
Verdiløs helsepolitikk

DEBATT

IVAR SØNBØ KRISTIANSEN

i.s.kristiansen@medisin.uio.no

Ivar Sønbo Kristiansen er professor emeritus ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Han er tidligere distriktslege, assisterende fylkeslege og forsker.

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

Helsetjenesten er en sentral del av velferdssamfunnet og skal uttrykke grunnleggende verdier i befolkningen. Når verdispørsmål står sentralt, er politikerne på hjemmebane. Spørsmålet blir da hvilke verdivalg partiene gjør og hvordan de vil realisere målene for helsepolitikken.

Et lands helsetjeneste er preget av sentrale faktorer som ressurstilgang, finansieringstype, offentlig eller privat eierskap, oppgjørssystemer for sykehus og helsepersonell og om det offentlige ansvaret er lagt til én eller flere forvaltningsnivåer. Det er imidlertid ingen enighet om hvilke systemer som er best.

Dette står i kontrast til andre områder, der det er mindre tvil om hvilke land som er førende. For eksempel mener mange at Finland er best på skole, mens Tyskland produserer de beste bilene. Vi anser de nordiske land for å være nokså like, men helsepolitikken er likevel ulik. Finland har høyere privat finansiering (26 %) enn Norge (15 %) (1). Danmark, Finland og Sverige har enhetlig offentlig ansvar, men lagt til ulike forvaltningsnivåer.

Partiprogrammene

Hvilke verdivalg inviterer de politiske partiene velgerne til å støtte? En gjennomgang av partienes programmer viser at de har mange gode ønsker: ta pasienten på alvor, ta problemene i starten, høy kvalitet i tjenestene, ny

teknologi, mer e-helse, likeverdig behandling og styrking av ditt og datt. Trolig kan nesten alle slutte seg til alt.

Men hvordan skal ønskene kunne gå i oppfyllelse? Sp og SV vil avvikle stykkprisfinansieringen og KrF vil avvikle de regionale helseforetakene, men ingen anfører klare alternativer. Arbeiderpartiet ønsker å prøve ut en ordning med statlig ansvar for både primær- og spesialisthelsetjenesten. For øvrig sier partiene lite om de grunnleggende politikkvalgene som er nevnt innledningsvis – eller om virkemidlene. Stortingsflertallet har to ganger redusert sykehusbudsjettet i salderingsforhandlingene ved å anta at man kan få til mer effektiv sykehusdrift. I partiprogrammene forbigås effektivisering i taushet.

Stortinget fastsetter gjennom ulike vedtak helsetjenestens totalbudsjett, som var 326 milliarder kroner i 2016) (2). Ingen partier lover generell budsjettvekst, og ingen foreslår høyere egenandeler. Høyre lovet 12 milliarder ekstra til sykehusene for inneværende budsjettperiode, men brøt løftet under henvisning til oljeprisfallet i 2015 (3).

En god helseminister?

Bent Høie hadde forutsetninger for å oppnå endringer. Han kjente helsetjenesten godt, hadde et sterkt engasjement og har fått sitte som minister i fire år. Han har satt sitt navn på en rekke stortingsmeldinger. Han innførte fritt behandlingsvalg, men reformen fikk liten praktisk betydning.

Høie har hevdet at sykehuskøene er blitt kortere, men det er reist tvil om hvorvidt ventelistestatistikken er korrekt. Innføring av pakkeforløp for kreftpasienter var en viktig reform, men var vel en overmoden frukt da den ble iverksatt. Narkotika-, snus- og legemiddelpolitikken tyder på at de som håpet på en mer liberalistisk helsepolitikk, nok er blitt skuffet. I skrivende stund tyder meningsmålingene på at Høies tid snart er forbi. Hans ettermæle vil nok mest bli preget av at han satte pasienten i sentrum.

