

Skal trekke prioriteringsrådet ut av dvalen

Idar Magne Holme ser det som sin oppgave å sparke i gang en debatt om hvilke tiltak og tilbud helsetjenesten skal satse på, og hva fellesskapet ikke skal betale for. Lederen for regjeringens prioriteringsråd har allerede forarget mange fagfolk ved å si at Norge ikke skal gå i bresjen med å ta i bruk ny medisinsk teknologi.

Det var på en konferanse i regi av Senter for medisinsk metodevurdering i vår at han provoserte leger og forskere med å hevde at siden norske fagmiljøer ofte er små og pasientene få, bør vi kanskje overlate til andre land å prøve ut ny og kostbar teknologi (1). Noen mente dette var uttrykk for en fremskritt-fiendtlig holdning, men kritikken tar han med stor ro.

Ingen fasitløsning

– Mitt ønske er å få prioriteringsdebatten ut til alle nivåer i helsevesenet. Medisinsk teknologi gir stadig nye muligheter for behandling, og med det følger det økende krav fra publikum. I lys av dette blir prioritering stadig viktigere og vanskeligere, og det er mange faglige og politiske hensyn å ta i spørsmålene rundt fordeling av funksjoner og utvikling av særtjenester til definerte pasientgrupper. Det eneste som er sikkert, er at det ikke finnes fasitsvar, sier Idar Magne Holme som er leder for Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet.

Han er i Oslo for å være med på et styremøte i Det Norske Radiumhospital den dagen Tidsskriftet har avtale med ham. Fast adresse har han i Kristiansand der han er førsteamanuensis i offentlig administrasjon ved Høgskolen i Agder. Der har han vært ansatt siden 1981, året han var ferdig utdannet som statsviter ved Universitetet i Oslo.

Holme er også en erfaren KrF-politiker og har hatt flere sentrale verv i toppolitikken, sist som statssekretær i Sosial- og helsedepartementet under sentrumsregjeringen 1997–2000. Ved årsskiftet ble han utpekt av helseminister Dagfinn Høybråten til å være leder for Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet, et verv han overtok etter Paul Hellandsvik som er direktør for Helse Midt-Norge RHF. Rådet ble første gang oppnevnt av Bondevik-regjeringen i 2000 som en videreføring av det tidligere Statens sykehusråd. Dette var i tråd med et av forslagene fra Lønning II-utvalget som i 1997 la frem en offentlig utredning om prioritering i helsetjenesten (2).

Prioriteringsrådet skal gi råd om prioritering av tilbud og tjenester og uttale seg om faglige og etiske spørsmål som angår både spesialist- og primærhelsetjenesten (se fakta-ramme). De 18 medlemmene representerer ulike fag som medisin og helse, jus, økonomi,



Idar Magne Holme vil ha en bred prioriteringsdebatt som engasjerer de medisinske fagmiljøene og fotfolket i helseforetakene. Foto T. Sundar

samfunnsvitenskap, politikk og etikk. To av dem er kommuneleger, to er fra pasientorganisasjoner og ett av medlemmene er pasientombud. Rådet har administrativ sekretariatsstøtte i Sosial- og helsedirektoratet.

Fra dvaler til oppvåkning

Etter flere års slumring er prioriteringsrådet i ferd med å våkne til liv. To møter har rådet hatt siden Holme ble leder i januar, og temaer som mammografiscreening, satsingsområder innen barne- og ungdomspsykiatri, helseøkonomi og prøverørsbefruktning har vært diskutert.

– Vi er ennå i startfasen og holder på med å utvikle rådets arbeidsform og agenda.

– Hvem bestemmer sakene dere tar opp?

– Helsedepartementet kan be rådet om konkrete vurderinger, for eksempel om blåreseptordningens fremtid, et spørsmål vi om kort tid skal drøfte. Rådet står også fritt til å ta opp egne saker. Vi vil imidlertid konsentrere oss om noen hovedproblemstillinger, og ikke spre oss på for mange temaer.

– Hvordan arbeider rådet frem mot sine konklusjoner?

– Sekretariatet i Sosial- og helsedirektoratet forbereder sakene. Diskusjonen foregår åpent og rådets konklusjoner bygger på konsensus.

