

FOREDRAG VED DEN NORSKE LÆGEFORENINGS LANDSMØTE I OSLO,  
ONSDAG 12. JUNI 1985.

Ærede president, landsmøtedeltagere og gjester,

Det er meget naturlig at sosial- og helsepolitikk opptar oss alle. Svært mange har jo pårørende med store behov for hjelp. Og før eller siden blir vi jo nesten alle klienter, pasienter eller trygdede. Jeg har fått opplyst at vi nordmenn går 12 millioner ganger om året til lege, og at 600.000 behandles ved sykehus. Det er derfor ikke overraskende at meningsmålinger viser at det er en almen oppfatning at helsestell, sosialvesen og trygd er oppgaver som det offentlige bør legge særlig stor vekt på.

Og i dette tilfelle kan man trygt slå fast at myndighetenes prioriteringer i virkeligheten er i full overensstemmelse med folkeopinionen. Ett uttrykk for disse oppgavers grunnleggende betydning er at bevilgningene til helse- og sosialformål fra Staten og folketrygden er øket med ca. 50 prosent i løpet av de siste fire år, fra ca. 49 milliarder kroner i 1981 til ca. 74 milliarder kroner for inneværende år. Dette er meget mer enn prisstigningen.

I Langtidsprogrammet for neste fireårsperiode varsler Regjeringen at bevilgningene til helsevesenet og eldreomsorgen fortsatt vil bli øket mer enn offentlige

utgifter generelt. Supplert med et aktivt effektiviseringsarbeide vil dette gi rom for et forbedret tilbud, særlig overfor pleietrengende eldre, psykisk utviklingshemmede, funksjonshemmede, psykiatriske pasienter, og generelt i primærhelsetjenesten. En fortsatt sterk vekst i kommunehelsetjenesten er nødvendig for å få større fart på det forebyggende arbeide, og ikke minst for å kunne utnytte tilgangen på nye leger i årene fremover. Behovene for å kunne behandle flere på sykehusene er også klare. For å oppnå større rettferdighet er det nødvendig å fortsette innsatsen for å redusere de geografiske og sosiale forskjeller i helsetilbudene.

Den forrige regjering sa i sitt langtidsprogram for inneværende periode at "det kan være god helsepolitikk å holde helseutgiftene nede for å finansiere tiltak utenfor helsetjenesten som er viktigere for helse og levekår". Det var vel for skarpt sagt. Men det vil alltid være slik at de økonomiske rammer setter grenser for hva helsetjenesten kan tilføres av midler. Helsetjenesten er nå blitt så stor i omfang, med et budsjett på nærmere 30 milliarder kroner og en sysselsetting på godt over 140.000 årsverk, at den må tilpasses den generelle økonomiske politikk til enhver tid, hvis man ikke vil risikere en utgiftsstigning som skaper mer inflasjon, lavere vekst - og derfor også dårligere helsetjeneste.

Uansett hva som sies i disse tider - og uansett hvordan det går ved valgene - vil virkeligheten begrense veksten i de reelle ressurser som faktisk blir tilført

helsetjenesten i årene fremover: Man vil få valg mellom to hovedlinjer: Enten en vel overveiet, god men tross alt begrenset vekst i antall kroner, eller en enda sterkere vekst i kroner av meget mindre verdi: Ikke i noe tilfelle vil helsetjenesten kunne fylle forpliktelsene overfor pasientene uten at man samtidig legger stor kraft i det fortsatte arbeidet for størst mulig utbytte av ressursene.

Erfaringer fra 1970-årene viser vel også at det ikke er noen direkte sammenheng mellom økte bevilgninger til helsevesenet og reelle forbedringer i helsetilbudet. De største deler av de økede overføringer til helsetjenesten i den tiden ble brukt til annet enn bedre behandling av pasienter. Dette illustrerer hvor vanskelig arbeidet for å forbedre helsetjenesten egentlig er.

