

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202400429

Dato: 18-04-2024

Høring- Rapport fra ekspertgruppen for perspektiv og prioriteringer

Legeforeningen takker for muligheten til å gi høringssvar og for utsettelse av svarfrist.

Rapporten er grundig, godt skrevet og har relevante problemstillinger, drøftinger og eksempler. Forslag til tiltak er tydelige og oversiktlige, og svarer ut mandatene.

Legeforeningen har i tidligere innspillsrunder påpekt at mandatene som ekspertgruppene fikk var for snevre. Overordnede problemstillinger knyttet til organisering og finansiering er ikke inkludert i mandatene, og dermed utelatt fra debatten som forventes komme i kjølvannet av rapportene og før stortingsmeldingen neste år. Legeforeningen har trukket frem noen problemstillinger som vi mener burde vært behandlet av ekspertutvalgene, og viser til de tre høringssvarene. Vi i håper at disse temaene tas inn og drøftes i Stortingsmeldingen som kommer neste år.

Overordnet om prioritering i helsetjenesten

Legeforeningen påpeker at det overordnede hensynet for en offentlig helsetjeneste er at tjenesten er i stand til å levere gode helsetjenester i tråd med innbyggernes forventninger. En avgjørende forutsetning er da at det er rimelig grad av samsvar mellom innbyggernes prioriteringer – eller betalingsvilje – og statens betalingsvilje. Hvis en betydelig andel av innbyggerne anser at tilbudet som gis gjennom en offentlig finansiert helsetjeneste ikke er tilstrekkelig, vil dette være en sterk driver for utvikling av et privat tjenestetilbud. En slik utvikling vil bidra til at samlet ressursinnsats til helse øker, og at helsetjenester leveres med lavere effektivitet og presisjon. Dette er en lite bærekraftig løsning, og Legeforeningen oppfatter at vi nå står i et skifte hvor en stadig større andel av helsetjenestene leveres utenfor det offentlige helsetjenestetilbudet.

Om prioritering i primærhelsetjenesten

Legeforeningen bemerker at primærhelsetjenestens perspektiv mangler nesten fullstendig i alle tre rapportene. Ved å søke på «fastlege» eller «allmennlege» får man ett treff i rapporten om «tilgang og prioriteringer» (om blåresept), to treff i rapporten om «åpenhet og prioriteringer» og 11 treff i «perspektiv og prioriteringer» - alle med liten, overordnet betydning. Vi tillater oss derfor å utfylle med betraktninger om prioritering fra primærhelsetjenestens perspektiv.

For å lykkes med prioriteringer, må det satses på en sterk og faglig sikker primærhelsetjeneste. Fastlegene bruker en liten andel av den samlede ressursbruken i helsetjenesten, men har en svært viktig portvokterrolle med betydning for hele helse-tjenesten. Selv om begrepet "portvokter" er omstridt, illustrerer det godt at den norske

helsetjenesten er bygget opp slik at det kreves henvisning for å bli vurdert i spesialisthelsetjenesten. Uten denne portvokterfunksjonen vil kapasiteten i den øvrige helsetjenesten raskt bli uhåndterbar.

I 2018 kom den offentlige utredningen om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som foreslo kriterier å prioritere etter. Det er imidlertid vanskelig å omsette prioriteringskriteriene til bruk på fastlegekontoret eller i kommunene. Hovedutfordringen er at kriteriene prioriterer etter ulike sykdommer og tilstander, mer enn etter ulike folk. For å prioritere dem som trenger det mest, må vi kjenne og ta hensyn til hele mennesket, ikke bare hvilken sykdom de har, og legen må ha muligheten til å utøve faglig skjønn. Retningslinjer og råd er veldig viktig, men vi klarer ikke å løse alle prioriteringsutfordringer ved å bruke skjematisk tilnærming til pasientene.

Vi er alle helt avhengig av gode og tilgjengelige spesialisthelsetjenester, men vi må være enda mer nøye på at pasientene får undersøkelsene og behandlingen de faktisk har nytte av. Utvidede brukerrettigheter og økende utbredelse av helseforsikringer kan være drivere for overdiagnostikk og overbehandling – og bidra til forfeilet prioritering og sviktende bærekraft.

Gjør kloke valg og prioritering

Gjør kloke valg er en kampanje som Legeforeningen startet i 2018 og som tar sikte på å redusere undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan gjøre skade. Anbefalingene er laget av fagmiljøene og handler om prosedyrer og behandling som bør unngås og altså ikke prioriteres. I rapporten om «perspektiv og prioriteringer» omtales «Kloke valg» (boks 5.1), men ekspertgruppen mener at "Kloke valg" ikke handler om ressursknapphet, og derfor heller ikke om prioritering. Gruppen som har skrevet om «tillit til prioriteringer» ser derimot annerledes på det, og skriver i kapittel 15.2.1 at «Kloke valg» er et viktig tiltak for riktig prioritering. Legeforeningen mener at kampanjen er et viktig prioriteringsverktøy.

