

ÖPRIORITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN:
MÅLSETNINGER, VIRKEMIDLER OG EFFEKTERÖ

Oslo/ Tromsø 15. juni 2010

Student: Ingrid Elise Taraldsrud Hoff

Veileder: Jan Abel Olsen

MASTEROPPGAVE I FOLKEHELSEVITENSKAP

INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISIN

UNIVERSITETET I TROMSØ

Innholdsfortegnelse		sidetall
1	Summary	5
2	Innledning	8
3	Utviklingen frem til dagens spesialisthelsetjeneste	8
4	Overordnede målsetninger	10
5	Hvordan bør vi prioritere?	13
	5.1 Prinsipper for fordeling	14
	5.2 Innsatslikhet eller resultatlikhet	15
6	Hva er helse?	17
	6.1 Effektmål: Helse og helseforbedringer	17
	6.2 Klassifikasjonssystemer	17
	6.3 Hvordan beregne nytten av et tiltak? QALY-begrepet	18
	6.4 Begrensninger ved QALY-konseptet	20
	6.5 QALYs relevans som prioriteringsverktøy	21
7	Helserelaterte kostnader	22
	7.1 Samfunnets kostnader	23
	7.2 Marginalkostnader	24
	7.3 Alternativkostnader	24

8	Kostnadsanalyser	25
	8.1 Kostnads-effektivitetsanalyse	25
	8.2 QALY-analyse	26
	8.3 Kostnad-/nytteanalyse	27
	8.4 Kostnads-minimeringsanalyse	27
9	Diskusjon	28
	9.1 Hvordan prioriterer vi i dag?	28
	9.2 I hvilken grad bidrar virkemidlene til måloppnåelse?	28
	9.2.1 Politiske virkemidler	29
	9.2.1.1 Oppdragsdokumenter	29
	9.2.1.2 Prioriteringsveilederne	31
	9.2.1.3 Organisasjonsform: foretaksreformen	32
	9.2.2 Juridiske virkemidler	35
	9.2.2.1 Prioriteringsforskriften	35
	9.2.2.2 Pasientrettighetsloven	36
	9.2.2.3 Andre lover	37
	9.2.3 Økonomiske virkemidler	38
	9.2.3.1 Rammetilskudd	38
	9.2.3.2 Innsatsstyrt finansiering	38
	9.2.3.3 Brukerbetaling	41
	9.3 På hvilket nivå skal beslutningene fattes?	42

9.3.1	Politisk nivå	42
9.3.2	Foretaksnivå	44
9.3.3	Behandlingsnivå	45
9.4	Hva hindrer oss i å nå prioriteringsmålene?	46
9.4.1	Overordnede målsetninger med motstridende implikasjoner	46
9.4.2	öTopptungtö prioriteringsarbeid	47
9.4.3	Utilsiktete effekter av valgte virkemidler	48
9.4.4	Mangel på prosedyrer for utregning av helsegevinst	49
9.4.5	Manglende fokus på helse i andre samfunnssektorer	50
10	Konklusjon	50
11	Referanser	52

1 Summary

In Norway, priority setting in health care has been a subject of increasing interest over the last 30 years. The gap between what technologically and practically can be done to improve health and the resources available for health improvements increases. Therefore it has become necessary to establish criterias in order to decide who is to receive what kind of healthcare and in which order. In 1987, a group was commissioned by the Department of Health to establish procedures for priority setting. Lønning I defined 5 priority levels related to the severity of the disease or disability (1). In 1997, Lønning II continued the work and the criterias of severity, utility and cost-effectiveness were established. Whereas the severity of a condition used to be decisive the weight has now shifted towards the utility and cost-effectiveness of a measure. In addition; the principle of equal access for equal needs is basic for distribution of health care in Norway. These principles are all reflected in the Patients`Rights Act (ØPasientrettighetslovenØ) of 1999 (2). The law strengthened the patients`rights, and clarified the responsibilities of the health care providers.

The utilitarian, egalitarian and Rawlsian (maximin) approaches to distribution illustrate some of the controversies in the discussion. Whereas all these principles can lead to just distribution, the outcome they provide is very different. One of the main political goals relating health is to maximise health gain in the population as whole (3). This is easily related to the utilitarian approach. However, while the maximin principle of prioritizing those worst off would go well with the severity criterion, it will lead to less utility in the population as a whole (4). This illustrates how some of the main goals of the priority setting are contradictory. Although rather vague; NOU 1997:18 and other documents imply that the severity of a state itself does not qualify for therapeutic measures unless the measure is also useful. I take that to mean that the utility criteria is superior to the criteria of the seriousness of the disease. Then,

the treatment, however useful, also needs to be cost effective. In other words, usefulness and cost-effectiveness appear to be absolute criterias, while severity is relative.

QALYs; Quality Adjusted Life Years saved, is a valid instrument for assessing value to a state of health as it includes both morbidity and mortality (4). The concept has been criticized for not being based on empirical preferences, however, others rightfully claim that there are few or no alternatives (5,6, 4). While QALYs are mentioned in the political guidelines, it is not yet very widely used in the Norwegian health system. However, a generic utility measure is necessary with increasing focus on costeffectiveness and CEAs.

In order to obtain the aims set for specialized health care, the government has a series of political, legal and financial instruments. ðForetaksreformenö transferred the ownership of the hospitals from the communities to the state in 2002. The main objectives were to reduce regional differences in health care and a more cohesive use of resources. There are contradicting reports as to whether or not this reform has been successful. While some claim that the reform will contribute to efficient priority setting, others already conclude that the opposit is the case (7,8). What we do know is that activity has increased after the reform, but this might be due to the reimbursement principles introduced in 1997; ðInnsatsstyre finansieringö/ ISF. However, the activity has primarily increased among groups with less serious disorders, i.e not in accordance with the overall principles. This indicates that the reimbursement method is inadequate or insufficient as a means of priority setting. The latest initiative to ensure similar priority practise across regions and in accordance with the principles of the Patients`Rights Act are the new guidelines for priority setting; ðPrioriteringsveilederneö. They quite detailed describe different diseases and their belonging categories, thus aiming to aid clinicians in practical priority setting (9). However, they don`t bring us any further in estimating utility for different groups of patients, which is essential for good priority setting.

I believe that there still are some major obstacles to overcome in order to achieve efficient priority setting. First; we need to clarify which of the criterias for priority setting is superior in cases when they have contradicting implications. Second, we need to improve strategies for evaluating health and health improvements. I believe QALYs could be used more extensively on a clinical level. Third, one must realize that there are discrepancies between the overall goals and the effects of the means like ISF/DRG, and change their weighing profile. And fourth, I believe it is necessary to focus more on the clinical level and provide clinicians with better methods for priority setting to reach our goals.

2 Innledning

I 2008 utgjorde utgifter til helsesektoren 8,5 % av BNP. Det tilsvarer 217 162 millioner kroner. Utgiftene målt i kroner øker, men den prosentvise andelen har holdt seg noenlunde konstant de siste 10 år (10). Dette gjør helsesektoren til en av landets største næringer. Det er stort fokus på spesialisthelsetjenestens innhold og ressursutnyttelse. Prioriteringsdebatten begynte i Norge på midten av 80-tallet, med erkjennelsen av at stadig flere muligheter for behandling gjør det nødvendig å avgrense den offentlige helsetjenestens område. Det såkalte øhelsegapetø beskriver hvordan de medisinsk-tekniske mulighetene overskrider de økonomiske, og paradoksalt nok er diskrepansen størst i den industrialiserte delen av verden (1). Dette medfører at man på annet enn rent medisinskfaglig grunnlag må avgjøre hvem som skal få hvilken behandling. Adam Williams oppsummerer problemstillingen slik: øPriority setting means deciding *who* is to get *what* at *whose expense*ö (6). Med dette berører han kjernen i prioriteringsdiskusjonen: hvilke pasientgrupper skal prioriteres, hva er målet for behandlingen og hva er konsekvensen for andre grupper. Utfordringen ligger i at både samfunnets og enkeltmenneskets interesser skal i varetas på best mulig måte.

I Norge har vi hatt fokus på prioritering i 30 år. Til tross for dette må enkelte pasienter fortsatt vente for lenge på behandling, også med alvorlige sykdommer innen for eksempel kreft og tyngre psykiatri. Prioriteringsspørsmålet er fortsatt svært betent og debatten vitner om manglende forståelse også blant aktører som er med på å sette premissene. Jeg ønsker å undersøke hvilke virkemidler som har vært forsøkt for å styre spesialisthelsetjenesten mot bedre prioriteringseffektivitet, og hvorfor vi ikke har nådd målene.

3 Utviklingen frem til dagens spesialisthelsetjeneste

Spesialisthelsetjenesten har gjennomgått store organisatoriske endringer de siste 40 årene. Frem til 1979 hadde Norge såkalt økurdøgnfinansieringö. Det var et retrospektivt aktivitetsbasert finansieringssystem som innebar at sykehusene fikk refundert de kostnadene de hadde hatt, uten særlige krav til logging av aktivitet og kostnader. Helsetilbudet i et

område var avhengig av kapasitet, ikke befolkningens reelle behov. Dette ga fylkessykehusene incitament til å bygge ut kapasiteten for å opprettholde pasienttilstrømning og refusjoner. Staten hadde ingen god overordnet kontroll på behandlingstilbudet i de ulike områdene. Man erkjente etter hvert behovet for et system med incentiver for kostnadsstyring og ó effektivitet, og innførte rammefinansieringen i 1980. Staten ga fylkeskommunene generelle tilskudd eller øremerkede midler til helseformål og sykehusene skulle holde budsjett. Rammebudsjettene ga ingen direkte økonomiske føringer for hvilke pasientgrupper som skulle behandles først, og var i utgangspunktet *prioriteringsnøytrale*. Nettopp denne mangelen på retningslinjer bidro til at sykehusene behandlet flere med enklere lidelser for å kunne vise til et visst antall behandlede pasienter. Det finansielle ansvarsprinsippet var dessuten blitt innført i fylkeskommunal sektor i 1986. Intensjonen var både større lokal råderett og at fylkeskommunene selv skulle ha det økonomiske ansvar for sine disposisjoner. Samtidig hadde man mål om en utjevning av de regionale forskjellene i helsetilbud, og dette var vanskelig forenlig med sterkt lokalt selvstyre. Etter hvert fikk man en kø av pasienter som ventet på mer krevende behandling. Dette bidro til at Staten først innførte økende bruk av øremerkede midler på begynnelsen av 90-tallet, deretter ISF i 1997(11). I St.meld.nr 44 (1995 ó1996) *öVentetidsgarantien ó kriterier og finansieringö* heter det: *ö Det er et mål å redusere ventetider for behandling også for de pasienter som ikke omfattes av departementets forslag om ny garantiordning. Det er derfor nødvendig å supplere forslaget til ny garantiordning med bruk av finansielle virkemidler som i sterkere grad stimulerer til økt behandlingsskapasitet i sykehuseneö* (St.meld.nr 44(1995-96) avsnitt 7.4.1). Refusjoner for poliklinikk hadde vært den eneste aktivitetsbaserte finansieringen frem til da. Imidlertid ble ikke kostnadseffektiviteten mye bedre med ISF. Stadig større underskudd gjorde at sykehusene i større grad enn før ble avhengige av tilleggsbevilgninger (11).

Sykehusdrift var fylkeskommunenes ansvar frem til 2002, da foretaksreformen overførte eierskapet til staten og bestilleransvaret til de regionale helseforetakene (4). Samordning av en fragmentert spesialisthelsetjeneste og bedre ressursutnyttelse var blant intensjonene med reformen. Sykehusene ble samlet i 5 relativt selvstendige foretak som i hovedsak skulle drives som bedrifter med profesjonell ledelse, uten politikere. De er underlagt Helsedepartementet og således statlig styrt (12). De regionale helseforetak er rent administrative og utfører ikke selv behandling. De har et såkalt ösørge forö ó ansvar, og skal legge til rette for at helseforetakene kan gi befolkningen nødvendig behandling. I forslaget til lov om helseforetak heter det: *öReformen dreier seg i hovedsak om organisatoriske endringer. Den dreier seg ikke om endringer i helsepolitikkenes målt í í De helsepolitiske målene realiseres på lengre sikt gjennom den samlede bruken av virkemidler og ressurser, og ikke minst, gjennom den enkelte helsearbeiders innsats i møte med pasienten.ö (Ot.prp.nr.66 2000-2001;1). Således var reformen ment som et middel for å oppnå målsetningene som allerede var fastlagt for spesialisthelsetjenesten.*

Utfordringen er å organisere spesialisthelsetjenesten slik at den kan sørge for et kostnadseffektivt, godt og likeverdig behandlingstilbud til hele befolkningen. Mens det tidligere i stor grad har vært et organiserings- og budsjettspørsmål gjør det såkalte öhelsegapetö, diskrepansen mellom de teknologiske og økonomiske mulighetene, at det i økende grad er et spørsmål om riktig prioritering.

