



Innst. 57 S

(2016–2017)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 34 (2015–2016)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 Behovet for å prioritere – bakgrunn og historikk

Regjeringen legger i meldingen frem forslag til prinsipper for prioriteringer i helsetjenesten. Meldingen omtaler hvordan ressursene helsetjenesten er til delt skal fordeles best og mest rettferdig, og beskriver forholdet mellom verdigrunnlag, prinsipper og virkemidler for prioritering.

De sentrale prioriteringsutfordringene i helsetjenesten kan grupperes i tre hovedkategorier. For det første er det et gap mellom hva samfunnet har ressurser til å gjennomføre og hva som er medisinsk mulig. Mulighetene som den medisinsk-tekniske utviklingen gir, vil alltid overstige de ressursene som helsetjenesten disponerer. For det andre kan innretningen av selve helsetjenesten, for eksempel knyttet til organisering av tjenesten eller ulike fags status, utilsiktet påvirke fordelingen av helsetjenester mellom ulike pasientgrupper. For det tredje kan ytre rammebetingelser, som for eksempel regelverk eller internasjonale markedsforhold, påvirke fordelingen av ressursene i helsetjenesten.

Meldingen fremholder at utfordringene omfatter forhold som kan påvirkes gjennom politiske beslutninger, og forhold som ikke kan påvirkes. Uten et godt system for prioritering øker risikoen for at det tas beslutninger som gir ubalanse mellom ressurser

og muligheter, og en fordeling av helsetjenester mellom pasienter som ikke er i tråd med de prinsippene for prioritering vi ønsker skal ligge til grunn for helsetjenesten.

Det er lang tradisjon for å jobbe systematisk med prioriteringsspørsmål i Norge. Fem offentlige utredninger har vurdert prioritering i helsetjenesten de siste tretti årene: Lønning I-utvalget (1987), Lønning II-utvalget (1997), Grundutvalget (1997), Norheim-utvalget (2014) og Magnussengruppen (2015).

Lønning II-utvalget foreslo i sin utredning NOU 1997:18 Prioritering på ny at kriteriene alvorlighetsgrad, forventet nytte og kostnadseffektivitet skulle legges til grunn for prioritering i Norge. Forslagene fikk tilslutning fra Stortinget i behandlingen av St.meld. nr. 26 (1999–2000) Om verdier for den norske helsetjenesten, og har deretter ligget til grunn for prioritering i den norske helsetjenesten.

Selv om forslagene fra Lønningutvalgene har hatt stor aksept i den norske helsedebatten, er flere spørsmål kommet opp i ettertid. Hvordan skal alvorlighet konkret forstås i ulike situasjoner, hvor går egentlig grensen for hvor mye vi er villige til å betale for et legemiddel eller andre metoder, og er det kriterier eller hensyn som er mer relevante nå enn i 1997? Etter en debatt om dyre kreftlegemidler våren 2013, og med utsikter til at det vil komme stadig flere dyre legemidler og behandlingsmetoder i årene framover, satte Stoltenberg II-regjeringen ned et offentlig utvalg, Norheimutvalget, som skulle vurdere prioritering i helsetjenesten. Norheimutvalget foreslo i sin utredning NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, tre kriterier for prioritering:

- Helsegevinstkriteriet: Et tiltaks prioritert øker med forventet helsegevinst.
- Ressurskriteriet: Et tiltaks prioritert øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

- Helsetapskriteriet: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst.

Norheimutvalgets forslag kan i hovedsak forstås som en presisering av forslagene fra Lønning II-utvalget. Et viktig unntak var utvalgets forslag til et helsetapskriterium. Norheimutvalget foreslo i tillegg eksplisitte kostnadsgrenser for prioritering av tiltak. Rapporten fikk mye støtte, men utvalgets forslag om et helsetapskriterium høstet bred kritikk, og det var blandede reaksjoner på forslaget om eksplisitte grenser. Regjeringen Solberg valgte i juni 2015 å legge forslaget til et helsetapskriterium til side og satte ned en ekspertgruppe, Magnussengruppen, for å vurdere hvordan alvorlighet skal tas hensyn til i prioritering i helsetjenesten. Gruppen fremmet sitt forslag i november 2015 i rapporten «På ramme alvor – alvorlighet og prioritering». Gruppens forslag fikk bred tilslutning i høringsrunden.

Meldingen gjør rede for verdigrunnlaget som prinsipper for prioritering i helsetjenesten bygger på. Regjeringen understreker at ikke bare prinsippene for prioritering, men også utformingen av beslutningsprosessene knyttet til prioritering, må ha en klar forankring i verdigrunnlaget. I vurderingen av disse prosessene vil åpenhet og brukermedvirkning være sentrale verdier.

Regjeringen mener at prinsipper for prioritering er relevant på alle nivåer i helsetjenesten. Det skilles i meldingen mellom ulike beslutningssituasjoner, særlig mellom klinisk nivå (helsetjenestens møte med pasienten), gruppenivå (vurderinger om innføring av nye metoder, jf. de regionale helseforetakene og Statens legemiddelverks beslutninger om dette), administrativt nivå (ledere og styrer i helsetjenesten) og politisk nivå (departementer, kommunestyre og Stortinget).

Dagens prinsipper for prioritering, herunder prioriteringskriterier, har først og fremst vært innrettet mot prioritering i spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegenes samhandling med spesialisthelsetjenesten. Regjeringen varsler at den vil sette ned et offentlig utvalg for å se nærmere på prioriteringsspørsmålene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og vurdere om og eventuelt hvordan prinsippene for prioritering foreslått i denne meldingen kan anvendes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

1.2 Samlede prinsipper for prioritering

Regjeringen vil legge prinsippene nedenfor til grunn for prioritering i helsetjenesten. Prinsippene skal gjelde for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegenes

samhandling med spesialisthelsetjenesten. Meldingen gjør nærmere rede for hovedkriteriene.

Hovedkriterier for prioritering:

- Tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier – nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet gis en beskrivelse til bruk på klinisk nivå og en kvantitativ form til bruk i metodevurderinger på gruppenivå.

Kriteriene til bruk på klinisk nivå:

- Nyttekriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:
 - Overlevelse eller redusert funksjonstap.
 - Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring.
 - Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.
- Ressurskriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.
- Alvorlighetskriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:
 - Risiko for død eller funksjonstap.
 - Graden av fysisk og psykisk funksjonstap.
 - Smerter, fysisk eller psykisk ubehag.

Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

Kvantifisering av kriteriene til bruk i metodevurderinger på gruppenivå:

- Nytt skal måles som gode leveår.
- Alvorlighet skal kvantifiseres gjennom å måle hvor mange gode leveår som tapes ved fravær av den behandlingen som vurderes, dvs. absolutt prognosetap.
- Ved vurderinger av forebyggende tiltak skal alvorlighet som utgangspunkt beregnes for de som hadde fått sykdommen ved fravær av tiltaket.
- Kvalitetsjusterte leveår (QALY) skal i tråd med dagens praksis brukes som et uttrykk for gode leveår.

Avgrensning av hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges i prioriteringsbeslutninger:

- Helseforbedringer for pårørende kan i relevante tilfeller telles med i beregning av nytte.
- Konsekvenser av helsehjelp for pasientens framtidige produktivitet skal ikke tillegges vekt.
- All relevant ressursbruk i helsetjenesten skal så langt som mulig tas hensyn til.
- Effekter på ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utløst av tiltak i spesialisthelsetjenesten skal tas hensyn til i metodevurderinger på gruppenivå.
- Pasientens tidsbruk knyttet til gjennomføring av helsehjelpen skal tas hensyn til.
- Konsekvenser av helsehjelp for pasienters framtidige forbruk av offentlige tjenester og mottak av stønader/pensjoner skal ikke tillegges vekt.
- Ved vurdering av tiltak rettet mot små pasientgrupper med alvorlig tilstand hvor det er vanskelig å gjennomføre kontrollerte studier av effekt, kan et lavere krav til dokumentasjon aksepteres.
- Ved vurdering av tiltak rettet inn mot særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand, eksempelvis barn med medfødte genetiske sykdommer, der det ofte ikke finnes god dokumentasjon av nytten, kan det aksepteres høyere ressursbruk enn for andre tiltak.

1.2.1 Andre kriterier

Med henvisning til de tre hovedkriteriene anbefalt av Lønning II-utvalget, ble Norheimutvalget i sitt mandat bedt om å «vurdere om også andre kriterier skal ligge til grunn ved prioriteringer». Eksempler på dette er alder og sjeldenhet. Noen av hensynene som er knyttet til potensielle tilleggs-kriterier, vil allerede være helt eller delvis ivaretatt av de foreslåtte hovedkriteriene for prioritering. Meldingen drøfter de viktigste andre kriteriene som har vært diskutert. Regjeringen mener, på linje med Norheimutvalget og i tråd med dagens praksis, at ingen av disse kriteriene bør ha en selvstendig rolle som prioriteringskriterier.

Regjeringen deler Magnussengruppens og Norheimutvalgets anbefaling om å ikke innføre et eget prioriteringskriterium for behandling i livets slutt-fase. Pasienter med kort forventet levetid får allerede prioritet gjennom alvorlighetskriteriet.

1.3 Sammenveiling av kriterier

I tråd med både Lønning II-utvalget og Norheimutvalget mener regjeringen at prioriteringskriteriene må vurderes samlet, og at de i tillegg må veies mot hverandre. Jo mer alvorlig en tilstand er eller jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Lav alvorlighet og begrenset nytte av et tiltak kan bare forsvares hvis ressursbruken er lav. Regjeringen deler utvalgenes vurdering av at det er legitimt at høy prioritet målt ved flere kriterier innebærer økt prioritet samlet sett.

1.3.1 Samlet vurdering på klinisk nivå

På klinisk nivå vil kriteriene typisk understøtte beslutninger om det skal gis helsehjelp, hvilken type helsehjelp pasienten bør få eller hvor lenge pasienten kan vente før behandlingen gis. Ved vurdering av rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vurderes kriteriene formelt. Når helsehjelpen er startet opp, vil klinikerne ut fra sitt faglige skjønn fortløpende gjøre vurderinger av pasientens behov for behandling og oppfølging. Når pasienten har akutt behov for helsehjelp (øyeblikkelig hjelp), foretas ingen formell vurdering av rett til nødvendig helsehjelp. Som regel har pasienten en uavklart tilstand,

Sammenveiling av kriteriene på gruppenivå:

- Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre. Jo mer alvorlig en tilstand er eller jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Lav alvorlighet og begrenset nytte av et tiltak kan bare forsvares hvis ressursbruken er lav.
- Norheimutvalgets og Magnussengruppens anslag på alternativkostnad legges til grunn for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå, dvs. 275 000 kroner per gode leveår.
- Et tiltak skal vurderes opp mot tiltakets alternativkostnad, dvs. nytten for andre pasienter som ellers kunne ha vært realisert med de samme ressursene. Det skal i tråd med dagens praksis beregnes en kostnad-effektbrøk som vurderes opp mot alternativkostnaden.
- Kostnad-effektbrøken skal vektet med alvorligheten. For å bli tatt i bruk skal et tiltak tilføre mer nytte per krone, justert for alvorlighet, enn tiltaket fortrenger. Svært alvorlige tilstander kan tillegges en høy vekt, moderat alvorlige tilstander en moderat vekt og lite alvorlige tilstander en lav vekt. Jo mer alvorlig en tilstand er, jo høyere kostnad-effektbrøk aksepteres. Dagens praksis gir et rimelig uttrykk for samfunnets vektlegging av høy alvorlighet i beslutninger på gruppenivå.
- Som grunnlag for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå skal det gjennomføres en metodevurdering i tråd med prinsippene for prioritering.
- Basert på metodevurderinger skal skjønnsmessige vurderinger inngå i en totalvurdering av tiltak. Dette er særlig knyttet til vurderinger av:
 - Kvalitet og usikkerhet ved dokumentasjon. Stor usikkerhet knyttet til dokumentasjon og beregningsmetoder skal, alt annet likt, gi lavere prioritet.
 - Samlede budsjettkonsekvenser av et tiltak.

og det vil være naturlig at helsepersonell vurderer graden av alvorlighet først – særlig knyttet til hvor mye det haster å komme i gang med helsehjelpen.

Forslagene til prioriteringskriterier i meldingen innebærer ikke vesentlige endringer i måten kriteriene kommer til anvendelse på i kliniske situasjoner.

Regjeringen mener at det i hvert fall er to måter klinikerne kan få støtte på når de står overfor prioriteringsbeslutninger i klinikken. For det første vil faglige beslutningsstøtteverktøy kunne bidra til dette. For å sikre at beslutningsstøtteverktøyene er utformet i tråd med prinsippene for prioritering foreslått i meldingen, må de gjennomgås. For det andre kan det være nyttig med en generell veiledning for hvordan kriteriene for prioritering kan vurderes samlet når de anvendes i den kliniske hverdagen.

Helsedirektoratet vil i samarbeid med kliniske fagmiljøer utarbeide et rammeverk for drøfting i klinikken av hvordan kriteriene for prioritering bør vurderes samlet.

Verdighet vil som i dag også være et hensyn som er viktig i vurderinger på klinisk nivå. Det er heller ikke urimelig at forhold knyttet til pasientens pårørende, først og fremst i tilfeller der pasienten har omsorgsansvar for andre, kan tillegges vekt.

1.3.2 Sammenveining på gruppenivå

Lønning II-utvalget, Norheimutvalget og Magnussengruppen la til grunn at prioritering av helsetjenester i Norge bør ta utgangspunkt i at helsetjenesten må fordele en ramme som i hovedsak er gitt, og at tiltak på gruppenivå skal vurderes opp mot tiltakets alternativkostnad, dvs. nytten for andre pasienter som ellers kunne ha vært realisert med de samme ressursene. I tråd med dagens praksis foreslo de at det beregnes en kostnad-effektbrøk og at denne vurderes opp mot alternativkostnaden. Dette prinsippet fikk bred tilslutning i høringene, og regjeringen slutter seg i meldingen til denne vurderingen.

For beslutninger på gruppenivå foreslo utvalgene at kostnad-effektbrøken vektet med alvorlighetsgraden. For å bli tatt i bruk skal et tiltak tilføre mer nytte per krone, justert for alvorlighet, enn tiltaket fortrenger. Dette innebærer at man i vurderingen av et nytt tiltak, som er forbundet med en høyere alvorlighetsgrad enn andre tiltak, legger mindre vekt på tapt nytte for andre pasientgrupper når ressurser flyttes til det nye tiltaket, enn hva man ellers ville ha gjort. Å ta hensyn til alvorlighet innebærer dermed at man får mindre samlet nytte (færre gode leveår) ut av de ressursene man har til rådighet, men at de gode leveårene blir riktigere fordelt – etter alvorlighetsgrad. Det er dermed ikke bare det totale antallet gode leveår som helsetjenestens ressurser kan gi som betyr noe, men også hvordan de er fordelt. Også dette prinsippet fikk bred tilslutning i høringen av Norheimut-

valgets og Magnussengruppens rapporter. Regjeringen deler denne vurderingen. Svært alvorlige tilstander kan tillegges en høy vekt, moderat alvorlige tilstander en moderat vekt og lite alvorlige tilstander en lav vekt. Jo mer alvorlig en tilstand er, jo høyere kostnad-effektbrøk kan aksepteres. Regjeringen mener dagens praksis gir et rimelig uttrykk for samfunnets vektlegging av høy alvorlighet i beslutninger på gruppenivå.

Både Norheimutvalget og Magnussengruppen anslø alternativkostnaden til 275 000 kroner per gode leveår. Selv om det er stor usikkerhet knyttet til dette anslaget, slutter regjeringen seg til utvalgenes vurdering av at dette er et rimelig anslag på alternativkostnaden i den norske helsetjenesten. Dersom et nytt tiltak koster mindre enn 275 000 kroner per gode leveår, bør det som hovedregel tas i bruk.

1.4 Grenser

I meldingen fremholdes det at det kan argumenteres for at Stortinget bør fastsette eksplisitte kostnadsgrenser for innføring av nye metoder i Norge. Det eksisterer ikke slike grenser i dag. Det har samtidig vært en vedvarende diskusjon, både i det offentlige rom og i akademiske miljøer, om det burde være slike grenser. Både Norheimutvalget og Magnussengruppen fremmet forslag om å innføre eksplisitte kostnadsgrenser. Disse forslagene fikk varierende grad av oppslutning i høringsrunden.

