Helseøkonomiske effekter av sykehussammenslåinger

Sammendrag

Bakgrunn. Sykehusene har lenge vært preget av økende aktivitet i pasientbehandlingen, utviding av tjenestetilbudet og kostnadsvekst. Det er samtidig påvist geografiske ulikheter i tilbudene. Reformen i 2002 var blant annet forventet å bidra til å begrense kostnadsveksten. Dette har bare delvis lyktes. Foretaksstrukturen og funksjonsfordelingen mellom sykehusene er derfor under fortløpende vurdering. Målet med denne litteraturgjennomgangen er å undersøke om sammenslåing av sykehus kan redusere kostnadene og samtidig gi bedre behandlingstilbud.

Materiale og metode. Artikkelen bygger på en prosjektoppgave fra Nasjonalt topplederprogram i 2006. Det ble utført et litteratursøk i Medline med søkeordene «hospital», «merger» og «cost saving». Resultatene oppsummeres og diskuteres.

Resultater. Sju originalartikler som beskriver erfaringer fra til sammen 476 sykehussammenslåinger i USA, Storbritannia og Norge i perioden 1982–2000 ble identifisert. Oppsummert viser litteraturen at sammenslåing av sykehus kan gi en kostnadsreduksjon på rundt 10 % hvis prosessen fører til reell fusjon med riktigere dimensjonering av tjenestetilbudet og utvikling av en ny og felles organisasjonskultur.

Fortolkning. Samarbeid mellom toppledelsen og fagbyråkratiet, spesielt leger i lederstillinger, er forutsetninger for å lykkes med sykehussammenslåinger. Risikoen for uforutsette problemer og forbigående reduksjon av kvaliteten på tjenestene er høy.

Artikkelen bygger delvis på en prosjektoppgave ved Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene (1)

Tor Ingebrigtsen
tor.ingebrigtsen@unn.no
Administrasjonen
Universitetssykehuset Nord-Norge
Postboks 100
9038 Tromsø
og
Institutt for klinisk medisin
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø

Sykehussektoren har lenge vært preget av økende aktivitet i pasientbehandlingen, utviding av tjenestetilbudet og kostnadsvekst. Det er samtidig påvist geografiske ulikheter i tilbudenes omfang, kvalitet og tilgjengelighet. Sykehusreformen i 2002 hadde bedre tilgjengelighet og økt kvalitet i behandlingstilbudene som hovedmål, men var også forventet å bidra til kostnadskontroll.

Det har bare delvis lyktes å begrense kostnadsveksten, og mange helseforetak driver fortsatt med underskudd. Dette svekker foretakenes evne til å investere i bygg og utstyr, og truer dermed fremtidig pasientbehandling. Foretaksstrukturen, sykehusstrukturen og funksjonsfordelingen mellom sykehusene er derfor under fortløpende vurdering. Sammenslåing av sykehus som tidligere var selvstendige driftsenheter til større helseforetak er et sentralt virkemiddel. Bakgrunnen er antakelsen om at sammenslåing kan gi stordriftsfordeler. Disse kan oppnås i virksomheter der det (2):

- påløper store faste driftskostnader uavhengig av aktivitetsnivået
- foreligger muligheter for spesialisert bruk av ressurser
- er mulig å styrke egen markedsposisjon i forhold til underleverandører

I sykehussektoren er beredskapsordningene, funksjonsfordeling og innkjøpssamarbeid eksempler på henholdsvis faste driftskostnader, spesialisert ressursbruk og styrket markedsposisjon.

I pasientbehandlingen er økt vektlegging av kunnskapsgrunnlaget (kunnskapsbasert medisin) en viktig strategi for å bedre kvaliteten. Leger og annet helsepersonell har ikke hatt tilsvarende fokus på kunnskapsgrunnlaget for organisering og ledelse av sykehus. Slik kunnskap er imidlertid tilgjengelig. Denne artikkelen oppsummerer forskningsbasert kunnskap om økonomiske effekter av sykehussammenslåinger. Målet er å belyse hvilke forhold som påvirker sjansene for å

redusere kostnadene og samtidig videreføre like gode eller bedre behandlingstilbud for pasientene.

