et lavmål, og det hadde blitt en utbredt oppfatning at det statlige engasjementet i økonomien måtte reduseres.

3.3. Eksperimentet startet i 1984

Og det var, ironisk nok, en nyvalgt, sosialdemokratisk regjering som innledet den nyliberale revolusjonen i 1984. Finansministeren, Roger Douglas, hentet inspirasjon og ble veiledet fra Verdensbanken og det Internasjonale Pengefondet, og de sverget til metoden med liberaliseringer som sjokkterapi. Begrunnelsen var blant annet at endringene måtte settes i verk så hurtig at fagbevegelsen og andre interesseorganisasjoner ikke fikk tid til å organisere motstand. "Interesseorganisasjonene skulle tvinges til å skyte på et mål i rask bevegelse, slik at motstanden blir mindre treffsikker", var den rådende tankegang. Nå var det farvel til alle målsettinger om politisk styring og involvering, både i forhold til industristruktur, økonomisk utvikling og velferdsstatsutvikling. Velgerne hadde fått en ny regjering, men mange var overrasket over at man til de grader også fikk en ny politikk.

I perioden 1984-90 ble pengepolitikken lagt om. Sentralbanken ble fristilt fra det politiske systemet og ble pålagt å ha lav inflasjon som eneste styringsmål. Renten ble markedsbestemt og valutakursen gjort flytende. Reguleringer innen nærings- og arbeidsmarkedsområdet ble fjernet til fordel for "fri" konkurranse. Importkvoter og tollsatser ble fjernet eller redusert. Man tok i bruk nye former for ledelse innen offentlig forvaltning, gjorde om offentlig etater til kommersielle selskaper, og begynte å selge ut offentlig eiendom, statlige bedrifter, aksjer, mv. Jordbrukssubsidiene ble redusert fra 3,8% av BNP i 1983 til 0,1% av BNP i 1994.

Sjokkterapien gjorde finansministeren mer og mer upopulær, og etter en konflikt med statsministeren i 1986 ble han avsatt. (Etter et par år forlot han det sosialdemokratiske partiet, og i 1996 startet Roger Douglas et nytt ytre-høyre parti à la Fremskrittspartiet).

I 1990 vant de konservative, Det Nasjonale Partiet, valget. Det betydde enda flere reformer, og nå begynte fasen hvor man gikk mer aggressivt løs på velferdsstaten og arbeidsmarkedet.

I perioden 1990-93 gjennomførte de blant annet:

- en reduksjon i alle trygdeytelser (unntatt pensjonene) med fra 5 til 27 prosent
- innstramminger i alle kriterier for å kunne motta ytelser fra det offentlige
- ytelsene ble i sterkere grad gjort inntektsavhengige
- det ble innført egenandeler innen utdanning, helse, eldreomsorg og sosiale ytelser (som barnepass, med mer)
- ulike modeller for ”fritt valg” innen utdanning og helse ble innført
- liberalisering av boligmarkedet og krav om markedsleie i alle offentlig eide boliger
- alle lovfestede privilegier for fagforeninger ble fjernet
- organisasjonsretten ble innskrenket så sterkt at New Zealand i perioden 1991-99 ikke oppfylte FNs minimumskrav om arbeidstakeres rettigheter

Arbeidsmarkedet

Helt frem til 1968 hadde New Zealand en svært sentralisert lønnsdannelse. Etter at sentrale trepartsforhandlinger var gjennomført og avsluttet, ble resultatene gjort til lov og dermed gjeldende for hele arbeidslivet. Helt fra 1935 hadde det vært lovbestemt organisasjonsplikt, og en rekke jobber var eksplisitt forbeholdt medlemmer av fagforeningene. Bare medlemmer av fagforeninger var beskyttet av lovverket mot usaklige oppsigelser og trakassering på arbeidsplassen.

Etter at dette systemet brøt sammen i 1968, fortsatte systemet med i hovedsak sentral lønnsdannelse og fastlåste relative lønninger gjennom hele 1970- og store deler av 1980-tallet. Selv om det ble gjennomført noen endringer mot slutten av 1980-tallet, var det først etter det konservative partiets valgseier i 1990 at de store endringene kom.

En ny lov fra 1991, The Employment Contracts Act, avskaffet alle privilegier som fagforeningene hadde hatt. Forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker skulle heretter reguleres av individuelle arbeidsavtaler, men en arbeidstaker hadde rett til å la seg representere av en fagforening i forhandlinger om avtalen. Loven bestemte at kollektive avtaler bare kunne opprettes dersom ”begge parter ønsket det”. Det ble også innført forbud mot å streike for å få tariffavtale og forbud mot å gjennomføre sympatistreiker. Lovlige streiker kunne bare gjennomføres i tilknytning til forhandlinger om kollektive avtaler (som det selvsagt ble stadig færre av), og det ble tillatt for arbeidsgiverne å ta inn andre arbeidstakere i de tilfeller streiker oppstod. Det ble lov å sparke arbeidstakere som ikke ville skrive under på en arbeidsavtale, og det ble tillatt å inngå individuelle avtaler med dårligere betingelser enn det som ble avtalt i en eventuell kollektiv avtale.

