



## **Høring - NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten**

En åpen prioriteringsdebatt er nødvendig for tilliten til helsetjenesten, og for å sikre en riktig og rettferdig fordeling av helsetjenestens ressurser. Legeforeningen støtter utvalgets mål om en mer rettferdig prioritering av ulike pasientgrupper, mer til de som har minst, å hindre «tause tapere» og vektlegging av at helsetjenesten i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Legeforeningen har imidlertid flere innvendinger mot rapporten. Våre innvendinger kan oppsummeres i følgende hovedpunkter:

### ***Utredningen gir ikke de nødvendige svarene og verktøyene som trengs***

Utvalget ble bedt om å vurdere hvordan man kan møte dagens og morgendagens prioriteringsutfordringer i helsetjenesten. Vi har vanskeligheter med å se at utvalget gir nye bidrag til utviklingen av prioriteringsbeslutninger utover det som allerede forelå fra Lønning I og II.

- Legeforeningen savner en grundigere analyse av hva som er manglene i dagens prioriteringssystem og regelverk, og konkrete forslag til nye virkemidler.
- Det eksisterer en rekke drivere for prioriteringer innenfor helsesektoren i dag, i tillegg til dagens prioriteringskriterier. Vi etterlyser en bredere analyse av alle prioriteringsdriverne, inklusive finansieringssystem, helsereformer og styringssystemer.
- Innføring av et individuelt, rettslig ansvar for prioriteringer er et feilgrep.

### ***For mye tro på nye prioriteringskriterier***

Utvalget foreslår å endre dagens prioriteringskriterier om alvorlighet, effekt og kostnad til helsetap, helsegevinst og ressursinnsats, og legger til grunn at disse er mer forståelige og anvendelige på alle nivåer i helsetjenesten. Legeforeningen er uenig i dette.

- Legeforeningen er særlig kritiske til hvordan utvalgets forslag skal gjennomføres i den kliniske hverdagen, og om det vil endre og avhjelpe dagens utfordringer.
- Legeforeningen mener det er urealistisk å etablere kriterier som skal kunne anvendes på alle nivåer i helsetjenesten. Kriterier for prioritering på samfunnsnivå vil være annerledes enn kriterier på klinisk nivå.
- Legeforenings anbefaling er derfor å holde fast på dagens prioriteringskriterier, og heller rette innsatsen mot å utvikle, forbedre og implementere disse.
- Legeforeningen mener alle nye tiltak må utredes grundig og piloteres før de lovfestes og iverksettes fullt ut.

### ***Tungt tilgjengelig rapport svekker mulighet for åpen dialog***

Det er positivt at åpenhet om beslutninger vies mye plass i rapporten. God prioritering krever forutsigbarhet, og det er derfor viktig at de som berøres av prioriteringsbeslutningene er kjent med hvilke prinsipper som ligger til grunn.

- Legeforeningen mener utredningen fremstår svært teoretisk. Innholdet er ofte utilgjengelig, og det er til tider vanskelig å forstå hva utvalget vil frem til. Dette er et uheldig utgangspunkt for en viktig debatt som angår oss alle.
- Det bekymrer Legeforeningen at det hersker mye usikkerhet knyttet til utvalgets forslag, og at de mener seg misforstått. Dette kan i verste fall kan få utilsiktede konsekvenser.

Legeforeningen mener det må være mulig å gi gode helsetjenester til alvorlig syke mennesker i velferdsstaten Norge – uavhengig av alder – så lenge det er rimelig innenfor det man anser som god faglig og etisk praksis.

Legeforeningen har hatt en grundig intern høringsprosess og 25 av våre underforeninger har avgitt omfattende hørings svar. Sentralstyret har drøftet utredningen på et eget seminar, med representanter fra utvalget og utvalgets sekretariat. Vår høringsuttalelse er utarbeidet på bakgrunn av dette.

