

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011, Dep
0030 Oslo

Vår fil: B15-AA03
Vårt Arkiv: 402
Saksbehandler: Arnfinn Aarnes

Oslo 2. februar 2015

NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten

FFO viser til NOU 2014:12 Åpent rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, og vil med dette gi noen kommentarer og synspunkter til forslagene.

FFOs hovedsynspunkter

- FFO støtter forslaget til nye hovedkriterier for prioritering.
- FFO savner en drøfting av hovedkriteriene sett opp mot dagens kriterier.
- FFO støtter vurderingen av at tilleggskriteriene ikke kan vurderes alene, men må ses opp mot hovedkriteriene. Men de må kunne vektlegges i sammenhenger det er relevant.
- FFO mener at det må ses nærmere på nedprioriteringen av pasienter som beregnes å ha få tapte leveår.
- FFO støtter utvalgets forslag om åpenhet og brukermedvirkning på alle nivåer i prioriteringsprosesser.
- FFO støtter ikke forslaget om å flytte brukerrepresentantene fra et nytt nasjonalt råd for prioriteringer til en referansegruppe.
- FFO mener at virkemidlene om å la lov og forskrift understøtte prioriteringskriteriene er fornuftig.
- FFO mener at grenseverdier og QALY kan brukes som beslutningsstøtte på et overordnet nivå.
- FFO mener spørsmålet om differensiert egenbetaling må drøftes grundigere hvor brukerorganisasjonene er med, før det fattes en beslutning.
- FFO mener at styringen med spesialistutdanningene må bli enda tydeligere for å sikre at alle fagområdene i spesialisthelsetjenesten blir tilstrekkelig dekket.

Innledning

Målet for helsetjenesten er at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Dette er grunnleggende prinsipper som helsetjenesten bygger på, og som er førende for hvordan vi vil at helsetjenesten skal innrette sin virksomhet.

For å nå dette målet er det nødvendig å gjøre prioriteringer som sikrer at de som har størst behov for helsetjenester prioriteres først. Dette er også grunnlaget som dagens prioriteringsforskrift er tuftet på.

Utvalget har etter FFOs oppfatning kommet med mange gode forslag i sin utredning. Vi mener imidlertid at det er sider ved flere av forslagene som trenger grundigere drøfting. Det er særlig viktig å drøfte om forslag til nye hovedkriterier påvirker målet og verdigrunnlaget nevnt over.

Videre hadde FFO sett at utvalget i større grad hadde drøftet de nåværende kriterier opp mot de foreslåtte kriteriene, slik det lå i mandatet. Helsetapkriteriet burde for eksempel vært vurdert opp i mot alvorlighetskriteriet for å se hvilke implikasjoner de to ulike kriteriene innebærer.

Den helseøkonomiske delen av utredningen kan være vanskelig å få tak på, og hvilken betydning og vekt de ulike elementene vil få på prioriteringer. Etter vår oppfatning kan grenseverdier og QALY benyttes som beslutningsstøtte på et overordnet nivå, men ikke på individnivå.

Utvalget har heller ikke vurdert behovet for styring av spesialistutdanningene, som også er en viktig del av prioriteringen – å styre utdanningene mot de områdene der det er størst behov.

FFO savner også en drøfting av problemet med overdiagnostisering og overbehandling. Dette er også viktige problemstillinger knyttet til prioriteringsdiskusjonen.

Nye kriterier for riktig prioritering

Utvalget mener at god prioritering må følge "klare og velfunderte" prioriteringskriterier, for å hjelpe beslutningstakere til å fatte de riktige prioriteringene. FFO er enig i dette. Utvalget mener videre at dagens kriterier ikke er operasjonaliserbare nok og må erstattes med nye kriterier. De nye kriteriene tar opp i seg mye av dagens kriterier, og mener at *"prioriteringsarbeidet kan styrkes av ny terminologi og inndeling, noe endret innhold og større grad av konkretisering av hva kriteriene betyr? i praksis."*

FFO kan støtte en slik vurdering, men vi savner allikevel en nærmere drøfting mellom de nåværende kriteriene og de foreslåtte kriteriene. På den måten hadde det vært lettere å se hva som skilte de ulike kriteriene. I særlig grad hadde det vært fruktbart om utvalget hadde gjort en sammenligning mellom alvorlighetskriteriet og helsetapkriteriet. Vi oppfatter at alvorlighetskriteriet handler om hastegrad for ulike tilstander uavhengig av størrelsen på helsetapet over tid, mens helsetapkriteriet bruker helsetap vurdert som tapte gode leveår i forhold til et beregnet livsløp på 80 år. Dette innebærer at de som har et beregnet helsetap over mange år vil prioriteres foran en med et alvorlig helsetap over få år, på grunn av alder.

