

## Nasjonal Helseplan 2007 - 2010. Høring.

Behandlet/ Behandles av	Sted	Møtedato	Sak nr.
Fylkesrådet i Nord-Trøndelag	Fylkets Hus	06.06.2006	
Fylkestinget	Høylandet	21.06.2006	

Saksbeh: Kari Strand  
Arkivsak: 06/01763  
Arkivkode: 40

### Fylkesrådets innstilling til vedtak:

Fylkestinget slutter seg til hovedlinjene i høringsnotat om Nasjonal helseplan 2007 – 2010.

Fylkestinget konstaterer at selve planen vil bli framlagt i forbindelse med statsbudsjettet for år 2007. Fylkeskommunen må derfor kunne ta stilling til forslag, prioriteringer og annet innhold i planen når dette blir kjent.

Helsetjenestene er en stor og viktig del av samfunnet. Både tjenestenes størrelse, deres viktighet og de høye kostnadene gjør det nødvendig med god organisering, kostnadskontroll og ressursutnyttelse. Dette må sikres gjennom planarbeid som har helheten for øye. Planarbeidet må bygge på helsevesenets sentrale verdi, som er å hjelpe det enkelte menneske så godt en makter.

Fylkestinget registrerer med tilfredshet at:

- pasientens stilling skal styrkes ytterligere
- pårørendes stilling skal styrkes
- det skal arbeides målbevisst for å oppnå bedre samhandling innen helsetjenesten
- departementet vil ikke foreslå større organisatoriske reformer nå, for eksempel å overføre deler av kommunehelsetjenesten til foretakene
- sosiale og geografiske forskjeller skal utjevnes
- kvalitetsarbeid skal ha en sentral plass
- betydningen av utdanning, forskning og IKT understrekes
- satsingen på psykiatri videreføres
- lokalsykehusenes betydning og innhold klargjøres. Ingen lokalsykehus skal legges ned

Som høringsnotatet inviterer til, vil vi peke på noen forbedringspotensialer:

God samhandling mellom helsetjenestens ulike deler er av avgjørende betydning for kvaliteten. En vellykket behandling i ett ledd er ofte avhengig av oppfølging fra et annet. Det anbefales derfor at man kommer i gang med revisjon av pasientforløp. I denne sammenheng er det viktig at staten sørger for at også primærhelsetjenesten har økonomiske vilkår som setter den i stand til å ta sin del av oppgavene.

Kronikere, rehabiliteringspasienter og rusmiddelpasienter er særlig avhengige av et godt samarbeid mellom helsetjenestens nivåer. Gjennom Nasjonal helseplan bør man få bedret situasjonen for disse pasientgruppene.

En bør allerede nå begynne å utdanne helsepersonell for å møte økningen i den eldre befolkningen i årene som kommer. En gjennomtenkt strategi for hvordan man ved bruk av ulike virkemidler skal sikre rekruttering av fagpersonell av alle kategorier til morgendagens helsetjeneste er nødvendig.

Innen folkehelse er det særlig viktig å øke forskningsinnsatsen. Det er i dag stor mangel på kunnskap om sentrale helseområder. Vi har her håp om at Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag – HUNT skal kunne gi betydelige bidrag til en nasjonal forskningsinnsats.

Vi konstaterer med tilfredshet at psykiatrisatsingen skal videreføres. I den sammenheng vil vi påpeke at barn og unge har for dårlig tilbud i dag. Spesielt mener det vil være viktig å få bedret skolehelsetjenesten.

En utjevning av belastningen for helseforetakene over avskrivningsperioden vil antagelig være nødvendig dersom en skal få en ønsket fornyelse av bygninger og anlegg.

I høringsnotatet er det ikke medtatt at den finansielle skjevfordelingen mellom de regionale helseforetakene skal rettes opp. Vi har tillit til at man kommer tilbake til spørsmålet i forbindelse med forslaget til statsbudsjett for 2007.

I Helse Midt-Norges strategidokument av januar 2006 foreslås en sykehusstruktur hvor St. Olavs hospital er regions- og universitetssykehus, mens de andre sykehusene er lokalsykehus. Dokumentet beskriver lokalsykehusene rolle og vektlegger deres nære samarbeid både med St. Olavs hospital og primærhelsetjenesten. Dette er en svært tjenlig modell for vår region.

