

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

**Vår referanse:**

14/01566-5

**Deres referanse:****Dato:**

12.03.2015

**Saksbehandler:**

Elisabeth Arntzen, +47 959 67 889

## Høring - NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 13. november 2014. Helse Sør-Øst RHF takker for utsettelse av høringsfrist fra 20. februar til 13. mars.

Helseforetakene er egne høringsinstanser, men har gitt innspill til Helse Sør-Øst RHF sin uttalelse. Det har også vært møter med de konserntillitsvalgte og det regionale brukerutvalget der de har gitt innspill til høringssvaret. Det regionale brukerutvalget har også utarbeidet eget høringssvar, som vedlegges. Høringssvaret er også forelagt styret i Helse Sør-Øst RHF i styremøte 12. mars 2015, sak 19-2015.

### 1. Generelt

Helse Sør-Øst RHF ser behovet for en ny gjennomgang av hvordan helsetjenestens ressurser fordeles og prioriteres. Denne offentlige utredningen vil etter vår oppfatning være et første skritt på veien i en lengre prosess for å utarbeide nye føringer, som kan være egnet til å møte dagens og morgendagens prioriteringsutfordringer.

Utvalget fikk i mandat å vurdere prinsipper for prioritering, kriterier, virkemidler og prosesser, som har bred samfunnmessig forankring, og som kan hjelpe helsepersonell å prioritere i samsvar med overordnede verdier. Helse Sør-Øst RHF mener utvalget har gjort et solid arbeid.

Mange av forslagene vil kreve nærmere konkretisering for å kunne brukes i den praktiske hverdagen. Utvalget hadde imidlertid ikke i sitt mandat å operasjonalisere forslagene nærmere, for eksempel gjennom å utarbeide utkast til lovtekst. Arbeidet med høringssvaret i Helse Sør-Øst har derfor, i likhet med den offentlige debatten, vist at det er rom for tolkninger av hva utvalgets forslag innebærer. Utredningen oppleves også av mange som teoretisk og vanskelig å forstå.

Helse Sør-Øst RHF ser det derfor som viktig at det arbeides videre med å konkretisere hvordan de ulike forslagene kan operasjonaliseres, og etter hvert implementeres. Helse Sør-Øst RHF har

*Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF, og 11 datterselskap. I tillegg leveres sykehustjenester i regionen av privateide sykehus, etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

forstått det slik at dette allerede ligger i departementets planer, og ser frem til å bidra i et slikt arbeid.

Helse Sør-Øst RHF mener det er behov for et godt verdibasert rammeverk, som legger til rette for en levende debatt og åpen dialog om vanskelige valg på alle fagområder og på ulike nivå. Et rammeverk som hjelper ledere og andre til å håndtere usikkerhet, dilemmaer og paradokser.

## 2. Prinsipper for prioritering

Utvalget mener prioriteringsarbeidet bør bygge på fire hovedprinsipper:

1. Prioriteringer bør bidra til "flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt"
2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning
4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler

Utvalget legger i utredningen opp til en enhetlig bruk av kriterier og virkemidler, og Helse Sør-Øst RHF støtter de fire hovedprinsippene. Hovedprinsippet om "flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt" er kanskje det mest krevende av prinsippene, da det ofte vil være en motsetning mellom enkeltindividets interesse ved alvorlig sykdom, og hensynet til samfunnsmessig fordeling.

Klare kriterier vil heller ikke alltid være en garanti for at tjenestene oppleves som likeverdige og rettferdig fordelt, da det i prioritering ligger implisitte verdispørsmål uten nøytrale svar. Jfr. brukerutvalgets uttalelse hvor det stilles spørsmål om hvor klare kriterier kan bli, når det er mange aktører og ulike interesser. Noen ganger vil det være ønskelig å tillegge pasientenes ønsker og opplevd livskvalitet større vekt, enn de etablerte kriteriene skulle tilsi.

Helse Sør-Øst RHF slutter seg til betydningen av gode beslutningsprosesser i prioriteringsarbeid, med systematikk, åpenhet og brukermedvirkning.

## 3. Kriterier for prioritering

Utvalget mener at dagens kriterier i hovedsak er gode, men ønsker å styrke prioriteringsarbeidet gjennom nye og oppdaterte kriterier og et tydeligere innhold. Utvalget mener følgende kriterier bør vurderes samlet og gjelde i hele helsetjenesten:

1. **Helsegevinst:** Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst (og annen relevant velferdsgevinst) fra tiltaket.
2. **Ressurs:** Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.
3. **Helsetap:** Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst.

### *Ad 1. Helsegevinst*

Kriteriet fremhever helsegevinster i form av gode leveår, og åpner samtidig for at andre relevante velferdsgevinster kan ha betydning for prioritering. Slik Helse Sør-Øst forstår dette, vil helsegevinstkriteriet gi større legitimitet til tidlig innsats både på individnivå (mer effektiv behandling tidlig i livsløpet) og systemnivå (mer til forebygging).

Tidlig innsats fra spesialisthelsetjenesten forutsetter eksempelvis at henvisningene til spesialisthelsetjenesten gir et tilstrekkelig grunnlag for å prioritere pasienter innen psykisk helsevern og TSB, der det trengs tidlig intervensjon og forebyggende tiltak.

### ***Ad 2. Ressurser***

Det understrekes i NOUen at ressurser ikke bare handler om penger. Kombinasjonen av ressurskriteriet og helsegevinstkriteriet er ment å erstatte kostnadseffektivitet. Det er en viktig presisering at kriteriet nå ikke bare gir assosiasjoner til økonomi og støttes av Helse Sør-Øst RHF.

### ***Ad 3. Helsetap***

Utvalget har erstattet alvorlighetskriteriet med begrepet "helsetap", gjennom å prioritere/gi ekstra vekt til de som har størst helsetap beregnet som tapte leveår. Helse Sør-Øst RHF ser at bruken av begrepet "helsetap" kan bidra til en riktigere og overordnet mer rettferdig fordeling av ressurser og prioritering, hvor hele livsløpet tas i betraktning.

Det kan dog bli en formidlingsutfordring, at «mindre alvorlige» tilstander med stor helsegevinst og stort potensielt helsetap prioriteres foran «alvorlige» tilstander. For eksempel at en velger å prioritere forebyggende behandling foran pasienter som kommer til å dø av kreft. Det er lett å akseptere i teorien, men kanskje ikke for individet som rammes og deres omgivelser.

Helsegevinst krever dokumentasjon om nytteverdi. Ved livsvarig eller langvarig sykdom (stort helsetap), sier utvalget at det kan være mindre krav til dokumentasjon av helsegevinst, og det foretas en helhetlig avveining med større vekt på helsetapskriteriet. Slik Helse Sør-Øst RHF ser det må helsetapskriteriet operasjonaliseres, for å være egnet til bruk ved for eksempel rettighetsvurderinger.

Bruken av en trappetrinnsmodell basert på tre grader av helsetap, for å avgjøre samfunnets betalingsvilje, vil neppe være uproblematisk. Det å havne på den ene eller annen side av grenseverdiene får stor betydning for den enkelte pasient eller pasientgruppe. Trinnsmodellen medfører at metoder med en tilsynelatende lavere kostnad kan bli besluttet ikke innført, noe som kan bli vanskelig å forsvare. I forbindelse med et nødvendig arbeid for å få et estimat for kostnad per gode leveår vunnet i helsetjenesten, og estimert helsetap ved flere ulike sykdomstilstander, kunne en mer gradert eller kontinuerlig modell vurderes.

## **4. Virkemidler**

### **4.1 Finansieringsordninger som prioriteringsverktøy**

Helse Sør-Øst RHF støtter utvalgets anbefalinger om at finansieringsordninger utformes slik at de understøtter beslutninger som samsvarer med de overordnede prioriteringskriteriene. Det er imidlertid behov for mer kunnskap om hvordan økt refusjon / takst fra innsatsstyrt finansiering (ISF), og innbyrdes vektning innen ISF-systemet, påvirker ressursfordelingen og dermed prioritering.

Videre støttes at det skaffes mer kunnskap om finansieringsordninger og henvisningspraksis – og at det settes i verk tiltak for å redusere variasjon i praksis.

### **4.2 Egenbetaling som prioriteringsverktøy**

Helse Sør-Øst RHF ser at utvalgets forslag om bruk av egenbetaling ved ressurskrevende behandling med liten helsegevinst, og for tilstander med lite helsetap, kan være virkemiddel for

prioritering. Behovet for å beholde kompetanse innenfor det offentlige tilsier at tjenestene bør ytes i det offentlige, men med differensierte/høyere egenandeler. Dette må imidlertid utredes nærmere.

Helse Sør-Øst RHF støtter brukerutvalgets synspunkt om at det bør foretas en bred gjennomgang av egenbetalingssystemet.

#### **4.3 Juridiske virkemidler**

Helse Sør-Øst RHF deler utvalgets oppfatning om at dagens lovverk er for fragmentert. Både plikten til å prioritere, og hvilke kriterier som skal legges til grunn, bør synliggjøres bedre i lovverket. Dette kan gjøres ved å utforme en overordnet prioriteringsbestemmelse som forankrer verdigrunlaget. Det bør også vurderes om det er behov for egne bestemmelser for eksempel i spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven, slik utvalget også foreslår. Helse Sør-Øst RHF støtter utvalgets uttalelse om at det er "særlig viktig at helsepersonell har et medansvar for å forvalte samfunnets ressurser på en forsvarlig måte.

Vedtatte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven trer i kraft høsten 2015. Alle pasienter med behov for spesialisthelsetjenester skal da få rett til nødvendig helsehjelp med en juridisk frist for når helsehjelpen (i form av utredning eller behandling) senest skal starte. Dagens alvorlighetskriterium er i forslaget til nye bestemmelser i prioriteringsforskriftentatt ut, slik at det ser ut som alvorlighet først kommer inn ved fristfastsettelsen. Erfaringene fra arbeidet med å revidere prioriteringsveilederne er at denne endringen er vanskelig å forstå og operasjonalisere, særlig ved mottak av henvisninger, som gjerne ikke tolkes som alvorlige (f.eks plastikk-kirurgi).

Utvalgets forslag til kriterier, som er ment å skulle gjelde på alle nivåer, innebærer at alvorlighetskriteriet tas inn igjen (helsetap). Helse Sør-Øst RHF mener dette er riktig, men at det kan være grunn til å se særlig på om det er behov for egne kriterier for å vurdere "inngangsporten" til spesialisthelsetjenesten. Vi viser i denne forbindelse til behovet for å identifisere den nedre grensen, det vil si hvilke tilstander som ikke skal behandles i spesialisthelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF mener imidlertid at det ikke er ønskelig å bidra til ytterligere rettsliggjøring ved å styrke bruken av juss som virkemiddel i selve pasientforløpet. Det må dokumenteres at medisinsk forsvarlighet og skjønn ligger til grunn, og det bør ikke legges opp til vedtaksliknende beslutninger som skal kunne overprøves enkeltvis.

Forholdet til forsvarlighetsbegrepet burde, slik vi ser det, ha vært nærmere drøftet i utredningen. Dette mener vi er viktig at departementet følger opp i det videre arbeidet.

#### **4.4 Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering**

Helse Sør-Øst RHF støtter at Nasjonalt råd kvalitet og prioritering får en tydeligere rolle og mandat innen prioritering. På samme måte som helseforetakene kan søke råd hos de kliniske etikk-komiteene i verdispørsmål, bør de regionale helseforetakenes Beslutningsforum, og andre beslutningstakere, kunne søke råd hos Nasjonalt råd for åpen debatt, før det tas beslutninger om prioritering av samfunnets ressurser.

#### **4.5 Beslutningsforum - det nasjonale systemet**

I motsetning til tidligere kriterier, kan de nye kriteriene lettere beskrives presist og gjøres målbare i forhold til konkrete problemstillinger, og slik sett bidra til større åpenhet og felles forståelse for nødvendige prioriteringer i Beslutningsforum.

Den praktiske anvendelsen av de nye prioriteringskriteriene i det nasjonale systemet og Beslutningsforum, forutsetter at det, slik utvalget påpeker, må gjøres et arbeid med å finne et estimat for kostnad per gode leveår vunnet i den norske helsetjeneste, og estimert helsetap ved flere ulike sykdomstilstander. Det er i den forbindelse viktig at det legges opp til en prosess, slik at de nye prioriteringskriteriene kan implementeres i det nasjonale system i en form som har bred aksept.

Beslutningsforum har måtte tåle kritikk for lukkethet. Denne lukketheten er en konsekvens av industriens ønske og krav om hemmelige priser. Om dette sier utvalget bl.a.: «Utvalget mener at fordelene ved åpenhet om kostnader og priser er at alle aktører vet hva som er premissene for vurderinger og beslutninger knyttet til ny teknologi og nye legemidler som skal tas i bruk. Hvis det ikke er åpenhet om prisene, kan ikke pasienter, media og allmennheten vurdere om det foregår likebehandling, eller om prioriteringene er forutsigbare eller ikke.» og «Utvalget mener at kommunikasjonsbransjen, industri, pasientforeninger, spesialister og andre som driver lobbyvirksomhet, også bør være åpne om sin virksomhet og sine økonomiske interesser.»

Det er i likhet med en god prosess, som sikrer bred aksept for bruken av de nye prioriteringskriteriene, ønskelig med en tilsvarende prosess på spørsmålet om åpenhet i forhold til priser. Differansen mellom eksisterende og ny behandling. Hvordan gjøre dette riktig, rettferdig og likt? Noen metoder endres ofte og øker utgiftsnivået. Vi ser mer på differansen på gammel og ny behandling, enn summen på den totale behandlingen/tilbudet. De behandlingsformer som endres sjelden, kan med dagens kriterier se ut som blir veldig mye dyrere ved endring, men kan reelt sett være billigere enn andre behandlingsformer der det er hyppigere endringer.

Helse Sør-Øst RHF mener det er ønskelig med en bred prosess som kan gi det nasjonale systemet for innføring av nye metoder, og Beslutningsforum, beslutningskriterier som har bred aksept. Det handler om en rettferdig og likeverdig fordeling av helsetjenestens ressurser.

Med vennlig hilsen  
Helse Sør-Øst RHF



Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør



Alice Beathe Andersgaard  
direktør medisin og helsefag

Vedlegg:

1. Brukerutvalgets innspill til høring om NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten (20.02.15)
2. Styresak 019-2015 NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten – forslag til høringssvar

