
13 år gamle scenarioer for i år

TEMA

KNUT STAVEM

Email: knut.stavem@klinmed.uio.no

Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF)

og

Medisinsk avdeling

Sentralsykehuset i Akershus

1474 Nordbyhagen

Artikkelen beskriver to scenarioer eller alternativer for utvikling av det norske helsevesenet frem mot år 2000, slik de ble fremstilt i 1987. Rammebetingelsene i de to scenarioene varierer, og scenarioene legger ulik vekt på forskjellige faktorer i omgivelsene og forutsetter forskjell i prioritering av helsevesenet. I tillegg kommenteres scenarioene med bakgrunn i en del av det som faktisk har skjedd.

Scenario I beskriver et bilde preget av redusert økonomisk vekst frem mot år 2000 i forhold til dekadene før og sterkt økte behov for helsetjenester. Helsevesenet er preget av ressursknapphet, hard prioritering og søking etter alternative løsninger med hovedvekt på kostnader og effektivisering.

I Scenario II er de økonomiske rammene til helsevesenet noe romsligere. Men behovet for helsetjenester er like stort eller større. I stedet for rasjonering åpnes muligheter for alternative finansieringsformer i helsevesen og trygdesystem. Folkeopplysning, misnøye og ny teknologi virker kostnadsdrivende – og helseprofesjonene prøver å dra fordel av situasjonen. Scenarioet preges av at folk ønsker mer, og de får det.

Artikkelen beskriver to scenarioer, slik de ble fremstilt i 1987 i en arbeidsrapport i prosjektet Scenarier 2000 (1, 2). Fremstillingen benytter scenariemetoden, etter mønster fra liknende beskrivelser av fremtiden (3). I tillegg kommenteres scenarioene kort på bakgrunn av en del av det som faktisk har skjedd.

Scenarioene var i 1987 fremstilt ved at man hadde beveget seg 13 år frem i tiden og beskrev situasjonen i år 2000, med et hypotetisk tilbakeblikk på utviklingen i perioden 1987 – 2000. Scenarioene beskrev problemer og mulige løsninger som politikere og beslutningstakere kunne møte og måtte forholde seg til. Mange av problemene er fortsatt uløste eller fremdeles aktuelle i dag. Trendfremskrivningen var ikke ment som

en kvantitativ eller matematisk øvelse, men ble gjort intuitivt i et forsøk på å integrere både kvalitative og kvantitative trekk. Scenarioene inneholdt sannsynlige utviklingstrekk, men må ikke forveksles med vilkårlige spådommer. Det ble lagt vekt på å beskrive to scenarioer som var internt konsistente, og som bestod av hendelser som ikke var helt usannsynlige. Det må understrekes at det ikke er prediksjonsverdien i en slik fremstilling som er viktig, men de problemer og muligheter som reises og som beslutningtakere må forholde seg til.

To scenarioer ble valgt fordi det syntes tilstrekkelig til å belyse de viktigste problemene. Om i stedet tre scenarioer var valgt, ville ett av dem gjerne blitt betraktet som en gyllen middelvei, og de to andre ville ha kommet mer i bakgrunnen. Rammebetingelsene i de to scenarioene varierte, og scenarioene la ulik vekt på forskjellige faktorer i omgivelsene og forutsatte forskjell i prioritering av helsevesenet.

Scenario I beskrev et bilde preget av redusert økonomisk vekst frem mot år 2000, sammenliknet med dekadene før, og med økt behov for helsetjenester. Helsevesenet var preget av ressursknapphet, hard prioritering og søking etter alternative løsninger med hovedvekt på kostnader og effektivisering.

I Scenario II var de økonomiske rammene til helsevesenet noe romsligere, men behovet for helsetjenester var like stort eller større. I stedet for rasjonering fikk man muligheter for alternative finansieringsformer i helsevesen og trygdesystem. Folkeopplysning, misnøye og ny teknologi virket kostnadsdrivende, og helseprofesjonene prøvde å dra fordel av situasjonen. Scenarioet var preget av at folk ønsket mer, og at de fikk det.

Jeg understreker at teksten i normal skrift ble skrevet i 1987, mens kommentarene til scenarioene (i kursiv) er skrevet i 1999.

Scenario I: Effektivisering og kostnadsfokusering

Økonomiske rammer: Lavere økonomisk vekst

Etter fallet i oljeprisen i 1985 har veksten i norsk økonomi vært betydelig lavere enn tidligere, med en årlig reell vekst på omkring 1,5 %. Den tradisjonelle industrien har hatt store problemer med omstilling og tilpasning, og den er fortsatt konsentrert om energi og energirelaterte råvarer eller virksomheter.

Helsevesenet ble ikke prioritert frem til 1989. Det var i en fase hvor det var store behov for fornyelse og investeringer i industrien. Utdanning ble også prioritert foran helsevesenet. I 1989 ble det fremlagt en omfattende nasjonal helseplan, som medførte en nysatsing på helsevesenet, med nytenkning og økte ressurser til investeringer og drift fra 1990.

Ressursøkning og rasjonaliseringsgevinster er for en stor del blitt oppspist av arbeidstidsforkorting, bedret arbeidsmiljø og innføring av ny teknologi – samtidig som oppgavene har vært økende. I tråd med dette har sysselsettingen i helsevesenet hatt en kraftig vekst. Innenfor sektoren har det vært en årlig vekst i sysselsettingen på 2 %. Med en produktivitetsvekst på 1,5 % årlig tilsvarer dette en kapasitetsøkning på 68 % fra 1985 til år 2000.

Myndighetene har følt seg presset til å øke innsatsen for rasjonalisering og effektivisering, og på samme tid tydeligere foreta prioriteringer og avgrense helsevesenets oppgaver. Mye av innsatsen i den nasjonale helseplanen har vært rettet mot praktiske løsninger, f.eks avskaffelse av køer og innføring av ny teknologi – og man har lagt mindre vekt på generelle helsepolitiske holdninger og målsettinger.

”Eldreølgen” og ”bo-alene-ølgen” er blitt en stor og økende belastning for helsevesenet. Det offentlige har måttet ta på seg et stort ansvar her. Kommunene har brukt store deler av sine midler til helse- og omsorgstiltak. Av økonomiske årsaker har man satset på lavere sykehjemsdekning enn tidligere, med flere korttidsplasser og større sirkulasjon av pasientene. Samtidig er hjemmebasert omsorg utbygd. Pårørende har større muligheter til å yte en innsats, samtidig som de kan benytte seg av det offentlige til hyppig avlastning og støtte.

Norsk økonomi har utviklet seg positivt i forhold til scenarioet over, med en vekst fra året før på gjennomsnittlig 3,8 % fra 1990 til 1998. Eldreølgen og bo-alene-ølgen har medført utbygging av hjemmebasert omsorg og hjemmesykepleien. Antall årsverk i hjemmesykepleien økte fra 4 070 i 1987 til 5 885 i 1992 (4), og antall behandlede pasienter per 1 000 innbyggere over 67 år har hatt en liknende utvikling. Antall sykehjems plasser ble imidlertid redusert noe i den første delen av perioden, fra 48 774 i 1987 til 46 360 i 1992 (5).

Institusjonell fornyelse: Omorganisering av institusjons- helsetjenesten og markedsorientering

Man har forsøkt å dra nytte av markedsmekanismer i regulering av markedet for medisinske tjenester, ved endring av incentiver både på tilbuds- og på etterspørselssiden.

Det overordnede ansvaret for sykehusene ble i 1992 overført fra fylkeskommunene til staten, og fylkeskommunen mistet mye av sin betydning. Administrativt ble det opprettet fire helseregioner, rundt de fire regionsykehusene. De gamle regionene ble justert geografisk, ubundet av de gamle fylkesgrensene. Under Helsedirektoratet ble det opprettet en ressursgruppe for sykehusdrift. Den fungerer som en konsulent- og ressursorganisasjon for sykehusene.

