

Privat og offentlig innsats i Nordens helsevesen

Tarald Rohde & Peter F Hjort

Tidlig i 1984 tok Den nordiske gruppen av helsestjenesteforskere, ledet av professor Björn Smedby, initiativ til en rapport om privat og offentlig innsats i Nordens helsevesen. Arbeidet foreligger nå og viser forholdet mellom privat og offentlig innsats, både når vi ser på hvordan helsevesenet blir finansiert, hvem som er den formelle eieren av en tjeneste, og hvilken instans som kan sies å styre tjenestetilbudet. Bidragsyttere har vært Ilkka Vohlonen og Unto Häkkinen, Finland, Carl Mabeck, Danmark, Peter Garpenby, Sverige, og Tarald Rohde, Norge. Tarald Rohde har hatt det redaksjonelle ansvaret.

Rapporten vurderer ikke om det er privat eller offentlig innsats som gir det beste resultatet. Det er ikke noe kampskrift for et syn, men gir de nøkterne tallene for omfanget av privat og offentlig innsats. Dessuten viser den at resultatet er svært avhengig av hva man ser etter. Den private andelen er minst om vi ser på hvordan helsevesenet blir finansiert, mens den for Norge er svært stor om vi ser på den private eiendomsretten. Det viser seg at uansett hvordan man velger å angripe spørsmålet, står man igjen med en viss privat andel. Denne har alltid vært til stede i Nordens helsevesen og har sjelden gitt grobunn for store politiske stridigheter. Til tross for at rapporten ikke vurderer nytten av de ulike aktørenes innsats, understøtter den en oppfatning om at det ikke er privat innsats i seg selv som bør debatteres, men de konkrete utslag og resultater den kan få.

Metode

Helsevesenet er delt inn etter de vanlige retningslinjene som ligger til grunn for nasjonalregnskapsstatistikk og annen nasjonal helsestatistikk. Grensen mot de sosiale tjenester er satt der man vurderer at den medisinske behandling slutter. Sammenligninger med andre statistiske

Tarald Rohde, kand oecon, Helse- og sykehusdirektøren i Oslo, Sognsveien 9 A, N-0407 Oslo 4, Peter F Hjort, professor, SIFF's gruppe for helsestjenesteforskning, Geitmyrsv 75, N-0462 Oslo 4.

Nord Med 1986; 101:206-7.

oversikter viser at vi har innlemmet noe mer i helsevesenet enn hva som har vært vanlig ellers. Vi tror dette i første rekke beror på at vi har tatt med noe mer bedriftshelsetjeneste og alternativ medisin og inkludert en større del av syke-transportene under helsevesenet.

Debatten om privatisering har også dreid seg om bruken av private selskaper til rengjøring og vask av helsevesenets lokaler. Vedlikehold av maskiner og utstyr kan også gjøres av fast ansatt personell, eller av ansatte i private firmaer. Vi har valgt å se bort fra denne diskusjonen og konsentrert oss om de deler av helsevesenet der pasienten møter tjenestetilbudet. Hvordan produksjonen innenfor helsevesenet er organisert, har vi ikke undersøkt. Dette er en avgrensning som også er verdiladet. Vi mener det er organiseringen av det vi kan kalle distribusjonsleddet innenfor helsevesenet som er mest interessant.

En sammenligning mellom fire nordiske land er avhengig av gode statistiske kilder. 1982 ble valgt som året for våre undersøkelser. Siden da er det skjedd endringer, men de har liten innvirkning på de tallene vi presenterer. Rapporten diskuterer i hvilken retning disse endringene trekker, men kan ikke tallfeste hvor omfattende de har vært. For å vise at det må skje store endringer før tabellene våre endres vesentlig, kan nevnes at om det lykkes å bygge et privat hospital i Oslo med 100 millioner i årlige driftsutgifter, vil den private innsatsen innenfor institusjonssektoren øke med 25 prosent, men den private andelen innenfor samme sektor vil bare øke med 0,5 prosent.

Det ble ansett som umulig å fordele offentlig og privat innsats i Nordens helsevesen uten å presisere ytterligere hva vi undersøkte. Løsningen ble å angripe spørsmålet fra tre kanter — finansiering, eierforhold og styringsansvar. De to gir et klart grunnlag for oppdeling mellom aktørene, mens fordelingen av styringsansvar byr på noen avveiiingsproblemer. Tjenester som både er eid og finansiert av en av partene er også styrt av den samme parten. Det er imidlertid få tjenester som er uten offentlig støtte og noe privat betaling. For å plassere styringsansvaret for de tjenestene som er en blanding av privat og offentlig eie og finansiering, har vi derfor måttet foreta vurderinger etter fastlagte retningslinjer.

