

Prioritering i den norske helsetjenesten

Berit Bringedal

I de siste 30 årene har man i de fleste OECD-land hatt en økende erkjennelse av at helsebudsjettene kan sprengre alle grenser, og et tilsvarende økende fokus på hvordan man kan begrense og styre ressursbruken i helsetjenesten.

I Norge, i likhet med mange andre land, har man særlig fokusert på to virkemidler i denne situasjonen: Finansieringsmåte og retningslinjer for prioriteringer. I artikkelen gis en beskrivelse av hvordan disse to virkemidlene har vært brukt, og hvilke effekter de har hatt. Det hevdes at en viktig årsak til at retningslinjer for prioriteringer får relativt liten effekt på de reelle prioriteringene sammenlignet med finansieringssystemet, er at det siste er et langt mer kraftfullt virkemiddel. For å realisere en fordeling av helsetjenestens ressurser i tråd med prioriteringsmålsetningene er det da nødvendig å bedre samsvaret mellom de ulike virkemidlene slik at de drar i samme retning.

Berit Bringedal er seniorrådgiver i Sosial- og helsedirektoratet, avdeling for retningslinjer, kvalitet og prioriteringer, og hennes arbeidsområde er særlig knyttet til sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet. Hun har doktorgrad i sosiologi med en avhandling om fordelingsrettferdighet i helsetjenesten.

Kontakt: Berit Bringedal, Sosial- og helsedirektoratet, avd. for retningslinjer, kvalitet og prioriteringer, Pb 8054 Dep, 0031 Oslo. E-post: berit.bringedal@shdir.no

Helsepolitikken i Norge har gått fra optimistisk betalingsvilje til en økende erkjennelse av at budsjettene kan sprengre alle grenser, med påfølgende reduksjon i veksten i helsetjenestens ressurser. Siden 70-tallet har myndighetene i økende grad vært opptatt av å bruke ressursene bedre, heller enn å øke ressursrammen. Dette har Norge til felles med de fleste vestlige land. Alle erfarer det samme, etterspørselen er stadig større i forhold til tilbudet. I denne situasjonen ser det ut til at det er særlig to typer virkemidler som myndighetene tar i bruk. Det ene er

finansieringssystemet, det andre er fokus på prioriteringer, særlig gjennom retningslinjer, lovverk og forskrift for prioriteringer.

Det følger av denne tilnærmingen at all politikk i en viss forstand er prioriteringspolitikk. Både den økonomiske styringen av helsetjenesten, lovreguleringen og de faglige retningslinjene har prioriteringsimplikasjoner; de fører til at enkelte oppgaver blir prioritert opp mens andre prioriteres ned.

I denne artikkelen skal jeg beskrive hvordan finansiering og retningslinjer for prioriteringer har vært brukt og brukes i Norge

med vekt på virkninger på prioriteringer mellom oppgaver i helsetjenesten. Jeg gir først en kort historisk gjennomgang, deretter ser jeg nærmere på dagens situasjon og noen av de utfordringer vi i dag står overfor når det gjelder å forbedre prioriteringene.

Finansiering som virkemiddel for bedre prioriteringer¹

I Norge har finansieringspolitikken for helsetjenester i de siste 30 årene pendlet mellom to hovedmodeller, henholdsvis stykkpris- og rammefinansiering. Finansieringsmåten har hele tiden vært sett på som et insentivsystem for aktørene i helsetjenesten. Da man gikk bort fra det såkalte "kurdøgnssystemet" på 70-tallet, der sykehusene fikk betalt etter antall liggedøgn ved sykehuset, var bakgrunnen at systemet ikke representerte det riktige insentivsystemet: Det "*kan i visse tilfeller stimulere meget sterkt til en økning i utgiftene, eller en prioritering av dyrere behandlingsformer i forhold til behandlingsformer med lavere eller ingen tilskudd av folketrygdmidler*", het det i St. meld. nr 9 (1974-75).

I 1978 ble dermed rammefinansieringssystemet innført (Ot. prp. 1 (1978-79)) med intensjon å unngå at finansieringssystemet skulle inspirere til å maksimere inntekt/frie budsjettmidler framfor å fordele ressursene effektivt. Dette systemet innebærer at forvaltningsenheten får tildelt et generelt budsjett (en ramme) som de selv skal fordele etter lokale behov. Ideen var at rammefinansiering skulle stimulere til kostnadseffektiv drift ved at besparelser skulle komme forvaltningsenheten selv til gode.² Fram til 2001 var denne forvaltningsenheten fylkeskommunene.

I løpet av 80-tallet erfarte man at rammefinansieringssystemet ikke virket etter intensjonene. Sykehusene hadde til dels

store budsjettoverskridelser (Solstad, 1996) og mange hevdet at kostnadene økte uten en tilsvarende økning i behandlingsmengden (Carlsen 1990, Hagen og Sørensen, 1994). En ramme uten måling av bruken av rammen gir ikke insentiver til effektivitet, og det kan være grunn til å mistenke at større budsjetter gir mer sløsing. Fra og med 1. juli 1997 ble dermed innsatsstyrt finansiering (ISF) innført for sykehusene. I departementets vurdering heter det at rammefinansieringsordningen "*... inneholder i liten grad elementer som stimulerer til økt behandlingsaktivitet. Tvert om, jo flere pasienter sykehuset behandler, desto dårligere råd får sykehuset*" (SHD, 1998). ISF-systemet skulle gjøre sykehusenes inntektsside avhengig av deres faktiske aktivitet: "*For hver innlagte, somatiske pasient sykehuset behandler, dekker staten en andel av det det koster å behandle denne pasienten*" (op.cit.). I tillegg til stykkprisen som dekket om lag halvparten av behandlingstkostnadene fikk fylkeskommunen den resterende andel som rammetilskudd. Dette finansieringssystemet er fortsatt gjeldende.

Fra 1. januar 2002 ble spesialisthelsetjenesten i Norge reorganisert. For det første ble eierskapet overført fra fylkeskommunen til staten. For det andre ble sykehusene organisert i foretaksmodeller, etter modell fra privat næringsliv. Styringsmessig innebærer dette, blant annet, at det lokale politiske nivå er fjernet. Mens spesialisthelsetjenesten tidligere var fylkestingenes politiske ansvar, er ansvaret nå plassert i foretakenes styrer. Disse styrene består av oppnevnte medlemmer og ansattes representanter. Et tredje element i omorganiseringen var å styrke samordningen av tilbud i et større geografisk område enn tidligere, der 19 fylkeskommuner hadde varierende interesse av å samordne tjenestene seg i mellom. I dag er det etablert

fem regionale helseforetak (RHF), og disse har ansvaret for å sørge for den lovpålagte spesialisthelsetjenesten i sin region.

Finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten er stadig gjenstand for hodebry. Erfaringene etter knapt to år med den nye organisasjonsmodellen, og det gamle ISF-systemet, er en sterk aktivitetsøkning i somatikken med påfølgende press på det samlede helsebudsjettet. Regjeringen Bondevik nedsatte 1. januar 2002 et offentlig utvalg som skulle utrede en endret finansieringsmodell for spesialisthelsetjenesten, og de leverte sin innstilling ved utgangen av året (NOU 2003: 1). Det er ventet en stortingsmelding på dette i løpet av høsten, men vi kan ikke nå si hva konklusjonen på denne blir. Utvalgets konklusjon var delt i et flertall og et mindretall, der mindretallet gikk inn for å opprettholde en modifisert variant av dagens system, mens flertallet anbefalte at samtlige oppgaver for spesialisthelsetjenesten ble stykkprisberegnet og at foretakenes budsjetter ble fastsatt i overensstemmelse med disse prisene. Et slikt system kan dermed betraktes som en kombinasjon av ramme og stykkpris.³

Når det gjelder det overordnede spørsmålet om finansieringsmodellen bidrar til de riktige prioriteringene i helsetjenesten, er det et spørsmål som er vanskelig eller umulig å besvare med det informasjonsgrunnlaget vi har i dag. Et helsepolitisk mål har vært å redusere ventetidene. Dette er langt på vei realisert. Det er imidlertid ikke åpenbart at dette er i overensstemmelse med prioriteringsmålsetningene. For enkelte tjenester kan det hende at det bør være ventelister, for andre at kapasiteten bør utvides i forhold til dagens tilbud. Det er for eksempel ikke kø foran tilbud som ikke eksisterer. At det også trolig bør være en viss ventetid for enkelte tjenester kan illustreres med enkelte tilstander går over mens pasienten står i kø. Det er for

eksempel sagt at overkapasitet innen ØNH kan føre til at en forkjølelse blir behandlet av spesialist. Hvis vedkommende pasient hadde stått i kø i 14 dager, ville tilstanden ha gått over av seg selv. Det generelle poeng er at det, fra et prioriteringsperspektiv, ikke er noe nødvendig samsvar mellom å øke aktiviteten med påfølgende reduserte ventelister, og de riktige prioriteringer.