Alvorlighetskriteriet vurderer ikke helsetap over et livsløp, men hvor raskt en bestemt tilstand må behandles uavhengig av alder. Helsetapkriteriet vil innebære, slik vi vurderer det, en lavere prioritering av eldre enn av yngre gitt samme tilstand. FFO mener at dette etiske dilemmaet burde vært drøftet mer inngående i NOUen. Det står riktignok at ingen skal nektes nødvendig helsehjelp på grunn av alder, men forslaget vil, slik vi ser det, ha en slik konsekvens. Vi etterlyser også en drøfting av kriteriene i lys av verdigrunnlaget for helsetjenesten, og om noe ved forslagene utfordrer disse verdiene jf. helsetapskriteriet og gamle pasienter.

For gruppene som FFO representerer, kronisk syke og funksjonshemmede, så vil mange av disse klassifiseres med stort helsetap over tid, noe som vil gi høy prioritet selv om helsegevinsten for tiltaket kan være lav. Dette vil kunne ivareta kronisk syke og funksjonshemmedes behov for helsetjenester bedre enn alvorlighetskriteriet gjorde, som handler om hastegrad. FFO vil støtte utvalgets forslag til nye prioriteringskriterier, men ber om at nedprioriteringen av pasienter som beregnes å tape relativt sett få gode leveår ses nærmere på.

Tilleggs-kriterier

FFO er enig i at alder, mangel på alternativt tiltak og bidrag til innovasjon ikke kan være selvstendig kriterier, men vurderes i sammenheng med hovedkriteriene. Vi mener at argumentasjonen som utvalget gjør er grundig og synliggjør hvorfor tilleggskriteriene ikke kan legges til grunn uavhengig av hovedkriteriene. Når det gjelder tilleggskriteriet om sjeldenhet så vil de fleste med en sjelden tilstand vurderes etter ett eller flere av hovedkriteriene, men i noen tilfeller vil det være nødvendig å bruke tilleggskriteriet sammen med et hovedkriterium. Det er i

tilfeller der det mangler diagnose og dokumentasjon, eller hvor det ikke er etablert noe behandlingstilbud.

Åpenhet og brukervedvirkning

FFO mener det bra at utvalget så tydelig fremhever at det må være åpenhet om prioriteringer. Vi mener også det er positivt at det settes noen klare definisjoner for hva en vurderer som åpne prosesser. Vi er også tilfreds med at utvalget foreslår at brukerne skal inkluderes i prioriteringsprosesser på alle nivåer og at åpne prosesser muliggjør sterkere brukervedvirkning i prioriteringsbeslutninger.

FFO finner det derfor svært underlig at utvalget samtidig foreslår å restrukturere Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer til et rent prioriteringsråd uten brukerrepresentanter. Forslaget går ut på å plassere brukerne i en referansegruppe som kan få tilgang til saksdokumentene til det nye prioriteringsrådet. Dette står i sterk kontrast til det utvalget sier andre steder i NOUen at brukere skal inkluderes i prioriteringer på alle nivåer. Vi mener at brukerens medvirkning i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har vært helt essensielt, fordi brukernes stemme er og vil bli nødvendig i diskusjoner og råd om prioriteringer i helsetjenesten. FFO mener derfor at brukerne må være en naturlig del av et nytt nasjonalt prioriteringsråd.

Det foreslås også å slanke blåreseptnemnda. Det vil være sannsynlig at brukerrepresentanten er den som ryker først i en slik eventuell slankeprosess. FFO mener at det fortsatt er viktig å opprettholde brukerrepresentasjonen i blåreseptnemnda.

Virkemidler for gjennomføring av prioriteringer

FFO er enig med utvalget at lovverk og forskrift må understøtte prioriteringskriteriene. Dette vil tydeliggjøre det juridiske grunnlaget for prioriteringer i helsetjenesten. Utvalget foreslår at prioriteringskriteriene framkommer i pasient- og brukerrettighetsloven, i forbindelse med "sørgefor"-ansvaret og i helsepersonelloven. Videre mener utvalget at kriteriene også må presiseres i regelverket for forhåndsgodkjent refusjon og individuell refusjon. Vi mener at dersom prioriteringskriteriene skal få en klar status, må det framkomme i alle relevante lover og forskrifter og støtter derfor utvalgets forslag.