Det enkelte sykehus har fått større grad av økonomisk fristilling, og enklere og raskere beslutningsprosesser. Det er færre nivåer av politikere som står over sykehusets administrasjon. Organisasjonen innen sykehusene har blitt forenklet og mer oversiktlig. Som ledd i reorganiseringen har sykehusavdelingene fått én ansvarlig leder. Dette er ikke lenger et delt ansvar. Man har innført avdelingsvise økonomi- og styringssystemer. Et av resultatene av omorganiseringen er at sykehusadministrasjonene har fått mer makt og bedre styringssystemer, noe som igjen stiller større krav til ledelse og evne til prioritering. Sykehusene er administrativt underlagt regionene, men har stor grad av fristilling og kan uhindret utvikle sin egen inntektsside. Regionene tildeler hvert sykehus et årlig rammetilskudd for å utføre et bestemt program, basert på forventet behov i sykehusets opptaksområde. Regionene bruker ikke alle sine midler i form av rammetilskudd, men reserverer 20 % av sine rammer for spesielle tiltak. Disse tiltakene kan legges ut som invitasjoner til sykehus om å gi anbud på spesielle kontrakter om behandlinger, slik at et sykehus har mulighet til å utvide sin inntektsside. Sykehus utenfor regionen kan også by på disse kontraktene. En region står fritt til ev. å innføre

en egen refusjonsordning eller stykkprisordning for spesielle tiltak. Dette har ført til økt konkurranse om midler og pasienter innenfor det offentlige systemet, og har samtidig bidratt til reduksjon i pasientkøene.

Sykehusene er kort sagt blitt organisert mer som en produksjonsbedrift, og direktøren ved de fleste institusjonene er ansatt på åremål. Sykehusstyrenes sammensetning og funksjon har også endret seg mye etter 1990. De er blitt viktigere og har fått større ansvar og har mer samme funksjon som styret i andre bedrifter. Fristillingen av sykehusene er blitt positivt mottatt, og har medført en produktivitetsgevinst på sykehusene. Samtidig er fylkeskommunens posisjon blitt svekket.



Forsiden til scenariepublikasjonen fra 1987 (1)

Etter 1990 har det offentlige systemet vært dominerende som leverandør av de fleste helsetjenester. Flere sykehus på offentlig helseplan er riktignok fortsatt i privat eie, men driften finansieres ved offentlige midler – og eierne (som regel ideelle organisasjoner) har etter hvert fått gjennomslag for at det offentlige, over driftsbudsjettet, ikke bare må finansiere avsetninger til vedlikehold, avskrivninger og kapitalkostnader, men også tilby en rimelig avkastning på investert egenkapital (tilsvarende alternativ kostnad for organisasjonen).

Egenandelene pasientene betaler, har økt for poliklinisk virksomhet, og det er innført beskjedne egenandeler for sykehusopphold. Totalt sett er det et tak for hver enkelts kostnader til helsetiltak i offentlig regi. Utlegg utover dette taket refunderes fra Rikstrygdeverket. Taket er 2,5 ganger så høyt som i 1985, korrigert for inflasjon.

Det har i hovedtrekk ikke vært større endringer i kostnadsstrukturen for driftsutgiftene etter 1985. Visse laboratoriefunksjoner og undersøkelser er blitt automatisert, men det har ikke skjedd noen dramatiske endringer.

Den skisserte regionaliseringen er ikke gjennomført. Imidlertid er regionstankegangen videreført ved en styrking av de regionale helseutvalg fra 1997. Dette ble gjort for å styrke regional planlegging og samordning og samtidig styrke den sentrale styring (6, 7). Sommeren 1998 vedtok Stortinget justering av regionsgrensene, slik at Akershus og Østfold skulle overføres til helseregion 1 (8). Alle regioner består nå av fem fylker. Foreløpig skal imidlertid samarbeidet mellom sykehus i regionene være som før.

Overføring av sykehusenes eierskap fra fylkeskommunene er ikke blitt gjennomført. Fra tid til annen ser vi at sentrale politikere kommer med utspill i mediene eller forslag om at staten bør overta eieransvaret for alle sykehus. Fylkeskommunenes rolle i fremtiden er enda ikke avklart.

Ledelse og organisering i sykehus, og tilknytningsformer for offentlige sykehus, har vært utredet i flere omganger (9, 10). Man har erkjent at den politiske styringen ofte har vært for tett, og fristilling av sykehus er et aktuelt tema ved årtusenskiftet. Overgang til aksjeselskapsmodell forberedes ved Ullevål og Aker sykehus, med overgang til aksjeselskap fra 1.1. 2000. Overgang til aksjeselskap medfører synliggjøring av kostnader til investeringer og drift, og sykehusene får større handlefrihet enn de har i dag. I perioder med kapasitetsproblemer ved sykehusene har enkelte fylker bedt om anbud fra private sykehus på tjenester eller operative inngrep. Ved fristilling av sykehus vil denne typen kontrakt mellom betalere og leverandører av helsetjenester bli mer vanlig.