Et overordnet spørsmål jeg ble bedt om å besvare i denne artikkelen var hvorvidt utredninger og policydokument har hatt noen effekt på prioriteringene i norsk helsevesen. Som kjent var Norge det første vestlige land til å formulere retningslinjer for prioriteringer innen helsetjenesten, med NOU 1987: 23. Spørsmålet er hva som har skjedd i Norge etter dette?

Det første jeg vil legge vekt på er at prioriteringsverktøy er mer enn retningslinjer og forskrifter. Kanskje er virkemidler som finansieringssystem, utdanningskapasitet og organisering av helsetjenesten mer betydningsfulle ordninger for de reelle prioriteringene enn retningslinjer og fokus på det som eksplisitt benevnes som "prioriteringspolitikk". Til spørsmålet om policydokument og generelle målformuleringer har effekt er det da interessant å se på samsvaret mellom de styringsordninger som etableres og de prioriteringsmålsetningene som er formulert.

Når det gjelder reformen i spesialisthelsetjenesten og finansieringssystemet for denne er det mest fremtredende trekket at aktiviteten innen somatikken har økt. Det ser ut til å være et økt fokus på inntjeningspotensiale og effektiv ressursbruk i foretakene, dels fordi RHF'ene og deres underliggende helseforetak har fått et tydeligere plassert ansvar for å holde budsjettene, og dels fordi de økonomiske insentivene legger sterke føringer for dette. Den norske Riksrevisjonen har nylig publisert resultater fra sin

undersøkelse av hvordan sykehusene bruker ressursene og hvilke prioriteringer som blir gjort. Flere av sykehusene går bevisst etter de mest lønnsomme pasientene, hevder de i sin rapport (Aftenposten, 30 sept 2003).

Finansieringssystemet er utformet for å bidra til at ressursene blir utnyttet effektivt, og dette samsvarer med et overordnet mål for prioriteringene, dersom vi får effektiv produksjon av det som er målene for virksomheten. Samtidig kan enkelte data indikere at systemet legger føringer som står i motsetning til andre prioriteringshensyn. Prioritering av pasienter etter hvor god sykehusets inntjening har, er åpenbart i strid med fordelingsmålsetningene.

Retningslinjer for prioriteringer som virkemiddel for bedre prioriteringer

Det er stor forskjell på hvor kraftfulle ulike styringsverktøy er, både med hensyn til hvor omfattende virkninger de gir og hvor raskt endringene oppstår. Det kan være grunn til å hevde at finansieringsmåte er særlig kraftfullt i så måte, mens det er noe mer usikkert hvilke reelle prioriteringsvirkninger vi kan spore av retningslinjer og andre policydokument som formulerer prioriteringsmålene.

Jeg skal i det følgende gjennomgå noe av det som vi med rimelighet kan hevde er direkte resultater av det arbeidet som startet med de første retningslinjene fra 1987.

Lover og forskrifter¹

De første retningslinjene for prioritering i norsk helsetjeneste, som ble formulert i form av en innstilling fra det regjeringsoppnevnte utvalget under ledelse av professor i teologi Inge Lønning (NOU 1987: 23, ofte kalt Lønning 1), dannet grunnlaget for en forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter av 25. juli 1990 (med hjemmel i sykehuslo-

Socialmedicinsk tidsskrift nr 5/2003

ven av 1969 og lov om psykisk helsevern av 1961). Forskriften anga kriterier for prioritering av pasienter til sykehusbehandling, i overensstemmelse med kriteriene slik de var formulert i retningslinjene.⁵ Forskriften krevde at pasienter i prioriteringsgruppe 1 skulle gis behandling umiddelbart, mens fylkeskommunen var pliktig til å gi pasienter i prioriteringsgruppe 2 et tilbud snarest mulig og senest innen seks måneder. Denne pasientgruppen ble etter hvert benevnt "garantipasienter". Det utviklet seg et sterkt politisk press i kjølvannet av dette grunnet det store antall brudd på garantien (Norheim, 2003).

Forskriften ble erstattet med en forskrift om ventetidsgarantien av 27. juni 1997. Den nye forskriften inkorporerte argumenter som ble fremsatt i de 2. nasjonale retningslinjer for prioriteringer som ble formulert i NOU 1997: 18. Også dette utvalget ble ledet av Inge Lønning, og kalles ofte Lønning 2 innstillingen. Her hadde man blant annet en vurdering av hvorfor de første retningslinjene hadde fått så liten praktisk effekt, og et sentralt argument var at alvorlighetsgrad var for sterkt vektlagt i de første retningslinjene. Anbefalingen var å legge større vekt på hensynet til forventet effekt av behandlingen, i tillegg til at kostnadseffektivitet ble innført som et selvstendig kriterium. Både kravet til at behandlingen skulle ha effekt og at det skulle være et "akseptabelt" forhold mellom forventete resultater og kostnadene ble innarbeidet i den nye forskriften (§ 8).

Forskriften om ventetidsgaranti ble erstattet i 2000 med en forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp. Det hadde pågått en diskusjon om visse pasientgrupper burde gis en juridisk rett til helsetjenester, altså at rettighetsfesting skulle brukes som prioriteringsverktøy. Et stortingsflertall gikk inn for dette, og en ny

pasientrettighetslov trådte i kraft 1. januar 2002. Prioriteringsforskriften kan sees som en presisering av pasientrettighetsloven. I loven heter det at "Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp..." (§2-1), men at "Retten til helsehjelp gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt" (§2-1). Forskriften presiserer hva som menes med effekt, men gjentar den generelle formuleringen om at kostnadene må stå i et "rimelig" forhold til tiltakets effekt uten en ytterligere presisering av hva "rimelig" betyr.

Både den gjeldende pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften presiserer retten til helsehjelp i overensstemmelse med prioriteringskriteriene slik de ble formulert i Lønning 2. At helsehjelpen ble rettighetsfestet er imidlertid i strid med dette utvalgets anbefalinger. I diskusjonen av dette stiller utvalget seg tvilende til at rettighetsfesting vil føre til bedre prioriteringer: "Det vil, etter utvalgets vurdering, være positivt om det fantes en ordning som forpliktet myndighetene til å prioritere tilbud til de høyest prioriterte grupper ... Utvalget er imidlertid i tvil om en individbasert rettighet, selv av begrenset omfang, vil virke på en slik måte." (s 121).

Faglige og administrative ordninger

Lønning 2 utvalget anbefalte en beslutningsprosess for prioriteringer som består av en vertikal og en horisontal prioriteringsprosess. Den vertikale prioriteringen skulle faggrupper stå for, disse skulle gi anbefalinger om rangeringer av tiltak innen sitt fagområde. Basert på slike vertikale prioriteringer foreslo utvalget at politiske og administrative beslutningstakere foretok en horisontal prioritering mellom gruppene: "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" (s 97). Utvalget anbefalte at deler av den horisontale prioriteringen skulle forestås av et permanent prioriteringsutvalg.

De omtalte faggruppene er foreløpig ikke systematisk etablert i Norge, men det er forventet at Sosial- og Helsedirektoratet starter dette arbeidet nå⁶. Det har vært, og er, enkelte faggrupper⁷ som har utarbeidet retningslinjer og prioriteringer for arbeidet innen enkeltområder, men disse forsøkene har foreløpig ikke fått noen etablert posisjon som skissert i Lønning 2 utvalgets forslag til prioriteringsprosess.

Forslaget om etablering av et permanent prioriteringsråd ble fulgt opp. I St. meld. 26 (1999-2000), den såkalte Verdimeldinga, sies det at Lønning 2 skal følges opp og det foreslås deriblant at et nasjonalt prioriteringsråd skal oppnevnes. Regjeringen Bondevik oppnevnte Nasjonalt råd for prioriteringer i norsk helsevesen i 2000. Rådet består av 18 medlemmer med bredt sammensatt bakgrunn selv om flertallet representerer ulike deler av helsetjenesten. Utvalget er i mandatet forventet å gi helseministeren råd, enten egeninitiert eller på forespørsel, samt å bidra til den offentlige opplysning om prioriteringsspørsmål. Rådet har behandlet saker om enkelttiltak, som spørsmål om egenbetaling av mammografiscreening og IVF, og større politikkområder, som spørsmålet om ny finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten og tiltak rettet mot forebygging av psykiske lidelser hos barn og unge. Rådet har fått bestillinger fra helsedepartementet kun i begrenset grad. En viktig bestilling er imidlertid ønsket om at Rådet fra og med i år kommer med innspill til statens styringsdokument til RHF'ene. Se ellers Prioriterings-

rådets årsmelding (www.shdir.no).