Etter regjeringens vurdering er det særlig tre forhold som innebærer at Stortinget eller departementet ikke bør fastsette eksplisitte grenser. For det første medfører helseøkonomiske beregninger og metodevurderinger av tiltak på gruppenivå ingen beslutningsautomatikk. Basert på metodevurderinger skal skjønnsmessige vurderinger inngå i en totalvurdering av tiltak på gruppenivå. Dette er særlig knyttet til vurderinger av kvalitet og usikkerhet ved dokumentasjon og samlede budsjettkonsekvenser av et tiltak. Betydningen av disse forholdene kan variere mellom tiltak og bør vurderes helhetlig av den som har den konkrete beslutningsmyndigheten, dvs. Beslutningsforum, Statens legemiddelverk eller Stortinget i saker der utgiftene for et legemiddel overstiger bagatellgrensen.

For det andre kan maksimale grenser fastsatt av Stortinget eller departementet i enkelte tilfeller bidra til å redusere prisene gjennom forhandlinger med leverandører, men i andre tilfeller også bidra til at leverandørene øker prisene opp mot grensen for det som anses som akseptabelt. I England, der det har blitt operert med slike grenser over en lengre tid, er det indikasjoner på at produsenter av ny teknologi priser produktene opp mot den fastsatte grensen.

For det tredje vil det være krevende for Stortinget å fastsette prinsipper for prioritering, totale budsjett-

rammer og eksplisitte grenser uten at disse tre størrelsene kommer i konflikt med hverandre. Dersom Stortinget vedtar prinsipper for prioritering som foreslått i denne meldingen, viderefører omtrent den samme veksten i helsebudsjettene som før, men for eksempel vedtar eksplisitte grenser som er betydelig høyere enn de kostnadene per gode leveår. Beslutningsforum og Statens legemiddelverk har akseptert for nye metoder, vil konsekvensene bli omfattende omprioriteringer innenfor helsetjenesten. Disse omprioriteringene vil nesten uunngåelig være i strid med prinsippene for prioritering som Stortinget selv har vedtatt. Regjeringen mener derfor at Stortinget bør vedta prinsipper for prioritering og totale ressursrammer for helsetjenesten. Innenfor disse rammene og prinsippene må de som har ansvaret for å prioritere på gruppenivå, dvs. Statens legemiddelverk og Beslutningsforum, treffe sine beslutninger basert på vurderinger av alternativkostnaden knyttet til å innføre nye tiltak. Det fordrer samtidig at Stortinget og regjeringen står ved sitt ansvar og gir beslutningstakerne i helsetjenesten ryggdekning for disse beslutningene.

Dette innebærer at Statens legemiddelverk og Beslutningsforum vil måtte danne seg en felles oppfatning om alternativkostnaden til et tiltak og innvekting av alvorlighetsgrad av en tilhørende tilstand. I denne prosessen mener regjeringen at den tankegangen som ligger bak Norheimutvalgets og Magnussengruppens forslag til innvekting av et alvorlighetskriterium, vil være et nyttig utgangspunkt. Metodevurderinger bør imidlertid ikke tolkes eller anvendes slik at nye tiltak, som kommer under en viss grense per vunnet gode leveår, automatisk blir innført.

Etter regjeringens vurdering medfører ikke disse forslagene vesentlige endringer i den praksis som Statens legemiddelverk og Beslutningsforum har fulgt de senere år. Forslagene innebærer imidlertid at kostnadseffektivitetsberegninger må suppleres med beregninger av alvorlighet. Regjeringen mener, i tråd med Magnussengruppen og Norheimutvalget, at svært alvorlige tilstander kan tillegges en høy vekt, moderat alvorlige tilstander en moderat vekt og lite alvorlige tilstander en lav vekt. Det kan derfor være at metoder rettet mot mindre eller moderat alvorlige tilstander framover må prises lavere enn de tidligere ville ha blitt, for å bli tatt i bruk i helsetjenesten. Regjeringen mener videre at den praksis som Statens legemiddelverk og Beslutningsforum har fulgt fram til i dag, gir et rimelig uttrykk for samfunnets vektlegging av høy alvorlighet i beslutninger om innføring av metoder og legemidler på gruppenivå. Regjeringen legger derfor til grunn at tilgangen til metoder og legemidler rettet mot svært alvorlige tilstander vil bli omtrent som i dag, gitt disse forslagene.

1.5 Skjønnsmessige vurderinger

Metodevurderinger av tiltak må understøttes med skjønnsmessige vurderinger i en totalvurdering av tiltaket. I vurdering av tiltak på gruppenivå er dette særlig knyttet til usikkerhet ved dokumentasjon og budsjettkonsekvenser ved innføring av tiltak.

Vurderinger av kvalitet og usikkerhet ved dokumentasjon bør tas med i betraktning når det tas prioriteringsbeslutninger på gruppenivå. Stor usikkerhet knyttet til dokumentasjon og beregningsmetoder bør, alt annet likt, gi lavere prioritet. Et unntak fra dette er ved vurdering av tiltak som er rettet mot små pasientgrupper med alvorlig tilstand. Regjeringen mener at det kan aksepteres et lavere krav til dokumentasjon for tiltak rettet mot små pasientgrupper med alvorlig tilstand hvor det er vanskelig å gjennomføre kontrollerte studier av effekt.

Et grunnleggende prinsipp må være at tiltak på gruppenivå i helsetjenesten vurderes opp mot alternativkostnaden av tiltaket, dvs. nytten for andre som ellers kunne ha vært realisert med de samme ressursene. Hvis et enkelt tiltak legger beslag på svært mye ressurser, blir imidlertid alternativkostnaden høyere enn det som vanligvis kan legges til grunn – tiltaket fortrenger mer nytte per krone enn andre tiltak.

Magnussengruppen pekte på denne problemstillingen og mente at samlede budsjettkonsekvenser av et tiltak bør inngå i en skjønnsmessig totalvurdering av et tiltak. Gruppen begrunnet dette med at dersom budsjettkonsekvensene blir tilstrekkelig store, vil ikke bare de eksisterende tiltakene som er minst kostnadseffektive bli fortrent, men også mer kostnadseffektive tiltak vil risikere å bli skjøvet til side. Høringsinstansene som uttalte seg om dette, støttet dette synet. Regjeringen slutter seg til denne vurderingen. Dersom man ikke tok hensyn til samlede budsjettkonsekvenser av et tiltak, ville nytten av dette tiltaket potensielt være mindre enn nytten av tiltakene som blir fortrent. Dette vil gi færre gode leveår for ressursene i helsetjenesten enn det man ellers kunne ha fått.

Ikke bare kan alternativkostnaden bli høyere når budsjettvirkningen er stor – det kan også være praktiske utfordringer knyttet til å innføre tiltak med store budsjettkonsekvenser. Dersom et tiltak legger beslag på mye av den årlige veksten i helseregionenes budsjetttrammer, vil det rent praktisk kunne være vanskelig å ta i bruk tiltaket for hele den aktuelle pasientgruppen. Det kan være vanskelig på kort til mellomlang sikt å omstille helsepersonell, infrastruktur og medisinsk-teknisk utstyr fra andre anvendelser til det aktuelle tiltaket. Det tar for eksempel i gjennomsnitt ni år å gjennomføre utdanning av en legespesialist. Innføring av tiltaket kan i tillegg innebære så store kutt over kort tid i tilbudet til andre pasientgrupper at det vil undergrave legitimiteten til beslutningen.

Samtidig kan det være urimelig på varig basis å avgrense behandling til kun deler av en pasientgruppe dersom behandlingen gir større nytte sett i forhold til ressursbruk og alvorlighet, enn andre tiltak i helsetjenesten. I slike tilfeller kan det kreves strukturerte former for innføring der deler av pasientgruppen får tilbud om behandling før andre, for eksempel ved bruk av vilkår, slik at det åpnes opp for større deler av pasientgruppen etter hvert som helsetjenesten har forutsetning for å håndtere det. Regjeringen mener at slike vilkår bør utformes i tråd med prinsippene for prioritering, for eksempel ved at pasientene som er mest alvorlig syke og/eller som kan få mest nytte av behandlingen, får tilbud først.

1.6 Endringer på legemiddelområdet

Meldingen fremholder at dagens systemer i hovedsak sikrer en systematisk vurdering av legemidler som finansieres i den offentlige helsetjenesten. Samtidig er det enkelte svakheter, som kan hindre at de legemiddelpolitiske målene nås og at prinsippene for prioritering følges. For det første kan finansiering av alternative legemidler for samme tilstand fra ulike kilder, hhv. folketrygden og helseregionenes rammer, påvirke legenes valg av legemiddel og i verste fall redusere kvaliteten på behandlingen. For det andre har ordningen med individuell stønad og bidragsordningen flere svakheter.

Etter regjeringens vurdering bør finansieringsansvaret for et legemiddel i hovedsak følge behandlingsansvaret. Kriteriene for fordeling av finansieringsansvar mellom folketrygden og de regionale helseforetakene er etter regjeringens vurdering ikke klart nok presisert. Regjeringen vil derfor utrede nærmere kriterier for å plassere finansieringsansvaret for nye legemidler som kommer på markedet, slik at dette er avklart så tidlig som mulig og senest når legemidlet får markedsføringstillatelse i Norge. Dette innebærer at de regionale helseforetakene får et større finansieringsansvar for legemidler enn i dag. Dersom dette ikke tas hensyn til ved budsjetteringen av de regionale helseforetakene, vil den foreslåtte presiseringen av finansieringsansvaret gradvis kunne føre til at helseregionene får redusert sin kapasitet til å tilby helsetjenester, sammenliknet med en situasjon der fordelingen av finansieringsansvaret ble videreført som i dag. Overføring av finansieringsansvaret for flere legemidler bør derfor skje gradvis.

I dag metodevurderes alle nye legemidler som finansieres av helseregionene. Regjeringen foreslår at alle nye legemidler som finansieres over folketrygden, skal metodevurderes etter de samme prinsippene for prioritering før de kan tas i bruk. For de fleste legemidler som har vært finansiert gjennom ordningen med individuell stønad og bidragsordningen, har verken nytte eller ressursbruk vært vurdert.

Det samme gjelder for legemidler til behandling av smittsomme sykdommer. Det er dermed ingen garanti for at legemidlene som finansieres over disse ordningene, bidrar til å nå det legemiddelpolitiske målet om likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler. Det innebærer videre at det ikke foreligger noe grunnlag for å vurdere om prisnivået på legemidlene er rimelig eller ikke. Forslaget om at alle nye legemidler skal metodevurderes innebærer at flere legemidler vil kunne innvilges forhåndsgodkjent refusjon dersom prinsippene for prioritering er oppfylt. I tillegg vil myndighetene kunne oppnå lavere priser gjennom anbud og forhandlinger. Et viktig hensyn for regjeringen blir å sikre at tiden fra et legemiddel har fått markedsføringstillatelse til en metodevurdering foreligger er kortest mulig. Det er allerede satt i gang tiltak for å oppnå dette. Regjeringen understreker samtidig at ordningen med individuell stønad videreføres for legemidler som finansieres over denne ordningen i dag, med enkelte justeringer i lys av forslagene til prinsipper for prioritering.

Regjeringen foreslår at det ved vurdering av tiltak rettet inn mot særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand, eksempelvis barn med medfødte genetiske sykdommer, der det ofte ikke finnes god dokumentasjon av nytten, kan aksepteres en høyere ressursbruk enn for andre tiltak. Rammene for en slik unntaksordning bør forankres i Stortinget gjennom den foreliggende meldingen og legges til grunn for finansiering av nye legemidler på folketrygden og nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Rammene for en slik ordning skal utredes nærmere, bl.a. knyttet til strenge krav til monitorering for å dokumentere nytten av behandling, system for reevalueringer og mekanismer for å motvirke uønskede tilpasninger fra legemiddelindustrien.

I sum innebærer forslagene økt måloppnåelse innenfor legemiddelområdet – mer likeverdig og raskere tilgang til effektive legemidler, god kvalitet og lavere pris.

Tilpasninger i systemene i etterkant av Stortingets behandling av meldingen vil i hovedsak gjelde for nye legemidler som kommer på markedet. I lys av forslagene i meldingen og Stortingets behandling vil regjeringen sende på høring forslag til endringer i regelverket for blåreseptordningen, inkludert både forhåndsgodkjent og individuell stønad. Regjeringen vil vurdere nærmere om den generelle bidragsordningen for legemidler bør avvikles. Vurderingen av bidragsordningen vil sees i sammenheng med regelverksgjennomgangen av blåreseptordningen.

Med forslaget om at alle legemidler som finansieres av folketrygden skal metodevurderes og underlegges kostnadskontroll, vil en videreføring av dagens bagatellgrense innebære at vesentlig flere refusjonssaker må forelegges Stortinget. Dette

utfordrer det legemiddelpolitiske målet om rask tilgang til effektive legemidler. Heving av bagatellgrensen for legemidler er derfor en forutsetning for at de foreslåtte endringene i finansieringsordningene på folketrygden kan gjennomføres, uten at det i praksis hindrer rask tilgang til effektive legemidler. Samtidig sikres kostnadskontroll for folketrygden. En heving legger til rette for at nye legemidler som med dagens ordning kunne blitt finansiert over individuell stønad, i framtiden vil underlegges metodevurderinger, og kunne tas opp i blåreseptordningen av Statens legemiddelverk uten å måtte godkjennes av Stortinget. Regjeringen foreslår at bagatellgrensen heves til 100 mill. kroner.

Det har fra ulike hold blitt fremmet forslag til nye finansieringsmekanismer for legemidler, herunder forslag om etablering av et fond for finansiering av legemidler og forslag om etablering av en mekanisme for midlertidig finansiering av legemidler i påvente av beslutning i Beslutningsforum. Begge forslagene bryter etter regjeringens vurdering med prinsippene for prioritering som foreslås i denne meldingen og målet om likeverdig tilgang. I tillegg mener regjeringen at forslagene vil svekke mulighetene til å nå målet om lavest mulig pris. Dette kan føre til at helsetjenesten oppnår færre gode leveår enn det man ellers kunne ha gjort.

Regjeringen vil gjennomføre følgende tiltak innenfor legemiddelområdet:

- Vurdere overføring av finansieringsansvaret for enkeltlegemidler eller grupper av legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene, basert på en målsetting om at finansieringsansvaret for legemidler skal følge behandlingsansvaret.
- Utrede et system for avklaring av finansieringsansvar mellom folketrygden og de regionale helseforetakene før legemidler får markedsførings-tillatelse.
- Revidere regelverket for legemidler finansiert over folketrygden i tråd med de foreslåtte prinsippene for prioritering og Stortingets behandling.
- Innføre krav om metodevurdering for alle nye legemidler som vurderes for offentlig finansiering, basert på de foreslåtte prinsippene for prioritering og Stortingets behandling av denne meldingen. Forslaget forutsetter endringer i bagatellgrensen.
- Påse, gjennom eierstyring, at de regionale helseforetakene endrer prinsippene som ligger til grunn for innføring av nye legemidler i spesialisthelsetjenesten, i tråd med forslagene til prinsipper for prioritering og Stortingets behandling.

- Vurdere nærmere om den generelle bidragsordningen for legemidler bør avvikles.
- Legge til rette for rabattavtaler mellom legemiddelindustrien og staten, for legemidler som finansieres over folketrygden.
- Heve bagatellgrensen for legemidler til 100 mill. kroner. Forslag om heving vil fremmes i de ordinære budsjettprosessene.
- Videreføre dagens ordning med individuell stønad for legemidler som allerede finansieres over denne ordningen, men med enkelte justeringer basert på de foreslåtte prinsippene for prioritering. Alvorlighet innføres som et grunnvilkår, og det vil ikke lenger gis stønad på bakgrunn av at en sykdom er sjelden. Det kan i tillegg være aktuelt å gjennomføre metodevurdering av enkelte legemidler som i dag finansieres over individuell stønad.
- Etablere en ordning der det ved vurdering av tiltak rettet inn mot særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand, kan aksepteres høyere ressursbruk enn for andre tiltak.

1.7 Virkemidler for å understøtte prioritering

For å bidra til ønsket prioritering må de foreslåtte prinsippene for prioritering reflekteres i relevante virkemidler på ulike nivåer. I meldingen varsles utviklingsarbeid for å bidra til at virkemidlene for prioritering innrettes i samsvar med forslag til prinsipper for prioritering som foreslås i meldingen.

Stortinget er det eneste organet som kan og skal prioritere mellom helse- og omsorgstjenesten og andre samfunnsoppgaver på et nasjonalt nivå. Hvilke nye metoder som skal tas i bruk, er først og fremst et faglig spørsmål. Det er de regionale helseforetakene, som har det helhetlige ansvaret for pasientbehandling, som bestemmer dette i spesialisthelsetjenesten. Men prinsippene som skal ligge til grunn for prioriteringene og de økonomiske rammene for disse, er det et politisk ansvar å fastsette. Uten felles prinsipper for prioritering vil målene om likeverdig tilgang og rettferdighet være vanskelig å nå. Innføring av systemet for vurdering av nye metoder i spesialisthelsetjenesten handlet nettopp om dette. I stedet for at enkeltpersoner i helsetjenesten hver for seg må treffe vanskelige beslutninger om bruk av nye metoder, treffes nå én felles beslutning basert på kjente prinsipper som sikrer likebehandling og konsistens.