----- o -----

En av de sider av helseproblemene som er blitt mest diskutert i den senere tid, er sykehuskøene. Det er angitt ulike tall for den aktuelle situasjon. Men siden det ikke har vært innsamlet slike opplysninger om køer i tidligere år, vet vi ikke om de reelt sett øker eller minker. Det vi derimot vet, er at behandlingstilbudene blir stadig flere og fører til at flere pasienter melder seg for behandling for lidelser som tidligere ble ansett som uhelbredelige. Det tar tid å skaffe nok fagfolk som behersker de nye teknikker, riktig utstyr og brukbare lokaler. Hjertekirurgi og ortopedisk kirurgi er vel blant de beste eksempler på at medisinske nyvinninger har skapt

ny etterspørsel, som viser seg som nye køer. Men disse køene er jo samtidig tegn på at mulighetene er blitt bedre enn de var da de syke ikke sto i slike køer, fordi det ikke var behandling for dem.

Mer interessant enn å vurdere antall personer som venter, må det være å se på ventetiden. Flere sykehus rapporterer om større behandlingsskapasitet og redusert ventetid.

Sentralsykehuset i Rogaland har f.eks. redusert både ventetid og venteliste som følge av "Aksjon venteliste". Regionsykehuset i Tromsø foretok for vel et år siden en driftsomlegging som økte kapasiteten betraktelig og reduserte ventetiden tilsvarende. Noe lignende har skjedd ved Kongsberg sykehus. Ved Harstad sykehus er ventetiden redusert fra 2 år til 2-6 måneder for hoftededdsoperasjoner. Jeg burde kanskje være varsom med eksempler, fordi det utvilsomt er mange fler som da burde nevnes. Når jeg likevel nevner noen, er det for å understreke at det er reelt grunnlag for å si at effektiviteten i sykehusvesenet stiger.

Selv om de somatiske sykehus i noen tid har hatt null-vekst i sine budsjetter, har de klart å kompensere dette ved bedre effektivitet. Det er nok vanskelig for utenforstående å forstå at reduksjon i antall senger kan gå parallelt med økt antall behandlede. Men såvidt jeg kan se må det være akkurat det som har skjedd, ved en mer konsentrert innsats. Sykehusene utnytter nå ressursene klart bedre enn de gjorde for 3 år siden, og liggetiden

er blitt kortere. I perioden 1980 til 1983 har antall behandlede pasienter pr. seng økt med 2,8% pr. år. Det er også grunn til å anta at behandlingen krever større innsats pr. innlagt pasient fordi langt flere av de lettere tilfellene nå behandles utenfor sykehus. Dette viser at det er oppnådd resultater som de ansatte i helsetjenesten har grunn til å være stolte av, i stedet for å akseptere det falske bilde av grå utilstrekkelighet.

Jeg traff en gang på en spasertur en professor i medisin som hevdet at Norge har verdens beste helsevesen, men at vi står overfor en forventningskrise. Uttalelsen var kanskje noe farvet av at han var svært fornøyd med andre ting også. Men vi kan vel i alle fall slå fast både at norsk helsetjeneste gjør det godt etter faglige kriterier, og at den kan bli enda bedre.

Arbeidet for stadig høyere effektivitet er først og fremst avhengig av helsevesenets egne medarbeidere. Men for å bidra til dette har Sosialdepartementet nedsatt en styringsgruppe som arbeider med en rekke prosjekter.

Et interessant poeng er at det ser ut til å være store forskjeller i den medisinske praksis på forskjellige steder, langt større enn ulikheten i helsetilstanden skulle tilsi. Det kan vel ses som en bekreftelse på at helseinstitusjoner fremdeles kan ha meget å lære av hverandre. Informasjonen til pasientene kan vel også bli bedre. Aksjon Publikum er derfor utvidet til også å omfatte helsetjenesten. På høy tid, vil nok mange si.

I all offentlig drift vil budsjettssystemer og finansieringsordninger ha stor betydning for effektiviteten. Jeg nevner derfor at Regjeringen vil gjøre det lettere for institusjonene selv å utnytte midlene på beste måte, ved å gi dem noe bedre muligheter for å overføre bevilgninger fra en post til en annen, og fra et år til det neste. Sosialdepartementet arbeider også med å gi Rikshospitalet en friere stilling.

Sentrale bemanningsregler og standardkrav kan også begrense mulighetene for lokale tilpasninger som gir høyere effektivitet. Regjeringen mener at det vil være riktig med lokal handlefrihet i slike saker.

