



Fra sosialstat til minimalstat

DEBATT

CHRISTIAN GRIMSGAARD

E-post: cgrimga@ous-hf.no

Christian Grimsgaard er ortoped og tillitsvalgt ved Oslo universitetssykehus. Han er styremedlem i Norsk overlegeforening og har vært sentralstyremedlem i perioden 2013–17. Grimsgaard var medlem av Kvinnsland-utvalget som utredet organiseringen av spesialisthelsetjenesten. Fra september 2017 tiltrer Grimsgaard som konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Sør-Øst.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Pseudovitenskapelige helseøkonomiske metoder tildekker politiske dilemmaer og fratar oss valgmulighetene.

Nylig inviterte Legeforeningen ungdomspolitikere til en samling. Hva ønsker dere å utrette innen helse? En representant snudde utfordringen. Ifølge ham måtte vi som jobbet i sektoren gjøre dette feltet interessant – for dem. Mitt inntrykk var at ungdomspolitikere hadde begrenset kunnskap om, og interesse for, helsepolitikk. Kontrasten til oppbyggingen av velferdsstat og helsevesen i det forrige århundret – det viktigste tverrpolitiske prosjektet – er slående.

Kanskje holdningen ikke uttrykker ungdommelig lettsinn, men snarere speiler det generelle politiske klimaet? Stortingets behandling av prioriteringsmeldingen kan støtte en slik oppfatning (1). Meldingen bærer i seg interessante politiske veivalg og spørsmål om hvilke prinsipper som skal ligge til grunn: Er det hensiktsmessig å måle «produktet» med QALY-metodikk? Gir det mening å anslå den enkeltes livskvalitet, eller blir dette for omtrentlig? Og fritar usikre regnestykker oss fra forpliktelsen til å hjelpe når vi har muligheten? Hvordan skal vi innpasse lovens bestemmelser om «god pleie og omsorg» i et slikt regnskap? Bidrar tilnærmingen til å opplyse oss i valgene, eller snarere å fremmedgjøre oss fra ansvaret vi har som medmennesker eller politikere? Er i det hele tatt et utilitaristisk prinsipp egnet?

Men det ble knapt stilt spørsmål. Med unntak av en kort interpellasjon om beløpsgrensen for «et godt leveår». Stortingets vedtak stadfestet grensen til 275 000 kroner, for de av oss med utsikter til normal livslengde. Tallet er hentet fra en enkelt, og omstridt, engelsk studie (2, 3).

Økonomenes inntog

Fraværet av debatt kunne skyldes at helsestaten i riket er i særlig god stand – men slik er det ikke. Tvert imot er kontrasten mellom vår private velstand og tilstanden i deler av helsetjenesten tydeligere enn noensinne. Bemidlede kjøper egen kreftmedisin. Private forsikringsordninger er blitt vanlige. Offentlige sykehus er overfylte. Vi har gamle bygg og gammelt utstyr. Den vanlige nordmann som ble innlagt på sykehus i midten av forrige

århundre, hadde gjerne ikke opplevd lignende standard: varme rom, god mat og myke madrasser. I dag er bildet snudd på hodet, mange har aldri opplevd så fattigslig standard som de opplever i enkelte sykehus eller sykehjem.

Det er altså nok å ta fatt på, men politikerne står på sidelinjen. Professor Ole Berg varsler skiftet i boken *Fra politikk til økonomikk*. Han omtaler reformene rundt årtusenskiftet som «abdikasjonsreformer» (4). Hjulpet av et uavhengig ekspertvelde skal politikerne sette rammene og «profesjonelle» utføre oppdraget. Politikerne holder armlengdes avstand. Men har ekspertveldet av økonomer også inntatt politikkenes område? I juli anklaget *Lancets* redaktør Richard Horton økonomene for nettopp å drive politikk – under dekke av god regnskapsskikk. I en rekke land har de instituert en nyliberal nøysomhetsepidemi (austerity). Ifølge Horton skjuler doktrinen våre valgmuligheter. Samfunnet svekkes og særlig de svakeste rammes. Men opprøret ulmer under overflaten i Storbritannia. Nær halvparten av innbyggerne ønsker at økt velferd finansieres ved økte skatter. Fire av fem ønsker at helsefeltet skal prioriteres høyere. Hortons råd til helsearbeidere er å utholde, og motarbeide, den økonomiske tidsånden (5).

