

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202400429

Dato: 18-04-2024

## **Høring - Rapport fra ekspertgruppen Tillit til prioriteringer – økt åpenhet, medvirkning og kompetanse**

Legeforeningen takker for mulighet til å gi høringssvar og for utsettelse av svarfrist. Rapporten er grundig, godt skrevet og har relevante problemstillinger, drøftinger og eksempler, og svarer ut mandatet.

### **Om ekspertgruppens mandat**

Legeforeningen har i tidligere innspillsrunder påpekt at mandatene som ekspertgruppene fikk var for snevre, spesielt for ekspertgruppene "tilgang og prioritering" og "perspektiv og prioritering". Overordnede problemstillinger knyttet til organisering og finansiering er ikke inkludert i mandatene, og dermed utelatt fra debatten som forventes komme i kjølvannet av rapportene og før stortingsmeldingen neste år. Legeforeningen har trukket frem noen av problemstillingene vi mener burde vært behandlet av ekspertutvalgene, og viser til de tre høringssvarene. Legeforeningen oppfordrer til at disse temaene tas inn og drøftes i Stortingsmeldingen som kommer neste år.

Legeforeningen påpeker at det overordnede hensynet for en offentlig helsetjeneste er at tjenesten er i stand til å levere gode helsetjenester i tråd med innbyggernes forventninger. En avgjørende forutsetning er da at det er rimelig grad av samsvar mellom innbyggernes prioriteringer – eller betalingsvilje – og statens betalingsvilje. Hvis en betydelig andel av innbyggerne anser at tilbudet som gis gjennom en offentlig finansierte helsetjeneste ikke er tilstrekkelig, vil dette være en sterk driver for utvikling av et privat tjenestetilbud. En slik utvikling vil bidra til at samlet ressursinnsats til helse øker, og at helsetjenester leveres med lavere effektivitet og presisjon. Dette er en lite bærekraftig løsning, og Legeforeningen oppfatter at vi nå står i et skifte hvor en stadig større andel av helsetjenestene leveres utenfor det offentlige helsetjenestetilbudet.

### **Om prioritering i primærhelsetjenesten**

Legeforeningen bemerker at primærhelsetjenestens perspektiv er mangelfullt i alle tre rapportene. Ved å søke på «fastlege» eller «allmennlege» får man ett treff i rapporten om «tilgang og prioriteringer» (om blåresept), to treff i rapporten om «åpenhet og prioriteringer» og 11 treff i «perspektiv og prioriteringer» - alle med liten, overordnet betydning. Vi tillater oss derfor å utfylle med betraktninger om prioritering fra primærhelsetjenestens perspektiv.

For å lykkes med prioriteringer, må det satses på en sterk og faglig sikker primærhelsetjeneste. Fastlegene bruker en liten andel av den samlede ressursbruken i helsetjenesten, men har en svært viktig portvokterrolle med betydning for hele helse-tjenesten. Selv om begrepet "portvokter" er omstridt, illustrerer det godt at den norske helsetjenesten er bygget opp slik at det kreves henvisning for å bli vurdert i spesialisthelsetjenesten. Uten denne portvokterfunksjonen vil kapasiteten i den øvrige helsetjenesten raskt bli uhåndterbar.

I 2018 kom den offentlige utredningen om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som foreslo kriterier å prioritere etter. Det er imidlertid vanskelig å omsette prioriteringskriteriene til bruk på fastlegekontoret eller i kommunene. Hovedutfordringen er at kriteriene prioriterer etter ulike sykdommer og tilstander, mer enn etter ulike folk. For å prioritere dem som trenger det mest, må vi kjenne og ta hensyn til hele mennesket, ikke bare hvilken sykdom de har, og legen må ha muligheten til å utøve faglig skjønn. Retningslinjer og råd er veldig viktig, men vi klarer ikke å løse alle prioriteringsutfordringer ved å bruke skjematisk tilnærming til pasientene.

Vi er alle helt avhengig av gode og tilgjengelige spesialisthelsetjenester, men vi må være enda mer nøye på at pasientene får undersøkelsene og behandlingen de faktisk har nytte av. Utvidede brukerrettigheter og økende utbredelse av helseforsikringer kan være drivere for overdiagnostikk og overbehandling – og bidra til forfeilet prioritering og sviktende bærekraft.

