

03.08.2020



Finansdepartementet

Vedrørende Finansdepartementets høring om innføring av moms i estetisk kirurgi med saksnummer 19/2280

Det er kanskje en innlysende ide at det som blir oppfattet som helt unødvendig kirurgi, som gjøres i den hensikt å forbedre et utseende som antas være mer enn godt nok fra før, bør pålegges momspålegg. Man er av den oppfatning at det dreier seg om å pynte på kropp som er helt innenfor det som er normale variasjoner i en befolkning, og at det ikke i det hele tatt kan tenkes å ha betydning for helse eller livskvalitet mer objektivt bedømt.

Om dette var den hele og fulle sannhet om det som kalles «kosmetisk kirurgi», så var vel saken klar. Etter min oppfatning er det imidlertid ganske langt fra sannheten.

Det reflekteres til en viss grad over dette i høringsnotatet, og en utdypning av dette trengs – nemlig det faktum at virkeligheten ligger et godt stykk unna det som beskrives i innledningen over.

Kosmetisk kirurgi er en sekkebetegnelse på plastikkirurgi som primært har som hensikt å endre på eller forbedre utseende og er i hovedsak utdefinert fra det som kalles «medisinsk indikasjon». Likevel har vi sett de siste årene, spesielt, at det kommer flere og flere unntak fra dette. Når slike unntak defineres innunder den «medisinske indikasjon» vil det være på grunn av - i hovedsak, følgende forhold:

- a. medfødte misdannelser (eks kjeveanomalier, genital, leppe ganespalte mm.)
- b. tilstander som fører til medisinske plager (eks: sårhet og soppinfeksjon på grunn av stort hudoverskudd)
- c. tilstander som medfører urimelig, utseendemessige avvik fra normal aldersrelatert befolkning (eks: utstående ører, hudkirurgi etter stort vekttap).
- d. rekonstruksjoner etter skader og mutilerende kirurgi/kreft (f.eks. brystrekonstruksjon etter brystkreftopr.)

Som også høringsnotatet bemerker brukes i slik kirurgi akkurat de samme teknikker som ved ikke-medisinsk-indisert, kosmetisk kirurgi.

Et veldig viktig poeng i dette er at mange av disse tilstandene ligger på et **spekter av en glidende overgang** fra det som er lette avvik til det som er mer åpenbare og lettere objektiviserbare forandringer. Tar man så pasienten i betraktning vil dette ytterligere komplisere forholdene. For det som kan være lite, og kanskje bagatellmessig for en person, kan være et stort problem for en annen. Så hvor skal grensene gå? Hvor utstående skal ørene være før samfunnet skal betale?

Dette er enda et relativt enkelt eksempel, for her kan man faktisk kynisk sett sette en millimetersgrense og måle helixkantens tangensavstand fra benet bak. Da hjelper det lite for stakkaren som gråter sine nattlige tårer fordi han blir mobbet når avstanden «dessverre» var 1 mm for liten (satt på spissen). Så da blir det å tøyse på ørene et par år til også håpe på at man er innenfor neste gang. (det er dumt å bli liggende på 39 i BMI. Spiser man seg over 40 får man tildelt inngrep i det offentlige – først etter BMI 40 har man diagnosen: «Sykelig overvekt»)

Dette illustrere hvor vanskelig, og av og til hvor tåpelige, slike regler kan bli og hvor urettferdig de kan slå ut. Men i prinsippet skal altså denne ulykkelige selv finne seg en plastikkirurg for å få dette ordnet. Han må da betale for kirurgien samt en gave til den norske stat. Er han i lønnet arbeid må han ta permisjon uten lønn. Den som hadde 1 mm mer får alt dekket og hans arbeidsgiver må betale hans sykefravær – et sykefravær som blir det samme som for han som hadde 1 mm mer, men han må altså ta ulønnet permisjon noen dager.