Politikk som garnityr

Også her hjemme har nøysomheten slått rot. Fra midten av 2000-tallet har vi gjennom skiftende regjeringer opplevd en stram økonomistyring i helsevesenet. I tiåret etter 2004 falt ressursinnsatsen per innbygger i somatisk spesialisthelsetjeneste, ifølge SAMDATA-rapportene (6). I den samme perioden opplevde vi en sterk generell økonomisk vekst. Velstandsveksten tas i hovedsak ut i privat konsum. Kostnaden til nordmenns feriereiser ble doblet fra 2004 til 2014 (7).

Om veksten allokteres til privat eller offentlig kjøpekraft, er et politisk spørsmål. Det er ikke mer bærekraftig å bruke penger på sydenopphold enn på nye medisiner eller opprusting av bygg. Men det er ikke lett å se at velgerne blir forespurt. Små nyanser i partienes bevilgningslovnader monner lite i det store bildet. Ulike regjeringer fører politikk langs de samme hovedlinjene. I en personlig meddelelse formulerte en byråkrat i Helsedepartementet at «politikken de ulike ministre og regjeringer bidro med, kun var garnityr». Og Stortinget vedtok altså enstemmig at et godt leveår verdsettes til 275 000 kroner. En så lav grense for nye behandlingstiltak kan betraktes som en stadfesting av nøysomhetsdoktrinen. For eksempel koster dialyse godt over halvannen million årlig. Tiltak som dialyse ville følgelig vært uaktuelt å innføre under vårt vedtatte regime.

Foran det kommende valget er utsiktene til endringer ikke særlig gode. Økonomikken omslutter oss. Med sykehus «satt bort» som statsforetak, og et strengt regime for nye tiltak, er det politiske handlingsrommet lite. Kanskje da ikke så rart at våre unge politikere fremstår som apatiske. Til valget serveres vi husets faste rett, med garnityr à la Arbeiderpartiets løfte om en «kjærlighetsgaranti». Uten en snarlig politisk oppvåkning er det vanskelig å se at vi kommer unna en todeling av helsevesenet, også for de alvorligste tilstandene. Vi kunne valgt annerledes, men blir ikke forelagt menyen.

LITTERATUR:

1. Stortingsmøte 29.11.2016 i forbindelse med Meld. St. 34 (2015–2016). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2016-2017/ref-s-201617-11-29?m=9> (31.7.2017).
2. Claxton K, Martin S, Soares M et al. Methods for the estimation of the NICE cost effectiveness threshold. Final report. CHE Research Paper. York: Centre for Health Economics, University of York, 2013.
3. Barnsley P, Towse A, Karlberg Schaffer S et al. Critique of CHE Research Paper 81: methods for the estimation of the NICE cost effectiveness threshold. Office of Health Economics (OHE). Occasional Paper 13/01. December 2013.

<https://www.ohe.org/publications/critique-che-research-paper-81-methods-estimation-nice-cost-effectiveness-threshold> (10.8.2017).

4. Berg O. Fra politikk til økonomikk; den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel. Tidsskriftets skriftserie. Oslo: Den norske lægeforening, 2005.

5. Horton R. Offline: Not one day more. Lancet 2017; 390: 110. [PubMed][CrossRef]

6. Magnussen J, Vrangbæk K, Martinussen P et al. Mellom politikk og administrasjon. Oslo: Den norske legeforening, 2016.

7. Statistisk sentralbyrå. Reiseundersøkelsen.

<https://www.ssb.no/transport-og-reiseliv/statistikker/reise> (3.8.2017).

Publisert: 4. september 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0661

Mottatt 4.8.2017, godkjent 10.8.2017.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no