Utover 1990-tallet brukte arbeidsgiverne den nye loven til å feie fagbevegelsen av banen. Kollektive avtaler ble ikke reforhandlet når de gikk ut, og fagforeningene ble nektet adgang til arbeidsplassene. Ansatte fikk ferdigutfylte utmeldingsskjemaer, og de som ikke skrev under og meldte seg ut av fagforeningene ble truet med oppsigelse. I regjeringens egne departementer ble ansatte lovet et engangsbeløp dersom de meldte seg ut av fagforeningen og underskrev en individuell arbeidskontrakt.

Fra 1989 til 1999 falt medlemstallet i fagbevegelsen fra 650 000 til 300 000. I 1980 hadde organisasjonsprosenten i New Zealand kommet ned i 56 %. Ved inngangen til 1990-tallet lå den på 45 %, mens den i 2000 var 22%. Figuren nedenfor er hentet fra Asp (2001), og viser utviklingen i fagforeningenes medlemstall fra 1989-99.

Den dramatiske svekkelsen av fagbevegelsen førte selvsagt til reallønnsnedgang for store grupper og til mye større forskjeller i lønnsutviklingen mellom ulike grupper. I den danske rapporten (Asp 2001) vises det at reallønna i hele økonomien falt med 1,5% fra 1991 til 1996. Conway (2002) viser til en sektorstudie fra varehandelen som viste at reallønna til de som arbeidet vanlig uke (mandag til fredag) falt med 11% fra 1987 til 1997, mens de som også arbeidet i helgene gikk ned 33% i reallønn i denne perioden. Overalt i arbeidslivet ble det stadig færre som fikk overtidsbetaling og ulike former for ulempetillegg. Utbredelsen av deltidsarbeid og midlertidige kontrakter økte kraftig på 1990-tallet, og rapportene om skader og arbeidsmiljøproblemer økte også sterkt.

I 1999 vant det sosialdemokratiske partiet (nå i allianse med noen flere partier) valget, og loven om arbeidskontrakter ble erstattet av en ny "lov om ansettelsesforhold".

Her slås det fast at arbeidstakerne har rett til å organisere seg, og at fagforeninger som har minst 15 medlemmer skal godkjennes. Fagforeningene er sikret adgang til arbeidsplassene, og de har enerett til å forhandle og opprette kollektive avtaler. Streiker er nå tillatt i forbindelse med forhandlinger om de kollektive avtalene, men det er nødvendig å gi 40 dagers varsel. Et omfattende regelverk om meglingsplikt skal redusere omfanget av streiker ytterligere. Men et stykke på vei er situasjonen i arbeidslivet på et vis igjen normalisert, og New Zealand figurerer ikke lenger på listen over land som bryter elementære menneskerettigheter som organisasjonsrett og retten til kollektive forhandlinger.

Fagbevegelsen problemer med å vinne oppslutning har ikke blitt vesentlig mindre. Fra 2000 til 2003 økte organisasjonsgraden fra 22% til 24%. I en rapport fra 2002, "Unions and Union Membership in New Zealand" (May et al 2002), heter det:

"Mindre enn en fjerdedel av arbeidstakerne i New Zealand arbeider på steder som er omfattet av tariffavtale.

... I den grad det forekommer kollektive forhandlinger, foregår de oftere på bedrifts- enn på bransjenivå. En kritisk faktor for den new

zealandske fagbevegelsens fremtid er signalene om at systemet med kollektive forhandlinger er på vei å kollapse i privat sektor. Kollektive forhandlinger er i økende grad en fenomen i offentlig sektor, og bransjeavtaler er nå langt vanligere i offentlig sektor. En følge av perioden med Loven om arbeidskontrakter er at en hel generasjon av arbeidere under 30 år er uten kjennskap til eller forståelse for fagbevegelsens rolle, og for dem er individuelle ansettelsesforhold og betingelser det normale. På samme måte vil en hel generasjon private bedrifter etablert etter 1991 sannsynligvis forbli uten fagforeninger.

... tallene for det siste året viser at fagforeningene i stor grad er konsentrert i offentlig sektor og i industrien. De to sektorene har om lag en tredjedel av arbeidsstyrken, og kommer ikke til å vokse i årene fremover. De sektorene som øker i betydning er finans, forsikring og foretningmessig tjenesteyting, samt varehandel og hotell- og restaurantbransjen og bygningsindustrien. I disse sektorene er fagbevegelsen nesten ikke tilstede.