For å få bort korridorpatientene kreves bedre samhandling mellom helseforetakene og primærhelsetjenesten. Det kan også kreve noe mer sengekapasitet enn i dag, enten i sykehusene eller i sykehjemmene.

Vi tror økt formell lokaldemokratisk innflytelse i spesialisthelsetjenesten vil styrke foretakmodellens legitimitet. Fylkeskommunene vil ta mål av seg til å være en vesentlig premissleverandør for nasjonal helsepolitikk.

Statsråden kan trygt ta med folkehelsearbeid i sin årlige bestilling til de regionale helseforetakene uten at dette i seg selv medfører behov for økede rammer. Ikke noe område gir på lang sikt større utbytte av de midler som settes inn. Videre er de midler det er aktuelt å bruke ubetydelige i forhold til hva som anvendes til kurativ behandling.

Selv om det arbeides med en tannhelsereform, kan det tas med en statusbeskrivelse av tjenesten.

Når det gjelder beredskap mot omfattende helsetrusler, er det ikke nok å fastlegge ansvarsforhold, man må også ha en strategi for å sikre at beredskapen faktisk fungerer dersom den blir satt på prøve.

Priser kan være et egnet styringsverktøy. Man øker prisen på det man prioriterer og senker prisen på det man vil ha mindre av. Mer omfattende bruk av et slikt virkemiddel forutsetter en prosess mellom sentrale myndigheter og andre på forhånd, for eksempel gjennom et kontaktforum eller et beregningsutvalg.

Vi mener at ansvaret for gode og likeverdige helsetjenester for alle fortsatt skal være et offentlig anliggende, og at egenandelene skal være lave.

(Saken skal behandles videre i fylkestinget)

## **Fylkesrådets vurdering:**

Høringsnotatet bygger på helsekapitlet i Soria Moria erklæringen, og fylkesrådet slutter seg til hovedlinjene i dokumentet.

Når det gjelder mer utdypende og detaljerte vurderinger fra fylkesrådets side, vises det til saksforelegget. Hele saksforelegget er således fylkesrådets meninger og vurderinger. Imidlertid vil fylkesrådet understreke:

- Sykehusstrukturen må ivareta at alle innbyggerne uansett bosted har et følt godt spesialisthelsetjenestetilbud.
- Det er viktig at oppbygging av distriktsmedisinske sentra prioriteres.
- Samarbeid mellom de ulike nivå må vektlegges for å bedre det samlede tilbudet til pasientene.

Høringsnotatet er ingen ferdig plan. En slik plan vil først foreligge sammen med forslaget til statsbudsjett for 2007, altså i begynnelsen av oktober d.å. Standpunkt til innhold, forslag og prioriteringer i planen kan først tas når dette er kjent.

Steinkjer, 6. juni 2006

Alf Daniel Moen  
fylkesrådsleder

Trude Marian Nøst  
fylkesråd for utdanning, kultur og helse

## Saksutredning for fylkesrådet

### Sammendrag

I henhold til Soria Moria erklæringen skal det i forbindelse med statsbudsjettet for år 2007 presenteres en nasjonal helseplan for perioden 2007 – 2010. Fylkestinget har fått tilsendt et høringsnotat, som bygger på helsekapitlet i Soria Moria erklæringen. Dette notatet er ikke et planforslag, men en omtale av status og sentrale utfordringer i helsetjenesten kombinert med skisser om hvordan situasjonen kan møtes.

Det foreslås at fylkestinget slutter seg til hovedlinjene i høringsnotatet, men tar forbehold om å kunne ta stilling til planens innhold, forslag og prioriteringer når dette blir kjent.

