

Bruker vi helsekronene riktig?

Selv i verdens rikeste land, rekker ikke pengene til alt. Er det leger, politikere eller helsebyråkrater som skal prioritere?



Interessant debatt om prioritering. Fra venstre Eyvind Solheim, ordstyrer Hordaland legeforening, professor Ole Frithjof Norheim, professor Jon Magnussen og økonomi- og finansdirektør Eivind Hansen. Foto: Ellen Juul Andersen

Slik innledet leder Eyvind Solheim i Hordaland legeforening da han ønsket de vel 100 fremmøtte velkommen på medlems- og årsmøte i Bergen.

Solheim presenterte innleiderne professor Ole Frithjof Nordheim, som redegjorde for Nordheim-utvalgets arbeid (1) og professor Jon Magnussen hvis utvalg bl.a. la grunnlaget for hvordan penger blir fordelt spesialisthelsetjenesten. Økonomi- og finansdirektør Eivind Hansen ved Haukeland universitetssykehus var den siste som innledet om lokale prioriteringskrefter.

Flest gode leveår for alle

Nordheim dvelte ved at prioriteringer er komplisert og han løftet frem noen hovedpoenger. At det ikke er nødvendig å prioritere i verdens rikeste land, var han uenig i.

– Alle som vil få en stor helsegevinst av et tiltak, får prioritet i Norge. Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst, sa han. Nordheim pekte på utvalgets arbeid med mål og verdier og hvor de flytter fokus mer på resultater enn på tilgang.

– Målet er flest mulig gode leveår for alle, samt rettferdig fordeling. Det andre punktet er at beslutningsprosesser om prioritering får tilslutning i befolkningen. Begrunnel-

sene må være åpne og vi må tørre å legge frem disse slik at man på lang sikt får aksept for beslutningene. Når det gjelder ressursbruk, vil et tiltaks prioritet øke desto mindre ressurser det legger beslag på. Når det gjelder prosesser, må helsegevinster være dokumenterte i kontrollerte forsøk, sa Nordheim. Han sa videre at helseminister Bent Høie legger frem en stortingsmelding i 2016.

Prioritering på tre nivåer

– Noen tjenester tar samfunnet i fellesskap og de fordeles etter behov, bl.a. helsetjenester. Det skjer en prioritering mellom individers forbruk og fellesskapets forbruk, som bl.a. kommer til uttrykk i skattenivået, sa Jon Magnussen.

– Det skjer videre en prioritering mellom fellesskapets tjenester som kommer til uttrykk ved prioritering til helsetjenester versus samferdselsinvesteringer versus utdanningsinvesteringer osv. Prioritering innen helsetjenesten skjer på grunnlag av kriterier og operasjonalisering, sa han. Magnussen reiste spørsmål om det er ressurser nok til å dekke behovet for helsetjenester. Han mente at utfordringen er å organisere samfunnet slik at vi utnytter de ressurser vi avsetter til helsetjenesten på best mulig måte.

Samhandling innad i sykehusene

Eivind Hansen fra Haukeland universitetssykehus spurte om hvordan skal man rasjonalisere felles goder.

– Prioriteringer i helsevesenet er viktig for å bli bevisst hva som skaper god helse. Det skjer endringer i teknologi, IKT, i sykdomsbilder, osv. Skal man behandle enkelte pasientgrupper på bekostning av andre? For å få mest mulig ut av den rammen helseforetaket har til rådighet, mente han at de legger vekt på effektive helsetjenester, kvalitativt gode helsetjenester og at det gjøres en riktig prioritering. Eivind Hansen understreket at samhandling innad i sykehuset kan forbedres og at det å ha oppmerksomheten rettet på å drifte helseforetaket godt og gjøre de riktige prioriteringene, er viktig.

Ellen Juul Andersen

ellen.juul.andersen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling

Litteratur

1. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet