



STORTINGET

Innst. 461 S

(2024–2025)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 21 (2024–2025)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste

Til Stortinget

1. Innledning

Regjeringens viktigste mål med denne stortingsmeldingen er å oppnå en størst mulig helsegevinst i befolkningen innenfor helsetjenestens økonomiske og juridiske rammer, samtidig som man ivaretar en særlig forpliktelse overfor mennesker med de mest alvorlige tilstandene og de største behovene.

Offentlige helsetjenester drives innenfor en gitt ressursramme. Å forholde seg til en gitt ressursramme får praktiske konsekvenser for prioritering. Hvis man velger å innføre nye typer diagnostikk eller behandling som er mer ressurskrevende, må det dekkes innenfor denne rammen. Å si ja til noe betyr at det blir tilsvarende mindre til noe annet. De samlede helsekonsekvensene i befolkningen må derfor tas i betraktning når man vurderer å utvide eller innføre nye tiltak i helse- og omsorgstjenesten.

Gjennomgående nasjonale prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten, herunder de tre kriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, er forankret i de to siste prioriteringsmeldingene som er behandlet av Stortinget, Meld. St. 38 (2020–2021) og Meld. St. 34 (2015–2016). De tre prioriteringskriteriene skal brukes mest mulig likt på tvers av pasient- og brukergrupper, tilstander, diagnoser og ulike metoder for diagnostikk og be-

handling. Den nye prioriteringsmeldingen legger vedtatte prinsipper for prioritering til grunn.

Prioriteringsmeldingen vil bidra til å bygge et samlet rammeverk for prioritering med prinsipper for prioritering som er kjent og innarbeidet i alle ledd av helse- og omsorgstjenesten. Meldingen presenterer tre overordnede mål for prioriteringsarbeidet på alle nivåer. Disse er likeverdig og rask tilgang, tillit til prioriterings-systemene og bærekraft i helse- og omsorgstjenestene.

Regjeringen presenterer sju hovedgrep for å nå disse målene:

- For å sikre rask og likeverdig tilgang til nye behandlingsmetoder vil regjeringen:
 - øke fleksibiliteten i system for Nye metoder ved å innføre en ny ordning for at klinisk eksepsjonelle pasienter skal få individuell tilgang til metoder som ikke er godkjent for hele pasientgruppen, og øke omfanget av vurdering av undergrupper av pasienter som kan oppfylle prioriteringskriteriene
 - øke kapasiteten og effektiviteten ved gjennomføring av metodevurderinger på folketrygdområdet og i Nye metoder samt sette tidskrav for metodevurderingene
 - utrede, med sikte på rask etablering av, en ordning for å framskaffe nødvendig kunnskap gjennom forskning og/eller analyse for nye kostnadseffektive metoder der det er stor usikkerhet om budsjettmessige, personellmessige og organisatoriske konsekvenser på tvers av helse-tjenesten. Ordningen må ses i sammenheng med omtale av alternative prisavtaler under Nye metoder og i folketrygden.
- For å sikre høy tillit til og mest mulig åpenhet om prioriteringsbeslutninger vil regjeringen:

- innføre egne prinsipper for prioriteringsprosesser, styrke kliniker- og brukerrepresentasjon og øke åpenhet om begrunnelser for beslutninger i Nye metoder
- opprette et Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft for å sikre god dialog og prosesser for prioriteringer som går på tvers av tjenestenivåene.
- For å sikre bærekraft i tjenestene vil regjeringen:
 - at konsekvenser av tiltak for bruk av helsepersonell skal særskilt synliggjøres innenfor rammene av ressurskriteriet, og at alternativ kostnad for tjenesten skal utredes
 - utvikle kunnskapsstøtte- og beslutningsstøttesystemer for beslutningstakere lokalt, herunder bruk av nasjonal veileder for prioritering i kommunene.

Forslag som vil kreve endringer i regelverk eller har budsjettmessige konsekvenser vil følges opp i de ordinære budsjettprosessene.

2. Komiteens behandling

Komiteen gjennomførte en muntlig høring i saken den 6. mai 2025. I den muntlige høringen deltok 28 instanser. I tillegg har komiteen mottatt 30 skriftlige innspill. Både de skriftlige og muntlige høringsinnspillene kan leses på sakens side på stortinget.no.

3. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kamzy Gunaratnam, Tove Elise Madland, Even A. Røed og Truls Vasvik, fra Høyre, Sandra Brufloth, Erlend Svardal Bøe og lederen Tone Wilhelmsen Trøen, fra Senterpartiet, Siv Mossleth og Kjersti Toppe, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, fra Sosialistisk Venstreparti, Marian Hussein, fra Rødt, Seher Aydar, fra Kristelig Folkeparti, Hadle Rasmus Bjuland, og fra Pasientfokus, Irene Ojala, viser til Meld. St. 21 (2024–2025) Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste.

Komiteen merker seg at dagens prioriteringskriterier er resultatet av et arbeid som har pågått i mange tiår. Flere offentlige utvalg, ekspertgrupper og stortingsmeldinger har utredet og vurdert temaer om prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

Komiteen merker seg at meldingen har tre hovedmål: likeverdig og rask tilgang, tillit til prioriterings-systemene, og bærekraft i helsevesenet.

Regjeringen foreslår ulike grep for å oppnå disse målene, inkludert økt fleksibilitet i Nye metoder og etablering av et Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft. Meldingen omfatter prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten, legemidler og tannhelsetjenesten, men avgrenser seg fra folkehelseiltak og krisesituasjoner.

Tre ekspertgrupper har vurdert tilgang, perspektiv og åpenhet, og har foreslått tiltak for å styrke informasjon, pasientdeltakelse og individuelle tilgangsordninger etter avslag.

Komiteen mener at prioritering i helsetjenesten er nøkkelen til effektiv ressursbruk og en rettferdig helsetjeneste.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at det er sterk konkurranse om helsepersonell, og at flere utredninger, blant annet Helsepersonellkomisjonens utredning (NOU 2023:4), peker på at mangel på personell er den største utfordringen helse- og omsorgstjenesten står overfor. Framskrivninger i perspektivmeldingen Meld. St. 31 (2023–2024) tilsier et behov for 180 000 flere ansatte i helse- og omsorgssektoren frem mot 2060, dersom vi fortsetter som i dag.

Disse medlemmer viser til at det har vært en enorm utvikling innen forskning og teknologi innen helse og omsorg siden den forrige prioriteringsmeldingen ble behandlet for snart ti år siden.

Disse medlemmer mener at den teknologiske utviklingen de siste ti årene og framskrivinger av utfordringer fremover understreker behovet for omstilling i helsetjenesten og derfor også en ny prioriteringsmelding.

Disse medlemmer vil påpeke at regjeringen har valgt en prosess for fremleggelsen av prioriteringsmeldingen som innebærer en behandling i ekspressfart gjennom Stortinget. Disse medlemmer er overrasket over at regjeringen – etter flere utsettelse av meldingen – nå velger en fremgangsmåte som i praksis begrenser offentlig debatt og demokratisk behandling.

Disse medlemmer viser til at regjeringen ved fremleggelsen av meldingen verken inviterte presse eller relevante bruker- og interesseorganisasjoner, noe som ytterligere svekker prosessen. Det fremstår tydelig at regjeringen ikke har ønsket bred debatt om prioriteringsspørsmålene, til tross for at dette er et område som angår grunnleggende fordelingsspørsmål i helsetjenesten. En så smal og forhastet prosess øker risikoen for at vesentlige perspektiver glipper i den politiske behandlingen, og at viktige innspill ikke gis tilstrekkelig oppmerksomhet.

Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet i Hurdalplattformen i 2021 lovet en ny prioriteringsmelding, og at dato for fremleggelse av stortingsmeldingen

har vært utsatt flere ganger. Disse medlemmer understreker at den forsinkede prosessen i regjering fører til at Stortinget får dårligere tid til behandling av saken i Stortinget, og disse medlemmer mener at dette er svært uheldig i en så definerende sak for helsetjenesten, der bredest mulig flertall er viktig for å sikre legitimitet til beslutninger i helsetjenesten. Disse medlemmer er også svært bekymret for at pasient- og brukerorganisasjoner og andre aktuelle høringsinstanser har fått mindre anledning til å bli hørt og reise debatter, når regjeringen legger frem en så omfattende og viktig melding på absolutt siste dato for behandling i denne stortingsperioden. Disse medlemmer har kritisert regjeringen for ikke å sette ned et offentlig utvalg, og viser til at en NOU om prioritering ville bidratt til betydelig større mulighet for bred offentlig debatt og høring.

Disse medlemmer mener det er kritikkverdig at regjeringen, til tross for å ha brukt hele regjeringsspeperioden på å jobbe med en ny prioriteringsmelding, stort sett foreslår å videreføre dagens prioriteringsmelding og ikke tar større grep for bedre prioritering i helsetjenesten. Disse medlemmer mener at riktige prioriteringskriterier er avgjørende for å gi pasienter gode helsetjenester. Dersom helsepersonell ikke opplever kriteriene som nyttige, risikerer vi ulik praksis. Dersom pasienter ikke opplever kriteriene som rettferdige, risikerer vi svekket tillit til helsetjenesten i sin helhet.

Disse medlemmer viser til at lederne for landets største sykehus tidligere i år gikk ut på Dagsrevyen på NRK og etterlyste nye grep om prioritering, og at helseministeren avviste dette blankt. Disse medlemmer mener at regjeringens manglende vilje til å ta tak i utfordringene i helsetjenesten, fører til at denne prioriteringsmeldingen er en tapt mulighet for helsetjenesten. Etter snart fire år i regjering har det blitt et kjennetegn på denne regjeringen at deres stortingsmeldinger krever nye utredninger.

Disse medlemmer viser til at andelen avviste pasienter i spesialisthelsetjenesten har økt under denne regjeringen, at sykefraværet blant helsepersonell er svært høyt, og at pasienter venter lenger på helsehjelp og tilgang på nye medisiner.

Disse medlemmer mener det er kritikkverdig at regjeringen farer med lovord om store reformer i helsetjenesten, men ikke leverer på det viktigste styringsverktøyet: prioritering.

Disse medlemmer vil også vise til at over halvparten av tiltakene i meldingen omhandler legemidler (24 av 39). Disse medlemmer viser til at med mangelen på helsepersonell og økt behov for helsetjenester i årene som kommer, er det nødvendig med en helhetlig tilnærming til prioritering som favner hele tjenesten – ikke en detaljregulering av legemiddelfeltet.

Disse medlemmer viser til at samtlige høringsinnspill retter kritikk mot regjeringens prioriteringsmelding.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Pasientfokus viser til at Norge har hatt en lang tradisjon for å jobbe systematisk med prioriteringsspørsmål. Disse medlemmer støtter arbeidet for å fremme gode prioriteringsverktøy for helsetilbud i befolkningen og målet om likeverdig og rask tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, at prioriteringer skal ha legitimitet i befolkningen og understøtte utvikling av helse- og omsorgstjenestene og ivareta tjenestens bærekraft. Disse medlemmer er enige i at arbeidet bygger videre på prinsippene nytte, ressurs og alvorlighet. Disse medlemmer vil fremheve, som flere høringsinstanser har gjort, at det viktige er å få prioritering forankret i tjenestene og at det skapes åpenhet om beslutninger som blir gjort. Disse medlemmer mener at prioriteringsmeldingen må bygge på det verdigrunnlaget som vår helsetjeneste er tuftet på. Det skal ikke være organisering eller et fags status som avgjør om helsetjenester ytes. Prioritering må være i samsvar med helsepersonells profesjonsetikk, og respektere at hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet. Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester. Like tilfeller skal behandles likt.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten er nødvendige og uunngåelige, men at de samtidig reiser krevende etiske og fordelingspolitiske spørsmål. Disse medlemmer mener at målet med prioriteringer må være å fremme rettferdighet, likeverd og god bruk av fellesskapets ressurser.

Behov for prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Komiteen merker seg at regjeringens mål er å oppnå størst mulig helsegevinst innenfor gitte rammer, samtidig som man ivaretar de med alvorlige behov. Prioriteringsmeldingen bygger på tidligere prinsipper om nytte, ressurs og alvorlighet, og understreker at disse bør anvendes enhetlig på tvers av pasientgrupper.

Prioriteringer i helsevesenet må også tilpasses den økonomiske, demografiske og teknologiske utviklingen. Komiteen ser behovet for økt kunnskap og bevissthet blant helsepersonell samt å skape rom for diskusjon om prioriteringsdilemmaer. Det er avgjørende å styrke tilliten til prioriteringssystemene, slik at vi kan

oppretholde et høyverdig og bærekraftig helsevesen for hele befolkningen.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at prioritering av helsetjenester skjer uansett, det er ikke noe vi kan velge å gjøre. Da er det viktig å ha gode prinsipper for prioritering som er velkjente, og som bygger på et verdigrunnlag som har bred legitimitet i både befolkningen og i helsetjenesten. Disse medlemmer vil særlig fremheve behovet for å kunne prioritere ved kriser, slik som pandemi. Disse medlemmer mener at det er i fredstid vi skaper en tillit og forståelse til at prioriteringer skal og må skje, og for at helsetjenesten prioriteres rettferdig, som er et viktig grunnlag dersom det må prioriteres tydeligere i kriser.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til høringsinnspill fra Den norske legeforening, som trekker fram det de kaller paradokset om å innføre en digital allmennlegetjeneste. De viser til regjeringens forslag om å innføre en ordning med kommunal nettlege ved siden av fastlegeordningen, som varslet i Meld. St. 23 (2024–2025) om fremtidens allmennlegetjenester. Legeforeningen trekker fram at i en situasjon med fremtidig knapphet på ressurser og helsepersonell er dette uriktig ressursbruk som svekker utviklingen av fastlegeordningen. En ny tjeneste på toppen av fastlegeordningen og legevakt som skal ta seg av det som ikke er prioritert, strider mot målsettingen om bærekraft og «Gjør kloke valg». Disse medlemmer mener som Legeforeningen at det er et paradoks når regjeringen på samme tid legger fram en prioriteringsmelding der fastlegens portfunksjon fremheves som viktig for rettferdig prioritering av helsetjenester, og en allmennlegemelding der det foreslås nye ordninger som undergraver fastlegeordningen sin portfunksjon. Disse medlemmer viser til at Senterpartiet ikke støtter forslaget om kommunal nettlege, som foreslått fra regjeringen i melding om allmennlegetjenesten (Meld. St. 23 (2024–2025)), fordi vi mener at fastlegeordningen er viktig å ta vare på også som et middel for å sikre god og rettferdig prioritering.

Verdigrunnlaget i helse- og omsorgstjenesten

Komiteen merker seg at meldingen etablerer et verdigrunnlag for prioritering som vektlegger at innbyggere skal motta likeverdige helsetjenester uavhengig av økonomi, sosioøkonomisk status, kjønn, bosted og etnisitet.

Prioritering skal baseres på diagnosenøytralitet og metodenøytralitet, slik at ingen pasienter eller diagnoser favoriseres. Alle skal vurderes likt etter de vedtatte prioriteringskriteriene.

Komiteen støtter denne tilnærmingen for å sikre rettferdig behandling i helse- og omsorgstjenesten.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener at Sykepleierforbundet kommer med betimelige påpekninger:

«Den norske demografien - med spredt bosetting og store avstander - medfører betydelige kostnader knyttet til å opprettholde likeverdige helse- og omsorgstjenester i hele landet. Men dette er ikke valgfritt. Tilgjengelige helsetjenester der folk bor er et ufravikelig krav for å sikre beredskap, nasjonal sikkerhet, næringsutvikling og likestilling. Dette er også hovedforklaringen på at Norge har en høyere andel helsepersonell enn mange andre land - det er et resultat av geografi, ikke ineffektivitet. Meldingen savner et helhetlig blikk på disse strukturelle forutsetningene, og på den samfunnsverdien det gir å opprettholde helsetjenester i hele landet».

Disse medlemmer er enig med Sykepleierforbundet i dette, og at prioriteringer i helsetjenesten må bygge opp under den samfunnsverdien det gir å opprettholde helsetjenester i hele landet, og som også er viktig for landets beredskap.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge til grunn at likeverdige og tilgjengelige helsetjenester der folk bor, og helseberedskap, som del av landets totalforsvar, skal være en viktig verdi i arbeidet med rettferdig prioritering i helse- og omsorgstjenesten.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus viser til at KS i sitt høringsinnspill skriver at:

«Sosial ulikhet i helse er en stor utfordring og kunne hatt nytte av noe mere omtale. KS legger til grunn at dette perspektivet implisitt er en del av prinsippene for prioritering om likeverdighet i tjenestene.»

Disse medlemmer er enig, og påpeker at det er grupper av befolkninga som har behov for behandling som ikke i tilstrekkelig grad møtes. Sykdom rammer i større grad folk som har dårlig råd, og folk med dårlig råd har også dårligere tilgang på helsetjenester. Samtidig har kvinnehelse blitt systematisk nedprioritert, og det har ført til at mange kvinner har udekkede helsebehov. Den skjevheten som finnes i samfunnet, og tilgang på helsehjelp må tas med i vurderinga for å sikre rettferdig prioritering.

Disse medlemmer peker på at flere høringsinstanser mener at meldingen ikke på en god nok måte gir rammeverktøy for prioritering i kommunehelsetjenesten, eller for å prioritere forebygging og folkehelse og

løfte fram kronikergrupper. Disse medlemmer viser til innspill i komitéhøringen fra LHL, som mener at meldingen er for svak på konkrete tiltak for å styrke samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer peker på at rettferdig prioritering er viktig for å unngå overbehandling og overmedisinering, men at også underbehandling er et like alvorlig utslag av feilprioritering. Slik vil noen pasientgrupper, slik som de med rus og psykisk lidelse, ikke få den helsehjelpen de skal ha. Disse medlemmer viser til at underbehandling er lite omtalt i meldingen, og mener det er bekymringsfullt. Disse medlemmer ber regjeringen arbeide videre med disse prioriteringsutfordringene og informere Stortinget på egnet vis.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus understreker at menneskeverdet må ligge til grunn for all prioritering i helsetjenesten. Enhver pasient har en ukrenkelig verdi, uavhengig av alder, sykdomsbilde, livssituasjon eller prognose. Prioriteringssystemet må derfor sikre at alvorlige og sammensatte behov blir møtt med fleksibilitet, faglig skjønn og respekt for enkeltmennesket – og at små pasientgrupper og barn med livstruende sykdommer ikke blir usynliggjort i store modeller og statistikk.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til innspill til komiteen fra Kreftforeningen, som presiserer at prioritering ikke kan skje på bekostning av norsk rett og menneskerettigheter, noe disse medlemmer støtter opp om.