### Trykte vedlegg:

1. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 22.05.06 om høringsnotat om Nasjonal helseplan (2007 – 2010) (*delt ut til rådet og gruppelederne tidligere*)
2. Høringsnotatet, samme dato (*delt ut til rådet og gruppelederne tidligere*)
3. Brev av 02.05.06 fra Helse- og omsorgsdepartementet om prosess og tidsfrister for Nasjonal helseplan
4. Brev, 30.05.06, med vedlegg fra KS

### Utredning:

#### Om formålet med Nasjonal helseplan

I henhold til Soria Moria erklæringen skal det i forbindelse med statsbudsjettet for år 2007 presenteres en nasjonal helseplan for perioden 2007 – 2010. Fylkeskommunene skal tas med i arbeidet med å lage planen. Om hensikten med et slikt dokument og en slik prosedyre heter det i høringsbrev av 22.05.06

*Nasjonal helseplan framlegges i tilknytning til statsbudsjettet for 2007. Målet med Nasjonal helseplan er å gjøre helsepolitikken og den samlede helsetjenesten bedre sett fra pasientens ståsted. Overordnede strategiske grep er nødvendige for å videreutvikle helsetjenestetilbudet i Norge, på et verdigrunnlag som skal vektlegge høy kvalitet og likeverdig tilgang til tjenester. Nasjonal helseplan skal gi en helhetlig analyse av de utfordringer som helsepolitikken står overfor og trekke opp rammer for hvordan utfordringene bør møtes. Planen skal understøtte og styrke at utviklingen av de ulike delene av helsepolitikken får et helhetlig perspektiv.*

Fylkesrådet føler behov for å formulere en utdypende forståelse av dette.

Helsetjenestene er en stor og viktig del av samfunnet. Samtidig representerer tjenestene en utgift på statsbudsjettet for 2004 på 170 milliarder kroner. Både tjenestenes størrelse, deres viktighet og de høye kostnadene gjør det nødvendig med god organisering, kostnadskontroll og ressursutnyttelse. Dette må sikres gjennom planarbeid som har helheten for øye. Planarbeidet må bygge på helsevesenets sentrale verdi, som er å hjelpe det enkelte menneske så godt en makter. Samtidig knyttes planarbeidet til statsbudsjettet for å synliggjøre kostnadene ved den videre utbygging av helsetjenestene.

### Om prosessen med Nasjonal helseplan.

Fylkeskommunen ble informert om arbeidet med Nasjonal helseplan i brev av 14.03.d.å. og 30.03.d.å. fra Helse- og omsorgsdepartementet. Samtidig ble fylkeskommunen bedt om å komme med et første innspill. Dette ble sendt fra fylkesrådet den 18.03.d.å.

Den 22. mai d.å. sendte helse- og omsorgsdepartementet fylkeskommunene et høringsdokument. Dette dokumentet er intet fullstendig planforslag, men en omtale av status og sentrale utfordringer kombinert med skisser for hvordan beskrevne situasjoner kan møtes. Det er ikke foretatt økonomiske beregninger eller avveininger i høringsnotatet. Det er heller ikke satt kvantifiserte mål.

Det er dette høringsnotatet som framlegges til behandling i fylkestinget. Høringsfristen er 23. juni.

På grunn av de stramme tidsfrister inviterte Helse- og omsorgsdepartementet fylkeskommunene i Midt-Norge til et møte den 30. mai d.å. for å få foreløpige synspunkter på høringsnotatet. Tilsvarende møter avholdes i de andre helseregionene. Fylkesråd Trude Nøst møtte fra Nord-Trøndelag fylkeskommune.

Listen over høringsinstanser er omfattende. I tillegg til fylkeskommunene omfatter den alle landets kommuner, KS, Sametinget og et stort antall organisasjoner som berøres av planen.

### Om hovedinnholdet i høringsdokumentet.

Høringsnotatet om Nasjonal helseplan bygger på Soria Moria erklæringen. Notatet er først og fremst en videreføring og utdypning av erklæringens helsekapitel. Men notatet bygger også på andre deler av erklæringen. Det legges til grunn et helhetssyn på tjenestene kombinert med forankring i det enkelte menneskes verdi og evner. Vi siterer fra høringsnotatets side 8:

*Nasjonal helseplan skal ta utgangspunkt i pasienters og pårørendes perspektiv og synliggjøre områder hvor nasjonale strategier, forventninger og ledelsesmessige grep vil åpne for resultater. Mestringsperspektivet skal stå sentralt i planen.*

Fylkesrådet slutter seg til hovedinnholdet i høringsnotatet. Vi kan med tilfredshet registrere at:

