



Høringsuttalelse til NOU 2014:12 Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten

EIVE ESARK-03-201500090-20

Hva saken gjelder:

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut «NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten» på høring med frist 20. februar 2015. Prioriteringsutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon den 21. juni 2013 med mandat om å vurdere prinsipper, kriterier og virkemidler for prioritering i helsetjenesten samt vurdere prosess for brukermedvirkning, åpenhet, oppslutning og implementering.

Kommunene er ikke omfattet av dagens prioriteringsforskrift og det er heller ikke etablert felles prinsipper og kriterier for prioritering i primærhelsetjenesten. NOU 2014:12 peker på at prioriteringsarbeidet i Norge bør styres etter felles prinsipper for god prioritering, og foreslår følgende kriterier som verktøy for å gjøre prioriteringer i både primær- og spesialisthelsetjenesten:

Helsegevinstkriteriet: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst (og annen relevant velferdsgevinst fra tiltaket)

Ressurskriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på

Helsetapskriteriet: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst

Byrådet er enig i at klare prinsipper og kriterier er viktig for god prioritering, og at prosessene rundt prioriteringer i helsevesenet må være transparente og åpne opp for brukermedvirkning. Byrådet støtter utredningens vurdering av at grupper med stort forventet «helsetap» opp-prioriteres, og gir tilslutning til kapitlet om egenbetaling og forslaget om å redusere eller fjerne egenandel for behandling av typen «stor helsegevinst - lav betalingsvilje for helsehjelp».

Byrådet oppfatter at utvalgets valgte kriterier i mindre grad er tilpasset som et verktøy for kommunenes prioriteringer. I kommunene gir lokale politiske beslutninger, krav til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester i tråd med forskrifter og lovverk, og pasienters lovfestede rettigheter betydelige rammer for prioriteringer. Byrådet mener at utredningen mangler en tilstrekkelig drøfting av hvordan kriteriene kan anvendes i en kommunal helse- og omsorgskontekst. Byrådet mener videre at utvalget i all hovedsak har diskutert prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, og at det følgelig ikke er lagt nok vekt på i hvilken grad og på hvilken måte prioritering begrunnet i forhold i spesialisthelsetjenesten vil kunne påvirke ressursbruken i kommunene. Både behandling som gjennomføres i sykehus, og utredninger og behandlinger som ikke prioriteres i sykehus, vil få konsekvenser for kommunene.

Utvalget foreslår at prioriteringskriteriene skal benyttes i hele bredden fra overordnede nasjonale prioriteringer til lokale kliniske prioriteringer. Byrådet mener at utvalget kunne ha lagt mer vekt på den forventede demografiutviklingens konsekvenser for prioritering mellom spesialisthelsetjenester og kommunehelse- og omsorgstjenester.

Byrådet vil rette oppmerksomhet mot prioriteringsutvalgets indirekte vekting av alder (kvalitetsjusterte leveår). En slik vekting kan medføre nedprioritering av eldre som gruppe. Byrådet vil understreke at helsegevinst også handler om livskvalitet og muligheten til å klare seg selv.

Byrådet mener at felles prioriteringskriterier for hele helsetjenesten kan være et godt utgangspunkt, særlig med tanke på å diskutere overordnet fordeling av økonomiske rammer i helsetjenesten. Satsing på folkehelse er en felles oppgave i helsetjenestene som vil kunne gi stor positiv effekt på lang sikt. Folkehelseinstituttet viser til at kosthold, fysisk inaktivitet og røyking er blant de viktigste faktorene som påvirker sykdomsbyrden i Norge. Byrådet etterlyser en bedre utredning og beskrivelse av hvordan de anbefalte kriteriene for eksempel skal kunne anvendes for å få til en felles prioritering av virkemidler til forebygging og folkehelsearbeid.

Begrunnelse for fremleggelse for bystyret:

Byrådets fullmakter § 7: Byrådet avgir høringsuttalelser på vegne av Bergen kommune. Høringsuttalelser i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av bystyret. Denne saken er av prinsipiell karakter.

Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:

[Bergen kommune avgir høringsuttalelse i samsvar med saksutredningen.](#)

Dato: 10. februar 2015

Dette dokumentet er godkjent elektronisk.

Martin Smith-Sivertsen
byrådsleder

Hilde Onarheim
byråd for helse og omsorg

Vedlegg:

Høringsbrev - NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten

Høringsnotat - NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten

Saksutredning:

Utvalget går grundig gjennom en rekke forhold som bekrefter usikkerhet knyttet til grunnlag for prioriteringer. Likevel uttaler utvalget at vanskelige valg bør følge prinsipper, kriterier og prosedyrer som «er mer enn veiledende. De binder beslutningstakeren til masten og bør følges, nettopp når det stormer som verst.»

