

# Temamøte 5:

## Prioriteringer i helsetjenesten



Inspirasjonsnotat, utarbeidet av prosjektgruppen  
Oslo, mai2006

## Innholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| Innledning.....   | 3  |
| Norge: Tidlig ute, sent i gang.....                       | 3  |
| Drivkrefter som vil forme en ny prioriteringsdebatt ..... | 4  |
| Fokus for inspirasjonsnotatet .....                       | 6  |
| Begrepsavklaring og prioriteringsteori.....               | 6  |
| Litt prioriteringsteori .....                             | 7  |
| To prioriteringsveier.....                                | 7  |
| Etikkens plass i prioriteringsdebatten .....              | 8  |
| Prioriterings erfaringer i utvalgte land .....            | 8  |
| Strategi 1: Velge bort/lister .....                       | 8  |
| Norge: Lønning I, 1987.....                               | 8  |
| Norge: Lønning II, 1997.....                              | 9  |
| Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet .....     | 10 |
| Rasmussen-utvalget.....                                   | 10 |
| Oregon.....   | 11 |
| New Zealand .....   | 11 |
| Nederland .....   | 12 |
| Sverige.....  | 12 |
| Östergötland .....  | 13 |
| Strategi 2: Faglige nasjonale retningslinjer.....         | 14 |
| Storbritannia .....                                       | 14 |
| Norge: Ny prioriteringsdebatt?.....                       | 15 |
| Nasjonal helseplan og prioritering .....                  | 18 |
| Halvhjertede forsøk .....                                 | 19 |
| Prioriteringer og det internasjonale helsemarkedet.....   | 20 |
| Utenlandspasienter .....                                  | 21 |
| Perspektiv: Ansvarsmodell for prioritering? .....         | 23 |
| En annen vinkling.....                                    | 24 |
| Til diskusjon.....  | 25 |
| Kilder.....   | 26 |

## Innledning

Manglende prioritering på politisk nivå i forhold til helsetjenesten har vært et tilbakevendende tema i tankesmien. Tankesmiens medlemmer peker på at disse problemstillingene blir ytterligere forsterket i årene som kommer, og at det er behov for en åpen prioriteringsdebatt nå.

Tidligere prioriteringsarbeid av mer systematisk karakter på nasjonalplan har foregått i en situasjon med økonomisk konsolidering og oppbygging av ressurser for fremtidens oppgaver. Det er et sentralt spørsmål i prioriteringsdebatten hvordan beslutningstakere og interessenter oppfatter det økonomiske handlingsrommet i årene fremover og hvorvidt man mener at det er behov for skarpere prioritering av helsetjenester.

Et første steg i en eventuell prioriteringsdebatt er kanskje å etablere et felles fremtidsbilde av hva som er utfordringene i helsetjenesten, hvordan den offentlige økonomien utvikler seg og hvor stor andel av BNP vi er villige til å bruke på helsetjenester – og hva slags tjenester? Uten et felles fremtidsbilde, er det antakelig vanskelig å føre en konstruktiv prioriteringsdebatt siden utgangspunktet og referanserammene kan være så forskjellige.

Hva er for eksempel konsekvensene av at kreftvaksiner snart er tilgjengelig, at stadig flere pasientgrupper kan behandles med høyteknologiske og ressurskrevende metoder, at det dokumenteres store ulikheter i behandlingen av sykdommer? Dersom vi fortsetter den veien vi nå er inne på med manglende nasjonale retningslinjer for prioriteringer i forhold til pasientgrupper og sykdommer, vil prioriteringsbeslutninger som omfatter stadig større ressurser tilfalle den enkelte lege og/eller helseforetak. Prioritering handler med andre ord ikke bare om økonomi og mulig ressursknapphet, men rører ved det overordnede målet om at befolkningen skal sikres likeverdig tilgang til helsetjeneste av god kvalitet.

## Norge: Tidlig ute, sent i gang

Norge var et av de første landene som innledet en nasjonal debatt om prioritering i helsetjenesten ved at Lønning I-utvalget avgav sin utredning i 1987. I 1997 kom forslagene fra Lønning II-utvalget. Når det gjelder implementeringen av konklusjonene og anbefalingene i disse rapportene, har vi imidlertid ikke kommet særlig langt. Rapporten fra den nasjonale strategigruppen for prioriteringer, som ble fremlagt HOD i februar og inkluderes i Nasjonal helseplan, er foreløpig det siste forslaget til en nasjonal strategi for prioritering.

Det foregår imidlertid kontinuerlige prioriteringer i helsetjenesten: Gjennom tildelinger i statsbudsjettene, fastsettelse av egenandeler, helseministerens/HODs årlige prioriteringer og ressursfordeling, bestillerdokumentene til helseforetakene, helseforetakenes budsjettfordelinger og legenes daglige beslutninger i møte med pasientene. Samtidig utfordres disse beslutningene stadig – blant annet av brukerorganisasjonene og medienes hyppige omtale av enkeltskjebner som utfordrer etablerte retningslinjer.

Tankesmiens medlemmer etterlyser en åpen prioriteringsdebatt og retningslinjer for prioriteringsbeslutninger. De viktigste svakhetene ved dagens situasjon er ifølge tidligere debatter i tankesmien blant annet at:

- Ingen politikere våger i praksis å gå inn i de vanskelige, men nødvendige prioriteringene. De spede forsøkene på prioritering som foregår på helseforetaksnivå blir ofte undergravd av lokale fakkeltog, valgkampsaker og presseoppslag hvor ansvarlige politikere går til omkamp, og der resultatet ofte blir det motsatte av en prioritering.
- Selv om helsepersonell i stor grad diskuterer prioriteringer i egne fora, er dette sjelden i åpne fora og fører heller ikke ofte til konkrete forslag, for eksempel rettet til politikere og helseledere for å få "godkjenning". Det fører i verste fall til ulik behandling og prioritering i forhold til enkeltpasienter.

- Vi lever i et rettighetssamfunn som trolig blir mer jusifisert. De som har rett til behandling med gitt tidsfrist, prioriteres uavhengig av kapasitet og økonomi. Når enkeltpasienter prioriteres forskjellig ved ulike helseforetak, blir dette ekstra skjevt.
- Det økte tilbudet av høyteknologisk behandling og dyre medikamenter for "vanlige" pasienter og sykdommer virker kostnadsdrivende.
- Vi trenger et annet organ for prioritering enn det nåværende Prioriteringsrådet, som i dag ligger under Sosial- og helsedirektoratet. Et nytt organ må være beskyttet av Riksrevisjonen og samtidig kunne fungere mer fritt og uavhengig. Rådet må også få et klarer mandat enn det nåværende Prioriteringsrådet har.

## Drivkrefter som vil forme en ny prioriteringsdebatt

En rekke drivkrefter utfordrer den manglende prioriteringspolitikken og -praksisen vi har i Norge: Demografiske endringer med en aldrende befolkning, teknologiske nyvinninger, økende antall kronikere, stadig flere som lever lenger med sykdommer, økte kostnader til legemiddelbruk generelt og bruk av mer innovative legemidler spesielt, et ventet gjennombrudd for ulike vaksintyper, vanlige plager som omdefineres til sykdom, og en bedre informert og kravstor befolkning er noen eksempler.

I tillegg kommer en rekke andre forhold som øker behovet for en ny prioriteringsdebatt. Når man leser fremtidsbeskrivelsene og drivkreftene som lå til grunn for Lønning-utvalgene, kan vi lett kjenne oss igjen i dagens situasjon – slik vi *erfarer* den her og nå. Vi ser at utgangspunktet for Lønning-utvalgene både viser en del likhetstrekk med dagens situasjon – men også vesentlige forskjeller som fordrer en ny tilnærming til prioritering. De største forskjellene er at vi har fått et mer utviklet rettighetsregime for pasientene, mer ny og kostbar teknologi – og ikke minst en helsetjeneste som er i ferd med å bli en del av et internasjonalt helsemarked. Den neste prioriteringsdebatten må ta høyde for disse forholdene.

**Fritt sykehusvalg:** Kan hindre effektiv prioritering ved helseforetakene siden pasientene kan få behandling ved et annet helseforetak. Nasjonale retningslinjer for prioritering kan hindre denne effekten ved fritt sykehusvalg.

**Finansieringssystemet fremmer ikke prioritering:** Finansieringssystemet har ikke vært tiltenkt som prioriteringsverktøy, og er heller ikke prioriteringsnøytralt. Stykkprissystemet tar for eksempel ikke hensyn til sykdommens alvorlighetsgrad eller om ressursbruken tilsvarer behandlingsgevinsten. Rusbehandling og psykiatri er ikke omfattet av systemet.

**Balansekrav og inkonsistent politikk:**<sup>1</sup> Den uforutsigbare stop-go politikken kan føre til en ny sykehuskrise. Det siste året var bestillingen til helseforetakene å behandle flest mulig pasienter, gjerne ved bruk av private klinikker. Nå har foretakene fått beskjed om å prioritere psykiatri og rus, og redusere/ikke øke somatisk behandling. Det skal strammes inn på bruken av private sykehus og ingen lokalsykehus skal legges ned.

**Mangel på felles definisjon av retten til nødvendig helsehjelp:** Variasjonsbredden i tildeling av "rett til nødvendig helsehjelp" innen somatikken varierer fra 56 prosent til 92 prosent mellom helseregionene. Tilsvarende variasjon for psykisk helsevern for voksne er 60-90 prosent, mens psykisk helsevern for barn og unge varierer mellom 61-75 prosent.<sup>2</sup> Rapporter fra Helse Vest og Helse Øst viser også store variasjoner internt i helseregionene i praktiseringen av prioritetsforskriften.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Mandag Morgen: "En varslet sykehuskrise", leder, nr 15, 2. mai 2006.

<sup>2</sup> Nasjonal strategigruppe for prioriteringer, februar 2006.

<sup>3</sup> Helse Vest: "Praktisering av prioriteringsforskriften i Helse Vest", desember 2005

<sup>4</sup> Helse Øst: "Rett prioritering i Helse Øst. Fastsetting av individuelle frister for rettighetspasienter", samarbeidsprosjekt mellom Helse Øst RHF og Sosial- og helsedirektoratet, desember 2005.

**Mangler kunnskap om kostnader:** Ifølge Prioriteringsrådet eksisterer det ikke systematisk oversikt over verken kostnadene eller nytten ved halvparten av behandlingene som gis ved norske sykehus.<sup>5</sup>

**Store forskjeller i behandling:** Flere undersøkelser har vist at pasienter med lik diagnose får til dels svært ulik behandling. Behandling av prostatakreft er ett eksempel.<sup>6</sup> Årlig får rundt 3000 norske menn diagnosen kreft i prostata. Behandlingen de tilbys spriker kraftig fra helseregion til helseregion. - Vi har ikke nasjonale retningslinjer som kan bidra til at alle får lik behandling uavhengig av hvor de bor, sier lege og prosjektleder Rune Kvåle ved Kreftregisteret. Han er ansvarlig for undersøkelsen som ble offentliggjort i Tidsskrift for Den norske lægeförening. I undersøkelsen, som omfatter alle menn som fikk prostatakreft i henholdsvis 1998 og 2001, kommer det blant annet frem at: 1) Totalt sett tilbys en av tre pasienter under 75 år helbredende behandling. De resterende får behandling som er ment å skulle holde sykdommen i sjakk. 2) Tilsvarende andel i Helse Sør og Helse Nord er 29 prosent. I Helse Midt-Norge er andelen 19 prosent. 3) Blant dem som får helbredende behandling, er det store variasjoner i hva slags behandling pasientene får. Syv av ti pasienter i Helse Vest får strålebehandling, de resterende opereres med fjerning av prostata. I Helse Sør er andelen som får strålebehandling 35 prosent, og andelen som blir operert 65 prosent.