Regjeringen vil gjennomføre følgende tiltak for å understøtte prioritering:

- Gjøre nødvendige endringer i prioriteringsforskriften, prioriteringsveilederne og henvisningsveilederen som følge av forslagene til prinsipper for prioritering i meldingen.

- Innrette nasjonale faglige retningslinjer i tråd med prinsippene for prioritering som foreslås i meldingen. Det bør i utarbeidelsen av den enkelte faglige retningslinje så langt som mulig gjøres eksplisitte vurderinger av nytte, ressursbruk og alvorlighet som grunnlag for formulering av anbefalte tiltak.
- Vurdere hvordan prinsippene for prioritering foreslått i denne meldingen bør påvirke innretningen av pågående utviklingsarbeid knyttet til hvilke normerende produkter som skal utarbeides og prosessene knyttet til dette.
- Be Helsedirektoratet, i samarbeid med kliniske fagmiljøer, utarbeide et rammeverk for drøfting i klinikken av hvordan kriteriene for prioritering bør vurderes samlet.
- Revidere veiledere og retningslinjer for helseøkonomiske analyser og metodevurderinger slik at disse bygger på de samme prinsippene og oppdateres i tråd med forslagene i meldingen.
- Følge opp utviklingsarbeidet for systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.
- Be de regionale helseforetakene utrede hvordan prinsippene for prioritering kan vektlegges i utformingen av regionale og lokale utviklingsplaner.
- Legge til grunn at innholdet i helsefaglige utdanninger reflekterer prinsippene for prioritering.
- Be de regionale helseforetakene legge til rette for at lederopplæringene som tilbys i ulike deler av tjenesten, gir ledere en klar forståelse av deres ansvar for å innrette sin virksomhet i tråd med prinsippene for prioritering.
- Sette ned et utvalg som skal vurdere prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Vurdere Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenestens rolle og utvikling i lys av oppfølgingsarbeidet til denne meldingen og innstillingen fra utvalget som skal vurdere prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

1.8 Egenfinansiering

Utgangspunktet i norsk helse- og omsorgstjeneste er at tjenestene er gratis for innbyggerne. Pasientene må samtidig betale en begrenset egenandel for visse typer tjenester – dette er regulert i en rekke forskrifter. Spørsmålet om pasientenes egenbetaling bør benyttes som et virkemiddel for å understøtte prioritering, har vært drøftet både av Norheimutvalget og Lønningutvalgene. Regjeringen varsler imidlertid ikke vesentlige endringer i dette regelverket i meldingen. Samtidig er enkelte nye problemstillinger knyttet til egenfinansiering kommet til i de senere årene.

1.8.1 *Behandling med egenfinansierte legemidler som det offentlige ikke tilbyr*

Dersom pasienter med samme behov, men med ulik evne til å kjøpe legemidler privat, skal få ulik tilgang til behandling i den offentlig finansierte helse-tjenesten, vil det bryte med prinsippet om likeverdig tilgang og føre til en gradvis uthuling av en universelt utformet helsetjeneste. Hvilke typer behandling som skal tilbys må bestemmes av de som har ansvaret for å tilby helsetjenester, dvs. helseregionene. Regjeringen vil derfor tydeliggjøre at pasienten ikke har krav på å få bistand til å få en annen type helsehjelp enn den spesialisthelsetjenesten tilbyr, selv om pasienten selv betaler for dette, og understreke at sykehusene ikke skal gjennomføre slik behandling. Dette innebærer en endring av dagens rettstilstand.

1.8.2 *Mulighet til å betale for en høyere standard på helsehjelpen enn det som tilbys*

En annen problemstilling knyttet til egenfinansiering oppstår dersom den offentlig finansierte helse-tjenesten tilbyr en gitt behandling, men pasienten ønsker en mer kostbar variant av standardbehandlingen. Dette handler i realiteten om å oppgradere et tilbud som pasienten har krav på, ved at pasienten betaler et mellomlegg knyttet til merkostnaden for det mer kostbare alternativet.

Det er argumenter som trekker i retning av å tillate slik egenfinansiering i enkelte tilfeller. Spørsmålet om egenfinansiering er i dette tilfellet knyttet til standarden på behandlingen, og ikke til tilgangen på behandling. En slik praksis vil derfor være mindre krevende ift. målet om likeverdig tilgang sammenliknet med praksisen beskrevet over. Dette vil også kunne motvirke todeling av helsetjenesten dersom de med høy betalingsevne kjøper behandling med høyere standard hos private leverandører. På den annen side, dersom man tillater slik egenfinansiering, kan det skje en todeling, men da innenfor den offentlig finansierte helsetjenesten. Offentlige sykehus kan i tillegg få uheldige insentiver til å velge billigere standardløsninger enn de hellers ville ha gjort, fordi de forventer at pasientene vil velge å dekke mellomlegget knyttet til en høyere standard.

Regjeringen mener i lys av dette at man skal være svært forsiktig med å åpne for egenfinansiering, også når gjelder oppgradering innenfor områder hvor det i utgangspunktet fremstår som relativt ukontroversielt. Det kan likevel være noen situasjoner, for eksempel knyttet til ulike hjelpemidler, hvor det kan tenkes at det vil være mindre problematisk at pasienter kan betale for en oppgradering. Regjeringen ønsker derfor å utrede eventuelle måter å avgrense eventuell åpning for slik egenfinansiering på, uten at dette strider med prinsippet om likebehandling av pasientene

og skaper uønskede tilpasninger i den offentlige helsetjenesten.

1.8.3 Bør egenandeler graderes ut fra prioritet?

Norheimutvalget foreslo å innføre høyere egenbetaling for tiltak som

«forventes å gi svært lave helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med lite helsetap. Egenbetaling bør reduseres eller fjernes for tiltak som forventes å gi store helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med store helsetap.»

Regjeringen er enig i at egenbetaling i prinsippet kan benyttes som et prioriteringsinstrument.

Samtidig er det ikke uten utfordringer å plassere tjenester som den offentlige helsetjenesten finansierer, i grupper etter prioritet. Innføring av gradert egenbetaling etter for eksempel alvorlighetsgrad forutsetter at det foreligger muligheter for å etterprøve de medisinske beslutningene som gjøres. Dette vil være en utfordring fordi samme diagnose kan ha ulik alvorlighetsgrad basert på en individuell vurdering. Dette åpner for at det kan oppstå tilfeller der ulikt medisinsk skjønn kan føre til at pasienter med samme behov vurderes ulikt. Gradert egenbetaling kan derfor ramme forholdsvis like tilfeller ulikt. Dette vil undergrave målet om likeverdig behandling og gi et slikt system lav legitimitet. Regjeringen vil derfor ikke foreslå å systematisk bruke egenbetaling som et prioriteringsinstrument. Regjeringen legger imidlertid til grunn at det også i fremtiden kan være aktuelt å pålegge full eller delvis egenbetaling for enkelte tjenester.

1.8.4 Fritak for merverdiavgift ved privat kjøp av legemidler

På alt salg av legemidler, både reseptpliktige og reseptfrie, er det merverdiavgift på 25 pst. i Norge i dag. Enkelte har argumentert for at enkeltpasienter som av egen lomme kjøper legemidler som helseeksponerte har sagt nei til å innføre i spesialisthelsetjenesten, bør nyte godt av fritak for merverdiavgift. Regjeringen mener imidlertid at en slik tilnærming vil bryte med prinsippene for prioritering og finansiering av helsetjenesten. Stortinget bevilger penger til de regionale helseforetakene, og de regionale helseforetakene må innenfor disse rammene beslutte hvilke behandlingsmetoder som skal tas i bruk. Deres myndighetene ønsker å utvide de økonomiske rammene til sykehusene, bør det skje direkte gjennom en økning av rammene til helsetjenesten, og ikke indirekte gjennom avgiftslettelser ved privat kjøp av legemidler.

1.9 Åpenhet og prioritering

Regjeringen vurderer at det er behov for å styrke åpenheten om prioritering på særlig to arenaer. For det første er det nødvendig at Stortinget tydeligere enn i dag tar stilling til prinsippene som skal ligge til grunn for prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten. Stortinget har ansvaret for å fastsette prinsipper og systemer som helsepersonell og ledere i helsetjenesten kan basere sine prioriteringsbeslutninger på. Meldingen inviterer Stortinget til å gjøre dette. For det andre er det ønskelig at vurderinger basert på prinsippene for prioritering i større grad enn i dag inngår i grunnlaget for beslutninger på administrativt nivå.

I visse situasjoner kan åpenhet ha en kostnad, og det må tas et valg mellom fordeler og ulemper ved åpenheten. Dette er særlig aktualisert gjennom utviklingen i legemiddelmarkedet de siste årene, og da særlig i tilknytning til spørsmålet om ikke-offentlige rabatter. Utviklingen av legemiddelmarkedet går i retning av at legemiddelindustrien setter svært høye listepreiser for enkelte nye legemidler, men at den samtidig er villig til å forhandle om rabatter og andre vilkår under forutsetning av at den offisielle listepreisen på legemidlene blir stående. Et motiv for industrien kan være å unngå at informasjon om rabatterte priser sprer seg mellom land og kan brukes av andre land til å fastsette priser.

Fordelene ved åpenhet om kostnader og priser er at alle aktører vet hva som er premissene for vurderinger og beslutninger knyttet til innføring av nye metoder, og at åpenhet muliggjør likeverdige helseeksponerte. Det sikrer beslutningene demokratisk legitimitet. Åpenhet sikrer også at aktørene på egen hånd kan vurdere om det praktiseres likebehandling eller ikke. Ulempene ved åpenhet er at innkjøpere, dvs. sykehusene og myndighetene, vil kunne gå glipp av til dels betydelige rabatter. Høye kostnader for nye legemidler og nytt medisinsk utstyr kan føre til at produktene enten ikke tas i bruk, eller at andre deler av helsetjenesten må nedprioriteres til fordel for de nye produktene.

Regjeringen mener at det i utgangspunktet er ønskelig med åpenhet om ev. rabatter, men at dette krever samordning på et europeisk nivå. Regjeringen deltar derfor aktivt i flere initiativ både på nordisk og europeisk nivå for å øke samarbeidet på legemiddelområdet. Etter regjeringens vurdering er ulempene knyttet til et særnorsk krav om åpenhet om priser på legemidler vesentlig større enn fordelene.

1.10 Brukermedvirkning og prioritering

Regjeringen mener at involvering og opplæring av pasienter, brukere og pårørende til å mestre liv med sykdom og til å delta i utviklingsarbeid i helsetjenesten er svært viktig. Brukermedvirkning på alle

nivåer vil kunne bidra til økt legitimitet og aksept om prioritering. Brukermedvirkning betyr samtidig ikke at behandleren fratas sitt faglige ansvar, og pasienten kan ikke velge hvilken metode som skal benyttes dersom helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller mer forsvarlig. Et viktig virkemiddel for brukermedvirkning på klinisk nivå er verktøy for samvalg.

I tillegg til brukermedvirkning på klinisk nivå, foregår det også utstrakt bruk av brukermedvirkning på gruppenivå. I en slik sammenheng ivaretar gjerne brukerorganisasjonen for den enkelte sykdom brukernes interesser, og kan med basis i erfaringer og brukerkompetanse bidra til å utvikle gode tjenester. Brukermedvirkning på dette nivået gjør at brukerne bidrar med erfaringsbasert kunnskap, slik at kunnskapsgrunnlaget til de aktørene som skal utforme tjenester, blir best mulig. Brukermedvirkning på overordnet nivå bør sikte mot at alle brukergrupper blir hørt, slik at ikke sterke brukerorganisasjoner og grupper får en større andel av ressursene på bekostning av svakere grupper.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Freddy de Ruiten, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Gry-Anette Rekanes Amundsen, lederen Kari Kjønnaas Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, slutter seg til de tre foreslåtte prioriteringskriteriene, samt prinsippene som ligger til grunn, og mener at det alltid vil være et gap mellom hva samfunnet har ressurser til å gjennomføre og hva som er medisinsk mulig. Vi kan derfor ikke velge om det skal prioriteres; prioriteringer skjer uansett. Komiteen er opptatt av prinsipper for prioritering som sikrer likebehandling og som bygger på et verdigrunnlag som har bred legitimitet i befolkningen og i helsesektoren.

Komiteen vil understreke at et sterkt offentlig helsevesen er selve forutsetningen for å lykkes med prioriteringsarbeidet i Norge. Den offentlige helse-tjenesten er en del av den norske samfunnskontrakten, basert på grunnleggende verdier som sosial forsikring, omfordeling, solidaritet, trygghet og like muligheter. Prioriteringer må bygge opp under velferdsmodellen vår, som bygger på stor grad av tillit

mellom stat og borger. Borgere har rett til å motta ytelser fra samfunnet etter behov. Sterke offentlige sykehus vil kunne prioritere pasienter etter behov. Det gjenspeiles i formålsbestemmelsene til spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven at det skal ytes gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.

Komiteen viser til at det finnes et privat marked for helsetjenester der pasienten selv, enten gjennom forsikringsavtaler eller full egenbetaling, kjøper helsetjenester. I juni 2015 hadde 472 000 helseforsikring – en økning på 8 pst. fra året før. 91 pst. har avtale gjennom arbeidsgiver. Konsekvenser for prioriteringer av dette private markedet kan være todelt. På den ene siden kan de avlaste det offentlig finansierte tilbudet. På den annen side kan private leverandører innrette tilbudet ut fra andre begrunnelser enn prioriteringskriteriene. De kan tilby behandling med lav nytte fordi det er et marked for det, eller gjennom tilgjengelighet skape forventninger og press om at det offentlige skal tilby behandling som det offentlige kun vil gi til dem med mest nytte av tiltaket. Komiteen vil peke på at et privat helsemarked også vil kunne båndlegge viktig fagkompetanse, på bekostning av det offentlige helsevesenet.

Komiteen viser til at styrkede pasientrettigheter, fritt behandlingsvalg og helsehjelp i utlandet også påvirker prioriteringer.

Komiteen slutter seg til Norheimutvalgets mål for den norske helsetjenesten: Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt. Utvalget vektlegger særlig følgende: 1) helsepolitikken skal fremme helse og forebygge sykdom, 2) helsesektoren skal sikre flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt, 3) helsesektoren kan bidra til å redusere ulikheter i helse, 4) helsesektoren skal beskytte den enkelte mot store uforutsette utgifter til helsetjenester.

Komiteen vil understreke at prioritering handler om å fordele helseressurser til noen områder og tiltak framfor andre, eller at man gir noen tilgang raskere enn andre. Slike prioriteringer kan oppleves urettferdig. Da er åpenhet om beslutningsprosesser helt avgjørende for å skape tillit til de beslutninger som blir gjort. Brukermedvirkning, det vil si involvering av pasienter og brukere, er også avgjørende for å styrke legitimiteten til beslutningene. Komiteen viser til at det er lang tradisjon i Norge for åpenhet og medvirkning knyttet til prioriteringsbeslutninger, og at dette er viktige verdier som må videreføres og legges til grunn for prioriteringsarbeidet også i fremtiden.

Komiteen mener det er Stortingets ansvar å vedta prinsippene for prioritering og de totale ressursrammene for helsetjenestene. Det innebærer at

Stortinget må være seg sitt ansvar bevisst, og gi beslutningstakerne ryggdekning for beslutningene.

De foreslåtte prioriteringskriterier bygger på Lønning I-utvalget (1987), Lønning II-utvalget (1997), Grundutvalget (1997), Norheimutvalget (2014) og Magnussengruppen (2015). Komiteen registrerer at de foreslåtte prioriteringskriteriene er positivt mottatt. Det er også prinsippet om å dele inn på samfunns- og klinisk nivå, samt at det skal være rom for faglig skjønn. Det var et uttalt mål å få felles prioriteringskriterier for hele tjenesten, men dette viste seg ikke å være mulig i denne revideringen av kriteriene. Komiteen støtter forslaget om at det nedsettes et utvalg for å vurdere prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette arbeidet må også omfatte tannhelse.

Komiteen viser til meldingen og til at prinsipper for prioriteringer skal gjelde for spesialisthelsetjenesten, for legemidler finansiert over folketrygden og for fastlegenes samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Komiteen mener det er behov for mer kunnskap om effekten av forebygging, hvordan finansiering påvirker prioritering og om prioriteringsarbeid generelt.