Utvalget foreslår følgende overordnede kriterier for prioritering:

Helsegevinstkriteriet: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst og annen relevant velferdsgevinst fra tiltaket

Ressurskriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på

Helsetapskriteriet: Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst

På bakgrunn av disse kriteriene foreslår utvalget beregning/anslag av en brøk som skal understøtte arbeidet med prioriteringer. Utvalget påpeker usikkerhet ved kriteriene, og at det er behov for videre utredninger og vurderinger av en stor del av de forholdene som beskrives i utredningen. Det vies likevel liten oppmerksomhet til risikoen ved på usikkert grunnlag å anslå en størrelse, som kan komme til å bli oppfattet som mer objektiv enn det er grunnlag for.

Det er ikke gjort godt nok rede for begrunnelsen for at begrepene «helsegevinst», «ressurs» og «helsetap» oppfattes som bedre egnet for konkretisering enn de begrepene som hittil har vært brukt; «nytte», «alvorlighet» og «kostnadseffektivitet», særlig ikke i møtet med den enkelte pasient.

En rekke forhold av betydning for prioritering er ikke belyst, og det er behov for videre utredninger før det foreligger tilstrekkelig grunnlag for en stortingsmelding.

Beslutningsgrunnlag på ulike nivåer

Utvalget påpeker at kriteriene bør ses i sammenheng med hverandre og bør gjelde i hele helsetjenesten. Det betyr at de er ment å danne utgangspunkt for prioritering i svært ulike beslutningssituasjoner. Blant annet er de ment å veilede beslutningstakere på nasjonalt ledelsesnivå og helsepersonell i deres kliniske arbeid, også i de tilfeller hvor det ikke foreligger fullstendige, økonomiske analyser.

Det vil være vanskelig å legge de samme kriteriene til grunn for overordnede beslutninger om prioritering, og beslutninger tatt i møte med den enkelte pasient. Overordnede vurderinger vil alltid måtte bygge på vurderinger gjort på bakgrunn av store grupper av pasienter, men i møtet med den enkelte pasient har vi ingen verktøy for å være sikre på at akkurat denne pasienten har de samme kjennetegnene som gruppen.

Beregning av helsegevinst, ressursbruk og helsetap

De foreslåtte kriteriene forutsetter i mange sammenhenger at man kjenner pasientenes diagnose. Dette understøtter at kriteriene er best egnet til å gjøre prioriteringer på overordnet nivå. Pasienter oppsøker oftest ikke helsevesenet med en diagnose, men med ett eller flere symptomer og plager. Fastlegen behandler som oftest sine pasienter selv. Noen pasienter trenger henvisning til spesialisthelsetjenesten for diagnostikk med påfølgende behandling. Pasientens diagnose hjelper derfor ikke alltid fastlegen i vurderingen av om pasienten skal prioriteres for henvisning.

Jo eldre pasienten er, og jo mer sammensatt tilstanden er, desto større behov er det for avansert utstyr for å stille en diagnose. Det kan mange ganger være slik at en person over 80 år trenger MR for at diagnosen skal bli stilt, mens en 40-åring kan få samme diagnose stilt hos sin fastlege. Eksempelvis kan et hjerteinfarkt hos en ellers sprek 80-åring vise seg kun i form av mental svikt eller forvirring. En MR vil kunne utelukke hjerneslag og bidra til at diagnosen hjerteinfarkt blir stilt i tide. 50-åringen med

hjerterinfarkt vil få akutte brystmerter med utstråling til venstre arm, karakteristiske forandringer på EKG og blodprøver, og vil ikke tenger MR av hjernen.

Utvalgets har ensidig valgt QALY (kvalitetsjusterte leveår) som definitor for «gode leveår». Det er ingen balansert beskrivelse av begrensningene ved QALY-verktøyet. Det nevnes kun at det ikke er ferdig utviklet og at det har noen mangler, men dette konkretiseres ikke. Begrensningene med verktøyet må belyses bedre, og før det er gjort er det ikke grunnlag for å foreslå det som verktøy.

Spesialisthelsetjenestefokus

Utvalget har i det vesentlige diskutert prioriteringer i spesialisthelsetjenesten. Dette gjør utredningen ufullstendig. Samhandlingsreformen legger til grunn at bedre samhandling mellom sykehus og kommuner skal gi bedre pasientbehandling. Det er ikke lagt nok vekt på i hvilken grad og på hvilken måte prioritering begrunnet i forhold i spesialisthelsetjenesten vil kunne påvirke ressurser i kommunene. Både behandling som er igangsatt i sykehus, og utredninger og behandlinger som ikke utføres i sykehus, vil kunne få konsekvenser for kommunene.