4 Overordnede målsetninger for prioritering

Hva som er god prioritering avhenger av de gjeldende målsetningene. I St. meld. nr 16 (2002 ó 2003) om folkehelsearbeid i Norge beskrives de politiske målsetningene slik:

- 1) öFlere leveår med god helse i befolkningen som helhetö
- 2) öÅ redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønnö

Soria Moria-erklæringen slår dessuten fast at öalle skal ha tilgang til likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av økonomi og bostedö, og at dette er skal være et offentlig ansvar (13). Det er også bred politisk enighet om at helsetjenester skal fordeles etter behov. Man kan ikke oppnå lik helse for alle, men alle skal ha lik tilgang til helsetjenesten ved like behov (14, 4). Samtidig önsker man ömest mulig helse for pengeneö. Vi önsker altså en helsetjeneste som er både fordelingsrettferdig og fordelingseffektiv. I NOU 1997:18 beskrives de potensielle motsetningene ved disse målene, belyst ved konflikten mellom alvorlighets- og nyttekriteriet. Utvalget er heller vagt i sin oppsummering, og tar ikke eksplisitt stilling til hvorvidt likhet eller effektivitet skal være det overordnede prinsippet. Lønning II la særlig vekt på følgende kriterier for prioritert tilgang til helsetjenesten:

- 1) tilstandens alvorlighet
- 2) tiltakets nytte og
- 3) tiltakets kostnadseffektivitet.

Prioriteringsutvalget mener en tilstand er alvorlig dersom den ubehandlet medfører betydelig prognosetap. Grad av funksjonstap eller död, psykisk og fysisk funksjonstap samt smerter, fysisk eller psykisk ubehag er i følge utvalget avgjørende for alvorlighetsgraden. Alvorlig sykdom skal alltid medføre god pleie og omsorg, men ikke nødvendigvis behandling dersom nytten anses for å være liten (derav følger at nyttekriteriet er alvorlighetskriteriet overordnet). Utvalget skiller mellom *effekt* i form av symptom- og funksjonsbedring samt ökt sannsynlighet for overlevelse på den ene siden, og *nytte* på den andre siden, fordi det ikke er enighet om hvordan nytte beregnes. Siden er det blitt vanlig å oversette nytte med öhelseforbedringö, men hvordan man regner ut verdien av denne blir fortsatt diskutert (4,5). öQuality Adjusted Life Year (saved)ö eller kvalitetsjusterte leveår (vunnet) er egnet til å beregne nytten av ulike helsetiltak. QALY et mål på den helseforbedring som følger av et

tiltak, og tar hensyn til både kvalitative og kvantitative faktorer som symptomreduksjon, endring i funksjonsnivå, økt livskvalitet og vunnede leveår (4).

Man konkluderer med at nyttekriteriet er sentralt, men at kostnadsaspektet skal tillegges mer vekt enn tidligere. Man ønsker kostnadseffektivitet i form av kvalitativt god behandling til lavest mulig kostnad. I tillegg er utvalget opptatt av alternativkostnaden ved én type tiltak fremfor et annet, og fremhever at spørsmålet om alternativkostnadene står sentralt i enhver prioriteringssammenheng. Det grunnleggende behovsvilkåret omfatter både kriteriet om alvorlighet og nytte /effekt. Prioriteringene vil avhenge av hvilket vilkår man setter høyest. Behandling av de sykeste vil ikke nødvendigvis gi mest nytte (her: helse). Kostnadseffektiv behandling av mange relativt friske kan derimot i sum gi mye helse for pengene. Frem til 1997 hadde alvorlighetskriteriet blitt tillagt størst betydning. Kriteriet om kostnadseffektivitet var nytt i Norge, men velkjent fra prioriteringsdebatter i andre land (15). Disse kriteriene ble siden nedfelt i Pasientrettighetsloven (1999). Både den overordnede politiske målsetning og det nye rettighetsprinsippet kommer til uttrykk allerede i lovens formålsparagraf: *öLovens formål er å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi befolkningen rettigheter overfor helsetjenestenö*. I lovens paragraf 2-1 som omhandler pasientens rett til nødvendig helsehjelp reflekteres prioriteringsutvalgets innstilling tydelig: *öPasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.ö* (2).I Nasjonal helseplan heter det om det (dengang) planlagte Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering at *öUtredning av pasienters helsegevinst, kostnadseffektivitet og total kostnader vil være sentralt som underlag for rådets vurderingerö*(St.prp. n1.1 2006-07, s. 282). Her nevnes ikke alvorlighetsgrad i det hele tatt, og det kan tyde på at vektingen av nytte og kostnadseffektivitet øker, mens man i mindre grad enn tidligere vektlegger alvorlighetsgrad alene. Med andre ord er alvorlighetskriteriet primært relevant i den grad en alvorlig tilstand

medfører potensielt stor nytte ved et inngrep. På neste trinn, dersom behandlingen / tiltaket betraktes som nyttig, vektet nytte mot kostnadseffektivitet, og som hovedregel skal behandlingen være kostnadseffektiv. Jeg oppfatter det dit hen at kriteriet om nytte eller effekt nå er alvorlighetskriteriet overordnet. Ubetinget nyttig behandling skal imidlertid ikke gis dersom kostnadene er for store, og kostnadseffektiv behandling skal ikke gis dersom nytten er liten. Med andre ord er kostnadseffektivitet og nytte absolutte kriterier, mens alvorlighetsgrad er relativt. Dette er så langt jeg har sett ikke direkte uttalt, derimot heter det i NOU 1997:18 at alle kriteriene må være oppfylt, men ikke i samme grad. Det henvises derimot til vurdering av øtotalsituasjonö og öskjönö (16). Faktorer som sosial status, kjønn, seksuell orientering, etnisk tilhørighet eller tidligere helseskadelig adferd anses ikke som relevante ved prioritering for helsehjelp (17).

Vi kan altså konkludere med at helsetjenesten skal være like tilgjengelig for alle med like behov, bidra til å redusere helseforskjeller mellom ulike sosiale og etniske grupper samt forvalte ressursene slik at vi får mest mulig helse igjen for dem. Hva kan gjøres for å oppnå disse målene?

5 Hvordan bør vi prioritere?

Innenfor spesialisthelsetjenesten gjøres det daglig prioriteringer på alle nivåer. Hva som er god prioritering avhenger av målsetningen for prioriteringsarbeidet. For at prioriteringene skal ha en viss gyldighet bør de ha god forankring. Eksempelvis er ventelistegarantiene forankret i politiske beslutninger relatert til prioriteringsmål, anbudsprosessene følger helseforetakenes regler om budsjettbalanse og pasientbehandlingen følger hovedsakelig kliniske retningslinjer. I Norge ønsker vi både rettferdig og effektiv fordeling av helsetjenester. Klassisk fordelingsteori representert ved utilitarismen, egalitarismen og maximin kan illustrere noen av konfliktene mellom målsetninger om effektivitet, likhet og rettferdighet.

5.1 Prinsipper for fordeling

Innenfor økonomisk teori finnes tre velkjente prinsipper for fordeling, der distribuendum i utgangspunktet kan være et hvilket som helst gode. Applisert på helse vil de gi ulike resultater.

Filosofene Jeremy Bentham (1748 ó 1832) og senere John Stuart Mill (1806 ó 1873) er representanter for utilitarismen. Utilitarismen vektlegger den potensielle *nytten* av et gode. Dersom en person har større nytte av et gode enn en annen bør den første personen få godet, for at effekten eller nytten av godet skal bli størst mulig. Dette fordelingsprinsippet bør gjelde uavhengig av årsakene til at nytten varierer mellom individene. Slik blir ressursene fordelt slik at den samlede nytten skal bli størst mulig (4). I motsetning til maximin og egalitarismen som vektlegger individets interesser i fordelingen, tar utilitaristene et samfunnsøkonomisk perspektiv. Dette bidrar til å gjøre prinsippet relevant i en debatt om ressursforvaltning, også innenfor helsetjenesten. Mest mulig helse for pengene speiler en utilitaristisk tilnærming.

Strong egalitarisme: Innenfor dette teoremet er lik fordeling det viktigste, uavhengig av utgangspunktet eller behovet. Prinsippet om likhet er alle andre hensyn overordnet (4). I den ytterste konsekvens innebærer det at man foretrekker en jevn fordeling som gjør at alle kommer like dårlig ut fremfor en ujevn fordeling som gjør at alle kommer litt bedre ut, men noen bedre enn andre. Med andre ord heller jevnt fordelt elendighet fremfor en ujevn fordeling av lykke. Da det ville være meningsløst å fordele helsetjenester uavhengig av behov har dette prinsippet liten plass i prioriteringsdiskusjonen.

Maximin: John Rawls (1921 -2002) utarbeidet dette prinsippet i sin rettferdighetsteori.

Maximin er for så vidt en form for egalitarisme, men godtar ulik fordeling forutsatt at ulikheten kommer den dårligst stilte tilgode. Rawls hevder at dette er den fordelingen de fleste hadde foretrukket dersom de bak et slør av uvitenhet og således uavhengig av egen posisjon

i samfunnet måtte ha bestemt seg, og at den derfor er rettferdig. Rawls er blitt kritisert fordi forutsetningene er et utopisk samfunn der alle er friske og deltar aktivt. I helsesammenheng vil maximin innebære at vi aksepterer ulik fordeling forutsatt at ulikheten kommer den sykeste til gode (4). Andre faktorer som potensiell helseforbedring eller den sykes opprinnelige helsetilstand vil ikke bli tatt hensyn til, og prinsippet strider derfor i mot kravet til nytte eller effekt av en behandling.

5.2 Innsatslikhet eller resultatlikhet?

Likhet er et overordnet prinsipp i vårt samfunn, og som vist også i helsesammenheng. Men innebærer det at målet er likest mulig tilbud når vi blir syke eller likest mulig helse etter behandling? I en og samme utredning har vi potensielle selvmotsigelser (St.meld nr 16 2002-2003). Lik tilgang ved like behov impliserer at tilgjengeligheten skal være lik for alle. Etske regler for leger og annet helsepersonell tilsier at innsatsen skal avhenge av diagnose og behov for helsehjelp. Samme innsats vil hos ulike pasienter gi ulikt resultat, fordi utgangspunktet (og derved fysisk og mental evne til å nyttiggjøre seg hjelpen) er ulikt. Derav følger at lik innsats gir ulikt resultat. Lik innsats bidrar således ikke til målsetningen om redusere helseforskjeller hos ulike grupper. Dersom vi skal nå dette målet forutsetter det ulik innsats og derfor ulik tilgang til helsetjenester ved like behov. Tilgjengeligheten for den umiddelbare diagnoserelaterte helsehjelpen kan være lik, men deretter kreves det ulik behandling for å utjevne forskjellene. Innvendingen mot dette argumentet vil være at pasienter med ulik bakgrunn, sosioøkonomiske og etniske forhold vil ha *ulike* behov allerede i utgangspunktet, selv om henvisningsdiagnosen er den samme. Spørsmålet blir derfor: Hva slags behov snakker vi om? Behov for helsehjelp reflekterer ikke behov for støtte, nettverk, oppfølging i forhold til andre problemer. I målsetningen refereres det til spesifikke sosiale skiller, og det impliserer at helsetjenesten også skal ta hensyn til behov av ikke-medisinsk art. Dette er

viktig, men sannsynligvis er ikke spesialisthelsetjenesten den sektoren som kan bidra mest til utjevning av helseforskjeller, i det den ofte kommer relativt sent inn i sykdomsforløpet.

I en artikkel i Tidsskrift for den norske Legeforening (nr.10 2010) behandles temaet.

Bringedal og Bærøe har spurt et representativt utvalg norske leger om holdninger til forventningen om å bidra til å redusere sosial ulikhet i helse, og hvorvidt deres praksis eventuelt endret seg ved kjennskap til pasientens sosiale tilleggsbelastninger. Resultatene tyder på at mens mange leger mener at de *bør* bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse, behandler de pasientene relativt likt uavhengig av livssituasjon. Artikkelforfatterne henviser til uklarheten rundt likhetsbegrepet, og mener dette kan være en årsak til legenes tilsynelatende inkonsistens (18). Innsatslikhet vil innebære at alle får samme hjelp ved samme diagnose, mens resultatlikhet forutsetter ulik behandling for å utjevne forskjeller mellom gruppene. I samme nummer slår professor i sosialmedisin B. Claussen fast at övi i alt klinisk arbeidö *bør* tilstrebe størst mulig *resultatlikhet*, og derfor ofte *bør* bruke mer ressurser på de vanskeligstilte (19). Som kliniker er jeg overrasket over resultatene i undersøkelsen. Jeg vil hevde at man i spesialisthelsetjenesten i utstrakt grad tar hensyn til sosioøkonomiske forhold, men at det gjøres på et öike-medisinskö nivå. Lavere terskel for innleggelse og forlengede liggetider på grunn av vanskelige sosiale forhold, hyppigere kontroller der pasienten ikke selv antas å ville ta kontakt ved behov samt henvisning til hjelpetjenester utenfor spesialisthelsetjenesten er vanlig. Samtidig blir den medisinske lidelsen behandlet likt uavhengig av forhold förövrig. Mens det for klinikere fremstår som et etisk brudd å forskjellsbehandle pasienter med samme diagnose er det en selvfölge å henvise til sosionom eller bydelen for videre oppfølging etter utskrivelse. Imidlertid har dette mer karakter av kompensasjon for ujevnheter enn et bidrag til å redusere dem. Uansett illustrerer problemstillingen at målsetningene er åpne for fortolkning, og at prioriteringene vi gjør avhenger av hvordan vi tolker dem.