FFO mener i likhet med utvalget, at prioriteringer er en sentral lederoppgave. En leder må ha oversikt over prioriteringskriteriene og ta i bruk relevant informasjon og styringsverktøy. Det er en leders oppgave å sikre gode prioriteringsrutiner og tydeliggjøre kriteriene som skal legges til grunn for alle vurderinger.

Det er åpenbart behov for opplæring i prioritering både av helsepersonell og brukere. FFO er enig med utvalget i at dette må være sentralt dersom prioriteringer skal gjøres både på overordnet og på klinisk nivå.

Prioritering på ulike nivåer

Utvalget mener at det går et hovedskille mellom ulike prioriteringssituasjoner og hvilket nivå de er på, samt mellom ledelsesnivå og klinisk nivå. FFO er enig i at det er hensiktsmessig å dele inn i to ulike nivåer fordi beslutningene som tas har ulik adressat. På ledelsesnivå er det overordnede prioriteringsbeslutninger som tas eller prioriteringer på gruppenivå. På klinisk nivå er prioriteringsbeslutningene direkte overfor enkeltmennesker.

På klinisk nivå foretas det tusenvis av store og små prioriteringsbeslutninger hver dag. Disse prioriteringene kan handle om hvor raskt en pasient må ha behandling, eller om en pasient skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten fra fastlege eller få behandling i primærhelsetjenesten. I en slik klinisk sammenheng vil helsepersonell alltid vurdere hvordan man kan hjelpe pasienten på en best mulig måte ut i fra de helseproblemene pasientene har. I en slik situasjon tror ikke FFO at helsepersonell først og fremst vurderer om det er kø for å få tatt røntgen eller MR, men

har fokus på å hjelpe pasienten. Vi tror heller ikke helsepersonell vil ta hensyn til at kostnadene ved tiltaket vil fortrenge andre nyttige tiltak.

Sett i en slik kontekst tror vi det ikke er så lett å se hvordan prioriteringskriteriene kan gjøres operasjonelle. Vi tror de kliniske vurderingene i stor grad vil være styrende i en hektisk hverdag. FFO stiller derfor et spørsmål om hvordan få prioriteringskriteriene til å bli en del av vurderingsgrunnlaget i en klinisk hverdag?

Bruk av QALY

Det er godt kjent at bruk av QALY er omstridt som beregningsmodell for betalingsvillighet for et kvalitetsjustert leveår. FFO mener at QALY har en slagside som gjør den uegnet å benytte på individnivå. I QALY verdsettes helsegevinster i penger uttrykt ved hvor mye samfunnet er villig til å betale for et kvalitetsjustert leveår. Dette handler for eksempel om at grupper som antas å ha et begrenset potensial for å oppnå et antall kvalitetsjusterte leveår, vil få lavere prioritet enn en person med høyt potensial for å oppnå samme antall kvalitetsjusterte leveår. Dette mener vi ikke kan benyttes på individnivå, fordi det vil skape en urettferdighet overfor individer som ikke beregnes å ha et tilstrekkelig potensial til å oppnå kvalitetsjusterte leveår.

FFO mener derfor at disse beregningene kan benyttes som beslutningsstøtte på et overordnet nivå, slik at enkeltgrupper ikke rammes av en urettferdighet med tanke på prioriteringsstatus.

Grenseverdier

Utvalget foreslår en trappetrinnsmodell for grenseverdi for et tiltaks nytte/effekt. FFO mener at grensenivåer i likhet med QALY må brukes på et overordnet nivå, fordi det kreves at den som skal foreta prioriteringen må være kjent med alle relevante tiltak som konkurrer om de samme ressursene. Vi ser ikke for oss at dette vil gjøres i en klinisk hverdag, særlig ikke hos fastlegene. Det vil sikkert være nyttig å bruke på et overordnet nivå når en vurderer å innføre nye tiltak.

Måling av helsegevinst, ressurser og helsetap

FFO har forståelse for at det må lages måleenheter for helsegevinster som beslutningsstøtte ved prioritering. Disse målingene må benyttes på et nivå som gjør at vi ikke får utilsiktede effekter når en prioriterer mellom grupper. Det er vanskelig å beregne begreper som livskvalitet ved verdsetting av helsetilstander.

Utvalget foreslår at det er helsesektorens kostnader per helsegevinst som skal legges til grunn, og ikke andre sektors gevinst. FFO støtter dette forslaget. Det å trekke inn andre sektors gevinst vil kunne gi prioritet til de som produserer verdier på andre samfunnsområder, som for eksempel tilknytning til arbeidslivet.