... Den slående trenden gjennom de fem siste årene er den offentlige sektorens økende dominans i new zealandsk fagbevegelse. Kollektive forhandlinger er fem ganger så vanlig i offentlig som i privat sektor, og nå befinner 53% av alle fagorganiserte seg i offentlig sektor”.

Den kraftige svekkelsen av new zealandsk fagbevegelse må sannsynligvis både ses i lys av presset fra det nyliberalistiske eksperimentet og av sin egen, noe spesielle historie.

En fagbevegelse som i generasjoner bygges på organisasjonsplikt og lovfesting av sentralt forhandlede avtaler, vil med stor sannsynlighet måtte utvikle seg til et skjørt ”korthus”. Hadde ikke nyliberalismen feid den av banen, gir de studier og analyser som her er presentert grunn til å frykte at den heller før enn senere likevel ville ”råtne på rot”. For å kunne gjenreise fagbevegelsen må selvsagt de samfunnsmessige rammebetingelsene være akseptable, blant annet med et lovverk og forhandlingssystemer som er i samsvar med ILOs konvensjoner om faglige rettigheter, mv. Men i tillegg må organisasjonene utvikles på grunnlag av frivillighet, skoloring, medlemsengasjement og demokratiske prosesser i fagbevegelsen.

Økte forskjeller og økt fattigdom

I ulike rapporter fra New Zealand gis det utførlige beskrivelser av de sosiale konsekvensene av tilbakeslag i økonomien, økning i inntektsforskjeller og en akselererende utvikling av fattigdom. I Asps rapport refereres et innlegg fra en new zealandsk lege:

”Jeg startet mitt kliniske arbeid innen pediatri midt på 1970-tallet. På det tidspunktet var mange av disse sykdommene årsak til innleggelse på sykehusene. Noen av sykdommene, som hukommelsessvikt som følge av jernmangel (som medfører adferdsproblemer og hemmer innlæringen) og Gastroenteritis ble det færre tilfeller av i løpet av 1970-tallet og starten på 1980-tallet

etter hvert som inntektene til disse familiene ble mer stabil og forskjellige helsetiltak nådde ut til stadig flere barn. Men alle små gevinster har gått tapt, og nå er hukommelsestap pga jernmangel og revmatisk feber like vanlig som tidligere. Andre sykdommer, som for eksempel meningitis er blitt hyppigere og mer alvorlige. For disse infeksjonssykdommene er ratene i New Zealand langt over et hvert annet OECD-land, og nivåene er sammenlignbare med land som Sri Lanka” (Asher 1999).

I Conways rapport refereres en artikkel i en canadisk avis (Dobbin, Financial Post, 15.08.00) hvor helse- og samfunnsutviklingen beskrives slik:

”Lidelsene som er påført new zealenderne er velkjente; den høyeste selvmordsraten i hele den industrialiserte verden blant ungdom, en ny, rask fremvekst av steder for matutdeling, sterk økning i vold og annen kriminalitet, konkurser for halvparten av landets bondegårder, økonomisk vanskeligheter og helseproblemer for hundretusener, utdannings- og sosialtilbudene raseres av den vanvittige markedseksperimenteringen”.

3.4. Markedseksperimenter i helsevesenet

Vi skal nå se nærmere på det som skjedde innen helsevesenet på New Zealand. Fremstillingen bygger i stor grad på en landrapport fra ”The European Observatory on Health Care Systems” fra 2001 (Health Care Systems in Transition, New Zealand 2001, av Sian French, Andrew Old og Judith Healy). Rapporten inngår i en serie ”HiT-rapporter” (Health systems In Transition) som gjennomgår helsesystemet i ulike land³.

I tillegg har vi hentet informasjon om virkningene av reformene fra et foredrag som Laila Harrè i det new zealandseke sykepleierforbundet holdt på en konferanse i Oslo høsten 2003. Der hvor det refereres til opplysninger fra hennes manuskript er det i teksten løpende henvist til (Harrè).

Markedseksperimenteringen i det new zealandske helsevesenet på 1990-tallet er historien om overmodige liberalister som gikk høyt på banen, men som til slutt ble tvunget i kne. I det følgende skal vi gi en kronologisk oversikt over de viktigste reformene som ble satt ut i livet, og som etter en tid måtte reverseres som følge av manglende resultater, økende forskjeller og stor folkelig motstand.

Først skal vi se på noen overordnede trekk ved New Zealands helsevesen, hentet fra WHO’s ”Core Health Indicators”. Der foreligger det

³ Følgende er sitat fra forordet i rapporten:

”The Health Care Systems in Transition (HiT) profiles are country-based reports that provide an analytical description of each health care system and of reform initiatives in progress or under development. The HiTs are a key element that underpins the work of the European Observatory on Health Care Systems.

