



NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER

NOU 1997: 18

Prioritering på ny

*Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer
innen norsk helsetjeneste*

**Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon
31. mai 1996.**

**Avgitt til Sosial- og helsedepartementet
15. mai 1997**

STATENS FORVALTNINGSTJENESTE
STATENS TRYKNING

OSLO 1997

Til Sosial- og helsepartementet

Ved kongelig resolusjon av 31. mai 1996 ble det oppnevnt et utvalg som skulle gjennomgå retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Utvalget legger med dette frem sin innstilling.

Oslo, 15. mai 1997

Inge Lønning leder

Dag Album

Jo Benkow

Knut Brofoss

Grethe Brundtland

Anders Buttedahl

Stein Evensen

Reidun Førde

Britt-Ingjerd Nesheim

Agnar Sandmo

Ingeborg Traaholt

Anne Wyller Shetelig

Nils Fr. Wisløff

Lars Ødegård

Kristin Aase

Marit Halvorsen

Hallstein Husbyn

Ole Frithjof Norheim

KAPITTEL 1

Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte**1.1 OPPNEVNING, MANDAT OG SAMMENSETNING**

Den 24. mai 1985 nedsatte regjeringen Willoch et utvalg som skulle belyse prosessene som ligger bak helsevesenets prioriteringer, samt vurdere og foreslå ulike kriterier og retningslinjer som kan legges til grunn når man foretar prioriteringer. Utvalget, ledet av professor Inge Lønning, avga den 30. juni 1987 sin innstilling «Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste» (NOU 1987: 23). Ved kongelig resolusjon av 31. mai 1996 ble det oppnevnt et nytt prioriteringsutvalg for helsetjenesten. I Sosial- og helsedepartementets oppnevningbrev til utvalgets medlemmer beskrives bakgrunnen for mandatet:

*Bakgrunn***«1. Prioritering blir viktigere**

Helsetjenesten står overfor store utfordringer i årene fremover. På den ene siden skaper den rivende teknologiske utviklingen et vell av nye metoder for å diagnostisere og behandle sykdom. På den andre siden skaper den økende andelen eldre og kronisk syke stadig større behandlings- og omsorgsoppgaver. Helsetjenesten må være helhetlig. Den må dekke alt fra forebygging av sykdom og skade, avdekking av skjult sykdom eller sykdomsrisiko gjennom masseundersøkelser, diagnostikk, behandling og rehabilitering ved akutte og kroniske sykdommer, pleie og omsorg ved funksjonssvikt og i livets slutfase.

Selv med økte ressurser kan opplevelsen av ressursknapphet øke fremover, fordi de medisinsk-teknologiske mulighetene vokser raskere enn de økonomiske og fordi befolkningen får større forventninger. Dette gapet mellom det vi kan utrette og det vi har råd til, gjør det stadig viktigere å prioritere. For å sikre at vi utnytter de midler vi rår over best mulig, må vi ta stilling til behandlingsmetoder og ressursbruk.

2. Prioriteringsutvalgets retningslinjer bør oppdateres

I den kliniske hverdag har prioriteringer stort sett foregått etter medisinskfaglige tradisjoner og den enkelte leges skjønn, og ikke etter klart definerte retningslinjer. I helsepolitikken har mangelen på gode prioriteringssystemer ført til at press fra ulike interessegrupper har fått for stor innflytelse i forhold til overordnede politiske føringer. Det var derfor et stort fremskritt da prioriteringsutvalget ledet av Inge Lønning, kunne fremlegge et forslag til et sett av allmenne prioriteringskriterier i 1987.

Etter at utvalget avga sin innstilling er det imidlertid tilkommet nye problemstillinger som bør drøftes. Genteknologisk forskning har gitt muligheter for sykdomsoppfølging, forebygging, behandling og rådgivning. Disse reiser nye etiske problemstillinger som vi ennå ikke har fullt ut tatt stilling til. I de ti årene som er gått, har vi også erfart at det er behov for å presisere og konkretisere retningslinjene. Kriteriene har fungert godt som idégrunnlag, men overfor enkeltpasienter eller som utgangspunkt for administrative styringssystemer har de gitt for stort rom for personlig skjønn og individuell tolkning. En revisjon av retningslinjene bør derfor også søke å møte denne utfordringen. Retningslinjene bør kunne danne grunnlag både for politisk prioritering av ulike grupper og for medisinskfaglig prioritering av enkeltpasienter.»

Utvalget fikk følgende mandat:

Mandat

«1. Utarbeide retningslinjer for prioriteringer i helsevesenet som en videreføring av prioriteringsutvalgets innstilling, NOU nr. 23 1987» Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste». De nye retningslinjene må utformes slik at de blir et egnet hjelpemiddel for løsning av konkrete prioriteringss spørsmål, og at de kan utgjøre et hensiktsmessig grunnlag for ordningen med ventetidsgaranti og prioritering mellom eventuelle nye lovfestede pasientrettigheter, for eksempel rett til nødvendig spesialisthelsehjelp, rett til fornyet vurdering og rett til å velge sykehus. De må kunne brukes både av helsepersonell i den kliniske hverdag og av helseadministratorer, lokale helsepolitikere og andre interesserte.

Det er ønskelig at utvalget gir en kort oversikt over internasjonale erfaringer på området, og hvordan behovet for å prioritere har endret seg siden det forrige prioriteringsutvalget avga sin innstilling.

2. Utvalget bes ta stilling til spørsmålet om hvordan høyteknologisk medisin kan avveies mot billigere og mindre avanserte behandlingsformer; hvordan behovet for kurativ behandling i somatikk og psykiatri kan dekkes, samtidig som de store omsorgs- og rehabiliteringsoppgavene for eldre, funksjonshemmede og pasienter med kroniske sykdommer ivaretas; hvordan helbredende behandling skal vektlegges i forhold til lindrende; og hvordan forebygging bør prioriteres i forhold til andre helsetjenester.

Det bør tas stilling til hvor grensene går for det offentliges ansvar og hva det kan innebære for grupper eller enkeltpasienter å ikke bli prioritert. I tillegg bør utvalget drøfte tiltak for å redusere behovet for å prioritere, for eksempel ved å sikre at den behandlingen som gis er dokumentert nyttig, og at helsetjenesten følger prinsippet om kunnskapsbasert praksis. Dette vil reise både medisinskfaglige, økonomiske og etiske problemstillinger som utvalget bør diskutere. Utvalget bør dessuten diskutere sammenhengen mellom retningslinjer for prioritering og tilgang på ressurser.

3. Prioritering i helsetjenesten skjer på ulike nivåer. Ulike tilbud må avveies innenfor gitte økonomiske rammer, og de enkelte tjenestene må prioritere mellom pasientene som søker dem. Slike vurderinger kan ta utgangspunkt i ulike prinsipper og dimensjoner. Utvalget bes ta hensyn til følgende:

- sykdommens alvorlighetsgrad skal tillegges vekt
- behandlingens nytteverdi skal tillegges vekt
- pasienter skal ha et likeverdig behandlingstilbud uavhengig av geografiske, sosiale, aldersbetingede, etniske og andre skiller

Utvalget bør også trekke inn andre relevante prinsipper og fremme forslag til hvordan disse bør vektlegges i forhold til hverandre. Helseøkonomi, pasientens eventuelle egenansvar for helseproblemet, bruk av ventetid og egenandeler, eventuelt graderte egenandeler for ulike typer helseproblemer, bør også diskuteres. Utvalget bør også drøfte hvordan ulike typer prioriteringer påvirker pasienters rettssikkerhet og befolkningens rett til helsetjenester. I den forbindelse kan det være aktuelt å vurdere retningslinjer for oppsøkende tiltak, for eksempel rådgivning ved arvelige sykdommer, og diskutere etiske problemstillinger knyttet til behandlingstilbud fremkommet ved genteknologisk forskning. I den utstrekning utvalget fremmer konkrete forslag til tiltak, skal utvalget redegjøre for tiltakenes administrative og økonomiske konsekvenser.»

Utvalget har hatt følgende sammensetning:

Professor Inge Lønning (leder), Teologisk fakultet, Universitetet i Oslo
Førsteamanuensis Dag Album, Inst.for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo

Forhenværende stortingspresident og fotograf Jo Benkow, Oslo
Ekspedisjonssjef Knut Brofoss, Sosial- og helsedepartementet, Oslo
Pasientombud for somatikk i Hordaland Grethe Brundtland, Kvinnherra
Fungerende avdelingsdirektør Anders Buttedahl, Finans- og tolldepartementet,
Oslo

Professor Stein Evensen, Rikshospitalet, Oslo
Forsker Reidun Førde, Legeforeningens forskningsinstitutt, Oslo
Professor Britt-Ingjerd Nesheim, Kvinneklubben, Ullevål sykehus, Oslo
Professor Agnar Sandmo, Norges handelshøyskole, Bergen
Generalsekretær Ingeborg Traaholt, Norsk pasientforening, Oslo
Fylkeslege Anne Wyller Shetelig, Trondheim
Fylkesrådmann i Vestfold fylkeskommune Nils Fr. Wisløff, Asker
Generalsekretær Lars Ødegård, Norges handikapforbund, Oslo
Informasjonssjef Kristin Aase, Kirkens Bymisjon, Oslo
Medlemmet Dag Album erstattet medlemmet Fredrik Engelstad etter første
møte.

Utvalgets sekretariat har bestått av:

Dr. juris Marit Halvorsen, Institutt for privatrett, Universitet i Oslo, Oslo (til 1.
april 1997)

Cand. med. Ole Frithjof Norheim, Senter for medisinsk etikk i Oslo, Bergen

Rådgiver Hallstein Husbyn, Sosial- og helsedepartementet, Oslo (fra februar
1997)

1.2 UTVALGETS TOLKNING AV MANDATET

Mandatets pkt. 1

Utvalget har tolket mandatet slik at hele utredningen skal være en videreføring av NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Oppdraget innebærer at utvalget skal ta stilling til prioriteringer innen helsevesenet, ikke til fordelingen av samfunnets ressurser mellom forskjellige samfunnsoppgaver. Videre tolkes mandatet dithen at nye retningslinjer i størst mulig grad må være tilpasset de beslutningstakere som skal bruke dem. Det kan derfor være nødvendig å utforme forskjellige virkemidler for forskjellige beslutningsnivåer, men disse må springe ut av de samme overordnede verdier og målsettinger.

Utvalget ser det som sin oppgave å vurdere om en ordning med ventetidsgaranti er hensiktsmessig, og gi råd til departementet som skal utarbeide mer entydige kriterier for ny 3-måneders behandlingsgaranti som skal tre i kraft fra 1.7.1997.

Utvalget ser det som vanskelig å prioritere mellom lovfestede pasientrettigheter, selv om det kan være mulig å drøfte en rangering av forskjellige virkemidler. Spørsmålet er hvilke typer pasientrettigheter som er mest hensiktsmessige for å oppnå helhetlige nasjonale prioriteringer.

Målgruppen for denne utredningen er de som fatter prioriteringsbeslutninger i den kliniske hverdag, innenfor helseadministrasjonen og helsepolitikken på lokalt og sentralt nivå, og andre interesserte. Dette betyr at det ikke skal være nødvendig med spesialkunnskaper i medisin for å kunne ta stilling til retningslinjene for prioritering.

Mandatets pkt. 2

Spørsmålet om avveining av høyteknologisk medisin mot billigere og mindre avanserte behandlingsformer kan ikke diskuteres meningsfylt på et generelt plan, men kan vurderes i forhold til aksepterte pasientrettede prioriteringskriterier. Der som nytten er stor, kan høyteknologisk, tilsynelatende kostbar behandling mot

alvorlig sykdom, aksepteres. At en behandlingsform er høyteknologisk eller kostbar, er ikke alene en tilstrekkelig begrunnelse for å gi et tilbud lav prioritet.

Utvalget har ikke hatt grunnlag for å ta stilling til hvordan behovet for kurativ behandling i somatikk og psykiatri skal dekkes, samtidig som de store omsorgs- og rehabiliteringsoppgavene for eldre, funksjonshemmede og pasienter med kroniske funksjonshemminger ivaretas. Utvalget ser det heller ikke som mulig å gå grundig inn på hvordan det bør prioriteres mellom kurativ behandling og omsorg og rehabilitering. Dette er grunnleggende etiske problemer, som det etter utvalgets syn ikke finnes ett riktig svar på.

Utvalget har ikke grunnlag for, slik mandatet inviterer til, å ta generell stilling til hva som er viktigst av forebyggende arbeid og andre helsetjenester. Utvalget kan heller ikke foreta noen prinsipiell grenseoppgang mellom «forebygging» og annen medisinsk virksomhet, men vil vise hvordan konkrete forebyggende tiltak kan vurderes i lys av aksepterte prioriteringskriterier.

Utvalget foreslår en prioriteringsmodell som samlet sett kan sette i gang en prosess for å avklare hvor grensene skal gå for det offentliges ansvar. Utvalget vil også komme inn på hva det kan innebære for noen å «ikke bli prioritert», dvs. hvilke helsemessige eller finansielle konsekvenser dette kan få.

Mandatets henstilling om å drøfte tiltak som reduserer behovet for å prioritere forstås slik at «prioritering» her innebærer å utelukke fra behandling. Utvalget forstår dette slik at det bør pekes på muligheter for sanering av behandlingsopplegg som ikke har dokumentert nytte, gjennom bruk av klinisk forskning, medisinsk teknologieuvaluering og økonomisk evaluering av helsetiltak, oppbygging av databaser for analyser av behandlingseffekt osv. Utvalget vil samtidig understreke vanskelighetene ved å skille mellom «nyttig» og «unyttig» behandling i konkrete prioriteringssituasjoner. Utvalget ser det som en viktig oppgave å anbefale hvordan slik uenighet mellom pasienter, fagmiljø og politiske beslutningstakere best kan håndteres.

Utvalget er bedt om å drøfte sammenhengen mellom retningslinjer for prioritering og tilgang på ressurser. Etter utvalgets mening er det viktig å rette søkelyset mot forholdet mellom pålegg i form av lover, forskrifter og sentrale retningslinjer for helsetjenestens oppgaver, og de ressurser som stilles til rådighet. Retningslinjer for prioritering av helsetjenester bør prinsipielt utformes på en måte som gjør at de kan anvendes uavhengig av de foreliggende ressursrammer.

Mandatets pkt. 3

Under dette punktet viser mandatet til prinsipper og dimensjoner for fordeling som ble drøftet i NOU 1987: 23. Utvalget forstår det slik at det under utforming av retningslinjer og virkemidler, jf. mandatets pkt. 1, skal legges vekt på de nevnte prinsipper og dimensjoner. Utvalget vil vektlegge helseøkonomiske overveielser i større grad enn det ble gjort i NOU 1987: 23. Bruk av graderte egenandeler for ulike typer helseproblemer vil også bli diskutert. Med hensyn til spørsmålet om egenansvar for helseproblemer, vil utvalget vise til NOU 1987: 23. Identifiseringen av ulike problemområder i mandatets siste avsnitt tolkes som en påminnelse om at problemene i helsesektoren er mange og sammensatte. Noe av utvalgets oppgave må være å peke på hva som finnes av tiltak, forslag og utredninger på disse områdene, uten at det har vært mulig gå inn på alle spørsmålene i detalj.

Utfyllende kommentar til mandatet

Med de sterkt økende krav som stilles til helsevesenet, er prioritering både nyttig og nødvendig. Utgangspunktet for utvalgets arbeid har vært at prioriteringsprinsipper skal benyttes uavhengig av de til enhver tid gjeldende økonomiske rammer. Når dette er sagt, vil det antakelig være begrensede muligheter til å redusere utgiftene på ett helseområde i en slik grad at det blir mulig å tilføre tilstrekkelige

midler til andre områder som utvalget ønsker å gi høyere prioritet. Selv om det ligger utenfor utvalgets mandat, vil man likevel peke på at den høyere prioritering av psykiatri, ulike grupper kronikere, habilitering og rehabilitering samt pleie- og omsorgssektoren som utvalget går inn for, sannsynligvis ikke lar seg gjennomføre bare gjennom streng prioritering innenfor de gjeldende økonomiske rammer for helsestellet. Både befolkningen og dens valgte representanter gir stadig klarere uttrykk for at innsatsen for helse og helbred skal ha høy prioritet. Det vil etter alt å dømme bety at helsevesenet vil bli tilført økte ressurser i årene fremover, slik det har skjedd i mange år frem til nå. Det er først og fremst denne vekst som på sikt kan bidra til å realisere de prioriteringer utvalget gir sin støtte. Utvalget vil understreke at behovet for prioriteringer vil være til stede uansett hvilke økonomiske rammer man gir helsesektoren.

1.3 ARBEIDET I UTVALGET OG FORHOLDET TIL ANDRE UTREDNINGER

Utvalget hadde sitt første møte 25. juni 1996 og sitt siste møte 16. april 1997. Til sammen har det vært avholdt 15 møter med i alt 19 hele møtedager. I forbindelse med utredningsarbeidet har det vært kontakt med Steine-utvalget som har utredet den interne organisering og ledelse i sykehus (NOU 1997: 2), og Grund-utvalget som har utredet rammevilkårene for refusjon av utgifter til legemidler (NOU 1997: 7). Det anbefales at oppfølgingen av denne innstillingen ses i sammenheng med disse utredningene. Utvalget var for øvrig representert ved den internasjonale prioriteringskonferansen i Stockholm, 13.-16. oktober 1996. På møtet den 17. april redegjorde en representant for Sosial- og helsedepartementet for igangsettelsen av et utredningsoppdrag ledet av Professor Knut Rasmussen om det videre arbeid med prioritering og ventelisteregistrering i det norske helsevesen.

Da utvalget ble oppnevnt, var det forutsatt at arbeidet skulle fullføres innen 31.12.96. Mandatet er imidlertid så omfattende at utvalget senere ba om utsettelse med levering til april, 1997. Av hensyn til helseministerens ønske om raskt å få utarbeidet nye kriterier for 3- måneders behandlingsgaranti i god tid før 01.07.97, besvarte Prioriteringsutvalget denne delen av sitt mandat i eget brev, jf. vedlegg 1.

Til bruk i sitt arbeid har utvalget fått utarbeidet flere notater:

Birgitte Kalseth ved SINTEF - Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) - har på oppdrag av utvalget utarbeidet et notat om utvikling av sykehusopphold og pasientsammensetning 1991-1995.

Gruppeleder Trond Hatling ved SINTEF-NIS, har utarbeidet en sammenstilling av et tallmateriale for psykiatriske spesialisthelsetjenester.

Avdelingsoverlege Ole H. Robak, ved Nordre Vestfold psykiatriske senter, har utarbeidet et notat om mulige tiltak innenfor psykiatrien.

Tor Iversen ved Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo, har på oppdrag av utvalget utarbeidet et notat om sammenhenger mellom finansieringsmåter og prioritering i helsesektoren.

Utvalget har også mottatt bidrag til "*Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingstrekk*" i kapittel 4 fra Ståle Drevdal, Sosial- og helsedepartementet, og til "*Prioriteringsmodeller i andre land*" i kapittel 6 fra Anna Catharina Hegstad, Universitetet i Tromsø.

KAPITTEL 2

Sammendrag og hovedkonklusjoner**2.1 RETNINGSLINJER FOR PRIORITERING INNEN NORSK
HELSETJENESTE**

I "*Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*" i kapittel 3 drøftes ulike aspekter ved prioriteringsbegrepet. Sentrale elementer i begrepet er *fordeling* av tjenester mellom pasienter, *balansering* av ressurser mellom de forskjellige typer av helsetjenester, *rangering* (eller sortering) av pasientene i riktig rekkefølge og *rasjonering* av tilbudet. I prioriteringssammenheng brukes også begrepene *førsteordens* og *annenordens prioriteringsbeslutninger*. Skillet er hensiktsmessig for å sonde mellom prioriteringsbeslutninger fattet på ulike nivåer av helsetjenesten. Førsteordensbeslutningene, også kalt kapasitetsbeslutningene, treffes gjerne på det politisk-administrative nivå, og kan dreie seg f.eks. om hvor mange sykehus i en region som skal ha plikt til å ha akuttmottak, hvor mange radiologer som skal utdannes, eller hvor mange senger på skjermede psykiatriske langtidsavdelinger det skal være pr. tusen innbyggere. Annenordensbeslutningene fordeler ressursene til de konkrete mottakere eller kanalisere pasienter til riktig tilbud. Sykehuslegens beslutning om å sende én pasient til computertomografisk undersøkelse og én annen hjem, er en typisk annenordensbeslutning. I debatten om prioritering er det viktig å holde disse nivåer fra hverandre, blant annet fordi beslutninger fattet på ulike nivåer ikke nødvendigvis har det samme siktemål, og kan bygge på forskjellige avveininger. Det er f.eks. helt nødvendig at de som vedtar helsebudsjetter tar helhetlige, overordnede hensyn. Samtidig kan det i konkrete behandlingssituasjoner være etisk uforsvarlig dersom det ikke blir lagt vekt på særlige forhold hos den individuelle pasient.

I tråd med mandatet har dette utvalget søkt å videreføre tenkningen fra «Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste» (NOU 1987: 23). Det er derfor gjort rede for såvel innholdet i, som virkningene av, det arbeid som ble gjort av det første prioriteringsutvalget.

Den tydeligste virkning av arbeidet kan kanskje spores i den offentlige debatt. De oppfatninger det gis uttrykk for i NOU 1987: 23 er trolig i høy grad innarbeidet som en del av de allmenntilstandsmessige oppfatninger og verdier hos landets helsepersonell.

Offentlighetens oppfattelse av den norske prioriteringsmodellen er enkel, men viktig. Den gir forståelse og legitimitet for at pasienter kan og må sorteres. I all enkelhet former den forståelsen av at pasientenes krav på helsetjenester kan være svært viktige, mindre viktige eller ikke viktige.

Retningslinjer for prioritering som ble formulert i NOU 1987: 23 er kommet til praktisk uttrykk bl.a. gjennom praktiseringen av den såkalte ventelisteforskriften. En slik bruk av retningslinjene var ikke påtenkt i NOU 1987: 23, men ble senere foreslått av regjeringen. Ventetidsgarantien har medført at kriteriet «hastegrad» har hatt stor vekt i den offentlige debatt om prioritering.

Alt i alt må det sies at retningslinjene fra 1987 har hatt noe mindre effekt enn ønsket. Det kan skyldes vanskelighetene med å styre en moderne, kompleks og desentralisert helsetjeneste. De fleste fordelingsbeslutningene skjer desentralisert. Våre kommuner og fylkeskommuner fordeler og dimensjonerer kapasiteten på sine tjenester ut fra de økonomiske rammer de har fått, om lag 14 500 leger (og annet helsepersonell) styrer pasientstrømmer mellom første- og annenlinjetjenesten, mellom diagnostiske tilbud og videre til behandling på de ulike nivåer. Når Stortinget

vedtar og departementet iverksetter nasjonale prioriteringer, kan disse komme i konflikt med lokale beslutninger.

2.2 FORDELING AV HELSETJENESTER: NOEN UTVIKLINGSTREKK

I "*Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingstrekk*" i kapittel 4 belyses problemstillingen om hvorvidt veksten i helsevesenet er blitt kanalisert mot de grupper det første prioriteringsutvalget mente burde prioriteres i 1987. Dette omfatter særlig psykiatriske pasienter, pasienter med behov for medisinsk rehabilitering, pasienter med alvorlige kroniske lidelser og personer med store pleiebehov.

I motsetning til en realvekst i offentlige utgifter til helsemessige ytelser på 15 pst, har det ikke vært utgiftsvekst til *psykisk helsevern*. Når det gjelder tilgangen til psykiatriske sykehustjenester, ser det ikke ut til at tilbudet til de mest alvorlig syke pasientene er blitt svekket. Det kan derimot se ut til at det er stadig vanskeligere for personer med «lettere» nervøse lidelser å bli innlagt i psykiatriske sykehus. Innen *barne- og ungdomspsykiatrien* er det skjedd en utbygging av de polikliniske tjenestene. Perioden sett under ett var antall heldøgns plasser innen barne- og ungdomspsykiatrien nesten uendret.

Hverken kommunene eller annenlinjetjenesten har et system for å ivareta et helhetlig tilbud for *medisinsk habilitering og rehabilitering*. Etter utvalgets oppfatning er det underkapasitet i tilbudet, men det er vanskelig ut fra statistisk materiale å fastslå presist utviklingen innen dette feltet.

Utgifter til *pleie og omsorg* er økt med 11 pst, dvs. at veksten ikke helt har vært på linje med den generelle veksten ellers. Det har vært en betydelig vekst i kommunale utgifter til *psykisk utviklingshemmede*, men liten eller avtakende vekst for de eldre. Et karakteristisk trekk ved *primærhelsetjenesten* er at tjenestene finansieres på mange forskjellige måter. De betales av av kommunene, staten, privathusholdningene, og i ulike grader og kombinasjoner. I praksis kan dette vanskeliggjøre oversikten over eventuelle omdisponeringer i retning av prioriterte områder. Legenes beslutninger på klinisk nivå er med på å styre betydelige ressurser. En har liten informasjon om hvor effektiv og hensiktsmessig ressursbruken faktisk er. For å belyse disse spørsmålene bedre enn i dag, mener utvalget det er behov for mer omfattende statistisk tallmateriale, analyser og drøftinger om ressursbruken i primærhelsetjenesten.

Det har på nasjonalt nivå vært en økning i antall sykehusopphold innen de fleste pasientgruppene i perioden fra 1991 til 1995. Størstedelen av økningen kan tilskrives flere øyeblikkelig hjelp innleggelser. For denne gruppen var økningen på hele 16 pst, mens antall registrerte, planlagte innleggelser faktisk ble redusert med 2,3 pst i samme periode. Nedgangen av planlagte innleggelser kan trolig delvis forklares med at flere pasienter behandles poliklinisk og som dagpasienter. Pasienter som behandles på medisinske avdelinger, dvs. de som ikke opereres, står for omtrent 2/3 av alle sykehusopphold.

Det er mulig at behovet for medisinsk behandling av pasienter innlagt for øyeblikkelig hjelp fortrenger den planlagte virksomheten ved sykehusene. Sammenligner en frekvensen av utskrivinger fra sykehus i Norge, Sverige, Island, Finland og Danmark, går det frem at utskrivingsfrekvensen pr. 100 innbyggere i 1994 var noe lavere i Norge enn i nabolandene.

2.3 VENTELISTER OG PRIORITERING

I "*Ventelister og prioritering*" i kapittel 5 gjøres en vurdering av forskrift om ventelisteføring og ventetidsgarantien både som registreringsverktøy og prioriterings-

verktøy. Det foretas også en oppsummering av den etter hvert omfattende faglitteraturen omkring ventelister. Utvalget gir også her sin egen vurdering av ordningen. Et hovedspørsmål er hvorvidt en forbedret ventetidsgaranti kan og bør opprettholdes som et sentralt *prioriteringsredskap*. Dagens ordning har, etter utvalgets oppfatning, ikke sikret lik tilgang til behandling eller gitt tilstrekkelig informasjon om hvorvidt tilbudet er rettferdig fordelt. Den har heller ikke vært i samsvar med nasjonale prioriteringer og antakelig ikke redusert geografisk ulikhet i nevneverdig grad.

Utvalget vil spesielt understreke én innvending mot ventetidsgarantien som prioriteringsredskap. I den tiden ordningen har vært i funksjon, har avstanden mellom behov og faktisk kapasitet økt for de områder som i NOU 1987: 23 ble fremhevet som områder der det måtte tas et spesielt krafttak: psykiatri, (re)habilitering, pleie og omsorg. Dette er en alvorlig innvending mot ordningen, og en bør vurdere om ikke helt andre tiltak må settes i verk for å rette opp dette misforholdet. Dette ble også påpekt i utvalgets tilråding til Sosial- og helsedepartementet av 20. desember 1996, jf. vedlegg 1.

Det er viktig å understreke at utvalget forstår og støtter grunnlaget for innføringen av dagens ventetidsgaranti. For Stortinget må innføring av en ventelisteforskrift og en ventetidsgaranti ha fremstått som et naturlig og nødvendig virkemiddel for å bedre denne situasjonen. Det var også gode grunner til å anta at det på norske sykehus var et betydelig potensiale for effektivisering. I ettertid kan man se at innføringen av en garanti ikke har hatt den ønskede virkning. Den har også hatt utilsiktede virkninger. En mulig forklaring er at de nødvendige forutsetninger for at en garanti av denne type skal fungere, ikke var til stede da den ble innført. En manglet bl.a.:

- Gode metoder for presis rangering og sortering av pasientgrupper i forhold til hastegrad
- Nødvendige informasjonssystemer. Den personen som tildeler garanti har i mange tilfeller ikke tilstrekkelig informasjon om pasientens plager slik de fortoner seg for pasienten i den daglige aktivitet.
- Tilstrekkelig gode og etablerte rutiner for ventelisteføring, dvs. påmelding, avregistrering m.m. Informasjon om «ledig» kapasitet har ikke vært utnyttet optimalt
- Presise behovsanalyser for de enkelte tilbud. Kapasitet har kun blitt vurdert i forhold til etterspørsel, og ikke i forhold til forekomst av lidelsen og etter klare kriterier for hvem som bør ha garanti
- Tilstrekkelig personell som f.eks. spesialsykepleiere og ortopeder. Dette har medført at det har vært vanskelig å innfri garantien på en del sykehus
- Tilstrekkelige rutiner ved sykehusene for å skjerme planlagt behandling i forhold til akutt behandling
- Etablerte og effektive virkemidler for å dempe etterspørselen etter lavt prioriterte helsetjenester
- Gode virkemidler for å styre aktiviteten i ønsket retning

Etter utvalgets vurdering må disse forholdene rettes opp for at det skal bli mulig å gjennomføre en behandlingsgaranti som anbefalt i St.meld. nr. 44 Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering. At disse forutsetninger ikke var til stede før ventetidsgarantien ble innført, kan forklare de problemer som ordningen har medført.

Utvalget støtter alle forsøk på å bedre kvaliteten på ventelisteføringen.

Medlemmene Benkow, Brundtland, Evensen, Traaholt og Ødegård gir noen utfyllende kommentarer til ventelistegarantien under avsnitt 5.8.

2.4 PRIORITERINGSMODELLER I ANDRE LAND

I "*Prioriteringsmodeller i andre land*" i kapittel 6 har utvalget gitt en sammenstilling av de internasjonale arbeider og erfaringer på prioriteringsområdet som er gjort etter 1987. I delstaten Oregon i USA, i Nederland, Sverige, Finland, Danmark og New Zealand er det utarbeidet nasjonale retningslinjer. Sentrale spørsmål i alle de utredningene utvalget har analysert, er hvilke kriterier som skal legges til grunn for prioriteringer, og hvordan kriteriene skal rangeres i forhold til hverandre.

Prioriteringsmodellene kan sammenlignes i forhold til hvilken tilnærming de har valgt til prioriteringsspørsmålet, og i forhold til hvilke prinsipper og kriterier som anbefales.

Når det gjelder det første spørsmålet, er det mulig å spore en viss utvikling i synet på hvordan prioritering skjer og bør skje. Honingsbaum og medarbeidere skiller mellom to typer prioriteringsmodeller: den *sentraliserte, overordnede modell* og den *desentraliserte prioriteringsmodell* (Honingsbaum et al 1995). NOU 1987: 23 er det typiske eksempel på en sentralisert overordnet modell. Tilstander og tiltak rangeres kategorisk i prioritetsgrupper, og disse er tenkt anvendt på det overordnede beslutningsnivå, eller på samme måte på alle nivåer. New Zealand-modellen er den mest utpreget desentraliserte modellen. Modellen er ikke nødvendigvis desentralisert i politisk forstand, men forsøker å utvikle metoder for anvendelse i klinisk praksis. Og klinisk praksis må med nødvendighet være desentralisert. Den desentraliserte modellen tar utgangspunkt i at prioritering skjer innen hver diagnosegruppe og innen hvert fagfelt, mens en i den sentraliserte modell antar at det er mulig å rangere og eventuelt utelukke hele diagnosegrupper kategorisk. Utviklingen fra en sentralisert overordnet modell kan spores fra NOU 1987: 23, over Oregons rangeringsliste og mot den mer desentraliserte tilnærmingen som anbefales i Nederland, i Danmark, til dels i Sverige, i Finland og altså særlig i New Zealand.

Med hensyn til de foreslåtte prioriteringskriterier er det et gjennomgående trekk at alle systemer og forslag vektlegger kriteriene *behandlings forventede nytte eller virkning*, og hensynet til *kostnader*. De danske, svenske og finske utredningene anbefaler også behovskriteriet, som delvis overlapper med kriteriet tilstandens alvorlighetsgrad. Felles for dem alle er at det gis en klar vektlegging av hensynet til behandlingens virkning og kostnadseffektivitet. Det er en unison avvisning av at sosiale kjennetegn ved pasientene skal være relevante prioriteringskriterier. Alder i seg selv blir i liten grad trukket frem som et relevant prioriteringskriterium. Likhets- og rettferdighetsprinsippet understrekes av alle. Medisinsk teknologivurdering fremheves som et uunnværlig hjelpemiddel for å få klarhet i hva slags behandling som nytter, og som det bør satses på.

Den internasjonale diskusjon er kommet langt siden NOU 1987: 23. Med tanke på denne utredningens mandat, som ber om mer anvendelige og presise kriterier for prioritering, er det mye vi kan lære av utviklingen fra en mer overordnet sentralisert modell mot en mer desentralisert klinisk tilnærming til praktiske, dagligdagse beslutninger.

Den svenske utredningen, og senere den danske, trekker et skille mellom politisk-administrative og kliniske prioriteringer. I denne utredningen benyttes som nevnt i "*Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*" i kapittel 3 begrepene første- og annenordensbeslutninger. Begrepene «analyseredskaper» og «beslutningsredskaper» i den danske utredningen er klargjørende. De omtalte utredninger gir stort sett ikke mange opplysninger om hva slags konkret informasjon beslutningstakerne har, eller behøver. På dette punkt er det behov for en videreføring av diskusjonen. Erfaring har vist at beslutningsgrunnlaget er av stor betydning for prioriteringsbeslutningenes kvalitet og virkning. Hva som er priori-

teringsrelevant informasjon, er derfor et viktig spørsmål. Alle utredningene tar for seg problemet med å fastlegge hva nødvendig helsehjelp egentlig innebærer.

2.5 ANALYSEREDSKAPER I PRIORITERINGSDEBATTEN

I "*Analyseredskaper i prioriteringsdebatten*" i kapittel 7 gis en oversikt over bruken av forskjellige analyseredskaper i prioriteringsdebatten. Utgangspunktet for dette kapitlet er at kvaliteten og tilgjengeligheten av informasjon påvirker hvilke prioriteringer som fattes. Analyseredskapenes rolle er å bidra til å informere beslutningstakere. De erstatter ikke vanskelige verdibaserte valg, omhyggelig vurdering, godt klinisk skjønn eller sunn fornuft. De kan således ikke være det eneste underlaget for prioriteringsbeslutninger. Det vil alltid være nødvendig å legge til grunn andre betraktninger som kravet til likhet, rettferdig fordeling, tilgjengelighet, individuelle preferanser m.m.

Medisinsk teknologieuvaluering bidrar til å belyse konsekvensene av forskjellige tiltak i et bredt perspektiv. Metodens betydning må ikke bare ses ut fra at den bidrar til å belyse konsekvensene av å innføre f.eks. ny medisinsk apparatur, eller behov for endring av organisasjonsform. Medisinsk teknologivurdering er også viktig for å skape erkjennelse om at helsevesenet er en kompleks organisasjon, der beslutninger kan ha konsekvenser på mange forskjellige områder. Dette må trekkes inn i vurderingene av hvilke tiltak som skal prioriteres.

Helseøkonomiske analyser bør ha en viktig rolle når det gjelder å skape oversikt over hvilke alternative anvendelsesmuligheter som finnes innenfor en fast budsjettamme. Økonomiske analyser av helsetiltak er derfor viktige i forbindelse med helsepolitikkenes førsteordensbeslutninger.

2.6 VERDIER, PRINSIPPER OG KRITERIER FOR PRIORITERING

I "*Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen*" i kapittel 8 drøfter utvalget hvilke kriterier som bør være overordnede i prioriteringer i norsk helsevesen. Det er en nasjonal målsetting at helsetjenester skal fordeles rettferdig. I rettferdighetsmålsettingen inngår liebehandling som et vesentlig element. Utvalget foreslår at like tilfeller, så langt mulig, skal behandles likt. Det betyr at hvis én pasient får et tilbud, bør det være et mål å gi alle pasienter i samme situasjon et likeverdig tilbud. Med samme situasjon menes at tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets nytte og kostnadseffektivitet er den samme. Ulik alvorlighetsgrad, ulik forventet nytte og ulik kostnadseffektivitet er legitime grunner for forskjellsbehandling. Kriterier som kjønn, etnisk tilhørighet, tidligere helseskadelig atferd, produktivitet, livssyn, seksuell orientering og sosial status er under ingen omstendigheter relevante. Kriteriene alder, livsstil som reduserer effekten av tiltak og visse sosiale behov, er kriterier som kan inngå i skjønnsmessige prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå.

Utvalgets medlem Evensen presiserer at dersom behandling er nyttig, er hverken livsstil som reduserer effekten av tiltak, eller sosiale behov relevante prioriteringskriterier.

Prioritering av helsetjenester, og av pasienter, beror alltid på en avveining av relevante hensyn. Utvalget mener at hensynet til alvorlighet og hensynet til nytten av behandlingen er to grunnleggende prioriteringsprinsipper. I tillegg bør avgjørelsene så langt mulig være slik at ressursene brukes på den mest effektive måte.

I de prioriteringskriterier som ble trukket opp i NOU 1987: 23 ble særlig tilstandens alvorlighet tillagt vekt. Dette utvalget vil understreke at det er *tre* kriterier som

alle er relevante i prioriteringssammenheng: *tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet*. Sammenlignet med tidligere retningslinjer mener utvalget at tiltakets nytte og kostnadseffektivitet må tillegges større vekt.

2.7 DET OFFENTLIGES ANSVAR: PRIORITETSGRUPPER OG RES-SURSRAMMER

I "*Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9 drøfter utvalget hvordan prioriteringen innen norsk helsetjeneste kan videreutvikles og forbedres. Utvalget anbefaler at endringer av dagens prioriteringssystem bør skje *vide infra* - nedenfra og opp. Utvalget foreslår at det etableres representative faggrupper som skal gi anbefalinger om prioritering innen sitt fagfelt. Faggruppene bør få i mandat å klarlegge hva man skal legge i begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet for ulike pasientgrupper. Disse prioriteringsprinsippene skal anvendes for å klassifisere eller rangere tilstander og tiltak i prioritetsgrupper. Som en hjelp til et slikt prioriteringsarbeid på overordnet klinisk nivå, har utvalget utformet veiledende definisjoner eller beskrivelser av prioritetsgrupper. Utvalget foreslår følgende inndeling av prioritetsgrupper:

- i. Grunnleggende helsetjenester
- ii. Utfyllende tjenester
- iii. Lavt prioriterte tjenester
- iv. Tilbud som ikke hører hjemme innenfor det offentlig finansierte helsetilbud

Utvalget anbefaler at denne inndelingen erstatter inndeling i prioritetsgrupper anbefalt i NOU 1987: 23. I det følgende anvendes begrepet grunnleggende helsetjenester (prioritetsgruppe I) for de tjenester som tar sikte på å tilfredsstille grunnleggende behov, så som grunnleggende pleie og omsorg, lindrende behandling ved livets slutt, effektive tiltak ved livstruende tilstander o.l. Dette er tiltak som uten videre bør ha høy prioritet. Det forutsettes at gruppen vil omfatte en relativt begrenset rekke av tiltak. Bare de mest grunnleggende helsetjenester skal omfattes. Til gjengjeld bør de tilbys i et omfang som dekker behovet.

I vårt ressurssterke velferdssamfunn er det imidlertid mange tjenester utover dette helt grunnleggende nivået som bør tilbys. Dette tilbudet er plassert i gruppen for utfyllende tjenester (prioritetsgruppe II). Denne gruppen vil inneholde en omfattende rekke av tiltak. Men det er ikke opplagt at ressursene vil strekke til for å tilby disse fullt ut.

I tillegg er det enkelte tilbud med lav prioritet som befolkningen etterspør, og som kan være medisinsk sett nyttige, men som det ikke er nødvendig at det offentlige har hovedansvaret for å finansiere (prioritetsgruppe III). Endelig vil det være tilstander og tiltak som ikke under noen omstendighet skal ha prioritet (prioritetsgruppe IV).

I tillegg kan noen behandlingsformer defineres som utprøvende behandling. Dette er tiltak som har lovende effekt, men hvor den forventede nytte ikke er tilstrekkelig dokumentert. Dette tilbudet bør skilles ut som egen prioritetsgruppe, fordi utprøvende behandling som tar sikte på å avklare et tiltaks nytte må godkjennes og finansieres etter særskilte kriterier.

Veiledende definisjoner og beskrivelse av prioritetsgrupper

Boks 2.1 gir en veiledende definisjon av prioritetsgruppe I: Grunnleggende helsetjenester.

Boks 2.1 Prioritetsgruppe I: Grunnleggende helsetjenester

(Vilkår A, B og C må være oppfylt)

A Tilstand (minst ett av følgende vilkår må være oppfylt):

1. Prognosestap: Risikoen for å dø som følge av sykdom i løpet av 5 år er større enn 5-10 prosent
2. Nedsatt fysisk eller psykisk funksjonstilstand (eller stor risiko for slik nedsettelse): varig og sterkt nedsatt evne til å utføre de gjøremål pasienten vanligvis utfører i sin hverdag (yrkesaktivitet, skolegang, husarbeid osv.), eller de gjøremål som det er naturlig at pasienter i denne aldersgruppen kan utføre
3. Invaliderende smerter som ikke reduseres tilstrekkelig ved bruk av ikke-reseptbelagte smertestillende medikamenter. En indikator på sterke smerter kan være varig nedsatt evne til å utføre arbeid og dagliglivets alminnelige aktiviteter (påkledning, hygiene, søvn, matlaging osv.)

Med varig menes at tilstanden ikke kan forventes å bli bedre uten tiltak.

B Forventet nytte (minst ett av følgende vilkår må være oppfylt)

1. Økningen i sannsynlighet for 5-års overlevelse er større enn 10 prosent (absolutt risikoreduksjon)
2. Forbedret fysisk eller psykisk funksjonstilstand: Hel eller delvis *gjenopprettelse* av tidligere helsetilstand
3. Reduksjon av smerter som fører til bedret funksjonsnivå
4. Pleie og omsorg som kan sikre tilstrekkelig næringsinntak, naturlige funksjoner, hygiene, påkledning og mulighet for ytre stimulering eller sosiale kontakter

C Kostnadseffektivitet

Kostnadene bør stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte

De strenge grensene som er satt, gjelder for prioritetsgruppe I: Grunnleggende helsetjenester. Dette utelukker ikke at det bør gis tilbud på mindre streng indikasjon for prioritetsgruppe II: Utfyllende tjenester.

Definisjonen er veiledende i den forstand at de enkelte fagfelt må omsette de grensene som er trukket til medisinsk-faglige kriterier for valg av pasienter til riktig tiltak. På bakgrunn av medisinsk kunnskap og skjønn må det utformes kriterier for prognosestap, funksjonstap og forventet nytte av tiltak. Dette vil for noen fagfelt bli en stor utfordring, da slik kunnskap til dels er mangelfull og til dels vanskelig å overføre fra gruppenivå til enkeltpersoner. Det må derfor utøves skjønn ved anvendelsen av slike kriterier.

Prioritetsgruppe II er definert negativt i forhold til gruppe I og III, dvs. at denne gruppen inneholder tilstander og tiltak som ikke omfattes av gruppe I og III. Som hovedregel bør det foreligge kjent risiko for sykdomsutvikling eller manifest sykdom med betydelig prognosestap med henblikk på overlevelse og funksjonsnivå, betydningsfull forventet nytte av tiltaket. Nyten må dessuten stå i et akseptabelt forhold til kostnadene. Utvalget har vært opptatt av å definere hvilke grupper som det offentlige bør ha et særlig ansvar for (gruppe I) og hvilke tilstander og tiltak det kan være legitimt å gi lav prioritet (gruppe III). Boks 2.2 antyder kriterier for klassifisering i prioritetsgruppe III.

Det vil være ønskelig at faggrupper kan gi anbefalinger om rangering av tilstander og tiltak i denne prioritetsgruppen. Her er det særlig viktig at prinsippet om

Boks 2.2 Prioritetsgruppe III: Lavt prioriterte tjenester

Det kan gis lav prioritet til:

- Tilstander som pasienten kan ta ansvar for selv
- Tilstander som medfører ubetydelig nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå
- Tiltak som har liten forventet nytte, det vil si mindre enn 5 prosent økt sannsynlighet for 5-års overlevelse (eller forbedring i overlevelse som ikke er mulig å påvise med statistisk anerkjente metoder) eller som ikke gir forbedret fysisk eller psykisk funksjonsnivå av en viss varighet
- Tiltak med usikker medisinsk nytte, det vil si svak dokumentasjon
- Tiltak som er for kostbare i forhold til nytten
- Pleie og omsorg som går utover å sikre livsfunksjoner og opprettholde for pasienten et 'normalt' fysisk og sosialt aktivitetsnivå

prioritering etter forventet nytte anvendes på basis av tilgjengelig kunnskap og dokumentasjon. Innen mange diagnosegrupper vil det være undergrupper av pasienter som befinner seg i gråsonen mellom moderat og marginal forventet nytte av tiltak. Et grundig arbeid med dokumentasjon, indikasjonsetting og rangering av tilstander og tiltak vil være til god hjelp for videre arbeid med dimensjonering av kapasitet.

Boks 2.2 gir noen eksempler på tilstander og tiltak som ikke under noen omsendighet skal ha prioritet innen det offentlige helsetjenestetilbud.

Boks 2.3 Prioritetsgruppe IV: Tilbud som ikke skal finansieres av det offentlige

Tilbud som ikke skal ha prioritet i det offentlige helsetjenestetilbud er:

- Tiltak som er dokumentert uten virkning på overlevelse, funksjonstilstand eller smerter
- Tiltak rettet mot tilstander som helt klart faller utenfor allmenne oppfatninger om hva som er sykdom
- Tiltak med for høy risiko
- Tiltak med ekstremt høye kostnader i forhold til forventet nytte
- Tiltak som det vil være uetisk å utføre

Oppsøkende risikojakt på friske personer uten kjent risiko, f.eks. visse typer prediktive genetiske tester, kan være et eksempel på tilbud som inntil videre bør ha null prioritet i den offentlige helsetjenesten. Et annet eksempel er ultralyd mer enn én gang i normale svangerskap.

Om samspillet mellom de tre trinn i prioriteringsprosessen

Faggruppenes arbeid er tenkt å inngå i en tretrinnsprosess:

1. Faggruppene anbefaler klassifisering og sortering av tilstander og tiltak i prioritetsgrupper for sitt fagfelt.
2. Politiske og administrative beslutningstakere treffer beslutningen om ressurser og kapasitet for forskjellige grupper. Det vil si at de prioriterer mellom grupper ved å omprioritere ressurser eller fordele ressursvekst på grunnlag av tilgjengelig informasjon, analyse, faglige anbefalinger om prioritering og helsepolitiske mål.
3. Faggruppene formulerer kliniske retningslinjer for valg av pasienter til riktig behandling.

Begrunnelsen for å be faggrupper om å gi anbefalinger om prioritering innen sitt fagfelt er problemenes kompleksitet og behovet for kompetanse. Men arbeidet forutsetter at sentrale myndigheter legger prinsipielle føringer på hvordan helsetilbud bør rangeres og sorteres, jf. "*Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen*" i kapittel 8. Det er i den politiske beslutningsprosess at de overordnede valg skal tas om hva og hvor mye som skal tilbys i den offentlige helsetjenesten. De overordnede valg må dernest konkretiseres gjennom utarbeidelse av faglige retningslinjer for valg av pasienter til riktig tiltak innenfor de gitte ressursrammer. Målet er å etablere et bedre samspill mellom det politiske og det kliniske beslutningsnivå gjennom beslutningsprosedyrer som først går nedenfra og opp - og deretter ned igjen til dem som har det daglige ansvar for å praktisere retningslinjene.

Dersom resultatet er basert på allment aksepterte prioriteringsprinsipper og en prosess som gir legitimitet både blant fagfolk og i befolkningen, kan dette gi opphav til konkrete beslutninger som treffes åpent og med forutsigbarhet for pasientene.

Oppnevning og sammensetning av faggrupper

Det foreslås at faggruppene oppnevnes av Statens helsetilsyn, som også bør få ansvar for å tilrettelegge og koordinere arbeidet. Utvalgets forslag til sammensetning av faggrupper søker å ivareta tre hensyn. For å ivareta hensynet til pasientflyt og samspill mellom tjenestenivåene bør både allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten være representert. For å sikre at alle landsdelene er med og dermed at resultatet kan tenkes å bli gjennomført over hele landet, bør alle helseregioner være representert. Tilsynsmyndighetene kan være representert ved en person fra Statens helsetilsyn. Dette vil også lette koordineringsarbeidet i den etterfølgende prosess.

Prioritering mellom grupper

Politiske og administrative beslutningstakere har ansvaret for fordeling mellom grupper og dimensjonering av kapasitet. Dette er vanskelig, både i teori og praksis. Beslutningstakere må:

- Kjenne omfanget av tilgjengelige ressurser (budsjettarbeid)
- Kjenne det sannsynlige antall pasienter i den aktuelle pasientpopulasjon som vil falle inn under prioritetsgruppene (behovsanalyse)
- Beregne hvor langt ned på listen av prioritetsgrupper ressursene vil strekke til (praktisk kostnadsanalyse/konsekvensanalyse)
- Balansere ressursbruk innen én gruppe mot andre grupper (kostnad-effektanalyse, etikk, politikk)

Det er behov for, men vanskelig å etablere systemer for praktisk ressursfordeling mellom fagområder. Likevel treffes det hele tiden beslutninger om ressursfordeling, men langt fra så rasjonelt og velbegrunnet som den teoretiske modellen forutsetter. Faglige anbefalinger om prioritering kan bidra til å forbedre beslutningsgrunnlaget, men også andre analyseredskaper bør tas mer aktivt i bruk.

Utvalget vil peke på at det trengs kompetanseoppbygging med hensyn på epidemiologi, statistikk og helseøkonomi på flere politiske og administrative beslutningsnivåer.

Forslag om opprettelse av et samordnende, permanent prioriteringsutvalg

De prinsipielt sett vanskeligste valg angår prioritering mellom pasientgrupper hvor nytten av tiltak er forskjellige. Erfaringene fra ventetidsgarantien viser også at fagmiljøene følger ulike tradisjoner og standarder når de prioriterer, og at dette i noen grad også gjelder helseregionene imellom. Hensynet til rettferdig fordeling av helsetjenestens ressurser tilsier at det bør være bedre samsvar mellom hvilke

pasienter som blir gitt høy eller lav prioritet i de ulike fagområdene og helseregionene.

Utvalget anbefaler at det opprettes et samordnende, permanent prioriteringsutvalg som skal gi råd om prioritering mellom pasientgrupper. Utvalget bør være bredt sammensatt med representasjon av lekfolk, pasientorganisasjoner, helsepersonell og politisk-administrative beslutningstakere. Utvalget bør også ha kompetanse innen helseøkonomi, medisinsk analyse av behandlingsresultater, helserett og medisinsk etikk. Utvalget bør være slik sammensatt at det kan gi helhetlige, velbegrunnede og upartiske råd om praktisk prioritering. Deres viktigste oppgave blir å motta faggruppens anbefalinger, analysere dem, og gi råd til politiske beslutningstakere om dimensjonering av kapasitet. Det er viktig at et samordnende, permanent prioriteringsutvalg får en mest mulig uavhengig posisjon i forhold til rene partsinteresser.

Et bedre samspill mellom de ulike trinn i prosessen forutsetter et langvarig, systematisk arbeid. På lengre sikt kan faglige anbefalinger og faglige retningslinjer gi beslutningstakere nødvendig prioriteringsrelevant informasjon, og bli byggesteiner i et system for bedre dimensjonering av kapasitet.

Utvalget mener at den prioriteringsmodell som her er foreslått, samlet sett kan sette i gang en prosess for å avklare grensene for det offentlige ansvar. Denne grensen kan ikke trekkes én gang for alle, men en inndeling av tiltak som det offentlige skal, bør og kan tilby, kan bidra til en mer velbegrunnet debatt om dette vanskelige spørsmålet. Utvalget mener også at en nærmere avklaring av hvilke tilstander og tiltak som kan klassifiseres i prioritetsgruppen for lavt prioriterte tjenester, som eventuelt kan tilbys mot at pasientene helt eller delvis selv betaler, kan fungere som en overgangssone mellom et ubetinget offentlig ansvar og pasientenes eget ansvar, jf. kapittel 10. Dette vil, etter utvalgets vurdering, være en bedre løsning enn en skarp enten/eller avgrensning som antakelig vil møte større motstand i befolkningen, og dessuten vil presse frem et større marked for private helsetjenester som kan redusere kvaliteten på det offentlige tilbud.

2.8 MULIGE VIRKEMIDLER FOR Å SIKRE TILSTREKKELIG KAPASITET FOR UTVALGTE OMRÅDER

Kapittel 10 tar utgangspunkt i at dimensjonering av kapasitet henger nøye sammen med prioritering mellom grupper. Styringsredskaper som bidrar til økning i kapasiteten på visse områder, kan samtidig bidra til nedprioritering av andre områder. De virkemidlene som drøftes, er forpliktende servicemål og bedre informasjonssystemer, finansieringsordninger og bruk av gradert egenbetaling, pasientrettigheter og behandlingsgaranti, fritt sykehusvalg og utdanning og fordeling av helsepersonell.

Servicemål

Prioriteringsbeslutninger er, og bør også være, en del av den politiske beslutningsprosess. Spørsmålet er om det er mulig å påvirke formelle og uformelle prioriteringer i retning av helsepolitiske målsettinger for prioritering. Dette kan tenkes gjennomført ved å forbedre de politiske beslutningsprosessene gjennom bedre samspill mellom medisinsk-faglige og administrative beslutningstakere, og ved innføring av såkalte servicemål.

Erfaringene med ventetidsgarantien viser at et grovt kvantitativt mål på behov og tilgjengelig kapasitet tolkes som et kvalitativt mål på helsetjenestens suksess eller fiasko. Dette er åpenbart uheldig. Det er ønskelig å supplere grove kvantitative mål om ventetid med prioriteringsrelevante kvalitetsmål. Rikdommen på kunnskap om det enkelt opptellbare og relativt ukontroversielle står i skarp kontrast til vår manglende kunnskap om kvaliteten på det helsetjenesten utretter.

I Danmark har man gjennom en avtale mellom regjeringen og fylkene innført servicemål som et styringsredskap. Hensikten er at servicemålene skal brukes til å informere borgerne om vedtatte målsettinger og prioriteringer. Disse kan danne grunnlag for dialog om forholdet mellom ressursbruk og kvaliteten på tjenestene. I vår sammenheng kan servicemål for eksempel knyttes til tilbudet for pasienter i prioritetsgruppe I og II. Stikkord her er institusjonsbasert og politisk ansvar.

Begrepet servicemål kan ses på som et annet begrep for kvalitetsmål. Det kan likevel være riktig å bruke et eget begrep for de mål som skal være forpliktende og dermed brukes som styringsredskap. Begrepet synes videre hensiktsmessig fordi det indikerer ivaretagelse av brukerkrav til kvalitet, i og med at servicemål er tenkt å inngå i en dialog med brukerne og befolkningen for øvrig. Servicemål kan defineres i forhold til ventetid, behandlingsresultater, risiko for komplikasjoner, tilgjengelighet, informasjonskrav, pris, mv.

Servicemål bør ha en naturlig plass i prioriteringsarbeidet. Informasjon er en nødvendig forutsetning for gode beslutninger, og servicemål kan gi økt innsyn og brukerkontroll. En mulighet vil være at grunnleggende helsetjenester (prioritetsgruppe I) i større grad blir omfattet av detaljerte myndighetskrav, mens det for andre deler av helsetjenesten utvikles forpliktende servicemål på grunnlag av drøftinger med kommuner og fylkeskommuner. Servicemålene må være basert på et realistisk økonomisk grunnlag og vurderes i forhold til de økonomiske rammer som fastlegges.

Virkemidler anvendt på overordnet nivå

På overordnet politisk og administrativt nivå vil analyse og budsjettarbeid være et av de viktigste virkemidler for å sikre riktig kapasitet for de forskjellige prioritetsgruppene. Dette kan bl.a. skje på grunnlag av den prioriteringsmodell som er skissert i *"Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer"* i kapittel 9. Langsiktig planlegging og dimensjonering av kapasitet bør særlig innrettes på å sikre at prioritetsgruppene I og II får et adekvat tilbud.

Innføring av servicemål, enten bare for prioritetsgruppe I eller også for tilbud i prioritetsgruppe II, kan gi bedre innsyn i de helsepolitiske beslutninger og formodentlig bedre dimensjonering av kapasitet på makronivå. Overordnet tilsyn fra helsemyndighetene, i form av klarere myndighetskrav, vil også kunne bidra til å sikre ønsket prioritering.

Det er ikke grunn til å tro at ren rammefinansiering vil bidra til avvik mellom samfunnets prioriteringsønsker og de faktiske prioriteringer, jf. pkt. 10.3. Men rammefinansiering er ikke i seg selv et virkemiddel for prioritering. Rammer forutsetter at det gis signaler om hva som er samfunnets prioriteringsønsker. Dersom det er mulig å klargjøre prioritetsgruppens innhold presist nok, kan denne finansieringsordningen bidra til å avklare grensen mellom tiltak med lavere prioritet. På den annen side vil ikke rammefinansiering like mye som aktivitetsbasert finansiering bidra til økt kostnadseffektivitet.

Aktivitetsbasert finansiering kan, slik det er drøftet i pkt. 10.3, bidra til økt kapasitet for somatiske sykehustjenester, men dette kan komme til å gå på bekostning av prioriteringseffektivitet. Det er neppe mulig med dagens system for klassifisering av diagnosegrupper å tilpasse aktivitetsbasert finansiering bare for prioritetsgruppe I. Ordningen vil derfor antakelig ha effekt på begge prioritetsgrupper. Det er også lite trolig at ordningen kan tilpasses psykiatriske institusjonstilbud. En eventuell effektivitetsgevinst vil derfor ikke komme denne pasientgruppen til gode.

Dersom gradert egenbetaling innføres, bør det samtidig vurderes om det er mulig å la tiltak i prioritetsgruppe III utgå fra ordningen med aktivitetsbasert finansiering. Dette vil, i teorien, kunne gi en effekt i form av mindre ressursbruk for prioritetsgruppe III, lavt prioriterte tjenester.

Virkemidler anvendt på individnivå

På individnivå mener utvalget at faglige retningslinjer for valg av pasienter til riktig behandlingsform, jf. "*Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9, kan være et viktig virkemiddel for å styre pasientstrømmen.

En hovedbegrunnelse for å vurdere gradert egenbetaling for pasienter i prioritetsgruppe III er effektivitetshensynet; egenbetalinger fører til at behov for behandling som er lavt prioritert av brukerne selv, ikke blir påmeldt i kampen om knappe ressurser. Dette kan bidra til bedre kapasitet for behandling av pasienter med høyere prioritet.

Fritt sykehusvalg kan tenkes å gi pasienter lettere og raskere behandling ved at ledig kapasitet utnyttes bedre. Det kan være mulig å tillate fritt sykehusvalg bare for pasienter i prioritetsgruppe I, men det er neppe hensiktsmessig. Prioritetsgruppe I er stramt definert, og det er viktig at kapasiteten utnyttes også for pasienter med lavere prioritet.

Særskilt tilsyn fra Statens helsetilsyn og fylkeslegene kan også være aktuelt dersom mange personer i prioritetsgruppe I ikke får behandlingstilbud. I tillegg har allerede tilsynsmyndigheten et ansvar for å påse at helsetjenestene blir utført forsvarlig. Dette ansvaret må gjelde både for prioritetsgruppe I, II og III.

Utvalget er så langt enige om bruk og vektlegging av virkemidler for å påvirke prioriteringsbeslutninger. Utvalgets mindretall, jf. pkt. 10.6, anbefaler bruk av ytterligere virkemidler på individnivå for å styre prioriteringer i ønsket retning. Etter deres syn kan materielle pasientrettigheter og tildeling av behandlingssgaranti for prioritetsgruppe I bidra til å sikre tilgangen til behandling for den enkelte. Dette veier tyngre enn mulige utilsiktede virkninger av rettighetsfesting.

2.9 VIDERE UTFORDRINGER I PRIORITERINGSARBEIDET

I kapittel 11 har utvalget tatt for seg noen direkte utfordringer for det videre prioriteringsarbeid i forbindelse med det forebyggende helsearbeid i kommunehelsetjenesten. Utvalget har også drøftet hvordan et kjernetilbud innen habilitering og rehabilitering, og pleie og omsorg for pasienter i prioritetsgruppe I kan defineres, samt pekt på mulige tiltak for pasienter med kroniske lidelser.

Psykiatrien er et område hvor utvalget anser det nødvendig med strakstiltak for å realisere en nødvendig opp-prioritering. Avslutningsvis har derfor utvalget trukket opp en tentativ skisse til mulige tiltak innen psykiatrien. Psykisk helsevern og psykiatrisk behandling står på mange måter i en særstilling innen helsetjenesten. Å ta vare på og hjelpe mennesker i denne gruppen er en av de vanskeligste oppgaver fellesskapet påtar seg. Vanskelighetene med å etablere en ventetidsgaranti også for psykiatrien, viser svært tydelig at utfordringene ikke er de samme her som f.eks. innen kirurgien. Psykiatrien er bygd opp rundt langsiktige prosesser både når det gjelder behandling og spesialisert omsorg. Det er ikke mulig, slik det er innenfor de fleste andre medisinske felt, å fremstille virksomheten og dens betydning i form av enkle og klare produksjonsmål. Å iverksette generelle *kortsiktige* tiltak for å bedre psykiatriens stilling, med henblikk på å forbedre prioriteringsprosesser innen psykiatrien, kan derfor lett føre til utilsiktede virkninger.

Utvalget mener det omgående må tas et skikkelig løft for psykiatriske pasienter, og har drøftet enkelte konkrete tiltak for å bedre tilbudet til psykiatriske pasienter. Utvalgets sammensetning har imidlertid ikke vært slik at det er mulig å bedømme i detalj hvilke konsekvenser ulike tiltak vil ha. Forslagene som gjengis nedenfor, bør således betraktes som tentative.

Utbygging av barne- og ungdomspsykiatriske tjenester

Barne- og ungdomspsykiatrien bør utbygges til å nå en tilfredsstillende dekningsgrad for barne- og ungdomsbefolkningen under 18 år. Det bør igangsettes en systematisk gjennomgang av barne- og ungdomspsykiatrien med henblikk på om mål, midler og organisasjonsform er i samsvar med hverandre.

Flere psykiatriske sykehusplasser

Opprettelse av psykiatriske institusjoner med sykehuskarakter for barn og ungdom i hvert fylke bør vurderes. Disse bør ha nært samarbeid med den sentrale (eller regionale) barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk.

Ut fra undersøkelser referert i "*Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingstrekk*" i kapittel 4, synes det som om de aller mest akutt syke voksne pasientene stort sett blir tatt hånd om i akuttavdelingene, men at det mange steder er vanskelig å få plass for alvorlig sinnslidende, men ikke øyeblikkelig hjelp-trengende pasienter. Det gjelder både pasienter som må innlegges med tvang, og pasienter som søker frivillig innleggelse. I mange fylker er det mangel på intermediær- og langtidsinstitusjonsplasser, og særlig på skjermede plasser.

Tiltak for å sikre riktig omsorgsnivå

Den kommunale helse- og sosialtjenesten, som er ansvarlig for psykiatriske pasienter som ikke er under spesialisthelsetjenestens omsorg, bør få styrket sine muligheter til å gi adekvat hjelp i form av for eksempel psykiatrisk sykepleie og botilbud med forskjellige typer omsorgstjenester. Særlige tiltak for å rekruttere flere sykepleiere til psykiatrisk spesialisering bør fortsette. Det vil også være viktig å ruste opp tjenestetilbudet i kommunene, både kvantitativt og kvalitativt. Dette gjelder ikke minst dagtilbud og tilbud om støttekontakter som kan gi denne gruppen et mer innholdsfylt liv.

Utvalget vil også fremheve behovet for organisert samarbeid mellom allmenn- og spesialisthelsetjenesten på dette området.

Tiltak for å øke rettssikkerheten for psykiatriske pasienter

Utdanning av såvel kontrollkommisjonsmedlemmer som psykiatriske avdelingsoverleger burde gjøres mer systematisk, slik at alle til enhver tid har den nødvendige kjennskap til regelverket.

Tiltak for bedre utnyttelse av psykiaternes kompetanse

Psykiatere tilknyttet psykiatriske sykehus bruker i stor utstrekning tid på annet enn pasientarbeid. Fordi det overveiende flertall av inneliggende psykiatriske pasienter er innlagt under tvang, er mengden «papirarbeid» mange ganger større enn i somatiske sykehus. Vedtak om observasjon, innleggelse, bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling, samt alle klagesaker for kontrollkommisjonene, krever skriftlig saksbehandling. Dette kommer i tillegg til vanlig journalarbeid. Et mulig tiltak for å bedre utnyttelsen av psykiaternes kompetanse ville være at hver psykiatriske sykehusoverlege får egen sekretær, og at sekretærhjelp for assistentlegene utvides. Det er mangel på barnepsykiatere, og følgende virkemidler for å styrke rekruttering til faget bør vurderes:

- Årsaker til frafall av kandidater under spesialistutdanning, og av ferdige spesialister må undersøkes systematisk
- Opprettelse av hospitantplasser med statlig lønnsdekning ved sykehusenes barneavdelinger, øremerket for barnepsykiateres sideutdannelse

Etablering av kompetansesentre

Regionale kompetansesentre, i tilknytning til universitetene, kan være en drivkraft i forhold til fagutvikling og kompetanseoppbygging, jf Steinfeldt Foss-utvalgets innstilling (Helsetilsynets utredningsserie 4-95). Kompetansesentrenes oppgave bør være forskning og utdanning av studenter og helsepersonell i regionen, samt å lage en langtidsplan for regionens voksenpsykiatriske og barne- og ungdoms-

spsykiatriske helsetjeneste. Hvert fagområde bør dekkes av flere høyt kvalifiserte leger og psykologer. Sentrene må ha nødvendig servicepersonell, og en fast plan for samarbeid med såvel universitetsmiljøene som de øvrige kompetansesentrene.

2.10 ADMINISTRATIVE OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER

I kapittel 12 gis en kortfattet vurdering av hvilke administrative og økonomiske konsekvenser utvalget mener de foreslåtte tiltak vil ha.

2.11 UTVALGETS HOVEDANBEFALINGER

2.11.1 Anbefaling om opprettelse av faggrupper

Utvalget foreslår at det etableres representative faggrupper som skal gi anbefalinger om prioritering innen sitt fagfelt. Faggruppene bør få i mandat å klarlegge hva man skal legge i begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet for ulike pasientgrupper. Disse prioriteringsprinsippene skal anvendes for å klassifisere eller rangere tilstander og tiltak i prioritetsgrupper. Utvalget har drøftet hvorvidt pasienter og befolkning bør være representert, men finner det riktigere at deres interesser ivaretas i den politiske beslutningsprosess etter at det faglige premissgrunnlaget er utformet, jf. pkt. 9.4.2.

For å unngå rasjonering av grunnleggende helsetjenestetilbud (prioritetsgruppe I), bør det først oppnevnes faggrupper for:

- Barne og ungdomspsykiatri
- Voksenpsykiatri
- Medisinsk rehabilitering
- Pleie og omsorg i kommunene
- Ortopedisk kirurgi

Utvalget anbefaler at igangsetting av faggrupper 'kvoterer' til disse områdene i første omgang. Aktuelle behandlingstilbud bør gjennomgås kritisk etter den mal som er foreslått i vedlegg 2. Etablering av nye faggrupper bør ikke foretas før erfaringene med de første er evaluert. Grunnen til at ikke alle fagmiljøene bør starte på én gang, er for det første at systemet bør prøves ut først, og for det andre at det forventes at mer formelle prioriteringer etter kravene om forventet nytte, dokumentasjon og kostnadseffektivitet, kan føre til at de fagmiljøer som i utgangspunktet står sterkest, også kan komme til å trekke til seg mest ressurser.

Medlemmet Brundtland mener at pasientene bør være representert i faggruppene. Pasienter innehar kompetanse på egen sykdom, og erfaring med ulike behandling. Denne kompetansen må særlig vektlegges når faggruppene skal uttale seg om nytten og verdien av en helsetjeneste.

2.11.2 Anbefaling om opprettelse av et samordnende, permanent prioriteringsutvalg

Utvalget anbefaler at det opprettes et samordnende, permanent prioriteringsutvalg som skal gi råd om prioritering mellom pasientgrupper. Utvalget bør være bredt sammensatt med representasjon av lekfolk, pasientorganisasjoner, helsepersonell og politisk-administrative beslutningstakere. Utvalget bør også ha kompetanse innen helseøkonomi, medisinsk analyse av behandlingsresultater, helserett og medisinsk etikk. Utvalget bør være slik sammensatt at det kan gi helhetlige, velbegrunnede og upartiske råd om praktisk prioritering. Det permanente prioriteringsutvalgets mandat bør omfatte tre hovedområder:

1. Utvalget skal samordne og vurdere faggruppens råd om inndeling av tilstander og tiltak i forskjellige prioritetsgrupper. Utvalget bør også gi råd om dimensjonering av kapasitet. Det bør så langt som mulig være lik 'terskel' for hvilke pasienter som gis høy, middels og lav prioritet - uavhengig av faglige skillelinjer.
2. Utvalget bør ha et særskilt ansvar for å stimulere til offentlig debatt om prioriteringer, og å innhente informasjon om befolkningens verdigrunnlag og syn på prinsipper og kriterier for prioritering.
3. Utvalget bør gis anledning til, på forespørsel, å gi råd vedrørende prinsipielle sider ved vanskelige enkeltsaker som kan ha konsekvenser for helhetlige prioriteringer.

Det er viktig at det permanente prioriteringsutvalget får en mest mulig uavhengig posisjon i forhold til profesjonelle interesser eller andre partsinteresser.

2.11.3 Styrking av kunnskapen om prioritering i grunn- og etterutdannelsen av helsepersonell

Utvalget anbefaler at kunnskap om prioritering bør inngå som en viktig del av undervisningen i grunn- og etterutdannelsen av helsepersonell. Bakgrunnen for forslaget er beskrevet i pkt. 9.5.1.

2.11.4 Kompetanseoppbygging

Utvalget anbefaler at det skjer en kompetanseoppbygging med hensyn til epidemiologi, statistikk og helseøkonomi på flere politiske og administrative forvaltningsnivåer, herunder på statlig, regionalt og fylkeskommunalt nivå. Bakgrunnen for forslaget er beskrevet i pkt. 9.4.1.

2.11.5 Utprøvende behandling

Utprøvende behandling bør under visse forutsetninger være et statlig ansvar, jf. St.prp. nr. 1 (1996-97). Staten bør finansiere, evaluere og godkjenne utprøvende behandlingsopplegg som foregår i Norge eller som gjennomføres i samarbeid med andre land. Resultatene bør evalueres gjennom et formalisert system for medisinsk teknologivurdering.

Utprøvende behandling bør foregå etter godkjent behandlingsprotokoll, og gjennomføres på regionssykehusnivå. Ansvarsdeling for finansiering må avklares mellom helsetjenesten og universitet og forskningsråd. Rent generelt bør det være slik at basalforskning fortsatt blir finansiert over vanlige forskningsbudsjetter, mens behandlingsforsøk blir finansiert av egne poster over helsetjenestens budsjett. Bakgrunnen for forslaget er nærmere omtalt i pkt. 9.7.

2.11.6 Behandling i utlandet

I noen tilfeller ønsker pasienter å få utført prioritert behandling eller utprøvende behandling i utlandet. *Utvalget* anbefaler at de overordnede prinsipper for prioritering også gjøres gjeldende for denne kategorien pasienter. Tiltak som ikke gis prioritet innen den norske helsetjenesten, bør heller ikke gi rett til full refusjon av utgifter til behandling i utlandet, med unntak av deltakelse i utprøvende behandlingsopplegg som er godkjent av myndighetene etter særskilte kriterier. *Utvalget* har ikke utformet slike kriterier i detalj, men vil understreke at tilstandenes alvorlighetsgrad ikke kan være det avgjørende kriterium her. Viktige krav for godkjenning av

utprøvende behandlingsopplegg kan være at det eksisterer en godkjent behandlingsprotokoll, at studiens design fyller visse minimumskriterier, at tidligere behandlingsresultater er lovende i den forstand at det ikke dreier seg om rent eksperimentell behandling, og at den forventede nytte av behandling er av en viss størrelsesorden.

Som grunnregel bør det være to forhold som berettiger offentlig refusjon av utgifter til behandling i utlandet: Manglende ekspertise i Norge for svært sjeldne eller kompliserte tilstander, og manglende kapasitet for pasienter som er gitt svært høy prioritet. Bakgrunnen for forslaget er nærmere omtalt i pkt. 9.7.

Utvalgets medlemmer Brofoss, Buttedahl og Wisløff finner ikke grunn til å ta standpunkt til når behandling i utlandet bør kunne finne sted.

2.11.7 Forslag om utvikling og innføring av forpliktende servicemål

Helsepolitiske myndigheter kan forplikte seg til å oppfylle nærmere definerte servicemål, det vil si indikatorer som uttrykker grunnleggende helsetilbuds kvalitet. Servicemål bør ha en naturlig plass i prioriteringsarbeidet. Informasjon er en nødvendig forutsetning for gode beslutninger, og servicemål kan gi økt innsyn og brukerkontroll.

En mulighet vil være at grunnleggende helsetjenester (prioritetsgruppe I) i større grad blir omfattet av detaljerte myndighetskrav, mens det for andre deler av helsetjenesten utvikles forpliktende servicemål på grunnlag av drøftinger med kommuner og fylkeskommuner. Servicemålene bør være basert på et realistisk økonomisk grunnlag og vurderes i forhold til de økonomiske rammer som fastlegges.

Utvalget erkjenner at det er mye som gjenstår før anvendelige kvalitetsmål er på plass, men vil likevel anbefale at informasjons- og styringssystemer utvikles og kobles til forpliktende målsettinger. Bakgrunnen for forslaget er nærmere omtalt i pkt. 10.2.

2.11.8 Refusjonsordninger

Etter utvalgets vurdering kan det være behov for å gjennomgå takst og refusjonsforhold for mange typer tilbud med sikte på å få et bedre samsvar mellom de oppgaver man ønsker utført, og hva legene faktisk utfører. På lengre sikt bør antakelig alle takstrefusjoner for allmennlegetjenesten, fysioterapitjenesten, spesialisthelsetjenesten og poliklinikker evalueres og justeres i forhold til nasjonale prioriteringer. Bakgrunnen for forslaget er nærmere omtalt i pkt. 10.3.

2.11.9 Finansieringsordninger

Deler av helsesektoren er i stor grad rammefinansiert, mens andre deler er finansiert gjennom refusjonsordninger i folketrygden, jf. pkt. 4.2.1 og 4.2.2. Etter utvalgets vurdering kan det være behov for å gjennomgå de konsekvenser en slik delt finansiering har for prioritering i helsesektoren.

Det bør videre vurderes om ordningen med aktivitetsbasert finansiering i somatiske sykehus bør avgrenses til å omfatte prioritetsgruppe I og II. Hvorvidt det er mulig i praksis å la aktivitetsbasert finansiering bortfalle for prioritetsgruppe III, bør utredes.

2.11.10 Bruk av gradert egenbetaling for lavt prioriterte helsetjenester

Utvalgets mandat ber om at graderte egenandeler som virkemiddel i prioriteringsprosessen utredes. Når det gjelder allminnelige egenandeler i allmennpraksis, i

sykehjem og for hjemmebaserte tjenester o.l. henvises til Jensen-utvalgets omfattende utredning «Pleie og omsorg. Finansiering og brukerbetaling». Utvalget har ikke vurdert dagens egenbetalingssystem i helsesektoren. Innføring av egenandeler gradert etter prioritet vil innebære et helt nytt prinsipp for fordeling av helsetjenester. Dette kan være aktuelt for utvalgte tilstander og tiltak som utvalget har definert som prioritetsgruppe III: Lavt prioriterte tjenester. For å unngå misforståelser og sammenblanding med dagens generelle egenandelsordning har utvalget valgt å benytte begrepet gradert egenbetaling.

Den viktigste begrunnelsen for bruk av egenbetalinger ligger i effektivitetshensynet; egenbetaling fører til at behov for behandling som er lavt prioritert av brukeren selv, ikke blir meldt på i kampen om knappe ressurser. En moderat bruk av egenbetalinger for slike behandlinger bør ikke komme i alvorlig konflikt med hensynet til en rettferdig fordeling av helsegodene. For å unngå misforståelser og sammenblanding med dagens generelle egenandelsordning har utvalget valgt å benytte begrepet gradert egenbetaling.

Utvalget stiller seg åpne for tanken om innføring av egenbetalinger gradert etter prioritet. Utvalget foreslår ikke konkrete takster eller når og hvordan dette kan iverksettes. Disse forholdene bør utredes grundig og ses i sammenheng med pkt. 10.12.3. Bakgrunnen for forslaget er beskrevet i pkt. 10.4.

Utvalgets medlem Ødegård vil understreke at bruk av alminnelige egenandeler ikke kan forenes med utvalgets definisjon av «grunnleggende helsetjenester» slik dette kommer til uttrykk gjennom de tiltak og tilbud som er forutsatt gitt for prioritetsgruppe I. Som prioriteringsutvalget påpeker, vil prioritetsgruppe I omfatte helt grunnleggende medisinsk behandling, rehabilitering, samt pleie og omsorg. Etter dette medlemmets mening må tiltak og tjenester som faller inn under begrepet «grunnleggende» være et fullt ut offentlig finansieringsansvar. Slik grunntrygghet kan ikke gjøres til gjenstand for mer eller mindre tilfeldig lokal prioritering, hverken hva angår *om* og *når* de skal gis, eller at det kan kreves egenandeler for tiltak og tjenester som har til hensikt å etablere eller opprettholde helt grunnleggende livskvaliteter og nødvendige hjelpefunksjoner for den enkelte bruker eller pasient.

2.11.11 Utdanning og fordeling av helsepersonell

Tiltak for å bedre personellsituasjonen for høyt prioriterte grupper, særlig innen psykiatri, rehabilitering, pleie og omsorg, bør igangsettes straks, mens tiltak for andre grupper bør utredes grundigere.

2.11.12 Innføring av behandlingsgaranti

Utvalget har drøftet om de grunnleggende helsetjenestene, de tjenester som faller inn under prioritetsgruppe I, bør sikres ved hjelp av en *behandlingsgaranti*. Det innebærer at helsetjenestene skal ytes raskt, og i hvert fall innen en gitt tidsfrist på 3 måneder. Hvis fristen overskrides konverteres den skriftlig utformede behandlingsgarantien til et verdipapir som sikrer pasienten rett til å søke behandling ved annen helseinstitusjon i Norge eller utlandet, på fylkeskommunens regning. Forslaget er nærmere beskrevet i kapittel 10.6.

Utvalgets flertall, utvalgets leder Lønning og medlemmene Album, Brofoss, Buttedahl, Førde, Sandmo, Shetelig, Wisløff og Aase kan ikke se at forslaget om behandlingsgaranti løser de problemene som knytter seg til dagen ventetidsgaranti. Det vises her til "*Ventelister og prioritering*" i kapittel 5. Et hovedproblem er at garantien entydig knyttes til et tidsaspekt. Dette er etter flertallets mening en unyansert prioriteringsmåte, som i beskjedne grad treffer de reelle problemene. Den

grunnleggende svakhet ved all bruk av (vilkårlig) fastsatte tidsfrister som prioriteringsverktøy vil være at den kvalitative vurdering av hva som i det enkelte tilfelle er medisinsk forsvarlig blir overstyrt av et rent kvantitativt mål.

Flertallet kan for sin del heller ikke se at ordningen med en behandlingsgaranti løser de prioriteringsproblemene drøftet under avsnittet om rettighetsfesting, jf. pkt 10.5.2. Riktignok kan det tenkes at tiltakskriteriene blir noe mer presist fastsatt enn ved den tradisjonelle lovgivningmåten. Men dette vil som i dag variere sterkt fra område til område.

Utvalgets medlem Wyller Shetelig vil i tillegg peke på at forslaget om behandlingsgaranti i realiteten innebærer en lovfestet rett til grunnleggende helsetjenester. Rettighetsbestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven omfatter en slik rett. Forslaget om behandlingsgaranti må derfor, etter dette medlems vurdering, medføre at det lovfestes en rett til grunnleggende spesialisthelsetjeneste. Dette medlem er enig i at en slik rett bør lovfestes, men da med den begrunnelse at en slik rettighetsfesting synes nødvendig for å sikre svake grupper nødvendig tilbud.

Dette medlem kan imidlertid ikke se at en sanksjonsordning i form av utstedte verdipapirer vil være hensiktsmessig for andre pasientgrupper enn de som er i behov av somatisk spesialisthelsetjeneste. En lovfestet rettighet bør knyttes til en adgang til forvaltningsklage, slik det er i kommunehelsetjenesten i dag. Dette medlem vil vise til utvalgets drøftinger om pasientrettigheter som prioriteringsredskap i kapittel 10.5, og peke på at prioritetsgruppe I i prinsippet er såvidt avgrenset at en lovfestet rett til grunnleggende spesialisthelsetjeneste kan bidra til å styre utviklingen av tjenestetilbudet innen denne delen av helsetjenesten i prioritert retning. Dette forutsetter imidlertid at det systemet utvalget foreslår er på plass, og fungerer etter hensikten.

Utvalgets mindretall, medlemmene Benkow, Brundtland, Evensen, Nesheim, Traaholt og Ødegård, mener at en behandlingsgaranti vil være en naturlig videreføring av den såkalte ventelistegarantien, og et nødvendig virkemiddel for å sikre det brukerne har krav på i tråd med den prioriteringsmodell som er skissert i "*Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9.

I en kjennelse avsagt i Nord-Troms Namsrett 7. april 1997, fikk en pasient ikke medhold i at sykehuset skulle fremskaffet behandlingsplass i et annet fylke selv om ventetidsgarantien var brutt. Kjennelsen ble ikke anket, fordi pasienten umiddelbart etterpå ble tilbudt behandling. Den usikkerhet som derfor stadig hersker om ventetidsgarantiens rettslige status, forsterker behovet for å innføre en behandlingsgaranti med reelle sanksjonsmuligheter som gir pasienten rett til nødvendig medisinsk behandling, rehabilitering, samt pleie og omsorg.

Etter disse medlemmenes syn, vil det være nødvendig at en ny prioriteringsmodell (slik utvalget har foreslått) inneholder virkemidler som kan bidra til å gjenopprette befolkningens tillit til at helsevesen og myndigheter foretar riktige valg i riktig rekkefølge.

Det vil ved hjelp av den skisserte fremgangsmåten i "*Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9 være mulig å bli nokså presis mht. hva den enkelte har krav på. At det ikke er mulig å være like presis for alle grupper, kan etter disse medlemmenes syn ikke være noen avgjørende innvending. Det er viktig å tilstrebe en reell garanti, slik at brukeren får det tilbudet som prioriteringsmodellen forutsetter.

Slik disse medlemmene ser det, er en behandlingsgaranti avgjørende for at selve prioriteringssystemet skal virke etter forutsetningene uavhengig av hvilket forvaltningsnivå som måtte ha ansvar for å yte tjenesten.

Videre kan en behandlingsgaranti med tilknyttede sanksjonsmuligheter være egnet til å synliggjøre organisasjonsmessige mangler i helsevesenet og til å øke

presset mht. å få løst disse problemene. Bakgrunnen for forslaget er beskrevet under pkt. 10.6.

Utvalgets medlem Evensen understreker at innføring av behandlingsgaranti ikke bør vurderes isolert. Reell prioritering forutsetter bruk av et knippe av håndfaste og allminnelig forståelige virkemidler. Begrunnelsen for inndeling i prioritetsgrupper faller langt på vei bort hvis ikke gruppetilhørighet utløser bruk av et eller flere virkemidler. Sannsynligvis er økonomiske sanksjoner de som forstås best av beslutningstakere, fylkeskommunen og pasienter. Dessuten har de betydelig pedagogisk effekt. I hvert fall må de prøves fordi andre tiltak hittil har gitt lite. Behandlingsgaranti for prioritetsgruppe 1 og gradert egenbetaling for prioritetsgruppe 3 er derfor virkemidler som bør utprøves i en samlet pakke.

Dette medlem er enig i at rettighetsfesting av behandlingsgaranti for prioritetsgruppe 1 innført som enkelttiltak, kunne gi vridningseffekter til fordel for sterke pasientgrupper. Men slik vil det ikke gå i praksis hvis andre av utvalgets forslag blir fulgt. Blant annet vil det enstemmige forslag om sikring av svake pasientgrupper gjennom innføring av servicemål og kvotering, jf. avsnitt 9.3, motvirke slike tendenser.

KAPITTEL 3

Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste**3.1 INNLEDNING**

I et moderne samfunn vil det alltid være en løpende debatt om prioriteringer og kamp om de tilgjengelige ressurser. En viktig politisk oppgave er å gi helsetjenesten en tilstrekkelig andel av samfunnets samlede midler. Hvor store rammene faktisk blir, avhenger dels av den samfunnsøkonomiske situasjon og dels av hvilken prioritet helsetjenesten får i forhold til andre samfunnsoppgaver. Debatten blir tilsynelatende vanskeligere jo lengre et samfunn er kommet i sin velstandsutvikling. I fattige samfunn må en prioritere de grunnleggende behov, mens vi i de rike industrilandene har kunnet betale for utvikling og bruk av ny teknologi som dekker langt mer enn basisbehovene. Et av de vestlige lands viktigste problemer i helsepolitikken er de mange prioriteringer som må foretas. Så lenge en ikke vil bygge på markedsmekanismer som rasjoneringsmetode, blir det vanskelige prioriteringsvalg både mellom grupper av pasienter og mellom hovedtyper av tiltak. For å foreta slike prioriteringer er det behov både for avklarte premisser og praktiserbare retningslinjer. I dette kapitlet belyser vi hvilke erfaringer vi har med retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. Erfaringer med ventetidsgarantien er drøftet særskilt i "*Ven- telister og prioritering*" i kapittel 5.

3.2 PRIORITERING - BEGREP MED MANGE FASSETTER

Debatten om riktig bruk av helsetjenestens ressurser er svært vanskelig ved at den foregår på to nivåer samtidig. Helsepersonellet tar individuelle kliniske beslutninger som angår enkeltpersoner, og politikerne tar politiske og strategiske beslutninger som særlig angår lokale og regionale forhold, og forskjellige *grupper* av befolkningen. Politikere, økonomer og samfunnsforskere argumenterer stort sett på samfunnsnivå, mens helsepersonell, media og «mannen i gata» oftest argumenterer på individnivå. Det er enkelt å reise storm i opinionen når helsetjenesten ikke får de ressurser den ber om, og myndighetene prøver å omstrukturere helsetjenesten. De enkelte fagprofesjonenes spesialister har også forskjellige måter å se de kliniske beslutninger på. De har lett for å resonnerer ut fra enkeltpasienter og den spesialiteten de selv representerer. De kan derfor fristes til å mobilisere for å skaffe ressurser til eget domene og egne pasienter, men kan se med stor skepsis på andre spesialisters krav. Argumenter på samfunnsnivå er mer abstrakte, uten samme gjennomslagskraft som individuelle resonneringer. Derfor er det en vanskelig oppgave å skape forståelse for at ressursene til helsetjenesten er begrensede, og at det kan være nødvendig å holde igjen på f.eks. tilbud som statistisk sett har liten effekt. Debatten om prioritering er ofte forvirrende, fordi det kan være uklart hva som legges i selve begrepet. Ofte blandes ulike dimensjoner av prioritering sammen. Sentrale elementer i prioriteringsbegrepet er fordeling, balansering, rangering, rasjonering, og skillet mellom første- og annenordensbeslutninger. Et overordnet helsepolitisk spørsmål er dessuten prioriteringen mellom helsetjenesten og andre samfunnssektorer. Hvor mye ressurser skal helsetjenesten legge beslag på? Jo større rammene er, jo lettere er det å betale seg ut av de interne prioriteringsproblemene. Men uansett rammer må en fordele ressurser mellom pasientgrupper og ulike hovedtyper av helsetiltak. Det er de prinsipielle sider ved disse interne prioriteringsproblemer vi tar opp i det følgende. Vi drøfter ikke spørsmålet om hvordan

helsetjenesteressurser bør prioriteres i forhold til ressurser på andre samfunnsområder. Det er et viktig spørsmål, men det er ikke et spørsmål mandatet ber utvalget finne svar på.

3.2.1 Fordeling mellom pasientgrupper

Prioritering brukes ofte om fordeling av ressurser mellom ulike pasientgrupper, enten det er diagnosegrupper, enkeltdiagnoser, alder eller andre kriterier som ligger til grunn. Å sette pasientgrupper opp mot hverandre på denne måten er ikke lett, hverken prinsipielt eller praktisk. Vanskeligheten består i at sykdommer oftest er uforskyldt, og rettferdighetskrav tilsier at alle grupper burde ha krav på behandling i samsvar med problemets alvorlighetsgrad og den forventede effekt av et tiltak. Derfor vil det også alltid være spørsmål om hvilke deler av hver gruppe som skal gå foran andre fra andre grupper.

3.2.2 Balansering mellom ulike hovedtyper av tiltak

Balansering av ressurser til de ulike ledd i tiltakskjedene som forebygging, øyeblikkelig hjelp-funksjonen, behandling, rehabilitering og omsorg for kronisk syke blir også ofte omtalt som prioritering. En prioriteringsdebatt på dette området krever at man spesifikt vurderer leddene i behandlingskjeden for ulike avgrensede sykdomsgrupper. De enkelte ledd, og grensesnittene mellom dem, må analyseres for å identifisere flaskehals, forsømte områder og dårlig samordning og samarbeid mellom leddene. Dette arbeidet er sentralt for mange av de faggruppene som er opprettet under de regionale helseutvalgene, og som danner grunnlaget for det regionale helseplanarbeidet. Arbeidet er også en viktig og selvstendig del av det regionale samarbeidet. Arbeidet går bl.a. ut på å beskrive tiltakskjedene og utvikle disse i samsvar med nye metoder og muligheter innenfor moderne medisin. Det betyr ofte at funksjoner og oppgaver justeres og eventuelt flyttes mellom helsetjenestenivåene, og at det lages bedre retningslinjer og rutiner for samarbeidet mellom nivåene. Pasientforløp og pasientflyt i behandlingskjedene må stå sentralt i arbeidet med å bedre kvaliteten.

3.2.3 Rangering

Rangering er å sortere pasientene i rekkefølge etter prioritet, f.eks. slik det er skissert i ventelisteforskriften. Her skjer det for det første en parallell rangering av en rekke pasientgrupper. Disse kommer inn under forskjellige fag, og settes på ulike ventelister uavhengig av hverandre. For det andre skjer det på hver venteliste stadig justeringer i rangeringen innenfor og mellom prioritetsgruppene. Nye pasienter går ofte forbi mange som allerede har stått på listen en tid, fordi deres tilfelle er mer alvorlig. Dermed blir systemet vesentlig mer dynamisk og nyansert enn slik det presenteres i de kvartalsvise (fra 1996 tertialvise) ventelisteoversiktene. Disse gir et statisk øyeblikksbilde, som lett kan skape forestillinger om at alle venter i én lang og stillestående kø. Blant annet hevdes det ofte ut fra øyeblikksdata at pasienter i laveste prioriteringsgruppe knapt får behandling i det hele tatt, mens undersøkelser som er gjort på avsluttede ventetider, viser at de fleste (ca. 70 pst) også i denne gruppen får behandling før 6 måneder er gått.

3.2.4 Rasjonering

Prioritering vil som regel måtte bety å si nei til former for etterspurt behandling, selv etter at alle de ovenstående prioriteringsmuligheter er utnyttet optimalt. Rasjonering

er et relevant ord i situasjoner der en ikke kan tilby nyttig behandling for alvorlige sykdommer til alle. Rasjonering kan ha effekt både på omfang og kvalitet av et tilbud. For å avklare og nyansere bruken av begrepet kan det være nyttig med en klassifisering av forskjellige typer rasjonering, jf. boks 3.1:

Boks 3.1 Forskjellige typer rasjonering

- *Forkaste* (eng. denial). Det vil si å ikke tilby visse typer utredning, behandling, rehabilitering, eller pleie
- *Forsinke* (eng. delay). Det vil si å ikke tilby alle tjenester til riktig tid
- *Fordreie* (eng. deflection). Det vil si «oppfordring» til bruk av andre typer tjenester, f.eks. kanalisering av pasienter fra helsetjeneste til sosiale tjenester (f.eks. unge funksjonshemmede som bor på aldershjem i stedet for i tilrettelagte boliger)
- *Fortynne* (eng. dilution). Det vil si å rensere på kvaliteten på tjenester slik at ressursene kan benyttes til flere formål, f.eks. ved å ikke benytte beste protesetype, bruk av mindre kvalifisert personale, bruk av rimelige legemidler med samme effekt, men flere bivirkninger enn dyrere alternativer m.m.
- *Forhindre* (eng. deterrence). Det vil si å opprette barrierer som begrenser pasienters etterspørsel etter helsetjenesten, f.eks. bruk av egenandeler, sentralisering av visse tjenester m.m.

Kilde: Harrison and Hunter 1994

Klassifiseringen i boks 3.1 er nyttig fordi den viser at alle prioriteringssystemer ikke nødvendigvis er av «enten-eller» karakter. Rasjonering er all prioriterings akilleshæl, fordi det er vanskelig å skape konsensus om hvilke behov som skal holdes utenfor velferdsstatens tilbud. Rasjonering er sjelden ønskelig, men kan være nødvendig, og under tiden uunngåelig. Det er gjort en rekke forsøk på slik rasjonering i flere land, men med varierende resultat. Hvis all ineffektiv diagnostikk, behandling, forebygging og ikke minst risikointervensjon kunne skilles ut og saneres, ville det antakelig kunne frigjøres store ressurser. Hvis rasjonering finner sted, bør det begrunnes overfor alle berørte parter med henvisning til mål og prinsipper som helsetjenesten styres etter.