Vi som driver innen plastikkirurgi og arbeider i begge felt- både under medisinske og kosmetiske indikasjoner - ser og opplever daglig hvor tilfeldig dette fungerer. Man har på den ene side det som greit de fleste ville kalle kosmetisk, og på den andre side det man greit ville kalle medisinsk. Men innimellom her er der en etter hvert økende gråsoner som inkluderer et ganske stort antall pasienter, der det kan være kanskje mer tilfeldig enn vi liker å tro i hvilken gruppe mange av disse pasientene faller. Jeg vil belyse det med noen eksempler:

1) **Brystkirurgi:**

a. Privatbetalende

Flesteparten av dem som ønsker brystforstørrelse, har enten svært **lite brystvev**, (ikke langt fra de som har såkalt manglende brystutvikling som får det dekket i det offentlige – graden av psykiske plager er det samme) enten pga lite utviklet brystvev, eller tilbakedannelse etter fødsel /amming. For mange av disse er det ikke snakk om bagatellmessige saker. Det er reelle problemer knyttet til kvinnelighet, selvoppfattelse og intimitet/samliv – viktige deler av et godt og fullverdig liv. Vi ser selvsagt tilfeller der behovet for kirurgiske tiltak er høyst diskutabelt, og en ansvarlig kirurg vil måtte prøve å fraråde kirurgi. Likevel, slik vi ser det i vår praksis, er pasientens tilstand og behov svært ofte objektivt fullt forståelig.

Eller **bryst hos menn**. De virkelig store gynekomastier vil dekkes i det offentlige, men der er mange som kjenner et veldig stort ubehag ved også mindre forandringer som faller utenfor det som oppfattes å omfatte en medisinsk indikasjon. Noen er, i likhet med kvinner som ikke har bryst/små bryst, ganske forpinte. Dette er ekstremt følsomme saker for mange menn, selv i voksen alder. I tillegg vil dette, spesielt for yngre menn, være et betydelig hinder for vanlig deltakelse i idrett og friluftsliv.

Brystløft dekkes ikke i det offentlige. Likevel ser vi som gjør slik inngrep at det kan få dramatisk effekt på skulder og nakkeplager, som jeg har sett mange ganger. Man ser

menneker som har gått til fysikalsk behandling i 20 år blir friske så og si på dagen. Eller som har tilbragt sine frihelger i sengen med gardiner fortrekt som blir fri sin migrene.

Og hva skal man si til en nitten-åring kvinne som ble tidlig gravid, fødte og ammet sitt første barn og endte opp med bryst som ser ut som på en nitti-årig kvinne? Hvem vil ikke forstå at man ønsker å gjøre noe med det – kanskje til og med vil være glad på denne unge kvinnes vegne for at der er noen som har lært seg, og behersker teknikker som kan løse problemet? Men dette må betales i dag av egen lomme. Er dette kosmetisk kirurgi?

b. Offentlig betalt:

Vi har fått de siste årene en stor gruppe kvinner som samfunnet har definert som sykkelig overvektige og vi har gått inn og gitt dem bariatrisk kirurgi. De går dermed mye ned i vekt og blir stående med slamsete hud i store deler av kroppen. Så langt har man prøvd å sette begrensninger på hvor mye man får gjort av hudreducerende behandling. Hva som er innenfor og utenfor kravene til medisinsk indikasjon i disse gruppene er ekstremt vanskelig, og man ser dette praktiseres til dels veldig ulikt og tilfeldig rundt om. Vi, i vårt sykehus, har vel oppfattet det slik at brystløft hos denne gruppen ikke skal belastes det offentlige. Like fullt mener jeg å se nå at i alle fall på Sør/Østlandet tilbys slike inngrep ikke sjelden innenfor. Mange av disse har fått sine bryst ganske ødelagt, og etterhvert som man gjenvinner sitt kroppsilde og får mye av den andre huden akseptabelt, blir det klart et behov å få gjøre noe. Er dette kosmetisk kirurgi? De har også relativt krevende utgangspunkt for kirurgiske tiltak. Mange i denne gruppen har ikke så store ressurser selv. Skal de nå betale dyre avgifter til staten for å få rette opp i dette som for mange er et sentralt element i å gjenvinne sitt kroppsilde og komme sånn noenlunde overens med sin kropp igjen? Tror man det er greit at mange unge kvinner skal akseptere at brystene ser ut som på deres bestemødre? Er dette kosmetisk kirurgi?

