
Thatchers helsereform – hvordan gikk det?

KRONIKK

FREDRIK CARLSEN

Email: fredrik.carlsen@svt.ntnu.no.

Institutt for sosialøkonomi

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

7491 Trondheim

De siste årene har brakt reformer som innebærer at markedsmekanismer får større betydning for sykehusene. I artikkelen gjennomgås erfaringene med Thatchers helsereform for å kaste lys over hvilke problemstillinger som kan bli aktuelle.

Reformen har bare i begrenset grad endret sykehusenes rammebetingelser. Den synes ikke å ha medført sterk konkurranse mellom sykehus.

De norske reformene vil sannsynligvis ikke ha dramatiske konsekvenser for sykehusenes rammebetingelser.

I Norge har vi de siste årene fått reformer som kan medføre at markedet får større betydning for sykehussektoren. Vi har fått fritt sykehusvalg og statlig stykkprisfinansiering, og regjeringen har nylig foreslått at fylkeskommunene kan omgjøre sykehus til selvstendige sykehusselskaper (1). Regjeringens forslag er en oppfølging av Sørensen-utvalgets innstilling om fristilling av sykehus (2). Utviklingen kan gi større konkurranse mellom sykehus ved at sykehusene både får incentiver og anledning til å respondere på variasjoner i pasientenes etterspørsel.

Ved inngangen til 1990-årene introduserte daværende statsminister Margaret Thatcher en omfattende helsereform i Storbritannia. Den britiske reformen har spesiell interesse fordi den representerte et radikalt forsøk på å introdusere markedsmekanismer i et offentlig helsevesen av nordisk type. De britiske erfaringene kan gi verdifull informasjon om hvilke problemstillinger som vil melde seg hos oss.

Det britiske helsevesenet

Det britiske helsevesenet har mange likhetstrekk med vårt. Begge er overveiende skattefinansiert, tilførsel av ressurser er underlagt politisk styring, og omfanget av private tilbud er begrenset. Det britiske helsevesenet er statlig og organisert gjennom National Health Service (NHS). Organisasjonens budsjett vedtas av parlamentet og fordeles til om lag 100 lokale helsemyndigheter (health authorities) basert på objektive kriterier.

Situasjonen før britenes reform hadde mange likhetstrekk med situasjonen i Norge i midten av 1990-årene, dvs. før de siste års reformer. Som i Norge var det utbredt misnøye med lange og økende ventelister, og regjeringen var under press for å tilføre mer ressurser. Mediene brakte regelmessig oppslag om nedlegging av tilbud, pasienter som ikke fikk behandling osv. I tillegg var det en utbredt oppfatning at helsevesenet ikke var tilstrekkelig innrettet mot brukernes behov.

I 1980-årene publiserte flere forskere analyser der hovedpoenget var at aktørene i helsevesenet stod overfor uheldige incentiver (3 – 5). Det ble pekt på at verken sykehus eller lokale helsemyndigheter ble tilstrekkelig belønnet for å gjøre en god jobb, og at ingen aktører hadde virkemidler eller incentiver til å koordinere ressursbruken på tvers av behandlingsnivåer. Det ble også hevdet at tette bånd mellom helsevesenet og det politiske systemet medførte omfattende detaljstyring og oppmuntret til taktiske manøvrer. En rekke forskere anbefalte tilbudssidere reformer innenfor et fortsatt universelt og skattefinansiert helsevesen.

Reformen

Regjeringens forslag ble presentert i Working for patients (6), som ble vedtatt i 1990 og trådte i kraft året etter. Reformen tok sikte på å opprette et marked for helsetjenester ved å innføre et skille mellom bestillere og produsenter. Helsevesenet skulle fremdeles være overveiende skattefinansiert. Sykehus skulle forbli i National Health Service, men kunne oppnå økt autonomi gjennom en ny organisasjonsform, NHS-trust. En NHS-trust er ikke et selvstendig rettsobjekt, den er underlagt helsedepartementet. De lokale helsemyndighetene har ikke instruksjonsmyndighet overfor en NHS-trust, og må inngå kontrakter om levering av tjenester mot betaling. Kontraktene er regulert i særlov, det er ikke ordinære legale kontrakter. Ved tolkingsuenighet trer en meklingsprosedyre i kraft. Selv om valg av organisasjonsform var frivillig, er etter hvert alle offentlige sykehus blitt NHS-truster.