Sekretariatet for Prioriteringsrådet ble etter omorganiseringen av den statlige helseforvaltningen i 2002 lagt til Sosial- og helsedirektoratet. Prioriteringsgruppa utfører sekretariatsfunksjonen for rådet og har utredningsoppgaver på prioriteringsområdet på vegne av direktoratet. Dette fagområdet er avdelingsmessig plassert sammen med den gruppen som har ansvaret for overordnede strategier for retningslinjearbeidet kvalitetsutvikling. Dette reflekterer, og gir mulighet for, at retningslinjer, kvalitet og prioriteringer sees i sammenheng.

Lønning 2-innstillingen la vekt på at et vesentlig grunnlag for gode prioriteringer er relevant kunnskap. Når de relevante prioriteringskriteriene er definert som alvorlighetsgrad, medisinsk effekt og kostnader ved behandlingen, er det avgjørende å ha velbegrunnede estimat både på den forventede medisinske effekt av et gitt tiltak og kostnadene ved tiltaket. I 1997 ble Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) etablert, med oppgave å vurdere den medisinske effekten av ulike (nye) medisinske tiltak, altså å fremme de evidensbaserte valgene. Som dette tidsskriftets lesere trolig er kjente med, skiller det britiske NICE (National Institute of Clinical Excellence) mellom "assessment" og "appraisal" i sine vurderinger av grunnlaget for innføring av ny medisinsk teknologi. I praksis har SMM særlig fokusert på assessment-siden, altså vekt på å analysere den internasjonale vitenskapelige dokumentasjonen på tiltakets effekt, og mindre på de tilleggsvurderinger som må ligge til grunn for om dette bør tas i bruk i en norsk setting.

SMM skal ikke bare vurdere den medisinske effekten av tiltak, men også foreta økonomiske analyser. Det er to grunner til at dette bare blir gjort i begrenset omfang. For

det første er helseøkonomiske analyser, også internasjonalt sett, fåtallige og, for det andre, er ikke instituttet tilstrekkelig bemannet på dette fagområdet. Helseøkonomi er et relativt nytt område, og er under oppbygging. I Norge etablerte man et program for helseøkonomi i 1998, knyttet til universitetene i Oslo og Bergen (HERO og HEB). Disse programmene har fast ansatte forskere og dr. gradsstipendiater. Et samarbeid mellom HEB og Prioriteringsrådet er etablert gjennom en pågående utredning om egenandeler kan brukes som et prioriteringsverktøy. I tillegg til disse helseøkonomiske fagmiljøene, har også Folkehelseinstituttet og Sintef Unimed helseøkonomiske fagmiljø av noe størrelse, og endelig er Statens legemiddelverk siden 2001 pålagt å foreta økonomiske analyser i forbindelse med vurderinger av legemidler.

Hvilke kriterier som skal vektlegges i prioriteringene og, ikke minst, hvilken vekt de respektive kriterier skal ha, er selvsagt normative spørsmål. Da Senter for medisinsk etikk (SME) ved universitetet i Oslo ble etablert i 1989, var professor i medisinsk etikk, filosofen Knut Erik Tranøy, en av de sentrale fagpersonene. Tranøy var også et viktig medlem i Lønning 1 utvalget, og bidro særlig til formuleringen av de fem prioriteringsnivåene. En senere stipendiat ved senteret, Ole Frithjof Norheim, ble sekretær for Lønning 2 utvalget og hans arbeid ved SME fikk dermed innflytelse på formuleringen av de siste retningslinjene for prioriteringer.