2) Mage:

Her ser vi igjen de samme problemstillinger. Indikasjonsstillingen er vanskelig og grensene flytende. Hos de aller fleste som gjør et slikt inngrep vil den kosmetiske biten uansett ha stor betydning. Noen har en del fuktplager som gjør at de så vidt sniker seg innenfor medisinsk indikasjon. Andre har litt for lite av de samme plager, og faller utenfor. Til første kategori tilhører gjerne de som har tendens til overvekt. Dermed får trykket av hudfolden hos disse større virkning slik at samme grad av hudoverskudd hos disse gir større tendens til fuktplager og sopp. Men det kan også være at noen er mindre nøye med å stelle på dette, og vil man utnytte systemet kan man la det skure litt så kommer soppen og man får tildelt operasjon.

For de fleste er det en kjensgjerning at magens utseende er viktig. Ikke minst hos kvinner vil de utseendemessige forhold påvirke også samliv og intimitet ganske mye. Mennene får ikke ta på dem og alt foregår med lyset slukket og dyna og evt skjorte på. Men utseendemessig kan det være svært små forskjeller, og den mentale, psykiske biten kan være helt den samme, selv om man ikke har vesentlig intertigoplager. Skal altså disse da i tillegg til å betale for kirurgi, måtte tilgodese staten en klekkelig sum og ta 4-6 ukers permisjon uten lønn for å få dette gjort? Man må huske på at de fleste av disse har fått sine mager ødelagt på grunn av sine **barnefødsler**, og jeg mener man kunne bygge solide argument for at disse som har født staten dens skattebetalere, godt kunne få dekket dette inngrepet på statens bekostning kanskje uansett fysiske plager eller ikke. At dette nå skal avgiftlegges for mange som har stilt sine kropp til

disposisjon for å bygge samfunnet, er dårlig kvinnepolitikk og vil i alle fall ikke bidra til (som statsminister Solberg har oppfordret til) å gjøre det mer attraktivt å føde barn. I en tid der vi sliter med fødselsunderskudd er dette neppe riktig vei å gå.

En gruppe som vanligvis faller utenfor er slanke kvinner. De får uansett ikke hudoverheng, men får likevel ofte ødelagt huden sin i et større område rundt navle, og mange av dem får musklene sprenget fra hverandre. Magen blåser seg gjerne opp utover dagen og de plages av spørsmål om de igjen har blitt gravide.

Disse har ingenting å hente slik forskriftene fungerer, men har jo en betydelig følelse av å ha fått sine mager helt ødelagt. Kvinner som ikke har passet vekten og har hatt store vekttoppganger utvikler lettere hudoverheng med tilhørende plager. Disse får alt fra staten. De som har passet seg vel, får greie seg selv videre uten hjelp fra staten. Igjen: er dette kosmetisk kirurgi?

3) Fettsuging:

Dette blir regnet som en kosmetisk prosedyre og i mange tilfeller er dette rimelig greit. Men det brukes likevel også som en del-prosedyre innenfor også det som kalles medisinsk indikasjon. I instruksen for bukplastikk framgår at man forventer at der gjennomføres fettsuging i epigastriet. Dette inkluderes altså i det som staten dekker. Fettsugninger utenfor dette området må pasienten dekke selv.