Den helsetjenesten pasientene møter, er konsekvensen av myriader av beslutninger som treffes av leger, sykepleiere og øvrig personell. Derfor blir helsepolitikken mer preget av fakta og forskning og mindre av ideologi enn andre politikkområder. Politikere verken kan eller vil delta i kliniske enkeltbeslutninger. Hvorvidt operasjon A eller B bør velges, må være basert på forskning, ikke på ideologi. Kloge politikere som Høie forstår dette, men da blir det også mindre rom for politikk.

Personlig tror jeg pasienter og helsepersonell bør takke Høie for at han stoppet prosessen med å avvikle de regionale helseforetakene. Ingen har kunnet peke på noe åpenbart bedre alternativ, og trolig er det bedre å sette inn kreftene på pasientene enn på omorganiseringer med usikker effekt.

Hva blir tilbake for politikerne?

Selv om helsetjenesten preges av fakta og fag, er det behov for politikk. Beregninger indikerer at en videreføring av dagens politikk, med årlige budsjettjusteringer for befolkningssammensetning og ny teknologi, ikke er bærekraftig. Skatteprosenten vil bli høyere enn landets økonomi kan bære (4). Her kan politikerne vise vei: Høyere egenandeler? Privatisering av lavt prioriterte aktiviteter? Effektivisering? Så vidt jeg kan se, har ingen partier foreslått tiltak som kan gjøre finansieringen mer bærekraftig. Flere partier sier nei til privatisering, men angir ingen alternativ løsning.

Det finnes andre, store spørsmål. Hvor mye samfunnet skal være villig til å betale for gode leveår, er et verdispørsmål der politikerne burde være på hjemmebane. Bør bemanningen i kommunenes pleietjeneste reduseres til finsk nivå? Hvorfor er det ingen interesse for effektiviteten i denne tjenesten, som koster like mye som spesialisthelsetjenesten (ca. 100 milliarder per år) (5)? Kan en mer liberal narkotikapolitikk hindre at vi mister flere hundre unge liv årlig i overdosedødsfall?

Når de fleste beslutninger i helsetjenesten handler om enkeltpasienter og politikerne abdiserer fra de vanskelige verdivalgene, blir symbolpolitikken desto viktigere. Nei til nedleggelse av Odda sykehus eller eggdonasjon og surrogati er synlig og forståelig politikk.

Hvilket parti skal jeg velge?

Norsk helsetjeneste er i stadig endring, ikke primært på grunn av innspill fra de politiske partiene, men fordi pasienter, helsepersonell og ansatte i forvaltningen krever, ønsker eller foreslår forandringer. Underliggende drivkrefter er internasjonale trender og ny teknologi. En regjering kan påvirke mange små saker, men også noen av de store og viktige. I år later partiene til å ha beskjedne helsepolitiske ambisjoner, men kanskje er det et tegn på bred enighet om helsepolitikken.

Jeg gjetter at valgkampen i liten grad vil bli preget av de problemene som leger og annet helsepersonell daglig føler på kroppen. Tema som helsebudsjettets størrelse, faglig autonomi, vaktplaner og tariffavtaler vil neppe bli en del av valgkampen. Etter mitt skjønn kan vi trygt velge stemmeseddel på valgdagen uten å skjele til helsepolitikken.

LITTERATUR

1. Health Statistics OECD. 2017. Health Statistics OECD.
<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (7.8.2017).
2. Helseregnskapet. <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2017-03-13> (7.8.2017).
3. Dommerud T, Ruud S. Eldre og syke må vente lenge på valgløfter fra Høyre og Frp. Aftenposten.
<https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/76bB/Eldre-og-syke-ma-vente-lenge-pa-valglofter-fra-Hoyre-og-Frp> (7.8.2017).

4. Meld. St. 29 (2016-17). Perspektivmeldingen 2017.

5. Kreft i Norge: — kostnader for pasientene, helsetjenesten og samfunnet.

Oslo: Oslo Economics, 2017.

Publisert: 4. september 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0667

Mottatt 7.8.2017, godkjent 17.8.2017.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. februar 2026.