

Privatisering – kanskje litt?



Den offentlige helsetjenesten er Norges største arbeidsplass med over 200 000 ansatte og rundt 60–65 milliarder kroner i budsjett. Den er i prinsippet et monopol.

Alle store organisasjoner har en tendens til å bli enda større og til å bli stive, tunge og konservative. Jeg tror at helsetjenesten har hatt godt av det lille stikket i baken som privatiseringen har vært. Det har tvunget helsetjenesten til å bli mer opptatt av effektivitet, produktivitet, prioritering og service. Det var meget godt å si om den gamle paternalistiske helsetjenesten, men den så ikke på pasientene som kunder som skulle behandles «på brukernes premisser». Kort sagt: det svære offentlige fellesmeieriet har ikke hatt vondt av konkurranse fra noen små private melkebutikker.

Problemstilling

Jeg mener at diskusjonen om privatisering ikke bør dreie seg om privatisering i prinsippet, men om omfanget av privatiseringen. For ti år siden fant Rohde og medarbeidere at det private innslaget i norsk helsetjeneste var ca. 2,9 % for sykehusene og ca. 5,1 % for primærhelsetjenesten – målt som andel av driftsutgiftene (1). Privatiseringen har nok økt i disse ti årene, spesielt i primærhelsetjenesten, men jeg kjenner ikke nøyaktige tall. Jeg tror omfanget bør være lite, kanskje 3–5%. I dette innlegget argumenterer jeg for dette synet.

Argumentene mot privatisering

Solidaritet

Helsen er viktig for alle mennesker, og helsetjeneste er en grunnleggende menneskerettighet basert på solidaritetsprinsippet. Norsk helsetjeneste er bygd opp som en offentlig tjeneste for alle innbyggere, og den finansieres stort sett av fellesskapet. De private helsetjenestene er ikke for alle – det

som er privat, er nettopp ikke for alle. De forutsetter at man kan nå tilbudene, som stort sett ligger i byene, og de forutsetter at man kan betale det de koster. Dermed får vi et A- og et B-tilbud (selv om det er uenighet om hva som er A-tilbudet og hva som er B-tilbudet). Dette undergraver det solidariske grunnlaget for helsetjenesten. For meg er de to små ordene «for alle» avgjørende, og privatisering bryter med dette prinsippet.

Etikk

Helsetjenestens oppgaver er å tjene pasientene etter beste evne. Det betyr at det er, og må være, et islett av altruisme i god helsetjeneste. Satt på spissen, kan man si at helsepersonell lever av penger, men de bør leve for pasientene. Det betyr ikke at faget og tjenesten skal være det eneste mål i livet, men det skal være ett viktig og anerkjent mål. Jeg mener at privatisering forstyrrer denne tankegangen. Jeg sier ikke at privat helsetjeneste bare er opptatt av penger, for det ville være usant. Men jeg mener at privatiseringen har gitt pengene en større plass i helsepersonellens, og spesielt i legenes, vurderinger enn de bør ha.

Fløteskumming

Privat helsetjeneste må gå med overskudd. Derfor har den en tendens til å trekke til seg enkle oppgaver og ukompliserte pasienter. Standardisering er viktig for stor produksjon, og kompliserte oppgaver er ikke attraktive. De ender i den offentlige helsetjeneste, og det kan derfor sies at de private helsetjenestene skummer fløten av markedet. Man ser samme tendens på andre områder, f.eks. i barnehagene.

Økt etterspørsel og volum

Tilbud skaper etterspørsel, også i helsetjenesten. Mange hevder at «behovet» for helsetjenester i virkeligheten er uten grenser. Private tilbud gjelder av og til oppgaver i gråsonen mellom nødvendige og unødvendige helsetjenester. Kosmetisk kirurgi, enkelte laboratorieprøver og beinmasseunder-

søkelser kan delvis karakteriseres slik. Privatiseringen vil derfor ha en tendens til å øke etterspørselen etter helsetjenester totalt og kanskje spesielt etter helsetjenester som ikke er helt nødvendige. Privatiseringen bidrar derfor til medikalisering av samfunnet.