Den nye organisasjonsformen har størst betydning for sykehusenes autonomi i lønns- og personalspørsmål. Innenfor rammen av nasjonal lovgivning kan sykehusene i utgangspunktet bestemme lønns- og ansettelsesvilkår, men det lokale handlingsrom har i noen grad vært begrenset av sentrale retningslinjer om lønnsvekst.

Sykehus har mindre frihet i budsjettspørsmål. For å hindre misbruk av markedsmakt og for å unngå underskudd ble sykehus pålagt å prise tjenester til gjennomsnittlig driftskostnad pluss et påslag for kapitalkostnader.

Krysssubsidiering av tjenester ble ikke tillatt. Sykehus kan lånefinansiere investeringer, men har vært nødt til å tilpasse de samlede utgifter til en sentralt fastsatt ramme. I praksis har derfor sykehus fått sine investeringer bestemt som før, etter en individuell vurdering basert på søknad. Regjeringen var i tvil om bestillerfunksjonen burde legges til de gamle helsemyndighetene eller overføres til primærhelsetjenesten. Resultatet ble et kompromiss.

Helsemyndighetene fikk hovedansvaret for å inngå kontrakter med sykehusene. Samtidig kunne sammenslutninger av allmennleger, såkalte budsjettleger (GP fundholders), få overført en del av helsemyndighetenes budsjett mot å finansiere enkelte typer sykehusbehandling for sine pasienter. Regjeringens håp var at innføring av et marked for helsetjenester ville gi økt kostnadseffektivitet, kortere ventetider, bedre behandlingskvalitet og økt søkelys på pasientenes behov – ved at sykehus som gjorde en dårlig jobb, ikke ville få fornyet sine kontrakter. I tillegg skulle budsjettlegereformen gi allmennleger incentiver til å se ressursfordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i sammenheng og påse at deres pasienter fikk rask og forsvarlig sykehusbehandling.

Dessverre ble ikke reformen ledsaget av systematisk evaluering fra uavhengige fagmiljøer. Det ble heller ikke foretatt innsamling av sammenliknbar før-og-etter-informasjon, som ville gjort det mulig å trekke sikre konklusjoner om reformens effekter på produktivitet, kvalitet, prioritering osv. Videre vanskeliggjøres evaluering av at myndighetene har satt i verk en rekke andre tiltak som har betydning for helsevesenet. Allikevel er det etter hvert kommet en rekke arbeider som beskriver utviklingen i det britiske helsevesenet i årene etter reformen ble innført. Oversikter er gitt av Klein (7), LeGrand, Mays & Mulligan (8), Propper & Søderstrøm (9) og LeGrand (10). Erfaringene fra de første årene er oppsummert i Robinson & LeGrand (11) og Smee (12).

Kontinuitet

Hovedinntrykket er at reformen synes å ha hatt begrenset effekt – virkningene har vært svakere enn optimistene håpet og pessimistene fryktet. Sett fra brukernes synsvinkel har utviklingen i 1990-årene vært preget av kontinuitet snarere enn av omveltninger.

De lokale helsemyndighetene har generelt ikke brukt bestillerfunksjonen til å tvinge frem betydelige endringer i produksjonsmønsteret. Stort sett er aktivitetsnivået ved sykehusene videreført, og det store flertall av helsemyndigheter har brukt kontrakter som ligger nær opp til ordinære rammebudsjetter.

Mangel på alternativer kan ikke forklare hvorfor helsemyndighetene har valgt å holde fast ved det gamle produksjonsmønsteret. Ifølge Propper (13) har 92 % av sykehusene en eller flere konkurrenter innen 30 minutters reisetid; en konkurrent er definert som en annen produsent som dekker minst 'n av fire

hovedspesialiteter. I gjennomsnitt har sykehus en markedsandel på noe over 30 % (avhengig av spesialitet) innenfor et område med radius tilsvarende 30 minutters reisetid.

I litteraturen fremheves fire grunner til at helsemyndighetene har opptrådt forholdsvis passivt i bestillerrollen. For det første har reformen gitt høyere administrasjonskostnader. Innføring av kontrakter var ikke frivillig – lokale helsemyndigheter ble pålagt å inngå ettårige kontrakter med sykehus og andre produsenter. Mer aggressiv konkurranse mellom produsentene ville ha krevd mer kompliserte kontrakter og dermed enda høyere administrasjonskostnader.