Komiteen erkjenner at det fortsatt vil være behov for politiske grep for å løfte svake pasientgrupper som kronikere, de som trenger habilitering og rehabilitering, pasienter med psykiske sykdommer og rusavhengige, men komiteen presiserer at prioriteringskriteriene må legges til grunn uansett pasientgruppe.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre vil likevel understreke at prioriteringskriteriene som ligger til grunn for meldingen, i seg selv må bidra til å løfte nettopp disse pasientgruppene. Hvis ikke vil prioriteringskriteriene fremstå som lite relevante for helsetjenesten. Politiske prioriteringer av pasientgrupper på overordnet nivå må skje i samsvar med vedtatte prioriteringskriterier, og i et samspill med de prioriteringer som skjer i helsetjenesten.

Disse medlemmer viser til at innføring av den gylne regel, der sykehus blir pålagt å sikre større vekst i rus- og psykiatritilbudet, ikke har vært vellykket. Veksten har faktisk vært mindre i psykiatri enn i somatikk, dette fremgår av de årlige Samdata-rapportene. Disse medlemmer ber regjeringen fremme tiltak for Stortinget som kan bidra til at rus- og psykiatripasienter som gruppe blir prioritert høyere i spesialisthelsetjenesten.

Komiteen mener det er behov for å forankre prioriteringsarbeidet bedre. Uten at helsemedarbeidere selv finner dette meningsfullt og viktig, vil vi

ikke klare å prioritere bedre. Prioritering må bli en del av helseutdanningene, det må innarbeides i de faglige veilederne og være tema for faglige drøftinger og i ledelse.

Komiteen ser det som positivt at meldingen fremhever mestring av sykdom og betydningen av brukermedvirkning.

2.1 Prioriteringsutfordringer

Komiteen vil understreke at det ikke er mulig å bevilge oss ut av utfordringene. Frem mot 2030 vil antall eldre over 70 år øke med 50 pst. Folkehelseinstituttet utga nylig «Sykdomsbyrde i Norge 1990–2013» der det kommer frem at kreftsykdommer, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og ruslidelser er de fire største bidragsyterne til sykdomsbyrde. For kreft og hjerte- og karsykdommer domineres sykdomsbyrden av dødelighet (tapte leveår).

Mange nye behandlingsformer krever avansert utstyr og høyt spesialiserte fagfolk. Befolkningen har samtidig forventninger om å få den beste behandlingen. Media er arena for omtale, debatt og kunnskapsformidling, men også en aktør som påvirker samfunnets agenda.

Komiteen mener at myndighetene må sørge for at mest mulig saklig informasjon gjøres lett tilgjengelig for at den offentlige debatten om helse og prioriteringer kan bli mer kunnskapsbasert.

Komiteen vil understreke at prioritering innebærer at man av og til må si nei til behandling. Det kan være uklart hvem som har ansvaret for å formidle den endelige beslutningen og gjennomføre nødvendige og ofte tidkrevende samtaler med pasient og pårørende for å sikre verdighet og unngå overbehandling. Riktig prioritering handler også om å la være å gjøre det som ikke virker, eller som skader.

Komiteen registrerer at prioriteringer blir påvirket av at sykdommer har ulik prestisje og forskjeller når det gjelder forskningsinnsats, utdanningsordninger, finansieringssystemer samt sterke interesseorganisasjoner og medieoppmerksomhet. Det er viktig å være seg dette bevisst i utforming av en helhetlig helsepolitikk basert på prioriteringskriteriene og en rettfærdig fordeling av ressursene.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre viser også til at en sykdoms «status», offentlige interesse og medieomtale påvirker prioriteringsdebattene. Noen sykdomstyper får større medieoppmerksomhet enn andre, også uavhengig av alvorlighet. Sykdommer som er mest utbredt i pasientgrupper med lav sosioøkonomisk status, får oftere lav oppmerksomhet og gis også lavere prioritering. Leverbetennelse som skyldes hepatitt C, er et eksem-

pel på dette. Fordeling av legespesialister gjenspeiler også dette, for eksempel har det vært utdannet relativt få geriatere (eldremedisinere). Disse medlemmer vil påpeke viktigheten av at beslutningstagere på alle nivåer erkjenner at skjev-prioriteringer som følge av sykdommers ulike status i samfunnet, er et problem. Disse medlemmer mener kunnskap om hvordan prioritering i helsetjenesten er nær knyttet til sosiologiske og samfunns-messige forhold, må være en viktig del av helseutdanningene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet merker seg at stortingsmeldingen kun har et kort avsnitt om de prioriteringsproblemer som kan oppstå dersom det etableres omfattende private helsetjenester som skal finansieres av det offentlige. Meldingen erkjenner imidlertid at private aktører ikke alltid innretter sitt tilbud ut fra samfunnets prinsipper for prioriteringer.

Disse medlemmer mener dette er selvsagt, all den tid private kommersielle bedrifter har som sitt fremste mål å hente ut et utbytte til private eiere, noe som ikke er målet for offentlige eller ideelle tilbydere. Disse medlemmer mener regjeringen i sin iver etter å gjøre det lettere for private kommersielle aktører å komme inn i helsetjenesten underkommuniserer problemene f.eks. med ordningen «fritt behandlingsvalg». Denne ordningen krever kun faglig godkjenning og har hverken definerte økonomiske rammer eller krav om spesifikke prioriteringer for sin virksomhet. «Fritt behandlingsvalg» utløser automatisk finansiering fra det offentlige for pasientbehandling og vil dermed, dersom den utvides, kunne gi betydelige vridningseffekter inn mot «lønnsomme» pasientgrupper. Fordi godkjenning av aktører i «fritt behandlingsvalg» kun skjer på faglig grunnlag, vil man ikke kunne definere hvilke pasientgrupper som skal kunne få behandling, eller hvor tilbudet skal etableres. Det betyr etter disse medlemmers mening at pasienter i befolkningstette områder som gir størst overskudd for private helseinvestorer, kan bli vinnerne, dersom regjeringens ønske om å utvide ordningen med «fritt behandlingsvalg» blir realisert. I tillegg er det viktig å påpeke at private og offentlige helsetjenester må hente både kompetente fagfolk og økonomiske ressurser fra de samme kildene.

Disse medlemmer finner det derfor nødvendig å minne om at framskrivningene for helsesektoren peker på at vi vil komme til å ha knapphet på ressurser i tjenestene i årene framover. Disse medlemmer mener private aktører i offentlig finansierede helsetjenester kun må være et supplement, der aktørene løser oppdraget med utgangspunkt i defi-

nerte avtaler med det offentlige helsevesenet, med krav til rammer, fordelinger og prioriteringer.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre viser til at ordningen med fritt behandlingsvalg skal evalueres før den eventuelt skaleres ut i full bredde innen somatikken. Disse medlemmer mener det er nødvendig å vurdere hvorvidt ordningen fremkaller vridningseffekter inn mot lønnsomme pasientgrupper, hvor man risikerer at det offentlige sitter igjen med de kompliserte og kostbare pasientbehandlingene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, vil understreke at prioriteringsmeldingen i seg selv ikke vil føre til bedre prioriteringsarbeid i helsetjenesten. Prinsippene den bygger på er det i hovedsak bred oppslutning om, og de er i stor grad en presisering av de samme kriteriene som helsetjenesten allerede forholder seg til, og som ikke har sikret nødvendig og rettferdig prioritering i sektoren. Flertallet slutter seg til Legeforeningens beskrivelse av meldingen som en intensjonsmelding. Synlige endringer i helsetjenestens prioriteringer vil kreve politisk initierte reformer i ledelse, organisering og finansiering av helsetjenestene.

Flertallet vil peke på at bevisst og systematisk prioritering er en helt sentral del av ledes oppgaver og ansvar. De har en nøkkelrolle i å sette rammer for utredning og behandling på klinisk nivå, og stor innflytelse på hvilke tiltak som blir gjennomført. Alle ledere i helsetjenesten må få inngående kjennskap til prioriteringskriterier som nå Stortinget slutter seg til, om prosesser og beslutningsverktøy. Det er også et ledelsesansvar å sikre at brukernes stemme blir etterspurt og hørt. Utvikling av gode ledere krever god opplæring.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlem fra Senterpartiet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at kunnskap om prioriteringer i helsetjenesten får en sentral plass i lederutdanningene, læreplanene og etterutdanningene for helse- og sosialfagene.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Venstre viser til at bedre prioritering fordrer større sammenheng mellom prinsippene for prioritering, politisk styring og bevilgninger, helseutdanningene, Helsedirektoratets veiledningsarbeid, tilsynenes virksomhet og praksisen ute i tjenestene.

Komiteens medlem fra Senterpartiet forutsetter at regjeringen sørger for at prioriteringsarbeidet faktisk blir implementert i tjenestene, og ber regjeringen på egnet vis informere Stortinget om status for dette arbeidet én gang i året. På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for implementering av prioriteringskriteriene i tjenestene og på egnet vis informere Stortinget årlig om status for arbeidet.»

2.2 Verdigrunnlaget

Komiteen viser til at målene om likhet og rettferdig fordeling står sterkt i det norske samfunn. God helse er en av de viktigste ressursene for individ og samfunn. Det handler ikke bare om fravær av sykdom, men også om å mestre livets utfordringer. Helsetjenestene må legges til rette for at borgerne kan leve et godt liv, selv med sykdom og funksjonstap.

Helsetjenesten er en del av en bred sosial forsikringsordning for at befolkningen skal motta likeverdige tjenester etter behov. Rettferdig fordeling innebærer at samfunnet er villig til å prioritere høyere dem som har størst behov. Ifølge Norheimutvalget går det et viktig prinsipielt skille mellom likhet i muligheter og likhet i resultat. Innenfor velferdsstaten har det vært større politisk enighet om like muligheter, mens det for helsesektoren også er naturlig å vektlegge resultatlikhet med hensyn til fordeling av gode leveår. Norheimutvalget var opptatt av prinsippet om flest mulig gode leveår til alle, rettferdig fordelt, og at tap av helse gjennom hele livsløpet skal tillegges vekt i fordeling av ressurser.

Komiteen mener det er viktig at prinsipper for prioritering lar seg forene med helsepersonells profesjonsetikk. Helsepersonell har plikt til å hjelpe pasienter etter beste evne, samtidig som de har ansvar for helheten. Pasientenes autonomi er grunnleggende i medisinsk etikk og norsk helserett. Det er pasienten selv som på bakgrunn av faglige råd, veiledning og informasjon fra kompetent helsepersonell er den nærmeste til å vurdere konsekvensene av ulike behandlingsvalg eller avstå fra behandling. Dette prinsippet utfordres dersom den enkelte pasients valgmuligheter går på bekostning av en annen pasients valgmuligheter.

Komiteen mener videre at hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet. Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester. Like tilfeller skal behandles likt.

2.3 Prioriteringskriterier

Komiteen merker seg at regjeringen foreslår tre kriterier for prioritering som må vurderes samlet: nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet.

2.3.1 Nytttekriteriet

Komiteen viser til at med nytte menes kunnskapsbasert helsehjelp som kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom økt sannsynlighet for overlevelse eller redusert funksjonstap, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring og reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag. Komiteen slutter seg til at et tiltaks prioritet skal øke i takt med den forventede nytten av tiltaket.

Nytte kommer rettslig til uttrykk primært på to områder; – rett til nødvendig helsehjelp og vurdering av om legemidler skal innvilges forhåndsgodkjent refusjon fra folketrygden.

Måling av nytte må gjøre det mulig å sammenligne nytte på tvers av pasientgrupper og tiltak. Norheimutvalget foreslo «gode leveår» som tar hensyn til levetid og livskvalitet og måles som kvalitetsjusterte leveår. Dette er i samsvar med dagens praksis i metodevurdering. Komiteen slutter seg til dette.

På klinisk nivå vil mange tiltak ikke ha forlenget levetid som primært mål, men derimot å bedre livskvaliteten med bedre fysisk og psykisk funksjon og redusert smerte. Det kan være ulike vurderinger av nytte mellom pasienter og helsepersonell.

Norheimutvalget mente at antall pårørende er irrelevant for nyttekriteriet, mens alder kan være relevant hvis det har betydning for risikoen for medisinsk behandling, og konkluderte med at det ikke finnes tilstrekkelige argumenter for å innføre en minsteverdi for nytte.

2.3.2 Ressurskriteriet

Komiteen støtter at et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. All relevant ressursbruk skal i prinsippet tas hensyn til, som for eksempel økonomi, personell, bygningsmasse, ambulansetjeneste, IKT-systemer, legemidler, medisinsk-teknisk utstyr og kompetanse.

Meldingen drøfter også avgrensning av hvilken nytte og ressursbruk som skal vektlegges på gruppe- og samfunnsnivå. Komiteen støtter at beslutningstakere på gruppenivå må se hele helse- og omsorgstjenesten i sammenheng for å oppnå helhetlige pasientforløp, så fremt det ikke gir urettferdige fordelingsvirkninger. Pasienters tidsbruk skal tillegges vekt på gruppenivå, som for eksempel utvikling av legemidler og medisinsk utstyr som reduserer behovet for å møte til kontroll. Videre støtter komiteen at effekter på ressursbruk i kommunal helse- og

omsorgstjeneste utløst av tiltak i spesialisthelsetjenesten, skal tas hensyn til i metodevurdering på gruppenivå, og at helseforbedring for pårørende i relevante tilfeller kan beregnes med, mens fremtidig produktivitet og konsekvenser for pasientens forbruk av offentlige tjenester ikke skal tillegges vekt.

2.3.3 Alvorlighetskriteriet

Komiteen viser til at alvorlighetskriteriet er en beskrivelse av tilstand som risiko for død eller funksjonstap, graden av fysisk eller psykisk funksjonstap, smerter, fysisk eller psykisk ubehag. Både nå-situasjon, varighet og tap av fremtidige leveår har betydning for alvorlighetsgrad.

I metodevurdering på gruppenivå skal alvorlighetskriteriet måles med hvor mange gode leveår som tapes ved fravær av den vurderte behandlingen, dvs. absolutt prognosetap. Ved vurdering av forebyggende tiltak skal de beregnes for dem som ville fått sykdommen ved fravær av tiltak.

Komiteen har merket seg at Norheimutvalget foreslo å måle alvorlighet i et «helsetapskriterium» der man også tok hensyn til tidligere helsetap. Utvalget mente at helsetap over livsløpet er mest prioriteringsrelevant, og at funksjonshemmede og de med kroniske sykdommer som rus og psykiatri ville få høyere prioritet. De mente også at helsetapskriteriet vil vurdere forebygging og behandling mer likeverdige. For pasienter med flere sykdommer mente Norheimutvalget at helsetapet for hver tilstand ville være relevant for prioritering og dermed gi prioritet til de dårligst stilte.

Regjeringen la forslaget til side og ga Magnussengruppen i oppdrag å vurdere hvordan alvorlighet skulle tas hensyn til i prioriteringsbeslutninger. Magnussengruppen foreslo en bred tekstlig beskrivelse av alvorlighetskriteriet og å skille beskrivelsen av alvorlighet til bruk i klinisk praksis fra kvantifiseringen til bruk i metodevurdering på gruppenivå. Absolutt prognosetap i form av forventet tapt antall gode leveår skal brukes i beregning av alvorlighet på gruppenivå, men må suppleres med skjønnsmessige vurderinger. Absolutt prognosetap vil i mange tilfeller være størst for sykdommer som rammer yngre aldersgrupper. Vurdering om å ta i bruk en metode eller legemiddel er knyttet til gjennomsnittlig størrelse på gruppenivå. Når det først er fattet beslutning, vil alle pasienter få lik prioritet. Magnussengruppen mente at alvorlighetskriteriet vil komme til anvendelse ved vurdering av forebygging ved at det vurderes hos dem som faktisk forventes å få gevinst av forebygging. Magnussengruppen mente for øvrig at samtidige tilstander som ikke kan relateres til hovedtilstand, ikke skal trekkes inn ved vurdering av prognose eller fremtidig tap av gode leveår.

Magnussengruppens forslag har fått bred tilslutning, og komiteen støtter forslaget selv om den har stor forståelse for intensjonene som ligger til grunn for Norheimutvalgets forslag.