Man ser dermed at staten allerede dekker prosedyrer som gjøres utelukkende for å forbedre utseende av kirurgi. Der finnes knapt et tilfelle jeg kjenner til der dette må gjøres av «medisinsk årsak». Så man kan spørre seg: når staten allerede dekker denne kosmetiske biten som en del av en medisinsk prosedyre, er det innlysende at noen som plages av unormale fettdepoter her og der må «straffes» med avgift til staten?

Det er nemlig ikke slik at de fleste som gjør fettsugninger (det er i alle fall ikke tilfelle i vår praksis) kun gjør det for å forbedre et utseende som allerede er fint fra før. De finnes i større eller mindre grad, men mange har reelle problemområder som påfører dem til dels livsinskrenkninger og sjenanse som kan påvirke deres vanlige livsutfoldelse (eksempel: fettputene på innsiden av lår: for mange gir dette reelle sår og gnisninger og man må bruke sykkelshorts om sommeren for å unngå sårhet – er dette kosmetisk kirurgi?). For mange av disse vil det ha stor betydning for deres praktiske hverdag, og øke deres livskvalitet ikke ubetydelig å få gjort det. Fettsuging på fettputene, for eksempel, på kneets innside kan gjøre at man på ny kan gå i skjørt eller kortebukse, eller igjen gå i basseng med barn eller barnebarn – noe man ikke har gjort på mange år. Er dette kosmetisk kirurgi?

Innenfor denne klassen har vi også diagnosen «**lipødem**». Dette har fått økende oppmerksomhet i de senere år. Det dreier seg om store fettansamlinger fra ankler og opp til rygg og som kommer hos yngre kvinner fra 15-års alder og oppover. De kan være slanke og fine fra hofter og oppover, nedenfor er der buklete hud som lett gi blåmerker og smerter, og utseendemessig er dette en betydelig belastning. Til nå har mange av disse blitt oppfordret – også av leger: gå hjem og slank deg!

Behandling vil være store fettsugninger tidlig. Da vil man kunne unngå ødemforandringer som vil komme i senere stadier. Behandlingstilbud innenfor det offentlige er ikke etablert. Det vi dreier seg om tusenvis av kvinner som nå etterhvert i økende grad etterlyser tiltak. Dette vil komme til å belaste det offentlige helsevesen i betydelig grad om det skal innføres som en medisinsk indikasjon. Utkomme (pga kapasitetsbegrensninger) vil i så fall garantert bli at kun de mest alvorlige tilfeller vil bli definert inn, og da i sent stadium. De andre må i så fall betale staten avgifter i tillegg til dyre fettsugningsprosedyrer som man til nå har i hovedsak reist til utlandet for - der mange gjerne betaler 120 000 for en behandling.

Så igjen? Er dette kosmetisk kirurgi? Fordyrende tilleggsavgifter vil gjøre at mange ikke ser seg råd til dette og venter eventuelt med det til et sent stadium der komplikasjoner og kroniske ødem vil bli realiteten for en del av dem (kompresjonsplagg resten av livet?).

Mulige følger av å innføre moms på «kosmetisk kirurgi»

1) Prosedyrene blir dyrere. For en del, og jeg tror et mindretall, vil det ikke ha større konsekvens fordi man har god nok økonomi til å gjøre det likevel. Men for vanlige mennesker blir dette såpass dyrt at slike tjenester ikke lenger blir tilgjengelige for vanlige folk. Det vil få til konsekvens at mange som tilhører de eksempler som er nevnt over, faktisk må finne seg i å leve med sine problemer og de begrensninger det medfører. Vi ser at mange, som faktisk har tydelige psykiske og til dels fysiske plager, som er i grenseland til medisinsk indikasjon nå straffes ytterligere. Dette får altså til utfall en økende skille mellom de som har råd og de som ikke har råd, og **forskjellene øker**. I realiteten vil dette komme til å hindre mange som kanskje burde ha benyttet slik kirurgi, og samtidig vil det neppe hindre den mer unyttige ekstremkosmetikken: de som er i den kategori vil uansett kunne betale det det koster.