Private and public medical care in the Nordic countries

In 1984 the Nordic Health Care Research Group undertook to survey private and public contributions to the Nordic health services. Their report, recently published, is the first of its kind, and outlines the relative contributions of the private and public sectors, both with regard to funding, formal ownership and executive responsibility for the services provided. The report does not evaluate whether public or private initiative provides the better service, but shows Nordic health services to be predominantly the concern of the public sector, and that a substantial redistribution would be required to alter this relationship.

Resultater

Tabellene I og II viser de sentrale resultatene fra undersøkelsen. Tabell I viser hvordan blandingsforholdet endrer seg etter hvilken angrepsvinkel som velges. Tabell II viser finansieringen innenfor ulike sektorer av helsevesenet.

Sverige har overlegent det mest offentlige helsevesenet, uansett angrepsvinkel. Andelene forandrer seg lite etter hvilken vinkel vi ser fra. Det er derfor en nær sammenheng mellom finansiering, eie og styring i Sverige. Finland skiller seg ut med den høyeste andelen privat finansiering. Dette skyldes ikke at Finland har en stor og uavhengig privat sektor, men at pasientenes egenandel der er jevnt over høyere innenfor de fleste sektorer av helsevesenet. Dessuten er andelen av de helsesektorene der egenandelen tradisjonelt er høy også høyere i Finland enn i de andre Nordiske landene. Som for i Sverige er det stor sammenheng mellom finansiering, eie og styring i Finland. Norge skiller seg ut med å ha størst variasjon i privat andel, avhengig av hvilken vinkel som blir valgt å betrakte helsevesenet fra. Så mye som 33 prosent av helsevesenet i Norge er privat eid. Denne høye andelen skyldes først og fremst de mange sykehus og sykehjem som er eid av private organisasjoner og veldedige (välgörenhets) fond. Alle disse institusjonene er imidlertid lagt inn under de fylkeskommunale helseplanene. Selvstyret er derfor

svært begrenset. Disse institusjonene er uten unntak definert som offentlig styrt, og dermed synker den private andelen i Norge til under 23 prosent når helsevesenet vurderes etter styringsansvar.

Bortsett fra i Sverige, er den private andelen klart lavere for finansiering enn for de to andre angrepsvinklene. Det offentlige finansierer med andre ord en god del virksomhet som det verken eier eller har spesielt god styring med. Dette kan være et tankekors, men skyldes også metoden vi har brukt for å sortere tjenestene. Siden vi ser på det direkte forholdet mellom pasienten og helsevesenet, har vi ikke lagt vekt på den overordnede styringen av helsevesenet. Apotekene er for eksempel privat eid i Norge, men de statlige myndigheter setter klare betingelser for driften og hvilke medikamenter som skal kunne omsettes. Siden det offentlige også forestår undervisningen av helsepersonell og dessuten eier og driver de store og retningsgivende enhetene innen helsevesenet, har det større makt enn vi har fått fram i våre tabeller. Om det offentlige skulle være misfornøyd

med tingenes tilstand går det også an å vedta lover som endrer bildet. Vår statistiske fordeling av makt og ansvar er derfor svært statisk og gjelder bare så lenge det offentlige i hovedsak godtar tingenes tilstand.

Om vi ser hver helsesektor for seg, er det bare en sektor i ett land som er utelukkende privat finansiert. Det er den alternative medisin i Sverige. I Norge får for eksempel kiropraktorene noe overføringer fra Folketrygden. I den andre enden er det bare en sektor i ett land som ikke er noe privat finansiert. Det er helseinstitusjonene i Danmark. Av de store sektorene med en stor offentlig innsats, er det tannhelsetjenesten og salget av medisiner og tekniske hjelpemidler som har en stor andel privat finansiering. Den er størst i Finland og Norge, mens Sverige også her ligger lavest i privat andel.