**Redusert ventetid:** Ventetiden er fra 2003 til 2004 blitt redusert for somatiske pasienter fra gjennomsnittlig 110 dager til i underkant av 90 dager.<sup>7</sup> I 2005 økte ventetidene litt. For barne- og ungdomspsykiatrien er tallene hhv 78 dager og 82 dager, for voksenpsykiatrien 77 dager, 68 dager og 68 dager. Det er fortsatt store variasjoner mellom helseregionene. Det er som ventet noe kortere ventetid for pasienter som har rett til helsehjelp enn for de som ikke har fått tildelt rett til helsehjelp, men denne forskjellen er ikke særlig stor. For somatiske sykdommer er den bare 14 dager. I flere tilfeller viser det seg at det har vært større reduksjon i ventetider for pasienter uten rett til helsehjelp enn for de som faktisk har fått en slik rett.

**Medisinsk-teknologisk utvikling:** Eksempler fra Rikshospitalet-Radiumhospitalet viser at det er en stor utfordring å håndtere nye teknologiske gjennombrudd og nye kostnader for "nye pasientgrupper", dvs grupper av mennesker med lidelser som i morgen kan få en ny behandling:<sup>8</sup>

- kunstig hjerte (bro til transplantasjon) - kostnad 1,3 mill
- behandling av visse medfødte stoffskiftesykdommer hos barn (Fabry): kostnad over en mill/år
- leverdialyse (akutt leversvikt og bro til transplantasjon) - kostbare nye filtre
- behandling av hjerteflimmer med radiofrekvensablasjon - meget stort pasientpotensial etter hvert som nye, avanserte og kostbare laboratorier etableres

**Neste generasjon legemidler:** Vaksiner innen store sykdomsområder som kreft er på trappene. Politiske beslutningstakere og helsemyndigheter må forberede seg på å ta stilling til retningslinjer for eventuelle vaksinasjonsprogrammer. Ny kunnskap innen genteknologi fører både til muligheter for sykdomsoppfølging, forebygging, behandling og rådgivning som reiser en rekke etiske problemstillinger. Utviklingen innen genteknologi kan på sikt gi mer målrettede medikamenter tilpasset individens genprofil. Dette er imidlertid svært kostbart å utvikle, selv om gentester på lang sikt kan gi mer helse for pengene.

**Fastlegene svekket som portvakter:** En evaluering av fastlegeordningen har vist at den har svekket allmennlegenes portvaktfunksjon. Ordningen innebærer i noen grad konkurranse mellom legene mellom hvem som "leverer" ift ønsker og uttrykte behov, og primærlegene får sterk lojalitet til listepasientene sine.<sup>9</sup>

**Kompetansemangel utfordrer samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten:**

Kompetansemangel i primærhelsetjenesten, spesielt innen eldreomsorgen, skyver pasienter over til

<sup>5</sup> Mandag Morgen: "Sykehusene prioriterer i blinde", nr 25, 29. august 2005.

<sup>6</sup> Aftenposten 23. mars 2006: "Bosted avgjør behandling".

<sup>7</sup> Norsk pasientregister

<sup>8</sup> Informasjon fra Stein Vaaler.

<sup>9</sup> Nasjonal strategigruppe for prioriteringer, februar 2006.



sykehusene og fører til økt ressursbruk. Prinsippet om å benytte "lavest effektive omsorgsnivå" blir vanskeligere å anvende i praksis. Det er tendens til at leger og sykepleiere ikke tiltrekkes av å arbeide i kommunehelsetjenesten. Trenden bekreftes av to uavhengige undersøkelser som er gjennomført av avgangsstudenter ved høyskolene i Sør-Trøndelag (HiST) og Østfold (HiØ) i år. Av begge undersøkelsene går det frem at sykepleierne blir utrygge når de er i praksis. Årsaken er at sykepleierne i kommunehelsetjenesten er ansatt i små enheter der de svært ofte er eneste sykepleier på vakt – med hele det pleiefaglige ansvaret. Når de som jobber der er ikke tilfreds med å arbeide i små fagmiljøer, smitter dette over på studentene.<sup>10</sup>

- Ved HiST ønsker 98 prosent av studentene seg jobb på et sykehus. Nesten ingen vil jobbe på et sykehjem eller i hjemmesykepleien i kommunene.
- Ved HiØ ønsker 88 prosent av studentene å jobbe i sykehus, mens bare 12 prosent kan tenke seg å jobbe i kommunehelsetjenesten. Bare 2,2 prosent prioriterer jobb på et sykehjem som førstevalg.

**Pasientmobilitet og internasjonalt pasientmarked:** Pasientrettighetsloven gir pasienter rett til behandling i utlandet. De siste årene har antall utenlandspasienter økt, og helseregionene bruker mer penger til behandling i utlandet. De siste årene har EF-domstolen avsagt dom i flere rettssaker ser pasientene har fått medhold i at de skal få dekket behandling i et annet land enn hjemlandet dersom de av ulike grunner har valgt det.<sup>11</sup>

## Fokus for inspirasjonsnotatet

Vi vil ta opp følgende problemstillinger i notatet og på møtet i tankesmien:

- Erfaringer med prioritering.
- Hvilke prioriteringsveier eller -strategier ser vi, og hvordan må ulike behov og interesser balanseres for å føre til reelle prioriteringer i praksis?
- Er det mulig å tenke seg et nasjonalt prioriteringssystem når det vokser frem et globalt helsemarked?
- Perspektiv: Ansvarsmodell for prioritering?

## Begrepsavklaring og prioriteringsteori

**Åpne prioriteringsbeslutninger:** Beslutningstakerne har en eksplisitt bevissthet om begrensede ressurser som viktigste ramme for prioriteringsbeslutningene. Lønning-utvalgene og arbeidet i den amerikanske delstaten Oregon er eksempler på dette.

**Ukoordinerte, diskrete beslutninger med prioriteringskonsekvenser:** Beslutningstakerne har et annet fokus enn prioritering og begrensning av ressursbruk, men beslutningene har likevel prioriteringskonsekvenser. Forgår mer eller mindre kontinuerlig på mange ulike nivåer, fra valg av behandling for den enkelte pasient, til stykkprisfinansiering, nedkorting av ventelister og fritt sykehusvalg.

**Førsteordens prioriteringsbeslutninger:** Beslutninger på overordnet nivå (politikk, forvaltning, eierstruktur).

**Annenordens prioriteringsbeslutninger:** Beslutninger i klinisk praksis. Kan deles inn i to undergrupper: Rammesettende beslutninger på overordnet klinisk nivå og enkeltbeslutninger knyttet direkte til pasientbehandling i praktisk-klinisk sammenheng.

<sup>10</sup> Helserevyen 9. mai 2006.

<sup>11</sup> Mandag Morgen: "Mot fri flyt av pasienter i EU", nr 2, 17. januar 2005.

## Litt prioriteringsteori

Norman Daniels og Jim Sabin har utviklet et rammeverk for åpne og rimelige prioriteringer (Accountability for Reasonableness). Dette rammeverket legges til grunn for prioriteringsarbeidet i flere land nå, blant annet hos private forsikringsselskaper i USA, medisinske metodevurderinger i Storbritannia, Canada (medisinsk metodevurdering ved innføring av kostbar cellegift), New Zealand og Nederland (forsøk på å definere grunnleggende helsetjenester).<sup>12</sup>

Den bærende ideen i dette rammeverket er at beslutningstakerne skal holdes ansvarlige (accountable) for å begrunne sine beslutninger på en rimelig og relevant måte overfor alle berørte parter (reasonableness).

Rammeverket stiller fire krav til prioriteringsbeslutninger:

1. **Åpenhet:** Beslutninger som begrenser tilgang til helsetjenester skal være offentlige, og begrunnelsene skal være offentlig tilgjengelig.
2. **Relevans:** Begrunnelsene skal være relevante. Det vil si at de må hvile på faglig dokumentasjon, resonnementer og prinsipper som alle parter – administratorer, klinikere, pasienter og samfunnsborgere – kan akseptere som relevante for å avgjøre hvordan forskjellige behov for helsetjenester kan tilfredsstilles for hele befolkningen, gitt ressursknapphet.
3. **Klageadgang og korreksjon:** Det bør eksistere mekanismer for klager og kritikk av avgjørelser hvor det er uenighet om beslutninger som begrenser tilgang til helsetjenester. En slik klageadgang gir imidlertid bare mening dersom den inkluderer muligheten for å revidere beslutninger i lys av ny dokumentasjon eller nye argumenter.
4. **Regulering og institusjonalisering:** Det bør være offentlig eller frivillig regulering av de mekanismer og prosedyrer som sikrer at krav 1-3 blir oppfylt.

En del av de helseøkonomiske diskusjonene om prioritering handler om vurdering av kost/nytte i forhold til "quality adjusted life years". Uten en nyttevurdering blir rasjonell prioritering svært vanskelig. Ett av problemene med nyttevurdering er at det mangler enighet om hva som er verdien av et vunnet leveår etter helsebehandling. Professor Ivar Sønnebø Kristiansen ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo mener at 350.000 kroner er en rimelig grense for hva samfunnet bør være villig til å betale for et ekstra leveår med god helse. Men han understreker at grensen må oppfattes som en veiledning, "ikke en rigid barriere mellom liv og død". I trafikksikkerhetsarbeid setter man en grense for hva et spart menneskeliv er verdt, ut fra noen beregninger anslått til 2-3 millioner kroner.<sup>13</sup>

## To prioriteringsveier

Hittil har vi sett to ulike strategier som har vært brukt for å prioritere i helsetjenesten:

- Strategi 1: Velge bort/prioriteringslister
- Strategi 2: Nasjonale faglige retningslinjer for utvalgte sykdomsgrupper

Strategi 1 kjennetegnes ved at det settes ned utvalg som skal etablere et rammeverk og prinsipper for prioritering av helsetjenester. Dette skjer typisk i økonomiske nedgangstider og rasjonale er innsparing ved å begrense den offentlige finansieringen av helsetjenester eller på annen måte lage et system for at noen grupper går foran andre i køen når det er knapphet på økonomiske eller behandlingsmessige ressurser. Aktørene er typisk et bredt sammensatt utvalg og noen medisinsk-faglige eksperter/miljøer.

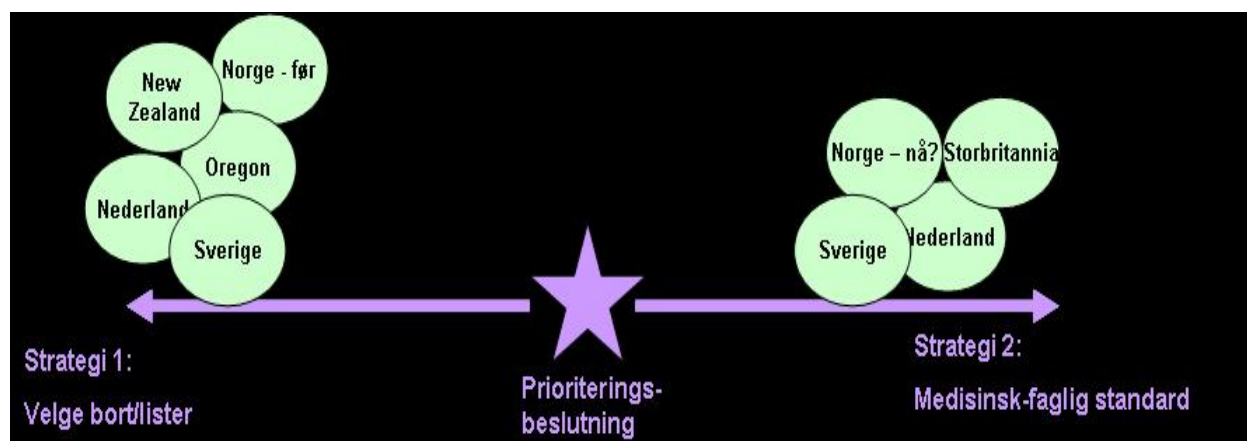
<sup>12</sup> Nasjonal strategigruppe for prioriteringer, februar 2006.

