

En todelt helsetjeneste?

Av adm.dir. Stig Slørdahl, Helse Midt-Norge RHF. Skrevet for Dagens Medisin 29. august 2019

I blant blir vi alle nostalgiske om hvordan det var før. Vi har lett for å huske større nærhet til helsepersonell som var få og markerte, langt flere tilbud i lokalsamfunnene med fødestuer og sykehus som gjerne behandlet sykdommer og tilstander som i dag krever lang reisevei, og ikke minst større likeverdighet i behandlingstilbud og helseforsikringer var uaktuell.

Selvfølger er dette ingen sannhet. Jeg tror ingen vil tilbake til en helsetjeneste med langt større dødelighet for de alvorlige sykdommene. På nittitallet, før vi hadde hørt om helseforetak, var både ventetider og økonomi ute av kontroll. Avansert behandling var mer avhengig av hvor du bodde og sannsynligvis mer av pasientens posisjon og ressurser. Mitt første store avisoppslag i en avis var sammen med en pasient som hadde ventet på sykehuset i et år for å få sykehjems plass. Nå kan pasienter vise til rettigheter på mange områder. Kort sagt har vi aldri før hatt en bedre helsetjeneste på internasjonalt toppnivå og den bidrar til at vi både lever lengre og med bedre livskvalitet.

Likevel er det som skjer utenfor helsetjenesten som er viktigst for helsen og her er utviklingen mer bekymringsfull. Alt tyder på at helseforskjellene øker i Norge og mer enn i enkelte andre europeiske land. Oppvekst, skolegang, arbeidsliv og levekår for øvrig gir store helseforskjeller. Folkehelseinstituttet har vist at de de aller rikeste 40-åringene kan regne med å leve opptil 14 år lengre enn de med lavest inntekt i Norge og forskjellene har økt betydelig mellom 2005 og 2015.

Derfor vil politikken på mange ulike samfunnsområder påvirke utviklingen av folkehelsen. Alkoholpolitikk, skattepolitikk, skolepolitikk, boligpolitikk, bilpolitikk osv. har betydning for eventuelle helseforskjeller i befolkningen. Samtidig er vi opptatt av å skape et samfunn hvor alle skal behandles likt uansett inntekt og posisjon, men også at pasienter med ulike sykdommer skal oppleve seg like mye verdt i helsetjenesten.

Derfor er det bekymringsfullt at enkelte pasientgrupper synes å ha bedre tilgang på media og politisk innflytelse, mens andre pasientgrupper blir glemt i den offentlige debatten. Det er ingen tvil om at historisk sett har for eksempel psykiske lidelser og rusproblemer hatt mye mindre status og oppmerksomhet i helsetjenesten enn en del andre typer sykdommer. Her har dagens helseminister vært en pådriver for en likeverdighet mellom ulike pasientgrupper og oppmerksomheten rundt dette er større nå enn tidligere.

Så er spørsmålet hvorfor en stadig mer likeverdig helsetjeneste har fått ord på seg for å skape en todeling, mens todelingen i samfunnet som påvirker helse i langt større grad forblir tidvis en akademisk øvelse. Det er særlig på legemiddelområdet at det nå fokuseres på en todeling av helsetjenesten. Jeg tror det er flere årsaker. Vi diskuterer offentlig rundt prioriteringskriteriene og hvilke nye metoder som blir tatt inn i den offentlige helsetjenesten. Dette gir særlig oppmerksomhet rundt de tilfellene hvor vi sier nei.

Videre så har behandlingsmulighetene endret seg dramatisk for enkelte pasientgrupper. Vi kan nå behandle sykdommer som før var uten behandling og mange kan leve lenge med alvorlig sykdom. Det er ikke lett å være lege for pasienter å fronte at den offentlige helsetjenesten ikke ønsker å ta i bruk et nytt legemiddel du er overbevist om kan hjelpe pasienten din.

Videre er forsikringsbransjen opptatt av å selge forsikringer og legemiddelindustrien av å selge nye legemidler til høyest mulig pris. Vi har estimert at vi har forhandlet ned prisene rundt 20 mrd de siste fem årene og det er vanskelig å tenke seg hvor vi skulle tatt de pengene fra ved sykehusene hvis vi skulle ha betal listepris.

Det er et tankekors når industrien problematiserer at vi er i ferd med å få en todelt helsetjeneste. De kan faktisk sikre at norske pasienter får tilgang til alle nye medikamenter som er sikre og effektive, hvis de tilbyr legemidler til en pris som er kostnadseffektiv og bærekraftig for helsetjenesten. Vi er avhengige av at de skal ha god fortjeneste og at det er et attraktivt marked, men eksemplene er for mange om at enkelte prøver å presse mest mulig ut av pasienter og helsetjenester globalt.

Vi er opptatt av å bruke de offentlige midlene som stilles til disposisjon for helsetjenesten på best mulig måte, det vil si mest mulig helse for hver krone. I tillegg til at alle pasientgrupper skal oppleve at de er like mye verdt for samfunnet. Det vi ikke kan er å disponere den enkeltes personlige økonomi. Derfor vil det på samme måte som på alle andre samfunnsområder være slik at noen kan kjøpe tjenester som andre ikke får, men det gir oss en sterk motivasjon for hele tiden prøve å gi en best mulig helsetjeneste for alle. Nå innebærer også tilgang på penger at enkelte kjøper tjenester som ikke gir mer helse, men som heller forkorter liv og gir dårligere livskvalitet.

Jeg tror at helsetjenesten i Norge aldri har vært mer likeverdig enn i dag, men at argumentet om todeling vil kunne brukes i all framtid. Derfor er det viktig at påpekingen av dette ikke brukes til å gi de som allerede får mest av helseressursene, prioritert foran grupper som ville ha hatt langt større helsegevinster med de samme ressursene. Det gir ikke presseoppslag, men det bidrar til en rettferdig helsetjeneste.