
Nedbygging av velferdsstaten

KOMMENTAR

DAG JOHANSEN

Email: drj@rasyk.nl.no

Rana sykehus

8607 Mo i Rana

Kirurgisk avdeling

Den nye programerklæringen til Akademikerne argumenterer for fristilling og konkurranseutsetting av offentlige tjenester. Akademikerne og Legeforeningen støtter med det moteriktige standpunkter med opphav i internasjonal høyreside.

I Tidsskriftet nr. 28/2000 argumenterer president Hans Petter Aarseth for Akademikernes nye programerklæring, som har fått den misvisende tittelen *Videreutvikling av velferdssamfunnet* (1). Hovedinnholdet i denne er fristilling og konkurranseutsetting av offentlige tjenester, ja, sågar privat eierskap til tjenestene ”der dette er mulig”. Hvilke offentlige tjenester sies ikke konkret. Men siden Akademikerne og Legeforeningen hittil for eksempel har vært relativt taust samtykkende under debatten om omgjøring av samtlige norske sykehus til fristilte statsforetak, går jeg ut fra at man bl.a. sikter til sykehusene. De av leserne som måtte tro at hensikten med statlig overtakelse er tettere politisk-demokratisk forvaltning av sykehusene, må tro om igjen. Ifølge helseminister Tore Tønne ”er det ikke statlig overtagelse alene som er viktig, *men at sykehusene kommer ut av den offentlige forvaltning*” (2). Statsforetakssykehus vil ifølge lovverket bli selvstendige bedrifter i samme kategori som Statkraft, NSB eller Posten, ansvarlige for selv å skaffe sine inntekter, selv å hefte for sin gjeld og selv disponere sin eventuelle formue. Argumentene til Akademikerne og Legeforeningens president for markedsreformene er:

- – Et behov for å begrense hvilke tjenester det offentlige skal ha ansvaret for
- – Mer effektiv ressursbruk
- – Konkurranse, fører til større åpenhet og kvalitet
- – Økt lønnsk konkurranse om akademisk arbeidskraft

Muligens bortsett fra det siste strekpunktet er dette moteriktige standpunkter med opphav i internasjonal høyreside, anført av bl.a. Storbritannias tidligere statsminister Margaret Thatcher, og med Carl I. Hagen og Jan Petersen som ivrige norske aktører.

Vår president og Akademikerne erkjenner altså at fristilling og konkurranseutsetting er et tjenlig redskap for å sjalte ut visse pasientgrupper. Allerede systemet med innsatsstyrt finansiering har ført til at pasienter har en tendens til å bli prioritert etter den inntjening visse diagnoser gir (3). Men er det en oppgave for en fagforening, særlig en fagforening innenfor helsesektoren, å slåss for å begrense noen pasienters rett til behandling i det offentlige sykehusvesenet? Burde ikke Legeforeningen isteden, ved å følge faglige og etiske prioriteringer, være pasientenes advokater? Spørsmålet er nødvendig å stille i et land som flyter over av privat rikdom hos et mindretall, mens kommuner må spinke og spare og staten er søkkrik.

Påstanden om at konkurranse og markedsutsetting av sykehustjenester gir større effektivitet, fremstår som en ideologisk trosbekjennelse sett i forhold til de erfaringene som er høstet i land som praktiserer eller har forsøkt dette. USA, som har lengst erfaring med fristilling og privatisering av helsevesenet, bruker om lag det dobbelte på helse i forhold til bruttonasjonalprodukt som landene ellers i den vestlige verden, men kommer likevel bare på 37. plass i WHOs rangering over verdens helsesystemer basert på kriterier som likhet, levealder, kapasitet, finansiering og ressursbruk (4). Det er først og fremst utgiftene til administrasjon og profitt som tynger det amerikanske helsevesenet. De alene tilsvarer omtrent de samlede utgiftene for å drive hele det britiske helsevesenet (5). Margaret Thatchers eksperiment med fristilling og ”indre marked” i britisk sykehusvesen fra 1991 til 1997 førte til en voldsom vekst i byråkratiet som resulterte nettopp i det Akademikerne skriver i programerklæringen sin at ”Styringen (ved fristilling og anbudsutsetting) vil imidlertid da gjøres gjennom bestilling og beskrivelse av de tjenester som skal leveres samt kontroll med at tjenestenes kvalitet oppfyller kravene” (1). Da Labour-regjeringen satte markedsreformen i revers i 1997, uttalte den: ”Avskaffelsen av det indre marked vil kutte en milliard pund i byråkrati i løpet av parlamentsperioden for å bli investert i pasientbehandling” (6).

At konkurranse fører til større åpenhet og kvalitet, var i hvert fall ikke briteres erfaring med sitt ”indre sykehusmarked”. Tvert imot, britisk sykehusvesen opplevde flere store faglige skandaler som ble direkte knyttet til hva som kan skje når lønnsomhetstenkning og markedsmekanismer får dominere. Et eksempel var skandalen i Kent og Canterbury Hospital der manglende kvalitetskontroll av celleprøver fra livmorhalsen hos 90 000 kvinner i ”kostnadseffektivitetens” navn har ført til sykdom, lidelse og tidlig død for mange (7). Et annet eksempel var Bristol-skandalen som kunne pågå så lenge *nettopp* fordi legene ikke samarbeidet, men konkurrerte med sine kolleger på andre hjerteklinikker, og fordi ledelsen ved sykehuset undertrykte enhver informasjon som kunne skade sykehusets muligheter til å vinne nye anbudskonkurranser (8, 9). Økende ”helseshopping” bidro også til kvalitetssvikt fordi det svekket indikasjonsstillinger og ansvarsforholdet mellom lege og pasient.