Prinsipper for prioritering

Komiteen merker seg at meldingen viderefører at tiltak vurderes basert på forventet nytte, ressursbruk og alvorlighetsgrad, med bruk av «gode leveår» (QALY) for kvantifisering.

Regjeringen foreslår å videreføre det utvidede helsetjenesteperspektivet som grunnlag for prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene, men erkjenner at beslutninger med store budsjettkonsekvenser kan kreve bredere samfunnsmessige hensyn.

Prinsippene for rettferdige prosesser – åpenhet, medvirkning og etterprøvnbarhet – er essensielle for å bygge legitimitet og tillit. Komiteen støtter regjeringens arbeid med å implementere disse prinsippene i helse- og omsorgstjenesten.

VALG AV PERSPEKTIV

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus, vil under-

streke at det å tillegge samfunnsvirkning stor vekt i prioritering har fordeler og ulemper. På en side kan en slik vekting føre til at flere kommer raskere i jobb fra sykdom eller offentlige ytelser da behandlinger som medfører mulig yrkesførhet vil prioriteres. På en annen side vil flertallet påpeke at varig uføre og lidelser som ikke påvirker arbeidsførhet vil bli nedprioritert. Flertallet frykter på bakgrunn av dette at hensynet til samfunnsperspektiv, herunder økonomiske hensyn spesielt, vil gå på bekostning av likebehandling og lik tilgang til helsetjenester for befolkningen. Flertallet viser i den forbindelse til stortingsmeldingen, hvor det fremgår:

«Dersom man for eksempel vektlegger konsekvenser for pasientens fremtidige produktivitet og for pasienters fremtidige bruk av offentlige tjenester, ville det kunne føre til en vridning av ressurser. Et eksempel er at pasientgrupper der de fleste vil ha mulighet til å være i arbeid, ville, alt annet likt, bli prioritert over grupper der færre vil ha mulighet til å være yrkesaktive.»

Videre vil flertallet poengtere at en større åpning for samfunnsperspektiv i prioritering heller ikke nødvendigvis er samfunnsøkonomisk gunstig og kan være prisdrivende som beskrevet i stortingsmeldingen:

«Gruppen peker på at dersom andre samfunnsvirkninger tas inn, kan det påvirke prisen og gjøre at legemidlene blir dyrere for det offentlige. I så fall vil ikke gevinsten av et eventuelt samfunnsperspektiv tilfalle samfunnet, som vil måtte betale mer for produktene enn i dag»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at valg av perspektiv i prioritering har betydning fordi det avgrenser hvilke konsekvenser som inkluderes når man vurderer tiltak i helse- og omsorgstjenesten. Disse medlemmer merker seg at regjeringen foreslår å videreføre dagens utvidede helsetjenesteperspektiv og mener det er uheldig at regjeringen ikke har vurdert hvordan samfunnsperspektivet i prioritering kan inkluderes.

Disse medlemmer viser til hovedkonklusjonen til ekspertgruppen om perspektiv i prioritering som er at dagens system, der man bruker et utvidet helsetjenesteperspektiv, bør endres til et system med en primæranalyse med et rent helsetjenesteperspektiv, og en sekundæranalyse med et samfunnsperspektiv der det er relevant.

Disse medlemmer mener samfunnsperspektivet ofte er nødvendig for å fatte kunnskapsbaserte og rettferdige beslutninger. Å legge et samfunnsperspektiv til grunn er avgjørende for å sikre helhetlige og bærekraftige prioriteringer som ivaretar pasientenes og samfunnets samlede interesser.

Disse medlemmer viser til at samfunnsperspektivet blant annet kan innebære å hensynta konsekvenser for pårørende, velferdssystemet og arbeidslivet.

Det å kunne stå i arbeid, delta i samfunnet og opprettholde livskvalitet har stor verdi både for den enkelte og for samfunnet som helhet. Disse medlemmer understreker at det er mange måter å hensynta samfunnsperspektivet på, og at hvordan dette skal innrettes, må vurderes nærmere.

Disse medlemmer mener det er riktig å vurdere endringer i perspektiv i prioritering og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en sak der dagens utvidede helsetjenesteperspektiv endres til et system med en primæranalyse med et rent helsetjenesteperspektiv, og en sekundæranalyse med et samfunnsperspektiv der det er relevant.»

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus understreker at forebygging og rehabilitering har stor verdi for folkehelsen, den enkelte og samfunnet i sin helhet. Disse medlemmer mener at potensialet for å komme tilbake i arbeid i utgangspunktet ikke bør være prioriteringsgrunnlag, fordi menneskers verdi og rett til behandling er mer enn det lønna arbeidet de kan gjøre. Samtidig kan det å være i arbeid gi positive helsegevinster for den enkelte, i de tilfellene arbeidsdeltakelse er helsefremmende. Rehabilitering som gjør at pasienter kan gjenvinne et funksjonsnivå som gjør at de kan delta i samfunnet eller arbeid, er kun positivt. Likevel ser vi at med dagens finansieringsmodell med kortsiktig gevinst, taper rehabilitering terreng.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Pasientfokus viser til høringsinnspill fra Norsk Sykepleierforbund, som peker på at meldingen har noen grunnleggende svakheter. De peker på at sykepleie ikke er nevnt, noe som viser at man overser omsorgslogikken, som er selve grunnmuren i helsetjenesten. Sykepleierforbundet mener også at meldingen bærer preg av et svakt utviklet samfunnsperspektiv, og at dette perspektivet må komme tydeligere frem i diskusjonen. Forebyggende og helsefremmende arbeid får fremdeles lite plass.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet vil støtte departementets forslag særlig ut fra at vi mener det er viktig at pårørendeperspektivet alltid er med i primærvurderingen. Disse medlemmer vil understreke det departementet skriver i meldingen om at samfunnsperspektiv bør ligge til grunn ved vurdering av forebyggende tiltak og folkehelseiltak rettet mot hele befolkningen. Også på andre områder er det naturlig å legge et samfunnsperspektiv til grunn, eksempelvis intervensjoner mot pandemier, innføring av nye screening- og vaksineprogrammer. Disse medlemmer

vil særlig understreke at effekter på ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som er utløst av tiltak i spesialisthelsetjenesten eller motsatt, skal hensyntas.

Disse medlemmer mener at samfunnsperspektivet bør legges til grunn når det er snakk om å løfte enkelte pasientgrupper politisk som får for lite helsetjenester ut fra behov. Eksempler er rus og psykisk lidelse, rehabilitering og helsetjenester til barn i barnevernet. Disse medlemmer er tvilende til om det meldingen foreslår, et tilstrekkelig til å sikre gode systemer og praksis for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Disse medlemmer viser også til høringsinnspill til komiteen fra HelseOmsorg21-rådet, som savner mer konkrete tiltak for hvordan forslagene i meldingen skal bidra til å bygge en norsk leverandørindustri og økt eksport av norsk helseteknologi.

ALTERNATIVKOSTNAD

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Kristelig Folkeparti, viser til at dagens alternativkostnad anslås etter en modell fra England. Dette anslaget har ikke blitt indeksregulert på 10 år selv om dette er utredet ved flere anledninger. Da det er knyttet stor usikkerhet til hvor godt dette anslaget treffer for norske forhold, støtter flertallet utredning av en ny terskelverdi for alternativkostnaden. Frem til det nye anslaget er på plass, vil flertallet støtte at det gjøres en utredning av hvordan dagens alternativkostnad for pris- og produktivitsutvikling kan justeres i løpet av høsten 2025.

Flertallet fremmer på bakgrunn av dette følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede et sikrere anslag på alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten i Norge, basert på norske data. Stortinget ber regjeringen i mellomtiden, innen utgangen av 2025, gjøre en hurtig utredning basert på tilgjengelige data med mål om å justere dagens alternativkostnad for pris- og produktivitsutvikling inntil det sikrere anslaget er på plass.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at dagens modell for alternativkostnad i prioriteringssystemet er bygget på et britisk anslag fra 2015, som verken er oppdatert eller tilpasset norske forhold. Dette svekker systemets faglige grunnlag og legitimitet.

Disse medlemmer viser til at det finnes et norsk estimat fra 2016, utarbeidet av samme forskergruppe, som er betydelig høyere enn det britiske anslaget. Det er uakseptabelt at dette ikke omtales i den nye prioriteringsmeldingen.

Komiteens medlem fra Fremskrittspartiet mener at en prioriteringsmodell som ikke justeres i takt med samfunnsutviklingen, vil tape sin praktiske verdi. Verdien av et godt leveår har stått uendret i ti år. I praksis betyr dette at vi som samfunn verdsetter et godt leveår mindre og mindre hvert eneste år i takt med inflasjonen. Med de siste årenes inflasjon er det dramatisk.

Dette medlem peker på at andre sektorer, som transport, benytter verdsettingsmål som justeres jevnlig i takt med utviklingen i BNP. Det er ingen grunn til at helsesektoren skal behandles annerledes.

Dette medlem mener at det må innføres en fast, årlig mekanisme for justering av alternativkostnaden, slik at systemet blir mer forutsigbart, faglig robust og i tråd med virkeligheten helsetjenesten opererer i. Det handler ikke bare om kjøpekraft og byråkrati, det handler om liv.