### **1. Utredningen gir ikke de nødvendige svarene og verktøyene som trengs**

Legeforeningen mener utredningen ikke gir de nødvendige svarene og verktøyene som trengs. Vi savner en grundigere analyse av hva som er manglene i dagens prioriteringssystem og regelverk, og konkrete forslag til nye virkemidler. Utvalget ble bedt om å vurdere hvordan man best mulig kan møte dagens og framtidens prioriteringsutfordringer i helsesektoren. Det eksisterer en rekke drivere for prioriteringer innenfor helsesektoren i dag, i tillegg til dagens prioriteringskriterier. For at man skal vite hvordan man skal møte prioriteringsutfordringene på best mulig måte, må alle disse driverne analyseres: Hva slags konsekvenser har finansieringssystemet for prioriteringer? I hvilken grad har lovfesting av pasientrettigheter bidratt til bedre prioritering? Hva slags konsekvenser har RHF-modellen for ressursfordeling? Hva slags betydning har nye helsereformer og manglende investeringer i IKT-systemer for prioriteringer? Disse systemene har enorm innvirkning på ressursfordelingen i helsetjenesten. Slik sett gir ikke utredningen noe godt svar på bestillingen, og vi er i tvil om utvalget egentlig har svart på mandatet de ble gitt.

Legeforeningens hovedinnvending er knyttet til prioriteringenes anvendelse i den kliniske hverdagen. Utredningen gir i liten grad nye konkrete verktøy for håndtering av prioriterings spørsmål i helsetjenesten, og vi tviler på at forslaget vil endre eller avhjelpe utfordringene som ligger der i dag. Dette er hovedinnvendingen fra Legeforeningens interne høringsinstanser. Det vil innebære omfattende transaksjonskostnader å innføre nye prioriteringskriterier. Når gevinsten er minimal, er Legeforeningens anbefaling å holde fast på dagens prioriteringskriterier og heller rette innsatsen mot å utvikle, forbedre og implementere disse. Det sentrale må være at kriteriene får en reell effekt for pasientene og for de som skal prioritere. Det er også en utfordring at alle beslutningstakere skal prioritere etter samme kriterier – all den tid prosessene er ulike. Legeforeningen mener det er urealistisk å lage felles kriterier som skal benyttes på alle nivåer i helsetjenesten.

I etterkant av at utredningen ble lagt fram, har utvalget møtt kritikk fra flere hold. Dette er som forventet, og det er naturlig og bra at utredningen blir gjenstand for debatt. Legeforeningen synes imidlertid ikke at utvalget har møtt denne kritikken på en overbevisende måte. Utvalget mener meningsmotstanderne mistolker og misforstår utvalgets hensikter og forslag. Det kan godt være. Legeforeningen mener likevel det er uheldig at kriteriene som utvalget ønsker innført på alle nivåer i helsetjenesten, ikke forstås slik utvalget har tenkt. Legeforeningen mener utredningen fremstår svært teoretisk. Innholdet er ofte utilgjengelig, og det er til tider vanskelig å forstå hva utvalget vil frem til. Det brukes økonomiske begreper og resonnementer som er ukjente for helsepersonell og andre uten økonomibakgrunn. Det virker som man tar for gitt at alle som blir berørt av de nye kriteriene, direkte og indirekte, skal ha kjennskap til og forstå økonomisk terminologi. Dette er et uheldig utgangspunkt for en viktig debatt som angår oss alle.

Det bekymrer Legeforeningen at det hersker mye usikkerhet og misforståelser knyttet til utvalgets forslag. Vi ber om at departementet tar dette med seg i det videre arbeidet med prioriteringskriteriene.

### **2. Svakheter med nye prioriteringskriterier**

Utvalget har stor tro på prioriteringskriterier, telling og muligheten til å finne mål som oppfattes rettfærdig. Etter vår vurdering vil de nye kriteriene antageligvis være gjennomførbare, og muligens enklere å anvende, på et overordnet nivå for å prioritere mellom større pasientgrupper og lidelser, og i beslutninger om kapasitet, investeringer og behandlingsmetoder. Legeforeningen kan imidlertid vanskelig se hvordan de nye kriteriene skal tas i bruk på individnivå, og hvordan de skal gjøre det enklere å prioritere i en travel hverdag. Vi har ikke tro på at det er mulig å lage et system for å rangere tilstander og diagnoser som gjør seg gjeldene på alle nivåer i helsetjenesten.