Kvalitetssvikten, ulikhetene og svekkelsen av akuttberedskapen (ulønnsom) som oppstod under ”det indre sykehusmarkedet” førte til at det britiske folket mistet tilliten til helsevesenet sitt. Statsminister Tony Blair skrev i innledningen til det såkalte White Paper: ”Men jeg vet at en av de viktigste grunnene til at folket valgte ny regjering 1. mai var deres bekymring for at NHS (National Health Service) holdt på å svikte dem

og deres familier” (6). Hvilke grunner er det til at det norske folket skal utsettes for det samme? Helseminister Tønne har i Aftenposten 2. november 2000 allerede forespeilet at han vil bruke statsforetaksmodellen til å ”rendyrke spesialistfunksjoner ved det enkelte sykehus”. Hva vil dette ha å si for akuttberedskapen og rekrutteringen til landets lokalsykehus? Og som den helseminister fra fiskeindustrien han er, kan Tønne ”ikke akseptere at effektivitet og kvalitet er motstridende”. Fristilling skal tydeligvis presse sykehusene til å bruke enda mindre tid per pasient. En ting er at dette vil føre til svekket klinisk legearbeid med mer overbehandling og mer feilbehandling som resultat. Verre er det at dette er uforenlig med behandlings- og omsorgsbehovet til pasienter med sammensatte behov, for eksempel pasienter med akutte store skader, dårlige nyfødte, revmatikere, pasienter med langtkommen kreft og psykiatriske pasienter. Eller tror man at disse pasientgruppene bare kan velge seg et bedre sykehus i det ”frie sykehusmarkedet”?

Blairs regjering satser nå motsatt av den norske regjering: Behandlingskvalitet settes i sentrum ved å avskaffe det ”indre helsemarked” og erstatte konkurranse med samarbeid mellom sykehusene. Bl.a. er de britiske primærlegene fratatt sin ”kjøpperolle” og kvalitetssystemer innføres (National Institute for Clinical Excellence, The Commission for Health Improvement, Clinical Governance) (10).

På ett punkt tror jeg Legeforeningens president og hans kolleger i Akademikerne har rett: Eventuell fristilling og konkurranseutsetting av norske sykehus vil føre til økt lønnsk konkurranse om oss, spesialistene. Jeg vil faktisk sette det hele på spissen og hevde at de eneste som kommer til å tjene på fristilte statsforetakssykehus er byråkrater, private investorer (som får ekspansjonsmuligheter når anbudene lyses ut), og pengeglade legespesialister. Men jeg nekter å tro at flertallet av medlemmene i Den norske lægeforening er villige til å være med på å rive ned grunnmuren i den norske velferdsstaten, det offentlige sykehusvesenet, for noen lusne kroner i lommen.

Velferdsstaten er en kollektiv ordning som tilstreber likhet for alle uavhengig av alder, kjønn, bosted, stilling eller inntekt, skapt gjennom kamp for rettferdighet de siste 100 år (11). Det moteriktige ”velferdssamfunnet” (jf. ordbruken til Arbeiderparti-ledelsen for tiden) er den politiske elitens prosjekt som ledelsen i Akademikerne og Legeforeningens president har trykket til sitt bryst. Dette er et prosjekt for de kjøpekraftige, de arbeidsføre, de urbane og de friskeste. Jeg foreslår at sentralstyret isteden starter en prosess for å melde Legeforeningen inn i aksjonen For velferdsstaten, der ca. en million andre fagorganiserte hittil har meldt seg inn. I tillegg er det nødvendig at hele Legeforeningen, ikke bare sentralstyret, på faglig og etisk grunnlag diskuterer hva vi mener om den omfattende statsforetaksreformen for sykehusene og hvilke alternativer vi ev. vil kjempe for.

LITTERATUR

1. Aarseth HP. Videreutvikling av velferdssamfunnet Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3480.
2. Hafstad A, Borud H. Vil styre sykehusene selv. Aftenposten (morgenutgave) 2.11.2000.
3. Halvorsen P. Presses til å prioritere inntekt fremfor medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3480 – 1.

4. www.who.int/whr/ (21.6.2000).
 5. Himmelstein DU, Woolhandler S. NHS at 50. An American view. *Lancet* 1998; 352: 52 – 5.
 6. The new NHS: Modern. Dependable. London: HMSO, 1997.
 7. Søreide O. Reformer i det britiske helsevesen – paradigmeskifte, politisk retorikk eller utfordring for helseprofesjonene? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2375 – 9.
 8. Ramsay S. Evidence against "Bristol-case" doctors found proven. *Lancet* 1998; 351: 1707.
 9. 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.
 10. Fredriksen A. Nye National Health Service – fornuftig reform for britisk helsevesen? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1920 – 1.
 11. Westin S. Velferd og helse i folketrygdens århundre. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 4507 – 13.
-

Publisert: 20. januar 2001. *Tidsskr Nor Legeforen*.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. august 2026.