

➤ FRA PRESIDENTEN

En god og åpen prioriteringsdebatt bidrar til en mer rettferdig fordeling av helsetjenestens ressurser og øker tilliten mellom befolkningen og den offentlige helsetjenesten – og mellom fag og politikk.

Viktig med opplyst prioriteringsdebatt

Ole Nordheims prioriteringsutvalg har nylig levert sin rapport med nye forslag til prioriteringskriterier. Alvorlighet endres til helsetap, nytte til helsegevinst og kostnadseffektivitet til ressurssspørsmål. Forslaget har skapt debatt. Høringsrunden varer til 20. februar.

Det er nyttig å se debatten i historisk perspektiv: Lønning I-utvalgets rapport fra 1987 førte til bred politisk enighet om seks måneders ventetidsgaranti ut fra diagnoser. Målet var å sikre at utvalgte pasientgrupper fikk riktig behandling til riktig tid. Så er det slik at en diagnose ikke alltid sier noe om hastegrad. Styringskravene som fulgte om å unngå fristbrudd, førte til at sykehusene i praksis behandlet potensielle fristbruddpasienter først – med risiko for at mer alvorlig syke ble skjøvet bakover i køen. En ikke-ideell situasjon.

Ti år etter, i 1997, kom Lønning II som forsøkte å gjøre noe med dette gjennom ordningen med tre måneders behandlingsgaranti og individuelt fastsatt frist. Det var da kriteriene om sykdommens alvorlighet, nytte av behandling og vurdering av kostnadseffektivitet kom inn. En riktig utvikling, men dette er heller ikke treffsikkert nok.

I den helt ferske rapporten er et av hovedgrepene å sette 80 år som normtall for utregning av om behandling kan gi helsetap og helsegevinst. Utvalget bruker kvalitetsjusterte leveår (QUALY) til dette. Det er godt mulig at disse kriteriene kan fungere godt på et overordnet, politisk nivå, og til å følge opp prioriteringsarbeidet, slik at sårbare grupper faktisk blir løftet fram.

Effekten av slike kriterier i klinisk hverdag er mer usikker. Legers hverdag består i stor grad av vurderinger som har betydning for, eller er, prioriteringer. Dagens prioriteringskriterier med alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet, synes å samsvare rimelig bra med prioriteringene som tas i klinisk hverdag. I nytt system blir et hovedspørsmål om den foreslåtte metoden kommer i konflikt med likeverdighetsprinsippet om lik tilgang til helsetjenesten uavhengig av alder, kjønn og økonomi. Og om 80 år er et passende normtall i en moderne tid der andelen eldre øker, og flere vil ha sammensatte, kroniske lidelser, med økt behov for oppfølging. Målet må være å lage et prioriteringssystem som i prinsippet kan brukes både på gruppe- og på individnivå. Jeg er derfor spent på tilbakemeldingene som vil komme i løpet av høringen.

Når det gjelder forslaget om forskjellige egenandeler ut fra diagnoser, er Legeforeningens standpunkt at dagens egenandelordning er inkonsistent og mangler gode, helsepolitiske begrunnelser. Vi etterspør derfor en skikkelig gjennomgang av systemet, med klargjøring av hvordan det slår ut for ulike pasientgrupper. En potensiell og uønsket bivirkning med graderte egenandeler er økt bruk av privat helseforsikring og helsetilbud for noen, med påfølgende økte ulikheter i samfunnet.

Prioriteringer er nødvendig. Politikerne har ansvaret for overordnet prioritering, mens legene vurderer og prioriterer hele tiden. Det er viktig at alle har treffsikre og forutsigbare standarder å prioritere ut i fra. God og åpen prioriteringsdebatt bidrar til en mer rettferdig fordeling av helsetjenestens ressurser og øker tilliten mellom befolkningen og den offentlige helsetjenesten – og mellom fag og politikk.



Hege Gjessing

Hege Gjessing
hege.gjessing@legeforeningen.no
president