Ved siden av den forskningen og undervisningen på det medisinske etikkområdet som gjøres ved dette senteret, er kliniske etikk-komitéer under etablering ved sykehus i Norge. Ca halvparten av foretakene har per i dag etablert slike komitéer. SME har koordinatorfunksjonen for dette arbeidet. Komitéenes funksjon er å etablere fora der

vanskelige kliniske etikkspørsmål, herunder prioriteringer, kan diskuteres med kolleger. Arbeidet finansieres gjennom et tilskudd som forvaltes av Sosial- og Helsedirektoratet og det er etablert et samarbeid mellom koordinatoren for komiteene og prioriteringsgruppa i direktoratet.

Som en følge av diskusjonen i kjølvannet av Lønning 1 og 2, kan vi også trekke frem endringen i de yrkesetiske retningslinjer for leger som kom i 1994, da man innførte en paragraf om legens plikt til å prioritere. § 12 lyder blant annet: *"En lege skal i sin virksomhet ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi. Unødige eller overflødige kostbare metoder må ikke anvendes. ... Legen må bidra til at medisinske ressurser fordeles i henhold til allmenne etiske normer. En lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel."*

Ikke sjelden blir prioriteringsspørsmål initiert av massemedia. Dramatiske oppslag om pasienter som nektes behandling er en effektiv måte å få offentlig og politisk oppmerksomhet på. I Norge ble det etablert en klagenemnd for enkelte slike avslagssaker i 1999⁸. Denne klagenemnda var en videreføring av en tidligere nemnd, men ble gitt et entydig endelig vedtaksansvar. Det ser ut til at antallet saker som blir slått opp i massemedia har gått ned etter at denne nemnda ble etablert. Dette introduserer spørsmålet om prioriteringenes legitimitet i offentligheten.

Lønning 2 utvalgets forslag til prioriteringsmodell, med kombinasjonen av vertikale og horisontale prioriteringer, er ikke minst motivert av ønsket om at beslutningene skal ha legitimitet i fagmiljøene og i befolkningen for øvrig. Prosedurale krav til selve beslutningsprosessen har fått økende oppmerksomhet i fagmiljøene i de siste årene.

Søren Holms (1998) artikkel om den andre fase i prioriteringsarbeidet i Skandinavia argumenterer for at tiden er inne til å konsentrere seg mer om beslutningsprosessen enn om prioriteringskriterier. Også internasjonalt har prosedyrekrav stor oppmerksomhet, særlig når det gjelder akademiske tilnærminger til prioritering.

Diskusjon

Prioriteringspolitikk forstås oftest som den politikk som har som eksplisitt mål å bidra til bedre prioriteringer mellom tiltak. De virkemidler som har vært tatt i bruk i Norge for dette formål har jeg presentert i andre del av artikkelen. I den første delen fokuserte jeg på en mer generell helsepolitikk, særlig i form av finansieringssystemet. Selv om denne politikken kanskje ikke har benevnelsen "prioriteringspolitikk" er det klart at dens virkninger på de reelle prioriteringene er sterke.

Det er grunn til å hevde at virkningene av de prioriteringsinitiativ vi har tatt i norsk helsevesen ikke er tilfredsstillende. Selv om vi har begrenset kunnskap om faktiske prioriteringer, har vi liten grunn til å hevde at prioriteringer som blir gjort har endret seg i overensstemmelse med tiltakene. Det kan være flere forklaringer på dette, og i denne avsluttende delen skal jeg diskutere noen slike mulige forklaringer.

Lønning 2 utvalget drøftet mulige forklaringer på at Lønning 1 fikk liten effekt. De anså at det var særlig to svakheter ved de første retningslinjene som bidro til dette. For det første var retningslinjene for upresise, samtidig som de tillat behandlingseffekt og kostnader for liten betydning. Det andre de la vekt på var krav til prioriteringsbeslutningenes organisering. Lønning 2 bidro til å presisere kriteriene, og foreslo en organisering av beslutningsprosessene som skulle ta

høyde for at prioriteringenes legitimitet ikke minst var avhengig av at fagfolk anså prosessen som legitim.

Det at prioriteringskriteriene, også i de nye retningslinjene, er relativt upresise, har minst to årsaker. Den ene gjelder kunnskapsgrunnlaget, den andre den normative uenigheten om hva som er en rettferdig fordeling. Kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt, både når det gjelder forventet effekt av tiltak og når det gjelder kostnader. Det er også et problem at man ikke har valide mål på helseeffekt, slik at det er vanskelig å definere det helsegodet som er til fordeling. Endelig kommer at de data som beskriver helsetjenestens produksjon generelt er mangelfulle. Dette gjelder både økonomiske forhold, som beregninger av valide og reliable priser, beskrivelser av behov og kapasitet, og ventetider. Enkelte av disse dataene er prinsipielt lettere å fremskaffe enn andre. Kapasitet og ventetider er eksempler på data som er relativt enkle å forbedre, og det satses en del på dette i Norge. Forventet effekt og korrekt prising er imidlertid atskillig vanskeligere å måle. Særlig er det et problem at kunnskapen endrer seg raskt, slik at estimatene raskt blir utdaterte.

