

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår saksbehandler / tlf.  
Henrietta Blankson

Vår ref.  
24/1907

Deres ref.  
Innspill til  
prioriteringsmeldingen

Sted  
Oslo 15.03.2024

## Innspill til prioriteringsmeldingen fra HelseOmsorg21-rådet

HelseOmsorg21-rådet (rådet) takker for muligheten til å gi innspill til stortingsmeldingen om prioritering.

HelseOmsorg21 skal bidra til god folkehelse, effektive helse- og omsorgstjenester og verdiskaping. Innsatsen er rettet mot forskning, innovasjon og næringsutvikling og skal legge til rette for nødvendig omstilling av helse- og omsorgstjenestene.

**Innledning.** Det må ligge til grunn at prioriteringene ikke må forsterke ulikhet, men bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, uavhengig av bosted og sosiale forhold. Helsetjenestene må redusere ulikhet i helse.

I politiske beslutninger legges til grunn at samfunnets felles ressurser skal brukes til samfunnets beste, som nedfelt i utredningsinstruksen. Dette gjelder ikke helsesektoren i dag, som gjør sine prioriteringer i et utvidet helsetjenesteperspektiv. Det betyr at helsetiltak ikke vurderes som virkemiddel for å oppnå andre politiske mål, selv om en bærekraftig helsetjeneste og en god helse i befolkningen er forutsetninger for at målene skal nås. Rådet mener derfor at en bør vurdere en bredere inngang i ny prioriteringsmelding og etterlyser et perspektiv som ser på helse som en investering, ikke en utgift. Beslutninger i helsesektoren påvirker andre sektorer og omvendt. Selv om prioriteringskriteriene skal føre til gode prioriteringer innad i helsetjenesten, bør både meldingen og kriteriene belyse antatte konsekvenser for samfunnet under ett, ikke bare innenfor den virksomheten prioriteringene gjennomføres. Det bør være mekanismer for å gjøre vurderinger mellom sektorer på nasjonalt nivå. Det bør være større sammenheng mellom helsebudsjettene og budsjetter i andre sektorer der helsetiltak er et virkemiddel for å oppnå politiske mål. En slik systematisk tilnærming sikrer at helsekronene totalt sett brukes der de gir størst helsegevinst. Det betyr at vi også må ta med de gevinstene som ligger utenfor helsesektoren når vi ser på helseinvesteringene. Når forsvaret nå peker på at

helsetjenester er avgjørende for deres virksomhet og for nasjonal beredskap, viser det nettopp hvor viktig det er å ta et bredere perspektiv når det vurderes hvilke helsetiltak som skal prioriteres.

**Bærekraft.** Perspektivmeldingens fremskrivninger viser at gapet mellom tilgjengelig ressurser og ressursbehovet i helsetjenesten fortsetter å øke og at helsebehovet vil bli større enn det helsetjenesten er i stand til å dekke. Helsepersonellkommisjonens rapport stadfester at den forventede veksten i behovene for helse- og omsorgstjenester ikke kan løses med vekst i bemanningen. Rådet mener derfor at det må gjøres vurderinger av hvordan helsepersonellressurser kan brukes på best mulig måte og hvordan prioriteringene kan bidra til å redusere behovet for personell, utredninger og behandlinger. Rådet foreslår at det vurderes om effekt på personellressurser bør innføres som et eget kriterium ved prioritering av nye behandlinger og tjenester, inklusive ny teknologi, og i utarbeidelsen av retningslinjer. Metoder og teknologi som bidrar til å redusere behov for personell må kombineres med prioritering av tiltak som bidrar til å utsette eller redusere behov for helsetjenester og som fremmer helse, forebygger sykdom og reduserer tidlig død. Også her er det sektorovergripende viktig. God helse fremmes i stor grad i andre sektorer enn helse.

Prioriteringer skjer på forskjellige nivåer (nasjonalt, regionalt, lokalt) og meldingen bør belyse dette. De store prioriteringene skjer ofte i tjenesten selv ("hverdagsprioriteringene"). Mulighetsrommet for behandlinger øker, og det er utfordringer knyttet til prioriteringer som alle er enige om at skal gjøres. Det store volumet er i kommunene, og summen av rettigheter og prioriteringer henger ikke sammen. Rådet vil også påpeke at ikke alle valg er prioritering, det er også snakk om god faglig kvalitet og utøvelse å unngå undersøkelser, behandling eller henvisninger.

I de krevende tidene vi står overfor, må politisk ledelse og kunnskap om endringsledelse i sektoren vektlegges for å bidra til bærekraft i helsetjenestene.