Gode nasjonale prioriteringsverktøy for alle deler av helse- og omsorgssektoren i kommunene er viktige og nyttige, men det er og vil alltid være vanskelig å prioritere i de direkte møtene med pasientene. Vi må få støtte til og lære å stå i usikkerhet. Legene må stå for den faglige kursen, men vi er også helt avhengige av politisk støtte og hensiktsmessig organisering av tjenestene. Og selv om vi legger inn prioriteringskriterier i hver enkelt retningslinje, vil retningslinjer alene ikke løse utfordringene.

Under følger kulepunkter som vi mener er vesentlig for prioritering og som ikke omtales i noen av ekspertrapportene:

- En sterk offentlig helsetjeneste som sikrer likhet og solidaritet – «de som trenger mest skal få mest»
- Satse på primærhelsetjenesten – LEON og "portvokterrollen"
- Redusere overdiagnostikk og overbehandling (basert på faglige definisjoner), og vurdere å inkludere "Time needed to treat" ([Guidelines should consider clinicians'](#)



[time needed to treat | The BMJ](#)) som viktig ressurs ved innføring av nye retningslinjer, tilbud og organisering.

- Fortsette utvikling og innovasjon, og implementere først etter evaluering av nytte og ressursbruk

Innledende kommentar

I ekspertgruppens diskusjon av mandatet (kap 1.2.) påpekes det at en drøfting av "hvorvidt man bør bruke QALY-modellen som måleenhet for helsegevinst, om man skal bruke betalingsvillighet i stedet for alternativkostnad (terskelverdien) og hvordan man tar hensyn til alvorlighet" er vurderinger som ligger utenfor gruppens mandat og tidsramme.

Ved å utelukke disse vurderingene fra mandatet, forspilte man en sjanse for å gjøre en bred gjennomgang av disse og andre sentrale elementer i kritikken av det etablerte prioriteringsregimet, herunder offentlig betalingsvilje og rollefordeling i prioriteringsystemet.

Dersom den politiske beslutningen vil være å fortsette å bruke IKER sammenstillet med en definert kostandseffektivitetsterskel/alternativkostnad, bør terskelverdien gjøres til gjenstand for en åpen diskusjon. Det vises også til Legeforeningens hørings svar til ekspertgruppen for Tillit til prioriteringer – økt åpenhet, medvirkning og kompetanse.

Under følger kommentarer til ekspertgruppens forslag

1. Et helsetjenesteperspektiv som primæranalyse, og en sekundæranalyse med samfunnsperspektiv når det er relevant

Forslaget støttes med følgende kommentar/vurdering:

Legeforeningen støtter ekspertgruppens vurderinger om at et rent helsetjenesteperspektiv som legges til grunn for primæranalysen, omfatter de grunnleggende elementene som det er enighet om er relevante for å vurdere hvorvidt et tiltak skal prioriteres: helsegevinst, alvorlighet og ressursbruk i helsetjenesten. Et rent helsetjenesteperspektiv vil for langt de fleste intervensjoner være tilstrekkelig i kostnadseffektivitetsanalyser. Det vil dessuten, for de fleste formål, forenkle metodevurderingsprosessen og bidra til raskere saksbehandlingstid hos utrederinstansene.

Legeforeningen vil bemerke at rapporten har noe ensidig fokus på konsekvenser for ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som følge av tiltak i spesialisthelsetjenesten. Vi foreslår at man fremhever en gjensidig vektlegging at konsekvenser for ressursbruk på ett nivå i helsetjenesten som følge av tiltak i et annet nivå.

Legeforeningen ser at det kan være andre elementer, utover det som er beskrevet innenfor et rent helsetjenesteperspektiv, som kan være relevante å ha med i enkelte prioriteringsbeslutninger. Det kan derfor i noen tilfeller være aktuelt med en supplerende analyse av konsekvenser fra samfunnsperspektivet, inkludert konsekvenser for pasienter som i dag er ivaretatt i utvidet helsetjenesteperspektiv. Vi vurderer konsekvensoversikten (Tabell 3.1) som et nyttig verktøy i en evt. sekundæranalyse for identifikasjon av relevante samfunns virkninger. Det er likevel vanskelig å se hvordan de ulike elementene skal operasjonaliseres. Selv om alle faktorer skal vurderes "likt", er det fremdeles uklart hvilke



faktorer i sekundæranalysen som skal være avgjørende for beslutningen. Legeforeningen er også bekymret over tiden og ressursene en sekundæranalyse tar og om det eventuelt vil forsinke implementering av en metode. Dette må avklares før evt. innføring. Hvorvidt inkluderte og synliggjorte relevante samfunnsvirkninger skal vektlegges i prioriteringsbeslutningen, bør være opp til beslutningstakerne på administrativt og politisk nivå å avgjøre.

2. Om fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader i et helsetjenesteperspektiv
Mindretallets forslag støttes med følgende kommentar/vurdering:

Legeforeningen ser at det er gode argumenter både for og imot vektlegging av ikke-relaterte helsetjenestekostnader i et helsetjenesteperspektiv, men etter en samlet vurdering støttes mindretallet syn om at det ikke vil være etisk riktig å inkludere fremtidige ikke-relaterte helsetjenestekostnader i analysen.

