

Privatisering i helsevesenet

Erik Nord og Peter F. Hjort

Privatisering har mange sider – medisinske, menneskelige, sosiale, økonomiske og politiske. I debattens hete har vi erfart at begge parter konsentrerer seg om den politiske siden, og alle har en tendens til å se problemet svart-hvitt, for ikke å si blått-rødt. Befolkningen ser det også slik, jfr. fig. 1 som viser resultatene av en norsk spørreundersøkelse.

I denne artikkelen forsøker vi å disiplinere oss til forskerens rolle. Vi har ikke kunnet unngå politikken, for de politiske argumentene er sentrale. Men vi forsøker å veie argumentene nøkternt og avstå fra polemikk.

Det tradisjonelle private element

Det er vanlig å skille mellom tre dimensjoner av privatisering. Den første er privat eie, dvs. at kapitalen i virksomheten er på private hender. Den andre dimensjonen er privat styring, dvs. at det er privatpersoner og -grupper som bestemmer virksomhetens lokalisering, omfang, produktspekter og organisering. Den tredje dimensjonen er privat finansiering, dvs. at virksomhetens drift dekkes av innbetalinger fra privatpersoner og -grupper – vanligvis brukerne av virksomhetens produkter og tjenester.

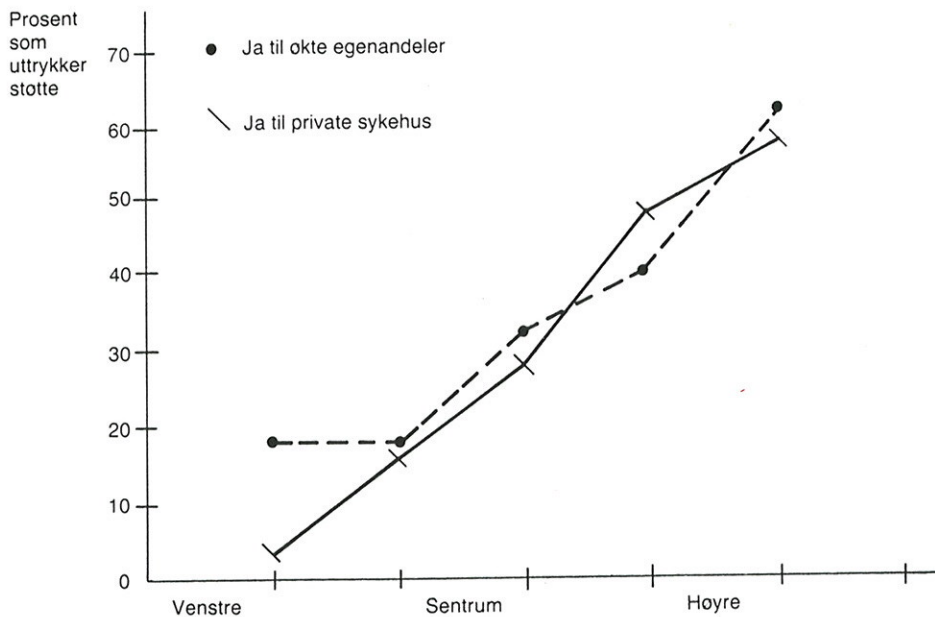


Fig. 1. Spørreundersøkelse om helsepolitikk: holdningene fra venstre til høyre. (Aftenposten 24/1 1985).

Tabell I. *Privat innslag i helsevesenet i Norden. Prosent (1).*

	Finansiering ¹				Styring ²				Eie ³			
	Dan	Fin	Nor	Sve	Dan	Fin	Nor	Sve	Dan	Fin	Nor	Sve
Helseinstitusjoner ⁴	-	8,8	2,9	3,5	-	3,1	1,3	0,1	-	3,6	16,5	3,5
Primærhelsetjenesten ⁵	11,2	13,1	16,1	9,8	86,5	24,5	49,8	9,1	86,5	24,5	49,9	12,9

¹Direkte betaling fra pasienter i prosent av brutto driftsutgifter.