Det mest konkrete rådet som prioriteringsrådet har kommet med til nå, er å fjerne full egenbetaling for tilbudet om prøverørsbefruktning, og i stedet innføre en egenandel på 20–25 % av det behandlingen koster. Begrunnelsen er at forskjellige behandlinger ved samme tiltak ikke må rangeres ulikt, men gis samme egenandel. I en kunngjøring før sommeren tar rådet også til orde for å innføre graderte egenandeler ved andre behandlingstilbud som ikke fortjener høyere prioritet enn kunstig befruktning.

– Bakgrunnen for at saken kom opp nå, var at full egenbetaling for kunstig befruktning ble innført fra 1. januar i år. Helseministeren bad om prioriteringsrådets vurdering etter at flere pasient- og interessegrupper hadde henvendt seg direkte til

departementet og Sosial- og helsedirektoratet, sier Holme.

Myndighetenes begrunnelse for å innføre egenbetaling var at infertilitet ikke er en sykdomstilstand som krever prioritert behandling. Vedtaket har ført til at barnløse par har måttet punge ut med opptil 100 000 kroner for et tilbud som tidligere var gratis. Dette blir det imidlertid slutt på etter at et stortingsflertall har satt et tak på egenbetaling for kunstig befruktning på 18 000 kroner, uansett antall behandlinger.

Selvstendig rolle

Holme legger vekt på at prioriteringsrådets behandling av saken om in vitro-fertilisering har vært uavhengig av diskusjonen i Stortinget: – Vi har ikke noe mandat vis-à-vis Stortinget. De politiske partiene er derfor ikke adresse for våre anbefalinger. Rådet er underlagt regjeringen og forholder seg i første rekke til helseministeren og den sentrale helseforvaltningen, sier han.

Han avviser imidlertid enhver antydning om at han er i lommen på ministeren: – Nei, det er ikke noe problem. Vår oppgave er å foreta selvstendige vurderinger. Det gjør vi med faglig distanse og politisk skjønn.

– Hvilken gjennomslagskraft har prioriteringsrådet?

– Våre anbefalinger og konklusjoner får ikke større gjennomslag enn den faglige og politiske tyngden som ligger bak dem. Rådet har ingen maktmidler å sette bak vedtakene. Vår legitimitet ligger i medlemmenes kompetanse og i måten vi arbeider med sakene på. – Gir det noen mening å ta upopulære beslutninger hvis dere ikke har virkemidler til å gjennomføre dem?

– Det er ikke rådets oppgave å sette vedtak ut i livet. Det er det i så fall departementet som gjør.

– Forventer du ikke at departementet følger rådets anbefalinger?

– Jeg forventer at rådet blir lyttet til og at våre anbefalinger blir grundig vurdert. Men så er rådet heller ingen eneaktør i denne sammenhengen. Vi er avhengig av en dialog med blant annet Sosial- og helsedirektoratet, Helsetilsynet og Senter for medisinsk metodevurdering, sier Holme.

Han peker på saken om in vitro-fertilisering som et eksempel på den type problemstilling prioriteringsrådet må ta stilling til i sine diskusjoner.

– Det er ikke metoden som sådan, men selve tilbudet til barnløse par som må være tema for diskusjon og vurdering. Det er ingen tvil om at kunstig befruktning er et medisinsk tilbud med lavere prioritet enn for eksempel strålebehandling for kreft. Det betyr at alle relevante metoder innen behandlingsfeltet må omfattes av de samme reglene for egenbetaling. Det vil føre galt av sted dersom vi innfører særordninger for enkelte metoder og tilbud innen samme felt. Et sentralt spørsmål er derfor hva som er en rimelig balanse mellom ulike tjenester. Her finnes det ikke noen fast-

– fakta –

- Idar Magne Holme, født 1951
- Mag.art. i statsvitenskap Universitetet i Oslo 1981
- Ansatt som amanuensis ved Høgskolen i Agder i 1981 og fra 1987 som førsteamanuensis samme sted
- Associate professor ved University of Minnesota, USA 1993–94
- Redaktør av Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift 1995–97
- Sentrale verv i Kristelig Folkeparti siden 1974, statssekretær i Familie- og forbrukerdepartementet 1989–90, statssekretær i Sosial- og helsedepartementet 1997–2000
- Leder for Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet fra 2002

lagt skala, men vi kan peke på kriterier og forsøke å sette dem i system i form av retningslinjer. Det var nettopp det Lønning II-utvalget gjorde da det samlet seg om tre kriterier for prioritering: alvorsgraden av tilstanden, nytten av det aktuelle tiltaket og dets kostnadseffektivitet.

