

Nedskjæring og privatisering to sider av samme sak!



Utgitt av Faglig Utvalg i AKP(ml)

Forord

Vi er vitne til kanskje historias største overføring av verdier og oppgaver fra det offentlige til de private, profittbaserte selskaper.

Hefteet inneholder artikler som går mot privatisering med forskjellige innfalls-
vinklinger til den problemstillinga.

Dette heftet skal ta for seg privatiseringa innafor helse- og
sosialsektoren.

Faglig utvalg

Innholdsfortegnelse

PRIVATISERING: Hvorfor, hvordan og hvem rammer det?	
av Goggi Sæter	4
Erfaringer fra utlandet	
av Odd Størsæter	20
Privatisert helse - og sosiale konsekvenser.	
av Anette Glenne	29
Helse - og politiske prinsipper - til salgs?	
av Graham Clifford	34
Privatisering i Oslo	
av Harald Minken	38

PRIVATISERING: Hvorfor, hvordan og hvem rammer det?

av Goggi Sæter

Helga Pettersen i Brønnøysund har vaska skoler i et menneskeliv. Hun har betalt skatt og pensjon i alle år. Hun trodde hun hadde sikra seg økonomisk både med hensyn til alderdom og eventuell sjukdom. Hun har stått på venteliste i 10 år for hofteoperasjon. Ennå er det ei stund til hennes tur. Hun betalte penger i god tro. Men Gro og Kåre var lure, de satte av litt av pengene til «helse og sånt», resten putta de inn i bank i Amerika - «for det kunne komme verre tider». Helga og mange med henne huska 30-åra-de ønska seg ikke dit igjen.

Helga blir mye sittende stille, hun har mye vondt. Men hun leser mye og ser på TV. Hun ser Jens Moe - dr Hjertegod, som nesten gråter når han sier: «La oss hjelpe til! Vi kan da ikke la mennesker dø i kø! Det finst de som VIL betale for dette - mange.... »

Helga tenker: «tenk om det var hjerte jeg hadde vondt i, ikke -hofa?» Helga tenker og teller. I 45 år betalte hun så mye... De penngene hadde kunnet..... Hun kjenner hun blir varm og heit: ALLE skal få leve godt! Eller er det bare de rike som skal få «leve lenge i dette landet»?

Hva er det denne historia forteller oss? Utslitte folk får ikke den hjelp de

har krav på. Tilbud som før var gratis må folk betale for. Et helsevesen som ikke fungerer. Byrden blir lagt over på folk - og hvor noen rammes hardere enn andre - de eldre og kvinner.

Historia forteller oss om private kapitalister som skal sko seg -på vanlig folks bekostning. Det er dette jeg vil skrive om i denne artikkelen:

Hva mener vi med privatisering?

Jeg vil skille privatiseringsbegrepet i to områder:

A: Privatisering på idealistisk grunnlag-/ikke-profitabelt grunnlag.

Eks: Kriesentrenene var et privat initiativ, men drevet ut fra ikke-profit - og målet har vært at det offentlige skal overta.

Eks: Sykehus/sykehjem drevet i regi av en menighet/religiøse grupper driver også på ikke-profitabel basis. De har avtale med fylke-/kommune i forhold til de ansatte (følger kommunenstariff) og pasienter som innlegges har de samme forhold som om de lå på et offentlig sykehus (økonomisk).

B: Privatisering på kommersiell basis. Og det er det dette heftet skal handle om.

Norsk helse-og sosialvesen har vært drevet i offentlig regi. Bruker/pasient-uansett klassetilhørighet har hatt krav på gratis sykehusopphold/behandling. Nedskjæringene som har resultert i sykehuskøer, har lagt forholdene til rette slik at noen kan spekulere i dette. De tjenestene som har vært gratis, blir gjort om til vare (Riktignok er ikke mye så gratis lenger, jfr. egenandel på legebesøk, medisiner på blå resept). Dette blir behandla i eget kapittel.

Hvorfor kommer privatiseringa nå?

Roar Eilertsen formulerer det slik i en søkelysartikkel i Klassekampen:

« Behovet for å utvide markedet.

Et viktig trekk ved krisa i kapitalismen er at verdens kjøpekraftige markeder stadig innsnevres. Utbygtinga og den stadig sterkere konsentrasjon av kapital skaper et akselerende fattigdomsproblem. I dag styres hele kontinenters kjøpekraft av de internasjonale bankenes utlånspolitik. Store deler av den industrialiserte verdens arbeidere skyves ut i arbeidsløshet og de får sin kjøpekraft drastisk redusert. For kapitalistene skaper dette problemer. Til tross for enorm produksjonskapasitet finnes det ikke kjøpekraftige markeder hvor varene kan omsettes. Derfor vegrer kapitalistene seg mot å sette kapitalen inn i ny, produktiv virksomhet. I stedet bruker de pengene i en skjerpet kamp om den merverdien som allerede er

skapt og som finnes innafor den rike delen av verden.

Raseringen av offentlig sektor er en måte å utvide arenaen for profittmaksimering. Nye varer og tjenester trekkes inn i det private markedet slik at kapitalistenes muligheter for å investere i profitabel virksomhet økes.

Privatisering blir en krampetrekning mot den historiske tendensen i retning skrumpende markeder.

Det finnes også andre historiske årsaker til at dette er mulig nå i langt større grad enn tidligere. Tidligere grunnlagsinvesteringer av staten som felleskapitalist (som utbygging av landsomfattende jernbane- og telekommunikasjonsnett) og moderne teknologi gjør at mulighetene for profittbasert drift utvides.

Behovet for penger i statskassa.

Vi ser altså at kapitalen har interesse av å gjøre stadig større deler av økonomien tilgjengelig for profittskapende virksomhet. Og en av metodene er å overføre verdier og oppgaver fra offentlig til privat sektor i økonomien. Men til tross for denne strategien med å tømme offentlig sektor for oppgaver, ser vi at statskassene stadig vekk mangler penger. Årsakene er at inntektsmulighetene reduseres raskere enn oppgavene, og det faktum at staten etter hvert blir stående igjen med virksomheter som kun figurerer på utgiftssida i budsjettene.

Når den samlede økonomien preges av sviktende satsing på ny produksjon, samtidig som behovet for trykdeordninger o. l. til å handtere arbeidsløshets- og andre sosiale problemer øker, blir

POST 122 ER STENGT

P.G.A. MANGEL PÅ SYKEPLEIERE.

ALL HENDVENDELSE SKJER

TIL EKSPEDISJONEN I 1. ETG.

Uth. 10. 10. 1973
S. 10. 10. 1973

resultatet for land etter land at statskassa «er tom».

Privatiseringen er like verdensomspennende som den er stor. Og ideen kommer ikke i kjølevannet av konservative partiers erobring av regjeringstaburettene. I Japan har det vært konservative regjeringer i hele etterkrigstida uten at trangen til å privatisere har vært påfallende tidligere.»

I Norge har DNA med sin nedskjæringspolitikk lagt forholdene godt til rette for privatisering. Under Willoch-regjeringa ble det satt enda raskere fortgang i prosessen. Når nåværende regjering nekter konsesjon til Privat Hospital - Mesnalien, er det et spill for galleriet. Under valgkampen var «kampen mot privatisering» deres store merkesak. Mesnali-saken skal få folk til fortsatt å tro på det. Paralelt ser vi raseringa av offentlig. DNA's «privati-

seringsgrense» går på sykehussenger eller ikke. Alt annet blir tillatt. Og nettopp i dette ligger noe viktig; Markedet for privatisering i helsesektoren ligger ikke i bare «reine» private sykehus, men på alle mulige andre felter (poliklinikker, del-områder innafor offentlige sykehus osv). Derfor er det ikke vanskelig for sosialdemokratene å kjøre sin «prinsippkamp» nettopp her. (Mer om partienes rolle i O. Storsæter sin artikkel).

For å få fart på denne omstillinga må borgerskapet lage en overbygningsideologi.

«Frihets»-kampanja som starta under Willoch-regjeringa med Astrid Gjertsen i spissen har fått frukter. Les hva sykepleier Unni Fjeldstad sier til intervjueren fra helsebladet «LIV» nr 2-86:

« - Du reagerer ikke på at det utvikles et system hvor enkelte lettere kan

kjøpe seg ut av køer eller til bedre legebehandling enn andre?

- Nei, jeg gjør ikke det så lenge samfunnet er slik det er. Folk kan velge hva de vil bruke pengene sine til - finere biler, dyrere feriereiser. Og hva koster ikke tannlegen. I dag er det mulig å prioritere sitt private forbruk, og en bør kunne velge om en vil bruke penger på helse. Det er overkommelige priser...

- 80. 000 kroner for en hjerteoprasjon. Hvem som helst har ikke råd.....

- Nei. Det er urettferdig. Alle mennesker har krav på livsviktige operasjoner, gratis. Det burde ikke vært køer til kostbare operasjoner, og ingen burde bli nektet hjelp. Men slik er det. Og da kan jeg ikke se noe galt ved at private sykehus avlaster det offentlige. Jeg tror ikke private legetilbud vil bli så omfattende at det offentlige helsevesen blir truet eller bygget ned til bare å omfatte de svakeste i samfunnet.»

Borgerskapets budskap med sine «åpne samfunn», «ALLES frihet og RETT til å gjøre et valg»- ditt «eget» valg, får næring hvis vi ikke går inn og viser konkret hva det betyr.

Men sosialdemokratene er heller ikke tapt bak ei vogn sjøl om de prøver å si de er mot privatisering. Prisdirektør Egil Bakke får anmeldt boka si «Fritt rettferdig samfunn» av O. Storsæter i KK 6.1.86 Her er noen utdrag av anmeldelsen som skulle si nok:

«Rettferdig samfunn, for de rike

Mellom side 137 og 145 tar Bakke for seg det offentlige helsevesen. Det er

ineffektivt og lite dynamisk. La meg gi et par smakebiter: «Mange ting tyder på at det norske folks helsetilstand er vesentlig bedre enn helsevesenets. » «Det prinsipp som så mange forakter, å prise helsetjenestene og å selge dem på et marked, er naturligvis i bunn og grunn et forsøk på å få innført noen rimelige produktivitetsmål. » «Skal det være slik at vi skal kunne bruke våre inntekter på alt, på tant og fjas, til det som er unyttig og nyttig, men ikke til det aller nyttigste, til å ta vare på vår helse?»

Ideologisk offensiv mot offentlig helsevesen.

Først angriper prisdirektøren helsevesenet for ikke ha gode resultater, så sier han at de rike må få bruke penger på helsevesenet, for «å ta vare på vår helse». Bakke mener at en prising av tjenestene i helsevesenet vil få fram det reelle behovet for helsetjenester.

I en lang artikkel i Aftenposten 28/10-85 sier han dette: «Prising av en rekke offentlige tjenester. Dette bør i første rekke skje innenfor undervisningssektoren, hva angår videregående skoler og universiteter, men formodentlig også innenfor sosial og helsesektoren. Dette forslaget som er fremmet av mange opp gjennom tiden, har som sin hovedbegrunnelse at det vil skape muligheter for å telle den reelle etterspørsel etter de tjenester det her er snakk om. »

Er norske helsekøer reelle?

Det er grunn til å stille dette spørsmålet etter Bakkes oppsiktsvekkende

artikkel. Når 7-årige Anders står i kø hos øyenlege, har han da en «reell etterspørsel»? Det kommer an på hvor mye Anders foreldre vil betale! Hvis en Anders på 70 år ønsker å gå til øyenlege i Oslo, må det bli sparepengene som avgjør om han skal få plass. For Anders på 7 år og Anders på 70 år er ikke med i arbeidslivet. Bakkes begrep «reell etterspørsel» får det til å gå kaldt nedover ryggen min.»

Her er en oversikt over de selskapene som har gjort seg mest gjeldende på «privatiseringsfronten»:

NUME: Aksjeselskap bestående av mediaselskapet VIP/Skandinavia og aksjonærer som overlege Håvard Skre, lege Tor S. Haugstad, daglig leder av aksjonen «bibel for alle»- Frank Kaleb Jansen og dataekspert Knut Sveen fra SM Software. NUME A/S satser på data-programmet «Ny livsstil» - data-programmer som skal fortelle hva du skal spise; med en liten computer i veska kan du kontrollere fett-fiber og energimengde osv. For to år sida kunne VIP kassere inn seks millioner ved å selge NUME-aksjer mens kursen var høy. Produktet uteble og likedan de lovte inntektene på 22 millioner kroner. For et år sida overtok investeringsselskapet BLB (fra VIP: Tømm Berntsen og Randolph Lie, og svenske Beyer Invest)

KLEM: Privat forskningslaboratorium for utvikling av ernæringsprogrammer, spona av NUME, leda av lege Tor S. Haugstad.