Pasientrettighetsloven illustrerer også det noe upresise i formuleringen av prioriteringskriteriene. Retten til nødvendig helsehjelp er tildelt dem som kan ha forventet effekt av behandlingen og der tiltakets kostnad ikke er urimelig. Slik loven er formulert er retten "flat", med andre ord så gis det ikke en gradert rett, for eksempel slik at den har prioritet den som har større nytte av behandlingen framfor den som har mindre nytte. Det kan hevdes at slik gradering ikke skal gjøres i lovs form, men at denne må følges opp av faglige retningslinjer, for eksempel med henvisning til mangelfullt kunnskapsgrunnlag, og dermed nødvendigheten av at det faglige

skjønnnet må brukes i beslutningene.

At det er vanskelig å komme fram til en presis vektning av kriteriene skyldes også at det er normativ uenighet om hvor mye de enkelte kriterier skal bety. Særlig er kostnader ved behandling et kontroversielt kriterium.

Mange legger vekt på at prioriteringsprosessers effekt er avhengig av at beslutningsprosessene anses som legitime av de berørte parter. Særlig har den teoretiske debatten om prioritering i de senere år fokusert på dette (se for eksempel Daniels og Sabin, 2002 og Norheim, 2003). Forankring av beslutningene er trolig avgjørende for at de skal få effekt, og denne forankringen må både ta hensyn til legitimitetsaspektet og de politiske og forvaltningsmessige krav til forankring. Det er grunn til å anta at det norske Prioriteringsrådets begrensede innflytelse i prioriteringspolitikken delvis kan forklares ved den uavklarte statusen til de vedtakene rådet fatter.

Forankring dreier seg også om forholdet mellom ulike politikkområder eller ulike virkemidler innen et politikkområde, med andre ord hvor godt forankret et virkemiddel er i forhold til andre virkemidler. Samsvaret mellom de styringsverktøy helsemyndighetene rår over er i så måte avgjørende. Dersom en følger en prioriteringsprosess som Lønning 2 anbefaler ved å etablere faggrupper som foreslår prioriteringer innen de ulike spesialitetene, må det sikres at øvrige styringsvirkemidler fungerer understøttende for disse prioriteringene. Dersom for eksempel finansieringssystemet legger føringer for en annen prioritering enn de som anses som rimelige og rettferdige blant klinikere og andre som deltar i prioriteringsbeslutningene, er det grunn til å frykte at finansieringssystemet får størst innflytelse på de reelle prioriteringene.

Dette gjelder også legitimitet. Mange

klinikere stiller seg kritiske til den økte oppmerksomhet på kostnadskontroll og inntjening man har fått i spesialisthelsetjenesten, og hevder at penger får utidig stor oppmerksomhet til fortrensel for fokus på innholdet i helsetjenestene. Det er ikke nødvendigvis slik at fokus på effektiv ressursbruk står i strid med de faglige vurderinger av en god helsetjeneste, det er selvsagt helt avhengig av definisjonen av hva effektiv ressursbruk innebærer.⁹

Det er imidlertid et åpent spørsmål om det er slik at finansieringssystemet legger føringer i strid med prioriteringsmål. Enkelte data kan tyde på dette. Det er grunn til å tro at de deler av helsetjenestens oppgaver som ikke er stykkprisfinansierte kommer dårligere ut enn andre, dette har vi for eksempel sett i Norge når det gjelder fordelingen mellom somatikk og psykiatri. På tross av at psykiatrien har vært særskilt stimulert gjennom en opptrappingsplan ser vi at veksten i somatikken har vært større, og dette er det grunn til å forklare med at psykiatri ikke er stykkprisfinansiert (Sintef Unimed 2003).

Kanskje er den fremste utfordringen i arbeidet med å fremme en effektiv prioriteringspolitikk å forbedre samsvaret mellom ulike virkemidler i helsepolitikken slik at disse til sammen bidrar til at de riktige tingene blir gjort i rett rekkefølge.