3.2.5 Første- og annenordensbeslutninger

Det kan skilles mellom to typer konkrete prioriteringsbeslutninger, førsteordens- og annenordensbeslutninger. *Førsteordensbeslutninger* er politiske beslutninger som kan skje på flere nivåer. Innen norsk helsetjeneste typisk på statlig, regionalt, fylkeskommunalt eller kommunalt nivå, men også på sykehus- og avdelingsnivå. Budsjettvedtak i storting, fylkeskommuner og kommuner er typiske førsteordensbeslutninger. Det kan dreie seg om hvor mange akutt sykehus det skal være i en region, hvor mange institusjonsplasser for schizofrene det skal være, hvor mange leger, sykepleiere eller radiologer som skal utdannes i landet, om det offentlige skal finansiere beinmargstransplantasjoner, eller hvor god tilgjengelighet det skal være til computertomografisk diagnostikk. Førsteordensbeslutninger bestemmer således mengden av et helsegode som tilbys, eller *kapasitet*. All kapasitet avgjøres derimot ikke ved førsteordensbeslutninger. Noen begrensninger er naturgitte, og lite eller ikke-påvirkbare gjennom politiske vedtak. Det finnes bare et visst antall organer til transplantasjon, eller en viss mengde råstoff som kan brukes til fremstilling av et

bestemt preparat, f.eks. legemidlet Taxol, som brukes i kreftbehandlingen. Mer vanlig er det at begrensningene følger av menneskelige beslutninger. Hvor mye helsepersonell som er tilgjengelig, henger sammen med bl.a. utdanningskapasitet og lønnspolitikk. Antall sykehussenger og poliklinikker er et resultat av vedtatte helseplaner, og helsevesenets samlede aktivitet henger sammen med budsjettvedtak m.v. Størrelsen på helsetjenestens tilbud er med andre ord mer eller mindre bevisst bestemt, og kan derfor forandres, innenfor visse absolutte grenser.

Annenordensbeslutninger (kliniske beslutninger) bestemmer hvem som skal få disse godene, og gjelder altså den *individuelle tildeling*. Det kliniske beslutningsnivå kan for prioriteringsformål deles i to: 1) det overordnede kliniske nivå, som kan utvikle faglige standarder for valg av pasienter til riktig diagnostikk, utredning eller behandling, og 2) det praktisk-kliniske nivå, hvor det daglig tas beslutninger om enkeltpasienter: om de skal gis et tilbud, og hvilket tilbud de skal ha.

Med henblik på kliniske beslutninger er det særlig det overordnede kliniske nivå som er interessant som målgruppe for retningslinjer om prioritering. Dersom prinsipper og kriterier for prioritering får gjennomslag på dette beslutningsnivået, kan det på lengre sikt, gjennom faglige standarder og kliniske retningslinjer, få betydning for de daglige prioriteringsvalg.

Annenordensbeslutninger fordeler ressursene til de konkrete mottakere eller kanaliserte pasienter til ulike tilbud. Sykehuslegens beslutning om å sende én pasient til computer- tomografisk undersøkelse og en annen pasient hjem er en typiske annenordensbeslutning. Fastlegging av rutiner for hvilke medisinske karakteristika som skal tilfredsstilles før pasienter sendes til slik undersøkelse, kan også være en annenordens beslutning.

I diskusjonen om ressurser og fordeling av helsetjenester er det viktig å holde disse nivåene fra hverandre. Beslutningene er forskjellige, de blir tatt av mange personer med forskjellig ansvar, informasjon og mer eller mindre nærkontakt med enkeltpersoner. Stortingspolitikkerne må ha andre ting i tankene når de vedtar helsebudsjettet, enn psykiateren som må velge hvem av tre sterkt behandlingstrengende pasienter som kan utskrives for å gi plass til en ny øyeblikkelig hjelp-trengende pasient.

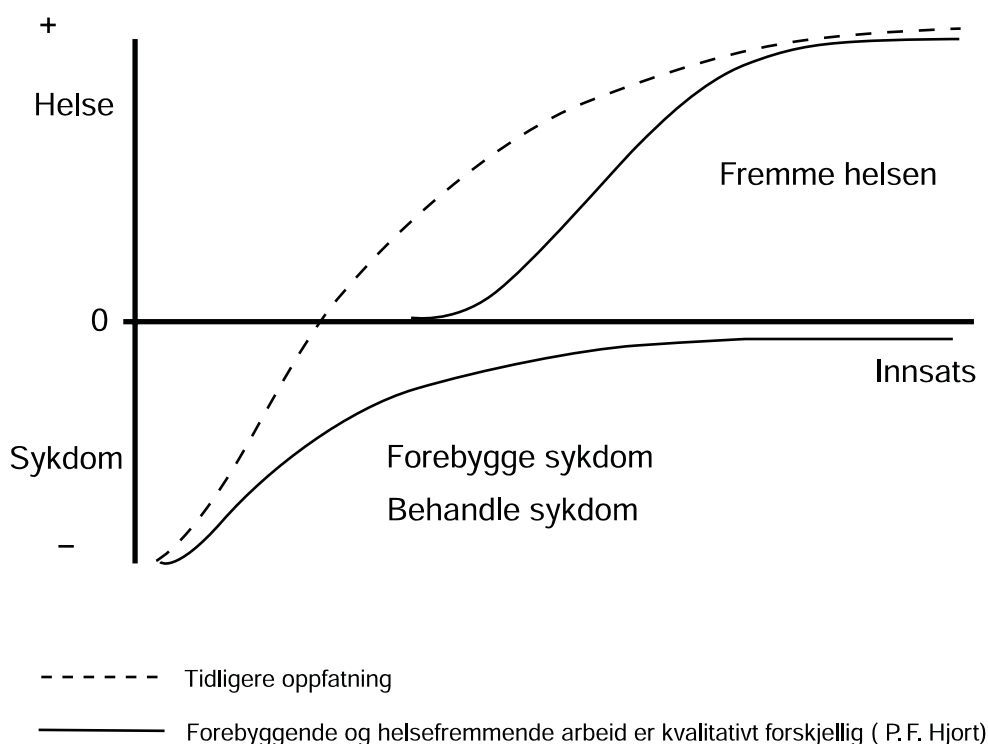
Første- og annenordensbeslutninger er derimot ikke uavhengige av hverandre. Førsteordensbeslutninger er et resultat av en rekke vedtak om utgiftsrammer på statlig og fylkeskommunalt nivå, eller på det enkelte sykehus ned til avdelingsnivå. For dem som skal treffe annenordensbeslutninger, kan de fastlåste rammene oppleves som problematiske. Det konkrete ansvar for den stramme rammen blir tilsynelatende liggende hos dem som ikke har vært med på å fastsette den. Dette skjer for eksempel når et sykehus gjøres ansvarlig for brudd på ventelistegarantien som kan skyldes mangel på personale pga. for få stillingshjemler, eller når hjemmesykepleieren som følge av stramme kommunale rammer til hjemmesykepleie har for liten tid til pasienten.

Den konkrete tildeling av helsetjenester til enkeltpasienter, annenordensbeslutningene, innvirker altså i høy grad på den totale fordeling. For å styre annenordensbeslutningene bedre, er det derfor behov for mer konkrete retningslinjer, tilpasset de forskjellige medisinske fagområder.

3.3 HELSE, SYKDOM OG MEDIKALISERING

Vi lever i dag i en tid med store og raske forandringer. Begreper endrer innhold, ofte uten at vi merker det. Også måten samfunnet tolker og forholder seg til sykdoms- og helsebegrepene endrer seg. Ut fra tidligere tiders oppfatning bestod befolkningen av to kategorier - syke og friske - og det var legens oppgave å ta seg av de syke.

arbeid med å fremme helse og bekjempe sykdom ses i nær sammenheng. Det har vært vanlig å se dette som en sammenhengende prosess, som innebærer at det helsefremmende arbeid begynner der det sykdomsbekjempende arbeid slutter, slik det er illustrert ved den stiplede linjen i figur 3.1. Sannsynligvis er det imidlertid mer hensiktsmessig å se disse to strategiene som atskilte prosesser, og den totale helsetilstand som en funksjon av begge. Ved å velge riktige strategier for bekjempelse og forebygging av sykdom, vil vi ikke bare redusere forekomsten av sykdom og gjøre de syke friskere, vi vil også øke livskvaliteten til hele befolkningen.



Figur 3.1 Fra sykdom til helse

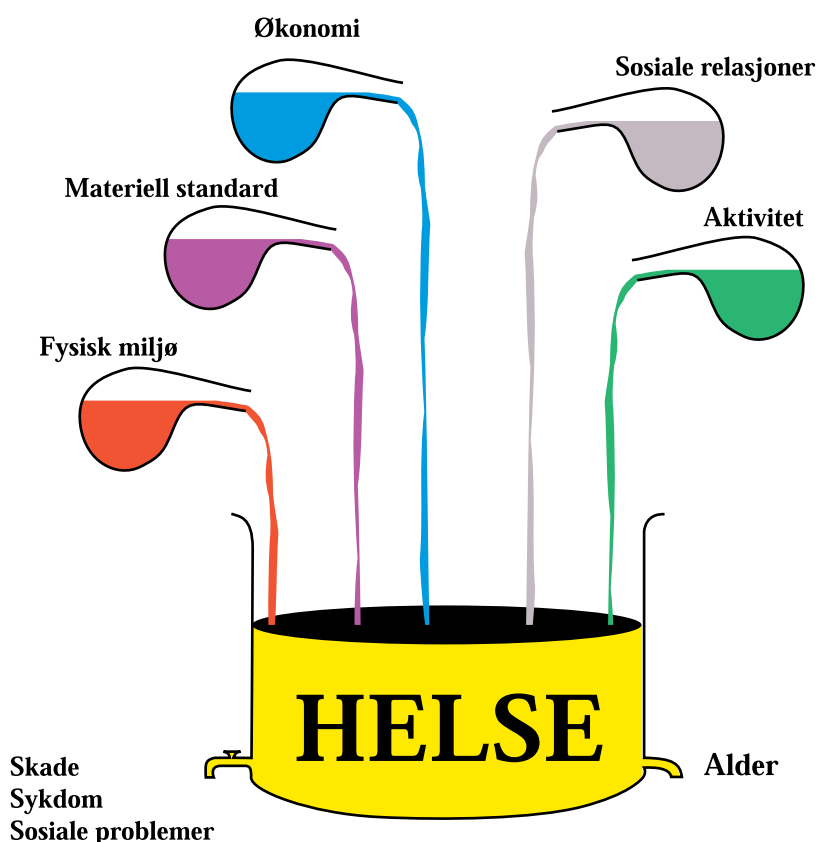
Denne tankegangen har blitt mer og mer vanlig i løpet av de siste 10-15 årene. Mange har, ofte med forskjellig utgangspunkt, kommet frem til samme syn. Den store utfordringen er kanskje å karakterisere de positive faktorer som gir overskudd i forhold til hverdagens krav. Aaron Antonovsky har gjort et godt forsøk på en slik karakteristik i «Sense of coherence»:

Helsens positive sider - mestringsfaktorene:

- Personlige egenskaper: lyst sinn, optimisme, selvtillit
- Trivsel og trygghet i hverdagen: vant til å mestre livets utfordringer
- Sosial støtte fra familie, venner, naboer: står ikke alene
- Godt nærmiljø: nærhet og tilhørighet, gir og får støtte
- Kulturelt fellesskap: vet hvor en hører til
- Politisk tilhørighet: deltar og blir tatt hensyn til

Mestringsfaktorene utgjør en blanding av personlige egenskaper, sosiale og politiske forhold. En annen, men ikke ulik, tilnærming til helsebegrepet er å se helsen som en mengde under stadig endring, jf. figur 3.2. Helsen reduseres gjennom at syk-

dommer, den normale aldringsprosessen eller andre, individuelle problemer tapper ut «helsekapital» i varierende grad. Men det er også mulig å øke helsemengden, ved å «fylle på» fra forskjellige faktorer som en vet har positiv innvirkning på helsen. Målet for helsetjenesten er både å «skru igjen» kranen og å øke helsen gjennom å «fylle på» med de riktige innsatsfaktorene.



Figur 3.2 Helse som mengde

I de siste 50 årene har det skjedd en utvidelse av sykdomsbegrepet. Parallelt har legetallet i Norge blitt ca. femdoblet, legemiddelforbruket har økt kraftig, og helsetgiftene er mangedoblet. Folk går mer til lege og ønsker mer behandling. I løpet av de siste 20 årene har psykiske lidelser og belastningslidelser blitt en viktig årsak til ytelser fra trygden. Subjektivt opplevd sykdom kan ha økt fordi toleransegrensen er senket. I de store helseundersøkelsene fra Glostrup i Danmark heter det at «folk har det bedre, men tar det dårligere». Andre årsaker til at sykdom har økt, er at det blir stadig flere syke og mer sykdom jo bedre legene og helsetjenesten blir, rett og slett fordi flere overlever med kronisk sykdom.

Medlemmet Brundtland vil peke på at for pasientene oppleves det som et gode at det i dag er bedre muligheter for å leve med en kronisk sykdom.

En annen mekanisme er at helsevesenet er blitt flinkere til å finne skjult sykdom. Særlig på hjerte-karområdet har legemiddelindustrien lagt ned store ressurser for å utvikle medikamenter for risikointervensjon. I økende grad skjer dette nå også på andre områder som osteoporose og ved type-2 diabetes. Gruppene defineres som pasienter, og det er av avgjørende betydning hvor en velger å legge terskelen for

behandling. Det har vært foreslått å kalle disse personene for «risikanter» i stedet for pasienter.

3.3.2 Medikalisering

Målt med gjennomsnittlig levealder som målestokk, er helsetilstanden i den norske befolkning svært god. Allikevel er forbruket av helsetjenester høyere enn noen gang, også i den friskeste del av befolkningen. Forklaringene på dette er mange og kompliserte. En forklaring, som blir påpekt av mange, er at dagens velferdssamfunn er i ferd med å bli medikalisert. I vårt moderne samfunn er det et stadig press mot utvidelser i randsonen av helsevesenets arena. Dette skyldes dels at krefter utenfor helsevesenet forsøker å skyve problemer som ikke nødvendigvis hører hjemme der, inn i sektoren. Likeledes bidrar medisinske og paramedisinske profesjoner til å sykdomsforklare og individualisere flere og flere problemer. Dagens helsevesen har overtatt ansvar for, og kontroll over, mange flere tilstander og livsfaser enn før. Kontakten med helsevesenet begynner i fosterstadiet, og varer livet ut. Dels skal vi ha bekreftelse på at vi er friske, dels må vi ha bekreftelse på at vi er syke, ettersom sykemelding eller attest fra lege kan være nødvendig for å få visse økonomiske eller materielle rettigheter. Tilstander som før ble tatt hånd om, for eksempel av kirken eller innen familien, og hendelser som tidligere tilhørte området for selvhjelp, er nå i større grad enn tidligere en del av helsevesenets ansvar. Sorg og kriser håndteres oftere med terapi, antidepressiva og sykemeldinger, og skjer gjerne i profesjonelt kontrollerte omgivelser. Angst- og søvnproblemer, sorg, nedstemthet, diffuse plager og smertetilstander og ønske om kirurgiske inngrep for å rette på normalavvik, er andre eksempler. Dette kommer som en følge av at det i dag finnes flere gode og nyttige symptomlindrende medisiner enn før, men kanskje også fordi toleransen for plager og ubehag er blitt vesentlig lavere. Oppløsning av sosiale nettverk er en annen faktor som kan bidra til at mange føler at de står alene og finner behov for å søke støtte for problemer hos legen, en støtte de tidligere hentet i nærmiljøet.

Også måten samfunnet er innrettet på, kan i mange tilfeller bidra til økt medikalisering. Blant annet er legene pålagt et ansvar for å dokumentere at plagene virkelig finnes. Antall legeårsverk som går med til utfylling av attester, er ikke ubetydelig. Folk som lider av vanlige, ufarlige og selvbegrensende sykdommer, tvinges på grunn av sykemeldingsregler til legekontor for å skaffe seg en attest og en legitim grunn til å holde seg borte fra arbeid eller skole. Følgene av et stramt arbeidsmarked og arbeidsledighet blir også i stor grad forsøkt «løst» ved hjelp av helsevesenet, ved hjelp av en medisinsk diagnose som utløser økonomisk sikkerhet via trygd.

Kunnskapen om hva som påvirker helsen, er økt både i helsevesenet og hos befolkningen. Vi kjenner i dag en rekke faktorer som påvirker helsen i ugunstig retning, og vår evne til tidlig diagnostikk har økt dramatisk. Det moderne menneske verdsetter helse høyt. Hvis ordet helse er i ferd med å bli navnet på våre felles forestillinger om det gode liv, er det lite å undre seg over. Kunnskapene om hva som påvirker helsen kan gi økende muligheter til styring av eget liv og helse. Tidlig diagnostikk gjør at sykdom kan oppdages og behandles tidlig. Dersom behandlingen er nyttig, er dette et ubetinget gode. Baksiden av medaljen kan være at folk lett får urealistiske forestillinger om hva helsetjenesten kan og bør gjøre for dem.

Helsekontrollene og behovet for prøver og utredninger har etter hvert gitt grunnlag for et betydelig antall stillinger i helsetjenesten og i laboratorier for blodprøve og røntgenundersøkelser. Det er et generelt problem at mange undersøkelser som tilbys savner vitenskapelig dokumentasjon av nytte. En rask økende etterspørsel etter helsetjenester skaper et godt grunnlag for private helsetjenester der økonomisk inntjening lett kan bli overordnet kravet til dokumentasjon. Vekten på indivi-

dets ansvar for egen helse, kombinert med pågående markedsføring av undersøkelser og andre tjenester, gjør at valgfriheten lett kan bli illusorisk når det gjelder å gjøre bruk av det som tilbys.

Det er all grunn til å tro at prediktiv diagnostikk vil øke i omfang i fremtiden. Det problematiske sett fra et ressursfordelingsperspektiv er at mange av disse testene gjør oss avhengige av helsevesenet for stadige forsikringer om at vi er friske. En underminering av egenomsorgsevnen, og en stadig sterkere fokusering på livet som en tilstand som hele tiden må trygges ved hjelp av sakkyndige kontroller og tester, kan være en kostnad ved medisinsk praksis som ikke blir vektlagt nok. Det er også problematisk om de tjenestene som tilbys ikke holder mål vitenskapelig, og eventuelt gir falsk trygghet.

Det er altså ikke slik at helsevesenet er en garanti eller forutsetning for et sunt eller godt liv. Snarere er det slik at jo bedre og sunnere man lever, desto mindre har man bruk for et profesjonelt helsevesen. Alt tyder på at de viktigste betingelsene for en god helse ligger i gode sosioøkonomiske forhold, et meningsfylt liv i fellesskap med andre mennesker, og i gode og sunne levevaner. Helsevesenets bidrag i denne sammenheng er antakelig marginalt. Disse refleksjonene byr på utfordringer for det medisinske samfunnet og for befolkningen som helhet. Fagmiljøene har et etisk ansvar for å stille kritiske spørsmål ved de tjenester som tilbys befolkningen. Er de tjenestene som tilbys, effektive? Kan det tenkes at de har bivirkninger i form av å skape utrygghet, avhengighet og økt fokusering på risiko og død? Kan våre kunnskaper og våre ressurser ha større nytte om de blir brukt på andre steder enn i helsevesenet?

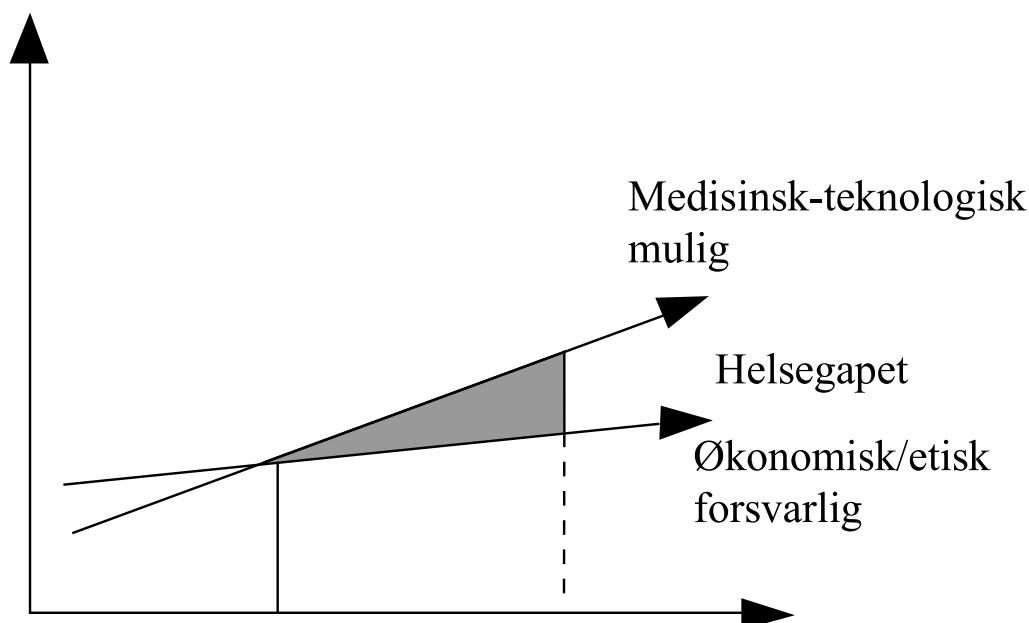
All medisinsk intervensjon har en pris, og det er nødvendig med en viss sunn skepsis til medisinske tjenester. Det er ikke nødvendigvis slik at økt tilgang på helsekontroller og helsetjenester er av det gode, dersom «varen» ikke holder det den lover, og dersom overdreven oppmerksomhet på helse og helsetrusler underminerer omsorgsevnen og gjør oss stadig mer avhengige av helsevesenet.

3.4 OM BEHOVET FOR Å PRIORITERE

Helsetjenesten er en stor og komplisert organisasjon i stadig endring, og med et konstant krav om effektivitet. Ny teknologi, økt oppmerksomhet rundt nye grupper og deres behov, press mot rasjonalisering og effektivisering samt stadig økende forventninger, fører til løpende krav om omstilling og bevisste omprioriteringer. En dynamisk helsetjeneste har behov for visse overordnede prinsipper for hvordan prioriteringer bør foretas. I debatten om prinsipper for prioritering i helsevesenet, er det nødvendig å være seg bevisst noen av de mekanismer som bidrar til å skape dette økte behovet og den økende etterspørselen etter helsetjenester.

3.4.1 Ny teknologi

Det er blitt stadig klarere at gårdsdagens gjennombrudd i den medisinsk-teknologiske utvikling, skaper dagens og morgendagens prioriteringsproblemer. Vi gjør det stadig bedre, men opplever situasjonen som stadig verre. Alle industrialiserte land sliter med hvordan de skal håndtere dette såkalte helsegapet som er forsøkt illustrert i figur 3.3.



Figur 3.3 «Helsegapet»

Ofte er en i den situasjon at det på kort sikt ikke hjelper hvor mange penger en tilfører, fordi den viktigste knapphetsfaktoren er spesialister og fagfolk. Det er således sider ved den medisinske vitenskap selv som først og fremst driver prioriteringspresset frem. Dette understrekes av det tilsynelatende paradoks at det er de globalt friskeste befolkningene som bruker størst ressurser på helsetjenesten, og som fortsatt ser de største utfordringer foran seg. Norsk medisin er høyt spesialisert. Den har et tett nordisk og internasjonalt samarbeid, både når det gjelder forskning og igangsetting av nye behandlingstiltak. Fagtidsskrifter, deltakelse på internasjonale konferanser og personlige kontakter i nettverk, bidrar til rask tilgang på ny informasjon. Det tar stadig kortere tid fra mulige gjennombrudd i diagnostikk eller behandling skjer, til de er kjent og tatt i bruk i Norge. Mange pasienter er også godt informert om forskning og mulige behandlingsgjennombrudd for sin tilstand.

Det siste tiåret kjennetegnes av forbedring, introduksjon og etablering av en rekke tiltak som nå nærmest er rutine: transplantasjoner, protese- og kikkhullskirurgi, gjenoppliving i og utenfor sykehus, kolesterolsenkende og nye blodtrykkssenkende medikamenter, og operasjoner for grå stær. Også teknologier som har sitt opphav utenfor helsevesenet, bidrar til utvidelser av helsetjenestens tilbud. Det beste eksemplet er utvilsomt utviklingen innen edb-området, som også har gjort at helsetjenesten kan hjelpe langt flere mennesker enn før.

Faktiske gjennombrudd skaper nye behov, i og med at nye grupper pasienter kan behandles med god effekt. For eksempel har levertransplantasjon til utvalgte pasienter med alkoholisk skrumplever nå gode resultater. Fremveksten av nye behandlingsformer som kan erstatte gamle, er kanskje det utviklingstrekk som sterkest viser behovet for prioritering. Når skal nye behandlingmuligheter innføres som et tilbud innenfor den offentlige helsetjeneste, hvor omfattende skal det være, og hvem skal få tilbudet?

Nye behandlingsformer er ikke alltid kostnadsdrivende. Nye ikke-invasive diagnostiske metoder, laparoskopisk (kikkhulls-) kirurgi eller medikamentell behandling av magesår gir f.eks. bedre behandlingsresultater, kortere liggetid i sykehus, noen ganger lavere kostnader for samfunnet og ofte mindre belastninger for pasientene. Transplantasjoner bidrar til en betydelig økning i sjanser for overlevelse og bedret livskvalitet for enkeltpasienter som før ikke hadde noe tilbud om hjelp. Samlet sett bidrar ny teknologi, nye kostbare medikamenter og nye diagnostiske tester og metoder (som kan ha lav pris, men som ofte brukes på mange pasienter) til et betydelig press på helsetjenestens ressurser. Økte personellkostnader bidrar også til strammere budsjetttrammer for behandling.

3.4.2 Nye grupper og nye behov

Generelt er det lite som tyder på at det har skjedd store endringer i befolkningens helsetilstand det siste tiåret. I det store og hele er sykdomspanoramaet som før, men på enkeltområder forekommer det utviklingstendenser som vil gjøre det nødvendig med forsterket satsing i form av økt ressurstilførsel allerede i de nærmeste årene. Et slikt område er kreftsykdommer. Prognosene fra Kreftregisteret viser en forventet økning av antall nye krefttilfeller fra 1994 til år 2010 på 20 pst. Man antar at om lag 10 pst skyldes demografiske endringer; vi blir flere, vi blir eldre enn før, og andelen av eldre i befolkningen øker. Den andre halvdelens skyldes antakelig risikoøkning, det vil si overdreven soling, røyking, alkoholmisbruk og andre livsstilsfaktorer. En slik økning i antall nye krefttilfeller vil føre til at de allerede vanskelige valg som daglig foretas innen kreftomsorgen, vil bli enda vanskeligere.

Den demografiske utviklingen, særlig den relative økningen i den aller eldste aldersgruppen, vil påvirke sykkeligheten. Selv om nye beregninger viser at andelen av eldre, dvs. personer i aldersgruppen 67 år og over, vil falle i forhold til andelen yrkesaktive frem til år 2010, vil vi fortsatt se en markert vekst i de aller eldste aldersgruppene. Dette innebærer at behandlings-, rehabiliterings- og pleiebehovet vil øke. Siden de eldre ofte rammes av andre sykdommer enn yngre, tilsier prognosene at det vil bli et økt press på fagområdene kreftbehandling og omsorg, ortopedi (proteser, brudd) og nevrologi (hjerneslag), samt behandlingstilbud som brokk, åreknuter og grå stær, jf. St.meld. nr. 50 (1993-94): Samarbeid og styring.

3.4.3 Økt oppmerksomhet på rasjonalisering og omlegging

Perioden 1987-97 kjennetegnes av rasjonalisering, effektivisering, en tiltakende opplevelse av ressursknapphet blant helsepersonell, og økt kostnadsbevissthet blant beslutningstakere på alle nivåer i helsetjenesten. Dette skyldes at det i mange tilfeller er et gap mellom faktisk behandlingsskapasitet og etterspørselen etter behandling. Opplevelsen av tiltakende ressursknapphet skyldes blant annet at helsepersonellet som regel må ta seg av *alle* pasienter som henvender seg til helsetjenesten, uansett planlagt kapasitet. Det fremholdes ofte at det har vært for liten politisk vilje til å presisere hva som *ikke* skal tilbys innenfor den offentlige helsetjenesten. Samtidig synes det fortsatt, på enkelte områder, å være stort rom for effektivisering i norsk helsetjeneste. Tjenestetilbudet kan organiseres bedre, uten at helsepersonell trenger å løpe fortere, slik det påpekes av bl.a. Steine-utvalget i «Pasienten først!: Ledelse og organisering i sykehus» (NOU 1997: 2). Også omstillings- og rasjonaliseringsprosessen må så langt mulig skje i samsvar med overordnede prinsipper for prioritering i helsetjenesten.

I "*Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingstrekk*" i kapittel 4 beskrives endringer innen eldreomsorgen med økt satsing på hjemmebaserte tjenester og noe

mindre bruk av tradisjonelle pleieinstitusjoner. Denne samme tendensen gjør seg gjeldende i psykiatrien, med omlegging fra institusjonsbasert omsorg mot poliklinikk og dagbehandling. Pasientene opplever at det blir høyere terskler for å komme inn i institusjoner, og sykehusene opplever problemer ved utskriving av ferdigbehandlede pasienter. Til sammen skaper disse endringene et behov for klarere premisser for omstilling, for hvem som skal ha et tilbud og på hvilket nivå tilbudet skal gis.

3.4.4 Forventninger

Enkelte har hevdet at høy etterspørsel er det som påvirker forbruk og fordeling mest. Det kan også se ut som om det er en senket terskel for å kontakte helsetjenesten, og at det er en høyere terskel for å akseptere medisinen (og i noen tilfeller naturens) begrensninger. Om ikke befolkningen tror at alle har rett til helse, så mener mange at de har en ubetinget rett til alle de tjenester som moderne medisin kan tilby. Trolig forventer nordmenn at helsetjenester skal prioriteres henimot grensen for hva samfunnsfelleskapet kan make å yte, og at helsetjenesten er av de siste samfunnstjenester som skal rammes hvis fellesskapets samlede yteevne blir redusert.

Mange håper at en objektiv beskrivelse av reelle behov kan demme opp for den urealistiske etterspørsel etter tjenester, og at gapet mellom behov og tilbud egentlig ikke er så stort. Hvor knapp ressursituasjonen egentlig er i forhold til «reelle behov», er vanskelig å fastslå empirisk. Det er omdiskutert, og antakelig helt avhengig av hvilket perspektiv man velger å anlegge, hvorvidt vi i Norge har et «overforbruk» eller et «underforbruk» av helsetjenester. Det riktige nivå kan ikke fastsettes eksakt, det må vurderes fra tilstand til tilstand i forhold til en rekke kriterier. Antakelig er det mest korrekt å si at det er for få pasienter som får et adekvat tilbud innen noen pasientgrupper, og for mange som benytter seg av tilbud som er lite adekvate og derfor burde ha vært lavere prioritert. Helsetjenesten trenger klarere retningslinjer for fordeling og omfordeling av tilbudet.

3.4.5 Muligheten for å prioritere

Beslutninger om prioriteringer foregår på mange nivåer og i mange grener av helsevesenet. Noen av disse beslutningene blir oppfattet som prioriteringsbeslutninger av dem som treffer dem, andre blir truffet med andre hensyn i tankene. Noen beslutninger blir tatt av ett bestemt menneske, andre er trolig resultat av sosiale prosesser med flere deltakere, der det er vanskelig å peke ut en beslutningstaker. Vi vet dessverre ikke så mye om hvordan dette mangfoldet av beslutninger med prioriteringsvirkninger blir fattet. Man kan forholde seg til et slikt ugjennomsiktig mangfold på to måter. En måte er å si at dette viser at det er mye å hente ved å innføre et system for prioritering som leder mange eller alle som foretar prioriteringsrelevante beslutninger, til å opptre gjennomskuelig og i harmoni med helsemyndighetenes standarder. En annen måte er å si at det ser ut til å være vanskelig å styre slike beslutninger, og at det er store sjanser for at nyinnførte prioriteringssystem vil mislykkes, før kunnskapen om hvordan beslutninger nå foregår, er blitt bedre.

Helsemyndighetene står her overfor et vanskelig dilemma. Ønsket om å få system i prioriteringene i er sterkt. På den annen side er utsikten til å få et arbeidskrevende system som ikke virker etter hensikten, og kanskje til og med har uheldige sidevirkninger, lite tiltalende. Dette dilemmaet kan vurderes noe forskjellig. Siden det er lite støtte å hente i evalueringer av systemer som er satt i verk andre steder, vil vurderingene for en stor del bero på mulighetene for å finne styringsredskap for

helsevesenet som virker etter sin hensikt. Uansett er det nødvendig å diskutere muligheter for å utvikle forbedrede prioriteringsprosedyrer.

3.5 BAKGRUNNEN FOR DET FØRSTE PRIORITERINGSUTVALGET - LØNNING I-UTVALGET

Regjeringen Willoch nedsatte i mai 1985 et utvalg, ledet av professor Inge Lønning, som skulle vurdere og foreslå kriterier og retningslinjer som kunne legges til grunn for prioriteringer, samt belyse bakenforliggende prosesser som skaper behov for prioritering. Utvalget avga sin innstilling, NOU 1987: 23: Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste, den 30. juni 1987. Bakgrunnen for nedsettelsen av det første Lønning-utvalget var erkjennelsen av den økende ubalansen mellom den raske medisinsk-teknologiske utvikling, med stadig flere, bedre og dyrere behandlingsmetoder, og de disponible økonomiske ressurser. Mens det i de første årene etter krigen var mulig å «bevilge seg ut av» vanskelige veivalg, ble det stadig klarere at det var behov for prioritering også innenfor helsesektoren. Norge var det første industrialiserte land som nedsatte et eget prioriteringsutvalg som fikk i mandat å drøfte prinsipper og retningslinjer for prioriteringer i helsevesenet. Ønsket med dette utvalget var, slik tidligere sosialminister Leif Arne Heløe uttrykte det i 1987:

«Å rangordne oppgaver for det offentlige helsevesen, og å få frem kriterier for hvordan ressurser bør fordeles.»

Ved prioritering mellom og valg av tilbud innen helsevesenet, ble utvalget bedt om å ta hensyn til sykdommens alvorlighetsgrad, kravet om like muligheter for behandling uavhengig av geografiske, sosiale og aldersbetingede skiller, ventetid, helseøkonomiske aspekter og pasientens eventuelle egenansvar for oppstått problem. Utvalget diskuterte de aktuelle kriterier og kom frem til en liste med fem prioriteringsnivåer:

- Første prioritet skal være reservert tiltak som er nødvendige i den forstand at det har umiddelbart livstruende konsekvenser, for enkeltpasienter, pasientgrupper eller samfunnet som helhet, dersom de ikke iverksettes øyeblikkelig. Eksempel: Akutt kirurgi, akutt psykiatri og nyfødtdedisin.
- Annen prioritet skal være for tiltak som er nødvendige i den forstand at svikt får katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt, for enkeltpasienter, pasientgrupper eller samfunnet som helhet. Eksempel: Kroniske eller alvorlige sykdommer av somatisk art.
- Tredje prioritet skal være for tiltak med dokumentert nytteeffekt, hvor konsekvensene av svikt er klart uønskede, men uten å være så alvorlige som under første og annen prioritet. Eksempel: Moderat forhøyet blodtrykk, vanlige barnesykdommer og ukomplisert brokk.
- Fjerde prioritet skal være for etterspurte tiltak med antatt helse- og livskvalitetsfremmende effekt, der skadevirkningene ved svikt er klart mindre tungtveiende enn ved svikt i tiltak av høyere prioritet. Eksempel: Høyteknologi med moderat nytteeffekt, kunstig inseminasjon og befruktning utenfor kroppen.
- Null prioritet er nivået for helsetjenester som er etterspurte, men som hverken er nødvendige eller har klart dokumentert nytteverdi. Eksempel: Rutinemessige helsekontroller, screening av friske individer med forhøyet risiko.

Bærebjelkene i systemet var at vurdering av prioritet gjøres etter kriteriene *alvorlighetsgrad* og *behandlingseffekt*. Sykdommens alvorlighetsgrad (det vil si sannsynlig forløp av en tilstand dersom tiltak ikke igangsettes) angir hvor høy prioritet et tiltak bør ha. Det må ses i sammenheng med kravet om kjent nytte. Et tiltak blir gitt

lav eller ingen prioritet dersom tiltaket har liten eller ingen kjent virkning. Hvis man ser på formuleringene av prioritetsgrupper, er det ikke gitt hvilken vekt kriteriet om forventet nytte har i forhold til kriteriet alvorlighetsgrad. I ettertid har trolig alvorlighetsgrad blitt sterkest vektlagt i tolkningen av retningslinjene. Utredningen inneholder også drøftinger av visse kontroversielle kriterier, som alder og egenansvar for sykdom, foruten en omfattende beskrivelse av prioriteringspraksis slik den hadde utviklet seg på 70- og 80-tallet. NOU 1987: 23 representerte et langt skritt i erkjennelse av hvilke spørsmål som bør reises under overskriften «prioriteringer» i helsevesenet», og hvordan de bør angripes.

3.5.1 Retningslinjenes normative grunnlag

Diskusjonen etter 1987 har vist at det etiske grunnlaget for retningslinjene i NOU 1987: 23 for prioritering kan diskuteres. Spørsmålet er om den sterke vektleggingen av kriteriet sykdommens alvorlighetsgrad, slik dette er blitt tolket, kan forsvares ut fra en etisk vurdering. Skal vi alltid gi høyest prioritet til de mest alvorlig syke, eller skal vi legge større vekt på effekten av behandling og behandlingskostnadene? Hvordan sammenligne alvorlighetsgrad og behandlingseffekt for helt forskjellige tilstander? Dette er fortsatt uavklarte normative spørsmål. Mange har hevdet at forventet effekt og kostnadseffektivitet bør gis større vekt. På hvilken måte kostnader skal komme inn i prioriteringsvurderinger, er heller ikke tilfredsstillende avklart. Helseøkonomiske vurderinger er drøftet i utredningen, men kostnader er ikke tatt inn i selve systemet med de fem prioritetsnivåer.

Kriteriet som vektlegger sykdommens alvorlighetsgrad, peker i noen tilfeller i motsatt retning av effektivitetskriteriet og målet om kostnadseffektivitet. Denne normkonflikten mellom hensynet til de mest alvorlig syke og hensynet til de som kan ha størst effekt av et tiltak (eller størst effekt i forhold til behandlingskostnader) er uavklart. Den sterke vektlegging av alvorlighetskriteriet avviker i noen grad fra de kriterier som anbefales i de nasjonale prioriteringsutredninger som kom fra andre land i tiden som fulgte, jf. gjennomgangen i "[Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingstrekk](#)" i kapittel 4.

3.5.2 Videreutvikling av den norske prioriteringsmodellen

I St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring: Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste, ble retningslinjene i NOU 1987: 23 drøftet og forsøkt presisert. Det tilrådes bl.a. at *effekten* av behandling må gis en relativt sterkere vekt i forhold til tilstandens alvorlighet, enn det Lønning I-utvalget la opp til. Disse begrepene blir også søkt nærmere definert. Det heter at kostnader ikke skal være et prioriteringskriterium som tillegges vekt alene. Alvorlig syke pasienter skal gis et tilbud hvis tiltaket har en tilstrekkelig og dokumentert effekt. I stortingsmeldingen skilles det også mellom *nødvendige* kriterier (alvorlighetsgrad, effekt, kostnader); *diskuterbare kriterier* (sosiale behov, betydning for andre, produktivitet og selvforskyldthet) og *uakseptable* kriterier for prioritering (kjønn, alder, religion, sosial status og bosted).

Videre heter det at «fagmiljøene må ta ansvar for etablering av prosedyrer, samt utvikling av retningslinjer og protokoller for prioritering av pasienter». Det erkjennes med andre ord at sentrale retningslinjer ikke er nok, de må følges opp av retningslinjer for prioritering innen hvert enkelt fagfelt. I St.meld. nr. 50 (1993-94) legges det også opp til et institusjonalisert samarbeid mellom beslutningstakerne og fagmiljøene:

«Statens sykehusråd (det såkalte Heløe-utvalget) skal være rådgivende organ både med hensyn til spørsmål knyttet til funksjonsfordeling og organisering, og

spørsmål knyttet til prioritering. Dimensjonering av tiltak er sentralt i dette arbeidet. Rådet skal vurdere om og i hvilken grad en deltjeneste og nye tilbud bygges ut, og hvordan ulike tiltak bør prioriteres i forhold til hverandre. Helsetilsynet (fagråd for høyspesialiserte tjenester) skal gi faglige premisser for dette arbeidet. Disse premisene gjelder i særlig grad spørsmål knyttet til problemers omfang og effekt av behandling.»

Dagens praksis er at Statens sykehusråd hovedsakelig behandler spørsmål vedrørende funksjonsfordeling og i noe mindre grad griper aktivt inn i prioriteringsbeslutninger. Denne etablerte strukturen skulle likevel ligge vel til rette for en videreutvikling av prioriteringssytemet. Her kan også Statens helsetilsyn spille en viktig rolle.

3.5.3 Relasjonen mellom helsetjenestens grunnleggende mål og begrepet nødvendig helsehjelp

I drøftingen av mål, prinsipper og retningslinjer for prioriteringsprosesser innenfor norsk helsevesen tok Lønning I-utvalget utgangspunkt i allmenne verdioppfatninger, som det ble antatt å være bred oppslutning om i det norske samfunn. Det ble lagt til grunn at generelle idealer som *rettferdighet, frihet og likhet* også skulle komme til uttrykk i helsetjenesten.

Videre ble det forutsatt at det allment aksepterte synet at samfunnet har en spesiell forpliktelse overfor ressursvake og underprivilegerte mennesker, i helsetjenesten bør komme til uttrykk som en prioritert forpliktelse overfor de svakest stilte. Dette synet skulle ikke bare gjelde for helsetjenesten, men reflekteres i *alle* samfunnets politiske bestrebelser. Helsevesenet kan best bidra til å fremme de generelle idealer om rettferdighet, frihet og likhet ved å fastlegge helsetjenestens grunnleggende mål som: *å bekjempe sykdom og å fremme helse*.

For helsevesenet som profesjonell, tjenesteytende sektor anså utvalget det som nødvendig å legge mer presise og avgrensede målsettinger til grunn, og begrepet «nødvendig helsehjelp», som er fastlagt gjennom lovgivningen, ble derfor søkt innholdsbestemt. Det ble lagt til grunn at «helsetjeneste» og «helsehjelp» betyr det samme. Ifølge utvalget bør nødvendig helsetjeneste i forbindelse med det å bekjempe sykdom omfatte diagnostikk, behandling, habilitering, pleie og forebyggende medisin. Om hva som er nødvendig, uttalte utvalget:

1. Diagnostikk

Enhver bør kunne bli raskt og adekvat undersøkt for symptomer/tegn som gir berettiget mistanke om at det foreligger en alvorlig (livstidsreduserende, invalidiserende, plagsom) sykdom.

2. Behandling

Enhver bør raskt og adekvat få utført behandling for påvist alvorlig sykdom når det er kjent at behandlingen i vesentlig grad kan bedre sykdommens prognose (med hensyn til livskvalitet eller -kvantitet). Behandlingsformer regnes som dokumentert effektive når dette har skjedd gjennom kontrollerte kliniske forsøk eller det foreligger bred konsensus.

3. Habilitering

Enhver som har alvorlige kroniske sykdommer og/eller funksjonshemminger bør få hjelp til å oppnå tilnærmet deltakelse og likestilling i samfunnet, og denne hjelp bør såvidt mulig gis på premissene til de personer som skal habiliteres.

4. Pleie

Enhver som ikke makter å sørge for et tilstrekkelig næringsinntak, som ikke makter å ivareta naturlige funksjoner, hygiene eller påkledning og som har sterkt

redusert bevegelighet, mulighet for ytre stimulering eller sosiale kontakter, bør få hjelp som kan sikre disse livsfunksjoner.

5. Forebyggende medisin

Enhver bør få informasjon om positive og negative miljøfaktorer og levevaner som i vesentlig grad påvirker livskvalitet og -kvantitet.

Det ble understreket at det her ikke dreier seg om en juridisk fortolkning av begrepet. Utvalget knyttet sin definisjon til det som ble oppstilt som helsetjenestens overordnede mål, nemlig å bekjempe sykdom og fremme helse. Det er med andre ord pasientenes medisinske behov som må antas å ligge til grunn for definisjonen. Sammenfatningsvis kan man si at definisjon av «nødvendig helsehjelp» i NOU 1987: 23 tok utgangspunkt i en medisinsk forståelse av uttrykket, der det er den individuelle pasient eller hjelpetrequendes behov som skal dekkes.

3.6 NOU 1987: 23 OG PRINSIPPER FOR PRIORITERING I ET STYRINGS- OG RESSURSFORDELINGSPERSPEKTIV

Gjennom styringssystemer skal myndighetene både sikre nødvendig kontroll og gi insentiver slik at beslutningstakerne i helsevesenet bruker og fordeler helsevesenets ressurser mest mulig i samsvar med de overordnede helsepolitiske målsettinger. På alle samfunnsområder er det en omfattende debatt om hvilke styringsordninger en skal bruke. Grovt sett kan en skille mellom tre hovedtyper av styringsmidler:

- De offentlig-institusjonelle styringsmidler
- De markedsøkonomiske styringsmidler
- De profesjonelle-verdibaserte styringsmidler

Innen helsetjenesten bruker en i dag en kombinasjon av alle disse tre sett av virkemidler. I det tiåret som er gått siden det første prioriteringsutvalget avga sin innstilling, har det vist seg at mange problemer ikke har latt seg løse ved hjelp av de retningslinjer som ble formulert. Hva skyldes dette? En mulig forklaring kan være at det har vært vanskelig å fange opp intensjonene i utvalgets retningslinjer gjennom tilgjengelige styringsmidler.

3.6.1 Offentlig institusjonell styring

Det er bygd opp et omfattende offentlig hierarkisk system, som gjennom lover og forskrifter regulerer hvilke rettigheter pasientene har, og hvilke plikter offentlige myndigheter og profesjonene har. De viktigste aktørene i den hierarkiske organisasjonen er Stortinget, regjeringen, Sosial- og helsedepartementet, Rikstrygdeverket, Statens legemiddelkontroll og Statens helsetilsyn. Stortinget har det overordnede ansvaret, men tar fra tid til annen også enkeltbeslutninger. Viktige institusjonelle styringsmidler er lover, finansieringsordninger, planer og budsjetter.

Lovgivning

Helsetjenesten er i begrenset grad søkt styrt gjennom fastlegging av rettigheter og plikter. Hovedvirkemidlet er planlegging; det er detaljerte regler for hvilke helseplaner som skal vedtas, og hvordan det skal gjøres. Tanken er at god planlegging gir det nødvendige styringsverktøy.

Det finnes noen pliktbestemmelser i den organisatoriske helsetjenestelovgivning, som pålegger kommuner og fylker å fremskaffe nærmere bestemte helsetjenester. De materielle rettigheter som finnes i lovgivningen, er retten til «nødvendig helsehjelp». Prioriteringsprosessen kunne i prinsippet ha vært forsøkt styrt ved å forsøke å innholdsbestemme dette begrepet mer presist enn i dag. Ettersom borgere har krav på «nødvendig helsehjelp», som med unntak for egenandeler er gratis,

er det kanskje et paradoks at de som skal yte hjelpen, dvs. offentlige myndigheter, ikke har klart for seg hva som omfattes, og at borgerne ikke er orientert om hva de har rett til. På den annen side fremholdes det ofte at det for praktiske og økonomiske formål er en uoverkommelig oppgave å definere og avgrense dette begrepet tilstrekkelig presist til at det kan bli et effektivt styringsverktøy.

Forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter av 25. juli 1990 må karakteriseres som et forsøk på styring gjennom lovgivning. Som det vil fremgå av "*Ventelister og prioritering*" i kapittel 5, er dette forsøket bare delvis vellykket. Det er vel dokumentert at praksis i forhold til forskriften er sprikende, og at den har en rekke utilsiktede vridningseffekter.

Den mest omtalte side ved forskriften, den såkalte ventetidsgarantien, har skapt et inntrykk hos mange om rett til å kreve behandling hvor som helst i landet dersom *ventetiden* utløper. Ventetidsordningen følger i seg selv i liten grad opp forskjeller i ulike tilstanders alvorlighetsgrad, og forventet effekt av behandling, slik Lønning I-utvalget anbefalte. I den utstrekning dette følges opp, skjer det gjennom de vurderinger som gjøres av det helsepersonell som praktiserer ordningen.

Budsjettering og planstyring

Styring gjennom budsjetter og budsjettprosessene skjer både på nasjonalt, fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Statens styringsambisjoner virker på de underliggende forvaltningsnivåene ved at rammebetingelsene for kommuneøkonomien fastlegges, styring av den generelle vekst, særskilte tilskuddsordninger, refusjoner og nå aktivitetsbasert finansiering. Planstyring er en annen form for offentlig-institusjonell styring. Med basis i bl.a. plan- og bygningsloven foregår planstyring tverrsektorielt med utarbeidelse av fylkesplaner og kommuneplaner. Fylkesplanene blir i sin tur godkjent av Kongen i Statsråd for å sikre politisk tilslutning. Sykehusloven og lov om kommunehelsetjenester tilplikter fylkeskommuner og kommuner å utarbeide sektorplaner for helsetjenesten som skal legges til grunn for utbygging og drift. Disse planene har også hatt en sentral rolle i den statlige styringen. Erfaringene med slik styring har medført at denne form for planstyring i dag har en beskjeden plass i styringssystemet. Derimot har Sosial- og helsedepartementet pålagt fylkeskommunene å utarbeide felles regionale planer gjennom de regionale helseutvalgene. I St.meld. nr. 24 (1997) har regjeringen foreslått å lovfeste plikt til utarbeidelse av regionale helseplaner som grunnlag for den statlige styringen. Disse planene forutsettes å erstatte fylkenes helseplaner.

3.6.2 Markedsøkonomisk styring

Fordelen med offentlig, institusjonell styring er at man sikrer politisk kontroll. På den annen side er det en svakhet ved denne kontrollen at den ikke gir noen positive insentiver til å bruke ressurser på en effektiv måte i helsevesenet. Tankegangen bak markedsøkonomiske styringsmidler er å styre aktører mer bevisst gjennom økonomiske insentiver. På flere og flere områder brukes det økonomiske insentiver for å påvirke aktørene, også i helsepolitikken. Økonomiske virkemidler forutsettes å virke ved at aktørene har egeninteresse av å opptre på en måte som er fordelaktig for dem selv. Det er et kontroversielt spørsmål hvor langt det er tilrådelig å gå i å bruke markedsinsentiver i helsevesenet. Blant annet er det spørsmål om en kan bruke egenandeler både for å avlaste skattefinansieringen av helsevesenet, og for å stimulere til et riktigere forbruk av helsetjenester.

Det har alltid vært innslag av brukerbetaling i det norske helsevesen, men ikke på alle områder. Forskjellene kan ha historiske årsaker, og dels skyldes de tilfældigheter. Sykehusinnleggelse er f.eks. gratis for brukeren, til forskjell fra de fleste

andre land. De fleste tannlegetjenester og legemidler på hvit resept betales derimot fullt ut av brukeren, også til forskjell fra de fleste andre land.

Brukerbetaling kan tenkes å ha en rolle for å avlaste skattefinansieringen av helsevesenet, men det er viktig å huske at det er samvariasjon mellom individets samlede brukerbetaling og forbruket av helsetjenester: Jo mer man benytter helsevesenet, desto mer betaler man sammenlagt. Dette står i kontrast til skattefinansiering, hvor man bidrar helt uavhengig av hvilket forbruk man har. Den enkeltes bidrag bestemmes av betalingssevne, ikke av forbruket eller sykkelighet. For å redusere den negative effekten av brukerbetaling og ivareta hensynet til forskjeller i sykkelighet og økonomisk evne, kan det settes tak på hvor mye den enkelte skal betale. For storforbrukere av helsetjenester er det i dag et tak for hvor store årlige utgifter til egenandeler den enkelte må betale for viktigere legemidler, legehjelp, psykologhjelp og reiser som trygden betaler for (i 1997 kr 1 290). Taket sikrer at personer med høyt forbruk av helsetjenester ikke utsettes for en så tung økonomisk byrde at det gir alvorlige konsekvenser for privatøkonomien og muligheten til å gjøre bruk av helsetjenestene.

Det er bred enighet i Norge om at helseproblemer skal løses av samfunnet i fellesskap. Alle skal ha lik tilgang til nødvendige helsetjenester. Belastningen ved å være syk skal ikke økes ved at personen også påføres store økonomiske belastninger. Derfor er skattefinansiering den grunnleggende finansieringsformen for helsetjenester. Brukerbetalingsordninger kan føre til uønskede vridningseffekter. Dette er det vanskelig å unngå helt, på grunn av de mange motstridende hensyn som må tas ved utformingen av et brukerbetalingssystem: budsjettmessige og administrative hensyn, ulike helse- og sosialpolitiske mål, fordelingsvirkninger mv. Slike vridningseffekter kan medføre at:

- Innsparingene blir mindre enn forventet
- Sammensetningen av tjenesteforbruket blir en annen enn man hadde forventet
- Lavinntektsgrupper får et mindreforbruk av visse tjenester

Brukerbetaling kan ses som en rasjoneringsmekanisme, som et alternativ til en administrativ rasjonering (etter ventetid, tiltstandens alvorlighet e.l.) av tjenester der det oppstår køer. Når egenandelene settes opp, vil en del personer unnlåte å etterspørre tjenestene og lette tilgangen for dem som opprettholder etterspørselen. Spørsmålet er hvem som vil falle fra. Er det de som har minst behov for tjenestene, eller er det grupper med lav inntekt, småbarnsfamilier, eldre osv? I utgangspunktet er det vanskelig å vite hvilken gruppe som kommer til å redusere etterspørselen mest. På de fleste områder er det også slik at det ikke er pasienten selv som etterspør tjenestene, men den behandlende lege på vegne av pasienten. Dette gjelder f.eks. ved forskrivning av legemidler. Det må antas at legenes valg av behandling i all hovedsak er faglig begrunnet. Det tilsier at egenandeler vanligvis vil ha en indirekte og relativt liten virkning på etterspørselen.

3.6.3 Profesjonell, verdibasert styring

Legenes atferd bestemmes først og fremst av hva legene mener er korrekt medisinsk praksis. Gjennom den profesjonelle, verdibaserte styringen styrer en gjennom faglig kollegiale nettverk, og gjennom å påvirke de normene som bestemmer hva legene faktisk gjør. På et område som helsetjenesten må det alltid være en sterk kollegial nettverksstyring, fordi tjenestene forvaltes av en av samfunnets mest spesialiserte yrkesgrupper, nemlig legene. Professor i helseadministrasjon Ole Berg uttrykker dette slik (Berg 1995):

«Både byråkratiske og markedsbaserte styringsmåter ovenfra og nedenfra har betydelige svakheter i denne sektoren. Byråkratiet forstår ikke denne profesjonen. Markedet, pasientene, gjør det heller ikke. Begge er faglig ukyndige og den helsemessige produksjon har et semilukket preg. Bare leger, om noen, kan kontrollere leger. Medisinen forplikter seg til kollegial styring, til pasientenes og samfunnets beste. Samtidig ligger det en uuttalt konflikt i bunnen. Profesjonen vet at dersom den ikke holder seg etisk til den smale sti, og holder seg faglig langt fremme, går det ikke lang tid før tilliten er tapt, og da går det galt.»

Manglende operasjonaliserbarhet på klinisk nivå

Prinsippene for prioritering i NOU 1987: 23 er ikke uten videre anvendelige på lavere beslutningsnivåer, dvs. i den praktiske, kliniske hverdag som den enkelte helsearbeider befinner seg i. Dette ble også slått fast i NOU 1987: 23 hvor det heter:

«... det er i praksis umulig å gi hvert enkelt tiltak i helsetjenesten en prioritet som tilnærmet entydig bestemmer dets plass i et totalt prioriteringssystem som omfatter alle helsetjenestens mål, oppgaver og ytelser. Det vil for det første alltid være en løpende diskusjon om det enkelte helsetiltaks relative posisjon i en prioritetsorden. Normene som bestemmer prioriteten kan forandre seg over tid. Den medisinske utvikling medfører også stadig behov for omprioritering.»

De fem prioritetsnivåene er bestemt ved hjelp av generelle definisjoner. Dette skyldes delvis at systemet var tenkt hovedsakelig for bruk på det politiske beslutningsnivå. Å anvende generelle definisjoner og anbefalinger vil alltid medføre tolknings spørsmål som det kan være legitim uenighet om. I noen tilfeller vil det klinisk sett ikke være meningsfullt å rangere pasienter etter alvorlighetsgrad. Generelle definisjoner gir heller ikke tilstrekkelig veiledning når det gjelder hvordan grenser bør trekkes i praksis. Det er derfor usikkert hvilken direkte betydning de har hatt når det gjelder å påvirke legenes normer og atferd. Kravet om mer presise kriterier er under enhver omstendighet en utfordring til videre arbeid med prioritering.

Helsetilsynets rolle ved medisinsk-faglige prioriteringer

For å få et kriteriebasert system til å fungere, er det behov for størst mulig enighet om hvordan begrepene mer konkret skal defineres, særlig på det kliniske nivå. For at nasjonale mål og retningslinjer skal fungere, må klinikerne akseptere dem i sitt daglige arbeid. I en svensk diskusjonsrapport, «Vårdens svåra val» (Statens offentliga utredningar 1995:5. Sosialdepartementet), er det foreslått et skille mellom prioriteringer på henholdsvis politisk-administrativt nivå på den ene siden, og klinisk nivå på den andre.

Både alvorlighets- og effektbegrepet er svært komplisert å anvende. De kan ha ulikt innhold på ulike medisinske felt. På enkelte sykdomsområder er en i gang med en nærmere konkretisering av hva en skal legge i begrepene.

Faggruppene for allogen og autolog benmargstransplantasjon var antakelig de første som forsøkte å operasjonalisere prioriteringsprinsippene i NOU 1987: 23 på det kliniske nivå. Høsten 1990 tok medisinsk avdeling A ved Rikshospitalet et initiativ overfor Sosialdepartementet og Helsedirektoratet ved daværende helsedirektør Torbjørn Mork, for å få opprettet et nasjonalt råd for benmargstransplantasjon. Bakgrunnen for initiativet var at utviklingen på dette området gikk meget raskt, behandlingstidene var høye, og de tildelte ressursene strakk ikke til i forhold til de pasientene som hadde behov for transplantasjon:

«For å sikre lik og rettferdig behandling foreslås opprettet et nasjonalt råd for benmargstransplantasjon. I rådet bør alle landets regionsykehus, Det norske Radiumhospitalet, og Helsedirektoratet være representert. Rådets oppgave bør være å utarbeide retningslinjer for indikasjoner og pasientprioritering.» (J.P. Blomhoff, brev av september 1990)

Deretter ba Sosialdepartementet Helsedirektøren oppnevne et rådgivende organ for benmargstransplantasjon, og i 1992 kom de første retningslinjene for benmargstransplantasjon i Norge (Helsedirektoratets utredningsserie, 6-92). Et sentralt punkt i disse anbefalingene er de konkrete råd om hvilke pasientgrupper som tilfredsstillt kravene til dokumentert behandlingseffekt. Arbeidet i dette rådgivende organ og de retningslinjene som ble utarbeidet har bidratt til å sette prioriterings spørsmål på dagsorden, både innen fagmiljøene, i helseforvaltningen og i media. Sosial- og helsedepartementet har sagt seg enig i de anbefalte retningslinjene for hvem som burde få benmargstransplantasjon. På den annen side har det i konkrete enkelttilfeller hendt at departementet har sett bort fra anbefalingene.

Helsetilsynets fagråd for høyspesialiserte tjenester utarbeidet senere en prioriteringsmal som inneholder ni elementer for hvordan kliniske retningslinjer for prioritering bør utformes. Retningslinjene skal være spesifikke for ett eller flere klart definerte tiltak, og behandlingstiltak og seleksjonskriteriene skal bygge på nasjonal og internasjonal faglitteratur, erfaringer, og hvis mulig konsensus. Foreløpig har Helsetilsynet satset på fire-fem fagområder: Lindrende kreftbehandling, hjertekirurgi, hjertekirurgi på nyfødte og små grupper funksjonshemmede. Til nå har det stort sett vært høykompetente medisinerere fra de relevante fagmiljøer, samt en representant fra Statens helsetilsyn, som har utformet slike retningslinjer for utvelgelse av pasienter til riktig behandlingsform.

Utvikling av kliniske retningslinjer for prioritering er et viktig virkemiddel som det satses mye på internasjonalt, men som også er omdiskutert. De norske forsøkene er få, og de har ennå ikke vært evaluert. Det er mye som gjenstår før virkemidler av denne type kan få en bred effekt på praktiske prioriteringsbeslutninger, men de representerer de første forsøk på å anvende Lønning I-utvalgets anbefalinger på konkrete prioriteringsproblemer.

Dimensjonering av tiltak

Lønning I-utvalget ga prinsipper for rangering av diagnosegrupper og tiltak. Ideelt sett kunne en også ønske at prinsippene bidro til å kaste lys over hvordan ulike tiltak skulle dimensjoneres med henblikk på kapasitet og tilbudets tilgjengelighet, samt hvordan utvelgelse av pasienter til de prioriterte tiltak skulle foregå. Peter F. Hjort (1992) har klargjort dette poenget:

«Problemet er at en tilstand ikke er en tilstand. I annen prioritetskategori finner vi tilstander hvor «svikt får katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt». Hjertelidelser er et av eksemplene her, og det er vel i realiteten slik at hjertekirurgien er det høyest prioriterte område i helsetjenesten. Jeg tror utviklingen på dette området illustrerer en generell lov: Når tilbudet øker, senkes indikasjonsgrensen. Det betyr at en innenfor samme satsingsområde og samme diagnose opererer flere og flere pasienter med lettere sykdomsgrader som dermed får relativt mindre nytte av operasjonen. Det er med andre ord nødvendig å definere både tilstanden (diagnosen) og sykdomsgraden (indikasjonen). Dette er vanskelig - av to grunner. For det første vil det alltid være en ganske stor gråsoner, og for det andre vil det være rimelig å senke grensen når tilbudet blir bedre.»

Variasjoner innen hver diagnosegruppe gjør det vanskelig å prioritere ut fra diagnoselister alene. Spissformulert: Det må settes grenser i gråsonen *innen* hver diagnosegruppe. Enheten for prioritering kan ikke alltid være diagnosegrupper. Denne innsikten vil også kunne ha betydning for utforming av andre virkemidler, f.eks. ved eventuell rettighetsfesting eller økonomiske insentivmekanismer.

Et område som illustrerer betydningen av slike «indikasjonsskred», er bruken av nyere antidepressiva. Mens eldre antidepressiva (f.eks. tricycliske antidepressiva) først og fremst ble brukt i behandling av alvorlig depresjon, har en del nye preparater (særlig såkalte selektive serotonin-reopptakshemmere) blitt tatt i omfat-

tende bruk i forbindelse med en rekke andre tilstander som: milde depresjoner, bulimi, tvangssyndrom, panikksyndrom, kroniske smertetilstander og fibromyalgigilignende tilstander, sykelig overvekt, nikotin- og alkoholavhengighet o.l. Det er ikke påvist at nyere antidepressiva har bedre effekt mot alvorlig depresjon enn eldre medikamenter. Det er derimot klart at de har vesentlig mildere bivirkninger, noe som bidrar til at flere gjennomfører behandlingen.

Det er en utfordring både for myndighetene og fagfolk å sørge for at medikamentene brukes best mulig og innenfor godkjente indikasjoner. Blåreseptordningen er imidlertid i prinsippet et åpent system, med sentralisert finansieringsansvar og desentralisert ansvar for forskrivning. Ordningen gir få muligheter for staten til å begrense kostnadene. Dette har gitt seg utslag i at de offentlige utgiftene til legemidler, målt som andel av det offentliges utgifter til helsevesenet, har steget fra 6,1 pst i 1988 til 8,5 pst i 1995.

Hensynet til at legemidlene skal være tilgjengelige, har trolig veid tyngre enn hensynet til at den enkelte pasient til enhver tid skal oppfylle vilkårene for å få nyte godt av ordningen. Dette innebærer at langt fra alle pasienter vil oppfylle de kriterier for alvorlighet og effekt som Lønning I-utvalget har satt.

3.7 OPPSUMMERING

Lønning-utvalgets tydeligste virkning kan kanskje spores i den offentlige debatt. De oppfatninger som Lønning I-utvalget ga uttrykk for, er trolig i betydelig grad innarbeidet som en del av den allmenntilgjengelige oppdragelsen hos landets helsearbeidere. Offentlighetens oppfatning av den norske prioriteringsmodellen er enkel, men viktig. Den gir forståelse og legitimitet for at pasienter kan og må sorteres. Enkelt utformet består den i forståelsen av at pasienters krav på helsetjenester er svært viktige, mindre viktige eller ikke viktige.

Lønning I-utvalgets retningslinjer for prioritering har kanskje først og fremst kommet til praktisk anvendelse gjennom ventetidsordningen. Denne bruken av retningslinjene var ikke forutsatt i NOU 1987: 23. Ventetidsgarantien har medført at hastegrad utilsiktet har fått størst vekt i den offentlige debatt om prioritering.

At retningslinjene fra 1987 har hatt mindre effekt enn ønsket, kan skyldes vanskelighetene med å styre en moderne, kompleks og høyt spesialisert helsetjeneste. De folkevalgte har ikke full styring med helsevesenet, selv om det formelt er underlagt politisk kontroll. Andre interesser, f.eks. profesjoner, brukergrupper, media og helseindustrien trekker i ulike retninger, og fører til at den prioritering både nasjonale og lokale politiske organer ønsker, bare i begrenset grad blir fulgt opp. Dessuten skjer langt de fleste fordelingsbeslutningene desentralisert. Våre kommuner og fylkeskommuner fordeler og dimensjonerer kapasiteten på sine tjenester ut fra de økonomiske rammer de har fått, og ca. 14 500 leger og annet helsepersonell styrer pasientstrømmer mellom første- og andrelinjetjenesten, mellom diagnostiske tilbud og videre til behandling på de ulike nivåer. Når Stortinget vedtar og departementet iverksetter nasjonale prioriteringer, kan disse komme i konflikt med lokale beslutninger. Etter utvalgets vurdering bør det allikevel være mulig å utvikle forbedrede prioriteringsprosedyrer.

KAPITTEL 4

Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingstrekk**4.1 INNLEDNING**

Forbruket av helsetjenester har vist en jevnt stigende tendens i hele etterkrigstiden. Denne trenden er ikke spesiell for Norge, men finnes igjen i alle de industrialiserte land. En viktig forklaring er den hurtige kunnskapsoppbyggingen som har foregått på hele det medisinsk-teknologiske området. Samtidig har den materielle og økonomiske utviklingen gjort det mulig å betale for nye medisinske tilbud på nesten alle felt. I dag kan en ofte diagnostisere og kurere sykdommer der helsevesenet tidligere stod helt uten gode tilbud. I en slik situasjon kan det ses som et paradoks at etterspørselen etter helsetjenester ikke avtar, men øker. På den annen side er det først når et tilbud er etablert, eller i ferd med å etableres, at folk stiller seg i kø, m.a.o. *ingen kur - ingen kø*.

Et viktig spørsmål er hvordan *fordelingen* av helsevesenets tjenester er mellom forskjellige grupper av helsevesenets brukere. Fordeling av helsetjenester i det norske helsevesen kan måles langs mange dimensjoner, avhengig av hva som ønskes undersøkt. Er det f.eks. den faktiske bruken av helsetjenester, tilgangen til helsetjenester, resultatene av helsetjenestene eller ressurs-, profesjons- og personalforhold vi er interessert i? I dette kapitlet er vi særlig interessert i om det er mulig å spore en endring i utgifter til høyt prioriterte helseformål i retning av de områder som det forrige prioriteringsutvalget pekte på i 1987. Dette gjelder særlig:

- Psykiatriske pasienter
- Pasienter med behov for medisinsk rehabilitering
- Pasienter med alvorlige kroniske lidelser
- Personer med store pleiebehov

Søkelys på store grupper fanger ikke inn variasjoner for enkeltgrupper eller enkelt-pasienter, men her er vi interessert i de generelle utviklingstrekk. I tillegg til ovennevnte områder vil vi belyse utviklingstrekk innen den somatiske spesialisthelsetjenesten. Avslutningsvis drøftes kort hvor stor del av verdiskapingen som går med til helse i Norge sammenlignet med andre land.

4.2 OFFENTLIGE UTGIFTER TIL HELSE - NOEN HOVEDTREKK

Tabell 4.1 viser utviklingen i offentlige utgifter til helsetiltak, pleie og omsorg i utvalgte år fra perioden 1980-1995. Statlige rammetilskudd er utgiftsført i kommunesektoren, mens øremerkede tilskudd er utgiftsført i statlig sektor. Utgiftene er basert på tall fra statsregnskapet og kommune- og fylkeskommuneregnskapet, og hentet fra Sosial- og helsedepartementets egen database (PC-Axis: Utgifter til helse og sosiale forhold). Alle beløp er oppgitt i milliarder kroner og omregnet til 1995-kroner ved hjelp av konsumprisindeksen.

Tabell 4.1: Offentlige utgifter til helsetiltak, pleie og omsorg i tidsrommet 1980-1995. Milliarder 1995-kroner

	1980	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	endring 88-95
HELSEMESSIGE YTELSER											
Statlig sektor	10,1	8,9	11,2	10,9	13,2	13,5	15,1	16,9	15,6	16,3	46 pst
Kommunene	6,1	7,6	6,5	6,3	5,7	5,9	5,9	5,8	5,9	5,8	-10 pst
Fylkeskommunene	24,7	27,0	19,5	18,8	18,7	18,3	18,3	18,3	19,2	19,3	-1 pst
Totalt konsum	40,9	43,4	37,3	36,0	37,5	37,8	39,3	41,0	40,6	41,4	10 pst
Investeringer totalt	3,3	1,5	1,8	2,0	1,6	1,8	1,9	1,8	2,2	3,3	86 pst
Totalte utgifter	44,2	45,0	39,0	38,0	39,1	39,6	41,4	42,7	42,8	44,7	15 pst
PLEIE OG OMSORG											
Statlig sektor	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Kommunene	3,5	6,6	15,3	15,3	15,5	17,5	19,8	19,6	19,7	20,5	34 pst
Fylkeskommunene	0,0	0,0	2,2	2,6	2,8	0,3	0,3	0,2	0,2	0,0	-
Totalt konsum	3,5	6,6	17,5	17,9	18,4	17,8	20,1	19,8	19,9	20,6	18 pst
Investeringer totalt	0,7	0,9	2,4	1,3	1,2	1,6	1,3	1,2	1,3	1,5	-38 pst
Sum offentlige utgifter til pleie og omsorg	4,2	7,5	19,9	19,2	19,5	19,4	21,4	21,0	21,2	22,1	11 pst
Sum utgifter til helsemessige ytelser og pleie og omsorg	48,4	52,4	58,9	57,3	58,6	59,0	62,5	63,8	63,9	66,8	13 pst

Kilde: Sosial- og helsedepartementet 1996

For perioden 1988-1995 har det vært en jevn økning i de offentlige utgifter både til helseformål og til pleie og omsorg. For helsemessige ytelser var økningen fra 1988 til 1994 15 pst, med en gjennomsnittlig årlig økning på 2,1 pst. Økningen i utgifter til pleie og omsorg var på 11 pst i samme periode. Dette må i stor grad tilskrives kostnader i forbindelse med å flytte helsetjenester for psykisk utviklingshemmede ut av institusjonene og over i kommunene (1990-91, (1992)). Endringen fra 1985 til 1988 skyldes hovedsakelig at ansvaret for eldreomsorgen ble overført til kommunene, det vil si at eldreomsorgen har blitt flyttet fra regnskapsposten «helsemessige ytelser» til posten for «pleie og omsorg».

4.2.1 Har fordelingen av utgifter på de ulike sektorer endret seg?

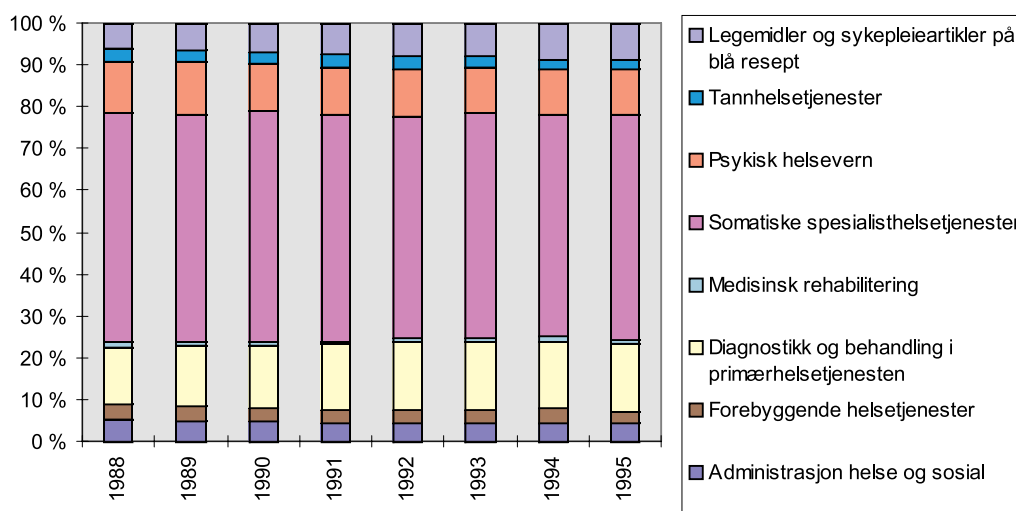
Til tross for regnskapstekniske problemer knyttet til utgiftsføring for helsetjenestens sektorer, kan noen generelle trekk påvises. Tabell 4.2 viser fordelingen av offentlige utgifter på ulike sektorer slik de er regnskapsført i statsregnskapet og kommune- og fylkeskommuneregnskapet for perioden 1988-1995. Alle tall i er oppgitt i milliarder 1995-kroner.

Tabell 4.2: Fordeling av helsemessige ytelser 1988-1995. Milliarder 1995-kroner

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	endring 88-95
Administrasjon helse og sosial	2,4	2,1	2,2	1,9	2,1	2,2	2,2	2,1	-12 pst
Forebyggende helsetjenester	1,5	1,4	1,3	1,4	1,4	1,5	1,6	1,5	-
Diagnostikk og behandling i primærhelsetjenesten, herav statl. refusjoner. og ørem. tilsk.	4,0	4,1	4,2	4,3	4,6	4,7	4,8	4,9	24 pst
Medisinsk rehabilitering	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	-12 pst
Somatiske spesialisttjenester	23,3	22,6	23,6	23,4	23,9	25,4	25,0	26,3	13 pst
Psykisk helsevern	5,2	5,2	4,9	4,8	5,1	5,0	5,0	5,2	-1 pst
Tannhelsetjenester	1,3	1,1	1,1	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	-
Legemidler og sykepleieartikler på blå resept*	2,5	2,6	2,9	3,2	3,5	3,7	4,0	4,2	68 pst
Annet helse	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8	1,4	1,4	-

* Rikstrygdeverkets regnskapstall

De samme tallene er fremstilt i grafisk form i figur 4.1.

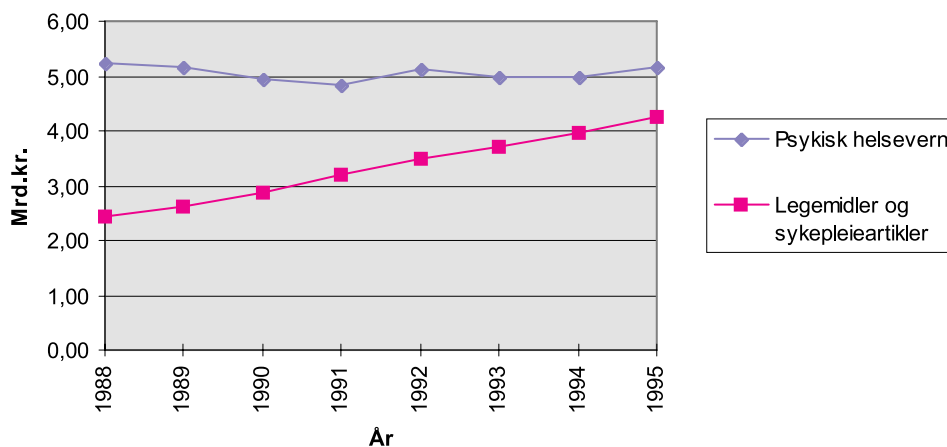


Figur 4.1 Fordeling av helsemessige ytelser 1988-1995

Med unntak av utgiftene til legemidler og sykepleieartikler, og til gruppen diagnostikk og behandling, er det mest påfallende den jevne utviklingen. Det har ikke skjedd store omfordelinger mellom utgiftspostene. Veksten har m.a.o. ikke i særlig grad kommet prioriterte satsingsområder som psykisk helsevern, forebygging eller medisinsk rehabilitering til gode.

De største økningene har skjedd innenfor gruppene diagnostikk og behandling, og legemidler og sykepleieartikler på blå resept. Disse tjenestene er ikke underlagt de samme lokale budsjettrestriksjoner som f.eks. somatiske spesialisthelsetjenester.

De finansieres sentralt av staten over folketrygdens budsjetter, mens forskrivningen og tjenesteytingen skjer ute i helsevesenet. Figur 4.2 viser veksten i de offentlige utgiftene til psykisk helsevern, som er finansiert via rammer, og veksten i offentlige utgifter til legemidler og sykepleieartikler på blå resept, som er finansiert i form av refusjoner fra folketrygden.



Figur 4.2 Vekst i offentlige utgifter til psykisk helsevern, og legemidler og sykepleieartikler på blå resept, milliarder, faste 1995-kroner

4.2.2 Hovedtrekk for perioden

I perioden mellom 1988 og 1995 har det vært en realvekst i de offentlige utgifter til helsemessige ytelser og pleie og omsorg på 13 pst. Utvalget har merket seg at mens utgifter til f.eks. «diagnostikk og behandling» og «legemidler og sykepleieartikler» har økt med henholdsvis 24 og 68 pst i perioden, har det ikke vært utgiftsvekst til psykisk helsevern. Dette kan tyde på at den psykiatriske helsetjenesten har sakkert akterut i forhold til en del andre områder når det gjelder tilførsel av nye ressurser i perioden. Det kan synes som at finansieringsmåte, dvs. rammefinansiering versus refusjonsordninger, er vel så avgjørende for veksten innen ulike deler av helsetjenesten som forsøk på politiske omprioriteringer av midler.

Utgifter til pleie og omsorg er økt med 11 pst, dvs. at veksten her har vært på linje med den generelle veksten ellers i helsevesenet. Som tidligere nevnt har det vært en betydelig vekst i kommunale utgifter til psykisk utviklingshemmede, men liten eller avtakende vekst for de eldre målt pr. person, jf. avsnitt 4.4.

Innsatsen for kronisk syke er ikke en egen post i det materialet vi har undersøkt, men det antas at en betydelig del av økningen i utgifter til legemidler på blå resept har kommet denne gruppen til gode. Økt innsats for rehabilitering kan ses på noen områder.

Det må understrekes at den tilgjengelige statistikk for fordeling av helsetjenestens ressurser er mangelfull. Så langt mulig er tallene justert for overføringer mellom forvaltningsnivåene for å unngå dobbeltføringer. Økt innsats for eksempelvis rehabilitering av slagpasienter, blir imidlertid regnskapsført dels som utgifter til somatisk spesialisthelsetjeneste, og dels som utgifter til pleie og omsorg. Konklusjonene må derfor tolkes med en viss varsomhet. Regnskapene gir heller ikke god

oversikt over private utgifter til helsetjenester, som forskjellige egenandeler, konsultasjoner hos leger uten avtale med kommune eller fylkeskommune, eller behandling utført på private klinikker hvor det offentlige ikke refunderer utgiftene.

4.3 PRIMÆRHELSETJENESTEN

Fra et fordelingssynspunkt er det viktig å ha en sterk og godt utbygd primærhelsetjeneste. Fra tidlig på 1980-tallet har det vært satset på primærhelsetjenesten. Legene har bl.a. fått bedre lønns- og arbeidsvilkår og tilbud om spesialistutdanning. Hensynet til primærhelsetjenesten er søkt ivarettatt bl.a. gjennom lov om helsetjenesten i kommunene fra 1982. Den gir også kommunene plikt til å drive forebyggende og miljørettet helsevern. I tillegg omfatter allmennlegetjenestene pleie, omsorg, habilitering og rehabilitering. Et sentralt prinsipp for primærhelsetjenesten er det såkalte *LEON-prinsippet*, som innebærer at forebygging, utredning og behandling om mulig skal skje på det *laveste effektive omsorgsnivå*.

Primærhelsetjenesten har også en viktig portvaktfunksjon, som er viktig for den videre styring av pasientstrømmer til mer spesialiserte og kostbare tjenester.

Et karakteristisk trekk ved primærhelsetjenesten er at tjenestene finansieres gjennom mange forskjellige ordninger. Tjenestene finansieres både av kommunene, staten og privathusholdningene, i ulike grader og kombinasjoner. I praksis kan dette vanskeliggjøre oversikten over eventuelle omdisponeringer i retning av prioriterte områder.

Helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene

Den *helsefremmende og forebyggende* delen av kommunehelsetjenesten er fullt ut kommunalt finansiert, og det er ingen egenandeler. Den kommunale ressursbruk må anses som relativt lav. Det er imidlertid opp til kommunen selv å styre virksomheten. Dersom arbeidet ønskes prioritert, kan dette gjøres ved å øke ressursene.

Miljørettet helsevern er knyttet til samfunnsmedisinsk arbeid. Mange mener at dette arbeidet er for lavt prioritert. Kommunene skal ha én lege som medisinsk faglig rådgiver og en egen smittevernlege. Tjenestene er imidlertid relativt lite etterspurt, og er ofte gitt lav prioritet også fra legenes side.

Diagnostikk og behandling

Diagnostikk og behandling foregår bl.a. i allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten. Disse tjenestene kan være finansiert fullt ut ved fastlønn fra kommunen, eller delvis fra kommunen i form av driftstilskudd kombinert med refusjonstakster fra Rikstrygdeverket. I praksis er da disse yrkesutøverne selvstendig næringsdrivende. Et tredje alternativ er at leger og fysioterapeuter driver «helt privat», med eller uten refusjon fra Rikstrygdeverket. I så fall regnes de (i henhold til skattelovgivningen) ikke som en del av den offentlige helsetjeneste.

Uansett hvilken avtale legene eller fysioterapeuten har, betaler pasientene egenandel. Enkelte er helt unntatt, f.eks. barn under 7 år. Egenandelen er den samme enten legene eller fysioterapeutene er fastlønnede, eller mottar driftstilskudd. Egenandelen kan derimot være høyere dersom pasienten søker lege eller fysioterapeut som ikke har avtale med kommunen, og som praktiserer utenfor det offentlige helsetjenestetilbud. Hvis legen eller fysioterapeuten praktiserer uten rett til refusjon fra trygden, må pasienten betale de reelle kostnadene selv.

Den kommunale ressursbruk på lege- og fysioterapeut tjenester må trolig anses relativt moderat. I gjennomsnitt utgjør den ca. 7 pst av kommunenes samlede utgifter til pleie-, omsorgs- og helsetilbud. Rikstrygdeverkets andel er høyere. Legenes og fysioterapeutenes prioritering av egen virksomhet foregår uten at kommunen har innsyn eller styringsrett, og det er i stor grad opp til den enkelte helsear-

beider å bestemme hva som skal gjøres, og hvem som skal komme først og sist i køen.

Sett fra kommunehelsetjenestens side er det neppe innenfor diagnostikk og behandling en ser de største utfordringene. Å få leger og fysioterapeuter engasjert i de andre oppgavene som kommunehelsetjenesten skal omfatte, er derimot en viktig oppgave. Stor pågang av pasienter til lege- og fysioterapitjenester gjør imidlertid mange helsearbeidere anser tiden til å delta i andre virksomhetsområder enn de direkte pasientrettede som knapp.

I tabell 4.2 gikk det frem at utgiftene til diagnostikk og behandling i primærhelsetjenesten hadde økt betydelig i perioden 1988-95. Fra enkelte hold har det vært pekt på at det kan ha skjedd en dreining i primærhelsetjenesten fra behandling mot økt utredning og diagnostikk, men også her er tallmaterialet usikkert.

Medisinsk habilitering og rehabilitering

Medisinsk habilitering og rehabilitering har vært et statlig satsingsområde i flere år. I kommunene, som i andrelinjetjenesten, har det manglet et system for å ivareta et helhetlig tilbud for brukerne. Samtidig er det kapasitetsmangel. Medisinsk habilitering og rehabilitering involverer mange yrkesgrupper, bl.a. leger, fysioterapeuter, sykepleiere og ergoterapeuter. Fra mange hold blir det påpekt at det ofte er mangel på tilstrekkelig tverrfaglighet. En årsak til dette kan være de ulike finansierings- og avtaleordningene for disse yrkesgruppene i kommunene. En annen årsak kan være manglende interesse eller kunnskap om behovet for og betydningen av slikt samarbeid. Fast ansatte leger og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten er i mindretall, og det kan synes som om det har vært vanskelig å trekke inn ikke-fastlønnet helsepersonell til prioriterte oppgaver innen systematisk rehabilitering.

Bruken av egenandeler er også varierende og til dels uklar. Rikstrygdeverket har utarbeidet en liste over en rekke tilstander som kvalifiserer for gratis behandling hos fysioterapeut. Dersom en pasient f.eks. har vært innlagt ved sykehus på grunn av hjerneslag, kan det bli gitt ulike rehabiliteringstilbud. Enkelte pasienter overføres til fylkeskommunale rehabiliteringsinstitusjoner hvor de gis gratis opptrening. Andre henvises til private opptreningsinstitusjoner. Her er det et eget system for egenandeler, men enkelte tilstander er unntatt. De som er mest funksjonsfriske blir utskrevet til eget hjem. For disse vil det kunne være aktuelt å gjøre bruk av fysioterapitjenester i kommunene, som gis gratis opp til 40, eventuelt 80, behandlinger. Pasienter som blir utskrevet til sykehjem vil etter hvert måtte betale for oppholdet. De er ikke sikret rehabilitering, og ofte vil kommunens fysioterapeuter og ergoterapeuter ha begrenset kapasitet til å prioritere innsatsen på sykehjemmene. Pasienten har rett på nødvendig helsehjelp, som også omfatter nødvendig rehabilitering. Praxis er imidlertid mange steder at det må foreligge en klage for at dette skal oppfylles. Klager forekommer i liten grad. Også ved kommunale rehabiliteringsinstitusjoner er det anledning til å ta egenandel.

Den kommunale ressursbruk på medisinsk rehabilitering er vanskelig å måle. Den fremgår sjelden av de kommunale budsjetter, og aktiviteten på området fremgår i liten grad av offentlig statistikk. Dette skyldes bl.a. at det er vanskelig å finne gode indikatorer. Dessuten er deler av virksomheten utført av privatpraktiserende helsepersonell, hvis aktivitet ikke registreres. Kommunens styringsmulighet er i praksis begrenset overfor aktører som ikke er kommunalt ansatt. Hvorvidt tverrfaglig arbeid blir prioritert, er derfor ofte avhengig av helsepersonells interesse. Det er mulig å få innsyn i kommunenes prioriteringer, men i mindre grad i prioriteringene ved fysikalske institutter. Etter utvalgets oppfatning er det underkapasitet i tilbudet innen medisinsk rehabilitering. For eksempel har noen fylkeskommuner opprettet slagenheter og rehabiliteringsenheter som ivaretar pasientens behov, mens

andre ikke har slike tilbud. Kvalitetsnivået varierer også betydelig (Veileder i rehabilitering av slagrammede. Statens helsetilsyn 4-96).

Pleie- og omsorgstjenesten

Pleie- og omsorgstjenesten er i hovedsak finansiert av kommunene. Hjemmesykepleiens skyssutgifter refunderes derimot av Rikstrygdeverket. Det er anledning til å ta egenandeler etter ulike systemer. Denne delen av tjenesten trekker de desidert største kommunale ressursene. Det skal fattes enkeltvedtak om tildeling av hjelp, og kommunen kan i prinsippet styre tjenesten og prioriteringen av denne. Etter utvalgets oppfatning er det også på dette området en underkapasitet i tilbudet.

4.3.1 Personellsituasjonen i kommunehelsetjenesten

Tabell 4.3 viser antall utførte årsverk i kommunehelsetjenesten, fordelt på yrkesgrupper. Det fremgår at utførte årsverk for leger og fysioterapeuter har økt jevnt. Det er i dag nesten like mange fysioterapeuter som leger i kommunehelsetjenesten. For jordmødre var gjennomsnittlig 16 pst av stillingene ubesatt. De tilsvarende tallene for helsesøstre og fysioterapeuter var henholdsvis 6 og 4 pst ved utgangen av 1995.

Tabell 4.3: Utførte årsverk i kommunehelsetjenesten utenfor institusjon 1987-1995

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Endring 87-95
Leger:	2995	2930	2967	3026	3078	3129	3223	3265	3301	+11 pst
- med avtale	1581	1537	1531	1531	1564	1619	1717	1826	1927	+22 pst
- fast lønnede	1057	1046	1098	1159	1157	1160	1142	1061	966	-9 pst
- turnuskand.	210	223	199	182	185	166	177	187	199	-5,2 pst
- uten avtale	147	132	139	154	172	184	187	191	209	+42 pst
Fysioterapeuter	2482	2497	2550	2695	2747	2819	2892	2921	3032	+21 pst
Jordmødre	90	101	104	110	125	145	161	160	202	+130 pst
Helsesøstre	1120	1104	1142	1173	1219	1242	1355	1453	1502	+38 pst

Kilde: SSB: Ukens statistikk 34/96

I de senere år har det vært en nedgang i utførte årsverk for fast lønnede leger, og en relativt stor økning i årsverk for leger med kommunal driftsavtale. Det er også en viss økning av registrerte årsverk for leger uten avtale med kommunene. I tråd med nasjonal satsing har det vært en økning i antall årsverk i mange yrkeskategorier i kommunehelsetjenesten. Hva tallet for ubesatte stillinger egentlig uttrykker, kan være vanskelig å tolke. Det er usikkert hvor godt det totale antall stillinger eller avtalehjemler svarer til det reelle behov for personell.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (Ukens statistikk 34/96) viser at antall ubesatte stillinger for leger i kommunehelsetjenesten utenfor institusjon er relativt lavt. Ved utgangen av 1995 hadde i gjennomsnitt 5 pst av stillinger eller avtalehjemler stått ubesatt i 4 måneder eller mer. Det er visse geografiske variasjoner. I Nord-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark var antalle ubesatte stillinger henholdsvis 13, 11, 11 og 8 pst. I mindre sentrale strøk av landet forekommer en utstrakt bruk av korttidsvikariater, bl.a. besatt av utenlandske leger. Mangel på kontinuitet i bemanningen kan redusere kvaliteten på tjenestene uten at dette kommer frem i det statistiske materialet.

4.3.2 Egenandeler og refusjoner

Forholdet mellom bruken av egenandeler og offentlig refusjoner er av betydning for den endelige fordelingen av helsetjenester i samfunnet. Er helsetjenester stort sett gratis i Norge, og i hvilken grad er pasienter medansvarlige for utgifter til helsetjenester når tilbudet gis utenfor institusjon? Det eksisterer ingen fullstendig oversikt over de samlede private utgifter til egenandeler. Det kan imidlertid antas at utgiftene til egenandeler øker når det samlede forbruk av helsetjenester øker. Et overslag over pasientenes økonomiske utlegg i form av egenandeler til ulike helsetjenester er gitt i tabell 4.4.

Tabell 4.4: Anslag over samlet brukerbetaling for offentlige helsetjenester, 1993-kroner

Tilbydere og tilbud	Brukerbetaling
Allmennleger	900 mill.
Spesialister	350 mill.
Poliklinikker	350 mill.
Psykologer	10 mill.
Fysioterapi	350 mill.
Kiropraktor	60 mill.
Legemidler på blå resept	500 mill.
Legemidler på hvit resept	980 mill.
Reiseutgifter	500 mill.
Tannleger	2 300 mill.
SUM	6 300 mill.

Kilde: St.meld. nr.50 (1993-94) Samarbeid og styring

Vi ser av tabellen at utgifter til egenandeler ved besøk hos allmennlege utgjør om lag 900 millioner kroner. Offentlige refusjoner til allmennleger er beregnet av Rikstrygdeverket til å utgjøre ca. 1 215 millioner kroner for 1995-96. Beregnede utgifter til refusjoner til privatpraktiserende spesialister er til sammenligning ca. 677 millioner kroner. Det er problemer knyttet til sammenligning av slike overslag, men vi kan konkludere med at pasientene til en viss grad er med på å dekke utgiftene til vanlige helsetjenester.

Tabell 4.5 viser de siste tilgjengelige tall for den gjennomsnittlige andel av brutto driftsutgifter i pleie- og omsorgssektoren som dekkes gjennom beboernes egenbetaling. I 1992 utgjorde andelen egenbetaling i sykehjem ca. 12 pst av brutto driftsutgifter. For hjemmebaserte tjenester var det tilsvarende tallet ca. 4 pst. Det er til dels store variasjoner mellom kommunene i hvor stor egenandel som kreves.

Tabell 4.5: Brutto driftsutgifter og egenbetaling i pleie- og omsorgssektoren. 1991-1993. (mill. kr)

	1991			1992			1993		
	Driftsutg	Brukerbet	Andel	Driftsutg	Brukerbet	Andel	Driftsutg	Brukerbet	Andel
Institusjoner	12 686	1 588	12,5%	13 295	1 628	12,2%	13 477	1 681	12,5%
Aldershjem	1 427	265	18,5%	1 458	258	17,7%	-	-	-
Kombinerte hjem	5 083	624	12,3%	5 203	599	11,5%	-	-	-
Sykehjem	6 176	700	11,3%	6 634	771	11,6%	-	-	-
Serviceboliger	153	15	10,0%	172	18	10,4%	-	-	-
Hjemme-tjenester	6 227	265	4,3%	6 455	275	4,3%	8 011	262	3,3%
Sum i alt	19 066	1 868	9,8%	19 922	1 920	9,6%	21 488	1 942	9,0%

Kilde: Norsk gerontologisk institutt, Norsk regnesentral og SSB.