På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen så snart som mulig komme tilbake med en justert alternativkostnad for helse- og omsorgstjenesten basert på norske forhold.»

«Stortinget ber regjeringen umiddelbart justere dagens alternativkostnad for helse- og omsorgstjenesten for prisstigning fra den ble innført til og med 2024.»

«Stortinget ber regjeringen årlig inflasjonsjustere alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten i samsvar med øvrig prisstigning frem til ny justert alternativkostnad basert på norske forhold er bestemt.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at en systematisk oppjustering av terskelverdien på alternativkostnad ikke er utredet, og kan ha store konsekvenser for helse- og omsorgstjenestens budsjetter. En oppjustering som ikke er forankret i tjenestens reelle forhold, vil kunne fortrenge ressurser og i verste fall føre til at tjenesten bidrar til mindre helse per krone.

Disse medlemmer understreker at en økning av alternativkostnaden vil føre til at nye metoder kan få offentlig finansiering til en høyere pris enn i dag. Det vil innebære at de nye metodene vil gi oss like mye helse som i dag, men til en høyere pris.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet for 2016, i Innst. 57 S (2016–2017), Meld. St. 34 (2015–2016) ba regjeringen gjøre grundigere vurderinger av nivået på alternativkostnad for Norge, og at et slikt arbeid ble satt i gang, og at Stortinget på egnet vis måtte informeres om arbeidet. Dette fikk kun støtte fra Arbeiderpartiet, mens de andre partiene i komiteen ikke støttet dette i innstillingen. Disse

medlemmer mener at det nå er på høy tid at en vurdering av norsk alternativkostnad blir utført, og er glad for at Høyre og Fremskrittspartiet nå støtter det Senterpartiet foreslo i 2016. Disse medlemmer mener det nå må settes en frist for når vurdering av alternativkostnad ut fra norske forhold skal være ferdig, og at kostnaden i mellomtiden prisjusteres.

Disse medlemmer viser til at alvorlighet og nytte skal måles i gode leveår, også kalt kvalitetsjusterte leveår – forkortet QALY. Disse medlemmer merker seg at alternativkostnaden legges til grunn for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå. Disse medlemmer viser til at Senterpartiet i Innst. 57 S (2016–2017), ved behandling av prioriteringsmeldingen (Meld. St. 34 (2015–2016)), pekte på at den økonomiske grensen ble valgt tilfeldig, og viste til at dette var avledet av en engelsk studie. I innstillingen i 2016 viste Senterpartiet til at Helsedirektoratet i Økonomisk evaluering av helsetiltak, en veileder november 2012, opererte med en alternativkostnad på 588 000 kroner, og ikke 275 000 kroner som Nordheimutvalget og Magnussenutvalget la til grunn. Dette viser at det i mange år har vært diskusjoner rundt alternativkostnad, men at regjering og stortingsflertallet har akseptert å ikke utrede dette videre, før nå.

Disse medlemmer forutsetter at det i det kommende anbudet for å utrede alternativkostnaden for helsetjenesten legges til grunn en bred representasjon av fagpersoner med kjennskap til temaet.

Prioritering på politisk nivå

Komiteen merker seg Stortingets ansvar for lovgivning og bevilgninger, samt kommunenes rolle i kommunale helsetjenester. Kravet om ventelister og ventetider i spesialisthelsetjenesten er viktig for å opprettholde kontroll og oversikt, og fungerer som et verktøy for løpende prioritering.

Komiteen viser til at det fremheves at kommunene må prioritere både helseoppgaver og andre kommunale tjenester. Helsedirektoratets nasjonale veileder for prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester skal bidra til å implementere prioriteringskriteriene nytte, alvorlighet og ressursbruk.

Komiteen understreker at konsekvenser for prioritering må vurderes nøye ved utviklingen av nytt regelverk og rettigheter, for å sikre en bærekraftig og rettferdig helse- og omsorgstjeneste.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus viser til høringsinnspill fra KS som påpeker at:

«En ytterligere reduksjon i liggetid mener vi, vil være avhengig av kunnskapsbasert forbedring av medisinsk behandling som gjør pasientene mindre syke ved

utskrivning enn det de er i dag. Det er ikke realistisk at kommunal sektor kan demme opp for en ytterligere reduksjon i liggetider samtidig som de skal møte økte behov som følge av demografiendringene.»

Disse medlemmer mener at oppgavefordeling mellom sykehus og kommunene er viktig. Pasienter har i dag ofte kortere oppholdstid på sykehusene med desto lengre opphold i kommunens helsetjenestetilbud, med behov for observasjon og behandling i kommunene. Ansvar for oppgavedelingen må utgå fra et samarbeid som søker løsninger på samhandling. Kommunene har ofte stram økonomi – og med dagens modell der kommuner som ikke klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter, blir økonomisk straffet, kan det føre til at kommunene får dårligere økonomiske kår i arbeidet for å sikre pasienten likeverdige tjenester der pasienten bor – uansett hvor i landet det måtte være. Disse medlemmer er redd for at kommuner som sliter med for små budsjetter, på samme måte vil måtte vekte ressurskriteriet over både nytte- og alvorlighetskriteriet. Her må man også se til at ressurskriteriet ikke overskygger de andre to, gjerne ved at ressursituasjonen behandles helt annerledes og ikke som en del av kriteriene for oppfølging og behandling av pasienter.

Disse medlemmer viser til tannhelseutvalget NOU 2024:18 En universell tannhelsetjeneste, og vil arbeide for at dette arbeidet resulterer i likestilling av tannhelse med andre helsetjenester. Tannhelse bør også inngå i prioriteringer med samme prinsipper som andre helsetjenester, slik at alle reelt vurderes på like fot.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser også til innspill fra ideelle og frivillige aktører som understreker behovet for at disse anerkjennes som en integrert del av den samlede helsetjenesten. Ideell sektor har en viktig rolle i møte med sårbare grupper og må gis langsiktige og forutsigbare rammevilkår. Disse medlemmer mener at ideelle aktørers verdiforankring og tillitsbaserte tilnærming bør få større plass også i prioriteringsarbeidet.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til de prioriteringer som skjer på politisk nivå, og at pasienter gis stadig nye rettigheter uten at dette ses i en helhet. Disse medlemmer viser til dagens pasient- og brukerrettighetslov, som er en viktig lov som legger føringer for prioriteringer i helsetjenesten. Disse medlemmer viser til at loven er blitt kritisert for å være vanskelig å forstå for både pasienter og klinikere, og det etterlyses et klarere og mer brukervennlig lovverk. Disse medlemmer viser til at Senterpartiet tok initiativ til, og fikk flertall for, å be regjeringen å gjennomføre en fullstendig revisjon av pasient- og bru-

kerrettighetsloven for å sikre et klarere og mer brukervennlig lovverk for å styrke pasientenes posisjon (jf. Dokument 8:45 S (2024–2025), Innst. 206 S (2024–2025)).

Prioritering på administrativt nivå

Komiteen merker seg at finansieringsordninger er viktige virkemidler for prioritering. Aktivitetsbasert finansiering vurderes av helse- og omsorgsdepartementet som lite egnet for å styre prioriteringer i helsetjenesten. Det er avgjørende å styrke ressursvurderingen ved tiltak som påvirker flere nivåer.

Prioriterte pasientgrupper inkluderer barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser, rusavhengige, eldre med skrøpelighet og kvinner i svangerskap, fødsel og barseltid.

Komiteen viser til at forskning er en lovpålagt oppgave i helseforetakene, og det bevilges årlig midler til forskningsformål for å styrke kunnskapsgrunnlaget i kommunale tjenester.

Komiteen understreker at konsekvenser for personellressurser må vurderes i prioriteringsbeslutninger. Private aktører med avtaler med helseforetak skal følge de samme prioriteringskriteriene som offentlige helseforetak.

PERSONELLRESSURSER

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Senterpartiet, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at regjeringen Støre foreslår at konsekvenser av tiltak for bruk av helsepersonell skal særskilt synliggjøres innenfor rammene av ressurskriteriet, og at alternativ kostnad for tjenesten skal utredes. Disse medlemmer viser til at det er uklart hvordan dette kriteriet skal nyttes, og i hvilken grad nye metoder som er personellkrevende skal vurderes.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen Støre i Nasjonal helse- og samhandlingsplan fremmet et lignende forslag:

«Regjeringen vil stille krav om at personellkonsekvenser skal utredes som del av beslutningsgrunnlaget for tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar. Tiltaket følges opp overfor etater og virksomheter innen departementets sektoransvar og formidles til KS i konsultasjonsordningen.»

