
”Fristilte” sykehus – markedsetikk fremfor profesjons- og samfunnsetikk

KRONIKK

DAG JOHANSEN

Rana sykehus
Kirurgisk avdeling
8607 Mo i Rana

Helseminister Tore Tønne signaliserer ”fristilling” av de offentlige sykehusene og økt satsing på private ressurser i helsesektoren og sykehusene. Den uttalte hensikt er å gjøre sykehusene bedre og mer effektive. 22.12. 1999 la tidligere helseminister Dagfinn Høybråten frem forslag til ny lov om fylkeskommunale sykehusselskaper, inkludert sykehusaksjeselskaper, og denne venter nå på behandling i Stortinget. I denne kronikken drøftes innholdet og konsekvensene av ”fristilling”. Begrepet ”fristilling” er satt i anførselstegn fordi kronikkforfatteren mener sykehusselskapsformen vil gi skjerpet økonomistyring og mindre faglig frihet enn sykehus drevet som offentlige forvaltningsorganer. Det argumenteres for at sykehussektoren ikke tilfredsstiller kravene til markeds plass. Egennytte og markedstenkning vil sannsynligvis erstatte tradisjonell profesjonsetikk basert på uegennytte. Internasjonale erfaringer støtter ikke antakelsen om at markedsstyring av sykehusvesenet gir økt kostnadseffektivitet eller bedre behandlingskvalitet, snarere tvert imot. ”Fristilling” vil øke byråkratiet, redusere pasienttid og pasientsikkerhet og true utdanning og forskning. Spesialistdekningen i Distrikts-Norge kan bli forverret.

Basert på foredrag under kurs i ledelse og aktuell helsepolitikk arrangert av Norsk Overlegeforening på Røros 13.3. 2000

Sørensen-utvalgets flertall la frem sin innstilling for ”fristilling” av norske sykehus – inkludert AS – 23.3. 1999 (1). På side 19 og 94 i innstillingen innrømmer utvalget at det ikke har hatt tid til å utrede økonomiske, medisinske, helsepolitiske eller samfunnsmessige konsekvenser av sine forslag, slik de ifølge mandatet fra Sosial- og helsedepartementet burde ha gjort. Dårlig tid måtte også tidligere helseminister

Dagfinn Høybråten ha hatt da han allerede 22.12. 1999 la frem et tilnærmet identisk lovforslag der det åpnes for å omdanne sykehusene til fylkeskommunale sykehusselskaper, inkludert sykehusaksjeselskaper (2). Argumentene i odelstingsproposisjonen er allmenne og vage, som ”generelt reformbehov i styringen av de offentlige sykehusene”, ”sykehusenes størrelse og kompleksitet” (s. 15), ”effektiv ressursbruk”, ”brukerstyring” og ”tilpasse seg . . . de nye . . . markedsbaserte rammevilkårene, (. . .) innsatsstyrt finansiering og fritt sykehusvalg” (s. 24). Det har videre vært svært vanskelig å få i gang en offentlig debatt om disse spørsmålene. Bl.a. er to kronikker i Dagbladet (3, 4) av forfattere til *Motmelding til Sørensen-utvalgets innstilling* (5) blitt stående ubesvart. Man kan lure på om lovendringene skal gjennomføres raskt og i det stille uten for mye oppmerksomhet.

Politisk styring eller økonomistyring?

Det har vært hevdet, bl.a. under overlegekurset på Røros 13.3. 2000, at ”fristilling” av sykehus er det samme som fristilling fra politisk detaljstyring og at dette har ødelagt så mye i det offentlige helsevesen. Min erfaring fra 19 år i helsevesenet, stort sett i ulike sykehus, er en annen. Det vi har sett av politisk styring, for eksempel retningslinjene for pasientprioritering etter Lønning I- og Lønning II-utvalgene, har etter min mening vært fornuftig og bra.