### **Gjør kloke valg og prioritering**

Gjør kloke valg er en kampanje som Legeforeningen startet i 2018 og som tar sikte på å redusere undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan gjøre skade. Anbefalingene er laget av fagmiljøene og handler om prosedyrer og behandling som bør unngås og altså ikke prioriteres. I rapporten om «perspektiv og prioriteringer» omtales «Kloke valg» (boks 5.1), men ekspertgruppen mener at "Kloke valg" ikke handler om ressursknapphet, og derfor heller ikke om prioritering. Gruppen som har skrevet om «tillit til prioriteringer» ser derimot annerledes på det, og skriver i kapittel 15.2.1 at «Kloke valg» er et viktig tiltak for riktig prioritering. Legeforeningen mener at kampanjen er et viktig prioriteringsverktøy, selv om målsettingen ikke primært er å spare penger eller ressurser.

Gode nasjonale prioriteringsverktøy for alle deler av helse- og omsorgssektoren i kommunene er viktige og nyttige, men det er og vil alltid være vanskelig å prioritere i de direkte møtene med pasientene. Vi må få støtte til og lære å stå i usikkerhet. Legene må stå for den faglige kursen, men vi er også helt avhengige av politisk støtte og hensiktsmessig organisering av tjenestene. Og selv om vi legger inn prioriteringskriterier i hver enkelt retningslinje, vil retningslinjer alene ikke løse utfordringene.

Under følger kulepunkter som vi mener er vesentlig for prioritering og som ikke omtales i noen av ekspertrapportene:



- En sterk offentlig helsetjeneste som sikrer likhet og solidaritet – «de som trenger mest skal få mest».
- Satse på primærhelsetjenesten – LEON og "portvokterrollen".
- Redusere overdiagnostikk og overbehandling (basert på faglige definisjoner), og vurdere å inkludere "Time needed to treat" ([Guidelines should consider clinicians' time needed to treat | The BMJ](#)) som viktig ressurs ved innføring av nye retningslinjer, tilbud og organisering.
- Fortsette utvikling og innovasjon, og implementere først etter evaluering av nytte og ressursbruk.

Kommentar til forslagene følger under

### **1. Mer åpenhet om beslutninger og dokumentasjonen som disse hviler på**

Forslaget støttes med følgende kommentar/vurdering:

Legeforeningen mener transparens og tilgjengelig informasjon er viktig, i tillegg til nødvendig tid til å vurdere foreslåtte endringer, og dette er også et politisk ansvar. Det er behov for bedre beskrivelse av prosessene, inkludert muligheter for innspill/innsyn og for nettsider som er enkle å navigere på (Nye metoder) m.m.

### **2. Involvering av medisinske eksperter – øke antall deltakere i Beslutningsforum med to klinikere**

Forslaget støttes ikke

Forslaget må presises ytterligere, blant annet om det skal gis stemmerett til bruker – og klinikerrepresentanter i Beslutningsforum. Legeforeningen merker seg forslaget om at leder skal gis dobbeltstemme. Dette øker sjansen for at RHF-ene uansett vil få sine saker igjennom, tross "flere rundt bordet".

Legeforeningen har jobbet for at fagmiljøer og fageksperter skal bli involvert i faglige vurderinger i forkant av beslutninger. Vi mener det er viktigere at utredningsinstitusjonene jobber tett sammen med klinikere og fagmiljøer i forkant av beslutningene enn en plass i Beslutningsforum, og har så langt ikke ytret ønske om å delta i Beslutningsforum, ei heller i Bestillerforum. Deltakelse i disse fora innebærer blant annet at to klinikere må gjøre vurderinger på tvers av og ofte for ukjente pasientgrupper. Å sitte som kliniker og gjøre vurderingen innenfor et helt annet fagfelt enn det som aktuelle metode gjelder for, vil kunne føre til at man blir et faglig alibi i en sak man egentlig ikke har faglige forutsetninger for å vurdere, selv om bred klinisk erfaring i seg selv selvsagt er nyttig. En slik organisering som her foreslått ville i så tilfelle ha forutsatt at man måtte ha tilgang til "riktige" klinikere i hvert enkelt tilfelle, og dermed også vanskeligere å organisere. Det er imidlertid helt nødvendig å sikre god og bred klinikerinvolvering i utredningsarbeidet før beslutning, og også god dialog med beslutningstakere i for- og etterkant.

Saksomfanget vil være stort og antatt vanskelig å håndtere uten et betydelig "frikjøp" fra annen jobb, og disse representantene vil heller ikke ha fordelen av å være tett knyttet til administrasjonen av Nye metoder i RHF-ene. I forbindelse med en eventuell innføring av samfunnsperspektivet som tilleggsanalyse, vurderer Legeforeningen det som viktigere at det etableres en dialogarena med faste møtepunkter før, under og etter metodevurderingene, og i forkant av Beslutningsforum, slik at relevante fagmiljøer kan konsulteres og gi råd med



tanke på prioriteringsbeslutning, ref. samarbeidsavtalen med Legeforeningen og RHF/Nye metoder.

