

Selv om det umiddelbart vekker ubehag,
er spørsmålet om prioritering i helsevesenet nødvendig

Mulige virkemidler i prioriteringsdebatten

Kostnadene for drift av helsevesenet øker sterkt, og det finnes grenser for hvor mye samfunnet er villig til å betale. Denne erkjennelsen er ikke ny. Det vanskelige spørsmålet om prioritering har vært fremført og utredet tidligere. Så langt er det imidlertid blitt som kampen mot fedme; kun resultatene er blitt magre. Dette skyldes ikke minst at helsetjenester anses som et av de mest grunnleggende velferdsgoder. Likhets og rettferdighets er dypt forankret i vårt syn på tilgangen til helsetjenester. Når gapet mellom det som er mulig, innbyggernes forventninger og tilgjengelige ressurser øker, er det imidlertid ikke lenger et spørsmål om vi skal prioritere, men hvilke virkemidler vi skal ta i bruk når vi må prioritere.

Først må de faglige premissene legges, og de politiske vedtak fattes. Dernest må man se på hvilke virkemidler som kan benyttes for å nå de prioriterningsmål som er satt. Selv om det er bred politisk og faglig enighet om det overordnede mål – å sikre at vi imøtekommer de viktigste behovene før de mindre viktige – viser erfaringen at det er vanskelig å ta konsekvensene av en slik målsetting.

Prioritering kan, som Lønning II-utvalget pekte på, skje ved bruk av forskjellige virkemidler. Faglige retningslinjer, tilsyn, fritt sykehusvalg, pasientrettigheter og gradert egenbetaling kan benyttes overfor enkeltindivider. På systemnivå kan dimensjonering av tjenestetilbud, myndighetskrav, tilsyn og finansieringssystemer benyttes. I varierende grad benyttes de fleste av disse virkemidlene allerede, men ikke på en måte som i tilstrekkelig grad sikrer en riktig prioritering.

Lønning II-utvalget delte det offentlige helsetjenestetilbudet inn i *skal*-, *bør*- og *kan*-tjenester, og anbefalte at det innenfor de enkelte medisinske fagområder ble gjort en vurdering i henhold til dette. Dessverre er dette arbeidet ikke fulgt opp ennå. Alvorlig syke blir beklageligvis ikke prioritert i tilstrekkelig grad foran dem med mindre alvorlige, men ofte plagsomme, lidelser. Det er ikke slik at leger i sitt virke ikke først gir hjelp til dem som trenger det mest – det er en daglig øvelse for de fleste klinikere. Men vi har fremdeles ikke nødvendige verktøy for å sikre en riktig fordeling av ressursene mellom fagområder, dels innen fagområdene.

Faglige retningslinjer – kombinert med legenes kliniske vurderinger – virker antakelig innen de enkelte fagområder. Men det siste året har gjort oss sterkt tvilende til om finansieringssystemet alltid trekker mot det samme målet. Myndighetskrav i forhold til dimensjonering av tjenestetilbud sikrer ikke i tilstrekkelig grad tilbudet, blant annet i psykiatrien. Vil økte pasientrettigheter med individuelle frister, samt rett til behandling annet sted om fristen ikke overholdes, bidra til å prioritere dem med de alvorligste lidelsene – og som *ikke* kan velge å få tjenester et annet sted? Nepp. Økte pasientrettigheter forsterker behovet for en prioriteringsdebatt.

Likhets og rettferdighets betyr også å sette dem med størst behov foran dem med mindre behov. For Legeforeningen vil det være svært viktig at prinsippene om likhet og rettferdighet i tilgangen på helsetjenester ivaretas, også når virkemidler for prioritering tas

i bruk. Dimensjonering av tjenestetilbud og egenbetaling henger dels sammen. Dette kan lett føre til sosialt ulik tilgang til tjenester, og dermed bli urettferdig. Det finnes tjenester det offentlige ikke bør tilby, og som det trolig vil bli aksept for ikke blir prioritert. Ett eksempel er rent kosmetiske inngrep. Å fjerne slike tilbud kan være riktig, men de ytes i så liten grad at det hjelper lite. Vi kommer ikke utenom prioritering også mellom tilbud det finnes medisinske grunner for å yte, men hvor noen tilbud fremstår som mindre viktige enn andre. Vi må våge å veie for eksempel behandling av kreft opp mot å operere en ødelagt menisk i et kne.

Dersom det offentlige helsevesen *ikke* skal tilby det som anses mindre viktig, men for enkelte nødvendig, er dette problematisk fordi den enkelte tjeneste kan være av langt større betydning for en pasient enn en annen. Forholdet til utdanning og videreutdanning av helsepersonell tilsier at dette vil være vanskelig. Prisene i det private tilbudet som vil bli etablert, kan bli høye – og vil ikke kunne reguleres. Geografisk fordeling av tilbudet vil også bli overlatt til markedet. Resultatet vil bli mye det samme om man dimensjonerer et offentlig tilbud for lavt prioriterte tjenester på en måte som innebærer at pasientene blir stående i endeløse køer. De som har råd til det, vil søke tjenestene i det marked som etableres.

Det vil da være bedre å vurdere forslaget fra Lønning II-utvalget om graderte egenandeler for lavt prioriterte tjenester som det offentlige tilbyr. Gjennom et slikt system vil pasientene måtte betale mer enn i dag – nå også for innleggelser i sykehus. Dette gjøres allerede i mange land i Vest-Europa. Protestene overfor politikerne vil bli sterke. En slik ordning vil ikke bli akseptert med mindre det blir svært tydelig at alternativene er vesentlig dårligere – mindre grad av likhet og rettferdighet. Slik gradert egenbetaling må uavkortet bidra til å sikre tilbudet til de som har behov for høyeste prioritet, samtidig som det sikres et tilbud basert på delvis egenbetaling for lavere prioriterte tjenester. Prisnivået kan her reguleres og tilbudets geografiske utbredelse sikres – i tillegg til at det vil være mulig å unnta dem med svært dårlig personlig økonomi.

Det handler om å først sikre de sykeste den helsetjeneste de trenger – altså prioritere. Dette er en vanskelig, men helt nødvendig debatt som vil lede til noen vanskelige, men helt nødvendige valg. Det er forståelig at politikere og leger vegrer seg. Men viker man unna, vet vi hvem som taper. Like viktig er det at det skapes bred enighet om de veivalg som til slutt gjøres. Politikerne må stå ved sine vedtak, og legene må – etter først å ha vært med å legge premissene – følge lojalt opp, selv om resultatet skulle gå på tvers av egne faglige interesser.



Hans M. Bakke

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president