Refusjoner

Utgiftene til refusjoner i allmennlegenes praksis betales over folketrygdens budsjett. I avtaleåret 1995-96 hadde Rikstrygdeverket mer enn ti millioner takstrefusjoner for konsultasjoner. Det ble gitt refusjoner for ca. 2 millioner legeerklæringer og for over 1 million enkle immunologiske prøver for bl.a. å diagnostisere virusinfeksjoner, såkalte CRP-prøver. Samlet refusjon for CRP-prøven beløp seg til 41 millioner kroner. Tabell 4.6 viser et utvalg av andre utgifter som leger i primærhelsetjenesten genererer og fordeler via sin praksis.

Tabell 4.6: Eksempel på utgifter generert av leger i primærhelsetjenesten, millioner kroner

	1993	1994	1995
Syketransport	946	982	1 025
Legemidler mv.	4 016	4 340	4 719
Sykepenger, arbeidstakere	8 432	8 409	9 330
Fysioterapeuter	481	543	582

Kilde: Rikstrygdeverkets årsregnskap

Tallene sier isolert sett lite om hvorvidt det er behov for å stimulere til bedre kostnadskontroll. De viser på den annen side at legenes beslutninger på klinisk nivå er med på å styre betydelige ressurser. En har liten informasjon om hvor effektiv og hensiktsmessig ressursbruken faktisk er. Er bruken av sykemeldinger for restriktiv eller ikke, og står bruken av ressurser til syketransport i rimelig forhold til de reelle behov? For å belyse disse spørsmålene bedre enn i dag, mener utvalget det er behov for mer omfattende statistisk tallmateriale, analyser og drøftinger om ressursbruken i primærhelsetjenesten.

4.4 PLEIE OG OMSORG

Pleie- og omsorgstjenesten omfatter i vanlig språkbruk også tjenester som ytes i medhold av lov om sosiale tjenester. De kommunale pleie- og omsorgstjenestene omfatter tiltak overfor funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede, alders- og sykehjemsplasser, hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Utviklingen innen pleie- og omsorgstjenestene har for det første vært preget av tre dominerende trekk siden 1987:

- Kommunene har fått større ansvar gjennom sykehjemsreformen i 1988
- En omfattende ansvarsreform for psykisk utviklingshemmede fra 1991
- En gradvis økning i ansvaret for langtidspasienter med psykiske lidelser

For det andre har tjenestens innhold forandret seg. Trenden de siste årene har vært færre institusjoner for eldre og omsorgstrengende og økt satsing på hjemmebaserte tjenester, særlig for hjemmesykepleie. For det tredje har sykehustjenesten utviklet en strengere praksis med utskrivning av ferdigbehandlede pasienter. Liggetiden har gått ned, med derav følbart økende press på de kommunale tjenester. Det gjelder særlig eldre pasienter med omfattende behov for pleie og omsorg, men også for pasienter i livets slutfase.

Pleie og omsorgstjenestene utgjør den langt største andel av årsverkene i det kommunale helse-, pleie- og omsorgstilbud. I henhold til en rapport fra Statistisk sentralbyrå, «Kommunale helsetilbud. Organisering, ulikhet og kontinuitet (96/6)», utgjør dette tilbudet hele 86,8 pst av årsverkene. Helsetjenestene i kommunene utgjør 3,1 pst, skole- og helsestasjoner 3,1 pst, fysikalsk behandling 3,3 pst og legepraksis 3,7 pst.

I en rapport fra NIBR til Sosial- og helsedepartementet om eldreomsorgen i Norge 1992-1995, vises det at størrelsen på kommunenes frie inntekter i stor grad påvirker utgiftene og årsverkene i tjenesten. Ulikheter i frie inntekter disse forplanter seg til ulikheter i pleie- og omsorgssektoren fra kommune til kommune (Hagen T.P. 1997).

Tabell 4.7: Årsverk i pleie og omsorgstjenesten 1991-95

År	Årsverk i alt	Årsverk pr. bruker	pr 1000 innb. 67 år og over	pr 1000 innb. 80 år og over
1991	58953	-	96	361
1992	66430	0,35	107	397
1993	68395	0,37	112	409
1994	68331	0,36	110	394
1995*	69772	0,37	112	395

* Årsverk pr. bruker er regnet ut fra det totale antall mottakere av hjemmetjenester (inkl. andre tjenester) og plasser i institusjoner. Foreløpige tall.

Kilde: SSB: Ukens statistikk nr. 40, 1996

Tabell 4.7 viser at det har skjedd en beskjeden utvikling i antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i de siste årene. Årsverk pr. 1000 innbyggere over 67 eller 80 år kan ses som et uttrykk for dekningsgrad av tjenester i forhold til antall eldre. Det går frem at dekningsgraden for de aller eldste (over 80 år) ikke holder helt tritt med utviklingen. Årsverk pr. bruker har holdt seg konstant, men sier lite om dekningsgraden i forhold til hvor mange som trenger hjelp, men ikke får det. Den kraftige

utviklingen i antall årsverk mellom 1991 og 1992 skyldes ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede i 1991.

Trekker vi inn fremskrivninger av befolkningstallet, med økt antall og andel eldre, blir det klart at pleie og omsorg fortsatt må være en høyt prioritert oppgave i kommunene. Etterspørselen etter omsorgstjenester vil trolig også øke mer enn den demografiske utviklingen tilsier. Dette skyldes blant annet økningen i antall eldre som bor alene, mulig nedgang i privatomsorgen på grunn av flere kvinner i betalt arbeid, og større krav og forventninger til hjelpetjenestene.

4.5 DET PSYKISKE HELSEVERN FOR VOKSNE

På oppdrag av utvalget har SINTEF-NIS foretatt en utredning om utviklingen innen psykisk helsevern. Utredningen har bl.a. tatt opp følgende problemstillinger:

- Hva har skjedd innen psykiatrien i perioden 1987-95, i forhold til de signaler som er gitt om opp-prioritering av området?
- Hvordan har utviklingen vært målt ved sentrale nøkkeltall?
- Hvordan kan den fylkesvise variasjonen i forbruk av tjenester beskrives og forklares?
- Er tilbudet til de alvorligst syke pasientene svekket?

Gjennom flere større prosjekter samler SINTEF-NIS inn opplysninger om pasienter, drift og økonomi i spesialisthelsetjenesten. Det er disse opplysningene som legges til grunn her. For førstelinjetjenesten finnes det ikke statistikk om tilsvarende forhold, og dataene for hele behandlingsskjeden kan derfor ikke anses komplette.

4.5.1 Nøkkeltall for perioden 1991-95

I tillegg til de generelle mål for helsetjenesten, pekes det i St.meld. nr. 41 (1987-88) Nasjonal helseplan, på tre hovedproblemer for voksenpsykiatrien: (1) Den polikliniske kapasiteten er for liten, (2) det er mangel på personell med spesialutdanning, og (3) regionstjenestene er for lite utbygde. Siden 1987 har det dessuten vært en sentral målsetting å skape fleksible, sammenhengende behandlingsskjeder, hvor tyngepunktet skyves nedover i behandlingsskjeden, for å skape et mer forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten. Et viktig spørsmål er hva som har skjedd i de senere år i forhold til disse målsettingene.

Tabell 4.8 viser bl.a. tall for ressursutviklingen i perioden. Målt i antall årsverk har ressursinnsatsen til voksenpsykiatrien holdt seg stabil. Det har imidlertid skjedd en betydelig kompetanseheving gjennom en økning i personellinnsats både blant leger, psykologer og sykepleiere, og en tilsvarende reduksjon for hjelpepleiere og ufaglærte. Når det gjelder tilgangen på personell med spesialutdanning, har det m.a.o. vært en utvikling i tråd med de mål og utfordringer som ble beskrevet i St.meld. nr. 41 (1987) Nasjonal helseplan.

Tabell 4.8: Nasjonale nøkkeltall for voksenpsykiatrien 1991-1995

	1991	1992	1993	1994	1995	Endring 1991-95	
						Abso- lutte tall	Pst
Årsverk totalt	12 829	12 868	12 867	12 830	13010	181	1
- årsverk poliklinikk	877	1 059	1 126	1 233	1326	449	52

Tabell 4.8: Nasjonale nøkkeltall for voksenpsykiatrien 1991-1995

årsverk avdeling	11 952	11 809	11 741	11 597	11684	-268	-2
årsverk psykiatere			375	408	416		
årsverk andre leger	665	645	297	315	324	75	11
årsverk psykologer	421	430	456	506	521	100	24
årsverk psyk. spes.spl.			1 940	1 926	2098		
årsverk andre sykepl.	3 384	3 514	1 773	1 755	1726	440	13
årsverk sosionomer			331	351	385		
årsverk annet terapipersonell ¹	1 148	1 162	771	740	758	-5	0
årsverk hjelpepl/ufagl.	4 354	4 347	4 223	4 180	4070	-284	-7
årsverk øvrig personell	2 857	2 770	2 700	2 648	2711	-146	-5
Brutto driftsutgifter (mill) ²	4 780	4 843	4 945	4 857	5051	271	6
Heldøgnsplasser	7 225	7 072	6 839	6 534	6370	-855	-12
Oppholdsdøgn pr årsverk	213	212	205	196	191	-22	-10
Utskrivninger pr årsverk	1,85	1,98	2,06	2,11	2,23	0,38	21
Gjennomsnittlig opph.tid	114	108	101	93	85	-29	-25
Driftsutg pr oppholdsdøgn ²	1 642	1 691	1 742	1 828	1961		
Driftsutg pr utskriving ²	189 032	179 487	172 639	169 156	168 183		
Utskrivninger	20 718	21 477	22 230	22 768	24 042	3324	16
Oppholdsdøgn (døgnpas)	2 363 728	2 309 187	2 244 094	2 109 627	2055000	-308 728	-13
Oppholdsdager (dagpas)	309 193	392 761	383 094	414 494	409000	99 807	32
Polikliniske konsultasjoner	318 317	351 520	372 895	407 042			

- 1) Fysio- og ergoterapeuter, arbeidsterapipersonell, barnevernspedagoger, førskolelærere og andre pedagoger
- 2) Justert for prisøkning med utgangspunkt i prisindeks for kommunalt konsum (1994=100). Det er ikke justert for prisøkning fra 1994-95.

Økningen i årsverk for leger og psykologer har i sin helhet gått til de polikliniske tjenestene. Nedgangen i «annet terapipersonell» har i sin helhet skjedd i den døgnbaserte psykiatrien, mens det har vært en viss økning for denne gruppen i poliklinikkene. Det har m.a.o. ikke skjedd noen behandlingsmessig kompetanseheving i den døgnbaserte psykiatrien. Kompetansehevingen har funnet sted innen poliklinikkene. Samtidig har det vært en betydelig økning av omsorgskompetansen i den døgnbaserte psykiatrien, ved at antall spesialsykepleiere og sykepleiere har økt, mens «annet pleiepersonell» (hjelpepleiere og ufaglærte) er tilsvarende redusert.

Bevilgninger

Bevilgningene til voksenpsykiatrien har holdt seg relativt stabile i løpet av perioden. Fra 1991 til 1993 økte bevilgningene med ca. 3,5 pst (faste priser), men pga. en reduksjon fra 1993 til 1994, lå utgiftene i 1994 mindre enn 2 pst over nivået i 1991. Fra 1994-95 var det en økning på 1,9 pst. Veksten ble hovedsakelig finansiert gjennom økte statlige overføringer. De fylkeskommunale bevilgningene lå på samme nivå i 1995 som i 1991. Frem til og med 1994 utgjorde de statlige tilskuddene fortsatt bare en beskjeden andel av finansieringen av tjenesten (ca. 6 pst i 1994). I 1995 utgjorde de statlige tilskuddene 7,3 pst. Dette skyldtes Stortingets

økning av de øremerkede overføringene til psykiatritjenesten. Fundamentet for finansieringen er fremdeles kommunenes frie inntekter.

Heldøgns plasser

Fra 1991 til 1995 ble antall heldøgns plasser i psykiatrien redusert med 855 plasser, eller 12 pst. Dette er i tråd med en langvarig utviklingstendens. Siden 1980 er antall heldøgns plasser redusert med drøyt 40 pst. Nedbyggingen av institusjonskapasiteten har dels vært begrunnet i de skadelige effektene langvarige institusjonsopphold kan ha for pasientene, og dels i at muligheten for rehabilitering er bedre dersom behandlingen finner sted i desentraliserte og differensierte bo- og behandlingstilbud. Selv med denne nedbyggingen avdekket pasientregistreringen så sent som i 1989 at over 1 000 institusjonspasienter (av drøyt 7000 heldøgns pasienter) etter behandlernes vurdering var feilplassert på et for høyt omsorgsnivå (Hagen 1992). I St.meld. nr. 41 (1987-88) Nasjonal helseplan, fremhevet regjeringen at videre nedbygging av institusjons plassene var betinget av utbygging av alternative tjenester. Siden den tid har det polikliniske tilbudet blitt bygget vesentlig ut. Som tidligere nevnt vet vi imidlertid mindre om utbyggingen av tilbudet i kommunene.

4.5.2 Produksjon og forbruk av tjenester

Antall oppholdsdøgn i voksenpsykiatrien er redusert med 10 pst, i takt med nedbyggingen av heldøgns kapasiteten. Dette indikerer isolert sett redusert tilgjengelighet til heldøgnstjenester. Parallelt med reduksjonen i antall oppholdsdøgn, har en i tillegg hatt en enda kraftigere reduksjon i varigheten av det enkelte opphold. Fra 1991 til 1995 ble gjennomsnittlig varighet redusert fra 114 til 85 døgn, en reduksjon på nærmere 25 pst. Til tross for nedgang i antall oppholdsdøgn, økte antall avsluttede institusjonsopphold med 16 pst. Spørsmålet er om dette gjenspeiler økt tilgjengelighet til tjenesten, eller om det gjenspeiler økt omfang av reinnleggelser pga. for korte oppholdstider.

Det er gjort nærmere analyser av omfanget av reinnleggelser ved de psykiatriske sykehusene i 1993 (Pedersen 1996). Undersøkelsen viser at hver pasient gjennomsnittlig hadde nær 1,5 opphold i året. Det går også frem at ved ca. 15 pst av utskrivningene blir pasienten innlagt på nytt innen en måned. Dette er første gang en slik undersøkelse gjennomføres i Norge. Det er derfor usikkert hvorvidt dette representerer en økning i forhold til tidligere år. I mange tilfeller kan imidlertid kortvarige institusjonsopphold være et bedre alternativ enn «varig» opphold. Tabell 4.8 viser også omfanget av poliklinisk behandling og andre dagtilbud. Både for poliklinikkene og dagavdelingene vises en betydelig økning. Dette er i tråd med helsepolitiske målsettinger.

Produktivitet

Personellinnsatsen ved døgnavdelingene har ikke blitt redusert i takt med nedbyggingen av antallet døgnplasser. Mens antall døgnplasser og oppholdsdøgn har blitt redusert med drøyt 10 pst, er nedgangen i personellinnsats bare 2 pst. Dette innebærer at døgnproduktiviteten har gått ned fra 213 oppholdsdøgn pr årsverk i 1991, til 191 i 1995. Dette tilsvarer en økning i personellfaktoren (årsverk i forhold til gjennomsnittlig belegg) fra 1,72 til 1,91. En nærmere analyse av institusjonskategoriene viser at sykehjem og bo- og behandlingssentre snart har samme personellfaktor. Ettersom institusjonsoppholdenes gjennomsnittlige varighet har gått ned, har det likevel samtidig vært en økning i antall utskrivninger, og følgelig også i antall utskrivninger pr. årsverk.

4.5.3 Fylkesvise variasjoner i ressurser og behandlingstilbud

I utredningen fra SINTEF-NIS er også regionale variasjoner for voksenpsykiatrien undersøkt. De viktigste funnene er:

- De regionale ressursvariasjonene er større innen psykiatrien enn innen somatikken, og har ikke forandret seg i løpet av perioden
- Det er stor variasjon i det fylkeskommunale forbruket, målt som tilgjengelighet til den døgnbaserte tjenesten i 1994
- Det er større fylkesvise variasjoner i forbruk målt som polikliniske konsultasjoner, enn mht. ressurser. Variasjonen har vært relativt uforandret gjennom perioden
- Variasjonen i tilbudets kvalitet er størst når det gjelder personalsammensetningen i bo- og behandlingssentre

Det er vanskelig å svare fyldestgjørende på hva som kan forklare de fylkesvise variasjonene, og det er gjort relativt lite systematisk forskning og utredning rundt temaet. Tre faktorer kan likevel trekkes frem: (1) Utbyggingen av psykiatrien i Norge har ikke skjedd gjennom en overordnet, nasjonal plan eller styring. (2) Det har vært opp til den enkelte fylkeskommune gjennom sine egne, delvis ufullstendige, helseplaner å utforme tilbudet. (3) Historiske forhold har ført til ulikheter. Tidligere omdannelser fra f.eks. store mentalsykehus og tuberkulosehjem til psykiatriske sykehjem utgjør fremdeles en vesentlig del av tilbudet. For de senere år kan ikke variasjonene forklares ut fra økonomi. Det er heller ingen sammenheng mellom fylkenes totale ressurser og hvor store ressurser som brukes på psykiatrien. I den grad det er noen sammenheng, bruker fylker med store ressurser mindre til psykiatri.

4.5.4 Er tilbudet til de alvorligst syke pasientene svekket?

Hvorvidt tilbudet til de alvorligst syke pasientene er svekket kan besvares fra flere innfallsvinkler. Først og fremst er det nødvendig å avgjøre hvem disse pasientene er. Et kriterium kan være pasientenes diagnose. Det kan f.eks. være rimelig å definere de med en psykose som de alvorligst syke.

Gråve og medarbeidere (1996) viser ved hjelp av pasienttellingene i 1984 og 1994 hvordan pasientpopulasjonen i de norske psykiatriske sykehusene har endret seg i løpet av 10 år. Antallet sykehussenger ble i denne perioden redusert med 37 pst, mens antallet pasienter med psykotiske tilstander ble redusert med 44 pst. Som vist har andelen personell i polikliniske tjenester økt, mens disse tjenestene i mindre grad enn sykehusene behandler psykotiske pasienter.

Spørsmålet er om en ut fra dette kan slutte at tilbudet til de alvorligst syke pasientene er svekket. Tidligere ble så godt som alle pasienter behandlet i psykiatriske sykehus eller andre institusjoner med døgntilbud. Som vist har det vært en kontinuerlig utvikling mot stadig kortere liggetid, og antallet behandlede pasienter er derfor ikke redusert tilsvarende reduksjonen i antall sengeplasser. Det er mulig at pasienter med psykoser har fått et faglig bedre tilbud, såfremt antallet psykotiske pasienter i samfunnet ikke har økt. Dette kan begrunnes ved at de nå får et kortere sykehus- eller institusjonsopphold, og bedre muligheter for oppfølging via en poliklinisk tjeneste som tidligere ikke eksisterte.

En faktor som kan si noe om tilbudet, er omfanget av reinnleggelser. Et stort omfang av tidlige reinnleggelser indikerer at pasientene blir utskrevet for tidlig, at de ikke får en behandling i forhold til sitt funksjonsnivå.

Heggestad og Lilleng (1996) har vist hvordan reinnleggelser i sykehus, definert som reinnleggelser innen en måned, fordeler seg på forskjellige diagnoser. Det

fremgår at det er en lavere andel reinnleggelser av pasienter med schizofreni enn i pasientpopulasjonen totalt sett (og også lavere for psykosene totalt sett). Reinnleggelser av pasienter med personlighetsforstyrrelser og alkohol- eller stoffmisbruk skjer derimot hyppigere.

Diagnoser er et veldig grovt mål på pasienters alvorlighetstilstand, men disse funnene tilsier i hvert fall ikke at de alvorligst syke får en relativt sett dårligere behandling enn andre pasienter i de psykiatriske sykehusene.

I en henvendelsesregistrering over 14 dager ble det kartlagt hvilke pasienter som enten ble henvist, eller selv henvendte seg til landets psykiatriske sykehussavdelinger. En undersøkte også hva som skjedde med dem (Hagen, Pedersen og Hatling 1996). Undersøkelsen konkluderer med at omfanget av farlige, psykotiske pasienter som avvises er svært lavt. Det er snarere frivillige henvendelser på grunn av nervøse lidelser som blir avvist. Disse henvendelsene skjer i stor grad til intermedisæravdelingene. Når det gjelder tilgang til psykiatriske sykehustjenester, ser det med andre ord ikke ut til at tilbudet til de alvorligst syke pasientene er blitt svekket.

Når det gjelder det polikliniske tilbudet, har en egen undersøkelse tatt for seg forskjellene mellom offentlig og privat poliklinisk virksomhet (Hagen og Hatling 1996). Det går frem at pasienter i offentlige poliklinikker har lavere funksjonsnivå, målt som arbeidslivstilknytning, eksistensen av etablerte sosiale relasjoner og tidligere pasienthistorie. Det er praktisk talt ingen forskjeller mellom pasienter hos privatpraktiserende med og uten driftsavtale. Pasientpopulasjonen hos de privatpraktiserende psykiaterne er mindre plaget av psykotiske tilstander, men mer av nevroser enn pasientene i offentlige poliklinikker. Dette underbygges av forskjeller i medisineringsproblemer. Pasienter med alkohol- og stoffmisbruksproblemer behandles i all hovedsak i de offentlige poliklinikkene, som også hyppigere tar hånd om suicidalproblematikk. Disse forskjellene har betydning relatert til to forhold:

- Privat poliklinisk virksomhet er i stor grad et by- og tettstedsfenomen, særlig i Sør-Norge. Økt privat virksomhet tilsier i så fall en skjevfordeling av tilbudet på bekostning av alvorligere syke pasientgrupper i distriktene
- Fri etablering av privat praksis vil begrense og muligens reversere mulighetene for offentlig poliklinisk virksomhet, etter all sannsynlighet med dårligere poliklinisk tilgjengelighet for alvorligere syke pasientgrupper som resultat

Under drøftingen av ressursinnsats i voksenpsykiatrien, ble det pekt på at kompetansehevingen med hensyn til *behandlere*, dvs. leger og psykologer, særlig har skjedd i poliklinikkene, og ikke innen de døgnbaserte tjenestene. I døgnavdelingene har det derimot skjedd en betydelig økning i *omsorgskompetansen*, dvs. i antall spesialsykepleiere og sykepleiere. Det er mulig at de dårligste pasientene, eller pasienter i den dårligste fasen av sin sykdom og som behandles i døgnavdelingene, har tapt noe på at hovedtyngden i den faglige og personellmessige behandlingssopprustningen ikke har skjedd i de døgnbaserte tjenester

Basert på de data vi har om pasientpopulasjonen i norske psykiatriske institusjoner, kan det ikke slås fast hvorvidt tilbudet til de alvorligst syke pasientene er svekket de siste årene. Svaret avhenger av hvilken innfallsvinkel til problemet man velger. Mens noen variabler skulle tilsi at tilbudet har blitt noe svekket, tyder andre på at det har bedret seg.

4.6 BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN

I St.meld. nr. 41 (1987-88) Nasjonal helseplan, ble også behovet for økt kapasitet og ressurstilgang til barne- og ungdomspsykiatrien fremhevet. Utbyggingsmålsetting for barne- og ungdomspsykiatrien ble satt slik at tjenestene burde kunne nå ca.

2 pst av befolkningen under 18 år. Det ble også her pekt på at mangelen på kvalifisert personell og geografiske skjevfordelinger var et hovedproblem.

4.6.1 Nøkkeltall for perioden 1991-95

Tabell 4.9 viser nøkkeltall for barne- og ungdomspsykiatrien fra perioden 1991 til 1995. Ressursinnsatsen, målt i antall årsverk, har totalt økt i løpet av perioden. Også innen barne- og ungdomspsykiatrien har det skjedd en betydelig kompetanseheving, gjennom en økning i årsverk både når det gjelder leger, psykologer og terapipersonell med høyskoleutdanning, og en tilsvarende reduksjon for personell uten høyskoleutdanning. På begge disse områdene har det m.a.o. skjedd en utvikling i tråd med mål og utfordringer beskrevet i St.meld. nr. 41 (1987) Nasjonal helseplan.

Tabell 4.9: Nasjonale nøkkeltall for barne- og ungdomspsykiatrien 1991 til 1995

	1991	1992	1993	1994	1995	Endring 1991-95	
						Abso- lutte tall	Pst
Årsverk totalt	1 606	1 673	1 743	1 745	1796	190	12
- årsverk psykiatere	65	66	74	78	71	6	10
- årsverk andre leger	53	61	55	59	64	11	21
- årsverk psykologer	239	247	268	301	303	64	27
- årsverk sosionomer	180	173	188	197	206	26	14
- årsverk annet terapipers. med høyskoleutdanning	561	600	655	657	694	133	24
- årsverk terapipersonale uten høyskoleutdanning	120	131	149	90	121	1	0
- årsverk annet personell	384	394	353	363	336	-48	-13
Brutto driftsutg. (mill)	547	575	602	601	643	96	17,5
Heldøgns plasser	290	301	312	282	289	-1	0
Gjennomsnittlig opph.tid	103	93	82	85	75	-28	-27
Utskrivninger	733	891	1 048	904	986	253	35
Oppholds dogn	75 749	82 697	86 343	74 495	76499	750	1
Oppholdsdager	37 199	38 449	34 619	30 962	26790	-10 409	-28
Polikliniske konsultasjoner	110 646	135 520	149 832	167 522			

Bevilgninger

Tabell 4.9 viser også at det var en jevn vekst i bevilgninger til barne- og ungdomspsykiatrien de tre første årene av perioden, mens denne stoppet opp fra 1993 til 1994. Fra 1994-95 var det igjen en økning. Veksten ble hovedsakelig finansiert gjennom økte statlige bevilgninger. Staten finansierer også en større del av barne- og ungdomspsykiatrien enn av voksenpsykiatrien, med ca. 30 pst.

Heldøgns plasser

Perioden sett under ett var antallet heldøgns plasser innen barne- og ungdomspsykiatrien nesten uendret. De første tre årene var det en jevn økning, mens det fra 1993 til 1994 skjedde en reduksjon. Tallene for 1994 og 1995 tyder på at en nå faktisk er i ferd med å redusere institusjonskapasiteten innen barne- og ungdomspsykiatrien. Institusjonskapasiteten i barnepsykiatrien bør ideelt sett ses i sammenheng

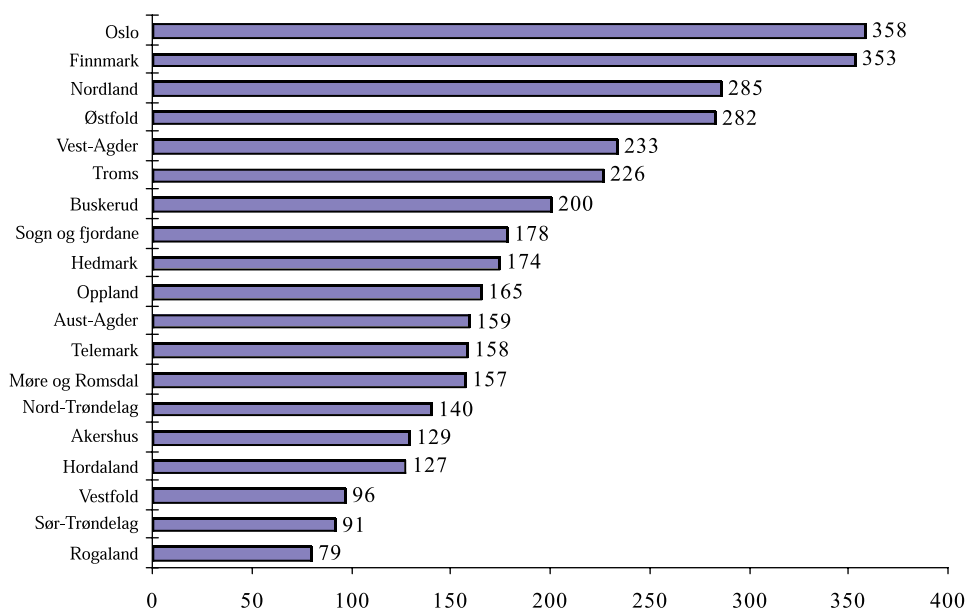
med tilsvarende tall for barnevernet. For barnevernet mangler en imidlertid utviklingstall. Det er derfor ikke mulig å si hvorvidt reduksjonen innen barnepsykiatrien er kompensert med en tilsvarende økning innen barnevernet. Under behandlingen av St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring, ba Sosialkomiteen departementet vurdere om institusjonskapasiteten for barn og ungdom med psykiske problem nå er for knapp (Innst. S. nr. 165 (1994-95)).

4.6.2 Produksjon og forbruk av tjenester

Det fremgår av tabell 4.9 at det har vært en kraftig økning i polikliniske konsultasjoner i løpet av perioden. Samtidig har det vært stagnasjon i antall oppholdsdøgn, og en betydelig reduksjon i oppholdsdager. De polikliniske tjenestenes dominans i volum innen barne- og ungdomspsykiatrien er med andre ord forsterket gjennom perioden. Dette bekreftes bl.a. ved at befolkningsandelen som har brukt barne- og ungdomspsykiatriske tjenester, har vokst fra 1993 til 1995. Det har imidlertid skjedd en endring mellom behandlingsnivåene, idet andelen som har fått døgn- eller dagbehandling har gått ned, mens andelen som har fått poliklinisk behandling har gått opp (tall for 1993-94). Fra 1994-95 skjedde det en økning for alle behandlingssnivåer, særlig for dag- og døgnbehandling.

4.6.3 Fylkesvise variasjoner

Målsettingen i St.meld. nr. 41 (1987-88) Nasjonal helseplan, om at tilbudet innen barne- og ungdomspsykiatrien skulle nå 2 pst av befolkningen under 18 år, er langt på vei nådd. Dette er først og fremst oppnådd gjennom utbygging av de polikliniske tjenestene. I stortingsmeldingen ble de store geografiske variasjonene innen det barne- og ungdomspsykiatriske tilbudet påpekt. Det ble i meldingen satt opp en rekke målsettinger for hvilke tilbud det enkelte fylke burde disponere. Barne- og ungdomspsykiatrien er i stor grad en poliklinisk tjeneste. Fylkesvis variasjon i antall pasienter under poliklinisk behandling pr 10 000 innbyggere under 18 år, er derfor et rimelig anvendelig mål på muligheten for hjelp fra barne- og ungdomspsykiatrien. Figur 4.3 gjengir tallene for 1994.



Figur 4.3 Antall pasienter under poliklinisk behandling i barne- og ungdomspsykiatrien pr. 10 000 innbyggere under 18 år, etter fylke 1994

Det fremgår av figuren at det er stor forskjell mellom fylkene når det gjelder polikliniske tjenester til barn og unge. Selv om målet om nasjonal dekning på 2 pst er nådd, er det fortsatt store geografiske ulikheter når det gjelder det dominerende tilbudet innen barne- og ungdomspsykiatrien. Regionale variasjoner i ressurser, forbruk og kvalitet kan oppsummeres slik:

- De regionale ressursvariasjonene innen barne- og ungdomspsykiatrien er tre ganger så høy som innen voksenpsykiatrien. Variasjonen er redusert i løpet av perioden
- Det er stor variasjon i det fylkeskommunale forbruket, både målt som tilgjengelighet til den døgnbaserte og polikliniske tjenesten
- Kvalitetsvariasjonen når det gjelder personelldekning er dobbelt så høy som innen voksenpsykiatrien, og har vært stabil gjennom perioden

4.6.4 Forholdet mellom behov og dekningsgrad i psykiatrien

I St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring, signaliserte regjeringen at antall heldøgns plasser ved sykehusene ikke bør reduseres ytterligere. Under Stortingets behandling av meldingen (Innst. S. nr. 165 (1994-95)) advarte også Sosialkomiteen mot en videre nedbygging av antall langtidsplasser før kommunene har fått ansvar for og muligheter til å bygge ut alternative tilbud til langtidspasientene. I et notat fra SINTEF-NIS er behovet for døgnplasser nærmere vurdert (Hagen, Pedersen og Hatling 1996). Konklusjonen var at:

«Hovedproblemet i dag er ikke antall døgnplasser som står til rådighet, men hva som må gjøres for å endre uhensiktsmessig bruk av døgnplasser ved sykehussavdelingene. Problemet er ikke så mye knyttet til akuttavdelingene, men til svakheter i andre deler av behandlingsskjeden (intermediær- og rehabiliteringssavdelinger i sykehusene, andre institusjonstilbud og en bedre utbygd førstelinjetjeneste).»

Som et ledd i kartleggingen av døgnplassbehovet ble et landsrepresentativt utvalg av allmennleger i 1996 i en egen undersøkelse spurt om sin henvisningspraksis med hensyn til psykiatrisk døgnbehandling. Målsettingen var blant annet å avdekke eventuelle unnløtelser av henvisninger grunnet tidligere avslag. Denne undersøkelsen viser, til tross for visse metodiske svakheter, et betydelig omfang av unnløtte henvisninger. Dette gjelder også pasienter legene mener har behov for øyeblikkelig hjelp. Undersøkelsen indikerer m.a.o. en underdekning av psykiatriske døgnplasser.

En annen faktor som kan indikere behov for innleggelser, er andelen tvangsinnleggelser. Siden 1992 har andelen tvangsinnleggelser i sykehusene totalt steget fra 62 pst til 70 pst (Hatling 1997) av akuttinnleggelser. Som tidligere nevnt, fant en på grunnlag av «henvendelsesregistreringen i 1996» at det særlig var de frivillige henvendelsene på grunn av nervøse lidelser som ble avvist. Disse to opplysningene koplet mot hverandre skulle tilsi at det er stadig vanskeligere for personer med «lettere» nervøse lidelser å bli innlagt i psykiatriske sykehus. Dette understøttes av at henvendelsesregistreringen også viser at det er en underdekning av døgnplasser i intermediaeravdelinger.

Det har skjedd en kraftig utbygging av de polikliniske tjenestene. Tabell 4.8 omfatter bare offentlig poliklinisk virksomhet. I Hagen og Hatlings rapport (1996) er forskjellene i privat og offentlig poliklinisk virksomhet belyst, og det er konkludert med at det er en større andel pasienter med høy sosioøkonomisk status (målt etter yrkesbakgrunn og utdanningsnivå) hos de privatpraktiserende, og tilsvarende en høyere andel pasienter med lav sosioøkonomisk status i de offentlige poliklinikkene.

4.7 DEN SOMATISKE SPESIALISTHELSETJENESTEN

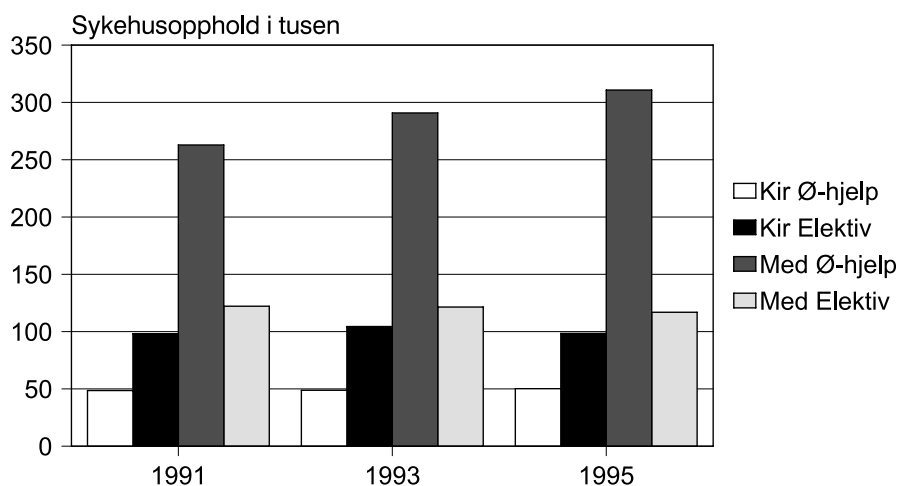
Det er stort press mot den somatiske spesialisthelsetjenesten og særlig mot sykehusene. De fleste sykehusavdelinger har stramme budsjetttrammer, samtidig som publikum etterspør et bedre tilbud. Sett innenfra er ressursknappheten på mange sykehus svært følbart. Samtidig er det mange som frykter at denne sektoren får for stor andel av ressursene, på bekostning av f.eks. psykiatrien. I de senere år har sykehusene vært gjennom en periode med effektivisering og rasjonalisering, og antallet pasienter som ble behandlet i norske sykehus økte betydelig i første halvdel av 1990-tallet. Dette gjelder både dersom en måler antall innleggelser og antall polikliniske konsultasjoner.

4.7.1 Utviklingen i pasientsammensetning og sykehusopphold 1991-1995

Sentrale myndigheter har lagt press på sykehusene for å bedre situasjonen for pasienter på venteliste. I en utredning fra NIS har en tatt opp problemstillingen om økningen i antall behandlede pasienter skyldes økt satsing på prioriterte venteliste-pasienter (SAMDATA 1996).

Antall innleggelser på sykehus økte med 8 pst i perioden mellom 1991 og 1995. Størstedelen av økningen kan tilskrives flere øyeblikkelig hjelp-innleggelser. For denne gruppen var økningen på hele 16 pst, mens antall registrerte, planlagte innleggelser faktisk ble redusert med 2,3 pst i samme periode. Nedgangen av planlagte innleggelser kan trolig delvis forklares med at flere pasienter behandles poliklinisk og som dagpasienter. Disse pasientene er foreløpig ikke komplett registrert hos NIS. Dette gir likevel ikke en fullstendig forklaring. Dersom en ser bort fra barselkvinnene, utgjorde de planlagte innleggelsene 37 pst av alle innleggelser i 1995. Resten, 63 pst, var øyeblikkelig hjelp. I figur 4.4 fremstilles antall sykehusopphold fordelt

etter innleggelsesmåte (planlagt vs. øyeblikkelig hjelp) og behandlingstype (kirurgisk vs. medisinsk) for årene 1991, 1993 og 1995.



Figur 4.4 Utvikling i antall sykehusopphold. Kirurgisk og medisinsk behandling fordelt etter øyeblikkelig hjelp og (elektiv) planlagt innleggelse i årene 1991, 1993 og 1995. Medisinsk behandling er definert som alle tjenester utenfor operasjonsstue.

Figur 4.4 viser at økningen i antall sykehusopphold på nasjonalt nivå nesten utelukkende er knyttet til flere øyeblikkelig hjelp-innleggelser hvor pasienten ikke opereres. Med tanke på ventetidsdebatten, er det interessant å se at den planlagte virksomheten ikke har økt i perioden.

Det at øyeblikkelig hjelp-innleggelser legger beslag på en stadig større andel av en allerede godt utnyttet kapasitet ved sykehusene, skaper problemer for den elektive (planlagte) virksomheten. Årsakene til økningen i øyeblikkelig hjelp er ikke fullstendig utredet, men en mulig forklaring kan være knyttet til et høyt sykehusforbruk hos den eldste delen av befolkningen, og at denne delen er økende. Selv om det ikke kan påvises, kan køene være årsaken til at flere blir plassert som øyeblikkelig hjelp, enten av medisinske eller taktiske grunner (St.meld. nr. 44 (1995-96) Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering). En bedre gjennomføring av ventelisteordningen kan synes betinget av at det etableres kraftigere skiller mellom planlagt behandling og akuttbehandling, slik at de planlagte oppgaver kan gjennomføres som forutsatt. Tallene i figur 4.4 omfatter kun de inneliggende pasientene, slik at pasienter som har fått dagbehandling ikke inngår. Det er etter hvert blitt et viktig mål å øke dagbehandlingen såfremt det er bedre for pasienten, og bidrar til bedre ressursutnyttelse ved sykehusene. Studier utført ved NIS viser også at andelen pasienter som behandles dagkirurgisk har økt de senere år. En delforklaring til at vi ser små endringer i antallet planlagte innleggelser, slik det fremstår i figur 4.4, er dermed en overgang til mer dagkirurgi. Pr. i dag er det likevel begrenset hvor mange pasientgrupper som tilbys slik behandling, og sammenlignet med mange andre land har ikke Norge noen utstrakt dagkirurgisk virksomhet (St.meld. nr. 44 (1995-96)).

Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering). Dette kan til en viss grad ha sammenheng med at vi har spredt bosetting og mange små sykehus.

4.7.2 Utvikling i antall innleggelser for noen pasientgrupper

Det har vært en økning i antall sykehusopphold innen de fleste pasientgruppene i perioden fra 1991 til 1995. Det er imidlertid noen få unntak. For pasientgrupper med sykdommer i øyne, mannlige kjønnsorgan eller kvinnelige kjønnsorgan er det en nedgang i antall innleggelser. Dette er pasientgrupper hvor dagbehandling kan være et alternativ til innleggelse. En rimelig forklaring på nedgangen her vil derfor være at pasientene i større grad behandles uten innleggelse. Herunder kommer bl.a. operasjoner av grå stær, abort, sterilisering m.m. Innleggelser i forbindelse med svangerskap og fødsel utgjør langt den største gruppen. Disse pasientene skiller seg imidlertid fra andre ved at pasientene ikke egentlig er syke.

De fleste sykehusopphold gjelder pasienter med sirkulasjonssykdommer, skjelett-muskelsykdommer og kreftsykdommer. Andre relativt store grupper utgjøres av pasienter med sykdommer i fordøyelsessystemet, nervesystem og åndedretsorganer. Til sammen sto disse pasientgruppene for over 70 pst av alle innleggelser i 1995. Det er også innen disse gruppene den største faktiske veksten i antall opphold har vært i perioden 1991-1995.

Antallet innlagte pasienter som ble operert, har totalt sett økt med i overkant av 1 pst fra 1991 til 1995. Sykdommer i skjelett-muskelsystem og bindevev dominerer den kirurgiske aktiviteten ved sykehusene. For denne pasientgruppen har det vært en økning både når det gjelder planlagte innleggelser og øyeblikkelig hjelp. Pasienter som behandles på medisinske avdelinger, dvs. de som ikke opereres, står for omtrent 2/3 av alle sykehusopphold. En svært stor andel er øyeblikkelig hjelp. Det har vært vekst i antall øyeblikkelig hjelp- innleggelser, hvor pasienten har fått medisinsk behandling, innen alle store pasientgrupper.

4.7.3 Hvordan kan utviklingstrekkene forklares?

Vi har ikke sikker kunnskap om hva som best forklarer økningen i antall innleggelser totalt, økningen av øyeblikkelig hjelp-innleggelser, eller nedgangen av planlagte innleggelser i perioden som her er referert. Det er derimot naturlig å peke på at økningen kan skyldes et samspill mellom flere faktorer:

- Endringer i befolkningssammensetning
- Endret sykkelighet og dødelighet i befolkningen
- Endringer i behandlingsmuligheter og diagnostikk
- Endret terskel for innleggelse
- Vridningseffekter fra planlagte til akutte innleggelser
- Flere reinnleggelser og kortere liggetider

Uansett årsakssammenheng er tallene oppsiktsvekkende sett fra et prioriteringsperspektiv. Andelen øyeblikkelig hjelp-pasienter utgjorde 63 pst av alle innleggelser i 1995. For indremedisinske avdelinger utgjør denne gruppen opptil 90 pst. Ventelistepasientene i prioritetsgruppe II utgjorde i denne perioden kun en mindre andel av de resterende 37 pst. Staten har de senere år bevilget mye penger til sykehussektoren med det formål å redusere ventelistene, spesielt innen planlagt kirurgi. Volumveksten innen de fleste av pasientgruppene NIS har sett på, er imidlertid ikke knyttet til planlagt behandling av pasienter. Det er derfor usikkert om tiltakene for å redusere ventelistene har vært videre vellykkede.

En mulig forklaring er at behovet for medisinsk behandling av pasienter innlagt for øyeblikkelig hjelp fortrenger den planlagte virksomheten ved sykehusene. En slik tendens går igjen internasjonalt. Etter utvalgets mening representerer dette et vesentlig styringsproblem. Hvilke konsekvenser har det f.eks. for andre pasientgrupper at sykehusene uten videre tar imot pasienter som er definert som øyeblikkelig hjelp-trengende? Spørsmålet er om dette er en klart definert gruppe som alltid skal ha forrang. Utvalget drøfter dette nærmere i kapittel 11.

4.7.4 Behovet for bedre informasjons- og datasystemer

For å få et komplett bilde av utviklingen av pasientsammensetningen ved våre somatiske sykehus, er det nødvendig å ha oversikt over den totale aktiviteten ved sykehusene, hvor både polikliniske konsultasjoner, dagbehandling og innleggelser inngår. I dag har vi ingen slik oversikt. Når det gjelder polikliniske tjenester og dagbehandling, eksisterer det heller ikke noe fullstendig og landsdekkende datamateriale som kan gi et helhetlig bilde av utviklingen på nasjonalt plan. For pasienter innlagt på heldøgnsavdelinger finnes derimot et slikt materiale, noe som muliggjør studier av nasjonale utviklingstrekk i aktivitet og pasientsammensetning.

4.7.5 «15 på topp» på sykehus

I dette avsnittet vises de største diagnosegruppene i sykehus og hva de beregnede kostnader i sykehus er for disse gruppene. Tabell 4.10 viser diagnoselistens «15 på topp», når det gjelder innleggelser i somatiske sykehus rangert etter diagnosegruppens samlede beregnede kostnader i sykehus. Kostnader pr. gruppe er beregnet ut fra normalopphold i hver diagnose-relaterte gruppe (DRG-gruppe). Kostnader forbundet med langtidsliggedager er utelatt. Diagnosegruppene inkluderer heller ikke bidiagnoser eller andre komplikasjoner. I figuren nedenfor fremgår det at bare et fåtall av de vanligste DRG-gruppene omfattes av ventetidsordningen.

Tabell 4.10: Opphold i somatiske sykehus, 1995, rangert etter diagnosegruppenes samlede beregnede behandlingstkostnader i sykehus, millioner 1995-kroner

DRG-grupper	Antall	Beregnet kostnad pr DRG-gruppe
01. Vanlige fødsler	48 499	865
02. Hjerneslag o.l.	12 541	666
03. Større leddoperasjoner (bl.a. hofteproteser) og påsetting av lemmer	7 387	640
04. Andre operasjoner i hjerte/brystkasse	2 000	313
05. Akutt hjerteinfarkt og andre sirkulasjonssykdommer	9 107	302
06. Hofte- og lårbeinsoperasjoner (eksl. større ledd)	6 856	255
07. Angina pectoris	16 185	233
08. Større operasjoner på tykktarm og tynntarm	3 071	225
09. Hjertesvikt og sjokk	7 001	221
10. Kronisk obstruktive lungesykdommer (astma o.l.)	8 136	191
11. Svulster i åndedrettssystemet	5 719	174
12. Keisersnitt	5 851	173
13. Lungebetennelse og pleuritt	4 581	167
14. Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene	6 299	166
15. Operasjoner på livmor og nærliggende organer ved godartet sykdom	5 062	164

Kilde: SINTEF, NIS, 1996

Prioriteringsdebatten i media har en tendens til å sette søkelyset på ventelister og de spektakulære medisinske behandlingsmetodene. Siden ventelistepasientene ikke utgjør mer enn ca. 20 pst av utskrevne pasienter, mener utvalget det er uheldig at så mye av oppmerksomheten omkring ressursfordeling har vært konsentrert om denne gruppen. Det «eksterne» press på helsepersonell og sykehusledelser i forbindelse med behandling av ventelistepasienter står ikke i forhold til problemets omfang, slik det også påpekes i Steine-utvalget innstilling (NOU 1997: 2).

4.7.6 Personellsituasjonen i somatiske sykehus

I St.meld. nr. 44 (1995-96) Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering, ble personellsituasjonen i sykehus drøftet. Det ble bl.a. pekt på at til tross for økning i antall legeårsverk, var det 450 ubesatte legespesialiststillinger i 1994, slik det er vist i tabell 4.11. Årsverk omfatter summen av fast ansatte, engasjementer, bistillinger, ekstrahjelp og vikarer. Overtid er ikke innregnet i tallene. Den faktiske utvikling i utførte timeverk kan derfor avvike i antall legeårsverk. Tallene baseres på opplysninger fra alle somatiske sykehus og er registrert ved utgangen av året. Vakanstallene gjelder spesialiststillinger, og omfatter stillinger som midlertidig er besatt av leger uten spesialistutdanning. I St.meld. nr. 44 (1995-96) Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering, pekes det også på at mer enn hver fjerde stillingshjemmel for spesialsykepleiere innen fagområdene anestesi-, operasjons- og intensivsykepleie står ubesatt eller er besatt av andre enn spesialsykepleiere.

Tabell 4.11: Utvikling i antall legeårsverk og antall ubesatte spesialiststillinger ved somatiske sykehus 1988-1994

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Antall årsverk	4 291	4 454	4 535	4 575	4 731	4 922	5 054
Antall ubesatte stillinger	184	225	266	369	424	366	450

Kilde: (St.meld.nr. 44 (1995-96) Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering)

Tallene for ubesatte legestillinger er ifølge Utvalg for legefordeling og stillingsstruktur (ULS), som innhenter og publiserer tallmaterialet, å anse som anslag. Sykehusene oppgir for eksempel stillinger som ledige, selv om legefordelingsutvalget har avslått å innvilge dem. Hvorvidt antall ubesatte stillinger er en god indikator for behov, er også et uavklart spørsmål. Det likevel grunn til å tro at antallet ubesatte stillinger indikerer en knapphetsfaktor i forhold til etterspørselen etter helsetjenester. Det har vært fremholdt at økningen i antall ubesatte stillingshjemler kan indikere problemer med å øke bemanningen i sykehusene, men at det like gjerne kan være et resultat av at fylkeskommuner og andre sykehuseiere ønsker en sterkere økning i antall ansatte, enn det tilbudet av arbeidskraft gir mulighet for. Dersom dette er tilfelle, kan vi ha en situasjon der det skjer økning i antall leger og i antall ubesatte legestillinger samtidig. Ideelt sett skal en slik situasjon unngås ved at fordelingen av spesialisthjemler styres hierarkisk. I Norge eksisterer det ordninger for denne typen styring, men det er uklart om de formelle ordninger for styring av stillingshjemlene har de ønskede effekter på faktisk allokering av arbeidskraft (Hagen T.P.: Ingen «legeflukt», men ... NIBR, notat 1996: 108). Hagen påviser også at det er en sterk positiv sammenheng mellom antall årsverk pr. innbygger i fylkene og andelen ubesatte stillinger. Det betyr at jo flere leger i forhold til innbyggere i fylkene, desto høyere andel stillinger er også ubesatte.

Mer interessant enn de aggregerte tallene for ubesatte stillinger er den faktiske personellsituasjonen innen de forskjellige spesialiteter. Norsk institutt for by- og regionforskning og Sosial- og helsedepartementet foretok i 1995 en detaljert kartlegging av ubesatte stillinger ved norske sykehus. Både psykiatriske og somatiske avdelinger inngikk i kartleggingen. I gjennomsnitt var 6 pst av spesialiststillingshjemlene ved de somatiske sykehusene helt ubesatte i 1994. I Finnmark var tallet 22 pst, i Hedmark 12 pst og i Oslo 1 pst. For mindre sykehus i distriktene fant man betydelige problemer med å få besatt spesialiststillinger. Utredningen viser at de ubesatte stillinger særlig er innenfor kjevekirurgi (16 pst), hudsykdommer (13 pst) og urologi (11 pst). I gruppen «andre», som stort sett inneholder psykiatriske avdelinger, er det 11 pst ubesatte stillinger. For ortopedi er det, interessant nok, kun 2 pst ubesatte legespesialiststillinger.

4.8 SAMMENLIGNING MED ANDRE LAND

Komparative studier av land er en analysemetode der en kan få et bilde av generelle sammenhenger, forutsatt at en velger ut land som er:

- Tilstrekkelig like til at en kan sammenligne
- Forskjellige nok til at en får noe ut av sammenligningene

I dette avsnittet sammenligner vi utgiftsnivået til sosiale formål og helse i Norge med nivået i land vi vanligvis sammenligner oss med. Analysen er hentet fra pub-

likasjonen «Offentlige utgifter til helse og sosiale formål fra 1990-1995» (Sosial- og helsedepartementet 1997).

Utgifter til helse og sosiale formål i prosent av BNP

Tabell 4.12 viser at Norge benyttet 29,3 pst av sitt bruttonasjonalprodukt til helse og sosiale utgifter i 1993. Dette er om lag som i 1992. Av EU-landene var det bare Nederland og Luxemburg som benyttet en større andel enn Norge til sosiale formål. De øvrige mellom-europeiske land benyttet noe mindre enn Norge. I de sør-europeiske landene var derimot de sosiale utgifters andel av bruttonasjonalproduktet vesentlig lavere.

Tabell 4.12: Utgifter til helse og sosiale formål i prosent av bruttonasjonalprodukt 1993

Norden	1993	EU ekskl. Norden	1993
Sverige	38	Nederland	30,2
Finland	35,4	Frankrike	28,7
Norge	29,3	Luxemburg	31
Danmark	31	Tyskland	28,3
Island	-	Storbritannia	23,4
		Italia	25
		Spania	22,5
		Irland	20,1
		Hellas	17,2
		Portugal	16,4
Gj.snitt Norden, eksl. Island	33,4	Gj.snitt EU ekskl. Norden	24,3

Kilde: OECD «Social expenditure statistics of OECD member countries» 1996

Forskjeller i utgifter til helse og sosiale formål mellom landene må tolkes med forsiktighet. For det første er tallene bruttoutgifter som ikke tar høyde for ulikt skatteinivå i landene. Det er en tendens til at landene med de største utgiftsandelene også har det høyeste skatteinivået. Forskjellen mellom landene vil derfor stort sett være mindre for nettoutgifter (og beløpenes kjøpekraft) enn for bruttoutgiftene. I tillegg kommer at kjøpekraften til stønadsordninger avhenger av ulikt prisnivå mellom landene. Et annet moment som gjør at man må tolke tallene med forskjeller mellom land etter bruttoutgifter med forsiktighet er at «skjulte» overføringer gjennom skattefradrag ikke er med i beløpet. Et eksempel på dette i Norge er forsørgerfradraget. Slike fradrag vil være ulikt utformet og ha forskjellig omfang i landene. Endelig er det et problem med gråsoner i forhold til kollektive forsikringsordninger i arbeidslivet. Disse er i noe ulik grad regnet med for hvert land.

Offentlige og private helseutgifter

Når det gjelder *offentlige* helseutgifter, ligger Norge i overkant av gjennomsnittet for de landene som utgjør sammenligningsgrunnlaget. For totale helseutgifter ligger Norge noe under gjennomsnittet, og mer enn 2 prosentpoeng under Frankrike og Tyskland. Det som særpreger Norge i sammenstillingen er at det er her offentlige helseutgifter er mest dominerende i forhold til andre helseutgifter.

Tabell 4.13: Utgifter til helse i pst av BNP, 1994

Land	Offentlig	Totalt
Danmark	5,4	6,6
Finland	6,2	8,3
Frankrike	7,6	9,7
Nederland	6,9	8,8
Norge	6,9	7,3
Storbritannia	6,4	6,9
Sverige	7	7,7
Tyskland	5,8	9,5
Gj.snitt	6,5	8,1

Kilde: OECD Health data 1996

Utskrivninger fra sykehus i de nordiske land

Utskrivninger fra sykehus påvirkes først og fremst av hvor mange som legges inn, og gir et bilde av sykehustjenestens totale omfang. Sammenligner en frekvensen av utskrivninger fra sykehus i Norge, Sverige, Island, Finland og Danmark, går det frem at utskrivingsfrekvensen pr. 100 innbyggere i 1994 var noe lavere i Norge enn i nabolandene, slik det er vist i tabell 4.14. Tabellen må tolkes med forsiktighet.

Tabell 4.14: Utskrivninger fra somatiske sykehusavdelinger pr. 1 000 innbyggere i 1994, nordiske land

Land	Utskrivninger fra somatiske sykehusavdelinger pr. 1 000 innbyggere 1994
Danmark	196
Finland	195
Island	178
Sverige	170
Norge	144
Gj.snitt	177

Kilde: Nomesco 4:1996

Hvis vi ser bort fra forskjeller i sykелighet, kan tallene tyde på at terskelen for innleggelse i Norge er høyere enn i de øvrige nordiske land. Dette kan tolkes på minst to måter. Enten at norsk primærhelsetjeneste er godt utbygd og utfører sin portvaktsfunksjon på en god og effektiv måte, eller at for mange pasienter som burde vært innlagt på sykehus, ikke blir det.

4.9 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi bl.a. forsøkt å belyse hvorvidt veksten i helsevesenet har blitt kanalisert mot de grupper det første prioriteringsutvalget mente burde prioriteres i

1987, dvs. psykiatriske pasienter, pasienter med behov for medisinsk rehabilitering, pasienter med alvorlige kroniske lidelser og personer med store pleiebehov. Det har vært en realvekst i de offentlige utgifter til helsemessige ytelser og pleie og omsorg på 13 pst i perioden mellom 1988 og 1995.

I motsetning til realveksten i de offentlige utgifter til helsemessige ytelser og pleie og omsorg på 13 pst, har det ikke vært utgiftsvekst til *psykisk helsevern*. Når det gjelder tilgangen til psykiatriske sykehustjenester, ser det ikke ut til, ut fra det begrensede tallmaterialet utvalget har, at tilbudet til de mest alvorlig syke pasientene er blitt svekket. Det kan derimot se ut til at det er stadig vanskeligere for personer med «lettere» psykiske lidelser å bli innlagt i psykiatriske sykehus. Innen *barne- og ungdomspsykiatrien* er det skjedd en utbygging av de polikliniske tjenestene. Perioden sett under ett var antallet heldøgns plasser innen barne- og ungdomspsykiatrien nesten uendret.

Når det gjelder *medisinsk habilitering og rehabilitering* har det i kommunene, som i andrelinjetjenesten, manglet et system for å ivareta et helhetlig tilbud for brukerne. Etter utvalgets oppfatning er det en underkapasitet i tilbudet innen medisinsk rehabilitering. Det er vanskelig ut fra statistisk materiale å fastslå presist utviklingen innen dette feltet.

Utgifter til *pleie og omsorg* er økt med 11 pst, dvs. at veksten ikke helt har vært på linje med den generelle veksten ellers. Det har vært en betydelig vekst i kommunale utgifter til *psykisk utviklingshemmede*, men liten eller avtakende vekst for de eldre. Et karakteristisk trekk ved *primærhelsetjenesten* er at tjenestene finansieres gjennom mange forskjellige ordninger. Tjenestene finansieres både av kommunene, staten og privathusholdningene, i ulike grader og kombinasjoner. I praksis kan dette vanskeliggjøre oversikten over eventuelle omdisponeringer i retning av prioriterte områder. Legenes beslutninger på klinisk nivå er med på å styre betydelige ressurser. En har liten informasjon om hvor effektiv og hensiktsmessig ressursbruken faktisk er. For å belyse disse spørsmålene bedre enn i dag, mener utvalget det er behov for mer omfattende statistisk tallmateriale, analyser og drøftinger om ressursbruken i primærhelsetjenesten.

Det har på nasjonalt nivå vært en økning i antall sykehusopphold innen de fleste pasientgruppene i perioden fra 1991 til 1995. Størstedelen av økningen kan tilskrives flere øyeblikkelig hjelp-innleggelser. For denne gruppen var økningen på hele 16 pst, mens antall registrerte, planlagte innleggelser faktisk ble redusert med 2,3 pst i samme periode. Nedgangen av planlagte innleggelser kan trolig delvis forklares med at flere pasienter behandles poliklinisk og som dagpasienter. Pasienter som behandles på medisinske avdelinger, dvs. de som ikke opereres, står for omtrent 2/3 av alle sykehusopphold.

Det er mulig at behovet for medisinsk behandling av pasienter innlagt for øyeblikkelig hjelp fortrenger den planlagte virksomheten ved sykehusene. Sammenligner en frekvensen av utskrivinger fra sykehus i Norge, Sverige, Island, Finland og Danmark, går det frem at utskrivingsfrekvensen pr. 100 innbyggere i 1994 var noe lavere i Norge enn i nabolandene.

KAPITTEL 5

Ventelister og prioritering**5.1 INNLEDNING**

I dette kapitlet vurderer utvalget forskrift om ventelisteføring og ventetidsgarantien, både som registreringsverktøy og prioriteringsverktøy. Først beskrives utvalgets mandat vedrørende ventetidsgarantien, deretter beskrives ordningen nærmere. Det gjøres også en oppsummering av den etter hvert økende faglitteraturen omkring ventelister. Til slutt gis utvalgets egen vurdering av ordningen og begrepet garanti som er knyttet til denne. Kapitlet bør sees i sammenheng med utvalgets foreløpige tilråding til Sosial- og helsedepartementet av 20. desember 1996, jf. vedlegg 1.

5.2 VENTETIDSGARANTIEN OG UTVALGETS MANDAT

I mandatet heter det at utvalget skal utforme nye retningslinjer for prioritering «slik at de blir et egnet hjelpemiddel for løsning av konkrete prioriteringsspørsmål og at de kan utgjøre et hensiktsmessig grunnlag for ordningen med ventetidsgaranti <...>». Denne del av mandatet må sees i sammenheng med St.meld. nr. 44 (1995-96) hvor departementet foreslår at det innføres:

- En vurderingsgaranti, dvs. en garanti for vurdering innen 30 virkedager. Pasientene som tildeles garanti, får deretter fastsatt ventetid for behandling.
- En behandlingsgaranti, dvs. en garanti for maksimalt 3 måneders ventetid for pasienter med alvorlig sykdom, unntatt «øyeblikkelig hjelp». Det skal likevel være et mål at sykdommer utredes og behandles så fort som mulig, hvis tiden som går forverrer pasientens sjanse for helbredelse.

I St.meld. nr. 44 heter det videre at «Departementet vil på grunnlag av Stortingets behandling av denne meldingen og prioriteringsutvalgets forslag, utarbeide mer entydige kriterier for ny ventetidsgaranti som kan komme til anvendelse ved iverksettingen.»

Utvalget tolker mandatet slik at det bør utvikles nye retningslinjer for prioritering, som departementet bl.a. kan anvende i sitt videre arbeid med å utarbeide mer entydige kriterier for hvem som skal omfattes av 3 måneders behandlingsgaranti. I "*Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen*" i kapittel 8 beskrives prinsipper og kriterier for prioritering, og i "*Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9 gis en anbefaling om hvilken fremgangsmåte som bør følges for å operasjonalisere overordnede retningslinjer for prioritering i form av klinisk anvendelige beslutningsredskaper. Utvalget har i sin deltilråding av 20. desember 1996 gitt et forslag til definisjon av hvem ordningen med tre måneders behandlingsgaranti bør omfatte, og anbefaler der en prosess for å utvikle mer presise og aksepterte kriterier for garantitildeling.

5.3 BESKRIVELSE AV VENTELISTEFORSKRIFTEN

Sykehusloven § 12 fikk i 1990 et nytt ellefte ledd, og lov om psykisk helsevern § 16, et nytt syvende ledd, som hjemler forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter. Forskriften inneholder dels et påbud til sykehus og poliklinikker om å føre registre over pasienter som venter på undersøkelse og behandling, og dels retningslinjer for hvordan pasientene skal sorteres i første, annen og lavere prioritets-

grupper. Den såkalte «ventetidsgarantien» gjelder for pasienter som sorteres til annen prioritet.

Begrunnelsen for forskriften må knyttes til den økende oppmerksomhet om at mange pasienter ble gående uforholdsmessig lenge og vente på behandling som ikke var øyeblikkelig hjelp, men likevel nødvendig ut fra medisinsk skjønn. Samtidig ble landets totale behandlingsskapasitet ikke utnyttet fullt ut. Formålet med forskriften er todelt: Dels «å gi pasienter som trenger undersøkelse og behandling et mest mulig likeverdig tilbud samt en rettferdig fordeling av tilbudet», dels å «tilstrebe at pasienter får behandling i tråd med de nasjonale prioriteringer for helsetjenesten, og at det skjer en geografisk utjevning av ventetider via utnyttelse av ledig kapasitet på landsbasis».

Øyeblikkelig hjelp har første prioritet og skal behandles umiddelbart og derfor ikke registreres, jf. forskriften § 3-2. Som øyeblikkelig hjelp regnes «tiltak som er nødvendige i den forstand at det har livstruende konsekvenser dersom de ikke iverksettes raskt».

Som annen prioritet registreres pasienter som trenger tiltak «som er nødvendige i den forstand at svikt får katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt for pasientene», jf. forskriften § 3-3. Blir de ikke behandlet innen seks måneder, skal de registreres særskilt, jf. forskriften § 4-1. Fylkeskommunen har plikt til å skaffe til veie og betale for behandling til disse pasientene såfremt behandlingsskapasitet finnes i landet, forskr. § 4-2 og 4-3.

I et rundskriv (I-25/92) kom en veileder over pasientgrupper som skulle ha maksimalt 6 måneders ventetid. Veilederen var resultat av et samarbeid mellom spesialforeningene i Den norske lægeforening som leverte grunnlagsmaterialet, Kommunenes sentralforbund og Sosialdepartementet. Definisjonen av annen-prioritets pasienter ble noe nærmere spesifisert, og det ble gitt lister over diagnoser (og i noen tilfeller kriterier) for forskjellige fagområder. Listene er ulike, og et par fagområder sendte ikke inn forslag til liste. Veilederen er således ikke helt dekkende.

5.4 NÆRMERE OM VENTELISTEFØRING

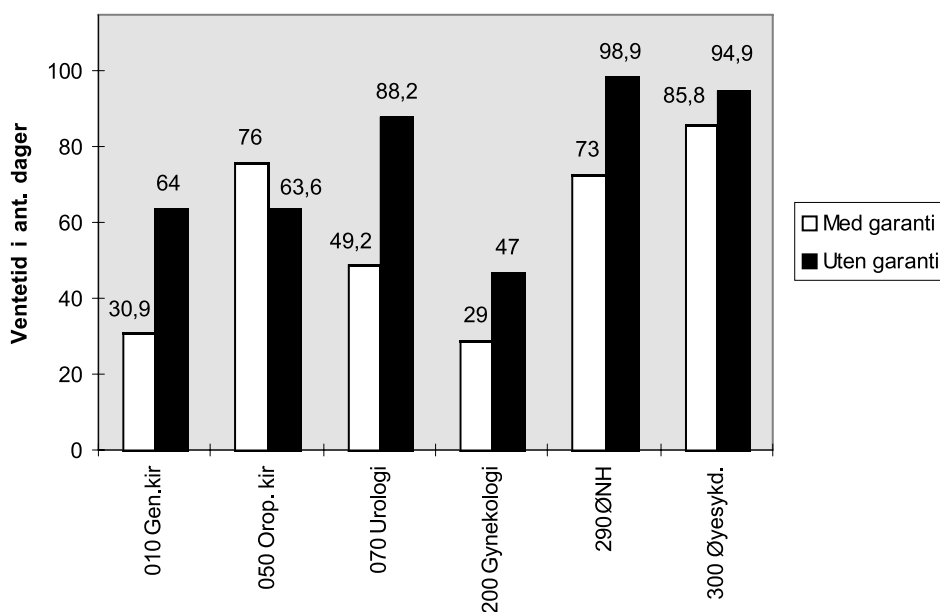
Det ser ut til å herske alminnelig enighet om at en enhetlig registrering av pasienter, slik ventelisteforskriften forutsetter, kan være et nyttig redskap for planlegging og styring av virksomheten i sykehus og poliklinikker. Målsettingen om pasientregistrering er delvis oppnådd. Siden registreringen begynte i 1991, er det kommet frem viktige data om pasientstrømmer, kapasitet og prioriteringer.

Registreringen har imidlertid ikke foregått på samme måte ved alle helseinstitusjonene, slik at opplysningenes kvalitet varierer. For å bøte på dette ble et nytt, enhetlig system for registrering, det såkalte «Ventsys -95», innført fra 30. august 1996 (Wølneberg m.fl. 1995). Det nye systemet forventes blant annet å gi oversikt over samlet ventetid for hver pasient, altså at hele den tiden pasienten er under utredning eller venter på behandling, regnes sammen. Videre vil man få oversikt over omsorgsperioden for hver enkelt pasient, det vil si hele den tiden pasienten er i kontakt med sykehuset/poliklinikken for ett helseproblem. Man vil få oversikt over den arbeidsmengde ventelistene representerer, og over de ventende pasientenes alder, kjønn og hjemkommune. Hvis forventningene innfris, vil det nye registreringssystemet gi mer styringsrelevant informasjon enn den registrering som hittil er praktisert.

5.5 ØKNING I ANTALL GARANTIBRUDD OG TILSTRØMMING TIL VENTELISTER

På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet samler Kommuneforlaget inn tall vedrørende ventesituasjonen på norske sykehus. Den 31. desember 1996 var antallet pasienter med garanti som hadde ventet mer enn 6 måneder (180 dager), steget til ca. 20 000 for hele landet. Dette er det høyeste tallet som hittil er registrert. Av disse ventet 36 prosent på innleggelse, 8 prosent på dagbehandling og 56 prosent på poliklinisk vurdering eller behandling.

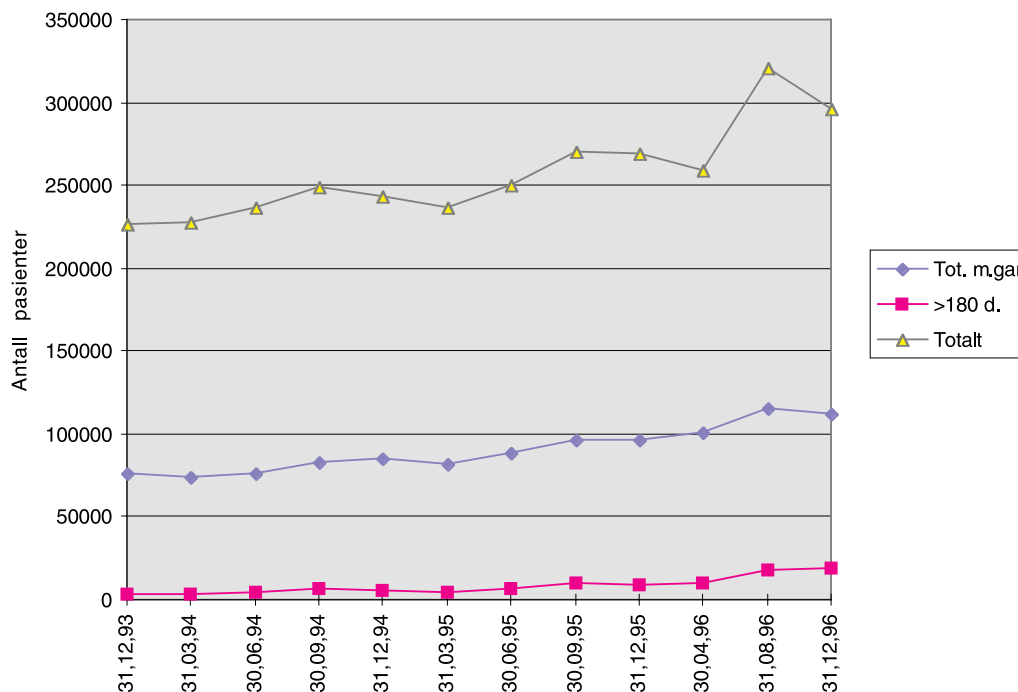
Disse tallene er øyeblikkstill, det vil si at de viser hvor mange pasienter som har ventet for lenge på det gitte tidspunktet. Periodetall gir et bedre bilde av dynamikken i ventelistene. Figur 5.1 viser median (midlere) ventetid for noen utvalgte grupper hvor det har vært særskilt mange garantibrudd.



Figur 5.1 Mediane ventetider for pasienter avviklet fra ventelister. Ventetid er oppgitt i antall dager. Kilde: Kommuneforlaget

Figuren viser at median ventetid for pasienter med garanti varierer fra 29 dager (1 måned) innen gruppen generell kirurgi til 86 dager (3 måneder) for øyensykdommer. Det er interessant å merke seg at median ventetid for pasienter med og uten garanti ikke er svært forskjellig, noe man lett kan få inntrykk av ved kun å se på øyeblikkstill. Det er flere køer i systemet, og de løper parallelt. For ortopedi er til og med median ventetid for pasienter uten garanti kortere enn for pasienter med garanti.

For perioden 1. september til 31 desember 1996 var antall nyhenviste på venteliste ca. 370 000. Av disse ble 42 pst tildelt garanti. Andelen pasienter som ble tildelt garanti, varierte fra 17 prosent i Troms til 73 prosent i Hordaland. Figur 5.2 viser utviklingen fra 1993 til 1996 når det gjelder antall nyhenviste pasienter til venteliste, antall pasienter som ble tildelt garanti og antall garantibrudd.



Figur 5.2 Utvikling fra 1993 til 1996 for antall nyhenviste pasienter til venteliste, antall pasienter som ble tildelt garanti og antall garantibrudd.

Kilde: Kommuneforlaget

Figuren viser en tydelig tendens mot økende antall nyhenviste pasienter, fra ca. 230 000 pasienter pr. 31.12.93 til nesten 300 000 pr. 31.12.96. Det vil si en økning på ca. 70 000 pasienter. Antall pasienter med tildelt garanti har økt med ca. 30 000, og antall pasienter som har opplevd garantibrudd har økt med ca. 17 000. Andelen pasienter med garantibrudd har altså økt noe mindre enn andelen pasienter med tildelt garanti og mye mindre enn antall nyhenviste pasienter. Innsamlingsrutinene for tallmaterialet er under stadig forbedring, og tallene må derfor tolkes med forsiktighet. Noe av økningen som kommer frem, skyldes at flere pasienter registreres bedre enn før, men dette gjelder antakelig alle gruppene.

5.6 FAGLIG EVALUERING AV VENTETIDSGARANTIEN

St.meld. nr. 44 sammenfatter ventetidsgarantiens fordeler og ulemper slik:

Fordeler ved dagens garantiordning

- Kunnskap og åpenhet om prioriteringspraksis og ventetider er bedret via landsomfattende ventelisteregistre
- De aller fleste av garantipasientene blir behandlet innen 6 måneder

Ulemper ved dagens garantiordning

- Samsvaret mellom diagnose og alvorlighetsgrad er mangelfull
- Det organisatoriske samspillet mellom pasient, henvisende lege og sykehus er svakt
- Pasienter prioriteres ulikt i ulike fylker og fag
- Det er store forskjeller i ventetider i ulike fylker

- Rapporteringsproblemer og mangelfulle styringsdata
- Gjenspeiler ikke det reelle behandlingstilbud innen psykiatrien, og ivaretar ikke prioritering av pasienter på dette feltet

Den faglige evaluering av ordningen bekrefter og utdyper dette bildet. Resultatene kan drøftes i forhold til de tre målene som ventetidsgarantien skulle sikre:

- Likeverdig og rettferdig fordeling av behandlingstilbudet
- At pasienter får behandling i tråd med nasjonale prioriteringer
- Utnyttelse av ledig kapasitet på landsbasis

5.6.1 Er behandlingstilbudet likeverdig og rettferdig fordelt?

Et likeverdig behandlingstilbud vil si, slik det blir drøftet i "*Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen*" i kapittel 8, at pasienter i samme prioritetsgruppe skal ha lik tilgang til behandlingstilbud, uavhengig av geografisk tilhørighet eller andre ikke-medisinske kjennetegn.

Det første spørsmål blir da hvordan mekanismene for å sortere pasienter i samme prioritetsgruppe fungerer. Kristoffersen og Piene rapporterer tall for 1995 som viser at andelen av pasienter som fikk tildelt ventetidsgaranti (= prosentandel av alle som søkte innleggelse i sykehus) varierer betydelig fra fylke til fylke. For fagfeltet gynekologi varierte andelen fra ca. 1 prosent i Troms til ca. 94 prosent i Sør-Trøndelag. For fagfeltet ortopedi var variasjonen fra 21 til 89 prosent, for øre-nese-halssykdommer 21 til 89 prosent og for urologi 43 til 100 prosent. Det er også stor variasjon mellom fagfelt innen ett og samme fylke.

Forfatterne drøfter mulige forklaringsvariabler, som ulik pasientsammensetning, ulik andel dagkirurgiske pasienter og feilregistreringer, men konkluderer at disse faktorene neppe kan forklare de store variasjoner i garantitildeling. Denne, og andre studier, bekrefter derfor antakelsen om at garantitildeling praktiseres forskjellig. Det vil si at to pasienter med identisk tilstand kan bli plassert i ulik prioritetsgruppe, avhengig av hvem som tildeler garanti.

Det kan være minst tre årsaker til dette. For det første har det vært påpekt at gjeldende veileder er for upresis. I St.meld. nr. 44 konkluderes det med at «gjeldende kriterier for tildeling av ventelistegaranti, etter departementets vurdering, synes å gi for stort rom for individuelt skjønn». Det er bred enighet om dette.

Videre har det vært påpekt at variasjoner i terskelen for å få garanti kan være en følge av økonomiske vurderinger: «Enkelte vil sannsynligvis heve terskelen fordi de ikke ønsker stigmatiserende garantibrudd, mens andre vil senke den fordi lang venteliste kan være et godt argument ved ulike budsjettforhandlinger» (Problemer og utfordringer i sykehussektoren. Sosial- og helsedepartementet 1996). Og i St.meld. nr. 44 konkluderes det med at det er lite «samsvar mellom fylkeskommunenes totale forbruk av sykehustjenester og overholdelse av ventetidsgarantien».

For det tredje kan det tenkes at kapasitetsvurderinger får innflytelse på garantitildeling. I en utredningsrapport fra Folkehelse refereres intervjuer med fylkeshelsesjefene, der flere mente at kapasiteten kan være avgjørende for hvor streng indikasjon den enkelte avdelingsoverlege bruker for tildeling av garanti (Gulbrandsen 1994). Hvis dette er korrekt, kan det bety at ventelistene ikke reflekterer det reelle behovet for tjenester (Jørgensen og Eldøen 1996).

Forskjellig andel garantibrudd fra fylke til fylke kan gi et inntrykk av at tilbudet ikke er likeverdig fordelt. Men et problem med denne tolkningen er at variasjoner i andelen garantibrudd enten kan skyldes forskjeller i praksis ved tildeling av garanti

eller ulik kapasitet av tilbudet - eller begge deler. Som diskutert ovenfor er det store variasjoner i tildeling av garanti. Av den grunn er ikke ventelister og garantibrudd en entydig indikator på mangelfull kapasitet.

Dagens ventelistedata gir ikke grunnlag for å trekke entydige konklusjoner om hvorvidt behandlingstilbudet er eller har blitt mer likeverdig fordelt. Det er derfor ikke mulig å vurdere om ventetidsgarantien har gitt et mer likeverdig behandlingstilbud enn før.

5.6.2 Blir nasjonale prioriteringer fulgt?

Spørsmålet kan deles i to underspørsmål:

1. Blir nasjonale retningslinjer om rangering av pasienter i kø fulgt?
2. Blir nasjonale retningslinjer for prioritering innen hele helsetjenesten fulgt?

At pasientene får garanti og behandling i tråd med nasjonale retningslinjer for ordning av ventelister, vil først og fremst si at de som trenger det, i den forstand at «manglende behandling får katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt for pasientene», får behandling innen de fastsatte tidsgrenser. Høye tall for garantibrudd indikerer at så ikke er tilfelle. Det er, etter manges vurdering, bekymringsfullt.

Det har imidlertid vist seg at ventelistene ikke ajourføres tilstrekkelig, slik at pasienter blir stående på venteliste uten at de har behov for behandling, når de er ferdigbehandlet eller ikke har kjennskap til at de står der. Dette er bl.a. vist av Åbyholm og medarbeidere, som undersøkte karakteristika ved et utvalg pasienter som hadde ventet mer enn fem måneder: «Undersøkelsen viser at mange av pasientene som stod i fare for å oppleve garantibrudd, var såpass velfungerende og så lite hemmet av sin sykdom at de strengt tatt ikke skulle hatt garanti.» (Åbyholm et al. 1997). I en kommentar til denne studien uttrykkes på lederplass i Tidsskrift for Den norske legeforening dette poenget enda sterkere: «Det forhold at 6-10 prosent av ventetidsgarantiene ikke overholdes, kan godt være alvorlig - men det vet vi ingenting om.» (Guldvåg 1997).

Undersøkelsen kan diskuteres, men denne og andre erfaringer sannsynliggjør at det er dårlig samsvar mellom garantitildeling, alvorlighetsgrad og ønsket prioritering. Et høyt antall garantibrudd tilsier ikke nødvendigvis at det faktisk er de pasienter som faller innunder den opprinnelige prioritet II-gruppen som har ventet for lenge. Det har dessuten vært antydning at noen sykehus, særlig i de store byene, tildeler garanti også til mange pasienter i gruppe 3 og 4. Ventetidsgarantien har noen steder endret seg fra en tidsgaranti til en behandlingsgaranti for det legene mener bør tilbys innen det offentlige helsevesen, jf. Statens helsetilsyns vurdering: «Ventelistegaranti forstås nå ofte som retten til å bli innlagt innen seks måneder dersom et sykehusopphold overhodet er påkrevet.» (Statens helsetilsyn. Kriterier for tre og seks måneder ventelistegaranti - vurdering, forslag og konsekvensanalyse. Notat 06.11.95) Hvis dette er riktig, betyr det at nasjonale retningslinjer for prioritering ikke blir fulgt.

Det bør dessuten tilføyes at Lønning-utvalgets retningslinjer for prioritering fra 1987 ikke var utviklet primært med tanke på sortering blant pasienter på venteliste. Deler av den opprinnelige prioritetsgruppe II er ikke omfattet av garantien. Det er dessuten, normativt sett, vanskelig å vurdere hvem som bør ha høyest prioritet blant pasienter som venter i en kø. Dette spørsmålet har ikke vært tilstrekkelig drøftet. Det kan tenkes at kriteriet 'hastegrad' kan komme i konflikt med kriteriet 'alvorlig nedsatt funksjonstilstand' (en mindre kneskade kan det haste med å vurdere eller behandle, mens en kronisk stabil funksjonssvikt kanskje 'haster' mindre).

Spørsmålet er hvilken vekt de to kriteriene skal ha. Det ligger vanskelige etiske avveininger under spørsmålet om hvem som skal ha prioritet i en kø, og disse er ikke tilfredsstillende avklart i gjeldende veileder.

Det andre spørsmålet, om nasjonale retningslinjer for prioritering innen hele helsetjenesten blir fulgt, er av særlig interesse for dette utvalget. Utredningens mandat legger vekt på en helhetsvurdering av dagens prioriteringer. Det foreligger få faglige vurderinger av ventetidsgarantiens betydning for de nasjonale prioriteringer innen hele helsetjenesten, men Bjørndal og Guldvog har uttrykt bekymring over den manglende ventelisteføring innen psykiatrien, og at garantien kan gi uheldige vridningseffekter for denne pasientgruppen (Bjørndal og Guldvog, 1996).

Utvalget påpekte i sitt brev til Sosial- og helsedepartementet av 20. desember 1996, jf. vedlegg 1, at:

«Den tiltagende konsentrasjon om ventelister og ventetid rommer en fare for at ressurser styres mot det som kan kvantifiseres. Grunnlaget for en fordeling av ressursene er da ikke lenger helhetlige verdivalg og holdninger, men mer teknisk-administrative tilnærminger hvor høye tall (køer) fører til høyere prioritet for et behandlingstilbud.»

Et eksempel på dette er forholdet mellom ressurstilgangen til psykiatri og somatiske tjenester. Psykiatrien har ikke registrert antall pasienter i kø. Selv om det er allmenn enighet om at feltet skal prioriteres, er økningen i ressurstilgangen liten sammenlignet med det som går til somatiske sykehus. Andre eksempler på områder som er blitt utilsiktede tapere i dette systemet, er medisinsk (re)habilitering, pleie og omsorg.

Prioriteringsutvalget antar at prioriteringsproblemene på lengre sikt vil måtte angripes på andre måter enn ved hjelp av tidsfrister knyttet til køordninger.»

Manglende ventelisteregistrering innen psykiatrien indikerer også at ventelisteforskriften ikke fungerer som et redskap for rettferdig fordeling av behandlingstilbud på tvers av skillet mellom somatikk og psykiatri. Årsakene er mange, men sen vurdering av behandlingsbehov, bruk av suboptimale tilbud og manglende organisering har vært nevnt. Ventelistesystemet gjenspeiler derfor ikke behandlingsbehovet innen psykiatrien. Samlet sett vil utvalget konkludere med at ventetidsgarantien er et lite egnet styringsredskap for å sikre nasjonale prioriteringer innen hele helsetjenesten.

5.6.3 Har det skjedd bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet?

Ventetidsgarantien hadde som formål å bidra til geografisk utjevning av ventetider via utnyttelse av ledig kapasitet på landsbasis. Det må igjen understrekes at om lag 75 pst. av garantipasientene får behandling innen 3 måneder, og at om lag 80 pst. får behandling innen 6 måneder. Men andelen garantibrudd varierer så mye fra fylke til fylke at man ikke kan konkludere at geografiske ulikheter er utjevnet tilstrekkelig.

Har ledig behandlingsskapasitet på landsbasis blitt utnyttet? Til dette spørsmålet er det minst to svar. Det blir hevdet at ikke alle fylkeskommunene følger forskriften som gir fylkeskommunen plikt til å skaffe og betale for behandling til pasientene som har ventet mer enn 6 måneder. Kristoffersen og Piene påpeker dette forhold i diskusjonen av mulige insentivmekanismer:

«I flere fylker har man sendt pasienter ut av fylket til behandling ved andre sykehus dersom man ikke har hatt nok behandlingsskapasitet selv. Det har, for noen sykehus' vedkommende, ført til reduserte budsjetter til behandling av pasienter ved eget sykehus. Tildeler man mange pasienter ventelistegaranti, risikerer man ikke å

kunne behandle alle innen seks måneder og dermed også å måtte sende dem ut av fylket.» (Kristoffersen og Piene, 1997)

På den annen side blir det også hevdet at garantibrudd ikke skyldes mangelfull utnyttelse av kapasitet, men at kapasiteten er for liten. Fagfeltet ortopedi er ofte nevnt som eksempel. Her mangler det spesialister. Sannsynligvis er begge svar delvis korrekte. På noen felt er ledig kapasitet utnyttet for dårlig, for andre fagfelt er kapasiteten ikke godt nok dimensjonert. I "*Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingstrekk*" i kapittel 4 ble det dessuten påpekt at antall planlagte innleggelser ikke har økt i perioden 1991-1995, hvis man ser bort fra dagkirurgisk behandling.

5.7 GARANTIBEGREPET

Som utvalget også pekte på i sin delinstilling av 20. desember 1996, er garantibegrepet i seg selv problematisk og uheldig, fordi det skaper forventninger som ikke blir innfridd:

«Utvalget mener det er behov for å komme frem til en mer entydig begrepsbruk som svarer til den allmenne forståelse av begrepenes innhold. (...) Bruken av ordet «garanti» er derfor, i forhold til 3 og 6 måneders ventetid, lite klargjørende, all den tid det er usikkert hva garantien omfatter. Tiltak som kan gi rett til behandling garantis innhold, vil bli presentert i den endelige innstilling. Hvis dette ikke anses mulig eller hensiktsmessig, det vil si at garantien kun gjelder dersom kapasitets- og budsjettmessige forhold tillater det, bør ordet «garanti» skiftes ut med et mer dekkende begrep.»

Køteoretisk innsikt har vist at for at ordningen med ventetidsgaranti skal kunne innfris, må man minske antall pasienter i køen drastisk og heve behandlingsskapasiteten. I en nylig publisert studie antydes det at hvis man ønsker mindre enn 1 prosent garantibrudd, må ventetiden for gjennomsnittspasientene være mindre en 1/8 av garantitiden:

«I praksis betyr det å innfri en seks- eller tremåneders garanti at man må sette inn tilstrekkelige ressurser til praktisk talt å eliminere køene. Dette vil tilsvare 35-40 prosent av de totale årskostnadene for elektive behandlinger, eller ca. 20 prosent hvis kostnadene fordeles over to år. Dette under forutsetning at det blir de samme pasientkategoriene som får garanti som tidligere.» (Piene R, Hauge HK, Nyen PA 1997)

Ressursene til sykehusene må i tilfelle heves dramatisk for å innfri behovene til de pasientene som i dag står på venteliste. Utover de økonomiske ressursene som trengs, må personelltilgangen også økes. I tillegg kommer behovene for ressursøking til problemområdene psykiatri, pleie og omsorg og (re)habilitering, behov som i dag ikke blir synliggjort som garantibrudd fordi ventelister ikke føres, eller fordi ordningen kun gjelder for sykehusbehandling. Det er pasientene som aldri kommer i noen kø, som har størst grunn til bekymring.

Oppsummerende vil det si at innføring av en tre- og eventuelt en seksmåneders behandlingsgaranti, dersom den skal være reell, krever oppfølging med betydelige ressurser samt tiltak for å bedre personellsituasjonen. Utvalget gjentar at det er uheldig at ordet «garanti», som i andre sammenhenger indikerer sterke rettigheter, blir brukt om en ordning som ikke svarer til det som vanligvis ligger i begrepet.

5.8 UTVALGETS VURDERING AV VENDELISTEFØRING OG VENTETIDSGARANTIEN

Utvalget støtter alle forsøk på å bedre kvaliteten på ventelisteføringen. Jørgensen og Eldøen drøfter om et avgrenset ventelistesystem kan være et alternativ til dagens

omfattende registrering (Jørgensen og Eldøen 1996). Ingen andre land i Norden har et så omfattende system som Norge. Et avgrenset system med færre tilstander vil kunne gi bedre kvalitet på registreringen og mer relevant informasjon om de faktiske forhold.

Et hovedspørsmål for utvalget er hvorvidt en forbedret ventetidsgaranti kan og bør opprettholdes som et sentralt prioriteringsredskap. Dagens ordning har, slik det er drøftet ovenfor, ikke sikret lik tilgang til behandling, ikke gitt tilstrekkelig informasjon om hvorvidt tilbudet er rettferdig fordelt, ikke vært i samsvar med nasjonale prioriteringer og antakelig heller ikke redusert geografisk ulikhet i nevneverdig grad.

Utvalget vil dessuten understreke en viktig innvending mot ventetidsgarantien som prioriteringsredskap. I den tiden ordningen har vært i funksjon, har avstanden mellom behov og faktisk kapasitet økt for de områder som i NOU 1987: 23 ble fremhevet som områder der det måtte tas et spesielt krafttak: psykiatri, (re)habilitering, pleie og omsorg. Dette er en så alvorlig innvending mot ordningen at man må spørre om ikke helt andre tiltak må settes i verk for å rette opp dette misforholdet. Dette ble også påpekt i utvalgets tilråding til Sosial- og helsedepartementet av 20. desember 1996.

Ordningen har dessuten skapt problemer for det personellet som arbeider i helsetjenesten. Økende ventelister og økende forventninger og misnøye fra befolkningen skaper et press mot fra før av hardt pressede offentlig ansatte leger som forvalter ressursene i helsetjenesten, og gjør at de lett blir syndebukker når forventningene ikke innfris. I tillegg krever føringen av ventelister ressurser. Et betydelig antall årsverk går med til å forvalte ordningen.

Leger har en etisk plikt til å si fra når ressursene er uforsvarlig små. Samtidig kan et økende antall garantibrudd gjennom lange ventelister (der kanskje ikke alle pasientene fyller kriteriene for alvorlig lidelse) brukes til å skaffe områder av medisinen ekstra ressurser på bekostning av andre områder. Her bidrar også media i betydelig grad til å styre oppmerksomheten på måter som oppfordrer til taktisk atferd.

Det er viktig å understreke at utvalget forstår og støtter hensikten bak innføringen av dagens ventetidsgaranti. Uholdbart lange ventetider for enkelte behandlinger har vært et stadig tilbakevendende fenomen i norsk og i mange andre lands helsetjeneste, jf. Frankel og West 1993. For Stortinget må innføring av en ventelisteforskrift og en ventetidsgaranti ha fremstått som et naturlig og nødvendig virkemiddel for å bedre denne situasjonen. Ventetidsgarantien ble av mange oppfattet som en styrking av de eksisterende pasientrettigheter. Det var gode grunner til å anta at det på norske sykehus var et betydelig potensiale for effektivisering. Håpet var at de virkemidler av finansiell art som er beskrevet i forskrift om ventelisteføring, skulle bidra til bedre effektivitet.

I ettertid kan man se at innføringen av en garanti ikke helt ut har hatt den ønskede virkning. Den har også hatt utilsiktede virkninger. En mulig forklaring er at de nødvendige forutsetninger for at en garanti av denne type skal fungere, ikke var til stede da den ble innført:

- Gode metoder for presis rangering og sortering av pasientgrupper i forhold til hastegrad mangler. Klinisk forskning er i liten grad utformet med sikte på å finne det såkalte «tidsterapeutiske vindu», som sier noe om på hvilket tidspunkt det er optimalt å behandle en pasient, det vil si hvor lenge en pasient i en gitt tilstand kan vente, og hva som er maksimumsgrenser for forsvarlig behandling. Det er innlysende at noen pasienter ikke bør vente lenge på behandling, men å avgrense denne gruppen presist, har vist seg vanskelig i praksis.
- De nødvendige informasjonssystemer mangler. Den personen som tildeler

garanti har i mange tilfeller ikke tilstrekkelig informasjon om pasientens plager - slik de fortøner seg for pasienten i den daglige aktivitet. Statens helsetilsyns forslag til et standardisert henvisningsskriv som gir informasjon om pasientens funksjonsnivå, kan tenkes å bedre dette forholdet. Tilstrekkelig gode rutiner for ventelisteføring (påmelding, avregistrering, osv.) har ikke vært etablert. Informasjon om 'ledig' kapasitet har ikke vært utnyttet optimalt. Fritt sykehusvalg er her et mulig virkemiddel.

