

Et system hvor alle enkelttjenester skal lovreguleres i stedet for å rammestyles vil gi et voldsomt byråkrati for å kostnadsberegne og vedta de ulike tjenestetilbudene, for deretter å kontrollere at tjenestene er levert i riktig omfang til riktig pris. Selv med omfattende regulering vil et helsesystem uten kostnadsrammer med nærmest uendelig etterspørsel kunne føre til overbehandling og mangel på helsepersonell. I tillegg vil det true hovedformålet med statsbudsjettet, nemlig å holde kontroll på totaliteten i norsk økonomi. Dårlig budsjettkontroll fører ofte til arbeidsledighet, høy rente, sosial ulikhet og industrinedleggelse som heller ikke er godt for helsen.

Jeg mener derfor at vi skal hegne om et system hvor Stortinget i hovedsak bevilger rammer til sykehus og kommuner, og lar de som er nærmest oppgavene, gjøre prioriteringene. Prioriteringer skjer på ulike nivåer og ofte i samspill mellom flere aktører med ulike interesse- og ansvarsområder. Stortinget vedtar skattenivå, total pengebruk og fordeling mellom ulike samfunnsområder. Sentrale helsepolitiske myndigheter og forvaltning styrer de overordnede prioriteringene gjennom å tilrettelegge økonomiske, rettslige og organisatoriske rammevilkår. Samtidig har statlige fagmyndigheter et ansvar for å understøtte gode prioriteringer gjennom veiledere og retningslinjer.

Norge har lang tradisjon for å jobbe systematisk med spørsmål rundt prioriteringer i helsetjenesten. Spørsmålet om prioritering har fått ny oppmerksomhet blant annet knyttet til innføring av nye og kostbare kreftmedisiner, og helseministeren nedsatte i år et offentlig utvalg som kan utrede hvordan vi best prioriterer helsetjenestens ressurser.

Ett av hovedpunktene i mandatet er at utvalget skal foreslå konkrete prioriteringsverktøy som kan understøtte systematisk bruk av dagens prioriteringskriterier. I mandatet er utvalget bedt om å sørge for bred involvering av alle relevante aktører. Vi må alle jobbe godt sammen for å sikre gode demokratiske prosesser for prioriteringer i helsesektoren i tiden som kommer.

Robin Kåss
robin_kass@hotmail.com

Robin Kåss (f. 1977) er lege og lokalpolitiker i Porsgrunn
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Halvorsen M. Prioritering hører hjemme i politikken. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1838–40.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 2.10.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3061584/>

M. Halvorsen svarer:

Forhenværende statssekretær Robin Kåss tillegger meg de underligste synspunkter. Hvordan han greier å lese ut av min kronikk at jeg foreslår å «fjerne budsjettammer, og gå over til å styre gjennom juridisk rammeverk», at jeg «undervurderer politikernes ansvar for helheten i staten pengebruk», «overvurderer politikernes evne til å detaljregulere og kostnadsberegne tjenester på individnivå» og at jeg vil ha et system der «alle enkelttjenester skal lovreguleres i stedet for å rammestyles», er ubegripelig.

La meg kort og enkelt gjenta hva jeg skrev: Lovreglene som omhandler borgernes rett til offentlige helsetjenester, er omfattende. Det er bare de unødvendige, unyttige, lite virksomme og ekstremt kostbare behandlingstiltakene som er unntatt fra syketrygdens dekningsområde, i tillegg til rent kosmetisk indisert behandling og en del av tannhelsetjenestene. Dette er et politisk valg som er gjort med hensikt. For at disse rettighetene skal kunne oppfylles, må de følges opp med bevilgninger. Hvis våre politikere mener at helsetjenesten er for kostbar, må de ta en beslutning om hvilke typer tjenester som ikke skal dekkes, eller bare dekkes delvis. Spørsmålene om hvilke helsetjenester som kunne ligge utenfor

syketrygdens dekningsområde, ble diskutert bl.a. av Lønning II-utvalget (NOU 1997: 18). Jeg var sekretær for utvalget. Oppfølgingen av utvalgets arbeid, prioriteringsforskriften, innskrenket så langt jeg kan skjønne ikke syketrygdens dekningsområde.

Helsetjenesten styres gjennom juridisk rammeverk fordi helse-tjenesten i Norge er lovfestet. Stortinget kan ikke se bort fra de lovene det selv har vedtatt når budsjettet fastsettes. Selvsagt skal vi ha et helsebudsjett, selvsagt vil det være styrende for utformingen av helsetjenestetilbudet og de konkrete tjenestene som ytes, men budsjettet må være realistisk. Det må svare til hva loven forutsetter. Hvis loven forespeiler befolkningen en heldekkende helsetjeneste, mens budsjettet bare tillater en delvis dekkende tjeneste, mister den offentlige helsetjenesten troverdighet. Det er ikke bra.

Politikerne, dvs. Stortinget, har alt ansvar for statens pengebruk i den forstand at det er Stortinget som er bevilgende myndighet. Stortinget har ansvar for å gi helsetjenesten tilstrekkelige bevilgninger. Stortinget skal gi overordnede bestemmelser om hvilke tilbud den offentlige helsetjenesten skal omfatte, og ikke prioritere på individnivå.

Det er forskjell på å fastsette et volum på et gode og å fordele godene på individer. Stortinget har bestemt at volumet på helsetjenesten skal være «øyeblikkelig hjelp» og «nødvendig helsehjelp». Helsepersonell skal fordele de tilgjengelige helseressursene på pasientene. Retningslinjene de skal fordele etter, er ikke særlig klart utformet, men forsvarlighetsprinsippet må til sjunde og sist være det avgjørende. Hvis ressursene ikke strekker til, må helsepersonell la være å gi øyeblikkelig hjelp til noen, eller la være å gi nødvendig hjelp til noen andre. Hvis pasientene som har krav på den ene eller den andre hjelpen, ikke får slik hjelp, kan det være uforsvarlig. Den som ikke yter hjelpen, handler i så fall ulovlig. Det er en utålelig situasjon for autorisert helsepersonell å måtte velge mellom å bryte budsjettet eller å bryte loven. Men det er virkeligheten for mange som arbeider innenfor den offentlige helsetjenesten. Mitt råd til den som måtte komme i en slik tvangssituasjon, er å holde loven og heller bryte budsjettet. Loven er en høyere rettskilde enn direktivet fra direktøren.

Marit Halvorsen
marit.halvorsen@jus.uio.no

Marit Halvorsen (f. 1957) er professor i rettsvitenskap ved Institutt for offentlig rett, Universitetet i Oslo. Hun har arbeidet i skjæringsfeltet mellom jus og medisin siden 1990.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert som rask respons på nett 11.10.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3061584/>

Opphavet til ordet «karantene»

Erlend Hem har en interessant artikkel om ordet «karantene» i Tidsskriftet nr. 17/2013 (1). Hem skriver at opphavet til ordet «karantene» er det italienske «quaranta» som betyr tallet 40.

Som tidligere utenlandsstudent er jeg av en annen oppfatning. Karantenetiden for skip med mulig smitte om bord var 41 dager. Ordet «karantene» skulle komme av det franske «quarante-et-un», altså 41. Fransk var jo som kjent verdensspråk og diplomatspråk før engelsk overtok. Uttrykk som «pan» og «mayday» i dagens maritime nødprosedyrer har sin opprinnelse i «je suis en panne» og «m'aidet».

Kolbein A. Finsnes
kolbein.finsnes@lyse.net

Kolbein A. Finsnes (f. 1937) er pensjonert øre-nese-hals-lege.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>