God ledelse er alltid svært viktig for å få til ønskelige forandringer i komplisert virksomhet, og derfor utvilsomt også i høy grad i helsetjenesten. Det er rimelig å anta at det gjør lederoppgavene mer kompliserte at helsearbeidere har såvidt forskjellig utdanning, bakgrunn og holdninger. Skal man få til fortsatt effektivisering av helsetjenesten i den grad man ønsker, må de ansatte være med i et positivt samarbeide. Regjeringen ser det derfor som svært positivt at Lægeforeningen har engasjert seg i å utdanne mer profesjonelle ledere. Jeg sikter her spesielt til at man i samarbeid med universitetene, andre yrkesgrupper og de sentrale helsemyndigheter, har tatt gledelig initiativ til videreutdannings-tilbud i administrasjon ved Universitetet i Oslo.

Mange har klaget sterkt over finansieringssystemet for sykehusene, fordi det frister fylkene til å hindre at

pasienter legges inn på sykehus utenfor hjemfylket. Det virker nesten som begrepene "rammefinansiering" og "gjestepasientoppgjør" har aggresjonsvekkende virkning. Disse systemene ble som kjent vedtatt i 1979 og gjennomført fra og med 1980. Uansett hva man måtte mene om disse ordningene, måtte det være riktig å høste erfaringer før man gikk til revisjoner.

At disse systemene har medført uheldige virkninger for pasientfordelingen mellom sykehus synes hevet over tvil. Men spørsmålet er om ikke flere av de alternativer som har foreligget hittil ville ha skapt andre og minst like store problemer. Man må nok tenke intenst videre her.

Jeg må si at jeg ser alvorlige motforestillinger mot tanken om å la staten drive alle sykehus. I virkelighetens verden vil staten neppe makte å vurdere rettferdig alle lokale krav om bedre tjenester av denne art. Og kravene kan lett bli skjeve, hvis de lokale politikere som reiser dem skulle slippe alt ansvar for de økonomiske konsekvenser. Resultatet kan bli en irrasjonelt fordelt utgiftsøkning, til liten glede for pasientene og de ansatte.

Vi må søke etter løsninger som bevarer lokalt og regionalt ansvar, men som ikke samtidig motiverer til overdreven selvhjulpenhet i hvert enkelt fylke fremfor bredere samarbeid. En tanke til overveielse kunne kanskje være en kombinasjon av rammefinansiering via fylkene, og en viss betaling fra folketrygden til sykehusene for

utførte tjenester. Det kunne muligens både stimulere arbeidet for størst mulig ytelse ved sykehusene, og gjøre det mindre fristende for fylkene å motsette seg utveksling av pasienter over fylkesgrensene.

Bl.a. for å utnytte kapasiteten ved regionsykehusene mer rasjonelt, la Regjeringen nå i vår frem forslag om tiltak for å forbedre gjestepasientordningen, bl.a. øket subsidiering av gjestepasientkurpriser ved regionsykehusene og statssykehus. Disse endringene i gjestepasientordningen er ikke ment som endelig problemløsning, men vi regner med at de vil bidra til bedre flyt i gjestepasientstrømmen, og i større grad sikre pasientenes behandling på rette nivå og til rett tid.

Regjeringen vil nå sette ned et utvalg som skal vurdere om det er mulig å finne frem til finansierings-systemer og organisasjonsmodeller som i sterkere grad stimulerer til rasjonell drift både av de enkelte sykehus og av sykehusvesenet som helhet.

-----o-----

Før jeg forlater sykehusdelen av helsevesenet må jeg også si noen ord om den videre utbygging av sykehus. Jeg må få si at den situasjon som forelå ved regjeringsskiftet var preget av en viss forvirring: Man hadde godkjent

flere til dels gigantiske prosjekter. Men samtidig var den forrige regjering i sitt langtidsprogram kommet til



at "det er tvilsomt om det bør bygges nye storsykehus i 1980-årene". Retningslinjene var selvmotsigende.

For å bidra til en rasjonell bruk av ressursene, la Regjeringen i mai 1982 frem en plan for den fortsatte sykehusutbyggingen. Den måtte innebære en reduksjon av en rekke av de prosjektene som fylkeskommunene hadde gått inn for, både igangværende og planlagte, fordi man ellers ville sprengte alle finansielle rammer, og likevel neppe få de beste løsninger. Det ble utarbeidet en ajourført fremdriftsplan i september 1983.