Det som derimot har preget min tid i sykehusvesenet er at graden av økonomistyring stadig har tiltatt. Budsjettrammene er blitt strammere i forhold til behovene, som har økt i takt med den medisinske utviklingen. Man sliter med gammelt, nedslitt utstyr som for eksempel forlenger og traumatiserer operasjonene unødvendig. Sengetall og liggetid har gradvis gått ned. Presset på å være raskere og raskere i møtet med pasientene har økt. Økonomiansvaret er skjøvet helt ned på den enkelte sengepost, der man må bruke tid på regnskapsførsel osv. I takt med at antall økonomer og konsulenter i sykehusledelsen har økt, er målsettingen med sykehusdrift blitt å gjennomføre vår hovedoppgave, pasientbehandlingen, så fort og så billig som mulig – samtidig som tiden til møtevirksomhet om budsjett/regnskap, diagnosekoding og annet pålagt papirarbeid har økt på grunn av den samme økonomistyringen. Dette forholdet forverret seg etter at innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i 1997.

Min holdning er at feilen med dagens politiske forvaltningsorganisering av sykehusene har vært mangel på politisk styring. Jeg har savnet helse- og samfunnspolitiske visjoner overordnet snever, kortsiktig og smålig økonomitenkning i verdens fjerde rikeste land, som f.eks. lå på 11. plass i OECD-sammenheng når det gjaldt bevilgninger til helse i 1996. Etter mitt syn bør sykehusene ansees som en vesentlig bærebjelke i en solidarisk velferdsstat (6): Du skal få hjelp etter behov, uavhengig av økonomi, bosted, kjønn, etnisk tilhørighet og – sett i lys av dagens virkelighet – uavhengig av hvilken diagnose du har.

Sørensen-utvalgets flertallsinnstilling og tidligere helseminister Høybråtens lovforslag om å åpne for ”fristilling” av norske sykehus er et avgjørende angrep på denne bærebjelken i velferdsstaten. Sørensen-utvalget innrømmer (NOU 1999: 15 s. 63) at dette er eierformer som passer for ”næringsvirksomhet som bør drives ut fra forretningsmessige prinsipper . . .” (1). Etter aksjeloven vil for eksempel AS-sykehus kunne bli slått konkurs. Å tillate landets sykehus å bli egne rettssubjekter,

fylkeskommunale sykehusselskaper eller aksjeselskaper vil langt på vei befeste et systemskifte i retning rent markedssystem i sykehusvesenet, og dermed true allment tilgjengelig og rettferdig offentlig helsetjeneste i Norge.

Privatisering

Sørensen-utvalget hevder at ”fristilling” ikke har noe med privatisering å gjøre (s. 18) fordi sykehusselskapene fortsatt skal være i offentlig eie (1). I en snever definisjon av begrepet privatisering er det mulig å hevde dette. Jeg påstår imidlertid at en slik definisjon tilslører realitetene.

Eieren, dvs. fylkeskommune eller stat, får begrensede styringsmuligheter formelt og reelt. Sykehusselskaper kan bare styres av de folkevalgte gjennom vedtekter og direktiver på selskapsmøtene samt ved inngåelse av juridisk forpliktende (anbuds)kontrakter, såkalt kontraktstyring. Mellom selskapsmøtene står de enkelte sykehusstyrene fritt i forhold til fylkeskommunen/staten innenfor vedtatte rammer. Sykehusstyret har i praksis råderetten over eventuelle overskudd (krav om styrets samtykke, § 5). Vedtektene kan utformes slik at styret også gis adgang til å ta opp lån (§ 33). Hovedmålsettingen for driften blir dermed å sørge for at sykehusselskapet får tilstrekkelig inntjening, aller helst økonomisk overskudd, ut av folketrygdpenge og egenandeler. Dette forsterkes av at styreleder og styremedlemmene vil få ”et personlig ansvar for tap som de forårsaker på grunn av manglende aktsomhet ved utførelsen av sine oppgaver i sykehusselskapet” (Sosial- og helsedepartementets kommentar til § 42 ”Erstatningsansvar” i Odelstingsproposisjon nr. 25 (1999 – 2000) s. 62) (2). Det må følgelig bli mindre rom og mindre interesse i sykehusselskapene for å ta på seg oppgaver som gir liten eller ingen økonomisk uttelling, f.eks. behandling av kronikere, kreftpasienter med ”for dyre” cytostatikakurer eller undervisning og forskning. For å ta opp tråden fra innledningen: Økonomistyringen blir betydelig skjerpet.