²Brutto driftsutgifter ved virksomheter som hovedsakelig styres av private eiere, i prosent av samlede brutto driftsutgifter i vedkommende sektor.

³Brutto driftsutgifter ved virksomheter med private eiere i prosent av samlede brutto driftsutgifter i vedkommende sektor.

⁴Sykehus, sykehjem og institusjoner for psykisk utviklingshemmede.

⁵Privatpraktiserende og offentlig ansatte allmennleger, spesialister utenfor sykehusene, uavhengige laboratorier og røntgeninstitusjoner, fysioterapeuter utenfor institusjon og hjemmesykepleie.

Det er lang tradisjon for alle disse tre formene for private innslag i de nordiske lands helsevesen. Men tradisjonen er også at de private innslagene utgjør en liten del av helheten. Tabell I viser situasjonen i Danmark, Finland, Norge og Sverige i 1982 (1). Pasienter betaler gjennomgående en ganske liten andel av behandlingsutgiftene direkte av egen lomme. Omfanget av privat eie og styring var betydelig innenfor primærhelsetjenesten, særlig i Danmark og Norge. Men også her dekket pasientenes egenbetaling bare en liten del av de totale driftsutgiftene.

Det nye kommersielle helsevesenet

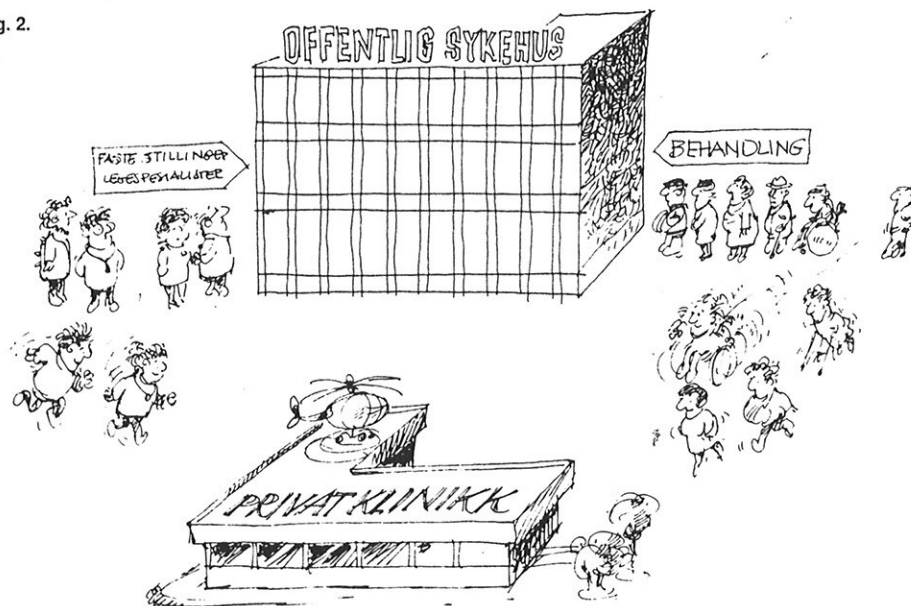
Etter 1982 har det ikke i noen av de nordiske land skjedd vesentlige endringer i bildet når en ser på samlede finansierings- og styringsandeler. Ikke desto mindre har disse årene vært preget av mye privat initiativ i helsevesenet. I Norge henger det dels sammen med et økende overskudd av leger i sentrale deler av landet, dels med at det er vedvarende køer og lange ventetider i det of-

fentlige helsevesen (2). At det skjer private etableringer under slike omstendigheter, er i og for seg ganske naturlig. Fig. 2 illustrerer poenget.

Selv om privatisering i disse årene ikke har gitt store utslag i statistikken, er det introdusert noe kvalitativt nytt: Bak en del av de nye medisinske sentrene står det private investorer som ønsker størst mulig fortjeneste på sine penger. Denne sterke profittorienteringen fra kapitalinteressers side opplever mange som et nytt og ubehagelig fremmedelement i helsevesenet.