Utbygging av Regionsykehuset i Tromsø er nå i gang. Det har gledet meg spesielt å høre den faglige vurdering at resultatet faktisk ble bedre, etter at vi stanset den gigantplanen som forelå. Regjeringen har videre akseptert at Vest-Agder - dersom fylket ønsker det - baserer sine videre sykehusplaner på det reduerte Eg-alternativ. Jeg vil understreke at det både er nødvendig, ønskelig og riktig at også disse landsdeler får et tidsmessig sykehus-tilbud. Men jeg tror pasientene i begge de berørte fylker kan være lykkelige for den gjennomførte rasjonalisering av planene.

----- o -----

Etter at vi fikk sykehusloven i 1970 var det i lang tid usikkerhet omkring primærhelsetjenesten, - et beklagelig forhold som ikke minst Lægeforeningens medlemmer har vært opptatt av. Først i 1978 tok man fatt på det arbeid som måtte gjøres, og deretter gikk det hele tre år

før man fikk frem et lovutkast, som dermed kom så sent at man ikke rakk å behandle det før valget i 1981.

På dette område møtte vi en konflikt mellom to diametralt motsatte utgangspunkter. Noen mente at det ikke var behov for særlige nye inngrep i tilvante forhold og privat praksis, og kalte slikt for sosialisering. Til dem måtte svaret være at Folketrygden tross alt betaler det meste av utgiftene, og at de som har ansvaret for Folketrygdens økonomi derfor også måtte ta ansvar for at pengene bidrar til en rettferdig og hensiktsmessig fordeling av helsetjenesten over hele landet, og mellom de ulike oppgaver.

Andre ville hevde at fordi helsevesenet er en offentlig oppgave, må det være full offentlig styring også av legepraksis. Til dem måtte svaret bli at man måtte bevare stimulanser til effektiv drift, og sikre at så mange pasienter som mulig får adgang til valg mellom flere leger og andre helsetilbud. Hvis ikke ville servicen lett kunne bli dårligere, og kostnadene stige så sterkt at ingen mulig økning av bevilgningene kunne hindre dårligere helsetilbud.

Ved den modell som ble valgt, klarte vi langt på vei å ivareta alle de kryssende hensyn. Ordningen med driftstilskudd fra kommunene til leger sikrer spredning av tilveksten av leger og andre helsetilbud til alle deler av landet. Finnmark reiser spesielle problemer som krever særskilt oppmerksomhet. Men generelt gjør det nye

system det lettere å skaffe nødvendige primærleger til utkantområder.

Ved samtidig å beholde et element av tilskudd pr. konsultasjon m.v. ville vi bevare stimulansen til effektiv drift, og sikre en viss belønning for økt innsats ved spesielle behov. Vi la også stor vekt på å gjøre det mulig for leger å praktisere i fritiden, for å sikre tilgangen på legetjenester. Jeg vil ikke påstå at systemet er perfekt, men eventuelle kritikere bør sammenlikne med alternativene.

Noen hevdet at den nye lov ville legge grunnlaget for en "privatisering" av helsetjenester, og for et uheldig "to-pris-system". Nå viser jo erfaringene at disse bekymringer var høyst urealistiske. Likevel kan det være grunn til å minne om at den siste Arbeiderparti-regjeringen selv foreslo et system som måtte skape større prisforskjeller enn vi har nå. I den forrige regjeringens proposisjon heter det nemlig at dens forslag

"utelukker ikke at en lege, fysioterapeut eller jordmor kan drive privat praksis uten avtale med kommunen. Han må da få sin betaling av sine pasienter, som ikke vil få sine utlegg refundert av trygd eller kommune".

Arbeiderpartiets alternativ ville altså tillate privat legepraksis, men uten noen form for refusjon fra det offentlige. Dette ville klarligvis måtte føre til langt større prisforskjeller for pasientene enn de

begrensede forskjeller det er blitt etter den vedtatte ordning.

Nå uttalte riktignok Arbeiderpartiregjeringen i den samme proposisjon også følgende:

"En antar at det neppe vil være mulig for mange å drive privat praksis på dette grunnlag."

Dette er nok riktig, men innebærer at den forrige regjerings alternativ ville gjøre dette problem størst mulig, ved å åpne for en helt privat praksis som ville bli svært dyr for pasientene, - ja, så dyr at forholdsvis få ville kunne benytte seg av tilbudet. Derved ville man nemlig også forsterke flere andre alvorlige problemer, - ikke minst i form av et redusert tilbud av legetjenester.