I scenarioet over er stykkprisbasert finansiering nevnt. Sosial- og helsedepartementet har de siste årene innført en tilsvarende ordning, kalt innsatsstyrt finansiering.

Hensikten med ordningen er å stimulere sykehusene til økt produksjon.

Fylkeskommunene mottar penger fra staten for pasientopphold utover et på forhånd definert antall. Ordningen baseres på klassifikasjon av pasientene i kostnadsmessig homogene grupper, diagnoserelaterte grupper. Klassifikasjonen gjøres på grunnlag av hoveddiagnose, bidiagnoser, alder, operasjonskoder og enkelte andre faktorer ved hvert enkelt pasientopphold.

Pasientenes egenandeler er økt i perioden, med høyere pasientmellomlegg ved legebesøk enn før og prosentvis egenbetaling ved ekspedering av blåresepter opp til et maksimalt årlig beløp. Egenandeler for pasienter innlagt i sykehus er ikke innført, men regelverket for egenbetaling i sykehjem er revidert (11).

Helsepersonell

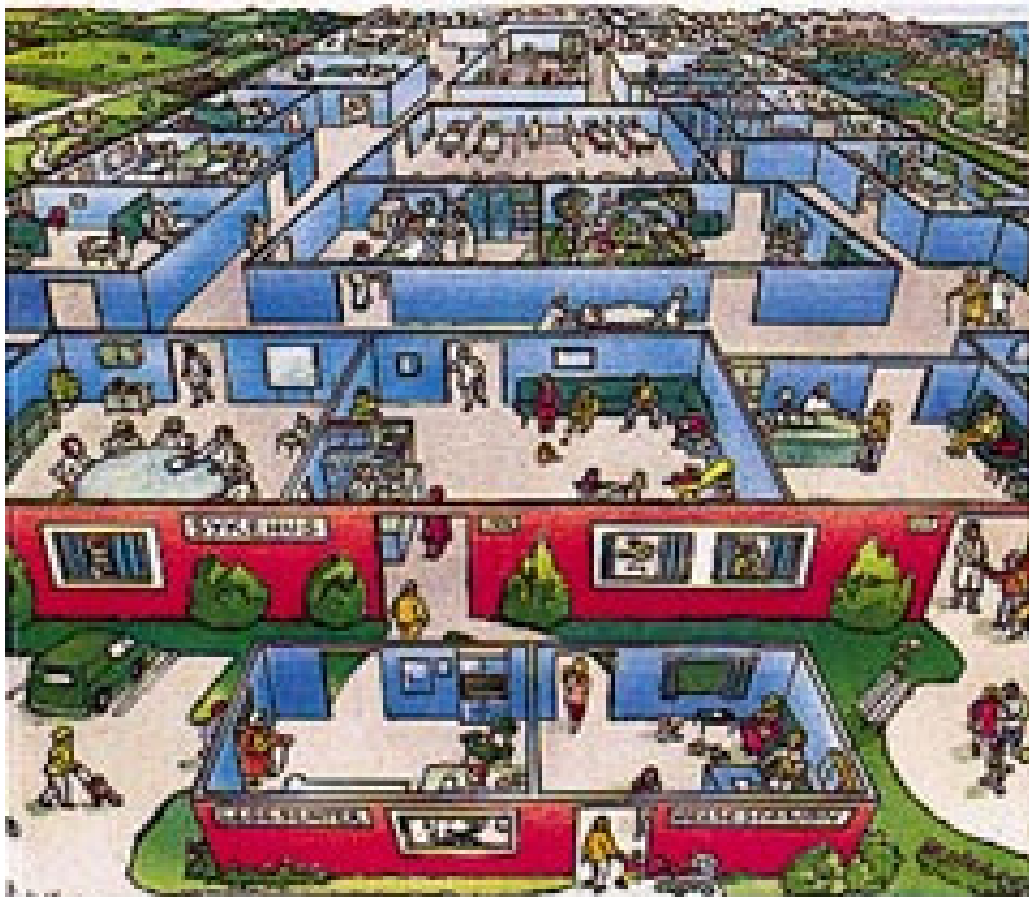
Veksten i sysselsettingen i helsevesenet har fortsatt, med totalt 35 % økning fra 1985 til år 2000 (2 % årlig vekst, som riktignok er vesentlig lavere enn i tiåret før).