Legers og investorers søkning etter fortjenestemuligheter tar mange veier. Legevaktjenester, smerteterapi, rutinekontroller av risikogrupper og livsstilsveiledning er noen av dem. Men størst oppmerksomhet har veksten i privat elektiv kirurgi vakt. Til dels dreier det seg om ekspansjon innenfor småkirurgi – særlig kosmetisk kirurgi – som frittstående spesialister lenge har drevet med. Men en rekke nyetablerte medisinske sentre har også beveget seg inn på områder hvor offentlige sykehus tidligere var temmelig enerådende. Klinik 8 i Oslo er et eksempel på dette. Tabell II viser

Fig. 2.



operasjoner utført ved klinikken i siste kvartal 1986 (2). Plastisk kirurgi dominerer listen, men samtidig er operasjoner for cataract (grå stær) en meget stor post. Ring medisinske senter i Oslo, som innledet «privatiseringsbølgen» i norsk helsevesen, har omtrent det samme kirurgiske ambisjonsnivået som Klinik 8. Det samme gjelder det nystartede St. Josephs hospital A/S i Drammen.

I Danmark, Finland og på Island har privatiseringsinitiativene hittil vært forholdsvis få. I Sverige, derimot, har det funnet sted en utvikling som likner den norske. Det er etablert store gruppepraksiser helt utenfor det offentlige overføringssystemet, og et økende antall offentlig ansatte leger driver praksis i fritiden basert på medlemsavgifter fra pasientenes side. En rekke selskaper tilbyr private sykeforsikringer. Det er også i Sverige en finner den institusjonen som har ført det private helsevesenet lengst inn i avansert kirurgi – nemlig Scandinavian Heart Center i Gøteborg.

I korthet: Gjennom hevingen av ambisjonsnivå, og ved at det ved de nye pri-

vate medisinske sentrene arbeider mange leger under samme tak, har privat praksis nærmet seg offentlig syke-

Tabell II. Fordeling av operasjoner foretatt ved Klinik 8 7.10-3.12.86, gastroskopier ikke medregnet (2).

Operasjoner	Antall
Plastisk kirurgi	141
Mastopexi	3
Brystinnlegg	24
Neseplastikk	20
Fettsugning	9
Øvre øyelokk	19
Nedre øyelokk	8
Ansiktsløfting	9
Reduksjon av store bryst	9
Arrkorreksjoner	10
Øreplastikk	11
Bukplastikk	6
Fjerning av slapp hud	3
Fjerning av nedgrodd negl	1
Hallux valgus	3
Arthroskopi	23
Åreknuter	5
Grå stær	75
Ortopedi	7
Hemorroideoperasjon	2
Brokk	6
Sum	253

husdrift i form og innhold. De grunnleggende forskjellene er at de private sentrene drives ut fra et profittmotiv og at de bare er tilgjengelige for de som har råd til å betale av egen lomme (direkte eller gjennom privat forsikring). Dette har bragt privat helsevesen høyt på den politiske dagsorden, og mange har følt at det er skapt en viss usikkerhet om velferdsstatens framtid.

Enten/eller-debatt må unngås

La oss her skyte inn at det er gode grunner til å tillate en del private innslag i helsevesenet. Den mest prinsipielle er kanskje at det er en menneskerett å kunne ta personlige initiativ til næringsvirksomhet. En annen grunn er at det er sunt for offentlige institusjoner å bli utsatt for en viss konkurranse. I Norge har f.eks. virksomheten til Klinikk 8 og Ring medisinske senter økt interessen for dagkirurgi ved offentlige sykehus. En tredje grunn er at en viss grad av etableringsfrihet er nødvendig for å gi kreative personer (de såkalte «helseentreprenørene») muligheter til å utfolde sitt talent.