- pasientens stilling skal styrkes ytterligere
- pårørendes stilling skal styrkes
- det skal arbeides målbevisst for å oppnå bedre samhandling innen helsetjenesten
- departementet vil ikke foreslå større organisatoriske reformer nå, for eksempel å overføre deler av kommunehelsetjenesten til foretakene
- sosiale og geografiske forskjeller skal utjevnes
- kvalitetsarbeid skal ha en sentral plass
- betydningen av utdanning, forskning og IKT understrekes
- satsingen på psykiatri videreføres
- lokalsykehusenes betydning og innhold klargjøres. Ingen lokalsykehus skal legges ned

## Om enkelte tema

I høringsbrevet har departementet spurt spesielt etter om det er lagt vekt på de mest sentrale utfordringene og bedt om innspill på hvilke strategier og tiltak disse utfordringer bør møtes med. Fylkeskommunene inviteres med andre ord til å påpeke forbedringspotensialet i forhold til høringsnotatet. Vi skal gjøre dette ved punktvis å omtale noen tema.

### a. Samhandling.

Høringsnotatet understreker flere steder hvor viktig det er å bedre samhandlingen mellom de ulike deler av helsetjenesten. Men notatet er svært forsiktig om hvordan. Det konkluderes på side 19 med at det må satses på overordnede organisatoriske tiltak. Av den følgende tekst framgår at en ser for seg videre utvikling av individuelle planer og et nettverk av avtaler. Dette er neppe tilstrekkelig for å oppnå de ønskede forbedringer.

For å organisere helsetjenesten hensiktsmessig, må det tenkes kollektivt. Det vil si at pasientene må deles inn i grupper etter diagnose, bosted og lignende. Allikevel forblir det hvert enkelt menneskes skjebne som er helsevesenets egentlige målestokk. Det er dette som ligger i slagord som "pasienten i sentrum" og tiltak som individuelle planer. Om det må tenkes kollektivt for å få tjenestene organisert, så må suksessen av organiseringen måles individuelt. Spørsmålet om kvalitet i helsevesenet, som høringsnotatet stadig framhever, er i høy grad et spørsmål om å vurdere hvorledes behandlingen av den enkelte pasient forløper. I "Strategidokument for Helse Midt-Norge" av januar 2006 foreslås det startet opp med *revisjon av pasientforløp*, altså en systematisk evaluering av hva som skjer med den enkelte pasient fra første kontakt med helsevesenet til avsluttet behandling. Det er nettopp slik kunnskap som kan være nøkkelen til bedre samhandling, og det anbefales at man kommer i gang med revisjon av pasientforløp.

### b. Rehabilitering, tjenester for kronikere og rusmiddelomsorg.

Pasienter i disse kategoriene har vekselvis behov for institusjonelle tjenester, behandling i primærhelsetjenesten og individuelle hjelpetiltak. En vellykket behandling i ett ledd er ofte avhengig av oppfølging fra et annet. Kronikere, rehabiliteringspasienter og rusmiddelpasienter er derfor særlig avhengige av et godt samarbeid mellom helsetjenestens nivåer og mellom helsetjenesten og andre offentlige tjenester. For disse pasientene har både avtaler og individuelle planer vist seg ikke å gi den ønskede bedring i behandlingstilbud og livskvalitet. Revisjon av pasientforløp kan fortelle mer om hva som mangler. Det er neppe mulig å rette på manglene uten overordnede organisatoriske tiltak kombinert med styrking av pasientenes økonomiske og rettslige stilling. Overføringen av finansieringsansvaret for rehabiliteringsinstitusjonene fra folketrygden til helseforetakene har i stedet svekket pasientenes økonomiske utgangspunkt. Kommunene har mistet de midler de tidligere kunne kjøpe rehabiliteringsplasser for.

Det anbefales at man gjennom Nasjonal helseplan får bedret situasjonen for kronikere, rehabiliteringspasienter og rusmiddelpasienter.

### c. Utdanning

Kvalitet i helsetjenesten er avhengig av de ansattes kunnskaper, ferdigheter og holdninger. I så godt som hele etterkrigstiden har det vært mangel på utdannet personell innen de mest sentrale faggrupper i Norge. I tillegg har det vært en betydelig geografisk skjevfordeling. Stillinger i sentrale strøk har hatt god søkning, mens stillinger i distriktene har stått ledige. Situasjonen er nå

bedre enn på mange år. Det er imidlertid all grunn til å være oppmerksom på utviklingen framover. Det tar mange år å skaffe seg de kvalifikasjoner helsetjenestens nøkkelpersonell må ha. Dersom det først oppstår mangel på kvalifiserte arbeidstakere er dette derfor noe det vil ta lang tid å rette opp.