Utdanningskapasiteten for sykepleiere har økt med 20 % i perioden, men er tilnærmet uendret for leger. Med økt yrkesaktivitet for sykepleiere og noe økt gjennomsnittlig arbeidstid er det omtrent balanse mellom tilbud og etterspørsel for sykepleiere. For leger har stillingsveksten vært lavere, men også her er det rimelig balanse. Fortsatt er det geografisk skjevfordeling, med underdekning av spesialister i distriktene.

Helsepersonell i det offentlige ligger lønnsmessig fortsatt langt etter privat sektor. Lønnsutviklingen i offentlig sektor har vært noe ujevn, men med en tendens til en moderat reallønnsøkning.

Det har foregått en redefinering av profesjonenes oppgaver i helsevesenet, slik at profesjonsgrensene er blitt mer uklare. Man har oppnådd større fleksibilitet i bruk av personalet og en mer rasjonell arbeidsdeling. Dette har også bidratt til å utjevne lønnsnivået. Lokale etterutdannings- og opplæringstilbud kompenserer i stor grad for manglende formell utdanning innen de praktiske disipliner.

Pensjonsalderen er blitt mer fleksibel, med 65 år som normalalder for pensjonering. Vi har fått bedre muligheter for å gå av ved fylte 63 år eller muligheter til å fortsette til man er 70 år.



Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus (9)

Veksten i sysselsetting i helsevesenet har vært betydelig større enn skissert i scenarioet. Fra 1980 til 1997 økte antall leger med 72 %, antall sykepleiere med 71 %, mens antall hjelpepleiere gikk tilbake med 29 % (12). Utdanningskapasiteten for leger i Norge økte

sterkt i 1990-årene: Fra 310 årlig i 1990 til 594 i 1998 (+92 %), for sykepleiere fra 2 520 til 4 144 (+64 %) i samme periode. Ved årtusenskiftet er det fortsatt underskudd på leger og geografisk skjevfordeling (12).

Profesjongrensene er mange steder blitt utvisket, ved at spesialsykepleiere enkelte steder har overtatt noen av legenes funksjoner ved skjermede polikliniske enheter, f.eks. ved behandling av pasienter med diabetes eller hjertesvikt.

Ny teknologi

Ny teknologi er blitt innført på en rekke områder. Det har gitt flere ublodige undersøkelser, sikrere apparatur for diagnostikk og bedre legemidler. Det er imidlertid lenger mellom de store nyvinningene. Mange av de nye tjenestene rasjoneres bevisst fordi de ofte er kostbare og deres berettigelse mangelfullt dokumentert.

Elektronisk databehandling (EDB) har fått større plass, men en generell innføring har gått langsomt og vært vanskelig fordi helsepersonell i sin grunnutdanning ikke har noen bakgrunn i eller forhold til EDB. Gårdsdagens systemer viste seg også å være lite nyttige fordi de først og fremst skaffet plandata og statistikk – de gav ikke nyttig feedback til personale med pasientkontakt.

Grafiske arbeidsstasjoner for enkeltoppgaver eller begrensede applikasjoner samt mikromaskinbaserte beslutningsstøtteverktøy er kommet i praktisk bruk, mens utviklingen av store og omfattende ”totalsystemer” ikke har fått den forventede utvikling.

Utviklingen av EDB i helsevesenet har gått langsomt i perioden, som forutsatt. Sykehusenes datasystemer er tungvinte og begrensede i forhold til systemene som benyttes i primærhelsetjenesten. Databaserte journaler er i ferd med å bli innført ved mange sykehus, og enkelte røntgenavdelinger har tatt i bruk digital teknikk ved alle typer bildediagnostikk. Imidlertid lider mange sykehus under lave bevilgninger til innkjøp av nytt eller erstatning av utrangert medisinsk utstyr.

Holdninger

En generell økning i utdanning har ført til en bevisstgjøring i befolkningen om problemene i helsevesenet. Folks holdninger preges i større grad av rasjonalitet og sunn skepsis enn før. Pasientene har fått større rettigheter ved innføring av en ny lov. Totalt sett er effekten en mer restriktiv holdning til visse inngrep og behandlinger, mer pasientopplysning, men også større kostnader ved mer papirarbeid, tyngre beslutningsprosesser, uttalelser fra flere instanser og reduksjon i effektivitet. Dette har også vært sammenfallende med myndighetenes ønske om å holde kostnadene nede ved prioritering og rasjonering av mange tilbud.