Det finnes også argumenter *mot* privatisering i helsevesenet som kanskje tillegges for stor vekt i dagens debatt. Reaksjonen mot profittmotivet er et eksempel. Det er forståelig at mange finner dette motivet upassende i forbindelse med behandling av menneskelig lidelse og sykdom. Men vi må ikke glemme at vi lenge har levet med og i høyeste grad godtatt private allmenn- og spesialistpraksiser hvor utøvende leger har skapt seg store fortjenester.

Et annet diskutabelt argument er påstanden om at nye private medisinske sentre legger beslag på personell som det er mangel på ved offentlige sykehus. På kort sikt kan påstanden utvilsomt være gyldig. I Norge har det f.eks. skapt store problemer ved enkelte sykehus at

de har måttet avgi anestesio- og operasjonssykepleiere til de nye sentrene. Men i en *prinsipiell* debatt om privatisering bør en ikke overdrive betydningen av slike problemer. På noen års sikt har samfunnet full anledning til å sørge for tilstrekkelig tilgang på den arbeidskraften som på *kort* sikt er mangelvare.

En må også skille mellom betaling og belønning i helsevesenet. Økt belønning til helsepersonell kan være et hensiktsmessig virkemiddel for å stimulere produksjonen av nødvendige og viktige helsetjenester. Den økte belønningen kan gis til offentlig ansatt personell som får arbeide overtid i lokaler og med utstyr som i dag ofte står uutnyttet store deler av døgnet. Eller belønningen kan gå til private klinikker for utførelse av f.eks. et bestemt antall operasjoner som det er lang ventetid på i det offentlige helsevesen. I begge tilfeller kan det offentlige dekke regningen, slik at omfanget av pasienters egenbetaling ikke påvirkes.

Diskusjonen om privatisering i helsevesenet bør på denne bakgrunn ikke være en enten/eller diskusjon, men en diskusjon om hvor langt og hvor hurtig en skal tillate utviklingen å gå. I denne diskusjonen fortjener etter vår oppfatning tre hensyn spesiell oppmerksomhet. Det er hensynet til effektivitet, hensynet til pasientenes økonomiske selvbestemmelsesrett og hensynet til rettferdighet på kort og langt sikt.

Privat og offentlig effektivitet

Enkelte mener at privatiseringen bør tillates å gå langt fordi de tror privat initiativ fører til et mer *effektivt* helsevesen. Umiddelbart kan dette virke plausibelt. Fortjeneste etter innsats – som privat helsevesen bygger på – må forventes å virke ansporende på helsepersonell. Men spørsmålet om effektivitet i helsevesenet er komplisert. Produktet «helse»

er vanskelig å måle, og mange forsøk på å sammenlikne privat og offentlig helsevesen lider under dette.

I Norge har man f.eks. funnet at offentlige primærleger i gjennomsnitt bruker ca. 20 prosent mer tid på en konsultasjon enn privatpraktiserende leger (3). Men det er vanskelig å si om forskjellen skyldes at de offentlige legene er mindre flinke til å utnytte tiden. Det kan også være at de tar seg bedre tid til å lytte til pasientene eller til å gi råd om helsefremmende livsstil.

På samme måte er det vanskelig å trekke konklusjoner om effektivitet på grunnlag av data om liggetider ved sykehus. Raskere pasientgjennomstrømning kan bety at pasienter skrives ut før de er friske. Dette kan slå ut i økte reinnleggelsesfrekvenser (4), økt bruk av hjemmehjelp/hjemmesykepleie, økte byrder for pårørende og nedsatt livskvalitet for pasientene.