For det andre har reguleringsregimet gjort sykehusene sårbare for kortsiktige inntektsendringer. Låneregulering og krav ombreak-even-prising innebærer at sykehus ikke kan bygge opp finansielle reserver eller bruke låneopptak til å jevne ut inntektsvariasjoner. Kapital- og lønnskostnader utgjør det vesentligste av sykehusenes kostnader, og disse kan ikke endres særlig i løpet av kontraktsperioden på ett år. Siden kostnadene ligger fast og sykehus ikke kan bruke reserver eller lån til å motvirke inntektsbortfall, vil en beslutning om å frata sykehus kontrakter kunne ha drastiske konsekvenser for aktivitetsnivået. De lokale helsemyndighetene har ønsket å unngå dette, blant annet fordi sykehusenes akuttfunksjon ville blitt skadelidende.

For det tredje er helsemyndighetenes handlingsrom blitt innsnevret. I likhet med sykehus får ikke lokale helsemyndigheter beholde overskudd og kan ikke bygge opp finansielle reserver. Dessuten innledet reformen en periode med økt sentralstyring: Bare i 1995 mottok hver av de lokale helsemyndighetene i gjennomsnitt nærmere 350 (!) brev og rundskriv om ventelister, kostnadsreduksjoner, klageprosedyrer o.l. fra departementet og NHS sentralt. Graden av sentralstyring har vært særlig markert når det gjelder ventelistene – departementet har lagt sterkt press på lokale helsemyndigheter for å hindre en økning i antall pasienter på venteliste og spesielt antall pasienter som venter lenge. I tillegg kommer at sentrale myndigheter ved flere anledninger har pålagt helsemyndighetene å intervenere når behandlingstilbud eller sykehus har stått i fare for å bli nedlagt.

Kombinasjonen av hyppige statlige intervensjoner og stram økonomiregulering har redusert helsemyndighetenes vilje og evne til å bære den økonomiske og politiske risikoen som betydelige endringer i produksjonsmønsteret innebærer. Endringer medfører gjerne midlertidige ulemper i form av økte kostnader og/eller dårligere behandlingstilbud for enkelte pasientgrupper. De lokale helsemyndighetene har ikke hatt rammebetingelser som har gjort det ønskelig og mulig å håndtere slike overgangsproblemer.

Endelig har enkelte debatt deltakere hevdet at reformens vektlegging av økonomiske incentiver bryter med viktige normer i helsevesenet og kan bidra til å fremme en kultur der pasientenes behov ikke lenger står i sentrum. I dette perspektivet kan helsemyndighetenes atferd tolkes som et forsøk på å redusere potensielle negative virkninger av reformen.

NHS har hatt en viss produktivitetsvekst i 1990-årene. Veksten har vært noe sterkere enn i årene før reformen trådte i kraft, men dette kan i alle fall delvis skyldes at produsentene er blitt flinkere til å registrere aktiviteter. Det må også

legges til at regjeringen gav helsevesenet romslige budsjetter de første årene for å sikre reformen en myk start, noe som kan ha påvirket produktivitetsutviklingen.

Produktivitetsveksten, som har funnet sted på tross av økte administrasjonsutgifter, har imidlertid ikke vært tilstrekkelig til å redusere ventelistene. Tvert imot er ventelistene blitt lengre fordi antall henvisninger til sykehus har vokst raskere enn antall behandlede pasienter. Dog har det vært en nedgang i antall pasienter som må vente svært lenge (over 18 måneder), slik at gjennomsnittlig ventetid har holdt seg omtrent konstant.

Budsjettlegene

Budsjettlegene har også i hovedsak videreført sine tilknytninger til lokale sykehus, men har i sterkere grad enn helsemyndighetene søkt å forhandle frem fordelaktige avtaler. Propper, Wilson & Søderlund (14) finner at budsjettleger generelt har oppnådd lavere priser for elektiv behandling, hvilket innebærer at sykehusene strengt tatt ikke har overholdt reguleringsregimets bestemmelser. For enkelte behandlingstilbud finner forfatterne en negativ, om enn ikke særlig sterk, sammenheng mellom pris og graden av konkurranse.