Materiale og metode

Artikkelen bygger på en prosjektoppgave fra Nasjonalt topplederprogram i 2006 (2) og på et avgrenset elektronisk litteratursøk i Medline (PubMed) utført med søkeordene «hospital», «merger» og «cost saving». Søket identifiserte 53 artikler, og gjennomgang av abstraktene viste at tre spesifikt omhandlet analyser av kostnadsnivå før og etter sammenslåinger av sykehus eller helseforetak (3–5). Det ble deretter gjennomført et manuelt søk i litteraturreferansene i disse artiklene, og ytterligere fire artikler som omhandler samme problemstilling ble inkludert (6–9). Vi antar at vi med søkemethoden har identifisert de fleste aktuelle artikler som er publisert i Medline-indekserte tidsskrifter, men den tilfredsstillende ikke kravene til en systematisk litteraturgjennomgang og inkluderer ikke artikler publisert for eksempel i prosjektrapporter og bokkapitler.

Resultater

Det empiriske materialet består av sju originalartikler som beskriver til sammen 476 sammenslåinger av sykehus i USA, Storbritannia og Norge i perioden 1982–2000. To av artiklene omtaler delvis overlappende materialer (3, 8). Resultatene er kort oppsummert i tabell 1.

Dranove (7) begrenset sin analyse av 14 sammenslåingsprosesser til de ikke-medisinske serviceavdelingene og rapporterte 10 % kostnadsreduksjon, men gevinsten ble kun oppnådd ved sammenslåing av sykehus med mindre enn 270 senger. Fulop og med-

Hovedbudskap

- Sammenslåing av sykehus kan gi en kostnadsreduksjon på om lag 10 % hvis prosessen fører til reell sammensmelting av organisasjonene med felles organisasjonskultur og riktigere dimensjonering av tjenestetilbudet
- Samarbeid mellom toppledelsen og fagbyråkratiet, spesielt leger i lederstillinger, er en forutsetning for å lykkes
- Risikoen for uforutsette problemer og forbigående reduksjon av kvaliteten i tjenestene er høy

Tabell 1 Oversikt over sju originalartikler som beskriver til sammen 476 sammenslåinger av sykehus i USA, Storbritannia og Norge

Forfatter	Land	Antall sammen- slåinger	Kontroll- gruppe	Periode (årstall)	Hovedfunn
Alexander et al [6]	USA	92	Ja	1982–89	Kostnadsvekst både i studie- og kontrollgruppen, men 30 % lavere vekst i studiegruppen. Størst gevinst ved sammenslåing av like store sykehus
Connor et al [3]	USA	122	Ja	1986–94	Kostnadsvekst både i studie- og kontrollgruppen, men 7 % lavere vekst i studiegruppen. Større gevinst ved sammenslåing av like store sykehus
Dranove [7]	USA	14	Nei	1992	Data begrenset til ikke-medisinske serviceavdelinger. Små kostnadsreduksjoner (10 %) ved sammenslåing av sykehus med mindre enn 270 senger
Spang et al [8]	USA	108	Ja	1989–97	Kostnadsvekst både i studie- og kontrollgruppen, men 10 % lavere vekst i studiegruppen. Størst gevinst i geografiske områder med sterk konkurranse mellom sykehus
Fulop et al [4]	Storbritannia	11	Ja	1998–99	Kostnadsreduksjon på om lag 5 % av sykehusenes inntekt
Dranove & Linderot [5]	USA	122	Nei	1998–2000	Kostnadsreduksjon på 14 % fire år etter sammenslåing
Kjekshus & Hagen [9]	Norge	7	Nei	1992–2000	Kostnadseffektiviteten redusert med 2,5 % i gjennomsnitt, men bedring på 6 % i en sammenslåing som inkluderte nedlegging av akuttfunksjoner

arbeidere (4) begrenset analysen til de administrative kostnadene i en studie av 11 sykehussammenslåinger i Storbritannia og fant at kostnadsreduksjonen var om lag 5 %.

Alexander og medarbeidere (6) sammenliknet den samlede kostnadsutviklingen i 92 amerikanske sykehusorganisasjoner tre år før og etter sammenslåingsprosesser med en kontrollgruppe bestående av 276 sykehus som ikke var involvert i slike prosesser. Kostnadene økte i begge sykehusgruppene, men kostnadsveksten var lavere (528 amerikanske dollar per innleggelse) i de sykehusene som inngikk i sammenslåinger, sammenliknet med dem som ikke gjorde det (703 amerikanske dollar per innleggelse). Connor og medarbeidere (3) sammenliknet 244 sykehus som ble slått sammen til 122, med sykehus som ikke var involvert i sammenslåinger. De fant at veksten i kostnad per innleggelse var 7 % lavere i sammenslåingsgruppen gjennom en periode på åtte år. Effekten var størst ved sammenslåing av sykehus med omtrent samme størrelse. Spang og medarbeidere (8) gjorde en mer detaljert studie av 108 sammenslåinger som også inngikk i Connors studie, og fant at reduksjonen i kostnadsvekst var størst (16 %) i sykehusmarkeder med sterk konkurranse og at den var fraværende (0 %) i markeder uten konkurranse.

