

Statsminister Gro Harlem Brundtland

ARTIKKEL AFTENPOSTEN 20. MARS 1993

SOLIDARITETSSALTERNATIVET OGSÅ I HELSE-OG OMSORGSPOLITIKKEN

Vi er inne i en viktig og krevende debatt om tryggheten i samfunnet, om velferdsstatens oppgaver og om den verdiskapning som må til for å finansiere vår felles innsats. Det er min overbevisning at vi fremover må bruke mer av våre offentlige midler til investeringer og til tjenestetilbud, og bremse veksten i overføringer over statsbudsjettet. Vi trenger å fornye og forbedre næringslivet og verdiskapningen, utdanningen og forskningen, slik at flere kan komme i arbeid og utnytte sine krefter. Vi trenger å bygge ut våre tjenestetilbud. Det vil kreve økte ressurser, også flere ansatte i helse- og omsorgssektoren. Vi sier vi må satse på solidaritetsalternativet for å få flere i arbeid, men det blir også et solidaritetsalternativ med dem som trenger behandling og omsorg.

I årene som kommer må vi bruke mer ressurser på helsetilbudene og eldreomsorgen fordi behovene øker, fordi vi får en eldre befolkning og fordi vi ønsker å ta i bruk de mulighetene ny medisinsk kunnskap gir. Det er dette vi sier fra om også i Langtidsprogrammet.

Da har vi et godt utgangspunkt her i landet, selv om det stadig er en oppgave å forbedre innsatsen.

Vi har satset på et offentlig styrt helsevesen. Dette har sikret hele befolkningen uavhengig av alder, kjønn, betalingsevne og bosted god tilgang til helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenesten har aldri hatt større ressurser til disposisjon enn i dag. Aldri har så mange fått behandling på sykehus. Og aldri har så få med alvorlige

lidelser ventet på behandling. Helse-og omsorgstjenestene i kommunene gir et bedre og mer omfattende tilbud enn noen gang. Vi har et helsevesen som faglig sett fullt ut kan måle seg med de fleste andre lands til tross for at vi ikke er blant de land som bruker mest av våre samlede ressurser til helseformål.

Gjennom omtale i media av enkeltpersoner som ikke får det behandlingstilbudet de ønsker, får vi samtidig demonstrert at et felles ansvar på dette området sterkt forankret. Det er behovene som skal være avgjørende for om det skal gis et tilbud, ikke om en har privat forsikring eller betalingsevne på annen måte. Det er solidaritetslinjen som ligger til grunn. Alle skal ha like muligheter.

Privatisering og markedsstyring er ikke svaret. Erfaringene fra land som har valgt markedsmodellen viser at dette blir både dyrere og dårligere. I USA som er et av de land som har gått lengst i å rendyrke markedsmodellen, brukes nesten 13,5 % av bruttonasjonalproduktet til helseformål, mens vi bruker ca. 7.5 %. Til tross for dette vet vi at en stor del av befolkningen i USA er helt uten helsetilbud. Dette er nok også en viktig grunn til at president Clinton har satt som en av sine høyest prioriterte oppgaver å lage et nasjonalt helsesystem.

Nærhet til den hjelpen som trengs daglig, er viktig for dem som bruker helse-og omsorgstjenestene mest. Det gjelder eldre, det gjelder kronisk syke og funksjonshemmede, og det gjelder dem med psykiske lidelser. Men i mange situasjoner trengs det også spesialisert hjelp. For at den hjelpen skal være faglig god nok må tilbudene være mer sentraliserte, f.eks. ved sykehusene. Derfor har vi satset på et system som kombinerer disse to ønskene - nødvendig nærhet og høy faglig kvalitet. Utfordringen fremover er å sørge for at vi utnytter den kapasiteten vi har best mulig. Det er f.eks. liten mening i at pasienter skal vente på behandling ved ett sykehus når det er ledig kapasitet ved et annet. Eller at pasienter som er ferdig behandlet, må bli liggende på sykehus fordi kommunen ikke er

forberedt på at pasienten skal komme hjem.

Noen hevder at vi har gått for langt med desentralisering av ansvaret i helse- og omsorgspolitikken Norge. Kommunesektoren har fått for mye ansvar. Det fører til store ulikheter i tilbudet, hevdes det. Jeg vil derfor understreke at desentralisering ikke betyr at vi ikke har nasjonale mål og en nasjonal politikk på et så sentralt velferdsområde. Det kommunale selvstyret er først og fremst et virkemiddel for å nå nasjonale mål. Det er kommuner og fylkeskommuner som har ansvaret for å utforme de tiltakene som er nødvendige for å nå målene. De lokale tilbudene kan være forskjellige uten at det i seg selv betyr at det ene er dårligere enn det andre. Forskjellene kan i mange tilfeller være godt begrunnet i at befolkningen har ulike behov eller i andre lokale forhold. Nasjonale myndigheters rolle er først og fremst å legge til rette rammebetingelsene og følge opp at resultatene av den kommunale innsatsen er i samsvar med nasjonale mål. Regjeringen legger stor vekt på dette og vil videreutvikle styringsredskapene og samarbeidet med kommunesektoren på dette viktige området.

Utviklingen i våre helse- og omsorgstjenester de seinere årene har også gjort en myte til skamme. Den at offentlige tjenester ikke kan omstilles og effektiviseres. Jeg tror vi skal lete med lys og lykter etter en sektor der omstillingstakten og viljen til omstilling er større. Det drives forsøk og omstillingsarbeid i stort omfang. Ikke bare får stadig flere et tilbud som er bedre enn tidligere, men vi ser også andre gledelige endringer. Brukernes erfaringer tas på alvor. Dette gir seg mange utslag. Pasientombud, brukerundersøkelser og andre ordninger der pasientene får si sin mening er kommet for å bli. Disse pasienterfaringene brukes nå mer aktivt til omstilling og forbedringer av tjenestene. Holdningene til service og informasjon til pasientene er i endring. Vi er på vei til å erkjenne at pasientene vet hvor skoen trykker og har meninger om hva som kan gjøres bedre. Disse kunnskapene må vi ta systematisk i bruk i det videre omstillingsarbeidet i

helse- og omsorgstjenesten.