Den eldre befolkning i Norge vil øke i årene som kommer. Dette vil føre til større behov for kommunale helse- og omsorgstiltak. Dette bør en allerede nå begynne å utdanne for.

Helse- og sosialutdanningen bruker i stor grad selve tjenesten som praksisfelt. Videre må praksis tilrettelegges ordentlig dersom studentene skal få det tiltenkte utbytte av praksistiden. Gjennomføring av en vel tilrettelagt praksis i studieperioden er nødvendig dersom nyutdannede kandidater skal ta fullt ansvar i de stillingene de går inn i. Men en slik utdanningsform legger også press på praksisfeltet. Det er mange grupper som etterspør praksisplasser. Samtidig stilles det økende krav til effektivitet i alle ledd av helsetjenesten. Dette kan lett føre til at den enkelte virksomhet kutter ut praktikantene.

Dette gjør effektiviteten litt bedre i dag, men helsetjenestene betydelig verre i morgen. En gjennomtenkt strategi for hvordan man ved bruk av ulike virkemidler skal sikre rekruttering av fagpersonell av alle kategorier til morgendagens helsetjeneste er nødvendig.

#### d. Forskning.

Høringsutkastets kapittel 7 omhandler forskningens rolle for en bedre helsetjeneste. Vi er enige i de beskrivelser og strategier kapitlet trekker opp. Spesielt bra synes vi det er at kapitlet påpeker behovet for en øket forskningsinnsats innen kommunehelsetjenesten, rehabilitering og forebygging. Vi er kjent med at rehabiliteringsmiljøene i fylket er ivrige etter å komme i gang med kvalitetsutvikling som dokumenteres etter aksepterte vitenskapelige metoder, men mangler midler til dette.

Innen folkehelse er det særlig viktig å øke forskningsinnsatsen. Det er i dag stor mangel på kunnskap om sentrale helseområder som overvekt, diabetes, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager, psykiske helseplager, astma, KOLS og sosiale helseforskjeller. Her er det behov for kunnskap om hvordan sykdom oppstår, hvordan den utvikler seg, hvordan den best kan behandles, hvordan den oppleves hos pasienter og pårørende og, ikke minst, hvordan sykdom kan forebygges eller mestres. Det er ikke nok å vise til teori for dette. Kunnskapen må forankres i befolkningen og det virkelige liv. Vi har her håp om at Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag – HUNT skal kunne gi betydelige bidrag til en nasjonal forskningsinnsats.

#### e. Psykisk helse.

Vi konstaterer med tilfredshet at psykiatrisatsingen skal videreføres. I den sammenheng vil vi påpeke at barn og unge har for dårlig tilbud i dag. Spesielt mener det vil være viktig å få bedret skolehelsetjenesten.

#### f. Investeringer.

Investeringer innen spesialisthelsetjenesten skal nå avskrives etter regnskapslovens bestemmelser. Samtidig skal det settes krav til helseforetakene om regnskapsmessig balanse. Det vil si at helseforetakene må dekke avskrivningene gjennom sine inntekter. For investeringer i utstyr innebærer dette antagelig ingen praktisk forandring fra da fylkeskommunene hadde driftsansvaret.



Langsiktige investeringer vil imidlertid innebære en betydelig økonomisk belastning de første årene som fylkeskommunene den gangen bar for sykehusene. En utjevning av belastningen for helseforetakene over avskrivningsperioden vil antagelig være nødvendig dersom en skal få en ønsket fornyelse av bygninger og anlegg.

g. Økonomisk likhet mellom helseregionene.

Hagen-utvalget, som vurderte finansieringen av spesialisthelsetjenesten, konstaterte at Helse Vest og Helse Midt-Norge var underfinansiert i forhold til de tre andre helseregionene. I henhold til Soria Moria erklæringen skal dette rettes opp. Dette er ikke medtatt i høringsnotatet, men vi har tillit til at man kommer tilbake til spørsmålet i forbindelse med forslaget til statsbudsjett for 2007.

h. Sykehusstruktur.