Bruker Norge mye ressurser på helse?

NOU 2014:12 legger til grunn at Norge har høy tetthet av helsepersonell og stiller spørsmål ved om Norge får nok ut av sine helseressurser (kap 2.1.2) De tar her utgangspunkt i OECD-sammenligninger av land, uten å ta høyde for at denne sammenligningen bygger på de enkelte lands egne statistikker og derfor ikke er direkte sammenlignbare. Tettheten av sykepleiere slik SSB har rapportert dette, sier noe om hvor mange sykepleiere som finnes i Norge, og ikke hvor mange årsverk som ytes av sykepleiere i helsetjenesten. Utvalget korrigerer påstanden som ofte har blitt gjentatt om at Norge bruker om lag dobbelt så mye på helseutgifter som gjennomsnittet for OECD landene. De peker på at dersom det justeres for visse forskjeller i regnskapsføring og sammenlikner helsekostnadene som andel av BNP, ligger Norge under OECD-gjennomsnittet (kap 4.3.2). Antall sykehussenger i Norge er nærmest halvert de siste 30 årene, og Norge et av landene i OECD med færrest sykehussenger i forhold til innbyggertallet, og er et av landene med kortest liggetid i sykehus.

Utvalget har valgt å ta utgangspunkt i at de offentlige helsebudsjetter i hovedsak er gitt (pkt 10.2). Likevel er det slik at beslutningstakere kan velge å øke helsebudsjettet og øke kapasiteten i sykehusene. Dette er ikke diskutert i høringsnotatet, men kan være nødvendig for å møte økningen i antall eldre, nye virus (pandemi) og motstandsdyktige bakterier.

Utgifter knyttet til utdanning av helsepersonell

Utvalget har ikke kommentert den utgiften knyttet til helsetjenesten som utdanning av helsepersonell utgjør. Er det en god utnyttelse av ressursene at ikke alle ferdigutdannede leger blir tilbud turnustjeneste? Hva er utgiftene ved å utdanne et stort antall sykepleiere som enten jobber deltid, eller som jobber i helt andre yrker?

Utvalget refererer til resultatet av «ren kosmetisk kirurgi» som bør holdes utenfor når man vurderer gevinster. Likevel utelater man å diskutere betydningen av «ren kosmetisk kirurgi» for helseutgiftene/ressurstilgangen. For det første er det knyttet kostnader til grunnutdanningen av leger, og i tillegg kommer videreutdanningen til spesialist i plastisk kirurgi. «Lekkasje» av ferdig utdannende spesialister fra offentlig finansierte sykehus til åpenbart uprioriterte aktiviteter, vil kunne påvirke ressurstilgangen til behandlinger som eller er prioritert. I Boks 3.2 «Prioritering av brystrekonstruksjon og mulige konsekvenser for pasienter» viser utvalget at en prioritering av brystrekonstruksjon falt sammen med et fall i antallet leppe- og ganespalteoperasjoner. Begge deler er operasjoner utført av spesialister i plastisk kirurgi. En tilsvarende sammenligning av tilbud til personer med medisinsk indikasjon for plastisk kirurgi og forholdet til etablering av tilbud innen «ren kosmetisk kirurgi» (og dermed «lekkasje» av spesialister) ville ha nyansert bildet. En gjennomgang av konsekvensene for ressursbruk og ressurstilgang av etablering av ulike private tilbud innenfor en rekke spesialiteter hadde også vært nyttig i

en ressurs- og prioriteringsgjennomgang. Professor Olav Helge Førde ved Universitetet i Tromsø er en av flere som setter søkelyset på «tilbudsdrevet etterspørsel». Når man etablerer et tilbud, oppstår et «behov».

Finansiering av fastlegene og betydning for prioritering og ressursbruk

Fastlegereformen innebar at hver innbygger skulle kunne stå på en leges «pasientliste», og dette skulle bidra til en bedre pasientbehandling. Samtidig ble det innført en finansiering av fastlegeordningen som gjør at fastlegen er selvstendig næringsdrivende, og får sin inntekt vesentlig bestemt av hvor mange pasienter som står på listen (per capita-tilskudd), og dels hvor mange pasienter som behandles pr tidsenhet. Problemstillinger knyttet til finansiering av fastlegeordningen diskuteres i notatet, og det påpekes at det kan være utfordrende å være tilbakeholdende med henvisninger og videre undersøkelser ut fra et ønske om å følge prioriteringsråd, hvis dette fører til at pasienten skifter fastlege og legen mister per capita-tilskuddet. I tillegg kommer ubehaget ved å få misfornøyde pasienter, bli hengt ut i media eller på www.legelisten.no. Dette kan for noen være en driver mot å gi pasienten det de ber om. Det er en fare for at portvokterrollen svekkes og legen kan få en rolle som ekspeditør for pasienters ønsker. Dersom legen ikke henviser pasienten til videre undersøkelser og/eller behandling, vil enkelte pasientgrupper velge å oppsøke private helsetjenester som utfører undersøkelser og behandling uten henvisning fra fastlege.