<sup>13</sup> Mandag Morgen: "Sykehusene prioriterer i blinde", nr 25, 29. august 2005.

Strategi 2 kjennetegnes ved at prioriteringsarbeidet foregår i medisinsk-faglige miljøer og offentlige forsknings-, utrednings- og metodeevaluerende miljøer. Rasjonalet er å frembringe kunnskap om evidens, forholdet mellom kost/nytte og kvalitetsutvikling – som så kan legges til grunn for standardisering av behandlingslinjer og metoder som skal prioriteres.

De to strategiene kan illustreres på følgende måte, og vi har merket av eksempler på land som har forsøkt seg på de ulike tilnærmingene:

**Figur 1: To prioriteringsstrategier. Kilde: Visjon helse 2015**



## Etikkens plass i prioriteringsdebatten

Generelle etiske betraktninger og holdninger vil alltid ha betydelig innvirkning på resultatene av disse to prioriteringsstrategiene, kanskje spesielt strategi 1. Det vil alltid være forhold av etisk karakter som ligger til grunn for at pasienter behandles for det offentliges regning, nærmest uten hensyn til om det finnes ressurser eller om behandlingen er "godt nok" dokumentert eller har "god nok" kvalitet. Det vil særlig være tilfellet der det står om liv og død på kort sikt, kanskje også til en viss grad påvirket av pasientens livssituasjon. Etiske vurderinger er en så vesentlig del av en helsearbeiders hverdag at det vil være helt urealistisk å tro at prioriteringsstrategier som bare bygger på objektive forhold som økonomi, ressurseffektivitet, og kvalitetsvurderinger kan overleve. En mer robust prioriteringsstrategi trenger trolig noen etiske grunnprinsipper i bunn. Denne tilnærmingen lå til grunn for førsteprioritet i begge Lønning-utvalgene (se nedenfor) der nettopp etiske hensyn var grunnlaget for øverste prioritet. På de neste trinnene ble krav om kost/nytte-effekt og effektivitetskrav gjeldende.

## Prioriteringserfaringer i utvalgte land

### Strategi 1: Velge bort/lister

#### Norge: Lønning I, 1987

Mandatet var å utarbeide retningslinjer for prioriteringer innen helse- og omsorgstjenesten og hvordan ulike innsatser bør koordineres. Arbeidet ble presentert i NOU 1987:23, "Retningslinjer for prioriteringer innen helsetjenesten", og tyngdepunktet i arbeidet var prioriteringsprinsipper på politisk-administrativt nivå. Utvalget pekte ut psykiatri, (re)habilitering, kronikere og eldreomsorg som prioriterte områder. Det ble også foreslått et system for prioriteringer på fem nivåer:



- Nivå 1: Innsats som er livsnødvendig for den enkelte, grupper eller samfunnet.
- Nivå 2: Tilstanden kan få katastrofale eller svært alvorlige følger på sikt for den enkelte, grupper eller samfunnet.
- Nivå 3: Innsats som har dokumentert nytte og der konsekvensene blir klart uønsket dersom behandling ikke gis.
- Nivå 4: Innsats som antas å ha effekt på helse eller livskvalitet.
- Nivå 5 (null-prioritet): Innsatser som verken er nødvendige eller har klart dokumentert nytte.

Den politiske behandlingen førte til en lovendring og forskrift om ventelistegaranti der pasienter i gruppe én sikres umiddelbar behandling og pasienter i gruppe to skulle få behandling innen seks måneder.

## Norge: Lønning II, 1997

Mandatet var å utarbeide retningslinjer for å løse mer konkrete prioriteringssituasjoner i helsetjenesten, deriblant å ta stilling til og foreslå grenser for det offentliges ansvar. Utvalget tok utgangspunkt i tanker og prinsipper fra første utvalg, men konstaterte at den første utredningen hadde hatt mindre effekt enn ventet. Lønning II-utvalget uttalte seg sterkt kritisk til ventetidsgarantien, som det mente ikke var i samsvar med de nasjonale prioriteringene.

Lønning II-utvalget foreslo fire prioriteringsnivåer, der innsatsen skulle vurderes ut fra tre kriterier: Alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet:

- Nivå 1: Grunnleggende helse- og omsorgstjeneste
- Nivå 2: Kompletterende helse- og omsorgstjenester
- Nivå 3: Lavt prioriterte helse- og omsorgstjenester som det offentlige kan tilby mot full egenbetaling eller egenbetaling ut fra medisinske behov.
- Nivå 4: Helse- og omsorgstjenester som ikke hører inn under offentlig finansiering.

Utvalget foreslo at følgende vurdering skulle ligge til grunn for tilbud som ikke skal finansieres av det offentlige: Tiltak som er dokumentert uten virkning på overlevelse, funksjonstilstand eller smerte; tiltak rettet mot tilstander som faller utenfor allmenne oppfatninger om hva som er sykdom; tiltak med høy risiko; tiltak med ekstremt høye kostnader i forhold til forventet nytte og tiltak som det vil være uetisk å utføre. Utvalget mente også at oppsøkende risikojakt på friske personer uten kjent risiko, f.eks ved prediktive genetiske tester bør ha nullprioritet i den offentlige helsetjenesten.

Prioriteringsarbeidet skulle foregå i tre steg: For det første skulle ekspertgrupper ut fra de nevnte prinsippene foreslå en prioriteringsordning innen sine respektive områder. For det andre skulle politikere og administrasjon beslutte om ressursbruk og nødvendig kapasitet for de ulike gruppene basert på tilgjengelig informasjon, analyser, spesialistanbefalinger og helsepolitiske mål. For det tredje skulle spesialistgruppene formulere kliniske retningslinjer for valg av pasienter til riktig behandling.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> NOU: "Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste", NOU 1997:18.

## Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet

Det såkalte Prioriteringsrådet ble etablert i 2000 av Bondevik I-regjeringen i kjølvannet av Lønning II-utvalget. Det var lite aktivt under Tore Tønnes tid som helseminister, men fikk nytt mandat og nye medlemmer i 2003. Ifølge mandatet skal rådet:<sup>15</sup>

- På oppdrag fra Helsedepartementet eller på eget initiativ gi råd om prioritering innen helsetjenestens ansvars- og interesseområde.
- Gi anbefalinger om grensene for det offentlige ansvar for å tilby helsetjenester og om prioritering av pasientgrupper og oppgaver innen dette ansvarsområdet. Dette skal omfatte både nye og etablerte behandlingstilbud og tjenester.
- Bidra til forståelse i samfunnet for spørsmål som gjelder prioritering i helsetjenesten.
- Legge vekt på de etiske, faglige og ressursmessige hensyn i prioriteringene.
- Rådet kan uttale seg til spørsmål om rettferdig fordeling av ressurser i helsetjenesten og spørsmål om lik tilgjengelighet til helsetjenester.
- Rådet skal ikke uttale seg om prioritering i forhold til enkeltpasienter.
- Rådet skal så langt som mulig la befolkningen få innsyn i rådets beslutningsgrunnlag og kunne påvirke dette. Rådets uttalelser er offentlige med mindre annet følger av lovbestemt taushetsplikt.

Prioriteringsrådet har markert seg mest gjennom medieoppslag om blant annet egenandel ved kunstig befruktning og ved screening for brystkreft, samt kritikk av at barn med marginale lidelser går foran eldre i behandlingsskøen. Disse forslagene møtte mye motstand, også politisk. I rapporten til nasjonale strategigruppen for prioriteringer er inntrykket at rådet ikke har fått den tiltenkte plassen det skulle ha i prioriteringsarbeidet.

## Rasmussen-utvalget

I Norge har det foregått et betydelig prioriteringsarbeid for høyspesialisert og høyteknologisk medisin. Helsetilsynets rådgivende utvalg for spesialisthelsetjenesten ble etablert i 1990-91 (senere kalt Rasmussen-utvalget), og nedlagt i 2002. Rådet skulle ha som oppgave å gi råd til departementet om hvilke tjenester som burde etableres og ved hvilke sykehus. Frem til 2002 klarte man i betydelig grad, og av og til med betydelig uro i fagmiljøene som resultat, å styre/begrense etableringen av ny teknologi og avansert behandling. Alle ønsker om ny teknologi og behandling ble i denne perioden gjennomgått av utvalget for å vurdere kost/nytte, effektivitet og ikke minst lokalisering av tjenesten, blant annet for å hindre at ny teknologi/behandling ble etablert ved sykehus uten tilstrekkelig pasientgrunnlag eller nødvendig faglig kompetanse. Utvalget styrte relativt detaljert, blant annet ut fra hvilke funksjoner som bare ett sykehus i landet skulle ha (landsfunksjoner), hvilke funksjoner som kunne deles mellom to sykehus (flerregionale funksjoner) og hvilke funksjoner som bare skulle foregå ved ett sykehus i hver helseregion (regionale funksjoner). Denne sterke fagpolitiske styringen av helsetjenestene er antakelig enestående i en internasjonal sammenheng.<sup>16 17</sup>

<sup>15</sup> [http://www.shdir.no/prioriteringsradet/om\\_radet/mandat\\_12374](http://www.shdir.no/prioriteringsradet/om_radet/mandat_12374)

<sup>16</sup> Bratlid D. og Rasmussen K: "Nasjonal styring av høyspesialiserte medisinske tjenester". Tidsskrift for Den norske lægeforening, 2005:125:2976-9.

<sup>17</sup> Rasmussen K og Bratlid D: "Medisinske monopoler – et valg mellom kvalitet eller likhet?" Tidsskrift for Den norske lægeforening, 2005:125:2980-3.

## Oregon

I 1987 nedsatte guvernøren i Oregon en gruppe som inkluderte representanter for helsetjenesten, næringslivet, arbeidslivsorganisasjoner, forsikringselskaper og lovgivende forsamling. Gruppen ble enig om et felles mål – å holde befolkningen i Oregon frisk. Den utviklet en politisk strategi for å nå målet. Det ble nedfelt i en plan som skulle besvare følgende spørsmål: Hvem skal være dekket av forsikringen, hva skal dekkes, hvordan skal det finansieres og leveres? Hensikten var å kunne utvide antall mennesker som dekkes av helseforsikringsordningen. Dette innebar vesentlige endringer, og mellom 1989-1993 vedtok lovgivende forsamling i Oregon en serie lover som samlet blir kalt the Oregon Health Plan. "Senate Bill 27" (1989) utvidet dekningen av Medicaid til å gjelde folk i Oregon som har inntektsnivå under fattigdomsgrensen og etablerte et sett med rettigheter ut fra en prioriteringsliste for helsetjenester. Denne utvidelsen krevde unntak fra den føderale loven. SB 27 etablerte også the Oregon Health Service Commission for å rangere medisinske tjenester fra de mest til de minst viktige for hele befolkningen. Denne kommisjonen arrangerte en rekke offentlige høringer i staten, og etablerte en prioriteringsliste med tjenester innen mer enn 700 somatiske sykdommer, tannpleie, rusavhengighet og mentale lidelser. Lovgivende myndighet setter finansieringsnivået etter hvor mange av tjenestene på listen som skal dekkes, men har ikke mulighet til å omrokkere listen. Prioriteringslisten blir jevnlig oppdatert.<sup>18</sup>

Prioriteringsarbeidet i Oregon bød på betydelige problemer. Den første listen over tilstander/ behandlingspar som ble offentliggjort i 1990 var utformet etter kostnads- og nytteanalyser i stor skala, men ble forkastet fordi listen ble ansett for å stride mot alminnelig medisinsk fornuft. Blant annet ble banale tilstander med lave behandlingstkostnader rangert høyt, mens alvorligere tilstander som krevde kostbar behandling ble rangert lavt. Oregons erfaring viste at økonomiske teknikker designet for å sammenligne kostnader og effekt på helsetjenesten ikke er tilstrekkelig for å utvikle et solid grunnlag for beslutninger. Listene ble revidert, men reformen ble likevel stoppet av Bush-administrasjonen som hevdet at reformen brøt med loven om funksjonshemmedes rettigheter. Etter en ny runde i 1993, gav Clinton-administrasjonen klarsignal for reformen fra februar 1994.<sup>19</sup>

Da planen ble implementert i 1994, finansierte the Oregon Health Plan 565 av 696 behandlinger. De fleste unntakene gikk på behandling av mindre helseplager eller for behandlinger som manglet evidens. I ettertid er flere behandlinger blitt lagt til listen, noen også selv om evidensundersøkelser viser at de ikke er bedre enn andre behandlinger. Etter hvert har politikerne bevilget mer penger til Medicaid slik at flere behandlinger kan tas bort fra prioriteringslisten.<sup>20</sup>

## New Zealand<sup>21</sup>

I forbindelse med en større reform av helsetjenesten på begynnelsen av 1990-tallet åpnet regjeringen for debatt om grensene for den offentlige helsetjenesten og behov for prioritering. I 1992 ble den såkalte The Core Services Committee nedsatt. I stedet for å lage en liste over offentlig sektors kjernevirksomhet for helsetjenesten, la den frem en liste over fire kriterier som den allment finansierte helsetjenesten skulle bygge på: Effekt, kost/nytte, likhet og legitimitet.