På gruppe- og samfunnsnivå skal prioriteringskriteriene vurderes samlet og veies mot hverandre. Et tiltak skal vurderes opp mot nytten for andre pasienter med samme ressursbruk. Både Norheimutvalget og Magnussengruppen har foreslått å legge et anslag på alternativkostnad på 275 000 kroner per gode leveår til grunn for prioriteringsbeslutning. Det er ikke en maksimal grenseverdi. Under komiteens høring kom det frem at både Norheimutvalget og Magnussengruppen har påpekt behovet for å fremskaffe informasjon for Norge, og ikke bare adaptere det engelske tallet for alternativ kostnad på 275 000 kroner for et godt leveår. Komiteen tar til orientering at regjeringen vil bruke alternativkostnaden på 275 000 kroner per gode leveår i prioriteringsbeslutningene.

Komiteen viser til at Norheimutvalget og Magnussengruppen anslo alternativkostnaden til å være 275 000 kroner per gode leveår. Dersom et nytt tiltak koster mindre enn 275 000 kroner per gode leveår, bør det som hovedregel tas i bruk. Komiteen viser til at det i meldingen erkjennes at det er usikkerhet knyttet til dette anslaget, men slutter seg til at dette er det beste anslaget på alternativkostnaden i helsetjenesten i dag. Komiteen vil for øvrig legge til at forslagene om prinsipper for prioritering på gruppenivå ikke medfører vesentlige endringer i den praksis som Statens legemiddelverk og Beslutningsforum har fulgt de senere år.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener det må gjøres grundigere vurderinger av nivået på alternativ kostnad for Norge, og ber regjeringen bidra til at et slikt arbeid blir satt i gang, og at Stortinget på egnet vis informeres om resultatet av dette arbeidet.

Komiteen slutter seg til de tre foreslåtte prioriteringskriteriene, og at det ikke er mulig å sikre konsistens i prioriteringsbeslutninger på gruppenivå uten å kvantifisere, selv om det innebærer en forenkling av virkeligheten og at noen nyanser av alvorlighet og nytte går tapt. Derfor må de kvantifiserte kriteriene suppleres med skjønnsmessige vurderinger i en totalvurdering av et tiltak.

Komiteen mener det er rett å akseptere et lavere krav til dokumentasjon for små pasientgrupper med alvorlig tilstand der det er faglig utfordrende med kontrollerte studier, og for særskilte grupper med svært alvorlige tilstander, så som barn med medfødte sykdommer.

Komiteen viser til at nye metoder ofte kommer til erstatning for eksisterende behandling, og at det må tas hensyn til den besparelsen i metodevurderingen.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at alvorlighet og nytte skal måles i gode leveår, også kalt kvalitetsjusterte leveår – forkortet QALY. Dette medlem viser til at Norheimutvalget understreket viktigheten av å skille mellom bruk av QALYs i prioritering mellom pasientgrupper og i prioritering mellom enkeltpasienter. Det er et verktøy for prioritering på gruppenivå. Utvalget formulerte sin vurdering slik:

«Selv om QALYs som metode ikke er ferdig utviklet, og neppe noensinne vil gi tall som alle kan bli enige om, mener utvalget at metodens kjerne er viktig å bygge videre på.»

Dette medlem viser til at Norheimutvalgets og Magnussengruppens anslag på alternativkostnad legges til grunn for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå, dvs. 275 000 kroner per gode leveår. Dette medlem viser til at beløpet er avledet av en engelsk studie, og at departementet erkjenner at det er stor usikkerhet knyttet til dette anslaget.

Dette medlem mener de økonomiske grensene som er valgt er noe tilfeldig, og at slike grenser kontinuerlig må vurderes ut fra kostnadsnivået for den norske helsetjenesten og norske forhold, slik at de over tid ikke fører til en nedprioritering av helsetjenesten. I Økonomisk evaluering av helsetiltak – en veileder november 2012 - opererer Helsedirektoratet for eksempel med alternativ kostnad på 588 000 kroner.

Dette medlem mener det er avgjørende for godt prioriteringsarbeid at innvendingene mot bruken av kvalitetsjusterte leveår tas på alvor, og at begrensningene erkjennes. Det må sikres en balanse der kvalitetsjusterte leveår bare er én av faktorene som vurderes, og dette medlem mener stortingsmeldingen ikke må føre til at det legges uforholdsmessig stor vekt på QALY.

2.4 Andre kriterier som er blitt vurdert

Komiteen merker seg at Norheimutvalget i mandatet ble bedt om å vurdere andre kriterier, som alder, sjeldenhet, behandling ved livets slutt og innovasjon. De anbefalte ingen av disse som selvstendige kriterier. Komiteen slutter seg til dette.

2.4.1 Alder

Komiteen deler Magnussengruppens syn på at det er mer alvorlig å få kronisk sykdom tidligere i livet enn sent, fordi man lever lenger med sykdommen. Dette er ikke et uttrykk for at eldre pasienter

nedprioriteres, men at samfunnet vurderer sykdommer som fratar pasienten mange gode leveår som mer alvorlig. Alder kan allikevel bli vektlagt i diagnostikk og behandling, for eksempel ved lungebetennelse og influensa som ofte er mer alvorlig for de svært unge og svært gamle. Komiteen presiserer at når en beslutning om å etablere et tilbud er fattet for en pasientgruppe, vil alle pasienter, uavhengig av alder, få et tilbud så lenge de oppfyller medisinske kriterier.

Komiteen viser til at kriteriene for prioritering legger til rette for økt prioritet til pasientgrupper som er alvorlig stilt, som samtidig vil ha god nytte av behandling innenfor en forsvarlig ressursramme, slik som psykisk helsevern, rus og kroniske lidelser. Beslutninger på både politisk og administrativt nivå må reflektere dette.

2.4.2 Sjeldenhet

Komiteen mener det er forhold knyttet til behandling av små pasientgrupper med alvorlig tilstand som gjør at det kan være relevant å stille andre krav til dokumentasjon av nytte enn for øvrige tiltak. For slike tiltak kan pasientgruppen ofte være for liten til at tradisjonelle kontrollerte studier av effekt kan gjennomføres. Komiteen mener derfor at det kan aksepteres et lavere krav til dokumentasjon for tiltak rettet mot små pasientgrupper med alvorlig tilstand hvor det er vanskelig å gjennomføre kontrollerte studier av effekt.

Komiteen viser til at sjeldne tilstander med høy alvorlighetsgrad der aktuell behandling gir god nytte for pasienten, vil få prioritet med de foreslåtte kriteriene. Sjeldenhet vil ikke være et kriterium i seg selv.

Komiteen ber regjeringen følge spesielt opp behandlingstilbudet til personer med sjeldne sykdommer, slik at de fortsatt får et likeverdig tilbud etter at sykehusene overtar finansieringsansvaret for legemidler som tidligere ble finansiert over folketrygden.

2.4.3 Innovasjon

Komiteen har forståelse for at et eget innovasjonskriterium kan få utilsiktede utfall som følge av at gevinst av innovasjon og forskning er vanskelig å anslå. Det vises også til at hovedkriteriene som er foreslått stimulerer til innovasjon, samtidig som det er andre måter å styrke innovasjon på, som for eksempel HelseOmsorg21-strategien.

Kreftforeningen fremhevet i komiteens høring behovet for å vektlegge forskning, innovasjon og kliniske studier i prioriteringssammenheng, og var opp-tatt av muligheten for å tilrettelegge for pasientens individuelle behov, og at det fra en konkret legefaglig vurdering bør gis mulighet for å behandle med meto-

der/medikamenter som er avvist som standardbehandling.

Komiteen mener at målene og tiltakene knyttet til innovasjon og forskning i legemiddelmeldingen ligger fast, og endres ikke av forslagene i prioriteringsmeldingen.

2.4.4 Eget ansvar

Individens eget ansvar for helse har vært drøftet i alle tidligere prioriteringsutredninger, men ikke av Norheimutvalget. Utvalget viste imidlertid til at ulikheter i helse kan skyldes variasjoner i tilgang til helsetjenester eller variasjon i andre faktorer som biologiske, atferdsmessige eller sosiale determinanter, og at ulikheter i tilgang kan begrenses ved å redusere økonomiske barrierer med å gi gratis helsetjeneste. Komiteen slutter seg til Lønning-utvalgets presisering om at «ingen skal nektes behandling på grunn av at tilstanden skyldes uaktsom atferd» videreføres. Samtidig vil det i noen tilfeller være en sammenheng mellom omlegging av livsstil eller atferd for å oppnå forventet nytte.

2.4.5 Livets slutfase

Komiteen viser til at et sentralt spørsmål er om det er etiske hensyn som har særlig prioriteringsrelevans for behandling i livets slutfase. Komiteen støtter Norheimutvalgets vurdering om at pasienter med kort forventet levetid allerede får prioritet gjennom alvorlighetskriteriet, og at det ikke er nødvendig med et eget prioriteringskriterium for behandling i livets slutfase.

Det er laget en egen veileder for beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling. Komiteen mener det er viktig at pasienten blir lyttet til og får god omsorg gjennom tilgjengelige kunnskapsbaserte palliative tilbud. Overbehandling i livets slutfase er et hyppig og alvorlig etisk dilemma, spesielt dersom ressursene kunne ha vært brukt bedre på en annen måte. Et avslag vil kunne medføre at pasienten ønsker å prøve behandlingstilbud hvor det ikke er tilstrekkelig dokumentert helsegevinst og der kostnadene er store.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet vil understreke at det i livets slutfase som oftest ikke er snakk om å vurdere alternative kurative tiltak, men i stedet å sikre god omsorg og et godt palliativt tilbud. Disse medlemmer vil presisere at det alltid handler om å ivareta verdigheten til pasientene, og sikre god pleie, støtte og lindring som del av behandlingen i livets slutfase. Mange dør i dag på sykehjem. Rettferdig prioritering av helsekroner må etter disse medlemmers syn tilstrebes for å

sørge for tilstrekkelig med ressurser for å sikre verdighet og trygghet ved livets slutt.

2.5 Mulighet til å betale for en høyere standard

Komiteen er svært kritisk til prinsippet om at det skal gis mulighet for å betale for en høyere standard på helsehjelpen. Det bryter mot det grunnleggende prinsippet om lik rett til helsehjelp, og i meldingen argumenteres det også godt for hvordan et slikt prinsipp vil påvirke negativt utviklingen av tjenestene ved at helsetjenestene tilpasses en mulighet til å ta seg ekstra betalt.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet slutter seg ut fra dette ikke til prinsippet om at det skal være mulig å betale for en høyere standard på helsehjelp, og ber regjeringen ikke utrede dette nærmere.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre ser behov for en mer helhetlig og prinsipiell gjennomgang av egenandeler, bidragsordningen, refusjoner og fradragsordninger med tanke på priser og fordeler samt teknologiske løsninger. Felles elektronisk løsning for legemidler er et tilgrensende eksempel på at teknologiske plattformer i og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er så forskjellige at en harmonisering tar tid og ulikhetene blir store.

Rettferdighetsprinsippet er en av debattene i dette. Harmonisering av pristak for egenandeler kan være en del av dette, men det kan også handle om ulik utvikling knyttet til teknologiske plattformer og tidsfrister for eventuelle søknadsbaserte ordninger. Et annet forhold som blir stadig mer aktuelt, er statlig oppfordring til kommunale egenbetalinger. I så måte er dette et aktuelt tema også i den varslede prioriteringsutredningen for primærhelsetjenesten. Dersom en ser for seg økende egenandeler i den kommunale helsetjenesten, må debattene om rettferdighet i egenandeler i større grad sees i sammenheng. I tillegg krever det en systematikk knyttet til harmonisering og utbygging av digital infrastruktur. Disse medlemmer vil på bakgrunn av dette foreslå en helhetlig gjennomgang, à la Magnussengruppens avgrensede mandat, av refusjonssystemet og egenandeler i 2017, også med tanke på den varslede prioriteringsutredningen for primærhelsetjenesten.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn et forslag om en helhetlig gjennomgang av refusjonssystemet og egenandeler i 2017.

2.6 Prioritering i de kommunale helse- og omsorgstjenester

Komiteen er positiv til at det settes ned et utvalg for å få en systematisk drøfting av priorite-

ringsutfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Utvalget skal belyse ulike prioriteringssituasjoner, prioriteringsutfordringer og prioriteringsprosesser, og vurdere hvilke prinsipper for prioritering som kan være relevante for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Under komiteens høring tok Jon Magnussen opp en del særlige utfordringer som bør diskuteres for prioritering i kommunene. Stortinget har ikke samme mulighet til å pålegge kommunene en enhetlig politikk som for spesialisthelsetjenesten. I tillegg har en rekke kommunale tjenester, som for eksempel en sykehjems plass, en kostnad per gode leveår som går ut over det som gjelder for spesialisthelsetjenesten. Begrepet «verdighet» bør derfor få en plass i tilpassning av kriteriene i primærhelsetjenestene. Dessuten vil fastlegens portvaktfunksjon tilsi at de har en betydningsfull rolle også i prioriteringene på klinisk nivå i spesialisthelsetjenesten.

Professor Reidun Førde fremhevet under høringen at kommunehelsetjenesten har ansvar for mange pasienter med kompliserte lidelser og langvarige behandlingsbehov som krever samarbeid på tvers av profesjoner og som ikke passer inn i de kvantifiserbare målene til prioriteringskriteriene. Det er behov for å se på hele behandlingskjeden.

KS uttrykte ønske om gode verktøy og ikke detaljregulering. De konstaterte fortsatte utfordringer med manglende likeverdighet i samhandlingen, og at kommunene har et betydelig behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen er opptatt av at fastlegene må inngå i utvalget som skal utrede prioriteringskriteriene i kommunehelsetjenestene. Komiteen slutter seg til disse innspillene og ber regjeringen sikre at de blir ivarettatt og drøftet i utvalget som skal arbeide med prioriteringsutfordringer i kommunesektoren.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre viser til at prioritering i spesialisthelsetjenesten også kan få konsekvenser for tilbudet og prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Disse medlemmer støtter forslaget om at effekter på ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utløst av tiltak i spesialisthelsetjenesten skal tas hensyn til i metodevurderinger på gruppenivå. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har blant annet som følge av samhandlingsreformen fått større ansvar. Innen rus og psykiatri skjer og planlegges det for en lignende utvikling. Dersom ansvar for pasienter flyttes fra sykehus til kommuner, uten at ressurser følger med, vil kommunehelsetjenesten måtte nedprioritere andre tilbud. Det har til dels skjedd med samhandlingsreformen, for eksempel ved at oppfølging av utskrivningsklare pasienter har

gått ut over rehabiliteringstilbudet. Et annet eksempel er når spesialisthelsetjenesten reduserer liggetiden for fødende uten at kommuner får ressurser til å styrke barseltilbudet, slik at denne gruppen i realiteten nedprioriteres. Disse medlemmer mener den varslede utredningen om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ta inn over seg dette samspillet og sammenhengen i prioriteringsarbeidet. Stortinget har et særlig ansvar for at ressursene og bevilgningene følger oppgavene og ansvarsnivå, og disse medlemmer mener det er alvorlig at dette ofte ikke skjer.

Disse medlemmer mener at utvalget som skal nedsettes, må ha en bred faglig, geografisk og politisk sammensetning av folk fra primærhelsetjenesten (kommunesektoren). Mandatet må anerkjenne det ansvaret som primærhelsetjenesten har for å utvikle tjenester tilpasset ulike lokale forhold, i samspill med den statlige spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsdilemmaene i pleie- og omsorgssektoren må inngå i mandatet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil understreke at prioriteringsarbeidet i kommuner og sykehus vil være ulikt. Kommunene må prioritere midler til alle samfunnsområder, ikke bare til helse. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal i enda større grad enn spesialisthelsetjenesten arbeide både helsefremmende, forebyggende og behandlende. Dette medlem mener at prioriteringsarbeid knyttet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten må skje på denne tjenestens egne premisser. Dette medlem mener at kriteriene (alvorlighet, ressurs og nytte) som skal være felles for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, ikke kan operasjonaliseres likt i de to tjenestene, og at utvalget må komme med forslag til hvordan man kan gjøre disse relevante for prioriteringsarbeidet i kommunene.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre mener utelatelsen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en betydelig svakhet ved meldingen. Disse medlemmer registrerer at tannhelse ikke er nevnt med ett ord i prioriteringsmeldingen. Dette er også en svakhet ved meldingen. Tannhelse er en del av helsetilbudet til folk og må vurderes sammen med prioriteringer av andre helsetjenester. Disse medlemmer mener at en debatt om prioritering innen helsetjenesten blir mangelfull uten en diskusjon om arbeidsdeling mellom ulike helsepersonellgrupper, forvaltningsledd og aktører.

Disse medlemmer mener at en av de største prioriteringsutfordringene innenfor helsefeltet er å

finne rett balanse mellom forebygging og behandling, og rett balanse mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, mener rett balanse mellom forebygging og behandling og rett balanse mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, ikke først og fremst er en prioriteringsutfordring. Det handler om kvalitet og faglig riktig behandling, slik at pasienter får behandling på riktig nivå.