Når budsjettleger oppnår bedre vilkår enn helsemyndighetene, kan årsaken være at sistnevnte er ansvarlig for befolkningens samlede helsetilbud, mens en sammenslutning av budsjettleger kun er ansvarlig overfor sine pasienter. En beslutning om å flytte kontrakter mellom produsenter har følgelig langt større konsekvenser om helsemyndighetene gjør det. Siden budsjettlegenes etterspørsel er relativt mer elastisk, er det – sett fra sykehusets synsvinkel – logisk å gi budsjettlegene bedre betingelser. Vi kan ikke av det slutte at budsjettlegene har gjort en bedre bestillerjobb enn helsemyndighetene, da førstnevnte ikke må ta hensyn til hvordan kontrakter påvirker øvrige pasienters tilbud.

Et formål med budsjettlegereformen var å styrke behandlingstilbudet utenfor sykehus. Målet synes å ha blitt nådd. En rekke studier dokumenterer raskt vekst i behandlingsvolumet ved frittstående klinikker og helsesentre. Det er imidlertid ikke klarlagt hvorvidt dette skyldes budsjettlegereformen, da liknende utviklingstrekk kan spores også der allmennlegene ikke er budsjettleger. Det kan heller ikke spores ulik henvisningspraksis mellom budsjettleger og andre allmennpraktikere, til tross for at budsjettleger har sterke økonomiske incentiver til å begrense omfanget av sykehusopphold.

En positiv konsekvens av reformen synes å være at allmennleger i sterkere grad trekkes med i sykehusenes planlegging. Det er naturlig å tro at dette har sammenheng med overføring av finansieringsansvar for sykehus til allmennleger.

Pasientseleksjon

Før reformen trådte i kraft ble det fra flere hold påpekt at sykehus så vel som budsjettleger ville få incentiver til å foreta risikoseleksjon av pasienter, dvs. unnlate å gi behandling til spesielt kostbare pasienter (3, 15). I sin oversiktsartikkel hevder Le Grand, Mays & Dixon (16) at risikoseleksjon ikke har vært et problem, men siterer ingen studier som underbygger påstanden. Hvis deres konklusjon er riktig, kan 'n årsak være at budsjettleger ikke betaler for de mest kostbare pasientene. Disse har vært dekket av en egen forsikringsordning.

Det er bred enighet om at budsjettlegenes pasienter generelt har fått et bedre tilbud enn sykehusenes øvrige pasienter. Blant annet viser studier at øvrige pasienter har ventet lenger på behandling. Det er uvisst om dette skyldes budsjettlegereformen som sådan eller selvseleksjon, dvs. ulikheter mellom budsjettleger og andre allmennleger med henblikk på ressurser, pasientsammensetning, geografisk lokalisering osv.

For å redusere disse ulikhetene har Blairs Labour-regjering, som tok over etter valget i 1997, gått inn for å utvide budsjettlegemodellen til å gjelde alle pasienter. Det skal dannes budsjettlegegrupper (primary care groups) som skal omfatte flere leger enn i dag. De nye gruppene skal suppleres med representanter for den øvrige primærhelsetjeneste og på sikt overta de lokale helsemyndigheters bestillerrolle. Labour-regjeringen vil opprettholde skillet mellom bestillere og produsenter, men partene skal legge større vekt på samarbeid og tilsvarende mindre vekt på konkurranse, og kontrakter skal ha lengre varighet. NHS trust videreføres som organisasjonsmodell for offentlige sykehus.

Konklusjon

Hva kan vi i Norge lære av de britiske erfaringene? Det vil alltid være risikabelt å besvare et slikt spørsmål, blant annet fordi de to lands helsevesen og samfunnssystem er så vidt ulike. Jeg forsøker meg allikevel på tre konklusjoner.

For det første indikerer erfaringene fra Storbritannia at de norske reformene ikke vil ha radikale konsekvenser for sykehusenes virksomhet. Vi har sett at de lokale helsemyndighetene har ønsket å videreføre aktiviteten ved sine sykehus, til tross for at det i prinsippet skal være konkurranse om kontrakter og til tross for at helsemyndighetene ikke har instruksjonsmyndighet overfor sykehusene. Det norske bosettingsmønsteret og det faktum at fylkeskommunene er ledet av demokratisk valgte politikere som ønsker å bevare lokale arbeidsplasser og lokal sykehuskompetanse, tilsier at fylkeskommunene også i fremtiden vil legge stor vekt på å opprettholde aktivitetsnivået ved sine sykehus. Hvis denne antakelsen er riktig, vil norske reformer bare i begrenset grad medføre reell konkurranse mellom sykehusene.