6 Hva er helse?

Vi har sett på målsetningene for helsetjenesten, og ulike måter å fordele goder på. Vi skal nå se nærmere på hvilket ögodeö helsetjenesten skal maksimere og fordele, og hvordan dette kan kvantifiseres.

6.1 Effektmål: Helse og helseforbedringer

De overordnede målene med helsetjenesten er angitt som öflere leveår med god helse i befolkningen som helhetö, ömest mulig helse for pengeneö og öreduksjon i sosiale helseforskjellerö. Spørsmålet blir derfor: hva er god helse? WHO har definert helse som *öa state of complete physical, mental and social wellbeingö* (20). Dette er en dröy målsetning for enhver helsetjeneste, men impliserer at god helse er mer enn fravær av sykdom. Samtidig greier vi ikke å holde alle friske. Helse er således et relativt begrep som innebærer at ulike helsetilstander kan rangeres i forhold til hverandre. Når vi kartlegger alvorlighetsgrad av en tilstand samt den eventuelle nytten av et inngrep for å avgjøre hvem vi skal behandle impliserer det en rangering av ulike helsetilstander. Tilsvarende forutsetter effekt- eller nyttekriteriet at helseforbedringer kan måles mot hverandre. Det betyr at vi oppfatter helse og helseforbedringer som målbare størrelser. Uenigheten har dreid seg om *hvordan* vi best måler disse størrelsene.

6.2 Klassifikasjonssystemer

Det finnes om lag 460 deskriptive systemer som søker å beskrive og gradere alvorligheten ved en tilstand (21). Den viktigste begrensningen ved de fleste av disse skalaene for prioriteringsformål er at utkommet er diagnosespesifikt og ikke lar oss sammenlikne forbedring i helse på tvers av diagnoser. Enkelte av disse systemene er riktignok i noen grad diagnoseovergripende, som f. eks 15 D© (15-dimensional health ó related quality of life measure), AQoL (Assessment of Quality of Life) og EQ-5D (Euroqol EQ-5D) (22). Disse

beskriver livskvalitet og funksjonsnivå på en mer generell skala og kalles *generiske*. I likhet med diagnosespesifikke systemer tar de imidlertid ikke hensyn til tidsperspektivet, det vil si hvor lenge en eventuell helseforbedring vil vare. Det er av avgjørende betydning der gevinsten av ulike behandlingstilbud skal måles mot hverandre. Dessuten er skalaene som regel lineære. Det vil si at hver dimensjon og hvert nivå i helseforbedring teller like mye, selv om endringene kan ha svært ulik innvirkning på den enkeltes livskvalitet. De tar heller ikke hensyn til hvordan folk oppfatter de forskjellige tilstandenes verdi (5). Det er således behov for en metode som er generell nok til å favne helseforbedring innenfor de fleste tilstander, og samtidig spesifikk nok til å være presis.

6.3 Hvordan beregne nytten av et tiltak? QALY-begrepet.

Quality adjusted life year (saved), er et begrep som öoversetterö ulike begrensninger i helse og funksjonsnivå og dertil hørende potensielle helseforbedringer til en kvantitativ størrelse. I prioriteringssammenheng er det avgjørende å kunne kvantifisere nytten av en helseforbedring. Ved å vekte bedring i funksjonstilstand, symptomer og forventet levealder innenfor samme skala vil man kunne sammenlikne og måle helseforbedringer på ulike behandlingsområder. Nytten kan være en verdi mellom 0 og 1, der 0 tilsvarer nytten av lavest mulig helse (død) og 1 tilsvarer nytten ved å være helt frisk. Dersom en person får 1 ekstra leveår som helt frisk er nytten av denne gevinsten 1 QALY. Dersom samme person får en forbedring i helse fra 0,4 til 0,6 (på en skala fra 0 til 1) over 2 år blir nytten $0,2 \times 2 = 0,4$ QALYs. Man kan regne ut nytten på gruppenivå ved å multiplisere med antall personer; f. eks får 4 personer sin helse forbedret tilsvarende en nytte på 0,4 første året og 0,3 neste år hver: $4 \times 0,4 + 4 \times 0,3 = 1,6 + 1,2 = 2,8$ QALYs til sammen. Dette kan tilsvare nytten til to personer som hver får 1,4 ekstra leveår ved full helse. Slik kan man si noe om nytten for et samfunn ved å investere i behandlingen til en spesiell gruppe versus en annen (4,5). QALY-konseptet kan også tenkes brukt på forventet nytte av fremtidig helseforbedring, som ved forebyggende tiltak. Ved fastsettelsen av

fremtidig nytte er det vanlig å *diskontere*. Dagens verdi av et gitt tiltak blir nedskrevet med en viss prosent for hvert år i x antall år; innenfor helse er 5 % vanlig. Dette fordi mange har en tendens til å vurdere fremtidige hendelser som mindre verdt enn hendelser som umiddelbart får konsekvenser. Konseptet er i noen grad blitt kritisert, for ved å tilskrive fremtidige tiltak mindre verdi nedvurderer man samtidig betydningen av helsetiltak for fremtidige generasjoner (4).

Men for å komme frem til enheten QALY må man kvantifisere nytten av et tiltak. Det er særlig tre metoder som brukes. *Standard gamble*, *time trade off* og *VAS* måler en persons villighet til å ofre eller risikere noe for å kunne leve uten sykdom eller funksjonsbegrensninger. Ved *standard gamble* får man to valg: enten leve med en bestemt sykdom / funksjonsbegrensning i en gitt periode, eller bli behandlet med to mulige konsekvenser; en mye verre (f.eks umiddelbar død) eller tilbakeføring til full helse. Sannsynligheten for de ulike scenarioene endres til den forespurte blir likegyldig til utfallet, og slik fastslås verdien. Ved *time trade off* skal man forestille seg en gitt sykdomstilstand, deretter hvor mange år med denne tilstanden man ville ofret for å leve med full helse den resterende tiden. Ved *VAS*, *visual analogue scale*, plasserer man en helsetilstand på en skal fra 0 til 100, der 0 angir tilstanden med lavest nytte, som regel død, og 100 angir en tilstand med best oppnåelig helse (4,5). De to ulike teknikkene gir noe ulike evalueringer; spesielt gjør mangelen på risiko ved å score lavt at tilstandene generelt plasseres lavere på *VAS* (4). I Storbritannia er *SG* og *TTO* i bruk. *Persons trade off* er en fjerde variant som gjenspeiler den sosiale verdien eller nytten av en tilstand; det vil si den nytten samfunnet eller fellesskapet har av en helseforbedring (5). Valget står mellom å redde et liv eller behandle N antall mennesker med en gitt (reduert) helsetilstand. Jo høyere N, jo mindre alvorlig anslås tilstanden.

6.4 Begrensninger ved QALYs

QALY-modellen er blitt kritisert. Erik Nord er blant dem som mener QALYs som mål på helseforbedring har viktige begrensninger. Han finner det problematisk at QALY-systemet er utviklet på bakgrunn av *antagelser* om folks holdninger til helseforbedrende tiltak, uten empirisk grunnlag. Han viser til studier som viser at folk verdsetter ulike sykdomstilstander forskjellig (bl.a. Rosser og Kind 1978). Han hevder de ulike faktorene som utgjør grunnlaget for QALYs delvis er tilfeldig valgt, og at vektingen av faktorene ikke er basert på folks reelle preferanser. Nord mener offentlige prioriteringsdebatter i flere land har vist hvilke faktorer folk faktisk legger vekt på når nytten av et tiltak skal vurderes. Han holder verdiene som inngår i QALY-modellen opp mot disse, som han kaller *ödeterminants of valueö* (fra E. Nord: *Cost-value-analysis in health care: Making sense out of QALYs*, s 2 -3):

- 1) Antall mennesker som profitterer på tiltaket
- 2) Tilstandens alvorlighetsgrad (effekt på livskvalitet)
- 3) Effekten av tiltaket på symptomer og funksjonsnivå
- 4) Effekten av tiltaket på pasientens subjektive livskvalitet
- 5) Antall år med forbedret helse og /eller økt livskvalitet
- 6) Pasientens alder
- 7) Tiden det tar før tiltaket fører til helseforbedring
- 8) Pasientens ansvar for egen sykdom
- 9) Pasientens omsorgsansvar
- 10) Tiltakets effekt på pasientens produktivitet

Denne listen samsvarer delvis med QALY, men er noe mer omfattende. Faktorer som alvorlighetsgrad, effekt på symptomer, livskvalitet og varigheten av effekten dekkes av QALY-begrepet. Den inneholder også faktorer som i følge norske prioriteringsforskrifter ikke skal vektlegges, som ansvar for egen sykdom og eventuelt produksjonstap som følge av

sykdommen. Folks oppfatning av en helsetilstands nytte er imidlertid ikke konstant. Dolan har vist at folk vektlegger tap av helse ulikt, og at mange endrer standpunkt etter informasjon og opplæring (23). I tillegg viser erfaring med alvorlig syke mennesker at mange endrer oppfatning etter at de blir syke. Man kan derfor innvende at folks faktiske preferanser heller ikke nødvendigvis gir et korrekt bilde av en tilstands nytte, med mindre de selv har gjennomgått den aktuelle tilstanden. Nord problematiserer antagelsen om at verdien av et lands helsetilbud kan måles i mengden helse som produseres, analogt til hvordan et lands økonomi vurderes ut i fra BNP. Antagelsen om *ödistributive neutrality*; at fordelingen av helsegevinsten i et samfunn er likegyldig, blir ifølge ham kritisert av flere (Williams 1981, Wagstaff 1991, Williams 1994, Garber et al 1996). Han angriper også en av de andre grunnleggende forutsetningene for QALY som måleverktøy. Der helsegevinsten kun er moderat, eller der den består i å spare liv, er gevinsten målt i individuell nytte ikke nødvendigvis appliserbar. Forskning tyder dessuten på at öbyttetö (trade off) mellom kvalitet og tid sannsynligvis ikke foregår så proporsjonalt som QALY-modellen foreslår. Blant annet tar ikke QALY høyde for tendensen til diskontering. Som beskrevet ovenfor gir dessuten TTO, SG og VAS ulike svar, noe som også svekker QALY som modell. Olsen mener allikevel at QALY er et godt mål på effekten av et helsetiltak, og at kritikken ovenfor primært beskriver metodens begrensninger i forhold til å uttrykke *individuell* nytte. Den sosiale nytten som Nord refererer til uttrykkes ikke godt med QALY, til det er det for mange andre faktorer som spiller inn. I likhet med Williams mener han at QALYs er det beste effektmålet vi har , og at det derfor bør brukes (4,6).

6.5 QALYs relevans som prioriteringsverktøy

I NOU 1997:18 öPrioritering på nyö behandles utfordringen med å öoversetteö overordnede prioriteringer til kliniske beslutninger. Man innser at både alvorlighets- og effektkriteriet kan være vanskelig å definere, og beskriver behovet for å vurdere og kvantifisere effekten av ulike

tiltak (24). Utvalget viser til at en gitt effekt kan tilordnes ulik nytte avhengig av hvem som blir spurt. QALY-analyser nevnes som et mulig redskap i kvantifisering av helsegevinst i uttalelsen. Utvalget vektlegger mulighetene metoden gir for å kvantifisere livskvalitet samt å sammenfatte ulike dimensjoner ved en tilstand til en målbar størrelse. Effektmål i QALY kan utgjøre en del av beslutningsgrunnlaget, men utvalget understreker at også fordelingsprinsipper, individuelle forhold og klinisk skjønn skal vektlegges (17). QALY-analyser fremstår derfor ikke som noe ötungtö redskap i utvalgets innstilling. En del land som USA, Storbritannia, New Zealand, Sverige og Spania krever kostnadseffektanalyser med QALY som det foretrukne effektmålet ved søknad om offentlig finansiering av legemidler (25). I Norge står kravene om nytte og kostnadseffektivitet svært sentralt, men kostnadsanalyser med effekt målt i kvalitetsjusterte leveår er sjelden et krav. Men nyere dokumenter kan tyde på at QALY-analyser i økende grad vil bli vektlagt. I Rådsmöte 3 ö2005 mellom Prioriteringsrådet og de regionale helseforetak fremheves QALYs som et prioriteringsverktöy. QALYs oppgis dessuten som effektmålet for kostnad-nytteanalyser i Legemiddelverkets retningslinjer (26). Og i sin rapport öHelseeffekter i samfunnsökonomiske analyserö anbefaler Helsedirektoratet at man bruker kvalitetsjusterte leveår i alle samfunnsökonomiske analyser der verdien av liv eller helse skal kvantifiseres (27). Det presiseres imidlertid gjentatte ganger at de ökonomiske analysene kun utgjör endel av beslutningsgrunnlaget. I de nye prioriteringsveilederne henviser man til kravet om nytte og kostnadseffektivitet, men QALY-begrepet er ikke nevnt. Dette er muligens fordi denne typen analyser ikke er ment utfört på individnivå. Ikke desto mindre kunne en gjennomgang av QALY-tenkningen i veilederne generelle del vært opplysende for en del klinikere.

7 Helserelaterte kostnader

Når man er opptatt av å kvantifisere nytten av tiltak er det for å kunne sammenlikne ulike tiltak på tvers av fagområder. Dette er en forutsetning for å kunne prioritere på et overordnet

nivå. Nytt eller effekten kan deretter inngå i en kostnadseffektanalyse. Effektiv prioritering i forhold til dagens målsetninger innebærer å allokere ressursene slik at flest mulig får best mulig helse. En sentral utfordring for spesialisthelsetjenesten er at den skal forvalte samfunnets ressurser best mulig og samtidig tilby god og ofte kostnadskrevende pasientbehandling. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke driver kostnadseffektivt vil færre få god helsehjelp og vi vil produsere *mindre* helse for pengene (4). Som regel er det vanskeligere å måle verdien av et kvalitativt tiltak, f.eks innenfor rus- eller kreftomsorgen, enn verdien av en gitt kirurgisk aktivitet. Utgangspunktet for helseøkonomiske undersøkelser er imidlertid at det aller meste kan måles; direkte eller indirekte. I NOU 1997:27 *ÖKostnad ó nytteanalyser. Prinsipper for lønnsomhetsvurderinger i offentlig sektor* viste man til at kostnad-nytteanalyser ikke var vanlige i helsesektoren. Man begrunnet dette med at mye av virksomheten var av en slik karakter at den ikke lot seg måle. Blant annet refererte man til vanskeligheter med å måle behandlingseffekter (28). Dette var omtrent samtidig med at Lønning II anbefalte at kostnadene skulle tillegges større vekt ved prioritering. Utvalget beskriver de ulike formene for evaluering, og poengterer at perspektivet avgjør hva som betraktes som kostnader. På overordnet samfunnsnivå vil man måtte ta høyde for kostnader som ikke er relevante på for eksempel foretaksnivå. Vi kan derfor dele helse relaterte omkostninger inn i flere nivåer.

7.1 Samfunnets kostnader

Her medregnes alle kostnader som følger av behandling og oppfølging av en lidelse, også de som oppstår utenfor helsesektoren. Tap knyttet til manglende produksjon i arbeid er et eksempel. Tidsbruk ved undersøkelser og transport til og fra samt utbetaling av sykelønn beregnes på ulike måter avhengig av om man er borte fra arbeid (bruttolønn samt arbeidsgiveravgifter) eller bruker fritiden (nettolønn). I tillegg kommer det generelle

velferdstapet for den syke (og dennes eventuelle nærmeste). Hvilke av disse kostnadene som skal tas hensyn til varierer imidlertid (4).

7.2 Marginalkostnader

På bedrifts- eller foretaksnivå beregnes kostnadene annerledes. Beslutningen om hva slags eller hvor stor aktivitet eller produksjon man skal ha er som regel avhengig av hva som lønner seg. Helseforetak må i tillegg forholde seg til føringer som er lagt i tråd med målsetningene for produksjonen. Når man vurderer hvorvidt man skal produsere mer eller mindre av en vare er marginalkostnadene avgjørende, ikke gjennomsnittskostnadene. Grensekostnaden eller marginalkostnaden er det det koster å produsere en ekstra enhet (eller det man kan spare på å redusere produksjonen tilsvarende), mens gjennomsnittskostnaden er de totale kostnadene delt på antall produserte enheter. Gjennomsnittskostnadene ved ulike typer aktivitet ved norske helseforetak er gjengitt i DRG-systemet. Imidlertid kan både gjennomsnitts- og marginalkostnader ved det enkelte sykehus avvike fra disse. Dersom et foretaks marginalkostnader er lavere enn gjennomsnittskostnadene for en gitt behandling kan foretaket ha motivasjon for å øke sin aktivitet innenfor denne diagnosegruppen (4). Avhengig av omfang kan dette ha prioriteringsrelevante konsekvenser.

7.3 Alternativkostnader

Spørsmålet om alternativkostnadene utgjør kjernen i prioriteringsdiskusjonen. Så lenge midlene ikke er ubegrenset vil alle tiltak ha alternativkostnader. Prioritering innebærer at noe velges bort, og dette er alternativkostnaden til tiltaket som prioriteres. Med andre ord er kostnaden ved å prioritere en gruppe fremfor en annen den nytten eller helseforbedringen som samtidig går tapt hos den andre gruppen. (4, 29). Alle tiltak har alternativkostnader, uansett nivå. På samfunnsnivå betyr økte utgifter til helse mindre til f.eks samferdsel, og alternativkostnaden utgjør derfor den forbedring i kollektivtrafikk eller skole som vi ikke har

midler til. På foretaksnivå kan alternativkostnadene til et nytt røntgenapparat være et visst antall nye respiratorer som man ikke får kjøpt, og på behandlingsnivå har tiltak primært alternativkostnader i form av at annen behandling blir utsatt.

8 Kostnadsanalyser

Mens det fortsatt er få krav om økonomiske analyser ved sammenlikning av ulike praktiske behandlingstilbud er slike analyser velbrukt i legemiddelsammenheng. Sannsynligvis vil de få økt betydning i tiden fremover. Hvilken metode som brukes avhenger av hvilke(t) tiltak som vurderes.

8.1 Kostnadseffektivitetsanalyser

Kostnad-effektivitetsanalyser (cost-effectiveness-analysis) er regnestykker der enhetene er naturlige og angir kostnader pr klinisk effektenhet; som for eksempel antall leveår, antall liv eller antall sykdomstilfeller som potensielt spares ved den aktuelle innsatsen. Kostnad-effektivitetsanalyser gir svar der man vil sammenlikne ulike behandlingsformers effekt på ett spesifikt mål; for eksempel sammenlikne ny og dyrere behandling med eksisterende (29). Ulempen er at man ikke kan sammenlikne ulike typer effekter med hverandre, som for eksempel endringer i livskvalitet eller funksjonsnivå (5).

8.2 QALY-analyser

QALY-analyse (cost-utility analysis) er en form for kostnad ó effektivitetsanalyse som brukes når effekter i ulike enheter skal sammenliknes; for eksempel nytten av innsettelsen av en kneprotese med nytten av en kreftoperasjon (29). For å beskrive virkningen av slike inngrep må man ta hensyn til flere aspekter; for eksempel symptomreduksjon, gjenvunnet arbeidsevne, økt livskvalitet og vunnede leveår. QALYs omfatter alle disse sidene ved et tiltak, og analysen angir slik kostnader pr kvalitetsjusterte leveår vunnet. Den økte nytten av

en tilstand som følger av et tiltak multiplisert med varigheten av effekten (i antall år) gir et overordnet mål (4). Både direkte kostnader for helsesektoren og indirekte kostnader medregnes i en CUA.

8.3 Kostnad-/nytteanalyser

Kostnad-nytteanalyser (Cost-benefit analysis; CBA) brukes for å sammenlikne to eller flere ulike tiltak der nytten angis i kroner. Dette gir et umiddelbart bilde av verdi versus kostnader. Omregningen til kroner gjør at også helt ulike typer tiltak kan sammenliknes med hverandre. For å kunne bruke CBA må man kjenne til nytten og kostnadene for individet (29). Metoden brukes derfor gjerne der man måler preferansebaserte verdier (5). Den kan dessuten brukes for å plassere omkostninger ved et tiltak. To metoder bidrar til å kvantifisere verdien av en helsegevinst. Begge metodene har sine svakheter, og bidrar til å begrense appliserbarheten av cost-benefit-analyser i helsesektoren.

a) Prinsippet om human capital

Grunntanken bak denne metoden er at gevinsten ved et helsetiltak tilsvarer verdiøkningen som følger av at pasienten kommer tilbake i produktivt arbeid. Lønn kan brukes som utgangspunkt for beregningene. Derav følger at verdien av et inngrep er avhengig av hvem som mottar helsetjenesten og vedkommendes produktivitet før og etter (29). Denne tilnærmingen har fått mye kritikk. Mens man kan skjule til betydningene for en pasients livskvalitet som følge av å være i arbeid og den økte nytten dette innebærer, er prioriteringsretningslinjene entydige på at en pasients bidrag til produksjonen i samfunnsøkonomisk forstand ikke skal vektlegges. Slike regnestykker kan allikevel bidra med opplysninger som kan være nyttige; f.eks i diskusjonen om kostnader ved sykefravær og sykelønnsordningen. Av økonomene er

modellen blitt kritisert fordi den forutsetter at ingen andre overtar produksjonen til den syke, altså et marked fritt for arbeidsløshet (4).

b) Prinsippet om betalingsvilje

Vanligvis brukes denne typen analyser for å måle verdien av goder som ikke finnes i et naturlig marked, f.eks miljø- eller helsegevinster. Man tenker seg at verdien av et tiltak tilsvarer det beløpet folk er villige til å betale for inngrepet og gevinsten som følger. Dette kan kartlegges på to måter. Man kan spørre folk om hvor mye de ville være villige til å gi for et bestemt gode. Det har imidlertid vist seg at svarene i stor grad avhenger av økonomi og livssituasjon for den enkelte, og i mindre grad av hvordan de faktisk verdsetter det godet de er bedt om å vurdere selv, om man forsøker å utlikne disse forskjellene ved å spørre etter andel av inntekt i stedet for absolutte verdier (29). I forhold til helserelaterte goder kan man studere land som har en større andel av egenbetaling enn Norge (typisk USA) og kartlegge hvor mye folk faktisk *er* villige til å betale for helsetiltak. Kostnadnytteanalyser basert på prinsippet om betalingsvilje har vært sammenliknet med QALY-metoden for verdsetting av goder. En fordel er at utkommet og kostnadene måles i samme enhet (kroner). Dette gjør det lettere å sammenlikne tiltak på tvers av sektorer. En annen er at betalingsviljeprinsippet innbefatter ikke-helserelaterte faktorer som QALYs ikke tar høyde for (4).

8.4 Kostnad-minimeringsanalyser

Kostnad-minimeringsanalyser (Cost ó minimisation analysis) brukes til å sammenlikne kostnadene ved to tiltak med lik eller likeverdig terapeutisk effekt. Dette er den enkleste formen for kostnadsanalyse forutsatt at god dokumentasjon av de ulike tiltakenes behandlingseffekt foreligger (NOU, 1997; 7.3.2)

9 Diskusjon

9.1 Hvordan prioriterer vi i dag?

Vekslende regjeringer og stortingssammensetning har i liten grad påvirket retningslinjene for prioritering i helsetjenesten. Det skyldes sannsynligvis at det er bred politisk enighet om målsetningene for prioriteringen, og at disse er fundert på fordelingsprinsipper som er ukontroversielle i vår kultur. Helse er dessuten et spesielt ødistribuendumö, slik at partipolitiske føringer fremstår som mindre relevante enn ved fordeling av andre goder. Til tross for flere helsereformer og stort fokus på effektivitet i spesialisthelsetjenesten har vi fortsatt lange ventelister for behandling, også for alvorlige sykdommer som for eksempel visse typer kreft. Ventelistene kan oppfattes som et uttrykk for at spesialisthelsetjenesten ikke er så effektiv som vi ønsker. En gjennomgang av retningslinjer fra andre vestlige land viser at grunnlaget for prioritering i stor grad er likt. I bunnen ligger prinsippene for likhet og rettferdighet. Nødvendigheten av å bestemme forholdet mellom tiltakenes virkning og deres kostnader fremheves av alle. Mange legger vekt på tilstandens alvorlighetsgrad, som i Norge er en del av behovskriteriet. Alder som sådan er ikke noe österktö kriterium, men vil ofte gi utslag ved kostnad-effektanalyser. Det er bred faglig enighet om at man ikke legger vekt på individuell adferd ved prioritering. Helsekadelig adferd kan være knyttet til økonomi, oppvekstforhold, utdanningsgrad, miljø og andre faktorer som virker inn på evnen og viljen til å treffe ösunneö beslutninger. Imidlertid vil livsstil og vaner hos enkeltpersoner kunne påvirke den potensielle helsegevinsten ved et inngrep, og således forrykke kostnad-nytte-balansen.

9.2 I hvilken grad bidrar virkemidlene til måloppnåelse?

Gode virkemidler vil bidra til ressursallokering som fører til størst mulig måloppnåelse. De skal bidra til at sykehusene produserer den öriktigeö sammensetningen av helsetjenester i forhold til målene. Analogt til produksjonsmulighetskurven illustrerer helsemulighetskurven

alternativkostnaden ved at en økning i produksjonen av en tjeneste, for eksempel hoftekirurgi, nødvendigvis medfører mindre av en annen tjeneste, for eksempel ryggkirurgi, når innsatsfaktorene er konstante. De ulike punktene på kurven viser ulike sammensetninger av produserte tjenester (4). Prioriteringseffektiv produksjon av helsetjenester forutsetter derfor at spesialisthelsetjenesten samlet sett har riktig profil på sin produksjon. Hva som er riktig er avhengig av målene, som igjen er avhengig av hvilken innfallsvinkel man har til rettferdig fordeling. I tillegg til prioriteringseffektivitet er kostnadseffektivitet et mål, altså at vi produserer de ønskede helsetjenestene billigst mulig. Dette forutsetter at sykehusene er teknisk effektive (4).

De politiske styringsdokumentene samt lover og forskrifter for spesialisthelsetjenesten danner rammer som helseforetakene må forholde seg til. De overordnede føringene fra eier følges i stor grad på administrativt (regionalt) foretaksnivå. utfordringer oppstår primært lenger ned i organisasjonen når rammene oppleves som for stramme. Stort sett knytter diskusjonene seg til drift og økonomi. Her har man heller ikke det nære forholdet til overordnede målsetninger for prioriteringsarbeidet som forutsettes. Politiske, juridiske og økonomiske virkemidler brukes for å styre spesialisthelsetjenesten mot effektiv måloppnåelse.

