

Omfanget av privat helseforsikring øker dramatisk – uten en grunnleggende diskusjon om målsetting og konsekvenser

Med liten skrift

Stadig flere tegner privat helseforsikring. Antall nytegninger er doblet siden oktober i fjor, melder Aftenposten (1). Kanskje ikke så underlig når 60 % av befolkningen ifølge en meningsmåling (2) tviler på at det offentlige helsevesenet vil fungere når de trenger behandling, samtidig som regjeringen via skattelette stimulerer til tegning av slike forsikringer (3). Private helseforsikringer er vanlig i mange land. Det uvanlige er *typen* forsikringer som tilbys i Norge: I stedet for å forsikre seg for å få tjenester i tillegg til dem som det offentlige helsevesen tilbyr, forsikrer man seg for å få offentlig finansierte helsetjenester *for* andre pasienter, altså for å slippe foran i køen.

Et illustrerende eksempel er Eidskog kommune: Der har alle innbyggerne fått privat helseforsikring – betalt av det offentlige (4)! Ifølge ordføreren har kommunen dermed spart sine drøyt 6 000 innbyggere for over 57 000 døgn i helsekø i løpet av et par år. Selv om det er litt uklart hvordan tallet er fremkommet, er det ingen grunn til å tvile på at innbyggerne i Eidskog har rykket raskt fremover i helsekøen. Ikke nok med det, det meste av behandlingen har foregått i offentlige sykehus – og hele 53 % av operasjonene er utført i Hedmark! Ikke rart at kommunepolitikere smiler – ved å betale litt til et privat forsikringsselskap får kommunen fornøyde innbyggere som får offentlig finansiert behandling *for* andre skattebetalere.

Både ordføreren i Eidskog og representanter for forsikringsselskapene (4) bedyrer at man ikke tar plassen fra noen, man «bare utnytter ledig kapasitet». Men noe skurrer. For hvis det finnes ledig kapasitet, kunne den vel ha vært brukt til behandling av dem som trengte det mest? Og var det ikke nettopp for å sikre en best mulig kapasitetsutnyttelse at helseministeren personlig tok ansvar for spesialisthelsetjenestene gjennom sykehusreformen (5)? Det oppnås ikke ved å gi skattelette for helseforsikring og forrang for dem som har råd til det. For et slikt forsikringstilbud kan aldri bli et tilbud til alle – staten kan jo ikke gjøre som Eidskog kommune og kjøpe privat helseforsikring til hele den norske befolkning for å sikre at alle nordmenn går foran alle andre nordmenn i helsekøen. Hele hensikten med forsikringen er å gi noen et fortrinn, å skape – eller selge – ulikhet. Dessuten er det med helseforsikringer som med andre forsikringer: Det står noe nederst på arket med liten skrift: F.eks. at de som er alvorlig syke eller har nådd pensjonsalder, ikke får tegne forsikring, ev. må de betale en svært høy premie.

Ingen land har trylleformelen som kan gi alle innbyggere all helsetjeneste de ønsker til en overkommelig pris. Den ubehagelige sannhet er at det må være en eller annen form for prioritering eller begrensning – enten av tilbudet eller av hvem som får det.

En mulighet er å la dem som kan betale, få tilbudet. Det fremstilles ofte som om bruk av private helsetjenester og forsikringsordninger er en privatsak, et spørsmål om den enkeltes valgfrihet og rett til å disponere egne midler. «Noen bruker penger på å reise til Syden, hvorfor kan ikke jeg få bruke penger på min egen helse?» Men det er ikke så enkelt. For man bruker ikke bare egne penger og ressurser når man kommer foran i køen på et offentlig sykehus, får behandling av privatpraktiserende som får refusjon fra det offentlige eller opereres av en kirurg som har fått det vesentlige av grunn- og spesialistutdanningen betalt av staten. «Privat helsetjeneste» dreier seg også om fordeling av goder som er helt eller delvis betalt av oss i fellesskap.

Det er en besnærende tanke at man skal kunne få både i pose og sekk: Fordelen av et offentlig, solidarisk helsevesen og samtidig bedre og raskere behandling enn andre. Men vi må velge: Enten et solidarisk helsevesen, der alle behandles likt, eller et to- eller flerdelte helsevesen, der noen er likere enn andre. I Norge er vi nå på god vei mot det siste.

Problemet er ikke nødvendigvis private helseforsikringer i seg selv. Problemet i Norge er mangelen på problematisering av hvordan slike forsikringer i så fall skal være innrettet og hva man ønsker å oppnå med dem. Det vanlige er at land *uten* et offentlig helsevesen som omfatter alle, tilbyr *komplette forsikringspakker* med ulik pris og kvalitet. Det er en bevisst politikk for et klassedelt helsetjenestetilbud. I land med et omfattende offentlig helsevesen er det vanligvis mulig å forsikre seg for å få *tilleggsytelser*, som større utvalg av medisiner, lavere egenandeler, enerom i sykehus osv. Men de offentlige kjerneoppgavene omfatter alle. Det paradoksale er at vi nå er i ferd med å lage et klassedelt helsevesen i Norge uten at vi samtidig har de valgmulighetene man har for eksempel i Nederland, Belgia eller USA, og uten at dette har vært på den helsepolitiske dagsordenen.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Methi LN. Stadig flere tegner privat helseforsikring. Aftenposten (morgenutgave) 3.7.2003: 3.
2. Methi LN. 6 av 10 mistror helsevesenet. Aftenposten (morgenutgave) 5.7.2003: 5.
3. Haug C. Helseministerens forsikringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2689.
4. Methi LN. Eidskog har unngått 157 år i helsekø. Aftenposten (morgenutgave) 3.7.2003: 3.
5. Høybråten D. Jeg er ansvarlig for sykehusene. Aftenposten (morgenutgave) 6.12.2001: 16.