Dranove & Lindrooth (5) gjennomførte en omfattende studie av 122 sykehussammenslåinger i USA. I analysen skilte forfatterne mellom formelle sammenslåinger der tidligere selvstendige sykehus fikk felles eier og administrasjon, og reelle fusjoner der de gamle enhetene ble tett integrert i en ny organisasjon med felles fagmiljøer og etter hvert felles organisasjonskultur. Studien viste at sammenslåing i seg selv ikke medførte økonomiske gevinster, men reelle fusjoner førte til kostnadsreduksjon på gjen-

nomsnittlig 14 % etter 2–4 år. Forfatterne tolket dette som uttrykk for at reelle fusjoner førte til nedbygging av overskuddskapasitet og dermed reduksjon av unødvendig aktivitet.

Kjekshus & Hagen (9) studerte sju sammenslåingsprosesser i Norge og fant at disse generelt påvirket kostnadseffektiviteten negativt med 2,5 %. S sammenslåingen av sykehusene i Østfold utgjorde imidlertid et unntak. Der økte kostnadseffektiviteten med 6 %. Forfatterne tolket dette som uttrykk for at sammenslåinger må ledsages av større strukturendringer, som for eksempel sentralisering av akuttbereidskapen, hvis man skal oppnå en økonomisk gevinst.

Diskusjon

Oppsummert viser litteraturen at sammenslåing av sykehus kan gi et statistisk signifikant, men moderat økonomisk resultat på om lag 10 %. S sammenslåing fører ikke til reduserte kostnader, men til lavere kostnadsvekst. Generelt finner man at effekten er størst ved sammenslåing av forholdsvis små sykehus (mindre enn 200 senger) av omtrent samme størrelse. Dette er i overensstemmelse med en kunnskapsoppsummering der man konkluderte med at sykehus som har 200–400 senger er mest kostnadseffektive og at kostnaden per behandlet pasient går opp når sengetallet passerer 600 (10). Den viktigste observasjonen er imidlertid at det ikke er samordningsgevinster i seg selv, men reduksjon av eventuell overflødig kapasitet samt utvikling av en ny integrert organisasjon med felles fagmiljøer og felles organisasjonskultur som kan redusere kostnadsveksten.

Organisasjonskulturen kan defineres som de sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med

hverandre og omgivelsene. Bang (11) hevder at en sterk kultur kan sikre lojalitet og oppslutning om verdier og mål for virksomheten ved å virke integrerende, identitets-skapende og angstreduserende, dermed også retningsgivende på atferd.

Sykehus kan forstås som komplekse kunnskapsorganisasjoner der helsearbeidernes kompetanse og samspillet mellom de forskjellige delene av organisasjonen utgjør grunnlaget for å skape gode tjenester. Organisasjonsteoretikeren Mintzberg fremhever at slike fagbyråkratier fungerer uten en sterk sentral ledelse (12). Standardisering av kompetansen gjennom fagutdanningene er den viktigste koordinerende mekanismen, og mellomledere med tilhørighet i profesjonene har mye makt. Ledere som står utenfor fagmiljøene og forsøker å styre gjennom mekanismer som direkte supervisjon, standardisering av arbeidsprosessene eller økonomiske incentiver, finner ofte at tiltakene har mindre effekt enn i andre store organisasjoner.

Kan ledelsen i helseforetakene påvirke fagbyråkratiet og organisasjonskulturen slik at sammenslåingsprosesser blir faglig og driftsøkonomisk vellykkede? Studier fra Australia antyder at støtte fra et flertall av lederne på avdelingsnivå ser ut til å være nødvendig for gjennomføring av vellykket endring (13). Øvretveit (14) studerte endringsprosesser i norske og svenske sykehus og fant at det var av spesielt stor betydning å oppnå støtte fra leger i lederposisjoner.

Baskin og medarbeidere (15) beskriver en vellykket sammenslåings- og omstrukturingsprosess i detalj. Forfatterne hevder at forståelse for kompleksitetsteori og det å se sykehusene som tilpasningsdyktige, er en forutsetning for å lykkes. Topplederne valgte å synliggjøre forskjellene i organisasjonskultur istedenfor å late som om den nye or-

ganisasjonen hadde en felles kultur. Man satset deretter på relasjonsbygging og fri informasjonsflyt på tvers av de gamle organisasjonskulturene og geografiske lokalisasjoner. Over tid utviklet det seg en ny felles kultur som ikke representerte summen av de to gamle, og som heller ikke var preget av at den ene kulturen hadde «vunnet» over den andre.