Det er en grunnleggende verdi i Norge at alle skal ha lik rett til behandling uten at det tas hensyn til effekter på andre samfunnsområder. Unntaket er ordningen "Raskere tilbake" som er spesielt knyttet til at yrkesaktive skal kunne komme raskere tilbake i jobb. Dette er en liten og særskilt ordning som ikke påvirker de øvrige prioriteringer.

Differensiert egenbetaling etter prioritet

Dagens egenandelsregime er en universell ordning som har vist seg å fungere godt over lang tid. Den sikrer at alle bare betaler opp til et visst nivå for helsetjenester og medisiner. Ordningen sikrer alle innbyggere en sikkerhet mot store utgifter til helsetjenester og medisiner. Ordningen har vist seg å være bærekraftig og antall frikort har de siste årene gått noe ned. Årlige økninger i egenandelstakene har kun vært knyttet opp mot prisstigningen, og har dermed medført et stabilt nivå på egenandelstaket.

FFO har vært opptatt av å opprettholde egenandelsordningen som en universell ordning, men vi er åpne for å drøfte andre løsninger som i større grad tar opp i seg en differensiering av

egenbetalingen fordi vi også ser at det er tjenester som i dag inngår i egenbetalingsordningen som ikke nødvendigvis innebærer noen vesentlig helsegevinst.

I FFO-sammenslutningen finnes det mange grupper som har store utgifter til helsetjenester som ikke kommer inn under egenandelsordningene. Dette er grupper som kan karakteriseres å ha stort helsetap over tid, og vil etter forslagene til prioriteringskriterier ha høy prioritet. For disse pasientgruppene ville en lavere egenbetaling vært viktig. For lavt prioriterte tjenester som gir lite helsegevinst, og som krever store ressurser, vil det være mulig å øke egenbetalingen. Vi ser imidlertid at det kan oppstå gråsoner hvor det er vanskelig å avgjøre hvorvidt tjenesten gir lite helsegevinst, eller motsatt kan gi en helsegevinst i andre sammenhenger. Et eksempel er kronikere som trenger ortopedisk behandling av en vond skulder eller et kne.

FFO vil ikke avvise forslaget, men vi mener det må utredes nøyere, og vi må få en bred debatt der alle sider av forslaget diskuteres. Vi mener at brukerorganisasjonene må involveres i prosessen, i tråd med det utvalget anbefaler.

Spesialistutdanningene

FFO mener at det er nødvendig å se på spesialistutdanningene i sammenheng med tiltak for å skape bedre prioriteringer. Etter at staten overtok ansvaret for spesialistutdanningene har de hatt mulighet til i større grad å styre spesialistutdanningene mer i retning av der behovene for nye spesialister er stort. Vi mener at dette også er viktig for selve prioriteringen. Vi mener at det ikke kan være opptil den enkelte lege som skal spesialisere seg å bestemme fritt sin egen spesialitet. Denne styringen skjer i dag både gjennom hvilke LIS-stillinger som utlyses og gjennom Helsedirektoratets direkte styring. FFO mener imidlertid denne styringen bør bli enda tydeligere slik at vi sikrer nødvendig dekning av spesialister på alle fagområder i spesialisthelsetjenesten.

Oppsummering

FFO støtter i hovedtrekk i forslaget til nye hovedkriterier for prioritering, men savner en direkte sammenligning av nåværende kriterier og de foreslåtte kriteriene. Vi er enig i at tilleggskriteriene i hovedsak må vurderes i sammenheng med hovedkriteriene, men der det er relevant må tilleggskriteriene kunne tillegges betydelig vekt.

Vi er fornøyd med at utvalget fremhever åpenhet og brukermedvirkning som et viktig element for prioriteringer. Vi er imidlertid svært forundret over at utvalget foreslår at det ikke bør være brukerrepresentanter i et nytt nasjonalt prioriteringsråd, men at disse flyttes til en referansegruppe. FFO mener dette er å nedprioritere brukermedvirkning og kan ikke støtte forslaget.

FFO stiller spørsmål ved om prioriteringskriteriene lar seg aktivt implementere i klinisk hverdag. Bruk av QALY og grenseverdier egner seg kun som beslutningsstøtte på et overordnet nivå i helsetjenesten.

FFO mener at dagens egenbetalingsregime fungerer godt, men vi kan forstå at det kan være behov for differensiering i egenbetaling på områder som gir liten helsegevinst. FFO mener imidlertid at dette må utredes og drøftes bredt før det er mulig å konkludere om dette er et fornuftig tiltak og eventuelt hvordan det kan gjennomføres.

Med vennlig hilsen

FUNKSJONSHEMMEDES FELLESGRUPPE

Knut Magne Ellingsen/s
Leder



Liv Arum
generalsekretær