Utvalget legger vekt på fastlegens rolle som «portvokter». I tillegg er fastlegene viktige som selvstendige utredere og behandlere, og ikke minst som samarbeidspartnere for øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Finansiering og organisering av fastlegene kan tenkes å ha betydning for den totale ressursutnyttelsen i primærhelsetjenesten. Dette har ikke utvalget belyst.

Hvem legger inn i sykehus?

Professor Anders Grimso ved NTNU har i flere sammenhenger påpekt at grovt regnet er legevakten og spesialisten på poliklinikken ved sykehusene ansvarlige for hver sin halvpart av innleggelsene i sykehus. Allmennlegen og legevaktslegen har en portvaktfunksjon, men det har også spesialisten på poliklinikken. Andre hensyn enn pasientbehandlingen kan få betydning for om pasienten tas imot på poliklinikken, og om pasienten tas tilbake til kontroll. Sykehusene er opplæringsarenaer for medisinstudenter og legespesialister i tillegg til sykepleiere og andre helseprofesjoner. Det er uklart i hvilken grad hensynet til kvaliteten for utdanningskandidatene påvirker tilbudet som pasienten får (prioriteringen). Det er ikke urimelig at det tas hensyn til utdanningsverdien av pasientkonsultasjoner. Dette er ikke diskutert av utvalget.

Betydningen av spesialisthelsetjenesten som «portvokter» eller driver for kommunenes utgifter

På samme måte som fastlegene henviser til spesialisthelsetjenesten, kan man betrakte en utskrivning av pasienter som trenger videre oppfølging som en «henvisning» til kommunehelsetjenesten. Stadig færre sykehussenger og kortere liggetid i sykehus, virker sammen med at flere pasienter overlever alvorlige ulykker og sykdommer, slik at kommunale helse- og omsorgstjenester stadig får flere, mer kompliserte og dyrere oppgaver. Det bør utredes på hvilken måte en prioritering av tilgang til spesialisthelsetjenester etter de foreslåtte kriteriene vil kunne påvirke ressursene i kommunehelsetjenesten. Alle bor i en kommune og har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. De som ikke får et tilbud i spesialisthelsetjenesten, må som regel få et annet tilbud i kommunen.

Sosial ulikhet i helse

Utvalget peker på at det ikke bare er helsesektoren som påvirker helsetilstanden i befolkningen, men også faktorer utenfor sektoren som utdanning, velferd, arbeidsliv, fysisk miljø, næringsmidler, avgifter, lovgivning (for eksempel røykelov), kosthold, levevaner og sosial ulikhet (kap 4.1). Helsedirektoratet har nylig påpekt at det er betydelige sosiale ulikheter i helse i Norge. Nesten tre ganger så mange leveår gikk tapt blant menn med kun grunnskoleutdanning, som blant menn med høyere universitetsutdanning i 2010. Også blant kvinner, som har mindre sosiale forskjeller i dødelighet enn menn, går langt mer enn dobbelt så mange leveår tapt.

Utvalget peker også på at de sosiale betingelsene for ulikhet i helse til dels ligger utenfor helsesektoren. Fordeling av inntekt, bosted, utdanning og levevaner påvirker ulikhet i helse. For å redusere uakseptable forskjeller i helse må fordelingen av de sosiale helsedeterminantene endres.

Forebygging og folkehelse

Utvalget påpeker at det må være et viktig framskritt for folkehelsen å ha et sektorovergripende perspektiv på helsekonsekvenser av tiltak og reguleringer i andre sektorer (kap 1.2). Det er usikkert på hvilken måte de anbefalte kriteriene kan bidra i prioritering av folkehelsearbeidet. De fleste virkemidlene ligger til sektorer utenfor helsesektoren.

Ifølge rapporten «Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHO's mål», Helsedirektoratet 2013, er målet å redusere for tidlig dødelighet av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- karsykdom, kreft og diabetes type 2 med 25 % innen år 2025, ved forebyggende tiltak. Dette forutsetter en prioritering av det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet.

Folkehelseinstituttet viser at kosthold, fysisk inaktivitet og røyking er blant de viktigste faktorene som påvirker sykdomsbyrden i Norge.