Vanskelighetene med effektivitetsammenlikninger i helsevesenet belyses godt av en anerkjent amerikansk undersøkelse av kostnadenivået i 2231 sykehus (5). Man fant at private «for profit» sykehus hadde like høye kostnader pr. utskrevet pasient som offentlige sykehus. Av dette trakk man den konklusjon at profittmotivet ikke førte til mer effektiv drift. Men kostnader pr. utskrevet pasient bestemmes av to forhold: På den ene side av hvor billige innkjøp man foretar og hvor effektivt man organiserer virksomheten, og på den annen side av hvilken standard og komfort man tilbyr pasientene. Det første er kostnadseffektivitet i snever forstand. Vi tviler ikke på at profittmotivet fremmer denne formen for effektivitet. Ut fra det amerikanske materialet kan man imidlertid spørre om den snevre effektivitetsgevinsten i private sykehus lett forsvinner i økt satsing på komfort og kvalitative sider ved sykehusoppholdet som har liten betyd-

ning for pasientens helbredelse.

Det er også et problem at etterspørselen etter helsetjenester i betydelig grad bestemmes av tilbudet. Her – som i andre markeder – skapes det ønsker og behov når nye produkter (behandlinger) ser dagens lys eller får en viss utbredelse. Kosmetisk kirurgi er kanskje det mest opplagte eksemplet, men langt fra det eneste. Fig. 3 illustrerer problemet. For alle sykdommer kan en ordne pasientene etter graden av plager. Siden det nesten alltid er flere med moderate plager, får en en trekant med de mest plagede pasientene øverst. De mest plagede bør behandles, så snart som mulig – mørk sone. De minst plagede bør en foreløpig ikke behandle – lys sone. I mellom ligger gråsonen, og denne sonen er ganske bred for de fleste sykdommer. Hvis behandlingstilbudet bedres kvali-

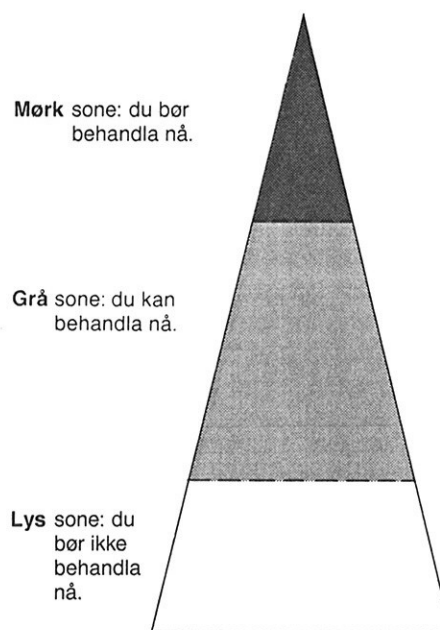


Fig. 3. Gråsoneproblemet: alle pasienter med en bestemt sykdom er tenkt ordnet etter graden av plagene – mange med lette plager nederst og få med store plager øverst.

tativt og/eller kvantitativt, vil behandlingsgrensen senkes, en går et stykke ned i gråsonen og relativt mange fler vil ønske å bli operert. Ofte får de gehør for sine ønsker blant politikerne. Etablering av private tilbud på visse behandlingsområder vil dermed kunne ha som bivirkning at offentlige sykehus presses til å øke sin kapasitet på disse områdene selv om det finnes andre områder hvor økte bevilgninger ville kaste mer av seg.

Et siste problem er at verdien av helsetjenester kan være vanskelig for pasienter å vurdere. Som regel må de stole på det legene sier. I et profitorientert helsevesen kan legene fristes til å øke omsetningen ved å bruke undersøkelser og behandlinger som ikke er strengt nødvendige, men som pasientene likevel ønsker og har tillit til, jfr. f.eks. regelmessig «helsjekk» med omfattende undersøkelsesbatteri og mammografi hos unge kvinner. Også på dette området er det en gråsoner, og det er faglig enighet om at ikke bare helsebudsjettet, men også de fleste pasienter er tjent med en viss tilbakeholdenhet fra legenes side, fordi enhver undersøkelse og behandling kan ha uønskede bivirkninger.

