



Sykehus som aksjeselskap - er det hensiktsmessig?

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

Det har i sommermånedene vært en økt interesse for sykehus som aksjeselskap etter at helsebyråden i Oslo, Anne Herseth, lanserte ideen om å omgjøre Ullevål og Aker sykehus til egne aksjeselskaper. Forslaget har fått bred støtte, men det har også møtt sterk motstand. Argumentene for og imot er svært blandede. Ikke alle er like relevante, i hvert fall ikke tilpasset de politiske realiteter i Norge.

Det offentlige styrte, solidarisk finansierte helsevesen har en meget sterk stilling i vårt land. En forutsetning for at det fortsatt skal være slik, er selvfølgelig at helsevesenet har en kvalitet og en kapasitet som er i samsvar med det brukerne forventer. Dessverre er ikke det alltid tilfelle. Flere og flere hevder med tyngde at dette bl.a. har med organisering og finansiering av tjenestene å gjøre.

Legeforeningen har gjennom flere år påpekt nødvendigheten av mer fristilte sykehus og en finansiering basert på prinsippet om at økt innsats fører til økte inntekter. Det er i så måte gledelig at vi i løpet av få år har fått dreid finansieringen i denne retning, etter at den såkalte helsemeldingen, *Stortingsmelding nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring*, avviste stykkprisfinansiering.

Innsatsstyrt finansiering er selvfølgelig intet sesamsesam. Ulempene kan være mange, noe også Legeforeningen har pekt på. Innsatsstyrt finansiering kan egne seg godt for velbeskrevne behandlingsprosedyrer og mindre bra for kronisk syke med mindre velavgrensede problemstillinger. Innsatsstyrt finansiering ivaretar heller ikke utdanning, undervisning, forskning og alle de andre oppgavene helsevesenet er engasjert i. Det må derfor stilles krav også til utførelse av disse aktivitetene, og det må utvikles metoder for å evaluere om kravene til kvalitet innen alle områder oppfylles.

Det synes også å være en forutsetning for at et slikt system kan fungere at sykehusene fristilles slik at de både får handlefrihet innenfor gitte rammer og effektive beslutningsprosesser. Tidligere helseminister Gudmund Hernes pekte på hvor problematisk det var at Stortinget grep inn i enkeltsaker på avdelingsnivå ved Rikshospitalet. I Oslo kommune, hvor sykehusene i flere år har hatt såkalte profesjonelle styrever, har linjen helsebyråd - sykehusdirektør vært toneangivende. For å beskytte politikerne mot fristelsen til å gripe inn med detaljstyring, er det derfor nødvendig å gi sykehusene en organisasjonsform som setter et klart skille der politikernes ansvar stopper og sykehusets eget ansvar, innenfor de gitte rammer, begynner. Om dette skal skje ved at sykehusene omgjøres til foretak, slik departementet synes å helle mot, eller til aksjeselskap,

er kanskje ikke så interessant sett fra pasientenes side.

Ordet privatisering trekkes frem som et spøkelse i denne diskusjonen. Det ville tjene diskusjonen om dette begrepet ble mer entydig brukt. Innenfor det offentlige helsevesenet finner vi i dag utstrakt privat drift. Vi har flere privateide sykehus i de offentlige helseplanene, de aller fleste allmennpraktikere og spesialister utenfor sykehus driver privat praksis innenfor det offentlige helsevesenet. Finansieringen er imidlertid offentlig og solidarisk og politikerne vedtar rammevilkårene.

Arbeidstakernes avtaleforhold vil bli berørt dersom sykehusene blir fristilt. Selv om man fortsatt ser for seg en hovedtariffavtale mellom organisasjonene og f.eks. staten, Kommunenes Sentralforbund eller Oslo kommune, må en fristilling forutsette at bedriftene også får muligheten til å bruke avtaler om lønns- og arbeidsvilkår som et virkemiddel for å nå bedriftens mål. I og med at de ansatte er sykehusenes viktigste ressurs, gir dette neppe grunn for frykt fra de ansattes side. Tvert imot er det grunn til å tro at bedriftens produksjon, både kvalitativt og kvantitativt, vil avspeiles av de arbeidsforhold det legges til rette for.

Det er en forutsetning både for innsatsstyrt finansiering og fristilling av sykehus at vi har gode metoder for å evaluere alle sider ved sykehusenes drift. Hvis vi fortsatt skal basere oss på antall polikliniske konsultasjoner og antall utskrevne pasienter, vil fristilling være en farlig vei å gå.

Hans Petter Aarseth
president

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeförening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no