

Beslutningstakerne i EU-landa ser utviklinga som uunngåelig, i retning av én helsetjeneste for dem som kan betale, og én for de andre, skriver Siri Jensen og Bjørg Njaa.

Siri Jensen er faglig leder i AKP.

Bjørg Njaa er sosiolog og sitter i representantsk. i Oslo «Nei til EU».



Staten som drivkraft

KONSENSUS OM å bringe markedskrefter og konkurranse inn i helsesektoren for å øke effektiviteten og spare penger legger premisene for politikken i EU/EØS. Kravene fra det indre markedet og perspektivene med et fritt marked for helsetjenester i hele Europa legger effektive rammer, både synlige og usynlige. Dette utelukker andre måter å løse problemene på. Så lenge en opptrer innafor disse rammene kan politikken framstå som nasjonal og frivillig valgt.

Konkurranse for å presse kostnadene

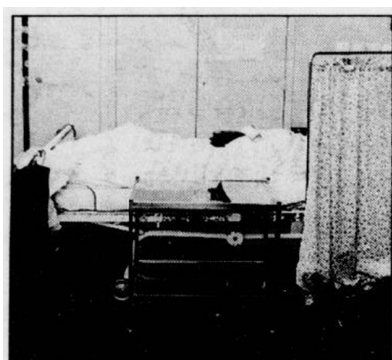
EU's industri-

herrer, i «The European Round Table of Industrialists», utformet planene for det indre markedet, for gjennom markedskreftenes frie spill å tvinge fram tiltak politikerne ikke maktet ad politisk vei. Det har vært effektivt et stykke på vei. Men for å komme videre trengs også en stat som aktivt åpner de offentlige monopolene, som helsevesen og sosiale tjenester, og slipper private krefter til.

Utviklinga av et internt marked for helsetjenester, slik som f.eks. både i England og Sverige, er et godt eksempel på dette. Økt konkurranse skal brukes til å tvinge fram lønnsomhetstenkning og effektivitet som overordna mål.

England hadde tidligere en godt utbygd offentlig helsetjeneste. Landet var inndelt i 200 distrikter som ble finansiert fra staten. I dag får distriktene en viss sum, og kan selv velge om de vil behandle pasientene i egne sykehus, andre distrikters eller i private sykehus. Distriktene inngår så kontrakter med avdelinger ved ulike sykehus om denne behandlinga. Samtidig er det også legesentre (med ansvar for 11-12.000 pasienter) med samme rolle som distriktene. De får rammebudsjett så de kan behandle sjøl eller kjøpe spesialisttjenester eller sykehusplass. Den ideologiske begrunnelsen for dette, som går igjen i alle landa, er at en skal skille de som tilbyr helsetjenester fra etterspørerne for derved å skape konkurranse for å presse kostnadene og spare penger. Slik gjøres helse til en vare, og tilbudet til den enkelte pasient enda mer avhengig av distriktet/ legesentrets budsjett.

Samtidig gis private sykehus lik sjanse som offentlige i konkurransen. I tillegg gis også de offentlige sykehuse- ne anledning til å bli såkalte truster. Det vil si at de skal drives etter reint forretningsmessige prinsipper og får frihet til å disponere budsjett, fastsette arbeids- og lønnsvilkår osv. På samme



– Helse gjøres til en vare, og tilbudet til den enkelte pasient blir enda mer avhengig av budsjettet.

Foto: Hans Aarsund

måte som regjeringa/Ap i Norge nå drøfter å gjøre sykehuse- ne til aksjeselskap, bare ansvarlig overfor aksjeloven og økonomisk lønnsom drift.

Det er ikke vanskelig å tenke seg en slik modell utvidet med kontrakter med utenlandske sykehus. Eller med at forsikringsselskapene som etterspørere etter tjenester for sine forsikringstakere inngår kontrakter med sykehus, også offentlige, som trenger flere kontrakter. Resultatet er at sykehuse- ne mer og mer tar ansvar for dem som betaler, istedenfor et helhetlig ansvar for befolkningen.

I Sverige er det i gang forsøk med liknende modeller i noen fylker. Også her står prinsippet om å skille tilbydere og etterspørere sentralt. Sykehuse- ne må konkurrere med hverandre om kontrakter med områder/ kommuner for ulike typer behandling.

Endringene i både Sverige og England skjer innafor et system med offentlig finansiering. Samtidig undergraver de effektivt prinsipper om statlig styring og lik adgang til tjenester av lik standard; lønnsomhet og budsjett- disiplin blir bærende prinsipper og helse gjøres til vare. Dermed åpner de også døra på vid gap for private, kommersielle helseinstitusjoner.

Et annet viktig poeng, i hele EU, er at budsjettansvaret skal skyves nedover slik at den enkelte primærlege får større budsjettansvar. Medisinske hensyn må settes til side for å få budsjettet til å gå opp.