2.7 Forebygging

Komiteen ser det som ønskelig å få økt kunnskap om effekten av forebyggende tiltak. Meldingen skiller mellom tre typer forebygging. Den første kategorien er rettet mot definerte pasientgrupper. Den andre mot en ellers frisk befolkningsgruppe, som for eksempel vaksineprogrammer. Den tredje er helsefremmende tiltak både innenfor og utenfor helsesektoren, som informasjonskampanjer, regulering av næringsmidler, trafikksikkerhetstiltak osv. Den første kategorien omfattes av sørge for-ansvaret og finansieres som pasientbehandling, mens de to siste besluttes administrativt eller politisk, og ofte over andre budsjetter enn helsebudsjettet. Komiteen registrerer at regjeringen fram mot neste folkehelsemelding i 2018 vil vurdere metodikken for å prioritere ulike folkehelseiltak.

Under høringen la direktøren for FHI opp til at det er mange grep som kan gi forebygging høyere prioritet. Et viktig grep er å sikre at prioriteringskriteriene håndterer forebygging og kurative tiltak på en likeverdig måte. Et svært viktig punkt er tidspunktet for når man beregner alvorlighet; om det skal knyttes til tidspunktet sykdommen inntreffer, eller ved tiltakspunktet. HPV-vaksinen er et eksempel på at jenter som får vaksinen har lav risiko for å utvikle kreft og er dermed ikke alvorlig, mens når de får livmorkreft, er det alvorlig. FHI anbefalte videre at det bør ses nærmere på forslaget om å fortsette å diskontere helsegevinst og fokuset på hastegrad, fordi de slår negativt ut på forebyggende tiltak. FHI viser til at mange forebyggende tiltak med dokumentert positiv effekt er implementert. Det gjelder individrettede tiltak, som behandling for forhøyet blodtrykk, og befolkningsrettede tiltak, som regulering av alkoholsalg og barnevaksinasjonsprogrammet. FHI er også blitt utfordret på folkehelseiltak som har god effekt, men bare i begrenset grad er iverksatt. Det gjelder tiltak for økt fysisk aktivitet, forebygging av fall og brudd hos eldre og forebygging av depresjon blant ungdom. Komiteen mener at det er stort behov for

mer kunnskap om hvilke folkehelseiltak det vil være mest kostnadseffektivt å oppskalere i Norge.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener det er viktig at forebyggingsperspektivet kommer tydeligere frem i prioriteringsarbeidet, og ber regjeringen komme tilbake til Stortinget i revidert nasjonalbudsjett 2017 om hvordan dette kan gjøres, utover de tiltak som er foreslått.

Komiteen mener den eneste måten å få en bærekraftig helsetjeneste på er å fremme god helse hos flest mulig så tidlig i livsløpet som mulig. God helse skapes først og fremst andre steder enn i helse-tjenesten, og det mest helsefremmende er gode relasjoner og trygg tilknytning, barnehager og skoler av høy kvalitet, fravær av mobbing og utenforskap, fravær av vold, overgrep og omsorgssvikt, følelse av livsmestring og tilgang til rent vann, natur og fritidsaktiviteter.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, har stor tro på å angripe disse utfordringene systematisk og offensivt. Det var bakgrunnen for samarbeidspartienes ønske om å utarbeide en helhetlig tverrsektoriell strategi for barn og unges psykiske helse som omfatter individ og samfunn, og som inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ, som ble vedtatt av Stortinget ved behandling av Dokument 8:43 S (2015–2016), jf. Innst. 346 S (2015–2016). Flertallet mener at om vi lykkes med en slik strategi, vil det kunne gi gode resultater.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre ber regjeringen om spesielt å intensivere det forebyggende arbeidet på disse tre områdene: fysisk aktivitet, fallforebygging og tiltak mot depresjon blant ungdom. På disse tre områdene har vi god kunnskap om effekten av forebyggende tiltak, samtidig som det er områder som uten sterkere forebyggende innsats vil kreve mye av samfunnets ressurser til helsetjeneste.

Komiteens medlem fra Venstre viser til folkehelsemeldingen og er opptatt av at den følges opp for å gi helsebringende effekter for befolkningen. Prioriteringen i helsevesenet kan ikke ses i et vakuum, men må ses i sammenheng med samfunnet for øvrig. Dette medlem støtter grep som kan gi forebygging høyere prioritet, slik at forebyggende tiltak blir likeverdige med kurative tiltak. Dette medlem mener vi ikke kan ha en prioritering i helsevesenet som slår negativt ut for forebyggende

tiltak. Dette medlem mener det kan føre til kollaps i helsetjenesten om vi fortsetter som i dag og tar imot folk nedstrøms, når det er før fossefallet ressursene skulle vært satt inn. Dette medlem mener det er på høy tid at mantraet om å forebygge mer for å reparere mindre blir reelt i alle sektorer i samfunnet. Dette medlem mener dette vil innebære at vi må være tøffere i hvordan vi prioriterer, og at vi må være konsistente også når vi må stå i ubehagelige og tøffe valg.

2.8 Finansiering og prioritering

Komiteen registrerer at regjeringen mener at finansieringsordninger er lite egnet som virkemiddel for å styre prioriteringer. Under komiteens høring hevdet Jon Magnussen at hvordan vi innretter finansieringssystemet, kan ha betydning både for hvem som får tilgang til behandling, og for effektivitet i ressursbruk, og dermed for hvor store ressurser som faktisk er tilgjengelig for helsetjenesten. Han preserte at finansieringsordninger er et supplement til, og ikke en erstatning for, drøfting av prioriteringsprinsipper. Det er også vesentlig å skille mellom finansieringssystemets prinsipielle og tekniske utforming. Magnussen ser behovet for en bred gjennomgang av samhandling mellom finansieringssystemer og prioritering.

Førsteamanuensis Hans Olav Melberg stilte under høringen spørsmål om DRG-systemet er nøytralt, og viste til at en gjennomgang han har hatt av alle økningene på DRG, dokumenterte at penger har betydning for prioritering. Han mente det var viktig å få mer nøyaktige DRG og raskere endringer samt en vridning mot å betale for resultat og ikke bare aktivitet. Han etterlyste et mer dynamisk system og at klinikerne får bedre informasjon om økonomi.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener det er behov for en bred gjennomgang av samhandling mellom finansieringssystemene og prioritering.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre mener at prioriteringsmeldingen burde omfattet finansieringsordninger, som forholdet mellom ISF og rammefinansiering, og det prinsipielle bak bruk av økonomiske kontra organisatoriske virkemidler for å sikre gode pasientforløp. Disse medlemmer mener at meldingen overordnet burde ha fokusert mer på prioriteringsutfordringer ved bruk av anbud og privatisering av helsetjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at Jon

Magnussen i sitt notat til komiteens høring skriver at det er et generelt behov for en større prinsipiell diskusjon av finansieringsordningene i helsetjenesten som omfatter spørsmål om forholdet mellom ramme og ISF (innsatsstyrt finansiering), i hvilken grad man mer aktivt kan dempe bruk av ISF «for langt nede» i organisasjonene, bruk av økonomiske kontra organisatoriske virkemidler for å gi gode pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, forholdet mellom egenbetaling, trygderefusjon og rammetilskudd for fastlegene, takstbasert finansiering av private spesialister og ikke minst hvordan man kan unngå at finansieringssystemet forsterker de utfordringene et fragmentert ansvar for helsetjenester (kommune, regionale helseforetak og folketrygd) fører med seg. Flertallet viser til at NOU 2014:12 også peker på behovet for at finansieringsordningene utformes slik at de leder til beslutninger som samsvarer med de overordnede prioriteringskriteriene. Utvalget etterlyste mer kunnskap om hvordan ISF påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.

Flertallet registrerer at Jon Magnussen under komiteens høring fremhevet at vide individuelle rettigheter kan gjøre det vanskeligere for helsetjenesten å implementere prioriteringskriteriene Stortinget vedtar, og å sikre tilstrekkelig legitimitet i befolkningen. Han viste til at endringer i pasient- og brukerrettighetsloven i praksis har gjort porten inn til spesialisthelsetjenesten åpnere uten at rommet er blitt større. Det andre er fritt behandlingsvalg, som kan virke som en rettighet til å gå ut av køen som følger prioriteringskriteriene, og over til en privat «supplerende» aktør. Flertallet slutter seg til disse vurderingene.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre viser til at finansieringsordningene som ligger til grunn i dagens sykehus, legger et viktig premiss for utvikling av morgendagens spesialisthelsetjenester. I rapport om innsatsstyrt finansiering (ISF) fra Helse- og omsorgsdepartementet (2007) fremkommer det bekymring for at fokus på økonomi helt ned på avdelingsnivå på sykehusene er styrende for prioritering og kvalitet i helsetjenesten. Disse medlemmer påpeker at innsatsstyrt finansiering var ment som et system for tildeling av økonomiske midler og ikke som et prioriteringsverktøy. Ved mange helseforetak er åpenbart ISF likevel blitt sett på som en mulighet for inntektsøkning ved de enkelte tjenesteytende avdelinger. Hva sykehusene tjener på skal ikke være styrende for den helsehjelpen som gis pasientene. En slik praksis er også på tvers av de signaler som gis i tildelingsbrevene til de regionale helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig gjennomgang av dagens finansiering av sykehusene og utrede alternative finansieringsmodeller som sikrer at økonomien ikke blir styrende for den helsehjelpen som gis pasientene.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet ber regjeringen straks sikre at ISF-systemet ikke videreføres ned til hvert enkelt sykehus og hver sykehusavdeling, men stopper opp på regionalt helseforetaksnivå. Dette medlem vil understreke at Senterpartiet mener at ISF-andelen må reduseres, og at sykehus i hovedsak må rammefinansieres. Dette medlem vil også minne om at et flertall på Stortinget vedtok å redusere andelen ISF-finansiering fra 40 pst. til 30 pst. i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen. Med ny regjering er ISF-andelen i stedet økt til 50 pst.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Venstre mener at nye vekter i ISF-systemet, knyttet til nye behandlingsformer, ikke må innføres uten at det er avklart at behandlingsformen bør prioriteres. Det er også behov for mer kunnskap om hvordan finansieringsordningene påvirker allmennlegers og spesialisters henvisningspraksis og prioriteringer. Takstene i finansieringen av allmennleger og spesialister må utformes slik at de påvirker prioriteringer i ønsket retning. Det er behov for mer åpenhet og mer inkluderende prosesser når takster og andre deler av finansieringen av allmennlegetjenesten og private avtalespesialister justeres.

Komiteens medlem fra Senterpartiet ber regjeringen om innen juni 2017 å sørge for en grundig evaluering av hvordan den økte ISF-andelen påvirker behandlingstilbudet og prioriteringsbeslutningene i sykehusene, og fremlegge dette på egnet måte for Stortinget. På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om innen juni 2017 å sørge for en grundig evaluering av hvordan den økte ISF-andelen påvirker behandlingstilbudet og prioriteringsbeslutningene i sykehusene, og fremlegge dette på egnet måte for Stortinget.»

2.8.1 Geriatri

Komiteen viser til at multisyke eldre vil være en av de store utfordringene for helsetjenesten i årene fremover, som må løses med en god arbeidsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Forskning viser at en helhetlig geriatrik utredning på post eller poliklinikk fører til at pasienten får rett diagnose og behandling. Det gir økt overlevelse, bedre livskvalitet og utsetter behovet for sykehjems-

innleggelse. Komiteen mener at finansieringsordningene må understøtte ønsket faglig innretning på tilbudet til multisyke eldre, herunder tverrfaglige utredninger som kan inkludere demensutredning, en total gjennomgang av sykdomsbildet, medikamentgjennomgang og samtale med pårørende som kan løse mange av de daglige utfordringene som eldre pasienter og deres nærmeste sliter med. Komiteen ber regjeringen utrede om finansieringsordningene i tilstrekkelig grad understøtter ønsket faglig innretning på tilbudet til multisyke eldre. Regjeringen bes levere utredningen med eventuelle konkrete forslag til forbedringer, senest i revidert nasjonalbudsjett 2017.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at finansiering og finansieringsmodeller har betydning for prioritering innen geriatri, og at innsatsstyrt finansiering er uegnet for pasientgrupper med mer kroniske og sammensatte problemstillinger. Dette medlem mener sykehus i all hovedsak bør rammefinansieres.

2.8.2 Palliasjon

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener det er viktig å prioritere god omsorg til pasienter ved livets slutt, men erfarer at dagens finansieringssystem ikke stimulerer til tverrfaglig behandling og den helhetlige tilnærming som er ønskelig for de mest sårbare pasientene. Disse medlemmer mener det bør innføres et skille mellom palliative sengeenheter med mye spesialisert og tverrfaglig personale og palliative team, og et aktivt valg om at tverrfaglig behandling må prioriteres.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener innsatsstyrt finansiering i helsetjenestene best egner seg for behandling som lett lar seg telle. Disse medlemmer ber derfor regjeringen gjennomføre en evaluering av hvordan innretningen med innsatsstyrt finansiering og DGR-poeng ivaretar behandlingstilbudet til alvorlig syke og døende. Dagens finansieringssystem gjør det økonomisk krevende å ha palliative senger i spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlem fra Senterpartiet ber regjeringen endre finansiering av palliative sengeenheter og gå vekk fra innsatsstyrt finansiering og innføre rammefinansiering av slike sengeavdelinger/poster.

2.9 Legemidler

Komiteen viser til behandlingen av Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen, jf, Innst. 151

S (2015–2016), og at de legemiddelpolitiske målsettingene står fast: sikre god kvalitet til lavest mulig pris, sikre likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler og tilrettelegge for forskning og innovasjon.

Komiteen støtter i all hovedsak regjeringens forslag til tiltak for å sikre raskere og likeverdig tilgang på legemidler. Beslutning om offentlig finansiering av legemidler bør i hovedsak bygge på de samme prioriteringskriterier, uavhengig av finansieringsansvaret. Alle legemidler bør som hovedregel metodevurderes og bagatellgrensen heves til 100 mill. kroner. Finansieringsansvaret for et legemiddel bør i hovedsak følge behandlingsansvaret.

Folketrygdens samlede utgifter til legemidler på blå resept har økt fra 5,7 mrd. kroner i 2000 til 10,6 mrd. kroner i 2015. I perioden fra 2006 til 2008 ble finansieringsansvaret for flere biologiske legemidler overført til helseforetakene. Automatisk frikort ble innført i 2010 og medførte en utgiftsvekst. Nye legemidler til behandling av hepatitt C, MS, kreft og forebygging av blodpropp har gitt utgiftsvekst, og finansieringsansvaret for ulike legemidler er gradvis overført til helseforetakene. I en kartlegging som Folkehelseinstituttet gjennomførte i 2009 om sosiale ulikheter i tilgang til legemidler på blå resept, kom det frem påtakelige fylkesforskjeller i andelen brukere med vedtak om individuell stønad, som ikke kan forklares med variasjoner i utdanning, inntekt og sivilstand.

Komiteen registrerer at Statens legemiddelverk mener at prioritering og konkretisering som er foreslått i meldingen, vil gi et bedre «verktøysett» og en bedre forankring for metodevurderinger, anbefalinger og beslutninger. De fremhever at metodevarslene vil gi både myndighetene og industrien bedre mulighet til å forberede metodeprosesser og bedre forutsigbarhet. De erfarer at legemiddelbehandlinger blir stadig mer spesifiserte, slik at ellers vanlige sykdommer blir delt inn i svært mange, til dels sjeldne grupper. De viste til at en praksis med utstrakt aksept av høyere priser og lavere dokumentasjon vil utfordre prinsippet om likebehandling mellom pasienter.