Dette helsepolitiske faktum kan intet senere fylkesting eller departement gjøre noe med dersom ”fristilte” sykehus først er etablert. Dette er ansvarsprivatisering: Svekkelse av de folkevalgtes kontroll med prioriteringene innen helsevesenet og overføring av denne til sterke grupperinger eller – som i dette tilfellet – nærmest til en privat interesse. Man innfører egennytte som drivkraft og veiviser i sykehusvesenet, det jeg vil kalle markedsetikk: Pasientene blir middel for økonomisk inntjening, ikke et mål i seg selv. Dette står i motsetning til den uegennytte som tradisjonelt har preget profesjonsetikken i offentlig helsesektor, der vi spleiser på tiltak for de syke, av hensyn til de sykes beste, uavhengig av om man selv vil tjene på det.

Videre, Sørensen-utvalgets flertallsinnstilling og Høybråtens lovforslag vil føre til at offentlige sykehus utsettes for økt markedskonkurranse. Jeg sier økt markedskonkurranse fordi begynnende markedskonkurranse fikk vi allerede da fritt sykehusvalg ble innført i 1999. Med ”fristilling” av sykehus er det meningen å gå et skritt videre gjennom å skape et tydelig skille mellom oppdragsgiver (fylkeskommune/stat) og utfører av sykehustjenestene (2). Fylkeskommunene kan utlyse anbudskonkurranser på visse behandlinger. På grunn av det frie sykehusvalg behøver ikke kontrakten nødvendigvis å gå til sykehusselskap i hjemfylket. Også landets tre privateide sykehus (Volvat, Klinikk 8 og Røde Kors) vil kunne delta i disse anbudskonkurransene. Samtidig vil det bare være enkle, forutsigbare og klare

diagnoser og behandlinger som egner seg for slike anbudsrunder, av type grå stør, hofteproteser eller lyskebrokk. I kjølvannet av en eventuell lov om ”fristilling” av sykehus vil det med andre ord bli et større volum av pasienter å konkurrere om mellom de offentlig eide sykehusene og mellom offentlig eide og private sykehus.

Økt markeds konkurranse og større volum av lukrative pasienter på ”markedet” – man trenger ikke være spåmann for å skjønne hvordan dette vil gå. Markedskreftene vil styre, det politiske miljøet blir stående på sidelinjen overfor ”markedets usynlige hånd”. Jeg tror det er svært sannsynlig at de private sykehusene – både nåværende og nye som vil bli forsøkt opprettet – kommer til å utvide sine ”markedsandeler”. Det vil skje fordi de kan tilby høyere effektivitet, i betydningen kostnadseffektivitet, da de står uten krav til akuttberedskap og uten krav til å ta mer kompliserte behandlinger og pasienter.

Jeg mener en slik utvikling må kalles markedsprivatisering. Privateide sykehus vil komme til å styrke sin posisjon i Norge. Markedsetikk og lønnsomhetstenkning vil befeste seg i offentlige sykehus. I kjølvannet av dette blir det økt (lønns)konkurranse om arbeidskraften, særlig vår kategori, legespesialistene, som jo utløser stykkprisutbetalingene. Dette vil kunne gå utover spesialistdekningen ved landets lokalsykehus og ved perifere sentral- og regionsykehus som for eksempel Nordland Sentralsykehus i Bodø eller Regionsykehuset i Tromsø.

Er marked i sykehussektoren mulig?

I et fritt og velfungerende marked vil rasjonelle, informerte kjøpere velge de beste tilbudene. Slik blir selgerne (i denne sammenheng: sykehusene) presset til å holde kvaliteten oppe og prisene nede så lenge det er konkurranse om kjøperne (i denne sammenheng: pasientene og fylkeskommunene). Tanken bak fritt sykehusvalg og lovforslaget om ”fristilte” sykehus er at det skal virke slik i et offentlig helsevesen også. Det er imidlertid vesentlige forskjeller mellom helsetjenester og andre varer og mellom syke pasienter og andre forbrukere som gjør at slik fungerer det ikke.