I Oslo har det lenge vært forberedt forsøk med at bydelene sjøl skal kjøpe sykehustjenester. Dette er foreløpig stoppet på grunn av problemer med overføring av sensitive helseopplysninger mellom sykehus og bydeler.

Hovedpoenget her er at undergravinga av det offentlige helsevesen ikke

først og fremst skjer gjennom etablering av private sykehus, men gjennom at staten legger forholdene til rette for økt konkurranse innafor offentlig sektor, og gjennom det åpner større rom for kommersielle tiltak.

Samtidig styrkes ideen om at dette er en nasjonalt valgt politikk, mens det i realiteten skjer fullstendig innafor en konsensus om et friere marked for helsetjenester i hvert enkelt land og i Europa.

* Et annet eksempel på statens rolle som drivkraft for markedskreftene er endringer i finansiering av helsetjenestene.

Det er enighet blant beslutningstakerne i EU-landa om at knappe offentlig budsjetter, sammen med nye behandlingsmuligheter, vil føre til et større innslag av privat finansiering av helsetjenesten i framtida (Burston/Marsteller). Formene for dette kan variere, og staten vil spille rollen som aktiv tilrettelegger.

– økte egenandeler går under navnet «større ansvar for egen helse».

– Flere tjenester finansiert gjennom privat forsikring.

– Mer av helsetjenesten betalt av arbeidsgiver, knytta til jobb.

Beslutningstakerne i EU-landa ser utviklinga som uunngåelig. I forlengelsen ligger amerikanske tilstander der helse i stor grad er et privilegium for de med penger, og store utgifter i forbindelse med sykdom kan ruinere vanlige lønns- takere.

Private forsikringer og økt arbeidsgiveransvar vil også føre til press i retning enda større vekt på akuttmedisin og tjenester som bringer folk tilbake i jobb på bekostning av arbeidsløse kronisk syke, eldre, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter. En slik dreining i prioritering er i seg selv en uunngåelig konsekvens av EUs overordna mål om økt konkurranseevne, og av stadige økende vekt på lønnsomhet som rettesnor for all offentlig virksomhet. I Norge gjøres forsøk med ekstratiltak for at yrkesaktive på venteliste kan få raskere behandling enn andre. Ideen om at visse helsetjenester direkte skal finansieres av innsparinger i trygd, setter kronisk syke bakerst i køen.

* Et eget spørsmål er åpning av gullgruvene – helsefond i ulike former – for privat kapital.

Her er det interessant å se på et forslag som ble fremmet av en helsekom-

misjon i Nederland under ledelse av Wisse Dekker, tidligere direktør for Philips i Nederland og en av drivkreftene fra European Roundtable of Industrialists i utforminga av hvitboka om det indre markedet. Forslaget ble ikke gjennomført i denne formen, men elementene finnes igjen over hele EU.

De viktigste punktene i forslaget var:

– en obligatorisk grunnforsikring for alle, som skulle dekke 85 prosent av kostnadene forbundet med sykdom og eldreomsorg. Premien skulle betales av arbeidstakerne, delvis som en fast av-

gift (til forsikringsselskapet), delvis som prosent av inntekt (til et sentralt fond). NB! Det er

Større innslag av privat finansiering.

verdt å merke seg at arbeidsgiverne ikke skulle betale noe.

– en frivillig tilleggsforsikring for å dekke resten.

– alle forsikringsselskaper skal kunne tilby denne grunnforsikringen og skal konkurrere om innbyggerne. Selskape- ne kan ikke avvise noen, men får et tilskudd fra det sentrale fondet som skal kompensere for høyrisikogrupper.

– forsikringsselskapene skal forhandle fram kontrakter med ulike sykehus/spesialister for sine forsikringstakere. De ulike forsikringsselskape- ne vil derfor ha sine egne betingelser og sine egne priser å tilby.

Denne modellen forener mange av kapitalens målsettinger, folk må betale mer for egen helseforsikring, større innflytelse for markedskreftene og «frigjøring» av offentlige midler til privat forsikring. For folk ville det derimot føre til helse etter lommeboka. Nasjonale standarder ville være en saga blott. Et avgjørende spørsmål er også hva som skjer med de som ikke er forsikret, på tross av at det er obligatorisk? Stadig flere fattige faller utenfor samfunnet.

Konklusjonen blir at kombinasjonen av EUs felles økonomiske politikk med nedskjæring av offentlige utgifter, konsensusen om mer marked og reglene for det indre markedet på en effektiv måte sperrer for en nasjonal helsepolitikk som fører videre etterkrigstidas planstyrte helsevesen. Dette helsevesenet har bygd på prinsippet om nasjonalt, statlig ansvar for likt helsetilbud for alle, finansiert av alle over skatten. I dag uthules dette prinsippet, omlegginga har starta. Likevel er det fortsatt mulig å snu – om vi velger å bli stående utafor både EU og EØS.

(Første del av kronikken sto i går).