**Teknologi og innovasjon.** Rådet ønsker å fremme behovet for at prioriteringsmeldingen og prioriteringssystemet i større grad tar hensyn til og tilrettelegger for økt innovasjon og fremtidsrettet behandling/oppfølging. Meldingen bør si noe om hvordan det teknologiske fremtidsbildet ser ut og hvilke krav dette vil stille til prioriteringssystemene i årene som kommer. Det er viktig at prioriteringene bidrar til å bygge opp under satsingen på helseindustri og ser på hvordan de forskjellige aktørene kan arbeide sammen i et økosystem. Vi må ha finansieringssystemer som legger til rette for ønsket aktivitet og vi må prioritere samhandlingsmønstre slik at det fremmer bruk av nye tjenester fra norske leverandører i helsetjenesten. I dag er det eksempelvis vanskelig for norske innovasjonsbedrifter å komme på markedet og utvikle et hjemmemarked. Meldingen bør omtale behovet for å ta ned risiko og viktigheten av å være transparente i de vurderingene som gjøres, også når det er stor usikkerhet i effekten av investeringene/de nye tjenestene. Ny teknologi bør vurderes opp mot ressursbrukskriterier slik som om løsningen bidrar til å redusere eller utsette behov for tjenester, eller bidra til å avlaste og redusere behov for personell, som nevnt over. Samtidig må alltid nytte, effekt og forsvarlighet være førende for hvilke løsninger som utarbeides og utviklingen må skje i tett samarbeid med de som skal bruke tjenestene.

At nye teknologiske løsninger må bidra til å avlaste – ikke belaste – personell, kan også sees i sammenheng også med Nasjonal helse- og samhandlingsplan der det er satt opp som målsetting at dokumentasjonsbyrden for helsearbeidere skal reduseres.

**Forskning og kunnskap.** Vi mangler en systematisk oversikt over resultater av dagens prioriteringssystem og har dermed ikke nok kunnskap om konsekvensene av det systemet vi har i dag. Fremover er det behov for at vi i større grad klarer å følge, dokumentere og analysere konsekvensene av prioriteringskriteriene.

Prioriteringer som er basert på svake kunnskapsgrunnlag er utfordrende. I kommunesektoren der det er et stort behov for å innføre ny personellbesparende teknologi og nye måter å arbeide på, er det ofte stor usikkerhet om nytten og ressursbruken på forhånd. Det er derfor viktig at det legges til rette for følgeforskning og kontinuerlig vurdering og videreutvikling av prioriteringssystemene for å bidra til kunnskapsbasert operasjonalisering av prioriteringskriteriene. Vi må bygge videre på den viktige rollen Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) vil kunne få når det gjelder kunnskapsutvikling og skalering av gode løsninger i kommunene. Samarbeidet med Folkehelseinstituttet om et kunnskapsstøttesystem for kommunene er sentralt.

Vi er i et paradigmeskifte når det gjelder persontilpasset medisin og kunstig intelligens. Dette gir store muligheter, men vil kunne utfordre budsjettene. Det er også her stor usikkerhet knyttet til effektene, noe som krever en dynamisk tilnærming og vurdering av effekter både på kort og lengre sikt når det gjelder ressurser og nytte. De løsningene vi velger må bidra til å unngå uønsket variasjon og bærekraften i helsetjenesten avhenger at vi unngår unyttig ressursbruk. For spesialisthelsetjenestene har man innført nye metoder som prioriteringsverktøy. Det er ofte enklere å vurdere nye legemidler som har vært gjennom RCT med beregninger av effekt, kost og nytte, kontra å vurdere nye teknologiske løsninger eller prosedyrer der kunnskapsgrunnlaget og gevinstene ikke er like godt dokumentert og som kan være vanskeligere å dokumentere fordi det kan påvirke arbeidsprosesser og tjenestenivåer. Et spørsmål som uansett reiser seg, er hvordan faglig autonomi og bruk av de riktige verktøyene blant de aktørene som bidrar inn i systemet for nye metoder sikres når en skal gjøre prioriteringsbeslutninger under usikkerhet. Det må være åpenhet i de risikovurderingene som gjøres og de enkelte sakene må vurderes inn i et større og overordnet økosystem med tydelige prioriteringer. Ofte er valgene som gjøres i primærhelsetjenesten førende for ressursbruk i spesialisthelsetjenesten og hele helsetjenesten må ses i sammenheng, slik at vi også kan finne en måte å vurdere hvilke nye metoder som skal tas i bruk eller ikke i primærhelsetjenesten.

Med vennlig hilsen  
HelseOmsorg21-rådet

Per Morten Sandset  
rådsleder