## **2.1 Å prioritere i hverdagen**

Legeforeningen ser at det er mulig å argumentere for at ressursinnsatsen må avveies mot pasientens samlede helsetap, og at dette i en del tilfeller vil kunne bidra til en mer rettferdig fordeling. Samtidig er dette krevende fordi hver enkelt vurderer sin egen helse forskjellig. Noen pasienter forsoner seg i forbausende stor grad med betydelige funksjonsinnskrenking og vil rapportere høy livskvalitet. Andre opplever at tilstander som oppfattes som bagatellmessig gir kraftig reduksjon i livskvalitet. Utvalget gjentar også med stor hyppighet at de tre hovedkriteriene skal legges til grunn med mindre det virker åpenbart urettferdig eller urimelig. Utvalget sier dermed indirekte at skjønn kan komme inn og overstyre kriteriene. Dette mener Legeforeningen er riktig og nødvendig. Helsepersonell må oppleve at de får mulighet til å realisere de verdier, faglige og moralske, som er bærende for gode helsetjenester. Den kliniske hverdagen er så sammensatt og preget av individuelle hensyn at det vil være vanskelig å sette opp klare kriterier basert utelukkende på tilstand, diagnose eller symptombilde. Legger en dette til grunn kan det bli lite igjen av hovedkriteriene. Dermed ser ikke de nye kriteriene ut til å gi de nødvendige svarene som trengs.

## **2.2 Hovedkriterier og supplerende kriterier**

Utvalget diskuterer hvorvidt de tre hovedkriteriene for prioritering bør suppleres med tilleggskriterier som alder, sjelden tilstand, bidrag til innovasjon og mangel på alternative tiltak. Utvalget konkluderer med at selv om disse kan representere relevante hensyn, er hensynene allerede ivaretatt og kan påvirke prioritet gjennom de tre hovedkriteriene.

### *Aldersdiskriminering?*

Til tross for at utvalget ikke foreslår alder som et eget prioriteringskriterium, har utvalget blitt kritisert for at de foreslår en modell der alder vil få stor betydning. Utvalget hevder selv at deres hensikt aldri har vært å lage kriterier som innebærer at eldre som gruppe skal nedprioriteres. Her burde imidlertid utvalget vært klarere på følgene av sine kriterier. At utvalget mener modellen de legger til grunn for sine beregninger blir misforstått, bidrar til å skape usikkerhet om hva utvalget egentlig mener. Legeforeningen frykter at dette kan få utilsiktede konsekvenser. Dette bør også bekymre departementet. Legeforeningen erfarer allerede i dag at helsetjenester til eldre svekkes. For eksempel har antall liggedøgn i sykehus blant eldre falt mer enn for resten av befolkningen, og det blir stadig vanskeligere å få sykehjemsplass. Det kan oppfattes som et uttrykk for at eldre allerede i dag nedprioriteres. Dette er en pasientgruppe der behandling kan bety mye for livskvaliteten.

### *Pasienters pårørende*

Utvalget har lagt opp til at prioriteringer i helsevesenet også må ta hensyn til de menneskene pasienten har rundt seg og hva pasienten har av betydning for andre. Vi forstår det slik at de som har en stor verdi for andre, og der det er helsegevinster for disse (f.eks. småbarnsforeldre som er viktige for sine barn) skal prioriteres høyt. Dette støtter Legeforeningen. Det å oppleve tap av foreldre eller omsorgssvikt fra syke foreldre gir betydelig risiko for at barn vil få helseproblemer senere i livet. Dersom man kan tilby effektiv behandling for foreldre med helseproblemer, vil man kunne få helsegevinster også hos barna. Dette gjenfinner vi ikke i diskusjonen om måling av helsegevinster. Dette er et perspektiv som er viktig og som vil kunne ha reelle effekter på prioriteringene både på individ og gruppenivå. Dersom man fokuserer på lidelsen til og de sykdomsfremmende effekter av foreldres helseplager for barna, vil enkelte fagområder, som rus og psykiatri, prioriteres høyere med gode begrunnelser.