Diskusjon

Det er ikke lett å fastslå hvilken av de tre angrepsvinklene som forteller mest om hvilke aktører som har mest å si

innen helsevesenet. I andre sammenhenger ville eierforholdet blitt tillagt stor vekt. Innenfor helsevesenet er de private eierne imidlertid ofte enkeltindivider eller ideelle organisasjoner, som både kan ha nokså sprikende interesser og som føler seg svært avhengige av offentlige styringssignaler. Styringsforholdet gir uttrykk for hvordan maktforholdet er akkurat i øyeblikket. Fordelingen av finansieringsbyrden er imidlertid uttrykk for hvor helsevesenet tar sin næring fra. Vi tror det er riktig å si at den som sitter på de finansielle midlene har stor makt til å få aktørene til å oppføre slik de skal. Om dette er riktig er Nordens helsevesen helt overveiende offentlig dominert. I tillegg kommer at de private finansieringskildene er splittet på enkeltpersoner uten mye makt hver for seg.

Rapporten bekrefter derfor at Nordens helsevesen er et offentlig helsevesen, og at det må skje svært store endringer for å forandre dette bildet. Dette bør kanskje dempe ned overtonene i den privatiseringsdebatten som nå pågår, både fra dem som mener at privatisering kan ha stor positiv betydning og fra dem som mener at det er en trusel mot alt vi har bygd opp de siste tiårene. Det hadde vært godt for f.eks. norsk helsevesen om de framstøtene for privatisering som vi har sett den siste tiden ble satt inn i sin rette sammenheng og behandlet deretter.

Tabell I. Privat/offentlig andel i Nordens helsevesen etter land, 1982 (i prosent).

| Angrepsvinkel | Danmark | | Finland | | Norge | | Sverige | |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|--|
| | Priv/Off | Priv/Off | Priv/Off | Priv/Off | Priv/Off | Priv/Off | Priv/Off | |
| Finansiering | 10,4/89,6 | 20,6/79,4 | 13,4/86,7 | 9,2/90,8 | | | | |
| Eierforhold | 28,9/71,1 | 27,6/72,4 | 33,1/66,9 | 10,2/89,8 | | | | |
| Styringsansvar | 28,9/71,1 | 27,0/73,0 | 22,7/77,3 | 8,9/91,1 | | | | |

Tabell II. Brutto driftsutgifter til Nordens helsevesen etter finansieringskilde i 1982. Prosentvis andel av driftsutgiftene innen hver sektor. Danmark (D), Finland (F), Norge (N), Sverige (S).

| Helsesektor | Staten | | | | Lokale myndigheter | | | | Private | | | |
|------------------------------------|--------------------|------|------|------|--------------------|------|------|------|---------|------|------|-------|
| | D | F | N | S | D | F | N | S | D | F | N | S |
| | Helseinstitusjoner | 7,2 | 51,8 | 53,8 | 6,6 | 92,8 | 39,4 | 43,3 | 89,9 | — | 8,8 | 2,9 |
| Primærhelsetjenesten | 6,7 | 57,3 | 68,8 | 38,7 | 82,1 | 29,6 | 15,1 | 51,5 | 11,2 | 13,1 | 16,1 | 9,8 |
| Tannhelsetjenesten | — | 21,6 | 14,6 | 52,7 | 53,2 | 17,0 | 16,6 | 21,4 | 46,8 | 61,4 | 68,7 | 25,9 |
| Medisiner og tekniske hjelpemidler | — | 40,2 | 47,4 | 65,2 | 56,5 | — | — | 1,9 | 43,5 | 59,8 | 52,6 | 32,9 |
| Transport | — | 81,5 | 91,6 | 61,9 | 81,9 | — | — | 22,9 | 18,1 | 18,5 | 8,4 | 15,2 |
| Alternativ medisin | — | ? | 8,7 | — | 31,5 | ? | — | — | 68,5 | ? | 91,3 | 100,0 |
| Bedriftshelsetjenesten | ? | 53,9 | 0,3 | 50,0 | ? | — | — | — | ? | 46,1 | 99,7 | 50,0 |
| Andre helsetjenester | ? | 75,5 | 84,7 | 27,6 | ? | 23,2 | 0,6 | 71,8 | ? | 1,3 | 14,7 | 0,6 |
| Total | 6,4 | 50,6 | 54,0 | 19,1 | 83,2 | 28,8 | 32,7 | 71,7 | 10,4 | 20,6 | 13,3 | 9,2 |

Helseinstitusjoner: Somatiske akuttsjukehus, psykiatriske sjukehus og institusjoner for psykisk utviklingshemmete. Omfatter polikliniske tjenester ved sjukehusene.

Primærhelsetjenesten: Leger og fysioterapeuter med virksomhet utenfor sjukehusene, laboratorier og røntgeninstitutter utenfor sjukehusene og hjemmesjukepleie.

Alternativ medisin: Det er bare kiropraktorer som er tatt med i tallene fra Danmark.