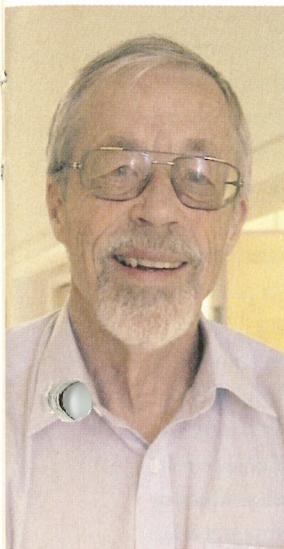


Kommentarer fra Hans Th Waaler

Om Scenarier fram til 2010



Helsetjenesten i et samfunn vil alltid være en funksjon eller et speilbilde av samfunnet selv. Grådighet, egoisme, altruisme, solidaritet i samfunnet vil reflekteres også i helsetjenesten. Det er derfor viktig å følge utviklingstendenser i samfunnet for å kunne ha en vettug og begrunnet mening om framtidens helsetjeneste.

Ett trekk ved dagens samfunn er troen på markedet som en mekanisme som kan løse de fleste problemer. Med marked menes her et system for omsetning av varer og tjenester der priser dannes som et resultat av tilbud og etterspørsel og der prisene samtidig gir signaler til etterspørres og tilbyders tilpasning. Det kan matematisk bevises at et slikt system automatisk kan lede til en optimal bruk av samfunnets begrensede ressurser slik at samfunnet oppnår den maksimale behovstilfredsstillelse. Og det er en kjensgjerning at den markedsliberalistiske system har gitt oss en materialistisk utvikling uten sidestykke i historien. Men det er bare takket være en samfunnsmessig kontroll med markedsystemet gjennom en sosialistisk inspirert likhets- og fordelingspolitikk at denne vekst har kunnet ha en betydelig positiv virkning på helsa vår.

Det er viktig å vite at slike positive egenskaper ved markedsliberalismen bare gjelder under meget bestemte forutsetninger som har det ved seg at de så og si aldri er tilstede. Og spesielt i helsetjenesten brytes praktisk talt alle forutsetninger. Denne begrensning ser ut til å bli glemt eller ikke forstått i mye av dagens debatt. Scenarier som forsåvidt realistisk bygger på en videreføring av markedsløsninger også innenfor helsetjenesten, vil med nesten matematisk nødvendighet føre til suboptimale ressursanvendelser. Man vil få helsetjenester konsentrert til dem som er betalingsdyktige og deres sykdommer. Kvasi-økonomer vil kunne «bevise» lønnsomheten for samfunnet (les: BNP/capita) av å konsentrere ressursene til de betalingsdyktige som med sine høye inntekter har dokumentert (sic!) sin produktivitet. En hurtig død etter oppnådd pensjonsalder vil «lønne» seg. Helseproblemer

som rammer mennesker på den nedre del av inntektsskalaen har mindre interesse. I et ultraliberalistisk system vil slike resultater også bli sett på som rimelige og riktige!

Dagens helsetjeneste og framtidens scenarier slik de ble presentert på konferansen, er preget av tilpasning til knapphet av ressurser. Det er selvfølgelig rasjonelt at beslutningstakere har en realistisk forståelse av ressursenes begrensning. Schlaraffenland og Sareptas krukke tilhører fantasiverdenen! Men begrensningenes omfang og karakter er menneskeskapt og et resultat av et valgt system. Det er et paradox at helsetjenesten er en Kostnad for samfunnet som det er viktig å begrense, mens produksjon og omsetning av nesehårklippere er en vekstnæring som gir inntekter og arbeidsplasser! Det samfunnet (landet) som er dyktigst til å begrense de offentlige utgifter vil vinne konkurransefortrinn i næringslivet. Globaliseringen av økonomien vil derfor automatisk lede til offentlig fattigdom. Vi blir rikere og rikere samtidig med et forfall i de offentlige tjenester. Scenarier for helsetjenestens framtid preget av slike krefter og tendenser er derfor ikke usannsynlige.

Det blir viktig å finne den optimale mix av næringslivsinteresser og offentlige tjenester. Det blir her den politiske kamp vil foregå i de neste tiår. (Klima-politikken gir jo dagens politikere jamt f... i! Virkningene av dagens miljødelegger kommer jo mange år etter neste stortingsvalg!)

Et resultat av den (kvasi-)økonomiske tenkning er bruken av økonomiske insentiver. Det er rimelig å anta at leger og andre av helsetjenestens beslutningstakere ikke er så mye annerledes enn andre mennesker: man lar seg påvirke av økonomiske insentiver. The economic man er doven, egoistisk og grådig. Hele vårt kapitalistiske system er jo basert på denne forutsetning. For 20–30 år siden var det noen oftamologer som syntes at almenpraktikerne for sjeldent målte øyetrykket på sine pasienter. Det ble rettet på med legeföreningens samtykke ved å øke taksten for denne tjenesten. Dermed ga man fanden lillefingeren. Heretter skulle almenpraktikerens aktivitet styres med økonomiske insentiver. Poenget med disse er jo at de blir brukt! Diagnostiske metoder blir derfor styrt ikke bare utfra medisinske indikasjoner, men også utfra økonomiske motiver. Selv om intensjonen er at de økonomiske insentiver skal lede til rasjonelle kliniske beslutninger, så taler all erfaring for at insentivene vil bli misbrukt. Men tanken om at beslutningene bare kan være basert på rasjonalitet i forhold til pasienten er idag kanskje bare en fjern drøm i vårt markedsøkonomiske, materialistiske grådighetssamfunn?