MESAC A/S: Aksjeselskapet som satser på prøverørsbarn, fostervannsprøver og sønløshet. Og bak står bl.a: Håvard Skre og Tor S. Haugstad.

Det er et tett samarbeid mellom disse tre selskapene. Da NUME var ute på «kjøret» prøvde man seg på en fusjon med MESAC men det gikk ikke fordi de tilsatte der ikke var innformert om planene.

Overlege Håvard Skre er styremedlem i NUME, MESAC A/S og styreformann i KLEM. NUMES styreformann Frank Kaleb Johansen er også styreformann i MESAC A/S!

Disse legegutta satser nå på feltene: idrettskader og bedriftshelse- tjeneste. (I 1987 regner MESAC å være et børsnotert selskap)

RING MEDISINSKE SENTER: Andelselskap som satser sin drift på en kombinasjon av medlemskontingent, folketrygdpenge og betalende kunder. I følge seg sjøl er de «den moderne huslegen som tilbyr topp service hele døgnet.. » De er ellers kjent for å ha innført «kasko-systemet» i norsk helsevesen; unge friske skal betale kr. 200, i «årsavgift»(1986-priser), mens syke gamle skal betale opptil kr. 2000, -. I tillegg kommer innmeldingsavgiften på ca. kr. 1500. Ringsenteret har filialer i Lillestøm og Bærum (planlegges), foruten senteret på Majorstua i Oslo.

Ringsenteret søker om å få bygge den såkalte «Askerklinikken» med tilbud til pasienter med hjerte - hofte - og øyelidelser (de lengste køene) og de som ønsker seg prøverørsbarn. Jens Moe er sjefslege for Ringsenteret.

Forøvrig er Ringsenteret modell for andre, også i utlandet. I Mølmø i Sve-

rige skal det starte en klinikk etter denne modellen, i mai -87. De skal blant annet starte med computortomografi (les Odd Storsæter sin artikkel). Det skal ansettes 40 leger og 20 sykepleiere. Dette kalles Cura-prosjektet. Ring medisinske senter kjøper seg inn med 10% i dette prosjektet.

Klinikk 8 :Landets første private sykehus (kommersielle), fordi de har avdeling med sykehussenger. De opererer grå stær (fordunkling av øyelinsa) og øyeleger rundt omkring i landet klager over at de får kontrollarbeidet! Hovedsatsingen blir små og store plastiske operasjoner, fra øyelokk til store bryst og overvektighet. Investorene bak lege Knut Kolle og Klinikk 8 er entreprenørfirmaet Andenæs-gruppen; de eier lokalene på Økern og har majoriteten av aksjene. Klinikken satser ikke på medlemskap, men på de som er villige til å betale.

Oslo Akutten : Dette er et øyeblikkelig-hjelp senter etter amerikansk modell. 40 sykehusleger bruker sin fritid her og utfører vanlig allmenpraksis. Lege Bjørn Gilbo er leder og eneaksjonær for dette senteret med ABC-bank som finansieringskilde. Her baserer man seg på betaling for behandling, ikke medlemskap. Prisen for et beinbrudd for eksempel, er avhengig av hvor komplisert det er.

MEDINOR: Bak dette investeringsselskapet står: Nils Johan Astrup, Joachim A. Holter og Tharald Brøvig. Administrerende direktør Christian Wikborg er forøvrig samboer med Stine Willoch som er byrådssekretær for Høyre i Oslo

Komune (Mer om Oslo kommune og Medinor seinere. De satser ikke på «bryst-hjerte -prøverør». De bidrar med noen millionbeløp til private legesentre i Stavanger, Bergen og Kristiansand. I Oslo har de lagt inn et tilbud om oppføring og leie av to sykehjem på kommunale tomter. Det ene er på Smestad, det andre er på Jordal. De driver utleie av medisinsk utstyr og de vil prøve på salg av ekspertise til utlandet.

Hvem er de, de som står bak privatiseringsframstøtene?

Noen av Norges rikeste menn står bak «helse-entreprenørene». Andenæsgruppen er et av landets største entreprenørfirma. Astrup og Holter er heller ingen smågutter.

Tharald Brøvig er medeier i Brøvigs rederi, Gambit, Norsk Data, Hafslund, Geco, Tomra, Tandberg A/S, Teknoinvest og Medinor. De ønsker å tjene penger på helse; T. Brøvigs uttalelser i KK 16. 11. 85 illustrerer dette godt: «Vi må i debatten skille mellom produksjon og distribusjon av helsetjenester. For meg er det lettere å argumentere for at markedskreftene skal styre det første enn det siste. La meg bruke et banalt bilde: Et sykehus er en blanding av av et hotell og et bilverksted. Men hvem vil hevde at Staten er noe særlig flink som hotellvert eller mekaniker? Så hvorfor ikke la de som er flinke til å drive hotell /bilverksted gjøre det? Så kunne man tenke seg en modell der det offentlige distribuerer produksjonsresultatet - for eksempel ved at de bestemte hvem som skulle motta helsetjenestene...»

Hva privatiseres?

Håvard Skre (NUME, MESAC) har sagt: «Offentlig har tatt utgangspunkt i hva de kan tilby, ikke hva som er behovet».

En ting er hva offentlig gjør og ikke gjør. La oss se hva de private investorene gjør, tar de utgangspunkt i «behovene»?

Private virksomheter (ny-etableringer) kan grupperes slik:

- poliklinisk virksomhet (laboratorie, røntgen, og mindre inngrep som ikke krever liggetid)
- utleie av medisinsk utstyr
- sykehus/klinikker

Vi kan ikke si at de private investorene IKKE tar utgangspunkt i behovene. Men - MAJORITETEN av de ny-etableringene som skjer, skjer innafør områder hvor presset/behovet ikke er så stort og hvor «ekspederingsstida» kan skje raskt. Grå stær-operasjon trenger ikke lang liggetid, likeså operasjon av for store bryster og operasjon for overvekt/fettsuging.

Mitt poeng er ikke å si at kvinner med overvekt eller for store bryst ikke har BEHOV for hjelp, det har de! Men her sitter noen menn og tenker: Hva er det etterspørsel etter som ikke trenger liggetid?

Hvorfor så mye snakk om «liggetid»? Kan du drive en virksomhet poliklinisk (pasienten blir ikke innlagt), får du maksimalt igjen fra folketrygden. Folketrygden refunderer Ring medisinske senter med ca. 10 %. Der refusjonen er høyest ser vi flest ny-etableringer. Derfor spretter laboratorier,

røntgeninstitutt (disse får aller mest igjen på folketrygden) og generell poliklinisk virksomhet opp som paddehatter. Dette er business! Noe som også har ført til kunstig overforbruk for mye rekvirering av røntgen og andre prøver.

Myndighetene med sin rasering av offentlig helsevesen har sørget for at det er et faktisk behov. Køene viser dette. Og en del folk, hvis de greier det, er villig til å betale - i sin fortvilelse. Denne fortvilelsen spekulerer helseentreprenøren i og i tillegg får de offentlig støtte.

Foreløpig ser vi privatisering i hovedsak innafør områder som:

- får maksimalt ut av folketrygden
- i hovedsak er «luksusoperasjoner» for betalingsvillige folk.

Derfor er det ikke privatiseringsframstøt innafør psykiatrien, helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU) og eldreomsorg - ennå. Dette fordi det blant annet innebærer langtidsopphold som krever mye ressurser. Det er ikke lønnsom foretning.

Men hva med hjerteklinikker, det er jo et reelt behov for dette?

Fordi myndighetene ikke har ønsket å bevilge tilstrekkelig midler til de offentlige sykehusene, så har pasientgrupper og pårørende lagt et press på myndighetene, som har resultert i «hjertebroen» til England. «Etterspørselen» er stor. Her er det penger å tjene; Hvem vil ikke betale for en hjerteoperasjon hvis man har valget framfor å vite at en må dø kanskje om noen måneder/år?

Men fortsatt står det igjen: det er

noen som kan betale for seg - ikke alle. Og har ikke alle rett på samme behandling? Alle har allerede betalt skatt nettopp for at alle skal ha det samme tilbudet uavhengig av inntekt!

Det Norske Arbeiderparti ved Tove Strand Gerhardsen har forløpig sagt nei til «Askerklinikken», men hun har gitt positive signaler hvis dette kan bli en stiftelse (ikke-profitabelt foretakende). Det gjenstår å se hva Jens Moe & Co sier. Går de ikke inn på dette, sparker de bein under sin egen argumentasjon: «de vil hjelpe til fordi det offentlig ikke klarer det»- med andre ord, de driver dette ut fra reint profittsyn.

Hva er vår stilling til en eventuell stiftelse? Vårt krav er at sykehus skal drives i offentlig regi i forhold til ansatte og pasienter. Vil en stiftelse ivareta det? Hjerterpasientenes kamp for behandling viser i et nøtteskall det kyniske samspillet mellom myndighetene (offentlige nedskjæringer) og private investorer.

Privatisering = sentralisering

(se kart og oversikt neste side)

Hvilke konsekvenser får denne sentraliseringa?

Olav Eldøens søkelys i klassekampen 14. 2. 87 viser hvilke konsekvenser dette får for utkant-Norge. Her er et utdrag:

«I februar 85 sa fylkeslegen i Finnmark: «Mangelen på spesialister i kirurgi, anestesi og radiologi gjør det vanskelig å opprettholde sykehusene som akuttsykehus. » Nå har Hammerfest 6 1/4 av 21 legestillinger besatt,

Kirkenes 4 av 19. Det er ei omfattende og økende legekrise i Nord-Norge. Skaff leger, roper vi. Innfør etableringslov! Privatisering -et supplement til det offentlige tilbud, sies det. Ville du juble hvis du satt i Gro Ruddalen med ond hofte og hørte om behandlingstilbud i Venezia? Klinik 8 og Asker klinikk vil frakte grå stær, pengebøker og bankinnskudd sørover. I løpet av 1987 vil Ringsenteret beskjeftige mer enn 200, derav 50 leger med adgang til alle spesialiteter. Det offentlige står for 8% av driftsinntektene. Dette senteret har mer fagfolk og ressurser enn hele Finnmark! Skal virkelig en hel landsdel blø fordi små kommuner og utkanter ikke har mulighet for å konkurrere? Staten må styre fordelinga av leger. Etableringskontrollen må bygges på nei til privatisering. Inndra driftsstøtte til klinikkene. Si nei til private sykehus.

Fylkene har ansvaret for ambulansetjenesten. Det er langt å kjøre. Nå er det tilfeldigheter og pårørende som avgjør om syke skal ha følge underveis. Elementært krav: Utdannede folk på ambulansene for fast organisert ledsagertjeneste. En dame dro i ambulanse fra Hamarøy mot Bodø, med noe de trodde var en infeksjon. På turen starta en tidlig og uventa fødsel. De snudde. Fikk hjelp med forløsninga og dro så på egenhånd videre til byen. Sånt går ikke an! I Nordland er det 5, 3 jordmødre i 45 kommuner. Utdannede jordmødre så det monner. Alle kommuner skal ha. Det skl inn i kommunehelseloven! Poliklinikken ved barneavdelinga i Bodø har omlag 2.400 konsultasjoner pr. år. Nå skal tallet halveres fordi økonomien krever det.

Privatisering = sentralisering



Oslo/omland

- Ring medisinske senter m/filialer
- Klinikk 8
- Oslo Akutten
- Diverse røntgen- og laboratorie-institutter

Bergen

- Bergen hjertesenter (labr.. /poliklinisk virksomhet)
- Røntgen institutt i Åsane (Plan om å starte cumputertomografi-undersøkelse. Medinor står bak)

Stavanger

- «legevakt»

Kristiansand

- Røntgen-senter A/S

Drammen

- Laboratorium/røntgen-institutt

Tønsberg/Nøtterøy

- Planlegges et plastisk-kirurgisk senter.

For tida forhandles det om/planlegges følgende:

Asker

- «Askerklinikken»

Hamar

- Privat Hospital (Mesnalien)

Oslo

- Klinikk 8 søker utvida sengekapasitet

Kristiansand

- Planlegger legesenter etter Ringsenter-modellen.

Stavanger

- Planer om privat hjerteklinikk, Medinor dukker opp i finansieringsplanene også her.

Trondheim

- Plan om et 10 etg. høybygg (Kombinert treningsinstitutt/klinikk og sykehusdel for kortere opphold. Lege Tor Thomassen sa til Adresseavisen i mars-86 at han hadde fått løfte på finansiering på 120 mill. kroner fra trøndersk næringsliv!) Foreløpig lagt på is.