Et godt og fritt valg forutsetter (4)

- –at man vet hva man trenger
- –at man har oversikt over tilbudene
- –at nytten av tilbudene lar seg sammenlikne
- –at man har reell valgmulighet og styrke til å velge

Jeg siterer Jörg Dietrich Hoppe – president i den tyske legeforeningen, som sammen med det tyske sykepleierforbundet mønstret 25 000 mennesker i demonstrasjonstog gjennom Berlins gater 22.9. 1999 mot de nye markedsinspirerte helselovene i Tyskland (7): ”Pasienter kan ikke være konsumenter eller kunder, det er innlysende. I et markedssystem må i så fall pasienten ha en mulighet til å velge. Det er hovedkriteriet ved et marked. Har du 5 000 tyske mark i lommen, kan du dra til byen og kjøpe deg et stereoanlegg i butikk A, B eller C. Men hvordan fungerer dette dersom du er 65 år og har brukket hofte, eller dersom du har fått et hjerteinfarkt, eller du er et barn som er misbrukt? Hele denne ideen om at pasientene er konsumenter, er latterlig!”

Som pasient vet man ofte ikke hva man trenger . Enkelte helseproblemer som grå stær og lyskebrokk er imidlertid lette å definere både for pasient og lege. Det er disse og liknende tilstander lovforslaget om ”fristilte” sykehus vil skape konkurranse og økt oppmerksomhet rundt, man kan godt si økt prioritet, fordi de er de eneste som kan se ut som de eigner seg for et sykehusmarked. Men ofte er det å finne ut av hva som er problemet en lang og vanskelig prosess.

Har man oversikt over tilbudene? Det krever mye arbeid å holde oversikt over behandlingstilbudene ved de ulike sykehusene. De færreste pasientene vil ha mulighet til å skaffe seg det. Man kan imidlertid tenke seg en paradoksal situasjon der de friskeste og mest ressurssterke pasientene er best informert, gjør de beste valgene og også har makt til å klare seg best på et sykehusmarked.

Kan tilbudenenes nytteverdi sammenliknes? Skal det bli reell konkurranse mellom sykehus, stiller markedsteorien krav om at antatt like helsetjenester må kunne sammenliknes for at man skal kunne finne det beste tilbudet. Når det gjelder vaskepulver og biler, går dette greit. Men diagnoser er ofte ikke enhetlige. Et skiveprolaps eller et artrosekne kan være mer eller mindre uttalt, ha vart i kortere eller lengre tid, med eller uten kompliserende tilstander. Nytteverdien av behandling, for eksempel operasjon, er bl.a. avhengig hvor kirurgen setter indikasjonsstillingen samt kirurgisk teknikk. Har sykehuset flere kirurger som gjør samme operasjon, sier det seg selv at det blir enda vanskeligere å sammenlikne resultater sykehusene imellom og å forutsi nytteverdien av en bestemt behandling for en bestemt pasient. Premisset om konkurranse mellom helsetjenesteleverandører er altså vanskelig å oppfylle fordi likt ikke kan sammenliknes med likt.

Har man reell valgmulighet og styrke til å velge når man er syk? Forutsetningen om den rasjonelle forbruker som maksimerer sin egeninteresse og dermed presser frem bedre og billigere produkter, kan knapt gjelde de sykeste. Disse pasientene er ikke preget av rasjonell kalkyle! Pasientene i Norge utenom det sentrale østlandsområdet har dessuten stort sett bare ett sykehus å velge i rimelig nærhet. Dersom sykehussentraliseringen tiltar, for eksempel som følge av lønnsk konkurranse om legespesialistene, kan antall tilgjengelige alternativer reduseres ytterligere. Innføringen av fritt sykehusvalg og ev. ”fristilte” sykehus behøver altså ikke svare til at man i virkeligheten får et reelt valg. Få har hittil benyttet seg av det frie sykehusvalg.

Også tidligere helseminister Dagfinn Høybråten påpekte ifølge utskriften fra Sosial- og helsedepartementet i en tale for landets fylkesordførere 2.8. 1999 at markedsmekanismene verken fungerer eller er egnet i helsevesenet. I slutten av talen sin konkluderte han *likevel* med å gå inn for markedsbasert konkurranse, i troen på at dette ”bidrar til kostnadsbesparelser”. Og for å ”kompensere for imperfeksjonen ved helsemarkedet” ville han forsterke politisk styring av bl.a. fordelingen av helsepersonell, pasientprioritering og kvalitet.