The Observatory is a unique undertaking that brings together WHO Regional Office for Europe, the Governments of Greece, Norway and Spain, the European Investment Bank, the Open Society Institute, the World Bank, the London School of Economics and Political Science, and the London School of Hygiene & Tropical Medicine. This partnership supports and promotes evidence-based health policy-making through comprehensive and rigorous analysis of the dynamics of health care systems in Europe.

sammenlignbare tall for årene 2000 og 2005. I tillegg til at de sier noe om størrelse, struktur og prioritering av helsesektoren i landene, sier disse indikatorene også noe om utviklingen på 2000-tallet.

For New Zealands del vil vi kunne se indikasjoner på om utviklingen har tatt en annen retning etter at de mest ytterliggående markedsreformene ble reversert i 2000.

Totalt brukte New Zealand 8,9 % av sitt BNP på helseformål i 2005, mot 8,1% i 2000 (tilsvarende tall for Norge var 9,0% av BNP i 2005, mot 8,4% i 2000). Det tyder på at situasjonen etter det turbulente 90-tallet tvang frem en opprioritering av helsevesenet. Det underbygges også av at det har skjedd en viss opptrapping av de offentlige utgiftene til helse. De utgjorde 18,0 av de totale offentlige utgiftene i 2005, mot 16,2% i 2000.

Men tallene forteller at private har finansiert en større andel av den opptrappingen som har skjedd etter 2000. Den offentlige andelen av landets totale helseutgifter gikk nemlig ned til 77,4 % i 2005, mot 79,1 % i 2000.

Av de 22-23 prosent av helseutgiftene som dekkes av private kommer det alt vesentlige (ca 16% av totalen) fra egenandeler direkte fra pasienter og brukere, mens ca 6 % kommer fra private forsikringsordninger.

Mens andelen fra egenandeler økte i perioden fra 2000 til 2005 (fra 14% til 16%), gikk andelen dekket av private forsikringer ned over disse årene. (For Norges del utgjør den offentlig andelen av de totale helseutgiftene ca 84%, og nesten all privat finansiering kommer fra egenandeler).

I WHO-statistikken finner vi bare tall for sysselsetting innen New Zealands helsevesen for ett år på 2000-tallet. De viser at det totalt var 96 268 ansatte, med blant annet ca 34 500 sykepleiere og ca 8 200 leger (oppgitt litt ulikt for årene 2000, 2001 og 2003).

1980-årene

På 1980-tallet gjennomgikk det new zealandske helsevesenet en desentralisering på viktige områder. I 1984 opprettet Labour-regjeringen det første regionale helsestyret og ved slutten av tiåret var landet delt inn i 14 helsedistrikter (Area Health Boards). Distriktene hadde et befolkningsunderlag som varierte fra 35 000 til 900 000 innbyggere, og hvert av dem var organisert rundt (minst) et stort sykehus.

Styrene i hvert distrikt fikk ansvar for spesialisthelsetjenesten for innbyggerne "sine" (sykehus mv.) og for folkehelsestjenester, mens det sentrale Helsedepartementet fortsatte som ansvarlig for primærhelsetjenesten og landsdekkende spesialistfunksjoner.

Distriktsstyrene fikk ansvar for å "bestille" tjenester og finansiere sine sykehus og øvrige tjenester med penger som kom fra regjeringen sentralt. Bevilgningene til hvert styre var delvis basert på historiske tall og delvis en fordelingsnøkkel bygd på distriktets andel av den totale befolkningen. På slutten av 1980-tallet ble om lag to tredeler av de totale helsebevilgningene på New Zealand kanalisert via de 14 distriktsstyrene. Helsedepartementet inngikk

årlige avtaler med styrene om innretning på tjenestene, prioriteringer, målsettinger, osv.

1990-årene

Etter at det høyreorienterte Det Nasjonale Partiet vant valget i 1990 ble det fart i arbeidet med å innføre markedsreformer i helsesektoren. Oppmerksomheten ble særlig rettet mot sykehussektoren, og NPM-tenkningen dominerte totalt. Til tross for at regjeringen oppsummerte at desentraliseringen på 1980-tallet hadde ført til noen forbedringer (bedre ledelse, bedre oppfølging av kontrakter, økt teknisk effektivitet, bedre kontakt med lokalbefolkningen, m.v.), var problemene i sektoren fortsatt store. Ventelistene økte og underskuddene ble større. Distriktsstyrene ble anklaget for å tenke mer på egne sykehus enn på å skaffe befolkningen rask (og billigere) tilgang til tjenestene. Man henviste pasienter til egne sykehus fremfor til billigere behandling hos andre, man unnlot å selge eller leie ut ledige lokaler, legene ble ikke oppmuntret til å velge billigste behandlingstilbud, osv.

1993

Svaret ble en svært ytterliggående NPM- reform, gjennomført fra 1993. Riktignok skulle staten fortsette som eier av de offentlige sykehusene, men hvert av de 23 sykehusene ble nå gjort om til statlig aksjeselskap (Crown Health Enterprise, CHE).