### *Bekymring vs. behov*

Legeforeningen mener utvalget burde problematisert «de friske, men bekymredes» bruk av helsetjenester. Etter Legeforeningens syn ligger kanskje den største muligheten til en bedre omfordeling av helseressursene nettopp her. Det er behov for et tydeligere skille mellom hva det offentlige helsevesenet skal dekke av utgifter for undersøkelser og behandling av friske mennesker med lettere plager. Dette kunne utvalget med fordel omtalt mer inngående. For øvrig støtter Legeforeningen forslaget om å tilgjengeliggjøre kunnskap om hva en undersøkelse og behandling koster.

### ***2.3 Prioriteringsdilemmaer i kommunene***

Utvalget har i svært liten grad har drøftet og sett på tiltak for bedre prioritering og samhandling i kommunehelsetjenesten. Vi står midt oppe i en stor helsereform (Samhandlingsreformen), som har som hovedmålsetning at flere pasienter skal behandles i kommunene. Kommunene er forpliktet til å etablere nye tjenester og utvide sine behandlingstilbud, og det er utviklet økonomiske styringsmekanismer for at disse målene skal innfris. Siden 2012 har kostnader og aktivitet økt sterkere i det kommunale helsetilbudet enn i sykehussektoren. Hva slags betydning slike reformer har for prioriteringer, og hvordan disse systemene legger føringer/begrensinger på helsepersonellens handlingsrom, burde vært omtalt mer inngående. Legeforeningen mener derfor også at det er uheldig at utvalget har utelatt pleie- og omsorgstjenester som en del av sitt mandat. Pleie- og omsorgstjenester utgjør en betydelig del av vår samlede helsetjeneste. Mye av innsatsen som legges ned her har enorm innvirkning på folks livskvalitet.

Det er behov for mer forskning på fordeling av ressursene i kommunehelsetjenesten. Ikke kun fordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, men også omfordeling internt i kommunehelsetjenesten. Forskning foretatt i spesialisthelsetjenesten gir ikke nødvendige svar på de viktigste problemene i primærhelsetjenesten.

### **3. Om fastlegenes portvokterrolle og henvisningspraksis**

Fastlegeordningen er grunnmuren i helsetjenesten, det er hit befolkningen kommer først med sine helseproblemer. Prioriteringsprinsippene som presenteres er ikke ukjente i en allmennleges hverdag, men vil umulig kunne brukes på den måten utvalget legger opp til. Det kan illustreres med følgende eksempel: En kirurg må prioritere en pasient foran en annen i en operasjonskø. Dette kan forsvares fordi alle pasientene vurderes ut i fra de samme kriteriene. En kirurg kan prioritere en pasient framfor andre pasienter fordi alle pasientene i operasjonskøen er kjente. Fastlegene, derimot, må vurdere om en pasient skal henvises eller om kapasiteten bør brukes på andre pasienter, som for fastlegen er ukjente. Det vil med andre ord være umulig for en fastlege å operasjonalisere prioriteringskriteriene i sin kliniske hverdag.

Det vil også være vanskelig for fastlegene å etterleve prioriteringskriterier som i all hovedsak er basert på diagnoser. En allmennlege har så mange faktorer å ta hensyn til i møte med sine pasienter at det vil være umulig for den enkelte lege å ta stilling til disse prioriteringsprinsippene i hver enkelt sak. Fastleger forholder seg ofte til symptomdiagnoser med et behov for å utrede. Et godt eksempel er en kvinnelig pasient på 78 år, med redusert allmenntilstand og diffuse smerteplager i nakke/skuldre. Dette kan ende opp med mange ulike diagnoser, alt fra øvre luftveisinfeksjon til hjerteinfarkt, polymyalgia revmatika (revmatiske tilstander), lungeemboli osv.