9.2.1 Politiske virkemidler

9.2.1.1 Oppdragsdokumenter.

Helse- og omsorgsdepartementet samt Helsedirektoratet utarbeider rapporter og styringsdokumenter for helsetjenesten. NOU 1997:18, Nasjonal helseplan (St.prp.nr.1(2006-2007)) samt Prioriteringsforskriften er sentrale i så måte. I Nasjonal helseplan heter det at ingen ny metode skal implementeres før effekter, nytte og kostnader er kartlagt.

Helsedirektoratets rapport IS 01741 "Nye og kostnadskrevede metoder. Forslag til system for håndtering av ny teknologi i helsetjenesten" fra 2009 er interessant fordi den anbefaler

konkrete prioriteringsverktøy for helsetjenesten. I dag benyttes helseøkonomiske analyser for refusjon av legemidler samt ved innføring av nye behandlingsmetoder for ikke-operativ kreftbehandling. I tillegg behandler Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering enkeltsaker.

USA, England, Frankrike og Australia har nasjonale prosedyrer for metodevurdering. England og Finland har i tillegg prosedyrer for vurdering av praktiske prosedyrer, ikke bare legemidler og utstyr. I motsetning til analyser av kliniske data er det vanskelig å overføre resultater fra helseøkonomiske analyser gjort i andre land fordi organisering av helsetjenesten og pasientgrunnlaget er ulikt. I Norge er det i stor grad opp til det enkelte foretak å avgjøre hva det vil bruke av teknologi, og opp til fagmiljøene hva slags behandlingsmetoder som brukes. Det er imidlertid en trend i retning av standardiserte prosedyrer for metodeevaluering også her. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har dette som en av sine oppgaver, men Rådet mener selv at dette er utilstrekkelig og at det er behov for overordnede nasjonale retningslinjer. Blant forslagene i Helsedirektoratets rapport er at effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet skal kartlegges ved hjelp av Mini-HTA. eHealth Technology Assessment eller eMedisinsk metodevurdering kan brukes for å vurdere alle metoder som eventuelt skal implementeres i forebygging, diagnostikk eller behandling, ikke bare utstyr eller teknologi. HTA er et system som kan kartlegge hvorvidt metoden virker, for hvem, hva den koster og hva slags konsekvenser den har. I dette ligger blant annet kostnad-nytteanalyser og en analyse av kliniske, organisatoriske, juridiske og etiske konsekvenser. Utgangspunktet er gjennomgang av all tilgjengelig dokumentasjon om en gitt metode. En slik metodevurdering kan også legges til grunn for prioriteringer på et overordnet nivå.

eMiniHTA er en forenklet versjon beregnet på metodevurderinger på sykehusnivå, og er allerede i bruk enkelte steder. Hensikten er enhetlige prosedyrer; igjen for å utjevne regionale forskjeller, bedre kostnadseffektiviteten samt optimalisere pasienttilbudet. Samtidig legges det opp til at beslutningene i størst mulig grad skal tas på HF-nivå. Unntak er beslutninger som

kan tenkes å ha konsekvenser for prinsippet om likebehandling eller dersom kostnadene er av önasjonal interesseö. Dessuten bør spørsmål om nye legemidler og store folkehelse relaterte prosjekter håndteres på nasjonalt nivå. Rapporten viser til at vurdering og implementering av nye metoder kan ha prioriteringsrelevante konsekvenser. Industriinitiert forskning kan bidra til mye dokumentasjon som igjen kan gjøre at ny teknologi blir tatt i bruk på bekostning av noe annet. Fagdisipliner med mye avansert utstyr kan ha høyere status og på samme måte trekke ressurser fra andre disipliner der det forskes mindre eller inntjeningspotensialet for industrien er mindre (30). Samordning av regler for implementering av nye metoder er antagelig en forutsetning for kostnadseffektivitet og likt tilbud på tvers av regioner, og dette kan være et skritt i riktig retning.

9.2.1.2 Prioriteringsveilederne

Prioriteringsforskriften danner sammen med Pasientrettighetsloven grunnlaget for prioriteringsveilederne som er under utvikling. Disse skal veilede spesialister, primært leger, som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten i forhold til hvilke rettigheter og frister den henviste pasient skal tilordnes. Hovedhensikten med veilederne er å sørge for at alle får lik vurdering (og behandling) uavhengig av hvilket foretak som mottar henvisningen, og slik bidra til målsetningen om mindre regionale forskjeller. Veilederne er ikke juridisk bindende, men i forordet heter det at avvik fra anbefalt fremgangsmåte bør begrunnes. Fristene varierer mellom fagene, og man tar i tillegg hensyn til aldersgruppe (pediatri) og muligheter for behandling utenfor sykehusene. I veilederne brukes det mer dekkende begrepet örett til prioritert helsehjelpö synonymt med örett til nødvendig helsehjelpö fra lovteksten (begrepet önödvendigö helsehjelp kan etter min mening misforstås dit hen at de som ikke skal prioriteres ikke har behov for helsehjelp). Pasientrettighetslovens 3 hovedkriterier (tilstandens alvorlighet, potensiell nytte og kostnadseffektivitet) må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til prioritert helsehjelp. Dersom et vilkår er oppfylt i mindre grad kan det oppveies av de

andre. Rettighetsstatus er således ikke knyttet opp mot en diagnose. Det dreier seg ikke om faglige retningslinjer, men tabellene inneholder eksempler på kliniske symptomer som kan påvirke rettighetsstatus og tidsfrister. Vilåret om tilstandens alvorlighet består av to deler: pasientens forventede livslengde og pasientens forventede livskvalitet uten behandling. Hvordan tap av livskvalitet skal kvantifiseres beskrives imidlertid ikke, slik at det fortsatt er opp til individuelt skjønn. Her kunne det vært rom for konkretisering. QALY-begrepet kunne med fordel vært forklart for å anskueliggjøre konsekvensene av en gitt prioritering. I veilederne understrekes det at den som vurderer henvisninger til spesialisttjenesten ikke skal ta hensyn til systemets kapasitet til videre utredning og behandling. Dette er selvfølgelig i et system der vurderingen skal baseres på behov, men da er det også viktig at de som vurderer behov ikke føler for mye ansvar for eventuelle lange ventelister. Det tas dessuten eksplisitt hensyn til antatt kapasitet *utenfor* spesialisthelsetjenesten. For eksempel vurderes fastlegens mulighet for å behandle tilstanden under veiledning fra spesialisthelsetjenesten og hvor mange privatpraktiserende spesialister som finnes utenfor sykehusene. Innen for eksempel pediatri bidrar få spesialister utenfor sykehus til å senke terskelen for prioritering (9). Avhengig av refusjonsmodell kan dette komme i konflikt med intensjonene, nemlig lik tilgang for like behov. Ved svak økonomi er det ikke et reelt alternativ å oppsøke en privatpraktiserende spesialist uten refusjonsavtale. Det mest interessante med prioriteringsveilederne er at myndighetene søker å påvirke klinikere konkret; altså henvender seg direkte til det mest pasientnære nivået i prioriteringskjeden. Ved å inkludere medisinske fagmiljøer, RHF'er og Helsedirektoratet burde veilederne være godt forankret. Nettopp derfor er det kanskje litt skuffende at de er såpass vage, og egentlig tilfører lite nytt.

9.2.1.3 Organisasjonsform: foretaksreformen

Da foretaksreformen ble vedtatt var dette et forsøk på å gjøre sykehusene bedre i stand til å ivareta sine forpliktelser og slik bidra til måloppnåelse. En helhetlig statlig eid helsetjeneste

skulle bidra til bedre ressursutnyttelse og prioriteringseffektivitet (11). Sannsynligvis lå også et ønske om bedre kostnadseffektivitet bak. Foretakene ble selvstendige rettssubjekter med større ansvar for egen økonomi enn sykehusene hadde hatt. De regionale helseforetakene eies av staten. Staten har ikke ansvar for drift, men styrer via generalforsamling og lovverk, og helseforetakene mottar årlige oppdragsdokumenter. Modellen skal sørge for statlig kontroll samtidig som foretakene skal være profesjonelt drevet. Slik skal man oppnå effektiv drift i tråd med overordnede helsepolitiske målsetninger.

Foretaksreformen i 2002 har primært hatt effekt på organisatorisk og administrativt nivå. Eierstrukturen, med kun fem regionale foretak og statlig oppnevnte styrerepresentanter, gir forutsetninger for god samordning og styring. Få av tiltakene etter reformen har rettet seg mot direkte pasientbehandling. For ansatte og pasienter utgjør funksjonsfordelingen den mest merkbare endringen. Sammenslåing av flere sykehus til foretak med ulik type drift på de respektive stedene har sannsynligvis ført til at pasientene får mer spesialisert behandling av sine organlidelser, og således bedre kvalitet på denne delen av behandlingen. Muligens er driften også blitt mer effektiv, dersom man ser enhetene isolert. Men mens man tidligere hadde én inngang til sykehuset uansett hva man feilte må man nå oppsøke ulike steder; alt etter hva slags lidelse man mistenkes å ha. Mange oppfatter det som en belastning å måtte oppsøke ulike sykehus for å få hjelp, og informasjon går tapt for hver overflytting, slik at en del undersøkelser og registreringer må gjentas på hvert sted. Brukerorganisasjoner og ansatte rapporterer om misnøye med en spesialisthelsetjeneste som oppleves lite helhetlig, og der ingen tar overordnet ansvar. Samhandling mellom de ulike ledd i spesialisthelsetjenesten og mellom primær- og sekundærhelsetjeneste er også blant områdene man i Nasjonal helseplan mener bør forbedres (31). Det er også grunn til å tro at den helhetlige omsorgen i noen grad blir borte når sykehusene blir mer organfiksert. Blant annet er man opptatt av öpasientsløyferö i klinikken; det vil si at pasientene føres inn i et ösporö med diagnostikk, behandling og

lokalisering avhengig av hva man antar feiler dem ved inntak. Dette gir god og effektiv pasientbehandling ó forutsatt at pasienten er blitt plassert på riktig spor. Man ser med jevne mellomrom eksempler på forsinket behandling som følge av at pasienter er blitt feildiagnostisert initialt og plassert i feil sløyfe. Dersom systemet hadde vært litt mindre strømlinjeformet hadde flere i behandlingsrekken hatt bredere kompetanse og slik kunnet avdekke tegn på andre lidelser på et tidligere tidspunkt. Dette illustrerer at det er forskjeller på å produsere helse og andre varer eller tjenester, og at høy produksjon av helsetjenester ikke alltid gir like god uttelling på helsen. Foretaksmodellen har således sin kanskje viktigste begrensning i møtet med enkeltpasienten. Reformen kan også ha ført til en kulturendring. Måten vi omtaler aktiviteten i sykehusene på har endret seg. RHF^{ene} er öbestillereö, HF^{ene} ölevererö tjenestene. Sykehusene skal drives som bedrifter og dette påvirker måten vi tenker på. Helse og helseforbedring er blitt en vare som omsettes til en helt bestemt pris. Helt nede på avdelingsnivå er ödriftö, öproduksjonö, öbudsjettö og öDRGö dagligtale; også blant ansatte uten lederansvar. Man kan tenke seg at noe av fokuset går fra optimal pasientbehandling til god nok, og litt mindre ressurskrevende, pasientbehandling. Kravet om forsvarlighet er ment som et absolutt minstemål for pasientbehandling, og bør ikke forveksles med *god* behandling. Imidlertid legges listen lavere når kravene til tempo stiger, slik at forsvarlig behandling blir god nok. Foretaksreformen og det sterke fokuset på budsjettbalanse kan ha forsterket det etiske dilemma mellom å tilby den enkelte best mulig behandling og å få ressursene til å strekke til god behandling av flest mulig pasienter. Det tar tid å dokumentere effekter av en organisasjonsreform, og forsøkene så langt har gitt motstridende resultater. I 2006 ble et utvalg sykehusleger spurt om hva slags effekter de mente foretaksreformen hadde hatt. Et flertall mente produktiviteten i sykehusene var blitt bedre, men at kvaliteten var blitt dårligere (32). Det kan tyde på at mange leger føler at de kompromiserer på faglig sett optimal behandling, og i større grad nå enn tidligere. I en rapport fra Norsk institutt for by- og

regionsforskning konkluderes det med at man fortsatt ikke vet hvordan kvaliteten i pasientbehandlingen er blitt påvirket, men at strukturendringene som er gjort bør kunne legge til rette for økt kvalitet på tjenestene. Det samme gjelder reformens effekt på regionale forskjeller (7). Enkelte data kan tyde på høyere effektivitet etter foretaksreformen, og man har sett en aktivitetsøkning som imidlertid primært antas å skyldes ISF. Fra 2002 til 2005 ble ventetidene redusert for 4 av 5 prioriteringsgrupper, men reduksjonen var minst blant pasientene med de alvorligste lidelsene, altså prioriteringsgruppe 1, og størst i prioriteringsgruppe 5. Flere konkluderer derfor med at prioriteringseffektiviteten i foretakene er blitt verre siden reformen (33).