Livsforsikringsselskaper har pålagt nye livkunder HIV-test, og det har folk bare måttet akseptere. Men man fikk ikke gjennomslag for obligatorisk screening av hele befolkningen, selv om det for en stor del har foregått underhåndentesting ved mange sykehus uten pasientenes vitende.

Pasientene har fått større rettigheter ved innføring av lov om pasientrettigheter, som tidligere er innført i andre nordiske land, og lov om pasientskadeerstatning. Generell screening av befolkningen for antistoffer mot HIV ble aldri gjennomført.

Scenario II: Folk ønsker mer – og får det

Økonomiske rammer: Moderat økonomisk vekst

Veksten i den norske økonomien de siste år har ikke vært like sterk som foregående tiår, men kan betegnes som moderat, med en gjennomsnittlig årlig vekst i bruttonasjonalprodukt (BNP) på 2,5 %. Industrien har vært gjennom en periode med strukturendringer. Produktiviteten har økt, men antall ansatte har gått betydelig ned.

Demografiske endringer og holdninger

Eldre i 2000 har andre karakteristika enn foregående generasjoners eldre: Det er flere med lengre utdanning. Forskjell i utdanning mellom de yngre og de eldre utjevnes. Dagens eldre har hatt sitt yrkesaktive liv fra 1950 og har opplevd økonomisk vekst og utviklingen av velferdsstaten. I tillegg har de betydelige økonomiske midler. Denne gruppen er vant til en høy bostandard, og større deler av gruppen sitter på kapital i form av gjeldsfrie hus. De eldre både før og etter dem vil ha en mye lavere andel selveiere. Dette er en differensiert gruppe som er vant til å stille krav og vant til å få det som de vil. Nye produkter og tjenester er blitt spesielt tilpasset gruppen, som selvbevisst ønsker å bruke mer penger på seg selv og har en mer avslappet holdning til å la formue og gods gå videre til neste generasjon. Forskjellen fra tidligere tiders eldre er større forbruk og mindre sparing.

I forhold til 1985 utgjør gruppen over 45 år relativt sett en litt større andel av de stemmeberettigede. Politikerne har lenge lagt vekt på å profilere seg overfor denne gruppen, som krever mer midler til helsevesenet og har fått det, på bekostning av midler til utdanning og forsvar.

Fra 1988 til 1998 økte innbyggertallet i Norge fra 4,2 til 4,4 millioner, mens antall eldre over 70 år økte betydelig (13). Det har vært en økning i utdanningsnivået i Norge det siste tiåret. Andelen av befolkningen på 16 år og eldre med grunnskole som høyeste utdanning, ble redusert fra 37 % i 1986 til 25 % i 1996 (13). Samtidig har det vært økende inntektsforskjeller (13). Mange eldre har nok et mer bevisst forhold til tjenester de mottar, og de stiller strengere krav til tjenestene enn før.

Utgifter til helsevesenet

Utgiftsveksten i helsevesenet har fra 1985 gjennomsnittlig vært på 4 % årlig. Dette betyr at vi de siste årene har hatt en vekst tilsvarende den vi hadde i 1970-årene, klart høyere enn veksten i begynnelsen av 1980-årene. Det økte behovet for helsetjenester og ny teknologi har ført til sterk utgiftsvekst i helsesektoren.

Helsevesenet har fått høyere prioritet enn tidligere, reflektert i romsligere rammer, og helseutgiftenes andel av BNP har steget fra 6,6 % i 1985 til 10 % i år 2000. Mye av utgiftsveksten har gått med til økte lønninger, kompensasjon for ubekvem arbeidstid med mer liberale avspaseringsordninger og innføring av ny teknologi. Det er rimelig balanse mellom tilbud og etterspørsel etter helsepersonell.