Nordenfjeldske dampskipselskap prøver å kjøpe seg inn på St. Elisabeth som er en del av sentralsykehuset i Trondheim. I dag driver de småkirurgi (brokk, åreknuter, ilker). Nordenfjeldske, hvor NORCEM står bak, vil satse på småkirurgi med kort liggetid og drives på fem dagersbasis (stengt lørdag og søndag)

nader om undersøkelser blir oversendt Tromsø. Brev om undersøkelse av en unge med mageondt og blod i urin, en unge med kramper osv. blir tatt hånd om av «postverket». Nå må Tromsø også beskjære virksomheten. Nye runder i «posten». Hvor ender søknadene? Har folk noen rettigheter? Sykehusansatte yter mer og behandler fler. Behovene øker!

Økte bevilgninger er et opplagt krav. » (KK 14. 2. 87)

Privatisering betyr rasering av utkant-Norge til fordel for sentralisering i de store byene, spesielt på østlandet men også noe på vestlandet.

Konklusjon

Denne type privatisering - ny-etableringer - vil fortsette å vokse så lenge det er økonomisk lønnsomt. Den vil konsentrere seg i områder hvor det er penger å hente, det vil si i de sentrale byene på øst/vestlandet, eventuelt noe i midt Norge. Det vil være et tilbud til de som kan betale for seg.

Med hensyn til de ansatte i private helseforetakende vil de fore-løpig bli lønna noe over (eller til samme) tariff i offentlig, fordi etterspørsel etter fagfolk er stor. Hvor lenge dette vil vare vil lønnsomheten i foretakende avgjøre. Med andre ord de er avhengig av inntektene, noe som gjør at arbeidsplassene vil være utrygge.

Fredag 13. 3. 87 melder Aftenposten at både Ringsenteret, Oslo Akutten og Klinik 8 har gått med underskudd i 1986. Ringsenteret må si opp ca 10 personer. I følge talsmenn fra alle disse tre stedene er dette underskuddet ikke bekrymingsfullt, det er helt normalt ved

oppstartning av en bedrift.

Kvalitetsmessig er det ikke dekning for å si at de verken drives bedre eller dårligere enn det som skjer i offentlig.

Privatisering innenfor de offentlige etatene

Privatisering som forberedes/er i gang innafor offentlig etater er en like stor trussel både for pasientene og for de ansatte, spesielt kvinnene, som ny-etableringene.

Jeg vil bruke siste del av artikkelen til å gå inn på dette.

I langtidsbudsjettet for Oslo kommune, under kapittel «Strategi og vekst», står det i siste avsnitt:

«Oslo er i dag det sted i landet som disponerer mest privat kapital. Kommunen har felles interesse med private interessenter i å øke omfanget av investerings- og utbyggingsaktiviteten i byen. I samsvar med Finansrådmannens tilråding ønsker Bystyret i sterkere grad å trekke private interessenter inn i finansiering og utbygging av anlegg av ulik karakter».

Hans Svelland (H) sa i sitt hovedinnlegg i bystyrets budsjettdebatt: «Tese 4 går ut på at vi må foreta et SKILLE mellom forvalningsmessig oppgave og ansvar, forretningsmessig drift og tilhørende ansvar.. .. En del av denne endrede kultur med ansvarsbeskrivelse vil føre til at større etater vil frigjøre seg .. »

Thorvald Stoltenberg (DNA) sa i sitt hovedinnlegg:

« Vårt tredje satsingsområde kalte jeg for «nye samarbeidsformer» Vi erkjenner at behovene for fellesgoder på en del områder overstiger det vi kan

greie å skaffe til veie gjennom offentlige inntekter i overskuelig framtid. Derfor mener vi det offentlige i større grad må samarbeide med organisasjoner, bedrifter og enkeltpersoner om løsningen av enkelte oppgaver. Et eksempel på dette er barnehager.. . »

Kjært barn har mange navn, som betyr: Privatisering må til!

Byrådets barnehageplan kom like etter. Her er leder av Barnehagepersonalets Fagforening sin kommentar. «.. Et privat luksustilbud for dem som har god økonomisk evne, og et kommunalt tilbud for vanskeligstilte som tildeles plass etter sosiale kriterier» (Aftenposten 2. 2. 87).

(Anbefaler debathefte: Søkelys på andelsbarnehagemodellen, utgitt av Sandefjord AKP(m-l)).

Willoch-regjeringa laget et notat om privatisering etter høringsrunde fra de

ulike etatene: «Privatisering av statlig virksomhet». Den viser at en rekke tjenester blir kjøpt privat og at dette har skjedd over lengre perioder.

Notatet sier også at det er best grobunn for videre privatisering innafor renhold, skrive. og budtjeneste og en del konsulentvirke.

Notatet sier videre:

«Til tross for konklusjoner om at privatisering er lite aktuelt, har gjennomgangen tatt fram en del områder til vurdering. Det er derfor ikke utenkelig at det i neste omgang kan komme konkrete utspill på enkelte områder når det gjelder praktisk utføring av en del tjenester som ikke er pålagt statlige etater i lovs form. Gjennomgangen har bevisstgjort etater på forholdet mellom kjøp av tjenester og utføring i egen regi, og kan virke holdningsskapende i retning av å begrense egen aktivitet.



Forbruker-og administrasjonsdepartementets planer er å følge opp på en del konkrete områder for i neste omgang å ha eksakte oppgaver klare for overføring. Politiske/ideologisk basert privatisering er like aktuelt etter denne gjennomgangen som tidligere.

Jeg har holdt Sosialdepartementets område utenfor dette notatet. Det kan skyldes at dette området reelt sett er spesielt, fordi det berører sentrale deler av velferdsstaten, eller at gjennomgangen fra dette departementet er et omfattende og interessant dokument som skiller seg fra de andre. I denne omgang kan det være nok å referere en av hovedkonklusjonene i rapporten. Det er at private markeder ikke klarer å løse hovedproblemstillingen innenfor helse-og sosialtjenesteen som er å oppnå balanse mellom ønsker og hva som er mulig å gjøre.

I finansiering, styring og kontroll er det lite rom for privatisering mens det på visse områder er hensiktsmessig å ha og bygge ut praktisk utøvelse i privat regi. »

Foreløpig er det ikke så mye som er privatisert innafor de offentlige sykehusene, men grunnen er lagt.

Vi må spørre HVA er/ vil bli privatisert, HVORDAN skjer det og HVEM rammer det?

Hva og hvordan:

Grovt sett kan vi lage følgende grupperinger:

- Deltjenester settes ut på anbud til private firmaer (for eksempel vaskeritjenesten på Aker sykehus)

- Leiefirmaer leier ut personale til sykehuset. For eksempel tilrenhold av sykepostene.

- Utleie av pleiepersonell: Manpower A/S, Norsk Personal A/S, Vikar konsernet A/S og Kontorservice A/S har fått grønt lys til en prøveordning i to år av Arbeidsdirektoratet v/Arbeidstidsutvalget. Riktignok har dette møtt protester fra regjeringsrepresentanter og alle fagforbund, så endelig avgjørelse er ikke tatt i skrivende stund.

La oss ta et handfast eksempel: Regionalsykehuset i Tromsø har hatt leiearbeidere (sykepleiere) fra Sverige i 11/2 år nå. De ansettes på kontrakt fra 3 mnd - 1/2 år via leiefirmaet Sweed Health.

- Leasing-firmaer inn i større grad enn tidligere.

Medisinsk utstyr leies ut til sykehus. Dette utstyret/

apparater er ikke utstyr som det er budsjettert til i offentlig budsjett. Det må være noe annet/ nytt område. Sannsynligvis prioriterer man de viktigste behovene inn i de offentlige budsjett. «Mindre viktige» kommer da som tilbud fra private firma. Blir det avtalt en kontrakt som kommunen ikke vil forlenge etter at avtalen er gått ut (fordi det er blitt for dyrt), oppstår følgende situasjon; Kontrakten har medført at folk er blitt ansatt for å betjene apparatene m. m. , det har skapt et behov. Hva gjør man med det når kontrakten oppheves? MEDINOR A/S er ute med slike tilbud nå.

- Andre måter.

Behovet for utbygging av sykehjem er stort. MEDINOR A/S har tilbudt Oslo kommune oppføring og leie av to sykehjem på kommunale tomter. Tomtene

skal festes av MEDINOR A/S og Oslo kommune skal stille tomtene vederlagsfritt til disposisjon. Disse to prosjektene har en etasje mindre enn de sykehjem kommunen bygger, likevel blir anleggssummen den samme dvs. 20 % dyrere for kommunen. Leiesummen skal indeksreguleres. I tillegg til leiesummen skal kommunen dekke alt indre og ytre vedlikehold slik at sykehjemmene opprettholder den standard de er bygget til. Øvrige vilkår som MEDINOR stiller:

- kommunen har rett til å leie i 2 tiårsperioder

- etter hver periode rett til å kjøpe sykehjemmene til markedsverdi basert på takst,.. indeksregulert fram til salgstidspunkt dog minimum antatt kostpris kr. 50 mill. (pr. 15. 4-86) indeksregulert fram til salgstidspunktet. (Dvs. MEDINOR har rett til evt. prisstigning, mens kommunen må bære tapet hvis prisen synker)

- hvis kommunen ikke kjøper, forplikter kommunen seg til å selge tomtene eller gi ny festekontrakt på minst 99 år.

- kommunen må inntå for at bygningene kan disponeres til andre formål. Hvis ikke må de kjøpe bygningen til indeksregulert markedspris.

Kontoret for eldreomsorg v/ dir. Gjestebý hadde denne konklusjon:

«Det er vanskelig å se noen fornuftig grunn for Oslo kommune til å inngå en leieavtale i h. h. t. Medinors tilbud framfor selv å oppta lån for å finansiere sykehjemsbygging».

Denne form for kontrakt bruker Medinor også i sine tilbud om utleie av medisinsk utstyr.

Dette blir sjølsagt for dyrt for kommunen. Men det er «første» forsøk-

hva blir det neste? Sykehjemskøen bare vokser. Paralelt

har vi sett hva myndighetene foreslår for å «løse» barnehagekøene. Sannsynligheten er stor for at vi får sykehjem for de som kan betale.

Privatiseringsmetodene vil være forskjellige, men hvem som er mest utsatt for angrep burde være klart:

Vaskeri-, renholdstjeneste, matlaging og vedlikeholdstjeneste på sykehus er de områdene som er mest utsatt for privatiserings- framstøt.

Erfragingene vi fikk i England underbygger dette og kan kort oppsummeres slik:

Det startet med salg av aksjer, hele selskaper og eiendommer (I Oslo skjer dette nå). Oppsplitting og kommersialisering av alle deler av offentlig virksomhet som kunne drives på profittbasis. For at de private firmaene skulle kunne levere anbud som var lavere enn det som tidligere var de interne kostnadene, var de nødt til å tilby de ansatte dårligere betingelser. De fleste ble ansatt på midlertidige kontrakter, nesten alltid kortere enn to år. Etter to år trådte nemlig et utvidet oppsigelsesvern i kraft, og for å omgå det ble folk ansatt på stadig nye kontrakter. Men de færreste ble likevel ikke i disse firmaene så lenge som to år. Arbeidet var knallhardt, ferie- og ulike trygderettigheter knytta til arbeidsforholdet var sterkt redusert. Utstrakt bruk av deltid og arbeid til alle døgnets tider uten kompensasjon var vanlig. I noen tilfeller baserte firmaene seg på folk som jobba mindre enn 16 timer pr uke - da slapp de også å betale arbeidsgiveravgift og sosiale avgifter for de ansatte.

Privatiseringa gjorde offentlig tjenester dårligere: Blant annet var sykehusinfeksjonen steget på grunn av dårlig hygiene. En av årsakene mente de var at vasketjenesten nå måtte utføres av færre folk på kortere tid. (Røde Fane nr. 2 -86)

Hvem rammes av privatiseringa?

Jeg har innledningsvis sagt litt om hvorfor det offentlige skal raseres. Dette vil medføre offentlig fattigdom. I tillegg nevnte jeg at private klinikker tapper Folketrygden for penger, penger som skulle gått til det offentlige.

Tilsammen betyr dette et dårligere offentlig helsetilbud som rammer pasientene og de ansatte:

- Privatisering betyr sentralisering: Utkant Norge får dårligere helsetilbud.
- Privatisering betyr økt klasseskille: De som kan kjøpe private tjenester og flertallet som ikke kan.
- Privatisering av delområder i offentlige etater vil bety: dårligere tilbud/standard til pasientene (eks hygiene), hardere arbeidsforhold for de som skal gjøre jobben for private firmaer: de må gjøre mer arbeid på kortere tid. Det vil bli utstrakt bruk av deltidsansatte (Jfr. kampen kvinnfolka på Aker-verdal fører akkurat nå!) Dette dreier seg om jobber som vask, reinhold og matlaging.