Erfaringene har vist at mange av planene ikke er realisert. Prioriteringer som var tenkt gjort ved å definere en kjerne av helsetjenester som skulle finansieres av det offentlige kom aldri helt i gang. Det henger blant annet sammen med bedre økonomi mot slutten av 1990-tallet og at en ny regjering som tiltrådte i 1999 økte bevilgningene til helsesektoren.

<sup>18</sup> Oregon government homepage, [www.oregon.gov/DHS/healthplan/priorlist](http://www.oregon.gov/DHS/healthplan/priorlist)

<sup>19</sup> NOU: "Prioritering på ny", NOU 1997:18

<sup>20</sup> Chris Ham and Glenn Robert (ed): "Reasonable Rationing. International experience of priority setting in health care", Open University Press, 2003.

<sup>21</sup> Per Carlsson (red): "Prioriteringar inom hälso- och sjukvård – erfarenheter från andra länder", PrioriteringsCentrum 2005:2.

## Nederland<sup>22</sup>

Det var økonomiske nedgangstider i landet på slutten av 1980- og begynnelsen av 1990-tallet, noe som intensiverte diskusjoner om samfunnets mulighet til å finansiere all helsetjeneste fremover. På denne tiden ble det nedsatt to utredninger: Dunningkomiteen og en komité fra Helse- og omsorgsrådet. Dunningkomiteens forslag bygde på en politisk prioriteringsløsning, mens det andre utvalget så på endringer i insentivordninger og organiseringen av helse- og omsorgstjenesten.

Dunningkomiteen hadde to grunntanker: Prioriteringer er nødvendig fordi ressursene er begrenset og at all mulig medisinsk teknologi ikke nødvendigvis skal tilbys av det offentlige. Komiteen ville fremme en dialog om prioriteringer som involverte både pasient- og forbrukerforeninger og helsepersonell. Den fremmet fire beslutningskriterier: Nødvendighet (fra et samfunnsperspektiv), formålstjenelighet (kostnadsperspektiv), effektivitet og individuelt ansvar. Komiteen ville at valg av offentlige tjenester, behandlingsmetoder og innføring av medisinsk teknologi, samt prioriteringer i og mellom ventelister skulle vurderes ut fra disse fire kriteriene.

Den kristelig-sosialdemokratiske koalisjonen (1989-1994) valgte å definere 95 prosent av helse- og omsorgstjenestene som nødvendige, noe som la strategien om å sette grenser for offentlig finansiering av helsetjenester død. Den "lilla" koalisjonen som regjerte mellom 1994 og 2002 gjorde flere forsøk på å løfte ut f.eks prevensjonsmiddel, kunstig befruktning, langtidspsykoterapi, syketransport, logopedbehandling og tannpleie fra det offentliges finansieringsansvar. Etter politisk påtrykk har de fleste kommet inn under den offentlige finansieringen igjen.

Den største effekten av Dunningkomiteens arbeid har vært innen medisinsk teknologi. Det er nedsatt en nemnd som går gjennom og prioriterer for å hindre innføring og spredning av medisinsk og økonomisk ineffektiv medisinsk teknologi. Ny teknologi vurderes ut fra følgende kriterier: Samfunnseffekten av sykdommen, den potensielle nytten som pasientene har av behandlingen, antall pasienter som berøres, de direkte kostnadene som intervensjonen medfører og finansielle konsekvenser i vid forstand. Vurderinger av legemidler skjer ut fra en eksplisitt beslutningsmodell med følgende kriterier: Nødvendig helsehjelp, formålstjenelighet, effektivitet, terapeutisk verdi og kostnadseffektivitet.

## Sverige

Sverige er trolig det landet som har kommet lengst med å innføre åpne prioriteringer.<sup>23</sup> Prioriteringsdebatten i Sverige hadde 1990-tallets økonomiske krise som bakteppe. Innsparingene tok ikke bare toppen av utgiftsveksten, men helsebudsjettene krympet målt i kroner og øre.

I 1995 offentliggjorde et utvalg en utredning om prinsipper for prioritering, den såkalte Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5). Den ble etterfulgt av en regjeringsproposisjon, og i 1997 gav Riksdagen grønt lys for å rangere helsetjenester basert på kost/nytte-analyser – vel og merke når det tas hensyn til sykdommens karakter og prinsippet om lik rett til behandling for alle. I 1999 fulgte regjeringen opp med å foreslå at prioriteringshensynet integreres i planleggingen på alle nivåer i helsetjenesten. Embetsverket og forskningsmiljøene ble rustet opp, og PrioriteringsCentrum ble etablert som et nasjonalt ressurscenter for å hjelpe aktører rundt om i landet med de mest avanserte metodene, medisinske og helseøkonomiske data. Ifølge sjefen for prioriteringsenheten i den statlige Socialstyrelsen var ikke poenget å spare penger, men å sikre at alle får adgang til de mest nødvendige behandlingstypene på like vilkår.

I det svenske helsedirektoratet utarbeider man et omfattende sett nye retningslinjer for prioriteringer i behandlingen ulike sykdommer. Retningslinjer for behandling av hjerte- og karsykdommer ble først besluttet etter en høringsrunde. Deretter ble det arbeidet med retningslinjer for blant annet slagtilfeller og kreft.

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> Mandag Morgen: "Gjennombrudd for prioritering av helsekronene", nr 14, 19. april 2004.

Det ble også nedsatt et medisinsk programarbeid: De ansvarlige spesialistene fra ulike institusjoner og sektorer setter seg rundt samme bord og gjennomgår skritt for skritt hvordan en gitt sykdomstilstand skal håndteres innenfor länets (tilsvarende fylke) område. Resultatet oversendes politikerne.

Det mest vidtgående og radikale prioriteringsarbeidet er gjort i to av länene, Östergötland og Västre Götaland.

## Östergötland

Landstingsledelsen i Östergötland innledet et betydelig prioriteringsarbeid i 2002, og vi vil forsøke å gi en kort oversikt over arbeidet, i tillegg er det mye dokumentasjon på nettstedet til PrioriteringsCentrum:<sup>24</sup>

- 1997: Foreløpige vertikale rangordningslister har blitt utviklet for flere sykdomsområder.
- 2002: Landstingsdirektøren gav kliniksjefer i oppdrag å utarbeide vertikale rangordningslister for helsetjenesten i länet. Listene skulle være länsovergrepene og forankret i primærhelsetjenesten.
- 2003: Landstingsledelsen beslutter at underskuddet på 300 millioner SEK skal dekkes via strukturendringer, effektivisering og prioriteringer. Prioriteringsarbeidet skal føre til beslutning om tilbudsbegrensning på helsetjenester.
- Det ble utarbeidet rangordning av sykdomstilstand i kombinasjon med tiltak i den hensikt å sammenligne pasientgruppers behov for helsetjenester, pasientnytte og kostnadseffektivitet. Rangordningslistene skulle være basert på sykdomsgrupper og gis rangering fra 1 til 10. Rangeringen skal også baseres på den etiske plattformens tre prinsipper: Sykdommens alvorlighetsgrad, effekten av behandlingen, kostnadseffektivitet og evidens.
- Klinikksjefer fikk i oppdrag å utarbeide konsekvensbeskrivelser for de ti prosent av helsetjenesten som ble lavest rangert, og disse skulle være lesbare for folk uten medisinsk bakgrunn.
- Det etableres et Tjänstemannaprioriteringsråd (helse- og sykedirektøren, medisinske rådgivere og tjenestemenn som støtteapparat). Rådets oppgave er å analysere vertikale rangordningslister og konsekvensbeskrivelser og presentere resultatene for politikerne. Det etableres også et Politikerprioriteringsråd (helse- og omsorgsnemndens presidium). Rådet skal ta stilling til resultatet og beslutningsgrunnlaget, samt utarbeide beslutningsforslag.
- Det ble arrangert øvelsesseminar i prioritering for politikerne.
- Landstingsstyrelsen fikk muntlig redegjørelse for hver sykdomsgruppe i et innledende møte før den skulle fatte beslutning.
- Landstingsstyrelsen beslutter og fastlegger landstingets prioriteringsprinsipper, mens Hälso- och sjukvårdsnämnden har i oppdrag å prioritere mellom ulike behov.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden unnlot å fatte beslutning om tilbudsbegrensninger på følgende områder: Infeksjonssykdommer, blodsykdommer, nevrologiske sykdommer og sykdommer i luftveiene.
- For følgende sykdomsgrupper tok ikke politikerne stilling til tilbudsbegrensning pga manglende adekvat beslutningsgrunnlag: Psykisk helse, kreft, endokrine sykdommer og mage/tarmsykdommer.

De første beslutningene i 2003 innebar både begrensninger i tjenestetilbudet, innskjerper på indikasjoner og overføring av tjenester til annet behandlingsnivå, samt innføring av avgifter.

Evalueringen av prioriteringsbeslutningen fra 2003 viser at de fleste delbeslutninger om å begrense tilbudet, skjerpe inn indikasjonskravene eller overføring til annet nivå er blitt gjennomført.<sup>25</sup> Ingen

<sup>24</sup> Karin Bäckman, Erling Karlsson og Per Carlsson: "Öppna prioriteringar i Östergötland. Del III. Uppföljning av de politiska besluten – hur gick det sedan?", PrioriteringsCentrum 2006:3.

<sup>25</sup> En fullstendig liste over hvilke behandlinger som ble tatt bort fra den offentlige finansieringen er i vedlegg I i rapporten "Öppna prioriteringar i Östergötland", som er lagt ut på [www.visjonhelse2015.org](http://www.visjonhelse2015.org), temamøte 5, underlagsmaterieill.



pasienter føres på venteliste over de nedprioriterte behandlingene, og remisser fra primærhelsetjenesten sendes tilbake. Ellers viser det seg at prioriteringsbeslutningene tolkes noe ulikt mellom ulike behandlingssteder.

Selv om det sies vanskelig å beregne størrelsen på den faktiske kostnadsreduksjonen, anslås den samlede kostnadsbesparelsen til 37,7 millioner kroner. Den største enkeltvise innsparingen ser ut til å ha vært innen øresykdommer.