Fagmiljøene må med

Det er blitt hevdet at verken Lønning I-utvalget fra 1987 (2) eller Lønning II-utvalget ti år senere (3) maktet å presentere kriterier for prioritering som ivaretar likhetsprinsippet og som fungerer når tid, plass og penger skal fordeles på altfor mange trengende (4). Paradoksalt nok har høyt prioriterte felter som geriatri, psykiatri og rehabilitering sakte akterut i forhold til tjenester og pasientgrupper med lavere prioritet.

– Hva har gått galt, og hvilke endringer er det behov for?

– Veksten i somatiske helsetjenester kan til en viss grad tilskrives systemet med innsats-

– fakta –

Prioritering i helsevesenet

Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet ble opprettet i mars 2000. Oppgavene er:

- å gi Helsedepartementet råd om prioritering innen sykehus-, spesialist- og kommunehelsetjenesten, både somatiske og psykiatriske helsetjenester
- å gi særlige råd om hvordan både nye og etablerte behandlingstilbud og tjenester skal prioriteres i forhold til hverandre
- å uttale seg om effektiv ressursutnyttelse, gi råd om høyspesialiserte sykehustjenester og vurdere spørsmål av faglig og etisk karakter ved innføring av nye behandlingsmetoder. Rådet skal ikke uttale seg om prioritering i forhold til enkeltpersoner.

sturt finansiering, som har premiert typisk prosedyreorienterte og tekniske fagområder. Psykiatrien, derimot, er basert på rammebevilgninger. Vi trenger et finansieringssystem som ivaretar høyt prioriterte tjenester. Helseøkonomiske virkemidler er imidlertid ikke tilstrekkelig for å få en mer rimelig fordeling av tilbud og tjenester. Arbeidet med prioriteringskriterier må også i større grad skje ute i fagmiljøene. Uten at vi har med oss fagfolkene og spesialistene, kommer vi ikke langt, sier Idar Magne Holme.

I denne sammenhengen har spesialforeningene i Legeforeningen en sentral rolle, mener han, og viser til initiativene som tidligere er gjort for å få spesialforeningene i tale gjennom opprettelsen av fagutvalg: – Spesialforeningene er en kanal til fagmiljøene. Dette er ikke minst viktig med tanke på den pågående diskusjonen i foretakssystemet om funksjonsfordeling og prioritering av spesialiserte tjenester.

Prioritering og politikk

En av yndlingsfrasene til Idar Magne Holme er «bred og konstruktiv debatt». I hvert fall går uttrykket igjen når han snakker om arbeidet med prioriterings spørsmål. Befolkningen har store forventninger til helsevesenet, påpeker han, og en debatt er derfor nødvendig for få folk til å forstå at det er umulig å tilby alle helsetjenester gratis til alle. Et problem han peker på, er at diskusjonen rundt prioritering ofte blir snever og følelsesladet fordi oppmerksomheten så ofte blir rettet mot enkeltskjebner.

– Når pressen fremstiller historier om personer som føler seg sviktet eller forbigått av helsevesenet, er det ikke lett å forsvare avgjørelsene som er tatt, uansett om man er lege, sykehusleder eller politiker. Derfor er det viktig å formidle at beslutninger og prioriteringer ikke skjer vilkårlig, men ut fra faglige, økonomiske og etiske overveielser. – Hvilke fortrinn gir din bakgrunn som politiker deg i rollen som leder for prioriteringsrådet?

– Som statssekretær lærte jeg mye og fikk etter hvert et makroperspektiv på helsetjenesten. Samtidig arbeidet jeg mye med prioriterings spørsmål i helsetjenesten. Politikk handler om å prioritere, og prioritering er i høyeste grad politikk.

– Tom Sundar, Tidsskriftet

tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Sundar T. Knappe goder – vanskelige valg ved dyr teknologi. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1236–7.
2. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987:23. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1987.
3. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
4. Husom N. Prioritering – politisk likhetsideal gir medisinsk ubehag. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3080–1.