Privatisering betyr angrep på oss som arbeidstakere:

Vi blir splitta opp som arbeidstakere:

- Vi jobber på samme «golv» men har forskjellig arbeidsgiver.
- Vi blir/kan bli organisert i forskjellige



lige fagforeninger.

- Vi får forskjellige lønns- og arbeidsforhold.

Tilsammen blir dette et våpen motparten kan bruke mot oss.

Hvem finner vi i de jobbene som er mest utsatt? KVINNER!

Fordi etterspørselen er stor på kvalifisert fagfolk vil ikke de i samme grad være direkte utsatt for samme angrep, sjøl om angrepet innebærer værre arbeidsforhold for alle.

DERFOR ER PRIVATISERING EN SPESIELL TRUSSEL MOT ARBEIDERKLASSEN OG SPESIELT KVINNENE INNAFOR DER.

Og som BRUKERE av helsevesenet vil også kvinnene være av de som spesielt angripes.

La meg igjen bruke Helga Pettersen fra Brønnøysund som eksempel:

Hun blir ramma av privatiserings-Norge. Jobben hennes blir truet av

ISS-Service, det kan skje før hun vet ordet av det.

Helga Pettersen lurte på om hun må vente i flere år på operasjon ved Sentralsykehuset i Bodø. Hun har betalt over 100.000 kroner til folketrygd-fondet og burde ha betalt prisen for ei ny hofte - som kunne gjøre henne frisk til arbeid og muligheten for fortsatt seksuelt samleie med mannen uten å få smerter i hofta.

Helga Pettersen står i helsekø. Nordland Fylke må redusere budsjettene sine fordi «vi» lever over evne.

Helga Pettersen vet at sosialminister Tove Strand Gerhardsen tenker på å la sykehusene få deler av sykepengene hvis folk blir operert og kommer i jobb. Hun lurte på om direktører fra Bodø får komme før henne i køen fordi hun har mindre inntekt enn dem.

Hun er forbanna fordi pengene kan bestemme hvem som blir operert - både på klinikk 8 og i det offentlige.

Hun er forbanna fordi tanta hennes som har vært hjemmевærende og har moden grå står IKKE blir operert ved øyeavdelinga i Bodø, fordi øyenlegen er blitt ansatt ved Ringsenteret, og fordi hun ikke får sykepenger siden hun ikke har lønn. Og fordi hun ikke er i arbeid går andre mer trengende foran henne i køen. Tanta til Helga veit at det betyr at flertallet av kvinnene på hennes alder som har grå står, vil bli skjovet nederst på lista for de trenger ikke øya like godt som mannfolka som er i arbeid!

Hva gjør vi med dette?

Offentlige nedskjæringer og privatisering er to sider av samme sak.

Dette gir oss muligheten til å stille spørsmål ved selve det kapitalistiske systemet. Samtidig kan det også gi grobunn for ideer om at bare budsjettene i den offentlige sektor er store nok - så er alle problemer løst.

Kampen innrettes ofte derfor ensidig for økte budsjetter og bruk av oljemilliarder.

For de som aksepterer systemets premisser innebærer videre «budsjett-tankegang» at moderasjon og tilbakeholdenhet blandt de offentlige ansatte vil sikre sysselsetningen i den private sektor. Dette er borgerskapets og sosialdemokratiets ideologi i dag. En ideologi som har gått rett hjem hos store deler av den norske befolkningen, hvor «slanking» av den offentlige sektor er virkemiddelet. I kampen mot denne ideologien står hele den offentlige sektoren sentralt.

Hvis offentlige ansatte ikke kommer på offensiven i denne ideologiske kampen, men legger hovedvekt ensidig på tariffoppgjør og dagskamp - vil vi ende opp som sosialdemokrater i praktisk arbeid.

Konkret betyr dette: Vi må reise diskusjonen i fagforeningene våre - stille krav som monner; ikke bare hva vi «tror» er en viss mulighet for å få innfridd.

Vi må si fra til folk at de partiene som deltar i «Norgesmesterskapet i nedskjæringer» tar feil.

Norge A/S har gått med overskudd de siste 7 åra, som eneste land i Vest-Europa! Velstanden burde brukes til de som trenger det - ikke til flere børs-traktorer.

Vi må si at det kan brukes mere penger på helsevesenet enn i Norge i

dag. Når borgerlige partier svarer at dette ikke går, må vi foreslå et annet samfunn - sosialisme!

Kilder.

- Egil Bakke: Fritt rettferdig samfunn
- Helse- og sosialmagasinet «Liv» nr 2-86
- Klassekampen 14.2.87 og 18.3.86
- Oslo-budsjettet for 1987 og Langtidsbudsjett for Oslo kommune 1985
- 89, fellesforslag fra Høyre og Kristelig Folkeparti
- Rundskriv nr B-35/1984: Privatisering av statlige virksomheter.
- Røde fane nr2-86
- SIFF-rapport nr. 3-83

Erfaringer fra utlandet

av Odd Storsæter

Det er liten informasjon i norske massemedia om erfaringer fra andre land hvor de har private kommersielle sykehus. Grunnene til dette er bl. a. at erfaringene fra utlandet **ikke** er gode for folk flest. Da Stortingets sosialkomite var på befaringsreise i Sveits og England i 1984 kom stortingsrepresentant Anne Lise Høeg fra Høyre med disse oppsummeringene:

■ «Privatfinansierte sykehus bryter med norsk tradisjon. »

■ «Jeg tror heller ikke de vil løse køproblemene i helse-sektoren. Erfaringene fra utlandet tyder ikke på det. De vil eventuelt bli et nytt tilbud som øker etterspørselen. » (Aftenposten 16. 10. 84)

Jeg tror dette er riktig. Dette er grunnen til at borgerlige politikere og journalister har unngått å snakke om erfaringene fra utlandet. Unntakene har vært Ny Tid, Klassekampen, Friheten og Arbeiderbladet i Oslo.

Privatisering = sentralisering

Særlig fra England har vi erfaringer for at private kommersielle sykehus betyr sentralisering. Det finnes en god rapport fra Tharald Rohde: «Private helsetilbud - i Storbritania - en løsning eller avsporing?» (SIFF-rapport nr

3/83). Hans konklusjoner er disse:

■ Det private helsetilbudet i England er konsentrert til de sentrale deler av landet. Andelen av privat medisin synker med svakt befolkningsgrunnlag.

■ Det private helsetilbudet i England har rettet seg mot den yrkesaktive delen av befolkningen, og da i første rekke høyere funksjonærer og bedriftsledere.

■ Det har verken vært mer eller mindre effektivt enn det offentlige helsevesen når det gjelder å løse slike oppgaver.

For å vise hvordan privatsykehus betyr sentralisering, vil jeg referere fra Rohde:

I Storbritania finnes 8 private sykehus i Skottland, 2 i Nord Irland, 5 i Wales og hele 31 i London!

Private sykehus fjerner ikke helsekøene

Et av glansargumentene fra Privatsykehus-tilhengerne, er at de vil fjerne køene. Erfaringene fra utlandet viser at dette ikke er riktig.

Fra USA har professor Dag Sørli skrevet en Dagblad kronikk (4. 12. 85)

«Et økende antall sykehus blir lagt ned, særlig blandt de mindre private. En regner nå med at det er i alt 40% ledig senge- kapasitet ved sykehusene

i USA. Derfor er det aldri problemer med plass i de «private eller halvoffentlige» institusjonene, mens det i krisesykehuset for fattige i staten Illinois var fullstendig overfylt og med norske øyne uverdige forhold»

I New Zealand er det fortsatt helsekøer sjøl om det har vært privatisering. Professor Else Øyen skrev i Adresseavisen 31. 12. 85: «I New Zealand, hvor privatiseringen har skutt fart de siste 10 årene, er køene innen den offentlige helsetjenesten like lange som før. Privatiseringen har gitt prioritet til «lette tjenester». Det synes ikke å være tilsvarende samfunnsmessige gevinster. Selv om private tjenester har vært et viktig supplement til offentlige tjenester, er det ikke ført bevis for at private helseinstitusjoner er mer ressursvennlige eller gjør bedre arbeid. I utenlandske undersøkelser ligger det faktisk antydninger til det motsatte.»

Når det gjelder køer om prøverørsbarn, vil jeg vise til en uttalelse i Aftenposten 26. 6. 86 fra overlege Petter Fylling fra Ullevål sykehus: «Kødannelse er et problem i alle land som driver med IVF (IVF = prøverørsmetoden). Australierne, som var blandt de første som startet med metoden, har et godt utbygget tilbud (privat IVF-drift er forøvrig ikke tillatt i dette landet), men tross dette er ventetiden flere år. »

Myten om privatsykehus er billige og effektive

Jeg har allerede vist at det står mange sykehussenger ledige i USA. Derfor er det aldri kjøproblemer når folk i Dynastiet og Falcon Crest blir syke! Fra

Sverige vet vi at undersøkelser viser at «Privat Vård er dyrere an offentlig» Lekartidningen nr. 19/86. Glansnummeret til FRP og Ringsenteret er Sveits. I Sveits drives somatiske sykehus som privatsykehus og det er faktisk en eksportnæring! Derfor har Sveits 6, 2 senger pr. 1000 innbyggere, mens vi i Norge har 6 senger pr 1000 innbyggere. Målsetningen for borgerskapet er å komme ned fra 20 000 senger til 18 000. Dette vil tilsvare 4, 5 senger pr 1000 inbyggere. Målsetningen er satt opp av Gro Harlem Bruntlands første regjering, er bekreftet av Willochs 2 regjeringer og er ikke benektet av nåværende regjering!

I Sveits har utbyggingen av somatiske sykehussenger skjedd på *bekostning* av andre felter som eldreomsorg, psykiatri og helsevern for psykisk utviklingshemmede. Dette er en tendens i Norge også. Ved Regionssykehuset i Trondheim skal hjerteoperasjoner og prøverørsbefruktning økes, mens psykiatrien får mindre penger. Når det gjelder kvaliteten vil jeg vise til Dag Sørli igjen: «Når man imidlertid ser på systemet og helheten i den amerikanske medisin og sammenligner med det vi har i Norge, tror jeg at vi kommer til den noe overraskende konklusjon at det private eller statskapitalistiske sykehus-systemet i USA ikke er mer effektivt eller bedre i sin alminnelighet enn det sosialistiske skandinaviske system. » (Dagbladet 4. 12. 85) Tharald Rohde har også skrevet om dette i ei bok som heter «Privat eller offentlig velferd?» fra 1984. Her skriver han at det ikke er bevist i noe land at «privat virksomhet er billigere enn offentlig».

«En undersøkelse i California viste



at de profittsøkende hospitalene både var dyrere i drift og tok mere betaling fra pasientene enn nullprofitt hospitalene. » Beleggsprosenten var bare 45%, mens den i Norge ofte ligger mellom 80 og 90%.

Privatisering et angrep på kvinner

De siste årene har en halv million kvinner gått ut i arbeidslivet i Norge. Fortsatt drives over 80% av eldreomsorgen av private, mest kvinner. Hvis privatsykehusene betyr sentralisering, færre offentlige sykehus og sykehus for de rike, så vil private kommersielle sykehus også bety et angrep på kvinners rett til å vere i arbeid, mens det offentlige tar ansvaret for eldreomsorg og sykehusdrift og helst sykehjemsdrift.

Tendensen fra Storbritania er også å dele opp sykehusene, sette ut vasking og kantinetjenester på anbud (se Goggi Sæter i Røde Fane nr. 2/86). Dette

betyr et angrep på kvinners arbeid. Det er mange kvinner ansatt i helse og sosialvesenet. Når de offentlige utgiftene skjæres ned, ønsker Arbeiderpartiet og Høyre at det skal skje «naturlig avgang», altså at privatiseringen er et angrep på kvinners rettigheter.

Politiske interesser i privatmedisin

Hvorfor anbefaler politikere løsninger som er delvis mere kostbare og mindre gode enn det offentlige? Kaiser Medicine, et av de største private firmaene i USA var kjent for å ha svært dårlig bemanning på nattevaktene sine.

Hvorfor satser næringslivet på dette? For det første fordi det betyr investeringer. Noen vil få ordrer på å levere røntgen-apparat i millionklassen, senger, operasjonsutstyr osv.