I 2004 ble den andre prioriteringsprosessen besluttet, og flere behandlinger ble satt på prioriteringslisten.<sup>26</sup>

En studie av prioriteringsarbeidet i Östergötland viser at prosessen har funnet sted i en atmosfære av gjensidig tillit. Tillitskulturen henger sammen med organiseringen av helsesektoren i länet. For det første er beslutningskompetansen systematisk desentralisert slik at en avdelingsleder ved et sykehus forholder seg direkte til länsadministrasjonen, mens sykehusledelsen relativt sett er svakere. For det andre er det etablert interne fora hvor de ansvarlige møtes ansikt til ansikt for å snakke om fremtidige utfordringer.

Erfaringer med prioritering i Sverige har vist at det fungerte dårlig å be politikerne vurdere når man er syk nok til å bli behandlet for en bestemt lidelse. Legene bør fastsette indikasjonsnivåene for behandling. Det bør være klarere skille mellom fjerning av behandlingstilbud og å overlate behandlingen til andre, f.eks privatpraktiserende leger. Når behandlingstilbud fjernes, må det begrunnes godt. En annen erfaring er at Landstinget vil prøve å trekke befolkningen mer med i prosessen. I tillegg ser man behovet for en tvisteinstans som kan ta seg av prioriteringskonflikter. Et annet forhold som man bør være oppmerksom på, er at åpen prioritering kan føre til nye utgifter fordi man avdekker hull og mangelfulle standarder. Selv om både fagmiljøet og politiske beslutningstakere var involvert i prosessen, ble forankringen utfordret da de riksdekkende mediene anført av Dagens Medicin og Expressen rettet skarp kritikk mot den åpne prioriteringen og spesielt prioriteringslisten. I tillegg støttet ledende sosialdemokrater som partisekretæren og sosialministeren kritikken og fremholdt at enhver har rett til helseundersøkelse, uansett hva som står på prioriteringslisten.<sup>27</sup>

Alt i alt viser siste evaluering at effektene av alt arbeidet har fått begrenset innflytelse på arbeidet i helsetjenesten. Prioritering er heller ikke høyt oppe på politikernes agenda lenger.<sup>28</sup>

## Strategi 2: Faglige nasjonale retningslinjer

Gjennomgangen av prioriteringsarbeidet i de ulike landene viser at både Sverige og Nederland – og Norge gjennom Rasmussen-utvalget – har erfaringer med den andre prioriteringsstrategien der kjernen er å utvikle faglige nasjonale retningslinjer for behandlinger, metodevalg og vurdering av ny medisinsk teknologi.

### Storbritannia

Det har vært liten vilje sentralpolitisk i Storbritannia til å åpent diskutere prioriteringer. I den grad dette skjer, er det desentralisert til ekspertgrupper som NICE eller til lokale organer som Primary Care Trusts (se inspirasjonsnotat nr 4).

I dokumentet "The NHS Plan" fra 2000 fremkom det at hoveddelen av ressursene i NHS går til områder som ikke kan ekskluderes – eldreomsorg, psykiatri, kreftbehandling og hjerte-karsykdommer.

<sup>26</sup> En fullstendig liste over hvilke behandlinger som ble tatt bort fra den offentlige finansieringen er i vedlegg II i rapporten "Öppna prioriteringar i Östergötland", som er lagt ut på [www.visjonhelse2015.org](http://www.visjonhelse2015.org), temamøte 5, underlagsmaterieill.

<sup>27</sup> Mandag Morgen: "Gjennombrudd for prioritering av helsekronene", nr 14, 19. april 2004.

<sup>28</sup> Karin Bäckman, Erling Karlsson og Per Carlsson: "Öppna prioriteringar i Östergötland", PrioriteringsCentrum, 2006:3.

NHS skulle i stedet rustes opp ved å bruke ressursene der de har best nytte. Den britiske regjeringen har derfor gått inn for at prioriteringer skal være resultatet av god kunnskap om kostnader og nytte for medisinske metoder. På nasjonalt nivå er det blitt manifestert ved etableringen av National Institute for Clinical Excellence (NICE)<sup>29</sup> i 1999. NICE skal å gjøre helsetjenesten i stand til å treffe valg om behandlingsmetode basert på best tilgjengelig kunnskap, faglige anbefalinger om medisinske metoder og behandlinger for sykdomsgrupper.

NICE utarbeider anbefalinger innen tre områder:

1. Technology appraisal: Vurderer nye og eksisterende legemidler og behandlingsformer.
2. Clinical guidelines: Anbefaler behandling for sykdomsgrupper.
3. Interventional procedures: Kontroll av sikkerhet og funksjon for prosedyrer som brukes for diagnose eller behandling.

For å understreke viktigheten av åpenhet og samfunnskontakt, etablerte NICE i 2002 et stående borgerpanel. Det består av 30 personer som er utvalgt slik at de representerer et tverrsnitt av befolkningen. Panelet skal komme sammen to ganger i året og arbeide direkte under NICE. Det skal representere samfunnets verdier og holdninger til ulike problemstillinger, og være et tillegg til all fagkompetansen i NICE.

Forskere som jobber med prioriterings spørsmål er usikre på om anbefalingene fra NICE egentlig har gjennomslag i helsetjenesten. De peker på at det ikke er en nasjonal linje i prioriteringsarbeidet og at det er store lokale variasjoner.

## Norge: Ny prioriteringsdebatt?

Nasjonal strategigruppe for prioritering i helsetjenesten ble nedsatt av HOD. Mandatet var å utarbeide forslag til strategier og tiltak, med særlig vekt på å identifisere de prioriteringsutfordringene som de regionale helseforetakene kan iverksette på kort sikt. Gruppen fant ut at det ikke var mulig uten å supplere med et mer helhetlig og langsiktig systemperspektiv på prioriteringsprosessene. Den legger særlig vekt på at arbeidet med prioritering må koples sterkere til arbeidet med kvalitet, og i større grad funderes på kunnskapsbasert medisin og dokumentasjon av medisinsk praksis. Gruppen la i februar frem rapport og en rekke endringsforslag:

1. Etablering av et nasjonalt senter for kvalitet og prioritering i regi av de regionale helseforetakene, kan trekke parallellen til NICE i Storbritannia.
2. De regionale helseforetakene styrker sin bestillerkompetanse og utvider bestillerfunksjonen til ikke bare å omfatte kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, men også nasjonalt koordinerte bestillinger til Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten og til nasjonale fagmiljøer.
3. De regionale helseforetakene vurderer behovet for å etablere nasjonale fagråd innen noen sentrale fagfelt som er under press, der det hersker faglig uenighet eller der det foreligger betydelig praksis-variasjon.
4. Etablering av et nasjonalt ressurscenter for laboratoriemedisin bes særskilt vurderes.
5. Det anbefales at RHFene samarbeider innbyrdes og med sine respektive fagmiljøer om utarbeidelse av faglige retningslinjer innen prioriterte områder.
6. Retningslinjer produsert av anerkjente internasjonale organer bør tilpasses for bruk i norsk helsetjeneste, og det foreslås at RHFene starter arbeidet med regional kartlegging av praksisprofiler, praksisvariasjon og ressursbruk gjennom etablering av regionale databaser og egne analyseenheter.
7. Faglig/kollegiale nettverk for implementering av beste praksis, både mht prioriteringer, faglig kvalitet og ressursbruk bør utnyttes bedre. Strategigruppen understreker betydningen av å sikre det regionale nivået bedre tilgang til analyse av egne kliniske data.

<sup>29</sup> [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

8. For å styrke innholdsstyringen av helsetjenester, foreslås at RHFene etablerer et apparat for kartlegging av tilbud og forbruk av spesialisthelsetjenester på geografisk område og befolkningsnivå. Slike geografiske og befolkningsmessige forbruksprofiler bør inngå i RHFenes løpende rapportering (tertial, årlig melding).
9. Det foreslås også å eksperimentere med økonomiske insitamenter for å oppgradere tilbudet til pasientgrupper som ikke oppnår de tjenestene de har krav på.
10. Strategigruppen vurderer allmennlegene som svært viktige prioriteringsagenter, og foreslår at det i helseforetakene etableres primærlegenettverk som faglige arenaer for drøftinger og kollegiale peer-review prosesser. Som grunnlag for et slikt arbeid bør RHFene initiere samarbeid med fastlegene om dokumentasjon av praksisprofiler og praksisforskjeller.
11. Etablere et samarbeid mellom RHFene med sikte på å harmonisere retningslinjer og praksis i forhold til prioriteringsforskriften. For å understøtte dette arbeidet anbefales RHFene å ta initiativ overfor nasjonale helsemyndigheter og Norsk Pasientregister for å utvikle gode rutiner for dokumentasjon og overvåking av prioriteringspraksis.

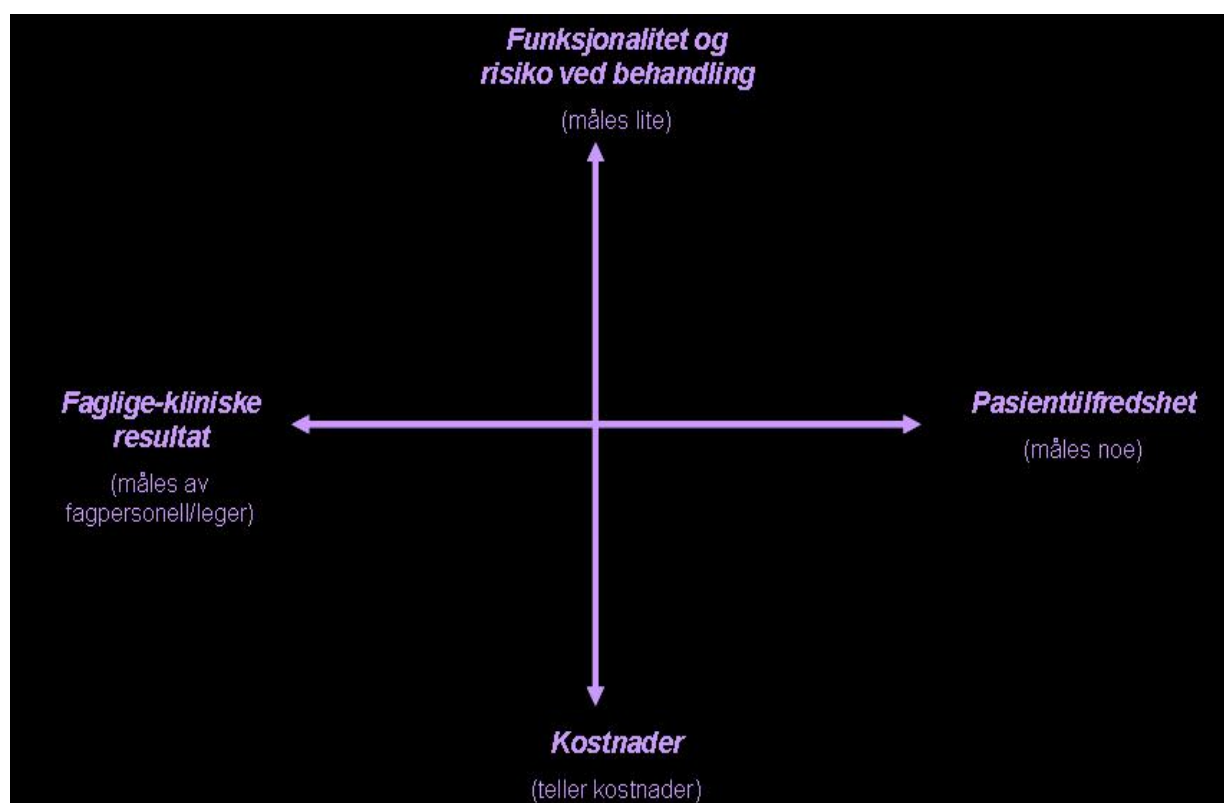
Gruppen har satt opp forslag til rollefordeling mellom ulike instanser og administrasjonsnivåer:

Figur 2: Nivåer, aktører, oppgaver og virkemidler i prioriteringsarbeidet. Kilde: Nasjonal strategigruppe for prioriteringer.