9.2.2 Juridiske virkemidler

9.2.2.1 Prioriteringsforskriften

Av alle lover og forskrifter som regulerer spesialisthelsetjenesten er Pasientrettighetsloven og den supplerende *Prioriteringsforskriften* de viktigste for prioriteringsarbeidet. I forskriftens § 2 heter det: *øPasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter Pasientrettighetslovens 2. ledd, når*

- 1) *pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og*
- 2) *pasienten í í í kan ha forventet nytte av helsehjelpen og*
- 3) *de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.*

Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå. Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert behandling kan bedre pasientens livslengde

eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen. +(2). Forskriften definerer med dette alvorlighets- og nyttekriteriet. Prioriteringsforskriften er hjemlet i Pasientrettighetsloven.

9.2.2.2 Pasientrettighetsloven

I NOU 1997:18 beskrives potensialet for i større grad å definere spesialisthelsetjenestens plikter og pasientenes rettigheter, men man er usikker på om det er mulig å konkretisere rettighetsbegrepet i tilstrekkelig grad. I ettertid kan det synes som om Pasientrettighetsloven har vært klargjørende både for pasienter, helsepersonell og myndigheter. Loven regulerer foretakenes frister for vurdering og behandling, og sier at en henvisning til spesialisthelsetjenesten skal vurderes innen 30 dager. Ventetidene som registreres er tiden fra henvisningen er mottatt til utredning eller behandling starter. Gjennomsnittlig ventetid økte med én dag fra 2002 til 2007. Andelen henvisninger vurdert dit hen at pasienten har rett til prioritert helsehjelp falt fra 67 % i 2006 til 62 % i 2009. Det er til dels store regionale forskjeller i tildelingspraksis. I 3. tertial 2007 fikk 83 % behandling innen den fristen de hadde fått, mens 17 % måtte vente lenger. Andelen fristbrudd varierer mellom 1 og 24 % (34). Disse tallene er avhengige av hvordan Prioriteringsforskriften og Pasientrettighetsloven praktiseres, og det er derfor vanskelig å sammenlikne reelle fristbrudd mellom sykehus. Antall behandlede pasienter økte med 16 % i perioden, og det er en økning i opphold og behandling innenfor alle hoveddiagnosegrupper med unntak av gynekologi. Økningen var størst de første årene etter reformen. De siste årene er økningen primært skjedd innenfor kirurgisk og medisinsk dagbehandling, og liggetiden er gått ned. Dette reduserer behovet for sengeplasser, og er en ønsket utvikling. Det er også en stor økning i øyeblikkelig hjelp hos pasienter med respirasjons- og sirkulasjonssvikt. For øvrig ser man en økning i diagnostiske prosedyrer og behandling av kroniske sykdommer, noe som til dels kan skyldes nye diagnostiske muligheter

(f.eks angiografi) og befolkningens alderssammensetning. Det var for øvrig en markant økning i ösnorkeoperasjonerö (obstruktivt søvnapnèsyndrom) frem til 2004, deretter en reduksjon. Dette var sannsynligvis en utilsiktet effekt av DRG-systemet (35). Det er viktig å merke seg at økt aktivitet ikke nødvendigvis gir kortere ventelister, fordi ventelistene kun speiler en del av aktiviteten. Ventetidene er derfor snarere et mål på sykehusenes polikliniske kapasitet. Helsedirektoratet anbefaler derfor at fokus dreies mot oppfyllding av prioriteringsforskriften, ikke mot ventetidene isolert sett.

9.2.2.3 Andre lover

I tillegg er det en rekke lover som regulerer spesialisthelsetjenesten. *Lov om helsepersonell* (1997) omhandler primært plikter og begrensninger for enkeltpersoner som öyter helsehjelpö; det være seg leger, sykepleiere, studenter, apotekere og andre i pasientrelatert arbeid. Kravet til forsvarlig virksomhet står helt sentralt, og legger føringer for all virksomhet på individ- og foretaksnivå. Formelle krav til autorisasjon og hvordan man eventuelt mister denne, samt taushetsplikten omtales konkret. Det beskrives dessuten hvordan man som helsepersonell skal forholde seg til pasient, pårørende og situasjoner som kan oppstå i pasientrettet arbeid. *Lov om helseforetak* (2001) beskriver helseforetakets struktur, samt hvordan det skal opprettes, organiseres og drives og er således et slags driftsoppdrag for RHF'er og foretak. *Lov om spesialisthelsetjenesten* (1999) regulerer spesialisthelsetjenestens aktivitet, definerer ansvarsområde og mål for virksomheten. Loven er omfattende og omhandler alt fra undervisningsplikt til finansiering, legefordeling og beredskapsplikt. I tillegg til å beskrive forhold vedrørende pasientbehandling legger den også føringer for samhandling med andre deler av helse- og sosialtjenesten. *Lov om medisinsk utstyr*, *Legemiddeloven*, *Smittevernloven* og *Helseregisterloven* er dessuten sentrale styringsverktøy for helsevirksomhet (36).

9.2.3 Økonomiske virkemidler

9.2.3.1 Rammetilskudd

Rammetilskudd er en form for prospektiv ikke-aktivitetsbasert finansiering og utgjør 60 % av spesialisthelsetjenestens finansiering. RHF`ene får et budsjett på begynnelsen av året som de skal forholde seg til. Tildeling av rammetilskudd er basert på en rekke sosiodemografiske variabler som skal si noe om forventet behov for sykehustjenester i et område. Listen over variabler blir jevnlig oppdatert i tråd med samfunnsutvikling og ny kunnskap (Rattsøtvalget 1996, Hagenutvalget 2003, Magnussenutvalget 2008). Den siste listen inneholder 15 kriterier basert på sosiale, demografiske og geografiske forhold. I målsetningen ömest mulig helse for pengeneö er kostnadseffektivitet implisert. Innføringen av rammefinansiering ga god kostnadskontroll, men ingen egentlige incentiver til kostnadseffektivitet (11). Modellen er prioriteringsnøytral i den grad sykehusene kun skal holde budsjett. Sykehusene har ingen grunn til ikke å behandle dem som trenger det mest, med mindre disse er svært kostnadskrevende. Ved krav til en et bestemt antall behandlede pasienter vil sykehusene ha incitament for å foretrekke mindre ressurskrevende pasienter. Siden foretaksreformen har de regionale helseforetakene stort sett gått med underskudd hvert år. Vanligvis får de tilleggsbevilgninger på slutten av året, eller departementet godtar underskuddet og utsetter kravet om budsjettbalanse. Begge deler undergraver prinsippet bak rammefinansieringen.

9.2.3.2 Innsatsstyrt finansiering

ISF ble innført i 1997 som et forsök på å bedre kostnadseffektiviteten og forkorte ventelistene. ISF utgjör nå 40 % av sykehusfinansieringen og er basert på DRG-systemet. Sykehusene mottar refusjon på bakgrunn av allerede fastsatte takster, således er systemet prospektivt aktivitetsbasert. Hver diagnose tilordnes en bestemt takst, basert på nasjonale

gjennomsnittskostnader for behandling av diagnosen. Tilleggsdiagnoser gir tilleggsrefusjon; det vil si at innsettelse av en hofteprotese hos en diabetiker gir større refusjon enn tilsvarende inngrep hos en ellers frisk pasient. Satsene justeres årlig (11). DRG skal bidra til rettferdig fordeling ved at foretakene får refundert penger avhengig av aktivitet. Samtidig skal systemet stimulere til kostnadseffektivitet ved at de kun får tilbakeført det gjennomsnittsbetøpet DRG-koden utløser; ikke reelle kostnader der disse overskrider taksten. Dersom et foretaks grensekostnader er lavere enn gjennomsnittskostnadene for en gitt behandling har imidlertid foretaket incentiv for å øke sin aktivitet innenfor denne diagnosegruppen (4). I en undersøkelse av Martinussen og Hagen i 2007 går det frem at sykehusene i noen grad prioriterer det de oppfatter som mindre ressurskrevende pasienter innenfor visse DRG-er. Tendensen var tydeligst de første årene etter innføring av ISF /DRG (37). Slike overveielser på foretaksnivå kan ha prioriteringsrelevante konsekvenser. Ved innføringen av ISF var man forberedt på økt aktivitet i somatisk sektor, og fryktet at dette skulle gå på bekostning av psykiatrien. Muligens bidro øremerkede midler til opptrapping innen psykiatrien til å forhindre det. ISF-systemet har vist seg å gi bedre teknisk effektivitet, det vil si at innsatsfaktorene (f.eks arbeidskraft, medisinsk-teknisk utstyr og operasjonsstuer) blir utnyttet bedre. Kostnadseffektiviteten er omtrent den samme, primært fordi lønnskostnadene er steget i perioden (4). ISFs andel av finansieringen har variert mellom 30 og 60 prosent siden ISF ble innført. Tendensen er at høyresiden i norsk politikk foretrekker høyere andel ISF og lavere rammetilskudd, mens venstresiden ønsker stabilt høye rammetilskudd.

Helsedirektoratet har fastslått at finansieringsordningene er effektive virkemidler i helsepolitikken (38). Imidlertid må man presisere hva som er målet for helsetjenesten; ønsker vi bedre kvalitet på et visst antall tjenester eller høyere aktivitet? ISF har gitt noe høyere aktivitet, og dette var ønsket i begynnelsen. Nå er man mer opptatt av å nå de fastsatte målene for aktivitet. I Rådsmøte 3 -2005 mellom Prioriteringsrådet og RHF-ene problematiseres

sykehusenes fokus på inntjening fremfor målrettet prioritering i en tid med store budsjettutfordringer. Blant annet har Legeforeningen vært bekymret over at ledere i foretakene blir målt i forhold til inntjening via DRG. Helsedirektoratet understreker at ISF ikke primært er et takstsystem, men en del av et samlet styringssystem. ISF er ikke ment som et styringsmiddel for aktivitet på behandlernivå, og Helsedirektoratet mener det er foretakenes ansvar at systemet blir brukt på riktig måte. Man innser at systemet kan misbrukes, men mener at det ikke foreligger bedre alternativer (38). Magnussen er blant dem som har påpekt svakheter ved DRG-systemet (39). For det første utløses takstene basert på opphold. Dette kan bidra til at et behandlingsløp deles opp i flere opphold, ikke primært for at sykehusene ønsker å tjene penger, men fordi manglende planlegging av et lengre kontinuerlig forløp ikke straffer seg. Ønsket om å redusere liggetider trekker i samme retning, og for pasientene medfører dette en ekstra belastning. For det andre er pasientene i en DRG-gruppe ikke like, og dersom sykehusene kan identifisere hvilke pasienter som er billigst å behandle kan det føre til at disse prioriteres på bekostning av pasienter med større behov. Dette er spesielt uheldig der DRG-takstene ikke reflekterer overordnede prioriteringsmål. ISF og DRG har således ulike effekter på de forskjellige målsetningene. Den opprinnelige målsetningen om prioritering etter alvorlighetsgrad undergraves, mens målet om effektivisering i noen grad oppfylles.

En logisk implikasjon av dette vil være å endre DRG-takseringen slik at foretakene prioriterer gruppe 1 og 2. Til dette formålet er imidlertid DRG-systemet antagelig for enkelt i det det kun tar hensyn til kostnader ved en behandling, mens prioriteringen primært skal skje etter tilstandens alvorlighetsgrad og behandlingens nytte i forhold til kostnader. Et prioriteringseffektivt system i forhold til dagens målsetninger ville være et som gir mest mulig helse og helseforbedringer, ikke flest mulige tiltak. Det virker nærliggende å tenke seg et kostnadsrefusjonssystem basert på QALY-prinsippene, i og med at dette konseptet inkluderer

de fleste aspektene ved helse som vi er opptatt av. Men til tross for at QALYs er et godt mål på helseforbedring vil det være vanskelig å lage et öQALY-vektetö DRG-system. For det første vil et prioriteringsmotivert system kreve store mengder informasjon om andre forhold ved behandlingen enn kostnader. Mange av faktorene QALY bygger på forandrer seg kontinuerlig hos enkeltpasienter, særlig de sykeste. I tillegg inneholder samme DRG-gruppe diagnoser av ulik alvorlighetsgrad, og DRG-systemet brukt som prioriteringsverktøy kunne gitt incentiver til å behandle pasienter på svakere indikasjon enn ellers (4). QALY-prinsippene brukt i en DRG-modell er altså uheldig. Olsen foreslår i stedet et prioriteringsnøytralt system basert på DRG-koder som kun reflekterer de reelle kostnadene. Imidlertid vil problemet med stykkpris og DRG bestå; sykehusene vil sannsynligvis behandle flere av de öbilligeö pasientene som oftest er i prioriteringskategori 4 og 5 (4). NOU 2003:1 foreslår en alternativ modell der staten betaler all avtalt aktivitet, samt stykkpris ved ökt aktivitet, men kun til et gitt punkt (40). Man kunne også tenke seg en finansieringsmodell basert på demografiske forhold, effektmål (for eksempel målt i QALYs) og faktiske kostnader i en modell der de ulike faktorene oppveier hverandres negative konsekvenser. Utfordringene knyttet til de enkelte målene ville imidlertid fortsatt vært de samme.

Olsen advarer mot å overdrive bruken av økonomiske virkemidler for å styre helsetjenesten. Spesielt med ulike former for stykkprisfinansiering blir fokus dreid mot å produsere mest mulig av de tiltak som utløser refusjon, kanskje uavhengig av effekten tiltaket har på pasientens totale helsetilstand (4). God kostnadseffektivitet på foretaksnivå gir ikke nødvendigvis god kostnadskontroll på samfunnsnivå så lenge sykehusene produserer mer enn de blir bedt om, og staten må refundere kostnadene.