Til slutt er det også en arbeidsplass. Det ser ut til at direktørene i private sykehus i England, Sveits og USA lever svært bra. Jens Moe har ikke

sultet siden han begynte på Ringsenteret. I Sverige er det den tidligere Høyre-lederen Ulf Adelsohn (f. 1941) som står som kommende direktør i «Human Care». Hans positive holdning til privatmedisin, gir ham en god og feit jobb. I Norge ser vi at legen bak Mesnaliprosjektet har arbeidet i Sør-Afrika og har kontakter med FRP. Vi ser at Høyres nestleder Kaci Fullmann Five er tilstede ved åpninger av private helsesentre, at hun er på forsidene av farmasøytisk industris eget propagandatidsskrift og i tillegg skriver hennes mann Carsten Five varmt for Privatsykehus i tidsskriftet «Dine penger»! Det vil ikke være rart om familien Five får tilbud om stillinger innen privatmedisin når den politiske karrieren er over.

Bevar det gode i norsk tradisjon.

De skandinaviske land, England, New Zealand og Australia er blandt de få land i denne verden som har alderstrygd for *alle* uansett yrkesbakgrunn. Denne ordningen ble innført på slutten av 30-årene. Det var en universell ordning som skulle komme alle til gode. På same måte er barnetrygden en *universell ordning*. Sykehistilbudet i Norge har på papiret vært en universell ordning. På 10 år har det politiske klimaet dreiet så langt til høyre at et stortingsflertall ønsker private sykehus. Arbeiderpartiet har på få år gått fra sitt prinsipielle syn som var *nei* til private kommersielle sykehus. Erfaringene fra utlandet er at private kommersielle sykehus vil øke forskjellene og ikke ta bort køene i det offentlige system. Jens Moe snakker varmt for en

sterk sentralisering av operasjonsvirksomhet i Oslo området. Det bør ikke opereres hjerter nord for Sinsenkrysset etter hans mening! Vi har mye å verne i norske helsevesen, sjøl om det ikke er verdens beste. Vi gjør det best ved å øke bevilgningene til det offentlige helsevesen og si nei til private kommersielle sykehus, nei til private prøverørsklinikker og nei til private CT laboratorier. (CT = Computertomografi, er avansert data røntgen.)

Arbeiderpartiets feige kompromiss med Senterpartiet i januar 1987, viser at de ikke har noe prinsipiell mening om privatsykehus i 1987. Sosialminister Tove Strand Gerhardsen er motstander av lovforbud mot private, kommersielle sykehus!

Hva handler mesnalidebatten om?

Et parti som lokalt ikke kan støtte et forslag om å gå imot egenandeler på sykehus for 1987, mens Thatcher ikke tør innføre det i Storbritania, er ikke et parti med prinsipielt syn på sosialpolitikk. Garasjesaken i Stortinget viste hvordan Jo Benkow og Torbjørn Berntsen var enige. På samme måte er DNA og Høyre enige om nedskjæring av offentlige utgifter. Spørsmålet om Mesnalisykehuset er et spørsmål om hvem som skal ha *makt*, om hvem som skal styre. Etter at DNA var villig til å gå inn for drift av Askerklinikken, hvis den blir drevet som en stiftelse, viser dette at DNA ikke er *prinsipiellt* mot private sykehus.

I Mesnalisaken vil DNA vise at de vil ha styringsmuligheter når de sitter og administrerer kapitalismen. For noen år siden var det et enstemmig Storting

som vedtok bygging av et aluminiumsverk i Odda. Dette vedtaket ble gjort om. På samme måte vil DNA ha fordelene med å styre. De vil derfor ikke føle seg bundet av Bondevik, Jakobsen og Willochs løfter til en FRP-inspirert lege som kommer til Norge etter kirurgtjeneste i Sør Afrika. Samtidig kan DNA bruke Mesnalisaken til å late som om de er mot private kommersielle sykehus, for dermed å oppfylle et punkt i den møllspiste velgergarantien fra 1985. På samme måte er dette et tegn til «venstresiden» og LO om at det er «en grense» for hvor langt til Høyre DNA er villig til å gå i regjeringsposisjon. Derfor blir Mesnalidebatten en skinndebatt. Dette viste Senterpartiet ved å komme på Dagsrevyen ved å samle en lege og noen fylkespolitikere til et møte! Samtidig fikk de sagt at de ikke ville felle regjeringen på denne saken.

I norsk helse- og sosialpolitikk er Høyredreiningen meget tydelig. Det er store problemer med den ubegrensede retten til å trekke fra renter. Arbeiderpartiets Jagland sa at det var politisk død å gå inn for rentetak. Se på denne tabellen:

Inntektsgruppe:	F a k t i s k skatteprosent
50 - 100 000	23%
100 - 150 000	27%
150 - 200 000	31%
200 - 250 000	34%
over 250 000	29%

De som tjener over en kvart million har gjennomsnittlig 29% skatt! Dette tør ikke Arbeiderpartiet gå imot. Samtidig subsidierer Staten bankene ved å

godta et system hvor høyere renter på lån vil føre til større fratrekk på selvangivelsen og mindre skatteinntekter til fylke og kommuner. Staten subsidierer bankenes store gevinster. På samme måte subsidieres rikfolks private pensjonsforsikringer. Ikke noe annet land i Europa har slike liberale fratrekksordninger.

RV og AKP (m-l) har tidligere vist sin styrke i prinsipielle debatter som for eksempel EF striden og abortstriden. Idag er det ingen politisk prinsipiell debatt på Stortinget. Det er tverrpolitisk enighet om å skyve byrdene over på vanlige folk: de skal betale mere for et enda dårligere offentlig tilbud. I denne situasjonen vil RV kunne forklare sammenhenger og stille krav som:

- Forbud mot private kommersielle sykehus, private prøverørsklinikker og private CT-røntgenlaboratorier.
- Forslag om folkeavstemming om private kommersielle sykehus. - Spredning av sannheten om nedskjæringspolitikken fra Stortinget. I Sør Trøndelag har en lokal Høyre representant i Trondheim bystyre angrepet «politikkerne» i Fylkesting og Storting. Da burde det være muligheter for oss i RV og AKP (m-l) også å drive en ideologisk debatt om solidaritet i 1987.
- Staten Norge gikk med overskudd fra 1980 til 1986 -bruk pengene!

RV/AKP: Start kampen mot garasje-partiene på stortinget!!

Når vi ser hvordan spillet i Stortinget får Mesnalisaken til å bli en sak om nesten regjeringskrise, er det interessant å gå tilbake til valgkampen 1985 for å

se hva partiene mente da. Framstegspartiet var prinsippielt for private helsetjenester. De så dette som en kamp mot «dagens helsemonopol». De ville ikke si noe om hvor få eller hvor mange offentlige somatiske sykehussenger Norge skulle ha. «Det skulle markedet vise!» Det uhyggelige er at FRPs standpunkt i løpet av 2 år har blitt standpunktet til det borgerlige flertallet på Stortinget -og i praksis DNA! Høyre mente dette : «privat innsats skal fortsatt komme i tillegg til økt offentlig innsats i helse -og sosialsektoren. »

Vi opplevde i 1985 at Høyre tapte valget på helse og sosialpolitikken. Etter valget var det store motsetninger i Høyre og i regjeringen Willoch II. Senterpartiet fikk presset gjennom mere penger til helsesektoren i 1986, men Willoch trumfet igjennom at regjeringen Willoch II sa JA til privatsykehus Dette Ja-et ble formet med endel forbehold, men var regjeringens mening 9. 12. 85. Det er viktig å se at Willoch regjeringen *aldri* la denne saken frem for Stortinget!

Etter Ja-et fikk Klinikk 8 Ja til sine 3 private senger i mars 1986. Det ble det første kommersielle sykehus i Norge i nyere tid. Askerklinikken og Mesnaliprosjektet fikk Nei av regjeringen Harlem Bruntland seinere i 1986.

Mellompartienes tvilsomme rolle

En skulle ha trodd at mellompartiene var mere imot privatsykehus enn Høyre. I valgkampen 1985 var representanter for Kristelig Folkeparti (Kr. F.) svært forsiktige og var ikke tilhengere av private kommersielle sykehus. Viljen

til makt var imidlertid stor i Kr. F. Mens Kjell Magne Bondevik sa dette til sosionomen nr. 15 1985:

«Kristelig Folkeparti er skeptisk til de profittbaserte private tilbudene som nå ser ut til å være på vei. Det er viktig å understreke at det offentlige har ansvar for å bygge ut et helsetjenestetilbud som dekker befolkningens behov. *Kristelig Folkeparti kan ikke akseptere et helsetjenestetilbud som gjør helse avhengig av den enkeltes lommebok.* »

Sjøl Kjell Magne Bondeviks evne til å «tolke» skriften og politiske vedtak kan ikke sjule at dette løftet ble *brutt* av Kr. F i regjeringsposisjon i desember 1986 da de sa Ja til private kommersielle sykehus. Prinsippene til Kr. F var ikke så sterke at de holdt når Willoch ville ha private sykehus. Det er også interessant å se at det er *Senterpartiet* som spiller jokerens rolle i Menalisaken, ikke Kr. F. som på papiret er mest sosialmedisinsk interessert.

Når det gjelder Senterpartiet sa de i 1985:

«Avventende. Privatisering er utrykk for at offentlige tilbud ikke er gode nok. Vi vil bidra til å rette på dette. Forøvrig er den nye helseloven for kommunene en klar privatisering. Sp. vil ikke innføre lovforbud mot private tjenester, men er i mot at midler fra Folketrygden går til eventuelt helprivate institusjoner utenom helseplanene. »

Vi skal senere komme inn på hvordan Arbeiderpartiet etterhvert har fulgt etter Senterpartiet i denne saken.

SV var negative til privatisering av helse og sosialstellet. Men de nevnte ikke lovforbud i svaret til Sosionomen.

Partiene utenfor stortinget.

Venstre snakket om at «Venstres alternativ er at man vil gjøre det private helsetilbud overflødig gjennom økt ressurstilgang, omstilling og effektivisering av det offentlige tilbudet. »

Venstre er ikke lenger representert på Stortinget, men i Sør Trøndelag stemte de for nedskjeringer på 35 millioner kroner på helsesektoren. Og de var ikke prinsipielt mot privatsykehus.

NKP var negative til privatisering i likhet med RV. RV programmet var meget klart: «RV går mot oppretting av private klinikker og sjukhus og mot 2-prissystemet på helsesentre. RV krev at all helseteneste skal være offentlig og at helsepersonell skal være offentlig tilsette og ha fast lønn. RV er for ei gratis helseteneste og går mot eigenandelsystemet. »

Lokale RVer har foreslått folkeavstemning om private kommersielle sykehus; uten at RV sentralt har tatt stilling til dette kravet ennå. RVs landsmøte vil avklare hvordan partiet stiller seg til situasjonen i dag.

Arbeiderpartiet

I opposisjon var Arbeiderpartiet(DNA) radikalt. Underbudsjettbehandlingen i Stortinget høsten 1984 kom DNAs Gunn Vigdis Olsen-Hagen med dette forslaget:

«Stortinget ber Regjeringen fremme forslag til endringer i gjeldende lovverk som gir hjemmel for å hindre etablering av privatre helsetilbud på kommersiell basis. »(Stortinget 4. 12. 84) Forslaget fikk støtte av SV og falt

med 56 mot 46 stemmer. Da DNA kom i regjeringssposisjon i mai 1986 gikk sosialminister Tove Strand Gerardsen ut mot private kommersielle sykehus. DNA gjorde ingenting med Klinikk 8, de fikk drive i fred. Derimot ble prøverørsopplegget på Ringsenteret stoppet, men køene som Ringsenteret hadde fått ved PR i Oslo-avisene og på TV av Høyres Anne Lise Høegh, skulle de få lov å behandle ferdig! I Australia er prøverørsmetoden forbeholdt offentlige sykehus. I New Zealand har statsminister David Lange gjennomført at bare offentlige sykehus har CT-røntgen. I Norge er det ingen restriksjoner på kommersiell utnyttelse av dette! Mens DNA i opposisjon ville ha lovendringer, er nåværende regjering imot lovforbud mot private kommersielle sykehus.

Etter regjeringsskiftet skyndte DNA seg å utnevne Senterpartimannen Reidar Due til fylkesmann i Sør-Trøndelag. Videre lofte Gro Harlem Bruntland Kr. F. å ikke røre den tvungne kristne formålsparagrafen i barnehagene! Dette skaffet DNA støtte i mellompartiene. Høsten 1986 har vist at DNA har gått til Høyre. Sosialministerens løfte «Bedre for pasientene» etter Trondheimsbesøk i september viste seg å være løgn. I Januar 1987 opplever vi at DNA-aviser som Arbeider Avisen i Trondheim og Arbeiderbladet støtter bankene som hever renta! På sosialministerens bord ligger forslag om dårligere vaktordninger, og betaling av pasienter som ligger på sykehus. Dette er innført i Sverige og i Kina, men eksisterer ikke på offentlige sykehus i Maggie Thatchers England. Dette betyr at det eneste som er

i gjen av DNAs prinsipielle motstand mot private kommersielle sykehus er motstanden mot Mesnaliprojektet.