| Nivå                                      | Sentrale oppgaver   | Virkemiddel/tiltak  |
|---|---|---|
| <b>Politisk/HOD</b>                       | * Initiere og vedlikeholde åpen samfunnsdebatt om nødvendigheten av prioriteringer                      | * Politisk debatt, mediearbeid  |
|   | * Beslutte og følge opp nasjonale prioriteringer gjennom styringsgrep                                   | * Fastlegge prioriteringsprinsipper   |
|   | * Påse at styringsgrep ikke medfører skjeve prioriteringer  | * Finansiering  |
|   |   | * Rettighetsfesting   |
|   |   | * Bestillerdokument   |
| <b>Statens helsetilsyn</b>                | * Nasjonale tilsyn med krav i lovgivningen, herunder krav om prioriteringer                             | * Lovgivning  |
|   | * Påse at tilsyn på mindre viktige områder ikke avsporer prioriteringer                                 | * Gjennomføre tilsyn, påpeke avvik  |
|   | * Påse at konsekvensene av lovgivningen er i samsvar med forutsetningene, herunder prioritering         | * Pålegg, tvangsmulkt, stengning  |
|   |   |   |
| <b>SHDir</b>                              | * Faglig kompetanseorgan til HOD ifb med nasjonale prioriteringer                                       | * Faglig rådgivning   |
|   | * Bestillerfunksjon til Kunnskapssenteret, sekretariat for Prioriteringsrådet og andre nasjonale fagråd | * Metoderådgivning og koordinering ved:   |
|   | * Fortolkning av helselovgivningen  | a) prioriteringer   |
|   |   | b) utarbeidelse av retningslinjer   |
|   |   | c) implementasjon   |
| <b>Statens Lege-<br/>middelverk</b>       | * Godkjenning av legemidler   | * Bestilling av kunnskapsoppsummering   |
|   | * Vurdering av dekning på blå resept  | * Nytte-kostnadsanalyser  |
|   | * Kompetanseorgan for legemiddelbruk  | * Faglig legemiddelrådgivning   |
|   |   | * Retningslinjer  |
| <b>Nasjonalt råd for<br/>prioritering</b> | * Initiere og vedlikeholde debatt om nødvendigheten av prioriteringer                                   | * Mediearbeid   |
|   | * Videreutvikle et felles nasjonalt verdigrunnlag for prioriteringer                                    | * Åpne offentlige prioriteringsuttalelser   |
|   | * Gi råd til konkrete prioriteringsprosesser etter bestilling eller etter eget initiativ                | * Representativitet og legitimitet  |
|   | * Bestillerfunksjon overfor Kunnskapssenteret   |   |
| <b>Nasjonalt<br/>Kunnskapssenter</b>      | * Styrke kunnskapsgrunnlaget ved prioriteringer, utarbeidelse av retningslinjer og ved kvalitetsarbeid  | * Utarbeide egne kunnskaps-<br>oppsummeringer, på bestilling eller<br>på eget initiativ |
|   |   | Formidle kunnskapsoppsummeringer fra<br>det internasjonale nettverket                   |
|   |   |   |
| <b>Nasjonale fagråd/<br/>fagorganer</b>   | * Utarbeide nasjonale retningslinjer og prioriteringer for spesifikke fagfelt                           | * Kompetanse  |
|   |   | * Legitimitet   |
| <b>RHF/HF</b>                             | * Sørge for ansvar  | * Styringsdokument  |
|   | * Bestillerfunksjon mot Kunnskapssenter, Prioriteringsrådet og fagråd/fagorgan                          | * Økonomiske virkemidler  |
|   | * Implementere retningslinjer og prioriteringer   | * Regionale nettverk for:   |
|   | * Iverksette faglig kvalitetsarbeid   | a) Prioriteringer   |
|   |   | b) Implementering   |
|   |   | c) Kvalitetsarbeid  |
|   | * Innholdsstyring   |   |
|   | * Rådgivning til primærhelsetjenesten   |   |
| <b>Primærhelsetjenesten</b>               | * Ivareta prioritering gjennom faglige vurderinger av behov   | * Faglig opprustning  |
|   |   | * Praksiskonsulenter  |
|   |   | * Etablering av primærlegenettverk  |

Denne prioriteringsstrategien krever betydelig oppbygging av kunnskap og metoder. Problemet med strategien er for det første at norsk helsetjeneste må investere store ressurser i oppbygging av metoder, måling og kunnskap. For det andre krever det et sett med balanserte målinger som fanger opp flere elementer av den kliniske behandlingkjeden, slik figuren nedenfor med det såkalte "verdikompasset" illustrerer. For det tredje viser erfaringer fra Storbritannia at det er ikke gitt at anbefalingene og retningslinjene som er gitt, blir fulgt. Spørsmålet er da hvordan sikre at denne prioriteringstilnærmingen kan sikre implementeringen i hele helsetjenesten? For det fjerde tar tilnærmingen lite høyde for at helsetjenesten i økende grad er del av et internasjonalt helsemarked, der tilbud i andre land kan utfordre norske beslutninger og prioriteringer, slik vi skal se i et senere avsnitt. Hvor hensiktsmessig er det da å bygge opp et så omfattende system og nasjonal kompetanse?

**Figur 3: Ulike måleparametere for helsetjenesten. Kilde: Paul B. Bataleden m.fl.<sup>30</sup>**



## Nasjonal helseplan og prioritering

HOD arbeider med Nasjonal helseplan (NHP). Et høringsnotat ble sendt ut 22. mai, og høringsfristen er 23. juni. I kapittelet om "Strategi for kvalitet og prioritering", betoner HOD at arbeidet med kvalitet og prioriteringer må ses i sammenheng. Etableringen av nasjonale kvalitetsindikatorer, nasjonale medisinske kvalitetsregistre og utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer er tiltak som skal bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for helsetjenesten og motvirke uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

En sentral utfordring i en prioriteringsstrategi fremover vil ifølge NHP være å dekke gapet mellom de relativt store og trolig økende sosiale ulikhetene i helse som er avdekket i befolkningen. Det

<sup>30</sup> Bataleden PB, Nelson EC, Roberts JS: "Linking outcomes measurement to continual improvement", The Joint Commission, 20:167-180, 1994.



konstateres at det i dag er et gap mellom målet om likeverdig tilgang til tjenester uavhengig av sykdomsgruppe, geografi og sosial status og hvordan praksis utøves. Det er også en svakhet at vi ikke har et helhetlig opplegg for vurdering av nye metoder for diagnostikk og behandling på linje med legemiddelforskriftens system for beslutning om hvilke medikamenter som skal forskrives på blå resept. I NHP står det at det er behov for et helhetlig system for å vurdere effekt og ressursbruk ved innføring av nye og kostbare metoder.

Arbeidet med NHP skal bidra til videre avklaringer slik at Kunnskapscenteret kan gis en styrket oppgave i arbeidet med å sikre en god helsetjeneste.

Oppsummert er de sentrale behovene og satsingsområdene ifølge NHP:

- Behov for økt kunnskap om kvalitet og fordeling av tjenester både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.
- Behov for å understøtte helsetjenestens arbeid med kvalitetsutvikling.
- Behov for å etablere et system som vurderer effekt og ressursbruk ved innføring av nye metoder.
- Behov for å etablere et helhetlig opplegg for pasientsikkerhet.
- Behov for å tydeliggjøre de ulike aktørers ansvar innenfor kvalitet og prioritering, både på nasjonalt nivå og mellom nivåene.

## Halvhjertede forsøk

Intet land eller region har lyktes i særskilt grad med prioriteringsarbeidet så langt, enten de har valgt den ene eller andre strategien. Det skyldes flere årsaker: Prioritering av helsetjenester er ingen politisk vinnesak på kort sikt. Dette er et langsiktig arbeid med mange store dilemmaer. Ulike verdier og vurderinger – som medisinsk-faglige vurderinger, økonomiske vurderinger, samfunnsnyttige vurderinger og gevinsten for den enkelte pasient samsvarer ikke alltid. Vi ser også at innsettelse av ny regjering kan endre de overordnede vurderingene av prioriteringene. I tillegg virker det som den økonomiske situasjonen i flere land har redusert behovet for prioritering på grunn av generelle oppgangstider. Samtidig har prioriteringsarbeidet og –beslutningene manglet legitimitet blant viktige interessenter enten det er politikere, fagmiljøet og/eller opinionen. Prioriteringsprinsippene og beslutningene følges ofte ikke opp av finansieringsformer som enten er prioriteringsnøytralt eller støtter opp under prioriteringene som er valgt, og dermed mangler utøverne og de som skal implementere prioriteringene et insentiv til å følge opp retningslinjene.

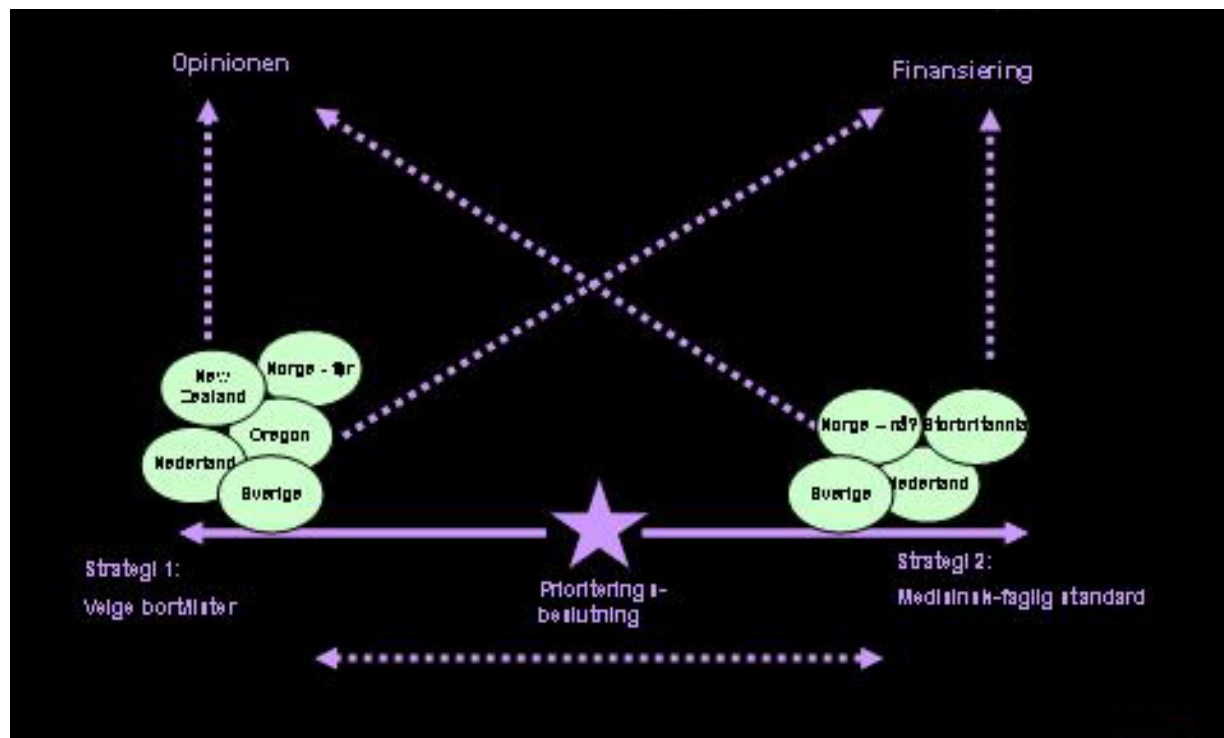
Det er med andre ord viktige "missing links" mellom prioriteringsstrategiene og andre viktige "suksesskriterier". Det har vi forsøkt å fremstille i figuren nedenfor, der de stiplede linjene angir manglende koordinering, forankring og involvering, altså "missing links".