3. Om produksjonsvirkninger (betalt og ikke-betalt) i et samfunnsperspektiv
Mindretallets forslag støttes med følgende kommentar/vurdering

Etter en samlet vurdering er det Legeforeningens anbefaling at produksjonsvirkninger, i alle fall betalte produksjonsvirkninger, som hovedregel ikke bør inkluderes som en av komponentene i samfunnsperspektivet. Legeforeningen ser imidlertid at det i sjeldne tilfeller kan være situasjoner der produksjonsvirkninger i et samfunnsperspektiv er så betydelige at beslutningstagerer kan velge å vektlegge disse, etter en helhetlig avveining mot andre hensyn.

Legeforeningen er enig i at samfunnsperspektivet, inkludert eventuelle produksjonsvirkninger, kan legges til grunn ved intervensjoner mot pandemier, store screeningprogrammer, vaksineprogrammer og samfunnsrettet forebygging. Legeforeningen har tidligere uttrykt bekymring for at dersom produksjonsvirkninger tillegges vekt ved prioriteringsbeslutninger, vil pasientgrupper som ikke er eller kan bli arbeidsføre få relativt sett lavere prioritet. Motsatt, så kan pasientgrupper som generelt sett er mer ressurssterke få høyere prioritet. Dette er begrunnet ut ifra likhetsprinsippet, som tilsier at helsetjenester skal gis etter medisinsk behov og ikke på bakgrunn av arbeidsevne. Vi ser også en utfordring knyttet til dokumentasjon og verdsetting av effektene av produksjonsvirkninger. Det er påpekt mulighet for uheldige vridningseffekter som for eksempel at dersom kostnadstærskelen blir for høy, vil tapt helsekvalitet hos andre pasientgrupper være større enn gevinsten hos dem som får ny behandling. Videre kan en slik modell belønne helseforetakene økonomisk for å velge spesifikk behandling (eks. legemidler), samtidig som de unngår å velge behandlingsaktiviteter som for eksempel rehabilitering, som også kan ha positive produktivitetseffekter.

4. Om konsekvenser for pårørende i samfunnsperspektiv
Forslaget støttes med følgende kommentar/vurdering:

Legeforeningen støtter ekspertgruppens anbefaling om at langvarige og omfattende konsekvenser for nære pårørende kan tas med i sekundæranalysen. Vi er enig i vurderingen om at det ofte vil være praktisk vanskelig å dokumentere og verdsette disse effektene.



3. Om konsekvenser for andre sektorer i et samfunnsperspektiv

Forslaget støttes.

5. Andre kommentarer

Nivå og perspektiv

Legeforeningen støtter ekspertgruppens presisering at i møtet med den enkelte pasient på klinisk nivå, er det viktig at tilliten bevares mellom pasienten og behandleren, og at behandleren får bruke sitt kliniske skjønn. Det er dermed ikke mulig at man på klinisk nivå skal vurdere alle relevante kostnader og gevinster fullstendig, spesielt ikke i et samfunnsperspektiv.

Andre forslag som støttes

Legeforeningen støtter ekspertgruppens vurdering om at det er behov for å utvikle et beslutningsstøttesystem for kommunene, til hjelp i deres prioriteringsarbeid. Solid beslutningsstøtte i form av gode prioriteringsveiledere til klinikere som både inneholder faglige og etiske vurderinger sammen med tydelige prioriteringer på samfunnsnivå, vil være nyttige verktøy for klinikere.

Legeforeningen understreker at det er viktig at man anerkjenner prioriteringskompetanse i befolkningen. Vi vil gjerne minne om St melding 26 fra år 2000, s. 8: «Ein fundamental tillit mellom folket, dei styrande organa og utøvande helsepersonell må til dersom vi skal kunne ta vare på den norske helsetenesta som ein omfattande og solidarisk samfunnsinstitusjon. Denne tilliten er nødvendig dersom folk skal oppleve at den norske helsetenesta kan gje dei eit forsvarleg og dekkjande tenestetilbod også i framtida. Grunnlaget for tilliten blir skapt gjennom avklåring av forventningar og oppfyllinga av desse. Prioriteringar, og formidling og gjennomføring av prioriterte tiltak står sentralt.»

Legeforeningen er enig i at det er behov for kunnskapsutvikling dersom innføring av en endret analysemodell som tydelig skiller mellom helsetjeneste- og samfunnsperspektiv, og at det er behov for å heve prioriteringskompetansen i befolkningen generelt, blant helsepersonell, beslutningstagere og leverandører.

Legeforeningen støtter at det vil fortsatt vil være behov for å analysere bemannings-implikasjoner utover kostnader til bemanning. Denne analysen inngår i dagens utvidede helsetjenesteperspektiv.

Med hilsen

Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen
avdelingsdirektør

Bente Kristin Johansen
Seksjonsleder/lege