- Presise behovsanalyser for de enkelte tilbud har ikke vært utført. Kapasitet har derfor kun blitt vurdert i forhold til etterspørselen som har økt kraftig de senere år, og ikke i forhold til forekomst av lidelsen og klare kriterier for hvem som bør ha garanti. Strenggehagen-utvalget har etterlyst bedre sammenkobling mellom ventelistedata og produksjonsstatistikk. Dette er antakelig lettest å gjennomføre for et mindre utvalg tilstander og tiltak (Jørgensen og Eldøen 1996).
- Personellsituasjonen for f.eks. spesialsykepleiere og ortopeder har vært slik at det har vært vanskelig å innfri garantien på en del sykehus. Langsiktige tiltak for utdanning og fordeling av personell må videreutvikles.
- Sykehusenes aktivitet er ikke organisert godt nok med tanke på å skjerme planlagt behandling i forhold til akutt behandling, jf. Steine-utvalgets anbefalinger (NOU 1997: 2).
- Det er i liten grad etablert effektive virkemidler for å dempe etterspørselen etter helsetjenester.
- Gode virkemidler for å styre aktiviteten i ønsket retning mangler.

Etter utvalgets vurdering må disse forhold rettes opp for at det skal bli mulig å gjennomføre en behandlingsgaranti som anbefalt i St.meld. nr. 44. At disse forutsetninger ikke var til stede før ventetidsgarantien ble innført, kan forklare de problemer som ordningen har medført.

Utvalget støtter alle forsøk på å bedre kvaliteten på ventelisteføringen.

Utvalgets medlemmer Benkow, Brundtland, Evensen Traaholt og Ødegård, har noen utfyllende synspunkter på ventelistegarantien:

Ventelistegarantien eller ventetidsgarantien, som ordningen like misvisende som før, nå er blitt omdøpt, er blitt gjenstand for en ensidig negativ vurdering på et altfor tidlig tidspunkt.

Kritiske utsagn har hyppig kommet til uttrykk blant Norske kommuners sentralforbund, sykehuseiere og fra de overordnede legene som er direkte ansvarlig for å gjennomføre ordningen. Statens helsetilsyn har i det alt vesentligste akseptert de innvendinger som er fremkommet, og har hittil lagt mindre vekt på den positive prioritering - virkning - ventetidsgarantien har hatt for helsesektoren som helhet i forhold til andre viktige samfunnsområder som konkurrerer med helsestellet om begrensete ressurser. Den økende oppmerksomhet helsestellet som helhet er blitt til del på grunn av ventetidsgarantien, har vært til fordel for både for dem som lider av de somatiske sykdommer som utløser garanti, men har også bidratt til å belyse og avsløre hvor dårlig det står til innen psykiatrien og for de andre grupper av kronikere som ikke har kunnet nyttiggjøre seg ventetidsgarantien, fordi den ikke er gjort gjeldende på disse områder.

Mediene og opinionens økte bevisstgjøring og oppmerksomhet om situasjonen for de dårligst stilte pasientgrupper er langt på vei et indirekte resultat av ventetidsgarantien og publisiteten rundt den. Den har ført til økt årvåkenhet, økt innsyn og styrket kravene om bedre kontroll med effektivitet og rutiner. Dette har vært et viktig hensyn for dem som sitter med det overordnede politiske ansvar.

Den vridningseffekt som mange anfører som en så uheldig følge av ventetidsgarantien at hele ordningen bør bringes til opphør, gjelder i virkeligheten bare vrid-

ningseffekt innenfor den somatiske institusjonshelsetjeneste. Men dette er jo en tilstøttet vridningseffekt.

Det er ikke ventetidsgarantien som har ansvaret for at psykiatrien, andre kroniske sykdommer og kommunehelsetjenesten kommer forholdsvis dårligere ut. Den virkning ventetidsgarantien måtte ha på dette grunnproblem i helsestellet, er til det ytterste marginal og skyldes helt andre forhold. Det kan heller ikke være viktig å anføre som argument mot garantien at den ikke kan anvendes på alle områder av helsetjenesten.

Det er en illusjon å tro at innsatsen i psykiatrien og for kronikere ville vært større, dersom ikke ventetidsgarantien var blitt gjort gjeldende for visse somatiske sykdommer, som f.eks. nærmere bestemte hjertelidelser.

I stedet for å avvikle ordningen på de områder der den kan forbedres og anvendes, må man ta i bruk andre og kraftigere metoder samt langsiktig planlegging på de områder av helsetjenesten som henger etter.

Det er mange grunner til at ventetidsgarantien ikke helt ut har svart til forventningene. hantakelse de sentrale myndigheter, KS, fylkene eller de enkelte sykehus har lagt forholdene tilstrekkelig til rette for ordningen.

På faglig hold er ordningen blitt møtt med atskillig forbehold, dels er den motarbeidet eller bare motstrebende akseptert. Noen steder har man ikke engang prøvd å praktisere ordningen etter forutsetningene. Ventetidsgarantien er dessuten blitt svært forskjellig praktisert fra institusjon til institusjon. En tydelig svakhet i praktiseringen av systemet har vært at man har brukt diagnoser i stedet for tilstand eller funksjonstap. Videreformidling av ventelistepasienter til sykehus med ledig kapasitet er heller ikke blitt gjennomført i tilstrekkelig grad. Noen steder er det gjort en innsats med listeføringen, andre steder har den åpenbart vært mangelfull. Alle, også de mer kritiske, later imidlertid til å være enige om at den registrering av behandlingsbehov som bedre og mere likeartet listeføring kan gi som resultat, vil være et godt og tjenlig hjelpemiddel i planleggings- og styringsarbeidet.

Synet på ventetidsgarantien er av forståelige grunner ikke det samme blant dem som skal praktisere den, som det er blant de myndigheter som har vedtatt systemet. Ventetidsgarantien er innført til beste for pasientene, som betrakter ordningen som et gode. Derfor bør kreftene settes inn på å realisere garantien i stedet for å fjerne den før man har noe bedre å sette i stedet. Det vil ikke bli oppfattet som et signal om at man setter «pasienten først» om man uten videre fjerner ventetidsgarantien.

Selv om ventetidsgarantien ikke er noe egnet prioriteringsvirkemiddel når det gjelder forholdet mellom somatiske pasienter med akutte sykdommer som behandles i institusjon, og alle de andre pasientgrupper som også har krav på nødvendig helsetjeneste, som f.eks. kronikere og psykiatriske pasienter, har likevel garantien gitt de pasienter som blir omfattet av ordningen økt trygghet og sikkerhet for at de får den behandling de har behov for i tide.

5.9 SAMMENDRAG

Som prioriteringsverktøy synes ikke ventetidsgarantien å fungere etter hensikten. Økt antall garantibrudd gir grunn til bekymring. Spørsmålet er om det nye forslag til behandlingsgaranti kan forventes å bedre på dette forholdet (St.meld. nr. 44). Evaluering av ordningen tyder på at den ikke i ønsket grad har:

1. Sikret lik tilgang til behandling
2. Gitt tilstrekkelig informasjon om hvorvidt tilbudet er rettferdig fordelt
3. Vært i samsvar med nasjonale prioriteringer
4. Redusert geografisk ulikhet i ventetid

De forutsetninger som må være på plass for at ordningen skal fungere, var etter utvalgets vurdering ikke tilstrekkelig utviklet da ventetidsgarantien ble innført.

Det er mer enn noen gang tidligere behov for verktøy for å skille ut pasienter som bør sikres rask behandling, fra dem som kan vente eller endog skaffe seg behandling uten at det offentlige belastes. Erfaringen med ventetidsgarantien har lært oss at dette er arbeid som ikke kan gjøres gjennom et politisk vedtak, eller ved hjelp av etisk «riktige» pålegg og idealer. For å få aksepterte redskaper i bruk i klinisk praksis, må dette verktøyet baseres på god medisinsk dokumentasjon og et grundig forarbeid i fagmiljøene, slik at de verktøyene som brukes blir opplevd som sakssvarende av dem som skal anvende dem.

Som en tilleggsgevinst må det likevel påpekes at ventetidsgarantien har bidratt til å sette søkelys på alle pasienters stilling, og ikke bare på garantipasientene.

KAPITTEL 6

Prioriteringsmodeller i andre land**6.1 INNLEDNING**

Etter at det første prioriteringsutvalget la frem sine retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste i 1987, har flere land utviklet egne retningslinjer for helsevesenets prioriteringsbeslutninger. Sentrale spørsmål i alle utredninger er hvilke kriterier som skal legges til grunn for prioriteringer, og hvordan kriteriene skal veies i forhold til hverandre.

I delstaten Oregon i USA, i Nederland, Sverige, Finland, Danmark og New Zealand er det utarbeidet nasjonale retningslinjer for prioritering. I dette kapitlet redegjøres det for prioriteringsarbeidet i disse landene og innholdet i retningslinjene. Vi drøfter også de ulike landenes retningslinjer i forhold til hverandre. Hensikten er å undersøke hva vi kan lære i Norge av det som er tenkt og gjort andre steder.

6.2 DELSTATEN OREGON I USA

I USA finansieres helsetjenesten primært via private forsikringsordninger. Det offentlige tilbyr to helseforsikringsordninger: (1) Medicare for folk over 65 år, og (2) Medicaid for personer med inntekter under et visst minstenivå.

Prioriteringsreformen i Oregon, som startet sent på 1980-tallet og som nå er iverksatt, har vakt berettiget oppsikt. Hensikten med reformen var å sikre en stor gruppe personer som tidligere ikke hadde tilfredsstillende helseforsikring, tilgang til grunnleggende helsetjenester. Etter det nye forslaget ville flere personer enn før tilfredsstille kravene til dekning under det føderale Medicaid-programmet, samtidig som tilbudet ble strammet inn til å omfatte færre tjenester. Det interessante fra et norsk utgangspunkt er hvordan man kan trekke grenselinjen mellom tjenester som skal ytes av det offentlige helsevesen, og de som faller utenfor det offentliges ansvarsområde.

I 1989 ble det nedsatt en komité bestående av elleve personer, syv med tilknytning til helseprofesjoner og fire legfolk, som fikk ansvar for å koordinere utformingen av de prioriterte tjenester.

Komiteen fikk i oppdrag å utforme en liste over tilstand/behandlingspar. Tilstander, eller grupper av tilstander, med tilhørende tiltak eller behandling skulle rangeres etter relativ betydning. Det ble også bedt om at utvalget skulle iverksette offentlige høringer og stimulere til debatter, for å utvikle en felles forståelse av hvilke verdier som burde styre prioriteringene. De politiske myndigheter (den lovgivende forsamling) forpliktet seg til å la rangeringen være bindende. Dermed kunne man i prinsippet, etter at budsjettrammen var politisk fastsatt, beregne hvor langt ned på listen over behandlingstiltak de økonomiske ressurser ville rekke. På denne måten ville også konsekvensene av stramme budsjettrammer bli tydeliggjort, både for pasientgrupper, helsepersonell og bevilgende myndigheter.

6.2.1 Verdigrunnlag og prioriteringsprinsipper

Den første listen over tilstand/behandlings-par som ble offentliggjort fra Oregon-kommisjonen våren 1990, var utformet etter kostnads-nytteanalyser utført i stor

skala. Svært kostnadseffektive tiltak fikk høy prioritet, mens tiltak som var lite kostnadseffektive fikk lav prioritet.

Begrunnelsen for å fordele ressurser etter prinsippet om kostnadseffektivitet, var at helsetjenestene burde fordeles slik at summen av helseforbedringer ble størst mulig innenfor de økonomiske rammer som ble satt. Listen som var utarbeidet under denne forutsetningen ble imidlertid forkastet, fordi resultatet 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. Dette vil være et korrekt resultat av å rangere tiltak utelukkende etter hvor kostnadseffektive de er. Andre kontra-intuitive rangeringer kunne antakelig tilskrives metodiske feil.

Det er meget vanskelig å utforme beregninger av kostnadseffektivitet som kan anvendes for komplett rangering av helsetiltak, jf. "*Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen*" i kapittel 8. Det er enighet om at den første prioriteringslisten i Oregon led av store svakheter. Noen få punkter skal nevnes. Datagrunnlaget med henblikk på den forventede nytten av tiltak var svakt, og tidsnød gjorde beregningene usikre. Verdien av forventet helsegevinst ble ikke målt på den måten som er mest anerkjent, med den konsekvens at resultatene ble lite overbevisende. Kostnadene ved alternative tiltak, eller ingen tiltak, ble blant annet ikke tatt i betraktning. Erfaringer fra andre analyser av denne type viser at det gir synlige utslag: Kostnader ved f.eks. terminal pleie kan være store. Data vedrørende verdsetting av livskvalitet var basert på en metode som ikke lar seg innarbeide direkte i kostnads-nytterangering av tiltak.

Også under et etisk perspektiv har det metodiske grunnlaget vært analysert. Derent utilitaristiske forutsetningene som ligger til grunn for kostnads-nytteanalyser er ikke ukontroversielle. Selv med korrekt utførte analyser er det rimelig å anta at en rangeringsliste basert på denne metoden aldri vil kunne få allmenn tilslutning. Forskere har blant annet pekt på at befolkningen ser ut til å verdsette betydningen av livreddende behandling høyere enn forutsatt i Oregons analyse (Hadorn 1991). Spissformulert: Et grunnleggende helsetilbud kan ikke bare baseres på rasjonelle nyttekalkyler, det må også oppnå bred oppslutning i opinionen. Dette perspektivet ble lagt til grunn for annet forsøk.

Det ble arrangert en rekke offentlige debattmøter og høringer for at borgerne selv skulle artikulere hva de mente var viktige verdier ved fordeling av knappe helsegoder. Resultatet av denne prosessen ble presentert som en liste over hvilke verdier (eller viktige hensyn) befolkningen selv oftest ga uttrykk for som viktige. Disse ble så benyttet for å rangere 17 kategorier av tilstand/behandlings-par, jf. boks 6.1.

Oregons 17 kategorier korresponderer et stykke på vei med de fem prioritetsnivåer i NOU 1987: 23, men de er mer presist definert. Rangeringen av kategoriene ble foretatt av komiteen på basis av tre forhold:

- Kategoriens betydning for enkeltindivider
- Betydning for samfunnet
- Hvorvidt kategorien er viktig for å bestemme hva som er grunnleggende helsetjenester

Etter rangeringen av de 17 kategoriene ble i alt 709 tilstand/behandlings-par klassifisert innen hver av de 17 kategoriene. I hver kategori ble så rangering foretatt etter kriteriet «størst forventet netto nytte». Ekspertene på forskjellige medisinske områder ble bedt om å gi skjønnsmessige vurderinger av forventet nytte. Livskvalitetskomponenten ble gitt verdi etter telefonintervjuer med et utvalg av Oregons befolkning. Kostnader ble ikke vurdert på dette trinn i prosessen.

Boks 6.1 17 kategorier av helsetjenester i prioritert rekkefølge med eksempler på tilhørende tilstand/behandlings-par i parentes

1. Akutt livstruende tilstand der behandling reduserer dødelighet med minst 25 pst og minst 90 pst av de overlevende oppnår fullstendig gjenoppretelse av tidligere helsetilstand. (Eks: medisinsk behandling av lungebetennelse, kirurgisk behandling av blindtarmsbetennelse.)
2. Svangerskaps- og spedbarnskontroll, inkludert nyfødttmedisin og obstetrisk behandling av gravide
3. Akutt livstruende tilstand der behandling reduserer dødelighet med minst 25 pst og færre enn 90 pst oppnår fullstendig gjenoppretelse av tidligere helsetilstand. (Eks: kirurgiske inngrep for hodeskader med langvarig bevissthetstap, behandling av akutt bakteriell hjernehinnebetennelse.)
4. Forebyggende medisin for barn: vaksinasjonsprogram, screening for spesielle problemer som syns- eller hørselsproblemer.
5. Kronisk livstruende tilstand der behandling reduserer dødelighet med minst 25 pst og forbedrer livskvalitet. (Eks: behandling av sukkersyke (type I), astma og behandlingsresponderende livmorkreft.)
6. Fødselskontroll, unntatt svangerskaps- /spedbarnskontroll og infertilitetsbehandling. (Eks: prevensjon, sterilisering.)
7. Omsorg for døende: lindrende behandling.
8. Forebyggende tannlegehelsetjeneste for voksne og barn: tannhygiene og fluorbehandling.
9. Forebyggende helsetjenester for voksne som har dokumentert effekt. (Eks: kontroller for høyt blodtrykk, behandling og forebygging av tuberkulose.)
10. Akutt ikke-livstruende tilstand der behandling gjenoppretter tidligere helsetilstand. (Eks: behandling av akutt betennelse i skjoldbruskkjertelen, vaginitt, karies.)
11. Kronisk ikke-livstruende tilstand der engangsbehandling forbedrer livskvalitet. (Eks: hofteoperasjoner, behandling av reumatisk feber.)
12. Akutt ikke-livstruende tilstand der behandling ikke oppretter tidligere helsetilstand, men forbedrer livskvalitet. (Eks: atroskopisk behandling av kneskader, behandling av skadet hornhinne.)
13. Kronisk ikke-livstruende tilstand der gjentakende behandling forbedrer livskvalitet. (Eks: behandling for kronisk bihulebetennelse, migrene, psoriasis.)
14. Akutt ikke-livstruende tilstand der behandling fremskynder forbedring av selvbegrensende tilstander. (Eks: behandling av øyehinnebetennelse, akutt halsbetennelse.)
15. Infertilitetsbehandling: Behandling av manglende eggøsning, mikrokirurgi for sykdom i eggleder, in vitro-fertilisering
16. Forebyggende helsetjenester for voksne som har mindre effekt. (Eks: sigmoidoskopi for personer under 40 år, screening av ikke-gravide voksne for sukkersyke.)
17. Livstruende eller ikke-livstruende tilstander der behandling fører til liten eller ingen forbedring i livskvalitet. (Eks: medisinsk behandling av gallesten uten gallestensbetennelse, virale vorter.)

Til slutt ble det foretatt en skjønnsmessig justering (hand adjustment) ut fra et kriterium om rimelighet. Her ble bl.a. kostnadseffektivitet og sykdommens alvor-

lighetsgrad gitt noe vekt. Dessuten ble forebyggende tiltak rangert høyere enn behandling for samme tilstand, med den begrunnelse at det ville være ulogisk om rekkefølgen var motsatt.

6.2.2 Iverksetting av prioriteringsmodellen

Reformen ble først stanset av Bush-administrasjonen med den begrunnelse at rangeringslisten bryter med loven om funksjonshemmedes rettigheter. Kommisjonen fikk beskjed om å gå bort fra all evaluering som var gjort på grunnlag av livskvalitet. På bakgrunn av disse direktivene utarbeidet kommisjonen en ny liste med behandlingseffekt (målt ut fra behandlingens sannsynlighet for å redusere dødelighet) som hovedkriterium. I 1993 fikk kommisjonen utvidet sitt oppdrag til også å utvikle retningslinjer for utvelgelse av pasienter innen visse tilstand/behandlings-par før systemet ble satt i funksjon. Listen omfatter 696 tilstand/-behandlings-par, og 565 ble dekket innenfor budsjettrammene. Clinton-administrasjonen ga klarsignal for reformen, som ble iverksatt i februar 1994 med en femårs prøveperiode.

6.3 NEDERLAND

I Nederland er helsetjenestens finansiering delvis basert på et forsikringsbasert marked. Seksti prosent av befolkningen har en obligatorisk, offentlig sykeforsikring, og 40 pst er dekket via private sykeforsikringer.

I 1987 kom regjeringen med forslag om en felles forsikringsordning for hele befolkningen og en grunnleggende «helsepakke» begrenset til 85 pst av tidligere helsetjenesteytelser. Helsetjenesten skulle fremdeles være markedsstyrt, men det ble fra offentlig hold oppfordret til å satse mer på forebyggende medisin. I 1991 ble det endelig bestemt at det offentliges ansvar for helsetjenester skulle dekke 95 pst av det eksisterende tilbud. Det grunnleggende helsetjenestetilbudet skulle være en rettighet for befolkningen. Den resterende helsetjenesten skulle dekkes gjennom frivillige sykeforsikringer og direkte egenbetaling av tjenester.

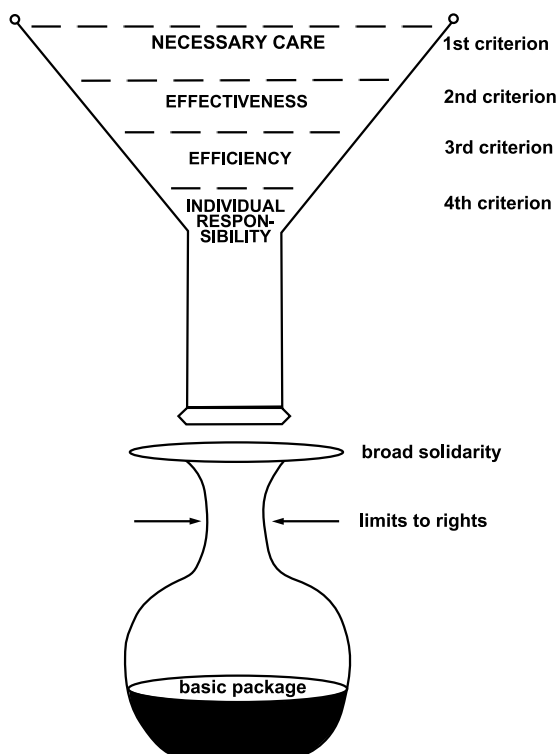
I 1990 fikk Dunning-komiteen i oppdrag å komme med forslag til en prioriteringsmodell med Oregon-modellen som et mulig forbilde.

Komiteens mandat var for det første å foreslå strategier for å bestemme innholdet i en grunnleggende helsepakke. Det skulle skilles mellom det politiske nivåns ansvar og fagmiljøenes ansvar. Dessuten skulle komiteens rapport være utformet med sikte på å stimulere til økt offentlig debatt om prioritering og individuelt ansvar. Dunning-komiteen så det som sin oppgave å presisere hva som i fremtiden burde være det offentliges ansvar, og etablere prinsipper og strategier for prioritering innenfor dette tilbudet. Dunning-komiteen leverte sin rapport «Choices in Health Care» i 1991.

Rapporten innleder med både å stille og besvare spørsmålet «hvorfør må vi velge?». Det presenteres en metode for å finne frem til hva som er nødvendig helsehjelp. Rekkevidden av et solidarisk helseforsikringssystem balanseres mot individuelt ansvar. Det diskuteres hvordan et nytt system bør reguleres. Videre drøftes prinsipper for å bestemme innholdet i en «helsepakke», hvordan tjenestene skal fordeles, medisinsk teknologivurdering og hva som er forsvarlig medisinsk virksomhet. Til sist gis anbefalinger under fem hovedoverskrifter - «Rettigheter og begrensninger», «Ventelister og rasjonering av tjenester», «Ny teknologi», «Riktig bruk av helsetjenesten» og «Valg og offentlig debatt» - i sytten punkter.

6.3.1 Verdigrunnlag og prioriteringsprinsipper

Dunningkomiteen opererer med fire prioriteringsprinsipper, som skissemessig illustreres som filtre, eller siler, hvor bare de tiltak som passerer, eller tilfredsstillende alle fire kriterier, vil ende opp i den grunnleggende helsepakke, jf. figur 6.1.



Figur 6.1 Prinsipper for utforming av en grunnleggende helsepakke i Nederland

Kilde: Choices in Health Care 1991

Figuren viser hvordan man tenker seg at det kan la seg gjøre å utforme en grunnleggende helsepakke ved å teste alle aktuelle tilstander og tiltak i forhold til fire spørsmål:

- Er tiltaket nødvendig?
- Er tiltaket dokumentert effektivt?
- Er tiltaket kostnadseffektivt nok?
- Er tilstanden og tiltaket slik at ansvaret kan overlates til den enkelte?

Begrepene er deretter nærmere definert, og begrepet «nødvendig helsetjeneste» gis en særlig grundig behandling.

1. Nødvendig helsetjeneste

Komiteen foreslår tre kategorier med avtakende prioritet innen det som benevnes nødvendig helsetjeneste.

1. «Tilbud som kan tjene ethvert medlem i samfunnet, garantere deres normal-funksjon, eller beskytter deres eksistens som medlemmer av samfunnet <...>». Eksempler er «tilbud til mennesker som ikke (lenger) kan ta vare på seg selv, slik som pleieinstitusjoner, psykiatriske sentre, og sentre for de mentalt handikappede».

2. «Tilbud som må være umiddelbart tilgjengelig for å sikre individer, grupper eller samfunnet mot livstruende konsekvenser (som akutt medisinsk hjelp), og tjenester som forebygger alvorlig skade av helsen over lang tid (kroniske lidelser). Disse tilbud er for det meste rettet mot opprettholdelse eller restituering av individers muligheter til å delta i samfunnet». Eksempler i denne kategori er i tillegg til akutt medisinsk hjelp, tiltak for for tidlig fødte barn, forebygging av infeksjonssykdommer og sentre for akutt psykiatri. Kategorien inkluderer også tilbud til personer med alvorlige kroniske lidelser, som kreft, hjertesykdommer, sykdommer i sanseorganene og kronisk psykiatriske lidelser. I tillegg kommer svangerskapsomsorg, tilbud til barn og nyfødte, vaksinasjoner og identifikasjon av helserisiko.
3. «Tilbud hvor behovet må avgjøres i forhold til alvorlighet og antall pasienter som har helseproblemer.» Det er uklart ut fra rapporten hvilke tiltak som egentlig kommer inn under definisjonen av dette punktet.

II. Krav til dokumentert effekt

Rapporten skiller mellom tiltak som er (1) stadfestet og dokumentert effektive, (2) antatt eller svakt dokumentert eller ikke dokumentert effektive, og (3) stadfestet dokumentert ineffektive. Kun kategori (1) tilfredsstiller prinsippet om dokumentert effekt. Forskjellen mellom dokumentert og svakt dokumentert effekt er ikke nærmere spesifisert, og kommisjonen sier lite om hvilke krav som kan stilles til dokumentasjonens kvalitet.

III. Krav til kostnadseffektivitet

Det anbefales at det utføres kostnads-effektivitetsanalyser og kostnads-nytteanalyser. Når ressursene er begrenset, bør de mest kostnadseffektive tiltak ha prioritet. Det anbefales at det settes en nedre grense (basert på lav effekt og høye kostnader) for hvilke tiltak som skal inkluderes i den grunnleggende helsepakken.

IV. Krav til det individuelle ansvar

Det fjerde prinsipp ekskluderer tiltak som kan overlates til enkeltindivider. Det tas utgangspunkt i en akseptert norm om at enkeltindivider må ha et ansvar for egen helse. Rapporten drøfter bl.a. om risikoatferd bør føre til at pasienter for noen tilstander ikke bør ha tilgang til den grunnleggende helsepakken, men konkluderer med at dette ikke kan aksepteres fordi det bryter med prinsippet om solidaritet. Man bør heller søke å minske helseskadelig atferd gjennom andre virkemidler, som forebygging, informasjon, skatter og avgifter. Eksempler på hva som gjennom den foreslåtte prosedyren går ut av den grunnleggende helsepakken, er tiltak som er så billige at individet selv kan ha råd til å betale slike tjenester, og tiltak som er så kostbare og har så liten effekt at det ikke er rimelig å henvise til solidaritetsprinsippet når de skal dekkes.

For å oppsummere: Det nederlandske prioriteringsutvalget mener at det er de nødvendige, dokumentert effektive og kostnadseffektive tiltak som skal være det offentliges ansvar. I tillegg må tiltakene være knyttet til tilstander som den enkelte ikke selv kan forventes å ta ansvar for, samt at det må være et slikt forhold mellom mulig effekt og kostnader at det er rimelig å be fellesskapet ta ansvar for dem.

6.3.2 Iverksetting av prioriteringsmodellen

Den nederlandske prioriteringsrapporten drøfter en rekke strategier og virkemidler for å nå de målsettinger som er beskrevet ovenfor. Særlig stor oppmerksomhet gis medisinsk teknologivurdering.

Medisinsk teknologivurdering: Skal alt som er mulig gjøres?

Dunning-komiteen besvarer spørsmålet i overskriften med et prinsipielt nei. Det er bred enighet om at ny teknologi må evalueres og styres ut fra hva som er i fellesskapets interesse. Samfunnets ansvar for å igangsette forskning og utvikling av nye og bedre teknikker må også avklares. Begrepet «helsetjenestens teknologier» inkluderer medikamenter, utstyr og instrumenter, medisinske og kirurgiske teknikker og metoder, samt organisatoriske løsninger og virkemidler for hvordan helsetjenester tilbys. Kommisjonen foreslår følgende strategier for evaluering og styring av ny teknologi:

- Kontroll av innovasjonsprosessen på et tidlig stadium
- Mer oppmerksomhet om teknologi rettet mot vanlige kroniske lidelser
- Mer omsorgsrelatert forskning for kronisk syke
- Restriksjoner på teknologi som ikke er ønsket fra et samfunnsmessig perspektiv (gjennom redusert offentlig finansiering til slik forskning)
- Kvalitetssikring av utstyr, teknikker og metoder med hensyn til sikkerhet og effekt
- Økt finansiering til studier av kostnader og effekt
- Identifikasjon av medisinsk ineffektive og kostnadsineffektive teknologier
- Etablering av prinsipper for prioritering innen forskning (medical development research)
- Koordinering av medisinsk teknologieuvaluering forenlig med politiske målsettinger

I Nederland er det etablert en rekke sentre for medisinsk teknologivurdering. Helseøkonomiske studier inngår som en viktig del av dette arbeidet.

Forsvarlig helsetjeneste. Etablering av faglige standarder

Dunning-komiteen understreker sterkt at prioritering ikke bare er et politisk ansvar. Helseprofesjonene må ta sin del av ansvaret for at ressursene fordeles effektivt og rettferdig. De bør lede an i å etablere standarder for hva som er forsvarlig helsetjeneste. Legen må selvsagt tjene den enkelte pasients interesser. Men det trengs forståelse for at medisinsk sett nytteløs behandling ikke skal tilbys. Komiteen anbefaler også at legene bidrar til en rettferdig fordeling av ressurser. I første rekke kan det gjøres ved at tjenester som har marginal, dvs. noe, men ikke god nok effekt, blir identifisert og eventuelt tatt ut av helsepakken. Det er forståelig at enkeltpersoner ønsker seg slik behandling, særlig ved alvorlige tilstander, selv om den forventede effekt er liten, eller sjansen for å lykkes er lav. Men hvis kostnadene er høye, er det likevel riktig å vurdere om ikke pengene heller kan brukes til andre tiltak for pasienter som har sterkere krav på behandling.

Komiteens argument for at profesjonene selv bør lede an i beskrivelsen av hva som er forsvarlig helsetjeneste, er at det ellers vil være det offentlige eller forsikringsselskapene som må ta dette ansvaret. I så fall er det en fare for at finansielle begrensninger vil sette standarden for hva som skal tilbys, og ikke faglige eller vitenskapelige kriterier. Det kan også føre til at fagmiljøene blir for sterkt styrt av byråkratiske regler.

En rekke strategier foreslås for å innholdsbestemme begrepet «forsvarlig helsetjeneste». Spesialistgrupper bør ta initiativ til å utvikle beslutningsprosedyrer for valgsituasjoner hvor noen pasienter har lav eller praktisk talt ingen sannsynlighet for godt resultat av en behandling. Det er et mål å oppnå faglig og sosial konsensus om prosedyrene. Forslag til områder å starte med var nyfødtdedisin, kjemoterapi ved kreft og transplantasjonsmedisin.

Det anbefales også utforming av retningslinjer og behandlingsprotokoller for utvalgte tiltak. Dette er et annet beslutningsnivå enn der det daglige kliniske lege-pasientforhold hører hjemme. Beslutninger om retningslinjer tas på grunnlag av

vitenskapelige erfaringer - som en hjelp til fremtidig håndtering av valg under usikkerhet eller risiko. Det presiseres at det er faggruppene selv som skal og bør legge premissene for utvikling av retningslinjer. Begrunnelsen for å bruke retningslinjer eller «protokoller» er dels behovet for å redusere lokale variasjoner i medisinsk praksis, og dels overordnede fordelingshensyn. Studier fra forskjellige land viser at utredning og behandling for mange tilstander viser store lokale forskjeller, som ikke kan forklares ut fra variasjoner i forekomst av tilstanden. I Nederland har dette vært viet mye oppmerksomhet. Det er både et rettferdighetsproblem og et effektivitetsproblem. Lokale variasjoner i medisinsk praksis kan tyde på overforbruk av ressurser i noen regioner, og underforbruk i andre regioner.

Andre virkemidler

Rapportens forslag til styrking av pasientenes muligheter til å ta egne valg og påvirke beslutningsprosessen, er et viktig punkt. Blant forslag til virkemidler kan nevnes krav om tilgjengelighet av data for egenvurdering av resultater, gratis telefoninformasjon o.l. Bevisstgjøring om hva som er forsvarlige tilbud, bør skje gjennom trening og undervisning av helsepersonell. Alle perspektiver må tas med i undervisning om dette problemet, dvs. økonomiske, etiske, psykologiske, strukturelle og juridiske perspektiver.

Komiteen fikk i sitt mandat også i oppdrag å skissere en offentlig kommunikasjonskampanje. Publikum må inkluderes i en demokratisk prosess for at de nødvendige endringer kan lykkes og få oppslutning. Målet er å bevisstgjøre befolkningen om at det må prioriteres, og å få til aktiv deltakelse i denne prosessen. Kampanjen har to hovedmål. For det første må det gjøres kjent at det er nødvendig og ønskelig å prioritere. Prioritering må ikke forstås dithen at det bare dreier seg om kostnadsbegrensninger og effektivisering. Prioritering vil også si omfordeling av ressurser, dersom noen områder er tilgodesett med urimelig lite ressurser sammenlignet med andre fagområder. Og hvis noen må nektes potensielt nyttig behandling, bør dette skje så rettferdig som mulig. For det andre skal borgerne gjøres kjent med at de selv kan ta ansvar og foreta valg som påvirker deres egen helse, og de skal oppmuntres til å gjøre det. Kampanjens målsetting er ambisiøst blitt formulert som et forsøk på å de-medikalisere det medikaliserte samfunn.

Offentlig debatt i ulike fora - aviser, radio, fjernsyn, populærtidsskrifter, fagtidsskrifter og offentlige møter - er viktige virkemidler. Sentrale deltakere i debatten - massemedia, lokale politikere, helsepersonell, pasientorganisasjoner, kvinnegrupper og organisasjoner for eldre - skal trekkes med og bevisstgjøres. Dessuten er rapporten distribuert til flest mulig og oversatt til engelsk, noe som har fått betydning for den internasjonale forskning og debatt på dette feltet. Anbefalingene ble også presentert gjennom en vandreutstilling.

Den grunnleggende helsepakken skal kontinuerlig evalueres og justeres i tråd med samfunnsutviklingen og de økonomiske vilkårene, det er en dynamisk modell. Dunning-komiteens forslag om å redusere omfanget av de offentlige ytelser med 5 pst har møtt motstand i befolkningen, og reformen ble av politiske grunner ikke gjennomført fullt ut slik den var tenkt. De medisinske fagmiljøene har vist entusiasme og mange av utredningens grunntanker er i ferd med å bli satt i verk gjennom økt bruk av medisinsk teknologivurdering, kliniske retningslinjer m.v.

6.4 SVERIGE

I Sverige er Socialstyrelsen statens sentrale tilsynsmyndighet for helse- og sykehusvesenet. Rammene for virksomheten er fastlagt gjennom lovgivning. Landstingene og de landstingsuavhengige kommunene har det egentlige ansvaret for helse- og sykehustjenesten. Landstingene får dekket sine utgifter via landstingsskattene

(ca. 75 pst), statlige overføringer (ca. 10 pst), egeninntekter (ca. 5 pst) og andre statlige inntekter (ca. 10 pst). De lokale myndighetene fastlegger selv takstene. Pasientene betaler egenandel ved besøk hos både allmennpraktiker og spesialist. Hvor mye pasienten skal betale for hvert døgn på sykehus, varierer også ut fra vedtak fattet av de forskjellige sykehusstyrene. Sveriges desentraliserte system har blant annet muliggjort at enkelte landsting har utviklet egne prioriteringsmodeller, det gjelder bl.a. Dalarna, Västerbotten og Gävleborg.

Det svenske utredningsarbeidet har foregått i to etapper. Regjeringen oppnevnte i 1992 et parlamentarisk sammensatt prioriteringsutvalg, «Prioriteringsutredningen», som bestod av representanter fra de fem største partiene i Riksdagen. Disse har hatt støtte i et ekspertpanel. Utvalget fikk i oppdrag å utrede helsetjenestens rolle i velferdssamfunnet, og komme med forslag til hvilke etiske retningslinjer som bør legges til grunn ved prioriteringen innenfor helsevesenet. Den første diskusjonsrapporten «Vårdens svåra val» kom i 1993. Den ble gjort til gjenstand for en omfattende høring. Det ble arrangert fem regionale konferanser, og komiteen hadde rådslagninger med en rekke berørte parter. Reaksjonene ble innarbeidet i den endelige rapporten, som ble utgitt med samme tittel i 1995 (SOU 1995:5). Utredningens forslag er således forankret i en bred meningsutveksling mellom utvalget, profesjonene, helsemyndighetene og befolkningen.

Utredningen har 18 kapitler fordelt på to hoveddeler, del I Bakgrunn, og del II Överväganden och förslag. I bakgrunnsdelen finnes overveielser om helseøkonomi, styring og ressursfordeling, og sammenhenger med og innvirkning på prioriteringer, beskrivelse av eksisterende prioriteringssystemer og utredninger, rettslige forutsetninger for prioritering og beskrivelse av holdningsundersøkelser. I del II forklares noen grunnbegrep. Det gjøres rede for de grunnleggende etiske prinsipper utredningen bygger på, og for alternative prinsipper som ikke anbefales. De grunnleggende prinsippene diskuteres så i forhold til kjennetegn ved pasienter og til helsetjenestens innhold. På denne bakgrunn stilles det opp retningslinjer for prioritering og gjøres rede for hvordan de bør anvendes i praksis. Prioritering av helsetjenester innenfor hele velferdssektoren diskuteres, samt problemer knyttet til avgrensning av helsevesenets ansvar. Pasientens rettslige stilling beskrives til slutt, før et kort avsluttende kapittel om hva som er nytt ved den svenske prioriteringsmodellen i forhold til andre modeller.

6.4.1 Verdigrunnlag og prioriteringsprinsipper

Det svenske prioriteringsutvalget begynte sitt arbeid med å formulere og tydeliggjøre hvilke etiske prinsipper som skal danne plattformen for prioriteringer innen helsevesenet. Deretter forsøkes denne etiske plattform omformet til en prioriteringsmodell. Plattformen bør ifølge utvalget bestå av følgende tre prinsipper i prioritert rekkefølge:

Menneskeverdsprinsippet ses som en nødvendig betingelse for anvendelse av de andre prinsippene. Behovsprinsippet ser ut til å sammenfalle med alvorlighetskriteriet slik det har fungert i det norske system. Kostnadseffektivitetsprinsippet har gjennom sin utforming fått en nokså begrenset plass, men utredningen understreker at f.eks. kostnads-nytteanalyser er viktige redskaper for rasjonell ressursfordeling.

Prioriteringskriterier

På bakgrunn av de etiske prinsippene foreslår utvalget en todelt prioriteringsmodell. Utredningen skiller mellom politisk-administrative prioriteringer og prioriteringer på klinisk nivå, jf. boks 6.2. For hvert nivå settes det opp en liste på fem punkter.

Boks 6.2 Forslag til prioritetsgrupper i den svenske prioriteringsutredningen

PRIORITERINGER PÅ POLITISK-ADMINISTRATIVT NIVÅ

I. Behandling av livstruende akutte sykdommer og sykdommer som uten behandling fører til invalidiserende tilstander eller for tidlig død. Pleie og behandling av alvorlige kroniske lidelser. Palliative (lindrende) tiltak ved livets avslutning. Behandling av sykdommer som medfører nedsatt autonomi.

II. Forebyggende behandling med dokumentert effekt. Individrettet forebygging og habilitering/rehabilitering

III. Behandling av mindre alvorlige akutte og kroniske sykdommer

IV. Grensetilfeller

V. Behandling av tilstander som ikke er forårsaket av sykdom eller skade

PRIORITERINGER PÅ KLINISK NIVÅ

IA. Behandling av livstruende sykdom. Behandling av sykdommer som uten behandling fører til invalidiserende tilstander eller for tidlig død

IB. Behandling av alvorlige kroniske lidelser. Palliative (lindrende) tiltak ved livets avslutning. Behandling av sykdommer som medfører nedsatt autonomi

II. Rehabilitering, tilførsel av hjelpemidler, individbasert forebygging som ikke er integrert i behandlingssystemet

III. Behandling av mindre alvorlige akutte og kroniske sykdommer

IV. Grensetilfeller

V. Behandling av tilstander som ikke er forårsaket av sykdom eller skade

Det svenske utvalget har i tillegg til de anbefalte prioriteringskriteriene også laget en liste over ikke-akseptable prioriteringskriterier. Forhold som høy alder, lav vekt ved for tidlig fødsel, selvforårsakete skader, økonomisk evne, sosial funksjon og flyktning- eller asylstatus skal ikke tillegges vekt.

Utvalget foreslår offentlig finansiering av helsetjenester innenfor gruppe I-III på begge beslutningsnivåene. Dette dekker i hovedsak det som tilbys i dagens helsetjeneste. Det er derfor ikke nødvendig å definere noen «grunntrygghet», det vil si et minimumsnivå, eller en grunnleggende helsepakke, for hva som skal tilbys av helsetjenester.

6.4.2 Iverksetting av prioriteringsmodellen

Det er utredningens siktemål at alle tiltak i de øverste prioriteringskategorier dekkes fullt ut før man tilbyr tjenester i lavere kategorier, men det anses at det realistiske mål er en situasjon der behovsdekningen er større i de øvre prioriteringsgrupper og mindre i de lavere.

Det diskuteres om finansieringssystemer har innvirkning på prioriteringsbeslutningene. Utredningens konklusjon er at det heller er innsikt, vilje og evne på politisk-administrativt nivå og kunnskap, interesse og lederegenskaper på klinisk nivå som er avgjørende for at de etiske retningslinjer for prioritering blir fulgt. Det understrekes at helsetjenesten må være lett tilgjengelig for alle, samtidig som det tilstrebes at helsetjenestens ansvarsområde avgrenses til det som krever helsepersonellens særskilte kompetanse. Pasienters rettigheter er viet et eget kapittel. Utredningen knytter «rettighet» til klage for forvaltningsdomstol eller annen forvaltningssklage. Det foreslås en katalog over helsevesenets plikter overfor pasientene. Disse er ikke koblet til forvaltningsmessige sanksjoner. De fleste av utvalgets anbefalinger

ger er fulgt opp i en melding som ble behandlet i Riksdagen våren 1997. Blant annet foreslås det at det opprettes en prioriteringskommisjon med funksjonstid på tre år.

6.5 FINLAND

Finland har et desentralisert helsevesen hvor hver kommune har ansvaret for organisering og drift av helsetjenester. De spesialiserte sentral- og regionsykehusene styres av en sammenslutning av kommuner. De tre offentlige finansieringskildene for helsevesenet er staten (ca. 30 pst), kommunene (ca. 35 pst) og sykeforsikringsordninger (ca. 10 pst). Resten av finansieringen kommer fra private forsikringsordninger, arbeidsgivere og husstandene selv (ca. 25 pst). Pasientene betaler en fast årlig sum til helsesentrene og en fast egenandel ved de tre første besøkene hos allmennpraktiker hvert år. Ved innleggelse på helsesentrene, somatiske sykehus eller psykiatriske sykehus betaler pasientene en viss sum for hvert døgn de er innlagt. Ved langtidsopphold betaler pasientene etter økonomisk evne. Utgifter til medisiner refunderes etter et system som ligner det norske.

I 1992 oppnevnte nasjonale sosial- og helsemyndigheter en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å studere finsk og utenlandsk litteratur om prioriteringer. Gruppen foreslo at det videre arbeidet med prioriteringer burde fordeles på to arbeidsgrupper, en for helse og en for velferd. Arbeidsgruppen som skulle ta for seg prioriteringer i helsevesenet, fikk i oppdrag å identifisere problemer relatert til allokering av ressurser og å komme med prinsipielle retningslinjer for slike beslutninger. Videre skulle gruppen stimulere til alminnelig debatt om prioriteringer for å skape forståelse for nødvendigheten av å prioritere, samt få frem hvilket verdigrunnlag og hvilke kriterier befolkningen mener bør ligge til grunn for prioriteringer i helsevesenet. Arbeidsgruppen fikk også i oppgave å etablere internasjonale kontakter og delta i prioriteringsprosjekter. Rapporten «From values to choices» ble presentert i 1994.

Rapporten innledes med en redegjørelse for hvilke premisser som ligger til grunn for diskusjonen. Det gis en beskrivelse av dagens situasjon med hensyn til rettslige og økonomiske rammer for helsetjenesten, når det gjelder undervisning og forskning, teknologi, hvordan helsetjenester tilbys, samt en oversikt over andre lands prioriteringsarbeid. Den tredje hoveddelen er viet virkemidler. Gjennom alle hoveddeler struktureres diskusjonene rundt prinsipielt betonte kliniske eksempler med tilhørende testspørsmål. Til sist presenteres arbeidsgruppens forslag i seks korte punkter.

6.5.1 Verdigrunnlag og prioriteringsprinsipper

De sentrale etiske prinsipper som skal ligge til grunn for utøvelse av tjenester i helsevesenet er menneskelig verdighet, autonomi, likhet og rettferdighet. Dette innebærer respekt for universelle menneskerettigheter. Det er samfunnets oppgave å gi alle lik tilgang til helsetjenester. Svake grupper som alkoholikere, senil demente og funksjonshemmede kan lett bli satt til side hvis kostnads-nytteforhold blir sterkt vektlagt ved fordeling av tjenester. På den annen side kan vektlegging av kostnads-nytteforhold være et virkemiddel med sikte på å oppnå bedre utnyttelse og tilgjengelighet av helsetjenester for flere.

Prioriteringskriterier

Første ledd i prioriteringsprosessen går ut på å definere og garantere grunnleggende helsetjenester. Økonomiske forhold bør ikke rokke ved disse basale helsetjenestene før andre offentlig finansierte samfunnsoppgaver har vært gjenstand

for grundig evaluering. Prioritering av helsetjenester skal foretas etter følgende kriterier:

- **Behov:** Helsetjenestene skal fordeles på en rettferdig måte med utgangspunkt i pasientenes behov. Pasienter med samme behov for helsetjenester skal ha lik tilgang på helsetjenester. Behov defineres i forhold til «aldersspesifikt funksjonsnivå», det vil si at behov vurderes ut fra avvik fra et normalt livsløp, der det normale ses i forhold til bl.a. aldring. Behov defineres også i forhold til forventet nytte av tiltaket.
- **Dokumentasjon av effekt:** Undersøkelse og behandlingsformer skal så langt som mulig være basert på vitenskapelig dokumentasjon. Helsetjenester som er vist uvirksomme, eller hvor det kan stilles spørsmål ved virkningen, skal ha lav prioritet, eventuelt tas ut av det offentlige tilbud. Dette gjelder også for alternativ, ikke-medisinsk behandling. Forebyggende tiltak skal ha høy prioritet dersom de er dokumentert effektive.
- **Kostnadseffektivitet:** Undersøkelser og behandling med stor forventet nytte bør ha høy prioritet. Ved mangel på ressurser til å tilfredsstille medisinske behov, skal de helsetjenester som har lavest kostnadseffektivitet kuttes ut først.
- **Ikke-akseptable prioriteringskriterier:** Alder i seg selv skal ikke legges til grunn ved prioriteringer, men pasientens funksjonsevne skal vurderes før behandling igangsettes. Behandlingen skal ikke igangsettes dersom ingen forbedring kan forventes. Generelt skal ikke undersøkelser utføres på pasienter dersom en oppfølging med behandling eller rehabilitering ikke forbedrer vedkommendes funksjonsevne. Livsstil skal ikke legges til grunn ved prioriteringer. Undersøkelse og behandling av syke, gamle og de funksjonshemmede er en av samfunnets viktigste funksjoner. Dette fritar ikke enkeltindividet for betydelig ansvar for sin egen helse. Samfunnet på sin side skal legge forholdene slik til rette at borgerne blir i stand til å ta vare på sin egen helse, blant annet ved å gi befolkningen informasjon og råd i forhold til helsefremmende tiltak, sørge for at hele befolkningen har tilgang på helsetjenester, og bidra til å redusere helsefarlige faktorer i livsmiljøet.

6.5.2 Iverksetting av prioriteringsmodellen

Arbeidsgruppens anbefalinger er korte og forholdsvis generelle. Essensen er som følger:

- Muligheten for «fremme av helse» må være et hensyn ved alle offentlige beslutninger, såvel innenfor som utenfor helsevesenet
- Ressurser som gis til helsevesenet må stå i et rimelig forhold til ressurser bevilget til andre offentlige formål
- Det må være offentlighet omkring prioriteringsbeslutningene, deres mål og grunnlag
- De grunnleggende etiske prinsipper for prioritering er like menneskerettigheter, selvbestemmelse, likhet og rettferdighet
- Første prioritet må gis til tilfeller der medisinsk intervensjon er nødvendig for å opprettholde eller gjenopprette den funksjonsevne som er aldersadekvat. Forventet individuell helsegevinst og risiko tas med i betraktning. Pasientens egen vurdering er av betydning
- Helsetjenesten må organiseres slik at alle garanteres samme nivå på offentlige tjenester. Dagens lovgivning fremmer ikke en rasjonell helseforvaltning. Det er for mange nivåer og for mange aktører, og derfor for mye dobbeltarbeid og for lite samarbeid
- Samarbeid mellom helsetjenestens nivåer må sikres. Statlige og lokale myn-

digheter må overvåke helsetjenestens kvalitet og virksomhet

6.6 DANMARK

Danmark har et sterkt desentralisert helsevesen. Driftsansvaret hviler på amter og kommuner. Primærkontakten rettes prinsipielt til den allmennpraktiserende lege. Kun ved ulykker eller skader kan man henvende seg direkte til sykehusene. Sykehustjenesten hører organisatorisk inn under amtene, som også står som eiere av de fleste sykehusene. Både besøk hos allmennpraktikere og spesialister, og sykehussinnleggelser er gratis.

Det Etske Råd avga sin redegjørelse «Prioritering i sunhedsvæsenet» i desember 1996. Det danske arbeidet begynte i likhet med det svenske med et debattopplegg, som så resulterte i en sluttrapport, men arbeidet i Danmark har ikke utgått fra sentrale helsemyndigheter. Debattopplegget ble i 1995 distribuert til mange ulike instanser, og det har vært holdt offentlige debattmøter omkring strukturerte problemstillinger innenfor emnet ressursfordeling og prioritering.

Rapporten innledes med en beskrivelse av hvordan prioriteringer i helsevesenet foregår i dag. Deretter fremstilles de to viktigste prioriteringsredskapene: analyseredskaper og beslutningsredskaper. Verdier og mål for helsevesenet og pasientrettigheter diskuteres, før det gis en oversikt over den konkrete prioritering på politisk-administrativt og klinisk nivå. Til slutt kommer Det Etske Råds anbefalinger.

6.6.1 Verdigrunnlag og prioriteringsprinsipper

De overordnede mål for helsevesenet er:

- å fremme helse og forebygge sykdom,
- å bekjempe og lindre helserelatert lidelse, med sikte på å sikre mulighet for livsutfoldelse for alle, uansett sosial bakgrunn og økonomisk evne.

Ved nærmere presisering av hvilke oppgaver helsevesenet skal ivareta, må det legges vekt på folks behov for helsetjenester. Behovsbegrepet deles i tre undergrupper:

- Sykdommens alvorlighet
- Tidsmessig nødvendighet
- Mulig helsegevinst

Det må tas hensyn til alle tre dimensjoner ved prioriteringsavgjørelser. Som delmål for helsetjenesten stiller utredningen opp:

- Sosial og geografisk likhet
- Kvalitet
- Kostnadseffektivitet
- Demokrati og brukerinnflytelse

Likhetsbegrepet kan innebære adgang til et grunnleggende behandlingstilbud for alle, eller lik tilgang på tjenester for like behov, eller lik behandling for like behov, eller lik helsetilstand for alle. Det Etske Råd påpeker at målet om lik helsetilstand er en utopisk målsetting. Likhetsbegrepet må derfor forstås slik at alle med samme behov skal behandles på samme måte. Det vil si at dersom en person i en gitt situasjon blir gitt behandling, vil andre personer i samme situasjon også ha krav på behandling.

Kriteriet kostnadseffektivitet kan anvendes uten videre dersom alle andre faktorer er like. Problemet er knyttet til hvordan man avgjør hva som er mest kostnadseffektivt. Hverken livskvalitet eller forbedring av helsetilstand er størrelser som er enkelt målbare. Det synes ikke mulig å skape enighet om standardisert anvendelse av de målemetoder som for tiden finnes. Man er avhengig av stadig debatt

om validiteten og troverdigheten av slike redskaper hvis de skal brukes som grunnlag for prioriteringsbeslutninger. Utvalget går relativt langt i retning av å betvile at det lar seg gjøre å utvikle mål på helsegevinst som er sammenlignbare på tvers av faggrenser.

Ved siden av å stille krav til resultatet av en prioriteringsavgjørelse, må det stilles krav til selve beslutningsprosessen. Borgerne må ha innsyn og innflytelse. Det må innebygges mekanismer som sikrer svake grupper mulighet for å komme til orde og øve innflytelse.

6.6.2 Iverksetting av prioriteringsmodellen

Utredningen anbefaler ikke at det innføres materielle pasientrettigheter i form av ventetidsgaranti eller andre former for rettskrav på bestemte typer behandling innenfor bestemte tidsrom. Det bør heller ikke innføres noen rett til «second opinion». Hvis det skal gis nye regler for forholdet mellom pasienter og helsevesen, anbefaler Det Etske Råd å se på de forslag som fremmes i den svenske utredningen. Dessuten bør pasienter på venteliste sikres innsyn i forskjellige forhold vedrørende ventelistene. Her går utredningen konkret til verks med detaljerte forslag. Det skilles som nevnt mellom prioriteringer på politisk-administrativt og klinisk nivå. Utredningen mener det ideelle ville være at prioriteringskriteriene er de samme på alle nivåer, for å forhindre at beslutninger truffet på det ene nivå blir underminert av beslutninger på det annet nivå. Men dette er ikke mulig, fordi avgjørelsene er av forskjellig karakter.

Utredningen fremsetter fire «personrelaterte prioriteringskriterier» og diskuterer deres anvendelse på henholdsvis politisk-administrativt og klinisk nivå:

1. Prioritering etter behov

Her vises til den omfattende diskusjon av behovsbegrepet. Alt i alt må behov inndras på sentral plass i prioriteringsprosessen, på begge nivåer.

2. Prioritering etter alder

Tradisjonelt skilles det mellom kronologisk og biologisk alder. Begge alderskriterier er meget problematiske å anvende. Utredningen avviser i det hele tatt å bruke biologisk alder som kriterium for å utelukke grupper på politisk-administrativt nivå, men kan tenke seg helt spesielle situasjoner der kronologisk alder kanskje kan diskuteres. På klinisk nivå vil derimot biologisk alder være relevant, for eksempel fordi pasienten er for gammel til å tåle en bestemt behandling. Kronologisk alder er generelt uakseptabelt som eneste argument for forskjellsbehandling.

3. Prioritering etter sosial status (særlig skillet arbeidstaker/ikke-arbeidstaker)

Dette kriteriet avvises kontant for det politiske-administrative nivåets vedkommende. Det Etske Råd anerkjenner at det kan finnes kliniske situasjoner der slike overveielser kan spille en rolle.

4. Eget ansvar for sykdommen

Eget ansvar for sykdom skal ikke anvendes som kriterium hverken ved spørsmål om hva slags behandling som skal tilbys, eller i forhold til hvem som skal tas inn fra ventelisten. Dette gjelder på begge nivåer.

På det politisk-administrative nivå skal det legges stor vekt på behovskriteriet, men under hensyntaken til de fire delmål, sosial og geografisk likhet, kvalitet, kostnadseffektivitet, og demokrati og brukerinnflytelse. På det kliniske nivå skal utgangspunktet være behov, med undergruppene sykdommens alvorlighet, tidsmessig nødvendighet og mulig helsegevinst. Det Etske Råds betenkning er så ny at det er for tidlig å gi noen vurdering av om disse anbefalingene vil bli fulgt eller ikke.

6.7 NEW ZEALAND

New Zealand startet i 1992 en stor omstrukturering av helsetjenesten. Fjorten regioner ble slått sammen til fire store regionale helsemyndigheter (Regional health authorities) som har ansvar for å planlegge og kjøpe helsetjenester for befolkningen. Det er innført et skille mellom kjøper og selger, på mange måter etter mønster fra Storbritannia. Helsedepartementet er ansvarlig for overordnede politiske beslutninger og finansiering. Det er et større innslag av private forsikringsordninger enn i Storbritannia. På grunn av politiske forhold, planlegges store endringer i systemet fra 1996 av.

Regjeringens målsetting har vært å beholde et system med universell tilgang til helsetjenester. For å oppnå dette har man sett seg nødt til å definere en grunnleggende helsepakke, såkalte core services. I 1991 ble det nedsatt en kommisjon som ble bedt om å komme med årlige anbefalinger om hvordan ressurser bør fordeles, og på hvilket grunnlag pasienter skal ha tilgang til de offentlige tjenester. Denne kommisjonen er fortsatt i arbeid. The National Advisory Committee on Health and Disability har fått en uavhengig stilling i forhold til den sentrale helseforvaltning i New Zealand, og gir årlige anbefalinger til helseministeren om prioriteringer. New Zealand-modellen er derfor under kontinuerlig utvikling, men noen foreløpige resultater av arbeidet kan anføres.

I 1991 ble det straks satt i gang offentlige høringer, og en rekke berørte parter ble invitert til å sende inn forslag. Kommisjonen utførte også en spørreundersøkelse for å kartlegge befolkningens verdsetting av ulike tilbud. Responsen var stor, med blant annet 700 forslag og 2 500 svar på spørreskjemaet fra enkeltpersoner og organisasjoner.

6.7.1 Verdigrunnlag og prioriteringsprinsipper

Kriterier og hensyn som i de offentlige høringer gjennomgående ble nevnt for å bestemme innholdet i den grunnleggende helsepakken, var kostnads-nytteforhold, livskvalitet, antall personer berørt av et tiltak og forebygging. Områder som mange mente burde prioriteres, var særlig mental helse, barns helse og pleie og omsorg.

Kommisjonen besluttet i første omgang å definere core services som alt som pr. 1. juli 1993 inngikk i den offentlige helsetjenesten. Begrunnelsen var at disse tilbudene bygger på akkumulert erfaring og skjønn, og vedtak fattet gjennom tilfredsstillende demokratiske prosedyrer. Radikale endringer var ikke ønskelige i denne omgang. Innføring av alle nye behandlingstilbud vil bli grundig vurdert. Slik blir søkelyset flyttet fra den tradisjonelle debatt om hvilke tilbud som skal utgå fra det offentliges ansvar, og til en diskusjon om nye tilbud: Skal de innføres, og i tilfelle for hvem?

Kommisjonen anbefaler fire grunnleggende vilkår for å bestemme hva den grunnleggende helsepakken skal inneholde:

- Behandlingen eller tjenesten gir helsegevinst
- Behandlingen eller tjenesten gir mest mulig helse for pengene («value for money»)
- Behandlingen eller tjenesten representerer en rettferdig («fair») bruk av offentlige midler
- Behandlingen eller tjenesten samsvarer med befolkningens grunnleggende verdier

Disse anbefalingene ble gitt i 1994 og er ment å veilede prosessen med å definere en grunnleggende helsepakke som også kan avvike med den opprinnelige definisjonen som tok utgangspunkt i hvilke tjenester som faktisk ble tilbudt pr. 1991.

6.7.2 Iverksetting av prioriteringsmodellen

Tidlig i arbeidsperioden kom kommisjonen under press for å utvikle en relativt enkel liste for ting som kunne holdes utenfor helsepakken. Dette er en fremgangsmåte kommisjonen har valgt ikke å følge:

«Den har foretrukket å definere hvem som kvalifiseres for offentlige tjenester ved hjelp av kliniske retningslinjer og eksplisitte vurderingskriterier som identifiserer hvilke pasienter som har størst sannsynlighet for å ha betydelig nytte av tjenesten, sett i forhold til konkurrerende krav på ressurser. For eksempel, pasienter kan forvente å bli tilbudt hjertekirurgi fra det offentlige, hvis (og bare hvis) deres kliniske tilstand er forenlig med en sjanse for å ha betydelig nytte av denne prosedyren.» (Hadorn og Holmes 1997)

New Zealand-modellen tar eksplisitt avstand fra alle forsøk på kategorisk å ekskludere hele behandlingstilbud. De søker i stedet å identifisere hvilke pasienter innen hver tilstand som kan ha størst nytte av behandlingen, og å definere terskler for hvem som eventuelt ikke har tilstrekkelig forventet nytte av tiltaket. Man har altså særlig vært opptatt av såkalte annenordensbeslutninger: Hvem skal velges ut til de grunnleggende helsetilbud? Som verktøy for å avklare dette spørsmålet har man ved bruk av konsensuskonferanser, ekspertpanel og faggrupper utformet kliniske retningslinjer til bruk for konkrete prioriteringsbeslutninger. Det er til nå utformet retningslinjer for operasjon for grå stær, innsetting av kne- og hofteproteser, galleblærefjerning, øre-nese-hals operasjoner og hjertekirurgi. Flere lignende prosjekter er under planlegging ifølge en nylig publisert artikkel fra kommisjonen (Hadorn og Holmes 1997).

Kommisjonen har også som mål å bidra til mer systematisk innsamling av informasjon. Det gjelder informasjon som er nødvendig for de regionale helsemyndigheters planlegging av hvilke tjenester de bør kjøpe for befolkningen. Den foreslår at det bør innsamles detaljert klinisk informasjon om a) kvantitet og typer tjenester som gis, b) antall og hvilke grupper av pasienter som får disse tjenestene og c) behandlingsresultater. Det påpekes at innsamling av slike detaljerte data er en nødvendig forutsetning for å lykkes med helsereformene.

I den sammenheng bør det nevnes at kommisjonen nylig har utviklet en modell for å analysere forholdet mellom antall pasienter som burde hatt et tilbud, og antall pasienter som får det innenfor de økonomiske rammer som er fastsatt. Dette er en utvikling mot mer åpen prioritering, en tendens som har vært tydelig i alle lands prioriteringsutredninger.

6.8 SAMMENLIGNINGER OG VURDERINGER AV LANDENES PRIORITERINGSMODELLER

De ulike prioriteringsmodellene kan sammenlignes i forhold til hvilken tilnærming de har valgt til prioriteringsspørsmålet, og i forhold til hvilke prinsipper og kriterier som anbefales.

Når det gjelder det første spørsmålet, er det mulig å spore en viss utvikling i synet på hvordan prioritering skjer og bør skje. Honingsbaum og medarbeidere skiller mellom to typer prioriteringsmodeller: den *sentraliserte, overordnede modell* og den *desentraliserte prioriteringsmodell*. Innstillingen fra det første norske prioriteringsutvalget, NOU 1987: 23, er det typiske eksempel på en sentralisert overordnet modell. Tilstander og tiltak rangeres kategorisk i prioritetsgrupper, og disse er tenkt anvendt på det overordnede beslutningsnivå, eller på samme måte på alle nivåer. New Zealand-modellen er den mest utpregede desentraliserte modellen. Modellen er ikke nødvendigvis desentralisert i politisk forstand, men man forsøker å utvikle metoder for anvendelse i klinisk praksis. Og klinisk praksis må med nød-

vendighet være desentralisert. Den desentraliserte modell tar utgangspunkt i at prioritering skjer innen hver diagnosegruppe og innen hvert fagfelt, mens den sentraliserte modell antar at det er mulig å rangere og eventuelt utelukke hele diagnosegrupper kategorisk. Utviklingen fra en sentralisert overordnet modell kan spores fra Lønning I-utvalget, over Oregons rangeringsliste og mot den mer desentraliserte tilnærmingen som anbefales i Nederland, i Danmark, til dels i Sverige, i Finland og særlig i New Zealand.

Med hensyn til de foreslåtte prioriteringskriterier, er det et gjennomgående trekk at alle systemer og forslag vektlegger kriteriene behandlingens forventede nytte eller virkning, og hensynet til kostnader. De danske, svenske og finske utredningene anbefaler også behovskriteriet, som delvis overlapper med kriteriet *tilstandens alvorlighetsgrad*. Felles for dem alle er at det gis en klar vektlegging av hensynet til behandlingens virkning og kostnadseffektivitet. Det er en unison avvisning av at sosiale kjennetegn ved pasientene skal være relevante prioriteringskriterier. Alder i seg selv blir i liten grad trukket frem som et relevant prioriteringskriterium. Likhets- og rettferdighetsprinsippet understrekes av alle. Medisinsk teknologivurdering fremheves som et uunnværlig hjelpemiddel for å få klarhet i hva slags behandling som nytter, og som det bør satses på.

6.8.1 Vurdering av Orgeon-modellen

Myndighetene i Oregon tok et modig initiativ som med rette er blitt viet stor oppmerksomhet. Aktiv deltakelse fra befolkningen og et forsøk på å inkorporere sentrale verdier, har gitt reformen en legitimitet og støtte den antakelig ikke kunne ha fått på annet vis.

Det er verd å merke seg noen forhold som senere er blitt påpekt som svakheter ved Oregon-modellen. For det første er det blitt hevdet at middelklassens verdsett ble avgjørende for rangering av tilbud til lavinntektsgruppen som faller inn under Medicaid-programmet. Av deltakerne på de offentlige debattmøtene utgjorde den siste gruppen bare 15 pst.

For det andre er Oregons sentraliserte modell med rangering av tilstand/behandlings-par blitt kritisert. Det vil være store variasjoner med hensyn til forventet nytte av behandling innen hvert tilstand/behandlings-par. Dermed kan en risikere at noen pasienter med liten forventet nytte av behandlingen blir gitt høy prioritet fordi deres diagnose har prioritet, mens andre pasienter med større forventet nytte ikke får behandling fordi denne diagnosen er gitt lav prioritet. Oregon har da også senere endret prioriteringsmodellen mer i retning av New Zealands fremgangsmåte.

6.8.2 Vurdering av den nederlandske prioriteringsmodellen

Den nederlandske modellen er mye beskrevet og diskutert, særlig med hensyn til «filterprosessen», hvordan man kan bestemme innholdet i en grunnleggende helsepakke. Problemet med modellen er at den forutsetter at de helsetjenestene som passerer filtrene, må være dokumentert virksomme. Svært mange nødvendige tjenester er ikke systematisk evaluert. Dette kravet kan komme til å stå i veien for komiteens ønske om å beskytte de kronisk syke og sårbare pasientgrupper som f.eks. psykisk syke, fordi dokumentasjon kan være vanskelig å fremskaffe. Modelens styrke er dens dynamiske aspekt; helsepakken skal jevnlig revideres. Dessuten legges det opp til bred innflytelse fra publikum i den løpende fastlegging av helsepakkens innhold.

6.8.3 Vurdering av den svenske prioriteringsmodellen

Den svenske modellen skiller seg ut ved å være utarbeidet av et utvalg parlamentarikere, med bistand fra en gruppe eksperter. Det er også lagt svært mye arbeid i å innhente oppfatninger fra fagmiljøer og publikum. Utredningens viktigste bidrag er at den tydeliggjør skillet mellom prioritering på politisk-administrativt nivå og klinisk prioritering. Den har også konkrete forslag til endringer i lovtekster. Utredningen har vakt en del debatt, fra flere hold påpekes det at de formulerte prinsippene for prioritering er for generelle til å gi god veiledning for konkrete handlingsvalg.

6.8.4 Vurdering av den finske prioriteringsmodellen

Den finske utredningen har ved hjelp av den gjennomgående bruk av eksempler og spørsmål lykkes i å tilrettelegge prioriteringsproblemene på en pedagogisk måte. Utredningen skiller seg ut ved at sammenhengen mellom prioriteringer og menneskerettighetssynspunkter understrekes. Den skiller seg også ut ved å henvende seg direkte til folk flest. Det gjelder såvel i fremstillingsformen, som gjennom anbefaling av å senke forventningene til hva som kan og bør ytes av konkrete tjenester. Det gjelder også de konkrete anbefalingene av hva folk selv bør gjøre og avstå fra å gjøre, for å ta vare på sin egen helse.

6.8.5 Vurdering av den danske prioriteringsmodellen

Den danske utredningen er holdt i en nøktern tone, som advarer mot å tro at man kan løse prioriteringsproblemer en gang for alle gjennom kriterier, retningslinjer eller overordnede modeller. Den understreker behovet for skjønnsmessig avveining og overveielser, og gir mange gode begrepsdiskusjoner og -forklaringer. Utredningens viktigste bidrag er å fremheve nødvendigheten av en stadig bevisstgjøring og diskusjon omkring prioriteringsproblemene, og å gi grunnlag for en teoretisk fundert diskusjon.

6.8.6 Vurdering av den New Zealandske prioriteringsmodellen

New Zealands tilnærming til ressursfordeling atskiller seg kanskje mest fra alle de andre ved at den har valgt å forsøke å tydeliggjøre og forbedre de *kliniske* beslutningsprosessene. Det er en angrepsmåte som starter «nedenfra og opp». Målet er å utvikle mer formelle prioriteringssystemer, som kan tydeliggjøre også de overordnede politiske beslutninger om dimensjonering av kapasitet. Det er for tidlig å si om man i New Zealand vil lykkes med den prosessen som er satt i gang.

6.9 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Den internasjonale diskusjon er kommet langt siden NOU 1987: 23. Med tanke på denne utredningens mandat, som ber om mer anvendelige og presise kriterier for prioritering, er det mye vi kan lære av utviklingen fra en mer overordnet sentralisert modell mot en mer desentralisert klinisk tilnærming til praktiske, dagligdagse beslutninger.

Den svenske - og senere den danske - utredningens skille mellom politisk-administrative og kliniske prioriteringer kan videreutvikles for å få et bedre grep om samspillet mellom såkalte første- og annenordensbeslutninger, jf. "[Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste](#)" i kapittel 3. Beskrivelsen av analyse- og beslutningsredskaper i den danske utredningen er klargjørende. De omtalte utredninger gir, stort sett, ikke mange opplysninger om hva slags konkret informasjon

beslutningstakerne har, eller behøver. På dette punkt er det behov for en videreføring av diskusjonen. Erfaring har vist at beslutningsgrunnlaget er av stor betydning for prioriteringsbeslutningenes kvalitet og virkning. Hva som er prioriteringsrelevant informasjon, er derfor et viktig spørsmål.

Alle utredningene tar for seg problemet med å innholdsbestemme nødvendig helsehjelp eller lignende uttrykk. Inntrykket er at det må være av største viktighet at en slik tolkning oppnår bred støtte i befolkningen.

KAPITTEL 7

Analyseredskaper i prioriteringsdebatten**7.1 INNLEDNING**

Daglig fattes det tusenvis av beslutninger på forskjellige nivåer rundt i det norske helsevesen. Det kan dreie seg om hvordan den enkelte pasient skal behandles, om det skal innføres nye kirurgiske eller diagnostiske metoder og utstyr ved sykehussavdelinger, eller om det skal være spesielle vilkår for forskrivning av enkelte legemidler på blå resept m.m. Hvilke beslutninger som treffes har konsekvenser for hvor store ressurser som brukes i helsevesenet totalt, og for hvilke helsetjenester som tilbys. Vedtak om å bruke ressurser på én gruppe, avskjærer muligheten til å bruke de samme ressursene på en annen gruppe. Helsearbeidernes beslutninger har derfor klare elementer av prioritering i seg, selv om prioriteringene vanligvis foregår indirekte.

Målet om å finne en *hensiktsmessig fordeling* av ressursene mellom ulike pasientgrupper er nært knyttet til målet om å få til en *effektiv* utnyttelse av helsetjenestens ressurser. Dette forutsetter at beslutningene bygger på pålitelig og tilstrekkelig informasjon, hvor opplysninger både om kostnader og konsekvenser av alternative tiltak kommer frem. Det eksisterer en rekke forskjellige analyseredskaper for å belyse effektiviteten av ulike former for medisinsk teknologi. Det er grunn til å trekke disse inn i debatten rundt prioritering i helsevesenet, fordi kunnskap om kvalitet og effektivitet på forskjellige ytelser kan være av betydning for prioriteringen av helsevesenets oppgaver. Dersom man ønsker å legge relativt større vekt på effekt og kostnadseffektivitet i forhold til alvorlighetskriteriet enn før, øker dessuten betydningen av å ha gode verktøy, eller «språk», for å identifisere, tallfeste og evaluere effekten av ulike tiltak. I dette kapitlet vil vi beskrive to tilnærminger til informasjonsinnhenting i forbindelse med alternative ressursanvendelser i helsevesenet: medisinsk teknologivurdering og økonomiske analyser av helsetiltak. Begge analysemetodene må ta utgangspunkt i et klinisk grunnlagsmateriale.

7.2 MEDISINSK TEKNOLOGIVURDERING

I en rapport til Sosial- og helsedepartementet, avgitt 28. juni 1996, drøftet en arbeidsgruppe anvendelsesområdet for og gjennomføringen av utvidet medisinsk teknologivurdering. Medisinsk teknologivurdering defineres som et system for kontinuerlig vurdering av forutsetningene for og konsekvensene av å anvende medisinsk teknologi. Med teknologi menes ikke bare anvendelse av utstyr og apparatur. Begrepet omfatter også legemidler og andre behandlingsmetoder, diagnostiske prosedyrer, pleie og forebyggende metoder. Det dreier seg altså om systematiske vurderinger av nytten ved alle sider av medisinsk praksis. Med nytte mener vi en bred vurdering av effekt, risiko for bivirkninger, indikasjonsområde, diagnostiske verktøy, og konsekvenser for helsevesenet og den enkelte pasient ved bruken av en bestemt teknologi. Hensikten med slike systematiske vurderinger er å utarbeide et best mulig grunnlag for beslutninger i helsetjenesten. Et system for medisinsk teknologivurdering består av fire elementer:

- Identifisering av viktige problemstillinger
- Fremskaffelse av resultatdata
- Syntese av eksisterende dokumentasjon om den aktuelle teknologi

- Spredning og implementering av resultater

7.2.1 Identifisering av viktige problemstillinger

Det er ofte ikke nødvendig med høy faglig kompetanse for å kunne identifisere hvilke problemstillinger som er viktige å få belyst. Både pasienter, politikere, myndigheter, helseadministratorer og helsepersonell kan ha begrunnede syn på dette. Jo større effektiviserings- og forbedringspotensialet er, desto viktigere er det å få identifisert problemområdene. Dersom det skal la seg gjøre å gjennomføre en teknologivurdering, er det nødvendig å avgrense og presist beskrive de problemstillingene som ønskes vurdert.

7.2.2 Fremskaffelse og analyse av medisinske data

På svært mange områder innen medisinsk praksis mangler dokumentasjon av helseeffekter. To vanlige metoder for fremskaffelse av slik dokumentasjon er klinisk kontrollerte forsøk og mer tradisjonell klinisk forskning med oppfølging av pasientgrupper som har gjennomgått spesielle intervensjoner. Det er et stort behov for slik resultatfokustert, pasientnær forskning både innen etablert diagnostikk og behandling, og i forbindelse med introduksjon av nye behandlingsmetoder og prinsipper. Når det gjelder ny teknologi er behovet lett synlig fordi dokumentasjon av effekt ofte ikke eksisterer. Begrepet «utprøvende behandling» har vært introdusert som en betegnelse på forskningsbasert utprøving av ny teknologi, jf. "*Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9.

Utnyttelse av helseregistre er en annen metode til fremskaffelse av effektdokumentasjon. Slike helseregistre kan være eksisterende nasjonale registre av typen fødselsregister, krefregister og dødsårsaksregister, eller det kan være lokale, regionale eller nasjonale diagnoseregistre som er etablert på ad hoc-basis ved faglig kollegialt samarbeid.

7.2.3 Syntese av eksisterende dokumentasjon

En syntese av eksisterende dokumentasjon om en medisinsk teknologi bør inneholde en beskrivelse av og redegjørelse for teknologien, en sammenstilling av hvilken dokumentasjon som finnes om teknologiens effekt, vurdering av brukernes preferanser for den aktuelle teknologien, samt en oversikt over resultatene fra eventuelle helseøkonomiske analyser.

Beskrivelse av teknologien

En rekke ulike medisinske teknologier, såvel etablerte tiltak som ny teknologi, vil være aktuelle for en systematisk nyttevurdering. Gitt at man har avgrenset en aktuell og betydningsfull problemstilling, vil et naturlig startpunkt være en beskrivelse av selve teknologien. Aktuelle spørsmål er:

- Hva er indikasjonen for teknologiens anvendelse?
- Er det enighet om indikasjonen?
- Hvor mange pasienter dreier det seg om?
- Finnes det relevante alternativer?
- Dreier det seg om et helt nytt prinsipp, eller videreutvikling av kjent medisinsk teknologi?

Innhenting og vurdering av kunnskap om medisinsk effekt

For å kunne gi en pålitelig vurdering av hvilke positive og negative effekter en teknologi har, er det nødvendig å stille sammen og vurdere kritisk mest mulig relevant dokumentasjon. Et slikt arbeid omfatter:

- Effektive og eksplisitte søkestrategier for å finne relevant litteratur
- Pålitelige og eksplisitte metoder for hvordan informasjon fra litteraturen skal selekteres
- Kritisk vurdering av den informasjon man henter ut etter anerkjente metoder for slik «science on science»

Ofte vil det være nødvendig å gjøre søk i store deler av den faglige verdenslitteraturen. Dette kan gjøres bl.a. gjennom oppslag i medisinske databaser som Medline og Excerpta Medica. Etter hvert vil det også være mulig å søke i databaser som inneholder informasjon om effekt som allerede er underkastet en kritisk vurdering. Cochrane-databasen inkluderer eksempelvis systematiske oversikter som er utarbeidet etter en metodisk mal som nyter høy anerkjennelse i vitenskapelige miljøer. Det vil være aktuelt å supplere kunnskap fra internasjonal forskning med data fra sentrale og lokale helseregistre i Norge, når disse har relevans og tilfredsstillende analyseverktøy er etablert.

De senere år har det blitt utviklet en rekke metodeverktøy som gjør det lettere å vurdere forskningsfunn. Det gjelder både kritisk vurdering av studiers utforming (design, størrelse osv.) og statistiske metoder for sammenstilling av slike data (metaanalyse). Det er selvsagt en forutsetning å ha god metodekompetanse i klinisk eller annen forskning (enkeltstudier), men metodekunnskap i dette syntesearbeid er likevel en egenartet og nødvendig tilleggskunnskap. Vi har lite kompetanse på dette metodiske området i Norge. Kompetanseoppbygging vil derfor bli en viktig oppgave. Innhenting av kunnskap og den kritiske vurdering av funnene vil ha noe forskjellig innhold avhengig av om det dreier seg om teknologi for å stille en diagnose, forebygge en risikofaktor, behandle en sykdom osv. Bedømmelse av negative effekter kan være særlig vanskelig, for eksempel når det gjelder sjeldne bivirkninger. Det er imidlertid viktig å understreke at risikoen eksplisitt må bedømmes og sammenholdes med gevinsten. Når man bedømmer eksisterende data er det nødvendig å underkaste generaliseringsverdien en streng vurdering. Det finnes mange eksempler på medisinsk teknologi som kun er utprøvd i forhold til selekterte pasientgrupper, men som så tas i bruk på mye videre indikasjonsgrunnlag. Det er også klart at en behandlingseffekt påvirkes blant annet av helsetjenestens organisering, og av andre forhold som kan være knyttet til særnorsk kultur, politikk og etikk. Derfor kan man ikke bruke systematiske oversikter fra utlandet og uten videre applisere dem til norske forhold.

Innhenting og vurdering av preferanser for ny teknologi

I medisinsk teknologivurdering vil det svært ofte dreie seg om å bedømme teknologier som har en moderat, men like fullt relevant og viktig effekt. Til ny teknologi er det også knyttet risiko for bivirkninger eller ugunstige utfall. For å komme fra kunnskap om effekt til beslutninger om å applisere eller innføre en bestemt metode, må man derfor også vurdere verdier eller preferanser knyttet til de mulige gunstige eller ugunstige utfall. Helsetjenesten har liten tradisjon for eksplisitt å etterspørre eller ta med i beslutningsgrunnlaget pasientenes egne verdier. Det kan føre til at helsepersonellens egne verdier gis avgjørende vekt. Det er nødvendig å delta i internasjonal metodeutvikling på dette området; en god teknologivurdering er avhengig av at en kan få tak i folks syn for eksempel på risiko og fare for bivirkninger. I et samfunnsperspektiv er det nødvendig å drøfte viktige etiske implikasjoner knyttet til ulike handlingsvalg. Eksempelvis vil vi i årene fremover få en rekke nye teknologier, f.eks. knyttet til fosterdiagnostikk.

Helseøkonomiske vurderinger

Det beste estimat for nytte (og eventuelle bivirkninger) forbundet med en gitt teknologi for et gitt problem, må sammenholdes med omkostninger og gevinster for

samfunnet og for pasientene. Det er viktigere å bedømme konsekvenser for samfunnsøkonomien enn for økonomien i helsetjenesten isolert, men også virkningen på driftsøkonomien skal beskrives og vurderes. Metoder og prinsipper for helseøkonomiske evalueringer omtales mer inngående senere i dette kapitlet.

7.2.4 Spredning og implementering av vurderingene

Legenes atferd bestemmes av mange forhold, hvorav det viktigste må antas å være hva legen mener er korrekt medisinsk praksis. Enkelte undersøkelser tyder imidlertid på at legene kan ha vanskeligheter med å vurdere den reelle effekten av medisinsk teknologi utelukkende på grunnlag av produsentens egen dokumentasjon. Produsentuavhengig informasjon i form av medisinsk teknologivurdering kan bidra til å opprette en nødvendig balanse i påstander om fordeler og ulemper ved ny teknologi. Dersom teknologivurdering skal få betydning for helsetilbudets innhold og organisering, må imidlertid slik informasjon spres til beslutningstakere i helsevesenet. Spredning av informasjon skjer i dag gjennom undervisning ved universiteter og høyskoler, videre- og etterutdanningskurs, medisinske tidsskrifter, kongresser og konferanser, standard- og prosedyrebøker. Implementeringen av teknologivurderinger har vært mangelfull i mange land. Det er heller ingen enkel oppgave å forandre profesjonell atferd i helsetjenesten. Et viktig formål med eventuelt å innføre medisinsk teknologivurdering i Norge vil imidlertid være å veilede beslutninger på nasjonalt, politisk nivå, noe som kan fremme rask implementering. Men man er også avhengig av oppslutning om nasjonale retningslinjer som kan innebære at helsepersonell må gjøre noe annet enn det de gjør i dag. Dette vil ofte hemme implementering. Hvorvidt en lykkes, vil være avhengig av hvilken teknologi det er snakk om, hvilke økonomiske insentiver som finnes, hvilke alternativer som finnes osv.

Det pågår, også i Norge, interessant og potensielt nyttig forskning om hvordan man effektivt påvirker profesjonell atferd. Slike kunnskaper bør utnyttes, og man må også overveie i hvilken grad implementering av eventuelle norske teknologivurderinger kan inngå i forsøk som kan gi bidrag til denne forskningen.

7.2.5 Hvordan kan medisinske teknologivurderinger brukes?

Medisinske teknologivurderinger kan brukes til ulike formål av politikere, myndigheter, fagfolk, pasienter og ikke minst produsentene. Fra myndighetenes side kan slike vurderinger synes særlig aktuelle i forbindelse med:

- Beslutninger vedrørende godkjenning av ny medisinsk teknologi og eventuell utstedelse eller tilbaketrekning av markedsføringstillatelse
- Beslutninger om hvorvidt en aktuell medisinsk teknologi skal finansieres av det offentlige
- Beslutninger om hvor omfattende bruken av en offentlig finansiert medisinsk teknologi skal være

Medisinske teknologivurderinger kan også være nyttige i regionale og nasjonale helseplaner, ved vurdering av ny teknologi og ved etablering av utprøvende behandling. Videre vil medisinsk teknologivurdering kunne være en basis for regionale faglige nettverk, både ved utvikling av standarder og prosedyrer, i kvalitetssikring og -utvikling og i ordinær fagutvikling (grunn-, videre- og etterutdannelse). Vektlegging av medisinsk teknologivurdering vil forhåpentligvis også kunne stimulere til pasientnær, klinisk forskning og en mer hensiktsmessig resultatrapportering. Også tilsynsmyndighetene vil ha nytte av medisinsk teknologivurdering, blant

annet for å fastslå forsvarligheten av tjenestetilbudet, og for overvåking av medisinsk praksis og kvalitetskontroll og kvalitetsutvikling. I boks 7.1 skisseres de sentrale elementer i medisinsk teknologivurdering.

7.3 METODER FOR ØKONOMISK EVALUERING AV HELSETILTAK

Ressursene i helsevesenet, som i alle andre sektorer, er knappe, og det finnes ulike måter å bruke dem på. Alle anvendelser er imidlertid ikke like gode. I økonomisk teori er man opptatt av å få mest mulig nytte eller velferd («utility») ut av de ressurser man har. Sagt på en annen måte er målet å gjøre mest mulig godt for flest mulig. Jo mer effektivt en bruker ressursene, desto flere pasienter kan gis et tilbud innenfor en fast budsjetttramme. I en rekke land er derfor kostnadseffektivitet et sentralt kriterium ved prioritering mellom forskjellige helsetiltak, jf. f.eks. Dunning-komiteens arbeid i Nederland, som er nærmere beskrevet i "[Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingstrekk](#)" i kapittel 4. Kravet om kostnadseffektivitet innebærer bl.a. at en gitt behandling skal foregå med minst mulig bruk av ressurser. For å identifisere hvilke tiltak som er kostnadseffektive og hvilke som er kostnadsineffektive, er systematiske økonomiske analyser av helsetiltak tatt i bruk i flere land. I Norge har man derimot liten erfaring med bruken av slike analyser i prioriteringssammenheng. I dette avsnittet vil vi gi en skisse over sentrale metoder, begreper og prinsipper i økonomisk evaluering av helsetiltak.

I boka *Economic evaluation of health care programmes* defineres økonomisk evaluering som:

«Economic analysis is the comparative analysis of alternative courses of action in terms of both their costs and consequences» (Drummond, Stoddart and Torrance 1987).

Fire former for økonomisk evaluering av helsetiltak regnes som fullverdige i forhold til en slik definisjon, (1) cost-minimisation analyse, (2) cost-effectiveness analyse, (3) cost-utility analyse og (4) cost-benefit analyse.

7.3.1 Kostnads-minimeringsanalysen

Kostnads-minimeringsanalysen (eng. cost-minimisation analysis) blir ofte regnet som den enkleste formen for økonomisk evaluering av helsetiltak. Som regel vil den også være den minst tid- og ressurskrevende analysen å utføre. Metoden går ut på å finne hvilket, av to eller flere likeverdige behandlingsalternativer, som er rimeligst. Med likeverdig menes at alternativene er terapeutisk ekvivalente, dvs. at de gir det samme medisinske resultat. Dersom terapeutisk ekvivalens er fastslått, vil det kun være behov for identifisering og tallfesting av kostnader ved alternativene. Arbeidet med en kostnads-minimeringsanalyse vil normalt bestå av to hovedelementer: (1) identifisering av terapeutisk ekvivalente behandlingstilbud og (2) identifisering og tallfesting av alternativenes kostnader. Et sentralt element i en cost-minimisation analyse er at terapeutisk ekvivalens virkelig er fastslått og dokumentert.

Metoden kan brukes til å sammenligne kostnader ved helt ulike former for behandling. I prinsippet kan man f.eks. foreta sammenligninger mellom kostnadene forbundet med medikamentell versus kirurgisk behandling av magesår (f.eks. ulcusmidler vs. ulcuskirurgi). En kostnads-minimeringsanalyse kan medføre omfattende krav til informasjonsinnhenting. På den andre siden kan den også være den av de fire metodene for økonomisk evaluering av helsetiltak som er enklest å utføre. For eksempel kan helsepersonell ved helseinstitusjoner foreta denne type undersøkelser gjennom prissammenligninger av alternative preparater som helsearbeideren har erfaring med. Ellers kan slike analyser bestå av relativt enkle overslag

Boks 7.1 Elementer i medisinsk teknologivurdering**Teknologien****Anvendelsesområde**

- Hva er indikasjonen for bruk av teknologien?
- Er det enighet om indikasjonen?
- Hvor mange pasienter dreier det seg om?
- Hva er de relevante alternativene?
- Dreier det seg om en erstatning eller supplement til eksisterende teknologi?

Effektivitet

- Er det dokumentert at teknologien virker?
- Virker den bedre enn annen teknologi?
- Virker teknologien like godt hos oss?

Risikovurdering

- Er det uønskede virkninger forbundet med teknologien?
- Står risikoen for bivirkninger i et rimelig forhold til forventet medisinsk gevinst?

Pasienten*Psykologiske forhold*

- Skapes det trygghet, ubehag, angst?

Sosiale forhold

- Påvirkes hverdagen?
- Påvirkes arbeidsevnen?

Etiske aspekter

- Er teknologien akseptabel for den enkelte?
- Er teknologien akseptabel for samfunnet?

Organisasjonen**Struktur**

- Bør teknologien sentraliseres til få steder?
- Er desentralisering mulig?
- Endres arbeidsfordelingen mellom sykehus og primærhelsetjenesten?
- Oppstår nye spesialfunksjoner?
- Endrer undersøkelseskriteriene seg?

Personale

- Endres arbeidsrutiner?
- Endres arbeidsfordelingen mellom faggrupper?
- Må personalet videre- eller etterutdannes?
- Har teknologien konsekvenser for personalbehovet?

Miljø

- Er det risiko for negative konsekvenser for arbeidsmiljøet?
- Er det risiko for negative konsekvenser for omgivelsene?

Økonomien*Samfunnsøkonomi*

- Hvor store er kostnadene og gevinstene for samfunnet?
- Har teknologien økonomiske konsekvenser for pasienten?
- Er det gevinster i form av bedre helsetilstand i befolkningen?

Driftsøkonomi

over kostnadene ved ukomplisert behandling som gir samme resultat. Metoden innebærer at mer enn ett alternativ vurderes, men arbeidet med å finne kostnader som knytter seg til terapiene, vil være det samme som om man foretok en ren kostnadsanalyse av et enkelt terapiprogram.

7.3.2 Kostnads-effektivitetsanalysen

Kostnads-effektivitetsanalysen (eng. cost-effectiveness analysis) benyttes dersom ett mål for effektivitet uttrykker det relevante utfall av behandling, og dersom rivaliserende behandlingsmetoder medfører ulik sannsynlighet for at utfallet nås. De marginale medisinske forbedringer ved en ny medisinsk teknologi relateres til de økte kostnader den genererer i forhold til en annen aktuell terapi.

Dette behandlingsalternativet brukes som referansealternativ, dvs. som utgangspunkt for å måle økningen i medisinsk effektivitet ved det eller de andre behandlingsalternativer som undersøkes. Dette kan være standard behandling, rimeligste behandling eller «å ikke gjøre noe». Samme prinsipp gjelder for måling av kostnader. Det engelske uttrykket for referansealternativ er *comparator*, og kostnads-effektivitetsanalyser benevnes ofte *komparativ kostnads-effektivitetsanalyse*.

7.3.3 QALY-analyser

QALY-analysen (cost-utility analysis) anses gjerne som en spesialvariant av kostnads-effektivitetsanalysen. Metoden anses ofte for å være den bredeste og mest omfattende metoden for økonomisk evaluering av helsetiltak. Forskjellen mellom kostnads-effektivitetsanalysen og QALY-analysen ligger i måten en måler de medisinske resultatene eller nytten av behandling. I en kostnads-effektivitetsanalyse fokuseres det på *ett* bestemt mål på effektivitet, f.eks. kostnader pr. hoftededdsutskifting. Ved bruk av QALY-metoden måler man nyttegevinsten i form av økt livskvalitet og/eller overlevelse gjennom en indeks som er konstruert for formålet, dvs. en bruker et flerdimensjonalt mål for nytten av behandling. Det mest kjente resultatmålet i forbindelse med måling av livskvalitet er *kvalitetsjusterte leveår vunnet*, eller QALY(s) - quality adjusted life years (saved). Resultatene av en QALY-analyse uttrykkes derfor gjerne ved kostnader pr. kvalitetsjusterte leveår vunnet. QALY-metoden er den eneste metoden som gjør det mulig å veie sammen flere dimensjoner av helsegevinst i et felles mål samtidig. En slik sammenveining er mulig fordi preferansene for hvert enkelt helsetilstand er vurdert ut fra enkeltpersoners vurdering av å være i denne helsetilstanden.

Grunnen til at en ønsker å bruke livskvalitet som resultatmål, er at et behandlingstiltak ofte har flere formål og gir flere forskjellige former for medisinsk gevinst. For eksempel vil en hoftededdsutskifting både kunne føre til at pasienten får mindre smerter, at vedkommende blir mer mobil, og kan gjenoppta sine daglige sysler og funksjoner. QALY-metoden muliggjør en sammenslåing av slike gevinster i en felles indeks. QALY-metoden representerer den nyeste tilveksten til økonomisk analyse av helsetiltak. Den fokuserer spesielt på kvaliteten av behandling slik den opplevs av pasienten.

