

Oversikt over prioriteringsføringer i Norden, Storbritannia, Nederland og Tyskland

Hensikt

Senter for medisinsk etikk er blitt bedt om å gi en oversikt over hvilke overordnede føringer som er lagt for prioriteringer i andre land som det er naturlig å sammenligne seg med i:

- Allmennpraksis
- Pleie- og omsorgstjenestene
- Forebyggende helsetjenester
- Tannhelsetjenesten

Med et utvalg av land det er naturlig å sammenligne seg med, menes land som har offentlig baserte helsetjenester og tannhelsetjenester.

Vi har valgt å ta for oss landene i Norden, samt Storbritannia og Nederland.

Metode

For å kunne gi en god beskrivelse og oversikt over prioriteringsarbeid for primærhelsetjenesten i andre sammenlignbare land, har vi gått fram på litt ulike måter.

Vi har blant annet tatt kontakt med personer vi antok hadde kjennskap til prioriteringsarbeidet i de respektive landene. De vi tok kontakt med var Pernille Wendtland Edslev (Danmark), Albert Molewijk (Nederland), Anne Slowther, Søren Holm og Christopher Newdick (Storbritannia) og Karin Bäckhman (Sverige). Alle har arbeidet med prioriteringsetikk og /eller har vært sentrale medlemmer i et europeisk nettverk for etikkrådgivning i helsetjenesten. Spørsmålene vi stilte er gitt i vedlegg. Vi var spesielt ute etter om det fantes kriterier som er brukt til prioritering i primærhelsetjenesten, helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Ingen av svarene kunne bekrefte at det fantes prioriteringskriterier. Svarene vi fikk fra disse ressurspersonene omhandlet først og fremst hvordan helsetjenesten var organisert og finansiert. Kun våre kontakter i Sverige og Storbritannia kunne si noe om hva som var gjort av prioriteringsarbeid målrettet mot primærhelsetjenesten, men heller ikke her kom det fram at de hadde noen klare kriterier for prioriteringer i denne delen av helsetjenesten.

I tillegg til å kontakte ressurspersoner i de respektive landene, har vi lest offentlige dokumenter, der det finnes, og vi har gjort et søk i forskningsdatabaser, for å få en oversikt over forskningen på området. Se nærmere om søkeprosess i avsnittet under.

Tidligere forskning

For å få en oversikt over forskning på prioriteringer i primærhelsetjenesten, søkte vi i databasene Medline og PubMed med søkeordene priority-setting OR resource allocation OR rationing kombinert med primary health care OR community health care. For å avgrense søkene, kombinerte vi etter hvert med å legge til hvert enkelt land, for å få en oversikt over hva som er gjort av forskning i disse

landene. Det ble også gjort søk i Oria, bibliotekdatabasen til Universitetet i Oslo. Vi velger å presentere generelle funn fra noen av disse studiene, før vi går inn på hvert av landene.

Mye av forskningen som er gjort på prioriteringer, ble gjort på 1990-tallet. Vi har valgt ikke å ta med denne tidligste forskningen, da vi ikke ser at den er av relevans for vårt oppdrag. Vi har derfor valgt å avgrense oss til forskning som er gjort på feltet fra år 2000 og utover.

Sabik og Lie (2008) presenterer en oversikt over prioriteringsarbeid som er gjort i helsetjenesten i åtte forskjellige land, deriblant Norge, Sverige, Danmark og Nederland. Det som presenteres i denne artikkelen, handler imidlertid kun om prioriteringskriterier for helsetjenester generelt. I denne artikkelen kommer det ikke fram om landene har spesielle prioriteringskriterier for primærhelsetjenesten ¹.

Hofmann (2013) presenterer trender og prioriteringsmodeller fra de skandinaviske landene. I denne artikkelen kommer det heller ikke fram at landene har egne prioriteringsprinsipper for primærhelsetjenesten. Fokuset her også er nasjonale prioriteringsmodeller som finnes for helsetjenesten generelt ².

En av de få studiene som har sett nærmere på prioriteringer i primærhelsetjenesten, er en studie gjort i Sverige av Arvidsson m.fl. ^{3 4}. I denne studien kommer det fram at ansatte i helsetjenesten opplever at nasjonale kriterier for prioriteringer i helsetjenesten i Sverige også er nyttige å bruke i kommunehelsetjenesten. Samtidig kommer det fram at det er behov for noen tilleggskriterier for primærhelsetjenesten. Sverige har imidlertid ikke utarbeidet egne kriterier for primærhelsetjenesten ennå.

I Storbritannia, har man også forsket noe på prioriteringsarbeid i såkalte Primary Care Trusts. Primary Care Trusts (PCT), hadde fram til 2013 ansvar for tildeling av helse- og omsorgstjenester innenfor hvert enkelt PCT. Det som kom fram i en studie fra 2012, var imidlertid at det var store variasjoner i tildeling og prioriteringer mellom ulike PCT. Det kom også fram at Primary Care Trusts hadde begrenset beslutningsmyndighet. Videre kom det fram at de hadde mange ulike verktøy til bruk i prioriteringsarbeidet, blant annet økonomiske verktøy og etiske verktøy, men det kommer ikke fram hvordan disse verktøyene ble brukt, og det fantes ikke noen felles prioriteringskriterier på tvers av de ulike PCT ⁵.

Prioriteringsarbeid i de enkelte landene

Sverige

Sverige er det landet som er mest sammenlignbart med Norge, både hva gjelder organisering og finansiering av helsevesenet og prioriteringsarbeid. Finansiering av helsetjenesten skjer hovedsakelig via det offentlige, herunder også tannhelsetjenester for barn ⁶. Organiseringen av kommunehelsetjenesten skiller seg imidlertid litt fra den norske. Spesialisthelsetjenesten og legetjenesten (allmennlegetjenesten) ligger på fylkesnivå, mens pleie- og omsorg ligger på kommunalt nivå.

Sverige har siden 1996 hatt tre førende etiske prinsipper for prioriteringer for hele helsetjenesten, inkludert primærhelsetjenesten ⁷. Disse er *menneskeverdprinsippet*, *behovs- og solidaritetsprinsippet* og *kostnadseffektivitetsprinsippet*. Behovs- og solidaritetsprinsippet og kostnadseffektivitetsprinsippet, er så blitt operasjonalisert til tre underkriterier: alvorlighet, forventet

nytte og kost-effekt av medisinsk intervensjon ⁴. Disse er videre operasjonalisert i «Nationell modell for öppna prioriteringa inom hälso- og sjukvård» ⁸.

Prioriteringsveiledningene er i Sverige ment å brukes på gruppenivå, og altså ikke mellom individer. En prioritering på gruppenivå vil imidlertid kunne være en hjelp og støtte i prioriteringsspmål på individnivå. Samtidig har man i Riksdagsproposisjonen understreket at alle tilfeller er unike og at man alltid må bedømme den enkeltes behov individuelt ⁷.

Prioriteringskriteriene skal gjelde på alle nivåer i helsetjenesten. Primærhelsetjenesten har ingen egne prioriteringskriterier.

Danmark

I Danmark er det i hovedsak det offentlige som har ansvar for helsetjenestene. Helsetjenestene er også preget av stor grad av desentralisering. Statens ansvar er først og fremst knyttet til lovgivning og budsjettfordeling. Fylkene, eller amtene, har ansvar for drift og finansiering av sykehus, samt allmennleger og spesialister. Amtene har videre ansvar for tilskuddordninger for legemidler, voksentannpleie, fysioterapi og kiropraktikk. Kommunene har ansvar for barnetannpleie og primærhelsetjenester som helsesøstertjeneste, hjemmesykepleie og sykehjem ^{9 10}. Tannhelsetjenester for barn dekkes også i Danmark av det offentlige ⁶.

I Danmark er innbyggere omfattet av et sykeforsikringssystem, hvor inntektene til sykeforsikringen innbetales via skatt. Danmark har ingen nasjonale kriterier for prioritering ¹¹. De har imidlertid Det etiske råd som er et rådgivende organ i etiske problemstillinger. Dette rådet ga i 1996 ut «Prioritering i sundhedsvæsenet - en redegjørelse». I 2013 ga det samme rådet ut antologien «Etik og prioritering i sundhedsvæsenet». I redegjørelsen fra 1996, blir det eksplisitt sagt at man ikke anbefaler en prioriteringsmodell slik man har hatt i Norge, Nederland og Sverige fordi slike prioriteringsmodeller i liten grad har hatt noen verdi i det daglige prioriteringsarbeidet i de landene hvor dette er innført. Samtidig presenterte rådet noen grunnleggende verdier som bør ligge til grunn for prioriteringer i helsevesenet, likeverd, solidaritet, trygghet og sikkerhet og autonomi ². Det er heller ikke her utarbeidet noen egne prioriteringskriterier for primærhelsetjenesten.

Finland

Helsetjenestene i Finland finansieres dels via en kommuneskatt og dels via offentlige tilskudd. Det som er spesielt for Finland, er at hele befolkningen også har tilgang til en offentlig tannhelsetjeneste ^{12 9}. Helsevesenet er delt inn i fem helseregioner og 20 regionale sykehusdistrikter, hvor kommunene spiller en viktig rolle. Flere kommuner har i samarbeid ansvar for hvert distriktssykehus. Under de 460 kommunene i landet, ligger det 268 helsesentre, som fungerer som portvakt for annenlinjetjenesten⁹. Finland er imidlertid i gang med en større omorganisering av kommunale tjenester. Dette vil blant annet medføre at helse- og sosialomsorgen vil organiseres rundt 15 helse- og sosialregioner fra 2019 ¹³. I den forbindelse skal også pasientene få større muligheter til å velge mellom offentlig, privat eller en tredje sektor av tilbydere.

Prioriteringskriteriene som først og fremst skal være styrende i det finske helsevesenet, er effekt, kostnads- effektivitet og fravær av/lite skader ¹¹.

I oversiktene og forskningen vi har funnet knyttet til Finland, kommer det heller ikke fram at de har noen egne prioriteringskriterier for primærhelsetjenesten.

Island

Helsetjenester på Island er i hovedsak finansiert via det offentlige ¹⁴. Når det gjelder finansiering av tannhelsetjeneste for barn, skiller Island seg imidlertid fra de andre nordiske landene. I de andre nordiske landene, finansieres tannhelsetjenester for barn av det offentlige, mens man på Island må betale selv. Man kan imidlertid få noe tilbakebetalt via helseforsikringsordning ^{6,15}. Voksne med kroniske lidelser og pensjonister kan også få tilbakebetalt utgifter for tannhelsetjenester via helseforsikring ⁶.

I Island har man innført noen nasjonale føringer for en rettferdig tildeling av helse- og omsorgstjenester ¹¹. Her har det statlige nivået ansvar både for sykehus og primærhelsetjeneste. De nasjonale føringene som skal styre tildelingen av helse- og omsorgstjenester er:

- Helse- og omsorgstjenestene skal bygge på et felles ansvar for borgerne, og i hovedsak finansieres gjennom offentlige midler
- Tilgang til helse- og omsorgstjenester skal være enkel og lik for alle borgerne
- De personer som har store behov skal prioriteres.

Heller ikke her har man utarbeidet egne prioriteringsføringer eller kriterier for primærhelsetjenesten.

Nederland

I Nederland er helsetjenestene i hovedsak finansiert gjennom forsikringsordninger. Det vil si at man i tillegg til vanlig skatt må betale inn til en egen helseforsikring. Allmennelegetjenesten er finansiert ved at alle over 18 år betaler inn en nominell forsikringspremie på ca 1200 Euro i året.

Tannhelsetjenester for voksne er også finansiert av «helse- og omsorgsforsikringen».

Når det gjelder prioriteringsarbeid, ble Committee on Choices in Health Care, eller den såkalte Dunning-komiteen, etablert i 1990 ¹. Oppgaven til denne komiteen, var å diskutere metoder og prinsipper for prioriteringer. Dunning-komiteen formulerte fire prioriteringsprinsipper som skulle gjelde, nødvendighet, effekt/nytte, effektivitet og individuelt ansvar. Det samme året ble det bestemt at 95% av helsetjenesten skulle dekkes av det offentlige. Såkalte ikke-essensielle tjenester, skulle holdes utenfor denne helsetjeneste-pakken ¹. Det kommer heller ikke fram at Nederland har egne prioriteringsprinsipper fra primærhelsetjenesten.

Storbritannia

I Storbritannia er helsetjenesten organisert under National Health Service (NHS) i England, Health and Social Care in Northern Ireland i Nord-Irland, NHS i, Wales og NHS i Scotland. Disse ble opprettet etter krigen for å sikre alle britiske borgere gratis helsehjelp ¹⁶. NHS har ansvar for forebyggende helsearbeid, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ¹⁷. Primær tannhelse-tjeneste dekker 90% av all munn-helsetjeneste i Storbritannia. Når det gjelder tannhelsetjenesten i England og Wales, lå ansvaret for tildeling av tjenestene og ressursfordeling knyttet til dette hos "Primary Care Trusts" (PCTs) fram til 2013 ¹⁸.

I 1999 ble The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) etablert. NICE skulle ha ansvar for å utarbeide nasjonale kliniske retningslinjer og vurdering av ny teknologi ¹. I arbeidet med dette, fikk NICE også ansvar for å vurdere hvilke helsetjenester og behandling som skulle prioriteres, og hvilke tiltak som skulle finansieres av det offentlige. I vurderingen av om ny teknologi skulle prioriteres, vektla NICE effekt og kostnadseffektivitet, hvor hovedvekten skulle ligge på vurdering av

kostnadseffektivitet¹⁷. I Storbritannia har de også det de kaller Clinical Priorities Advisory Group (CPAG), som ligner på Beslutningsforum her i Norge

Fra 2001-2013 hadde man i Storbritannia såkalte «Primary Care Trusts» (PCT), som hadde ansvar for prioriteringer i primærhelsetjenesten. Primary Care Trusts ble imidlertid erstattet av såkalte Clinical commissioning groups fra 2013. Clinical Commissioning groups består av lokale allmennleger (General Practitioners), og disse har ansvar for å forvalte ressursene til medisinsk behandling for innbyggere i sitt område, inklusiv tilgang til sykehusbehandling¹⁶.

De nærmeste man kommer prioriteringskriterier i primærhelsetjenesten i Storbritannia, er et etisk rammeverk Thames Ethical Framework, som ble introdusert i 2005. Dette rammeverket fungerer som veiledning og hjelp i prioriteringsarbeidet i primærhelsetjenesten, for å sikre en åpen og rettferdig tildeling av helsetjenester¹⁹. Det etiske rammeverket består av åtte prinsipper: rettferdighet, helse- og omsorgsbehov og nytte, dokumentert klinisk effekt, kost-effekt, behandlingstkostnad og alternativkostnader, samfunnsbehov, nasjonale direktiver og veiledninger, og uvanlige behov (equity, health care need and capacity to benefit, evidence of clinical effectiveness, evidence of cost effectiveness, cost of treatment and opportunity costs, needs of the community, national policy directives and guidance, and exceptional need)¹⁹. De regnes imidlertid ikke som formelle, styrende prinsipper.

Oppsummering

For å få en oversikt over hva som er gjort av prioriteringsarbeid og prioriteringskriterier i de utvalgte landene, mente vi det ville være nyttig å ta kontakt med mennesker i de respektive landene, som vi visste hadde kompetanse på området. Det viste seg imidlertid at vi i liten grad fikk svar på det vi spurte etter. Det vi først og fremst fikk svar på gjennom disse henvendelsene, var hvordan helsetjenestene var finansiert og organisert generelt. Dette kan handle om at spørsmålene våre ikke var klare nok, men også om at det faktisk ikke finnes så mye arbeid som er gjort på området.

Søkene våre i offentlige dokumenter og i forskningsdatabaser, ga heller ikke særlig resultater. Søket etter forskning på prioriteringsarbeid i primærhelsetjenesten, viste at det er gjort lite forskning på feltet etter 1990-tallet. Årsaken til at det er gjort lite forskning på feltet, kan handle om at det er et vanskelig felt å forske på, siden landene har ulike organiseringer av primærhelsetjenesten, og fordi primærhelsetjenesten er et komplisert felt å forske på. Manglende åpenhet og manglende eksplisitte prioriteringskriterier er dessuten også med på å vanskeliggjøre slik forskning. Ulike organiseringsmodeller av helsetjenestene gjorde også søket vårt vanskelig. Vi fant for eksempel lite knyttet til tannhelsetjenesten og forebyggende helsetjenester.

I forskningen vi fant, kommer det ikke fram at noen av landene vi har sett på, har egne prioriteringskriterier for primærhelsetjenesten. Forskningen som er gjort, fokuserer først og fremst på prioriteringskriterier som gjelder helsevesenet generelt. Det nærmeste vi kom prioriteringskriterier for primærhelsetjenesten, var det etiske rammeverket som er utarbeidet for prioriteringer i primærhelsetjenesten i Storbritannia¹⁹. For å få kunnskaper om hvordan prioriteringene skjer i praksis i kommunehelsetjenesten i andre land, er det åpenbart at det trengs mer forskning på området.

Kilder

1. Lie Reidar K, Sabik Lindsay M. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health*. 2008;7(1):4.
 2. Hofmann B. Priority setting in health care: trends and models from Scandinavian experiences. *A European Journal*. 2013;16(3):349-356.
 3. Arvidsson E, André M, Borgquist L, Carlsson P. Priority setting in primary health care - dilemmas and opportunities: a focus group study. *BMC Family Practice*. 2010;11:71-71.
 4. Arvidsson E. Priority Setting and Rationing in Primary Health Care. 2013.
 5. Robinson S, Dickinson H, Freeman T, Rumbold B, Williams I. Structures and processes for priority-setting by health-care funders: a national survey of primary care trusts in England. *Health Services Management Research*. 2012;25(3):113-120.
 6. Widström E, Ekman A, Aandahl LS, Pedersen MM, Agustsdottir H, Eaton KA. Developments in oral health policy in the Nordic countries since 1990. Copenhagen; 2005: 225-235.
 7. Riksdagen.se. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, Regeringens proposition 1996/97:60. *Sveriges Riksdag*. Available at: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso--och-sjukvarden_GK0360/html. Accessed 23.11, 2017.
 8. Prioriteringscentrum. *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning*; 2017.
 9. Kristiansen IS, Møller Pedersen K. Helsevesenet i de nordiske land - er likhetene større enn ulikhetene? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2000;120(17):2023-2029.
 10. Jørgensen T, Hvenegaard, A., Kristensen, F.B. Health technology assessment in Denmark. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2000;16(2):347-381.
 11. Helsedirektoratet. *Nordisk samarbeid om prioritering. Sluttrapport fra arbeidsgruppe nedsatt av nordisk helsedirektørmøte* 2013.
 12. Niiranen T, Widström E, Niskanen T. Oral Health Care Reform in Finland – aiming to reduce inequity in care provision. 2008;8(1).
 13. Tynkkynen L-K, Chydenius M, Saloranta A, Keskimäki I. Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. *Health policy*. 2016;120(3):227-234.
 14. Hagensars L, Klazinga N, Mueller M, Morgan D, Jeurissen P. How and why do countries differ in their governance and financing-related administrative expenditure in health care? An analysis of OECD countries by health care system typology. *Int J Health Plan Manag*. 2018;33(1):E263-E278.
 15. Sveinsdottir EG, Wang NJ. Dentists' views on the effects of changing economic conditions on dental services provided for children and adolescents in Iceland. *Community dental health*. 2014;31(4):219.
 16. Randsborg P-H. Omfattende helsereform i Storbritannia. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2013;133(4):388-389.
 17. omsorgsdepartementet H-o. Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. juni 2013 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 12. november 2014. *Norges offentlige utredninger (tidsskrift : trykt utg.)*. Vol NOU 2014:12. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014.
 18. Holmes RD, Donaldson C, Exley C, Steele JG. Managing resources in NHS dentistry: the views of decision-makers in primary care organisations. *BDJ*. 2008;205(6):E11.
 19. THAMES VALLEY PRIORITIES COMMITTEE
- ETHICAL FRAMEWORK. NHS, UK. Available at: <http://www.oxfordshireccg.nhs.uk/professional-resources/documents/priority/Thames-Valley-CCGs-Ethical-Framework-for-priority-setting-FINAL-2014.pdf.pdf>. Accessed 13.04, 2018.