Vi merker oss at ekspertgruppen vurderer at honorering av eksperter ikke vil utgjøre de store summene, og at det vil være en enkel løsning å organisere. Legeforeningen støtter honorering eller ordninger for frikjøp som gjør det mulig for fagekspertene å gjøre jobben innenfor normal arbeidstid. Ekspertgruppen foreslår også mer formaliserte prosedyrer for klinikerinvolvering, noe Legeforeningen støtter, se over.

### **3. Opprette et Nasjonalt kompetansesenter for prioritering**

#### Forslaget støttes (foreløpig) ikke

Legeforeningen stiller seg tvilende til opprettelse av et nytt kompetansesenter for prioritering, men støtter en utredning. Prioriteringsarbeid bør alltid forankres i kliniske miljøer. Man bør unngå at utvikling og forskning på prioriteringss spørsmål isoleres til rene akademiske miljøer, med fare for at det etableres teori, dogmer og utdanningsprogram uten klinisk forankring. Dersom et kompetansesenter likevel opprettes, må kostnader og gevinster tydeliggjøres, og også avgrensning av mandat og ansvar. Det er viktig at et slikt senter har god kompetanse på barn og unges behov.

### **4. Undervisning om prioritering bør inngå i utdanningene av helsepersonell**

#### Forslaget støttes med forbehold

Legeforeningen er enige i at kunnskap om prioriteringer i helsetjenesten er viktig at helsepersonell tilegner seg. Legeforeningen er imidlertid ikke overbevist om at å etablere læringsmål i utdanningsordninger for ulikt helsepersonell løser problemet med manglende kunnskap om prioriteringer. Det er verken hensiktsmessig, ønskelig eller gjennomførbart at alle ulike kompetanser det er nyttig at en lege/helsepersonell har, skal forskriftsfestes i læringsmål. For legers spesialistutdanning er dette allerede mulig å avlede som en del av læringsmålene nytt til administrasjon og ledelse, og det bør inngå som tema på kurs i administrasjon og ledelse. I tillegg kan det utarbeides gode nasjonale læringsressurser rettet inn mot leger som sikrer nasjonal lik tilnærming til et komplekst felt som dette er. For de respektive spesialiteter forventer vi allerede med dagens struktur at en del av læringen for å bli spesialist er å kunne gjøre fortløpende faglige prioriteringer i møte med den enkelte pasient, kjenne prioriteringskriterier og prioriteringsveiledere som er relevante for eget fagfelt. Dette forutsetter at det er utarbeidet gode nasjonale verktøy, og det er et politisk ansvar. Legeforeningen vil samtidig påpeke at mye av denne kunnskapen er dynamisk. At det har inngått i en utdanningsordning på et tidspunkt, betyr ikke at helsepersonellet/legen mestrer alle slike vurderinger for fremtiden. Prioriteringsarbeid er en nødvendig del av *livslang* læring for helsepersonell. Den livslange læringen forutsetter at det avsettes tilstrekkelig med tid til å sette seg inn i de ulike veiledere og prioriteringsverktøy som lages, og at den enkelte kliniker gis mulighet til faglig oppdatering jevnlig for å best mulig kunne følge oppdatert behandling og ny kunnskap. Tid til dette må prioriteres på lik linje med andre oppgaver skal man lykkes med å gjøre best mulig prioriteringer.



## **5. Ekspertgruppen anbefaler ikke åpne legemiddelpriser av hensyn til anbudsprosesser og de besparelser de gir**

Legeforeningen anbefaler i prinsippet åpenhet, men ser argumenter både for og mot

Legeforeningen har tidligere påpekt at dette er et vanskelig tema. Foreningen er i prinsippet for åpne legemiddelpriser, men ser at det er gode argumenter både for og mot.

Legeforeningen har gjennom mange år påpekt at det er usikkerhet knyttet til den juridiske vurderingen av om enhetsprisene på legemidler er underlagt taushetsplikt. Vi registrerer at ekspertgruppen har innhentet juridisk vurdering som konkluderer motsatt. Gruppen mener at enhetsprisene er underlagt taushetsplikt og at den eneste mulighet for å kunne oppnå åpenhet om prisene, er dersom legemiddelfirmaene frivillig frasier seg retten til hemmelighold.

Legeforeningen mener at den juridiske vurderingen som ekspertgruppen fremfører, mangler noen aspekter som burde vært belyst og tatt stilling til. Det er enighet om at enhetsprisene kan ansees som forretningshemmeligheter, men det er ikke godtgjort at det vil kunne føre til økonomisk tap eller redusert gevinst dersom opplysningene blir offentliggjort. Dette er et vilkår for at taushetsplikten for offentlige organer skal inntre. Ellers vil hovedregelen gjelde; opplysninger hos et offentlig organ skal være åpne for innsyn, jfr. Offentleglova § 3.