Det ble innført en bestiller- / utfører-modell, hvor de 14 distriktsstyrene ble erstattet av fire regionale helseforetak (Regional Health Authorities). Disse fire foretakene fikk bestilleransvaret for både primær- og spesialist-helsetjenestene i sine områder (North, Central, Midland og South).

RHA-ene fikk en rammebevilgning fra Helsedepartementet, og innenfor denne skulle de kjøpe alle helsetjenester til befolkningen i sitt område. Finansiering og bestilling av folkehelseiltak ble skilt ut til et eget, sentralt foretak. Det var pålegg om at (en økende) andel av kontraktene skulle inngås med private leverandører, og det var et uttalt mål at offentlig og private sykehus skulle konkurrere om oppdragene. Stadig større ressurser gikk med til å forhandle og følge opp kontrakter med leverandørene.

Som leverandører ble sykehusene (aksjeselskapene) på sin side pålagt å gå med overskudd og betale avkastning på investert kapital til staten. Det ble hentet inn direktører fra næringslivet, som raskt begynte å lete etter muligheter til å øke inntektene og kutte kostnadene. Det ble økning i egenandelene for alle som oppsøkte primærleger, og det ble innført nye egenandeler for de som ble lagt inn på sykehus. De som ikke klarte å betale kunne (etter en ydmykende prosedyre) få utstedt et eget "fattigkort". Dette førte til voldsomme protester fra befolkningen, og etter bare et år måtte betaling for å ligge på sykehus fjernes (Harrè).

Tomter og bygninger ble i økende grad solgt. Lønns- og arbeidsvilkårene til de ansatte ble utsatt for stadige angrep. Også innenfor helsesektoren ble sentrale forhandlinger og landsdekkende tariffavtaler erstattet av lokale, individualiserte avtaler. Pleiebemanningen ble redusert (antall sykepleiere i sykehusene gikk ned med 12,4 % fra 1990 til 1994), samtidig som antall pasienter gikk opp (Harrè).

På den andre siden ble den administrative bemanningen i sykehusene fordoblet fra 1993 til 1998. Ved et av de store offentlige sykehusene var det en regnskapsansvarlig før reformen, men det mot slutten av 1990-tallet hadde 70 ansatte i økonomi- og regnskapsavdelingen (Harrè).

Outsourcing av tjenester skjød fart, både når det gjaldt renhold, vaskeri, kantine, og lignende, men også for røntgen- og laboratorietjenester. Ennå i dag utføres mesteparten av disse tjenestene av private leverandører.

I ettertid oppsummerer man at reformene skapte en masse nye problemer, mens de nesten ikke løste noen av ”de gamle”. Ventelistene fortsatte å vokse, underskuddene ble større og ikke mindre (tre av de fire RHA-ene opparbeidet seg store underskudd), og Helsetilsynet advarte mot at fokuseringen på økonomi gikk på pasientenes sikkerhet løs.

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

1996

Etter hvert var problemene blitt så store, og det politiske presset så omfattende, at man ble tvunget til å reversere deler av markedsmodellen. Nasjonalistpartiet måtte etter valget i 1996 lage koalisjonsregjering sammen med partiet New Zealand First, og den nye regjeringen valgte å slå kontra på noen områder. På det retoriske planet het det nå at ”samarbeid skulle erstatte konkurranse” og at helsesektoren heretter skulle bygge på ”prinsippet om offentlige tjenester og ikke på kommersielle profittmål”.

- De fire RHA-ene ble nedlagt i 1997 og erstattet av en sentral ”bestillerenhet” (The Health Funding Authority), som nå fikk ansvar for å inngå kontrakter med alle leverandører. Prinsippet om en bestiller- / utfører-modell ble altså ikke forlatt. Den sentrale bestilleren inngikk avtaler med alle typer leverandører – av både helsetjenester og støttetjenester.

- På leverandørsiden ble ordningen med statlige aksjeselskaper, som skulle drive for profitt, avviklet. De 23 sykehusene ble gjort om til Hospital and Health Services (HHS), og fikk status som uavhengige foretak. I tillegg ble det opprettet et eget foretak for å ta seg av blodbankfunksjoner. De 24 foretakene forhandlet fortsatt om kontrakter med den sentrale bestilleren, og driften skjedde på basis av privat sektors lover og (regnskaps-)regler.
- Den sentrale bestillerenheten inngikk også leverandøravtaler med primærlegeforetak (community trusts), aktører fra frivillig sektor og private ”for profitt”-leverandører.
- Ideene om et todelt sykehusvesen (hvor det offentlige bare skulle konsentrere seg om basistjenester, mens private sykehus skulle tilby ekstraytelser) ble også lagt bort.