2) Prisnivået blir såpass høyt at **flere vil reise til utlandet** for slik kirurgi. Dette kan ha potensielt negative konsekvenser for den enkelte. Det vil medføre kanskje også et øket behov for etterbehandlinger av postoperative infeksjoner pga dårligere oppfølging etterpå samtidig som det garantert vil øke smittepresset av resistente mikrober inn i våre sykehusmiljø.

3) Man dekker seg, ved å innføre moms plikt, under et påskudd av å ville redusere bruken av kosmetisk kirurgi, som man hevder har øket de siste år. Det har det nok, og bekymringen er forståelig.

Dette kan man likevel bare delvis påvirke ved pris og avgifter. Hovedeffekten vil bli som beskrevet i punkt 1 og 2. Det blir de mindre bemidlede av gruppene som nemt i eksempler over som vil misse den mulighet de kanskje hadde. Den mer «unødvendige» plastikkirurgien vil fortsette uansett, dels innenlands og dels utenlands.

Analysen omkring hvorfor kosmetisk kirurgi er økende er altfor lett i høyringsnotatet. Der er komplekse sammenhenger. Behovet har alltid vært der, men kirurgien og anestesien har utviklet seg på en slik måte at nå er det faktisk innfor rekkevidde for mange å gjøre nettopp det menneskene

kanskje alltid har ønsket. Ingen nittenårig kvinne i verdenshistorien har tenkt at det var greit å ha 90-årige bryst med brystvorten på navlenivå. Men for 100 år siden var det ikke mulig å gjøre noe med, og for de fleste var slitet med å overleve så stort at det var lite man kunne filosofere over det. Og om man så på seg selv og mislikte sine kroppslige skavanker, ble det selvsagt lite relevant å sysle med når ren overlevelse var første prioritet.

Unge, brystflate kvinner har alltid puttet bomull i brystholderne når de skulle på dans. At presset på dette har øket ytterligere i vår bilde- og filmvirkelighet, er nok sant, men drømmen om skjønnhet og estetikk har alltid vært en del av den menneskelige forestilling.

Derfor: kroppspresset er der ikke primært på grunn av plastikkirurger – i Norge får vi knapt fortelle at vi finnes en gang. Kroppspresset skapes gjennom en legio av kanaler og påvirkninger i film, kino, magasiner, bøker, internett og rosabloggere – ja, **en hel kultur som faktisk drar i samme retning**: vi jakter på skjønnhet, på det vakre. Der er ingen ung skuespiller å se noe sted på film eller TV som ikke har et tilnærmet perfekt utseende. Hvor mange unge jenter er det ikke som sitter og blir hjernevasket av Hollywood der dette presset skapes? Og i jakten på dette ser vi at grensene skyves gradvis.

Og det som har endret virkeligheten er at vi nå, siden vi ikke trenger å bruke all vår tid til tungt kroppsarbeid for å overleve, og de kirurgiske og anesthesiologiske teknikker har blitt så avanserte, kan gjøre på et par timer og gå hjem litt etterpå, med veldig lav risiko, det som mennesker har drømt om til alle tider. Å innbille seg at dette ikke vil bli brukt er naivt. Og det vil bare komme til å vokse.

Dette er hovedgrunnen. Og derfor er utviklingen også unngåelig. Å tro at man kan snu denne utviklingen med avgiftspolitik er også naivt.