Noen av prioriteringserfaringene fra Norge kan illustrere disse "missing links". Prioriteringsrådets forslag om å øke egenandeler kunstig befruktning, kritikk av at barn med trivielle lidelser går foran eldre i behandlingsskøen og at det satses for mye på livsforlengende behandling av eldre har ikke hatt forankring i medisinsk-faglige eller politiske miljøer, og har raskt blitt sablet ned både av fremstående leger og politikere – sogar helseministeren selv. Det er "gefundenes fressen" for mediene, og medieomtalen. Den påfølgende debatten har trolig ikke fremmet økt forståelse for prioriteringsarbeidet eller bidratt til at Prioriteringsrådet har posisjonert seg som en aktet aktør verken i opinionen, det helsefaglige miljøet eller blant politiske beslutningstakere.

Det er også enkelt å se at den nasjonale strategigruppens forslag til å strukturere arbeidet med prioriteringer raskt kan strande dersom arbeidet ikke får forankring i det politiske miljøet eller i opinionen via mediene. Et slikt prioriteringssystem må også følges opp gjennom et finansieringssystem som enten er nøytralt ift prioriteringer eller favoriserer prioriteringsbeslutningene. Arbeidet kan også raskt renne ut i sanden dersom fagmiljøene ikke kjenner eierskap til retningslinjene, selv om de er utarbeidet av representanter fra fagmiljøet selv. Erfaringene fra Storbritannia og Sverige viser at selv om det etableres et ganske omfattende prioriteringssystem basert på medisinsk-faglige

retningslinjer, så er det vanskelig å få det implementert og reflektert hos den enkelte helsearbeider i det daglige arbeidet med mindre alle har motivasjon for å føle ansvar for prioriteringsbeslutningene.

Figur 4: "Missing links" i prioriteringsstrategiene. Kilde: Visjon helse 2015.



## Prioriteringer og det internasjonale helsemarkedet

Prioriteringsgruppen til RHFene anbefaler å tilpasse de faglige retningslinjene til arbeid som er gjort ved anerkjente internasjonale organer, f.eks NICE. Det er vanskelig å se at prioriteringsarbeidet og -debattene fremover kan være like nasjonalt orientert som de har vært hittil – og som også prioriteringsgruppen legger opp til. I de spede prioriteringsdebattene som har vært i Sverige og Danmark det siste året, er fokus nettopp de økende utfordringene som globaliseringen og fremveksten av et europeisk og internasjonalt helsemarked fører med seg.

I Danmark har professor i helseøkonomi Kjeld Møller Pedersen uttalt følgende: "I fremtiden vil utlandet, og ikke vår egen etikk og økonomi, avgjøre hvilke nye livgivende og livreddende behandlinger Danmark tillater. Ingen fagfolk og politikere kan i lengden avvise en behandling hvis den allerede finnes i utlandet og kan redde et menneske. Vi kan ikke si at vi ikke vil ha ulike behandlinger som for eksempel kunstig befruktning via egg-sortering dersom de har det i utlandet". Pedersen mener at Danmark stadig bør føre en etisk debatt om de nye behandlingmulighetene, men den skal bidra til å beslutte om pasientene selv eller det offentlige skal betale regningen for behandlingen.<sup>31</sup>

I Sverige gikk sosialminister Lars Engquist ut i Dagens Nyheter og lanserte Sveriges deltakelse i et nettverk av spesialistsykehus i EU.<sup>32</sup> Det er etablert en høynivågruppe i EU som jobber med å etablere et nettverk av høyspesialiserte sykehus og medisinsk forskning i Europa. I løpet av 2006 skal det

<sup>31</sup> Jyllands-Posten 8. september 2005.

<sup>32</sup> Dagens Nyheter, 04-05-11.

settes i gang et pilotprosjekt med såkalte "centers of reference".<sup>33</sup> Sentrene skal utvikle behandlinger for diagnoser som krever konsentrerte ressurser og kompetanse. I tillegg skal de tilby medisinsk utdanning og forskning, kunnskapsspredning og vurderinger.

Hensikten med det europeiske nettverket er å få mer kontroll over pasientmobiliteten, i hvert fall de pasientene som krever høyspesialisert behandling. Bakgrunnen for arbeidet er EF-domstolens avgjørelser om at pasienter har rett til å søke behandling på tvers av landegrenser, betalt av nasjonale trygdekasser.<sup>34</sup> Denne utviklingen gjør det vanskeligere for nasjonalstatene å planlegge ressursene i helsetjenesten og å prioritere.

Ifølge Engquist skal den svenske sykehusstrukturen moderniseres for å møte fremtidens pasientkrav. "Det innebærer ikke at en mengde sykehus skal legges ned, derimot at sykehusene blir mer spesialisert og at ressursene innen visse områder konsentreres. Det fordrer også en kraftfull satsing på primærhelsetjenesten," skriver han. Konsekvensen av denne utviklingen kan bli at EU-landene må flytte – eller i det minste koordinere – prioriteringsbeslutninger og retningslinjer til et europeisk nivå.

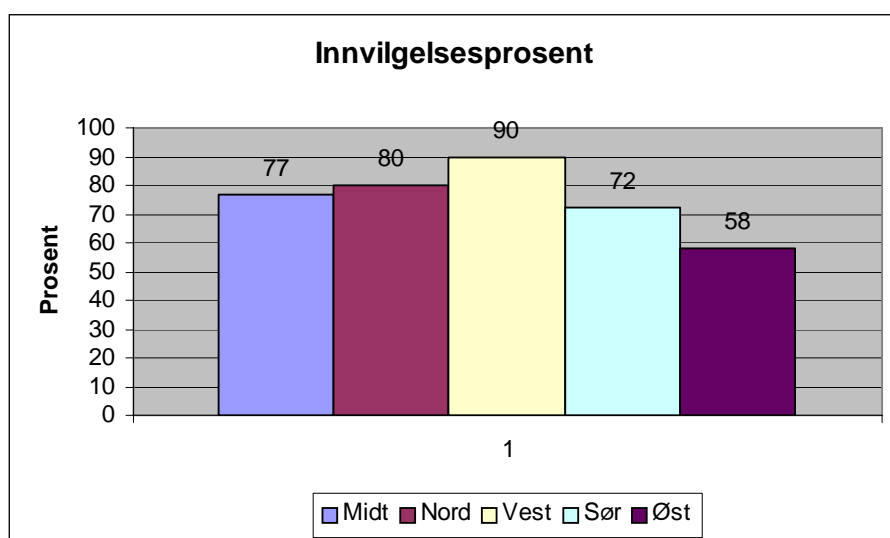
## Utenlandspasienter

RHFene fikk fra 1. september 2004 ansvar for pasientbehandling i utlandet som skyldes manglende kompetanse og behandlingstilbud i Norge. Nasjonalt kontaktforum for utenlandsbehandling har gjort opp status for utenlandspasientene i 2005.<sup>35</sup> I 2005 var det:

- 610 søknader
- 442 innvilgede søknader
- 155 avslag
- 49 til klagenemnd

Det er for øvrig interessant å merke seg den store forskjellen i innvilgningsprosenten for utenlandsbehandling, som varierer fra 58 prosent i Helse Øst til 90 prosent i Helse Vest. Det henger muligens sammen med ulik definisjon av "rett til nødvendig helsehjelp", slik vi så innledningsvis?

**Figur 5: Innvilgelsesprosent fordelt på helseregion. Kilde: Nasjonalt kontaktforum for utenlandsbehandling.**



<sup>33</sup> EU-kommisjonen: "High Level Group on Health Services and Medical Care", 18. November 2005.

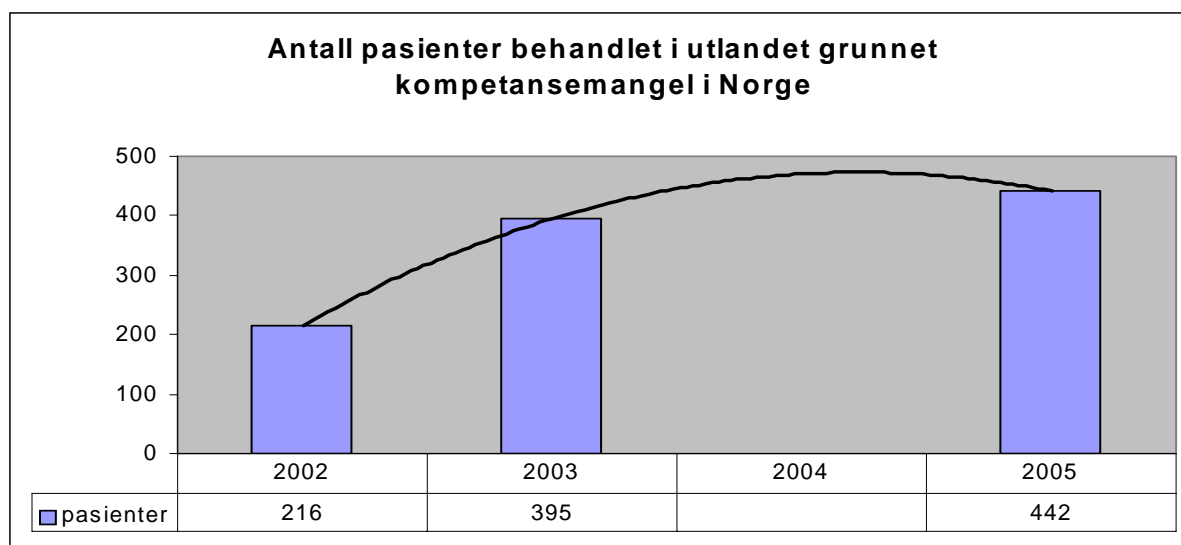
<sup>34</sup> Mandag Morgen: "Mot fri flyt av pasienter i EU", nr 2, 17. januar 2005.

<sup>35</sup> Nasjonalt kontaktforum for utenlandsbehandling: "Årsrapport 2005".

Utenlandspasientene har mange ulike diagnoser, men følgende har et større volum: Ondartede svulster, facialparese og transkjønnede. Følgende land mottok pasienter: Sverige (198), Danmark (67), Tyskland (23), England (23), Frankrike (8), USA (6) og Østerrike (4).

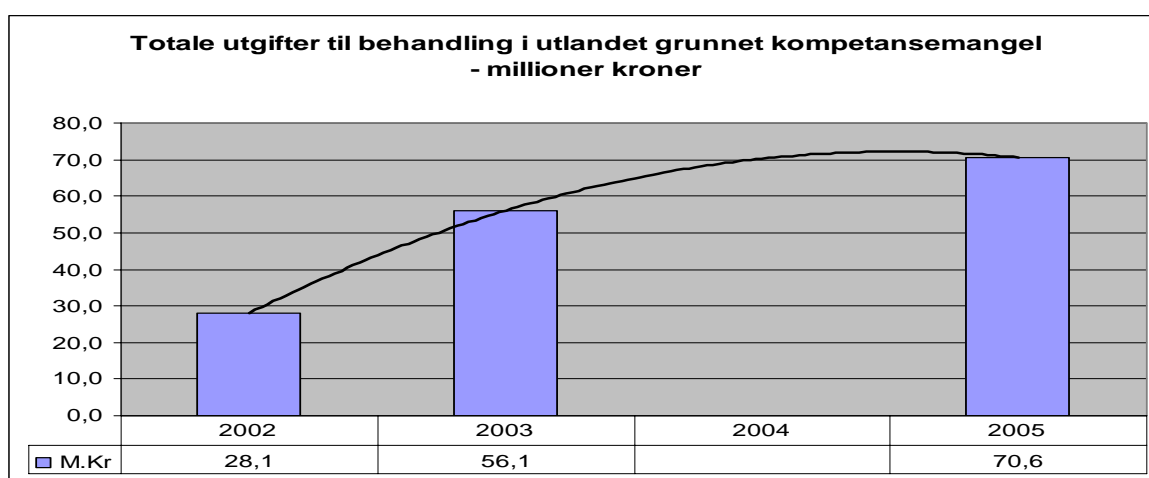
Figuren nedenfor viser at det har vært en betydelig vekst i antall utenlandspasienter fra 2002 og frem til 2005. Mellom 2002 og 2005 har økningen vært på 51 prosent, og utgiftene til utenlandsbehandling har økt med 61 prosent i denne perioden.

