
Statlig eierskap av sykehusene

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

Legeforeningen har nylig avgitt høringsuttalelse på NOU 1996: 5 Hvem skal eie sykehusene? (Hellandsvik-utvalgetsinnstilling). I denne leder er hovedmomenter i Legeforeningens uttalelse gjengitt.

Hellandsvik-utvalgets mandat var å vurdere ulike eiermodeller i lys av Stortingets ønske om en nasjonal og helhetlighelsepolitikk.

Legeforeningen mener at helsetjenestens nåværende organisering ikke primært er valgt ut fra helsetjenestens formål, mål og aktuelle strategier. Den er tilpasset den generelle organisering av norsk forvaltning med fylkeskommunene og primærkommunene som ansvarlige organer.

En forvaltning som er bygd på dagens struktur og rammefinansiering har sterke ulemper ved seg både på kommunalt og fylkeskommunalt nivå og for den enkelte driftsenhet. En slik struktur gir grunnlag for revirtenkning i den enkelte forvaltning, og skaper for høye barrierer mellom forvaltningsnivåene.

Legeforeningens oppfatning er at fylkeskommunene er for små enheter for forvaltning av en fullverdigs spesialisthelsetjeneste.

Vi registrerer med tilfredshet at Hellandsvik-utvalgets utredning i hovedsak har samme syn som Legeforeningen på viktige spørsmål og har trukket den samme konklusjon.

Universitetsklinikker

Legeforeningen er opptatt av at dagens regionsykehus må omdøpes til universitetsklinikker. En slik betegnelse vil etter Legeforeningens syn markere at disse sykehus også har andre oppgaver å ivareta enn de rene behandlingsmessige.

Utvalget viser i sin utredning til at det etter hvert sannsynligvis vil bli flere undervisningssykehus, dvs. at studenter ikke bare oppholder seg i universitetsklinikkene, men også i andre typer sykehus i nedslagsfeltet

tiluniversitetsklinikken. Dette gjør det nødvendig med klare oppgavebeskrivelser og samarbeidsmønstre mellom de ulike nivåer og universitetet.

Fragmentert ansvar for spesialistutdanningen

Legeforeningen frykter at utvalgets forslag henger sammen med tidligere forslag om å få en sterkere regionalisering av spesialistutdanningen. Det er i dag staten som setter premissene for legers spesialist- og etterutdanning. Slik som det er i dag, forutsettes det imidlertid at den enkelte fylkeskommune og det enkelte sykehus skal prioritere og betale hva denne spesialistutdanning og etterutdanning koster. Dette har resultert i et fullstendig fragmentert ansvar for fagutvikling og videre- og etterutdanning av leger. Forskning, legers videre- og etterutdanning, fagutvikling og kvalitetssikring nedprioriteres i dag på de fylkeskommunale sykehusene. Dette skyldes både knappe ressurser og at defylkeskommunale sykehus ikke er forpliktet til å tenke helhetlig eller ta et nasjonalt ansvar. Legeforeningen vilderfor sterkt betone at Norge trenger en overordnet, nasjonal styring av legers videre- og etterutdanning og at flereforsvaltningsnivåer i den forbindelse er et kvalitetsproblem.

Fremtidige modeller

Legeforeningen registrerer med tilfredshet at utvalget er enstemmig i sin innstilling om bedre samordning mellom fylkene i hver helseregion, avvisning av statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader, avvisning av at staten bare skal overta drifts- og eieransvar for regionsykehusene, styrking av universitetsfunksjonene som et viktig bidrag for å opprettholde kvalitet og kompetanse i helsetjenesten, oppløsning av fylkeskommunene og etablering av større region-fylkeskommuner synes uaktuelt, alle sykehus bør tilhøre samme forvaltningsnivå og at dagens regionssamarbeid ikke har vært tilstrekkelig for en effektiv regional utnyttelse av sykehusressursene.

Det er når man skal utforme den endelige struktur at Hellandsvik-utvalget deler seg opp i tre like mindretall. Med utgangspunkt i enigheten om problemstillingene og målsettingen er det overraskende for Legeforeningen at man ender opp på så ulike modeller. Legeforeningens kommentarer til de ulike modellene er som følger: Legeforeningen mener modell 3 er den beste til å utvikle en god helsetjeneste for befolkningen.

Modell 1 Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunen som eier - løst formalisert regionalisert samarbeid. Dette er etter Legeforeningens syn en modell som nærmest tilsvarer dagens modell hvor man ønsker at "den snøen som kommer neste år, må bli hvitere enn den som falt i år." Legeforeningen kan ikke se at det er grunnlag for å tro at den endring som er skjedd under press fra myndighetene det siste året, har grobunn i en virkelig forankring i fylkeskommunen om et nærmere samarbeid om sine lokal-, sentral- og regionsykehusfunksjoner.

Modell 2 Formalisert inter-fylkeskommunalt selskap Dette er en nyskaping som krever et nitid forarbeid og planlegging for motivering og faktisk myndighetsoverføring med ressurser fra den enkelte fylkeskommune til et regionalnivå. I sin konsekvens vil dette ligge nær opp til et fjerde forvaltningsnivå som vil være nærmest utenkelig i et liteland som Norge. Legeforeningen anser modellen som uaktuell.

Modell 3 Regionalisert sykehusvesen med staten som eier Denne modellen tilrår en radikal omlegging gjennom nye styrings- og forvaltningsmekanismer som adresserer den kritikk mot dagens forhold som utvalget har beskrevet. Legeforeningen mener at modell 3 er best egnet til å møte de krav som utvalget selv har stilt for å vurdere en struktur med henblikk på å utvikle en god helsetjeneste for befolkningen i Norge. Samtidig sikrer den en nasjonal styring med undervisning, forskning og fagutvikling. Modell 3 har også størst sjanse til å frembringe de nødvendige endringer på de fleste problemområder som er beskrevet, og Legeforeningen gir derfor denne modellen sin støtte.

Hans Petter Aarseth
president

Publisert: 20. juni 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.