Referanser

1. Carlsen, F (1995): Hvordan rammefinansieringssystemet sviktet. En case studie av budsjettprosessen i Sør-Trøndelag fylkeskommune 1987-92. Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift, (11), 2; 133-149
2. Daniels, N og JE Sabin (2002): Setting Limits Fairly: Can we Learn to Share medical Resources? NY: Oxford University Press

3. Den norske lægeförening (2002): Ethiske regler for leger
4. Feiring, E (upubl): Legitime prioriteringsbeslutninger
5. Hagen, TP og R. Sørensen (1994): Somatiske sykehustjenester. Prioritering av somatiske sykehustjenester i fylkeskommunene 1980-92. Samarbeidsrapport mellom BI og NIBR
6. Holm, S (1998): Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. BMJ; 317: 1000-1002
7. Norheim, OF (2003): Chapter 6: Norway. I: C. Ham and G. Robert (eds): Reasonable Rationing: International Experience of Priority Setting in Health Care. Open University Press
8. NOU 2003: 1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten
9. OECD (1994): The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD-countries. Health Policy Studies no 5
10. Ot. Prp. 1 (1978-79): Endringer i sykehuslov i forbindelse med ny finansieringsordning for Helseinstitusjoner
11. SHD (1998): Innsatsstyrt finansiering - en orientering om ordningen og tenkingen rundt ordningen. Sosial- og helsedepartementet
12. Solstad, JH (1996): Innsatsstyrt finansiering - løsningen på ventetidsproblemer i norske sykehus. Sosialøkonomen nr 9
13. St. meld. 9 (1974-75): Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen

Fotnoter

¹ I denne presentasjonen konsentrerer jeg meg om spesialisthelsetjenesten.

² Det var andre argumenter til fordel for dette systemet også. For det første ønsket om at staten i større grad kunne styre

fordelingen mellom sykehus og andre helsetjenester, for det andre at systemet ikke ville virke prisvridende ved at kommunen nå fikk overføringer etter objektive kriterier, som antall innbyggere, demografiske særtrekk m.v. Dette var problemer man hadde erfart med det gamle systemet, og særlig var problemstillingen knyttet til forfordeling av spesialisthelsetjenesten ansett som uheldig.

³ I St.meld. 5, 2003, som ble presentert i midten av oktober i år, går regjeringen inn for at flere oppgaver skal stykkprisberegnes men at stykkprisandelen skal reduseres til 40 %. Stortinget har ikke tatt stilling til dette ennå.

⁴ I denne gjennomgangen trekker jeg blant annet veksler på Feiring, upubl. og Norheim, 2003

⁵ Disse definerte et prioriteringssystem med fem nivåer: Høyeste prioritet ble gitt pasienter der fravær av behandling ville få "umiddelbart livstruende konsekvenser", annen prioritet gis dem der fravær av tilbud gir "katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt", tredje prioritet gis tiltak der fravær er "klart uønskede men uten å være så alvorlige som under første og annen prio-

ritet", fjerde prioritet gis tiltak med antatt effekt der "skadevirkningene ved svikt er klart mindre tungsveiende enn ved tiltak av høyere prioritet", og femte prioritet, eller null prioritet, gis tjenester som verken er nødvendige eller har klart dokumentert nytteverdi".

⁶ Sosial- og helsedepartementet ga Statens Helsetilsyn i oppdrag å etablere faggrupper som en direkte følge av anbefalingen i Lønning 2. Til sammen ni faggrupper leverte sine forslag til prioriteringer, men dette arbeidet ble ikke fulgt opp.

⁷ To eksempler på slike faggrupper er ekspertgruppe for beinmargstransplantasjon som ble etablert i 1990, deres retningslinjer ble publisert i 1992 (Helsedirektoratet 1992). En lignende gruppe for prioritering av pasienter til stamcellebehandling ble etablert i 1993, de publiserte sine retningslinjer i 1995 (Statens Helsetilsyn 1995).

⁸ Klagenemd for avslag på søknad om behandling i utlandet.

⁹ For eksempel kan en definisjon av effektivitet være at systemet produserer flere gode helsetjenester for samme ressursinnsats. Dette er en definisjon i overensstemmelse med prioriteringsmålsetningene.