

Hva vil vi med sykehusreformen?



Fra foreningen

Helseministeren er i rute med sykehusreformen. Odelstingsproposisjon nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.* passerte statsråd 6. april og forutsettes behandlet i Stortinget før sommerferien. I forhold til høringsnotatet fra januar er det lite, men likevel viktig nytt.

I Legeforeningens høringsuttalelse ble det lagt vekt på fire temaer: Beslutningsprosessen i de foreslåtte foretaksstyrer må ha en faglig forankring, forskning og undervisning må være egne resultatområder med særskilte budsjettmidler, finansieringssystemene må utvikles slik at sykehusene gjør de riktige prioriteringer, og avtalestrukturen må gi helseforetakene den nødvendige fleksibilitet.

Alle berørte arbeidstakerorganisasjoner unntatt Akademikernes medlemmer og Norges Ingeniørorganisasjon (NITO) har med varierende begrunnelse tatt sterkt avstand fra den foreslåtte foretaksmodellen. Det er blitt pekt på at den åpner for senere privatisering av sykehusene, og at regjeringen i høringsnotatets § 39 direkte la til rette for dette. Legeforeningen delte ikke denne frykten, men ønsket likevel at det skulle gjøres helt klart at sykehusenes medisinske virksomheter også i fremtiden skulle være i statlig eie, organisert innenfor foretakene. I lovforslaget, slik det nå foreligger, er dette eksplisitt uttrykt. Den kliniske del av sykehusene og de medisinske servicefunksjoner (laboratorier og røntgentjenester) kan *ikke* organiseres som aksjeselskap. Sikringen av det offentlige eierskap av sykehusene blir dermed bedre enn i dagens lovgivning.

Det har vært en heftig diskusjon om den foreslåtte reformen representerer en sentralisering eller ikke. Det kan være vanskelig å forstå denne diskusjonen. Den overordnede prioritering og budsjettering har alltid ligget i Stortinget. Den desentraliserte eiermodellen har egentlig bare kunnet brukes til å prioritere andre sektorer enn sykehusene.

Gang på gang er det dokumentert at økte direktebevilgninger til sykehusene har gitt fylkene anledning til å omprioritere midler. Og man kan med god grunn spørre hvilke beslutninger vedrørende spesialiserte helsetjenester er det som bør gjøres desentralisert? Er det ikke pasientens behov, slik det fremkommer gjennom henvisningene fra allmennlegene, som er det viktigste styringssignalet? Det norske helsevesen har faktisk en fullstendig desentralisert bestillerfunksjon gjennom denne portvokterrollen. Det som betyr noe for pasientene, er faktisk hvordan denne bestillingen blir effektivt, ikke hvor beslutningene er fattet.

I sitt forslag har imidlertid regjeringen forsøkt å komme sentraliseringsinnvendingene i møte. De rullerende fireårsplanene som de regionale helseforetakene plikter å lage, forutsetter at et regionalt politisk forum har fått uttale seg. Også pasienter og pårørende skal ha rett til å delta i denne prosessen.

Legeforeningen foreslo i sin høringsuttalelse at det burde fastsettes i foretakenes vedtekter at faglige råd må inngå i beslutningsprosessen. Legeforeningen foreslo to tiltak for å justere dette:

- 1 At det fastsettes at det skal være faglige representanter i helseforetakenes styrer.
- 2 At vedtektene inneholder en formulering som: «Styret kan fritt oppnevne rådgivende organer. Det skal opprettes faglige råd som skal bidra til at virksomheten er faglig forsvaret og tidsmessig, og som gir tilråding på faglig grunnlag i spørsmål om samarbeid, arbeidsdeling og tilhørende disposisjoner.»

Dette er ikke blitt imøtekommet i proposisjonen. I mange sykehus kan det være fire administrative nivåer over et faglig beslutningsnivå. Dette øker med to når vi får styrer i helseforetak og regionale helseforetak. På hvert av de seks nivåene kan det treffes beslutninger som kan få store konsekvenser for den faglige virksomheten, uten at den ansvarlige, helseministeren, trenger å få vite om det. Vi vil derfor fortsatt hevde at innhenting av faglige råd må være obligatorisk, og disse rådene må følge saken.

Så langt er det bare det formelle eierskap av sykehusene som er beskrevet. Det er kommet noen signaler om lokalpolitisk medvirkning og brukermedvirkning i planleggingen. Det er fortsatt ikke kommet noe om hva man egentlig vil oppnå med dette, bortsett fra å få slutt på korridorpasienter og uakseptable ventelister. Disse problemene kan ikke løses med å endre eierskap og eierstyring. Det begynner nå å haste med synliggjøringen av det faglige innholdet i den nye sykehusstrukturen. Hvordan vil helseministeren oppnå de egentlige målene med sin reform? Hvordan skal uakseptable ventetider og korridorpasienter bli borte uten at de faglige ansvarlige trekkes inn i beslutningsprosessene, og dermed får et eierforhold til reformen? Hvis ikke sykehusene skal styres og ledes etter kjølvannet, må de faglige ansvarlige få en finger på roret. Denne fingeren må være synlig. Hvis ikke vil det utvikles uformelle styringskanaler, og disse kan fort bli uhåndterlig, også med staten som eier.

Hans Petter Aarseth
president