Han lyktes usedvanlig dårlig i det helsemarkedet som for tiden eksisterer i Norge. Aftenposten meldte for eksempel 13.2. 2000 at antall leger i Nord-Norge er redusert med 41 siden mai 1999, til tross for at det samtidig ble 290 flere leger i Norge og at legemangelen i Nord-Norge er prekær mange steder. Når det gjelder pasientprioritering etter innføring av innsatsstyrt finansiering, mente 25 % av 324 avdelingsoverleger ved norske sykehus at operasjoner og behandling i avdelingene blir nedprioritert på grunn

av at man er avhengig av mer inntektsgivende poliklinisk behandling (8). All erfaring viser altså at slippes markedskreftene løs, tar de styringen. Økonomi, ikke medisin og helhetlig samfunnshensyn, blir det styrende prinsipp.

Er sykehusmarkedet effektivt?

Effektivitet er et relativt begrep. Det som er effektivt i forhold til ett mål, kan være ineffektivt i forhold til et annet. Målsettingen om å operere flest mulig står i motsetning til å unngå unødvendige inngrep, for eksempel fordi man får for liten pasienttid til å klargjøre diagnosen og stille riktig behandlingsindikasjon. En unødvendig operasjon vil telle positivt i produksjonsregnskapet, men kan være en katastrofe for pasienten. En for raskt utført operasjon kan også et dårlig utført inngrep med tilbakefall eller komplikasjoner som resultat. Kvantitet over visse grenser står i motsetning til kvalitet. Norsk sykehusstatistikk fanger ikke opp dette, bl.a. fordi pasientbehandlingene ikke registreres på personnummer. Samme pasient kan for eksempel bli operert tre ganger for samme lidelse. Dette vil telle som ny behandling hver gang, mens det egentlig kan være uttrykk for store komplikasjoner, det motsatte av effektivitet. Det er imidlertid utarbeidet statistikk på sannsynligheten for at en pasient blir reinnlagt som øyeblikkelig hjelp på norske sykehus innen 31 dager. Denne sannsynligheten steg fra 6,3 % i 1991 til 7,8 % i 1997 (9). Det kan tyde på en viss redusert behandlingskvalitet i perioden.

Ser vi på erfaringene fra USA og flere EU-land, kan det si litt om kostnadseffektiviteten i et markedsstyrt sykehusvesen som "fristilling" vil lede oss inn i. I USA brukte man i 1996 14,2 % av bruttonasjonalprodukt på helseutgifter og har "det dyreste, mest sløsende og urettferdige helsevesen i verden" (10). Til sammenlikning brukte vi i Norge 6,5 % av BNP på helse det samme året. Samtidig har USA for eksempel en barnedødelighet på u-landsnivå fordi det markedsstyrte helsevesenet ikke kommer dem til gode som trenger det mest. Det er særlig administrasjonsutgiftene og profitten som tynger det amerikanske helsevesenet. Dette alene utgjør omtrent like mye som de samlede utgiftene til å drive hele det britiske helsevesen (11). Etter at det engelske helsevesen gjennomførte "indre marked" i 1991 – ikke prinsipielt forskjellig fra det lovforslaget Høybåten la på bordet 22.12. 1999 – vokste byråkratiet pga. arbeidet med løpende markedsorientering og utredning av hvilke tilbud som skulle være best. Da Labour-regjeringen satte markedsreformen i revers etter parlamentsvalget i 1997, uttalte den i et såkalt White Paper at "avskaffelsen av det indre marked vil kutte en milliard pund i byråkrati i løpet av parlamentsperioden for å bli investert i pasientbehandling" (12).

En stor undersøkelse i samtlige EU-land fra 1996 ble referert av professor Kjeld Møller Pedersen, Odense Universitet, under Nordlandskonferansen i Kabelvåg 21.3. 1999. Den viste at Danmark var på 9. plass når det gjaldt helseutgifter per innbygger, men lå på førsteplass når det gjaldt hvor fornøyd befolkningen var med helsevesenet sitt (91 % meget godt fornøyd). Danmark har nesten ingen markedsliknende innslag i sitt helsevesen (fritt sykehusvalg siden 1992, som nesten ingen benytter seg av, 100 % rammefinansiering frem til 1999, 10 % DRG-stykkprisfinansiering fra år 2000). I Tyskland og Frankrike, der det er mange markedsliknende innslag i sykehusvesenet, lå man derimot på topp i utgifter, men langt nede når det gjaldt hvor fornøyd befolkningen var (hhv. 67 % og 66 % meget godt fornøyd).