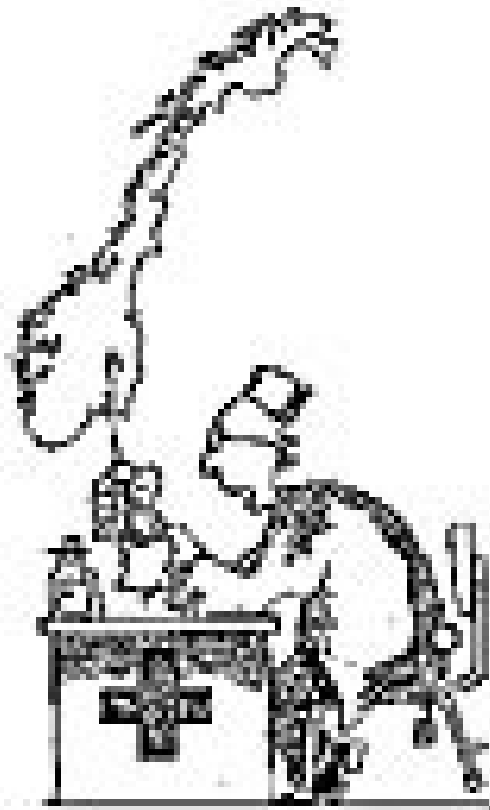
Helsevesenets andel av BNP vokste fra 6,6 % i 1985 til 8,5 % i 1997 (14), noe lavere vekst enn skissert i scenariet. Årlig vekst i offentlige utgifter til helsemessige ytelser, pleie og omsorg var gjennomsnittlig 3,5 % i denne perioden (14). Utgiftsveksten har i

stor grad gått med til økte lønninger, ved at langt flere arbeider innenfor helsesektoren enn tidligere.

Offentlig helsevesen

Det offentlige systemet er det toneangivende på de fleste felter. Strukturen er uendret fra 1985, med sterk fylkeskommunal styring og kontroll over sykehus og spesialister. Helsevesenet er fortsatt blitt utbygd i offentlig regi, med ekspansjon både innen institusjonshelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Ny og avansert teknologi er blitt tatt i bruk, og det offentlige er toneangivende innen innføring av nytt utstyr for diagnostikk og behandling. Interessegrupper har presset på, slik at en rekke nye tilbud og programmer er blitt bygd ut, f.eks. hjerteoperasjoner – ”hjertebroen” er en saga blott.

NØRSK HELSEVESEN I FREMTIDEN



Arbeidsrapport nr. 118. Stiftelsen Bedriftsøkonomisk Institutt, Utredningssentret

I distriktene har det vært en ujevn dekning av helsepersonell. For å bøte på dette er det innført obligatorisk distriktstjeneste for ulike personellgrupper, både leger, sykepleiere og hjelpepleiere. Samtidig er det innført ulike stimulerings tiltak med betinget skattefritak, videreutdanning, vikartjeneste og gunstige botilbud for grupper av helsepersonell ved langvarig virksomhet i distriktene.

Fra 1990 til 1998 var det 20 % økning i antall årsverk ved de somatiske sykehusene (fra 46 507 til 56 013 årsverk), mens sengetallet faktisk ble redusert med 9 % (fra 16 040 til 14 454 plasser) (15). Mot slutten av 1980-årene ble det opprettet flere fristilte klinikker for elektive hjerteoperasjoner, med gunstige finansieringsordninger for virksomheten. Dette innebar en kapasitetsøkning innen åpen hjertekirurgi, slik at ”hjertebroen” kunne avvikles.

Finansiering: Økende privatfinansiering

Fra midten av 1990-årene fikk vi igjen en offensiv fra private medisinske klinikker, slik som i slutten av 1980-årene. Den nye bølgen har en annen karakter enn den første. Etableringene legger mindre vekt på teknologi, men større vekt på faglig tyngde og service. I forhold til det offentlige har disse klinikkene lave investeringer i lokaler og utstyr, men de benytter seg i stor grad av fagpersonell som har fått sin utdanning i det offentlige systemet.

Hovedvekten ligger på personlig service ved enklere lidelser eller behandlinger, ofte utført på deltid av eksperter som til vanlig arbeider i det offentlige. Dette er blitt en moderne form for legevaktkjøring for sykehusleger, etter innføring av arbeidstidsforkorting. Utviklingen har virket lønnsdrivende for helsepersonell, idet private klinikker betaler noe bedre enn offentlig eide institusjoner.