Grunnen til å vektlegge livskvalitet, kan også være at behandling ofte ikke påvirker selve sykdommen eller sykdomsutviklingen nevneverdig. Dette gjelder f.eks. på kreftområdet. Her vil en diskusjon om livskvalitet være mindre aktuell dersom behandlingen var åpenbart effektiv når det gjelder å helbrede pasienten. Den vanligste situasjonen er imidlertid at en kan observere en viss effekt, ofte uttrykt i «responsrater», men til en pris av moderate til alvorlige bivirkninger. Den eventuelle gevinst en eventuelt oppnår, må da veies opp mot livskvaliteten i den gjen-

værende levetiden. Har man vunnet noe som helst dersom en behandling gir en liten økning i forventet levetid (2-3 måneder), men der behandlingen gir individet så store plager at livskvaliteten åpenbart reduseres, eventuelt at pasienten må behandles på sykehus eller annen institusjon pga. av bivirkningene av behandlingen? Ved bruk av QALY-metoden forsøker en å nærme seg denne problemstillingen ved at en tar utgangspunkt i at ett år som 100 pst frisk, teller som ett kvalitetsjustert leveår. Et leveår som syk med nedsatt livskvalitet teller som en brøkdel av et helt år. Med andre ord, jo lavere livskvalitet, jo lavere blir brøken (det er dette som menes med kvalitetsjustering). Dersom vi synes det er like godt å leve i 9 måneder uten alvorlige bivirkninger, som å leve i 12 måneder med moderate til alvorlige bivirkninger, vil ett år vunnet med behandling med bivirkninger telle som 0,75 av et helt kvalitetsjustert leveår. Dersom perioden uten bivirkninger kan forlenges fra 9 til 12 måneder gjennom en behandling som koster 50 000 kroner, innebærer dette en kostnad pr. kvalitetsjusterte leveår vunnet på 200 000 kroner. Mens man i en kostnads-effektivitetsanalyse undersøker sammenhengen mellom marginale kostnader og marginale effekter som følge av et helsetiltak, undersøker man således ved bruk av QALY-metoden sammenhengen mellom marginale kostnader og den marginale innvirkning på pasientens livskvalitet.

QALY-metoden er fremdeles under utvikling. Mange anser den som svært lovende på grunn av at den gjør det mulig å vurdere hvilken samlet nyttevirkning helsetiltak har på livskvaliteten. På den annen side er livskvalitet et svært vanskelig fenomen å måle, og som alle andre helseøkonomiske analyser kan heller ikke QALY-analyser være eneste kriterium når en skal vurdere ønskeligheten av et helsetiltak.

Hvem bør intervjues ved bruk av QALY-metoden?

Nytteverdier for ulike helsetilstander til bruk i QALY-analyser kan fastsettes på bakgrunn av opplysninger i den medisinske litteraturen, eller gjennom verdsetting av ulike tilstander gjennom intervjuer og spørreundersøkelser. En sentral problemstilling er hvem man skal intervjuer. Aktuelle grupper kan være folk i sin alminnelighet, helsepersonell, tidligere og nåværende pasienter, deres familier, helseadministratorer og politikere. Det er imidlertid pasientenes egen opplevelse av helse og livskvalitet som er mest sentralt. Derfor har det vært argumentert for at beregninger av livskvalitet ideelt sett bør baseres på pasientintervjuer.

Det er vist at valg av intervjugruppe kan påvirke resultatene. Rosser og Kind fant f.eks. at leger tilla de fleste sykdommer et større tap av livskvalitet enn hva sykepleierne gjorde (Rosser 1978). Mellom leger og et tilfeldig utvalg av intervjuobjekter ble den samme forskjellen påvist. Ved bruk av intervjuer og undersøkelsesteknikker kan de preferansene intervjuobjektene gir uttrykk for i intervjusituasjonen, skille seg fra det deres faktiske atferd skulle tilsi.

7.3.4 Kostnads-nytteanalysen

Kostnads-nytteanalysen (eng. cost-benefit analysen) er forankret i den såkalte velferdsteorien. I teorien skal en slik analyse gi svar på hvilken beslutning som er riktig i en valgssituasjon. Dette forutsetter at analysen inneholder en korrekt tallfesting av kostnader og individenes preferanser. Kostnads-nytteanalysen går ut på at den økonomiske verdien av en medisinsk gevinst og behandlingsteknologiene tallfestes og veies opp mot hverandre. Ethvert tiltak hvor kroneverdien av den medisinske nytten overstiger kroneverdien av de medisinske kostnadene, bør gjennomføres. Ved valg mellom flere behandlingsformer hvor nytten er større enn kostnaden, velges den behandlingsform som medfører størst differanse mellom nytte og kostnader, dvs. genererer størst overskudd.

I utgangspunktet kan kostnads-nytteanalysen være relativt omfattende. På grunn av vanskeligheter med å regne om ulike medisinske nytteaspekter til kroner og ører, vil man imidlertid ofte måtte nøye seg med mer begrensede analyser. I praksis vil cost-benefit analyser derfor være av mer begrenset art enn både kostnads-effektivitetsanalysen og QALY-analysen. Kostnads-nytteanalysen kan tas i bruk når følgende forutsetninger er oppfylt:

- Man må kunne skille to ulike helseprogrammer fra hverandre på en meningsfull måte
- Minst to alternative behandlingsprogrammer må være gjenstand for analysen. Eventuelt kan analysen ta sikte på å sammenligne et behandlingsprogram mot alternativet å ikke gi behandling
- Behandlingsresultatene må være målbare
- Det må være praktisk mulig å tallfest nytte og kostnader i kroner og øre

Punkt fire innebærer et strengt krav til kvantifisering av forhold man vanligvis ikke evalueres i form av kronemessige beløp. At det i kostnads-nytteanalyser er nødvendig å foreta en slik «prising», kommer av at det av og til kan være ønskelig å sammenligne behandlingsalternativer av vidt forskjellig karakter. Dette krever en omregning av alle nytte- og kostnadsaspekter til en felles standard som penger. I kostnads-nytteanalyser er det i prinsippet mulig å sammenligne og rangere vesensforskjellige helsetiltak som f.eks. bruk av bilbelter versus vaksine mot polio.

Hvordan tallfeste nytten av medisinske resultater i en kostnads-nytteanalyse?

Å regne om verdien av helsemessige gevinster til penger er et kontroversielt tema. Dette skyldes selvsagt at det ikke én riktig «økonomisk verdi» på medisinske resultater. Dette gjør at man må gå omveier om andre resultatmål før man så kan gjøre disse om til kronebeløp. I det følgende vil vi vise to forskjellige prinsipper for å regne om verdien av medisinske gevinster til kronebeløp, henholdsvis *human capital-prinsippet* og *betalingsvilje-prinsippet*:

- *Prinsippet om human capital (den menneskelige kapital)*. Gjennom å arbeide bidrar menneskene til å øke samfunnets inntekter og sikre felleskapets behovstilfredsstillelse. Følgelig kan mennesket ses som en produksjonsfaktor som har økonomisk verdi, derav uttrykket «den menneskelige kapital». Den menneskelige kapital øker dersom helsetilstanden bedres som følge av medisinsk behandling. Verdien av et helsetiltak kan dermed settes lik den produktivitetsøkning som oppstår når et menneske får helsa tilbake, og igjen kan delta i verdiskapende arbeid. En tallfesting kan gjøres ved å ta utgangspunkt i lønninger. Human capital-prinsippet blir kritisert av flere årsaker. Analyser som bygger på human capital-prinsippet kan allikevel være av interesse: Slike analyser kan kartlegge hvem som mottar nytten og hvem som bærer kostnadene ved ulike tiltak.
- *Prinsippet om betalingsvillighet*. Med utgangspunkt i velferdsteorien og det såkalte paretobegrepet, kan det hevdes at nytten ved et helsegode burde komme til uttrykk gjennom brukernes betalingsvillighet for den endring i helsetilstand som et helsetiltak medfører. I prinsippet kan denne betalingsvilligheten tenkes kartlagt på to måter. En måte er å observere pasienters beslutninger i et eventuelt marked for helsetjenester som det man til en viss grad har i USA. Gjennom å betrakte hvilke goder mennesker faktisk etterspør innenfor sine private budsjetter, kan deres betalingsvillighet og behovsprioriteringer kartlegges. Hvor stor del av et husholdningsbudsjett går f.eks. med til å kjøpe medisiner, og hvor stor del går til teaterbesøk - og hvordan påvirkes dette av budsjettets størrelse? Denne typen observasjoner ville si noe om konsumentenes preferanser og nytteveininger for alternative goder. En annen måte å kartlegge betalingsvilje på

er å spørre enkeltindivider om hvor mye de er villig til å betale for ulike former for behandling. Mennesker har imidlertid en tendens til å gi uttrykk for behov som er presserende i øyeblikket, og svarene vil trolig avhenge om man spør friske eller syke personer. Dessuten vil den enkeltes holdning til risiko innvirke på svaret. Prinsippet om måling av betalingsvilje kritiseres i tillegg for at den ikke tar hensyn til at betalingsvillighet avhenger av betalingsevne. Bruk av dette prinsippet kan derfor medføre sosiale skjevheter.

Kostnads-nytteanalysens praktiske betydning i helsevesenet

Kostnads-nytteanalysens fortrinn er at den i prinsippet kan benyttes til å sammenligne helsetiltak av helt ulik art, fra betydningen av riktig ventilasjon på arbeidsplassen, til konsekvensene av vaksinasjonsprogram på skolene. En krone-messig tallfesting av både nytte og kostnader for slike tiltak setter en (ideelt sett) i stand til å komme frem til et endelig resultat av kostnads-nytteanalysen. Dette kan tjene som prioriteringsgrunnlag når man må foreta valg mellom alternative helsetiltak. De høye ambisjonene som legges til grunn ved cost-benefit analyser er derimot også metodens svakhet, fordi det knytter seg så mange problemer til det å skulle «konvertere» verdien av helsegoder til økonomiske termer. Dette legger klare begrensninger på mulighetene til å bruke kostnads-nytteanalyser i helsesektoren.

Elementer av kostnads-nyttetankegangen er imidlertid anvendbar, spesielt klargjøringen av hvem som bærer hvilke kostnader. Eventuelt kan kostnads-nytteundersøkelser gjennomføres ved at man tallfester nyttesiden i form av fysiske resultatmål som f.eks. «arbeidsdager spart».

7.3.5 Hovedelementer i økonomisk evaluering av helsetiltak

Uansett valg av metode er det nødvendig å være bevisst på enkelte hovedelementer som gjelder for alle former for økonomisk evaluering av helsetiltak. Dette gjelder særlig hvilket *perspektiv* analysen skal ha, hvordan en skal vurdere og behandle *indirekte økonomiske gevinster* ved at folk kommer tilbake i arbeid, hvordan en kan hente inn klinisk grunnlagsdokumentasjon, og hvordan *usikkerheten og tidsperspektivet* i analysene skal behandles.

Analysens perspektiv

Hvorvidt en innsatsfaktor i helsevesenet er en kostnad eller ikke, avhenger av valg av perspektiv. Pasientenes kostnader til refusjonsberettigede legemidler er f.eks. begrenset til egenandelen. Rikstrygdeverkets kostnader tilsvarer det offentlige refusjonstilskudd som ikke betales av pasienten. Dersom samfunnets perspektiv legges til grunn, tilsvarer kostnaden apotekets utsalgspris for det refusjonsberettigede legemidlet, dvs. summen av pasientens egenandel og det offentlige refusjonstilskuddet. Tilsvarende resonnement gjelder også mellom ulike institusjoner i helsevesenet. For eksempel kan et legemiddel som reduserer liggetiden i sykehus, føre til større behov for hjemmepleie. Noen av disse kostnadene betales av sykehuset, andre av Rikstrygdeverket, kommunen og av pasientene.

Valg av perspektiv avgjør hvilke kostnader og konsekvenser som skal regnes med i en helseøkonomisk undersøkelse. Fra utvalgets ståsted er det åpenbart at det er det samfunnsmessige perspektivet som er det mest relevante. Valg av perspektiv er viktig fordi ulike perspektiver kan gi ulik informasjon og ulike valg. I økonomiske analyser av helsetiltak er det derfor av sentral betydning å redegjøre for hvilke perspektiv som ligger til grunn og for hva analysen skal brukes til. Helst bør perspektivet redegjøres for allerede i undersøkelsens problemdefinisjon.

Innhenting av klinisk grunnlagsdokumentasjon

En av de største utfordringene ved økonomisk evaluering av helsetiltak, er hvordan en skal skaffe til veie de nødvendige grunnlagsdataene om kostnader og medisinske konsekvenser av forskjellige helsetilbud. Muligheten til å innhente denne type informasjon vil variere mellom ulike behandlingstilbud og ulike former for teknologier. En årsak til dette kan være at det for enkelte helsetjenester ikke er vanlig å gjøre denne typen systematiske studier. Selv om innhenting ikke er vanskelig fra et vitenskapelig perspektiv, kan det by på praktiske problemer for andre enn helsepersonell å innhente nødvendige data. Et annet problem kan være at selve datainnhenting kan være krevende både fra et vitenskapelig og økonomisk synspunkt. I forbindelse med gjennomføringen av økonomiske analyser av helsetiltak, går det således et skille ved om hvorvidt et helsetilbud er dokumentert gjennom vitenskapelig kontrollerte kliniske studier, eller ikke. For f.eks. legemidler vil det alltid foreligge vitenskapelig kontrollerte og randomiserte kliniske studier, mens nye kirurgiske prosedyrer må dokumenteres gjennom andre prosedyrer.

For legemidler er det derfor mulig å utføre datainnsamlingene retrospektivt, dvs. i etterkant av en enkelt kontrollert klinisk utprøving, dersom en slik utprøving er gjennomført. Dersom det eksisterer flere studier, kan det eventuelt gjøres metaanalyser av et antall slike kliniske studier. Ofte anses det imidlertid som hensiktsmessig å utføre datainnsamlingen prospektivt, dvs. parallelt med de kontrollerte kliniske utprøvingene. Datainnsamlingen starter gjerne i fase tre av de kliniske utprøvingene. I denne fasen av de kliniske forsøkene gjøres omfattende utprøvinger på pasienter for å bestemme legemidlets terapeutiske effekter og så langt mulig bivirkningsmønster og bivirkningsfrekvens, samt sammenligninger med aksepterte behandlingsmetoder og/eller en annen kontrollgruppe. Hverken retrospektive eller prospektive studier i fase tre er uproblematisk når det gjelder innsamling av data til legemiddeløkonomiske analyser. Det kan knytte seg problemer til at kliniske studier ikke alltid er representative for senere klinisk praksis ellers i helsevesenet, av og til kort oppfølgingstid og for små populasjoner. Et annet problem kan være at man i enkelte kliniske studier sammenligner et nytt legemiddel med placebo. Dette gir begrenset informasjon om effekten av et nytt legemiddel i forhold til alternative behandlingsformer. Enkelte av problemene kan reduseres dersom det legges større vekt på utforming og tilpasning av de kliniske utprøvingene, datainnsamlingen og tolkningen av resultatene. Problemene må imidlertid ikke undervurderes. Kvaliteten på helseøkonomiske undersøkelser vil selvsagt aldri være bedre enn kvaliteten på de medisinske grunnlagsdataene.

Usikkerhet og tidsforskyvning

Usikkerhet er knyttet til de fleste komponenter i en økonomisk analyse. De mange usikkerhetsfaktorer nødvendiggjør såkalte sensitivitetsanalyser eller følsomhetsanalyser.

Hensikten med disse er å undersøke hvordan analysens resultater påvirkes dersom forutsetningene forandres. Følsomhetsanalyser innebærer at man kan få klarlagt kritiske verdier for usikkerhetsfaktorer, dvs. hvor langt en faktor kan endres i ugunstig retning før dette er av betydning for analysens resultat. Vanligvis er det enklest å endre én usikkerhetsfaktor av gangen, men det kan også foretas beregninger for usikre faktorer der man endrer flere variabler samtidig.

Mange mennesker oppfatter verdien av et helsetiltak som større jo nærmere i tid det ligger. Dette innebærer f.eks. at man anser det som mer verdifullt å bygge ut et helsetilbud for en hypotetisk gruppe personer i dag enn om 20 år. Dersom man legger et slikt syn til grunn, vil det være riktig å neddiskontere fremtidige helsegevinster for å gjøre dem sammenlignbare over tid. Det argumenteres imidlertid også mot diskontering av fremtidige helsegevinster, fordi det betyr at man nedvurderer verdien av fremtidige generasjoners helsetilbud. Valg av rentefot til beregning av

nåverdi er også et omdiskutert emne, og ulike syn eksisterer om hvilken rentefot som skal benyttes for offentlige tiltak. Generelt er det slik at jo høyere rentefot som benyttes, jo større vekt legger man på at helsetiltaket settes i gang i nær fremtid. Dette valget vil i alle tilfeller være preget av usikkerhet, og det bør ofte utføres beregninger basert på ulike rentesatser. En rentefot som ofte anvendes i helseøkonomisk litteratur, er 5 pst p.a.

7.4 OPPSUMMERING

Bruken av forskjellige analyseredskaper er en forutsetning for å kunne foreta rimelige prioriteringer av helsevesenets oppgaver. Det er derfor av stor betydning at de mennesker som skal treffe beslutninger har tilstrekkelig informasjon om grunnlaget for og konsekvensene av prioriteringer. Det er opplagt at bruk av ressurser på ineffektive helsetiltak, uvegerlig trekker ressurser vekk fra tiltak med sikker dokumentert medisinsk effekt.

Medisinsk teknologieuvaluering kan bidra til å belyse konsekvensene av forskjellige initiativer i et bredt perspektiv. Metodens betydning må ikke utelukkende ses ut fra at den bidrar til å analysere konsekvensene av å innføre f.eks. ny medisinsk apparatur, eller behov for endring av organisasjonsform. Medisinsk teknologivurdering er også viktig for å skape erkjennelse om at helsevesenet er organisatorisk meget komplekst sammensatt, hvor beslutninger kan ha konsekvenser på mange forskjellige områder, og at disse konsekvensene ofte må trekkes inn i vurderingene om hvilke tiltak som skal prioriteres.

Helseøkonomiske analyser bør ha en viktig rolle i å skape oversikt over hvilke alternative anvendelsesmuligheter en har innenfor en fast budsjettamme. Økonomiske analyser av helsetiltak er derfor viktige i forbindelse med helsepolitikkenes førsteordensbeslutninger.

Analyseredskapenes rolle er å bidra til å informere beslutningstakere. De erstatter ikke vanskelige verdibaserte valg, omhyggelig vurdering, godt klinisk skjønn eller sunn fornuft. De kan således ikke være det eneste beslutningsunderlaget for prioriteringsbeslutninger. Andre betraktninger, om likhet, rettferdig fordeling, tilgjengelighet, individuelle preferanser m.m. må også legges til grunn. Derfor er det viktig at disse analyseredskapene brukes med kunnskap om hvor langt de rekker, og at de suppleres med forståelse for hvordan sykehus og andre enheter i helsevesenet er organisert, og for det medisinske arbeidets karakter. Ikke minst er det viktig å få oppøvd evnen til etisk refleksjon.

KAPITTEL 8

Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen**8.1 INNLEDNING**

I det norske samfunn står målene om likhet og rettferdig fordeling sterkt. Helse er et grunnleggende gode for alle, og sykdom og lidelse er ofte utenfor individets egen kontroll. En viktig oppgave for den offentlig finansierte helsetjenesten er derfor å tilby alle, uavhengig av forhold som økonomisk betalingsevne, bosted og sosial status m.m., grunnleggende helsetjenester. Dette omfatter en lang rekke tjenester som behandling av akutte tilstander, diagnostisering av sykdom og forebygging av for tidlig død, lindring av smerter og lidelse, sikring av muligheten til å leve og fungere tilfredsstillende i samfunnet, eller tilbud om informasjon som setter oss i stand til å ta ansvar for egen helse. Det er et mål at helsetjenester som kan hjelpe mennesker som er rammet av sykdom, skade eller funksjonshemming skal være av god kvalitet, og at de skal tilbys raskt. Tilbudet bør i størst mulig grad dekke behovet for nødvendige medisinske tjenester gjennom hele livsløpet. Disse målsettingene er i tråd med tidligere vedtatte nasjonale mål for helsetjenesten.

Det er ikke utvalgets oppgave eller ønske å foreslå å redusere omfanget av eller kvaliteten på de tjenestene som blir tilbudt i dag. Som vist i tidligere kapitler, er allikevel prioritering en nødvendig del av ethvert helsevesen. Det er m.a.o. nødvendig å klarlegge hvor grensene for det offentlige ansvar går, både i utvidende og innskrenkende forstand. Dels kan det være at visse helsetjenester tilbys i for lite omfang idag, dels tilbys trolig også helsetjenester som det offentlige ikke bør ta hovedansvaret for. Omfanget av slike helsetjenester som det er medisinsk mulig å yte, men som vanskelig kan betegnes som grunnleggende eller nødvendige, vil kunne øke i årene som kommer. I en slik situasjon er det nødvendig med overordnede retningslinjer og prinsipper som kan legges til grunn i vurderingen av hvilke helsetjenester som skal omfattes av det offentliges tilbud. Det er liten tvil om at noen tiltak bør ha forrang fremfor andre.

I dette kapitlet vil utvalget legge frem verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen. Fremstillingen vil ta for seg hensyn som er aktuelle både for første- og annenordensbeslutninger. Det er et ideal at alle beslutninger om prioritering, uansett karakter, i prinsippet skal kunne begrunnes overfor pasienten med henvisning til de prinsipper og kriterier som blir diskutert her. Prinsippene og kriteriene er relevante for politikere, helseadministratorer, mediarepresentanter og andre som deltar i diskusjonen og beslutningsprosessen knyttet til helsevesenets gjøremål. De er også relevante for ledere og utøvere av klinisk virksomhet som må praktisere og «oversette» dem til sin kliniske hverdag.

Som tidligere vist, foregår det en omfattende debatt internasjonalt om prinsipper for prioritering. Land som er kommet langt er bl.a. Nederland, Danmark, New Zealand og staten Oregon i USA. I Norge ble debatten om prinsipper for prioritering påbegynt allerede for ti år siden. Prinsippene som har vært formulert er til en viss grad forskjellige, men de preges først og fremst av en betydelig grad av overlapping. Kanskje er det først og fremst valget av terminologi som er forskjellig.

Prinsippet om fordeling etter behov, som står sentralt både i Danmark, Nederland og Sverige, rommer f.eks. både elementer av alvorlighets- og effektkriteriet

slik det er brukt i den norske prioriteringsdebatten. Alle land legger også vekt på at kostnader og kostnadseffektivitet er et nødvendig prioriteringsprinsipp.

8.2 NOEN ENKLE EKSEMPLER PÅ SAMMENHENGER MELLOM HELSEPOLITISKE MÅL OG PRIORITERINGSREGLER

Tor Iversen ved Senter for Helseadministrasjon har ved noen enkle eksempler illustrert hvordan anvendelse av prioriteringsprinsipper og -kriterier slår ut med hensyn til rangering av behandlingstilbud (Iversen T, 1996). Utvalget vil her kort gjengi eksemplene og hovedpoengene som en innledning til den mer generelle drøftingen av prinsipper og kriterier for fordeling av helsegoder.

Illustrasjonen tar utgangspunkt i tre typer behandling for tre pasientgrupper (behandlingene er ikke alternative medisinsk sett). For enkelhets skyld er effekt av behandling anslått kun ved forskjellen av sannsynligheten for overlevelse i 5 år med og uten behandling, jf. tabell 8.1.

Tabell 8.1: Eksempel på tre pasientgrupper og tre behandlingstiltak med forskjellige karakteristika

	Pasientgruppe I Behandling I	Pasientgruppe II Behandling II	Pasientgruppe III Behandling III
5 års overlevelse uten behandling	5 %	30 %	92 %
5 års overlevelse med behandling	15 %	60 %	97 %
Kostnad i kr per pasient	100 000	100 000	100
Antall pasienter	100	100	100
Kostnad i kr per reddet liv	1 000 000	333 300	2 000

Tabellen viser at i pasientgruppe I er det bare 5 pst av pasientene som overlever 5 år uten behandling I. Med behandling I øker overlevelsesprosenten til 15. Antall pasienter er 100. Det betyr at 10 pasienter som ikke ville overleve uten behandling, vil overleve med behandling. Med en behandlingstkostnad på 100 000 kr pr. pasient, blir kostnaden pr. reddet liv lik 1 000 000 kr. Tilsvarende gjennomgang kan gjøres for de andre gruppene. Eksemplene er valgt slik at overlevelsesprosenten uten behandling, effekt av behandling og behandlingstkostnad er forskjellig for de ulike gruppene.

Prioriteringsrekkefølgen for disse tre behandlingene vil så avhenge av hvilket prinsipp som anvendes. Iversen ser på fem alternativer:

- Prioritering etter alvorlighet
- Prioritering etter effekt
- Mest mulig helse for pengene (fordelingseffektivitet)
- Prioritering etter alvorlighet gitt at kostnaden pr. reddet liv er mindre enn en nærmere bestemt øvre grense
- Mest mulig helse for pengene gitt at sykdommen tilfredsstillende en nedre grense for alvorlighet

Tabell 8.2 fremstiller resultatene. Tallet 1 indikerer den behandling som blir iverksatt først, tallet 2 den neste som blir iverksatt, osv. Merk at hvor mange av behandlingene som faktisk blir iverksatt, vil avhenge av hvor store ressurser som samlet er til disposisjon.

Tabell 8.2: Eksempel på rangering etter ulike prinsipper

	Behandling I	Behandling II	Behandling III
A: Prioritering etter alvorlighet	1	2	3
B: Prioritering etter effekt	2	1	3
C: Mest mulig helse for pengene	3	2	1
D: Prioritering etter alvorlighet gitt at kostnad pr. reddet liv er mindre enn 900 000 kroner	Ikke aktuell	1	2
E: Mest mulig helse for pengene gitt at overlevelse uten behandling er mindre enn 90 %	2	1	Ikke aktuell

Ut fra tabell 8.2 ser vi for eksempel at ved prioritering etter alvorlighet skal behandling I prioriteres foran de to andre, siden overlevelsesprosenten der er lavest uten behandling. Hvis imidlertid kriteriet er mest mulig helse for pengene, vil behandling I komme sist. Vi ser videre at prioritering etter effekt ikke gir samme rekkefølge som den prioritering som gir mest helse for pengene. Behandling III gir liten effekt, men også til en lav kostnad. Med andre ord, ressurser brukt til behandling II vil gi større samlet effekt hvis de benyttes til behandling III. Alternativkostnaden er høyere enn gevinsten.

Utvalget vil påpeke noen generelle poeng som kan trekkes ut av eksemplene:

1. Optimal prioritering av behandlinger avhenger av de mål helsevesenet skal ivareta
2. En kan få mye helse ut av pengene ved å prioritere behandlinger som har liten effekt, bare de er billige nok
3. Kostnader har ingen betydning for prioritering etter kriteriene A og B
4. Nytte-kostnadsanalyser har bare interesse for prioriteringsbeslutninger etter kriteriene C, D og E
5. Lønning I-utvalgets fem prioriteringsnivåer - er en (litt uklar) blanding av kriteriene A og B
6. Hvor mange av de aktuelle tiltak som faktisk blir iverksatt, vil avhenge av hvor mye ressurser man samlet har til disposisjon

Selv om dette er et forenklet teoretisk eksempel, kan det tydeliggjøre hvordan alternative normer eller mål påvirker den konkrete rangering av pasientgruppene. Et tema for videre forskning kunne være å etterspørre befolkningens, pasientenes, helsepersonellens og politikernes syn på eksempler av denne type. Erik Nord har vist i flere studier at det er betydningsfulle forskjeller mellom ulike personer og grupper syn på hvilke hensyn som bør ha størst vekt (se f.eks. Nord, 1993, og Nord og medarbeidere, 1995).

8.3 PRIORITERING ETTER TILSTANDENS ALVORLIGHETSGRAD

Tilstandens alvorlighetsgrad har vært et mye omtalt prioriteringsprinsipp i Norge siden det først ble drøftet systematisk i NOU 1987: 23. Etter utvalgets vurdering kan begrepet defineres som et uttrykk for prognosetap dersom behandling eller andre tiltak ikke iverksettes.

Hvorvidt en tilstand er alvorlig, bør etter utvalgets mening, fastlegges ut fra en vurdering av:

- Risiko for død eller funksjonstap

- Graden av fysisk og psykisk funksjonstap
- Smerter, fysisk eller psykisk ubehag (som f.eks. tung pust, svimmelhet, angst)

Det er antakelig stor enighet om at tilstandens alvorlighetsgrad i seg selv ikke tilsier høy prioritet til behandlingstiltak, dersom pasienten (eller pasientgruppen) bare kan forvente meget liten eller ingen nytte av tiltaket. Med unntak for pleie og omsorg er alvorlighet en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for prioritet innen den offentlige helsetjeneste.

Utvalget er av den oppfatning at hensynet til de dårligst stilte (de med mest alvorlig lidelse) ikke taler for at behandlingstiltak uten tilstrekkelig effekt skal ha høy prioritet. Derimot taler hensynet til alvorlighet ubetinget for at alle skal gis grunnleggende pleie og omsorg, uansett om andre handlingsvalg faller bort. Hvilken vekt dette prinsippet kan ha i andre prioriteringssituasjoner, drøftes mer utførlig under punkt 8.6.

8.4 PRIORITERING ETTER FORVENTET NYTTE

I nyere internasjonal prioriteringsdebatt foreslås det at den nytten pasienten kan ha av et medisinsk tiltak, skal gis stor vekt ved vurdering av prioritet. Stor nytte skal ha høyere prioritet enn liten nytte, og tiltak som ikke er til noen nytte, skal ikke ha prioritet. Prinsippet kan begrunnes i helsetjenestens målsetting: Helsetjenesten skal hjelpe mennesker som er rammet av sykdom, skade eller funksjonshemming. De som kan hjelpes mest, dvs. har størst nytte av tiltak, skal ha høyest prioritet. De som kan få minst hjelp og derfor må forsake minst ved ikke å få hjelp, skal ha lavere prioritet. Andre har påpekt at dette kan kvalifiseres til at over en viss terskel skal alle ha lik prioritet, eller prioritet proporsjonalt med den forventede nytte.

Prinsippet om å prioritere etter forventet nytte virker, isolert sett, tiltalende for mange. Det ligger blant annet til grunn for den endelige rangering av tiltak i den nord-amerikanske staten Oregons prioriteringsliste. Prioritering etter forventet nytte er antakelig en av medisinenes «tatt-for-gitt-heter», for å bruke sosiologiens terminologi. Utvalget mener at prinsippet bør stå sentralt, men at nytten også må ses i forhold til behandlingstkostnader. Forholdet mellom medisinsk effekt og nytte må også klargjøres.

Det er vanlig å skille mellom medisinsk effekt og nytte. Den medisinske effekt av et tiltak kan være:

- økt sannsynlighet for overlevelse
- fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- smertereduksjon eller reduksjon av fysiske og psykiske plager

Disse behandlingsresultatene kan tilordnes en verdi på ulike måter, og verdien kan betegnes som nytten av behandling. Hvordan behandlingseffekt skal verdsettes, og hvem som skal gjøre det, er et sentralt spørsmål innen prioriteringsdebatten. For eksempel er det vist at pasienter, leger og sykepleiere, og friske personer, ikke verdsetter de samme behandlingsutfall likt. Metoder for å verdsette effekt er et sentralt forskningsområde, og det finnes i dag ingen konsensus om hvilken metode som er den beste (E. Nord, 1993).

8.5 KOSTNADER OG KOSTNADSEFFEKTIVITET

Arbeidet i helsesektoren bør helst skje så effektivt som personell, bygninger og teknisk utstyr tillater. Dette innebærer at alle tiltak med en gitt kvalitet skal ytes til lavest mulige kostnader. Hvis disse forutsetninger gjennomføres, får vi en effektiv ressursbruk. Dette kan betegnes effektiv måloppnåelse.

En ytterligere og viktigere betingelse i prioriteringssammenheng er at den gitte ressursinnsatsen i helsesektoren må brukes på de pasientene som samlet får den høyeste helsegevinsten, målt ved forbedret livskvalitet og forlenget levetid. Dette kalles fordelingseffektivitet. I kravet om fordelingseffektivitet ligger blant annet at hvis man må velge å gi bare én av to pasientgrupper behandling der diagnosen er forskjellig, men ressursinnsatsen den samme, skal den som har størst forventet helsemessig gevinst av behandling velges.

Konsekvensen av dette er at vi i en prioriteringsdiskusjon må sette pasienter og pasientgrupper opp mot hverandre. Dette gjelder både når fremtidig behandlingskapasitet skal planlegges og ved utnyttelse av eksisterende kapasitet. Økte budsjetter gjør ikke nødvendigvis prioriteringsspørsmålene enklere. Selv ved betydelig økning av ressursrammene, må vi foreta den samme type rangering og utvelgelse av de pasientene som bør gis behandling. Prinsippene vil være de samme, men terskelen for å få behandling vil være lavere.

I en situasjon med ressursknapphet, innebærer tilbud om potensielt nyttig behandling for én person at andre vil bli nektet potensielt nyttig behandling (eller får et annet tilbud). Vi er her ved et kjernepunkt i hvordan økonomisk teori angriper prioriteringsspørsmål, og hva som legges i begrepet kostnader. Kostnadene ved å behandle én pasient er den forventede gevinst eller nytten som må forsakes hvis den samme ressursinnsatsen var blitt benyttet på andre pasienter som nå ikke blir behandlet.

Når det argumenteres med at ressursinnsatsen i helsesektoren bør konsentreres om de behandlinger eller behandlingsformer som er kostnadseffektive, er det for å sikre at gevinstene av den behandlingen som faktisk tilbys, er større enn de potensielle gevinstene som må forsakes av dem som nektes behandling. Igjen er dette en følge av målsettingen om å oppnå så store gevinster som mulig ut fra begrensede ressurser.

Så lenge vi ikke kan løse alle problemer samtidig, vil behandling av én pasient medføre fortsatt forsakelse for andre. Dette er de reelle kostnadene. Denne forståelse av kostnader bør stå sentralt i enhver prioriteringsdiskusjon, uavhengig av hvilken tankemodell man baserer seg på. Fordi kostnadene ved å behandle en pasient kunne vært anvendt for en annen pasient, vil det alltid være relevant å vurdere alternativkostnader i en prioriteringssammenheng.

8.6 AVVEINING MELLOM ULIKE PRINSIPPER FOR PRIORITERING

Det virker umiddelbart riktig at tiltakets nytte skal ha betydning ved vurdering av prioritet. I mange tilfelle vil også hensynet til fordelingseffektivitet og hensynet til pasienters beste gå sammen. Det er ikke et gode å bli utsatt for tiltak som ikke har den ønskede virkning, men derimot kanskje andre og uønskede virkninger. En del av kritikken mot samfunnets medikalisering har rettet seg mot slike tiltak. Tilsvarende er det uten tvil et fortrinn ved et tiltak at det fører til ønsket resultat.

På den annen side forekommer det også intuitivt riktig å legge vekt på hvor alvorlig sykt et menneske er, når prioritet skal fastlegges. Den sterkt lidende må ha forrang fremfor den trivielt syke. Slik sett er prinsippene klare. Når de skal anvendes, oppstår to type problemer. Det ene gjelder avveiningen mellom prinsippene. Det andre gjelder overføringen av hvert av prinsippene til størrelser som lar seg måle i praksis. Utvalget vil antyde viktige trekk ved dem her.

8.6.1 Forholdet mellom alvorlighet og nytte

To hensyn er grunnleggende i diskusjonen om hvordan handlinger kan begrunnes som rettferdige. De kan knyttes til henholdsvis en plikt-etisk tradisjon og en konsekvens- eller nytte-etisk tradisjon. Å handle riktig etter den første tradisjonen, er å handle ut fra forpliktende normer. Handlingene er riktige eller gale i seg selv, bedømt ut fra disse normene. Disse må igjen rettferdiggjøres ved argumentasjon, f.eks. en argumentasjon som går ut på at de aktuelle normene gir uttrykk for allmenne verdier. Etter den andre tradisjonen skal handlinger begrunnes ut fra hvilke konsekvenser de har. Virkningene må vurderes i forhold til bestemte mål. Valget mellom handlinger skal skje ved at beslutningstakeren sammenligner og veier handlingene med hensyn til konsekvensene. Skillet mellom prinsipper knyttet til de to tradisjonene svarer også til skillet mellom handlinger som er mål i seg selv (er verdirasjonelle), og handlinger som er midler til å nå et annet mål (er formålsrasjonelle).

Overføringer fra allmenne prinsipper til mer konkrete retningslinjer er ikke enkelt. Men det må kunne gå an å si at prioritering etter tilstandens alvorlighetsgrad er et prinsipp som kan begrunnes plikt-etisk, mens nytte kan begrunnes nytte-etisk.

Et sentralt spørsmål er hvilken avveining det skal være mellom de to prioriteringskriteriene alvorlighet og nytte. Behandlingsformer som helt klart er i samsvar med begge prinsipper, og behandlingsformer som like klart ikke er det, er lette å bedømme når det gjelder prioritering: Meget virkningsfulle behandlinger av alvorlige lidelser må prioriteres høyt. Begge hensyn trekker i samme retning. Om de i tillegg er billige, kan prioriteringen skje med enda mindre tvil. På samme måte er det akseptabelt å nedprioritere virkningsløs behandling av minimalt belastende lidelser, særlig om behandlingen er dyr. Også her vil prinsippene veie sammen. Problemet er hvordan avveiningen skal skje hvis hensynet til alvorlighet og nytte trekker i hver sin retning.

Det er antydnet at likhet eller et ideal om resultatlikhet kan være en begrunnelse for ønsket om å prioritere tiltak for pasienter med de mest alvorlige helseproblemer. De helsetilstander som i størst grad avviker fra normal/lik helse, skal ha høyest prioritet. Lik helse i befolkningen er imidlertid ingen realistisk målsetting. Idealet om resultatlikhet er, som allerede NOU 1987: 23 påpekte, for ambisiøst, og det er en praktisk umulighet. Moderne medisin kan ikke kurere alle sykdommer og lidelser som oppstår. Hvis man skal tilstrebe lik helse for alle i befolkningen, vil det innebære at ressurser i vesentlig grad må kanaliseres til personer med størst avvik fra normal helse, uavhengig av prognose og kostnader. En slik politikk vil kreve store forsakelser fra dem som kan bli vesentlig bedret. Vi må akseptere at moderne medisin ikke kan gi alle lik helse. NOU 1987: 23 introduserte en alternativ likhetsdefinisjon: «Helsetjenestene bør tilbys slik at alle skal kunne bli så friske som de etter sine forutsetninger har mulighet for.» Denne definisjonen tar hensyn til at ikke alle diagnoser har like god prognose. Men definisjonen sier ikke noe om hva likhet innebærer, hvis ressursene ikke strekker til. Det er også uklart om det er denne definisjonen som begrunner vektleggingen av sykdommens alvorlighetsgrad.

Utvalget mener at prinsippet om resultatlikhet, i betydningen lik helsetilstand, er basert på et uopnåelig ideal. Det kan ikke anbefales. Vi bør formulere og forsvare prinsipper for fordeling som er praktisk mulige. Vi bør samtidig ta vare på de moralske intuisjoner som ligger under den sterke vektleggingen av hensynet til de dårligst stilte pasientene.

8.6.2 Forholdet mellom alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet

Undertiden kan kostnadene være hensynet som utgjør tungen på vektskålen: Hvis tilstanden er svært alvorlig og tiltaket er moderat nyttig, men ganske billig, kan det være god grunn til å forsøke. Er derimot kostnadene ekstremt store, kan det være grunn til å ikke gjøre det.

Målet om fordelingseffektivitet er imidlertid ikke ukontroversielt. Selv om «mest mulig helse for pengene» er et kraftfullt slagord, viser det seg at det kan komme i konflikt med andre hensyn. Helseøkonomen Erik Nord har for eksempel gjennom en rekke empiriske studier vist at nordmenn (og andre) i liten grad vil legge vekt på hensynet til fordelingseffektivitet når det skal prioriteres mellom pasientgrupper. Noen mener f.eks. at vi ikke bare skal legge vekt på størrelsen på den forventede helsegevinst (alle har «lik rett» til behandling dersom den er virkningsfull). Andre mener at vi ikke bare bør legge vekt på behandlingens kostnader, som det fører til at én pasient med alvorlig sykdom må forsake en stor helsegevinst, til fordel for mange mindre alvorlig syke pasienter som kan oppnå små helsegevinster for samme kostnad.

Disse modifikasjoner av fordelingseffektivitetsprinsippet blir ofte begrunnet ut fra andre syn på hva som er rettferdig. Dette blir ofte formulert slik: Hensynet til en rettferdig fordeling av helsegoder kan sideordnes i forhold til hensynet til effektiv ressursutnyttelse. Utvalget mener at fordelingseffektivitet bør være en viktig målsetting, men at dette må avveies i forholdet til målet om fordelingsrettferdighet.

Oppsummerende kan det konkluderes at kriteriene tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet alle er relevante, men vektleggingen vil variere i forhold til hvilke overordnede mål som legges til grunn. Sammenlignet med tidligere retningslinjer, mener utvalget at tiltakets nytte og kostnadseffektivitet må tillegges noe større vekt.

8.6.3 «De kvantifiserbare måltalls tyranni»

Begrepet alvorlighet rommer mange dimensjoner. Blant dem er risikoen for død, risikoen for varige plager, omfanget av mulig varig funksjonsnedsettelse, styrken på smerter og hvor lite selvhjulpen den syke er. Det finnes ikke noe felles mål for disse dimensjonene som gjør dem sammenlignbare. Det kan være vanskelig nok å gi presise utsagn om graden av alvorlighet for hver enkelt av dem.

For nytte finnes bedre utarbeidede mål, fordi klinisk forskning gjør det nødvendig å utarbeide slike. Medisinsk effekt måles helst ved såkalte objektive mål, og resultatene blir gjerne uttrykt statistisk for et utvalg av forsøkspersoner. Begrepet nytte brukes her som verdien av alle former for behandlingsresultater. Når prioritering etter forventet nytte skal vektlegges sterkere ved vurdering av prioritet, blir det enklere å operasjonalisere fordelingskriteriene. Men det kan samtidig ha den utilsiktede virkning at hensyn som ikke like lett lar seg konkretisere og måle, blir tillagt mindre vekt. Samtidig må det understrekes at også når det gjelder nytte, er det vanskelig å sammenligne på tvers av forskjellige tilstander, for eksempel å sammenligne reduksjon av smerte med kurativ behandling av en akutt lidelse.

Nyttemål er lettest å utforme i kurativ somatisk medisin. Det kan bero på at denne delen av medisinen gjennomgående har størst virkning, slik at kravene til finmåling ikke er så store. I tillegg kan det skyldes at denne delen av medisinen er sterkere naturvitenskapelig forankret, og kan gjøre bruk av de høyt ansette og sosialt virkningsfulle metodene og resultatmålene som finnes der, sammenlignet med for eksempel psykiatrien.

Uansett årsak kan dette bety noe for prioriteringsavgjørelser. I den grad nytte av tiltak skal telle, vil behandling med velmålt nytte ha et fortrinn. Det kan favorisere

for eksempel kurativ somatisk medisin fremfor psykiatrisk helsetjeneste. Der resultater ikke kan måles som endringer i pasientens tilstand, slik det ofte er tilfelle ved pleie og omsorg, blir det enda vanskeligere å nå frem ved å vise til effekt eller nytte.

Man kan forholde seg til dette på to måter. Den ene er å satse på å finne resultatmål som gjelder arten og omfanget av arbeidet som blir utført, heller enn virkningen for pasienten. Den andre er å si at slikt arbeid må begrunnes og formes ut fra anerkjente verdier og normer, slik de kommer til uttrykk gjennom hensynet til menneskeverdet.

Utvalget anbefaler den siste løsningen: Det er en utvilsom plikt i et godt samfunn å ta seg av mennesker som ikke kan klare seg selv. Å gjøre livet levelig er i seg selv godt, og trenger ingen ytterligere begrunnelse. Det vil være kunstig å henvise til nytteprinsippet i denne sammenheng. Det vil dessuten kunne lede til en måte å tenke på slikt arbeid, som vil være i strid med arbeidets karakter. Det kan i sin tur gå utover kvaliteten på arbeidet.

8.7 NÆRMERE OM KRAVENE TIL DOKUMENTASJONENS KVALITET OG BEHANDLINGSEFFEKT

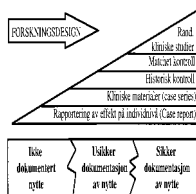
Når prioritering etter forventet nytte skal vektlegges sterkere ved vurdering av prioritet, kan det bli enklere å operasjonalisere fordelingskriteriene. Det vil samtidig stille store krav til vurdering av dokumentasjonens kvalitet.

8.7.1 Kravet til dokumentasjon

Et fundamentalt krav til en helsetjeneste som ønsker å være vitenskapelig basert i sitt valg av medisinske tiltak, er at tilbudene skal være dokumentert eller dokumenterbare. Slike krav må stå sterkt i en helsetjeneste som den norske, både når det gjelder tiltak rettet mot sykdomsbekjempelse og forebygging. At et tiltak skal være dokumentert, innebærer at en i størst mulig grad skal ha sikkerhet for at tiltaket har den ønskede innvirkning på den tilstanden en søker å påvirke. At et tiltak skal være dokumenterbart, betyr at det må være mulig å etterprøve om tiltaket har effekt på den aktuelle tilstanden, f.eks. at det på sikt er mulig å dokumentere effekten av lovende tiltak. Gjennom klinisk forskning tar en sikte på å belyse hvilken effekt diagnostikk og behandling har. Effektbegrepet har flere dimensjoner, og det å ta standpunkt til spørsmålet om hvordan behandlingseffekt skal måles og dokumenteres, har klare konsekvenser for prioriteringer, ikke bare knyttet til behandling av den enkelte pasient, men også for den overordnede politiske prioritering. Hvilke resultatmål en velger, og hvordan behandlingseffektene vurderes, vil også ha økonomiske konsekvenser. Problemet med vurdering av behandlingseffekt er av generell natur og vil gjenfinnes i all medisinsk praksis.

8.7.2 Det medisinske dokumentasjonshierarki

Medisinsk kunnskap er ervervet på ulike måter der kunnskapsbasen, dvs. graden av dokumentasjon, varierer. Dokumentasjonen av forskjellige behandlingstiltak kan graderes på en skala som går fra ikke-dokumentert nytte til dokumentert sikker nytte. Mellom disse to ytterpunktene er det en stor gråsoner der nytteverdien av behandlingen er usikker. I figur 8.1 viser vi det medisinske dokumentasjonshierarkiet som bl.a. er lagt til grunn i Nasjonal kreftplan.



Figur 8.1 Det medisinske dokumentasjonshierariet

Normalt regnes observasjoner basert på enkeltpasienter som et svært dårlig grunnlag for å gi generelle anbefalinger om behandlingseffekt. Effekt av behandling oppnådd i grupper av pasienter behandlet på en enhetlig måte, gir langt mer pålitelig informasjon. Men det er først når en behandlingsgruppe (f.eks. en gruppe gitt en ny behandling) sammenlignes med tilsvarende pasienter gitt en annen behandling, enten tidligere (såkalte historiske kontroller), eller samtidig («matchede» kontroller), at forskjeller kan avklares. Den beste måten å studere nye behandlingsformer på, er i form av såkalte randomiserte kliniske studier.

Dette «hierarki» av forskningsmetoder har vært kritisert, bl.a. fordi måten å få frem kunnskap på er tids- og ressurskrevende. Det hevdes også at man «kaster bort» informasjon som eventuelt kunne komme pasientene til nytte. Argumentene er selvsagt relevante, men det er i dag vanskelig å se realistiske alternativer med hensyn til forskningsdesign og analyse.

I randomiserte kliniske undersøkelser er oppmerksomheten rettet mot direkte sammenligning. Pasienter med samme diagnose inndeles i to grupper etter loddrekning. Den ene gruppen mottar den behandlingen som skal undersøkes, mens den andre mottar placebo, dvs. et virkningsløst middel. En slik design gir muligheten til å sammenligne effekten av en ny behandling med standardbehandlingen, eller mot placebo. Randomiseringsmetodene sikrer at man ved sammenligningen i størst mulig grad vurderer den medisinske effekten av en undersøkelse eller behandling, og ikke bare vilkårlige forskjeller mellom gruppene som sammenlignes. Slike randomiserte kliniske studier ble introdusert i den medisinske vitenskapen på slutten av 1940-tallet, og regnes som den kliniske forskningsdesignen som gir mest pålitelige resultater. Det optimale er at nye behandlingsprinsipper eller metoder utprøves i randomiserte kliniske studier, før de aksepteres som virksom behandling som skal gjøres allment tilgjengelig. En rekke av de helsetiltak som er i bruk både i Norge og andre land, har imidlertid aldri vært gjenstand for slike undersøkelser.

Kunnskapsbasen som ligger til grunn for behandling med «sikker nytteverdi» er som figur 8.1 viser omfattende, og vil baseres på studier med ulik forskningsdesign. Den viser også at behandling med sikker effekt og nytte ikke utelukkende baseres på randomiserte kliniske forsøk. Det er her viktig å skille mellom behandling som er tatt i bruk (etablert), og nye behandlingsformer. Det er vel kjent at en del av dagens standardbehandling ikke vil fylle kravene til vitenskapelig dokumentert nytte. Spørsmålet blir imidlertid hvilke krav vi skal stille til innføringen av ny behandling. Bør kravet alltid være studier med optimal forskningsdesign, m.a.o. randomiserte kliniske forsøk? Dette er ikke bare et spørsmål om forskningsmetodologi, men reiser viktige etiske og prioriteringsmessige problemstillinger.

Det er flere eksempler i medisins historie på at fremskritt er oppnådd uten kontrollerte kliniske studier. Slike fremskritt er imidlertid oftest oppnådd ved akutte sykdommer med et veldefinert sykdomsforløp, og hvor den nye behandlingen rep-

resenterte et langt skritt fremover. Effekten av nye behandlingsgjennombrudd bør likevel ideelt sett etterprøves på denne måten.

I figur 8.1 skiller det ikke mellom såkalt «skolemedisin» basert på naturvitenskapelige prinsipper og «alternativ medisin». I utgangspunktet stilles disse likt, men det stilles samme krav til dokumentasjon av behandlingseffekt. Dette innebærer at en behandling, selv om den er basert på skolemedisinske prinsipper, ikke er mer akseptabel enn annen behandling med udokumentert effekt, hvis kunnskapsbasen med hensyn til effekt ikke er til stede.

8.7.3 Myke vs. harde endepunkter

I kliniske studier tas det ofte sikte på å måle endringer i visse biologiske markører eller predikatorer som antas å ha sammenheng med sykkelighet og dødelighet. Disse omtales gjerne som myke endepunkter eller surrogatendepunkter, fordi de ikke uten videre sier hvilken effekt en medisinsk intervensjon har på reell sykkelighet og dødelighet (såkalte kliniske eller harde endepunkter). Et nærliggende eksempel er forhøyet blodtrykk, eller hypertensjon, som er en risikofaktor for sykkelighet og dødelighet av hjerte-karlidelser, f.eks. slag eller hjerteinfarkt. Hypertensjon er i utgangspunktet ingen sykdom, og blodtrykksreduksjon er således ikke noe behandlingsmål i seg selv. Forhøyet blodtrykk har derimot statistisk sammenheng med økt sykkelighet og dødelighet. Ved å senke blodtrykket vil statistisk sett sykkeligheten og dødeligheten reduseres noe, uten at en vet hvilke pasienter som har hatt nytte av behandlingen. Tilsvarende gjelder ved hyperlipidemi (høyt kolesterol). Målet med behandling er å forebygge kardiovaskulær sykkelighet som konsekvens av forhøyet blodtrykk eller hyperlipidemi. Dette er bakgrunnen for et økende ønske om å dokumentere legemidlers effekt, ikke bare på myke endepunkter som blodtrykk eller kolesterolnivå, men også på harde kliniske endepunkter som sykkelighet og dødelighet.

Forutsetningen for at et mykt endepunkt skal være relevant, er både at det har en statistisk relasjon til den aktuelle sykdom og at det finnes et patofysiologisk grunnlag for å anta at surrogatendepunktet reflekterer sykdomsprosessen. Venstre ventrikkelhypertrofi (abnorm vekst av hjertet) tilfredsstiller begge disse krav, og dokumentert tilbakegang av venstre ventrikkelhypertrofi brukes i dag som mål på vellykket behandling.

8.7.4 Generaliserbarhet av vitenskapelige forsøk til klinisk praksis

Ideelt sett bør effekten av medisinske innsatsfaktorer vurderes ut fra i hvilken grad studier gjort under kontrollerte og standardiserte betingelser, også er overførbare til den kliniske virkelighet innsatsfaktoren vil bli satt inn i. Pasienter som deltar i kliniske studier kan f.eks. være valgt ut på en slik måte at de har større effekt av behandlingen enn «normalpasienten». I kliniske studier følges dessuten pasientene svært nøye opp medisinsk, noe som kan gjøre dem lite sammenlignbare med andre pasienter. Enkeltstående forsøk på et standardisert pasientmateriale er ikke uten videre tilstrekkelig til å fastslå hvorvidt tiltaket har effekt på den pasientpopulasjonen legene vil møte i sin kliniske hverdag. På engelsk kan effektbegrepet deles i begrepene: efficacy, effectiveness og efficiency. Med «efficacy» menes effekten av en teknologi under optimale forhold (f.eks. i et laboratorium), på et pasientmateriale som er spesielt selektert for utprøving og nøye fulgt opp av helsepersonell. Med «effective» menes at den ønskede effekten av en medisinsk teknologi også inntreffer i daglig klinisk praksis, under mindre standardiserte betingelser. «Efficiency» brukes når en effekt oppnås med kostnader som er lave i forhold til nytten som tiltaket

genererer. Ettersom vi på norsk bare bruker ett ord (effekt), er det ekstra viktig at man i prioriteringsdebatten er enig om innholdet i begrepene.

8.7.5 Måling av livskvalitet

Det kan være naturlig både for helsepersonell og myndigheter å bruke enklere, lettere målbare «markører» for nytten av ulike tiltak. Det er imidlertid helt vesentlig for å kunne vurdere - og eventuelt øke - effektiviteten i helsevesenet at resultatmål for helsetjenesten er «helsegevinst» i form av redusert dødelighet, sykелighet, uførhet, smerte, ubehag og/eller livskvalitet, og ikke bare produktivitetsmål som for eksempel antall pasienter behandlet, antall prøver tatt, antall liggedøgn, tid på venteliste e.l.

Et behandlingstiltak kan ha flere formål og gi flere slags medisinske gevinster. For eksempel vil behandling av depresjoner både kunne gi medisinsk gevinst i form av bedret mental tilstand, gi økt nattesøvn, og muliggjøre gjeninntreden i arbeid eller daglige funksjoner. Mens de tradisjonelle målene for behandlingseffekt gjerne gjelder endringer i sykелighet og dødelighet i form av myke eller harde endepunkter, som ikke nødvendigvis oppleves av pasienten, utvikles det i dag instrumenter som gjør det mulig å måle mer subjektive oppfatninger av helsegevinster slik de oppfattes av pasienten. Den medisinske effekten av et helstiltak kan ved hjelp av ulike spørre- og klassifikasjonsskjemaer undersøkes før og etter at pasienten har gjennomgått en form for medisinsk behandling, og kan rapporteres f.eks. i form av antall kvalitetsjusterte leveår vunnet, jf. "[Analyseredskaper i prioriteringsdebatten](#)" i kapittel 7. Det er atskillige måleproblemer knyttet til slike metoder for måling av livskvalitet. De kan derfor ikke i dag erstatte kliniske endepunkter, men i enkelte tilfeller gi et supplement.

8.7.6 Presentasjon av kliniske forskningsresultater - absolutt vs. relativ risikoreduksjon

Effekten av medisinske intervensjoner kan presenteres både som relativ og absolutt endring i risiko for at en viss hendelse skal inntreffe. I markedsføringen av legemidler har særlig relativ risiko vært mye brukt. En reduksjon i dødelighet i en observasjonsperiode fra 4 til 2 pst gir f.eks. en absolutt risikoreduksjon på 2 pst, mens den relative dødelighetsreduksjonen er på hele 50 pst. Hittil har legene i liten grad vært opptatt med denne forskjellen i fremstillingsmåte. Hetlevik og Holmen har undersøkt hvordan en gruppe leger vurderte effekten fra en studie når de fikk de samme resultatene presentert på disse to ulike måtene (I Hetlevik og J. Holmen, 1994). Fra undersøkelsene gikk det frem at legene vurderte behandlingseffekten som større når den ble presentert i form av relativ risikoreduksjon, enn når resultatene ble presentert i form av absolutt risikoreduksjon. Det er svært viktig å være bevisst med hensyn til disse begrepenes innhold, og det er ønskelig at informasjon om risikoreduksjoner oppgis både i absolutte og relative tall. Ofte vil det også være klargjørende å anskueliggjøre effekten av behandling gjennom beregninger av hvor mange pasienter det er nødvendig å behandle for å unngå sykdom hos ett individ, på engelsk kalt number needed to treat. En reduksjon i dødelighet fra 3 til 2 pst i løpet av en viss periode vil f.eks. innebære at man har spart ett liv for hver gruppe på 100 pasienter som er behandlet i perioden. Hos de øvrige 99 pasientene har behandlingen kun medført en utgift og eventuelt gitt bivirkninger, jf. eksemplet nedenfor.

Eksempel: Behandling av høyt blodtrykk

I en artikkel i Tidsskrift for den norske Lægeforening drøfter Jostein Holmen betydningen av hvordan gevinsten av medikamentell risikointervensjon fremstilles (J. Holmen, 1994). Det vises bl.a. til den svenske Stop-studien hvor en undersøkte effekten av blodtrykksbehandling på 1 627 pasienter over 65 år i en periode på ca. 2,5 år. Studien er ofte brukt i argumentasjonen om at blodtrykksbehandling bør intensiveres, særlig hos eldre pasienter. Resultatene viste at ved bruk av medikamenter ble risikoen for hjerneslag redusert med 45 pst. I tillegg viste den også effekt på risiko for hjerteinfarkt og for død av alle årsaker. Dette er trolig en av de beste studiene som er gjennomført på dette feltet, og det er noe av den største behandlingseffekten som er vist i noe forsøk. Spørsmålet er: Hvor viktig er denne risikoreduksjonen for den enkelte pasient?

Tabell 8.3 og 8.4 viser de samme resultatene, men presentert på forskjellig vis, dvs. som relativ og absolutt risikoreduksjon. Sjansen for å være i live etter ett år er 96,5 pst uten behandling. Ved medikamentell behandling er sjansen 98 pst, dvs. en økning på 1,5 pst på et år.

Tabell 8.3: Effekten av medikamentell blodtrykksbehandling uttrykt som relativ risikoreduksjon. Fra den svenske Stop-Hypertension-studien. n = antall

	Placebo (n = 815)	Medikamenter (n = 812)	Relativ risikoreduksjon (%)
Alle infarkter	28	25	10 ¹
Alle hjerneslag	53	29	45
Døde totalt	63	36	43

1) Relativ risikoreduksjon regnes ut slik: $(28-25) \times 100 / 28 = 10$

Tabell 8.4: Effekten av medikamentell blodtrykksbehandling uttrykt som absolutt risikoreduksjon. Resultatene er fra den svenske Stop-Hypertension-studien, og er identisk med resultatene gjengitt i tabell 8.3.

Absolutt sjanse til ikke å få hjerteinfarkt, hjerneslag og død totalt pr. 100 pasienter pr. år			
	Placebo	Medikamenter	Absolutt risikoreduksjon (%)
Alle innfarkter	98,3	96,8	0,3 ¹
Alle hjerneslag	96,9	98,3	1,4
Døde totalt	96,5	98,0	1,5

1) Absolutt risikoreduksjon regnes ut slik: $98,3-96,8 = 1,5$

Helseatferd og annen risikoatferd er oftest styrt ut fra vurdering av den absolutte risikoen. Folk vurderer dessuten personlig risiko ulikt. Dette gjenspeiles i for eksempel bruken av tobakk, alkohol eller i terskelhøyden for å oppsøke helsevesenet. Mange mener at en økt risiko er prisen en er nødt til å betale for å leve et innholdsrikt og spennende liv. Andre tar forholdsregler mot helseskade og sykdom og bruker «sikkerhetsnett» på alle livets områder. Slik risikovurdering varierer sterkt fra person til person. Det varierer trolig mellom menn og kvinner, mellom unge og eldre, og trolig også mellom livsepoker hos ett og samme individ. Legene har ikke lett for å ta dette med i vurderingen av behandlingsindikasjoner, fordi det

ikke finnes noen god metode for å gi pasienten skikkelig innsikt i sin egen individuelle helserisiko. Mange fortsetter likevel å drikke, røyke, kjøre fort med bil og ta sjanser på mange områder, til tross for at de vet at dette medfører økt risiko for sykdom og skade. Det ville være merkelig om ikke tilsvarende individuelle variasjoner også gjelder for høyt blodtrykk og dyslipidemi. Det har vært fremholdt at legene kan «skremme» pasienter til å ta medikamenter ut fra en risiko de selv hadde villet overse, dersom de hadde hatt grundig innsikt i sin individuelle risiko. Et viktig spørsmål for legene er således om pasienten synes investeringen i form av legebesøk, undersøkelser, tablettinntak og kanskje bivirkninger rettferdiggjøres av slik bedret overlevelsesmulighet.

8.7.7 Fastsettelse av nedre grense for hvilke tiltak som anses nyttige

Prioritering etter forventet nytte kan også innebære at det settes en nedre grense for hvilke behandlingsutfall som kan anses som nyttige. Innen kreftbehandling for eksempel, er det vanlig å skille mellom ulike behandlingsmålsettinger: helbredelse, livsforlengelse, symptomforebygging og symptomlindring. I utredningen «Prioritering innen palliativ kreftbehandling» (Helsetilsynets utredningsserie 2-96) foreslås det å sette minimumskrav til nytte for de ulike behandlingsmålsettinger. For eksempel:

Helbredende behandling

Behandlingen skal gi 5-10 pst eller mer i bedret langtidsoverlevelse i forhold til ingen behandling eller tidligere standardbehandling. Det betyr at den absolutte sannsynlighet øker (f.eks. fra 10 til 15-20 pst) for å bli langtidsoverlever.

Livsforlengende behandling

Den mediane overlevelse skal forlenges med minst 20 pst eller minimum 3 måneder. Livsforlengelse måles som regel som midlere overlevelse for hele gruppen.

For andre diagnoser og tilstander kan det være aktuelt å formulere andre målsettinger. Bedring eller vedlikehold av funksjonsnivå, fysisk eller psykisk, er viktige målsettinger for store grupper pasienter. Utvalget har drøftet om det er ønskelig å formulere nedre grenser for «nyttig» behandling. Det er god grunn til å tro at slike grenser ligger til grunn for uformelle beslutninger om hva som er nyttig behandling eller ikke. Ved å konkretisere minimumsgrenser for hva som kan anses som nyttig behandling, vil det være mulig å komme til en felles forståelse om hvor disse grensene bør gå. Åpne anbefalinger av denne typen kan være til hjelp i konkrete prioriteringsdiskusjoner, særlig ved inndeling av tilstander og tiltak i prioritetsgrupper, og de kan bidra til større forutsigbarhet for pasienter og befolkningen for øvrig. I mangel av et etablert system for evaluering av medisinsk praksis og konkrete politiske prioriteringsbeslutninger, kan åpenhet om nedre grenser for behandlingsnytte være et skritt i riktig retning.

På den annen side er det alltid vanskelig å gi gode begrunnelser for hvorfor grensen settes akkurat der hvor den settes. Dersom medisinsk-faglige grenser blir satt for stramt, kan de også skjule at grensen også settes av hensyn til ressursknapphet.

8.8 LIKEBEHANDLING SOM RETTFERDIGHETSNORM

Forskjellige oppfatninger om hva som er rettferdig fordeling av goder og byrder, kan medføre ulik vektlegging av prioriteringsprinsippene. Som utgangspunkt for oppfatninger om rettferdig fordeling av helsegoder i norsk helsepolitikk, ligger det formale likebehandlings-prinsipp. Dette innebærer at:

- Like tilfeller skal behandles likt
- Ulike tilfeller kan behandles ulikt

Utvalget vil gi dette formale prinsipp et innhold som tilsier at like tilfeller, så langt mulig, skal behandles likt. Det betyr at hvis én pasient får et tilbud, bør det være et mål å gi alle pasienter i samme situasjon et likeverdig tilbud. Med samme situasjon menes at tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets nytte og kostnadseffektivitet er den samme.

Dette likebehandlingsprinsippet tilsier også at dersom en pasient er gitt prioritet, skal alle pasienter med samme eller høyere prioritet, så langt mulig, også ha et tilbud. Hvis det er enighet om at pasienter oppfyller de samme kriteriene, vil avvik fra denne rangeringen representere brudd på likebehandlingsprinsippet.

La oss for eksempel anta at man gjennom en allment akseptert prioriteringsprosess har besluttet at en gruppe pasienter ikke skal få en ny type behandling (fordi gevinsten er usikker og behandlingstkostnadene høye). Dersom en beslutningstaker innvilger behandling for én pasient av andre årsaker enn dem som anses som relevante, vil dette representere et brudd på likebehandlingsprinsippet. For de andre pasientene i samme situasjon, vil det være legitimt å henvise til likebehandlingsprinsippet. Mange slike brudd på likebehandlingsprinsippet kan undergrave prioriteringssystemets legitimitet.

Brukt på gruppenivå må likebehandlingsprinsippet forstås slik at alle pasienter i høyere prioritetsgrupper, så langt mulig, bør få tilbud om likeverdig behandling før noen i en lavere gruppe får det.

8.9 ANDRE KRITERIER FOR SORTERING OG RANGERING

Prioriteringskriteriene tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet bør alltid inngå i en avveining av hvilken prioritet et tiltak eller en pasientgruppe skal ha. I tillegg vil utvalget trekke frem noen kriterier som ofte er fremme i prioriteringsdiskusjonen, og drøfte om de bør inngå i en avveining, og i tilfelle på hvilket nivå.

8.9.1 Prioritering etter hastegrad

Hastegrad kan ses som et element av alvorlighetskriteriet. På den annen side kan hensynet til hastegrad like gjerne ses som et element av nyttekriteriet. Utvalget mener at det er riktig å vurdere hastegrad som et eget hensyn, uavhengig av både tilstandens alvorlighetsgrad og forventet nytte av tiltaket. Et eksempel kan klargjøre dette poenget: Hvordan bør det prioriteres mellom tiltak med god nytte som ikke «haster» (f.eks. kirurgisk behandling av leddgikt), og tiltak med liten eller usikker nytte som haster (f.eks. gjenopplivning av eldre pasienter med langtkommet kreft)? Det er mulig at det vil være best i samsvar med alminnelige oppfatninger av hva som er riktig, å prioritere den nyttige behandlingen fremfor å iverksette omfattende tiltak for å gjenopplive en pasient i livets slutfase, selv om hastegraden kan sies å være høy.

I utvalgets deltilråding til Sosial- og helsedepartementet, om ventelister og behandlingsgaranti av desember 1996, formulerte utvalget noen betingelser for at et tilbud bør gis innen en viss tid:

«Tidsfaktoren har betydning for et tiltaks prioritet dersom tilstanden er av en slik art at utsatt diagnose, behandling eller rehabilitering får alvorlige konsekvenser for pasientens helsetilstand.» (Vedlegg 1)

Utvalget forutsatte videre at tiltak som igangsettes er dokumentert effektive, og at de forventede resultater står i et akseptabelt forhold til kostnadene. Hastegrad er med andre ord ikke et overordnet hensyn, men tiltak som er gitt høy prioritet (av andre årsaker) og som skal igangsettes, må utføres på det tidspunkt som er mest hensiktsmessig for å oppnå det ønskede resultat, eller for å unngå en forverring av tilstanden.

Hastegrad er et relevant kriterium for annenordensbeslutninger, altså i pasientnære prioriteringer. Det gjelder å plassere pasienten i den køen som avvikles i riktig tempo i forhold til pasientens problem, og hastegrad kan være en saklig begrunnelse for at noen prioriteres i en kø. På overordnet nivå, når kapasitet skal dimensjoneres, er hastegrad relevant for eksempel for dimensjonering av akuttberedskap. Da knyttes hastegrad ikke til hver enkelt pasient, men til det typiske tilfelle.

Etter utvalgets mening er hastegrad et kriterium som kan anvendes som begrunnelse for å prioritere pasienter i en kø hvor det er en tidsbestemt knapphet på ressurser. Kriteriets vekt må avgjøres i hvert enkelt tilfelle. I forhold til førsteordensbeslutninger er hastegrad knyttet til typer av tiltak, og kan være relevant. Men først må det tas stilling til hva som skal tilbys, hastegrad som vurderingsgrunnlag kommer inn i annen rekke.

8.9.2 Alder

Spørsmålet om alder bør benyttes som prioriteringskriterium kan forstås på to måter. I forhold til de konkrete tildelingsavgjørelsene, annenordensbeslutningene, er alder i den grad den har betydning for behandlingens risiko eller effekt, relevant. Mange medisinske tiltak, for eksempel større operasjoner, kan bare gis til personer som er friske nok til å tåle påkjenningen.

For kapasitetsbeslutninger har utvalget ikke funnet mange eksempler der alder som sådan er noe relevant kriterium. Opp-prioritering av tiltak innenfor barne- og ungdomspsykiatri er et eksempel der alder kan inngå i begrunnelsen for en førsteordensbeslutning.

Det er kjent at ved fordeling av svært knappe goder, som f.eks. organer til hjertetransplantasjon, har alder vært anvendt som tildelingskriterium. Utvalget ser at det finnes begrunnelser for å legge alder til grunn ved denne type beslutninger. Utvalget finner det også rimelig at det i en situasjon med ressursknapphet ikke igangsettes omfattende livsforlengende behandling ved svært høy alder. Tiltak med sikte på å gi eldre og de aller eldste en bedre livskvalitet, f.eks. forbedret syn, hørsel og naturlige funksjoner, bør imidlertid ikke begrenses pga. høy alder.

8.9.3 Livsstil og helseskadelig atferd

Lønning-utvalget drøftet utfra sitt mandat, pasientens eget ansvar for sin tilstand som mulig fordelingskriterium og foreslo at det må skilles mellom ansvar for fortidig og ansvar for fremtidig atferd. Ingen skal nektes behandling på grunn av at tilstanden skyldes uaktsom eller tankeløs atferd. Dersom nytten av et medisinsk tiltak er avhengig av at pasienten legger om sin livsstil, kan derimot uttalt vilje til endret atferd være et relevant kriterium. Den som på grunn av langvarig alkoholmisbruk

har behov for levertransplantasjon, men som ikke er villig til å ta imot hjelp for å bli kvitt sin helseødeleggende atferd, bør ikke prioriteres til slik behandling. Det må understrekes at egenansvar er et kriterium som bare egner seg til å brukes i kliniske beslutninger, og bare etter en grundig skjønnsmessig vurdering i det enkelte tilfelle.

Utvalgets medlem Evensen mener at antatt uheldig fremtidig livsstil ikke er et relevant kriterium forutsatt at behandlingen er nyttig. Det er umulig å kontrollere hvem som er uforsiktig med helsen.

8.9.4 Produktivitet

Et spørsmål som har vært fremme i den offentlige debatt, er om hensynet til pasientens produktivitet i arbeidslivet skal kunne begrunne prioritet i en kø. Det dreier seg altså om annenordensbeslutninger. Spørsmålet kan knyttes til at det er uhensiktsmessig for samfunnet at mennesker som kunne ha fått behandling og blitt fullt arbeidsføre igjen, skal gå uproduktive og heve sykepengene. Det kan også ses som et problem at nøkkelpersoner i betydningsfulle samfunnsinstitusjoner er ute av funksjon, og at viktig virksomhet derfor stopper opp.

Utvalget er av den oppfatning at systematisk prioritering på gruppenivå etter produktivitetshensyn kan marginalisere dem som ikke har inntekstgivende arbeid, for eksempel husmødre, pensjonister, arbeidsløse, funksjonshemmede, studenter. Det kan gi uheldige og utilsiktede konsekvenser på lengre sikt, og det vil være i strid med det likeverdsprinsipp vi ønsker at det norske samfunn skal tuftes på. I en offentlig helsetjeneste må det være universell tilgang til de tjenester som tilbys.

8.9.5 Sosiale behov

Mulige sosiale behov kan også bare diskuteres i forhold til de konkrete fordelinger, som begrunnelse for å komme foran i køen. Det skal understrekes at «sosiale behov» i denne sammenheng sikter til pasientens sosiale situasjon, det vil si bo- og arbeidsforhold, familieforhold osv., og ikke har noe å gjøre med vedkommendes sosiale status, eller rang.

Utvalget vil ikke anbefale noen systematisk prioritering etter sosiale behov. En annen ting er at store sosiale behov i den konkrete, kliniske avveining er et relevant moment, som i visse tilfelle kan tillegges vekt. En forutsetning må være at det dreier seg om behov som er alminnelig forståelige, altså slik at avvik fra likebehandlingssprinsippet oppfattes som saklig og velbegrunnet. Det kan for eksempel være nødvendig å la en pasient som bor alene og som ikke har sosialt nettverk, ligge lenger på sykehuset enn en person som har mange nærstående som gjerne vil stille opp. Eller det kan være nødvendig å prioritere en person med stort omsorgsansvar uten mulighet for avlastning, fremfor en som bare har seg selv å passe på.

Utvalgets medlem Evensen mener sosiale behov ikke er et relevant kriterium forutsatt at behandlingen er nyttig.

Utvalget mener at kriterier som kjønn, etnisk tilhørighet, livssyn, seksuell orientering og sosial status ikke under noen omstendighet er relevante, hverken for dimensjonering av tilbud eller for konkrete tildelinger.

8.10 KRAV TIL PROSEDYRER FOR PRIORITERING

Prioriteringsbeslutninger er ofte kontroversielle avgjørelser. Det er derfor nødvendig å etablere en god prosess for kontinuerlig diskusjon og kritikk av avgjørelser av denne type. Selv de mest gjennomtenkte prinsipper og kriterier kan ikke gi automatiske løsninger på vanskelige prioriteringskonflikter. Dels er det uenighet og usik-

kerhet om hvilke normer for fordeling som bør gjelde. Dels er virkeligheten så sammensatt at det ikke er mulig å skaffe den oversikt over faktum som teoretiske modeller forutsetter. Derfor er det viktig å understreke at prioriteringsprinsippene ikke er tilstrekkelige i seg selv. Fordi det er usikkerhet og legitim uenighet om prinsipper for prioritering, må veiledende retningslinjer kombineres med rimelige prosedyrer for prioritering som ivaretar flere hensyn:

- Åpenhet for å sikre innsyn, offentlig debatt og mulighet for korreksjon
- Berørte parters interesser skal bli hørt
- Berørte parters verdisyn skal bli hørt
- Alle skal behandles med lik respekt

Disse hensynene bør ivaretas ved beslutninger på politisk nivå, på sykehus- og avdelingsnivå og i det praktisk-kliniske prioriteringsarbeid. Når det gjelder de kliniske beslutningssituasjoner, må man ha in mente at enhver avgjørelse i tillegg til å kunne forsvares ut fra prioriteringsprinsippene, også må bygge på et medisinsk forsvarlig skjønn. Utvalget mener at kombinasjonen av veiledende prinsipper, rimelige prosedyrer og bevissthet om betydningen av det forsvarlige medisinske skjønn kan bidra til at prioriteringsbeslutningene får tilstrekkelig legitimitet.

8.11 OPPSUMMERING

Det er en nasjonal målsetting at helsetjenester skal fordeles rettferdig. I rettferdighetsmålsettingen inngår likebehandling som et vesentlig element. Utvalget foreslår at like tilfeller, så langt mulig, skal behandles likt. Det betyr at hvis én pasient får et tilbud, bør det være et mål å gi alle pasienter i samme situasjon et likeverdig tilbud. Med samme situasjon menes at tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets nytte og kostnadseffektivitet er den samme. Ulik alvorlighetsgrad, ulik forventet nytte og ulik kostnadseffektivitet er legitime grunner for forskjellsbehandling. Kriterier som kjønn, etnisk tilhørighet, tidligere helseskadelig atferd, produktivitet, livssyn, seksuell orientering og sosial status er under ingen omstendighet relevante. Kriteriene alder, livsstil som reduserer effekten av tiltak og visse sosiale behov, er kriterier som kan inngå i skjønnsmessige prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå.

Utvalgets medlem Evensen har reservasjoner mot å bruke fremtidig livsstil og sosiale behov som kriterier.

I de retningslinjer for prioritering som ble trukket opp i NOU 1987: 23 ble særlig prinsippet om tilstandens alvorlighet tillagt vekt. Dette utvalget vil understreke at det er tre kriterier som alle er relevante i prioriteringssammenheng: tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet. Sammenlignet med tidligere retningslinjer mener utvalget at tiltakets nytte og kostnadseffektivitet må tillegges noe større vekt.

KAPITTEL 9

**Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og
ressursrammer****9.1 INNLEDNING**

I dette kapitlet presenterer utvalget forslag til videreutvikling av dagens system for prioritering innen norsk helsetjeneste. Utvalget legger til grunn at et godt prioriteringssystem bør være:

1. Tuftet på allment aksepterte prinsipper og kriterier
2. Koblet til effektive styringsmekanismer
3. Anvendelig for konkrete prioriteringsbeslutninger på det kliniske og det politiske beslutningsnivå
4. Basert på tilstrekkelig informasjon
5. Bygd på rimelige prosedyrer som skaper legitimitet for de beslutninger som tas

Det første punktet, dvs. prinsipper og kriterier for prioritering, er drøftet i "[Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen](#)" i kapittel 8. Det andre punktet, om muligheten for å knytte effektive styringsmekanismer til forskjellige prioritetsgrupper, drøftes nærmere i neste kapittel. I dette kapitlet vil vi drøfte de tre siste punktene. Det vil si hvordan retningslinjer for prioritering kan gjøres anvendelige for konkrete prioriteringsbeslutninger, hvordan man kan få frem tilstrekkelig informasjon til å foreta velbegrunnede beslutninger, og hvordan det kan etableres rimelige prosedyrer slik at det skapes legitimitet blant fagfolk og i befolkningen for de beslutninger som tas.

9.2 FORSLAG TIL FORBEDRING AV PRIORITERINGSPROSESSENE

I "[Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste](#)" i kapittel 3 ble det teoretiske skillet mellom såkalte første- og annenordens prioriteringsbeslutninger forklart. Enkelt uttrykt kan man si at førsteordensbeslutninger bestemmer hvor mye av et helsegode som skal tilbys, f.eks. kapasitetsvurderinger på det politiske beslutningsnivå, mens annenordens beslutninger bestemmer hvem som skal få disse godene (kliniske beslutninger). Politiske beslutninger kan skje på flere nivåer.

Det kliniske beslutningsnivå kan for prioriteringsformål deles i to: (1) det overordnede kliniske nivå, som kan utvikle faglige standarder for valg av pasienter til riktig diagnostikk, utredning eller behandling, og (2) det praktisk-kliniske nivå, hvor det daglig tas beslutninger om enkeltpasienter: om de skal gis et tilbud, og hvilket tilbud de skal ha.

Når det gjelder de kliniske beslutninger er det særlig det overordnede kliniske nivå som kan ha nytte av retningslinjer om prioritering. Dersom prinsipper og kriterier for prioritering får gjennomslag på dette beslutningsnivået, kan det på lengre sikt - gjennom faglige standarder og kliniske retningslinjer - få betydning for de daglige prioriteringsvalg.

9.2.1 Prioritering «nedenfra og opp»

Prioriteringsbeslutninger er til syvende og sist forankret i politiske beslutninger som angår oss alle. Prioriteringssystemet må derfor utformes slik at det gir grunnlag og mulighet for politiske valg. Samtidig krever beslutninger på det detaljeringsnivå

som er nødvendig for å videreutvikle det systemet man la grunnlaget for i NOU 1987: 23, at beslutningstakeren får gode faglige råd. Utvalget anbefaler derfor at endringer av dagens prioriteringssystem bør skje *vide infra* - nedenfra og opp. Utvalget foreslår at det etableres representative faggrupper som skal gi anbefalinger om prioritering innen sitt fagfelt. Faggruppene bør få i mandat å klarlegge hva man skal legge i begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet for ulike pasientgrupper. Disse prioriteringsprinsippene skal anvendes for å klassifisere eller rangere tilstander og tiltak i prioritetsgrupper. Som en hjelp til et slikt prioriteringsarbeid på overordnet klinisk nivå har utvalget utformet veiledende definisjoner eller beskrivelser av prioritetsgrupper, jf. pkt. 9.7.

Dersom resultatet er basert på allment aksepterte prioriteringsprinsipper og en prosess som gir legitimitet både blant fagfolk og i befolkningen, kan dette bidra til at beslutninger treffes åpent og med forutsigbarhet for pasientene.

Utvalget vil imidlertid understreke at det alltid vil kunne oppstå legitim uenighet om hvilke prioriteringsprinsipper som bør anvendes, hvilken vekt de skal ha, og hvilke konkrete konsekvenser anvendelsen av prinsippene får. I denne sammenheng er erfaringene fra helseregion V interessante (Regional helseplan, region Nord, januar 1997):

«I dette prosjektet valgte Det regionale helse- og sosialutvalg å vektlegge at det kan være vel så viktig at man oppnår forståelse for hverandres synspunkter, som at man oppnår genuin enighet. Dette innebar at utvalget ikke stilte krav om enighet i tilrådingene fra den enkelte faggruppe. Krav om enighet kunne også føre til at faggruppene lot være å ta opp viktige spørsmål og problemstillinger. Det regionale helse- og sosialutvalg ønsket derfor at uenighet skulle komme frem i lyset slik at fylkespolitikere kunne treffe valg og beslutninger på bakgrunn av alternative forslag. Utvalget stilte som krav at valg av løsninger skulle begrunnes. Enighet så vel som uenighet skulle begrunnes.»

En kan ikke alltid forvente enighet om prioriteringer. Hensikten med faggruppene er derfor ikke bare å få frem entydige anbefalinger der hvor det er full enighet blant de fagkyndige, men også å få frem alternative valgmuligheter. Dette er hovedbegrunnelsen for å etablere representative grupper som skal gi anbefalinger om klinisk prioritering. For oversiktens del kan prioriteringsprosessene inndeles i tre trinn i forhold til beslutningsnivåene for henholdsvis første- og annenordensbeslutninger:

1. Faggruppene anbefaler klassifisering og sortering av tilstander og tiltak innen sitt fagfelt.
2. Politiske og administrative beslutningstakere treffer beslutning om ressurser og kapasitet for forskjellige grupper. Det vil si at de prioriterer mellom grupper ved å omprioritere ressurser, eller fordele ressursveksten på grunnlag av tilgjengelig informasjon, analyser, faglige anbefalinger om prioritering og helsepolitiske mål.
3. Faggruppene formulerer kliniske retningslinjer for valg av pasienter til riktig behandling.

Begrunnelsen for å be faggrupper om å gi anbefalinger om prioritering innen sitt fagfelt er problemenes kompleksitet og behovet for kompetanse. Arbeidet forutsetter at sentrale myndigheter legger overordnede føringer på hvordan helsetilbud bør rangeres og sorteres, jf. *"Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen"* i kapittel 8. Det er i den politiske beslutningsprosess at de overordnede valg skal tas om hva og hvor mye som skal tilbys i den offentlige helsetjenesten. De overordnede valg må dernest konkretiseres gjennom utarbeidelse av faglige retningslinjer for valg av pasienter til riktige tiltak innenfor de gitte ressursrammer.

Målet er å etablere et bedre samspill mellom det politiske og det kliniske beslutningsnivå gjennom beslutningsprosedyrer som først går nedenfra og opp - og deretter ned igjen til dem som har det daglige ansvar for å praktisere retningslinjene.

9.3 TRINN 1: OPPRETTELSE AV FAGGRUPPER SOM SKAL GI ANBEFALINGER OM PRIORITERING

Faggruppens første oppgave blir å gi anbefalinger om hvordan de vil prioritere ut fra de prinsipper og kriterier de blir bedt om å legge til grunn, jf. vedlegg 2. Deres mandat bør være å utarbeide forslag til klassifisering og rangering av de vanligste og viktigste tilstander og tiltak som er aktuelle innen vedkommende fagfelt. Det er særlig valg av tiltak som ønskes belyst i en prioriteringssammenheng.

I mange tilfeller vil det være hensiktsmessig at faggruppene ikke bare klassifiserer tilstander og tiltak i prioritetsgrupper, men også gir antydninger om begrunnede rangeringer innen hver prioritetsgruppe.

Anbefalinger med et slikt innhold vil bidra til et styrket premissgrunnlag for politiske og administrative beslutningstakere på ulike nivåer. Det finnes gode eksempler på utredninger fra Statens helsetilsyn som gir anbefalinger om prioritering innen hjertekirurgi, lindrende kreftbehandling og benmargstransplantasjon. Også de regionale helseutvalg har erfaring med faggrupper. Disse har hittil vært mest benyttet for spørsmål vedrørende funksjonsfordeling, men har også drøftet behovs- og prioriteringss spørsmål.

9.3.1 Oppnevning og sammensetning av faggrupper

Det foreslås at faggruppene oppnevnes av Statens helsetilsyn, som også bør få ansvar for å tilrettelegge og koordinere arbeidet. Utvalgets forslag til sammensetning av faggrupper søker å ivareta tre hensyn. For å ivareta hensynet til pasientflyt og samspill mellom tjenestenivåene, bør både allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten være representert. For å sikre at alle landsdelene er med, og dermed at resultatet kan tenkes å bli gjennomført over hele landet, bør også alle helseregioner være representert. Tilsynsmyndighetene kan være representert ved en person fra Statens helsetilsyn. Dette vil også lette koordineringsarbeidet i den etterfølgende prosess.

Den endelige sammensetning av faggrupper bør vurderes for hvert område. Noen tiltak, for eksempel rehabilitering av slagrammede, er av en slik art at det kan være aktuelt at andre faggrupper, f.eks. fysioterapeuter og logopeder, er representert. Sammensetningen må derfor vurderes i hvert enkelt tilfelle. Arbeidet i gruppene vil være faglig sett krevende.

Utvalget har drøftet hvorvidt pasienter og befolkning bør være representert, men finner det riktigere at deres interesser ivaretas i den politiske beslutningsprosess etter at det faglige premissgrunnlaget er utformet, jf. pkt. 9.4.2. Faggruppene bør likevel etterspørre pasientenes egen verdsetting av behandlingsutfall, slik at det ikke bare blir legenes egne preferanser som legges til grunn ved klassifisering og rangering av tilstander og tiltak. Dette kan gjøres ved hjelp av eksisterende faglitteratur om pasienters verdsetting av behandlingsutfall, eller f.eks. ved bruk av en referansegruppe bestående av pasientrepresentanter.

Medlemmet Brundtland mener at pasientene bør være representert i faggruppene. Pasienter innehar kompetanse på egen sykdom, og erfaring med ulik behandling. Denne kompetansen må særlig vektlegges når faggruppene skal uttale seg om nytten og verdien av en helsetjeneste.

Spørsmålet om hvordan faggruppene bør organiseres, har også vært vurdert. En mulighet vil være å inndele faggrupper etter organer, f.eks. at indremedisinere og kirurger samarbeider om behandlingsprogrammer for mage-tarmsykdommer. Erfaringer fra de regionale helseutvalgs faggrupper har imidlertid vist at dette kan skape problemer. En annen mulighet er en inndeling etter de etablerte medisinske spesialiteter. Dette kan imidlertid skape problemer for pasienter som trenger behandling fra flere typer spesialister.

9.3.2 Kvotering av faggrupper til utvalgte områder

For å unngå rasjonering av grunnleggende helsetjenestetilbud (prioritetsgruppe I) bør det først oppnevnes faggrupper for:

- Barne og ungdomspsykiatri
- Voksenpsykiatri
- Medisinsk rehabilitering
- Pleie og omsorg i kommunene
- Ortopedisk kirurgi

Utvalget anbefaler at igangsetting av faggrupper «kvoteres» til disse områdene i første omgang. Aktuelle behandlingstilbud bør gjennomgås kritisk etter den mal som er foreslått i vedlegg 2. I neste omgang anbefaler utvalget at det igangsettes faggrupper på andre utvalgte områder. Grunnen til at ikke alle fagmiljøene bør starte på én gang, er for det første at systemet bør prøves ut først, og for det andre at det forventes at mer formelle prioriteringer etter kravene om forventet nytte, dokumentasjon og kostnadseffektivitet kan føre til at de fagmiljøer som i utgangspunktet står sterkest, også kan komme til å trekke til seg mest ressurser.

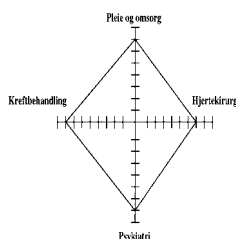
For å velge ut områder hvor det vil være aktuelt å opprette andre faggrupper, foreslår utvalget en sjekklister med følgende spørsmål:

- omfatter fagområdet tilstander og tiltak hvor det er grunn til å tro at tilbudet er for knapt dimensjonert?
- omfatter fagområdet mange pasienter, vanlige tilstander og/eller store utgifter?
- omfatter fagområdet spesielle utfordringer for prioriteringsarbeidet, som f.eks. tendens til «indikasjonsskred», etablering av tilbud uten godkjent indikasjon, tilbud i gråsonen for hva som oppfattes som helsetjenestens ansvarsområde, eller spesielt vanskelige etiske vurderinger?

Etablering av nye faggrupper bør ikke foretas før erfaringene med de første er evaluert.

9.4 TRINN 2: DIMENSJONERING AV KAPASITET

Politiske og administrative beslutningstakere har ansvaret for fordeling mellom pasient- og brukergrupper og dimensjonering av kapasitet. Dette ansvaret er delvis desentralisert i vårt land, slik at beslutninger om kapasitet tas i fylkeskommuner, kommuner og institusjoner. Beslutningsgrunnlaget for valg som angår dimensjonering av kapasitet kan forbedres. Sammenhengen mellom rangering av tilbud, ressursrammer og dimensjonering av kapasitet er forsøkt illustrert i figur 9.1.



Figur 9.1 Sammenhengen mellom rangering av tilbud, ressursrammer og dimensjonering av kapasitet

De fire aksene angir typer av helse- og omsorgstilbud man er nødt til å fordele ressurser mellom. Langs hver akse kan man tenke seg at tilstander og tiltak er rangert, f.eks. etter anbefaling fra fagmiljøene. Ressursrammene for hvert område er angitt av de heltrukne linjene. Dersom man antar at den totale ressursrammen er fast, vil en økning i rammene for f.eks. psykiatrien medføre en innskrenkning for et eller flere andre områder. I prinsippet vil man da måtte foreta en vurdering av hvilke tilstander og tiltak innenfor f.eks. hjertekirurgi som kunne ekskluderes, og hvilke alternative helsegevinster som kunne oppnås ved å inkludere flere pasienter i et tilbud innen psykiatrien. En slik analyse forutsetter altså rangering av tiltak etter prioritet innen hvert fagområde. Videre må beslutningstakere:

- Kjenne omfanget av tilgjengelige ressurser (budsjettarbeid)
- Kjenne det sannsynlige antall pasienter i den aktuelle pasientpopulasjon som vil falle inn under prioritetsgruppene (behovsanalyse)
- Beregne hvor langt ned på listen av prioritetsgrupper ressursene vil strekke til (praktisk kostnadsanalyse/konsekvensanalyse)
- Balansere ressursbruk innen én gruppe mot andre grupper (kostnads-effektivitetsanalyse, etikk, politikk)

De tre første punktene gjelder for dimensjonering av kapasitet for én gruppe. Det fjerde punktet gjelder ved ressursfordeling mellom to eller flere grupper.

9.4.1 Prioritering mellom pasientgrupper - fra teori til praksis

Anbefalinger fra faggruppene kan gi et bedre premissgrunnlag for politiske prioriteringer mellom pasientgrupper, men beslutninger om ulike tilbuds omfang er et politisk-administrativt ansvar.

Den prosedyre som synes nødvendig for å foreta en rasjonell fordeling av kapasitet mellom fagområder, jf. figur 9.1, vil imidlertid møte en rekke praktiske utfordringer før en slik analyse kan gjennomføres og omsettes i praktisk politikk.

For det første har vi ikke i Norge fullstendig oversikt over kostnader for mange behandlingstilbud. For å anslå kostnadene ved selve prosedyren, liggedøgn og annen oppfølging er det for en del diagnoser definert såkalte Diagnose-Relaterte-Gruppe-priser som angir beregnede kostnader for hvert enkelt sykehusopphold. Det er også publisert priser for gjestepasientdøgn for opphold på sykehus og avdelinger. Der det ikke er fastsatt slike priser, kan det foretas nærmere kostnadsberegninger ved det enkelte sykehus. Dette gjøres i dag ved en del større sykehus, men er trolig mindre aktuelt andre steder. DRG-kostnader gir likevel ikke et godt nok anslag over de kostnader som er aktuelle for kapasitetsvurderinger. Her vil de reelle marginalkostnader være av større interesse. I tillegg kommer spørsmålet om hvilke andre kostnader som bør trekkes inn.

For det andre medfører det metodiske og praktiske problemer å utføre prioriteringsrelevante behovsanalyser. Dette kan gjøres som en trinnvis prosess, hvor en først forsøker å fastslå hvor mange pasienter som har behov for et tilbud, dernest hvor mange som blir diagnostisert og vil etterspørre tilbudet, og til slutt hvor mange som faktisk bør få et tilbud. For eksempel kan myndighetene stille krav om at visse diagnostiske kriterier må være oppfylt før et tilbud skal gis.

Hvordan kan en innhente informasjon til bruk i en behovsanalyse? Dette avhenger av hva slags tiltak det dreier seg om. På enkelte områder er det mulig å bruke informasjon fra andre aktører som allerede har innført tilbudet. Et internasjonalt forbruksmål for legemidler er f.eks. antall *definerte døgndoser pr. 1 000 innbyggere/døgn*. Tilsvarende kan det utvikles normtall f.eks. for antall hjertekirurgiske inngrep pr. 100 000 innbyggere pr. år. Dersom en kjenner tallene fra nordiske land, kan slike sammenligninger gi en pekepinn om hvor stort det norske forbruket vil bli eller bør være. Ofte vil det imidlertid foreligge lite direkte sammenlignbare data. En mulighet er da å be fagfolk anslå, med utgangspunkt i epidemiologisk kunnskap, hvor stor den aktuelle behandlingsgruppen er, og hvor store personellressurser som må til for å dekke det aktuelle behov. Men begge disse fremgangsmåtene rommer betydelige metodiske problemer.

For det tredje er den grove inndelingen i fagområder som er antydnet i figur 9.1, neppe hensiktsmessig for slike analyser. Fagområdene må brytes ned til klart definerte tilstander og tiltak. «Kreftbehandling» er langt fra ett entydig tiltak. Det omfatter kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling for mange forskjellige kreftformer.