Internasjonale erfaringer støtter derfor ikke troen på at et sykehusmarked vil bidra til kostnadsbesparelser. Tvert imot, sannsynligheten for at administrasjonsutgiftene vil øke, er mye større.

Sykehusmarked og kvalitet

Generelt vil det være slik at økt tidspress på diagnose og behandling, slik innsatsstyrt finansiering, økonomisk driftsmålsetting og anbudskonkurranse mellom sykehus legger opp til, vil øke sannsynligheten for feilbehandling og komplikasjoner.

Undersøkelser fra USA viser at behandlingskvaliteten ved sykehus drevet etter økonomisk vinningsmotiv gjennomgående er dårligere og dyrere enn ved sykehus drevet som ideelle stiftelser (13 – 16). I disse undersøkelsene, referert i *New England Journal of Medicine*, ble det vist at både komplikasjoner etter operasjoner og dødelighet ved sammenliknbare diagnoser var signifikant høyere på ”for profit”-sykehusene. Dette kommenteres i beske ordelag i en lederartikkel i samme nummer (17). Men siden markedsmekanismene ikke virker i forhold til pasientene, fortsetter disse sykehusene å eksistere.

Under ”det indre marked” i engelsk helsevesen ble det avdekket store faglige skandaler som ble direkte knyttet til hva som kan skje når markedsmekanismene får dominere. Et eksempel er skandalen i Kent og Canterbury Hospital, der manglende kvalitetskontroll av celleprøver fra livmorhalsen hos 90 000 kvinner har ført til sykdom, lidelse og tidlig død for mange (18).

Et annet eksempel er Bristol-saken. Min saksfremstilling bygger på artikler om saken i tre nummer av *Lancet* (19 – 22). Mellom 1988 og 1995 hadde Bristol Royal Infirmary over dobbelt så stor dødelighet etter visse typer hjertekirurgi hos barn enn andre engelske sykehus. Poenget her er tosidig: Hvorfor fortsatte kirurgene å operere uten å søke hjelp hos kolleger ved andre sykehus når de så at resultatene var så mye dårligere enn vanlig? Og hvorfor grep ikke direktøren for the United Bristol Healthcare NHS Trust inn, selv ikke da han skriftlig var blitt gjort oppmerksom på forholdene av en av sykehusets anestesileger? Foruten personlige feil hos de involverte er svaret også systemfeil: Ved å sette sykehusselskapene (i England: trusts) i et konkurranseforhold ble det en tendens til at direktørene undertrykte enhver informasjon som kunne skade sykehuset og dets mulighet til å få nye kontrakter. På grunn av konkurransen ble det også vanskeligere for sykehusene å samarbeide om konferanser og faglige problemer. Dette er spesielt uheldig i en tid hvor den faglige utviklingen er så rask. Dette står i direkte motsetning til Sørensen-utvalgets argumentasjon for ”fristilling” – om at sykehusene ”må kunne tilpasse seg raske endringer i behandlingsmetoder . . .” (s. 14).

Konklusjon

”Fristilling” av sykehus vil føre til markedsstyring i norsk sykehusvesen. All erfaring viser entydig at markedskreftene raskt overtar kommandoen når de først slippes løs – også innenfor helsevesenet. Politisk, folkevalgt kontroll og prioritering vil bli tilsidesatt. Økonomi og egennytte vil bli det styrende prinsipp, ikke medisin og samfunnshensyn. Dette vil gå utover de sykehusoppgavene som gir mindre eller intet

økonomisk utbytte, for eksempel kronisk syke pasienter, mange cancerpasienter, opplæring av nye spesialister, forskning m.m. Pasientene blir et middel til økonomisk inntjening, ikke mål i seg selv. Enkle, ofte mindre alvorligere diagnoser og behandlinger er forutsigbare og vil bli kilde for konkurranse og økt prioritet mellom sykehusene. Et sykehusmarked vil sette pasienttid under ytterligere press, med redusert pasientsikkerhet som resultat.