Konkurranse om helsepersonell

Det er mangel på helsepersonell i Norge. Privat helsetjeneste trekker personell fra offentlig helsetjeneste, ofte ved å friste med høyere lønn og bedre arbeidsvilkår. I enkelte legespesialiteter er dette blitt et alvorlig problem.

Skjevfordeling

Norge er et tynt befolket land. Den offentlige helsetjeneste må dekke hele landet og sørge for god kvalitet også i utkantstrøkene. Privat helsetjeneste er fortrinnsvis lokalisert i byene og gir derfor et geografisk skjevt tilbud. Den øker problemene med å rekruttere personell til utkantstrøkene. I tillegg til den geografiske skjevfordelingen er det selvfølgelig også en økonomisk skjevfordeling. Endelig er det også en skjev faglig fordeling, fordi kroniske sykdommer er mindre attraktive for privat helsetjeneste.

Usikker kvalitet

Kvalitetssikring er et viktig tema i den offentlige helsetjeneste. Det er lettere å sikre kvalitet i miljøer som er åpne, har en viss størrelse og driver systematisk kvalitetskontroll. Jeg har ingen dekning for å si at det er flere komplikasjoner i privat helsetjeneste, men det er vanskeligere å garantere en høy og jevn faglig kvalitet i de mange små private virksomheter. De står ikke ansvarlige (accountable) på samme måte og med samme grad av innsyn som offentlig virksomhet.

Til gjengjeld kan det tenkes at den menneskelige kvalitet og nærhet er like god eller bedre i den private helsetjeneste, nettopp fordi miljøene er små. En viktig og hyppig kritikk mot den offentlige helsetjeneste er at den gir for dårlig informasjon, og det kan tenkes at den har noe å lære av den private helsetjenesten her.

Offentlige midler

Store deler av den private helsetjenesten finansieres av pasientene selv, men det offentlige bidrar på forskjellige direkte og indirekte måter. Disse midlene er ikke gjenstand for vanlig offentlig prioritering.

Utdanning

Helsetjenesten er avhengig av et enormt, løpende utdanningsprogram som omfatter grunn-, videre- og etterutdanning for mange profesjoner. Det offentlige er alene om denne kjempeoppgaven. Det betyr at det offentlige i betydelig grad subsidierer den private helsetjenesten. I mine øyne er dette et viktig synspunkt.

Forskning

Nøyaktig det samme resonnetet gjelder for forskning. Forskning er nødvendig for en god helsetjeneste, og den private helsetjeneste bidrar lite.

Samlet har disse argumentene betydelig styrke, og de får meg altså til å ville begrense den private helsetjeneste; jeg har allerede antydnet et omfang på 3–5%. Vi har nå ca. 14 000 leger, og forslaget innebærer at 400–700 leger arbeider i privat helsetjeneste. Etter mitt skjønn er dette et ganske høyt tall.

Kunne noe fått meg til å endre syn og bli mer positiv overfor privatiseringen? Jeg tror jeg hadde vært villig til det, hvis den private helsetjeneste hadde vært mer bevisst nyskapende – innovativ, er ordet i næringslivet. Det ville innebære at den faglige interessen og fantasien ble sterkere enn den økonomiske. Foreløpig ser jeg ikke mange tegn til det.

En alternativ modell

Storparten av den private helsetjeneste er innen kirurgiske fag. Her er det lange ventelister og behov for en større innsats enn den som kan gjøres av den offentlige helsetjeneste i vanlig arbeidstid. Innsatsen må derfor økes. Siden det ikke finnes arbeidsløse kirurger eller operasjonssykepleiere, kan innsatsen bare økes ved frivillig overtidarbeid. Privatisering er én måte å gjøre det på. En annen måte er å organisere en form for stiftelse på alle sykehus. Stiftelsen disponerer sykehusets lokaler og utstyr og rekrutterer frivillige arbeidstimer blant sykehusets personale (ettermiddager og helger). Pasientene kommer fra sykehusets ventelister. Personalet får overtidsbetaling som er tilstrekkelig til at de melder seg, men ikke urimelig høy. Driften er åpen og underkastet sykehusets vanlige kvalitetskontroll. En slik modell unngår de fleste av argumentene mot privatisering.