I HiT-rapporten oppsummeres årene etter 1996 slik:

”Den restruktureringen som hadde foregått i regi av CHE-ene i årene etter 1993 fortsatte også i årene etter, selv om sykehusene nå var blitt Hospital and Health Services. For eksempel solgte foretaket Health Care Otago sine sykehjem og et mindre lokalsykehus, og de la ned sine psykiatritilbud, for å redusere underskuddene ved å konsentrere seg om ”kjerneoppgavene”, som nå ble definert som drift av akuttsykehus” (s. 30).

Heller ikke den halvveise retretten i 1996 førte til vesentlige forbedringer av tilstanden i det new zealandske helsevesenet. Problemene med lange ventelister fortsatte, tilliten i befolkningen var på et lavmål, og økonomien i foretakene ble ikke bedre.

1999

Ved valget i 1999 gikk Labour til valg på at de ville avvikle markedsorienteringen av helsesektoren. Sammen med partiet Alliance fikk de flertall, og den nye regjeringen fulgte opp med et vedtak om at bestiller- / utfører-modellen skulle avvikles fra 2000. Den sentrale bestillerenheten (HFA) ble avviklet, og de 24 sykehusforetakene (HHSene) ble erstattet av 21 regionale helsestyre (District Health Boards, DHBs). Dermed ble også foretaksmodellen forlatt.

Man gikk tilbake til en modell hvor regionale helsestyre får en årlig bevilgning fra Helsedepartementet til å dekke kostnadene til alle helsetjenester for befolkningen i deres område. Men fortsatt inngår DHB-ene kontrakter med et vidt spekter av leverandører. Det finnes fortsatt private sykehus som har avtaler med DHB-ene, og det meste av støttetjenester og røntgen-/laboratorietjenester kommer fra privat sektor. Forskjellen er først og fremst at

helsestyrene nå finansierer "sine egne" sykehus direkte, og at det ikke er konkurranse mellom sykehusene om å få "oppdrag".

3.5. Privatisering av omsorgen

Som en del av den bevisste prioriteringen av privat sektor i løpet av 1990-tallet skjedde det sterk nedbygging av antall offentlige sykehus og institusjoner. I det new zealandske systemet kategoriseres alle institusjoner (sykehus, sykehjem, pleiehjem, psykiatriske institusjoner, mv.) som andrelinjetjeneste. I statistikken inngår alle institusjoner som "hospitals" (sykehus).

På 1990-tallet skjedde det en omfattende privatisering, spesielt av mindre institusjoner for pleie av eldre og funksjonshemmede, og av lokalsykehus uten akuttfunksjoner. Det førte til store forskyvninger i statistikken over offentlige og private "sykehus" (hospitals) og sykehussenger.

I HiT-rapporten gjengis følgende oversikt (fra Tabell 10, s. 83):

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2001
Totalt private sykehus	200	205	207	249	263	285	360
Total offentlige sykehus	109	131	138	119	116	109	84
Total priv. sykehussenger	7 149	7 881	7 218	7 218	8 658	9 156	11 377
Total off. sykehussenger	15 897	16 295	15 555	15 270	14 930	14 298	12 364

I rapporten heter det:

"New Zealand hadde 444 sykehus med 23 741 senger i 2001 (New Zealand Health Information Service 2001). De 84 offentlige sykehusene hadde 12 364 senger, eller 52% av det totale antallet (Tabell 10). Dette inkluderer de fem store spesialsykehusene i de store byene. Det er mange og små sykehus: 360 sykehus står for 11 377 senger (48% av alle senger). Disse sykehusene konsentrerer seg i hovedsak om planlagt kirurgi og langtidsopphold for eldre, og tilbyr ikke høyspesialisert behandling. Mellom 1988/1989 og 2001, økte antall senger i de private sykehusene med 45 %, mens tallet på senger i de offentlige sykehusene gikk ned med en tilsvarende andel (Ministry of Health 1999). Antallet private sykehus økte fra 200 til 360 mellom 1993 and 2001 (New Zealand Health Information Service 2001). Veksten i private sykehus kom i hovedsak som et resultat av at eldreomsorgen ble flyttet fra offentlige institusjoner til private sykehus og sykehjem. New Zealand har redusert sengedekningen over de siste tiårene" (s. 81).

2009

Denne strukturen, med ansvaret for de fleste helsetjenestene desentralisert til de 21 DHB-ene, er fortsatt intakt. For å bedre kontakten mellom befolkningen og helsevesenet har man også i den new zealandske modellen lagt vekt på at et flertall av medlemmene i distriktshelsestyrene (DHB-ene) skal velges direkte.