En fjerde kompliserende faktor er at prioriteringsbeslutninger i stor grad foregår desentralisert. Kapasitetsbeslutninger tas på avdelingsnivå, på toppledelsesnivå i sykehus og i fylkeskommunene. Omfordeling mellom pasientgrupper, slik det er skissert i figur 9.1, forutsetter at dette skjer på samme måte på alle nivå over hele landet. Det er neppe realistisk. En mulig fremgangsmåte for å samordne beslutninger av denne type kan være økt regionalt samarbeid.

Et femte forhold som gjør prioritering mellom grupper vanskelig å gjennomføre i praksis, er personellspørsmålet. Det er ikke slik at overføring av økonomiske ressurser fra et område automatisk vil gi bedre kapasitet på et annet, dersom det mangler fagpersonell. Dimensjonering av kapasitet er en omfattende prosess. Oppbygging av et kompetent fagmiljø for f.eks. ortopedi eller psykiatri kan ta mange år. I andre tilfeller kan en enkelt beslutning om alternativ bruk av operasjonsstuer, sengeavdelinger eller lignende sikre den ønskede omfordeling av kapasitet.

Til sist bør det understrekes at det også teoretisk og prinsipielt er vanskeligheter forbundet med å gi en fingradert rangering av pasienter og tiltak innenfor hver faggruppe. Det har vist seg vanskelig å utvikle sammenlignbare mål på helsegevinst. Balansering av ressursrammer mellom fagområder forutsetter at helsegevinster av forskjellige valg kan måles og sammenlignes.

Det kan konkluderes med at det er behov for systemer for praktisk ressursfordeling mellom fagområder. Slike systemer er derimot vanskelig å etablere. Likevel treffes det hele tiden beslutninger om ressursfordeling, men langt fra så rasjonelt og velbegrunnet som den teoretiske modellen forutsetter. Faglige anbefalinger om prioritering kan bidra til å forbedre beslutningsgrunnlaget, men også andre analyseredskaper bør tas mer aktivt i bruk. *Utvalget vil peke på* at det trengs kompetanseoppbygging med hensyn til epidemiologi, statistikk og helseøkonomi på flere politiske og administrative beslutningsnivåer. Å forbedre beslutningsprosessen vil kreve både tid og økte personellressurser, men det er vanskelig å se andre alternativer.

9.4.2 Forslag om opprettelse av et samordnende, permanent prioriteringsutvalg

De prinsipielt sett vanskeligste valg angår prioritering mellom pasientgrupper hvor nytten av tiltak er forskjellig. De analytiske prioriteringsredskapene beskrevet i "*Analyseredskaper i prioriteringsdebatten*" i kapittel 7, medisinsk teknologivurdering, helseøkonomisk analyse og praktisk kostnadsanalyse kan være til hjelp, men det må erkjennes at disse ikke enda er fullt ut anvendelige for praktiske prioriteringsbeslutninger, av mange grunner. Politisk-administrative beslutningstakere vil derfor ha behov for uavhengige råd om prioritering på grunnlag av en bred vurdering av alle relevante forhold. Faggruppens mandat er å gi råd innen avgrensede fagområder, og det kan ikke forventes at disse rådene kan anvendes direkte for å treffe helhetlige helsepolitiske beslutninger.

Erfaringene med ventetidsgarantien viser også at fagmiljøene følger ulike tradisjoner og standarder når de prioriterer, og at dette i noen grad gjelder for forholdet mellom helseregionene. Hensynet til rettferdig fordeling av helsetjenestens ressurser tilsier at det bør være bedre samsvar mellom hvilke pasienter som blir gitt høy eller lav prioritet i de ulike fagområdene og helseregionene.

Utvalget anbefaler at det opprettes et permanent samordnende prioriteringsutvalg som skal gi råd om prioritering mellom pasientgrupper. Et slikt utvalg bør være bredt sammensatt av lekfolk, pasientorganisasjoner, helsepersonell og politisk-administrative beslutningstakere. Det bør også ha kompetanse og erfaring innen helseøkonomi, medisinsk analyse av behandlingsresultater, helserett og medisinsk etikk. Utvalget bør være slik sammensatt at det kan gi helhetlige, velbegrunnede og upartiske råd om praktisk prioritering.

Det permanente prioriteringsutvalgets mandat bør omfatte tre hovedområder:

1. Utvalget skal samordne og vurdere faggruppens råd om inndeling av tilstander og tiltak i forskjellige prioritetsgrupper. Utvalget bør også gi råd om dimensjonering av kapasitet. Det bør så langt som mulig være lik «terskel» for hvilke pasienter som gis høy, middels og lav prioritet - uavhengig av faglige skillelinjer.
2. Utvalget bør ha et særskilt ansvar for å stimulere til offentlig debatt om prioriteringer, og å innhente informasjon om befolkningens verdigrunnlag og syn på prinsipper og kriterier for prioritering.
3. Utvalget bør gis anledning til, på forespørsel, å gi råd vedrørende prinsipielle sider ved vanskelige enkeltsaker som kan ha konsekvenser for helhetlige prioriteringer.

Det er viktig at det permanente prioriteringsutvalget får en mest mulig uavhengig posisjon i forhold til profesjonelle eller andre partsinteresser.

9.5 TRINN 3: RETNINGSLINJER FOR GOD PASIENTUTVELGELSE OG RIKTIG VALG AV TILTAK

Faggruppens andre oppgave blir å utforme retningslinjer for konkrete prioriteringsbeslutninger i den praktiske kliniske hverdag. Dersom det ikke er mulig å dimensjonere kapasitet slik at alle anbefalingene fra faggruppen kan følges, må anbefalingene om hvem som skal behandles justeres i lys av ressursbegrensningene. Sluttproduktet av prosessen og samspillet mellom fagmiljøene og politiske myndigheter bør bli retningslinjer for prioritering innen de ulike fagfelt. Disse bør bli godt kjent, akseptert og tatt i bruk over alt.

Retningslinjer om valg av pasienter til riktige tiltak er altså ikke det samme som faggruppens anbefalinger om prioritering. Retningslinjene må utvikles på

grunnlag av forholdet mellom det som er faglig forsvarlig og de tilgjengelige ressursrammer.

9.5.1 Iverksetting og bruk av retningslinjer i helsetjenesten

Spredning av informasjon skjer i dag gjennom undervisning ved universiteter og høyskoler, videre- og etterutdanningskurs, medisinske tidsskrifter, kongresser og konferanser, standard- og prosedyrebøker. Det er således særlig gjennom de normer og verdier som preger grunn- og etterutdanning av leger og annet helsepersonell at deres atferd kan påvirkes. Det er viktig at de som skal anvende retningslinjer, også har mulighet til å forme dem, enten ved å bidra direkte i prosessen, eller indirekte gjennom høringer, presentasjon i spesialistfora, fagtidsskrifter o.l.

Noen vil kanskje hevde at det vil gå utover legenes faglige autonomi, dersom utforming av retningslinjer skal være med på å styre helsetilbudet. På den annen side er det åpenbart at dersom legene som gruppe skal beholde sin faglige autonomi, er de avhengige av samfunnets tillit. Denne tilliten baserer seg på at legene, som gruppe, sørger for at den diagnostikk og behandling de tilbyr, er den som gir størst helsegevinst for befolkningen. Da må legene være med på å foreta kritisk effektvurdering av sin egen virksomhet, både medisinsk, organisatorisk, etisk og økonomisk. Og legene må være villige til å ta konsekvensen av vurderingene, også hvis det innebærer at ikke alle leger kan foreta seg alt det de selv kunne ønske på det offentliges regning. Det kan tenkes at enkeltlegens autonomi må vike i noen henseender, for at legene, som gruppe, skal kunne beholde sin faglige autonomi (Haug 1996) (Freidson 1970).

9.5.2 Allmennpraktikerens rolle

Det må understrekes at allmennpraktikeren i denne sammenhengen både har en sentral portvakt- og portåpnerfunksjon. Terskelen for vurdering, råd og veiledning må være lav. Valg av diagnostikk, utredning og medikamentvalg må være velbegrunnet. Det samme gjelder terskelen for henvisning videre til spesialist eller sykehus.

Utredning og diagnostikk

Screening (dvs. masseundersøkelser), utredning og diagnostikk bør i prinsipp vurderes etter de samme prinsipper som prioritering av medisinsk behandling. Utvalget er klar over at det vitenskapelige grunnlag for å vurdere effekten av diagnostiske tiltak i noen tilfeller er svakere enn for behandling. Hovedpoenget må likevel være at man baserer praksis på det som finnes av tilgjengelig kunnskap, og at valg av diagnose og utredning er velbegrunnet. Som en start vil det være naturlig å gjennomgå f.eks. en del vanlige undersøkelser og undersøkelsesmetoder. Hva er forventet nytte av å rekvirere EKG, røntgen thorax, (røntgen av brystkasse og lunger), ultralyd eller ulike blodprøver for ulike risikogrupper? Hva koster det? Står resultatet i et rimelig forhold til kostnadene?

Etter en faglig gjennomgang av ulike typer diagnostikk bør fagmiljøene, slik det også gjøres mange steder, utforme standardprosedyrer for utredning og diagnostikk. Slike prosedyrer bør være basert på tilgjengelig kunnskap om forventet effekt av tiltaket, og en erkjennelse av at helsetjenestens ressurser (tid, personell og penger) er begrensede.

Henvisninger til sykehus

I "*Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingstrekk*" i kapittel 4 ble det påpekt at akuttmedisin og øyeblikkelig hjelp-innleggelse ser ut til å «overstyre» planlagte innleggelse på sykehus. I perioden 1991 til 1995 var økningen i øyeblikkelig hjelp-innleggelse på 16 pst. Problemkomplekset berører allmennlegene og deres

pasienter ved at det oppstår lange ventelister og dårlig tilgjengelighet for planlagt utredning og behandling i sykehus. Det har vært antydning i en del undersøkelser at det har skjedd et «indikasjonsskred» når det gjelder øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Enkelte mener at opp til 15-20 pst av alle akutte innleggelser i sykehus er «unødvendige» (Holmsen 1996). Denne trenden er vanskelig å snu. Vi vet fra internasjonal helsetjenesteforskning at dette er en utvikling som forekommer i alle typer helsetjenestesystemer. Utvalget har likevel drøftet mulige tiltak for å bedre på situasjonen, jf. også Steine-utvalget, NOU 1997: 2:

- Ny definisjon av begrepet øyeblikkelig hjelp eller bedre «portvaksordninger»
- Skjerming av planlagt virksomhet
- Tryggere allmennpraktikere
- Videreutvikling av prosedyrepermer for henvisningskriterier
- Bedre samarbeid mellom legevaksleger og sykehus
- Bedre kompetanse i sykehusenes akuttmottak
- Observasjonspost tilknyttet akuttmottak
- Styrking av de hjemmebaserte tjenestene i kommunene
- Økt satsing på samspillet mellom allmennleger og spesialister i psykiatri

To forhold skal særlig påpekes. Høye forventninger, tidspress og økt oppmerksomhet rundt feil har ført til større utrygghet hos allmennpraktikeren. Det fremholdes fra mange hold at flere og flere leger legger inn eller henviser pasienter «for-sikkerhets-skyld». Videreutvikling og kontinuerlig oppfølging av prosedyrepermer for henvisnings- og innleggelsesrutiner kan bidra til å forme en felles forståelse av hvor terskelen for henvisning bør ligge. En felles faglig standard kan hjelpe legen til å utøve sitt skjønn i vanskelige tilfeller.

I denne sammenhengen vil utvalget peke på det ansvar, eller den mulighet, sykehusene og deres eiere burde benytte til å stille midler til disposisjon for kontinuerlig revisjon av dette beslutningsredskapet. Dersom prosedyrer av denne typen blir implementert på en god måte, burde det gi grunnlag for mulige effektivitetsgevinster.

En annen utfordring blir å bedre samarbeidet mellom den psykiatriske spesialisttjenesten og 1. linjetjenesten når det gjelder psykiske lidelser med moderat alvorlighetsgrad. Det bør etableres felles retningslinjer for diagnostikk og henvisning. I "*Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingstrekk*" i kapittel 4 gjengis en studie som viste at førstelinjetjenesten henviser for få av de som egentlig burde ha hatt en spesialistvurdering. Denne «usynlige» nedprioritering av det psykiatriske tilbud bør unngås.

9.5.3 Om begrepet retningslinjer

Begrepet «retningslinjer» må ikke misforstås. Alle vanskelige valg kan ikke formaliseres i detalj. Retningslinjer er *anbefalinger* om valg av riktig tiltak basert på vitenskapelig analyse, klinisk erfaring og eventuelt kunnskap om ressurskranker. Retningslinjer er ikke rigide *regler* som aldri kan fravikes. Det er hverken mulig eller ønskelig å styre medisinske valg på denne måten. Hverken det faglige eller det etiske skjønn kan reguleres i detalj. Bruk av retningslinjer må, på den annen side, atskilles fra bruk av fritt individuelt skjønn. Variasjoner i tildeling av ventetidsgaranti viser for eksempel at det medisinske skjønn er blitt gitt for stort spillerom. Kravet om kunnskapsbasert praksis, målet om mer rettferdig fordeling og målet om kostnadskontroll er, i en moderne helsetjeneste, ikke forenlig med en rent individuell og tilfeldig skjønnsmessig tildeling av ytelser.

Å utvikle kliniske retningslinjer er en langsom og arbeidskrevende prosess. Arbeidet kan ta tid fra direkte pasientrettet virksomhet. I hvor høy grad retningslinjer blir fulgt, varierer fra fagmiljø til fagmiljø. Det blir derfor viktig å finne metoder for å iverksette en ensartet bruk av slike retningslinjer. Når utvalget anbefaler økt bruk av kliniske retningslinjer for prioritering er det fordi:

- Kliniske valg påvirker ressurs- og pasientstrømmen i vesentlig grad
- Pasienter og ansvarlige beslutningstakere kan best få innsyn i og påvirke kliniske beslutninger med prioriteringskonsekvenser ved bruk av skriftlige retningslinjer
- Kliniske retningslinjer vil tydeliggjøre behov og konsekvenser av budsjettvedtak
- Utforming og bruk av kliniske retningslinjer kan skape refleksjon og diskusjon om vanskelige valg innad i helsetjenesten
- Kliniske retningslinjer eksisterer på mange fagområder og er et viktig redskap i all kvalitetssikring
- Noe mer standardisering av kliniske valg kan bidra til en høyere grad av likebehandling og større forutsigbarhet for pasientene

Formelle og uformelle rutiner og prosedyrer preger svært mange av de valg som foretas innen helsetjenesten. Ved å påvirke og formalisere disse prosedyrene gjennom arbeid i faggrupper skaper man, som Grund-utvalget påpeker, «en bro mellom de statlige overordnede myndigheter og helsevesenets kliniske hverdag», jf. Piller, prioritering og politikk (NOU 1997: 7).

9.6 OM SAMSPILLET MELLOM DE TRE TRINN I PRIORITERINGSPROSESSEN

Målet med det foreslåtte prioriteringssystem er å etablere et bedre samspill mellom det politiske og det kliniske beslutningsnivå gjennom beslutningsprosedyrer som går nedenfra og opp - og ned igjen. Dette utelukker ikke at politiske myndigheter prioriterer mellom fagområder uavhengig av faglige anbefalinger, eller at fagmiljøene utvikler retningslinjer for valg av pasienter til riktig tiltak på grunnlag av de faktiske ressursrammer. Tvert imot er tanken at det skal bli større rom for slike overordnede beslutninger. Utvalget legger til grunn at dersom arbeidet i faggruppene igangsettes, vil det bli lettere for de politiske myndigheter å foreta velbegrunnede valg om dimensjonering av kapasitet. De prioriteringsvalg som gjøres, vil bli synliggjort, og fra et demokratisk synspunkt vil det være en forbedring i forhold til dagens system. Det vil gi et bedre grunnlag for den viktige samfunnsdebatten om helsepolitiske spørsmål. Dette forutsetter imidlertid at de anbefalinger faggruppene utarbeider ikke får form av rene ønskelister, men tar inn over seg det faktum at det dreier seg om fordeling av knappe ressurser, der også andre grupper og behov enn det den enkelte faggruppe representerer skal tilgodeses i forsvarlig utstrekning.

Et bedre samspill mellom de ulike trinn i prosessen forutsetter et langvarig, systematisk arbeid. På lengre sikt kan faglige anbefalinger og faglige retningslinjer gi beslutningstakere nødvendig prioriteringsrelevant informasjon og bli byggesteiner i et system for bedre dimensjonering av kapasitet.

9.6.1 Begrunnelse for valg av prioriteringsmodell

Utvalget har drøftet to hovedstrategier for prioritering. Den ene er å holde seg til prioritering mellom fagområder, til førsteordensprioriteringer. Det var i stor grad dette som ble anbefalt i NOU 1987: 23. Den andre er en tretrinnsstrategi. Første trinn er

å utarbeide systemer for annenordensprioriteringer innenfor fagområder. Andre trinn er å lage et system for prioritering mellom fagområder. Det andre trinnet bygger på det første. Tredje trinn kan følge etter de foregående, men vil i praksis også foregå parallelt. Utvalget har valgt å legge størst vekt på den andre strategien, på tretrinnsmodellen. Det er ikke et helt selvfølgelig valg, men alt i alt har utvalget større tiltro til denne modellen. Her skal utvalget peke på noen argumenter for og mot de to strategiene.

Argumenter for direkte prioritering mellom fagområder

Et argument for den første strategien er at den retter seg direkte mot prioriteringsproblemer som svært mange mener er alvorlige. I NOU 1987: 23 ble det pekt på at det var fagområder som var for svakt utbygd til å gi et tilstrekkelig tilbud om tjenester. Utredningen nevner psykiatri, alvorlig kronisk syke, alvorlig pleietrengende eldre og pasienter med behov for rehabilitering. Dette problemet er blitt trukket frem gjentatte ganger senere både i offentlig debatt og av myndighetene. Men selv om disse områdene er blitt erklært som høyt prioriterte gjentatte ganger, har de ikke i praksis blitt det. I hvert fall foreligger det ikke data som gjør det mulig å påvise at så har skjedd. Dette kan forklares på to måter. En måte er å si at disse prioriteringsbeslutningene ikke har vært ekte og kraftfulle nok, og at det er mulig å finne bedre midler til å favorisere de svake. En annen måte er å si at når det ikke lykkes å opp-prioritere ovennevnte områder, tyder det på at det er vanskelig å nå frem med denne strategien, og at det er på tide å forsøke en annen.

Et annet argument for den første strategien er at den mer direkte henvender seg til ansvarlige offentlige myndigheter og plasserer ansvaret og beslutningsretten tydelig. På den annen side tyder altså resultatene fra tidligere forsøk på prioritering på at myndighetene i praksis har begrensede styringsmuligheter på dette feltet. De faktiske førsteordensprioriteringene ser ut til å være et resultat av annenordensprioriteringer, snarere enn omvendt. Praksis preger de overordnede prinsippene mer enn prinsippene preger praksis.

Argumenter for og imot tretrinnsstrategien

Den andre strategien, tretrinnsstrategien, er et forsøk på å skaffe oversikt over og en viss styring med prioriteringsbeslutninger som blir tatt i helsevesenets dagligliv. Ifølge denne strategien skal prioritering på hvert fagområde skje etter et mer reflektert skjønn enn det som er tilfelle i dag. Det første nødvendige steg for å forbedre dagens prioriteringsprosesser er å etablere en arena for dialog, kritikk og justering av prioriteringsvalg. Slik vil det som foregår på hvert område, gradvis bli mer gjennomiktig og mer i samsvar med retningslinjer som er felles, ikke bare for alt og alle innenfor det enkelte området, men i prinsippet for hele helsetjenesten.

Vi vet for eksempel allerede at det for helbredende kreftbehandling for voksne settes en (uformell) grense for økt sannsynlighet for overlevelse på om lag 10 pst. Resultatforbedringer under 10 pst oppfattes som for dårlige. Ved behandling av hjertesykdommer oppfattes en absolutt risikoreduksjon ved bruk av kolesterolsenkende midler på om lag 4 pst som bra, og denne behandlingen refunderes i dag på blå resept. Forskjeller i behandlingsskilt gir seg utslag i hvilket tilbud pasienter får. Er det riktig at grensen for det offentliges ansvar trekkes så ulikt innenfor ulike fagområder? Dette er spørsmål som konkret prioriteringsarbeid på klinisk nivå kan løfte frem i lyset.

Et annet argument for denne løsningen er at den trolig kan gi større legitimitet i den kliniske hverdag, enn en løsning som bare holder seg på overordnet politisk nivå. Prioriteringen skal kunne begrunnes i etiske prinsipper som det kan være mulig å få oppslutning om, ikke bare blant politikere og i helsevesenet, men også i befolkningen for øvrig. I et demokratisk samfunn er det viktig at bruken av felles-

ressursene kan begrunnes i felles holdninger og verdioppfatninger, slik at fordelingen av goder kan aksepteres av alle.

Tretrinnstrategien ivaretar dessuten andre viktige prioriteringsmål. Den gir for eksempel grunnlag for å begrense omfanget av behandlingstiltak som ikke kan begrunnes etter etiske standarder det er enighet om. Et eksempel er de mange tiltak som iverksettes, til tross for at nytten er svakt eller ikke dokumentert.

Det finnes argumenter mot denne strategien også. Et av dem er at annenordensprioriteringene bestandig vil ha et innslag av skjønn. Det er ikke mulig å utforme et brukbart regelverk for prioriteringer, bare retningslinjer som kan bidra til et mer gjennomtenkt og bedre samordnet skjønn. Det betyr at mulighetene for styring ikke blir store, selv om de sannsynligvis blir større enn de er i dag, siden innsikten kan bli bedre.

Alt i alt vurderer utvalget tretrinnstrategien som den mest løfterike. Den gir de svake områdene større sjanser enn den andre strategien gjør.

9.7 INNDELING AV PRIORITETSGRUPPER FOR DET POLITISKE OG ADMINISTRATIVE NIVÅ

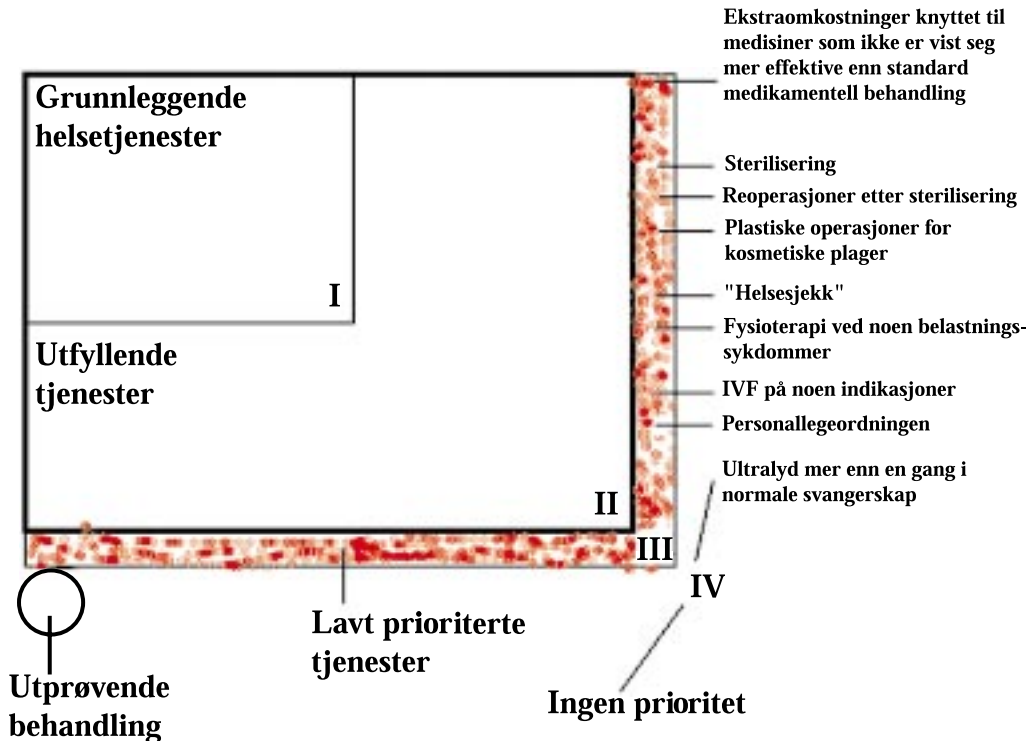
Det er hverken mulig eller ønskelig å gi en uttømmende liste over diagnosegrupper eller behandlingstiltak som det offentlige bør, respektive ikke bør, ha ansvar for. En altomfattende diagnoseliste som kategorisk inkluderer eller ekskluderer tjenester, er hverken rettferdig eller anvendelig i praksis. Utvalget har av den grunn ikke utarbeidet en slik diagnoseliste. Grensene for det offentliges ansvar trekkes stort sett ikke mellom diagnoser eller tiltak som klart faller innenfor eller utenfor. Det er heller tilstandens alvorlighet og muligheten for å gjøre noe nyttig for pasienten i det enkelte tilfelle og kostnadene ved tiltaket, som setter grensen.

9.7.1 Begrepene grunnleggende, utfyllende, lavt prioriterte helsetjenester og utprøvende behandling

For det overordnede politiske nivå vil det være nyttig å dele tilstander og tiltak i prioritetsgrupper. En slik inndeling skal ikke være basert på diagnoser, men på tilstandenes alvorlighetsgrad og tiltakenes forventede nytte og kostnader. Utvalget foreslår følgende inndeling av prioritetsgrupper:

Utvalget anbefaler at denne inndelingen erstatter inndeling i prioritetsgrupper anbefalt i NOU 1987: 23. I det følgende anvendes begrepet grunnleggende helsetjenester (prioritetsgruppe I) for de tjenester som tar sikte på å tilfredsstille grunnleggende behov, så som grunnleggende pleie og omsorg, lindrende behandling ved livets slutt, effektive tiltak ved livstruende tilstander o.l. Dette er tiltak som uten videre bør ha høy prioritet. Det forutsettes at gruppen vil omfatte en relativt begrenset rekke av tiltak. Bare de mest grunnleggende helsetjenester skal omfattes. Til gjengjeld bør de tilbys i et omfang som dekker behovet.

I vårt ressurssterke velferdssamfunn er det imidlertid mange tjenester utover dette helt grunnleggende nivået som bør tilbys. Dette tilbudet er plassert i gruppen for utfyllende tjenester (prioritetsgruppe III). Denne gruppen vil inneholde en omfattende rekke av tiltak. Men det er ikke opplagt at ressursene vil strekke til for å tilby disse fullt ut. I tillegg er det enkelte tilbud med lav prioritet som befolkningen etterspør, og som kan være medisinsk sett nyttige, men som det ikke er nødvendig at det offentlige har hovedansvaret for å finansiere (prioritetsgruppe III). Endelig vil det være tilstander og tiltak som ikke under noen omstendighet skal ha prioritet (prioritetsgruppe IV). Forholdet mellom de fire prioritetsgruppene er forsøkt illustrert i figur 9.2.



Figur 9.2 Forholdet mellom prioritetsgrupper

Hensikten med figur 9.2 er å klargjøre begrepsbruken. Prioritetsgruppe I inneholder tilstander og tiltak som det offentlige bør ha et særlig ansvar for å prioritere. Gruppen vil inneholde tilstander med høy alvorlighetsgrad og hvor aktuelle tiltak har betydelig forventet nytte, f.eks:

- Dokumentert effektiv behandling av kreft
- Operasjoner for invalidiserende kroniske lidelser
- Behandling for alvorlige psykoser
- Grunnleggende pleie og omsorg eller rehabilitering

Prioritetsgruppe II vil inneholde utfyllende tjenester som diagnostikk, screening, utredning, behandling og rehabilitering for tilstander som a) gir forventet prognostetap, nedsatt funksjonsnivå eller smerter; og b) hvor tiltak har betydningsfull nytte for pasienten; og c) forventet nytte står i et rimelig forhold til kostnadene.

Prioritetsgruppe III vil inneholde lavt prioriterte tiltak som det *kan* være rimelig at det offentlige bruker tid og penger på, men som alternativt kan tilbys mot full betaling eller egenbetaling gradert etter prioritet, f.eks.:

- Ekstraomkostninger knyttet til medisiner som ikke har vist seg mer effektive enn standard medikamentell behandling
- Kunstig befruktning på visse indikasjoner
- Sterilisering
- Reoperasjon etter sterilisering
- Plastiske operasjoner for kosmetiske plager
- Helsesjekk av friske personer
- Personallegeordningen

Det synes vanskelig å gi en skarp avgrensning av det offentliges ansvar for å finansiere helsetjenester. Det er umulig å gi en generell definisjon som omfatter hele det offentlige helsetjenestetilbud. Utvalget har derfor funnet det mest hensiktsmessig å beskrive prioritetsgruppe I, II og III i forhold til tjenester som det offentlige henholdsvis *skal*, *bør* og *kan* tilby.

Særlig om utprøvende behandling

I figur 9.2 er det også antydnet en sirkel som inneholder utprøvende behandling. Utprøvende behandling er tiltak som har lovende effekt, men hvor den forventede nytte ikke er tilstrekkelig dokumentert. Dette tilbudet bør skilles ut som egen gruppe fordi utprøvende behandling som tar sikte på å avklare et tiltaks nytte, må godkjennes og finansieres etter særskilte kriterier.

Utvalget har ikke utformet slike kriterier i detalj, men vil understreke at tilstandenes alvorlighetsgrad ikke kan være det avgjørende kriterium her. Viktige krav for godkjenning av utprøvende behandlingsopplegg kan være at det eksisterer en godkjent behandlingsprotokoll, at studiens design fyller visse minimumskriterier, at tidligere behandlingsresultater er lovende i den forstand at det ikke dreier seg om rent eksperimentell behandling, og at den forventede nytte av behandling er av en viss størrelsesorden.

Utprøvende behandling er således en type klinisk forskning. Uttrykket forutsetter bruk av forskningsprotokoller hvor man blant annet ønsker å avklare behandlingens medisinske nytte, risiko og om prognostiske faktorer kan identifiseres. I noen studier kartlegges også behandlingskostnader. «Utprøvende behandling» er en bedre betegnelse enn uttrykket «klinisk forskning» i denne sammenheng, fordi forskningens formål blir tydeliggjort. Utprøvende behandling er anvendt forskning med det primære mål å undersøke om en behandling bør tilbys en ny pasientgruppe eller ikke - det vil si om den skal ha prioritet. På den annen side kan betegnelsen gi det feilaktige inntrykk at dette er behandling som pasienten har rett til. Det må derfor understrekes at tilgang til utprøvende behandling kun gir mulighet til å delta i kliniske forsøksprosjekter. Den gir ikke rett til å motta behandling som ikke er tilstrekkelig dokumentert.

Fra et prioriteringsperspektiv har denne typen forskning direkte fordelingspolitisk relevans. Ny behandling med usikker dokumentasjon er noe som mange pasienter etterspør, og som skaper et press på helsepolitiske myndigheter. Et etablert system med klare ansvarsforhold for finansiering, evaluering og godkjenning kan bidra til en bedre og mer rettferdig håndtering av denne typen prioriteringsspørsmål. Mange praktisk-kliniske beslutninger foretas i skjæringsfeltet mellom nyttig og potensielt nyttig behandling ved alvorlig sykdom.

Behandling i utlandet

I noen tilfeller ønsker pasienter å få utført prioritert behandling eller utprøvende behandling i utlandet. *Dette utvalget* anbefaler at de overordnede prinsipper for prioritering også gjøres gjeldende for denne kategorien pasienter. Tiltak som ikke gis prioritet innen den norske helsetjenesten, bør heller ikke gi rett til full refusjon av utgifter til behandling i utlandet, med unntak av deltakelse i utprøvende behandlingssopplegg som er godkjent av myndighetene etter særskilte kriterier, jf. ovenfor.

Som grunnregel bør det være to forhold som berettiger offentlig refusjon av utgifter til behandling i utlandet: Manglende ekspertise i Norge for svært sjeldne eller kompliserte tilstander, og manglende kapasitet for pasienter som er gitt svært høy prioritet.

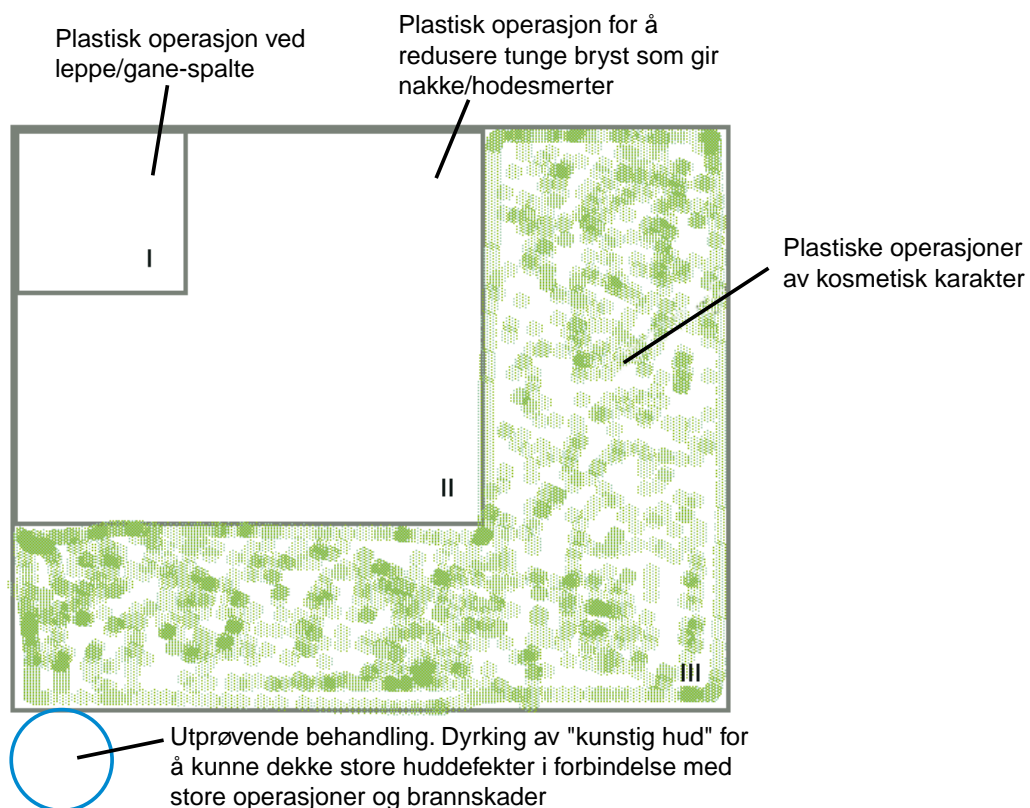
Utvalgets medlemmer Brofoss, Buttedahl og Wisløff finner ikke grunn til å ta standpunkt til når behandling i utlandet bør kunne finne sted.

9.7.2 Definisjon av prioritetsgrupper for det kliniske nivå

Ovenfor drøftet utvalget i store trekk hva som bør komme inn under det offentliges ansvar for helsetjenester, sett i et overordnet perspektiv. Spørsmålet den enkelte pasient og den enkelte lege vil stille seg, er hvor grensen skal gå i praksis. Eksempelvis, har en pasient med slitasjegikt i hoften, som gir smerter ved gange mer en 500 meter, «rett» til hofteprotese eller ikke? Hva med en kvinne som ønsker brystreducerende kirurgi? Hvor skal grensen gå for hvilke tjenester det offentlige skal ha ansvar for? Hva skal være «norsk standard» for hva det offentlige tilbyr?

Igjen må det understrekes at svaret på slike spørsmål ikke kan være «diagnoselister» som angir i detalj hva som skal være innenfor eller utenfor det offentliges ansvarsområde. Selv for plastisk kirurgi, som noen hevder ikke bør være et offentlig ansvar, finnes det pasienter som vi vil ønske å inkludere i et offentlig finansiert tilbud (f.eks. barn med leppe-ganespalte eller pasienter med brystkreft som ønsker brystbevarende kirurgi).

En inndeling i prioritetsgrupper for det kliniske nivå kan spesifiseres nærmere gjennom konkrete anbefalinger fra de enkelte fagområder. Figur 9.3 gir noen eksempler på en mulig anbefaling innen fagområdet plastisk kirurgi. Hensikten er ikke her å gi en uttømmende *diagnoseliste*, men å vise at inndeling av prioritetsgrupper må ta hensyn til grunnlidelsen, aktuelle tiltak, prognosetap og funksjonsnivå uten tiltaket og forventet nytte av tiltaket.



Figur 9.3 Eksempel på mulig anbefaling om prioritetsgrupper for plastisk kirurgi

Gruppe I kan f.eks. inneholde tilbudet om plastisk operasjon for barn med medfødt leppe-ganespalte. Prognosetapet uten behandling er betydelig, og behandlingen har stor nytte. Gruppe II kan inneholde brystreducerende kirurgi for pasienter med bryster som er så tunge at det er *gir nakke- eller hodesmerter*. Det er graden av plager eller funksjonsnivået som avgjør prioritetsnivået. Det er ønskelig at inndel-

ing i prioritetsgrupper beskrives i forhold til prognosetap, funksjonsnivå og forventet nytte av tiltaket på denne måten. Gruppe III med lav prioritet kan inneholde operasjoner av kosmetisk karakter, det vil si tilstander som ikke oppfattes som alvorlige nok med hensyn til prognosetap eller funksjonsnivå til at tilbudet bør ha høy prioritet innen den offentlige helsetjenesten. Sirkelen i figur 9.3 antyder at det også finnes en gruppe tiltak som faller inn under definisjonen av utprøvende behandling, det vil si behandling hvor nytten ikke er tilstrekkelig dokumentert (f.eks. forsøk på dyrking av «kunstig hud»).

Som en hjelp til klassifisering og rangering av tilstander og tiltak på klinisk nivå gis i det følgende noen veiledende definisjoner av de fire prioritetsgruppene. Disse er ikke uttømmende, men er ment som illustrasjoner og referansepunkter for det mer presise arbeid som må gjøres av fagfolk med nærhet til pasientene og kunnskap om behandlingsresultater.

9.7.3 Prioritetsgruppe I: Grunnleggende helsetjenester

Boks 9.1 gir en veiledende definisjon av prioritetsgruppe I: Grunnleggende helsetjenester.

Boks 9.1 Prioritetsgruppe I: Grunnleggende helsetjenester

(Vilkår A, B og C må være oppfylt)

A. Tilstand (minst ett av følgende vilkår må være oppfylt):

1. Prognosetap: Risikoen for å dø som følge av sykdom i løpet av 5 år er større enn 5-10 pst
2. Nedsatt fysisk eller psykisk funksjonstilstand (eller stor risiko for slik nedsettelse): varig og sterkt nedsatt evne til å utføre de gjøremål pasienten vanligvis utfører i sin hverdag (yrkesaktivitet, skolegang, husarbeid osv.) eller de gjøremål som det er naturlig at pasienter i denne aldersgruppen kan utføre
3. Invalidiserende smerter som ikke reduseres tilstrekkelig ved bruk av ikke-reseptbelagte smertestillende medikamenter. En indikator på sterke smerter kan være varig nedsatt evne til å utføre arbeid og dagliglivets alminnelige aktiviteter (påkledning, hygiene, søvn, matlaging osv.)

Med varig menes at tilstanden ikke kan forventes å bli bedre uten tiltak.

B. Forventet nytte (minst ett av følgende vilkår må være oppfylt):

1. Økningen i sannsynlighet for 5-års overlevelse er større enn 10 pst (absolutt risikoreduksjon)
2. Forbedret fysisk eller psykisk funksjonstilstand: Hel eller delvis gjenopprettelse av tidligere helsetilstand
3. Reduksjon av smerter som fører til bedret funksjonsnivå
4. Pleie og omsorg som kan sikre tilstrekkelig næringsinntak, naturlige funksjoner, hygiene, påkledning og mulighet for ytre stimulering eller sosiale kontakter

C. Kostnadseffektivitet

Kostnadene bør stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte

Vilkår B4 gjelder kun for pleie og omsorg, og kan ikke begrunne høy prioritet til tiltak med mindre nytte enn angitt under punktene B 1-3.

De strenge grensene som er satt gjelder for prioritetsgruppe I, grunnleggende helsetjenester. Dette utelukker ikke at det bør gis tilbud på mindre streng indikasjon for prioritetsgruppe II, utfyllende tjenester.

Definisjonen er veiledende i den forstand at de enkelte fagfelt må omsette de grensene som er trukket til medisinsk-faglige kriterier for valg av pasienter til riktig tiltak. På bakgrunn av medisinsk kunnskap og skjønn må det utformes kriterier for prognosetap, funksjonstap og forventet nytte av tiltak. Dette vil for noen fagfelt bli en stor utfordring, da slik kunnskap til dels er mangelfull og til dels er vanskelig å overføre fra gruppenivå til enkeltpersoner. Det må derfor utøves skjønn ved anvendelsen av slike kriterier.

9.7.4 Prioritetsgruppe II: Utfyllende tjenester

Boks 9.2 antyder hva prioritetsgruppe II bør inneholde. Det ligger i sakens natur at det er vanskelig å sette generelle grenser for alle tenkelige medisinske tiltak. Prioritetsgruppe II er i det følgende definert negativt i forhold til gruppe I og III. Utvalget har vært opptatt av å definere hvilke grupper som det offentlige bør ha et særlig ansvar for (gruppe I), og hvilke tilstander og tiltak det kan være legitimt å gi lav prioritet (gruppe III).

Boks 9.2 Prioritetsgruppe II: Utfyllende helsetiltak

Prioritetsgruppe II vil inneholde:

Prioritetsgruppe II vil inneholde:

- screening,
- utredning,
- behandling,
- habilitering og rehabilitering,
- pleie og omsorg, som ikke er omfattet av prioritetsgruppe I og III.

Som hovedregel bør det foreligge kjent risiko for sykdomsutvikling eller manifest sykdom med betydelig prognosetap med henblikk på overlevelse og funksjonsnivå, og betydningsfull forventet nytte av tiltaket. Nyttens må dessuten stå i et akseptabelt forhold til kostnadene.

9.7.5 Prioritetsgruppe III: Lavt prioriterte tjenester

Boks 9.3 antyder kriterier for klassifisering i prioritetsgruppe III.

Det vil være ønskelig at faggrupper kan gi anbefalinger og rangering av tilstander og tiltak i denne prioritetsgruppen. Her er det særlig viktig at prinsippet om prioritering etter forventet nytte anvendes på basis av tilgjengelig kunnskap og dokumentasjon. Innen mange diagnosegrupper vil det være undergrupper av pasienter som befinner seg i gråsonen mellom moderat og marginal forventet nytte av tiltak. Et grundig arbeid med dokumentasjon, indikasjonsetting og rangering av tilstander og tiltak vil være til god hjelp for videre arbeid med dimensjonering av kapasitet.

Selv med det beste kunnskapsunderlag og de mest systematiserte retningslinjer vil det kunne oppstå gråsoner med tvilstilfeller, der man påviser marginale behandlingsgevinster som også kan innebære risiko og store kostnader. Poenget med en systematisk rangering i og innen prioritetsgrupper, er at gråsonene kan identifiseres og gjøres mindre ved bruk av åpne, anerkjente prinsipper, kriterier og metoder for evaluering.

Boks 9.3 Prioritetsgruppe III: Lavt prioriterte tjenester

Det kan gis lav prioritet til:

- Tilstander som medfører ubetydelig nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå
- Tiltak som har liten forventet nytte, det vil si mindre enn 5 pst økt sannsynlighet for 5-års overlevelse (eller forbedring i overlevelse som ikke er mulig å påvise med statistisk anerkjente metoder) eller som ikke gir forbedret fysisk eller psykisk funksjonsnivå av en viss varighet
- Tiltak med usikker medisinsk nytte, det vil si svak dokumentasjon
- Tiltak som er for kostbare i forhold til nytten
- Pleie og omsorg som går utover å sikre livsfunksjoner og opprettholde for pasienten et «normalt» fysisk og sosialt aktivitetsnivå

9.7.6 Prioritetsgruppe IV

Dette er tilstander og tiltak som ikke skal ha prioritet innen det offentlige helsetjenestetilbud. Boks 9.4 gir noen eksempler.

Boks 9.4 Prioritetsgruppe IV: Tilbud som ikke skal finansieres av det offentlige

- Tilbud som ikke skal ha prioritet i det offentlige helsetjenestetilbud er:
- Tiltak som er dokumentert uten virkning på overlevelse, funksjonstilstand eller smerter
- Tiltak rettet mot tilstander som helt klart faller utenfor allmenne oppfatninger om hva som er sykdom
- Tiltak med for høy risiko
- Tiltak med ekstremt høye kostnader i forhold til forventet nytte
- Tiltak som det vil være uetisk å utføre

Oppsøkende risikojakt på friske personer uten kjent risiko, f.eks. visse typer prediktive genetiske tester, kan være et eksempel på tilbud som inntil videre bør ha null prioritet i den offentlige helsetjenesten. Et annet eksempel er ultralyd mer enn én gang i normale svangerskap.

9.7.7 Utprøvende behandling: Tiltak som ennå ikke er tilstrekkelig utprøvd til å tas inn i det etablerte helsetilbud

Utprøvende behandling tar sikte på å avklare en ny behandlingsnytte i forhold til etablert behandling for samme tilstand, jf. boks 9.5.

Boks 9.5 Utprøvende behandling

Utprøvende behandling omfatter tilstander og behandlingsformer som:

- Ikke er eksperimentelle
- Har lovende behandlingsresultater
- Ikke er tilstrekkelig dokumentert med hensyn til nytte, det vil si økt overlevelse og forbedret funksjonstilstand/helserelatert livskvalitet

Eksempler kjent fra massemedia er høydose cellegiftbehandling med stamcellestøtte for tilstander som brystkreft med spredning og myelomatose. Innen kreftbehandling utprøves alle former for cellegift på pasienter før behandlingen blir etablert. All behandling med lovende, men usikker nytte kan defineres som utprøvende behandling, men utprøvende behandling må avgrenses i forhold til «eksperimentell medisin» og «dokumentert nyttig behandling». Eksperimentell medisin skal avklare om et behandlingsprinsipp eller en metode er virksom. Dokumentert nyttig behandling er behandling hvis virkning og nytte er avklart som god nok. Hovedmålet med utprøvende behandling er å dokumentere at et nytt behandlingstilbud er sikkert nok og effektivt nok til å bli akseptert som etablert behandling. Når slik dokumentasjon foreligger, kan tilbudet vurderes for prioritet innen det ordinære offentlige helsetilbud.

9.8 ER DET MULIG Å AVGRENSE DET OFFENTLIGES ANSVAR?

De forslag utvalget har drøftet i dette kapitlet vil medføre en sterkere formalisering og konkretisering av dagens prioriteringssystem. Det er også naturlig å drøfte hva som kan tale for og hva som kan tale mot en presis avgrensning av et sett av tjenester som det offentlige helsevesenet skal garantere at det vil yte overfor alle. Dette henger også sammen med de utilsiktede virkninger enhver prioriteringsmodell vil ha.

Fordeler med en presis avgrensning

- *Bedre behandling av dem som faller innenfor.* Ved å avgrense noe som det satses særskilt på i motsetning til noe som skal prioriteres lavere, økes sjansen for at dette særskilte kan bli gjennomført i tide og med minimale kostnader for den syke. Det vil føre til større trygghet for mennesker med de sykdommene som helsetjenesten kan gjøre mest for å behandle.
- *Mulighet til økonomisk innsparing.* Dette er ikke hovedmålet med å avgrense det offentliges ansvar, men dersom klarere ansvarsfordeling lykkes, kan det gi bedre kostnadskontroll. Hovedmålet er å gi bedre muligheter for god fordeling av de tilgjengelige ressurser, slik at man unngår rasjonering av grunnleggende helsetjenester.
- *En spore til å finne frem til og dokumentere god behandling.* Både for behandlere og pasientrepresentanter vil en «helsepakke», dersom den favoriserer virksom behandling, spore til innsats for å skille mellom virksomme og uvirkosomme behandlingstiltak.

Ulemper med en presis avgrensning

- *Dårligere behandling av dem som faller utenfor.* Avhengig av hvor mye som faller utenfor det offentliges ansvar, vil noen eller mange som opplever seg som syke, få dårlig eller dårligere tilgang til behandling. Det er bare hvis avgrensningen oppleves som rettferdig at det kan forsvares at noen faller utenfor. De som «faller utenfor», bør være de som har minst krav på fellesskapets ressurser, jf. diskusjonen i "[Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen](#)" i kapittel 8.
- *Tilgang til helsetjenester gjøres avhengig av økonomi.* Folk som har plager som ligger utenfor ansvarsområdet, må vente lenge, betale en del, eller eventuelt få utført behandlingen i privat regi, mot full betaling. Det vil føre til at helsetjenester blir ulikt fordelt etter den sykes økonomiske stilling. Dette kan kanskje aksepteres dersom det gjelder tilbud som er lavt prioritert både av fellesskapet og den enkelte. Dersom tilbud med gradert egenbetaling benyttes av mange, og det oppleves som svært urettferdig at betalingsmulighet blir

- avgjørende for hvem som kan gjøre bruk av visse tilbud, kan det være god grunn for å inkludere slike tilbud med full finansiering i det offentlige tjenestetilbudet.
- *Stimuli til vekst i private helsetjenester*. At en del tjenester ytes mot full betaling vil kunne tiltrekke fagpersonell til denne virksomheten og dermed ta kompetanse og personalressurser bort fra den offentlige helsetjenesten
 - *Tilgang til helsetjenester gjøres avhengig av bosted*. En større privat sektor vil i vårt land bety en mer sentralisert helsetjeneste.
 - *En ytterligere nedprioritering av diffuse lidelser*. Klare grenser kan medføre at mange lidelser vi nå beklager den lave rangeringen av i prestisje og prioritet, vil falle utenfor det offentlige tjenestetilbudet.
 - *Problemer med grensesetting i gråsoner*. Presise grenser for innenfor/utenfor kan gi opphav til uforståelige eller urimelige beslutninger for enkeltpersoner.

9.8.1 Utilsiktete konsekvenser

Noen prioriteringstiltak kan ha virkninger som vi ikke ønsker oss. De kan i praktisk anvendelse bli snudd og føre til andre prioriteringer enn dem vi ønsket å oppnå med dem. De kan også ha konsekvenser som strider mot andre av våre grunnleggende verdier.

De sterke kan gjøre prioriteringsprinsippene til sine

Evnen til å gjøre allment formulerte prioriteringsprinsipper gunstige for egen virksomhet, varierer sannsynligvis mellom spesialitetene. Derfor er det ikke bare viktig hvordan innholdet i kriteriene formuleres. Det er også viktig hva slags modell for forståelse av sykdom som ligger til grunn for dem. Er modellen «ordentlige sykdommer», vil de spesialitetene som nå er prioritert, fortsatt komme til å stå sterkest.

Et annet argument mot mulighetene for å få til en høyere prioritering av de fagområdene som står svakt nå, er at det kan være lettere å utforme prinsipper og kriterier for prioritering for de fagområdene som allerede står sterkt. Slik kan de svake komme til å fortsette å ligge bak i konkurransen om ressursene. For det første beror dette på at det for svake områder er vanskeligere å dokumentere grunnlaget for og virkningen av de aktuelle behandlinger. Dette kan igjen ha flere årsaker. En av dem er at dette i tillegg er forskningssvake områder, de er lavt prioritert også i den forstand. For det annet beror det på at sykdomsplagene til disse områdenes typiske pasienter passer dårligere til medisinsens bilde av den typiske sykdom. Plagene kan være diffuse, med få objektive diagnostiske tegn. De kan være uhelbredelige, slik at behandlingen må rette seg mot å hemme forverring eller lindre smerter, snarere enn å kurere. De kan til og med være umulig å gjøre noe som helst med. Da er helsevesenets mulige ytelse pleie og omsorg, slik at den syke kan leve så godt som mulig med sine plager. Det viser seg å være lettere å utforme prioriteringsprinsipper for typiske eller «ordentlige» sykdommer enn for andre, mer ubestemmelige lidelser og plager.

En tredje omstendighet som kan gjøre at de svake forblir svake også innen et slikt system, har å gjøre med sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje (Album 1991). Prestisjen, eller anseelsen, er selvfølgelig knyttet til hvor godt behandlingen kan dokumenteres og hvor «ordentlig» sykdommen er. Selv om prestisje ikke bør ha noen utslagsgivende plass i denne sammenheng, er dette et faktum som må tas med i betraktningen. Prestisje gir autoritet, og representanter for høyt ansette spesialiteter som behandler høyt ansette sykdommer, vil med større selvfølgelighet vinne frem med sine argumenter, uansett den rent faglig-etiske styrken argumentene har.

Skjønnsutøvelse kan føre til forskjellsbehandling

Idealet om at samme problem skal få lik og like god behandling, står sterkt i vår kultur og ekstra sterkt i helsevesenet, velferdsstatens flaggskip. Felles regelverk er en måte å oppnå likebehandling på. Vi vet at dette kolliderer med lokalt selvstyre. Skjønnsutøvelse er lokalt selvstyre. Dette er et spenningsforhold vi er nødt til å leve med.

9.9 OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Utvalget mener at den prioriteringsmodell som her er foreslått, samlet sett kan sette i gang en prosess for å avklare grensene for det offentlige ansvar. Denne grensen kan ikke trekkes én gang for alle, men en inndeling av tiltak som det offentlige *skal*, *bør* og *kan* tilby, kan bidra til en bedre og mer informert debatt om disse vanskelige spørsmålene. Ideelt sett ville utvalget har foreslått en oppdeling i flere prioritetsgrupper. Av praktiske årsaker vil en imidlertid ikke foreslå en så detaljert prioriteringsmodell. Utvalget mener også at en nærmere avklaring av hvilke tilstander og tiltak som kan klassifiseres i prioritetsgruppen for lavt prioriterte tjenester, kan fungere som en overgangssone mellom et ubetinget offentlig ansvar og pasientenes eget ansvar. Dette vil, etter utvalgets vurdering, være en bedre løsning enn en skarp enten/eller avgrensning som antakelig vil møte større motstand i befolkningen og dessuten vil presse frem et større marked for private helsetjenester, noe som kan redusere kvaliteten på det offentlige tilbud.

9.9.1 Anbefaling om opprettelse av faggrupper

Utvalget foreslår at det etableres representative faggrupper som skal gi anbefalinger om prioritering innen sitt fagfelt. Faggruppene bør få i mandat å klarlegge hva man skal legge i begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet for ulike pasientgrupper. Disse prioriteringsprinsippene skal anvendes for å klassifisere eller rangere tilstander og tiltak i prioritetsgrupper.

For å unngå rasjonering av grunnleggende helsetjenestetilbud (prioritetsgruppe I) bør det først oppnevnes faggrupper for:

- Barne og ungdomspsykiatri
- Voksenpsykiatri
- Medisinsk rehabilitering
- Pleie og omsorg i kommunene
- Ortopedisk kirurgi

Utvalget anbefaler at igangsetting av faggrupper «kvoterer» til disse områdene i første omgang. Aktuelle behandlingstilbud bør gjennomgås kritisk etter den mal som er foreslått i vedlegg 2. I neste omgang anbefaler utvalget at det igangsettes faggrupper på andre utvalgte områder. Grunnen til at ikke alle fagmiljøene bør starte på én gang, er for det første at systemet bør prøves ut først, og for det andre at det forventes at mer formelle prioriteringer etter kravene om forventet nytte, dokumentasjon og kostnadseffektivitet kan føre til at de fagmiljøer som i utgangspunktet står sterkest, også kan komme til å trekke til seg mest ressurser.

9.9.2 Anbefaling om opprettelse av et samordnende, permanent prioriteringsutvalg

Utvalget anbefaler at det opprettes et samordnende, permanent prioriteringsutvalg som skal gi råd om prioritering mellom pasientgrupper. Utvalget bør være bredt sammensatt med representasjon av lekfolk, pasientorganisasjoner, helsepersonell

og politisk-administrative beslutningstakere. Utvalget bør også ha kompetanse innen helseøkonomi, medisinsk analyse av behandlingsresultater, helserett og medisinsk etikk. Utvalget bør være slik sammensatt at det kan gi helhetlige, velbegrunnede og upartiske råd om praktisk prioritering.

Det permanente prioriteringsutvalgets mandat bør omfatte tre hovedområder:

1. Utvalget skal samordne og vurdere faggruppenes råd om inndeling av tilstander og tiltak i forskjellige prioritetsgrupper. Utvalget bør også gi råd om dimensjonering av kapasitet. Det bør så langt som mulig være lik «terskel» for hvilke pasienter som gis høy, middels og lav prioritet - uavhengig av faglige skillelinjer.
2. Utvalget bør ha et særskilt ansvar for å stimulere til offentlig debatt om prioriteringer, og å innhente informasjon om befolkningens verdigrunnlag og syn på prinsipper og kriterier for prioritering.
3. Utvalget bør gis anledning til, på forespørsel, å gi råd vedrørende prinsipielle sider ved vanskelige enkeltsaker som kan ha konsekvenser for helhetlige prioriteringer.

Det er viktig at det permanente prioriteringsutvalget får en mest mulig uavhengig posisjon i forhold til profesjonelle interesser eller andre partsinteresser.

9.9.3 Styrking av kunnskapen om prioritering i grunn- og etterutdannelsen av helsepersonell

Utvalget anbefaler at kunnskap om prioritering bør inngå som en viktig del av undervisningen i grunn- og etterutdannelsen av helsepersonell. Bakgrunnen for forslaget er beskrevet i punkt 9.5.1.

9.9.4 Kompetanseoppbygging

Utvalget anbefaler at det skjer en kompetanseoppbygging med hensyn til epidemiologi, statistikk og helseøkonomi på flere politiske og administrative forvaltningsnivåer, herunder på statlig, regionalt og fylkeskommunalt nivå. Bakgrunnen for forslaget er beskrevet i punkt 9.4.1.

9.9.5 Utprøvende behandling

Utprøvende behandling bør under visse forutsetninger være et statlig ansvar, jf. St.prp. nr. 1 (1996-97). Staten bør finansiere, evaluere og godkjenne utprøvende behandlingsopplegg som foregår i Norge eller som gjennomføres i samarbeid med andre land. Resultatene bør evalueres gjennom et formalisert system for medisinsk teknologivurdering.

Utprøvende behandling bør foregå etter godkjent behandlingsprotokoll, og gjennomføres på regionssykehusnivå. Ansvarsdeling for finansiering må avklares mellom helsetjenesten, universitetene og forskningsråd. Rent generelt bør det være slik at basalforskning fortsatt blir finansiert over vanlige forskningsbudsjetter, mens behandlingsforsøk blir finansiert av egne poster over helsetjenestens budsjett. Bakgrunnen for forslaget er nærmere omtalt i pkt. 9.7.1.

9.9.6 Behandling i utlandet

I noen tilfeller ønsker pasienter å få utført prioritert behandling eller utprøvende behandling i utlandet. *Dette utvalget* anbefaler at de overordnede prinsipper for prioritering også gjøres gjeldende for denne kategorien pasienter. Tiltak som ikke gis

prioritet innen den norske helsetjenesten, bør heller ikke gi rett til full refusjon av utgifter til behandling i utlandet, med unntak av deltakelse i utprøvende behandlingssopplegg som er godkjent av myndighetene etter særskilte kriterier. *Utvalget* har ikke utformet slike kriterier i detalj, men vil understreke at tilstandenes alvorlighetsgrad ikke kan være det avgjørende kriterium her. Viktige krav for godkjenning av utprøvende behandlingssopplegg kan være at det eksisterer en godkjent behandlingsprotokoll, at studiens design fyller visse minimumskriterier, at tidligere behandlingsresultater er lovende i den forstand at det ikke dreier seg om rent eksperimentell behandling, og at den forventede nytte av behandling er av en viss størrelsesorden.

Som grunnregel bør det være to forhold som berettiger offentlig refusjon av utgifter til behandling i utlandet: Manglende ekspertise i Norge for svært sjeldne eller kompliserte tilstander, og manglende kapasitet for pasienter som er gitt svært høy prioritet. Bakgrunnen for forslaget er nærmere omtalt i pkt. 9.7.1.

Utvalgets medlemmer Brofoss, Buttedahl og Wisløff finner ikke grunn til å ta standpunkt til når behandling i utlandet bør kunne finne sted.

KAPITTEL10

Mulige virkemidler for å sikre tilstrekkelig kapasitet for prioriterte områder

10.1 INNLEDNING

I dette kapitlet tar utvalget for seg mulige virkemidler for å sikre kapasiteten for prioriterte behandlingstilbud. Dimensjonering av kapasitet henger nøye sammen med prioritering mellom grupper. Styringsredskaper som bidrar til økning i kapasiteten på visse områder, kan derfor samtidig bidra til nedprioritering på andre områder. Virkemidlene som drøftes, er forpliktende servicemål og bedre informasjonssystemer, finansieringsordninger og bruk av gradert egenbetaling, pasientrettigheter og behandlingsgaranti, fritt sykehusvalg og utdanning og fordeling av helsepersonell.

10.2 NASJONALE SERVICEMÅL FOR NORSK HELSETJENESTE

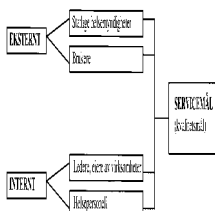
Prioriteringsbeslutninger er, og bør også være, en del av den politiske beslutningsprosess. Spørsmålet er om det er mulig å påvirke formelle og uformelle prioriteringer i retning av helsepolitiske målsettinger for prioritering. Dette kan tenkes gjennomført ved å forbedre de politiske beslutningsprosessene gjennom bedre samspill mellom medisinsk-faglige og administrative beslutningstakere, og ved innføring av såkalte servicemål.

Erfaringene med ventetidsgarantien viser at et grovt kvantitativt mål på behov og tilgjengelig kapasitet tolkes som et kvalitativt mål på helsetjenestens suksess eller fiasko. Dette er åpenbart uheldig. Det er ønskelig å supplere grove kvantitative mål om ventetid med prioriteringsrelevante kvalitetsmål. Rikdommen på kunnskap om det enkelt opptellbare og relativt ukontroversielle står i skarp kontrast til vår manglende kunnskap om kvaliteten på det helsetjenesten utretter.

I Danmark har man gjennom en avtale mellom regjeringen og fylkene innført servicemål som et styringsredskap. Hensikten er at servicemålene skal brukes til å informere borgerne om vedtatte målsettinger og prioriteringer. Disse kan danne grunnlag for dialog om forholdet mellom ressursbruk og kvaliteten på tjenestene. I vår sammenheng kan servicemål for eksempel knyttes til tilbudet for pasienter i prioritetsgruppe I og II. Stikkord her er institusjonsbasert og politisk ansvar.

10.2.1 Forholdet mellom servicemål og kvalitet

Kvalitet er et uttrykk for i hvilken grad resultatet samsvarer med de fastsatte krav eller behov. Slike krav eller forventninger til helsetjenesten blir i hovedsak stilt fra fire ulike hold, jf. figur 10.1.



Figur 10.1 Forskjellige aktørers krav eller forventninger til helsetjenesten

Krav eller forventninger utenfra kan stilles fra de statlige helsemyndigheter eller brukerne. Internt i et sykehus kan ledere eller eiere av sykehuset stille krav til kvalitet gjennom nærmere definerte mål. Helsepersonell kan også bruke kvalitetsmål i den interne kvalitetssikringsprosessen.

Ettersom kvalitet ikke bare er et objektivt begrep som er knyttet til målbare egenskaper ved et produkt eller tjeneste, men også er knyttet til verdier, blir det avgjørende å være enig om målene for helsetjenestene.

Begrepet servicemål kan ses på som et annet ord for kvalitetsmål. Det kan likevel være riktig å bruke et eget begrep for de mål som skal være forpliktende og dermed brukes som styringsredskap. Begrepet synes videre hensiktsmessig fordi det indikerer ivaretagelse av brukerkrav til kvalitet, i og med at servicemål er tenkt å inngå i en dialog med brukerne og befolkningen for øvrig. Servicemål kan defineres i forhold til ventetid, behandlingsresultater, risiko for komplikasjoner, tilgjengelighet, informasjonskrav, pris, mv.

10.2.2 Pliktbestemmelser

Begrepet forpliktende servicemål innebærer at noen har forpliktet seg til måloppnåelse. Dersom målene samsvarer med det som ønskes prioritert, vil slike forpliktende servicemål kunne være et virkemiddel for å sikre at ønsket prioritering skjer. Et sentralt spørsmål er hvem som forplikter og hvem som skal forpliktes. Et annet spørsmål er hvem som skal påse at forpliktelsene overholdes.

Enhver som yter helsetjeneste, plikter å oppfylle myndighetskrav, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 om plikten til internkontroll. Myndighetskravene må anses som minstekrav til kvalitet i helsetjenesten. Disse kravene er nedfelt i lover og forskrifter som forplikter enhver som yter helsetjeneste. Både kvantitative og kvalitative krav er formulert: Myndighetene krever at fylkeskommuner og kommuner planlegger, utbygger og driver helsetjenester slik at befolkningens behov for nødvendig helsehjelp dekkes. Det tilbud som gis, skal være faglig forsvarlig og drives i samsvar med allment aksepterte faglige normer. Enkelte av kravene er spesifikke som taushetspliktbestemmelser, bestemmelser om journal, medikamenthåndtering mv. På andre områder er kravene lite spesifikke og dels knyttet til faglig skjønn, jf. begrepet «faglig forsvarlig» og krav om behovsdekning.

Et kvalitetskrav som er lovfestet som en pliktbestemmelse skal i prinsippet ikke gi grunnlag for drøfting om graden av forpliktelse mellom staten og utøvere av helsetjenesten. En annen sak er at tolkningen av kravene nødvendigvis gjør en dialog. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten påpeker behovet for å identifisere områder hvor det er særlig nødvendig å utvikle funksjonskrav og å initiere utvikling av kvalitetsindikatorer. Dette er en oppgave for sentrale helsemyndigheter.

Tilsyn er myndighetenes utadrettede aktivitet for å påse at lover og forskrifter etterleves. Dette innebærer at det er de krav myndighetene stiller til helsetjenesten som er grunnlaget for tilsynsfunksjonen.

Tilsynsmyndighetene (Statens helsetilsyn og fylkeslegene) skal påse at helsetjenesten har etablert systemer som sikrer at slike krav blir oppfylt. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet. Det omfatter bl.a. å følge med i og overvåke helsetjenestens ytelser, og vurdere behovsdekning og tilbudsutforming i forhold til nasjonale mål og prioriteringer.

I forhold til servicemål vil det være spørsmål om disse skal formuleres som myndighetskrav, dvs. pliktbestemmelser, eller om de skal være gjenstand for drøftinger mellom parter før de etableres som forpliktende. I Danmark har man valgt den

siste løsningen. Der er servicemål etablert på sykehusnivå og fastsettes av det enkelte amt som tilsvarende vår fylkeskommune. Målene inngår som en del av den årlige avtalen mellom regjeringen og Amtsrådsforeningen om amtenes økonomi. Amtene har ansvar for å påse at målene blir oppfylt. Graden av måloppnåelse publiseres og gjøres kjent for innbyggerne.

Uansett løsning vil det være et hovedpoeng at målene er identifisert og kjent både for brukerne, beslutningstakere og helsetjenesten. Det må også være mulig å kunne vurdere graden av måloppnåelse.

Definisjonen av prioritetsgruppe kan også i seg selv benyttes som et servicemål i forhold til enkeltpasienter. Dersom det nedfelles et myndighetskrav om plikt til å følge nasjonalt vedtatte prioriteringer, vil det gi tilsynsmyndighetene mulighet til å gripe inn overfor mål som er i strid med en slik prioritering, jf. figur 10.1.

En mulighet vil være at grunnleggende helsetjenester (prioritetsgruppe I) i større grad blir omfattet av detaljerte myndighetskrav, mens det for andre deler av helsetjenesten utvikles forpliktende servicemål på grunnlag av drøftinger med kommuner og fylkeskommuner, tilsvarende den danske modellen. Servicemålene må være basert på et realistisk økonomisk grunnlag og vurderes i forhold til de økonomiske rammer som fastlegges.

Utvalget vil peke på at servicemål, koblet til klart definerte prioritetsgrupper, kan gi innhold til myndighetskrav. Mer presise myndighetskrav kan være til hjelp for tilsynsmyndighetene. I forhold til prioriteringsbeslutninger, kan tilsyn skje med henblikk på om det er tilstrekkelig kapasitet for grupper med behov for tiltak i prioritetsgruppe I. Slik forstått kan tilsynsmyndighetenes oppgave i en prioriteringssammenheng være å tilse at sikkerhetsnettet for de pasientgruppene samfunnet vil gi høy prioritet, er på plass.

Utvalget vil videre anbefale at en ytterligere aksentuering av pliktbestemmelser vurderes i forhold til ny lov om spesialisthelsetjenesten. En forpliktelse for fylkeskommunene til å utbygge tilbudet av kjernetjenester, prioritetsgruppe I, burde være uproblematisk.

10.2.3 Aktuell informasjon for utvikling av servicemål

Mange har påpekt en påfallende mangel på resultatorientering i norsk helsetjeneste. Dette utvalget tror ikke at en snever mål- og resultatstyring vil løse fordelings- og styringsproblemene som den somatiske og psykiatriske institusjonssektoren utfordres av. Men selv de enkleste mål på hva helsetjenesten faktisk utretter, mangler. Riktignok finnes det produksjonsmål som antall behandlede pasienter pr. ressursinnsats, liggetider, antall utskrevne pasienter og lignende, men disse sier lite om resultater av og kvaliteten på det tilbudet som pasientene mottar.

Resultatinformasjon

Administrasjon og helseplanlegging innenfor et rammefinansiert system ser ut til å konsentrere seg mer om kostnader enn om resultater og kvalitet. Guldvåg (1996) påpeker dette paradokset:

«Mens sykehusene har systemer for å dokumentere for oppdragsgiver/eiere flyten av nærmest hver eneste krone, er tilsvarende dokumentasjon om hva som skjer med pasientene, skremmende dårlig. Det er dessuten symptomatisk og bekymringsfullt at svært få synes å bry seg om at det er slik.»

Antakelig er det etter hvert mange som bryr seg om at det er slik. Mange kliniske behandlingsmiljøer, sykehusledere og eiere bidrar med rapportering av resultater av sin virksomhet. Slike data inngår i undersøkelser som enkelte publiserer som klinisk forskning. Det som mangler, er systematisk innsamling og analyse av slik informasjon.

Resultatrapportering

Flere land, spesielt USA, har arbeidet med slike vurderinger i mange år («medical audit»). I sin enkleste form er data om tjenesters kvalitet enkle å samle inn. Overlevelse og dødelighet i definerte pasientgrupper som har fått en spesiell behandling, er ett eksempel. Forekomst av postoperative komplikasjoner er et annet. Kartlegging av funksjonsforbedringer etter behandling er mer krevende, men er selvsagt også relevant.

Det burde være en plikt for sykehuseier å legge forholdene til rette for å utføre slik kvalitetskontroll. En god start ville være om store og mellomstore sykehus, for eksempel hvert tredje år, offentliggjør data som belyser kvaliteten av den behandling som enkelte pasientgrupper har mottatt. Resultatene av behandlingen bør så langt som mulig formuleres i såkalte harde endepunkter. Det vil si resultatmål som uten tvil har betydning for pasienten: forlenget levetid, redusert risiko for død, bedret funksjonsnivå o.l. Myke endepunkter, som f.eks. reduksjon i blodtrykk, svulststørrelse eller kolesterolnivå har mindre betydning dersom man ikke kjenner forholdet mellom disse endepunktene og dødelighet eller sykелighet. Rapportering av resultatmål i form av harde endepunkter kan på lengre sikt bidra til utvikling av sammenlignbare mål på helsegevinst.

Behovet for prioriteringsrelevant informasjon kan også tilsi at det må opprettes helseregistre etter mønster f.eks. av registeret for hofte- og kneproteser i Bergen. Registrering av resultatene av kreftbehandling er et annet aktuelt eksempel. Dette forutsetter snarlig avklaring av problemene knyttet til sikring av sensitive persondata.

Et siste eksempel på aktuelle kvalitetsmål er brukerinformasjon. Spørreundersøkelser om brukernes tilfredshet kan gi verdifulle opplysninger for forbedring av helsetjenesten.

Steine-utvalget understreker betydningen av bruk av resultatindikatorer for sykehussektoren (NOU 1997: 2). Fordelene er åpenbare:

- Politiske miljø kan få kunnskap om forhold av betydning for utforming av nasjonal helsepolitikk
- Statlige helsemyndigheter kan få kunnskap om forhold av betydning for oppfølging av nasjonal helsepolitikk
- Sykehuseiere og -ledelse kan få kunnskap om forhold av betydning for strategisk planarbeid og budsjettprosesser i sykehusene
- Det enkelte sykehus kan få grunnlag for å vurdere egen aktivitet i forhold til sine etablerte mål, og til å vurdere potensielle forbedringsmuligheter
- Forsknings- og utredningsmiljø kan finne grunnlag for ulike analyser av norsk helsevesen
- De faglige miljøene kan få informasjon til grunnlag for sammenligninger seg imellom
- Pasienter kan få kunnskaper om og informasjon fra de enkelte sykehus

Det må tilføyes at resultat- og serviceindikatorer kan benyttes også i andre deler av helsetjenesten, utenfor sykehusene.

Andre informasjonssystemer

For helsetjenesten i kommunene kan arbeidet med mål og styringssystemene «Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene» og «Gerix» videreutvikles for prioriteringsformål.

Styrings- og informasjonssystemet er et oppfølgingssystem for statlig styring av og informasjonsutveksling med helse- og sosialtjenesten i kommunene. Systemet ble satt i verk i 1992. Det inneholder indikatorer for vurdering av behov, omfang og kvalitet for både helsemessige og sosiale tjenester. Systemet er under

utvikling, men ved valg av prioriteringsrelevante indikatorer for helsetjenesten, burde dette systemet kunne bidra til bedre informasjonsflyt mellom beslutningstakere. Et lignende system bør også vurderes for det fylkeskommunale nivå.

GERIX er et administrativt system som er under utvikling for å forbedre kommune- og statsforvaltningens tilgang på data om situasjon og utvikling for funksjonshemmede og de eldre. Dette systemet kan antakelig også tilpasses de informasjonsbehov som prioriteringsprosessen skaper.

Bedre informasjonssystemer kan forbedre beslutningsprosessene. Prioriteringsrelevant informasjon bør publiseres og sendes ut til alle beslutningstakere i god tid før det årlige budsjettarbeid. På den måten får kommunene et prioriteringsredskap som kan benyttes for internkontroll og sammenligning på tvers av faggrupper og geografiske skillelinjer.

10.2.4 Foreløpig oppsummering

Servicemål bør ha en naturlig plass i prioriteringsarbeidet. Informasjon er en nødvendig forutsetning for gode beslutninger, og servicemål kan gi økt innsyn og brukerkontroll.

En mulighet vil være at grunnleggende helsetjenester (prioritetsgruppe I) i større grad blir omfattet av detaljerte myndighetskrav, mens det for andre deler av helsetjenesten utvikles forpliktende servicemål på grunnlag av drøftinger med kommuner og fylkeskommuner. Servicemålene må være basert på et realistisk økonomisk grunnlag og vurderes i forhold til de økonomiske rammer som fastlegges.

Utvalget erkjenner at det er mye som gjenstår før anvendelige kvalitetsmål er på plass, men vil likevel anbefale at informasjons- og styringssystemer utvikles og kobles til forpliktende målsettinger.

10.3 ØKONOMISKE VIRKEMIDLER

Her skal omtales finansieringssystemer, bruk av rammetilskudd og refusjonsordningers betydning for å oppnå ønsket prioritet for visse grupper. Innføring av gradert egenbetaling blir også drøftet.

10.3.1 Om finansieringsmåtenes innvirkning på prioriteringsbeslutninger i sykehus

Tor Iversen ved Senter for helseadministrasjon har på oppdrag fra utvalget utredet hvilken innvirkning man kan forvente at finansieringsmåten har på prioritering mellom pasientgrupper i sykehus. I dette og de to følgende avsnitt (10.3.1-10.3.3) er noen hovedkonklusjoner gjengitt (notatet foreligger i sin helhet som vedlegg 3). Det foreligger lite empirisk materiale som kan belyse denne problemstillingen. Vurderingen er derfor hovedsaklig en prinsipiell drøfting av problemstillingen med utgangspunkt i økonomisk tankegang.

Problemstillingen tar utgangspunkt i at staten har mål for hva som er ønskede prioriteringer. Samtidig blir de faktiske prioriteringsbeslutninger fattet desentralisert i fylkeskommuner og kommuner, på det enkelte sykehus og i den enkelte sykehusavdeling, og på det enkelte legekantor. En viktig problemstilling er da hvordan staten kan innrette seg for å få de faktiske prioriteringer til å falle sammen med de ønskede. Begrepet *prioriteringseffektivitet* beskriver når dette samsvaret er til stede. Staten vil imidlertid også være interessert i å oppmuntre til at hver behandling blir gitt til lavest mulig kostnader. Det er dermed også et hensyn til *kostnadseffektivitet*

som skal ivaretas. Iversens analyse bygger på tre forutsetninger som kan sammenfattes slik:

- Beslutningstakeren ønsker å behandle alle som har behov for behandling
- Den lokale beslutningstaker ønsker - alt annet likt - å innrette seg slik at overskuddet blir størst mulig, eventuelt underskuddet minst mulig
- Ledelsen og pasientbehandlerne vil anstrenge seg mer hvis det medfører fordeler (knyttet til organisasjonens virksomhet).. «Anstrengelse» er brukt i meget vid betydning.

To hovedtyper av finansieringsordninger er sentrale:

1. *Retrospektiv finansieringsordning*: I dette tilfelle yter forsikringsordningen full refusjon av de faktiske kostnader en behandling medfører for sykehuset. Kostnadene er altså kjent når pengene utbetales. Siden sykehuset får dekket sine kostnader fullt ut, vil alle som har behov, bli behandlet. Det er imidlertid ikke noe insentiv til store anstrengelser, siden kostnadsreduksjoner utelukkende vil medføre at sykehuset får tilsvarende mindre inntekter fra forsikringsordningen. Enhetskostnadene kan derfor bli høye.
2. *Prospektive finansieringsordninger*: I dette tilfelle er sykehusets inntekter uavhengig av de faktiske kostnader som påløper i pasientbehandlingen. Det er flere varianter av slike ordninger:
 - Oppgjør avhengig av antall behandlinger
 - Rammebudsjett
 - Rammebudsjett kombinert med forskjellige typer øremerkede tilskudd

Ved prospektive finansieringsordninger er kostnadene ikke kjent med sikkerhet når budsjettet utarbeides og prisene bestemmes.

For en ordning der oppgjøret er avhengig av antallet behandlinger, blir det viktig å skille mellom de tilfellene der oppgjøret dekker behandlingskostnadene for hver behandling, og der dette ikke skjer. Man kan nemlig anta at om prisen er lik enhetskostnaden, er det sjans for at ledelse og personale gjør store anstrengelser fordi det innebærer større overskudd (mindre underskudd) og mulighet til å behandle flere pasienter. Dermed vil alle med behov få behandling. Men hvis forsikringsordningen ikke har klart å anslå kostnadene korrekt, holder resonnementet ikke. Det er ikke gitt at ledelse og personale vil anstrenge seg mer, hvis fordelene fremstår som mindre enn ulempene. Dessuten er det sannsynlig at de faktiske prioriteringer vil avvike fra hva som er prioriteringseffektivt (jf. ovenfor), ettersom det er de lokale, relative kostnader som ligger til grunn for prioriteringen.

Rammebudsjett

I dette tilfellet får sykehuset tildelt et gitt beløp som er uavhengig av omfanget og sammensetning av pasientbefolkningen. Også nå vil store anstrengelser medføre mindre kostnader pr. behandlet pasient, og dermed mulighet for større overskudd og flere behandlede pasienter. Insitamentet til store anstrengelser er imidlertid mindre i dette tilfellet enn i det foregående, fordi flere behandlede pasienter ikke vil medføre større inntekter. At pasientbehandlingen ikke innebærer inntekter for sykehuset, betyr samtidig at relative kostnader ved å behandle noen pasienter fremfor andre er de samme for sykehuset som for samfunnet. Dermed er det grunn til å tro at rammebudsjett ikke vil bidra til avvik mellom samfunnets prioriteringsønsker og de faktiske prioriteringer. Oppsummert har vi:

- Behovsdekningen avhenger av budsjett og anstrengelser
- Mindre sannsynlig med store anstrengelser enn i tilfellet med inntekt pr. behandling
- Gode muligheter for prioriteringseffektivitet

Rammebudsjett med stykkpriskomponent

I dette systemet, som har likheter med den såkalte innsatsstyrte finansieringen som innføres for norske sykehus fra 1. juli 1997, er det større sjanse for at sykehuset vil yte store anstrengelser i pasientbehandlingen enn det er med rent rammebudsjett, fordi det ikke bare vil medføre mindre kostnader, men også større inntekter. Oppsummert får vi:

- Behovsdekningen avhenger av budsjett og anstrengelser
- Større sjanser for store anstrengelser enn ved rammebudsjett
- Mindre sjanse for prioriteringseffektivitet enn ved rammebudsjett alene

Vi kommer da frem til en sentral konklusjon: Det kan se ut til at det er en konflikt mellom kostnadseffektivitet og prioriteringseffektivitet. De finansieringsordningene som oppmuntrer sterkest til kostnadseffektivitet, kan samtidig ha mindre gunstige virkninger med hensyn til prioriteringseffektivitet.

10.3.2 Øremerkede tilskudd

Det er vanlig å skille mellom prisvridende og ikke-prisvridende øremerkede tilskudd (Hagen 1996)(NOU 1997: 8). De prisvridende tilskuddene påvirker de relative kostnader i produksjonen, mens det ikke er tilfellet med de ikke-prisvridende tilskuddene. De ikke-prisvridende øremerkede tilskuddene er ikke knyttet til tilskuddsmottakerens egeninnsats, men beregnes ut fra mer eller mindre objektive kriterier. De endrer ikke lokale kostnadsforhold, og har vanligvis ingen prioriteringseffekt. Et nærliggende eksempel er det statlige funksjonstilskuddet til de fylkeskommunalt eide regionsykehusene. Det hevdes at en stor del av dette tilskuddet blir disponert som et ubundet inntektstilskudd av fylkeskommunene.

Det er eksempler på at ikke prisvridende øremerkede tilskudd kan være hensiktsmessige for ulike forsøksordninger og ved oppstarting av nye behandlingsformer. Til tross for at det ofte vil være prestisje knyttet til å ta nye behandlingsmetoder i bruk, kan slike tjenester stå svakt i den lokale kampen om ressursene.

10.3.3 Avlønningsordninger og prioriteringer i allmennpraksis

For privatpraktiserende leger er det en nær sammenheng mellom legepraksisens inntekter og kostnader og legens private inntekter. Det er derfor grunn til å tro at inntekter og kostnader forbundet med å ta hånd om de ulike pasientgrupper kan influere på hvor tilgjengelig legetjenesten er, og hvilken behandling de ulike gruppene får. Dette er kanskje særlig viktig å tenke gjennom når en sannsynligvis står overfor en endring av avlønningsordningene i allmennpraksis ved innføring av fastlegeordning. En fastlegeordning vil blant annet innebære at hver innbygger i en kommune henvender seg til en bestemt allmennpraktiserende lege; hvis mulig en lege som vedkommende selv har valgt.

Det kan skilles mellom to typer av tilskudd fra forsikringsordningen til legepraksisen innenfor en fastlegeordning. Basistilskudd (synonymt med pr. capitatilskudd) innebærer at legen får en årlig inntekt pr. person vedkommende har på listen, eventuelt justert for personens alder og andre karakteristika som har sammenheng med det forventede forbruket av legetjenester, men som er uavhengig av personens faktiske forbruk og dermed legens kostnader forbundet med å følge opp vedkommende. En annen avlønningskomponent tar utgangspunkt i de aktiviteter legen utfører i sin praksis. Det vil her være takster for konsultasjoner og prosedyrer som utføres i en legepraksis.

Legene må regne med å få pasienter med kroniske plager og stort behov for legetjenester på sine lister. Ved avlønning avhengig av antallet konsultasjoner og prosedyrer, vil det ikke være inntektstap forbundet med å ha en arbeidskrevende person på listen, fremfor å ha en person som kommer innom en gang i året. Ved basistilskudd vil derimot den eventuelle forskjell i basistilskudd ikke oppveie for at en pasient med kroniske plager påfører legen langt større kostnader, enn han som kommer innom en gang i året. Det er derfor ingen økonomiske insitamenter til å yte god service til arbeidskrevende kroniske pasienter. Dersom de blir misfornøyde og vil skifte lege, innebærer det en økonomisk gevinst for legen vedkommende kommer fra. I denne avlønningsordningen er det derfor en risiko for at arbeidskrevende pasienter blir kasteballer i systemet. De legene som likevel anstrenger seg for å yte god behandling til denne gruppen, vil bli straffet med lavere inntekter enn sine mer kyniske kolleger. Fordelen med basistilskudd er at det skaper forutsigbarhet i utgiftene for forsikringsordningen. Utgiftene kan bestemmes så snart man kjenner befolkningens egenskaper og satsene for basistilskuddet.

I fastlegeforsøket som nylig ble gjennomført i Norge, var avlønningsordningen en kombinasjon av basistilskudd og konsultasjons- og prosedyreavhengige takster. Dette kan tolkes som en avveining av de rendyrkede ordningenes ønskede og uønskede effekter.

10.3.4 Andre refusjonsordninger

Utvalget har vurdert andre refusjonsordninger og vil særlig trekke frem et eksempel som viser takstrefusjonenes virkning på prioriteringer. Eksemplet gjelder kapasitetsproblemer for pasienter med øre-nese-hals-sykdommer i Oslo-området.

Pasienter med alvorlige øre-nese-hals-sykdommer i Oslo-området, og som har garanti, blir tatt hånd om på en tilfredsstillende måte. Ved Rikshospitalets øre-nese-hals-avdeling vil f.eks. pasienter med kreft eller mistanke om kreft bli tatt hånd om, enten poliklinisk eller ved innleggelse, i løpet av 14 dager. Pasienter med mindre alvorlige øre-nese-hals-sykdommer, som ikke har garanti, har ventetider på å få behandling på mellom 6 måneder og 3-4 år.

Antall årsverk for øre-nese-hals-spesialister i Oslo-området er om lag 70. Antakelig er dette minimumstall, da det ikke er regnet med overtid. Skjønnsmessig medgår 20 årsverk til regionfunksjon, undervisning og forskning. Til disposisjon for å ivareta sentralsykehusfunksjon for Oslo-området, dvs. Oslo og Akershus, med 1 million innbyggere, er det 50 spesialistårsverk, dvs. én øre-nese-hals -spesialist pr. 20 000 innbyggere. Dette regnes for å være et akseptabelt forholdstall. De totale omkostninger for spesialisthelsetjenesten i området er 90-100 millioner kroner. De totale utgifter til spesialisthelsetjeneste utenfor institusjon er estimert til 30-40 millioner kroner.

Ut fra de foreliggende tall synes det ikke å være noen mangel hverken på legeårsverk eller penger. Det er derfor rimelig å anta at organiseringen av denne del av spesialisthelsetjenesten ikke er god nok. Det største problemet når det gjelder organiseringen av spesialisthelsetjenesten innen øre-nese-hals-området utenfor sykehus, er at de fleste ikke tilbyr sine pasienter kirurgisk behandling. For de fleste pasienter dreier det seg om kirurgiske inngrep som uten tvil kan gjøres poliklinisk, og inngrepene ligger godt innenfor de krav til kirurgiske ferdigheter som er trukket opp for spesialistgodkjenningen.

For den enkelte pasient medfører dette ofte at vedkommende henvender seg til sin allmennpraktiserende lege, som i de fleste tilfeller stiller diagnosen og vet hvilket kirurgisk inngrep som kan komme på tale. Pasienten blir henvist til spesialist, som foretar en vurdering som oftest er i tråd med den som allerede er foretatt av

allmennpraktiserende lege. Spesialisten sender søknad til en sykehusavdeling som behandler øre-nese-halssykdommer eller tilsvarende poliklinikk, hvor pasienten settes på venteliste. Problemet med ventelister hadde vært løst dersom hver spesialist var forpliktet til å utføre disse operasjonene selv.

Årsaken til at slike operative inngrep ikke utføres av spesialistene, er (antakelig) at takstene for forskjellige typer diagnostikk er høye, mens takstene for behandling er svært lave. De øre-nese-hals-spesialister som har avtale med fylket, påberoper seg dessuten at avtalen bare forplikter til kontorpraksis.

Forholdene i dag gjør at særlig de leger som har avtale med fylket og full refusjonsrett fra Rikstrykdeverket, har særdeles gode inntekter, men bidrar svært lite til å løse problemene for en del av de pasientene som havner på venteliste.

Etter utvalgets vurdering synes dette eksemplet å vise at det kan være behov for å gjennomgå takst og refusjonsforhold for noen typer tilbud med sikte på å få bedre samsvar mellom utredning og behandling. Refusjonsordningene bør utformes slik at takstene styrer i retning av å løse pasientenes problemer, dvs. at behandlingstakster styrkes og takster for spesielle diagnostiske prosedyrer reduseres eller sløyfes.

10.4 OM BRUK AV GRADERT EGENBETALING I HELSETJENESTEN

Utvalgets mandat ber om at graderte egenandeler som virkemiddel i prioriteringsprosessen utredes. Når det gjelder alminnelige egenandeler i allmennpraksis, i sykehjem og for hjemmebaserte tjenester o.l. henvises til Jensen-utvalgets utredning «Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester» (NOU1997:17). Utvalget har ikke vurdert disse ordningene. Innføring av egenandeler gradert etter prioritet vil innebære et helt nytt prinsipp for fordeling av helsetjenester. Dette kan være aktuelt for utvalgte tilstander og tiltak som utvalget har definert som prioritetsgruppe III: lavt prioriterte tjenester. For å unngå misforståelser og sammenblanding med dagens generelle egenandelsordning, har utvalget valgt å benytte begrepet *gradert egenbetaling*. Med dette menes at pasienten selv betaler helt eller delvis for en tjeneste.

De fleste helsetjenester, herunder også legemidler o.l., er private goder; nyttevirkingen av forbruket kommer i all hovedsak brukeren selv til gode. Motstykket til private goder er kollektive goder, der nyttevirkingen spres over et stort antall personer og altså ikke kan individualiseres på samme måte. Det er få helsegoder som har en slik karakter, men det er noen - vaksinasjon er standardeksemplet på slike tilfeller.

Private goder kan i prinsippet gjøres til gjenstand for regulær omsetning i et fritt marked. For noen av dem, f.eks. tannlegetjenester, er det i hovedsak også slik det er organisert, og da er egenbetalingen 100 pst av prisen. Men for en lang rekke helsetjenester er det ingen egenbetaling i det hele tatt, eller egenandelene er meget lave.

Hvis vi tar utgangspunkt i den kostnadsbaserte prisen på en tjeneste, kan vi analysere avvik fra denne prisen til pasienten, enten som egenbetalinger eller som subsidier. Hvis vi går ut fra en nullpris, faller det mest naturlig å omtale den prisen som pasienten skal betale, som en egenbetaling. Men hvis vi tar utgangspunkt i en situasjon der pasienten betaler full kostpris, er det mest naturlig å tenke på en reduksjon i denne prisen som et subsidium. Enten vi bruker den ene eller andre betegnelsen, endrer det ikke realiteten i saksforholdet, men det kan likevel være nyttig å ha in mente at diskusjoner om omfanget av egenbetalinger dreier seg om i hvor stor grad samfunnet skal subsidiere forbruket av helsetjenester.

Et viktig element i diskusjonen om egenbetalinger/subsidier er hvilket kostnadsbegrep som skal legges til grunn. Fra et samfunnsøkonomisk synspunkt er det

klart at det relevante kostnadsbegrep for prissetting av tjenester er marginal- eller grensekostnaden. Hvis vi hadde valgt å regulere bruken av helsetjenester gjennom prismekanismen, ville de priser som gav effektiv bruk av helsetjenester, avspeile de *ekstrakostnader* som en gjennomført behandling medfører. Siden helsesektoren, ihvertfall sykehusdelen av den, er kjennetegnet av høye faste kostnader, vil marginalkostnadene nødvendigvis ligge betydelig under gjennomsnittskostnadene. Det er med utgangspunkt i marginalkostnadene vi må vurdere i hvilket omfang pasientene selv skal være med på å bære kostnadene ved behandling.

I prinsippet er det tre hensyn som må avgjøre omfanget av egenbetaling:

- Hensynet til effektiv ressursbruk
- Hensynet til rettferdig fordeling
- Hensynet til de offentlige budsjetter

10.4.1 Effektiv ressursbruk

Når en bestemt type helsetjeneste tilbys gratis, vil det i prinsippet alltid være en fare for at det blir et overforbruk av tjenesten. Når en person vurderer om han skal benytte seg av tjenesten, vil han sammenligne den forventede nytteverdien med det den koster. Hvis prisen han betaler er null, betyr det at det vil være gunstig for ham å benytte tjenesten, selv i de tilfeller der nytteverdien er usikker eller meget lav. Hvis kapasiteten for å behandle pasienter er begrenset, kan dette føre til køer, og hvis det er vanskelig på forhånd å skille mellom pasienter med alvorlige og mindre alvorlige lidelser, kan køene igjen føre til at de med alvorlige lidelser må vente uforsvarlig lenge på å komme til. Bruk av egenbetalinger er i dette perspektivet et virkemiddel for å begrense etterspørselen etter en knapp behandlingsskapasitet. En annen måte å si det på, er at den første prioriteringsvurderingen i større grad gjøres av den enkelte selv.

For hvilke typer helsetjenester vil bruk av egenbetalinger virke etter denne hensikten? Innføring av egenbetaling for blindtarmoperasjoner er åpenbart poengløst i denne sammenheng, fordi etterspørselen etter blindtarmoperasjoner etter alt å dømme er lite priselastisk. Derimot er det en rekke andre tjenester hvor etterspørselen antakelig er følsom for økende egenbetalinger. Det kan gjelde rutinepregede helsekontroller eller andre typer tjenester som har liten nytte og bør være lavt prioritert. Den generelle konklusjonen må være at effektivitetsbegrunnelsen for egenbetalinger er at de virker etterspørselsbegrensende i de tilfeller der etterspørselen er priselastisk. Den delen av etterspørselen som faller bort ved forhøyede egenbetalinger, er den som er lavt prioritert av pasienten selv. Det vil derfor i de fleste tilfeller virke rimelig at den også skulle være lavt prioritert fra samfunnets side.