9.2.3.3 Brukerbetaling

Brukerbetaling kan bidra til å kontrollere etterspørselen etter mindre viktige tjenester, men det er ikke gitt at de gruppene som endrer adferd når egenandelene øker er de som har minst behov for helsetjenestene. Muligens er dårlig økonomi en sterkere prediktor. For å unngå å tilleggsbelaste syke i for høy grad har man innført tak på egenandeler. Egenandeler er således ikke noe sterkt virkemiddel for prioritering i spesialisthelsetjenesten, men er viktigere i primærhelsetjenesten.

9.3 På hvilket nivå skal beslutningene fattes?

I Lønning II beskrives begrepene öförste- og annenordens beslutninger ö der försteordensbeslutninger er av mer overordnet karakter og eksempelvis avgjør sengekapasiteten i en region, mens dagligdagse kliniske prioriteringer er typiske andreordensbeslutninger. Utvalget er opptatt av å skille disse, fordi ulike nivåer i spesialisthelsetjenesten ofte har ulike siktemål med sine tiltak (41). En økonomiansvarlig på regionsnivå vil ha andre mål for arbeidet sitt enn en kliniker i en behandlingssituasjon. Dette gjenspeiler bredden i oppgavene som tilfaller spesialisthelsetjenesten; *både* god ressursforvaltning og god individuell pasientbehandling. Utvalget viser til arbeid som er gjort på området i New Zealand, Nederland, Sverige, Danmark, Finland og delstaten Oregon i USA. De ulike landene har plassert prioriteringsansvaret på forskjellige steder. NOU 1987:23 anbefaler en prioritering på et overordnet sentralt nivå etter kategorier som inneholder ulike diagnosegrupper. Noe av den samme tankegangen gjenfinnes i kriteriene som Oregon utarbeidet på 80- og 90-tallet. New Zealand og Nederland derimot, og delvis også Danmark, Sverige og Finland har plassert ansvaret noe ölavereö; innenfor de ulike fagfeltene. Prioriteringsutvalget fra 1997 mener det er uklart hva som er nödvendig og relevant informasjon for beslutningstagerne på dette nivået, men det er enighet om at prioriteringer på alle nivåer i helsetjenesten skal være forankret i de overordnede politiske målsetningene.

9.3.1 Politisk nivå

Siden politikerne er folkevalgte kan man anta at opinionens syn i noen grad gjenspeiles i de politiske retningslinjene for prioritering. Et av hovedpoengene ved foretaksreformen var å avpolitiserere og profesjonalisere ledelsen. Imidlertid førte reformen til høy helsepolitisk interesse i Stortinget etter at den ble implementert. Ole Berg antyder i sin bok *Øfra politikk til økonomikkö* at stortingspolitikkerne ikke helt var klar over innholdet i reformen de hadde vedtatt. Han henviser til en undersøkelse gjennomført av Opedal og Rommetveit der de ser på spørreaktiviteten i Stortinget etter innføring av reformen. Den reflekterer at det er få spørsmål knyttet til reformens opprinnelige målsetning om effektivisering av spesialisthelsetjenesten. Derimot er de folkevalgte interessert i sykehuspolitikk generelt og i særskilte gruppers interesser spesielt. Organisatoriske beslutninger tatt på foretaksnivå blir regelmessig overstyrt av politikere selv på statsrådnivå for å unngå uheldige politiske konsekvenser. Kilde til vedvarende konflikt er funksjonsendringer og nedlegging av lokalsykehus. Å prioritere innebærer alltid å velge noe bort, og det kan være vanskelig å formidle til valgkretsen. Politikere er valgt av folket, for å ivareta folkets interesser, og satt på spissen lever de av å bli gjenvalgt. For mange innebærer det å slåss for et lokalt sykehusstilbud som foretakene ønsker å flytte, eller for spesielle grupper som av ulike grunner står en nær. Andre hensyn går foran de rent helseøkonomiske eller medisinsk-faglige. Slik hindres foretakene i å utføre sitt mandat, og reformen undergraves av de som har vedtatt den. Opedal og Rommetveit viser til undersøkelser som sier at de fleste lederne i helseforetakene mener Stortinget, departementet og forvaltningsorganene har stor innflytelse på beslutningene som fattes lokalt. Dette fører til at en del bedriver direkte lobbypolitikk på Stortinget, og slik forbigår ledelsen i de regionale HF'ene (12,42). En av de viktigste intensjonene med reformen, å avpolitiserereö driften av sykehusene, blir således ikke oppfylt.

Politikere og andre premissleverandører lokalt og sentralt har imidlertid et unikt utgangspunkt for å bidra til helsemaksimering på et overordnet nivå. De fleste forutsetningene for god helse

avgjøres utenfor spesialisthelsetjenesten, og beslutningstagere i alle sektorer kan derfor gjøre mye ved å også tenke på mulige helse-effekter når nye tiltak skal utarbeides. Spesielt gjelder det å legge til rette for at folk lett kan gjøre sunne valg i forhold til ernæring, bevegelse og livsstil for øvrig, og således forebygge ressurskrevende sykdommer.

9.3.2 Foretaksnivå

De fem RHF`ene har rapporteringsplikt og mottar styringsdokumenter fra Departementet, sannsynligvis noe mer detaljert enn intensjonen var da Tønne innførte foretaksreformen. Her ligger føringer for aktivitet og omfang. I vedtekter for regionale helseforetak heter det at Formålet for virksomheten er å bidra til at spesialisthelsetjenestens målsetting blir oppfylt innenfor det geografiske ansvarsområdet. Man viser til pasientrettighetsloven, lov om helseforetak og lov om psykisk helsevern. Det heter videre at virksomheten skal drives videre innenfor de praktiske, lovlige og økonomiske rammer som er fastsatt, og at hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet. Videre pålegges de regionale helseforetakene å organisere virksomheten med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse (43). Ved innføring av foretaksreformen ble sykehusene økonomisk ansvarliggjort i større grad enn tidligere. Styret i RHF`ene representerer staten og vedtar budsjett. I 2008 var 40 % av styrerepresentantene tidligere aktive politikere. Det påpekes at østyredeltakelse i så fall ikke skal være knyttet til deres politiske posisjon. Ikke desto mindre kan man anta at holdninger og verdivurderinger er noenlunde konstante hos disse. Dette, samt at styremedlemmer for øvrig også utvelges av staten, burde legge til rette for implementering av overordnede målsetninger i dette leddet. Når målsetningene allikevel ikke oppnås kan det henge sammen med RHF`enes dobbeltrolle. Foretakene representerer eier, men er relativt selvstendige, med egne økonomiske interesser som ikke alltid samsvarer med de overordnede målsetningene. Når det blir konflikt er det fordi målsetningene delvis har motstridende implikasjoner og virkemidlene som brukes til å

styre spesialisthelsetjenesten mot kostnadseffektivitet har omkostninger på andre prioriterte områder. Dette manifesterer seg på foretaksnivå fordi det er her de politiske målsetningene skal iverksettes. Ikke alle ledere på foretaksnivå har vært seg sitt ansvar bevisst i forhold til spesialisthelsetjenestens oppgaver. Enkelte betraktet ISF som en mulighet til å bedre budsjettbalansen, og vi fikk uttrykk som ökreativ kodingö som et resultat av overdrevent fokus på inntjeningsmulighetene ved systemet. I Nasjonal helseplan foreslås det at RHF ene intensiverer oppfølgingen av foretakene både i forhold til overordnede målsetninger og faglighet (31). Foretakene blir styrt ovenfra og styrer nedover; det gir utfordringer og muligheter. De må ta ansvar for å videreformidle målsetninger for prioriteringsarbeidet til neste nivå, samt rapportere oppover når oppgavene fremstår som uforenlige. De har også mulighet til og ansvar for å optimalisere systemer og arbeidsforhold slik at det siste nivået kan arbeide prioriteringseffektivt.

9.3.3 Behandlingsnivå

Idealene om lik tilgang ved like behov og utjevning av regionale forskjeller tilsier tydelige retningslinjer for prioritering på nivået der helsetjenesten møter pasienten. I tillegg er det på dette nivået at mesteparten av ressursene brukes. De fleste klinikere er vant til å sette enkeltpasienten først, og deretter ta ressurshensyn. Mange vil i beste mening kjempe for at öderesö pasientgrupper får tilført flere ressurser, uten å være klar over hvilken alternativkostnad dette nødvendigvis har for en annen gruppe (44). I prioriteringsveilederne og andre styringsdokumenter gjentas de overordnede målsetningene, men man konkluderer alltid med at klinisk skjønn skal være avgjørende. I den enkelte situasjonen er det fortsatt medisinskfaglig anerkjente retningslinjer som avgjør, ikke retningslinjer for effektiv ressursallokering. Spesielt i forhold til avgrensning av behandling føler mange klinikere at de står alene. Som regel er det enighet mellom pasient, pårørende og behandlingsspersonell, men når dette ikke er tilfelle mangler tydelige retningslinjer. Imidlertid vil kriteriene om nytte og

kostnadseffektivitet kunne avgjøre en del av tilfellene. Jeg tror imidlertid ikke at den jevne kliniker har et nært forhold til de overordnede kriteriene og retningslinjene for prioritering. Når vi allikevel handler i overenstemmelse med kriteriene er det fordi de sammenfaller med det skjønn vi er bedt om å utvise. Men til dels store forskjeller i pasientbehandling på ulike steder antyder behov for større grad av samkjøring. Til tross for stort fokus på prioritering på et overordnet nivå har den enkelte behandler få verktøy å støtte seg til i den endelige beslutningsprosessen. Kanskje kunne man oppnå større prioriteringseffektivitet ved å rette mer av prioriteringsarbeidet mot dette nivået, og slik bevisstgjøre klinikere og andre i direkte pasientkontakt. Prioriteringsveilederne kan være et skritt i riktig retning. I tillegg burde man vurdere å inkludere grunnlaget for prioriteringsarbeidet; målsetninger, retningslinjer, kostnadsanalyser og alternativkostnader, i utdanningen av helsepersonell.

9.4 Hva hindrer oss i å nå prioriteringsmålene?

9.4.1 Overordnede målsetninger med motstridende implikasjoner

Målsetningen med helsetjenesten er rettferdighet og effektivitet. Begge deler er inkludert i målsetningen for helsetjenesten; formulert i Nasjonal Helseplan (31). I rettferdighets- eller likhetsbegrepet ligger lik behandling ved like behov. Samtidig ønsker vi å utjevne sosiale ulikheter i helse, noe som ofte forutsetter ulik behandling. Her ligger den første selvmotsigelsen. Videre ønsker vi en kostnadseffektiv helsetjeneste, men der et av kriteriene for rett til helsehjelp er tilstandens alvorlighetsgrad. En fordeling basert på prinsippet om alvorlighet vil imidlertid ikke alltid være effektiv. En ressursallokering som vil gi de sykeste mest behandling eller tilstrebe lik forventet levetid for alle er ofte ikke kostnadseffektiv eller allokeringseffektiv, fordi disse opprinnelig egalitære prinsippene ikke gir maksimal helsegevinst på samfunnsnivå (44). Det er ikke politisk avklart hvilket mål som skal være det viktigste: ressursutnyttelse eller lik tilgang for like behov; med andre ord kostnadseffektivitet eller likhet. Før dette avklares vil ikke få klare retningslinjer og treffsikre virkemidler på

lavere nivåer. Hver gang man konkluderer med at hensynet til alvorlighetsgrad (behov) skal *öavveiesö* mot hensynet til kostnadseffektivitet (ressursutnyttelse) overlater man ansvaret til den enkelte behandlingsansvarlige. Dette er en videreföring av praksis så langt, og hensynet til enkeltpasienten tilsier at det må være slik. Den endelige beslutningen ligger på behandlernivå, ikke på et overordnet politisk nivå. De fleste leger er opplært til å sette enkeltpasienten først, deretter ta ressursmessig og samfunnsmessig ansvar.

Pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og etiske regler for leger oppfattes av de fleste leger som overordnet samfunnshensyn. Kanskje bør denne begrensningen være mer uttalt, og få konsekvenser for videre prioriteringsarbeid. Man kunne tenke seg at mer av prioriteringsarbeidet rettet seg mot behandlernivå, i det nye styringsdokumenter *öovenifraö* ser ut til å ha begrenset gjennomslagskraft i møtet mellom pasient og behandler. De nye prioriteringsveilederne bidrar til å avklare forholdet mellom klinisk skjønn og Pasientrettighetsloven, og kan være en god start. Liknende veiledere med fokus på forholdet mellom nytte/effekt og kostnader beregnet på klinikere kunne bidra til bedre gjennomslag av retningslinjene på behandlernivå. Veiledere med enkelte *öregneeksemplerö* av typen KEA eller KNA med f.eks QALY som effektmål kunne bidra til å anskueliggjøre alternativkostnader og andre konsekvenser av det enkelte tiltak.