#### ***3.1 Nærmere om beskrivelsen av fastlegens portvokterrolle***

Utvalget beskriver fastlegens portnerrolle, og dilemmaet fastlegen møter ved å både være pasientens hjelper og talsperson, samtidig som man er tillagt myndighetsansvar gjennom blant annet sykemeldingsordningen. Utvalget skriver videre at denne spenningen kan gjøre det krevende for fastlegene å prioritere, fordi men det kan være utfordrende å være tilbakeholdende med henvisninger og videre undersøkelser, hvis dette fører til at pasienten skifter fastlege og legen mister per capita tilskuddet. Videre skriver utvalget at faren for å bli uthengt i media eller på legelisten.no, særlig for ferske leger, kan være en driver for å gi pasientene det de ber om.

Å hevde at fastleger bifaller pasienters ønsker fordi de redde for å miste økonomiske tilskudd eller bli uthengt i media, og vektlegge dette som en hovedårsak på overbehandling, blir en for enkel forklaring på et komplekst problem. Rapportens omtale av fastlegenes bekymring for økonomiske konsekvenser og sitt omdømme fremstår som spekulative og fjern fra hverdagen på fastlegekontoret. Her burde utvalget ha spurt allmennlegene om hva som har påvirket deres vurderinger og beslutninger, slik utvalget har gjort til de store organisasjonene og befolkningen som helhet.

#### ***3.2 Nærmere om beskrivelsene av fastlegenes henvisningspraksis***

Utvalget beskriver hvordan fastlegenes beslutninger får konsekvenser for spesialisthelsetjenestens ressursbruk. Det sies imidlertid lite om fastlegens prioritering av egne ressurser. Mye diagnostikk og behandling foregår kun på fastlegekontoret, og fastlegene etterlyser bedre henvisnings- og beslutningsstøtte. Målet må innrettes mot *bedre* henvisninger, framfor å utelukkende diskutere flere eller færre henvisninger. Studier fra inn- og utland har vist at henvisningsstøtte integrert i journalsystemene gir god hjelp for fastlegene i det daglige prioriteringsarbeidet. For eksempel viser en studie fra Helse Bergen at elektronisk henvisningsstøtte hos fastlegene fører til bedre henvisninger. Studien viste også at spesialistene brukte 34 prosent kortere tid på å vurdere henvisningen (Scan Journ Prim Health Care sept 2013). Legeforeningen mener gode verktøy som hjelper fastlegen å prioritere bedre, vil være en god investering. Slike systemer vil også være til hjelp for sykehusleger og på sykehjemmene. I denne sammenheng vil vi også understreke behovet for god elektronisk informasjonsflyt og mulighet for kommunikasjon mellom den som henviser og mottakeren.

Legeforeningen savner flere forslag til konkrete tiltak som kan bidra til at fastlegen med trygghet kan fatte gode faglige beslutninger. Blant annet er kvalitetsutvikling i fastlegeordningen lite omtalt. For at leger skal kunne ivareta sitt samfunnsansvar, er det nødvendig at man har et kritisk blikk på egen praksis. Ved å sammenlikne seg med andre og reflektere over egen praksis, vil man enklere kunne oppdage hva som er unyttige tiltak og målrette innsatsen mot det som gir bedre behandling. Å tilrettelegge for at alle fastleger deltar i systematisk kvalitetsarbeid vil være en god investering.

Et annet konkret forslag vil være å stimulere til at leger i større grad søker faglige råd hos hverandre, både hos legekolleger i spesialisthelsetjenesten, men også på eget kontor i felles møter. Dette kan på sikt føre til bedre henvisninger ved at man jobber fram felles forståelse av hva som anses som god faglig praksis.