«Stortingspartiet» er for nedskjæringer!

Istedet for å gå gjennom hva partiene sa før valget 1985, kan vi se hva de gjorde høsten 1986. Partiene på Stortinget slåss om å være best i «nedskjæringer». Alle Stortingspartiene snakket om «svakket konkurranseevne». På Stortinget snakker de om Folkestrygden «underskudd». Det var det som i 1967 enstemmig het statens *andel* til Folketrygdfondet. Dette betyr at Stortingspartiene alle er representanter for Staten mot befolkningen i Norge. På enkelte områder, som trygdesatsene, har faktisk Framstegspartiet en bedre politikk enn Arbeiderpartiet og SV. Høsten 1985 var det Carl I Hagen som tvang igjennom en økning av pensjonene fra Stortinget!

Statsbudsjettet for 1987 vil for Sør-Trøndelag bety de verste nedskjæringene i fylkeskommunens 10-årige historie og sansynligvis etter krigen. Hundrevis av sykehjemssenger blir stående tomme og sengeplsser i psykiatriske sykehus blir redusert, mens det ikke bygges ut psykiatriske sykehjem. I somatisk medisins må Regionssykehuset i Trondheim redusere antall senger til tross for at fylket allerede i dag ligger under nivået på 4, 5 senger pr. 1000 innbygger som resten av landet skal ned til innen år 2003. (Målsetingen satt av Heløe, med ikke benektet av Tove Strand Gerhardsen).

Mens det i dag ikke er lovhjemmel for å innføre egenandel av inneliggende pasienter på sykehus, diskuteres dette i

grupper av sykehusdirektører og i lukkede møter i fylkesutvalget. RV hadde dette forslaget på fylkestinget før jul:

«For resten av funksjonsperioden sin vil fylkestinget i Sør-Trøndelag gå i mot innføring av egenandeler for pasientar innlagt på sjukehus. Økonomien til kvar einskilde må aldri bli avgjerande for helsa. Difor må den framtidige utviklinga av eigenandelssystemet i helsevesenet bli færre eigenandelar og *reduksjon* av kvar eigenandel. » Dette forslaget ble sendt over til fylkesutvalget hvor det blei nedstemt med 14 mot 1 stemme. *Bare SV støtta det, mens DNA, V, H, SP, Kr. F og FRP gikk mot det.* Ved forrige avstemming i fylkestinget var RV aleine om å gå imot egenandeler for inneliggende pasienter. Dette eksempelet viser hvordan samtlige partier på fylkesting (uten RV) og Storting er uttrykk for Statens politikk: Redusere de offentlige utgifter.

Prinsippet som ble borte

Arbeiderpartiet vant mange stemmer på at de midt i valgkampen la om taktikken; Gro Harlem Brundtland begynte å besøke gamle hjem og propagandaen mot Høyre ble intensivert. Velgergarantien var det mange som trodde på. Nå er sannheten at statsbudsjettet for 1987 betyr forverring av kommunal og fylkeskommunal økonomi. Store spørsmål som eldreomsorgen er fortsatt uløst og statsbudsjettet er et angrep på kvinners muligheter for jobb, både fordi kvinner i offentlig sektor nå er truet med *oppsigelser* men også fordi de ikke får *avlastningsplasser* til sine syke og

gamle slekninger i dette samfunnet. Etter Leif Arne Heløe var det en glede å se Tove Strand Gerhardsen som sosialminister. I saken om prøverørs klinikk ved Ringsenteret var hun klar i meningene, men resultatet ble et kompromiss: Ring fikk avvikle de første 1000 til 2000 i køen, etter at Kr. F. hadde støttet DNA. Dette kompromisset er typisk for Gro Harlem Bruntlands regjering og for Tove Strand Gerhardsen. Senere kjørte borgerpressa og NRK på med korstoget for snille Jens Moe. Til slutt sa Tove Strand Gerhardsen at hun ikke hadde noe mot Moe, og tilbød et kompromiss i form

av en stiftelse. Dette vil bety at Jens Moes personlige lønn blir lavere enn ved dagens ordning. Men jeg må få vise til statsminister David Lange i *New Zealand* som nekter privat bruk av CT, og til Australia som sier at bare offentlige sykehus kan drive med prøverørsmetoden. DNA er ansvarleg for at Ringsenteret kan tilby prøverørsforsøk med stor profitt! Prinsipielle forslag om lovforbud mot private kommersielle sykehus sier DNA nei til. Forslag om folkeavstemming flirer de av. De er redde for folkeavstemminger etter 1972!



Privatisert helse - og sosiale konsekvenser.

av Anette Glenne

Er helsa noe privat? Mer enn noen gang vil de ha oss til å tro det! Du kan nå velge om du vil bruke penga dine på det! Det er fritt valg - og du må sjøl ta ansvaret for ikke å bli sjuk hvis du ikke vil bruke penger på det! Når bare tilbudene av offentlige tjenester blir færre, og du må betale sjøl, hevder politikerne at det reelle behovet for offentlige tjenester og legehjelp vil komme fram. Nå er det overforbruk, nå går en til lege for en flis i fingeren!

Det er viktig for politikerne å få deg til å tru på dette. Det er viktig for dem at du opplever at det er din egen skyld at du er sjuk eller funksjonshemmet, for da er det bare rimelig at du

også må betale sjøl, eller kure deg sjøl, eller legge om livsstil og krav. Eller, om du vil - det er fritt valg - bruke penga dine på private tilbud, det er bare deg sjøl det står på! Men, også selvpplevelsen av egen skyld vet vi bryter ned folk. Det blir man også sjuk av!

F. eks. vet vi fra danske undersøkelser at skyldfølelser og selvbekreidelser starter ca 3 måneder etter at stedets bedrift ble lagt ned og alle ble arbeidsløse. Selv om årsaken var åpenbar konkurs, flytting av bedriften til utland el. l. Med selvbekreidelsen kom økende isolering fra tidligere arbeidskollegaer, økende alkoholforbruk og



økende skyldfølelse. Nedbrytingen førte i verste fall til uføretrygd, i beste fall til attføring med avprivatisering som viktigste oppbyggingsprosess.

Eksemplet er ment å vise noe av hva som skjer med folk når man tar på seg skyld, eller blir pålagt skyld for egen situasjon selv om årsaken er klart uforskyldt.

Privatiseringsframstøtene for helsa vår *må* knyttes til overbygninger, årsaksforklaringer og ideologisering av private årsaker, skyld og ansvar for å få politisk gjennomslag. Når politikerne fraskyver seg ansvaret må det gjøres på en måte som ser ut som det motsatte, at det til enhver tid er den mest ansvarlige handlingen de foretar seg, en manøvreringsoperasjon som rettferdiggjør begrepene «det muligens kunst», «et politisk kunstgrep» osv. osv. De skal jo både fraskyve seg ansvar- og beholde makt!

Arbeiderpartiet startet ut med utredninger og nedskjæringer. Høyre satte i verk og staket ut høyreideologien, arbeiderpartiet fortsetter verket, men pakker det inn i begreper som utløsning av positive krefter i befolkningen osv., senest av kvinneutvalget da de gikk inn for private barnehager (Dagsrevyen 1.03.87).

Nedskjæringsviljen er like stor under de to regjeringene. Den politiske viljen til å skyve både ansvar og prisen over på individet er like stor under begge regjeringer og hvor raskt det skal gå er bare avhengig av hvordan man får med seg stemmetall fra begge fløyer siden ingen av dem greier seg uten et bein i hver leir! Begge partier gjør bare en god jobb for hverandre; den som sitter i opposisjon slipper å ta

ansvaret - og dette veksles det jo også om!

Statens rolle er den samme enten regjeringen heter Willoch eller Brundtland.

Og statens rolle er knytta til å få kapitalismen til å gå, til å ekspandere og til å overleve seg selv. Om folk ikke overlever ser ut til å være ett fett, for de folka det først og fremst rammer er det likevel ikke bruk for. Gamle, sjuke, uføre, innvandrere, fremmedarbeidere og andre med usikker eller ingen plass i produksjonen, folk det er lett å bytte ut! De folka som er mest avhengige av helsetilbudene. Jo mer sjuke folk er, jo mer egenandeler.

Kronisk sjuke har ofte trygderettigheter bl. a. på grunnstønader, hjelpestønader. Stønader som ifølge FFO 1986 viser seg er redusert med 10 % i perioden 1979-1985. De samme folka er ofte også avhengige av bostøtta som er redusert med 40, 7 % i samme periode. Det er også de som er pålagt egenandeler både mht. medisiner, legehjelp, eksperthjelp (eks. fysioterapi o. l.), hjemmehjelpsordninger, transport o. l.

I dag må de ta skylda sjøl for den situasjonen de er i, og betale for seg. Samfunnet trenger dem ikke lenger og har dessuten ikke «råd» til å betale for dem. I tillegg er det «overforbruk» og det må man jo til livs! Alle er blitt potensielle misbrukere - og bare det er nok til å skygge unna rettmessige krav. Underforbruksundersøkelser viser bl. a. dette. (Trygve Kalves undersøkelse vedr. hjelpestønad -86.)

Fra borgerlig regjerings langtidsprogram (1986-89) heter det:

- «For mange vil offentlige varer og

tjenester fortone seg som gratis. Dette kan føre til overforbruk og sløsing. En bør derfor i enkelte tilfeller vurdere om det ikke ville være praktisk og hensiktsmessig å finansiere offentlig virksomhet i større grad gjennom priser!» Videre:

- «En ansvarsoverføring fra offentlig til privat sektor fremmer den enkeltes frihet og styrker frivillighetsprinsippet. Dette vil bidra til å utløse økt frivillig og privat velferdsinnsats og skaper større fleksibilitet.»

Valgfriheten styrkes ikke, men undergraves i et system der individuell betalingsevne blir utslagsgivende. Egenandeler virker usolidariske og urettferdige. Helseproblemer er ikke likelig fordelt i befolkningen, det er ikke borgerskapet som har slitt helsa av seg som regel.

De som har lavest inntekt har også størst behov for helse- og sosialtjenester, egenandeler, betyr bare en enda større forverring av disse menneskenes levekår. Dessuten har de allerede betalt skatt for ytelsene - dette blir dobbelt betaling!

Sosial undertrykkelse, stigmatisering og økt klasseskille skaper ytterligere sosiale problemer, og en privatisering av helse- og trygdevesenet (sikkerhetsnettene våre), nedskjæringer og påføring av nedbrytende ideologier for å få overført et samfunnsansvar på hver enkelt medfører sosiale konsekvenser som kan bli dyrere for samfunnet enn gevinsten av nedskjæringene.

Statens økte utgifter er ikke knytta til nye skapte behov eller overforbruk, men til flere menneskers rettigheter på de samme ytelsene, og til lengre varighet av hjelpebehovet ifølge Lars Inge

Terum's undersøkelser om sosialhjelp-/trygd (NAVF -86).

Ifølge hans undersøkelser må 60 % av enestående foreldre (oftest kvinner) med overgangsstønad ha tilleggshjelp av sosialhjelp. 16 % av attføringsklienter, 7 % av A-trygdsinntakere, 4 % av folk på uføretrygd og 0,5 % av alderstrygdede måtte også ha supplerende sosialhjelp til trygden.

Det vil si at veksten av klientene på sosialkontoret i hovedsak er folk som trenger hjelp ved siden av trygden sin!

Tallet har økt fra 33 % av samtlige trygdede i 1983 til 41 % i 1985. I tillegg kommer de uten rett til trygdeytelser og som ikke kommer inn på arbeidsmarkedet, store grupper med ungdom, men som til gjengjeld står overfor et «fritt» boligmarked for første gang, det er bare å betale!

Nå er det «fritt fram - og bare opp til den enkelte!!»

Privatiseringas flere ansikter

Målet, å bremse veksten i det offentlige er som beskrevet annet sted knyttet til økonomiske teorier og praksis.

Dette er satt i verk på mange forskjellige måter, og gjennom ny organisering i kommunene, ny helselov med to-prissystemer, nytt inntektsystem for kommunene med for små rammetilskudd, undergravninger av trygdesystemet, innføring av egenandeler osv. lykkes det staten i praksis å gjennomføre ansvarsforskyvning og å skape et reelt behov for private tiltak og løsninger.

Kommune- og fylkespolitikere har nå fått ansvaret for store, vanskelige

politiske spørsmål og forvaltning som tidligere var definert som et nødvendig statsansvar.