4) Kravet til bruk av plastikkirurgi vil komme til å øke i befolkningen og urimelighetene ved å kreve avgifter av folk som mener seg å gjennomføre legitime kirurgiske prosedyrer som vil ha stor og til dels avgjørende virkning på deres liv, vil **medføre press på indikasjonsstillingene**. Flere vil skaffe seg attestasjoner på psykiske belastninger ved å måtte leve med slengende hud og nedfalte bryster, og kvinnepolitikken vil tendere til å løfte mer av dette fram i lyset. Leger vil også i større grad føle at det er rimelig at utvidet bruk av plastikkirurgi aksepteres og praktiseres etter som mentaliteten på dette punktet er i endring også innenfor legestanden. Gradvis vil mer og mer inkluderes i de medisinske indikasjoner. Momspolitikken man nå vil gjennomføre vil øke dette trykket fordi plastikkirurgi for gråsonegruppen blir for dyr, og der blir flere som gråter seg til inngrep – kombinert med at ingen leger ønsker å være strenge og virke uvennlige og harde.. Det vil i neste omgang sette **øket trykk på offentlige helseressurser og kapasitet**, og føre til økende utgifter for staten. Så i forsøket på å tette det som for noen kunne være en sikkerhetsventil til å få gjennomført et inngrep innenfor akseptable økonomiske rammer, vil dette medføre øket press på det offentlige helsevesen. I tillegg vil det medføre at private bedriftseiere vil måtte betale sykepenger for et større antall personer enn om moms ikke ble innført.

Totalregnskapet er jeg nokså sikker på vil bli negativt både den enkelte pasient, for staten og for bedriftene som må betale en øket andel sykepenger.

Dette blir et tiltak som til slutt alle taper på og som ikke engang vil reduser bruken av «kosmetisk kirurgi»

Konklusjon:

Innføring av moms på kosmetisk kirurgi er en dårlig ide fordi det vil ha følgende virkninger:

- 1) Det vil i seg selv **ikke medføre redusert bruk** av slik kirurgi totalt sett.
- 2) **Kroppspresset økes ikke primært av kirurgien**, men via utallige kanaler i media og samfunnet generelt.
- 3) Det **vil øke forskjellen mellom bemidlede og vanlige folk** siden de bemidlede uansett vil ha råd.
- 3) Disse inngrepene etterspørres mest av kvinner, og mange av inngrepene både på mage og bryst, **utløses ved det faktum at kvinner føder barn**. Det er dårlig **kvinnepolitikk** å momsbelegge tjenester som for mange oppleves som til dels nødvendige og av stor betydning for et vanlig liv.
- 4) **Flere vil reise til utlandet** og vi vil hente hjem et økende antall komplikasjoner og infeksjoner med økende import av resistente bakterier i våre sykehus.
- 5) Det vil tendere til å forskyve grensene for indikasjonstillingen og utvide grensene for medisinsk indikasjon. Dermed blir der **økende press på offentlige helseressurser**.
- 6) Det vil øke utgifter for bedriftene som må i økende grad betale sykepenger for behandlinger som nå i større grad gjennomføres i det offentlige (dette har vi sett tydelig etter at man åpnet for hudkirurgi etter bariatrisk kirurgi)
- 7) **Alle parter i dette vil tape**: både staten, pasienten, de private plastikkirurger (som ikke sosialiseres inn i det offentlige), bedriftseierne og til slutt pasienten selv.

Vi ser altså at det er stor fare for at dette tiltaket ikke i det hele vil redusere bruken av kosmetisk kirurgi, men derimot gjøre at alle aktuelle parter taper på dette og gjør viktige behandlingsmodaliteter mer utilgjengelig for vanlige folk.

Fortsatt er der **knyttet risiko til kirurgi**, og man skal ha en god grunn for å gjennomføre det. Dette er de fleste klar over. Derfor: når noen går til det skritt å gjøre en større plastikkirurgisk prosedyre, har man som regel veid gevinst mot risiko. Unntak finnes, men de færreste går til en slik prosedyre på en lettvinnt måte. Når man da likevel gjør dette tilsier jo det at man mener seg å ha et reelt problem som er såpass stort at man er villig til å ta den belastning og den risiko som en operasjon faktisk innebærer. Dette er i seg selv også en attestasjon på at problemet man presenterer oppleves som mer enn en mindre kosmetisk problemstilling.

Arne Roaldsnes

Plastikk-kirurg Medi3 AS