Komiteen konstaterer at Norge er en liten aktør i et stort globalt marked for legemidler. Det er høy pris på nye legemidler, med hemmelige rabatter i hvert land. OECD anbefaler økt bruk av metodevurdering og forhandlinger for å få prisen ned. USA publiserte nylig en rapport som viser at ny kreftmedisin ikke hadde gitt økt overlevelsesgevinst fra 1995 til 2013, samtidig som prisen var blitt fire ganger så høy. EU vedtok i 1999 en ordning for legemidler til små pasientgrupper med forlenget patenttid og mindre krav til dokumentasjon. Det har gitt en positiv økning i nye legemidler.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener det er både sosialt og helsemessig utfordrende når nye legemidler kun tilbys gjennom private ordninger. Det bryter med prinsippet om likeverdig tilgang og gjør at noen pasienter blir forledet til å investere i dyr behandling uten dokumentert effekt. Disse medlemmer viser til legemiddelindustriens forslag om at legemidler kan gjøres tilgjengelige tidligere med en forpliktende risikofordeling mellom leverandør og det offentlige når markedsføringstillatelsen foreligger og frem til Beslutningsforums vedtak. Disse medlemmer mener en slik adgang vil skape forventninger om behandling, gi mindre incentiv til å fremskaffe dokumentasjon på effekt og gi utfordringer med å avslutte behandling dersom legemidler ikke blir anbefalt. Disse medlemmer ber regjeringen prioritere arbeidet med å få ned saksbehandlingstiden for nye behandlingstilbud, og ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag om hvordan møte utfordringen med utvikling og godkjenning av nye behandlingsmetoder og spesielt persontilpasset medisin der dokumentasjonskravet kan være utfordrende.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at folketrygden kan bidra til dekning av utgifter til helsetjenester, herunder legemidler, etter den såkalte bidragsordningen (folketrygdloven § 5-22) når legemidlet ikke kan skrives på blå resept. Dette medlem er ikke enig med regjeringen i at avviking av den generelle bidragsordningen for legemidler bør vurderes, da ordningen fungerer som et sikkerhetsnett for en del pasienter med kroniske sykdommer. Dette medlem ber på denne bakgrunn regjeringen opprettholde den generelle bidragsordningen. På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen opprettholde den generelle bidragsordningen.»

2.9.1 Individuell stønad

Komiteen er opptatt av at individuell stønad etter § 3 i blåreseptforskriften har fungert som et viktig sikkerhetsnett. I 2015 ble det gitt individuell stønad til om lag 1 000 ulike legemidler til rundt 132 000 unike brukere for til sammen 1,95 mrd. kroner. Det er blant annet gitt stønad til legemidler til bruk ved ADHD, smerte, MS, hjerte- og karsykdommer, alvorlig akne samt sjeldne enzytmangelsykdommer og kreft. Helse- og omsorgsministeren viser i sitt svar til komiteen av 22. september 2016 at regjeringen vil videreføre individuell stønad for legemidler som blir finansiert over folketrygden i dag, og at pasienter som har vedtak etter blåreseptforskrif-

tens § 3, vil kunne fortsette sin behandling. Det vil også være mulig for nye pasienter å søke om flere av legemidlene som er i ordningen i dag. Han viser videre til at enkelte pasienter med alvorlig sykdom faller utenfor regelverket for individuell stønad. Det foreslås derfor å oppheve bestemmelsene i dagens § 3 i blåreseptforskriften og erstatte den med en ordning der alvorlig sykdom vil være grunnvilkåret. Fra 1. september 2016 er det åpnet for at fastlegen i de fleste tilfeller kan søke om individuell stønad uten å gå via spesialist. Regjeringen mener at disse endringene vil gjøre at flere pasienter vil få rask og enkel tilgang til effektive legemidler. Det kan bli aktuelt å metodevurdere enkelte av legemidlene som i dag finansieres over individuell stønad, men for nye legemidler vil det bli et krav.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, støtter forslagene til endringer i ordningen med individuell stønad. Flertallet viser samtidig til at det kan finnes pasienter som skiller seg klart ut fra flertallet med samme diagnose når det bl.a. gjelder hvordan sykdommen utvikler seg, og respons på behandling. Selv om en metodevurdering indikerer at det ikke er aktuelt å gi refusjon for hele den aktuelle pasientgruppen, støtter flertallet forslaget i meldingen om at det i noen tilfeller kan settes vilkår om at stønad ytes etter søknad for den enkelte pasient. Prioriteringskriteriene kan i særskilte tilfeller være oppfylt på individnivå selv om de ikke er det på gruppenivå. Flertallet vil derfor understreke at intensjonen bak ordningen med individuell stønad må ivaretas i det oppfølgende forskriftsarbeidet etter Stortingets behandling av meldingen.

Flertallet viser for øvrig til forslaget om at finansieringsansvaret for legemidler skal følge behandlingsansvaret, og legger til grunn at de fleste nye legemidler for sjeldne, alvorlige tilstander som kunne ha vært aktuelle for individuell stønad, vil bli finansiert av sykehusene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Venstre mener at individuell refusjon er et viktig sikkerhetsnett for pasienter som ikke får tilstrekkelig effekt eller har uakseptable bivirkninger av medisiner på generell refusjon. Disse medlemmer er bekymret for at regjeringens forslag om helseøkonomiske analyser for opptak av legemidler på individuell refusjon i sin ytterste konsekvens vil medføre at ordningen forsvinner. Det er lite trolig at legemiddelfirmaene vil begrense seg til å søke om individuell refusjon dersom de kan dokumentere kostnadseffektiv behandling. Disse medlemmer ber derfor regjeringen opprettholde ordningen med individuell refusjon og fremme tiltak slik at den blir

brukt i henhold til intensjonen. Det betyr behandling etter at alle muligheter på generell refusjon er utprøvd, og dette må være godt dokumentert.

2.9.2 Forebygge smitte

Komiteen viser til at Sex og samfunn og Hiv-Norge under høringen var opptatt av at de foreslåtte endringene ikke måtte få negative konsekvenser for behandlingstilbudet og for forebyggende tiltak mot hiv.

Komiteen viser til at antibiotikaresistens er en trussel mot moderne medisin. Ved vurdering av eksisterende og nye antivirale midler, vaksiner og antibiotika må resistensrisiko tillegges vekt. Valg av behandlingsmetoder skal ikke påvirke resistensutvikling negativt, og man skal tilstrebe å bruke metoder som reduserer risikoen for antimikrobiell resistensutvikling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Venstre er positive til krav om helseøkonomisk analyse for alle legemidler betalt av det offentlige, også for smittsomme sykdommer, men er usikre på om dagens modeller fanger opp den samlede gevinsten av redusert smitterisiko og resistensutvikling ved bruk av hiv-medisiner. Disse medlemmer ber regjeringen følge spesielt opp at metodevurderinger for smittsomme sykdommer fanger opp effekt ut over den enkelte pasient, som samfunnets krav på beskyttelse mot smitte og utvikling av resistente hiv-virus.

2.9.3 Åpenhet

Komiteen ber regjeringen prioritere arbeidet med å få til et nordisk, europeisk eller internasjonalt samarbeid for å få større åpenhet om pris på legemidler, og mener at det samtidig må vurderes om mer av dagens beslutningsgrunnlag kan bli tilgjengelig for alle.

Komiteen registrerer at professor Bjarne Robberstad under komiteens høring mente at regjeringens forslag om hemmelige priser på legemidler undervurderer langsiktige strategiske prismessige hensyn, demokratiske prinsipper samt prinsipper om transparens og etterprøvbarehet. Han fremhevet at et viktig etisk verdigrunnlag for den norske helsetjenesten er «likebehandlingsprinsippet», som handler om verdsetting av helse til ulike pasientgrupper. En konsekvens av at essensiell informasjon om kostnadseffektivitet og budsjettkonsekvenser blir flyttet fra det offentlige rom til lukkede møter, er at det blir problematisk for pasienter å vurdere hvordan helsen deres reelt er blitt verdsatt. Uten tilgang til beslutningsgrunnlaget fratras forskning mulighet til å vurdere om det er kvalitativt gode prosesser som ligger til grunn for avgjørelsene.

Komiteen mener at utgangspunktet må være åpenhet i beslutningsprosessene i helsetjenestene. Det er viktig for legitimiteten til beslutningene. Åpenhet blir utfordret i spørsmålet om ikke-offentlige rabatter ved forhandlinger om pris på legemidler.

Komiteen viser til at en enstemmig komité i behandlingen av legemiddelmeldingen Meld. St. 28 (2014–2015), Innst. 151 S (2015–2016), sluttet seg til regjeringens vurderinger av fremtidige utviklings tiltak for Metodevurderingssystemet. Komiteen viser til innstillingen, hvor komiteen ba

«regjeringen arbeide videre med å forbedre systemet på disse områdene. Komiteen vil her særlig trekke fram mer transparens, åpenhet og brukervedvirkning i systemet, videre behovet for å koordinere det nasjonale systemet med innkjøpsprosesser i de regionale helseforetakene».

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet, har forståelse for at det i dagens legemiddelmarked kan være utfordrende for Norge å velge full åpenhet dersom dette medfører høyere priser.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre mener at åpenhet i beslutningsprosessene er avgjørende for å sikre tillit og legitimitet til prioriteringsbeslutninger. Disse medlemmer mener hemmelighetslinjen, der det offentlige helsevesen i Norge aksepterer og legger til rette for hemmelighold av legemiddelpriser og rabatter, undergraver demokratiske prinsipper og det etiske verdigrunnlaget til norsk helsetjeneste.

Disse medlemmer mener åpenhet fremdeles bør være hovedregelen i anbudsutlysninger, også når det gjelder legemidler, slik det er i Danmark, Sverige, WHO og OECD. I dag er det stor usikkerhet knyttet til hvor stort rommet for hemmelighold er. Det er behov for en tydelig og prinsipiell avklaring fra politisk hold. Disse medlemmer mener at hvilke anbudskonkurranser som kan gjennomføres med et unntak om hemmelighold, må avgjøres i hvert enkelt tilfelle, men at de aller fleste avtalepriser fortsatt skal være offentlige. Disse medlemmer mener samfunnets demokratiske interesser skal veie svært tungt. Disse medlemmer er bekymret over at alle landets helseforetak tidligere i år ble varslet av Helseforetakenes innkjøpsservice (HINAS) om at legemiddelpriser inngitt i offentlige anbud ikke lenger skal være offentlige. Disse medlemmer mener at om Stortinget tydeligere skal ta stilling til prinsippene som skal ligge til grunn for prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten, er åpenhet helt vesentlig. Disse medlemmer mener også at hemmelighold strider mot rettigheter og plikter i lovene om helsepersonell og pasientrettigheter, fordi pris er med

på å bestemme prioritering. Med hemmelighold kan man ikke vite om en pasient får samme rett som en annen. Hemmelighold strider også mot prinsippene i offentlighetsloven og forvaltningsloven, og det å bryte med disse prinsippene utvanner demokratiet. Disse medlemmer mener åpenhet alltid vil lønne seg i et langsiktig perspektiv, og mener den farmasøytiske industrien har et tungt moralsk ansvar i å holde legemiddelpriser på et anstendig nivå.

Disse medlemmer viser til at åpenhet om forskning, produksjon og prising av legemidler også er avgjørende for helseprioriteringene internasjonalt. Hemmeligholdet i det globale legemiddelmarkedet bidrar til at mange mennesker ikke har tilgang på nødvendige medisiner på grunn av høye priser. Manglende forskning og utvikling av medisiner som regnes som lite lønnsomme, er også et problem. Et eksempel her er manglende utvikling av nye antibiotika. Norge har et ansvar for å bidra til å bedre situasjonen og må ta initiativ til internasjonalt samarbeid om forskning, produksjon og prising, med mål om å sikre åpenhet om dette.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Venstre ber regjeringen fremme konkrete tiltak som bidrar til å sikre full åpenhet om legemiddelpriser i det offentlige helsevesen, og at det fremlegges Stortinget på egnet vis. Endringene gjort i legemiddeloven som innebærer hemmelighold av rabattavtaler mellom legemiddelindustrien og staten for legemidler som finansieres av folketrygden over blåreseptordningen, må reverseres.

Komiteens medlem fra Senterpartiet fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme sak for Stortinget som sikrer åpenhet om legemiddelpriser og rabattavtaler mellom legemiddelindustrien og staten.»

2.9.4 Helseforetakene

Komiteen ser at det er utfordrende for helseforetakene å klare å møte forventningene innenfor budsjettammene når nye, dyre legemidler blir godkjent for store pasientgrupper. Under komiteens høring nevnte fagdirektør Runa Heimstad fra St. Olavs Hospital HF som eksempel at medikamentbudsjettet på kreftavdelingen hadde økt fra 7 mill. til 70 mill. kroner på 10 år. Samtidig gir nye legemidler bedre helse og kan reduserer behovet for senger. Standardiserte pasientforløp, gode brukervennlige faglige støtteverktøy og forankring i ledelse har betydning for det lokale prioriteringsarbeidet. De ønsker tydelige prioriteringskriterier som gir legitimitet til å prioritere de sykeste. St. Olavs Hospital HF

og Helse Bergen HF fremhevet også under høringen at den viktigste ressursen er personalet. En rettferdig og lik fordeling av disse ressursene geografisk, mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og internt mellom ulike klinikker og spesialiteter, er en utfordring. Pleietyngde og produktivitet er svært vanskelig å måle. Det arbeides systematisk for å optimalisere ressursutnyttelsen for å møte stadige krav om effektivisering og for å ta i bruk nye behandlingsmetoder.

Avtalespesialistene er en del av det helhetlige offentlige helsetjenestetilbudet. Komiteen vil påpeke at avtalespesialistene ikke må unntas fra prioriteringskriteriene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil vise til at vedtak i Beslutningsforum om å ta i bruk nye og potensielt dyre legemidler og behandlingsmetoder vil kunne ha store økonomiske konsekvenser for sykehusene. Dette vil særlig gjelde når beslutninger av denne typen kommer midt i budsjettåret, uten at sykehusene har hatt økonomisk handlingsrom til å kunne planlegge for beslutninger av denne typen. Samtidig er disse medlemmer opptatt av at beslutninger som tas i Beslutningsforum, skal føre til at pasientene sikres rask og likeverdig tilgang på godkjente og anbefalte behandlingsmetoder og medisiner. Disse medlemmer mener denne problemstillingen ikke er godt nok drøftet i meldingen fra regjeringen, og vil vise til at statsråd Bent Høie offentlig utelukkende peker på at det er sykehusenes sørge-for-ansvar å møte dette krevende dilemmaet. Etter disse medlemmers syn er dette ikke et tilfredsstillende svar fra statsråden, og de ber derfor regjeringen komme tilbake til Stortinget senest i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2017 med en grundig drøfting av temaet og forslag til hvordan sykehusene i større grad kan kompenseres enn det som er tilfellet i dag.

Disse medlemmer viser til møte i Beslutningsforum den 26. september 2016, der de anbefalte Pembrolizumab til behandling av lungekreft og i selve vedtaket også:

«(...) påpeker at innføringen av denne metoden vil få betydning for andre deler av spesialisthelsetjenesten på grunn av høye budsjettkonsekvenser. Med bakgrunn i dette og Stortingets behandling av prioriteringsmeldingen ber Beslutningsforum for nye metoder om at fagdirektørene i RHF-ene ser nærmere på prioriteringen mellom ulike pasientgrupper og behandlingskostnader».

Disse medlemmer mener at dette er et tydelig eksempel på hvordan de regionale helseforetakene opplever utfordringen med dyre legemidler til store pasientgrupper, og at det er behov for en drøfting om hvordan prinsippet om lik tilgang, forvent-

ninger i befolkning og helsepersonell skal håndteres ved beslutninger som har så store økonomiske og praktiske konsekvenser.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre vil understreke at dersom Beslutningsforum godkjenner relativt dyre legemidler, som er til en relativt stor pasientgruppe i helseforetakene, er det et politisk ansvar å sørge for at helseforetaksressurser er i samsvar med det prioriteringsvedtaket som er gjort. Ellers vil krav til budsjettbalanse tvinge fram skjulte nedprioriteringer av andre pasienttilbud i helseforetakene.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at regjeringen i meldingen foreslår å gi Beslutningsforum og Legemiddelverket et betydelig ansvar for og innflytelse over prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. Beslutninger som foretas, skal være forankret i de vedtatte prioriteringskriteriene og dermed i Stortingets overordnede politiske prioriteringer. Dette medlem vil presisere at det må være full åpenhet om prosesser, begrunnelser og avgjørelser fattet av Beslutningsforum og i Legemiddelverket, og at dette må være lett tilgjengelig for offentligheten.

Dette medlem ber regjeringen vurdere om Beslutningsforum fortsatt skal ligge under de regionale helseforetakene. Dette medlem mener at oppgavene og ansvaret for prioriteringsbeslutninger som i dag ligger til Beslutningsforum, er av en slik størrelse og art at de naturlig hører inn under den offentlige forvaltningen og departementets ansvarsområde. Overordnede og nasjonale prioriteringer må følge prioriteringskriteriene, men prosessen og beslutningene må også være demokratisk forankret og følge finansieringsansvaret. Dette ligger i dag til storting og regjering, ikke til direktørene i helseforetakene. Dette medlem viser til at det på komiteens høring kom fram kritikk av at vedtak i Beslutningsforum ikke er i samsvar med økonomiske bevilgninger til helseforetakene. Dette fører igjen til skjulte kutt og nedprioriteringer av andre pasientgrupper på sykehus, fordi budsjettet uansett må gå i hop. Hele situasjonen er svært kritikkverdig og bidrar ikke til hovedmålsettingen om en åpen og god prioritering av helsemidler. På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede å flytte Beslutningsforum ut av helseforetakene og inn under forvaltningen, og fremme sak til Stortinget om innretningen på dette.»