Disse medlemmer synes det er rart at regjeringen ikke har klart for seg hvordan helsepersonell særskilt skal synliggjøres innenfor rammene av ressurskriteriet, når det er over et år siden regjeringen Støre la frem Nasjonal helse- og samhandlingsplan med et lignende forslag.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet mener, som Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, at det er uklart hvordan vurdering og vektlegging av personellbehov i praksis slår inn på prioriteringer, og mener at regjeringen må komme tilbake til Stortinget med en nærmere vurdering av hvordan dette påvirker helsetjenestene, og særlig om det har uheldige konsekvenser opp mot ulike pasientgrupper, beredskap og lik tilgang til helsetjenester.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt er bekymret for hvordan vekting av konsekvenser for personellressurser kan slå ut for ulike pasienter. Psykologforeningen viser til at det ikke er tilstrekkelig tilpasset psykiske helsetjenesters egenart. Disse medlemmer er enige i at helsepersonell som ressurser er en viktig del av arbeidet med prioriteringer og hvordan ressursene skal fordeles. Men det er særlig viktig at metoder og prioriteringer først og fremst er faglig begrunnet. Samtidig er det viktig å styrke arbeidsvilkårene for helsepersonell, og sette i gang konkrete tiltak for å rekruttere og beholde helsepersonell. Disse medlemmer deler Legeforeningens syn om at:

«I en slik beregning ligger det i tillegg muligheter for at bemanningskostnader kan bli brukt som argument mot å innføre en ny metode som fagmiljøene mener er nødvendig.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Rødt viser til forslaget fra regjeringen om at personellkonsekvenser av alle tiltak i helse- og omsorgssektoren skal vurderes og vektlegges. Disse medlemmer vil understreke at en del helsetjenester og særlig beredskapstjenester kan kreve personell, men at det likevel vil være en samfunnsmessig rett prioritering. Disse medlemmer vil understreke at en støtte til dette prinsippet om vektlegging av personellkonsekvenser er avhengig av at dette ikke må brukes som argument for sentralisering av tjenester eller svekking av helseberedskapen, når dette er uttalte politiske mål for helsetjenesten, eller at det vil nedprioritere en del pasientgrupper, slik som innen psykisk helsevern, der det ikke på samme måte som innen somatikken er utviklet nye behandlingsmetoder som reduserer personellbehovet. Disse medlemmer viser til høringsinnspillet til komiteen fra Psykologforeningen.

Disse medlemmer viser også til høringsinnspill fra KS, som viser til at rapportering og unødvendig byråkrati og dokumentasjon stjeler mye personellressurser. Disse medlemmer ber regjeringen intensivere arbeidet med å redusere rapporter og unødvendig dokumentasjon, slik at helsepersonellressursene kan brukes bedre.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt ser at de fleste høringsvarene til helse- og omsorgskomiteen er positive til at meldingen vektlegger behovet for helsepersonell og å ta høyde for det i arbeidet med prioritering. Disse medlemmer anser dette for å være et uttrykk for at det kreves snarlig handling for å bedre arbeidsforholdene for, og rekrutteringen av, helsepersonell.

Disse medlemmer viser videre til at samtidig som de offentlige tjenestene blir bedt om å prioritere stadig hardere, kappes de kommersielle om å finne på nye «helsebehov» for den betalingsdyktige delen av befolkninga. De kommersielle helseaktørene reklamerer aktivt for helsetjenester som har lav nytteverdi, og som ikke er anbefalt på noen som helst måte. De driver fram en økt etterspørsel av lavt prioriterte og unødvendige undersøkelser og behandlinger. Den eksplosive veksten i private helsetjenester har skapt en paradoksall situasjon: det offentlige mangler folk til å sikre nødvendige tjenester til befolkninga. Samtidig har tilbudet av unødvendige helseundersøkelser i det private kommersielle aldri har vært større. Fødeavdelingene sliter med å få jordmødre nok til å sikre forsvarlig fødselsomsorg, men de som kan betale for det, får en kvalifisert jordmor til å gi deg en 3D-ultralyd i farger, uten noen medisinsk betydning. Folk står månedsvis i kø for å få utredning for invalidiserende magesmerter på sykehusene, men privat kan friske folk få en ultralydsjekk av alle organer utført av radiolog på dagen. Trenger man botoxinjeksjon i nakken for å behandle migrene må du vente, men skal du fjerne rynker i panna er det klinikker på hvert gatehjørne der helsepersonell står klare med botoxbehandling. Derfor mener disse medlemmer at personellressurser må ses i sin helhet.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å vurdere nærmere hvordan vekting av personellkonsekvenser vil påvirke ulike helsetjenester, og komme tilbake til Stortinget på egentlig måte.»

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å komme tilbake til Stortinget med tiltak for å begrense kommersielle aktørers overbehandling og unødig ressursbruk.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet er enige i at ukritisk bruk av private kommersielle tilbydere som kan drive skattefinansiert pasientbehandling, uten at dette er regulert i avtale med

det offentlige, kan bidra til overbehandling og feilprioritering og stjele arbeidskraftressurser fra den offentlige tjenesten. Dette er en utvikling som må forebygges. Disse medlemmer mener at gjeninnføring av fritt behandlingsvalg ville bidratt sterkt til en slik utvikling.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser i den sammenheng til representantforslag 8:179 (2024–2025) fra dette medlem, samt representantene Fiskaa, Lie, Wold og Bergstø om å rekruttere og beholde helsepersonell. Det er avgjørende for helsetjenesten at det nå tenkes helhetlig, langsiktig og strategisk omkring hvordan vi skal sikre bemanninga i helsetjenesten, langs de linjer som nevnte representantforslag skisserer.

HELSEFELLESSKAPENE

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i konsultasjon med KS vurdere tiltak for å styrke helsefellesskapene slik at de i større grad kan bidra til bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, herunder hvordan det bedre kan legges til rette for tillitsvalgte deltaelse.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus viser til at flere av høringsuttalelsene til helse- og omsorgskomiteen peker på behovet for samhandling og koordinering. Disse medlemmer er enig i at samhandling mellom spesialist-, og kommunehelsetjenesten er en betydelig utfordring. Disse medlemmer viser til at Helsefellesskapene, som ble opprettet nettopp for å styrke samhandlingen, ikke synes å fungere etter hensikten. Disse medlemmer mener at helseforetaksmodellen må endres og med dem Helsefellesskapenes rolle, men styrket samhandling mellom behandlings- og forvaltningsnivåer bør ikke settes i bero i påvente av en slik revisjon.

Prioritering på gruppenivå

Komiteen merker seg at prioriteringsbeslutninger for legemidler, medisinsk utstyr og helseteknologier er viktige på gruppenivå. Regjeringen ønsker å videreutvikle systemet for Nye metoder og forbedre vurderingsprosessene for legemidler og vaksiner.

Komiteen viser til at det foreslås tiltak for å håndtere usikkerhet ved kostbare legemidler gjennom alternative avtalemønstre. I tillegg skal medvirkning fra bruker- og klinikerrepresentanter styrkes i Beslutningsforum.

Komiteen merker seg forslaget om opprettelsen av en ordning for individuell tilgang til metoder som har fått avslag, samt videreføring av fullmaktsgrensen innen blåreseptordningen. Medisinsk utstyr og helseteknologier skal vurderes etter prioriteringsprinsippene, med økt fokus på metodevurdering og internasjonalt samarbeid.

USIKKERHET

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus, mener det er positivt at meldingen anerkjenner utfordringen økt usikkerhet i beslutningsgrunnlaget medfører som følge av en ønsket medisinsk utvikling, ikke minst når det gjelder nye behandlingsmuligheter for små og sårbare pasientgrupper.

Flertallet viser til at behandlinger for små pasientgrupper ofte utvikles på et mindre kunnskapsgrunnlag enn behandlinger for store pasientpopulasjoner. Dette gir større dokumentasjonsusikkerhet. Flertallet viser til at regjeringen foreslår å videreføre dagens føring om at usikkerhet knyttet til dokumentasjon skal vektes negativt, alt annet likt. Dette er en tilnærming som i praksis har bidratt til at mange pasienter med sjeldne sykdommer, eller som har små pasientpopulasjoner, enten får svært sen tilgang til nye behandlinger eller ingen tilgang i det hele tatt.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at den prinsipielle føringen om at usikkerhet, alt annet likt, skal telle negativt, bygger på et omfattende kunnskapsgrunnlag. Norheim-utvalget, som la frem sine vurderinger om prinsippene for prioritering i 2012 påpekte:

«Usikkerhet knyttet til effekten av kostbar behandling er for eksempel en relevant og rimelig grunn for å holde behandling tilbake.»

Disse medlemmer viser til at Norge investerer relativt mye i helse per innbygger, men vi får ifølge OECD mindre igjen per krone investert i kvalitet sammenlignet med flere andre land. Helsetjenester som tilbys av det offentlige, skal ha et godt dokumentasjonsgrunnlag: kvaliteten av dokumentasjonen bør være så høy som mulig for at en tjeneste skal gis prioritet i den offentlig finansierte helsetjenesten. Dette er et viktig utgangspunkt, også for å unngå at staten overtar produsentens ansvar for å dokumentere at de produktene de selger til fellesskapet, har en effekt som står i forhold til prislappen.