### **3.3 Brukermedvirkning som grunnlag for den gode konsultasjonen**

Utvalget påpeker at brukermedvirkning på alle nivåer er helt sentralt fordi det setter brukers behov i sentrum, og forutsetter at mottaker av behandlingen selv aktivt skal medvirke og ta beslutninger om det som angår dem. Legeforeningen støtter dette. Brukermedvirkning på alle nivå vil styrke prioriteringsarbeidet og bidra til økt legitimitet og aksept.

I fastlegens kliniske hverdag er det pasientens medbestemmelse som er selve grunnlaget for den gode konsultasjonen. Involvering og opplæring av pasienter og pårørende til å mestre livet med sykdom og til å delta i utviklingsarbeidet i helsetjenesten, er viktig. Det må være tid til det gode pasientmøtet. Fastlegen har en viktig oppgave å være pasientens veileder, støttespiller og talsperson. Mange pasienter etterspør ikke selv hjelp, har manglende kunnskap om sine rettigheter og trenger hjelp til å forstå systemet. Fastlegenes ansvar for at disse pasientene må også ivaretas. Det gode pasientmøtet er også viktig for at fastlegen kan forklare pasientens tilstand på en forståelig måte, presentere behandlingsalternativer, og at pasienten til slutt har tro på at de anbefalinger og råd som gis er til det beste for seg.

## **4. Om bruk av rettslige reguleringer for å fremme prioritering**

### **4.1. Pasientrettigheter som prioriteringsredskap**

Legeforeningen har i en årrekke vært pådriver for fastsetting og utvikling av pasientrettigheter. I økende grad er pasientene gitt lovfestede rettigheter til helsehjelp. Dette er en utvikling Legeforeningen støtter. Samtidig erfarer vi at denne *formelle* styrkingen av pasientenes krav på helsehjelp ikke har gitt tilstrekkelig utslag i *reell* oppfyllelse av rettighetene. Erfaring tilsier at det er svært krevende for både pasienter og helsepersonell (for eksempel fastlegen på vegne av pasientene) å følge opp saker der man mener pasienten ikke har fått innfridd sine rettigheter. Over tid har rettighetene blitt skjerpert på papiret, uten at dette nødvendigvis oppleves som en styrking blant befolkningen. Bildet er naturligvis sammensatt, men både den offentlige debatten, ventelisteskandaler, økning i private helseforsikringer og en rekke mediasaker, kan tyde på at tilliten til at man faktisk får oppfylt retten til helsehjelp er dalende.

Gjennom lovregulering av retten til nødvendig helsehjelp har Stortinget i realiteten bundet opp betydelige ressurser på vegne av stat og kommuner. Konsekvensene av dette regelverket er imidlertid ikke fulgt opp. Rettslig regulering må innebære rettsvirkninger, og det må settes av ressurser som gjør det mulig å realisere rettighetene. Hovedutfordringen er at det å ha en rett, ikke innebærer at man får oppfylt rettigheten. Historikken viser at rettslig regulering av rett til helsehjelp i liten grad gir reelle konsekvenser for fordeling av ressurser til helsetjenesten. På denne bakgrunn etterlyser vi en grundig vurdering av effekten av de lovendringer som har skjedd gjennom de siste 15 år. Dette ville være viktige premisser for analysen av hvilke virkemidler som bør tas i bruk fremover. Legeforeningen erfarer at det ofte foreslås ny rettslig regulering uten at det er gjort tilstrekkelige vurderinger av hva som faktisk virker. Ny lovregulering som ikke følges opp i praksis bidrar over tid til å svekke både tillit og respekt for lov og forskrift i helsetjenesten – både blant pasienter og helsepersonell.

Formålet med dagens regulering av rett til helsehjelp er å gi pasientene en berettiget og forutsigbar forventning om hva man har krav på av helse- og omsorgstjenester fra det offentlige. Utredningen fokuserer på å *begrense* rettigheter. Det kan synes som at utvalget går i en retning hvor de vrir fokus fra å gi pasientene rettigheter, til en lovgivning basert på plikt og avgrensing. Det er imidlertid ikke gjort noen grundig analyse av dette grepet. En slik analyse ville også måtte omfatte en vurdering av de gjeldende regler og hvordan disse virker. Etter vår vurdering ligger ikke løsningen i å fjerne eller begrense etablerte rettigheter, men å vurdere nye tiltak som kan understøtte og innfri disse.

