

Statlig eierskap under lupen i PSL

Snart tre år har gått siden spesialisthelsetjenestereformen trådte i kraft. Hvilken plass skal de privatpraktiserende avtalespesialistene ha i fremtiden? Er tiden moden for å opprette ett stort sykehusdirektorat, ettersom det overordnede prinsipp er å sikre et likeverdig tilbud til hele landets befolkning?

Er regionale helseforetak løsningen for fremtidens spesialisthelsetjeneste? Det var blant spørsmålene Lars Erik Flatø reflekterte over da Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL) var samlet til årsmøte i august. Innlederen var statssekretær for tidligere helseminister Tore Tønne, har vært direktør ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og er fra april 2004 sekretariatsleder for Arbeiderpartiets stortingsgruppe.

– Alt i sykehussektoren synes nå å bli vurdert opp mot det fullkomne, istedenfor det oppnåelige og tilgjengelige, sa Flatø. Han mener man med eierskapsstrukturen er kvitt det endeløse svartepersillet mellom forvaltningsnivåene og eksemplifiserte fra sin tid som fylkeshelsesjef i Akershus: – Bærum sykehus hadde god økonomi. Det måtte sykehuset fortsette å ha for å dekke opp underskuddet til det daværende Sentralsykehuset i Akershus. Dermed undergravde man budskapet om at det skal lønne seg å være god.

– Enhver som driver egen virksomhet forstår at dersom man bevilger seg et høyt lønnsoppgjør, er det opplagt at man selv må ta ansvaret, fortsatte Flatø. – Etter 2002 har de regionale helseforetakene (RHF) vært helt konsekvente. Går noen av sykehusene i underskudd, skal de ikke få mer. Mer samordning er også oppnådd. Ved overkapasitet og pasienttørke flyttes behandlingstilbudet innenfor det enkelte RHF.

– Brutale inngrep

Selv om Kristelig Folkeparti opprinnelig var motstandere av reformen, ville ikke Lars Erik Flatø underkjenne tidligere helseminister Dagfinn Høybråtens innsats. Gjennomføring av reformen har imidlertid gitt flere utilsiktede utslag. Flatø viste til at Stortinget i vårsesjonen 2004 bevilget 500 millioner kroner ekstra i revidert statsbudsjett, istedenfor å la sykehusene selv ta ansvar for sine disposisjoner. – Tidligere var det krav om budsjettbalanse innen utgangen av 2004, nå er dette endret til 2005. Stortinget bør være varsomme med å flytte målet ytterligere. I så fall frykter jeg vi er tilbake til pengebingetenkningen, og fjerner oss fra bildet av en troverdig og ansvarlig eier. Det er imidlertid skadelig for reformens omdømme når enkelte sykehus ble fratatt akuttfunksjoner over natten. 14 000 mennesker i fakkeltog i Arendal viser at slike brutale inngrep rokker ved

trygghetsfølelse og stolthet i lokalbefolkningen, sa Flatø.

Han tok også opp spørsmålet om fem regionale helseforetak fører til dobbeltadministrasjon, og at dagens modell er i konkurranse med målet om et likeverdig tilbud. Likevel tror han ikke RHF-ene blir avvirket i løpet av de nærmeste fem år. Hovedårsaken er at kritikere vil gå så vidt ulike veier. Mens noen foreslår ett stort sykehusdirektorat, går andre inn for at fylker blir slått sammen til ni regioner og at spesialisthelsetjenesten blir tilbakeført dit.

Uro i egne rekker

– PSL har fått gjennomslag for flere legitime krav, blant annet at RHF-ene skulle være avtalepart, sa Lars Erik Flatø til årsmøteforsamlingen. – Likeledes at allmennlegen har direkte henvisningsrett. Dessuten kan medlemmene fremdeles forhandle juridisk bindende takster gjennom normaltariffen. Slik er det ikke for private sykehus. De har merket konsekvensene av at satsene for diagnoserelaterte grupper (DRG) ble redusert med et pennestrøk, sa Flatø.

Fra salen ble det uttrykt bekymring over normaltariffens plass i finansieringen av spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus. Kritiske røster hevdet at staten synes å ha fastlønn som målsetting for avtalespesialistene. PSL-leder Harald Guldsten la ikke skjul på at reduksjonen har vakt harme i egne rekker: – Inntil tarifforhandlingene i 2003 utgjorde driftstilskuddet i gjennomsnitt ca. 20 % av inntektene i privat spesialistpraksis, de øvrige 80 % var fra egenandeler og prosedyretakster i normaltariffen. Nå har Stortinget vedtatt at driftstilskuddet skal økes til 40 % av totalinntektene, på bekostning av takstene. Således er det ved de to siste tarifforhandlingene flyttet i alt 180 millioner kroner bort fra normaltariffen og over på driftstilskuddet, sa Guldsten. – Det uroer oss sterkt at innsatsstyrt finansiering reduseres så vidt mye til fordel for et fast månedlig beløp. Styret mener det utgjør en fare for effektivitetstap i pasientbehandlingen og kostbare driftstilskudd for RHF-ene. Vi frykter inndraging av ledige hjemler og stopp i opprettelsen av nye hjemler, påpekte han.

Flere av årsmøtedeltakerne gav uttrykk for stortingsvedtakets vidtrekkende konsekvenser: Manglende forutsigbarhet, især for dem som har under 100 % driftsavtale,



Lars Erik Flatø (t.h.) tok imot innspill fra PSL-leder Harald Guldsten og drøyt 100 privatpraktiserende spesialister samlet til årsmøte. Foto Kari Ronge

oppsigelser av personale, men også at RHF-ene vil prioritere oppretting av nye overlegetillinger i poliklinikk, fremfor flere avtalehjemler utenfor sykehus.

Fremdeles barnesykdommer

– Det er forståelig at spørsmål om endringer i finansieringssystemet skaper uro og usikkerhet, kommenterte Lars Erik Flatø, som utgjorde mindretallet i Hagen-utvalget og som ble støttet av Legeforeningen (Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3275). – Svaret er imidlertid nei til fastlønn, sa Flatø, som sa seg enig i at privatpraktiserende spesialister med redusert avtalebrøk rammes særlig hardt.

Han tror heller ikke normaltariffen blir avvirket etter 2006. Innsatsstyrt finansiering i sykehus lider av såpass mange barnesykdommer etter sju år, at bruken neppe spres til de privatpraktiserende spesialistene.

– DRG-systemet har ca. 540 ulike priser. I somatiske sykehus er gjennomsnittsprisen 30 000 kroner per pasient. Fordelt på diagnoserelaterte grupper blir det til dels horrible forskjeller. Overført til privatpraktiserende spesialister ville noen gått konkurs ganske snart, mens andre ville blitt styrtrike.

Hans råd til Legeforeningen var klart: – Politikerne følger løpende med i utviklingen. Vær derfor på banen med dokumentasjon. Delta aktivt i prioriteringsdebatten om hvilket helsetilbud som må gjøres i sykehus, og hva som kan gjøres av de praktiserende spesialister utenfor sykehusene.

Les mer om PSLs årsmøte på www.legeforeningen.no (i nyhetsarkivet 31.8 og 8.9).

Kari Ronge

kari.ronge@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk