

Har vi godt nok grunnlag for å foreta et fritt sykehusvalg?
Og hvem skal betale regningen for økt valgfrihet?

Valgfrihet har en pris

«Vi er i en tid da det er mulig for et sykehus å bli valgt bort av pasienten. Dette vil klart påvirke sykehusene til å bli enda bedre. Jo mer fritt sykehusvalg blir brukt, jo bedre helsetjeneste får vi,» sa helseminister Dagfinn Høybråten da han gjenåpnet nettstedet www.sykehusvalg.net med en virtuell pressekonferanse i begynnelsen av mai (1, 2). Mer valgfrihet for den enkelte og bedre helsetjenester uten at kostnadene øker? Det høres for godt til å være sant – og er det sannsynligvis også.

For hvis sykehus systematisk blir valgt bort av pasientene, finnes det flere alternativer enn at de forbedrer seg. De kan f.eks. rett og slett bli borte. Tøff konkurranse i dagligvaresektoren har medført at de fem matbutikkene nærmest hjemmet mitt er lavpriskjedebutikker – tre av dem er RIMI-forretninger. Stein Erik Hagen vil nok påstå at dette er en såkalt vann-vinn-situasjon: Han har gjort Norge billigere og seg selv rikere. Men konkurranse, ikke minst på pris, har over tid en egen kostnad: Utvalget kan bli mindre og kvaliteten dårligere. Hvis dette er tilsiktet, er det greit nok. Hvis utvalget er tilstrekkelig og kvaliteten god nok, er det positivt at prisene presses ned. Men hvis man har behov for et annet eller bredere utvalg og ønsker høyere kvalitet, blir det et problem hvis lavpriskjedene fortrenger spesialforretningene. Problemet oppstår den dagen du virkelig trenger en vare som ikke finnes i hyllen på RIMI, og du oppdager at alle de andre butikkene har gått konkurs.

RIMI har gjort Norge billigere, men mer konkurranse kan også gjøre Norge dyrere. I USA er det mer valgfrihet og mer konkurranse i helsesektoren enn i noe annet land, og de har også den suverent dyreste helsetjenesten. En fersk artikkel i *Health Affairs* (3) har analysert tilbud og ressursbruk i helsesektoren i medlemsland i Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD). USA brukte i år 2000 to og en halv gang så mye per person på helse som gjennomsnittet i OECD, mens tilbudet av helsetjenester faktisk er litt i underkant av gjennomsnittet. Det viser at et variert tilbud og sterk konkurranse ikke nødvendigvis gir rimelige helsetjenester. Men for amerikanerne er individuell valgfrihet et betydelig gode i seg selv, et gode som de – iallfall inntil nylig – gjerne har betalt for. Nå er imidlertid prisen blitt så høy at mange ser ut til å kunne godta litt mer styring og litt mindre valgfrihet.

Hvordan ordningen med fritt sykehusvalg vil påvirke den norske helsetjenesten, er uklart. Til tross for nyåpning av nettstedet (4) er det fortsatt bare et lite utvalg av enkle, elektive undersøkelser og prosedyrer som finnes der. Og fortsatt er ventetid den eneste opplysningen man finner om de ulike tjenestene. Dette kan være greit nok hvis man skal ha utført en prosedyre som er rutine på de fleste sykehus, men om ventetid for øvrig er en god indikator på sykehusets behandlingstilbud og -kvalitet, er tvilsomt.

Helseministeren mener at det at pasienter kan velge behandlingssted vil påvirke sykehusene. Det vil det. Om helsetjenesten totalt sett vil bli bedre, avhenger imidlertid av øynene som ser og forutsetningene som gis. Stramme budsjetter kombinert med konkurranse kan fort gi RIMI-effekter, altså en prioritering av enkle, umiddelbart lønnsomme helsetjenester og nedbygging av tilbud til personer med mer sjeldne, komplekse tilstander. Hvis fokus blir for kortsiktig og snevert, vil vi også gå glipp av samarbeids- og planleggingsgevinster, og langsiktig kompetanseoppbygging vil ikke kunne prioriteres.

Den dagen jeg eller noen av mine nærmeste blir syk, vil jeg gjerne vite mest mulig om behandlingsutsiktene og kunne påvirke valg av behandlingssted. Da vil jeg gjerne ha et valg. Men som borger ønsker jeg meg best mulig utnyttelse av de samlede ressursene. Det krever styring. For det hjelper lite med fritt valg hvis tilbudet ikke eksisterer eller kompetansen ikke finnes. Konkurranse og valgfrihet er ikke negativt i seg selv, men er heller ikke en løsning i seg selv. Det gir en del fordeler, men til en pris – som det meste av det vi foretar oss.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Fosseng HP. Reell ventetid på nett fra i dag. www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visnyhet?vp_id=1407 (18.5.2003).
2. Stoltenberg K. Velg ditt sykehus med ett tastetrykk. *Aftenposten* Aften 8.5.2003: 3.
3. Anderson GF, Reinhardt UE, Hussey PS, Petrosyan V. It's the prices, stupid: why The United States is so different from other countries. *Health Affairs* 2003; 22: 89–105.
4. www.sykehusvalg.net (18.5.2003).