



Knut E. Schrøder

Direktør, Universitetssykehuset Nord-Norge

Sykehusvalg og konkurranse – to goder?

Vi er alle opptatt av å ha et godt helsevesen. I Norge er et godt og trygt offentlig helsetilbud en av grunnsteinene vi tar for gitt – og som må være på plass for at folk velger å bygge, bo og bli forskjellige steder i landet. Nasjonalpolitisk er det vedtatt at du faktisk skal ha et likeverdig tilbud om du bor på Røa eller i Gamvik.

Dette er det bred politisk enighet om. Det er blant annet formulert i stortingsmeldingen «Om verdier for den norske helse-tenesta» (St.meld. nr. 26 (1999–20)), der det står: «Regjeringa legg difor vekt på at det skal vere likeverdig tilgang til helsetenester, uavhengig av kor ein er i landet.» Videre står det: «Eit godt utbygd, desentralisert helsetenestetilbod vil også vere nødvendig for å sikre spreidd busetnad i framtida.»

Universitetsklinikkene har vært grunnpilarne i dette regionaliserte helsevesenet. Som behandlingsinstitusjoner, utdanningssted og base for forskning, er disse sykehusene forutsetning for stabilisering og kvalitet i regionene. I tillegg bidrar universitetsklinikkene betydelig til fagutvikling innenfor spesialitetene, og har ansvar for ressurskrevende spissfunksjoner. Det er snakk om helt andre – og ikke minst kostnadskrevende – utfordringer enn det private og offentlige institusjoner har. De har ikke slike oppgaver utover sin kjernevirksomhet.

Skal oppgavene og utfordringene kunne løses med mer konkurranse som pressmiddel til å kutte kostnadene, bør det være tilnærmet like konkurransevilkår i helsevesenet. Det er overhodet ikke tilfellet i dag. Markedsliberalismen som gradvis er innført, er en direkte motkraft til prinsippene om et regionalisert og likeverdig tilbud.

Det er etter min mening et klart paradoks at våre folkevalgte på den ene siden fortsatt sier at de ønsker regionalisering – og på den andre siden har gitt pasientene valgfrihet til å ta med seg pengene og benytte tilbud

utenfor egen region – en ren rekvisisjonsøkonomi som ikke gir mulighet for kontroll eller prioritering, verken på indikasjon, kvalitet eller økonomi.

Jeg er selvsagt ikke imot verken fritt sykehusvalg eller konkurranse sykehusene imellom. Men det bør være mulig å se at ordningen kan ha negative konsekvenser og diskutere disse. For retten til å velge gjelder ikke alle – og ikke alltid. De som blir akutt syke, kan ikke velge. De er avhengig av at lokale prehospitale tjenester og akuttfunksjoner fungerer optimalt som ledd i behandlingsskjeden.

Barne- og ungdomspsykiatrien er også unntatt fra fritt sykehusvalg. Disse pasientene er priggitt kvaliteten på tilbudet lokalt. Mange av kronikerne kan egentlig heller ikke velge. Noen har ikke lyst til, eller føler seg ikke i stand til, å reise langt av gårde. Noen har sykdom som gjør at det er mest hensiktsmessig å få behandling «hjemme», og kjenne seg igjen fra gang til gang. Og noen er rett og slett for skrøpelige og trenger så mye hjelp at det i praksis er vanskelig å reise langt av sted.

De som får komplikasjoner etter behandling andre steder er avhengig av at det finnes tilstrekkelig kunnskap og erfaring i det lokale offentlige helsevesen til å håndtere situasjonen. Fritt sykehusvalg er en ordning som er tilpasset de friskeste av de syke. Flertallet har i realiteten ikke noe valg.

I tillegg kommer det faktum at helsepolitikk er distriktspolitikk. I hele landet trenger vi veier som kan frakte produkter til og fra, kommunikasjonstilbud og ordninger som gjør det lønnsomt å starte nye virksomheter. Vi trenger kultur – den kommunale musikkskolen er like viktig som operaen i Bjørvika. Vi trenger kompetanse – og må tilby ungdom utdanning på universitets- og høgskolenivå i egen landsdel. Rammebetingelser er lik konkurranseevne – slik er det

også med helsevesenet. Og når rammebetingelsene skal oppfylle nasjonale målsettinger, må det være samsvar mellom mål og midler.

Våre myndigheter har valgt å forsøke en viss prioritering gjennom særskilte rammebetingelser knyttet til områder som kreft, psykiatri, rehabilitering og geriatri. Samtidig ser vi at det er relativt godt dokumentert fra fagmiljøene at de såkalte handlingsplanene innenfor bestemte områder ikke har gitt nødvendig uttelling i form av bedret tilbud.

Etter min mening er en del av årsaken at investeringsmidlene ikke følges opp i form av driftsmidler, slik at tilbudene kan stabiliseres og driftes over tid. Det er ikke mulig å dele ut penger til utbygging og etablering av tilbud og forlange at alle de øvrige utgiftene skal klemmes inn på allerede sprenge budsjetter – der innsparinger og effektiviseringskrav gjør prioritering av lovpålagte funksjoner vanskelig.

Hvordan vi i praksis skal løse oppgavene for de prioriterte pasientgruppene er en svært vanskelig utfordring. Faktum er at våre myndigheter tross alt har satt foten ned for å bruke mer penger totalt på helse. Jeg tror at uansett hvor mange steiner vi snur og hvor mye effektivisering vi kan oppnå, koker det ned til et spørsmål om hvordan vi i praksis skal prioritere blant alle gode formål og oppgaver som står i kø for å løses. Jeg etterlyser derfor en klarere holdning fra politikerne og en tydeligere debatt med hensyn til hvilke oppgaver og tilbud som må vike plassen for de prioriterte gruppene.

Knut E. Schrøder

I neste nummer:

- Legemidler mot demens
- Chlamydiainfeksjon og seksualatferd
- Legen og den døve pasient
- Paracetamol og antibiotika i førskolealder
- Vitamin- og mineraltilskudd