Legeforeningen vil påpeke at det er et poeng at hvorvidt offentliggjøring av enhetsprisen vil kunne føre til økonomisk tap eller redusert gevinst, vil kunne variere mellom legemidler og også endre seg med tiden. Slik det nå praktiseres, og også fremstilles av ekspertgruppen, vil utgangspunktet *alltid* være taushetsplikt, uten noen reell vurdering av dette. I den juridiske vurderingen er det heller ikke tatt stilling til om pasientenes rett til informasjon kan være i konflikt med hemmeligholdet. Pasienter har rett til informasjon om sin behandling, delvis begrunnet i at de skal ha anledning til å klage på den behandlingen de får tilbudt.

Hemmelighold av prisene uthuler pasientene mulighet til å få en rettslig vurdering av den prioriteringen som er gjort i deres tilfelle.

Legeforening mener det er vanskelig å uten videre skulle godta premisset om at konsekvensen av åpne legemiddelpriser er høyere priser/utgifter, siden det ikke er bevist, men baserer seg på antakelser. Og dersom man legger til grunn at åpenhet fører til en høyere pris – burde man vurdert om åpenhet i seg selv har en verdi - at dette var en pris man var villig til å betale nettopp for å kunne ha full åpenhet.

Rapporten beskriver en situasjon der en kliniker må opplyse pasient om at hen ikke får legemiddel pga. at prisen er for høy som følge av åpenhet om pris. Legeforeningen savner en drøfting av at det kan være like utfordrende for en kliniker å skulle forklare pasient at hen ikke får legemiddel uten å kunne fortelle prisen på legemiddelet.

Legeforeningen vil bemerke at ekspertgruppen i liten grad har sett på andre, kostnadsminimerende tiltak (utover hemmelige priser).

## **6. Ekspertgruppen anbefaler at myndighetene skal være åpne om betalingsviljen, og at den skal uttrykkes som et intervall**

Legeforeningens vurdering: støtter anbefalingen

Legeforeningen finner det vanskelig å vurdere om denne anbefalingen vil føre til lavere rabatter. Det vises ellers til vårt hørings svar for ekspertgruppen for perspektiv og prioritering. Vi observerer at disse problemstillingene (bruk av QALY, bruk av betalingsvillighet i stedet for alternativkostnad og hensyn til alvorlighet) er temaer som i

liten grad ble debattert før innføring. Det forventes at den nye prioriteringsmeldingen gjør en kritisk gjennomgang av elementene i det etablerte prioriteringsregimet og løfte dette til en offentlig debatt. Dersom man fortsatt ønsker å bruke IKER sammenstillet med en definert kostandseffektivitetsterskel/alternativkostnad, bør terskelverdien gjøres til gjenstand for en åpen diskusjon.

## **5. Ekspertgruppen anbefaler å ikke gi klagemulighet for enkeltbeslutninger på gruppenivå fattet i Beslutningsforum**

### Legeforeningens vurdering: Legeforeningen støtter ikke ekspertgruppens anbefaling

Legeforeningen har over tid vært svært kritiske til manglende muligheter for å etterprøve beslutninger i Beslutningsforum. Modellen gir en definisjonsmakt til RHFene. Legeforeningen merker seg at ekspertgruppen viser til gjeldende rett og at det er lovfestet at beslutninger i Nye metoder ikke er enkeltvedtak. På den ene siden vil det å ha mulighet til å klage, gi et sikkerhetsnett for pasienten/ grupper av pasienter og bidra til systemets legitimitet. Manglende klageadgang og anledning til å kreve revurdering støtter dessuten opp under opplevelsen av at det tas beslutninger med store konsekvenser for den enkelte pasient, som er uangripelige. Legeforeningen hadde derfor ønsket en mer utfyllende redegjørelse for en mulig klageadgang/ second opinion, herunder tenkelige modeller for dette. Legeforeningen er videre usikker på om det vil være så krevende å finne personer med relevant kompetanse til å behandle klagen som utvalget hevder. På en annen side deler Legeforeningen ekspertgruppens bekymring for at klageadgang vil trekke ressurser vekk fra andre oppgaver, men påpeker at det allerede i dag brukes betydelige ressurser på prioriteringsfeltet med en rekke utredninger og på forskningsmiljøer.

Med hilsen

Den norske legeforening

Siri Skumlien  
generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen  
avdelingsdirektør

Bente Kristin Johansen  
Seksjonsleder/lege