En annen bemerkelsesverdig side ved det alternativ som ble forkastet, var at det som hovedregel ville hindre pasienter i å søke lege utenfor egen kommune. Man kan lett tenke seg hva det kunne føre til. Mange pasienter ville få meningsløse problemer. Og man kunne få samtidig ledig kapasitet på en side av en grense og kø på den andre. Også dette har vi unngått.

Det hevdes nå at leger uten avtale med kommunen suger penger ut av det offentlige, til skade for dem som er henvist til det offentlige helsevesen. Dette argumentet må være snudd helt på hodet: Leger uten avtale koster det offentlige ca. 40 % av den offentlige betaling til avtalelegene. Noe forenklet kan en si at det offentlige

betaler det samme for 100 konsultasjoner hos leger uten avtale, som for ca. 40 konsultasjoner hos en avtalelege.

Under realistiske forutsetninger må dette bety: Hvis de pasienter som i dag går til leger utenfor det offentlige systemet, i stedet melder seg hos de legene som er med i systemet, vil de offentlige utgiftene til disse pasientene stige med ca. 150 %. Man ville altså få en betydelig utgiftsøkning uten noen økning i det samlede helsetilbudet. Hindring av privat praksis vil bety større offentlige utgifter til disse pasientene, og tilsvarende mindre midler til å hjelpe andre. Dessuten vil hindring av privat praksis innebære at en del leger vil arbeide mindre. Hvis vi skulle følge kravet om inndragning av all trygderefusjon til leger uten avtale med kommune, ville resultatet etterhvert bli både større offentlige utgifter og lengre køer i den offentlige helsetjenesten.

Ellers synes jeg det er all grunn til å gi kommunene honnør for den måten de har maktet å overta ansvaret for primærhelsetjenesten på. Og de som laget de største politiske hindringer for gjennomføringen av det nye systemet, selv etter at det var vedtatt i Stortinget, kan neppe se tilbake på sin destruktive motstand med særlig tilfredshet.

Tilgangen på leger er nå ca. 320 netto hvert år. Vi må erkjenne at dette kan bli i overkant av det vi kan beskjeftige innenfor den offentlig finansierte del av helsetjenesten. Man må derfor være forberedt på at det

ved slutten av dette ti-året kan bli visse problemer for nyuteksaminerte leger med å skaffe seg arbeid. Dette begrunner spørsmål om eventuell ytterligere reduksjon i utdannelseskapasiteten. Et problem med å redusere kapasiteten innenlands er imidlertid at det ikke er vanskelig å få plass ved utenlandske universiteter for dem som ønsker legeutdanning. Og vi kan ikke forsvare å prøve å hindre unge mennesker i å søke utdanningstilbud som finnes. Men problemet vil kanskje etterhvert løse seg selv, slik som det er i ferd med å skje for tannlegene, nemlig ved at søkningen til studiet tilpasser seg forventet arbeidsmarked.

Men hva vil så skje hvis det blir flere leger og annet helsepersonell enn det offentlige kan betale sysselsetting for? I en slik situasjon vil kravene om mer effektive hindringer for at ledige krefter driver privat helsevirksomhet - i tillegg til den offentlige - komme i et eiendommelig lys. Vi er ikke for noen slik negativ forbuds- eller forhindrelinje. Jeg vil gjerne sammendra noen synspunkter på debatten om den såkalte privatisering av helsevesenet:

I den såkalte "velgergaranti" lover Arbeiderpartiet at det vil "stanse planene om privatisering av sykehus". Dette innebærer en usann beskrivelse av våre standpunkter. Begrepet "Privatisering" må jo her bety omgjøring til privat av noe som er offentlig. Men det foreligger ingen planer om å privatisere noe eksisterende sykehus. Derimot foregår det en stadig utbygging av det offentlige helsevesen, og den utbyggingen vil fortsette.

Men hvis noen vil avlaste det offentlige helsevesenet ved nye private tiltak - i tillegg til de offentlige - vil vi ikke nekte det. Vi er heller ikke blinde for at private kan ha ideer om forbedringer også innen helsevesenet, som det offentlige kan lære av, og ser ikke noe galt i at slikt prøves.