#### **4.2. Rettslig regulering på individnivå for det enkelte helsepersonell**

Utvalget foreslår at de nye kriteriene «tydeliggjøres i lover og forskrifter som regulerer helsepersonellens rettigheter og plikter». Det fremheves som særlig viktig for utvalget å understreke at helsepersonell har et medansvar for å forvalte samfunnets ressurser på en forsvarlig måte, men uten å gå på akkord med den enkelte pasients rett til nødvendig og faglig forsvarlig helsehjelp.

Dette er plikter, som utvalget også selv skriver, som allerede er lovfestet i helsepersonelloven §§ 4 og 6. I tillegg plikter enhver som yter helsetjeneste å oppfylle myndighetskrav, jf. lov om statlig styring med helsetjenesten § 3. Vi oppfatter imidlertid at utvalget vil gå videre i reguleringen enn dette.

Vi stiller oss kritiske til at utvalget ikke legger en grundig analyse til grunn for et slikt veivalg. Det er en klar svakhet at det ikke foreligger mer konkrete forslag til ny regulering som oppfølging av utvalgets forslag. Det gjør det utfordrende å se hva utvalget ser for seg av rettslig regulering og hva de reelle konsekvensene vil bli. Det er ikke vurdert hvordan en slik pliktbestemmelse skal utformes. Skal det være en plikt på linje med de øvrige forpliktelser i helsepersonelloven, slik at pliktbrudd også kan følges opp av tilsynet – med tilsynsreaksjon i ytterste konsekvens? Hvordan er dokumentasjonskravet og etterprøvbarehet av dette i så tilfelle tenkt? Hva blir forholdet mellom denne forpliktelsen og ansvaret som arbeidstaker overfor ledelsen som tildeler oppgaver og ansvar?

Hittil har prioriteringskriteriene hatt størst betydning for utøvelse av system- og lederansvar i helsetjenesten. Kriteriene kan og må også brukes i klinisk praksis, men å gjøre dette til en rettslig forpliktelse er et feilgrep. Vi mener utvalgets forslag vil føre til usikkerhet, økt byråkratisering og en svekkelse av pasientmøtet.

#### **4.3. Tilsynsmyndighetenes rolle**

Legeforeningen mener det også er behov for nærmere gjennomgang av Fylkesmannens rolle. Fylkesmannens rolle som veileder er sterkt vektlagt i forarbeidene til helsepersonelloven, men det er uklart i hvilken grad den utøves og om den oppfattes som reell.

Et stort antall leger opplever i løpet av sin yrkeskarriere å være involvert i en klagesak. Sakenes karakter og alvorlighetsgrad varierer stort, men oppleves uansett ubehagelig og generer mye tid og ressurser. Dersom risikoen for en langvarig sak med tilsynsmyndighetene øker, kan det ikke sees bort fra en økende risiko for preventiv medisin, hvor unødvendige undersøkelser og behandling gis ”for

sikkerhets skyld”. Tilsvarende vil det være større risiko for «pasientstyrt behandling» dersom man står i fare for å bli involvert i en langvarig klagesak for tilsynsmyndighetene. Denne risikoen vil bli ytterligere forsterket dersom utvalgets forslag til plikt til prioritering innføres på individnivå.

## **5. Graderte egenandeler og finansielle virkemidler**

### **5.1 Egenandelssystemet må gjennomgås**

Utvalget diskuterer og anbefaler gradert egenbetaling for enkelte sykdommer. Det gis eksempler på tilstander som kan behandles innenfor det offentlige helsevesenet, men med en høyere egenbetaling. Eksempelene som gis ligger til dels i grenseland for kosmetisk kirurgi. Hvis det er medisinsk indikasjon for å operere øyelokk, mener Legeforeningen at det skal gjøres innenfor offentlig helsevesen og til ordinær betaling. Hvis det gjøres av kosmetiske årsaker, skal det ikke oppta plass i det offentlige helsevesenet.