Disse medlemmer understreker at for små pasientgrupper med sjeldne og alvorlige tilstander fastslår imidlertid meldingen at lavere dokumentasjonskrav og

høyere ressursbruk kan aksepteres. Meldingen viser også at regjeringen jobber for gode verktøy for håndtering av usikkerhet som påvirker beslutningene, f.eks. gjennom utarbeidelse av føringer for håndtering av usikkerhet, utvikling av avtalemodeller og en ordning for kunnskapsgenerering der det er merverdi å innhente kunnskap.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Pasientfokus viser til at metodevurderinger av tiltak må understøttes av skjønnsmessig vurdering i en totalvurdering. Disse medlemmer påpeker at stor usikkerhet knyttet til dokumentasjon og beregningsmetoder av nye metoder skal gi lavere prioritet. Disse medlemmer vil videre understreke at i vurderinger av tiltak på gruppenivå er skjønnsmessige vurderinger særlig knyttet til usikkerhet ved dokumentasjon og budsjettkonsekvenser ved innføring. Etter disse medlemmers syn er det naturlig at stor usikkerhet av tiltakets effekt og dokumentasjon bør telle negativt i den skjønnsmessige vurderingen av tiltaket for å ikke fortrenge andre nye metoder. Disse medlemmer vil likevel understreke at for sjeldne sykdommer vil det av naturlige grunner alltid være en større usikkerhet enn ved andre diagnoser og pasientgrupper. Disse medlemmer mener at det derfor må sikres ordninger for vurdering av usikkerhet ved sjeldne sykdommer som gjør at metoder for disse gruppene kan likebehandles med andre pasientgrupper. Det vil gjøre at det må tolereres noe større usikkerhet for disse pasientgruppene.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Pasientfokus følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å komme tilbake til Stortinget på egnet vis for å sikre ordninger for vurdering av usikkerhet ved sjeldne sykdommer, slik at pasienter med sjeldne sykdommer/små pasientpopulasjoner kan få reell tilgang til nye behandlinger.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti støtter prinsippet i meldingen om at det kan aksepteres høyere ressursbruk og lavere dokumentasjonskrav for særskilt små pasientgrupper med alvorlig sykdom. Dette er avgjørende for å forhindre strukturell diskriminering i prioriteringssystemet. Som Norsk NCL-forening påpekte i sitt innspill til helse- og omsorgskomiteen, må det anerkjennes at det for slike grupper ofte er umulig å oppfylle vanlige dokumentasjonskrav, og at høyere grad av usikkerhet derfor må kunne tolereres.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet mener det er uheldig at regjer-

ingen fastslår at usikkerhet i seg selv skal vektes negativt, også når pasientpopulasjonen er liten, uten å presisere om usikkerheten er relevant for beslutningen. En slik føring om at all usikkerhet skal vektes negativt setter begrensninger for å ta i bruk etablerte verktøy som kan støtte beslutninger og redusere usikkerhet over tid, blant annet gjennom vilkår om oppfølging i etterkant av innføring. Disse er i liten grad tatt i bruk. Et godt prioriteringssystem må bygge på en balansert vurdering av usikkerhet, ikke en systematisk negativ vektning som svekker pasienttilgangen og hemmer medisinsk innovasjon.

Disse medlemmer er bekymret for at en slik risikoaversjon fra statens side i realiteten innebærer et effektivitetstap og kan føre til feilprioriteringer, særlig for små pasientpopulasjoner. Staten bør særlig ta hensyn til tilfeller der usikkerheten kan reduseres over tid, og når det finnes mekanismer for risikodeling.

Disse medlemmer viser til at regjeringen ber Beslutningsforum og DMP utrede hvordan usikkerhet skal håndteres, og hvordan betalingsviljen kan justeres. Disse medlemmer mener justering av betalingsvilje for legemidler er et politisk spørsmål, og mener det må være Stortinget og regjeringen som fastsetter slike overordnede rammer. Disse medlemmer vil advare mot å legge dette ansvaret til forvaltningen alene, og viser videre til at en utredning om håndtering av usikkerhet bør gjennomføres i tett samarbeid med academia. Disse medlemmer mener det vil være avgjørende at også legemiddelindustrien involveres i en slik utredning, for å sikre at staten ikke lager et system hvor det etterspørres særnorsk informasjon det ikke vil være mulig å levere.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti mener at føringen om at usikkerhet systematisk vektes negativt ved innføring av nye legemidler, bør fjernes der det er relevant, særlig for små pasientgrupper, og at usikkerhet i stedet bør håndteres gjennom verktøy som kan redusere usikkerhet over tid.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen slå fast at lavere dokumentasjonskrav og høyere ressursbruk ikke bare kan, men skal, aksepteres for små pasientgrupper med sjeldne og alvorlige tilstander.»

«Stortinget ber regjeringen etablere en nasjonal finansieringsordning for sjeldne sykdommer, som sikrer rettferdig tilgang til livsviktig behandling uavhengig av lokale sykehusbudsjetter.»

«Stortinget ber regjeringen fjerne føringen om at usikkerhet systematisk skal vektes negativt ved innføring av nye legemidler, og i stedet håndtere usikkerhet gjennom verktøy som kan støtte beslutninger og redusere usikkerhet over tid.»

ÅPENHET

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Norge tar en ledende rolle i å arbeide for større åpenhet i markedene for medisinske produkter i internasjonale fora.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt viser til at meldingen signaliserer at det skal arbeides for større åpenhet om legemiddelpriser. Disse medlemmer viser til at det i dag ikke er tilgjengelig hva myndighetens faktiske betalingsvilje er i hver enkeltbeslutning. Dette er en direkte konsekvens av konfidensielle priser. Disse medlemmer mener det er grunn til å kritisere hemmeligholdet av legemiddelpriser, og at målet om åpenhet om prioriteringer dermed ikke kan oppnås på legemiddelfeltet.

Disse medlemmer mener at tiltak for åpenhet er for svakt omtalt i meldingen. Disse medlemmer viser til at presseorganisasjonene (Norsk presseforbund, Norsk Redaktørforening og Norsk journalistlag), har kritisert ekspertutvalget for å anbefale hemmelige legemiddelpriser, og at det rettslige grunnlaget for å holde legemiddelpriser hemmelige ikke er grundig nok utredet. Disse høringsinstansene støtter mindretallet i ekspertutvalget, som blant annet mener det skal være åpne avtalepriser på legemidler som konkurranseutsettes i anbud for spesialisthelsetjenesten, etter at avtalene er inngått. Presseorganisasjonene skriver at det er viktig med åpenhet om legemiddelpriser for å vise frem de budsjettmessige konsekvensene av prioritering i helsevesenet.

Disse medlemmer viser til at i Norge var prisene på legemidler i hovedsak offentlige fram til 2016. Men i mars 2016 varslet de regionale helseforetakene at enhetspriser på legemidler var å regne som forretningshemmeligheter på lik linje med andre anskaffelser og dermed måtte unntas offentlighet. Dette førte til en ny praksis med konfidensielle priser på legemidler i anbudskonkurranse.

Disse medlemmer mener at hemmelige legemiddelpriser er et demokratisk problem som undergraver målet om rettferdig prioritering av helsekroner. Disse medlemmer viser til et eksempel i 2017–2018 om vurdering av om at både barn og voksne med spinal muskelatrofi skulle få medikamentet Spinraza. Helse-

myndigheten hadde sagt nei fordi det lå langt over det man kunne akseptere i pris, mens produsenten hevdet at den hadde tilbudt en rimelig rabatt. Ingen kunne etterprøve sannheten i disse påstandene, og det kan vi heller ikke i dag siden pristilbudet fremdeles er hemmelig.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innhente ny kunnskap og komme tilbake til Stortinget med en konkret plan for å fremme åpenhet om legemiddelpriser nasjonalt og internasjonalt.»

«Stortinget ber regjeringen sikre åpenhet om avtalepriser etter kontraktinngåelse og komme tilbake til Stortinget på egnet vis.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet i Innst. 57 S (2016–2017), i behandlingen av Meld. St. 34 (2015–2016), fremmet forslag om å flytte Beslutningsforum ut av helseforetakene og inn under forvaltningen, og fremme sak til Stortinget om innretningen på dette, men at forslaget i innstillingen kun fikk Senterpartiets stemmer.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti støtter de foreslåtte tiltakene som skal gi større fleksibilitet og åpenhet i system for Nye metoder, men vil presisere at det er mange grunner til å være svært kritisk til Nye metoder. Sosialistisk Venstreparti mener at det er faglige vurderinger og pasienters behov som skal styre tilgangen til legemidler og behandlingsformer. Slik systemet for Nye metoder fungerer i dag, kan det like ofte bli økonomiske som medisinsk-faglige vurderinger som styrer dette. Dette svekker tilliten til at vår felles helsetjenestene, har pasientens beste i fokus. Dette medlem mener det bør utredes om beslutningene som i dag ligger til Nye metoder og Beslutningsforum kan legges til andre instanser, for eksempel Helfo.

STYRKE MEDVIRKNING AV KLINIKERE OG BRUKERREPRESENTANTER I NYE METODER

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus, merker seg at evalueringen av Nye metoder la særlig vekt på manglende bruker- og klinikerinvolvering, og at det har konsekvenser for tilliten til beslutninger i Beslutningsforum for nye metoder. Flertallet mener det er viktig at relevante brukere og klinikere involveres i hele prosessen og ikke bare på slutten.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Senterpartiet, Fremskrittspartiet og Pa-

sien tfokus, mener det er avgjørende at klinikere med spesialisert kompetanse på et gitt fagområde blir tidlig involvert i metodevurderinger og beslutningsprosesser. Spesialister som har dyptgående erfaring og faglig innsikt, vil bidra til at beslutningene som fattes, er både vitenskapelig fundert og klinisk relevante. Dette flertallet mener at tidlig involvering av klinikere setter systemet bedre i stand til å møte pasientbehandlings faktiske behov og utfordringer. Dette er avgjørende for å sikre at pasientene får best mulige behandlingsmetoder, og for at Norge skal kunne opprettholde et høyt nivå på medisinsk forskning og helsetjeneste.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Senterpartiet, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti merker seg at evalueringen av Nye metoder la særlig vekt på manglende bruker- og klinikerinvolvering, og at det har konsekvenser for tilliten til beslutninger i Beslutningsforum for nye metoder. Disse medlemmer mener det er viktig at relevante bruker og klinikere involveres i hele prosessen og ikke bare på slutten.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Pasientfokus mener at tidlig og systematisk involvering av klinikere og brukere i beslutningsprosesser er avgjørende for at beslutninger fattes på et faglig solid grunnlag. Disse medlemmer understreker at klinikerne som involveres, må ha spesialistkompetanse innen det aktuelle sykdomsområdet som tiltaket retter seg mot. Å benytte helsepersonell uten direkte erfaring fra det relevante fagfeltet bør ikke regnes som reell klinikerinvolvering. Det er urealistisk å forvente at helsepersonell har ekspertise på alle områder, og det bør derfor legges til rette for at de mest erfarne og faglig oppdaterte klinikerne på det aktuelle feltet bidrar i metodevurderinger og andre beslutningsprosesser. Disse medlemmer understreker at det samme prinsippet må gjelde for involvering av brukere, og at pasientorganisasjoner kun skal måtte være ekspert på egen sykdom.