For det andre tyder de britiske erfaringene på at finansieringssystemet har betydning for samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Mens britene ønsker å samle finansieringsansvaret for spesialist- og primærhelsetjenesten, går vi i motsatt retning. De siste års reformer, sammen med fastlege- og fristillingsreformene, vil innebære at de tyngste aktørene i henholdsvis spesialist- og primærhelsetjenesten – sykehusene og allmennlegene – blir selvstendige enheter som belønnes for høy egenproduksjon, men har begrensede økonomiske incentiver til å se egen virksomhet i en total sammenheng. En slik organisering kan være uheldig på bakgrunn av myndighetenes mål om utvikling av sammenhengende kjeder av akuttmedisinske tilbud i kombinasjon med flere spesialsykehus.

Den tredje konklusjonen er negativ: Vi vet lite om hvordan den britiske reformen har påvirket sykehusenes prioriteringer. I begge land har det vært advart mot utsiling av «ulønnsomme» pasienter, slik som psykiatriske pasienter, pasienter med stort pleiebehov, pasienter med behov for rehabilitering og pasienter med diffuse og/eller kroniske lidelser. Det synes ikke å foreligge studier som viser hvorvidt britiske sykehus har gitt disse pasientgruppene lavere prioritet. Årsaken er trolig at det er vanskeligere å måle endringer i pasientsammensetning enn i pasientvolum. Lærdommen for oss må være at en reforms suksess lett blir vurdert ut fra utviklingen i kvantiserbare størrelser, som antall behandlede pasienter eller antall pasienter på venteliste, mens endringer i kvalitative forhold, som er like viktige, gjerne får mindre oppmerksomhet.

LITTERATUR

1. Ot.prp. nr. 25 (1999 – 2000). Om lov om fylkeskommunale sykehusselskaper m.m.
2. Norges offentlige utredninger. Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus. NOU 1999: 15. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
3. Enthoven A. Reflections on the management of the NHS. London: Nuffield Provincial Hospital Trusts, 1985.
4. Maynard A. Incentives for cost-effective physician behaviour. Health Policy 1987; 7: 189 – 204.
5. Culyer A, Brazier J, O'Donnell O. Organizing health service provision, drawing on experience. London: The Institute of Health Services Management, 1988.
6. Department of Health. Working for patients. London: HMSO, 1989.
7. Klein R. Why Britain is reorganizing its national health service – yet again. Health Affairs 1998; 17: 111 – 25.
8. LeGrand J, Mays N, Mulligan J. Learning from the NHS internal market: a review of the evidence. London: King's Fund, 1998.

9. Propper C, Sørderstrøm N. Competition in the NHS internal market. *Health Economics* 1998; 7: 187 – 97.
 10. LeGrand J. Britain: competition, cooperation, or control? *Health Affairs* 1999; 18: 27 – 39.
 11. Robinson R, LeGrand J. Evaluating the NHS reforms. London: King's Fund, 1994.
 12. Smee C. Selv-governing trusts and GP fundholders: the British experience. I: Saltman R, Von Otter C, red. *Implementing planned markets in healthcare*. Buckingham: Open University Press, 1995: 177 – 208.
 13. Propper C. Market structure and prices: the responses of hospitals in the UK national health service to competition. *Journal of Public Economics* 1996; 61: 307 – 35.
 14. Propper C, Wilson D, Sørderstrøm N. The effects of regulation and competition in the NHS internal market: the case of general practice fundholder prices. *Journal of Health Economics* 1998; 17: 645 – 73.
 15. McGuire A, Finn P, Mayhew K. The assessment: the economics of health care. *Oxford Review of Economic Policy* 1989; 5: 1 – 20.
 16. LeGrand J, Mays N, Dixon J. The reforms: success or failure or neither? I: LeGrand J, Mays N, Mulligan J, red. *Learning from the NHS internal market: a review of the evidence*. London: King's Fund, 1998: 117 – 43.
-

Publisert: 20. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. mars 2026.