Legeforeningen mener at formålet med en offentlig helsetjeneste er å beskytte mot den finansielle risikoen man løper ved å bli syk, og å sikre tilgang til grunnleggende helsetjenester uavhengig av økonomisk evne. Dette setter klare grenser for bruk av egenbetaling som prioriteringsinstrument. Fremfor å gå videre med utvalgets forslag om graderte egenandeler, mener Legeforeningen det heller må gjennomføre en bred gjennomgang av hele egenandelssystemet.

Legeforeningen mener i tråd med utvalget at utsatte grupper må skjermes for egenandel. Dette vil kunne bidra til å redusere sosiale helseforskjeller. Å heve egenandelstaket fra 16 til 20 år, vil også kunne hjelpe en pasientgruppe som i dag er underforbrukere av helsetjenester. Egenandeler som virkemidler for prioritering må imidlertid evalueres fortløpende.

### **5.2 Finansielle virkemidler**

Utvalgets vurderinger av finansielle virkemidler er springende og fragmenterte. Til dels gjøres det også lettvinne slutninger uten klar empirisk forankring.

Det kan leses ut av utredningen en motstand mot folketrygdfinansiering av helsetjenester. Dette er unyansert og basert på en generell motstand mot såkalt tredjepartsfinansiering. Både fastlegeordningen og ordningen med avtalepraksis er basert på hovedsakelig (i prinsippet 70 prosent) stykkprisfinansiering gjennom refusjoner fra folketrygden. Modellen har en rekke fordeler. Det er den finansieringsordningen i dagens helsetjeneste som er best egnet til å sikre et likt helsetjenestetilbud i hele landet. Pengene følger pasientene og økonomien er motstandsdyktig mot konjunkturer, kommuneøkonomi og ulike politiske prioriteringer. Forhandlingssystemet er forbedret de senere årene og gir svært god kostnadskontroll for staten. Det er lite byråkrati knyttet til ordningen. Både Helse- og omsorgsdepartementet, Finansdepartementet, Helsedirektoratet, KS, de regionale helseforetakene og profesjonsforeningene er involvert i forhandlingene, noe som sikrer at både faglige, politiske og økonomiske hensyn ivaretas.

Vi merker oss at utvalget tar til orde for en sterkere utprøving av insentivmulighetene i takstsystemet. Dette er i tråd med OECDs anbefalinger. Dette er vurderinger Legeforeningen støtter.

Utvalget mener det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om virkning av ulike finansieringsordninger i norsk helsetjeneste. Utvalget beskriver behovet for mer kunnskap om hvordan finansieringssystemet virker inn på fastlegenes prioriteringer. For eksempel er effekten av ulike honoreringssystemer på volum av henvisninger lite studert. Legeforeningen støtter at det igangsettes forskning på virkning av ulike finansieringsordninger og honoreringssystemer i norsk helsetjeneste

## **6. Tiltak må utredes og piloteres**

For å sikre at tiltenkte prioriteringsverktøy er nyttige og blir brukt ute i tjenestene er det viktig med tilpasninger og gjennomtenkt implementering. Utvalget beskriver godt hvordan tiltak med gode intensjoner kan få uforutsette, men uheldige vridningseffekter. Tiltakene må være anvendelighet i en

travel klinisk praksis. Legeforeningen mener dette best unngås gjennom grundige utredninger og deretter pilotering av tiltak før disse vurderes innført i hele landet. Dette gir muligheter for å kunne korrigere, og om nødvendig, avslutte tiltak som ikke oppnår tiltenkt effekt.

Med hilsen  
Den norske legeforening



Geir Riise  
Generalsekretær



Jorunn Fryjordet  
Avdelingsdirektør

Saksbehandler:  
Sara Underland Mjelva