Helsedepartementet leder via sine bevilgninger og gjennom generelle planer og målsettinger for helsestyrene virksomhet. I en presentasjon av dagens new zealandske system (fra Euro Observer, Volume 9, Number 1, 2008) heter det:

”Etter at sentrale helseplaner hadde blitt fjernet på 1990-tallet, ble de gjeninnført i 2000. Ansvaret for ledelse og styring av helsetjenester er nå delt mellom Helsedepartementet og de 21 lokale distriktshelsestyrene. I 2000 fikk regjeringen utarbeidet en nasjonal helseplan (New Zealand Health Strategy), hvor de lanserte mål og visjoner for de neste 5-10 årenes utvikling av helsesektoren, og hvor man definerte DHB-enes rolle.

... Innenfor det juridiske rammeverket for DHB-ene definerer man deres oppgaver og forpliktelser, som blant annet er å utarbeide femårige strategiplaner, årlige handlingsplaner, og månedlig og kvartalsvis rapportering av hvordan man ligger an i forhold til målene i handlingsplanen.

... De årlige handlingsplanene danner basis for økonomiavtaler og bevilgninger mellom regjeringen og DHB-ene. Her defineres retning og prioriteringer innenfor alle helsetjenester i helsestyrets region, og her skal variasjoner i lokale behov avspeiles.

... DHB-er forhandler årlige avtaler med private primærhelseorganisasjoner (Primary Health Organisations, PHOs) og kontrakter med private sykehus og andre leverandører. For de offentlige sykehusene, som er en del av DHB-enes organisasjon (som deres leverandøravdeling), forhandler DHB-ene interne leveringsavtaler (service level agreements) og kontrakter med offentlige sykehus innenfor andre regioner. Kontrakter og leveringsavtaler definerer type og volum på de tjenester som skal leveres (...), økonomiske vilkår, og i noen tilfeller, kvalitetsindikatorer...

Selv om regjeringen ikke er direkte involvert, kan de påvirke kontraktsutformingen gjennom særskilte økonomiske incentiver som skal bedre resultatene innenfor prioriterte områder. DHB-ene er forpliktet til å rapportere til departementet for å dokumentere at tilbydere fra offentlig og privat sektor behandles likt.

... Regler for større investeringer er fastsatt i et særskilt regelverk (Guidelines for Capital Investment, 2003). Regjeringen har en nasjonal investeringsplan (National Capital Plan) for den offentlige delen av helsesektoren, hvor de store investeringene (i nye sykehus

og større utbygginger) i den kommende tiårsperioden er definert og prioritert.

... Investeringer fra DHB-ene krever godkjenning fra Helsedepartementet dersom de har en ramme utover 10 millioner NZ dollar eller 20 prosent av DHB-ets samlede eiendeler...

3.6. Finansieringssystemet i new zelandisk helsevesen

Den new zealandske primærhelsetjenesten finansieres langt på vei som det norske. Primærlegene får et tilskudd pr konsultasjon, og de tar inn egenandeler fra pasientene. 15 % av legene får et fast tilskudd fra myndighetene for å "ta seg av" befolkningen i områder dominert av (lavinntekts-) maorier og andre lavinntektsgrupper.

Personer med lav inntekt kan få et såkalt "Community Service Card" ("Fattigkort") fra myndighetene, men modellen har ført til at bruken av primærhelsetjenester er langt lavere blant personer med lav inntekt i New Zealand enn i sammenlignbare land. Fra myndighetenes side har det vært et mål etter 2000 å gjøre tilgangen til primærhelsetjenesten billigere for brukerne.

På 90-tallet ble spesialisthelsetjenesten finansiert via kontrakter i bestiller-/utfører-modellen. Fra 2000 gikk man over til å bevilge en sum penger til DHB-ene, som i sin tur betaler for drift av egne sykehus og kjøp av tjenester hos andre leverandører.

Sykehusene får nå tilført penger basert på en kombinasjon av historikk og kompensasjon for særskilte utfordringer (grunnbevilgninger), og produksjon av DRG-poeng.

Utviklingen etter 2000 har gått i retning stadig mer bruk av det som kalles "aktivitetsbasert kostnadsdekning" (Activity Based Costing, ABC), og som i realiteten er et utvidet DRG-system (hvor alle kostnader, inkl. kapitalkostnader, innarbeides i vektene for hver enkelt behandling). I 2008 lanserte Helsedepartementet en modell for "gjestepasientoppgjør" (Inter district flows, IDF), som er en videreutvikling av de standardene for kostnadsdekning. Disse ble tatt i bruk av DHB-ene i 2005 (DHB Costing Standards), og omtales slik i et dokument fra Helsedepartementet:

"Aktivitetsbasert kostnadsdekning (ABC) er basert på at alle kostnader skal dekkes, og er særlig egnet til å fange opp kostnader til overhead, enten det er faste eller variable kostnader, direkte eller indirekte. ABC innfører teknikker for å fordele kostnader på varer og tjenester som er tettest mulig knyttet til de aktiviteter og ressurser som har gått med til å produsere disse varene og tjenestene.