9.4.2 *öTopptungtö* prioriteringsarbeid

Det er i løpet av de siste tiårene produsert en betydelig mengde dokumenter relatert til prioritering i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid er mitt inntrykk at de færreste som arbeider i sykehusene har nærmere kjennskap til utredninger, stortingsmeldinger eller andre overordnede styringsdokumenter. Føringerne blir lagt på overordnet nivå, men praktisk prioriteringsarbeid foregår på foretaks- eller klinikernivå. Målsetningene og i noen grad virkemidlene for prioriteringsarbeidet ligger relativt fast. Prioriteringsdebatten blir stadig viktigere, men antagelig er det nå mer å hente på å formidle innholdet i eksisterende

retningslinjer til de lavere nivåer i spesialisthelsetjenesten enn å finslipe formuleringene i nye dokumenter. Ansatte er vant til stort fokus på ressursbruk, men ensidig fokus på kostnader virker ikke alltid motiverende. Kanskje vil man oppnå både bedre prioriteringseffektivitet og kostnadseffektivitet ved å bevisstgjøre helsearbeidere i alle ledd i forhold til prioriteringsmål, hensikt og virkemidler.

9.4.3 Utsiktede effekter av valgte virkemidler

Som nevnt ovenfor har innføringen av økonomiske virkemidler som ISF og DRG hatt enkelte uønskede effekter i form av for høy aktivitet innenfor grupper som ikke er høyt prioritert. Rammebudsjetteringen burde imidlertid sørge for stabil inntekt til foretakene og sette dem i stand til å oppfylle *alle* sine forpliktelser, og dessuten bidra til budsjettdisiplin. Men både politikere og aktører innenfor helsevesenet undergraver finansieringsmodellens forutsetninger. Ved å vedta hovedsakelig rammebudsjettering som finansieringsmodell for deretter å kompensere foretakene for kostnader som overskrider budsjett bidrar man til å svekke effekten av virkemidlene man har valgt. Vissheten om disse såkalt ömyke budsjettsskrankeneö forplanter seg nedover i organisasjonen. Det er en nærmest årlig foreteelse at sykehusrepresentanter går til media og rapporterer om dramatiske konsekvenser av for trange budsjetter, og som regel følger ekstrabevilgninger. Helseforetakene kan altså tillate seg å opptre öprioriteringsillojaltö med ISF for å spare penger, og allikevel få tilført ekstra midler. Slik har helseforetakene ingenting å tape på å misbruke finansieringsordningen. En annen utilsiktet konsekvens av finansieringsmodellen følger DRG-systemet. Takstene er basert på opphold, og forutsetningen er at takstene reflekterer kostnadene knyttet til behandlingen utført under oppholdet. Imidlertid gir dette sykehusene incitament til å kutte ned på faktisk gitt behandling for å spare kostnader, og dele opp behandlingsforløpet med flere innleggelser (11,39). Begge deler reduserer kvaliteten og bryter med målsetningen om god

pasientbehandling. Flere innleggelser for samme lidelse er heller ikke kostnadseffektivt på samfunnsnivå.

Foretaksreformen var primært en organisasjonsendring for bedre måloppnåelse. Enkelte av de intensjonene man opprinnelig hadde med reformen er ikke blitt oppfylt, sannsynligvis fordi den aldri ble fullført i den grad Tønne hadde ment (12). Mange fryktet en for sterk høyredreining ved reformstart. Ved å gjeninnsette politikere i ledelsen av helseforetakene og begrense foretakenes mandat ved detaljstyring er ikke öneringslivsprofilenö blitt så uttalt som planlagt, og kanskje er ikke reformen blitt så effektiv som den kunne vært. Hvorvidt den hadde bidratt til bedre prioriteringseffektivitet i sin opprinnelige form er imidlertid uklart.

9.4.4 Mangel på prosedyrer for utregning av helsegevinst

Mens vi har rikelig med målbeskrivelser, lovverk og forskrifter mangler vi standardiserte metoder for prioritering på alle nivåer, og kanskje særlig på foretaks- og behandlernivå. Teknologiske og faglige muligheter gjør at vi kan behandle mange for mye, og en del av tiltakene har sannsynligvis marginal effekt på helse. For å kunne ömaksimere helseö som önsket i målsetningene er det avgjørende med gode metoder for å bestemme nytte / effekt på en reproduserbar måte. Mens de overordnede retningslinjer er tydelige i forhold til nytte-/kostnadseffektivitet kan det være vanskelig å overføre dette til kliniske situasjoner. Med sine begrensninger er kvalitetsjusterte leveår fortsatt det beste målet man har på nytte, og jeg finner det derfor overraskende at det ikke brukes i større grad i prioriteringsarbeidet. En del andre faktorer som bidrar til å styre ressurser er høyst tilfeldige og irrelevante. For eksempel har enkelte fagområder stort markeds- eller mediapotensiale og sterke talspersoner som bidrar til å trekke ressurser. Sammenliknet med disse faktorene er QALY-systemet bunnsolid. Fagområder som akuttmedisin, intensivmedisin, kardiologi og enkelte kirurgiske disipliner har relativt høy status i og utenfor fagmiljøene, og gjør inntrykk blant annet fordi man lett kan

vise til stor forbedring av enkelte svært alvorlig syke. Imidlertid behandles også svært mange andre i disse gruppene som ikke kan nyttiggjøre seg behandlingen i samme grad. QALY-analyser vil kunne vise at behandling av ölavstatus-grupperö innenfor lettere psykiatri, rus og tyngre ortopedi faktisk gir høyere helsegevinst samlet sett. I mangel av bedre metoder for vurdering av helsegevinst ville derfor større bruk av QALY-analyser under alle omstendigheter være opplysende og veiledende, og slik kunne bidra til bedre prioriteringseffektivitet. På foretaksnivå kan dessuten verktøy av typen MiniHTA være nyttige i forhold til nye prosedyrer eller ny teknologi.

9.4.5 Manglende fokus på helse i andre samfunnssektorer

I prioriteringsarbeidet er det viktig å huske at spesialisthelsetjenesten har relativt liten innvirkning på befolkningens totale helsetilstand. Oppvekstvilkår, fysisk aktivitet, livsstil og muligheter for øvrig bestemmer i mye større grad. Det er derfor viktig å legge til rette for öhelseoptimaliseringö også utenfor helsetjenesten. Sterkere prioritering av forebyggende tiltak kan bidra både til utjevning av sosiale ulikheter i helse og større kostnadseffektivitet (ödet er billigere å forebygge enn å behandleö). Derfor bør andre samfunnssektorer (barn/familie, utdanning, samferdsel, næring) i sterkere grad inkluderes i arbeidet, slik at samfunnet som helhet bidrar til god helse.

10 Konklusjon

De overordnede politiske målsetningene med helsetjenesten har vært relativt uendret de siste 15 årene. Likhet og effektivitet samt utjevning av forskjeller i helse er grunnleggende prinsipper. Man har forsøkt å styre spesialisthelsetjenesten med økonomiske, juridiske og politiske virkemidler. ISF, Pasientrettighetsloven og foretaksreformen er grep som har hatt konsekvenser for prioriteringsarbeidet. Mens aktiviteten i norske sykehus har økt og flere blir behandlet har ikke økningen vært størst innenfor de gruppene som skulle prioriteres først. Det

kan tyde på at virkemidlene enten har vært utilstrekkelige eller uegnet for formålet. Spesielt har ISF / DRG-systemet vist seg å ha uønskede konsekvenser dersom det ikke blir brukt slik intensjonen var. Jeg mener det er flere store utfordringer som bør løses for bedre måloppnåelse. Hovedutfordringen er manglende politisk vilje til å være konkret i prioriterings spørsmål. Dette innebærer å forklare *at* man må prioritere, samt *hvorfor* og *hvordan*. For det første har man ikke på overordnet nivå eksplisitt tatt stilling til hvorvidt alvorlighets- eller effektivitetskriteriet skal være overordnet der disse har motstridende implikasjoner. Det legges imidlertid klare føringer for at kun nyttig behandling skal gis uansett hvor alvorlig tilstanden er, og at behandlingen skal være kostnadseffektiv. Derav følger at nytte og kostnadseffektivitet er alvorlighetsgrad overordnet. For det andre mangler vi fortsatt gode metoder for å tilordne effekten av et tiltak en bestemt verdi. Sannsynligvis kunne prioriteringsarbeidet på foretaks- og behandlernivå blitt mer effektivt dersom vi hadde hatt etablerte systemer til å beregne helsegevinster, som QALY-systemet. Det synes også som om målsetningene, hensiktene og konsekvensene for prioriteringsarbeidet ikke har hatt tilstrekkelig gjennomslag nedover i spesialisthelsetjenesten. Ved å fokusere mer av prioriteringsarbeidet mot helsepersonell og ledelse i foretakene kunne man oppnådd høyere prioriteringseffektivitet.

Referanser:

- 1) NOU 1997:7 öPiller, prioritering og politikkö
- 2) www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-002.html#2-1 01.05.10
- 3) St.meld.nr.16 (2002 ó 2003). Resept for et sunnere Norge. Kap. 5.
- 4) JA Olsen. Helseøkonomi. Effektivitet og rettferdighet. Cappelen Akademiske Forlag 2006.
- 5) Nord E. Cost-value-analysis in health care. Making sense out of QALYs. Cappelen Akademiske Forlag 1999.
- 6) Williams A. Priority setting in public and private health care. Journal of health economics 7 (1988) 173 ó 183.
- 7) IM Stigen. Statlig eierskap og foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten 2001- 2005. www.nibr.no 25.04.10
- 8) www.polis.no/sykehusreformenendelig240107.pdf 12.06.10
- 9) www.helsedirektoratet.no/prioriteringer_helsetjenesten/publikasjoner/ 15.04.10
- 10) www.ssb.no/helsestat 09.04.10
- 11) Pettersen IJ, Magnussen J, Nyland K, Bjørnenak T. Økonomi og helse. Perspektiver på styring. Cappelen Akademisk Forlag 2008.
- 12) Berg O. Fra politikk til økonomikk. Tidsskriftets skriftserie 2006.
- 13) www.regjeringen.no/nb/dep/hod/sok.html. 25.04.10
- 14) NOU 1997:18; Prioritering på ny 8.8

- 15) NOU 1997:18; 2.4
- 16) NOU 1997:18; 8.6.3
- 17) NOU 1997:18; 2.6.
- 18) Bringedal B, Bærøe K. Bør leger bidra til å utjevne sosial ulikhet i helse?
Tidsskrift for den norske legeforening nr. 10 2010, s. 1024 ó 1027.
- 19) Claussen B. Legers innvirkning på sosiale ulikheter i helse.
Tidsskrift for den norske legeforening nr. 10 2010, s. 1012
- 20) [www.euro.who.int/about WHO/policy/20010828_1](http://www.euro.who.int/about/WHO/policy/20010828_1) 04.05.10
- 21) www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/Abel_generelt_46_03a.pdf 03.05.10
- 22) www.proqolid.org 10.04.10
- 23) Dolan P, Cookson R, Ferguson B. Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. BMJ 1999 318: 916 ó 919.
- 24) NOU 1997:18 3.6.3
- 25) www.helsedirektoratet.no/prioriteringer_helsetjenesten/r_dsm_te_3_2005_28561 25.03.10
- 26) www.legemiddelverket.no/templates/Interpage_16509.asp. 14.04.10
- 27) www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00020/IS-1435 14.04.10
- 28) NOU 1997:27; 3.3.1

- 29) NOU 1997:18; 7.3
- 30) www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00285/IS-1741_285069a.pdf 28.05.10
- 31) www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2006/0004/ddd/pdfv//292406-nasjonal_helseplan_saertrykk.pdf 12.05.10
- 32) Aasland OG, Hagen TP, Martinussen PE. Sykehuslegenes syn på sykehusreformen .Tidsskrift for den norske legeforening nr 17, 2007, 127: 2218-21
- 33) Askildsen JE, Holmås TH, Kaarboe O. Prioritization and patients` rights: analyzing the effect of a reform in the Norwegian hospital sector. Soc sci Med. 2010 Jan ;70(2): 199 ó 208.
- 34) www.helsdirektoratet.no//publikasjoner/rapporter/ventetider/_ogpasientrettigheter_2009_696124. 29.05.10
- 35) www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/aktivitetsutvikling_og_ventetider_i_somatisk_spesialisthelsetjeneste_2002_2007_205274 14.04.10
- 36) www.helsetilsynet.no/templates/articleswithdoclists_2273.aspx 25.04.10
- 37) Martinussen PE, Hagen TP. Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway. Health Econ Policy Law. 2009 Apr; 139 ó 158.
- 38) www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/innsatsstyrt_finansiering_i_helsetjenesten_en_vurdering_og_aktuelle_tiltak_76460 13.04.10

39) Magnussen J. Kan vi stole på målene for sykehusenes produktivitet?

Tidsskrift for den norske legeforening 2005; 125: 3300 ó 2.

40) [www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2003/nou-2003-](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2003/nou-2003-1/22.html?id=454131)

[1/22.html?id=454131](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2003/nou-2003-1/22.html?id=454131) 30.04.10

41) www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok.no 13.03.10

42) Opedal S, Stigen IM (red.). Helse-Norge i støpeskjeen. Kap. 4.

Fagbokforlaget 2005.

43) [www.regjeringen.no/hod/EIA/foretaksmoter/2010/vedtekterforhelsesosost.](http://www.regjeringen.no/hod/EIA/foretaksmoter/2010/vedtekterforhelsesosost.pdf)

[pdf](http://www.regjeringen.no/hod/EIA/foretaksmoter/2010/vedtekterforhelsesosost.pdf) 29.05.10

44) Norheim OF. Clinical Priority Setting. BMJ 2008; 337:a 1846.