I Helse Midt-Norges strategidokument av januar 2006 forslås det en sykehusstruktur hvor St. Olavs hospital er regions- og universitetssykehus, mens de andre sykehusene er lokalsykehus. Begrepet *lokalsykehus* gis et noe annet innhold enn tidligere. I tillegg til å gi grunnleggende tjenester til befolkningen i sitt distrikt innen kirurgi og medisin skal lokalsykehuset også spille en viktig rolle i akuttberedskapen, men helt ut slik at det er pasientenes behov for hjelp og ikke de ansattes behov for oppgaver som bestemmer hva som gjøres og ikke gjøres. Det skal etableres nære faglige relasjoner mellom St. Olavs Hospital og lokalsykehusene samt enkle og lette rutiner for overføring av pasienter. Lokalsykehusene skal delta i undervisning og forskning. De skal samarbeide nært med primærhelsetjenesten i sitt distrikt, gjerne gjennom ambulant virksomhet. Oppbyggingen av distriktsmedisinske sentre skal videreføres. Lokalsykehusene kan ha oppgaver for et større geografisk område dersom styret i Helse Midt-Norge tildeler dem dette.

Dette er en svært tjenlig modell for vår region.

i. Ventelister og korridorpasienter.

De nye helseforetakene fikk i oppdrag to prioriterte forbedringer innen pasientbehandlingen. Det var å få redusert ventelistene til akseptabel lengde og å få bort korridorpasientene. De har lyktes med den første oppgaven, men ikke med den andre.

For å få bort korridorpasientene kreves bedre samhandling mellom helseforetakene og primærhelsetjenesten. Det kan også kreve noe mer sengekapasitet enn i dag, enten i sykehusene eller i sykehjemmene.

j. Primærhelsetjenesten.

De fleste pasientene behandles i primærhelsetjenesten. Det er også der de fleste årsverkene i helsetjenesten utføres.

Da staten overtok spesialisthelsetjenesten, oppsto det en ubalanse mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Ubalansen består i at mens staten gjennom Stortingets beskatningsrett har ansvaret for å finansiere så vel spesialisthelsetjenesten som primærhelsetjenesten, så har staten også det utøvende ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Statens ansvar for spesialisthelsetjenesten er altså sterkere enn ansvaret for primærhelsetjenesten. Det kan gi seg utslag i at den helsetjenesten staten har et direkte ansvar for får bedre økonomiske vilkår enn den helsetjenesten hvor ansvaret er lagt til kommunene.

#### k. Øket demokratisk innflytelse.

Foretaksreformen er kritisert for demokratisk underskudd. Den folkevalgte styringen av spesialisthelsetjenesten skulle ligge hos Stortinget og statsråden, og slik at Stortinget begrenset seg til budsjettvedtak og hovedlinjer. Alle andre folkevalgte organer var i prinsippet uten innflytelse på spesialisthelsetjenesten. To evalueringsrapporter som nylig er utarbeidet (forfattet av NIBR/Nordlandsforskning/Rogalandsforskning og Agenda/Muusmann) konstaterer at slik gikk det bare delvis. Lokale aksjonsgrupper oppsto og øvet betydelig innflytelse, og Stortinget beskjefteiget seg med mer enn hovedlinjer.

I Soria Moria erklæringen er det foretatt en forsiktig økning i den formelle lokaldemokratiske medvirkning. Vi tror dette vil styrke foretakmodellens legitimitet. Det vil også være en mulig kanal for å jevne ut den ubalansen som er påpekt foran i statens roller innen spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Fylkeskommunene bør ta mål av seg til å være en vesentlig premissleverandør for nasjonal helsepolitikk.

#### l. Folkehelse.

Ikke noe område gir på lang sikt større utbytte av de midler som settes inn. Videre er de midler det er aktuelt å bruke ubetydelige i forhold til hva som anvendes til kurativ behandling. Fylkeskommunene har ansvaret for å koordinere og initiere i folkehelsearbeidet. Både helseforetak og kommuner skal drive folkehelsearbeid. Statsråden kan trygt ta med folkehelsearbeid i sin årlige bestilling til de regionale helseforetakene uten at dette i seg selv medfører behov for økede rammer. Folkehelsemeldingen, Stortingsmelding nr 16 (2002 – 2003), gir nødvendig utdypning av arbeidets innhold.