Eldreomsorgen har skapt et økende press på primærkommunene, som har brukt store ressurser på å bygge ut først og fremst hjemmebasert omsorg. Mange har imidlertid ønsket totale boløsninger og føler at dette gir økt trygghet for de eldre. Folk har også vært noe misfornøyd med tilbudet innen den offentlige omsorgen. Dette har skapt et nytt marked for omsorgstjenester i privat regi. Disse tilbyr et spektrum fra boliger tilpasset eldre til boliger av type sykehjem tilknyttet et nett av helsepersonell. Tilbudene har først og fremst kommet i byområder i velstående deler av landet og primært vært rettet mot øvre middelklasse. En rekke av tilbudene er koblet opp mot ulike typer forsikringsordninger, og forsikringsselskapene spiller en aktiv rolle.

Det offentlige har en positiv holdning til dette, ettersom flere av tilbudene avlaster det offentlige systemet og de facto innebærer en form for frivillig økt egenandel innen omsorgen. Folk flest betrakter dem som et nyttig tilskudd og supplement til det offentlige. Viljen til prioritering eller nedskjæring har vært liten, med den følge at folk har fått et bredt tilbud å velge i. Enkelte enheter sliter med overkapasitet, men på de fleste områder har forbruket av helsetjenester holdt følge med det økte tilbudet, som folk har ønsket.

Nye private tilbud i 1990-årene vokste frem som skissert i scenarioet. Enkelte større selskaper har posisjonert seg for å fremskaffe omsorgstjenester i privat regi, med drift av sykehjem og ulike botilbud. De siste årene er satsingen på privat helseforsikring blitt sterkere. Storebrand og andre større aktører har begynt å markedsføre slik helseforsikring. Foreløpig er denne typen forsikring lite utbredt.

Konklusjon

Mange av temaene som ble reist i de to scenarioene i 1987 har senere vært fremme i offentlig debatt, behandlet i offentlig forvaltning eller er nå gjennomført. Utviklingen i det norske helsevesenet fra 1987 til 2000 har vært ganske forutsigbar, og det har vært få dristige eller spennende beslutninger. Helsepolitikken har langsomt fulgt internasjonale trender, og vi har sett en tendens til konvergens mellom systemer i ulike land. Samtidig har den norske helsesektoren vært under relativt streng statlig og fylkeskommunal styring.

Scenariemetoden kan være en fruktbar måte å stimulere planlegging og diskusjon. Ved utarbeiding av nye scenarioer for helsevesenets utvikling bør man vurdere et lengre tidsperspektiv enn 13 år, for lettere å kunne frigjøre seg fra eksisterende rammebetingelser. Dette kan gi ny innsikt, men samtidig kan scenarioene bli mindre plausible og mindre anvendelige som innspill til utviklingen i nær fremtid.

LITTERATUR

1. Hompland A, red. Scenarier 2000. Tre framtidsbilder av Norge. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
2. Stavem K. Norsk helsevesen i fremtiden. Utviklingen mot år 2000. Arbeidsrapport nr. 118. Oslo: Bedriftsøkonomisk Institutt, Utredningssentret, 1987.
3. Amara RJ, Morrison JI. American health care in the future. Menlo Park, CA: Institute for the future, 1986.
4. NOS Sosialstatistikk. Oslo: Statistisk sentralbyrå (www.ssb.no/emner/historisk_statistikk/tabeller/4-4-17t.txt (29.10.1999)).
5. NOS Sosialstatistikk. Oslo: Statistisk sentralbyrå (www.ssb.no/emner/historisk_statistikk/tabeller/4-4-19t.txt (29.10.1999)).
6. De regionale helseutvalgene: om krav til og arbeidet med regionale helseplaner. Rundskriv I-19/99. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
7. Regionale helseplaner: nasjonale mål og satsingsområder for planperioden/gjennomføringsfasen 2001 – 2004. Rundskriv I-34/99. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
8. Vedtak om inndeling i helseregioner. Kongelig resolusjon 15. januar 1999. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
9. Norges offentlige utredninger. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. NOU 1997: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
10. Norges offentlige utredninger. Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus. NOU 1999: 15. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
11. Om vederlag for opphold i institusjon mv. Rundskriv I-47/98. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.
12. Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998 – 2001. Rett person på rett plass. Brosjyre I-0895 B. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
13. Folkehelserapporten 1999. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
14. Offentlige utgifter til helse- og sosiale formål 1980 – 1997. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
15. Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no/emner/03/02/speshelseom/tab-1999-07-20-01.html (29.10.1999).

Publisert: 20. januar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 12. juli 2026.