**Figur 6: Antall pasienter behandlet i utlandet grunnet kompetansemangel i Norge. Kilde: Nasjonalt kontaktforum for utenlandsbehandling.**



Føreløpige tall for 2005 viser at kostnadene ved utenlandsbehandling var totalt 70,6 millioner kroner, fordelt på 59,5 mill til behandling og 11,1 mill til reise. Figuren nedenfor viser kostnadsutviklingen fra 2002. Det er ikke samlede tall fra 2004 da Rikstrygdeverket hadde ansvar for utenlandspasientene inntil RHFene overtok i september. Helse Vest og Helse Øst hadde utgifter på 27 mill kroner for til sammen tre pasienter, som er inkludert i de overstående tallene.

**Figur 7: Totale utgifter til behandling i utlandet grunnet kompetansemangel, i mill kroner. Kilde: Nasjonalt kontaktforum for utenlandsbehandling.**



## Perspektiv: Ansvarsmodell for prioritering?

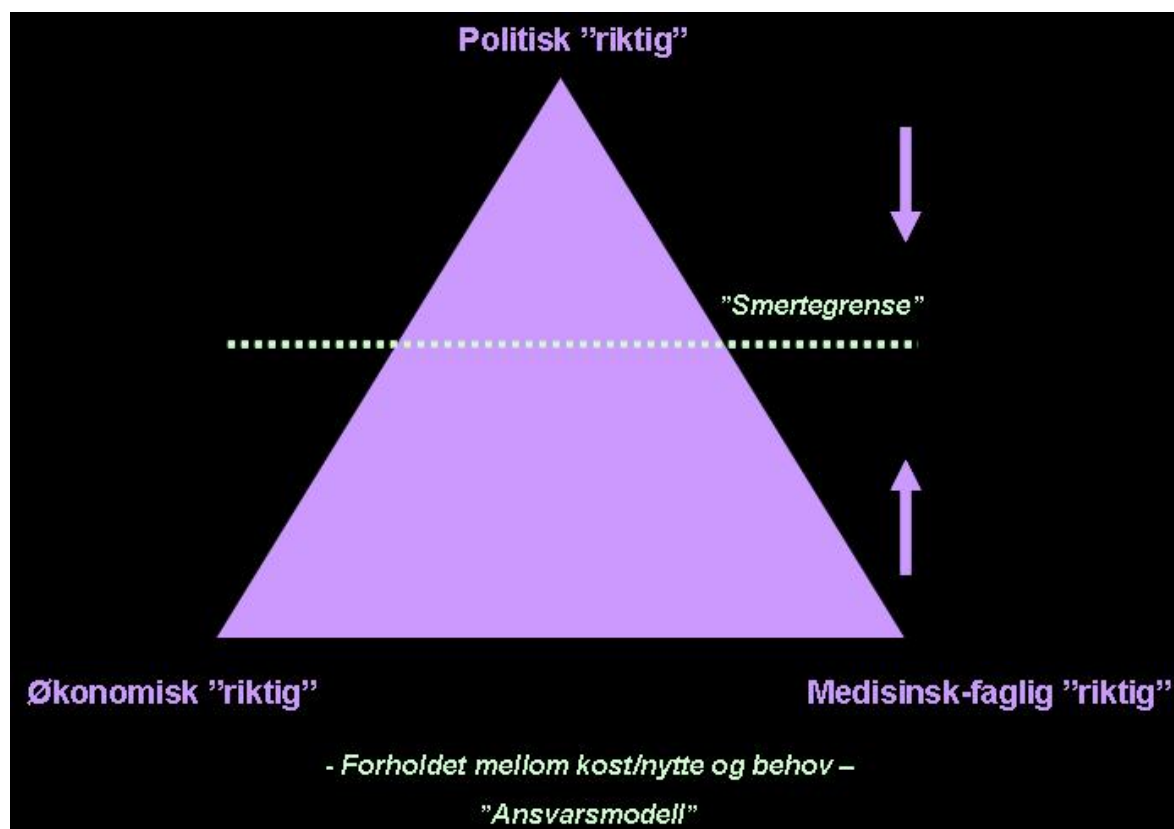
Gjennomgangen av ulike teoretiske sider ved prioritering og praktiske eksempler viser at dette er et svært komplekst tema. De to strategiene som har vært utprøvd for å fremme prioriteringssystem i helsetjenesten, har ikke vist seg å være robuste nok i møte med opinionen, politiske beslutningstakere eller fagmiljøer.

Med den politiske og økonomiske situasjonen vi har i Norge er det trolig et dårlig klima for å velge bort helsetjenester som det offentlige per i dag utfører og finansierer. Muligens er det et bedre klima for å ta utgangspunkt i en debatt om kvalitetsheving, effektivisering og økt likhet i helsetjenesten når prioriteringer skal diskuteres?

Det er en rekke spørsmål som melder seg når man skal drøfte fremtidige prioriteringer i helsetjenesten. Et av de mest sentrale spørsmålene er: Hvem bør treffe hvilke prioriteringsbeslutninger? Erfaringene fra Norge og andre land viser at det er behov for at ulike aktører treffer ulike beslutninger for hva som kan betegnes som politisk "riktig" eller akseptabelt, medisinsk-faglig "riktig" og økonomisk "riktig". Disse ulike interessene må balanseres slik at det kan utvikles en "ansvarsmodell" for prioriteringene. Det vil muligens innebære en prioriteringsstrategi som ansvarliggjør utøverne i helsetjenesten slik at det som er medisinsk-faglig "riktig" er balansert med de økonomiske rammene og politiske retningslinjer slik at prioriteringsspørsmål ikke hele tiden løftes opp til politisk nivå, dvs krysser "smertegrensen" og blir gjenstand for vedvarende omkamper og at enkelttilfeller løftes frem og blir policy-grunnlag.

I figuren nedenfor har vi forsøkt å fremstille en slik ansvarsmodell:

Figur 8: "Ansvarsmodell" for prioritering. Kilde: Visjon helse 2015.<sup>36</sup>



<sup>36</sup> Basert på innspill fra Steinar Stokke, NAVO.



Dersom det er mulig å tenke seg en slik ansvarsmodell, melder flere spørsmål seg:

- Hvordan regulere forholdet mellom prioriteringsbeslutninger på politisk og medisinsk-faglig nivå? For begge parter vil det være nødvendig å definere handlingsrommet for prioriteringsbeslutninger og hvor grensen skal gå mellom første og annenordens prioriteringer. Dessuten er det behov for avklaring av prinsipper og verdier som skal ligge til grunn for både de politiske og medisinsk-faglige prioriteringene.
- Forutsetter ansvarsmodellen et skille mellom bestiller og utfører? Spørsmålet om prioritering på overordnet nivå handler blant annet om hva skal være det offentliges ansvar og hva skal det offentlige betale, hva skal være den enkeltes ansvar og betales privat – og hvordan skille disse områdene på en akseptabel måte?
- Trenger vi en "handlingsregel" for økningen i offentlige helseutgifter? Det vil si tverrpolitisk enighet om at helseutgiftene ikke skal øke med mer enn x prosent per år og at den økonomiske rammen er fastlagt. Innenfor denne rammen må man finne ut hvordan oppgavene skal løses og prioriteres.

## En annen vinkling

For det daglige arbeidet i helsetjenesten er dilemmaet hva man skal gjøre når sykdommen er alvorlig, men det er lav kost/nytte av behandlingen, og der det er høy kost/nytte av behandlingen og lite alvorlig sykdom. Dette gjelder både i forhold til den enkelte pasient og pasientgrupper.

Muligens vil en fremtidig prioriteringsstrategi være rettet mot å gi fagfolk hjelp, retningslinjer og virkemidler i disse uavklarte situasjonene. Hva vil det forutsette? Og hva vil være "suksesskriteriene" for å få til en slik prioriteringsstrategi?

Figur 9: Prioriteringsdilemmaer. Kilde: Visjon helse 2015.<sup>37</sup>

|                         |     | Kost/nytte behandling |                |
|-------------------------|-----|-----------------------|----------------|
|                         |     | HØY                   | LAV            |
| Alvorlighetsgrad sykdom | HØY | Prioriteres           | ?              |
|                         | LAV | ?                     | Ikke-prioritet |

<sup>37</sup> Basert på innspill fra Steinar Stokke, NAVO.

## Til diskusjon

- Hvordan kan man gi tyngde, innflytelse og eierskap til en ansvarsstrategi/modell for prioriteringer på ulike nivåer og blant de sentrale beslutningstakerne og interessentene?
- Forutsetter dette et skille mellom bestiller og utfører?
- Trenger vi en "handlingsregel" for økningen i offentlige helseutgifter? Det vil si tverrpolitisk enighet om at helseutgiftene ikke skal øke med mer enn x prosent per år og at den økonomiske rammen er fastlagt. Innenfor denne rammen må man finne ut hvordan oppgavene skal løses og prioriteres.
- Hva er tankesmiens forslag/utspill for å fremme en åpen prioriteringsdebatt nå – og hva slags debatt ønsker den å bidra til å fremme?

## Kilder

Aftenposten 23. mars 2006: "Bosted avgjør behandling".

Batalden PB, Nelson EC, Roberts JS: "Linking outcomes measurement to continual improvement", The Joint Commission, 20:167-180, 1994.

Bratlid D. og Rasmussen K: "Nasjonal styring av høyspesialiserte medisinske tjenester". Tidsskrift for Den norske lægeforening, 2005:125:2976-9.

Dagens Nyheter, 04-05-11.

EU-kommisjonen: "High Level Group on Health Services and Medical Care", 18. November 2005.  
Mandag Morgen: "Mot fri flyt av pasienter i EU", nr 2, 17. januar 2005.

Ham Chris and Robert Glenn (ed): "Reasonable Rationing. International experience of priority setting in health care", Open University Press, 2003.

Helse Vest: "Praktisering av prioriteringsforskriften i Helse Vest", desember 2005.

Helse Øst: "Rett prioritering i Helse Øst. Fastsetting av individuelle frister for rettighetspasienter", samarbeidsprosjekt mellom Helse Øst RHF og Sosial- og helsedirektoratet, desember 2005.

Helserevyen 9. mai 2006.

Jyllands-Posten 8. september 2005.

Karin Bäckman, Erling Karlsson og Per Carlsson: "Öppna prioriteringar i Östergötland. Del III. Uppföljning av de politiska besluten – hur gick det sedan?", PrioriteringsCentrum 2006:3.

Mandag Morgen: "Gjennombrudd for prioritering av helsekronene", nr 14, 19. april 2004.

Mandag Morgen: "Mot fri flyt av pasienter i EU", nr 2, 17. januar 2005.

Mandag Morgen: "Sykehusene prioriterer i blinde", nr 25, 29. august 2005.

Mandag Morgen: "En varslet sykehuskrise", leder, nr 15, 2. mai 2006.

Nasjonalt kontaktforum for utenlandsbehandling: "Årsrapport 2005".

Nasjonal strategigruppe for prioriteringer, februar 2006.

Norsk pasientregister.

NOU: "Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste", NOU 1997:18.

Oregon government homepage, [www.oregon.gov/DHS/healthplan/priorlist](http://www.oregon.gov/DHS/healthplan/priorlist)

Per Carlsson (red): "Prioriteringar inom hälso- och sjukvård – erfarenheter från andra länder", PrioriteringsCentrum 2005:2.

Rasmussen K og Bratlid D: "Medisinske monopoler – et valg mellom kvalitet eller likhet?" Tidsskrift for Den norske lægeforening, 2005:125:2980-3.