Unødvendig høy standard og unødvendig behandling blir, lett resultatet i profitorienterte systemer som kan sende regningene til et (offentlig eller privat) forsikringsselskap («third party payment»). I USA forsøker forsikringsselskapene å unngå denne kostnadsfellen dels ved å dekke regningene for ulike pasientkategorier etter faste satser (DRG-systemet), dels ved å inngå fastere samarbeid (herunder formell integrasjon) med sykehus, f.eks. i form av såkalte Health Maintenance Organisations (6). Det er neppe tvil om at dette er skritt i riktig retning for å begrense kostnadsveksten i privat helsevesen i USA. Samtidig er det et langt skritt herfra til å hevde at privat helsevesen gir – eller vil

gi – mer helse pr. krone enn offentlig helsevesen i de nordiske land. Ut fra de momenter som er anført ovenfor føler vi oss ikke overbevist om det siste.

Pasientenes økonomiske selvbestemmelsesrett

Det er en grunnleggende norm – i Norden som i andre land – at folk må få bruke sine penger som de selv vil. Samfunnet treffer mange tiltak for å sikre en rettferdig fordeling av inntekter. Men har man først fått sin inntekt, står man fritt til å bestemme hvordan man vil bruke den. Regelen gjelder anskaffelse av luksusgoder såvel som nødvendighetsartikler. De eneste unntakene fra regelen er enkelte varer og tjenester som samfunnet anser som skadelige. Til disse hører vanligvis ikke helsetjenester. Ønsker noen å kjøpe helsetjenester utover det de får av det offentlige, må det følgelig foreligge spesielle grunner til å nekte dem det. Eller som en av forfatterne ble spurt i en offentlig diskusjon om private cataractoperasjoner: «Eier du kanskje denne pasienten, siden du vil nekte ham å bruke sine egne penger på å få synet igjen?»

Vi anser hensynet til pasientenes økonomiske selvbestemmelsesrett som det mest tungtveiende argumentet for å tillate etableringer i helsevesenet uavhengig av offentlig plan, finansiering og styring.

Geografiske og sosiale fordelingsvirkninger

Fordelingshensyn taler etter vårt syn for betydelig konservatisme i spørsmålet om privatisering i helsevesenet.

Ett aspekt ved fordelingshensynet er det geografiske. Som en følge av norske legers bostedspreferanser har private etableringer de siste årene konsentrert

seg om Sør-Norge – og særlig Oslo. Hovedstaden, som ikke har en eneste ubesatt legestilling ved sine somatiske sykehus, har siden 1984 fått Ringsenteret, Klinikk 8 og Oslo Akutten (legevakt). Samtidig er det stor mangel på spesialister ved en rekke sykehus i utkantstrøk (7) og mange ledige kommunelegestillinger i Nord-Norge.

Tabell III sier noe om de sosiale fordelingskonsekvensene av den geografiske fordelingen (2). I forhold til befolkningen over 16 år er arbeidere og lavere funksjonærer sterkt underrepresentert ved Oslos tre store private klinikker. Funksjonærer på mellomnivå og høyere nivå er tilsvarende overrepresentert.

Det er vanskelig å se at ulikheter i sykkelighet kan begrunne den sosiale skjevheten som tabell III viser. En lang rekke undersøkelser viser at lavstatusgrupper har høyere sykkelighet enn høystatusgrupper (8, 9).

Den sterke overrepresentasjonen av

funksjonærer på mellomnivå og høyere nivå skyldes ikke bare at Oslo er en funksjonærby. Ring medisinske senter ligger i Oslo vest. Her er ca. 13 prosent av de yrkesaktive blåkragearbeidere innenfor transport, kommunikasjon, industri og bygge- og anleggsvirksomhet. Men disse gruppene utgjør bare ca. 6 prosent av pasientene ved senteret. Ca. 45 prosent av de yrkesaktive i bydelen har høyere hvitsnipparbeid av teknisk, vitenskapelig, humanistisk, kunstnerisk, forvaltningsmessig eller ledelsesmessig natur. Disse gruppene utgjør over 60 prosent av pasientene (2).