Det må jo være en lettelse når Lions, Odd Fellow eller en eller annen privatbank, forsikringsselskap eller private organisasjoner/stiftelser kommer og tilbyr seg å ta oppgaver. Man kjenner jo naboen som sårt trenger en sykehjemsplass eller daghjemsplass eller en hofteoperasjon. Selv om det blir dyrere, vil det løse et akutt problem. Og - en kommune på defensiven vil alltid være i akutte problemer. Det blir hunden som biter seg i halen!

Privatisering, nedskjæring eller pulverisering av ansvar; det var på fullt alvor foreslått fjernsynsovervåket pass på et sykehjem for å spare på ansettelser i en kommune i Norge!

Profesjonene en hindring!

Profesjonene blir en barriere som også må undergraves. Fagforeningene og profesjonene må ikke lenger få definere sosialpolitikken, de blir for sterke i sine krav - og egeninteresser for egen fagutvikling er med på å skape nye behov hos befolkningen og øke forbruket og behov for helsetjenester. Offentlige tjenestemenn jobber ineffektivt og det blir viktig å få mer helse ut av hver krone, hver mann/kvinne!

Dårlige arbeidsbetingelser, små ressurser og lav lønn medfører naturlig nok en undergraving av profesjonene og privatisering blir nok en gang løsningen av den nødvendige «konkurransen» de offentlige helsearbeiderne trenger.

Lønninger og arbeidsbetingelser det nesten ikke går an å leve av, eller jobbe under, øker også viljen hos fag-

folk til å ta jobber som byr seg «i det private».

Ifølge Jon Eivind Kolberg (FAFO) er ca 40 % av stemmetallet i befolkningen enten brukere eller ytere av offentlig tjeneste og da blir jo offentlige ansatte en viktig gruppe på flere måter!

Privatiseringa har kommet til Norge. Ikke nødvendigvis i form av de store sykehusene, privatklinikene osv. (ennå!), men i en tilsnikende undergraving av det offentlige, de offentlige utgiftene og i holdningsskapende argumenter. Nye organiseringsmodeller og alternative begreper som f. eks. kooperative ordninger, selvaktiverende stimuleringsordninger, sunne konkurranse tiltak og selvråderett! Det har medført ansvarsforskyvninger og større vilje til å la individet betale.

Pengeoverføringene gjennom skattefradragene, forsikringsordninger, avskrivninger og refusjonsordninger har gjort Norge til et skatteparadis i verdensklasse ifølge Trond Hegnar i Kapital. For noen.

Klasses skillet har blitt solid, sosialdemokratene har valgt side og staten er en klassestat, statskapitalist.

Einar Førde sa i en innledning om privatisering i 1985 at det måtte sees i lys av Høyres ideologier og at dette måtte AP ta avstand fra. Men, det var viktig å være åpne for fornuftige løsninger på vanskelige økonomiske problemer, en total avvisning ville være dogmatisme, og AP var villige til å være med i diskusjonen om hva som kunne være fornuftig å overlate til private initiativ!

Deretter heter privatisering av barnehager - kooperative barnehager! Og private klinikker får åpne, diskusjonen går på sengeplasser! Osv., osv.

Renten økes, men bankene må vise moral og ansvar, ellers er alt fritt! Halvkvedede viser og vage taler, systemet legges til grunn og Høyre får gjennomført sin politikk uten å løfte en finger!

Privatiseringsframstøtene har vært vanskeligere å rette mot sosialetaten spesielt, men det har vært foreslått i skriftlig form i et rundskriv fra finansdepartementet, i den utredningen Willoch ba alle departementer foreta i forhold til å vurdere egnede privatiseringsområder, at sosialhjelpen kanskje burde gis i form av matkupong! Dette i 1985! Dette ble ikke fulgt opp, men det ble altså foreslått!

Menneskesynet

Faren ved en privatisert økonomisk politikk og ideologi er at det bl. a. øker en forklaringsforståelse av sosiale problemer som et privat anliggende, individets egen dumhet, eller beklage-

lige mangler eller feil, og ser ikke individet som et **systemutsatt** eller **systemutelatt** individ. For å få gjennomført ansvarsforskyvningen over til hver enkelt må dette menneskesynet bli det rådende synet i størstedelen av befolkningen, dvs. velgerne.

Kampen om ideologiene og den konservative, individualistiske utviklingen i samfunnet vårt er knytta til den økonomiske omstillinga kapitalismen krever. Kampen må tas i dagskampen og skolering, jobbing i fagforeninger og i avisa og i kommunestyre og fylkesting. Valgkampen må brukes til å synliggjøre problemene og årsakene, og «humanismen» må få sitt rette navn; svik!

Jeg får lyst til å referere Nordahl Griegs store kjente angrep på humanismen under den fascistiske spanske krigen; Send likkister til Spania - ikke sykebiler! (Non-intervensjonspolitikken!) Folk får akkurat nok til en spiker i kista! Resten må de greie sjøl.



Helse - og politiske prinsipper - til salg?

av Graham Clifford

Debattene om det norske helsevesenet er nok slitsomme for sosialdemokratiske politikere. Det er ingen lett oppgave å forklare hvorfor hensynet til nasjonaløkonomien krever innstramminger på helsebudsjettene. Politikerne har forståelig nok store vansker med å skaffe seg en oversikt over forholdene på helsesektoren. Dette er et av de mest komplekse områder i det moderne samfunnet når det gjelder spørsmål om organisering og ressursbruk. Det er på mange måter lettere å tilbakevise kritikk ved å snakke om altfor høye forventninger. Politikerne opplever det som befriende når økonomene hevder at virksomhet på sektoren må vurderes først og fremst fra økonomisk synsvinkel.

Helsesektoren, hevdes det, er til for å behandle sykdom mest mulig effektivt med de midler som står til rådighet. En må skille mellom helsevesenet - «sykevesenet» - og de mange ulike former for innsats over et vidt felt, og ikke minst hver enkelts livsførsel, som egentlig bestemmer nordmenns helse. «Sykevesenet» skal gi mest mulig effektive svar på etterspørsel etter behandling, innenfor fastsatte rammer. Helseentreprenører som makter å tilby effektive løsninger bør få rimlige vilkår for sin virksomhet.

Anstrengte offentlige budsjetter gjør det naturlig å lete etter private løsninger. Utbredelsen av private tilbud vil neppe flytte tyngdepunktet i helsesektoren, eller svekke den offentlige styring. Privat innsats kan derimot gi et verdifullt supplement til de offentlige tjenester. Tilbud under privat drift vil også gi det offentlige konkurranse og dermed bidra til en standardheving i helsetjenesten generelt sett.

Kritikk mot privatisering i helsesektoren må først og fremst rettes mot kommersielle tilbud. Det er disse som representerer et radikalt brudd med de politiske prinsipper som helsevesenet vårt er basert på. Det finnes betydelige private innslag i helsesektoren allerede: disse vil fortsatt være der i tiden fremover. Innvendingene om kommersialisering kan for såvidt rettes mot den overfladiske rasjonalitet som preger argumentene til de som tar til orde for kommersielle tilbud. Drivkraften bak kommersielle tilbud er de grupper som vil opptre som helseentreprenører. Motivasjonen hos disse er utsiktene til høy inntekt og status. De vil selge sine tjenester uten at det offentlige regulerer prisene og andre vilkår. Kommersielle tilbud vil under enhver omstendighet oppnå maksimale driftsfordeler ved spesialisering og utførelse av lette,



rutinepregete oppgaver. De rasjonelle hensyn som ligger bak kommersielle tilbud er avgrenset av bedriftens interesser. De private entreprenører vil stort sett etablere seg på områder der oppgavene kunne utføres for en billigere pris av en skikkelig finansiert offentlig sektor.

Norge har svært lave helseutgifter- ca. 6. 6% av BNP(Brutto nasjonal produkt) i senere år -sammenlignet med andre industriland. Tilsvarende tall for USA og Sverige er 11% og 10%. Svekket offentlige helsetilbud brukes som alibi for å begrunne private tilbud som er dyrere for brukerne og som sannsynligvis vil bli geografisk skjevt fordelt. Dette er uhyre lite rasjonelt for samfunnet, men går for god politikk i et land der alle, også de lavtlønnete, oppfordres til å «ta et tak» av nasjonaløkonomiske hensyn. Myndighetene vil imidlertid gjerne tilby enkelte høyt-

lønnete grupper enda bedre vilkår: de omstrukturerer vitale interesseområder, som f. eks helsesektoren, til disse gruppenes fordel. Det viktigste konkurranseelementet ved kommersialisering er ikke den skjeve konkurranse mellom underfinansierte offentlige tilbud og helseentreprenørene. Den virkelige konkurranse som truer er mellom de som er i stand til å betale for de private tilbud, og de som er henvist til køer og andre ulemper i den offentlige sektor. Vi befinner oss i en paradoksal situasjon: myndighetene unnlot å øke bevilgningene til helsesektoren tidlig på 80-tallet, selv om helseplanen forutså behovet for dette. Nedskjæringene av helsebudsjettene begrunnes med påstanden om for høye forventninger. Vi har «levd over evne». Men helsevesenet fikk aldri de økte bevilgninger som ville vært naturlig i de «gode årene» under Willoch-regjeringen. Helsevesenet blir

ikke tilgodesett under økonomiske gunstige forhold, men må skjæres ned så snart de økonomiske vilkår forverrer seg. Oljeinntektene ble brukt til det private forbruk tidlig på 80-tallet, men den offentlige sektor må betale regningen nå.

Rasjonalitetsargumentene er imidlertid ikke det viktigste i denne sammenheng. Privatisering er et politisk spørsmål. Det dreier seg om overordnede politiske verdier, ikke de påståtte «alt for høye forventninger» som media-politikerne ønsker å manipulere bort. Rikspolitikerne, også de sosialdemokratiske, har ikke lenger nærkontakt og innlevelsesevne når det gjelder de materielle vilkår for vanlige folk. De forholder seg gjerne til «opinionen» slik mediene fremstiller den, men fremviser ellers det en er fristet til å kalle for en kald og beregnende opptreden. Nye finansierungsordninger har gjort dem i stand til å påtvinge fylke og kommune vilkår som ikke kan bety annet enn en forringing av tilbud i helse- og sosialsektoren. De ofrer fundamentale politiske verdier for storøkonomiske interesser og det uverdige maktspill på Løvebakken.

Helse er ikke en vare. Folks høye forventninger til det offentlige helsevesenet er et uttrykk for bevissthet. De tar ikke feil. Helse er på en og samme tid et personlig og kollektivt anliggende. Helsesvikt truer den enkelte med undergang og den truer samfunnet med frarøvelse av verdifulle menneskelige ressurser. Fremveksten av det offentlige helsevesenet var i sin tid en sentral bragd for sosialdemokratiet. Grunnleggende verdier - sosial solidaritet og omsorg for den enkelte - ble i det

minste på dette området levedegjort. Helsetilbud som gir de velstående bedre vilkår, egenandeler, kostpenger og underfinansiering av de tilbud folk flest er avhengige av - alle disse utgjør en fundamental svikt. De viser med all tydlighet at de velstående og vellykkete er mer verd enn andre. Men det viser en mangel på innsikt i alminnelige folks bevissthet når politikerne tror at de vil forsone seg med slike forhold.

Omstrukturering av helsearenaen vil selvsagt ikke forløpe problemfritt. Det kan enda sette den politiske disiplin på en alvorlig prøve i flere partier. Det er allerede tegn som tyder på at kommune- og fylkespolitikere finner det lite lystbetont å arbeide under de vilkår sentrale myndigheter har bestemt. På det rikspolitiske plan er det få tegn til uro. Myndighetene har så langt ikke hørt på anmodninger om å øke helsesektorens reelle ressurser med 3% årlig. Regjeringen Brundtlands likegyldighet overfor helsevesenets forfall synes nokså åpenbar. De gjør svært lite for å dempe den etterhvert følbare begeistring for kommersialiseringsfremstøt i deler av legeprofesjonen og i sentraladministrasjonen. Dypest sett er dette et tegn på maglende vilje til å styre samfunnsutviklingen i en sosial retning. Dette på et felt hvor to valgkamper på 80-tallet har gjort det aldeles klart at det er brede forventninger om bedre resultater.

Helsevesenet er dyrt: det burde vært dyrere. Selvsagt vil det alltid koste mye, og dette er ikke vanskelig å forstå. Det er vel vanskeligere å forstå hvorfor helse må koste så mye mindre her i Norge. Helsevesenet ble så kostbart fordi vi ville det, fordi helse er så

viktig for hver enkelt av oss og for det samfunnet som skylder så mye overfor den enkelte. I 1987 er helse ikke så

mye verd og dermed heller ikke mennesket i dette samfunnet. Sett fra Løvebakken.