... Denne tilnærmingen er den beste for virksomheter som opererer på et forutsigbart grunnlag i forholdsvise stabile omgivelser" (fra DHB Costing Standards, Version 9.1, July 2008, arbeidsgruppe under Helsedep.).

3.7. New Zealand - Oppsummering

Her følger en punktvis oppsummering av ”det new zealandske eksperimentet” innen den helsesektoren på 1990-tallet:

- New Zealand gikk lengre enn noen andre med å introdusere markeds mekanismer i helsesektoren
- Fra 1993 ble det innført en bestiller-/utfører-modell, hvor fire regionale enheter (RHA-er) fikk ansvar for å kjøpe alle typer helsetjenester fra offentlige og private leverandører
- I løpet av 1990-tallet ble det en kraftig vekst i antall private sykehus og sykehussenger (+ 45%). Outsourcing og bruk av private leverandører til støttetjenester og enkelte kliniske tjenester økte kraftig
- De offentlige sykehusene ble gjort om til profittmaksimerende aksjeselskaper, som skulle gå med overskudd og betale avkastning til staten
- Administrasjon og styrever ble fylt opp med direktører fra det private næringslivet, men resultatene uteble både når det gjaldt tilgang og kvalitet på tjenestene og økonomiske resultater
- De ansatte i helsesektoren opplevde angrep på bemanningsnormer og lønns- og arbeidsvilkår. Motstanden mot markedsorienteringen økte både blant ansatte og i befolkningen
- Politikerne ble tvunget til en første retrett etter valget i 1996. Sykehusene ble omgjort fra aksjeselskaper til foretak, og kravene om overskudd ble gitt opp. Men modellen ble i all hovedsak videreført og problemene fortsatte
- I 1999 gikk Labour til valg på at de skulle avslutte markeds eksperimentene i helsesektoren. De fikk flertall sammen med et annet parti, og fra 2000 ble bestiller-/utfører-modellen og foretaksmodellen avskaffet
- Fra 2000 ble ansvaret for helsetjenestene overført til 21 (delvis) folkevalgte distriktsstyrever (District Health Boards, DHBs). DHB-ene har både ansvar for å drive de offentlige sykehusene og for å inngå kontrakter med private sykehus og andre leverandører av helsetjenester og støttetjenester
- De offentlige sykehusene finansieres med utgangspunkt i en blanding av grunnbevilgninger og stykkpris (DRG-poeng). De siste årene har det skjedd en gradvis overgang til et mer raffinert ”aktivitetsbasert kostnadsdeknings”-system.

New Zealand var det OECD-landet som på 1990-tallet gikk lengst i å prøve ut markedskrefter innen helsesektoren. Blandingen av manglende og uakseptable resultater (fortsatt lange ventelister, synkende kvalitet og store underskudd i kombinasjon med økende forskjeller i tilgjengelighet) tvang frem en reversering av politikken.

Det er likevel stor forskjell på den modellen New Zealand har vendt tilbake til og den rendyrkingen av et offentlig helsevesen som vi har sett i Skottland de siste årene. Til tross for omleggingen av politikken ligner den new zealandske modellen nå på mange måter dagens norske situasjon. Den viktigste forskjellen er at New Zealand har forlatt foretaksmodellen.

4. Litteraturliste

- Agenda Muusmann *Foretaksmodellens funksjonalitet*, 2005
- Asp, Jens *Det New Zealandske eksperiment. Konsekvenser og erfaringer av reformerne i New Zealand*
Aarbeiderbeveægelsens Erhvervsråd i Danmark
2001
- Conway, Peter *Deregulation in New Zealand, Background Paper*
New Zealand Council of Trade Unions, 2002
- De Facto *Når sykehus blir butikk*, 2003
De Facto *UHO og moderniseringen*, 2005
De Facto *Berget som fødte ei mus – om regionreformen*, 2008
- Ettelt, Nolte et.al. *Capacity Planning in New Zealand*
Euro Observer, 2006
- Forskningsrådet *Resultatevaluering av sykehusreformen*, 2007
- French, Old og Healy *Health Care Systems in Transition – New Zealand*
The European Observatory of Health Care
Systems, 2001
- Harrè, Laila *Has the sun set on New Zealand health reforms?*
Tale i Oslo, 2003
- NHS Scotland *Annual Report 2007/08*
The Arbuthnott Formula – A short History, 2006
- Pollock, Allyson M *NHS Plc – The Privatisation of Our Health Care*
Versobooks, London, 2004
- Pollock, Allyson M *The New NHS – A Guide*
Routledge, London, 2006
- Pollock, Allyson M *NHS; The Cost of Privatisation*, Guardian, 2006
- Price, David *Future of Scotlands Health Services*, mars 2007
- Price, Pollock, et.al. *Response to the Scottish Government's
consultation on the European Commission's
proposals on the application of patients rights in
cross-border healthcare*, 2008