På grunnlag av tallene ovenfor ville det være galt å hevde at de private medisinske sentrene utelukkende henvender seg til grupper med høy inntekt og utdanning. Med unntak av gårdbrukere og fiskere er samtlige sosioøkonomiske kategorier representert blant pasientene ved de tre store sentrene i Oslo.

Men tallene sier samtidig tydelig fra

Tabell III. Pasienter ved tre private klinikker og befolkningen som helhet fordelt etter sosioøkonomisk status. Personer 16 år og over. Prosent (2).

	Ring-senteret	Klinikk 8	Oslo Akutten	Norges befolkning
1 Ufaglærte arbeidere	2,1	2,7	6,3	13,7
2 Faglærte arbeidere ¹⁾	0,7	3,5	6,3	6,9
3 Lavere funksjonærer ²⁾	3,8	3,5	6,3	9,9
4 Funksj., mellomnivå ³⁾	27,7	27,4	35,0	12,3
5 Funksj., høyere nivå ⁴⁾	25,7	14,2	13,8	6,0
6 Gårdbrukere, fiskere	0,3	0,0	0,0	3,8
7 Andre selvstendige	2,4	4,4	3,8	3,2
8 Studenter, elever	8,2	8,0	10,0	6,1
9 Trygdede	15,8	26,5	5,0	20,6
10 Hjemmearbeidende	10,3	4,4	6,3	11,5
11 Uklassifiserte	3,1	5,3	7,5	5,8
Sum	100,0	99,9	100,0	99,8
Antall personer	292	113	80	3.090.964

1) Omfatter ufaglærte ledere

2) Typiske yrker er hjelpepleiere, maskinskrivere, butikkekspeditorer, servitører

3) Typiske yrker er sykepleiere, lærere, administrasjonssekretærer, bankfunksjonærer, politimenn

4) Omfatter akademikere – også i selvstendig næring – og ledere med postgymnasial utdanning

om markedsmekanismens begrensninger. Det er et alminnelig ønske i de nordiske land at omfanget av behandling som den enkelte mottar, skal bestemmes av sykkeligheten og ikke av bosted, inntekt eller utdanning. Kommersielle private initiativ tas uten hensyn til dette ønsket.

Framtidsutsikter

De fleste mener antakelig at private helsetjenester ikke skal *fortrenge* offentlige helsetjenester. Et spørsmål som reises i privatiseringsdebatten er imidlertid dette: Vil det på lengere sikt være like lett å opprettholde det offentlige tilbudet hvis det private tilbudet vokser? Er det ikke en fare for at skatteviljen hos velstående mennesker svekkes og dermed også for at finansieringsgrunnlaget for det offentlige helsevesen skrumper inn? Er det ikke en fare for at nye private tilbud framelsker individualisme og nærsynthet i brede lag og at solidaritets-holdninger som vi hittil har tatt som en selvfølge gradvis forvitrer?

Ingen kan vel helt avskrive en slik mulighet. Men vi ser ikke tegn til en slik utvikling i Norge i dag. Partiet Høyre, som er klart positivt til private initiativ i helsevesenet, presenterer det å styrke det offentlige helsevesen som en hovedsak når det kjemper om velgernes gunst. Også Fremskrittspartiet på høyre fløy holder fast ved prinsippet om at utgifter til behandling i hovedsak skal dekkes av trygd. Og kanskje det viktigste av alt: Forbrukerne har så langt vist seg betydelig mindre interessert i private helsetjenester enn hva helseentreprenørene håpet på. Flere nyetablerte sentre er nedlagt etter kort tids drift. Den samlede private aktiviteten i Norge er i dag antakelig mindre enn den var for 1-2 år siden og *langt* mindre enn summen av de planene som til ulike tider har versert i

pressen siden «privatiseringsbølgen» startet omkring 1984.