Privatisering i Oslo

av Harald Minken

Oslo kommune har vært i økonomisk krise i 80-åra. Krisa toppet seg foreløpig i 1983 og 84 med regnskapsmessig underskudd på over en halv milliard i 1983 og en påfølgende likviditetskrise. Det vil si at kommunen ikke lenger hadde penger til å betale sine regninger.*)

For å løse krisa har de borgerlige partiene i bystyret - inkludert Arbeiderpartiet og SV - utarbeidet sine strategier, planer, straksplaner og straks-straksplaner. Arbeiderpartiet og SV har lagt hovedvekt på *skatteøkninger*: økt skatteøre, økt eiendomsskatt, «tiltak mot skattesnyteri» og agitasjon mot «Willochregjeringens skattelettelse». Kjerna i denne politikken er å la husholdningskassene til vanlige lønnstakere og pensjonister betale underskuddet i kommunekassa. En form for *skjult skattlegging* er innført i form av overføringer fra Lysverkene, Vannverket og Renholdsverket til bykassa på flere hundre millioner kroner i året - med økte strømpriser til følge. For 1987 er overføringene fra Vannverket og Renholdsverket erstattet med en intern husleie og tomteleie i kommunen. Alle etatene betaler nå nesten 100 millioner i hus- og tomteleie til bykassa, noe de ikke gjorde før.

Høyre har hatt ordføreren i Oslo de

siste 12 åra. Høyres svar på krisa har vært å gjøre Oslo mer attraktiv for «gode skatteyttere» og bedrifter, dvs. for kapitalistene. Høyre har på programmet å gjøre Oslo til et «internasjonalt finanssentrum». Byhallen og storhotellet på Vaterland er ledd i å gjøre Oslo til en kongressby, og sannsynligvis også til en arrangør av vinterleker og verdensmesterskap. Tidligere statssekretær Hans Henrik Ramm leder planlegginga av hvordan Oslo skal markedsføres internasjonalt. Kapitalister som Fred Olsen får fritt spillerom i by- og havneplanlegginga, og Selmer-Furuholmen, Schibstedgruppen og andre får billige tomter. Boligbygginga i Sentrum tar sikte på å tilfredsstille behovet til unge forlystelsessyke og pengesterke mennesker, mens pengesterke familier kan kjøpe småhus i utkantene.

Men Høyre har mer å by på. De har prøvd å skille mellom vesentlig og uvesentlig, nødvendig og unødvendig i kommunens virksomhet. De har også prøvd å skille mellom forvaltning og

*) Nærmere om dette kan du lese i brosjyrer fra Oslo RV: «Harde fakta om Høyres hovedstad» fra 1983 og «Kriseløsning eller kamp» fra 1984, og i RV-bladet, som Oslo RV gir ut ca 8 ganger i året.

forretning. Resultatet av det siste er at en del områder som f. eks. Vannverket, Renholdsverket, Havnevesenet, bygningskontrollen, kinodrifta, Sentralverkstedet og EDB-etaten forventes å dekke sine utgifter med egne inntekter, mens andre, som Lysverkene, Trafikk-sjefens etat, rørleggerverkstedet, kommunale sandtak, Ullevål apotek og all kommunal eiendomsdrift (personalboliger og andre kommunale boliger, kommunale forretningseiendommer og torger og kjøpesentre, kommunale kontorbygg og festetomter) forventes å gi et overskudd og avkastning på den kommunale kapitalen som er skutt inn.

Neste steg i denne prosessen er å skille ut disse virksomhetene som finansierer seg sjøl eller gir overskudd, i egne kommunale bedrifter, og samle flere av disse bedriftene til store konserner. F. eks. skal det opprettes et eget aksjeselskap for all kommunal eiendomsdrift i år.

Fire ting er åpenbart når det gjelder disse planene om å organisere større deler av kommunens virksomhet på kapitalistisk vis:

For det første så er grunnlaget for å kunne gjøre det, at du og jeg betaler økte avgifter og gebyrer på de aktuelle tjenestene. Det er du og jeg som er inntektskilda for denne kapitalistiske virksomheten. Jo mer takster, avgifter og gebyrer økes, jo flere kommunale virksomheter kan defineres som sjølfinansierende eller profittskapende, og organiseres i egne A/S-er. Grunnlaget for den omorganiseringa som planlegges nå, er de sterke økningene i kommunale takster og avgifter som skjedde i begynnelsen av 80-åra, som en første reaksjon på den økonomiske krisa.

For det andre: hvis du og jeg finner ut at takstene har steget så høyt, f. eks. på kommunale bad, at vi ikke ser oss råd til å bruke dem lenger, så gir det grunnlag for å definere denne tjenesten som unødvendig og legge den ned.

For det tredje: de virksomhetene som er gjort sjølfinansierende eller profitable, ligger åpenbart først i løypa til å bli *privatisert*. Den politiske motstanden mot dette har smuldret hen fordi tjenestene er blitt så dyre og dårlige at private umulig kan gjøre det verre. Vi kan vente oss en privatiseringsbølge enten i forbindelse med eller etter at Oslo kommune har organisert den forretningsmessige virksomheten for seg sjøl. Det første framstøtet var forsøket på å sette bort innkrevinga av parkeringsbøter til et privat inkassofirma. RV og kommunerevisjonen forhindret det. Utenom disse sjølfinansierende tjenestene finns det også muligheter for privatisering der hvor staten betaler en stor del av utgiftene, enten virksomheten drives kommunalt eller privat. Dette er grunnlaget for private barnehager og sjukehus.

For det fjerde: Når f. eks. EDB-etaten og kommunale kontorbygg øker sine priser for å bli profitable, ser det ut som de andre kommunale tjenestene som betaler disse prisene har fått vekst i sin virksomhet. Utgiftene øker, og det vil politisk bli tatt til inntekt for at virksomheten har økt. Ved hjelp av interne husleier og andre priser kan kommunen skjære ned og framstille det som vekst.

Høyres kriseløsninger legger grunnlaget for utviklinga av korrupsjon i kommunen. Hvilke bedrifter skal kom-

munen gjøre det attraktivt for, slik at de blir værende i byen? Tja, det kommer kanskje an på hva bedriften kan by til gjengjeld? Forhandlinger om slike saker foregår ofte på høyt plan i kommunen, med små muligheter til innsyn. Hvem skal få ta over en privatisert tjeneste? Det viser seg ofte slik som i parkeringsbot-saka at anbud og etterfølgende forhandlinger bare er et skalkeskjul over beslutninger som er tatt i private kontakter på forhånd. De store engelske privatiseringene, med offentlig tegning av aksjer, er reinhårige i forhold til de mange små privatiseringene som skjer og vil skje i Oslo.

Det er litt misvisende å framstille Høyres kriseløsninger på den ene sida og Arbeiderpartiets/SVs på den andre. Faktum er at de mer og mer har kommet fram til en felles linje, hvilket ga seg uttrykk i svært små forskjeller ved siste budsjettbehandling. Veggen fram til denne linja har vært krokete, og det har ikke vært to klare alternativer som har stått mot hverandre. F. eks. har Høyre tatt opp økninger av eiendomsskatten og overføringer fra Lysverkene. Arbeiderpartiet var ett år sammen med Fremskrittspartiet om de største nedskjæringene på materiell og utstyr, mens SV hvert år foreslår store nedskjæringer på tekniske etaters budsjetter. Arbeiderpartiet og Høyre sto sammen om de viktigste nedskjæringene i 1984, da Kommuneforbundet godtok nedskjæringene mot å få større innflytelse i samarbeidsorganene. Alle partier unntatt RV godtok at kommunen ble satt under statlig administrasjon i 1984 mot at de statlige overføringene ble økt med 180 millioner.

Hvilken linje er det så som har blitt valgt for å føre Oslo ut av krisa, og hvordan har den virket?

Linja hviler på en form for privatisering, nemlig salg av eiendom. I 1981 solgte kommunen eiendom for 35 millioner, og salg og kjøp av eiendom balanserte hverandre. Kommunen kjøpte gårder som skulle byfornyes og solgte dem til borettslag som beboerne hadde dannet. I 1982 vedtok kommunen å selge eiendommer for å bygge opp et byfornyelsesfond. Eiendomssalget hadde framleis tilknytning til byfornyelsespolitikken, og lå på noen få titalls millioner i 1982 og 83. I 1984 var første året eiendomssalg skulle brukes som rein inntektskilde, men av de budsjetterte 354 millioner blei det bare solgt for 99 millioner. Kommunen oppdaget at før en kunne få til salg, måtte en skru opp leieprisene og festeavgiftene for personalboliger og kommunale leiligheter, og gi spesielt gunstige tilbud til kapitalistene. I 1985 klarte man på denne måten å selge for 375 millioner. Budsjettet for 1986 var på 350 millioner, pluss en halv milliard som det store tomtesalget til OBOS og USBL innbrakte. I 1987 er budsjettet på en halv milliard.

I tillegg til dette er det nødvendig å skjære drastisk ned på nybygg og anlegg, men på en måte som ikke virker politisk utfordrende. En vedtar derfor forholdsvis store byggebudsjetter, men sørger for at de ikke blir satt ut i livet. Dette har rammet sjukehjemsutbygginga, utbygginga av skoler i nye boligfelt, barnehager og sosiale institusjoner. Hvert utsatt prosjekt har sin egen gode grunn for å ikke komme i gang. «Vinteren var vanskelig», «plan-

ene måtte revurderes» osv.

Ved hjelp av eiendomssalg og trenering av nybygg har en så fått ryddet plass til å bruke planlagt opplåning til andre ting enn investeringer. For det første bruker kommunen nå lån til å kjøpe kortvarig inventar og utstyr som før blei finansiert av driftsinntektene, dvs. skatter og avgifter. Dermed kan en skryte av at driftsbudsjettet gir et overskudd igjen fra 1985. For det andre bruker man lån til å nedbetale de tidligere underskuddene, som samlet var oppe i over en milliard på det meste. Men for at ikke kommunen skal ruinere seg på renter og avdrag, så låner man av seg sjøl!

Dette henger slik sammen at kommunen faktisk har betalt de regnskapsmessige underskuddene år for år, ved å tære på kontantbeholdningen og oppsparte reserver, f. eks. byfornyelsesfondet og brannskadefondet. Ved å «låne av seg sjøl» så godkjenner man bare den faktiske tilstand - at kasse og bankbøker er tømt -

og sier at årsaka til det er at pengene er lånt ut. Pengene kommer altså ikke inn igjen før kommunen skal betale tilbake disse lånene for å dekke

tidligere underskudd. Det sier seg sjøl at sjøl om kommunen skryter av at krisa er løst, underskuddene er nedbetalt og driftsbudsjettet viser overskudd, så ville kommunen vært ute av stand til å betale lønninger og regninger hvis det ikke hadde vært for inntektene fra eiendomssalget. I tillegg er man avhengig av at det ikke «løser» i byggeprosjektene. Hvis noen av disse forutsetningene svikter, må kommunen ta opp nye lån i bankene for å betale for seg. (Med Svelland ved makta vil den nok allikevel klare å kalle disse lånene noe annet.)

Konklusjon: Oslo kommune er blitt avhengig av eiendomssalg som en narkoman er avhengig av narkotika. Privatisering har altså ikke løst den økonomiske krisa i kommunen. Hvis den har blitt lettere, skyldes det den kyniske nedskjæringa på driftsbudsjettene som skillet mellom forvaltning og forretning medfører. Men først og fremst er det husholdningene til lønnstakere og pensjonister som har betalt Oslo ut av krisa. Ikke bare det: vi har finansiert profitten til både kommunale og private kapitalister i samme slengen.

Nedskjæring og privatisering - to sider av samme sak!

Vi er vitne til kanskje historias største overføring av verdier og oppgaver fra det offentlige til de private, profittbaserte selskaper.

Heftet inneholder artikler som går mot privatisering med forskjellige innfallsvinklinger til den problemstillinga.

Dette heftet tar for seg privatiseringa innafor helse- og sosialsektoren, og inneholder følgende artikler:

PRIVATISERING: Hvorfor, hvordan og hvem rammer det?

av Goggi Sæter

Erfaringer fra utlandet

av Odd Storsæter

Privatisert helse - og sosiale konsekvenser.

av Anette Glenne

Helse - og politiske prinsipper - til salgs?

av Graham Clifford

Privatisering i Oslo

av Harald Minken

Copyright AKP(ml), mars 1987

Trykk: GCS-hurtigtrykk

Bestillingsnr: AK-8705

Heftet fås kjøpt fra

Studietjenester, tlf 02/384356

Gøteborggt. 8

0566 Oslo 5

Eller i Tronsmo bokhandel og Oktoberbokhandlene

Pris: kr 25,-