2.10 Virkemidler for å understøtte prioritering

Komiteen viser til at forståelse for og implementering av prioriteringskriteriene ute i tjenestene har stor betydning for å lykkes med å fordele helseressursene mest mulig rettferdig. Det er avgjørende å forankre prioriteringskriteriene i profesjonene. Utfordringen blir å operasjonalisere prioriteringskriteriene til de ulike nivåene der beslutningene skal tas. Klinikere trenger gode, brukervennlige og strukturerte beslutningsverktøy når de tar beslutninger basert på medisinsk-faglig skjønn om helsehjelp skal gis, hvilken type helsehjelp pasienten bør få, og hvor lenge pasienten kan vente.

Komiteen har merket seg at Legeforeningen under høringen var usikker på om meldingen bidrar til reell og nødvendig endring på samfunnsnivå. De mener det er nødvendig å løfte frem pasientgrupper som ofte står bakerst i køen: eldre, kronikere, multisyke, ruspasienter og mennesker med psykiske lidelser. Legeforeningen poengterte også at klinikerne er helt avhengig av tverrpolitisk ryggdekning for å ta gode prioriteringsbeslutninger, og av gode virkemidler som understøtter god prioritering. De opplever at flere av virkemidlene som presenteres i meldingen, ikke har noen praktisk nytteverdi i dag. Legeforeningen ønsker et tilsyn som i større grad kan innta en veiledningsfunksjon, og ønsker at det igangsettes et arbeid for å få bedre oversikt over de faktiske kostnadene i helsevesenet. De viste også til at politiske beslutninger, som nye fraværsregler i skolen, virker direkte inn på prioriteringene. I dag bruker fastleger 10 pst. av sin tid på relativt lite syke ungdommer.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at det på nasjonalt nivå må finnes ett robust, rådgivende organ innenfor prioriteringsområdet. Dette organet må ha et overordnet rådgivingsansvar overfor sentrale helsemyndigheter, men må også kunne gi råd til øvrige deler av helsetjenesten. Et slikt rådgivende organ må ha et faglig sterkt sekretariat med relevant prioriteringskompetanse, og rådet må være selvstendig og uavhengig. Dette medlem støtter forslaget fra Norheimutvalget om at dette best kan sikres ved å videreføre Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten. (Eventuelt kan ansvaret for kvalitet overføres til andre organ.) De overordnede prioriteringskriteriene knyttet til nytte, ressurs og alvorlighet må ligge til grunn for arbeidet og anbefalingene. Rådet må også vurdere eksisterende tilbud, om de skal videreføres eller nedskales for å friggi ressurser til andre høyere prioriterte områder. Rådet bør også vurdere utviklingen av sosiale helseforskjeller eller uakseptable variasjoner i tjenestetilbud og egenbetaling på tvers av fagområder, geografi eller sosiale grupper. Dette medlem

mener regjeringen må styrke Nasjonalt råd for prioritering for å bygge opp under prioriteringsmeldingens målsettinger.

2.10.1 Faglige veiledere som beslutningsstøtte

Komiteen mener at riktige prioriteringer krever god beslutningsstøtte. Nasjonale faglige veiledere er et godt verktøy for å fremme felles forståelse og praksis. Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovfestet ansvar for normerende anbefalinger som skal sikre god kvalitet, hindre uønsket variasjon, løse samhandlingsutfordringer, tilby helhetlig pasientforløp og sikre at helsepersonell gjør riktige prioriteringer. Komiteen er opptatt av at dette arbeidet får høy prioritet, og at de faglige veilederne må bygge på en systematisk og kunnskapsbasert utredning med transparente og dokumenterbare prosesser, der pasientgrupper som skal ha ulik helsehjelp, må begrunnes åpent med henvisning til kriteriene.

Komiteen støtter Norheimutvalget i at det er viktig å lære av erfaringer fra andre land. Valg av kliniske retningslinjer må baseres på gjennomtenkte kriterier som for eksempel tiltak med stort potensial for helsegevinst, tiltak med svakt dokumentert helsegevinst, ressurskrevende tiltak, tilstander eller risikofaktorer med stor sykdomsbyrde og områder med stor praksisvariasjon. Komiteen ser det som formålstjenlig at de faglige retningslinjene og andre normerende dokumenter gjøres mer digitalt tilgjengelig på en slik måte at de kan integreres i elektronisk pasientjournal.

Komiteen mener at faglige retningslinjer må få økt prioritet for at helsetjenestene skal settes bedre i stand til å følge prioriteringskriteriene. Det må lages et system for utarbeiding av oppdaterte nasjonale faglige retningslinjer som er digitalisert og brukervennlig. I dag brukes det mye tid i spesialisthelsetjenesten på å lage lokale veiledere i mangel på sentrale faglige veiledere.

Komiteens medlem fra Senterpartiet merket seg også i høringen at Legeforeningen påpekte at faglige retningslinjer og veiledere ikke fungerer godt nok i klinisk praksis. Dette medlem forventer at regjeringen sørger for at arbeidet med utarbeiding av veiledere og retningslinjer ikke stopper før en er trygg på at de også fungerer i klinisk praksis, og at det settes av ressurser til implementering. Dette medlem er bekymret for at gode faglige veiledere og retningslinjer ikke følges fordi rammebetingelsene ikke er til stede.

2.11 Metodevurderinger på flere områder

Komiteen registrerer at av de 36 metodene som Beslutningsforum har tatt stilling til frem til 1. mars 2016, er det kun tre som ikke er legemiddel-

behandling. Det er ønskelig at metodevurdering i større grad blir brukt til å understøtte kapasitetsbeslutninger som organisering av tjenester og bruk av medisinsk teknologi. Et eksempel er Cochrane-over-sikten fra 2011, der de fant god dokumentasjon for at bred geriatrisk vurdering gir redusert behov for sykehjem for eldre og skrøpelige pasienter som blir akuttinnlagt på sykehus. Organiserte slagposter gir samme positive gevinst. Komiteen ber regjeringen vurdere tiltak for å stimulere til flere metodevurderinger av mer enn legemidler. Det gjelder både organisering av helsetjenestene og hvordan medisinsk teknologi kan bedre kvaliteten og redusere kostnadene på behandlingen.

2.12 Byråkrati

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet er kritiske til en utvikling der en stadig mindre del av helseressursene går til direkte pasientbehandling. Disse medlemmer viser til Legeforeningen, som fremhever at helsepersonell er en knapphetsressurs, og at leger i 1994 brukte gjennomsnittlig 61 pst. av tiden til behandling, og at dette var redusert til 41 pst. i 2014. Disse medlemmer mener det er viktig at budsjetttram-mene gir sykehusene nødvendig handlingsrom til omstilling og prioritering av kjernevirksomhet, samtidig som det er behov for en kritisk gjennomgang av de øvrige støttefunksjonene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil påpeke at nye reformer må piloteres før de iverksettes for å unngå at hvert sykehus må omprioritere helsepersonell for å utvikle egne administrative støtteverktøy for å implementere nye tiltak som pakkeforløp og kontaktlege.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at ny og bedre ledelse av sykehus er helt nødvendig for at helsepersonell skal få bruke mer av sin tid på pasientbehandling. Det er viktig også i et prioriteringsøyemed, i og med at helsepersonell er en knapphetsressurs i helsetjenesten. Dette medlem viser til at Senterpartiet ved behandling av nasjonal helse- og sykehusplan foreslo at alle sykehus og større sykehusavdelinger skal ha stedlig ledelse med personalansvar, budsjettansvar og faglig ansvar. Ny ledelse av norske sykehus vil kunne effektivisere driften ved å legge bedre til rette for møtet mellom pasient og behandler. Dette medlem mener at helseforetaksmodellen må avvikles, og at sykehus må styres etter en forvaltningsmodell som kan prioritere fagfolk i førstelinjetjenesten i stedet for mange ulike direktørstillinger i foretaksledelsen. Rapporteringsbyrden må reduseres. Sykehus må i all hovedsak rammefinansieres. Innsatsstyrt finansiering med

DRG-koding bidrar betydelig til byråkratiseringen av sykehusene og helsepersonellens arbeidshverdag. IKT-systemer som gjør pasientmøtene mer effektive, vil være viktig for at helsepersonell skal få bruke mer tid på pasienter og mindre tid på administrasjon og rapportering.

2.13 Helsepersonell

Personellressursene er den viktigste innsatsfaktoren i helsetjenestene, og komiteen støtter forslaget om å stille tydeligere krav til strategisk personell- og kompetanseplanlegging som grunnlag for myndighetenes samarbeid om dimensjonering, innhold og kvalitet i helsefagutdanning. Prioritering bør bli en del av pensum på alle nivå. Etikk, kunnskapshåndtering og helseøkonomisk evaluering bør også vies større plass i utdanningene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet ber regjeringen gi i oppdrag til Kunnskapsdepartementet å utarbeide et felles undervisningsopplegg for hvordan prioritering blir ivaretatt i alle helse- og sosialfaglige utdanninger.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at den knappeste ressursen i helsetjenesten ikke nødvendigvis er penger, men tilgang til spesialister. Det gjøres betydelige prioriteringsbeslutninger i valg av hvilke spesialiteter det satses på og ansettes i i spesialisthelsetjenesten. Eksempelvis kan det gå ut over helsetilbudet til en stor gruppe eldre pasienter med for eksempel demens når helseforetakene ikke satser mer på å rekruttere og ansette flere geriatere (eldremedisinere). Hvordan rekruttering til helsetjenesten fordeler seg mellom helseprofesjoner som i hovedsak utfører behandling og helseprofesjoner som arbeider mer helsefremmende og forebyggende, påvirker helsetjenestens, og dermed samfunnets, prioritering mellom forebygging og behandling.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener derfor Stortinget må ta større ansvar for utviklingen innenfor helseutdanningene, herunder legespesialitetene, og rekruttering og fordeling av kompetanse i spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener det er et demokratisk problem at Stortinget under dagens helseforetaksmodell bare i beskjeden grad tar del i disse beslutningene.

2.14 Overbehandling – feilbehandling – lærende organisasjoner

Komiteen viser til at Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering v/direktør Barthold Vonen i komiteens høring valgte å dele spesialisthelsetjeneste i tre hovedkategorier. Han mente at entydige diagnoser står for 15 pst. av helsetjenestene, mens 25 pst. er preferansestyrt med valg mellom ulike behandlingsalternativ, og at resten er tilbudsstyrte helsetjenester. Han viste videre til de ulike helseatlasene som senteret har publisert og som dokumenterer store geografiske og uønskede variasjoner i dagkirurgitilbudet og barnehelse. Rapporter om eldrehelse og KOLS er under arbeid, og de dokumenterer også store uønskede variasjoner. Senteret mente at vanen har vært den viktigste faktoren for at tilbudene er blitt så ulikt oppbygd. Komiteen mener atlasene er viktige verktøy som både fagmiljøer, ledelse og politikere må følge opp. Det er viktig å få redusert uønskede avvik og diskutere hva som gir liten helsegevinst.

2.15 Prioriteringsforskning

Norge var tidlig ute med systematisk prioriteringsarbeid og har lang erfaring. Komiteen ser behov for å styrke prioriteringsforskning og viser til at dette blant annet ble sterkt fremhevet i komiteens høring av førsteamanuensis Eli Feiring ved Universitetet i Oslo. Under høringen ble det også trukket frem at det er behov for forskning på prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, grenser for privat og offentlig ansvar, personlig ansvar, konsekvenser av helseforsikring og private tilbud, virkemidlene, økonomi, åpenhet, holdninger og preferanser, prosesser og rettsliggjøring.

2.16 Pasientbetaling

Komiteen registrerer at regjeringen foreslår at egenbetaling ikke skal brukes som et systematisk prioriteringsinstrument. Norheimutvalget tok utgangspunkt i at når samlet etterspørsel etter helsetjenester er større enn hva som kan tilbys innenfor rammene av et offentlig helsebudsjett, blir konsekvensen enten å begrense tilbudet eller at noen pasienter betaler mer. Prioriteringsdebattens kjerne handler om hvilke helsetjenester det offentlige skal ha ansvar for å dekke, og at de helsetjenestene det ikke er budsjettdekning for, må folk i større grad betale for selv. Utvalget la vekt på at det er viktig å sikre likhet i tilgang til nødvendige tjenester, de som gir store helsegevinster og dermed må vi akseptere betydelig mer pasientbetaling for helsegevinster som har svak dokumentert effekt. Regjeringen viser til Sundvoldden-plattformen og enighet om at egenbetaling ikke skal endres.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at en del pasientgrupper i dag har store problemer med å betale egenandeler for helsehjelp på grunn av sin sykdom og ikke primært på grunn av dårlig økonomi. Dette vil blant annet berøre ruspasienter som prioriterer å bruke pengene på rusmidler i stedet for helsetjenester, og det vil berøre pasienter med tunge psykiatriske diagnoser som ikke er i stand til å håndtere egen økonomi og betalinger. Resultatet kan bli at disse pasientene har et reelt underforbruk av helsetjenester. Disse medlemmer ber regjeringen komme tilbake med et forslag til en provenynøytral løsning for å fjerne egenandeler for disse gruppene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2017.

Komiteens medlem fra Senterpartiet er enig i at egenandeler ikke er et systematisk prioriteringsverktøy. Likevel mener dette medlem at en prioriteringsmelding burde vært mer åpen for en grundigere utredning av hvorvidt dette skal tas i bruk som et tilleggsværktøy som kan bidra til å sikre prioriterte grupper bedre tilgang til nødvendige helsetjenester. Da kan økte egenandeler for noen typer helsetilbud som har liten nytteverdi, kombineres med fritak fra egenandeler for andre prioriterte grupper. Dette medlem viser til at Senterpartiet i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet, fremmet forslag om å be regjeringen vurdere en ordning som legger til rette for at personer med alvorlig rusavhengighet slipper å bli krevd for egenandel i helsevesenet. Dette medlem viser også til at differensierte egenandeler, med økte egenandeler for visse typer helsetjenester og fritak for andre, allerede blir praktisert. Et eksempel er sterilisering, og ikke minst er det full egenandel for svært mange tannbehandlinger, mens sykehusinnleggelses er fritatt for egenandel.

Dette medlem vil understreke at hensikten med å praktisere graderte egenandeler ikke er å øke omfanget av egenbetaling, men å innrette egenbetalingsordningene slik at de bidrar til riktigere prioriteringer. En ordning med gradert egenbetaling etter prioritet må knyttes direkte til nasjonale faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere fordi gradering må skje innad i hver tilstandsgruppe.

2.17 Brukermedvirkning

Komiteen ønsker en større grad av brukermedvirkning i prioriterings spørsmål. Nasjonalforeningen for folkehelsen informerte om at de var utestengt fra å sitte i helseforetakenes brukerutvalg, selv om de representerte viktige brukergrupper som demente.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til høringsinnspill fra FFO om at Statens legemiddelverk ikke har en systematisk brukervedvirkning, og ber regjeringen sørge for at prinsippet om brukervedvirkning må gjelde på alle nivåer. Det vil kunne bidra til økt legitimitet og aksept for prioritering.

3. Forslag fra mindretall

Forslag fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig gjennomgang av dagens finansiering av sykehusene og utrede alternative finansieringsmodeller som sikrer at økonomien ikke blir styrende for den helsehjelpen som gis pasientene.

Forslag fra Senterpartiet:

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen sikre at kunnskap om prioriteringer i helsetjenesten får en sentral plass i lederutdanningene, læreplanene og etterutdanningene for helse- og sosialfagene.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen sørge for implementering av prioriteringskriteriene i tjenestene og på egnet vis informere Stortinget årlig om status for arbeidet.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen om innen juni 2017 å sørge for en grundig evaluering av hvordan den økte ISF-andelen påvirker behandlingstilbudet og prioriteringsbeslutningene i sykehusene, og fremlegge dette på egnet måte for Stortinget.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen opprettholde den generelle bidragsordningen.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen fremme sak for Stortinget som sikrer åpenhet om legemiddelpriser og rabattavtaler mellom legemiddelindustrien og staten.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen utrede å flytte Beslutningsforum ut av helseforetakene og inn under forvaltningen, og fremme sak til Stortinget om innretningen på dette.

4. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til meldingen og rå Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

Meld. St. 34 (2015–2016) – om Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 10. november 2016

Kari Kjønås Kjos

leder

Ruth Grung

ordfører