10.4.2 Rettferdig fordeling

En åpenbar innvending mot egenbetalinger er at de virker sosialt urettferdig. Folks betalingsvilje for en helsetjeneste er jo ikke bare bestemt av deres behov og preferanser, men også av deres betalingsevne, dvs. av deres inntekt. Det fører til at en utstrakt bruk av egenbetaling i helsevesenet i større grad vil gjøre tilgangen til helsetjenester avhengig av inntekt, på samme måte som for vanlige forbruksgoder. Dette hensynet vil kunne virke modifierende på den generelle konklusjonen ovenfor. Men effektivitetshensynet vil i alle tilfeller innebære at det ikke bør legges egenbetalinger på høyt prioriterte tjenester, som behandling for akutte og livstruende lidelser, og dermed burde fordelingshensynet kanskje ikke tillegges

avgjørende vekt når en overveier bruken av moderate egenbetalinger for andre, lavt prioriterte tjenester.

Det har vært hevdet at en metode som kan løse den mulige konflikten mellom effektivitet og rettferdighet, er å bruke inntektsgraderte egenbetalinger, slik at de med høy inntekt betaler mer enn de med lav inntekt. Ved første øyekast kan et slikt system virke fornuftig, men det er store vanskeligheter forbundet med å praktisere det. For det første vil systemet i seg selv være tungvint å administrere; pasienten må vise frem ligningsattesten før hun kan avkreves riktig egenbetaling. For det andre vil individuell årsinntekt ofte være en dårlig indikator på pasientens reelle betalingssevne. For det tredje vil inntektsavhengige egenbetalinger øke den reelle progresjon i beskatningen, særlig for dem som har et stort forbruk av legetjenester.

10.4.3 Virkninger på offentlige budsjetter

Egenbetalinger gir det offentlige økte inntekter. Det er kanskje nærliggende å tro at dette automatisk betyr større ressurser til helsevesenet, men det forutsetter at myndighetene lar sine øvrige bevilgninger være upåvirket av de ressurser som helsevesenet trekker inn gjennom egenbetalingene. Det er neppe en helt realistisk vurdering. Nå er det heller ikke rimelig å tenke seg egenbetaling brukt i et slikt omfang at det kunne bli en viktig inntektskilde for det offentlige, og f.eks. lede til et lavere skattenivå. Budsjettvirkningene må komme gjennom mer effektiv ressursbruk i helsesektoren, og da blir det de indirekte virkningene som kommer gjennom hensyn (1) ovenfor, som blir avgjørende.

10.4.4 Andre virkninger

Et annet spørsmål er virkningen av egenbetalinger på tilbudssiden. For det første må det avgjøres om behandling som ytes mot gradert egenbetaling skal tilbys innen det offentlige eller det private helsetjenestetilbud. Tilbud som legges til det private, vil gi åpenbare vridningseffekter i forhold til bruk av helsepersonell o.l. Siden helsepersonell i dag er en knapphetsfaktor, er det mye som taler imot en slik ordning.

Dersom tilbudet legges til offentlig eide institusjoner, f.eks. sykehus, må det avgjøres om inntektene fra egenbetalingen skal tilfalle institusjonen eller staten. Dersom inntekten tilfaller institusjonene, kan det gi andre effekter på prioritering enn ønsket. Inntekter som tilfaller institusjonene, kan bli insitamenter til å øke aktiviteten for prioritetsgruppe III, altså motsatt av den ønskede opp-prioritering av prioritetsgruppe I og II. Disse effektene vil imidlertid avhenge av omfanget på et slikt tilbud. Dette er spørsmål som bør utredes grundig før en slik ordning eventuelt innføres.

10.4.5 Utvalgets vurdering

Det må igjen understrekes at utvalget ikke her har vurdert alminnelige egenandeler i allmennpraksis, på sykehusenes poliklinikker, i sykehjem og for hjemmebaserte tjenester o.l. Utvalget har kun drøftet bruk av egenbetaling gradert etter prioritet.

Den viktigste begrunnelsen for bruk av egenbetalinger ligger i effektivitetshensynet; egenbetaling fører til at behov for behandling som er lavt prioritert av brukeren selv, ikke blir meldt på i kampen om knappe ressurser. En moderat bruk av egenbetalinger for slike behandlinger bør ikke komme i alvorlig konflikt med hensynet til en rettferdig fordeling av helsegodene.

Utvalget stiller seg åpne for tanken om innføring av egenbetalinger gradert etter prioritet. Utvalget foreslår ikke konkrete takster eller når og hvordan dette kan

iverksettes. Disse forholdene bør utredes grundig før en tar endelig stilling til en slik ordning.

Utvalgets medlem Ødegård vil understreke at bruk av alminnelige egenandeler ikke kan forenes med utvalgets definisjon av «grunnleggende helsetjenester» slik dette kommer til uttrykk gjennom de tiltak og tilbud som er forutsatt gitt for prioritetsgruppe I.

Som prioriteringsutvalget påpeker, vil prioritetsgruppe I omfatte helt grunnleggende medisinsk behandling, rehabilitering, samt pleie og omsorg.

Etter dette medlemmets mening må tiltak og tjenester som faller inn under begrepet «grunnleggende» være et fullt ut offentlig finansieringsansvar. Slik grunntrygghet kan ikke gjøres til gjenstand for mer eller mindre tilfeldig lokal prioritering, hverken hva angår *om* og *når* de skal gis, eller at det kan kreves egenandeler for tiltak og tjenester som har til hensikt å etablere eller opprettholde helt grunnleggende livskvaliteter og nødvendige hjelpefunksjoner for den enkelte bruker eller pasient.

10.5 PASIENTRETTIGHETER SOM PRIORITERINGSREDSKAP

Mandatet ber om at retningslinjer for prioritering utformes slik at de kan «utgjøre et hensiktsmessig grunnlag for (...) prioritering mellom eventuelle nye lovfestede pasientrettigheter, for eksempel rett til nødvendig spesialisthelsehjelp, rett til fornyet vurdering og rett til å velge sykehus». Utvalget er også bedt om å drøfte hvordan «ulike typer prioriteringer påvirker pasienters rettssikkerhet og befolkningens rett til helsetjenester».

10.5.1 Om pasientrettigheter i sin alminnelighet

«Pasientrettigheter» er et stikkord for rettslige reguleringer av forholdet mellom pasienter og helsevesenet. Det kan være regler som gjelder forholdet mellom pasienter og den offentlige helseforvaltning (f.eks. hvilket krav den enkelte har på behandling fra det offentlige), pasienter og helseinstitusjoner (f.eks. rettssikkerhetskrav ved institusjonsopphold, uavhengig av om institusjonen er en del av det offentlige systemet eller ikke) eller pasienter og helsepersonell (f.eks. legelovens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp). I denne sammenhengen vil Utvalget begrense seg til det første spørsmålet: I hvilken grad er det hensiktsmessig å bruke pasientrettigheter for å regulere forholdet mellom den enkelte og det offentlige helsevesenet?

Dette spørsmålet kan ses fra mange synsvinkler. Det kan f.eks. diskuteres ut fra ønsket om å styrke brukernes rettssikkerhet. Man kan også tenke seg at økt rettighetsfesting er et virkemiddel for å styrke helsesektoren i forhold til andre sektorer, altså prioriteringen mellom sektorene. Disse spørsmålene faller imidlertid utenfor utvalgets mandat. For dette utvalget er temaet: Hvordan vil bruk av pasientrettigheter påvirke prioriteringene *innen* helsevesenet?

Formelle rettigheter (saksbehandlingsregler)

Det skilles gjerne mellom formelle og materielle rettigheter. Med «formelle rettigheter» menes regler om saksbehandling i vid forstand: Hvordan avgjørelser skal treffes, hvem som skal treffe dem, regler om taushetsplikt, innsynsrett, osv. Så langt er slike pasientrettigheter i dag ikke særlig kontroversielle. Pasienter har krav på god saksbehandling: Det vil blant annet si at pasienten skal få tilstrekkelige opplysninger til å utøve sin selvbestemmelsesrett, at pasientene har innsyn i sin journal, og kan kreve den rettet hvis nødvendig, at pasientopplysninger er taushetsbelagte.

Mer omtvistet er adgangen til å klage, eventuelt til å kreve fornyet vurdering. I noen grad henger spørsmålet om klageadgang sammen med spørsmålet om materielle rettigheter.

I forhold til prioriteringsavgjørelser er slike formelle rettigheter først og fremst av betydning for enkeltpasienter som mener seg nedprioritert i strid med de prinsippene som skal ligge til grunn for prioriteringen. Det kan være likebehandlingsprinsippet som er krenket, eller pasienten kan mene at tilstandens alvorlighetsgrad eller forventet nytteverdi av behandlingen ikke er tatt tilstrekkelig hensyn til, at vedkommende er plassert i feil kø, eller på feil plass i køen, osv.

Materielle rettigheter

Pasientrettigheter kan også være såkalte «materielle rettigheter», det vil si rettigheter som gjelder nærmere bestemte ytelser - tjenester eller penger. I juridisk sammenheng er det vanlig å knytte «rett» eller «rettighet» til en form for sanksjon, eller håndhevelse. Det innebærer at den som får krenket sin rett, kan ta skritt for å få den oppfylt.

Slike rettigheter må holdes atskilt fra pliktbestemmelser som retter seg mot det offentlige, men som ikke direkte motsvares av en individuell rett for den enkelte. Forskjellen kan illustreres ved hjelp av sosialtjenesteloven § 4-2 og 4-3. § 4-2 pålegger kommunen å ha visse tjenester, f.eks. praktisk bistand i hjemmet. Bestemmelsen regulerer altså tjenestetilbudets art. § 4-3 gir på sin side en rett til tjenester for en mer begrenset gruppe av klienter enn de kommunen normalt vil betjene, nemlig «de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å klare dagliglivets gjøremål».

Kommunehelsetjenesteloven inneholder en egen rettighetsbestemmelse - «enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg.» Slik denne loven er bygd opp, skilles det ikke på samme måte mellom plikt for det offentlige og rett for den enkelte, slik sosialtjenesteloven gjør. Sykehusloven gir for sin del utelukkende en pliktbestemmelse vedrørende spesialisthelsetjenesten.

Rettighetsbegrepet i tilknytning til offentlig tjenesteyting er ikke entydig. En vanlig definisjon er at det dreier seg om krav som skal imøtekommes dersom lovens betingelser er oppfylt, altså i prinsippet lovbundne vedtak. Med en slik definisjon holdes krav som beror på et forvaltningsskjønn, utenfor. Men grensen er ikke knivskarp. For også lovbundne vedtak kan inneholde omfattende skjønnsmessige vurderinger. Forskjellen er imidlertid at disse helt ut kan overprøves av domstolene.

Forskjellen mellom lovbundne og skjønnsmessige ytelser vil på de områder som gjelder ytelser - tjenester eller penger - gjerne svare til om kravet kan gjøres gjeldende uavhengig av de til enhver tid eksisterende ressurser, eller om kravet kan avslås under henvisning til at det ikke er ressurser til å dekke det. I fremstillingen nedenfor vil vi bruke begrepet rettighet i den første betydningen.

To problemer knyttet til bruk av rettigheter som prioriteringsverktøy i helsevesenet bør nevnes.

Det ene er vanskeligheten med å utforme rettighetene på en presis måte. Det gjelder for det første på vilkårssiden: Hvilke betingelser må være oppfylt for at man skal ha rett til en helsetjeneste? Som diskusjonen i "[Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen](#)" i kapittel 8 har vist, er vurderingen av hvilke tiltak som bør gis prioritet, en meget sammensatt vurdering. I realiteten er det endelige utfallet nødt til å bli nokså skjønnsmessig. For det andre gjelder dette også på ytelsessiden: Mens penger kan utmåles eksakt og regelbundet, er dette vesentlig vanskeligere i forhold til et tjenestetilbud. Det kan være store individuelle variasjoner i behov, som vanskelig kan regelfestes. I den eksisterende lovgivningen gjenspeiles disse problemer bl.a. i den vage formuleringen «rett til helsehjelp» i

kommunehelsetjenesteloven. Den andre problemstillingen knytter seg til det forhold at rettigheter utøves på annenordensnivå, samtidig som konsekvensene på førsteordensnivå er vanskelig å anslå. Dette henger i noen grad sammen med den eventuelt mangelfulle presisjonen i utformingen av rettighetene. Men ikke bare. Virkningen på førsteordensnivået er først og fremst et resultat av individuelle beslutninger blant brukere og de fagpersoner de har kontakt med. Det er vanskelig for lovgiver både å ha noen kontroll med hva det betyr for totalkostnadene i helsesektoren, og hva det betyr av prioriteringer innen sektoren.

Mangel på presisjon kan være et problem for den enkelte som søker å få sin rett. Men det kan også være et betydelig problem i forhold til å holde styring på kostnadene innen helsevesenet.

10.5.2 Bruk av lovfestede materielle pasientrettigheter ved prioritering av helsetjenester

Gjennom kommunehelsetjenesteloven er retten til nødvendig helsehjelp i allmenhelsetjenesten lovfestet. Videre har den som ikke kan ta vare på seg selv, rett til pleie- og omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. I spesialisthelsetjenesten er rettighetsfestingen begrenset til øyeblikkelig hjelp (utover de tilfelle som omfattes av smittevernloven). Disse rettighetsbestemmelsene har ikke nødvendigvis samme rettslige karakter, uten at utvalget finner grunn til å gå nærmere inn på dette. Det spørsmålet utvalget vil drøfte i dette avsnittet, er om det ut fra en prioriteringssynsvinkel er hensiktsmessig å lovfeste en rett til «nødvendig helsehjelp» også i spesialisthelsetjenesten. Følgende argumenter kan tale for en slik rettighet:

- En rettighet bidrar til større trygghet om at vi får nødvendig spesialisthjelp ved sykdom
- Rettigheter gir forutsigbarhet
- Rettigheter reduserer risikoen for å bli utsatt for vilkårlig forskjellsbehandling
- Pasientens maktstilling vil styrkes
- Rettigheter kan bidra til at nødvendige og nyttige helsetjenester faktisk vil bli tilbudt til alle, og gir dermed en god bruk av ressursene
- Hensynet til sammenhengen i lovgivningen, hensett til ønsket prioritering, tilsier at retten til spesialisthelsetjeneste sikres på linje med retten til allmenhelsetjeneste
- At rettigheten følger av lov, kan gjøre prioriteringen av spesialisthelsetjenesten mer åpen og eksplisitt
- Skrevne rettigheter kan sikre visse svake grupper som i dag prioriteres lavt i spesialisthelsetjenesten, grunnleggende helsetjenester

Argumentene som taler mot å lovfeste rett til nødvendig spesialisttjeneste, er etter utvalgets mening følgende:

- Medisinen er ingen eksakt vitenskap, det vil derfor være store variasjoner i medisinsk skjønn. Variasjoner i medisinsk skjønn vil ikke reduseres selv om pasienten har en materiell rettighet
- Konsekvensene av en rettighetsfesting av spesialisttjenester er uoversiktlige, dels fordi inngangsbilletten i stor grad er overlatt til et medisinsk skjønn som kan utvides over tid, dels fordi de medisinsk mulige tilbudene erfaringsmessig vil utvide seg
- Innføring av en rett til «nødvendig spesialisthelsehjelp» vil i praksis kunne vri prioriteringene ytterligere på bekostning av de tilbud som i dag rent faktisk prioriteres lavere enn ønskelig, bl.a. fordi de tilbud hvor det av prioriteringsgrun-

- ner synes viktigst med klare rettigheter, er de som det er vanskeligst å definere omfang og kvalitet av
- Sterke pasientgrupper vil lettere kunne utnytte rettighetene enn svake pasientgrupper
 - Materielle rettigheter kan gi lite effektiv ressursbruk
 - Legene, som må praktisere og utmåle rettigheter, kan ha insentiver til å utvide omfanget av «sitt» fagområde
 - Mange «medisinske behov» er elastiske. Det medfører at økt tilbud, gjennom rettigheter som påvirker budsjettens omfang, genererer økt etterspørsel
 - En rett til tjenester vil ikke bidra til å avklare grensene for det offentliges ansvar

Etter *utvalgets* mening kan det neppe hevdes at spesialisthelsetjenesten sett under ett er lavere prioritert enn andre deler av helsetjenesten. Det er derfor ikke nødvendig å innføre en rett til nødvendig spesialisttjenester med sikte på å slik foreta en hensiktsmessig prioritering av denne. Prioriteringsproblemene i helsevesenet går på tvers av den inndeling som spesialist- og allmennhelsetjenesten representerer. Hvert tiltak bør i prioritetssammenheng vurderes uavhengig av om det tilhører spesialist- eller allmennhelsetjenesten. Utvalget vil peke på følgende:

På den ene siden er det flere forhold som ut fra et prioriteringsperspektiv taler mot å innføre en rett til spesialisthelsetjeneste. Rettigheter er mest effektive der vilkårene for å få dem, og ytelsenes art og omfang, er relativt presise. Dette innebærer at rettigheter på dette området lett vil forsterke allerede dominerende trekk ved helsevesenet. Flere av de svakest dekkede områder, områder utvalget er enig om bør opp-prioriteres, kjennetegnes nettopp ved at de ikke så lett lar seg beskrive i presise vendinger med hensyn til når behovet er til stede, og hvor mye som da skal ytes. Det er derfor grunn til å frykte at en rettighetsfesting vil ha klare vridningeffekter til fordel for sterke grupper. Det bør også påpekes at man i lengre tid har hatt rett til nødvendige pleie- og omsorgstjenester for den som ikke kan klare seg selv, uten at dette har fått som konsekvens at disse tjenestene har fått den nødvendige prioritering. Det er altså god grunn til å stille seg tvilende til at en ny rettighetsfesting, som også vil omfatte f.eks. somatiske sykehustjenester, skulle medføre at pleie- og omsorgstjenesten skulle få en høyere prioritet.

De faktiske konsekvenser for prioriteringen mellom grupper som følge av rettighetsfesting på individnivå, er meget usikre. Det kan reises spørsmål om slike rene annenordensbeslutninger i seg selv er en effektiv måte å styre førsteordensbeslutninger på.

Til sammenligningen mellom situasjonen for henholdsvis allmenn- og spesialisthelsetjenesten bør det bemerkes at spørsmålet om vilkårene for å få en allmennlegetjeneste er relativt uproblematisk. Det dreier seg i første omgang om å henvende seg til lege. Vilårene for å få de mer spesialiserte legetjenester er i mye større grad basert på et skjønn, noe som står i motsetning til ønsket om lovfestede rettigheter. I tillegg er konsekvensene av å gi rettigheter på kort og lang sikt mye mer usikre for spesialisthelsetjenestens vedkommende. Det er først og fremst her den medisinske utviklingen vil slå inn.

På den annen side er det forhold som taler for at det innføres en rett til nødvendige spesialisthelsetjenester. Hvis man antar at de som trenger mer avanserte helsetjenester enn hva allmennhelsetjenesten kan tilby, vanligvis er sykere enn dem som klarer seg med allmennhelsehjelp, vil det være i samsvar med prioriteringsprinsippet om alvorlighet hvis rett til spesialisthelsetjeneste ble lovfestet på samme måte som rett til allmennhelsetjeneste. Mange vil også hevde at det gir liten mening at pasienters rettsstilling skal svekkes når det viser seg at vedkommendes helseproblem er for vanskelig for allmennpraktikeren. Videre vil det kunne hevdes at det er

en nødvendig forutsetning for å styrke de svakstiltes muligheter til å få hjelp at de får et rettskrav på å få den. Det skal heller ikke ses bort fra at skrevne rettigheter kan være en viktig brekkstang for pasienter som er feilaktig nedprioritert - både enkeltvis og som gruppe.

Det foreligger også en mulighet for å knytte rettighetsfestingen mer direkte til den prioriteringsmodell utvalget foreslår ved å lovfeste en rett til «grunnleggende» spesialisthelsetjeneste. Dette vil innebære at rettighetsfestingen er begrenset til å omfatte pasienter som faller innunder prioritetsgruppe I.

I tillegg til de argumenter som er anført ovenfor kan følgende tale for en slik rettighet:

Prioritetsgruppe I er begrenset, dvs. konsekvensene av en slik rettighetsfesting blir mer oversiktlig enn en generell bestemmelse om rett til nødvendig helsehjelp.

Gruppe I er slik definert at det er grunn til å anta at de fleste somatiske tilstander i denne gruppen allerede i dag tas hånd om, og at klager på manglende oppfyllelse av rettighetskravet i hovedsak vil komme fra de som i dag mangler tilbud. Muligheten for at dette blir de sterkestes rett er derfor mindre. En konsekvens av slik begrenset rettighetsfesting kan derfor bli at tjenestetilbudet innen spesialisthelsetjenesten styres i prioritert retning.

Et vesentlig motargument er at det vil ta tid før innholdet i prioritetsgruppe I er definert, og inntil da er det vanskelig å se hvordan rettighetsbestemmelsen skal kunne ivaretas. Rettighetsfesting av denne art forutsetter således at det system utvalget foreslår, er på plass og fungerer etter hensikten.

Et annet motargument er at en slik begrenset rettighetsfesting ikke er «harmosert» med kommunehelsetjenesteloven. Dette behøver i seg selv ikke være noe problem, fordi situasjonen hva gjelder vilkårene for å få tilbud i spesialisthelsetjenesten er annerledes enn vilkårene for å få tilbud i primærhelsetjenesten.

Det vil, etter utvalgets vurdering, være positivt om det fantes en ordning som forpliktet myndighetene til å prioritere tilbud til de høyest prioriterte grupper foran tilbud til andre grupper. Utvalget er imidlertid i tvil om en individbasert rettighet, selv av begrenset omfang, vil virke på en slik måte. En absolutt forutsetning for at lovfesting av rett til grunnleggende helsetjenester skal ha effekt som virkemiddel for ønsket prioritering, vil være at innholdet i grunnleggende spesialisthelsetjeneste er definert på en tilstrekkelig presis måte.

10.6 BEHANDLINGSGARANTI

Som en særlig variant av problemstillingen «rett til helsehjelp» sett i sammenheng med dagens ventetidsgaranti, har utvalget drøftet om det bør innføres en særskilt behandlingsgaranti til erstatning for ventetidsgarantien, slik den er utformet i dag.

En behandlingsgaranti kunne gis til de pasientgrupper som hører inn under prioritetsgruppe I, jf. *"Det offentlige ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer"* i kapittel 9. Behandlingsgaranti måtte eventuelt innføres gradvis. Det vil si at ordningen først innføres etter at hver faggruppes anbefaling om hvem som skal tilhøre prioritetsgruppe I, er godkjent av ansvarlige helsemyndigheter. Igangsetting av faggruppenes arbeid, og derav følgende tildeling av behandlingsgaranti, bør skje trinvis etter en fastlagt plan. De fagområder hvor det synes særlig aktuelt å styrke kapasiteten, bør starte først.

En gradvis innføring av behandlingsgaranti er begrunnet i at sterke virkemidler for visse grupper ikke bør innføres før gruppen er klart definert og godkjent. Begrepet «behandling» skal i denne sammenheng ikke forstås snevert. «Behandling» omfatter også grunnleggende pleie, omsorg og (re)habilitering som faller inn under prioritetsgruppe I.

10.6.1 Prioritetsgruppe I med behandlingsgaranti

Dette styringsredskapet forutsetter at faggruppene igangsettes, at de fungerer og gir anbefalinger som kan benyttes i praksis, og at virkemidler ikke innføres før definisjonen av prioritetsgruppe I er gitt et presist innhold.

Hvis pasienten har en sykdom eller tilstand som krever en behandling som er inkludert i den offentlige helsetjenestens ansvarsområde (prioritetsgruppe I og II), skal legen som vurderer pasienten foreskrive eller på annen måte bidra til at pasienten så snart som mulig får aktuell terapi.

For å sikre at befolkningen får oppfylt behovet for tiltak i prioritetsgruppe I, det vil si grunnleggende helsetjenester, kunne samfunnet i lovs form styrke enhver borgers rett til behandling for disse nærmere definerte tilbud (blant annet avhengig av kriteriene dokumentert god effekt og rimelig kostnadseffektivitet). På grunnlag av et sentralt godkjent regelverk måtte legen avgjøre om beslutning om behandling skal være ledsaget av behandlingsgaranti eller ikke. Behandlingsgaranti vil si at behandlingen gis umiddelbart eller senest innen visse tidsfrister (3 måneder), og at ekstraordinære tiltak utløses dersom tidsfristen ikke overholdes.

Behandling som ytes med garanti, måtte ha følgende kjennetegn:

- Behandlingen skal igangsettes straks eller innen nærmere angitte tidsfrister og uten ekstra økonomiske utgifter for pasienten (unntatt standard egenandel for medikamenter utenfor sykehus og pleie/omsorg og rehabilitering)
- Prioritetsgruppe I skal gå foran andre arbeidsoppgaver, men komme etter «øyeblikkelig hjelp»
- De behandlingstilbud som gis med behandlingsgaranti, må identifiseres og være kjent for helsepersonell og pasienter

Dette ville være nødvendig for å sikre at garantien kan bli oppfylt i praksis.

10.6.2 Konsekvenser av brudd på behandlingsgaranti

Hvis garantibegrepet skal ha reelt innhold, må brudd på garanti utløse rettigheter for den behandlingssøkende. Hvis han eller hun ikke har fått utført behandlingen innen de anbefalte tidsfrister for denne tilstanden (tiden starter å løpe fra den dagen vurdering er gjort og indikasjonen for behandling er fastsatt), må pasienten ved tidsfristens utløp ha rett til straks å søke behandling ved offentlig eller privat sykehus i samme helseregion, i andre fylker i Norge, eller i utlandet. I praksis vil dette innebære at den skriftlig utformede behandlingsgarantien ved tidsfristens utløp konverteres til et verdipapir som sikrer pasienten betaling for behandlingen på fylkeskommunens regning. For å hindre ukontrollert stigning av utgifter, kunne pasientens fylkeskommune pålegges å forsøke å finne behandlingsplass for pasienten innen fristens utløp i det offentlige helsevesen, hvis behandling ikke kan ytes innen egen fylkeskommune.

10.6.3 Utvalgets vurdering

Utvalgets flertall, utvalgsleder Lønning og medlemmene Album, Brofoss, Buttedah, Førde, Sandmo, Wyller Shetelig, Wisløff og Aase, er i prinsippet positive til ordninger som særlig forplikter myndighetene til å yte behandling til de høyest prioriterte. Ikke minst er dette ønskelig for de pasientgrupper som nå er for lavt prioritert. Men flertallet stiller seg tvilende til at det i praksis er mulig å skille ut de som bør ha høyest prioritet tilstrekkelig presist og ensartet til at en garantiordning kan virke etter sin hensikt. En ordning med individuelle garantier kan også komme til å favorisere den typen pasienter som allerede står sterkt i kampen om ressursene. En

behandlingsgaranti vil derfor vanskelig kunne løse de prioriteringsproblemer som er drøftet i kapittel 10.5. Av de samme grunner kan flertallet for sin del ikke se at forslaget om behandlingsgaranti løser de problemene som knytter seg til dagen ventetidsgaranti. Det vises her til "*Ventelister og prioritering*" i kapittel 5.

Et vesentlig problem i denne sammenheng er at garantien entydig knyttes til et tidsaspekt. Dette er etter flertallets mening en unyansert prioriteringsmåte, som i beskjeden grad treffer de reelle problemene. Den grunnleggende svakhet ved all bruk av (vilkårlig) fastsatte tidsfrister som prioriteringsverktøy, vil være at den kvalitative vurdering av hva som i det enkelte tilfelle er medisinsk forsvarlig, blir overstyrt av et rent kvantitativt mål.

Flertallet vil også peke på at ordningen vil gi den enkelte lege som utsteder det verdipapir som er nevnt i pkt 10.6.2, en «trekkrettighet» i forhold til offentlige budsjetter som neppe er forenlig med ønsket om å ha økonomisk styring med disse. Det skarpe enten/eller som forutsettes i en slik ordning, vil også sette den enkelte lege i en enda vanskeligere stilling som «portvakt» enn tilfellet er i dag.

Utvalgets medlem Wyller Shetelig vil i tillegg peke på at forslaget om behandlingsgaranti i realiteten innebærer en lovfestet rett til grunnleggende helsetjenester. Rettighetsbestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven omfatter en slik rett. Forslaget om behandlingsgaranti må derfor, etter dette medlems vurdering, medføre at det lovfestes en rett til grunnleggende spesialisthelsetjeneste. Dette medlem er enig i at en slik rett bør lovfestes, men da med den begrunnelse at en slik rettighetsfesting synes nødvendig for å sikre svake grupper nødvendig tilbud.

Dette medlem kan imidlertid ikke se at en sanksjonsordning i form av utstedte verdipapir vil være hensiktsmessig for andre pasientgrupper enn de som er i behov av somatisk spesialisthelsetjeneste. En lovfestet rettighet bør knyttes til en adgang til forvaltningsklage, slik det er i kommunehelsetjenesten i dag.

Dette medlem vil vise til utvalgets drøftinger om pasientrettigheter som prioriteringsredskap i kapittel 10.5, og peke på at prioritetsgruppe I i prinsippet er såvidt avgrenset at en lovfestet rett til grunnleggende spesialisthelsetjeneste kan bidra til å styre utviklingen av tjenestetilbudet innen denne delen av helsetjenesten i prioritert retning. Dette forutsetter imidlertid at det systemet utvalget foreslår er på plass og fungerer etter hensikten.

Utvalgets mindretall, medlemmene Benkow, Brundtland, Evensen, Nesheim, Traaholt og Ødegård, mener at en behandlingsgaranti vil være en naturlig videreføring av den såkalte ventelistegarantien og et nødvendig virkemiddel for å sikre det brukerne har krav på i tråd med den prioriteringsmodell som er skissert i "*Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9.

I en kjennelse avsagt i Nord-Troms Namsrett 7. april 1997, fikk en pasient ikke medhold i at sykehuset skulle fremskaffet behandlingsplass i et annet fylke selv om ventetidsgarantien var brutt. Kjennelsen ble ikke anket, fordi pasienten umiddelbart etterpå ble tilbudt behandling. Den usikkerhet som derfor stadig hersker om ventetidsgarantiens rettslige status, forsterker behovet for å innføre en behandlingsgaranti med reelle sanksjonsmuligheter som gir pasienten rett til nødvendig medisinsk behandling, rehabilitering, samt pleie og omsorg.

Etter disse medlemmenes syn, vil det være nødvendig at en ny prioriteringsmodell (slik utvalget har foreslått) inneholder virkemidler som kan bidra til å gjenopprette befolkningens tillit til at helsevesen og myndigheter foretar riktige valg i riktig rekkefølge.

Det vil ved hjelp av den skisserte fremgangsmåten i "*Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9 være mulig å bli nokså presis mht. hva den enkelte har krav på. At det ikke er mulig å være like presis for alle grupper, kan etter disse medlemmenes syn ikke være noen avgjørende innvending. Det er

viktig å tilstrebe en reell garanti, slik at brukeren får det tilbudet som prioriteringsmodellen forutsetter.

Slik disse medlemmene ser det, er en behandlingsgaranti avgjørende for at selve prioriteringssystemet skal virke etter forutsetningene uavhengig av hvilket forvaltningsnivå som måtte ha ansvar for å yte tjenesten.

Videre kan en behandlingsgaranti med tilknyttede sanksjonsmuligheter være egnet til å synliggjøre organisasjonsmessige mangler i helsevesenet og til å øke presset med hensyn til å få løst disse problemene.

Utvalgets medlem Evensen understreker at innføring av behandlingsgaranti ikke bør vurderes isolert. Reell prioritering forutsetter bruk av et knippe av håndfaste og allminnelig forståelige virkemidler. Begrunnelsen for inndeling i prioritetsgrupper faller langt på vei bort hvis ikke gruppetilhørighet utløser bruk av et eller flere virkemidler. Sannsynligvis er økonomiske sanksjoner de som forstås best av beslutningstakere, fylkeskommunen og pasienter. Dessuten har de betydelig pedagogisk effekt. I hvertfall må de prøves fordi andre tiltak hittil har gitt lite. Behandlingsgaranti for prioritetsgruppe 1 og gradert egenbetaling for prioritetsgruppe 3 er derfor virkemidler som bør utprøves i en samlet pakke.

Dette medlem er enig i at rettighetsfesting av behandlingsgaranti for prioritetsgruppe 1 innført som enkelttiltak, kunne gi vridningseffekter til fordel for sterke pasientgrupper. Men slik vil det ikke gå i praksis hvis andre av utvalgets forslag blir fulgt. Blant annet vil det enstemmige forslag om sikring av svake pasientgrupper gjennom innføring av servicemål og kvotering, jf. avsnitt 9.3, motvirke slike tendenser.

10.7 SÆRLIG OM KLAGE OG FORNYET VURDERING

I møtet med helsetjenesten kan pasienten oppleve å ikke få den tjenesten som etterspørres, eller at kvaliteten ikke er så god som ønsket. Utvalget har drøftet de mulige konsekvenser av mer formalisert prioritering og styrking av pasientenes rettigheter. Det synes helt klart at jo mere presist rettigheter defineres, og jo sterkere virkemidler som innføres for å sikre vedtatte prioriteringer, jo flere klager og anker på avgjørelser er det grunn til å forvente. Dette er en naturlig konsekvens av pasientenes styrkede rettsstilling. Det må imidlertid balanseres mot hensynet til at helsepersonell bør bruke mest mulig av sin tid på pasientbehandling.

Klageretten er uttrykkelig nevnt i kommunehelsetjenesteloven og i smittevernloven. Den som mener at hun ikke har fått den nødvendige helsehjelp, kan klage etter nærmere bestemte regler. Klageretten er i disse tilfellene en følge av at pasienten har en materiell rett til slik hjelp. Utvalget understreker at pasientenes rettssikkerhet best ivaretas gjennom å fatte riktige beslutninger i første omgang. Det vil i mange tilfeller være for sent å reparere en gal beslutning i klagerunden.

De viktigste virkemidler for å sikre pasientenes rettsstilling er derfor å sikre medinnflytelse på de beslutninger som tas. Dersom disse er i overensstemmelse med befolkningens verdier og utføres på en god og lik måte, kan det redusere behovet for behandling av individuelle klager. I den forbindelse må det anføres at etablering av faggrupper og et permanent, samordnende prioriteringsutvalg med representasjon fra brukerne, vil innebære en styrking av pasientenes stilling, jf. "*Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9.

Hvorvidt diagnosen er riktig stilt, og om det foreslåtte tiltak er adekvat, kan være gjenstand for fornyet vurdering («second opinion»). I mange tilfelle vil nok en pasient som kan tenke seg å klage over avslag på helsehjelp, ønske en fornyet vurdering først, for å få styrket eller avkrefet sin mistanke om at avgjørelsen var feil. En klage over avslag på helsehjelp vil kunne innebære en fornyet vurdering, dersom

klagen blir undergitt ny realitetsbehandling. Forskjellen vil vise seg hvis den som gir den nye vurderingen mener at pasienten skal ha den aktuelle tjeneste, men den som er ansvarlig for å yte tjenesten, ikke vil gjøre det. Hvis pasienten har klagerett, vil klageinstansen kunne pålegge tjenesteyteren å fremskaffe tjenesten. På den annen side er det ikke alltid slik at en klage leder frem til fornyet vurdering. Klagesystemet etter kommunehelsetjenesten har f.eks. neppe virket slik at klageinstansen har overprøvd legens diagnose i nevneverdig utstrekning.

Utvalget er i tvil om det bør innføres en generell overprøvingsadgang. Langt på vei må spørsmålet om adgang til formell klage ses i sammenheng med spørsmålet om rettighetsfesting som er drøftet ovenfor. Dersom det innføres rettigheter, bør dette åpenbart følges opp med en klageordning. Uten slike rettigheter er det mindre å klage over. Da blir spørsmålet snarere om det bør innføres rett til fornyet vurdering.

En generell lovfestet rett til fornyet vurdering er ikke hensiktsmessig fra et ressursfordelings synspunkt. På den annen side er det i mange tilfeller av stor betydning for pasienten at noen vurderer vedkommendes behov med friske øyne. Det er mulig dette dilemma best løses ved å holde muligheten for ny vurdering åpen, men uten å formalisere den i regelverket. Samtidig bør det medisinske miljø vise en åpen holdning, og gjøre kjent at ny vurdering fra kollega kan være nyttig og formålstjenlig for å oppfylle kravet om forsvarlig virksomhet.

10.8 FRITT SYKEHUSVALG

Stortinget har ved behandlingen av St.meld. nr 50 (1993-94) sluttet seg til at pasienter bør få rett til fritt sykehusvalg innen egen helseregion og i nabofylket. Denne ordningen, som bør utvides, kan tenkes å gi bedre utnyttelse av kapasitet. På individnivå kan ordningen bidra til at pasienter får raskere behandling dersom de trenger det, og er villige til å reise for å få behandling. Dette forutsetter at det etableres gode informasjonssystemer mellom sykehus med hensyn til ledig kapasitet, og at det gis informasjon om ordningen direkte til pasientene. Kanskje burde det være slik at sykehusene burde ha plikt til å henvise pasienter i prioritetsgruppe I og II til andre sykehus ved kapasitetsmangel.

Det er likevel grunn til å tro at fritt sykehusvalg bare vil komme en del av pasientene med høy prioritet til gode. En del av de psykiatriske pasientene kan neppe utnytte ordningen. Det samme gjelder selvsagt mange personer med store pleie- og omsorgsbehov.

10.9 UTDANNING OG FORDELING AV HELSEPERSONELL

Etter utvalgets vurdering er utdanning og fordeling av helsepersonell en nøkkelfaktor for fordeling av helsetjenester. Såvel kapasitetsbeslutninger som konkrete tildelinger påvirkes av hva slags helsepersonell helsetjenesten rår over, og hvor de befinner seg.

Som vist i "*Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingstrekk*" i kapittel 4 kan man vanskelig hevde generelt at det er legemangel i Norge. Likevel opplever mange pasienter at det er mangel på leger, for eksempel spesialister, der de er, eller at det er vanskelig å slippe til. Det er mye som tyder på at legeårsverkene ikke er fordelt på den mest hensiktsmessige måte. Forskjellige virkemidler som har vært forsøkt for å lokke leger til å etablere seg utenfor sentrale strøk, er bare delvis vellykkede. Selv om det ikke er mulig i et land med så spredt bosetting som vårt å oppnå at alle får like lett tilgang til helsetjenester, er det mulig å forbedre dagens tilstand. Sett

fra pasientenes side er det viktig for rettferdig fordeling at også de som bor minst sentralt, har en reell mulighet til å nå alle slags helsetjenester.

I de senere år har oppgaven med å fordele spesialiststillinger vært lagt til Utvalg for Legestillinger og Stillingsstruktur (ULS). Utvalget støtter Steine-utvalgets vurdering av ordningen med ULS, jf. NOU 1997: 2:

«Utvalget er kjent med at ordningen med ULS er under evaluering, men det hersker liten tvil om at en slik styring av stillinger ikke har fungert helt som ønsket. Det er betydelig lekkasje i den forstand at det opprettes stillinger uten å være forelagt ULS, eller i ordninger som ikke omfattes av arbeidet til ULS».

Kapittel 4 viser til en undersøkelse utført av Terje P. Hagen, som konkluderer med at det er en positiv sammenheng mellom antall stillingshjemler og antall ubesatte stillinger i fylkene:

«Ideelt sett skal en slik situasjon unngås ved at tildelingen av spesialisthjemler styres hierarkisk. I Norge eksisterer det ordninger for denne typen styring, men det er uklart om de formelle ordninger for styring av stillingshjemlene har de ønskede effekter på faktisk allokering av arbeidskraft.» (Hagen 1996)

Fordeling av legespesialiteter og annet helsepersonell bør være basert på langsiktig planlegging og må koordineres med andre typer behovsanalyser som sammenholder data om sykdomsutvikling, alderssammensetning, utvikling av nye behandlingsmetoder, typiske flaskehalser og ønskede prioriteringer. Slike analyser er selvsagt krevende og fordrer en type kompetanse som antakelig best kan bygges opp på regionalt nivå. Det er naturlig at dette inngår i den regionale helseplanlegging.

Data om ubesatte stillinger er ikke tilstrekkelige for å vurdere det reelle 'behov' for helsepersonell. Behovet for personell bør i langt større grad vurderes i forhold til nasjonale og lokale prioriteringer av behandlingstilbud. Utvalgets forslag til inndeling av prioritetsgrupper vil, på lengre sikt, kunne brukes til å planlegge utdanning og fordeling av helsepersonell i forhold til prioriterte behandlingstilbud.

10.10 FORSKNING OG UTDANNING

I siste instans drives forskning og utdanning av hensyn til pasientene: Det er pasientene som skal nyte godt av nye eller forbedrede diagnostiske eller kurative tiltak, og det er for pasientenes skyld at helsevesenet er til. Dette selvsagte utgangspunkt bør også has in mente når det gjelder hvilken forskning som skal prioriteres, og hva utdannelsen skal omfatte. Det skal også nevnes at klinisk forskning og utdanning av helsepersonell er helt avhengig av pasientenes medvirkning. Uten frivillige forsøkspersoner kan klinisk forskning ikke gjennomføres. Studenter i helsefag forholder seg til pasientene gjennom store deler av studietiden.

I et så spesialisert fag som medisin er forskning og utdanning et av de aller viktigste virkemidler som kan benyttes for å styrke de fagfelt som bør ha høyere prioritet. Utvalget ser det ikke som sin oppgave å gi konkrete anbefalinger på dette området, men de områdene som har vært nevnt flere ganger i denne utredningen, psykiatri og medisinsk (re)habilitering, vil klart kunne ha nytte av økt satsing når det gjelder forskning og tilskudd til spesialistutdanning. Dette gjelder ikke minst barne- og ungdomspsykiatrien, som særlig sliter med rekrutteringsproblemer. Et annet moment som er verdt å nevne, er de økte kravene til klinisk forskning og dokumentasjon av behandlingsresultater som tvinges frem av behovet for prioritering. Det er en fare for at «svake» forskningsmiljøer kan tape i kampen om ressursene dersom ikke kompetanse bygges opp og holdes ved like.

Utvalget vil også vise til Hellandsvik- og Steine-utvalgene, jf. henholdsvis NOU 1996:5 og NOU 1997: 2, som drøfter utilsiktede effekter på forskning og

utdanning som resultat av økte krav til effektivitet og produktivitet i helsetjenesten. Sykehusene vil i slike situasjoner naturlig nok forsøke å skjerme pasientbehandlingen, slik at stramme budsjetter ikke medfører kutt i behandlingens omfang og kvalitet. Effekten av dette kan bli at forskning og utdanning lett blir salderingsposter. Det bør derfor arbeides videre med systemer som sikrer tilstrekkelige rammer også for denne delen av helsetjenestens virksomhet. Innsparinger her kan vise seg å få alvorlige konsekvenser på lengre sikt.

10.11OPPSUMMERING

Tabell 10.1 forsøker å gi en samlet oversikt over mulige virkemidler. Utvalget anbefaler ikke bruk av alle disse virkemidlene. Hensikten med tabellen er å gi en oversikt over mulige virkemidler, og hvilken effekt de kan ha på ulike beslutningsnivåer for forskjellige prioritetsgrupper. En balansert virkemiddelbruk er ønskelig. Dersom det er ubalanse i virkemiddelbruken, vil det lettere oppstå utilsiktede vridningseffekter mellom forskjellige prioritetsgrupper.

Tabell 10.1: Oversikt over mulige virkemidler på forskjellige beslutningsnivå og for ulike prioritetsgrupper

	Prioritetsgruppe I	Prioritetsgruppe II	Prioritetsgruppe III
Nivå for bestemmelse av kapasitet	Analyse og budsjettarbeid (bl.a. basert på faggruppens arbeid)	Analyse og budsjettarbeid (bl.a. basert på faggruppens arbeid)	Analyse og budsjettarbeid (bl.a. basert på faggruppens arbeid)
	Servicemål/myndighetskrav	Servicemål	
	Statlig tilsyn	Statlig tilsyn	Statlig tilsyn
	Rammefinansiering	Rammefinansiering	Rammefinansiering
	Aktivitetsbasert finansiering	Aktivitetsbasert finansiering	Bortfall av aktivitetsbasert finansiering
Individnivå	Faglige retningslinjer for prioritering	Faglige retningslinjer for prioritering	Gradert egenbetaling
	Fritt sykehusvalg	Fritt sykehusvalg	
	Tilsyn med helsetjenesten	Tilsyn med helsetjenesten	Tilsyn med helsetjenesten
	Materielle rettigheter og behandlingssgaranti		

Første rad i tabell 10.1 angir prioritetsgrupper. Andre rad i tabellen viser mulige virkemidler på makronivå. Tredje rad antyder mulige virkemidler for å sikre tilgang til prioriterte helsetjenester på individnivå.

Virkemidler anvendt på overordnet nivå

På overordnet politisk og administrativt nivå vil analyse og budsjettarbeid være et av de viktigste virkemidler for å sikre riktig kapasitet for de forskjellige prioritetsgruppene. Dette kan bl.a. skje på grunnlag av den prioriteringsmodell som er skissert i "*Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9. Langsiktig planlegging og dimensjonering av kapasitet bør særlig innrettes på å sikre at prioritetsgruppene I og II får et adekvat tilbud.

Innføring av servicemål, enten bare for prioritetsgruppe I eller også for tilbud i prioritetsgruppe II, kan gi bedre innsyn i de helsepolitiske beslutninger, og formodentlig bedre dimensjonering av kapasitet på makronivå. Statlig tilsyn på grunnlag

av klarere og prioritetsrelaterte myndighetskrav, vil også kunne bidra til å sikre ønsket prioritering.

Det er ikke grunn til å tro at ren rammefinansiering vil bidra til avvik mellom samfunnets prioriteringsønsker og de faktiske prioriteringer, jf. pkt. 10.3. Men rammefinansiering er ikke i seg selv et virkemiddel for prioritering. Rammer forutsetter at det gis signaler om hva som er samfunnets prioriteringsønsker. Dersom det er mulig å klargjøre prioritetsgruppenes innhold presist nok, kan denne finansieringsordningen bidra til å avklare grensen mellom tiltak med lavere prioritet.

Aktivitetsbasert finansiering kan, slik det er drøftet i pkt. 10.3, bidra til økt kapasitet for somatiske sykehustjenester, men dette kan komme til å gå på bekostning av prioriteringseffektivitet. Det er neppe mulig med dagens system for klassifisering av diagnosegrupper, å tilpasse aktivitetsbasert finansiering bare for prioritetsgruppe I. Ordningen vil derfor antakelig ha effekt på begge prioritetsgrupper. Det er også lite trolig at ordningen kan tilpasses psykiatriske institusjonstilbud. En eventuell effektivitetsgevinst vil derfor ikke komme denne pasientgruppen til gode.

Dersom gradert egenbetaling innføres, bør det samtidig vurderes om det er mulig å la tiltak i prioritetsgruppe III utgå fra ordningen med aktivitetsbasert finansiering. Dette vil, i teorien, kunne gi en effekt i form av mindre ressursbruk for prioritetsgruppe III, lavt prioriterte tjenester.

Virkemidler anvendt på individnivå

På individnivå mener utvalget at faglige retningslinjer for valg av pasienter til riktig behandlingsform, jf. "*Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9, kan være et viktig virkemiddel for å styre pasientstrømmen.

En hovedbegrunnelse for å vurdere gradert egenbetaling for pasienter i prioritetsgruppe III, er effektivitetshensynet; egenbetalinger fører til at behov for behandling som er lavt prioritert av brukerne selv, ikke blir påmeldt i kampen om knappe ressurser. Dette kan bidra til bedre kapasitet for behandling av pasienter med høyere prioritet.

Fritt sykehusvalg kan tenkes å gi pasienter lettere og raskere behandling ved at ledig kapasitet utnyttes bedre. Det kan være mulig å tillate fritt sykehusvalg bare for pasienter i prioritetsgruppe I, men det er neppe hensiktsmessig. Prioritetsgruppe I er stramt definert, og det er viktig at kapasiteten utnyttes også for pasienter med lavere prioritet.

Særskilt tilsyn fra Statens helsetilsyn og fylkeslegene kan også være aktuelt dersom det er signaler om at mange personer i prioritetsgruppe I ikke får behandlingstilbud. I tillegg har allerede tilsynsmyndigheten et ansvar for å påse at helsetjenestene blir utført forsvarlig. Dette ansvaret må gjelde både for prioritetsgruppe I, II og III.

Utvalget er så langt enige om bruk og vektlegging av virkemidler for å påvirke prioriteringsbeslutninger. Utvalgets mindretall, jf. pkt 10.6, anbefaler bruk av ytterligere virkemidler på individnivå for å styre prioriteringer i ønsket retning. Etter deres syn kan materielle pasientrettigheter og tildeling av behandlingssgaranti for prioritetsgruppe I bidra til å sikre tilgangen til behandling for den enkelte. Dette veier tyngre enn enn mulige utilsiktede virkninger av rettighetsfesting.

10.12 UTVALGETS HOVEDANBEFALINGER OM BRUK AV VIRKEMIDLER

Utvalget står samlet om de fleste anbefalingene vedrørende bruk og vektlegging av virkemidler for å oppnå ønsket prioritering i forhold til prioritetsgruppene I-IV, men

er delt i synet på bruk av pasientrettigheter og behandlingsgaranti som prioriteringsredskaper.

10.12.1 Forslag om utvikling og innføring av forpliktende servicemål

Helsepolitiske myndigheter kan forplikte seg til å oppfylle nærmere definerte servicemål, det vil si indikatorer som uttrykker grunnleggende helsetilbuds kvalitet. Servicemål bør ha en naturlig plass i prioriteringsarbeidet. Informasjon er en nødvendig forutsetning for gode beslutninger, og servicemål kan gi økt innsyn og brukerkontroll.

En mulighet vil være at grunnleggende helsetjenester (prioritetsgruppe I) i større grad blir omfattet av detaljerte myndighetskrav, mens det for andre deler av helsetjenesten utvikles forpliktende servicemål på grunnlag av drøftinger med kommuner og fylkeskommuner. Servicemålene bør være basert på et realistisk økonomisk grunnlag, og vurderes i forhold til de økonomiske rammer som fastlegges.

Utvalget erkjenner at det er mye som gjenstår før anvendelige kvalitetsmål er på plass, men vil likevel anbefale at informasjons- og styringssystemer utvikles og kobles til forpliktende målsettinger. Bakgrunnen for forslaget er nærmere omtalt i pkt. 10.2.

10.12.2 Refusjonsordninger

Etter utvalgets vurdering kan det være behov for å gjennomgå takst og refusjonsforhold for mange typer tilbud med sikte på å få et bedre samsvar mellom de oppgaver man ønsker utført og hva legene faktisk utfører. På lengre sikt bør antakelig alle takstrefusjoner for allmennlegetjenesten, fysioterapitjenesten, spesialisthelsetjenesten og poliklinikker evalueres og justeres i forhold til nasjonale prioriteringer. Bakgrunnen for forslaget er nærmere omtalt i pkt. 10.3.

10.12.3 Finansieringsordninger

Deler av helsesektoren er i stor grad rammefinansiert, mens andre deler er finansiert gjennom refusjonsordninger i folketrygden, jf. pkt. 4.2.1 og 4.2.2. Etter utvalgets vurdering kan det være behov for å gjennomgå de konsekvenser en slik delt finansiering har for prioritering i helsesektoren.

Det bør videre vurderes om ordningen med aktivitetsbasert finansiering i somatiske sykehus bør avgrenses til å omfatte prioritetsgruppe I og II. Hvorvidt det er mulig i praksis å la aktivitetsbasert finansiering bortfalle for prioritetsgruppe III, bør utredes.

10.12.4 Bruk av gradert egenbetaling for lavt prioriterte helsetjenester

Utvalgets mandat ber om at graderte egenandeler som virkemiddel i prioriteringsprosessen vurderes. Den viktigste begrunnelsen for bruk av egenbetalinger ligger i effektivitetshensynet: Egenbetaling fører til at behov for behandling som er lavt prioritert av brukeren selv, ikke blir meldt på i kampen om knappe ressurser. En moderat bruk av egenbetalinger for slike behandlinger bør ikke komme i alvorlig konflikt med hensynet til en rettferdig fordeling av helsegodene.

Utvalget stiller seg åpne for tanken om innføring av egenbetalinger gradert etter prioritet for tjenester i prioritetsgruppe III. Utvalget foreslår ikke konkrete takster eller når og hvordan dette kan iverksettes. Disse forholdene bør utredes grundig og ses i sammenheng med pkt. 10.12.3. Bakgrunnen for forslaget er beskrevet i pkt. 10.4.

Utvalgsmedlemmet Ødegård vil understreke at bruk av alminnelige egenandeler ikke kan forenes med utvalgets definisjon av «grunnleggende helsetjenester» slik dette kommer til uttrykk gjennom de tiltak og tilbud som er forutsatt gitt for prioritetsgruppe I.

Som prioriteringsutvalget påpeker, vil prioritetsgruppe I omfatte helt grunnleggende medisinsk behandling, rehabilitering, samt pleie og omsorg.

Etter dette medlemmets mening må tiltak og tjenester som faller inn under begrepet «grunnleggende» være et fullt ut offentlig finansieringsansvar. Slik grunntrygghet kan ikke gjøres til gjenstand for mer eller mindre tilfeldig lokal prioritering, hverken hva angår *om* og *når* de skal gis, eller at det kan kreves egenandel for tiltak og tjenester som har til hensikt å etablere eller opprettholde helt grunnleggende livskvaliteter og nødvendige hjelpesfunksjoner for den enkelte bruker eller pasient.

10.12.5 Utdanning og fordeling av helsepersonell

Tiltak for å bedre personellsituasjonen for høyt prioriterte grupper, særlig psykiatri, rehabilitering, pleie og omsorg, bør igangsettes straks, mens tiltak for andre grupper bør utredes grundigere.

10.12.6 Innføring av behandlingsgaranti

Utvalgets flertall, utvalgsleder Lønning og medlemmene Album, Brofoss, Butt-dahl, Førde, Sandmo, Shetelig, Wisløff og Aase kan ikke se at forslaget om behandlingsgaranti løser de problemene som knytter seg til dagen ventetidsgaranti. Det vises her til "*Prioriteringsmodeller i andre land*" i kapittel 6. Et hovedproblem er at garantien entydig knyttes til et tidsaspekt. Dette er etter flertallets mening en unyansert prioriteringsmåte, som i beskjednen grad treffer de reelle problemene. Den grunnleggende svakhet ved all bruk av (vilkårlig) fastsatte tidsfrister som prioriteringsverktøy, vil være at den kvalitative vurdering av hva som i det enkelte tilfelle er medisinsk forsvarlig blir overstyrt av et rent kvantitativt mål.

Flertallet kan for sin del heller ikke se at ordningen med en behandlingsgaranti løser de prioriteringsproblemerne drøftet under avsnittet om rettighetsfesting, jf. pkt 10.5.2. Riktignok kan det tenkes at tiltakskriteriene blir noe mer presist fastsatt enn ved den tradisjonelle lovgivningsmåten. Men dette vil som i dag variere sterkt fra område til område.

Utvalgets medlem Wyller Shetelig vil i tillegg peke på at forslaget om behandlingsgaranti i realiteten innebærer en lovfestet rett til grunnleggende helsetjenester. Rettighetsbestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven omfatter en slik rett. Forslaget om behandlingsgaranti må derfor, etter dette medlems vurdering, medføre at det lovfestes en rett til grunnleggende spesialisthelsetjeneste. Dette medlem er enig i at en slik rett bør lovfestes, men da med den begrunnelse at en slik rettighetsfesting synes nødvendig for å sikre svake grupper nødvendig tilbud.

Dette medlem kan imidlertid ikke se at en sanksjonsordning i form av utstedte verdipapir vil være hensiktsmessig for andre pasientgrupper enn de som er i behov av somatisk spesialisthelsetjeneste. En lovfestet rettighet bør knyttes til en adgang til forvaltningsklage, slik det er i kommunehelsetjenesten i dag.

Dette medlem vil vise til utvalgets drøftinger om pasientrettigheter som prioriteringsredskap i kapittel 10.5, og peke på at prioritetsgruppe I i prinsippet er såvidt avgrenset at en lovfestet rett til grunnleggende spesialisthelsetjeneste kan bidra til å styre utviklingen av tjenestetilbudet innen denne delen av helsetjenesten i prioritert

retning. Dette forutsetter imidlertid at det systemet utvalget foreslår er på plass og fungerer etter hensikten.

Utvalgets mindretall, medlemmene Benkow, Brundtland, Evensen, Nesheim, Traaholt og Ødegård, mener at en behandlingsgaranti vil være en naturlig videreføring av den såkalte ventelistegarantien og et nødvendig virkemiddel for å sikre det brukerne har krav på i tråd med den prioriteringsmodell som er skissert i "Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer" i kapittel 9.

I en kjennelse avsagt i Nord-Troms Namsrett 7. april 1997, fikk en pasient ikke medhold i at sykehuset skulle fremskaffet behandlingsplass i et annet fylke selv om ventetidsgarantien var brutt. Kjennelsen ble ikke anket, fordi pasienten umiddelbart etterpå ble tilbudt behandling. Den usikkerhet som derfor stadig hersker om ventetidsgarantiens rettslige status, forsterker behovet for å innføre en behandlingsgaranti med reelle sanksjonsmuligheter som gir pasienten rett til nødvendig medisinsk behandling, rehabilitering, samt pleie og omsorg.

Etter disse medlemmenes syn, vil det være nødvendig at en ny prioriteringsmodell (slik utvalget har foreslått) inneholder virkemidler som kan bidra til å gjenopprette befolkningens tillit til at helsevesen og myndigheter foretar riktige valg i riktig rekkefølge.

Det vil ved hjelp av den skisserte fremgangsmåten i "Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer" i kapittel 9 være mulig å bli nokså presis mht. hva den enkelte har krav på. At det ikke er mulig å være like presis for alle grupper, kan etter disse medlemmenes syn ikke være noen avgjørende innvending. Det er viktig å tilstrebe en reell garanti, slik at brukeren får det tilbudet som prioriteringsmodellen forutsetter.

Slik disse medlemmene ser det, er en behandlingsgaranti avgjørende for at selve prioriteringssystemet skal virke etter forutsetningene uavhengig av hvilket forvaltningsnivå som måtte ha ansvar for å yte tjenesten.

Videre kan en behandlingsgaranti med tilknyttede sanksjonsmuligheter være egnet til å synliggjøre organisasjonsmessige mangler i helsevesenet og til å øke presset med hensyn til å få løst disse problemene. Bakgrunnen for forslaget er beskrevet under pkt. 10.6.

Utvalgets medlem Evensen understreker at innføring av behandlingsgaranti ikke bør vurderes isolert. Reell prioritering forutsetter bruk av et knippe av håndfaste og allminnelig forståelige virkemidler. Begrunnelsen for inndeling i prioritetsgrupper faller langt på vei bort hvis ikke gruppetilhørighet utløser bruk av et eller flere virkemidler. Sannsynligvis er økonomiske sanksjoner de som forstås best av beslutningstakere, fylkeskommunen og pasienter. Dessuten har de betydelig pedagogisk effekt. I hvertfall må de prøves fordi andre tiltak hittil har gitt lite. Behandlingsgaranti for prioritetsgruppe 1 og gradert egenbetaling for prioritetsgruppe 3 er derfor virkemidler som bør utprøves i en samlet pakke.

Dette medlem er enig i at rettighetsfesting av behandlingsgaranti for prioritetsgruppe 1 innført som enkelttiltak, kunne gi vridningseffekter til fordel for sterke pasientgrupper. Men slik vil det ikke gå i praksis hvis andre av utvalgets forslag blir fulgt. Blant annet vil det enstemmige forslag om sikring av svake pasientgrupper gjennom innføring av servicemål og kvotering, jf. avsnitt 9.3, motvirke slike tendenser.

KAPITTEL11

Videre utfordringer i prioriteringsarbeidet**11.1 INNLEDNING**

Som i helsepolitikken for øvrig finnes det ingen enkle svar på de grunnleggende prioriteringsspørsmålene. Utvalget har i de foregående kapitlene gitt noen anbefalinger om hvordan prioriteringsprosessen kan forbedres. Dette kapitlet tar for seg videre utfordringer i prioriteringsarbeidet. Utvalget har valgt å beskrive utfordringene knyttet til forebyggende arbeid, medisinsk habilitering og rehabilitering samt pleie og omsorg. Fremstillingen er ikke utfyllende. Hensikten er å belyse hvordan utvalgets forslag til prioriteringsprosess, slik den er beskrevet i kapittel 8 og 9, kan benyttes i forhold til disse områdene.

Utvalget har vært særlig opptatt av at enkelte pasientgrupper fortsatt har et mangelfullt tilbud til tross for sterke statlige føringer om at disse gruppene skal prioriteres. Til slutt drøftes noen mulige tiltak for de «svake» pasientgruppene. Det gjelder spesielt pasienter med kroniske, sammensatte lidelser, og de psykiatriske pasientene.

11.2 HVORDAN SKAL FOREBYGGENDE HELSEARBEID PRIORITERES I KOMMUNEHELSETJENESTEN?

En vesentlig del av det sykdomsforebyggende arbeid foregår *utenfor* helsetjenesten. I Stortingsmelding nr. 37 (1992-93) pekes det på at helsefremmende og forebyggende arbeid har mange likhetstrekk med miljøvernarbeidet.

Sosial- og helsedepartementet er tillagt en koordinerende rolle i forebyggingsarbeidet i forhold til andre departementer og samfunnsområder. En rekke institusjoner som er underlagt helseministeren, er tildelt ulike oppgaver innen det helsefremmende og forebyggende arbeid, f.eks. Folkehelse, Statens helseundersøkelse, Kreftregisteret, Statens ernæringsråd, Statens næringsmiddeltilsyn, Statens tobakksskaderåd, Statens strålevern, Rusmiddeldirektoratet og Statens helsetilsyn. Midler til driften av denne omfattende og mangeartede virksomheten bevilges over statsbudsjettet. I tillegg utvikles det ulike typer handlingsplaner og prosjekter, som finansieres og gjennomføres både via Sosial- og helsedepartementet og andre departementer.

I utkast til ny lov om spesialisthelsetjeneste mv. (NOU 1991: 7) er helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid nedfelt som en viktig del av helsetjenestens formål. Videre er det foreslått at helsepersonell i offentlige helseinstitusjoner skal ha en veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten på dette området.

Som ansvarlig for fylkesplanarbeidet, jf. plan- og bygningsloven, har imidlertid fylkeskommunen et ansvar for at planene vektlegger helsemessige hensyn, og for å koordinere de ulike sektors arbeid med helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Kommunene er det forvaltningsnivå som har det klartest lovfestede ansvaret for forebyggende og helsefremmende arbeid, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-2:

I kommunehelsetjenesteloven § 1-3 er det slått fast at kommunens helsetjeneste bl.a. skal omfatte følgende oppgaver:

Fremme helse og forebygging av sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som:

- Miljørettet helsevern

- Helsestasjonsvirksomhet
- Helsetjenester i skoler
- Opplysningvirksomhet og helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under fengselsvesenet
- Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
- Medisinsk habilitering og rehabilitering
- Pleie og omsorg

I tillegg skal kommunenes helsetjeneste til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4.

Hvordan skal kommunehelsetjenesten forholde seg til de krav som stilles til å drive forebyggende helsearbeid? For det første er visse typer forebyggende arbeid definert som en oppgave som skal løses av og innen helsetjenesten. For det andre er dette et reelt prioriteringsproblem i kommunehelsetjenesten, fordi det forebyggende arbeid må konkurrere om ressurser med andre viktige formål. For det tredje er lovpålagte oppgaver å anse som minimumskrav fra myndighetene. De bør derfor ideelt sett prioriteres foran oppgaver som ikke er myndighetskrav. Det må derfor være en viktig oppgave å innholdsbestemme kravene på dette området på samme måte som innholdet i mange andre myndighetskrav.

En mulighet er å oppfordre faggrupper til å utrede hva som bør komme innenfor grunnleggende helsetjeneste når det gjelder de oppgaver som er listet opp i kommunehelsetjenesteloven § 1-3, pkt. 1a-e. Etter at et slikt gradert kart er tegnet, kan politikere og myndigheter fastlegge nærmere hva som er minimums- eller standardkrav for kommunehelsetjenesten, og hva som bør inngå i «kjernetjenester» som må oppfylles før andre tjenester. Siden helsetjenesten allerede har et ansvar for å gi informasjon om årsaker til sykdom til beslutningstakere på ulike nivåer i samfunnet og gi råd om hvordan disse best kan forebygges, bør helsetjenestens rådgiverrolle inngå som en del av «kjernetjenestene» i kommunene.

Etter utvalgets vurdering vil det være mulig og rimelig å stille krav om at effekten av slike tiltak skal være dokumenterbar, for eksempel når det gjelder vaksiner, ulykkesforebyggende arbeid, habilitering av barn mv.

Utvalget har derimot ikke grunnlag for, slik mandatet inviterer til, å ta generell stilling til hva som er viktigst av forebyggende arbeid og andre helsetjenester. Utvalget kan heller ikke foreta noen prinsipiell grenseoppgang mellom forebygging og annen medisinsk virksomhet, men mener at de konkrete forebyggende tiltak må drøftes i lys av aksepterte retningslinjer for prioritering.

De foreslåtte mål og prinsipper for ressursfordeling som er drøftet i *"Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen"* i kapittel 8, gjelder også forebyggende helsearbeid: Primær og sekundær forebygging (f.eks. kolesterolsenkende midler etter hjerteinfarkt) skal ha prioritet dersom forventet nytte er god nok, dokumentasjonen er god, og kostnadene står i et akseptabelt forhold til nytten. Kostnadene må vurderes i vid forstand og inkludere mulige bivirkninger i form av økt frykt for sykdom og farene for medikalisering.

Spesialisthelsetjenesten bør også ha et ansvar for forebyggende tiltak i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Et eksempel på slikt samarbeid er et samarbeidsforsøk i Stavanger om tidlig intervensjon mot schizofreni. Det kan vurderes om ansvar for forebygging bør formuleres som et av målene i ny lov om spesialisthelsetjenesten.

11.3 HVORDAN KAN EN DEFINERE ET KJERNETILBUD (PRIORITETSGRUPPE I) FOR HABILITERING OG REHABILITERING?

Grupper som trenger habilitering omfatter bl.a. barn med medfødte misdannelser, hjertesykdom, kreft, alvorlig astma, alvorlige skader. Voksne som kan trenge rehabilitering er pasienter som har vært utsatt for alvorlige skader: hodeskader, bruddskader, ryggskader, brannskader; pasienter med alvorlig somatisk sykdom: hjerneblødninger, hjertesykdom, karlidelser, mange revmatiske lidelser (leddgikt, Bechterews sykdom), kreft, alvorlige infeksjoner; pasienter med psykiske lidelser: psykoser, alvorlige depresjoner, invalidiserende nevroser; psykisk utviklingshemmede; pasienter med sansedefekter (syn, hørsel); voksne med medfødt sykdom eller senvirkninger av alvorlig sykdom som barn (f.eks. poliomyelitt).

I NOU 1987: 23 ble følgende målformulering foreslått for rehabilitering:

«(Re)habilitering: Enhver som har alvorlige kroniske sykdommer og/eller funksjonshemminger, bør få hjelp til å oppnå tilnærmet deltagelse og likestilling i samfunnet, og denne hjelp bør såvidt mulig gis på premissene til personene som skal habiliteres.»

Alvorlighet må i denne sammenheng knyttes til situasjonen slik den er på det tidspunkt vedkommende søker habilitering eller rehabilitering. Det må forutsettes at sykdommen medfører alvorlig funksjonshemming. Eventuelt må vedkommende som skal habiliteres, ha en alvorlig funksjonshemming som ikke skyldes sykdom. At tilstanden er av en viss alvorlighetsgrad, må også oppfattes som en nødvendig betingelse. Begrepet kronisk er ikke definert. I forhold til utvalgets kriterier for prioritetsgruppe I skal tilstanden være varig, dvs. at tilstanden ikke kan forventes å bli bedre uten tiltak.

«Tilnærmet deltagelse og likestilling i samfunnet» er målsettingen for habiliteringsopplegget. Det må innebære at vedkommende skal kunne bli i stand til å delta i samfunnslivet ut fra sine forutsetninger slik de er med funksjonshemmingen. At hjelpen så vidt mulig skal gis på den habiliteringssøkendes premisser, må bety at vedkommende må ha stor innflytelse på hvordan hjelpen ytes. Aktuelle mål for rehabilitering kan være:

- Å oppnå eller vedlikeholde dagliglivets aktiviteter
- Mulighet for å forflytte seg ute eller inne
- Mulighet for utdanning
- Mulighet for å ta arbeid
- Mulighet for deltagelse i kulturaktiviteter, foreningsliv, sosiale arenaer o.l

Noen av disse målene kan være vanskelige å nå. Det kan komme til et punkt der en pasient eller en funksjonshemmet med innsats av store ressurser kan oppnå bare en liten forbedring i sin tilstand. Det er i de store gråsonene, ved mindre alvorlige tilstander og utfyllende former for rehabiliteringstilbud, at det blir relevant å stille krav til dokumentasjon av tilsvarende type som for medisinsk behandling. Hvilke typer funksjonsforbedringer, i vid betydning, er viktigst?

I "*Det offentlige ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9 foreslår utvalget at for prioritetsgruppe I bør grensen gå ved tiltak som kan gjøre pasienten mest mulig selvhjulpent med hensyn til alminnelige, daglige gjøremål, eller som kan kompensere for manglende evne til å utføre disse. Tjenester ut over dette bør falle i prioritetsgruppe II. Det betyr ikke at det ikke skal gis et utfyllende tilbud ut over denne strenge definisjonen av grunnleggende behov, men at det offentlige har et særlig ansvar for å sikre at alle i prioritetsgruppe I får et adekvat tilbud.

Utvalget ønsker å peke på at medisinsk habilitering og rehabilitering kan forebygge ytterligere funksjonssvikt og behov for pleie og omsorg. I forhold til kriteriene for prioritetsgruppe I, vil det være en utfordring for faggruppene å tydeliggjøre og drøfte dette. En slik prosess vil kunne bidra til mer kunnskap i samfunnet om behovet for medisinsk rehabilitering.

11.4 HVORDAN KAN EN DEFINERE ET KJERNETILBUD (PRIORITETSGRUPPE I) FOR PLEIE OG OMSORG?

I "*Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingstrekk*" i kapittel 4 ble det vist at realveksten i utgiftene til helsemessige ytelser i perioden 1988-1995 var på 15 pst. Veksten i ytelser til pleie og omsorg i samme periode var på 11 pst. Mye av denne veksten skyldes at det har vært kostnadskrevenne å flytte ansvaret for psykisk utviklingshemmede fra fylkene til kommunene. Utvalget har i andre kapitler gitt uttrykk for at pleie og omsorg bør gis høyere prioritet enn i den perioden som er undersøkt. I den forbindelse er det viktig å klargjøre hvilke pasienter det offentlige bør ha et særlig ansvar for, og å kunne definere et eventuelt kjernetilbud med høyt prioriterte tjenester.

En svært sentral prioriteringsproblematikk i kommunehelsetjenesten i dag er prioriteringen mellom sterkt hjelpetrengende brukere innen pleie- og omsorgstjenesten. For personer som har behov for pleie, omsorg og rehabilitering finnes det tilstander som helt klart kvalifiserer for omfattende offentlige tiltak som institusjonsplass, personlig hjelp og hjelpemidler. Det synes å være bred enighet i samfunnet om at personer som ikke kan klare å utføre dagliglivets grunnleggende funksjoner, bør få den hjelpen de trenger. Det er imidlertid ikke lett å gi klare definisjoner for hvem som bør ha tiltak som langvarig pleie, omsorg og rehabilitering.

Under drøftingen i "*Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen*" i kapittel 8 om prinsipper og kriterier for ressursfordeling i helsetjenesten, ble det påpekt at tilstandens alvorlighetsgrad ikke bør være det overordnede kriterium ved rangering av behandlingstiltak. Utvalget formulerer bruken av alvorlighetskriteriet slik: Hensynet til de dårligst stilte, med alvorlig nedsatt funksjonstilstand, innebærer ikke at behandlingstiltak uten tilstrekkelig effekt skal ha høy prioritet, men at alle skal gis grunnleggende pleie og omsorg uansett om andre handlingsvalg faller bort.

Tilsyn, stell og omsorg har betydning og nytte for personer med store pleiebehov. Det er derfor ingen grunn til å stille strenge krav til dokumentasjon o.l. for slike grunnleggende tjenester.

Grunnleggende behov

For å utforme en anvendelig og akseptabel definisjon av grunnleggende behov, kan det bygges videre på to kilder, «Rundskriv om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene» fra 1997 (boks 11.1) og NOU 1987: 23 Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste.

Definisjonen av grunnleggende behov, jf. boks 11.1, burde kunne danne et godt utgangspunkt for å gi begrepet grunnleggende helsetjeneste et innhold når det gjelder rehabilitering, pleie og omsorg. Punktene om undersøkelse og behandling inngår ikke i utvalgets definisjon her, fordi disse er utformet i eget punkt i "*Det offentliges ansvar: Prioritetsgrupper og ressursrammer*" i kapittel 9.

Det andre utgangspunktet kan være de målformuleringer for pleie som ble foreslått i NOU 1987: 23:

Pleie: Enhver som ikke makter å sørge for et tilstrekkelig næringsinntak, som ikke makter å ivareta naturlige funksjoner, hygiene eller påkledning og som har

Boks 11.1 Forskrift og retningslinjer om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 27. februar 1997 i medhold av lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-9.

Her heter det bl.a. at kommunen skal: «utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve trygghet, forutsigbarhet og respekt i forhold til tjenestetilbudet
- mulighet til selv å ivareta sin egenomsorg
- grunnleggende fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- følge en normal døgnrytme og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv
- mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser»

sterkt redusert bevegelighet, mulighet for ytre stimulering eller sosiale kontakter, bør få hjelp som kan sikre disse livsfunksjoner.

Pleie og omsorg

Når det gjelder hvem som har grunnleggende behov for pleie og omsorg, er stikkordene «selv make å sørge for» og «sikre livsfunksjoner» sentrale. Livsfunksjoner defineres som tilstrekkelig næringsinntak, naturlige funksjoner, hygiene, påkledning, bevegelighet, ytre stimulering og sosiale kontakter. I NOU 1987: 23 oppstilles vilkår for å få pleie som at personen hverken makter å spise eller stelle seg, og i tillegg har sterkt redusert bevegelighet eller mangler sosialt nettverk. Hjelpen skal være så omfattende at livsfunksjonene sikres.

Definisjonen av grunnleggende helsetjenester, jf. boks 9.1, er utformet på grunnlag av denne målformuleringen. De pasienter som ikke selv kan sikre livsfunksjonene, skal ha høy prioritet. Utfordringen for faggruppene blir å utforme anvendelige og aksepterte tildelingskriterier for pleie og omsorg på dette grunnlag.

11.5 DE SVAKE PASIENTGRUPPENE: HVA KAN GJØRES?

To pasientgrupper skal her drøftes særskilt. Det gjelder pasienter med kroniske, sammensatte plager, og pasienter med psykiske lidelser.

11.5.1 Særskilte tiltak for pasienter med kroniske, sammensatte tilstander

Utvalget finner det riktig å påpeke at den offentlige helsetjenesten har et særlig ansvar for de kronisk syke. Det er viktig å være klar over at «kronisk lidelse» betegner alle grader av sykdom, fra lette plager til fullstendig invalidiserende eller dødelige tilstander. Det er altså ikke slik at pasienter med kroniske tilstander alltid skal ha

høy prioritet. Hvilket medisinsk tilbud de skal ha, må avgjøres etter en samlet vurdering av tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets forventede nytte og tiltakets kostnadseffektivitet. Utvalget mener at hensynet til kronisk syke ikke blir godt nok ivaretatt i dag, til tross for at pasienter med kroniske tilstander kan «score høyt» på ovennevnte prioriteringskriterier.

Pasienter med kroniske eller sammensatte lidelser føler seg ofte som en lavt prioritert gruppe i dagens system. Dette kan skyldes medisinenes manglende mulighet til å hjelpe. Informasjon og respekt er derfor viktig å gi, slik at pasienten føler seg ivaretatt. Utvalget mener at det bør iverksettes særlige tiltak for å sikre at pasienter med kroniske tilstander får behandling som er dokumentert effektiv, og at de blir ivaretatt på en best mulig måte, selv om behandling med målbar virkning ikke er tilgjengelig.

Tiltak for kroniske pasienter med sammensatt sykdomsbilde må koordineres bedre. Ofte vil mange forskjellige instanser ha ansvar for disse pasientene når det gjelder diagnostikk, utredning, behandling eller rehabilitering. Det må være et mål at slike tiltak koordineres best mulig. Til behandlende lege bør det stilles krav om at det utformes en mest mulig helhetlig *handlingsplan* for hva som skal skje med den enkelte pasient. Pasienten bør informeres om hvilke diagnostiske tiltak som er aktuelle, hvilke konsekvenser det kan få og hvor vedkommende kan henvende seg hvis det oppstår problemer.

Det er viktig at pasienten, så langt det er mulig, gis realistisk informasjon om hva helsetjenesten kan tilby. Pasienten bør også få informasjon om pasient- og støtteleforeninger som kan gi utfyllende hjelp.

For å hjelpe legen med utvikling av individuelle behandlingsplaner, bør kompetente fagmiljøer bidra til å utforme standardiserte utrednings- og behandlingsprogrammer. Det kan også være en hjelp for pasienten, selv i de tilfeller der medisinen ikke har mer å tilby, at vedkommende regelmessig innkalles til samtale om situasjonen, slik at eventuelt nye symptomer eller problemer kan fanges opp. Trolig vil mange kronikere se det som ønskelig at det ikke bare er opp til pasienten å sørge for at nødvendig kontakt blir opprettholdt.

Forsterket forskningsinnsats på dette området kan også være viktig, både med tanke på å bedre diagnostikk og behandling og for å styrke de fagområder som dette gjelder.

11.5.2 Mulige tiltak for psykiatriske helsetjenester

Psykisk helsevern og psykiatrisk behandling står på mange måter i en særstilling innen helsetjenesten. Å ta vare på og hjelpe mennesker i denne gruppen er en av de vanskeligste oppgaver fellesskapet påtar seg. Vanskelighetene med å etablere en ventetidsgaranti også for psykiatrien viser svært tydelig at utfordringene ikke er de samme her som f.eks. innen kirurgien. Psykiatrien er bygd opp rundt langsiktige prosesser både når det gjelder behandling og spesialisert omsorg. Det er ikke mulig, slik det er innenfor de fleste andre medisinske felt, å fremstille virksomheten og dens betydning i form av enkle og klare produksjonsmål. Å iverksette generelle kortsiktige tiltak for å bedre psykiatriens stilling, og å forbedre prioriteringsprosesser innen psykiatrien, kan derfor lett føre til utilsiktede virkninger.

Utvalget mener det omgående må tas et skikkelig løft for psykiatriske pasienter, slik at en kan realisere den ønskede opp-prioritering av tilbudet innen psykiatrien. Utvalget viser for øvrig til Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Utvalget har drøftet enkelte konkrete tiltak for å løfte tilbudet til psykiatriske pasienter. Utvalgets sammensetning har imidlertid ikke vært slik at det er mulig å bedømme i detalj hvilke kon-

sekvenser ulike tiltak vil ha. Forslagene som gjengis nedenfor, bør således betraktes som tentative.

Utvalget vil vise til mulige virkemidler for å styrke både barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Innledningsvis vil utvalget understreke behovet for at disse tjenestene knyttes tettere sammen faglig og organisatorisk, enn hva som synes å være tilfelle i dag. Det må f.eks. anses som svært uhensiktsmessig at det ikke finnes en sammenhengende behandlingsskjede for ungdom som trenger psykiatrisk hjelp for alvorlige lidelser, for eksempel schizofreni, såvel før som etter 18-års alder.

Utbygging av barne- og ungdomspsykiatriske tjenester

Barne- og ungdomspsykiatrien bør utbygges til å nå en tilfredsstillende dekningsgrad for barne- og ungdomsbefolkningen under 18 år. Det bør igangsettes en systematisk gjennomgang av barne- og ungdomspsykiatrien med henblikk på om mål, midler og organisasjonsform er i samsvar med hverandre.

Flere psykiatriske sykehusplasser

Opprettelse av psykiatriske institusjoner med sykehuskarakter for barn og ungdom i hvert fylke bør vurderes. Disse bør ha nært samarbeid med den sentrale (eller regionale) barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk.

Ut fra undersøkelser referert i "*Fordeling av helsetjenester: Noen utviklingsstrekk*" i kapittel 4, synes det som om de aller mest akutt syke voksne pasientene stort sett blir tatt hånd om i akuttavdelingene, men at det mange steder er vanskelig å få plass for alvorlig sinnslidende, men ikke øyeblikkelig hjelp-trengende pasienter. Det gjelder både pasienter som må innlegges med tvang, og pasienter som søker frivillig innleggelse. I mange fylker er det mangel på intermediær- og langtidsinstitusjonsplasser, og særlig på skjermede plasser.

Tiltak for å sikre riktig omsorgsnivå

Den kommunale helse- og sosialtjenesten, som er ansvarlig for psykiatriske pasienter som ikke er under spesialisthelsetjenestens omsorg, bør få styrket sine muligheter til å gi adekvat hjelp i form av for eksempel psykiatrisk sykepleie og botilbud med forskjellige typer omsorgstjenester. Særlige tiltak for å rekruttere flere sykepleiere til psykiatrisk spesialisering bør fortsette. Det vil også være viktig å ruste opp tjenestetilbudet i kommunene, både kvantitativt og kvalitativt. Dette gjelder ikke minst dagtilbud og tilbud om støttekontakter som kan gi denne gruppen et mer innholdsfylt liv.

Utvalget vil også fremheve behovet for organisert samarbeid mellom allmenn- og spesialisthelsetjenesten på dette området.

Tiltak for å øke rettsikkerheten for psykiatriske pasienter

Utdanning av såvel kontrollkommisjonsmedlemmer som psykiatriske avdelingsoverleger burde gjøres mer systematisk, slik at alle til enhver tid har det nødvendige kjennskap til regelverket.

Tiltak for bedre utnyttelse av psykiaternes kompetanse

Psykiatere tilknyttet psykiatriske sykehus bruker i stor utstrekning tid på annet enn pasientarbeid. Fordi det overveiende flertall av inneliggende psykiatriske pasienter er innlagt under tvang, er mengden «papirarbeid» mange ganger større enn i somatiske sykehus. Vedtak om observasjon, innleggelse, bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling, samt alle klagesaker for kontrollkommisjonene, krever skriftlig saksbehandling. Dette kommer i tillegg til vanlig journalarbeid. Et mulig tiltak for å bedre utnyttelsen av psykiaternes kompetanse ville være at hver psykiatriske sykehusoverlege får egen sekretær, og at sekretærhjelp for assistentlegene utvides. Det er mangel på barnepsykiatere, og følgende virkemidler for å styrke rekruttering til faget bør vurderes:

- Årsaker til frafall av kandidater under spesialistutdanning, og av ferdige spesialister må undersøkes systematisk
- Opprettelse av hospitantplasser med statlig lønnsdekning ved sykehusenes barneavdelinger, øremerket for barnepsykiateres sideutdannelse

Etablering av kompetansesentre

Regionale kompetansesentre, i tilknytning til universitetene, kan være en drivkraft i forhold til fagutvikling og kompetanseoppbygging, jf. Steinfeldt Foss-utvalgets innstilling (Helsetilsynets utredningsserie 4-95). Kompetansesentrenes oppgave bør være forskning og utdanning av studenter og helsepersonell i regionen, samt å lage en langtidsplan for regionens voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske helsetjeneste. Hvert fagområde bør dekkes av flere høyt kvalifiserte leger og psykologer. Sentrene må ha nødvendig servicepersonell, og en fast plan for samarbeid med såvel universitetsmiljøene som de øvrige kompetansesentrene.

11.6 OPPSUMMERING

Dette kapitlet har tatt for seg noen direkte utfordringer for det videre prioriteringsarbeid i forbindelse med det forebyggende helsearbeid i kommunehelsetjenesten. Utvalget har også drøftet hvordan et kjernetilbud innen pleie og omsorg, og habilitering og rehabilitering for pasienter i prioritetsgruppe I kan defineres, samt pekt på mulige tiltak for pasienter med kroniske lidelser. Psykiatrien er et område hvor utvalget anser det nødvendig med strakstiltak for å realisere en nødvendig oppprioritering. Avslutningsvis har derfor utvalget trukket opp en tentativ skisse til mulige tiltak innen psykiatrien. Hensikten har ikke først og fremst vært å gi enkle svar på disse vanskelige prioriteringsspørsmålene, men å gi direkte innspill og ideer til hva som umiddelbart kan gjøres for personer med lidelser som det offentlige, etter utvalgets mening, har et særlig ansvar for.

KAPITTEL12

Administrative og økonomiske konsekvenser

Prioritering må ses i nær sammenheng med å få en effektiv utnyttelse av helsevesenets ressurser. For å få til en best mulig prioritering, har utvalget foreslått at prioriteringer i det norske helsevesen må skje med utgangspunkt i kriteriene *tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet*. Retningslinjer for prioritering på klinisk nivå må ta utgangspunkt i disse overordnede kriteriene. For å få dette til, har utvalget foreslått flere tiltak som er gjengitt under utvalgets hovedanbefalinger i "*Sammendrag og hovedkonklusjoner*" i kapittel 2 og 9. Det har ikke vært mulig å foreta detaljerte analyser av de administrative og økonomiske konsekvensene av forslagene. Utvalget vil imidlertid trekke frem følgende momenter.

12.1 ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

1. Utvalget har anbefalt at det opprettes *permanente faggrupper* innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien, medisinsk rehabilitering, pleie og omsorg i kommunene og ortopedi, som skal ha til oppgave å oversette hva de overordnede prioriteringskriteriene skal innebære i medisinsk praksis, og hvordan kriteriene skal dokumenteres i den kliniske hverdag. Opprettelsen av faggruppene bør skje i regi av Statens helsetilsyn. Tentativt antas det at faggruppene bør ha maksimalt 8 medlemmer, som engasjeres med 5-20 pst av sin stillingsbrøk etter behov. I tillegg må det påregnes en halvtids sekretærstilling for å assistere den enkelte faggruppe.

2. Utvalget har anbefalt at det opprettes et *permanent prioriteringsutvalg* som bl.a. skal bidra til å få best mulig konsistens i det arbeid de enkelte faggruppene gjør, og sikre at prioriteringene skjer ut fra mest mulig lik oppfatning av begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet. En antar at den optimale størrelsen for et slikt utvalg er mellom 5 og 8 medlemmer, som hver bruker mellom 10 og 50 pst (leder) av sin stillingsbrøk til arbeid i utvalget.

3. Utvalget har gitt råd om hvordan utprøvende behandling skal organiseres. Staten bør finansiere, evaluere og godkjenne utprøvende behandlingsopplegg som foregår i Norge eller som gjennomføres i samarbeid med andre land. Resultatene bør evalueres gjennom et formalisert system for medisinsk teknologieuvaluering. Det forutsettes at utprøvende behandling foregår etter godkjent behandlingsprotokoll, og at den gjennomføres på regionssykehusnivå. Ansvar for finansiering må fastlegges mellom helsetjenesten, universitet og forskningsråd.

4. Utvalget foreslår at det etableres bedre rutiner og systemer for å fremskaffe servicemål i helsevesenet. Det forutsettes en nærmere analyse av hvorvidt en skal satse på allerede eksisterende styrings- og informasjonssystemer, eller om en bør etablere helt nye systemer.

5. Utvalget mener det kan være grunnlag for en gjennomgang av takst- og refusjonssystemer for allmennlegetjenesten, fysioterapitjenesten, spesialisthelsetjenesten og poliklinikker. Arbeidet bør trolig forankres i Sosial- og helsedepartementet, i tillegg til at det kan være nødvendig å få foretatt nærmere evalueringer fra eksterne utredningsmiljøer.

6. Utvalget vil støtte bruken av graderte egenbetalinger der dette finnes hensiktsmessig på grunnlag av analyser foretatt av faggruppene og helsemyndighetene. Utvalget anser bruk av egenbetaling for aktuelt på eventuelle nye områder som bør ha lav prioritet i henhold til de kriterier utvalget foreslår for prioritering.

12.2 ØKONOMISKE KONSEKVENSER

1. Under forutsetning av at det i første omgang etableres 5 faggrupper for prioritering i klinisk praksis, er det behov for ressurser til å avlønne fagpersonell svarende til ca. 1,5 årsverk pr. faggruppe. Dette innebærer samlede kostnader på mellom 2 og 3 millioner kroner.

2. Det permanente prioriteringsutvalget forutsettes bemannet med maksimalt 8 medlemmer, hvorav lederen har den største stillingsbrøken med 50 pst. I tillegg forutsettes 1 hel sekretærstilling. I sum antas utvalgets øvrige medlemmer å arbeide om lag 1 helt årsverk. En antar at personalkostnadene for et permanent prioriteringsutvalg vil kunne beløpe seg til om lag 1 million kroner i året. I tillegg kommer driftsomkostninger.

3. Kostnadene til utprøvende behandling avhenger av hvor stort omfang denne virksomheten vil få. Beløpene må fastsettes gjennom tildelinger via offentlige budsjetter.

4. Eventuell etablering av nye systemer for å få frem bedre servicemål i helsetjenesten vil medføre utgifter til bl.a. metodeutvikling, systemutvikling og personalkostnader. Det er nødvendig å foreta en nærmere behovsanalyse for å fastlegge mer presist hvor store investeringer det eventuelt vil være behov for. I den anledning vil utvalget peke på utredningen om «Et helhetlig system for nyttevurdering av medisinsk praksis. Organisering av medisinsk teknologivurdering i Norge» (rapport til Sosial- og helsedepartementet, avgitt 28. juni 1996), hvor disse spørsmålene har vært nærmere behandlet.

5. Hvorvidt en gjennomgang av takst- og refusjonssystemer for allmennlegetjenesten, fysioterapitjenesten, spesialisthelsetjenesten og poliklinikker kan føre til innsparinger, er usikkert. Utvalget vil peke på at en reduksjon i statlige refusjoner og øremerkede tilskudd på 2 pst vil kunne medføre reduserte offentlige utgifter på om lag 60 millioner kroner. Målet for en slik gjennomgang bør først og fremst være å få til en omfordeling av midler mot høyt prioriterte områder.

6. Bruk av graderte egenandeler kan med de forslag utvalget har lagt frem, ikke forventes å bli en viktig inntektskilde for det offentlige. Budsjettvirkningen må komme gjennom mer effektiv ressursbruk i helsesektoren. Den viktigste begrunnelsen for bruk av egenbetaling ligger i effektivitetshensynet. Egenbetaling kan bidra til at behov for behandling som er lavt prioritert av brukeren selv, ikke blir meldt på i kampen om knappe ressurser.

Vedlegg 1

Brev til helseminister Gudmund Hernes av 20. desember 1996 om prioritering og ventelistepasienter

Dette brevet gir Prioriteringsutvalgets anbefaling vedrørende den foreslåtte ordningen med 3 måneders behandlingsgaranti for pasienter på venteliste.

1 HVORFOR ET EGET BREV FØR INNSTILLINGEN ER FERDIG?

Regjeringens utvalg for å utrede prinsipper og nye retningslinjer for prioriteringer i helsetjenesten er i sitt mandat bedt om å utarbeide:

«retningslinjer for prioriteringer i helsevesenet som en videreføring av prioriteringsutvalgets innstilling, NOU 1987: 23 «Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste». De nye retningslinjene må utformes slik at de blir et egnet hjelpemiddel for løsning av konkrete prioriteringsspørsmål og at de kan utgjøre et hensiktsmessig grunnlag for ordningen med ventetidsgaranti ...»

Da utvalget ble oppnevnt, var det forutsatt at arbeidet skulle fullføres innen årets utgang. Mandatet er imidlertid så omfattende at utvalget senere ba om utsettelse med levering til 1.04.97.

Av hensyn til Helseministerens ønske om raskt å få utarbeidet nye retningslinjer for praktisering av den nåværende ventelisteforskriften (forskr. om ventelisteregistre og prioritering av pasienter, 25.7.1990), besvarer Prioriteringsutvalget denne delen av sitt mandat i eget brev. En mer prinsipiell vurdering av bruk av ventetid som prioriteringsredskap, og forslag til virkemidler som kan bidra til en rimelig fordeling av helsetjenester på lengre sikt, kommer i utvalgets endelige innstilling.

Prioriteringsutvalget understreker at dets mandat omfatter prioriteringer i *helse* helsetjenesten. De pasientene som omfattes av en ny 3 måneders behandlingsgaranti for spesialiserte helsetjenester, utgjør en liten del av alle pasienter som behøver helsetjenester. Utvalget advarer derfor mot en for sterk oppmerksomhet på ventelisteproblematikken.

2 UTVALGETS SYN PÅ DEN NÅVÆRENDE ORDNING

Ventelisteforskriftens formål er todelt: Dels å gi pasienter som trenger undersøkelse og behandling et mest mulig likeverdig tilbud samt en rettferdig fordeling av tilbudet, dels å tilstrebe at pasienter får behandling i tråd med de nasjonale prioriteringer for helsetjenesten, og at det skjer en geografisk utjevning av ventetider via utnyttelse av ledig kapasitet på landsbasis, forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter (25.7.1990).

Det er alminnelig enighet om betydningen av god og enhetlig registrering. Utvalget regner med at innføringen av Ventsys-95 vil bidra til å få i stand et tilfredsstillende system.

Erfaringer har vist at forskriftens bestemmelser om sortering av pasienter til ventelister med og uten garanti ikke har vært enkle å praktisere. I den perioden ventelisteforskriften har virket, har antallet pasienter som behandles ved landets sykehus økt betydelig. Likevel har ventelistene ikke blitt redusert som ønsket. Det er naturlig at pasienter, befolkningen, media og Stortinget finner dette utilfredsstillende.

Den tiltakende konsentrasjon om ventelister og ventetid rommer en fare for at ressurser styres mot det som kan kvantifiseres. Grunnlaget for en fordeling av ressursene er da ikke lenger helhetlige verdivalg og holdninger, men mer teknisk-administrative tilnærminger hvor høye tall (køer) fører til høyere prioritet for et behandlingstilbud.