#### m. Tannhelsetjeneste.

Tannhelsetjenesten er ikke med i planen. I høringsnotatet opplyses det at det arbeides særskilt med tannhelsetjenesten på grunnlag av formuleringen i Soria Moria erklæringen. Dette er for så vidt akseptabelt, men også tannhelsetjenesten hører hjemme i en nasjonal helseplan. Selv om det arbeides med en tannhelsereform, kan det tas med en statusbeskrivelse av tjenesten.

#### n. Helsetjenestens økonomi.

Fylkestingets viktigste anliggende er at nord-trønderske pasienter kommer til behandling uten unødig opphold, at de får kyndig behandling på høyt faglig nivå og at både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste samarbeider godt og tillitsfullt med pasienten, med pårørende og med hverandre.

Fylkestinget har forståelse for at staten, som har det endelige finansieringsansvaret for hele helsetjenesten, ønsker å løse denne oppgaven gjennom god utnyttelse av ressursene.

Utgiftene til helsetjenester er betydelige, hele 170 milliarder kroner pr. år i 2004. Det er i tillegg en økende tendens i samfunnet til å gi savn og mangler et navn av sykdom. Virkningen er at det offentlige helsevesen belastes med oppgaver andre burde utføre, og at utgiftene ofte blir langt høyere enn hva de burde være. Samfunnets ressurser er begrensede, samme hvor mye en kunne ønske det annerledes. På en eller annen måte er det nødvendig å prioritere mellom alle de oppgaver vi ønsker at det offentlige helsevesen skal ta seg av.

Gjennom to offentlige utredninger har en forsøkt å legge premisser for en offentlig debatt om dette temaet. Begge de to utredningsutvalgene hadde professor Inge Lønning som leder. Den ene innstillingen ble avgitt i 1987, de andre i 1997. Utvalgene foreslår tre kriterier for prioriteringer, *alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet*. Få mener at dette er noe dårlig valg.

Det mange innvender, er at det er langt fra offentlige utredninger og alminnelige kriterier til den kliniske hverdag, hvor flesteparten av de prioriteringer den enkelte pasient opplever, blir foretatt. Dette er riktig. Men det er allikevel galt dersom debatten ble en samtale mellom klinikere alene. Diskusjonen om det offentlige helsevesenets prioriteringer må foregå i det offentlige rom og kunne nå folk flest. Det er den eneste måten å skape forståelse for både det høye utgiftsnivået og for de valg som må foretas.

Når prioriteringer først er foretatt, så kan helsevesenets mange priser være et egnet styringsverktøy for å gi prioriteringene større vekt. Man øker prisen på det man vil ha mer av og senker prisen på det man vil ha mindre av. Mer omfattende bruk av et slikt virkemiddel forutsetter en prosess mellom sentrale myndigheter og andre på forhånd, for eksempel gjennom et kontaktforum eller et beregningsutvalg.

Det har vært tatt til orde for at man i større grad skal bruke egenandeler for å begrense etterspørselen etter helsetjenester. En annen mulighet, som i praksis vil virke på om lag samme måte, er en øket privatisering av helsevesenet kombinert med overføring av betalingen til privat tegnede forsikringer. Innvendingen mot begge forslag er at dette vil ramme de minst bemidlede hardest. Soria Moria erklæringen fastslår at ansvaret for gode og likeverdige helsetjenester for alle fortsatt skal være et offentlig anliggende, og at egenandelene skal være lave.

#### o. Beredskap.

Den helsemessig beredskap omtales på høringsnotatets side 31, hvor dagens ansvarsforhold er beskrevet. I det praktiske liv viser det seg for ofte at beredskapen mot omfattende helsetrusler som følge av epidemier, ulykker eller alvorlige brudd på fredelig orden og oppførsel er utilstrekkelig. Det er med andre ord ikke nok å fastlegge ansvarsforhold. Man må også ha en strategi for å sikre at beredskapen faktisk fungerer dersom den blir satt på prøve. Dette vil koste noe, og det vil ta nøkkelpersonells tid. Antatt nødvendige handlinger i beredskapssituasjoner kan være drastiske. Derfor må de jevnlig gjennomtenkes og lovgrunnlag fastlegges på forhånd.