

9. februar 2012

## Helse sør-øst-nord-vest

**Budsjettene dekker ikke forventningene. En annen organisering kan kanskje hjelpe.**

Styrer og direktører i helsesektoren kommer og går, i puljer og endeløse rekker, noen frivillig, andre blir sagt opp. Det kan skyldes budsjettoverskridelser, eller manglende måloppfyllelse på andre punkter i et ganske detaljstyrt styringssystem. Og slik er den rådende kulturen at nye nederlag mot forventningene møtes med mer detaljert styring, mer detaljert rapportering og strammere kontroll i kjeden fra departement til sykehusdirektør og videre til helsepersonellet. Kanskje er tiden inne for å se nærmere på hele styringsopplegget, for det finns et alternativ.

I Finland innførte man i 1990-årene en løsning bygget på radikal desentralisering. Den innebærer at Riksdagen under den årlige budsjettbehandlingen vedtar en matematisk formel som brukes for beregning av det statlige bidraget til helseformål per innbygger for hver kommune. Leddene i formelen påvirkes av befolkningstetthet, aldersstruktur i befolkningen, skatteinngang, språksituasjon, osv. Interessekamper utkjempes politisk om den relative vektlegging av disse forholdene. Når formelen er fastlagt i budsjettvedtaket, overtar et kontor (tre årsverk) i Helsedepartementet. Det framskaffer aktuelle data, setter inn i formelen, beregner pengebidraget per kommune. Så langt strekker den sentrale styringen seg, resten er lokalt ansvar. På kommunalt nivå vil de største byene ha sine egne sykehus og andre helseinstitusjoner, fordeler midler og oppdrag til disse etter egne prioriteringer. Mindre kommuner slår seg sammen om sykehusdriften, og håndterer koordineringen av dette enten ved å legge administrasjonen inn i en av kommunenes forvaltning, eller ved et separat, ganske lite kontor.

Den finske løsningen har klare fordeler. Meget lave administrative omkostninger, som naturligvis er viktig når man ikke har oljekilder. Og like viktig: prioriteringer og løsninger med tilhørende uenigheter avklares på lokalt nivå, og belaster ikke forvaltningen og politikken sentralt. En konsekvens av systemet er naturligvis at de lokale prioriteringene slår ulikt ut, slik at pengeinnsatsen i f.eks. omsorgen for barn i forhold til eldre kan variere. Likhet nasjonalt viker altså for lokalt selvstyre – en tanke som kanskje faller tungt i vårt land, men som finnene er fortrolige med.

Man har erfart at det følger noen svakheter med den ekstreme desentraliseringen. For det første har det vist seg nødvendig med en viss kontroll av at pengene faktisk benyttes for helseformål, og ikke spores av til andre kommunale oppgaver. Selv de disiplinerte finnene kan altså finne på slikt, men dette er trivielt. Viktigere er erkjennelsen av at den fullstendige desentraliseringen ikke ivaretar koordineringen av høyt spesialiserte ytelser særlig godt – tendensen er for lav konsentrasjon. På dette området vurderer man nå sentrale grep. Men alt i alt, den grunnleggende sunnheten i den finske løsningen beholdes: Nasjonalforsamlingen

fordeler pengene, og så får ytelsene bestemmes av hvor langt pengene rekker etter lokale prioriteringer og lokale løsninger.

Det er ikke vanskelig å se at styringsproblemene i vårt helsevesen henger sammen med at vi fastlegger sentralt både budsjett og krav til ytelser, - uten nødvendig sammenheng mellom disse. Og videre, at det i praksis er umulig å fastlegge slik sammenhenger sentralt. Her ligger den grunnleggende systemfeilen. Den avhjelpes ikke med nye styremedlemmer og direktører i et mangfold av organer, så lenge de uten faglig innsikt skal styre etter uforenelige pålegg fra oven.

5