Vi vil opprettholde den begrensede støtte som gis til privat legepraksis, fordi den fører til større tilbud av legetjenester, og avlaster det offentlige legevesenet, til fordel for alle som bruker det offentlige tilbudet. Men det betyr jo ikke å innføre, men å bevare et element av privat legepraksis som alltid har vært der, men som Ap nå angriper.

Det er full enighet om at det er et klart offentlig ansvar å sørge for gode helsetilbud over hele landet. Vi satser stadig mer for å oppnå det. Men dette utelukker ikke at man tillater privat innsats som et supplement til de offentlige tilbud. Å snakke om "amerikanske" tilstander i norsk helsevesen er og blir å konstruere spøkelser, uten noe grunnlag i norsk virkelighet.

-----o-----

Til tross for en betydelig innsats fra Regjeringens side, har ikke sykehjemsutbyggingen holdt tritt med det stadig økende behov. Dette skyldes også i høye grad den usikkerhet vi har hatt med hensyn til det fremtidige forvaltningsmessige ansvar for sykehjemmene.

Efter at det har vist seg at kommunene maktet det store løftet, gjennomføringen av kommunehelsetjenesten, har det vært mulig å fatte enstemmig vedtak om overføring av sykehjemmene til kommunene innen 1. januar 1988. De samme organer må kunne tilby enten ulike former for hjelp utenfor institusjon, eller plass på et hjem. Dette er en vesentlig del av begrunnelsen for å flytte det forvaltningsmessige ansvaret for sykehjemmene til kommunene. Etter at det er gjort, vil hele den offentlige alderomsorgen bli samordnet av kommunene, og derved forhåpentligvis også bli mer tilfredsstillende. Dette kan bli innledningen til en ny epoke i eldreomsorgen.

Som nevnt legger Langtidsprogrammet opp til en betydelig innsats til bruk for de eldre, med særlig vekt på de eldste. Regjeringens opplegg for en samlet eldrepolitikk er nærmere utdypet i et eget hefte, "Eldrepolitikken, en politikk for en aktiv alderdom". Budskapet her er at vi må ta hensyn til at eldre mennesker langt fra er en ensartet gruppe med et nær sagt uendelig behov for helsehjelp og sosial service.

Vi må sikre dem som har dårlig helse og som lever under problematiske sosiale vilkår den hjelp de trenger. Men vi må også utforme en politikk for den langt største delen av de eldre, som greier seg relativt godt med en viss støtte. Boliger og nærmiljø må innrettes med henblikk på eldres behov. Kort sagt, vi ønsker mulighetene for en aktiv alderdom, med fortsatte muligheter for utfoldelse, ikke minst fordi de eldre representerer



ressurser i seg selv som bør kunne utnyttet til gagn for ikke bare de eldre selv, men også for andre.

Det offentlige hjelpeapparat må innrettes slik at det støtter den uunnværlige hjelpkilde som de pårørende representerer. Dette kan vi oppnå ved andre former for organisasjon, bedre utdanning for folk i omsorgsyrker, og kanskje også ved å myke opp institusjonene for at de skal være best mulig tilpasset individuelle ønsker.

----- o -----

De siste fire år har vært sterkt preget av reformer og nytenkning i helsevesenet. Samtidig har vi i en vanskelig økonomisk tid maktet en fortsatt realvekst på dette området, som særlig har kommet de svake grupper og kommunehelsetjenesten tilgode.

Men helsesektoren har stadig store uløste oppgaver. Hva vi kan makte, vil avhenge av to forhold. En fortsatt god økonomisk utvikling får være de politiske organers hovedansvar. En optimal utnyttelse av ressursene vil i stor utstrekning også avhenge av engasjement, nytenkning og aktiv medvirkning fra fagfolkenes side, - ikke minst medlemmene av denne forening.

Vi er meget glade for samarbeidet mellom myndighetene og den norske legestand, og den høye faglige og etiske standard som preger den. Jeg er overbevist om at de reformer som nå er gjennomført eller vedtatt, vil vise

seg å være nyttige redskaper i det daglige arbeidet dere skal utføre, for en effektiv og menneskelig helsetjeneste. Samtidig vil vi fortsette samarbeidet om nye tiltak for å tjene dem vi arbeider for.