”Fristilling” og anbudskonkurranser vil gi større armslag for private sykehus. Det vil sette norske sykehus i et konkurranseforhold istedenfor et samarbeidsforhold til hverandre. Dette er spesielt uheldig i en tid med raske faglige endringer, og vil være et hinder for faglig utvikling. Internasjonale erfaringer viser også at markedsstyrt sykehusvesen gir økte utgifter til administrasjon.

Sammen med seks andre kolleger har undertegnede i *Motmelding til Sørensen-utvalgets innstilling* (5) formulert følgende alternativ til ”fristilling” av sykehusene (stikkordsform): Sykehusene bør være politisk styrte offentlige forvaltningsorganer. Medisin og behandlingskvalitet må settes i sentrum for driften, med klinikere i ledelsen av sykehusene. Samarbeid, ikke konkurranse mellom sykehusene. Innsatsstyrt finansiering må reduseres til f.eks. 10 % av inntektsgrunnlaget. Et minstekrav må være at ingen nye markedsreformer innføres i norsk sykehusvesen før Riksrevisjonen har lagt frem sin granskning av ISF-ordningen våren 2001 (23).

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus. NOU 1999: 15. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
2. Ot.prp. nr. 25 (1999 – 2000). Om lov om fylkeskommunale sykehusselskaper med mer.
3. Johansen D, Westin S. Sykehusmarked – dyrt og dårlig. Dagbladet 29.10.1999.
4. Arnesen T. Er markedsstyring effektivt? Dagbladet 1.12.1999.
5. Arnesen T, Brattebø J, Fosse A, Gilbert M, Johansen D, Swensen E et al. Motmelding til Sørensen-utvalgets innstilling (NOU 1999: 15 Hvor nært skal det være? – Tilknytningsformer for offentlige sykehus) og markedsreformene i sykehusvesenet. 2. utgave. Mo i Rana: Rana sykehus, 1999.
6. Westin S. Velferd og helse i folketrygdens århundre. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4507 – 13.
7. Godal T. Den tyske legepresidenten: – Vi taper helsekrigen. Dagens Medisin 17.2.2000.
8. Halvorsen P. Presses til å prioritere inntekt fremfor medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3480 – 1.
9. Rønningen L. Samdata sykehus. Tabeller 1997; NIS-rapport 2/98. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, 1998.

10. Light DW. Is NHS purchasing serious? An American perspective. *BMJ* 1998; 316: 217 – 20.
11. Himmelstein DU, Woolhandler S. NHS at 50. An american view. *Lancet* 1998; 352: 54 – 5.
12. The new NHS: Modern. Dependable. London: HMSO, 1997.
13. Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image J Nurs Sch* 1998; 30: 315 – 21.
14. Hartz AJ, Krakauer H, Kuhn EM, Young M, Jacobsen SJ, Gay G et al. Hospital characteristics and mortality rates. *N Engl J Med* 1989; 321: 1720 – 5.
15. Thomas EJ, Orav EJ, Brennan TA. Hospital ownership is associated with preventable adverse events. I: Proceedings of enhancing patient safety and reducing errors in health care. Rancho Mirage, CA, November 8 – 10, 1998. Chicago: National Patient Safety Foundation, 1999: 170 – 4.
16. Silverman EM, Skinner JS, Fisher ES. The association between for-profit hospital ownership and increased medicare spending. *N Engl J Med* 1999; 341: 420 – 6.
17. Woolhandler S, Himmelstein DU. When money is the mission. The high costs of investorowned care. *N Engl J Med* 1999; 341: 444 – 6.
18. Disaster: a cancer in the system. BBC2 "Investigation of the day" 29.3.1999.
19. Horton R. Doctors, the General Medical Council, and Bristol. *Lancet* 1998; 352: 1525 – 6.
20. First lessons from the "Bristol case". *Lancet* 1998; 351: 1669.
21. Ramsay S. Evidence against "Bristol-case" doctors found proven. *Lancet* 1998; 351: 1707.
22. Stewart JAD, Waldron HA, Smith JH, Macrae DJ, Smith EC, Yandle B et al. Time for reflection after the Bristol case. *Lancet* 1998; 352: 231 – 2.
23. Godal T. Skal granske sykehusdrift. *Dagens Medisin* 17.2.2000.

Publisert: 20. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.