Hva som videre vil skje innenfor privat helsevesen avhenger av mange forhold. Den alminnelige kjøpekraftsutviklingen er ett. Politiske vedtak som fastsetter private legers og helseinstitusjoners rammebetingelser er et annet. I Norge ble det våren 1988 innført forbud i to år mot å opprette nye stillinger for leger. Hensikten er å tvinge leger til å søke ledige stillinger i mindre sentrale strøk framfor å etablere privat praksis i sentrale områder. I tillegg er det foreslått å sløyfe offentlig støtte til leger som etablerer praksis uten avtale med kommune eller fylkeskommune. Dette vil vanskeliggjøre driften for private virksomheter som allerede er etablert og gjøre framtidige uavhengige etableringer mindre attraktive. Alt i alt er framtidsutsiktene for private helseentreprenører i Norge i øyeblikket ikke gode. Men her kjempes det en kontinuerlig politisk kamp, og det skal ikke mer enn et stortingsvalg til for å endre situasjonen.

Avslutning

Debatten om privatisering i helsevesenet i Norden er en debatt om i hvilken grad private interessenter skal kunne tilby helsetjenester som et supplement til det offentlige helsevesen. I denne debatten tror vi ikke så mye på generelle påstander om at privat helsevesen gir mer helse pr. krone enn offentlig helsevesen. Derimot tror vi at man ved organisering av helsetjenester må gi rom for mangfold, eksperimentering og forsøk. Enkelt personer med ideer og engasjement må i noen grad gis mulighet til å handle uavhengig av rigide arbeidstidsregler, lønnsregulativer, takstsystemer og etablerte offentlige ordningers treghet. Private kommersielle initiativ er i dette perspektiv ikke bare av det onde.

De kan bidra til å fremme nytenkning i offentlige helseinstitusjoner.

To ideologiske argumenter står mot hverandre i privatiseringsdebatten. På den ene side har man frihetsargumentet: Folk må få kjøpe de varer og tjenester de ønsker for sine egne penger, herunder også helsetjenester. På den andre side står likhetsargumentet: Alle har den samme rett til helse. Helsetjenester kan derfor ikke uten videre sidestilles med andre varer og tjenester i markedet m.h.t. hvor stor kjøpsfrihet den enkelte bør ha.

Vi legger størst vekt på likhetsargumentet. Vi ønsker at helse skal fordeles uavhengig av bosted og inntekt. Det krever etter vår mening at markedskrefter også i framtida bør styre bare en liten del av den samlede ressursbruken i helsevesenet. Beslutninger om helsetjenestenes lokalisering må i all hovedsak være et offentlig ansvar. Det samme gjelder beslutninger om hvilken prioritet ulike sykdommer skal ha når ressursene i helsevesenet skal fordeles. Sykehus og størstedelen av allmennhelsetjenesten må drives i samsvar med offentlige helseplaner, og behandling må i dette offentlig styrte helsevesenet forbli gratis eller belagt med beskjedne egenandeler.

Litteratur

1. Rohde T, red. Privat og offentlig innsats i Nordens helsevesen. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport 3/1986.
2. Nord E, red. Privatisering i helsevesenet. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport 1/1987.
3. Buxrud E, Forsén L, Otterstad HK. Hvordan de har det – hvordan de tar det. En analyse av drift og arbeidsmiljø i offentlig og privat almenhelsetjeneste i Oslo. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport 4/1985.
4. Stene-Larsen G, Lorentsen E, Hjort PF. Kan reinleggelse forebygges? Ettårsmateriale fra en medisinsk avdeling i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107:2443-6.
5. Becker E, Sloan F. Hospital ownership and performance. Economic Inquiry 1985; 23:21-36.
6. Iversen T. Større effektivitet og større ulikhet. Helseøkonomisk reiserapport fra USA 1986. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning skriftserie 1/1987.
7. Nord E. Mangel på legespesialister ved utkant sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106:2891-4.
8. Hofoss D. Helse og sosial ulikhet i Norge. Rapport Nordiska Helsevårdhøgskolan 1983:1.
9. Nord E. Sosiale variasjoner i sykehusbruk. Helsetjenesten 3/1988.