Konklusjon

Jeg kan se noen fordeler ved privat helsetjeneste, men motargumentene er mange og viktige. Jeg ønsker meg derfor to ting:
– En beskjeden privat helsetjeneste i størrelse 3–5%. Den bør være opptatt av fornyelse og forbedringer.
– En organisert overtidsytelse ved sykehusene som øker innsatsen uten å ha de negative sider som jeg mener den private helsetjenesten har.

Dette er mine kompromissforslag i en vanskelig og viktig sak for norsk helsetjeneste.

Peter F. Hjort

Statens institutt for folkehelse
Postboks 4404 Torshov
0403 Oslo

Litteratur

I. Rohde T, Garpenby P, Häkkinen U, Mabeck CE, Vohlonen I. Privat og offentlig innsats i Nordens helsevesen. Rapport nr. 3–1986, SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1986.

Privatisering – løsningen for storbyens helsetjeneste



I alle år etter siste verdenskrig har norske regjeringer lett etter muligheter for å bygge ned det private helsetilbudet. Holdningen har vært: «Det skal ikke tjenes penger på sykdom» og «Penger skal ikke kunne gi den enkelte et bedre helsetilbud enn det flertallet kan skaffe seg».

Men til tross for en enorm vekst i Norges utgifter til helse (rundt 60–65 milliarder kroner i 1995), er dette for lite i en tid med hurtig teknologisk utvikling. Private lønninger har vist seg langt smidigere og mer kostnadseffektive i utnyttelsen av folketrygdens midler og burde derfor tas mer i bruk.

Vi liberalister var sterkt imot hjemmelsordningen som kom i 1984. Møtstrebbende må vi nå erkjenne at ikke siden distriktslegeordningen for 20–30 år siden har norsk helsevesen hatt så stabile og gode legetjenester utenfor sykehus som det hjemlene har ført

til. Man kan trygt kalle ordningen en *rygg-rad* i norsk helsevesen. Ikke rart hjemlene er blitt ettertraktet!

Men fordi de tilførte pengene ikke har vært øremerket, har mange kommuner og fylker brukt hjemmelspengene til helt andre formål. Oslo får f.eks. fortsatt penger for 29 hjemler som allerede i 1986 ble inndratt «på grunn av manglende bevilgninger».

For å stoppe legeflukten fra det offentlige helsevesenet, vil man nå gjøre det mindre attraktivt å bli privat lege. I mellomtiden er det blitt mangel på private spesialister, slik at heller ikke denne løsningen er særlig god.

I erkjennelsen av at «der ikke finnes noen snarveier til et bedre helsevesen» lanseres «10 bud for leger» og import av utenlandske spesialister som det viktigste i helsereformen! Ville det ikke vært mer naturlig å få tilbake de norske spesialistene som har sluttet i

faget sitt fordi de ikke finner seg til rette i sykehus lenger og fordi de omfattes av det yrkesforbudet som kom ved lov av 10.10.1992? (Ca. 20% av spesialistene i pediatri er f.eks. engasjert i annet enn faget sitt.)

Kaoset i norsk helsevesen kan leses rett ut av den planen (264/95) som Byråd for helse og eldre i Oslo lanserer for styrking av primærhelsetjenesten, undertegnet Rune Gerhardsen og Vivi Lassen 27.9.1995. Planen er nå til høring og skal siden vedtas av bystyret. Lest mellom linjene erkjennes motvillig behovet for fortsatt privatisering av offentlige legestillinger for å spare lønnsutgifter og få bedre kurative legetjenester. Som «kompensasjon» pålegges hjemmelsinnehaverne å sette av 20% tid til forebyggende helsearbeid og til å sitte i tverrfaglige grupper. Alle innbyggere over 70 år skal ha fast lege. Det