På bakgrunn av dette fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre reell og tidlig involvering av kliniker og brukere i beslutningsprosesser, og legge til rette for at klinikere får uttale seg om saker de selv er eksperter på.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt mener medisinsk-faglig vurdering, brukerinvolvering, åpenhet og mulighet til innsyn er hensynene som må veie tyngst i prosesser som skal avgjøre hvilke legemidler og behandlingsformer som blir tilgjengelige for pasienter i

den norske helsetjenesten. Brukerrepresentasjon alene vil ikke ivareta brukerinvolvering og åpenhet. Kreftforeringen påpeker i sitt hørings svar til helse- og omsorgskomiteen følgende:

«Begrenset tilgang til informasjon - spesielt konfidensielle priser og kort frist til gjennomgang av saksdokumenter - gjør brukerrepresentasjon krevende, uavhengig av oppnevningsform.»

Disse medlemmer vil presisere at åpenhet om priser, alternativkostnader med videre er en forutsetning for reell brukemedvirkning i slike prosesser.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Pasientfokus viser videre til ekspertgruppens rapport «Tillit til prioriteringer», hvor ekspertgruppens flertall anbefaler at brukerrepresentanter og klinikere bør få stemmerett i Beslutningsforum. Disse medlemmer er skuffet over at regjeringen ikke ønsker å følge opp denne anbefalingen fra utvalget, og mener det vitner om liten vilje til reell brukemedvirkning. Det er en grunnleggende utfordring i vårt beslutningssystem knyttet til legemidler at det kun er personer med direkte budsjettansvar som fatter beslutningene.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at klinikere og brukerrepresentanter får stemmerett i Beslutningsforum.»

BLÅRESPTORDNINGEN

Komiteen fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at et anbud på folketrygdfinansierte legemidler ikke vil føre til tvungent bytte av legemidler, for pasienter som står på allerede godkjente medisiner.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet påpeker at anbud på blåresept innrettes alltid slik at de fire legemiddelpolitiske målene om å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler, legge til rette for forskning og innovasjon og at legemidler skal ha lavest mulig pris, oppfylles. Disse medlemmer understreker at mer helse for pengene bidrar til at vi fortsetter å ha en økonomisk bærekraftig blåreseptordning også i fremtiden, dette er noe vi alle nyter godt av.

Disse medlemmer viser til at anbud på legemidler på blåresept gjør at flere pasienter kan få tilgang til nye og effektive legemidler. Opptil 2 000 nye pasienter (i tillegg til de 3 000 eksisterende) har fått tilgang til PCSK9-hemmere som følge av anbud. Pasientene kan dermed få redusert kolesterolet sitt til anbefalt nivå.

Dette vil bidra til å forebygge hjerteinfarkt og hjerneslag hos mange pasienter og dermed også gi bedre folkehelse.

Disse medlemmer understreker at anbud ikke betyr at alle pasienter skal bruke det samme legemidlet. Legen skal fortsette å behandle pasienter individuelt, og for nye pasienter vil det vurderes om det anbudsinnen- de legemidlet prøves først. Etter flere år med anbud på PCSK9-hemmere er fortsatt alle legemidlene tilgjengelige i Norge og inngår dermed i legenes verktøykasse i behandlingen.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti merker seg at det er ulike syn på bruken av anbud i blåreseptordningen. Det er blitt reist bekymring for at anbud kan redusere behandlingsbredden og begrense legers mulighet til å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient.

Disse medlemmer viser til at andre virkemidler, som prisforhandlinger og refusjonskontrakter, ofte kan bidra til raskere og mer fleksibel tilgang til nye legemidler. Disse virkemidlene vurderes i mange tilfeller som bedre egnet enn anbud, og disse medlemmer mener det bør legges til rette for videreutvikling av slike løsninger i tett samarbeid med industrien.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Pasientfokus merker seg at regjeringen anerkjenner utfordringene knyttet til dagens fullmakts- grense for innføring av legemidler i blåreseptordningen. Denne ordningen fører til at legemidler som ellers oppfyller kravene til refusjon, må vente på Stortingets behandling dersom kostnadene overstiger fastsatt grense.

Disse medlemmer mener det bør vurderes å gi Helse- og omsorgsdepartementet myndighet til å fatte beslutninger om refusjon innenfor klart definerte økonomiske og faglige rammer, uten å måtte avvente Stortingets behandling i hvert enkelt tilfelle.

Disse medlemmer merker seg at det er uenighet om bruk av anbud i blåreseptordningen. Det pekes på at anbud kan føre til redusert behandlingsbredde og begrense legers mulighet til å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient.

Disse medlemmer viser til at andre virkemidler, som prisforhandlinger og refusjonskontrakter, kan gi raskere og mer målrettet tilgang til nye legemidler. Disse virkemidlene fremheves som bedre egnet enn anbud, og komiteen mener det bør legges til rette for videreutvikling av slike ordninger i tett dialog med industrien.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å ikke videreføre anbud i blåreseptordningen.»

VAKSINER

Komiteen viser til at vaksiner er et av våre mest kostnadseffektive og virkningsfulle forebyggende helse- tiltak. Komiteen støtter forslagene i meldingen som legger til rette for raskere tilgang til vaksiner for risiko- grupper, og mener det er viktig at prosessen for vurdering og inklusjon av nye vaksiner i vaksinasjonspro- gram utredes og effektiviseres.

Komiteens medlemmer fra Senterparti- et og Fremskrittspartiet mener det er positivt at samfunnsøkonomiske virkninger skal inngå i vurderin- gene ved innføring av nye vaksiner. Dette vil gi et mer helhetlig beslutningsgrunnlag, særlig for vaksiner som bidrar til redusert smittespredning, sykefravær og be- lastning på helsetjenesten.

Disse medlemmer støtter også at det åpnes for at vaksiner kan omfattes av § 2 i blåreseptforskriften, og mener dette er et viktig virkemiddel for å sikre likever- dig tilgang til nødvendige vaksiner uten unødvendig økonomisk barriere. Tiltakene representerer et viktig steg i riktig retning for å styrke den nasjonale vaksinebe- redskapen og forbedre forebyggende folkehelsearbeid.

Komiteens medlem fra Fremskrittspar- tiet oppfordrer regjeringen til å følge opp forslagene om vaksiner i meldingen, og ber om at Stortinget stiller seg bak disse. Samtidig vil dette medlem påpeke at det er viktig at kostnadseffektive vaksiner blir tatt i bruk innen rimelig tid. Som samfunn har vi ikke tid til å vente eller råd til å la være. Dette medlem understreker at DMP i dag ikke besitter ressursene og den vaksinefaglige kompetansen de behøver for å metodevurdere vaksi- ner, noe som innebærer at de fleste vurderingene av vaksiner er satt på vent over lengre tid. Samtidig er pro- sessen lite transparent og uten klare tidslinjer/krav til saksbehandling. Dette medlem mener det er behov for en mer strømlinjeformet prosess med klar ansvars- fordeling og tydelige tidslinjer.

Dette medlem mener det også er behov for mer effektive og tydeligere prosesser for oppfølging av po- tensielle programvaksiner som allerede er vurdert og anbefalt av helsemyndighetene. Dagens praksis der re- gjeringen vurderer oppfølging i forbindelse med ordi- nære budsjettprosesser, er lite forutsigbart, og gjør at vaksiner som er vurdert kostnadseffektive og gunstig for samfunnet, likevel blir gjenstand for nedprioritering i budsjettprosessene.

Dette medlem mener at programvaksiner ikke bare er en utgiftspost, men en nødvendig investering i befolkningens helse. Dette medlem foreslår at det etableres faste rutiner for oppfølging av anbefalinger fra helsemyndighetene, samt mulighet for å implementere vaksiner i program løpende gjennom året, f.eks. ved en overslagsbevilgning over en egen saldert budsjettpost.

Prioritering på klinisk nivå

Komiteen merker seg at plikten til å tilby spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester er en essensiell del av vår felles helsetjeneste. Regjeringen fokuserer på å redusere overbehandling og overdiagnostikk for å frigjøre ressurser til helsetjenester med dokumentert nytte.

En stabil fastlegetjeneste er viktig for å sikre korrekt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Kliniske etikk-komiteer spiller en viktig rolle i prioriteringer og i veiledning av etisk krevende saker.

Komiteen ser behovet for å styrke helsepersonells kunnskap om prioriteringskriterier, både i grunnutdanning og spesialistutdanning av leger. Ledere i helsetjenesten må også ha nødvendig opplæring og tilgang til informasjon for å kunne prioritere effektivt.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet mener at prioriteringsarbeidet må skje bevisst og systematisk, og må være forankret i ledelsesarbeid og i tjenesten ellers, og at kjennskap til og kunnskap om prioritering må inn i grunnutdanningene. Disse medlemmer viser til at disse medlemmer i Innst. 57 S (2016–2017) fremmet følgende forslag, og vurderer at de snart ti år etter, er like aktuelle.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at kunnskap om prioriteringer i helsetjenesten får en sentral plass i lederutdanningene, læreplanene og etterutdanningene for helse- og sosialfagene.»

«Stortinget ber regjeringen sørge for implementering av prioriteringskriteriene i tjenesten og på egnet vis informere Stortinget årlig om status for arbeidet.»

Disse medlemmer viser til høringsinnspill til komiteen fra Senter for medisinsk etikk, UiO, som fremmer de kliniske etikk-komiteenes rolle for prioritering. Disse medlemmer forventer at regjeringen følger opp ønsket fra disse fagmiljøene om å bidra inn i Helse-direktoratets oppdrag på dette feltet.

Et felles rammeverk for prioritering

Komiteen merker seg de presenterte virkemidlene som støtter gode prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten med felles mål og prinsipper for prioritering, og det foreslås å etablere et Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft som skal håndtere prinsipielt viktige saker og tjenesteovergrepene utfordringer.

Klinisk behandlingsforskning og helsetjenesteforskning vil være viktige verktøy for å følge opp konsekvenser av prioriteringsbeslutninger. Det er også behov for økt kunnskapsstøtte til kommunene.

Komiteen støtter opprettelsen av et nasjonalt råd, men vil anmode regjeringen om at dette rådet plasseres under Helse- og omsorgsdepartementet på en måte som sikrer habiliteten til departementet. Komiteen viser til at rådets oppgave vil være å drøfte prioriteringsspørsmål og være en dialogarena for prioriteringsspørsmål, samtidig som rådet vil gi råd. Komiteen mener videre at utfordringene i dagens prioriteringssystem primært handler om åpenhet, manglende håndtering av usikkerhet, lav betalingsvilje for innovasjon, etterprøvnbarhet og politisk ansvarlighet – ikke om fravær av et rådgivende råd. Et nytt råd vil kunne fungere som en buffer mellom politisk ansvar og faglige beslutninger, snarere enn å styrke tilliten til prioriteringssystemet. Overordnede prioriteringskriterier er et politisk ansvar. Derfor bør rådet være plassert under departementet. Flere høringsinstanser deler synet om plassering av det nasjonale rådet, og komiteen vil tilslutte seg dette.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus vil understreke at et slikt råd må ha representasjon fra både brukerorganisasjoner og de ansattes organisasjoner.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet vil understreke at Senterpartiet ikke var enig i regjeringen Solbergs avvikling av Nasjonalt råd for prioritering i 2017. Disse medlemmer viser til merknader i Innst. 57 S (2016–2017), der Senterpartiet, som eneste parti, mente at det fremdeles var behov for et robust, rådgivende organ innenfor prioriteringsområdet. Dette var i tråd med Nordheimutvalgets tilråding. Disse medlemmer mener det er bra at flere parti nå har snudd, og at regjeringen også foreslår å gjeninnføre et slikt nasjonalt råd for prioritering. Disse medlemmer mener et slikt råd kan bidra med velbegrunnede råd om prioritering, styrke åpenhet og debatt om prioritering. Et Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft i helse- og omsorgstjenesten vil kunne bidra til større tillit, forståelse og kunnskap om prioriteringer i helsetjenesten i samfunnet, også gjennom å gjennomføre en årlig konferanse om prioritering i helsetjenesten, slik meldingen omtaler.

Disse medlemmer viser til innspill fra KS som understreker betydningen av at kommunene er tilstrekkelig representert, og ber regjeringen ivareta dette når rådet blir satt ned, og merker seg også at KS gjerne også deltar med sin deltakelse i sekretariatet.

Komiteens medlem fra Fremskrittspartiet mener det er en risiko for at et nytt råd vil bli et forum uten reell beslutningsmyndighet og dermed kun bidra med ytterligere lag i en allerede kompleks beslutningsstruktur.

4. Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen i konsultasjon med KS vurdere tiltak for å styrke helsefellesskapene slik at de i større grad kan bidra til bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, herunder hvordan det bedre kan legges til rette for tillitsvalgtes deltakelse.

Forslag fra Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus:

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen legge til grunn at likeverdige og tilgjengelige helsetjenester der folk bor, og helseberedskap, som del av landets totalforsvar, skal være en viktig verdi i arbeidet med rettferdig prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

Forslag fra Høyre, Fremskrittspartiet og Pasientfokus:

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen sikre reell og tidlig involvering av kliniker og brukere i beslutningsprosessene, og legge til rette for at klinikere får uttale seg om saker de selv er eksperter på.

Forslag fra Høyre og Fremskrittspartiet:

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en sak der dagens utvidede helsetjenesteperspektiv endres til et system med en primæranalyse med et rent helsetjenesteperspektiv, og en sekundæranalyse med et samfunnsperspektiv der det er relevant.

Forslag fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt:

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen om å vurdere nærmere hvordan vekting av personellkonsekvenser vil påvirke ulike helsetjenester, og komme tilbake til Stortinget på eget måte.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen innhente ny kunnskap og komme tilbake til Stortinget med en konkret plan for å fremme åpenhet om legemiddelpriser nasjonalt og internasjonalt.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen sikre åpenhet om avtalepriser etter kontraktinngåelse og komme tilbake til Stortinget på egnet vis.

Forslag fra Senterpartiet og Pasientfokus:

Forslag 8

Stortinget ber regjeringen om å komme tilbake til Stortinget på egnet vis for å sikre ordninger for vurdering av usikkerhet ved sjeldne sykdommer, slik at pasienter med sjeldne sykdommer/små pasientpopulasjoner kan få reell tilgang til nye behandlinger.

Forslag fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus:

Forslag 9

Stortinget ber regjeringen slå fast at lavere dokumentasjonskrav og høyere ressursbruk ikke bare kan, men skal, aksepteres for små pasientgrupper med sjeldne og alvorlige tilstander.

Forslag 10

Stortinget ber regjeringen etablere en nasjonal finansierungsordning for sjeldne sykdommer, som sikrer rettferdig tilgang til livsviktig behandling uavhengig av lokale sykehusbudsjetter.

Forslag 11

Stortinget ber regjeringen fjerne føringen om at usikkerhet systematisk skal vektes negativt ved innføring av nye legemidler, og i stedet håndtere usikkerhet gjennom verktøy som kan støtte beslutninger og redusere usikkerhet over tid.

Forslag fra Senterpartiet:

Forslag 12

Stortinget ber regjeringen sikre at kunnskap om prioriteringer i helsetjenesten får en sentral plass i lederutdanningene, læreplanene og etterutdanningene for helse- og sosialfagene.

Forslag 13

Stortinget ber regjeringen sørge for implementering av prioriteringskriteriene i tjenesten og på egnet vis informere Stortinget årlig om status for arbeidet.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt:

Forslag 14

Stortinget ber regjeringen om å komme tilbake til Stortinget med tiltak for å begrense kommersielle aktørs overbehandling og unødig ressursbruk.

Forslag fra Fremskrittspartiet og Pasientfokus:*Forslag 15*

Stortinget ber regjeringen sikre at klinikere og brukerrepresentanter får stemmerett i Beslutningsforum.

Forslag 16

Stortinget ber regjeringen om å ikke videreføre anbud i blåreseptordningen.

Forslag fra Fremskrittspartiet:*Forslag 17*

Stortinget ber regjeringen så snart som mulig komme tilbake med en justert alternativkostnad for helse- og omsorgstjenesten basert på norske forhold.

Forslag 18

Stortinget ber regjeringen umiddelbart justere dagens alternativkostnad for helse- og omsorgstjenesten for prisstigning fra den ble innført til og med 2024.

Forslag 19

Stortinget ber regjeringen årlig inflasjonsjustere alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten i samsvar med øvrig prisstigning frem til ny justert alternativkostnad basert på norske forhold er bestemt.

5. Komiteens tilråding

Komiteens tilråding I og IV fremmes av en samlet komité.

Komiteens tilråding II fremmes av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Kristelig Folkeparti.

Komiteens tilråding III fremmes av komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til meldingen og rår Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

I

Stortinget ber regjeringen sikre at et anbud på folke-trygdfinansierte legemidler ikke vil føre til tvungent bytte av legemidler, for pasienter som står på allerede godkjente medisiner.

II

Stortinget ber regjeringen utrede et sikrere anslag på alternativkostnaden for helse- og omsorgstjenesten i Norge, basert på norske data. Stortinget ber regjeringen i mellomtiden, innen utgangen av 2025, gjøre en hurtig utredning basert på tilgjengelige data med mål om å justere dagens alternativkostnad for pris- og produktivtetsutvikling inntil det sikrere anslaget er på plass.

III

Stortinget ber regjeringen sørge for at Norge tar en ledende rolle i å arbeide for større åpenhet i markedene for medisinske produkter i internasjonale fora.

IV

Meld. St. 21 (2024–2025) – Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 27. mai 2025

Tone Wilhelmsen Trøen

leder

Truls Vasvik

ordfører