I noen av studiene vurderte man også andre resultatvariabler enn de økonomiske effektene etter sammenslåing av sykehus. Fulop og medarbeidere (4) gjorde en kvalitativ dybdestudie av fire sammenslåingsprosesser og konkluderte med at behandlingskvaliteten ble dårligere i gjennomføringsfasen, sannsynligvis fordi restruktureringen dreide lederfokus bort fra pasientbehandlingen. Andre undersøkelser tyder på at behandlingskvaliteten kan bedres, særlig for noen kompliserte kirurgiske prosedyrer, når sammenslåing fører til at virksomheter med lavt volum samles på færre steder (16). Brousselle og medarbeidere (17) oppsummerte forskningsbasert litteratur om strukturendringer og sammenslåinger av sykehus, og konkluderte med at betydelige organisatoriske problemer er vanlig.

Konklusjon

Kunnskapsgrunnlag peker i retning av at sammenslåing av sykehus i seg selv ikke fører til reduserte kostnader, men det kan oppnås en kostnadsreduksjon på rundt 10 %

hvis sammenslåingen fører til reell fusjon mellom tidligere selvstendige sykehus med riktigere dimensjonering av tjenestetilbudet og utvikling av en ny felles organisasjonskultur. Samarbeid mellom toppledelsen og fagbyråkratiet, spesielt leger i lederstillinger, er forutsetninger for å lykkes med dette.

Jeg vil takke Bror Johnstad, Sykehuset Innlandet, Ingebjørg Kismul, Helse Fonna, Laila Nemeth, Helse Fonna, og Kathi Sørvig, Sunnaas sykehus, som har vært med på å skrive prosjektoppgaven.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Johnstad B, Kismul I, Nemeth L et al. Strukturendringer og funksjonsfordelinger i helseforetak – forhold som fremmer og hemmer endringsprosesser. Prosjektoppgave. Oslo: Nasjonalt topplederprogram, 2006.
2. Given RS. Economies of scale and scope as an explanation of merger and output diversification activities in the health maintenance organization industry. *J Health Econ* 1996; 15: 685–713.
3. Connor RA, Feldman RD, Dowd BE et al. Which type of hospital mergers save consumers money? *Health Aff* 1997; 16: 62–74.
4. Fulop N, Protosaltis G, Hutchings A et al. Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. *BMJ* 2002; 325: 246–52.
5. Dranove D, Lindrooth R. Hospital consolidation and costs: another look at the evidence. *J Health Econ* 2003; 22: 983–97.
6. Alexander JA, Halpern MT, Lee SY. The short-term effects of merger on hospital operations. *Health Serv Res* 1996; 30: 827–47.
7. Dranove D. Economies of scale in non-revenue producing cost centers: implications for hospital mergers. *J Health Econ* 1998; 17: 69–83.
8. Spang HR, Bazzoli GJ, Arnould RJ. Hospital mergers and savings for consumers: exploring new evidence. *Health Aff* 2001; 20: 150–8.
9. Kjekshus LE, Hagen TP. Ga sammenstilling av sykehus høyere effektivitet? Erfaringer fra Norge i 1990-årene. *Tidsskrift for Velferdsforskning* 2003; 6: 3–16.
10. Posnett J. Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. *BMJ* 1999; 319: 1063–5.
11. Bang H. Organisasjonskultur. Oslo: Tano Aschehoug, 1995.
12. Mintzberg H. The professional bureaucracy. I: Mintzberg H. *Structure in fives: Designing effective organizations*. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1983: 189–213.
13. Degeling P, Carr A. Leadership for the systematization of health care: the unaddressed issue in health care reform. *J Health Organ Manag* 2004; 18: 399–414.
14. Øvretveit J. Leading improvement. *J Health Organ Manag* 2005; 19: 413–30.
15. Baskin K, Goldstein J, Lindberg C. Merging, de-merging, and emerging at Deaconess Billings Clinic. *Physician Exec* 2000; 26: 20–5.
16. Teisberg P, Hansen FH, Hotvedt R et al. Pasientvolum og behandlingskvalitet. Metodevurdering basert på egen og internasjonal litteraturgransking. SMM-rapport nr. 2/2000. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2000.
17. Brousselle A, Denis J-L, Langley A. What do we know about hospital mergers? A selected annotated bibliography. Ottawa: Canadian health services research foundation, 1999.

Manuskriptet ble mottatt 21.8. 2009 og godkjent 18.2. 2010. Medisinsk redaktør Are Brean.