Et eksempel på dette er forholdet mellom ressurstilgangen til psykiatri og somatiske tjenester. Psykiatrien har ikke registrert antall pasienter i kø. Selv om det er allmenn enighet om at feltet skal prioriteres, er økningen i ressurstilgangen liten sammenlignet med det som går til somatiske sykehus. Andre eksempler på områder som er blitt utilsiktede tapere i dette systemet, er medisinsk (re)habilitering, pleie og omsorg.

Prioriteringsutvalget antar at prioriteringsproblemene på lengre sikt vil måtte angripes på andre måter enn ved hjelp av tidsfrister knyttet til køordninger.

Når Stortinget nå har vedtatt å justere ventelisteforskriftens regler om øvre tidsgrenser for ventetid, er det likevel behov for tiltak som kan fremme en mer enhetlig praktisering av bruken av prioriterte ventelister.

3 STORTINGETS VEDTAK OM VENTETIDSGARANTI

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 50 (1993-94) «Samarbeid og styring» å be Regjeringen legge frem forslag om at ventetidsgarantien blir 3 måneder for de som i dag omfattes av ordningen, og at ventetidsgarantien på 6 måneder utvides til å gjelde for de fleste pasienter i gruppe III (jf. ventelisteforskriftens prioriteringsgrupper, basert på NOU 1987: 23).

Regjeringen fremmet i St.meld. nr. 44 (1995-96) forslag om å innføre en vurderingsgaranti på 30 virkedager, og en behandlingsgaranti med maksimalt 3 måneders ventetid for pasienter med alvorlig sykdom.

I Innst. S. nr. 27 (1996-97) til St.meld. nr. 44 (1995-96) foreslår Sosialkomiteen:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en fremdriftsplan for når og hvordan Stortingets vedtak om forbedret ventetidsgaranti kan iverksettes fullt ut med hensyn til økonomi og personell slik at de fleste pasienter i gruppe III får 6 måneders garanti.»

Utvalget tolker Stortingets vedtak om ventetidsgaranti med to frister, på henholdsvis 3 og 6 måneder, slik at rammene for hvem som får garanti på seks måneder skal utvides i forhold til i dag og at 3-månedersgarantien skal gjelde fra 1. juli 1997. Det medfører ingen endringer for de pasienter som i dag faller inn under 6-månedersgarantien, men som ikke vil falle inn under 3-månedersgarantien. Den utvidede 6-månedersgarantien skal tre i kraft på et senere tidspunkt.

Det er interessant å merke seg at terminologien på dette området har endret seg siden innføringen av «ventelistegarantien» i 1990. Både St.meld. nr. 44 (1995-96) og sosialkomiteens innstilling bruker begrepene vurderingsgaranti og behandlingsgaranti. Utvalget finner forslaget om en vurderingsgaranti interessant. Dersom en slik vurderingsgaranti kan virkeliggjøres i praksis, kan den bidra til å redusere unødig usikkerhet og skape bedre pasientflyt. Utvalget finner begrepet behandlingsgaranti mer sakssvarende enn begrepet ventetidsgaranti. Om «garanti» er et hensiktsmessig begrep i denne sammenheng, er utvalget mer tvilende til.

4 BEGREPENE «GARANTI» OG «RETT TIL»

Utvalget mener det er behov for å komme frem til en mer entydig begrepsbruk som svarer til den allmenne forståelse av begrepene innhold. Utvalget minner om at den

grunnleggende bestemmelse i norsk helselovgivning er at all medisinsk behandling skal utføres forsvarlig. Det innebærer at ventelisteforskriftens tidsgrenser er *ytergrenser*, som det i mange tilfelle vil være uforsvarlig å basere seg på. Det er en forutsetning at alle pasienter som har krav på hjelp fra helsetjenesten, får slik hjelp innenfor den tidsfrist som er medisinsk forsvarlig. Pasientene skal plasseres i riktig kø, og tiden som det er akseptabelt å stå i kø, bestemmes i det enkelte tilfelle av medisinske forhold.

Det påligger offentlig myndighet å dimensjonere og samordne helsetjenesten slik at alle får den nødvendig helsehjelp de etter lovgivningen kan forvente. Det gjelder også tjenester fra sykehus og poliklinikker. Det er imidlertid ikke klart hvilke helsetjenester som er «nødvendige» i juridisk forstand. Ventelisteforskriftens prioriteringssystem gjør det mulig å nekte pasienter medisinske tiltak under henvisning til budsjettmessige forhold. Det er et uløst spenningsforhold mellom helsetjenestelovgivningen og prioriteringsreglene hvis «nødvendige helsetjenester» omfatter pasienter som plasseres i prioriteringsgruppe III eller IV (etter prioritetsgruppene gitt i NOU 1987: 23), mens kapasitets- og budsjettmessige forhold fører til at disse ikke får tjenestene.

Bruken av ordet «garanti» er derfor, i forhold til 3 og 6 måneders ventetid, lite klargjørende, all den tid det er usikkert hva garantien omfatter. Tiltak som kan gi rett til behandling garantis innhold, vil bli presentert i den endelige innstilling. Hvis dette ikke anses mulig eller hensiktsmessig, det vil si at garantien kun gjelder dersom kapasitets- og budsjettmessige forhold tillater det, bør ordet «garanti» skiftes ut med et mer dekkende begrep.

5 UTVALGETS ANBEFALING

Når det nå skal innføres en 3-måneders behandlingsgaranti, krever det en ny definisjon av hvilke tilstander og behandlingsformer som bør omfattes av garantien, og det kreves nye medisinske retningslinjer for hvilke pasienter med de aktuelle tilstander som bør ha garanti. Innføring av en 3-måneders behandlingsgaranti for en del pasienter som tidligere hadde 6-månedersgaranti, medfører at gjeldende veileder må revideres. Ventetiden regnes fra det tidspunkt søknaden er ottatt av sykehuset. Fra pasientens synspunkt burde ventetid regnes fra det tidspunkt han eller hun henvender seg til lege første gang (dersom diagnose og valg av behandling er avklart). Et enhetlig, håndterbart system forutsetter imidlertid at sykehusene som er pliktige til å yte hjelpen, også fører ventelisten, jf. også St.meld. nr. 44 (1995-96).

Utvalget foreslår en ny definisjon av hvilke grupper som skal ha 3-månedersgaranti og anbefaler en strukturert prosess for revisjon av gjeldende veileder. Denne prosessen skal bidra til at alle berørte parter (beslutningstakere og pasienter)

- deltar i utformingen av veilederen
- oppfatter veilederen som velbegrunnet
- aksepterer veilederen
- oppfatter og anvender veilederen likt

En slik prosedyre kan legge det nødvendige grunnlag for en mer ensartet praksis enn det som er tilfellet i dag.

5.1 En åpen prioriteringsprosess

Prioriteringsutvalget mener at en åpnere prosess med bred deltakelse kan skape den nødvendige forståelse og aksept for de grenser som trekkes. Derfor må helsetjenestens brukere, fagfolk og andre beslutningstakere ta del i prosessen. Utvalget vil sær-

lig understreke betydningen av å ta med brukerne av helsetjenester i høringsprosessen. Berørte pasientforeninger er ett eksempel. Man kunne også bruke et tilfeldig utvalg av tidligere ventelistepasienter som høringsinstans. Hensikten er å få en vurdering av terskelen for å få garanti fra dem som har hatt erfaring med de aktuelle tilstandene.

Helsepersonellet som skal bruke systemet, bør i sterkere grad enn tidligere trekkes med i utformingen av de medisinske retningslinjene.

5.2 Hvem bør ha behandling innen 3 måneder?

Pasientgrupper som skal ha maksimalt 3 måneders ventetid på behandling er de som fyller alle de følgende vilkår:

I. Pasientene er ikke øyeblikkelig hjelp-trengende

II. og tilstanden er så alvorlig at utsatt behandling eller rehabilitering har svært alvorlige konsekvenser for pasientenes

- fysiske funksjonsnivå
- psykiske funksjonsnivå
- forventede livslengde
- smerter

III. og det finnes behandling som er dokumentert effektiv

IV. og hvor forventede resultater står i et akseptabelt forhold til kostnadene

Terskelen for hva som er svært alvorlige konsekvenser for pasientens fysiske eller psykiske funksjonsnivå, er varig og sterkt nedsatt evne til å utføre de gjøremål pasienten vanligvis utfører i sin hverdag (yrkesaktivitet, skolegang, husarbeid osv.)

Terskelen for når smerter og fysisk ubehag skal medføre tiltak, går der pasientens evne til å utføre arbeid og dagliglivets alminnelige aktiviteter (påkledning, hygiene, søvn, matlaging osv.) er sterkt og varig nedsatt.

Med varig menes at tilstanden ikke kan forventes å bli bedre uten tiltak som nevnt i pkt. II.

5.3 En prosess for revisjon av eksisterende veileder

Utvalget anbefaler følgende fremgangsmåte for å gi definisjonen et presist innhold for hvert fagområde.

Definisjonens pkt. I-III

1. Representanter for hvert fagområde får i oppdrag å revidere gjeldende veileder ut fra den foreslåtte definisjon, medisinsk kunnskap, dokumentasjon og skjønn. Hver gruppe bør bestå av toneangivende fagfolk fra fylkessykehus, sentralsykehus, regionsykehus, samt allmennhelsetjenesten. Veilederen skal så presist som mulig angi terskelen for hvem som på faglig grunnlag bør ha behandling innen 3 måneder. Kriteriene må presenteres på en måte som gjør det mulig for personer uten spesielle medisinske fagkunnskaper å forstå dem.

For de fagområder som ikke har fremmet forslag innen fristen, skal Statens Helsetilsyn foreta revisjonen. Forslagene for hver enkelt faggruppe skal inneholde en vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser.

2. Listen for hvert fagområde gjøres til gjenstand for en strukturert høringsprosess ved å sendes til alle berørte parter. Høringsprosessen kan struktureres rundt to spørsmål:

- Er de riktige tilstandene tatt med i veilederen?
- Er terskelen for hvilke pasienter som omfattes av garantien akseptabel?

3. Etter høringsrunden får Helsetilsynet i oppdrag å samordne listene fra hvert fagområde. For det første bør det sørges for at pasientgrupper som ikke klart faller inn under noe spesialistområde, også blir vurdert. For det andre må grensene som trekkes innen de forskjellige fagområder sammenlignes og balanseres. Det er viktig at kriteriene for å plassere pasienter i riktig kø blir oppfattet og praktisert med størst mulig grad av likhet. Det gjelder både på tvers av geografiske og diagnostiske skillelinjer. *Terskelen* for å komme på prioritert venteliste bør bli så lik som mulig.

Definisjonens pkt. IV

4. En rådgivende gruppe bør vurdere Helsetilsynets anbefaling ut fra helseøkonomiske og overordnede helsepolitiske hensyn. En slik verdivurdering forutsetter et system for medisinsk teknologivurdering i vid forstand. Utvalget er kjent med at vi i Norge i dag ikke har et slikt system på plass, men forutsetter at dette må komme. Den rådgivende gruppen gir sitt råd til Helsedepartementet, som utformer den endelige veileder og iverksetter garantien. Listen over hvem som får garanti, bør bekjentgjøres for befolkningen, pasienter, pasientforeninger, helsepersonell, samt administrative og politiske beslutningstakere.

5. Helsetilsynet bør revidere gjeldende veileder etter erfaringer med praktisering av ordningen, og dersom tilgjengelig dokumentasjon om behandlingsresultater endres.

5.4 Behovet for å sikre at bestemte pasientgrupper blir prioritert

Prioriteringsutvalget understreker igjen at dets mandat omfatter prioriteringer i hele helsetjenesten. Interessen knyttet til pasienter på venteliste tar lett oppmerksomheten fra andre, og i noen tilfeller, viktigere oppgaver. Med et system med presise kriterier og komplette lister over lidelser med behandlingsgaranti, er det stor risiko for at de best definerte og organiserte fagfeltene (spesielt de somatiske lidelser med høy «status») igjen kommer best ut, og kanskje nok en gang sikrer seg brorparten av de beste fagfolkene og øvrige ressurser. Særlig utsatte grupper er psykiatriske pasienter, narkomane, voldsofre, etc. Den endelige innstilling vil presentere forslag til hvordan de «svake» grupperes kår kan bedres, såvel absolutt som relativt til bedrestilte grupper.

Utvalget mener derfor at ordningen med ventetidsgaranti som virkemiddel for prioritering, burde ha vært underkastet en grundig evaluering før nye retningslinjer ble utarbeidet. Etter utvalgets oppfatning er det uheldig at de nye retningslinjene nå forutsettes å passe inn i et system som kanskje ikke er hensiktsmessig på lengre sikt.

6 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

Utvalget går ut fra at en stram formulering av hvem som skal komme på venteliste med 3 måneders garanti, ikke vil føre til store endringer i antall pasienter som blir behandlet innenfor dette tidsrom. De økonomiske konsekvenser i direkte tilknytning til pasientbehandlingen blir derfor etter alt å dømme beskjedne.

Utvalget antar derimot at innføring av en ny 3-månedersgaranti vil medføre betydelig økt administrativt arbeid, i form av mer skrivarbeid og tettere oppfølging av ventelistene. Dette administrative merarbeid må ikke skje på bekostning av de ressurser som brukes på pasientene. Det vil innebære opprettelse av nye stillingshjemler til helsetjenesten, og en opprustning av kontorsiden i sykehusene, både hva personale og utstyr gjelder. Dette er forøvrig i samsvar med uttalelser i St.meld. nr. 44 (1995-96) og Innst. S. nr. 29 (1996-97), og med ønsker som kommer fra sykehusesene selv.

Med vennlig hilsen,

for Prioriteringsutvalget
Inge Lønning

Vedlegg 2

Forslag til brev til faggruppene

1 BAKGRUNN

Prioriteringsutvalget foreslår at det etableres representative faggrupper som skal gi anbefalinger om prioritering innen sitt fagfelt. Faggruppene arbeid er tenkt å inngå i en tre-trinnsprosess:

1. Faggruppene anbefaler klassifisering og sortering av tilstander og tiltak innen sitt fagfelt.
2. Politiske og administrative beslutningstakere treffer beslutning om ressurser og kapasitet for forskjellige grupper. Det vil si at de prioriterer mellom grupper ved å omprioritere ressurser (eller fordeler veksten i ressurstilgangen) på grunnlag av tilgjengelig informasjon, analyse, faglige anbefalinger om prioritering og helsepolitiske mål.
3. Faggruppene formulerer kliniske retningslinjer for valg av pasienter til riktig behandling.

Til støtte for trinn 2 i denne prosessen foreslår utvalget at det opprettes et samordnende, permanent prioriteringsutvalg. Deres viktigste oppgave blir å ta imot faggruppene anbefalinger, analysere dem, og gi råd til politiske beslutningstakere om dimensjonering av kapasitet.

2 PRIORITETSGRUPPER

Som en hjelp til klassifisering og rangering av tilstander og tiltak på klinisk nivå har, utvalget utformet veiledende definisjoner av fire prioritetsgrupper. Disse er ikke uttømmende, men er ment som illustrasjoner og referansepunkter for det mer presise arbeid som må gjøres av fagfolk med nærhet til pasientene og kunnskap om behandlingsresultater.

Prioritetsgruppe I: Grunnleggende helsetjenester

Vilkår A, B og C må være oppfylt

A) Tilstand (minst ett av følgende vilkår må være oppfylt):

1. Prognosetap: Risikoen for å dø som følge av sykdom i løpet av 5 år er større enn 5-10 prosent
2. Nedsatt fysisk eller psykisk funksjonstilstand (eller stor risiko for slik nedsettelse): varig og sterkt nedsatt evne til å utføre de gjøremål pasienten vanligvis utfører i sin hverdag (yrkesaktivitet, skolegang, husarbeid osv.) eller de gjøremål som det er naturlig at pasienter i denne aldersgruppen kan utføre
3. Invalidiserende smerter som ikke reduseres tilstrekkelig ved bruk av ikke-reseptbelagte smertestillende medikamenter. En indikator på sterke smerter kan være varig nedsatt evne til å utføre arbeid og dagliglivets alminnelige aktiviteter (påkledning, hygiene, søvn, matlaging osv.)

Med varig menes at tilstanden ikke kan forventes å bli bedre uten tiltak.

B) Forventet nytte (minst ett av følgende vilkår må være oppfylt)

1. Økningen i sannsynlighet for 5-års overlevelse er større enn 10 prosent (absolutt risikoreduksjon)
2. Forbedret fysisk eller psykisk funksjonstilstand: Hel eller delvis *gjenoppret-*

telse av tidligere helsetilstand

3. Reduksjon av smerter som fører til bedret funksjonsnivå
4. *Pleie og omsorg* som kan sikre tilstrekkelig næringsinntak, naturlige funksjoner, hygiene, påkledning og mulighet for ytre stimulering eller sosiale kontakter

C) Kostnader

Kostnadene bør stå i et rimelig forhold til tiltakets effekt

Vilkår B.4 gjelder kun for pleie og omsorg og kan ikke begrunne høy prioritet til behandling med mindre nytte enn angitt under punktene B.1-3.

Definisjonen er veiledende i den forstand at de enkelte fagfelt må omsette de grensene som er trukket til medisinsk-faglige kriterier for valg av pasienter til riktig tiltak. På bakgrunn av medisinsk kunnskap og skjønn må det utformes kriterier for prognosetap, funksjonstap og forventet nytte av tiltak.

Faggruppene skal ikke utforme diagnoselister, men beskrive alle aktuelle undergrupper av tilstander i forhold til funksjonsnivå og prognosetap. For eksempel:

- pasienter med behov for pleie *som ikke kan spise selv*
- Pasienter med hoftelddsartrose *med hvilesmerter eller smerter ved gange mer enn 500 m.*
- pasienter med koronarsykdom *med 2-karsykdom uten sentral LAD-stenose*

Prioritetsgruppe II er i det følgende definert negativt i forhold til gruppe I og III. Utvalget har særlig vært opptatt av å definere hvilke grupper som det offentlige bør ha et særlig ansvar for (gruppe I) og hvilke tilstander og tiltak det kan være legitimt å gi lav prioritet (gruppe III).

Prioritetsgruppe II: Utfyllende tjenester

Prioritetsgruppen vil inneholder diagnostiske tiltak, screening, utredning, behandling, habilitering og rehabilitering og pleie og omsorg som ikke er omfattet av prioritetsgruppe I og III.

Som hovedregel bør det foreligge kjent risiko for sykdomsutvikling eller manifest sykdom med betydelig prognosetap med hensyn på overlevelse og funksjonsnivå, betydningsfull forventet nytte av tiltaket. Nyten må dessuten stå i et akseptabelt forhold til kostnadene.

Prioritetsgruppe III: Lavt prioriterte tjenester

Det kan gis lav prioritet til:

- tilstander som pasienten kan ta ansvar for selv
- tilstander som medfører ubetydelig nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå
- tiltak som har liten forventet nytte, det vil si mindre enn 5 prosent økt sannsynlighet for 5-års overlevelse (eller forbedring i overlevelse som ikke er mulig å påvise med statistisk anerkjente metoder) eller som ikke gir forbedret fysisk eller psykisk funksjonsnivå av en viss varighet
- tiltak med usikker medisinsk effekt, det vil si svak dokumentasjon
- tiltak som er for kostbare i forhold til nyten
- pleie og omsorg som går utover å sikre livsfunksjoner og opprettholde for pasienten et 'normalt' fysisk og sosialt aktivitetsnivå

Det vil være ønskelig at faggrupper kan gi anbefalinger og rangering av tilstander og tiltak i denne prioritetsgruppen. Her er det særlig viktig at kriteriet om prioritering etter forventet nytte anvendes på basis av tilgjengelig kunnskap og dokumentasjon. Innen mange diagnosegrupper vil det være undergrupper av pasienter som befinner seg i gråsonen mellom moderat og marginal forventet nytte av tiltak. Et

grundig arbeid med dokumentasjon, indikasjonsetting og rangering av tilstander og tiltak vil være til god hjelp for videre arbeid med dimensjonering av kapasitet.

Prioritetsgruppe IV: Tilstander og tiltak som ikke skal ha prioritet innen det offentlige helsetjenestetilbud

- tiltak som er dokumentert uten virkning på overlevelse, funksjonstilstand eller smerter
- tilstander som helt klart faller utenfor allmenne oppfatninger om hva som er sykdom
- tiltak med for høy risiko
- tiltak med ekstremt høye kostnader i forhold til forventet nytte
- tiltak som det vil være uetisk å utføre

3 MANDAT

Faggruppene skal utarbeide et forslag til klassifisering og rangering av de vanligste og viktigste sykdomstilstander eller funksjonsutfall og behandling eller andre tiltak som er aktuelle innen det angjeldende fagfelt. Der er særlig valg av behandling eller tiltak som ønskes belyst i en prioriteringssammenheng.

Det forutsettes at rangering og klassifisering av tilstander og tiltak følger prinsippene om prioritering etter tiltakets nytte, tilstandens alvorlighetsgrad og kostnadseffektivitet, som er anbefalt i utredningens "*Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen*" i kapittel 8, og etter de definisjoner av prioritetsgrupper som er gitt ovenfor.

Forslaget til klassifisering og rangering bør inneholde:

Klare definisjoner av hvilke sykdomstilstander eller funksjonsutfall og hvilke behandlingsformer eller tiltak som drøftes. Det vil ofte være aktuelt å beskrive undergrupper innenfor hver diagnose eller tilstand

Beskrivelse av tilstandenes alvorlighetsgrad, det vil si prognose uten behandling (eller med alternative tiltak)

Beskrivelse av behandlingsintensjon eller tiltakets intensjon, f.eks. lindring av smerter, omsorg og pleie, kurasjon, livsforlengelse, funksjonsforbedring, symptomlindring eller utsettelse av symptomer

Beskrivelse og dokumentasjon av medisinsk effekt. Alle mål på tiltakets effekt kan tas med her. Dette inkluderer såkalte 'myke endepunkter'.

Beskrivelse og dokumentasjon av nytten for pasienten. Her skal kun resultater som er relevante for den enkelte pasient tas med. Tiltakets nytteverdi for pasienten beskrives så langt som mulig i form av sammenliknbare mål på helsegevinst. Det vil si i form av 'harde endepunkter': forbedret overlevelse og forbedret funksjonsnivå eller helserelatert livskvalitet

Tilstander som har voldt faggruppen spesielle problemer bør skilles ut og omtales særskilt

Hvis mulig: anslag over behov, dvs. sannsynlig antall pasienter (f.eks. per 100 000) for tilstandene og tiltakene som drøftes

Konklusjon: En velbegrunnet klassifisering av tilstander og tiltak i de fire prioritetsgruppene

Hvis mulig bør det inngå i faggruppenes vurderinger om tiltakenes nytte står i et akseptabelt forhold til kostnadene. I noen tilfeller har man ikke svar på dette spørsmålet, og for praktiske formål må da denne vurdering utgå inntil systemer for slik evaluering er etablert. Dokumentasjon fra andre land kan være veiledende. Faggruppene kan ta hensyn til kostnadene dersom de er svært/prohibitivt høye.

Sjekkliste for vurdering av tilstander og tiltak:

1. Er tilstanden så alvorlig at den offentlige helsetjeneste bør ha hovedansvaret for pasienten? Hvor alvorlig er tilstanden? Tilstandens alvorlighetsgrad bør beskrives i forhold til:

- risiko for død eller funksjonsnedsettelse
- fysisk og psykisk funksjonsnivå
- smerter eller fysisk og psykisk ubehag (som tung pust, kvalme eller angst)

Alvorlighetsgrad er, med unntak for pleie og omsorg, en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for prioritet innen den offentlige helsetjenesten.

2. Har tiltaket tilstrekkelig medisinsk effekt? Hvor stor er den forventede nytte? Tiltakets forventede nytte bør beskrives i forhold til:

- risikoreduksjon (for død eller funksjons-nedsettelse)
- forbedret funksjonsnivå, fysisk og psykisk
- reduksjon av smerter eller annet fysisk og psykisk ubehag

Om tiltaket har effekt er det viktigste kriterium for den faglige klassifisering av tilstander og tiltak. Størrelsen på den forventede nytte er det viktigste kriterium for rangering av tilstander og tiltak. Pasienters egen verdsetting av behandlingsresultater bør også trekkes med i vurderingen.

3. Hvor god er dokumentasjonen på den forventede nytte av tiltaket? Som veiledning vises til 'det medisinske dokumentasjonshierarki', drøftet i utredningens "[Analyseredskaper i prioriteringsdebatten](#)" i kapittel 7.3.2:

- Randomiserte kliniske studier med adekvat størrelse og design
- Matchet kontroll
- Historisk kontroll
- Kliniske materialer (case series)
- Rapportering av effekt på individnivå (case report)

Dokumentasjonens kvalitet må ses i sammenheng med hvilke typer vitenskapelige studier som er foretatt og hvilke som er mulige. Dersom behandlingsintensjonen er omsorg og pleie, stilles det andre krav til dokumentasjon enn om behandlingsintensjonen er kurasjon, livsforlengelse eller funksjonsforbedring.

Vedlegg 3

Om sammenhenger mellom finansieringsmåter og prioritering i helsesektoren

**Tor Iversen, Senter for helseadministrasjon,
Universitetet i Oslo**

Sammendrag

Formålet med dette notatet er å drøfte om det er noen sammenheng mellom finansieringsmåter og prioriteringsbeslutninger i helsesektoren. I denne forbindelse er den sentrale distinksjonen hvorvidt beslutningstakere tar hensyn til kostnadene ved å behandle en pasientgruppe i forhold til en annen (relative kostnader) når de fatter beslutninger om hvilken behandlingsskapasitet som skal stilles til rådighet for de ulike pasientgrupper. Dersom de tar slike hensyn, vil en kunne stå overfor en avveining mellom kostnadseffektivitet og prioriteringseffektivitet i valget av finansieringsmåte. En viktig grunn til dette er mangelfull informasjon om de faktiske kostnadene som de ulike behandlingene medfører. I dag pålegger staten beslutningstakerne i helsevesenet å prioritere uten å ta hensyn til relative kostnader. De prioriteringsansvarlige som ønsker å følge departementets forskrift, skal derfor ikke la seg påvirke av finansieringsmåten når de prioriterer behandlingsskapasitet mellom pasientgrupper. Hvis Prioriteringsutvalget ønsker å tilrå at man i større grad enn i dag bruker kostnads-nyttevurderinger til å prioritere mellom pasientgrupper, følger det logisk at relative kostnader skal ha betydning for prioriteringsbeslutninger. Da bør også de lokale prioriteringsansvarlige ta hensyn til relative kostnader. Konflikten mellom kostnadseffektivitet og prioriteringseffektivitet kan da vise seg å bli synlig også i praktisk helsepolitikk i forbindelse med valg av finansieringsordning.

1 PROBLEMSTILLING OG OPPLEGG FOR NOTATET

Dette notatet er skrevet på oppdrag fra Prioriteringsutvalget. Oppdragets utforming er : «Prioriteringsutvalget ønsker et notat om forholdet mellom prioritering og finansieringsmodeller i helsetjenesten. Med finansieringsmodeller tenkes det særlig på dagens rammefinansieringssystem, aktivitetsbasert finansiering og bruk av øremerkede tilskudd. Det som ønskes belyst er: a) hvordan ulike finansieringsmodeller påvirker de prioriteringer som gjøres, og b) hvordan ulike finansieringsmodeller kan tenkes brukt for å oppnå ønskede prioriteringer. Sekretariatet er klar over at det foreligger lite empirisk materiale som kan belyse denne problemstillingen, og at det derfor forventes hovedsakelig en prinsipiell drøfting av problemstillingen med utgangspunkt i økonomisk tankegang».

Arbeidet ble påbegynt i slutten av februar og skulle være ferdig senest 10. mars. Det har derfor vært kort tid til disposisjon. Dette har medført at det ikke har vært mulig å gå i dybden med hensyn til detaljer.

I del 2 av notatet gjør jeg en presisering av problemstillingen. Sentrale begreper blir definert i del 3. Jeg forklarer i hvilke tilfeller det er meningsfylt å bruke finansieringsmåten som hjelpemiddel for å oppnå ønskede prioriteringer. I del 4 gjennomgår jeg forventede effekter av ulike finansieringsmåter på prioriteringsbeslutninger. Et sentralt punkt i denne delen er at det synes å være en avveining mellom kostnadseffektivitet og prioriteringseffektivitet hvis beslutningstakerne tar hensyn

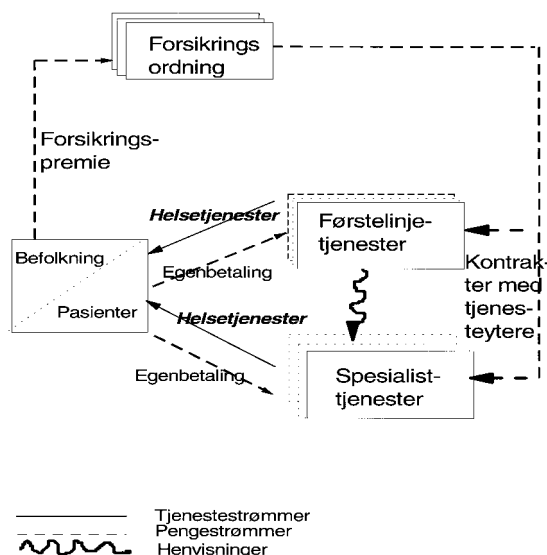
til relative kostnader. I del 5 diskuterer jeg offisiell og reell prioritering mellom pasientgrupper i Norge. Del 6 knytter noen få kommentarer til forventede effekter av ulike avlønningsordninger i allmennpraksis. Del 7 refererer resultater fra empiriske undersøkelser, mens del 8 avslutter med noen normative betraktninger.

Økonomer bruker ofte matematikk som et hjelpemiddel for å sikre logisk konsistens mellom premisser og konklusjoner. Dette notatet er helt verbalt. Det har medført at enkelte av resonnementene er litt mindre presise enn de ellers ville ha vært. Men det som har gått tapt i presisjon, håper jeg blir oppveid i form av tilgjengelighet.

2 PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN

En persons framtidige behov for helsetjenester er en usikker størrelse. En sykdom som er kostbar å behandle, kan få store konsekvenser for den personlige økonomi. I verste fall vil en ikke ha mulighet til å betale for behandlingen. I slike tilfeller vil det ofte være etterspørsel etter forsikringsordninger. Forsikring kjennetegnes ved at en gir avkall på et beløp så lenge en er frisk (forsikringspremien) for å motta et større beløp (forsikringsutbetalingen) hvis en blir syk.

Helsesystemer kan klassifiseres etter forholdet mellom befolkning og forsikringsordning og forholdet mellom forsikringsordning og ytere av helsetjenester. Forholdet mellom befolkning og forsikringsordning kan organiseres som frivillig forsikring og obligatorisk forsikring eventuelt med konkurranse mellom alternative forsikringsordninger. Forholdet mellom forsikringsordning og ytere av helsetjenester kan organiseres ved at forsikringsordningen refunderer pasienters utgifter til helsetjenester som blir ytet av alle tjenesteytere med lisens. Dette innebærer fritt valg av lege og sykehus. En kan også ha at forsikringsordningen inngår avtale med et utvalg av leger og sykehus, og refunderer bare utgifter til tjenester som er levert av disse. En tredje mulighet er at forsikringsordningen selv eier organisasjonene som yter helsetjenester med ansatt personell. Dette kalles et integrert system.



Figur 3.1 Helsetjenestesystem med valg av forsikringsordning og kontrakt mellom forsikringsordning og leger og sykehus

Figur 1 skisserer penge- og tjenestestrømmer i et system med valg av forsikringsordninger og kontrakter mellom forsikringsordning og leger og sykehus. En person betaler forsikringspremie til en forsikringsordning (vedkommende selv har valgt). Ved behov for helsetjenester vil pasienten oppsøke en av de tjenesteytere i primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten som omfattes av forsikringskontrakten. Eventuelt kan pasienten bli henvist fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Undersøkelse og behandling av pasienter vil utløse en betaling fra forsikringsordningen til tjenesteyterne etter nærmere avtale. Det vil også kunne forekomme egenbetaling fra pasientene. Tilgjengeligheten til helsetjenesten for (potensielle) pasienter kan dermed påvirkes av:

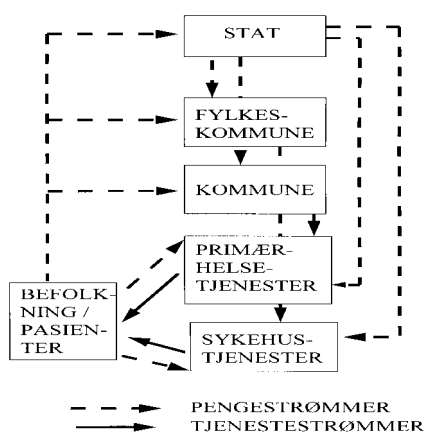
- tilgjengelighet til forsikringsordninger
- tilgjengelighet til førstelinjetjenester
- tilgjengelighet (ved henvisning) til spesialisttjenester

De betalingsordningene som kan virke inn på tilgjengelighet til helsetjenestene, er:

- utforming av forsikringspremie
- betalingsmåte fra forsikringsordning til førstelinjetjenester
- betalingsmåte fra forsikringsordning til andrelinjetjenester
- pasientenes egenbetaling

I Norge har vi som kjent en obligatorisk offentlig organisert forsikringsordning. Betalingsordningen er skattebasert og hele befolkningen omfattes av den samme politisk bestemte «kontrakt». Siden dette notatet skal legge vekt på norske institusjonelle forhold, skal jeg derfor ikke forfølge muligheten for valg mellom alternative forsikringsordninger. I følge oppdragets utforming vil jeg heller ikke berøre hvordan alternative utforminger av egenbetaling (som gjerne kan ses på som en del av forsikringskontrakten) kan påvirke tilgjengeligheten til helsetjenester. Vi står da igjen med hvordan betalingsordningene fra de ulike offentlige forvaltningsnivåer til leger og sykehus kan tenkes å påvirke tilgjengeligheten til helsetjenester for grupper av pasienter.

Figur 2 gir en oversikt over sentrale penge- og tjenestestrømmer i den norske helsesektoren.



Figur 3.2 Sentrale penge- og tjenestestrømmer i den norske helsesektoren

Innbetalinger til den obligatoriske forsikringsordning skjer gjennom skatteinnbetalinger til staten, fylkeskommunene og primærkommunene. Primærhelsetjenes-

tene er kommunenes ansvar. Allmennlegetjenesten er en sentral del av primærhelsetjenesten. Denne organiseres delvis ved at kommunen inngår kontrakter med privatpraktiserende leger og delvis ved hjelp av kommunalt ansatte leger. I 1990 var 54 prosent av allmennlegene privatpraktiserende. Andelen er sannsynligvis høyere nå. I tillegg til de kommunale tilskudd til allmennlegetjenesten yter staten direkte tilskudd til allmennlegetjenesten gjennom takster for tjenester utført av privatpraktiserende leger og såkalte fastlønnstilskudd til kommuner avhengig av antallet fastlønnstillinger.

Spesialisthelsetjenesten (i det alt vesentlige sykehusene) er fylkeskommunenes ansvar. Staten eier bare et fåtall sykehus med Rikshospitalet som det sentrale. Sykehussektoren er organisert i fem helseregioner med hvert sitt regionsykehus. Regionsykehusene skal ta hånd om undersøkelse og behandling som krever spesialkompetanse. Sykehusene finansieres i det vesentlige over fylkeskommunale budsjetter. Staten yter aktivitetsavhengig tilskudd til poliklinisk behandling og diverse tilskudd til regionsykehusene. I tillegg har det blitt stadig vanligere de senere årene med ad hoc statlige tilskudd begrunnet med behovet for å korte ned ventetidene på behandling. For regionsykehusene (med unntak av Rikshospitalet) utgjør statlige tilskudd nå om lag 30 prosent av driftsinntektene.

Det går fram av figur 2 at helsetjenester i Norge finansieres fra flere forvaltningsnivåer. Det er grunn til å ha mistanke om at det er gjensidig avhengighet mellom finansiering fra det kommunale, det fylkeskommunale og det statlig forvaltningsnivå til helsetjenesten. For eksempel har Terje P. Hagen (1996) vist at fylkeskommunenes nettoutgifter til helsesektoren avhenger av øremerkede tilskudd fra staten. Hagen viser blant annet at økning av det statlige ikke prisvridende tilskudd til regionsykehusene medfører at fylkenes netto driftsutgifter til sykehusene reduseres. Fredrik Carlsen (1995) har gjennomført en case studie av budsjettprosessen i Sør-Trøndelag fylkeskommune 1987-92. Han sannsynliggjør at fylkeskommunen ved å bevilge lite til Regionsykehuset i Trondheim, et tiltak der statens betalingsvillighet er stor, har tiltrukket seg statlige tilleggsbevilgninger. Samfunnsøkonomiske kostnader ved dette blir paradoksalt nok at de samlede bevilgninger til helsesektoren blir for små i forhold til andre sektorer fylkeskommunen er engasjert i.

Et tredje eksempel følger av at fylkeskommunene finansierer sykehusene, mens staten overfører midler til de sykmeldte. Det kan medføre at fylkeskommunene bruker like ressurser på å hjelpe de sykmeldte for å presse staten til større bevilgninger til sykehusene. På den annen side: Hvis staten skulle pålegge fylkeskommunene å slippe de sykmeldte til behandling først, er det grunn til å tro at legene vil bli mer liberale med å sykemelde pasientene for at de skal slippe raskere til.

At finansieringsansvaret for helsetjenesten er delt mellom flere forvaltningsnivåer, kan dermed ha betydning ikke bare for kostnadseffektiviteten i helsesektoren, men også for prioritering mellom pasientgrupper. Her er det mange utfordringer både med hensyn til å undersøke vridninger som faktisk finner sted og en videre utforskning av hvilke(t) forvaltningsnivåer som er best egnet til å finansiere de ulike deler av helsetjenesten. I denne utforskningen vil interaksjonen mellom forvaltningsnivåene spille en sentral rolle. Jeg vil imidlertid ikke her gå nærmere inn på problemene som er knyttet til at den offentlige forvaltning består av flere nivåer. Jeg skal konsentrere meg om forholdet mellom en instans (eller forsikringsordning om en vil) og en person eller organisasjon som yter helsetjenester. Jeg skal først belyse betalingsordningenes mulige innflytelse på prioriteringer i sykehussektoren og deretter i forhold til privatpraktiserende allmennleger. For å kunne gjøre dette er det først nødvendig med en kort forklaring av de sentrale begreper i drøftingen.

3 SENTRALE BEGREPER

Jeg skal introdusere to overordnede utgangspunkt for prioritering av ressurser mellom grupper av pasienter.

Medisinsk prioritering.

Denne kategorien samsvarer med to normer for prioritering en kan finne i litteraturen, for eksempel hos Elster (1992): normen om å behandle de mest alvorlige syke først og normen om grundighet i behandlingen. Normen om grundighet innebærer at hvis en pasient først har sluppet til, vil han bli tilbudt den best mulige behandlingen uavhengig av de behandlingsmuligheter som da kan forspilles for andre pasienter som alternativt kunne hatt utbytte av ressursene. Generelt innebærer medisinsk prioritering at man ikke tar hensyn til kostnader ved å behandle en pasientgruppe i forhold til kostnader ved å behandle en annen pasientgruppe (relative kostnader) når en beslutter hvilken behandlingskapasitet som stilles til rådighet for hver av de to pasientgruppene. Medisinsk prioritering er imidlertid forenlig både med å prioritere etter alvorlighetsgrad og etter grad av effekt av behandling.

Økonomisk prioritering

En beslutningstaker som tar utgangspunkt i økonomiske prioriteringsmåter tar i betraktning konsekvensene for andre pasientgrupper av at ressurser blir brukt på en bestemt gruppe. Man må da være villig til å sammenligne utbytte av behandling mellom grupper av pasienter enten ved hjelp av en målfunksjon (for eksempel de samlede helsegevinster i form av kvalitetsjusterte leveår) eller på en mer uformell måte. Generelt innebærer økonomisk prioritering at man tar hensyn til kostnader ved å behandle en pasientgruppe i forhold til kostnader ved å behandle en annen pasientgruppe (relative kostnader) når det besluttes hvilken behandlingskapasitet som stilles til rådighet for hver av de to pasientgruppene.

Jeg bør si at selve begrepene medisinsk og økonomisk prioritering, så vidt jeg vet, ikke er innarbeidet i litteraturen på området. Et eksempel kan klargjøre tankegangen: Sett at det er to behandlinger. Behandling nr 1 er aktuell for pasientgruppe nr 1 og behandling nr 2 er aktuell for pasientgruppe nr 2. Pasientgruppe 1 anses å ha større utbytte av behandling enn pasientgruppe 2. Det er i denne sammenheng irrelevant om utbyttet ses i forhold til alvorlighetsgrad, helseutbytte av behandling eller en kombinasjon. Å behandle en pasient i gruppe 1 koster samtidig dobbelt så mye som å behandle en pasient i gruppe 2. Anta at behandling nr 1 koster 100.000 kroner og behandling nr 2 koster 50.000 kroner. For et gitt nivå på totalkostnadene vil det å øke antallet av behandling nr 1 med en enhet innebære at antallet behandlinger i gruppe nr 2 må reduseres med to enheter. La oss anta at under disse forholdene medfører både medisinsk og økonomisk prioritering at alle pasienter i gruppe 1 blir behandlet, mens ingen blir behandlet i gruppe 2. Sett nå at kostnaden for behandling 1 av en eller annen grunn firedobles til 400.000 kroner. Det innebærer at de relative kostnadene endres. For et gitt nivå på totalkostnadene vil nå en pasient som får behandling nr 1 innebære at åtte pasienter i gruppe 2 ikke kan få behandling nr 2. Endringer i relative kostnader innebærer dermed at konsekvensene av prioriteringsbeslutningene endres. Ved medisinsk prioritering vil man ikke ta hensyn til disse endringene. Siden pasientgruppe 1 har større behov for behandling enn pasientgruppe 2, vil pasientgruppe 1 alltid bli prioritert før gruppe 2, uavhengig av kostnadene som påløper for hver av gruppene. Legges økonomiske prioriteringer til grunn, vil den prioriteringsansvarlige ta i betraktning at man etter endringen i kostnadene for gruppe 1 kan behandle åtte pasienter i gruppe 2 for hver pasient i gruppe 1. Denne endringen i relative kostnader kan medføre at noen pasienter i gruppe 2 nå tilbys behandling samtidig som behandlingsgrensene strammes inn for gruppe 1.

Problemstillingen for dette notatet tar utgangspunkt i at staten (i egenskap av forsikringsordning) har mål for hva som er ønskede prioriteringer. Samtidig blir de faktiske prioriteringsbeslutninger fattet desentralisert i fylkeskommuner og kommuner, på det enkelte sykehus og i den enkelte sykehusavdeling og legekantor. En sentral problemstilling er da hvordan staten kan innrette seg for å få de faktiske prioriteringer til å falle sammen med de ønskede. Begrepet prioriteringseffektivitet beskriver når dette samsvaret er til stede. Staten vil imidlertid også være interessert i å oppmuntre til at hver behandling blir produsert til minst mulig kostnader. Det er dermed også et hensyn til kostnadseffektivitet som skal ivaretas.

Jeg skal nå innføre skillet mellom lokale kostnader og samfunnsøkonomiske kostnader. Lokale kostnader er kostnader slik de framstår i de lokale beslutningstakeres regnskap, for eksempel legepraksisen, sykehusavdelingen eller sykehuset, mens de samfunnsøkonomiske kostnadene er kostnadene ved en beslutning slik de framstår summert over alle berørte enheter. Jeg skal anta at lokale beslutningstakere forholder seg til lokale kostnader, mens staten vil forholde seg til de samfunnsøkonomiske kostnader.

Staten kan påvirke de lokale kostnader ved hjelp av finansieringsordningen. La meg illustrere det med å gå tilbake til eksempelet med de to pasientgruppene. Sett at staten gir et tilskudd på 200.000 kroner per behandling for pasientgruppe 1 etter at kostnadsøkningen skjedde for denne behandlingen. De lokale kostnadene reduseres da til 200.000 kroner, og følgelig påvirkes de lokale relative kostnader. Dersom den prioriteringsansvarlige bekjenner seg til medisinske prioriteringer, vil ikke slike tilskudd få noen innflytelse på prioriteringen av de to behandlingene. Hvis den prioriteringsansvarlige derimot følger en økonomisk prioriteringsmåte, vil disse endringene i relative kostnader kunne få betydning for prioriteringer. I så fall vil staten kunne bruke finansieringsordninger som et hjelpemiddel for å oppnå prioriteringseffektivitet. Dersom finansieringsmåten viser seg å ha innflytelse på kostnadseffektivitet eller prioriteringseffektivitet i helsesektoren, skal jeg si at finansieringsmåten er et økonomiske virkemiddel. Med økonomisk virkemiddel mener jeg da påvirkning av lokale beslutninger om bruk av ressurser gjennom å påvirke de inntekter eller kostnader som alternative beslutningene medfører for beslutningstakerne personlig eller for organisasjonen de tilhører.

Tabell 1 oppsummerer når det kan være meningsfylt for staten å bruke økonomiske virkemidler for å påvirke lokale prioriteringsbeslutninger.

Tabell 3.1: *Bruk av økonomiske virkemidler for å oppnå prioriteringseffektivitet*

	Identiske mål for ønsket prioritering	Divergerende mål for ønsket prioritering
Medisinsk prioritering	Nei	Nei
Økonomiske prioritering	?	Ja

Første linje i tabellen trenger ingen forklaring. Hvis prioriteringsbeslutninger ikke påvirkes av relative kostnader, må påvirkning av prioriteringsbeslutninger skje ved pedagogiske og/eller juridiske virkemidler alene. Bakgrunnen for spørsmålsteget i den første kolonnen i andre linje er følgende: Selv om myndighetene og de lokale beslutningstakerne har identiske mål for prioritering mellom grupper av pasienter, kan de ha ulike oppfatninger om fordeling av ressurser mellom for eksempel pasientbehandling, forskning og undervisning. Hvis det er tilfellet, vil økonomiske virkemidler kunne bidra til å vri ressursbruken i den for myndighetene ønskede retning.

Jeg vil tro at jo kortere avstanden er mellom lokale kostnader og beslutningstakerens personlige økonomi, jo større grunn er det til å tro at relative kostnader får innvirkning på prioriteringsbeslutninger. For privatpraktiserende leger vil avstanden være atskillig kortere enn hva den er for offentlige ansatte leger med tarifflønn. I det siste tilfellet vil motivet for å ta hensyn til relative kostnader for eksempel kunne komme gjennom påvirkning og press fra sykehusets ledelse. Vi har imidlertid (så vidt jeg vet) ikke forskningsbasert kunnskap om denne delen av sykehusorganisasjonen i Norge.

I avsnittene som følger, skal jeg utdype hvordan finansieringsmåten kan bidra til om statens mål om prioriteringseffektivitet og kostnadseffektivitet blir oppfylt. Til grunn for resonnementene ligger at beslutningstakerne legger en økonomisk prioriteringsmåte til grunn. En kan hevde at en slik analyse er verdiløs, så lenge man vet lite om hvilken prioriteringsmåte beslutningstakerne faktisk bekjenner seg til. Jeg tror det er å ta for hardt i. Når man vurderer å ta i bruk økonomiske virkemidler, har det interesse å få kunnskap om hvilken effekt de kan forventes å ha gitt at de har effekt.

4 OM FINANSIERINGSMÅTENS INNVIRKNING PÅ PRIORITERINGSBESLUTNINGER I SYKEHUS

Jeg skal i denne delen diskutere hvilken innvirkning en kan forvente at finansieringsmåten har på prioritering mellom pasientgrupper i sykehus. Resonnementene vil forutsette at den prioriteringsansvarlige legger en økonomisk prioriteringsmåte til grunn og bygger for øvrig på ordinær økonomisk tankegang. En beslutningstaker som står for prioritering av tilgjengelig kapasitet mellom pasientgrupper (avdelingsoverlege, sykehusdirektør e.l.) antas å handle som om vedkommende har en målsetting som søkes oppfylt i størst mulig grad. Målsettingen jeg skal se på, inneholder tre dimensjoner:

1. Antall og sammensetning av pasienter

Beslutningstakeren identifiserer seg med pasientenes behov i den forstand at man gjerne vil behandle alle som har behov. Jeg er klar over at hvem som har behov for behandling i stor grad er preget av skjønn, og at det er stor variasjon i dette skjønnnet. Likevel skal jeg foreløpig holde fast ved at behovet er presist definert. Senere skal jeg løsne på denne antakelsen. Hvis man ikke har mulighet til å behandle alle med behov, har man oppfatninger om den ønskede sammensetningen av pasienter, eller synonymt prioriteringen av pasienter. For å rendyrke hovedpoengene i notatet skal jeg anta at den lokale avveining mellom de ulike gruppers behov tilsvarer den avveining staten har.

2. Overskudd (differanse mellom inntekter og utgifter)

Jeg skal anta at den lokale beslutningstaker tar hensyn til sykehusets overskudd i sine beslutninger. Alt annet likt vil man være interessert i å innrette seg slik at overskuddet blir størst mulig-eventuelt at underskuddet blir minst mulig.

3. Ledelsens og de øvrige ansattes anstrengelser

Den siste dimensjonen jeg skal trekke inn, er nivået på anstrengelsene hos ledelsen og de ansatte når det gjelder pasientbehandling. For å forenkle skal jeg anta at det her bare er to mulige nivåer: små anstrengelser og store anstrengelser. Jeg har en vid oppfatning av hva anstrengelser innebærer. Med anstrengelser tenker jeg for eksempel både på den tiden man bruker på pauserommet og på den kreativitet og innsats man utøver for å få til en hensiktsmessig organisasjon av sykehuset. Det kan for øvrig vise seg at store anstrengelser i pasientbehandling også vil medføre små anstrengelser i undervisning og forskning. Dette kan være en sentral avveining som jeg ikke skal forfølge her. Store anstrengelser fra personalet vil medføre mindre

kostnader per behandlet pasient enn hva tilfellet er med små anstrengelser. Samtidig vil store anstrengelser også innebære et større offer fra de ansatte enn små anstrengelser gjør. Det er de ansatte selv som avgjør om de skal yte små eller store anstrengelser. Dette offeret blir derfor tatt hensyn til når nivået på anstrengelsene blir avgjort. Om man får store eller små anstrengelser, vil derfor komme an på om de mulige fordelene (sett fra ledelsens og de ansattes side) anses som større enn oppofrelsene.

For igjen å forenkle skal jeg anta at sykehuset behandler to pasientgrupper, som jeg kaller gruppe 1 og gruppe 2. Begge gruppene er aktuelle for elektive behandlinger. De to grupper har ulik kostnad per behandling. Jeg skal videre anta at kostnadene per behandlet pasient er konstant og uavhengig av antallet behandlede pasienter. Dette vil blant annet innebære at det antas tilstrekkelig tilgang på nødvendig personell til markedspriser.

Den lokale beslutningstakerens problem er nå å ta stilling til hvor mange av hver av de to gruppene som skal behandles gitt finansieringsordningen sykehuset står overfor. Til grunn for resonnementene og konklusjonene ligger at beslutningstakeren innretter seg slik at måloppnåelsen blir den størst mulige.

Vi skal se på to hovedtyper av finansieringsordninger:

1. Retrospektiv finansieringsordning: I dette tilfelle yter forsikringsordningen full refusjon av de faktiske kostnader en behandling medfører for sykehuset.

2. Prospektive finansieringsordninger: I dette tilfelle er sykehusets inntekter uavhengig av de faktiske kostnader som påløper i pasientbehandlingen. Det er flere varianter av slike ordninger:

- Oppgjør avhengig av antall behandlinger: Forsikringsordningen fastsetter på forhånd en pris per behandling sykehuset utfører. Prisen kan være avhengig av typen behandling det dreier seg om, men ikke på en slik måte at sykehuset ved sine handlinger kan påvirke inntekten en gitt behandling medfører.
- Rammebudsjett: I dette tilfellet setter forsikringsordningen et fast budsjett for sykehuset. Dette budsjettet er uavhengig av antall behandlede pasienter. Dette systemet vil ha likheter med finansiering av sykehus i Norge.
- Rammebudsjett kombinert med øremerkede tilskudd. De øremerkede tilskudd kan være prisvridende eller ikke prisvridende, slik at vi får undergruppene:
- Rammebudsjett kombinert med prisvridende tilskudd avhengig av antall behandlinger: Dette systemet vil være en kombinasjon av de to foregående og ha likhetstrekk med «innsatsstyrt finansiering» som blir innført i Norge fra 1. juli 1997. Som kjent er det fylkeskommunen som får utbetalt inntekten fra staten per behandlet pasient. Det er vel grunn til å tro at en del fylkeskommuner vil inngå kontrakter som har stykkpriselement med sykehusene.
- Rammebudsjett kombinert med ikke prisvridende tilskudd

Ved retrospektive ordninger vil sykehusenes kostnader være allment kjent når oppgjøret utbetales fra forsikringsordningen. Ved prospektive ordninger vil imidlertid sykehusets kostnader ikke være kjent med sikkerhet på det tidspunkt stykkpriser og rammebudsjett utarbeides. En kan derfor ikke vite med sikkerhet om for eksempel stykkpriser vil komme til å dekke behandlingens kostnader. Spesielt kan dette være problematisk hvis det foregår hyppige endringer i behandlingsteknologi som ikke forutses på det tidspunkt priser og rammebudsjett fastsettes.

Jeg skal nå drøfte de forventede effekter av hver av finansieringsmåtene etter tur. Spørsmålene jeg stiller er to: Er det grunn til å tro at pasientsammensetningen blir påvirket av finansieringsordningen? Hva med de ansattes anstrengelser?

4.1 Retrospektiv oppgjørsordning: Full refusjon av oppgitte kostnader

Dette er det tradisjonelle systemet i USA hvor lege og sykehus får betalt etter regning og pasienten får refundert sine kostnader fra forsikringsselskapet. Siden sykehuset får dekket sine kostnader fullt ut, vil alle som har behov bli behandlet. Det er imidlertid ikke noe insentiv til store anstrengelser siden kostnadsreduksjoner utelukkende vil medføre at sykehuset får tilsvarende mindre inntekter fra forsikringsordningen. Vi har dermed:

- Alle med behov får behandling
- Små anstrengelser og store enhetskostnader kan forventes

4.2 Prospektive oppgjørsordninger

Et eksempel på oppgjør avhengig av antall behandlinger er ordningen som brukes av den offentlige forsikring Medicare for befolkningen over 65 år i USA. Oppgjøret til sykehus blir beregnet etter grupperinger som tar utgangspunkt i pasientens diagnose og type behandling, mens honorar til lege tar utgangspunkt i bedømmelser av nødvendig arbeidsinnsats. Forsikringsordningen antas i dette tilfelle å ønske å sette prisene lik enhetskostnadene ved store anstrengelser. Siden de ikke kjenner disse kostnadene når prisene blir bestemt, er det ikke sikkert at de får det til. For oppgjør avhengig av antallet behandlinger blir det derfor viktig å skille mellom de tilfellene der oppgjøret dekker behandlingskostnadene for hver behandling og der dette ikke skjer. La meg starte med det første tilfellet.

Opgjør avhengig av antall behandlinger-prisen per behandling er lik enhetskostnaden ved store anstrengelser for begge behandlingene

I dette tilfelle er det mulig at sykehusets ledelse og ansatte velger å gå over til store anstrengelser. Grunnen til det er at de nå får beholde resultatene av store anstrengelser enten i form av større overskuddet (mindre underskudd) eller i form av gleden over å kunne yte hjelp til flere pasienter. Sannsynligheten for at store anstrengelser blir valgt er større:

- jo mindre offeret er ved store anstrengelser i forhold til små anstrengelser
- jo større kostnadsreduksjonen blir ved store anstrengelser i forhold til små anstrengelser

Gitt at store anstrengelser blir valgt, vil inntektene akkurat dekke kostnadene og overskuddet blir lik null uansett antall behandlede pasienter. Følgelig blir antallet pasienter bestemt slik at alle pasienter med behov for behandling både i gruppe 1 og i gruppe 2 får behandling. Vi kan dermed oppsummere dette tilfellet:

- Større sjanse for store anstrengelser fordi det innebærer større overskudd (mindre underskudd) og mulighet til å behandle flere pasienter
- Alle med behov får behandling hvis store anstrengelser blir valgt

Opgjør avhengig av antall behandlinger-prisen per behandling er større enn enhetskostnaden ved store anstrengelser for behandling 1 og mindre enn enhetskostnaden ved store anstrengelser for behandling 2

I dette tilfellet har forsikringsordningen ikke klart å anslå kostnadene ved de to behandlingene korrekt. Også nå er det imidlertid muligheter for at store anstrengelser bli valgt, av samme grunn som i tilfellet over. Gitt at store anstrengelser blir valgt, vil sykehuset øke overskuddet for hver pasient i gruppe 1 som blir behandlet. Dette trekker i retning av at alle pasienter med behandlingsbehov (og vel så det?) i gruppe 1 blir behandlet. Hvor mange pasienter i gruppe 2 som blir behandlet, vil avhenge av beslutningstakerens avveining mellom overskudd og behandlingsmotiv.

I dette tilfellet bidrar finansieringsordningen til at de relative kostnadene mellom behandling 1 og behandling 2 slik de framstår for sykehuset, avviker fra de relative kostnadene samfunnsøkonomisk sett. Det er faktisk slik at kostnadene for sykehuset er negative (de må ikke gi avkall på andre behandlinger) ved å øke behandling nr. 1. Men det forhindrer ikke at samfunnsøkonomisk er kostnadene ved behandling nr 1 positive. Men siden den prioriteringsansvarlige antas å ta utgangspunkt i kostnadene slik de inngår i sykehusets regnskaper, er det de lokale relative kostnader som legges til grunn for prioriteringene. Dermed er det også sannsynlig at de faktiske prioriteringer i dette tilfellet vil avvike fra prioriteringseffektivitet. Vi kan oppsummere:

- Gode muligheter for store anstrengelser
- Alle med behov (og vel så det) i gruppe 1 får behandling
- Færre enn de som har behov i gruppe 2 får behandling
- Faktisk prioritering vil avvike fra prioriteringseffektivitet

Rammebudsjett

I dette tilfellet får sykehuset tildelt et gitt beløp som er uavhengig av omfanget og sammensetning av pasientbehandling. Dette systemet finner man i stor grad i de nordiske land, kombinert med spesifiserte geografiske ansvarsområder for sykehuseiene. Også i land som Nederland, Canada o.a. kan man finne dette systemet for sykehustjenester.

Også nå vil store anstrengelser medføre mindre kostnader per behandlet pasient og dermed mulighet for større overskudd og flere behandlede pasienter. Insitamentet til store anstrengelser er imidlertid mindre i dette tilfellet enn i det foregående, fordi flere behandlede pasienter ikke vil medføre større inntekter. At pasientbehandlingen ikke innebærer inntekter for sykehuset, betyr samtidig at relative kostnader ved å behandle gruppe 1 i forhold til gruppe 2 er de samme for sykehuset som for samfunnet. Dermed er det grunn til å tro at rammebudsjett ikke vil bidra til avvik mellom samfunnets prioriteringsønsker og de faktiske prioriteringer. Oppsummert har vi:

- Behovsdekningen avhenger av budsjett og anstrengelser
- Mindre sannsynlig med store anstrengelser enn i tilfellet med inntekt per behandling
- Gode muligheter for prioriteringseffektivitet

Rammebudsjett med stykkpriskomponent

Dette systemet vil ha likheter med den såkalte innsattsstyrte finansieringen, som innføres for norske sykehus fra 1. juli 1997. Unntaket er at stykkpriskomponenten her vil bli overført fra staten til fylkeskommunen som sykehuseier. Det er imidlertid grunn til å anta at flere fylker vil inngå avtaler som inneholder en stykkpriskomponent med sine sykehus.

I dette systemet er det større sjanse for at sykehuset vil yte store anstrengelser i pasientbehandlingen enn det er med rent rammebudsjett. Grunnen er igjen at store anstrengelser nå ikke bare vil medføre mindre kostnader, men også større inntekter. For at de relative kostnadene for sykehuset skal samsvare med de samfunnsmessige relative kostnadene, må stykkpriskomponenten utgjøre samme andel av de samfunnsmessige kostnadene for begge behandlinger. Sett at de relative kostnadene anslås ved hjelp av DRG-vekter. Hvis DRG-vektene ikke tilsvarer de faktiske relative kostnader, vil de relative kostnadene for sykehuset avvike fra de samfunnsmessige relative kostnadene selv om stykkprisandelen er den samme for begge behandlingene (i Norge skal som kjent denne andelen være 30 prosent for alle behandlinger som foregår ved innleggelse). Det vil da ikke være samsvar mellom bereg-

ningsgrunnlaget for stykkprisen og de faktiske kostnader. I dette tilfellet vil det igjen være sannsynlig at de faktiske prioriteringer vil avvike fra de prioriteringer samfunnet ønsker. Vi har nå:

- Behovsdekningen avhenger av budsjett og anstrengelser
- Større sjanser for store anstrengelser enn ved rammebudsjett
- Mindre sjanse for prioriteringseffektivitet enn ved rammebudsjett alene

Jeg kommer da fram til en sentral konklusjon: Det kan se ut til at det er en konflikt mellom kostnadseffektivitet og prioriteringseffektivitet. De finansieringsordningene som oppmuntrer sterkest til kostnadseffektivitet, kan samtidig ha mindre gunstige egenskaper med hensyn til prioriteringseffektivitet. Denne konflikten synes mer aktuell jo mer detaljert kunnskap sykehuset har om sine egne kostnader og jo mer desentralisert økonomiansvaret er.

Øremerkede tilskudd

Mandatet nevner spesielt at notatet skal omhandle øremerkede tilskudd. Det er vanlig (se Hagen 1996 og NOU 1997:8) å skille mellom prisvridende og ikke prisvridende øremerkede tilskudd. De prisvridende tilskuddene påvirker de relative kostnader i produksjonen, mens det ikke er tilfellet med de ikke prisvridende tilskuddene.

Stykkpriser for pasientbehandling, slik det ble beskrevet i avsnittene over, er et eksempel på prisvridende tilskudd. For eksempel er et sentralt formål med innføringen av innsatsstyrt finansiering å vri fylkeskommunenes ressursbruk fra andre aktiviteter og over i pasientbehandling. (For en nærmere diskusjon av disse vridningseffektene, se Hagen og Iversen (1996)). Disse vridningene ligger utenfor mandatet for dette notatet. Her er en opptatt av mulige effekter på den behandlingsskapasitet som stilles til rådighet for de ulike pasientgrupper. Det var også fokus for diskusjonen over. En fant der at en stykkpriskomponent vil bidra til avvik mellom lokale og samfunnsmessige kostnadsforhold og således vanskeliggjøre prioriteringseffektivitet dersom ikke stykkpriskomponenten utgjør den samme andel av den faktiske behandlingsskostnaden for alle behandlinger.

De ikke prisvridende øremerkede tilskuddene er ikke knyttet til tilskuddsmottakerens egeninnsats og beregnes ut fra mer eller mindre objektive kriterier. I NOU 1997:8 påpekes det at slike tilskudd ikke endrer de lokale kostnadsforhold og vil vanligvis ikke ha noen prioriteringseffekt. Utvalget skriver videre at «Sentrale myndigheter prøver ofte å framtvinge en prioriteringseffekt ved å stille krav om at kommunene ikke kan redusere sin egen ressursinnsats på det berørte tjenesteområdet. Det er imidlertid vanskelig for staten å beregne hva kommunens ressursinnsats ville vært dersom den øremerkede tilskuddsordningen ikke hadde eksistert, spesielt dersom ordningen opprettholdes over flere år hvor også andre forhold som påvirker kommunens prioriteringer endres» (NOU 1997:8, side 121). Disse problemene gjelder kanskje i større grad i helsesektoren enn i de fleste andre sektorer. Grunnen til det er at det er vanskelig å tallfeste krav som må oppfylles for at tilskudd skal utbetales på en meningsfylt måte. Et nærliggende eksempel er det statlige funksjonstilskuddet til de fylkeskommunalt eide regionsykehusene. Det hevdes at en stor del av dette tilskuddet blir disponert som et ubundet inntektstilskudd av fylkeskommunene.

I den senere tid har det blitt foreslått at staten burde utbetale en bonus til de fylkeskommunene som ikke har brudd på ventetidsgarantien. Det er et forslag som kunne få sykehusene til å konsentrere behandlingen om de pasienter som faktisk skal prioriteres i følge statlig forskrift. Samtidig er dette forslaget godt egnet til å illustrere betydningen av det skjøn som utøves i helsesektoren. Det er velkjent (dette blir nærmere omtalt seinere i notatet) at det er stor variasjon fra sykehus til

sykehus og fra fylke til fylke med hensyn til andelen av pasientene som får ventetidsgaranti. Det er grunn til tro at en betydelig del av denne variasjonen skyldes variasjon i det skjønnet som utøves av de prioriteringsansvarlige. Men denne variasjonen antyder samtidig at det ikke er noen absolutte skiller mellom hvem som skal ha ventetidsgaranti og hvem som ikke skal ha det. Siden grensen er fleksibel, er det grunn til å tro at sykehusene faktisk vil oppfylle ventetidsgarantien dersom de får en bonus av en viss størrelse. Men garantien kan like gjerne bli oppfylt ved at det er færre som tildeles garanti enn ved at behandlingsskapasiteten for garantipasienter øker. De prioriteringsansvarlige vil nok kunne forsvare dette overfor kolleger ved å si at oppfyllelse av garantien utløser en statlig bonus som gjør det mulig å behandle flere pasienter enn de ellers kunne gjøre. En ubemerket innskjerping av grensen for å få garanti kan derfor forsvares overfor pasientene med at flere vil få behandling, og når man først slipper til, avhenger ikke kvaliteten på behandlingen av om man er tildelt ventetidsgaranti eller ikke. Politikerne ville også kunne være tjent med en slik bonusordning, som kunne medføre mindre negativ oppmerksomhet i media. Men det eneste som har skjedd, er altså at man klassifiserer pasientene på ventelistene på en litt annen måte enn før.

Det er eksempler på at ikke prisvridende øremerkede tilskudd kan være hensiktsmessige for ulike forsøksordninger og ved oppstarting av nye behandlingsformer. Til tross for at det ofte vil være prestisje knyttet til å ta nye behandlingsmetoder i bruk, kan slike tjenester stå svakt i den lokale kampen om ressursene.

Er det så noen grunn til å tro at de prioriteringsansvarlige i norske sykehus i dag tar hensyn til relative kostnader? Hvis de følger den statlige forskrift, er svaret nei. I følge gjeldende retningslinjer for prioritering, skal man nemlig ikke ta hensyn til relative kostnader når man prioriterer behandlingsskapasitet mellom grupper av pasienter. Dette skal jeg utdype i de neste avsnittene.

5 OFFISIELL OG REELL PRIORITERING MELLOM PASIENTGRUPPER I NORGE

Resonnementene i del 4 baserte seg på at de prioriteringsansvarlige la vekt på sykehusets relative kostnader når de foretok prioriteringsbeslutninger med hensyn til å stille kapasitet til rådighet for ulike pasientgrupper. Det innebærer at de foretar økonomisk prioritering. Jeg argumenterte for at det da kunne oppstå en konflikt mellom kostnadseffektivitet og prioriteringseffektivitet. Men er det grunn til å tro at de prioriteringsansvarlige anvender økonomisk tankegang?

Jeg skal argumentere for at de ikke skal legge økonomiske betraktninger til grunn dersom de ønsker å følge den statlige forskrift om prioritering. Staten har pålagt sykehusene å prioritere mellom grupper av pasienter i «Forskrift om ventelistereregistre og prioritering av pasienter. Fastsatt av Sosialdepartementet 25. juli 1990». Her finner man følgende:

«§3-1. Prioriteringer

Institusjonen har plikt til å følge de helsepolitiske målsettinger og nasjonale prioriteringer.

Avdelingsoverlegen skal påse at pasienter på venteliste blir prioritert i samsvar med de nasjonale prioriteringer for helsetjenesten.

§3-2. Første prioritet

Første prioritets behandling er tiltak som er nødvendige i den forstand at det har livstruende konsekvenser dersom de ikke iverksettes raskt.

Første prioritets behandling skal gis umiddelbart, jfr. §2-5, 4. ledd.

§3-3. Annen prioritet

Annen prioritets behandling er tiltak som er nødvendige i den forstand at svikt får katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt for pasientene.

§3-4. Øvrige prioritetsnivå

Pasienter som ikke tilhører første og annen prioritet, må vente til behandlingstilbud foreligger.»

Som kjent er det slik at pasienter som tildeles annen prioritet, samtidig tildeles ventetidsgaranti og skal ha behandling innen seks måneder dersom det er plass ved noen av landets offentlige sykehus.

I følge denne forskriften skal de relative kostnadene ikke influere på prioriteringsbeslutninger. Det skal ikke være mulig å komme seg fra tredje prioritet til annen prioritet selv om behandlingen av en eller annen grunn blir billigere for en pasientgruppe. Dermed skal også prioriteringene mellom grupper av pasienter være uavhengige av den finansieringsformen sykehusene blir stilt overfor.

Myndighetene må da ved direkte reguleringer sørge for at helsepersonellet som foretar prioriteringene, faktisk følger det prioriteringssystem myndighetene ønsker. Men kan direkte regulering bli vellykket med de problemene med å etterprøve/kontrollere beslutninger som eksisterer i helsevesenet? To eksempler kan illustrere at dette i alle fall er problematisk.

Det er kjent at det er stor geografisk variasjon i tildeling av ventetidsgaranti. Ved sykehusene i Rogaland ble 90 % av alle nyhenviste pasienter i fjerde kvartal 1995 tildelt garanti, mens i Telemark var den tilsvarende andelen 30 (St. meld nr 44 (1995-96): Ventetidsgarantien kriterier og finansiering, figur 3.7). En kan selvfølgelig ikke utelukke at fylker som behandler mange pasienter, vil ha mer liberale behandlingsgrenser og derfor en mindre andel pasienter med garanti enn de fylkene som behandler få pasienter. Jeg har ikke sett undersøkelser som belyser dette nærmere.

At dette i alle fall ikke kan forklare hele variasjonen, får en mistanke om når det også er stor variasjon mellom sykehus innenfor samme fylke. Kristoffersen og Piene (1997a) viser at mens 42 prosent av de ortopediske pasienter ved fylkessykehuset i Molde fikk ventetidsgaranti i 1994, var det tilsvarende tallet for fylkessykehuset i Kristiansund 84 prosent. Tilsvarende stor forskjell kan en også finne innenfor fagområdene urologi og øre-nese-hals.

Det virker også som om det er problematisk å oppnå mer ensartet vurdering ved hjelp av å presisere kriteriene for å tildele garanti. Kristoffersen og Piene (1997b) beskriver et forsøk der man valgte ut 40 realistiske sykehistorier innenfor hver av spesialitetene: gynekologi, urologi, ortopedi og øre-nese-hals sykdommer. Et utvalg av spesialister som faktisk foretar prioriteringer innen hvert av områdene, skulle ta stilling til hvem av sykehistoriene som kvalifiserte til garanti og hvem som ikke gjorde det. Utvalget av spesialister ble delt i to: En del av utvalget skulle tildele garanti etter samme skjønn som i dag. Den andre delen av utvalget skulle tildele garanti i henhold til et skjema der pasienten fikk poeng avhengig av egenskaper ved sykehistorien. Det var der kriterier som alene ga ventetidsgaranti. Disse kriteriene var mistanke om kreft, barn og unge der deres utvikling står i fare for å skades, og til slutt tilfeller med risiko for varig eller alvorlig forverring av tilstanden dersom undersøkelse/behandling ikke gis innen 1/2 år. Det var dessuten kriterier der man måtte samle tilstrekkelige poeng langs dimensjoner som depresjon, smerte og mobilitet for å få tildelt garanti. Den sentrale hypotesen var at variasjonen i vurderingene ville være mindre i gruppen som skulle anvende poengskjemaet enn det var i gruppen som skulle anvende dagens skjønn. Men slik gikk det ikke. Forfatterne definerte at det var uenighet i vurderingen av en sykehistorie hvis mellom 20 prosent og 80 prosent av legene mente at pasienten burde få ventetidsgaranti. Innenfor øre-nese-hals lå 22 av de 40 sykehistoriene i dette området med skåreskjema, mens 15 av de

tilsvarende 40 historiene lå i dette området uten poengskjema. Det var samme tendens med de sykehistoriene som hørte hjemme i de andre medisinske fagområdene. Presisering av kriteriene for å tildele ventetidsgaranti ga derfor ingen større samstemmighet mellom legene i denne undersøkelsen.

6 AVLØNNINGSORDNINGER OG PRIORITERINGER I ALLMENNPRAKSIS

For privatpraktiserende leger er det en nær sammenheng mellom legepraksisens inntekter og kostnader og legens private inntekter. Det er derfor grunn til å tro at inntekter og kostnader forbundet med å ta hånd om de ulike pasientgrupper, kan influere på hvor tilgjengelig legetjenesten er og hvilken behandling de ulike gruppene får. Dette er kanskje særlig viktig å tenke gjennom når en står overfor en endring av avlønningsordningene i allmennpraksis ved en eventuell innføring av fastlegeordning. En fastlegeordning vil blant annet innebære at hver innbygger i en kommune henvender seg til en bestemt allmennpraktiserende lege; hvis mulig en lege som vedkommende selv har valgt.

La oss skille mellom to typer av tilskudd fra forsikringsordningen til legepraksisen innenfor en fastlegeordning. Basistilskudd (synonymt med per capita tilskudd) innebærer at legen får en årlig inntekt per person vedkommende har på listen, eventuelt justert for personens alder og andre karakteristika som har sammenheng med det forventede forbruket av legetjenester, men som er uavhengig av personens faktiske forbruk og dermed legens kostnader forbundet med å følge opp vedkommende. En annen avlønningskomponent tar utgangspunkt i de aktiviteter legen utfører i sin praksis. Det vil her være takster for konsultasjoner, samt ulike prosedyrer som utføres i en legepraksis.

Sett nå at legen får en pasient med kroniske plager og stort behov for legetjenester på sin liste. Ved avlønning avhengig av antallet konsultasjoner og prosedyrer, vil det ikke være inntektstap forbundet med å ha en arbeidskrevende person på listen, framfor å ha en person som kommer innom en gang i året. Det vil det derimot være ved basistilskudd. Da vil den eventuelle forskjell i basistilskudd ikke oppveie for at en pasient med kroniske plager påfører legen langt større kostnader enn han som kommer innom en gang i året. Det er derfor ingen økonomiske insitamenter til å yte god service til arbeidskrevende kroniske pasienter. Dersom de blir misfornøyd og vil skifte lege, innebærer det en økonomisk gevinst for legen vedkommende kommer fra. I denne avlønningsordningen er det derfor insitamenter til at arbeidskrevende pasienter blir kasteballer i systemet. De legene som likevel anstrenger seg for å yte god behandling til denne gruppen, vil bli straffet med lavere inntekter enn sine mer kyniske kolleger. En fordel med basistilskudd er at det skaper forutsigbarhet i utgiftene for forsikringsordningen. Utgiftene kan bestemmes så snart man kjenner befolkningens størrelse og alderssammensetning og satsene for basistilskuddet.

I fastlegeforsøket som nylig ble gjennomført i Norge, var avlønningsordningen en kombinasjon av basistilskudd og konsultasjons- og prosedyreavhengige takster. Dette kan tolkes som en avveining av de rendyrkede ordningenes ønskede og uønskede effekter.

7 EMPIRISKE UNDERSØKELSER

Så vidt jeg kjenner til, er det snaut med empiriske undersøkelser som belyser sammenhenger mellom finansieringsmåte og prioritering av pasientgrupper i norske sykehus. Jeg gjorde selv en liten undersøkelse i forbindelse med økningen av taksene for kirurgisk dagbehandling i 1989 (Iversen, 1997). Her fant jeg tegn på at de

relative takstene mellom ulike behandlinger hadde betydning for andelen av pasientene som ble behandlet med dagkirurgi (alternativet er innleggelse). Jeg fant ingen (statistisk signifikante) tegn på at de relative takstene hadde innflytelse på hvilke pasientgrupper som ble prioritert innenfor gruppen som ble behandlet med dagkirurgi.

I Stockholms län har sykehusene siden 1993 fått sine inntekter i forhold til utførte behandlinger korrigert for pasientsammensetning på basis av DRG-vekter. I evalueringen av denne reformen (Svensson och Garelius, 1994) fant man ingen klare effekter på prioriteringsbeslutninger på grunnlag av aktivitetsdata og spørreundersøkelser. Evalueringen muliggjorde imidlertid i liten grad å skille effekten av stykkprisfinansiering fra effekten av andre endringer som hadde funnet sted. Samtidig sa flere av de spurte legene i dybdeintervjuer at de ikke ville utelukke at økonomiske hensyn kunne påvirke prioriteringer i framtiden. De ville ikke selv ta slike hensyn, men de var urolige for hva deres kolleger ved andre klinikker kunne finne på.

Det fins flere studier fra USA og Canada om effekten av relative kostnader på prioriteringsbeslutninger. Dette dreier seg ofte om privatpraktiserende leger som opplever større forbindelser mellom relative kostnader og egne inntekter enn tilfellet vil være for offentlige ansatte leger i Norden. Escarce (1993) og Hurley and Labelle (1995) undersøkte om de kunne finne sammenhenger mellom relative kostnader og antallet behandlinger for en del vanlige kirurgiske behandlinger i henholdsvis USA og Canada uten å finne entydige effekter. I Newhouse (1996) er det et sentralt poeng at forsikringsordninger som har avlønningsordninger som oppmuntrer til kostnadseffektivitet i produksjonen av helsetjenester («managed care plans»), vil tiltrekke seg friskere medlemmer enn de ordningene som har refusjon av faktiske utgifter. Denne seleksjonen av medlemmer vil medføre at gruppene med stor risiko for sykdom i mindre grad vil bli subsidiert av de gruppene som har liten risiko for sykdom. Newhouse refererer empiriske studier som viser dette. Studier av hvordan sykehusfinansieringen påvirker sammensetningen av sykehusenes pasienter er det imidlertid færre av. De studiene Newhouse refererer, trekker imidlertid i den retningen en kan forvente når en legger en økonomisk prioriteringsmåte til grunn.

8 NOEN AVSLUTTENDE NORMATIVE BETRAKTNINGER

I oppdraget fra Prioriteringsutvalget blir jeg også bedt om å belyse » b) hvordan ulike finansieringsmåter kan tenkes brukt for å oppnå ønskede prioriteringer». Jeg legger til grunn at de ønskede prioriteringer som gjelder i dag uttrykkes gjennom «Forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter. Fastsatt av Sosialdepartementet 25. juli 1990». Et hovedpoeng i del 5 av dette notatet var at de lokale prioriteringsansvarlige som følger departementets forskrift, ikke skal la seg påvirke av måten pasientbehandling finansieres på. Med dagens system skal derfor ikke staten bruke finansieringsordningen for å oppnå ønskede prioriteringer. Å gjøre det, er inkonsistent med hvordan de ønskede prioriteringer er uttrykt.

Men sett nå at Prioriteringsutvalget kommer fram til at man i større grad enn i dag vil tilrå å bruke kostnads-nyttevurderinger til å prioritere mellom pasientgrupper. Da følger det at relative kostnader skal ha betydning for prioritering mellom grupper av pasienter. Man vil da i motsetning til å dag anbefale å bruke en økonomisk prioriteringsmåte (i alle fall til en viss grad). Hvis dette blir gjennomført, må staten gi de lokale prioriteringsansvarlige melding om at de fra nå av skal ta hensyn til behandlingenes relative kostnader når de prioriterer behandlingsskapasitet mellom pasientgrupper.

Mens staten tar utgangspunkt i de samfunnsmessige kostnadene, må de lokale beslutningstakere forventes å ta utgangspunkt i kostnadene, slik de påløper i de lokale regnskapene. Dette har to viktige implikasjoner. For det første kan avvik mellom lokaløkonomiske og samfunnsøkonomiske kostnader forventes å hindre prioriteringseffektivitet. For det andre kan vridninger i de relative kostnadene som oppstår på grunn av et mangelfullt beregningsgrunnlag for innsatsstyrt finansiering også kunne forventes å forhindre prioriteringseffektivitet. Konflikten mellom kostnadseffektivitet og prioriteringseffektivitet, slik jeg framstilte den i del 4.2 av notatet, kan da vise seg å bli synlig også i praktisk helsepolitikk i forbindelse med valg av finansieringsordning.

Referanser:

Carlsen, Fredrik, 1995, Hvorfor rammefinansieringssystemet sviktet, Norsk statsvitenskapelig tidsskrift 11, 133-149.

Elster, Jon, 1992, Local justice. How institutions allocate scarce goods and necessary burdens (Cambridge University Press, Cambridge).

Escarce, Jose J., 1993, Effects of the relative fee structure on the use of surgical operations, Health Services Research 28, 479-502.

Hurley, Jeremiah and Roberta Labelle, 1995, Relative fees and the utilization of physicians' services in Canada, Health Economics 4, 419-38.

Hagen, Terje P., 1996, Effekter av øremerkede tilskudd til fylkeskommunen, NIBR-notat 1996:112 (Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo).

Hagen, Terje P. og Iversen, Tor, 1996, Modeller for finansiering av sykehustjenester, Sosialøkonomen 10/96, 32-39.

Iversen, Tor, 1997, Clinical response of salaried consultants to economic incentives, in P. Zweifel (ed.): Advances in Health Economics (Kluwer Academic Publishers, Dordrecht), in press.

Kristoffersen, Marit og Piene, Hroar, 1997a, Ventelistegarantiordningen. Variasjon i andel som får ventelistegaranti, Tidsskrift for Den norske lægeforening 117, 361-365.

Kristoffersen, Marit og Piene, Hroar, 1997b, Kriterier for å få ventelistegaranti. Forsøk på presisering, Tidsskrift for Den norske lægeforening 117, 358-361.

Newhouse, Joseph P., 1996, Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production versus selection, Journal of Economic Literature 34, 1236-1263.

NOU 1997:8, Om finansiering av kommunesektoren (Statens trykning, Oslo).

Svensson, Helene och Garelius, Louise, 1994, Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? Utvärdering av Stockholmsmodellen, SPRI-rapport 392 (SPRI, Stockholm).

Wulff, Henrik R., 1995, Den samaritanske pligt : det etiske grundlag for det danske sundhedsvæsen (Munksgaard, København).

Vedlegg 4

Referanser

- Aaron H., Schwartz W.B. «Rationing Health Care: The Choice Before Us». *Science* 1990; 247:418-422.
- Aaron H., Schwartz W.B. *The Painful Prescription*. Washington: The Brookings Institution, 1984.
- Beitz C. *Political Equality*. Princeton: Princeton University Press, 1989.
- Bjørndal A., Guldvåg B. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 1996; 116: 943-944.
- Brinch L., Evensen S.A., Blomhoff J.P., Albrechtsen D. «Prioritering i praksis. - Tenke det; ønske det; men gjøre det!» *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1993;113:3392-3394.
- Calabresi G., Bobbitt P. *Tragic Choices*. New York: W.W. Norton & Company, 1978.
- Daniels N. Just Rationing: «Programmatic Considerations». *Bioethics* 1993; 7:224-233.
- Daniels N., Sabin J.E. The Yin and Yang of Health Care System Reform. Professional and Political Strategies for Setting Limits. *Archives of Family Medicine* 1995; 4:67-71.
- Det etiske råd. *Prioritering i sundhedsvæsenet - en redegørelse*. Danmark 1996
- Det etiske råd. *Prioritering inden sundhedsvæsenet - et debatoplæg*. Danmark 1995.
- Drummond M.F. «Output Measurement for Resource-Allocation Decisions in Health Care». I: McGurie A., Fenn P., Mayhew K. Red. *Providing Health Care. The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*. Oxford: Oxford University Press, 1991: 99-119.
- Drummond M.F., Stoddart G.L. og Torrance G.W. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- Drummond M.F., Torrance G.W., Mason J. «Cost-Effectiveness League Tables: More Harm than Good?» *Soc Sci Med* 1993; 37:33-40.
- Eddy D.M. «Comparing Benefits and Harms: The Balance Sheet». *Journal of the American Association* 1990h; 263:2493, 2498, 2501.
- Eddy D.M. «Guidelines for Policy Statements: The Explicit Approach». *Journal of the American Association* 1990d; 263:2239-2240, 2243.
- Eddy D.M. Oregon's Methods. «Did Cost-Effectiveness Analysis Fail?» *Journal of the American Association* 1991a; 266:2135-2141.
- Eddy D.M. Practice Policies - «Guidelines for Methods». *Journal of the American Association* 1990e; 263:1839-1841.
- Eddy D.M. *Should We Change the Rules for Evaluating Medical Technologies?* I: Gelijns A.C. Red. *Modern Methods of Clinical Investigation*. Washington DC: National Academy Press, 1990a; 117-134.
- Edgar W. *National Priority Setting in New Zealand. The Experience of the National Health Committee over the Last Five Years*. Foredrag presentert på the First International Conference on Priorities in Health Care, Stockholm, 1996.
- Eide M. og Hernes G. *Massemedia og helseprioriteringer. Vedlegg i NOU 1987: 23: Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.

- Elster J. *Local Justice* . New York: Russel Sage Foundation, 1992.
- Evensen S.A. «Kvalitetsvurdering i sykehus nå». Tidsskrift for Den norske lægeforening 1990; 18: 2333.
- Field M.J., Lohr K.N. Red. *Guidelines for Clinical Practice* . From Development to Use. Washington DC. National Academy Press, 1992.
- Frankel S. and West R. Red. *Rationing and Rationality in the National Health Service. The Persistence of Waiting Lists* . London: MacMillan, 1993.
- Gerard K., Mooney G. «QALY League Tables. Handle With Care». Health Economics 1993; 2:59-64.
- Grimshaw J.M., Russel I.T. «Effect of Clinical Guidelines on Medical Practice: A Systematic Review of Rigorous Evaluations». Lancet 1993; 342:1317-1322.
- Gulbrandsen I. Garantert behandling? Evaluering av ordningen med prioritering av pasienter. Utredningsrapport nr U 3-1994. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1994.
- Guldvåg B. Meningsløse ventetidsgarantier. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1997; 117: 329.
- Hadorn D.C. «Setting Health Care Priorities in Oregon. Cost-Effectiveness Meets the Rule of Rescue». Journal of the American Association 1991; 265:2218-2225.
- Hadorn D.C., Holmes A.C. «The New Zealand priority criteria project». British Medical Journal 1997; 314.
- Hagen T.P. Eldreomsorgen i Norge 1992-1995. NIBR-Rapport, Oslo 1997.
- Hagen T.P.: *Ingen legefukt, men* NIBR, notat 1996:108.
- Ham C. «Health Care Rationing». British Medical Journal 1995; 310:1483-1484.
- Harris J. «QALYfying the Value of Life». Jour Med Ethics 1987; 13: 117-23.
- Harrison S. and Hunter D.J. *Rationing Health Care* . London: Institute for Public Policy Research, 1994.
- Helsedirektoratet. *Benmargstransplantasjon i Norge*. Helsedirektoratets utredningsserie 6-92. Oslo: Helsedirektoratet, 1992.
- Hjort P.F. *Prioritering av medisinske satsningsområder og prioritering mellom pasienter. Nye utfordringer for helsejussen ?* I.: Kjønstad A, Syse A. Red. Helseprioriteringer og pasientrettigheter. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992: 39-54.
- Holm S. Solidarity, Justice, and Health Care Priorities. I.: Szawarski Z., Evans D. *Solidarity, Justice and Health Care Priorities* . Linköping: Health Service Studies 8; 1993: 53-64.
- Honingsbaum F., Calltorp J, Ham C., Holmströms. *Priority Setting Processes for Healthcare in Oregon, USA; New Zealand; the Netherlands; Sweden; and the United Kingdom* . Oxford: Radcliffe Medical Press, 1995.
- Jørgensen S., Eldøen G., Jørgensen. *Ventelistepasienter - garantert rett plass i køen? Periodetall for 1994 fra somatiske sykehus*. Trondheim: SINTEF-NIS, Rapport 2/96, 1996.
- Keiding S. «Prioritering ved organtransplantasjoner». Nord Med 1994; 109: 340-344.
- Kilner J.F. *Who Lives? Who Dies? Ethical Criteria in Patient Selection* . New Haven & London: Yale University Press, 1990.
- Kind P., Rosser R., Williams A. *Valuation of Quality of Life. Some Psychometric Evidence* . I.: Jones-Lee M. Red. Valuation of Quality of Life. Amsterdam: North-Holland, 1982.
- Klein R. «Dimensions of Rationing: Who Should Do What?» BMJ 1993; 307:309-311.

Klevit H., Bates A.C. *Prioritization of Health Care Services*. A Progress Report by the Oregon Health Services Commission. Arch Intern Med 1991; 151:912-916.

Kristensen F.K.O.F., Jacobsen J.E. «Praktisk kostnadsanalyse av høykostnadsmedisinen ved Rikshospitalet - hvordan verdsetter vi virksomheten?» Tidsskrift for Den norske lægeforen 1994; 114: 2505-2509.

Kristoffersen M., Piene H. «Ventelistegarantiordningen. Variasjon i andel som får ventelistegaranti.» Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1997; 117: 361-365.

Krom R.A. «Liver Transplantation and Alcohol: Who Should Get Transplants?» Hepatology 1994; 20:28S-32S.

Lara M.E., Goodman C. Red. *National Priorities for the Assessment of Clinical Conditions and Medical Technologies*. Washington DC. National Academy Press, 1990.

Mechanic D. «Dilemmas in Rationing Health Care Services: The Case for Implicit Rationing.» British Medical Journal 1995; 310:1655-1659.

Miles S.H. Medical Futility. Law, Medicine & Health Care 1992; 20(4):310-315.

Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs. *Choices in Health Care*. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs. 1992.

National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services. *Fourth annual report*, Wellington, New Zealand, september 1995.

National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services. *Ethical Issues in Defining Core Services*. Discussion Papers prepared for. Wellington, New Zealand, Juli, 1993.

National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services. *The best of Health. Deciding on the Health Services We Value Most*, Wellington, New Zealand, 1992.

National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services. *The best of Health. How We Decide on the Health and Disability Support Services We Value Most*. Wellington, New Zealand, 1993.

National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services. *Core Services for 1995/96 Third report of the National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services*. Wellington, New Zealand, 1994.

New B., on behalf of the Rationing Agenda Group. «The Rationing Agenda in the NHS.» BMJ 1996; 312:1593-1601.

Nord E. «Norske helsepolitikere ønsker ikke mest mulig helse for hver krone.» Tidsskrift for Den norske lægeforening 1993; 113:1371-1373.

Nord E. «The Relevance of Health State after Treatment in Prioritising between Different Patients». Journal of Medical Ethics 1993; 19:37-42.

Nord E. *Fra seminarserie om veiledende verdittall for prioritering i helsevesenet*. Oslo. Folkehelsa. 1993.

Nord E., Richardson J., Street A., Kuhse H., Singer P. «Who Cares About Costs? Does Economic Analysis Impose or Reflect Social Values?» Health Policy 1995; 34:79-94.

NOU 1987: 23: *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.

NOU 1996:5: *Hvem skal eie sykehusene?* NOU 1997: 7. *Piller, prioritering og politikk. Hva slags refusjonsordninger trenger pasienter og samfunn?* Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1997

NOU 1997:2: *Ledelse og organisering i sykehus*.

Oregon, USA. *Prioritization of Health Services*. OREGON. A Report to the Governor and Legislature, 1991.

Piense R., Hauge H.K., Nyen P.A. «Ventelistegaranti og køer i helsevesenet, noen teoretiske refleksjoner». Tidsskrift for Den norske lægeforening nr.3, 1997:370-374.

Public forums. *A Report on the Public Forums held to discuss Priority Criteria Setting for Cataract Removal and Coronary Artery Bypass Grafting and Angioplasty*. A report to the National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services, Wellington, New Zealand, 1995.

Rosser R., Kind P. «A Scale of Valuations of States of Illness. Is there a Social Consensus?» Int Journ Epid 1978; 347-358.

Smith R. Rationing: «The Debate We Have To Have». British Medical Journal 1995; 310:686

Socialdepartementet. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, Regjeringens proposition. Sverige 1996/97:60.

Sosial- og helsedepartementet. *Et helhetlig system for nyttevurdering av medisinsk praksis, organisering av medisinsk teknologivurdering i Norge*. Rapport fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 28.juni 1996.

Sosial- og helsedepartementet. *Prioritering innen palliativ kreftbehandling*. Helsetilsynets utredningsserie 2-96. Sosial- og helsedepartementet. 1996.

SOU 1995:5 «Vårdens svåra val-slutbetänkande av Prioriteringsutredningen» Socialdepartementet, Stockholm, Sverige, 1995.

Statens helsetilsyn. *Kriterier for tre og seks måneders ventelistegaranti-vurdering, forslag og konsekvensanalyse*. Statens helsetilsyn, Notat 061195.

Statens helsetilsyn. *Prioritering innen hjertekirurgi*. Helsetilsynets utredningsserie 6-95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995.

Stortingsmelding nr. 41 (1987-88) *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*.

Strosberg M.A., Wiener J.M., Baker R. Red. *Rationing America's Medical Care. The Oregon Plan and Beyond*. Washington DC. The Brooking Institution, 1992.

Tannenbaum S.J. «What Physicians Know». New Engl Jour Med 1993; 329:17:1268-1270.

US Government Printing Office. Office of Technology Assessment. *Identifying Health Technologies that Work: Searching for Evidence*. US Congress, OTA-H-608. Washington DC: US Government Printing Office, 1994.

Vithayathil E. «Access to Heart Surgery for Smokers. The NHS Can't Treat Only Saints». British Medical Journal 1993; 306:1408-1409.

Williams A. «Economics of Coronary Artery Bypass Grafting». British Medical Journal 1985; 291:326-329.

Williams A. *Economics, Society and Health Care Ethics*. I.: Gillon R. Principles of Health Care Ethics. Chichester: John Wiley & Sons, 1994: 829-842.

Wølneberg, Jan m.fl.:Ventsys- 95. Prosjektrapport om nytt ventelistesystem. Kommuneforlaget, Oslo 1995.

Åbyholm G., Riise G., Melsom M.N., Piense H., Gulbrandsen I. Ventetidsgarantien og garantibrudd. Karakteristika ved pasienter som venter mer enn fem måneder. Tidsskrift for Den norske lægeforening nr.3, 1997: 366-368.

